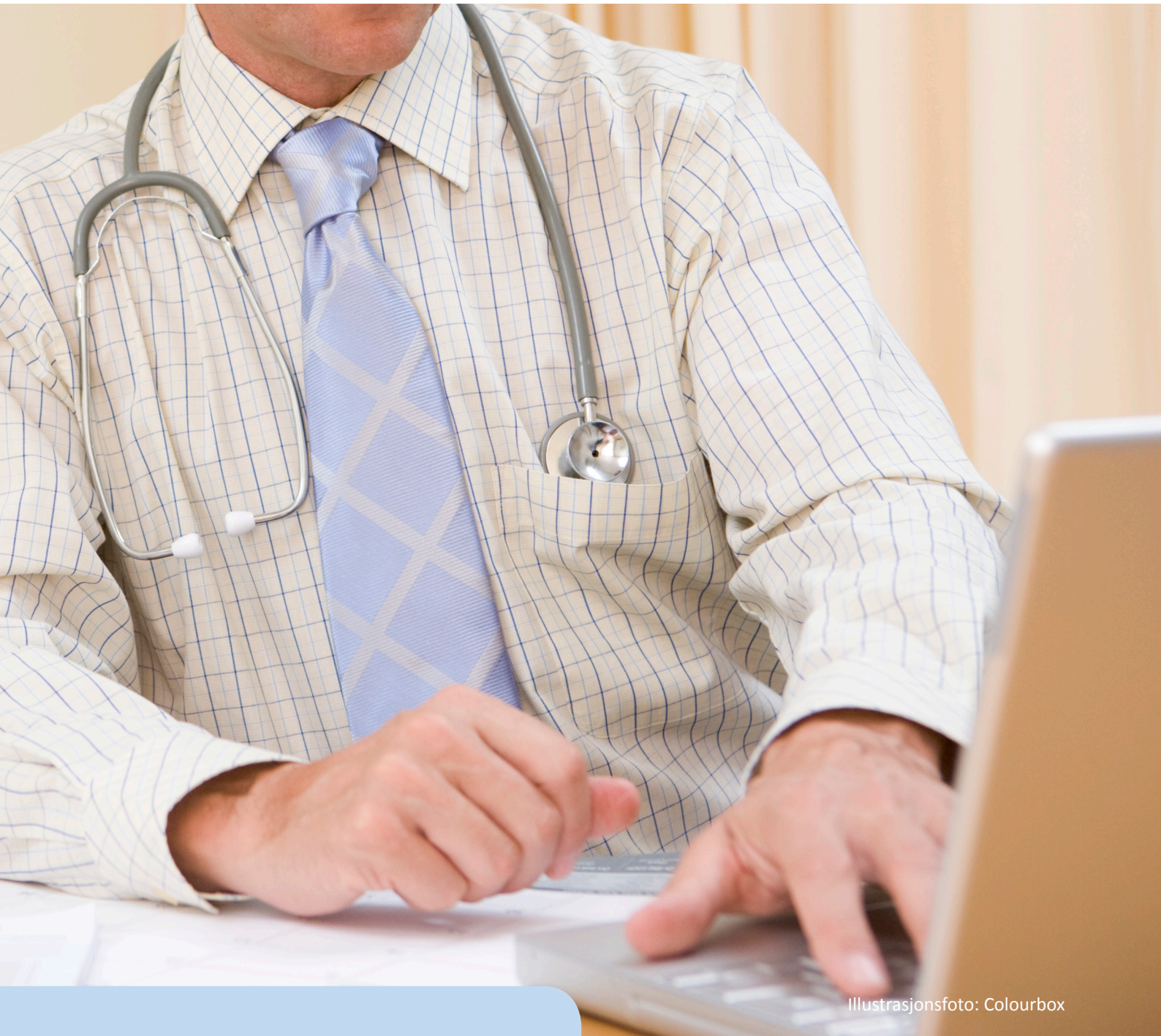


Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten - henvisninger til Helgelandssykehuset HF

Rapport fra Analyseenheten i SKDE

November 2011



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Formålet med denne rapporten er å beskrive geografisk variasjon i henvisninger fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste ved Helgelandssykehuset HF, med utgangspunkt i pasientenes bostedskommune.

Innhold

	Side
Sammendrag	3
Innledning	5
Materiale og metode	6
Resultater	8
Kjønns- og aldersstandardiserte henvisningsrater	9
Forskjellig henvisningspraksis mellom kommunene?	15
Sammenheng mellom forbruk og henvisninger	16
Henvisningsrater versus forbruksrater (polikliniske konsultasjoner ved sykehus)	18
Forbruk private avtalespesialister	20
Henvisningsrater versus totale forbruksrater (poliklinikk)	22
Henvisningsrate versus forbruk av øyeblikkelig hjelp	24
Oppsummering/konklusjon	26
Tabelloversikt	27
Figuroversikt	27

SKDE rapport	Nr. 4/2011
Hovedforfatter	Frank Olsen
Ansvarlig	Lise Balteskard
Oppdragsgiver	Helgelandssykehuset HF
Gradering	Åpen
Dato	29. November 2011

ISBN : 978-82-93141-04-4

Alle rettigheter SKDE.

Sammendrag

Samhandlingsreformen og kommunenes framtidige ansvar for befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester, har aktualisert henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. På oppdrag fra hvert enkelt HF i Helse Nord og med hjemmel i HFets databehandleravtale med SKDE, er henvisninger for perioden 2007 - 2010 analysert per kommune i Helse Nord til de enkelte HF.

Henvisningspraksis til hvert HF er framstilt i egne rapporter. Denne rapporten omfatter henvisninger til Helgelandssykehuset HF (HLSH HF). Datagrunnlaget er et uttrekk over henvisninger mottatt av HLSH HF i den aktuelle perioden og registrert i det pasientadministrative systemet (DIPS). Etter omfattende bearbeidelse ble det isolert et datasett som omfattet henvisninger fra primærhelsetjenesten til undersøkelse og/eller behandling i HLSH HF. Bare henvisninger til somatiske tjenester er inkludert, mens henvisninger som av avsender ble definert som øyeblikkelig hjelp, ble ekskludert. Kommunevise alders- og kjønnsjusterte henvisningsrater per 1.000 innbyggere til HLSH HF ble framstilt på grunnlag av den henvistes bostedskommune. For å kunne sammenligne henvisninger med forbruk ble kommunenes forbruk av polikliniske tjenester i sykehus og konsultasjoner hos privatpraktiserende avtalespesialister undersøkt. Datakilder er hhv Norsk Pasientregister (NPR) og Samdata. For privatpraktiserende avtalespesialister er data begrenset til 2009.

HLSH HF mottok i perioden 2007- 2010 totalt 83.629 henvisninger til somatiske tjenester, med et gjennomsnitt på 20.907 per år. 99 % av disse henvisningene kom fra kommunene i HLSH HFs opptaksområde (i det videre kalt boområde). Henvisningsratene (henvisninger per 1000 innbyggere) varierte mellom kommunene med en faktor på 3,02 når man ser hele perioden under ett. Høyest lå Vefsn med 344 og lavest lå Rødøy med 114 henvisninger per 1.000 innbygger i snitt for perioden.

Gjennomsnitt henvisningsrate vektet mht innbyggertall for hele perioden ble beregnet til 263. Inndelt i tre grupper i forhold til det vektete gjennomsnittet, hadde seks kommuner - herav Alstahaug og Rana - henvisningsrater klart under gjennomsnittet, fire kommuner - herav Vefsn - hadde henvisningsrater klart over gjennomsnittet, mens de syv resterende fordelte seg rundt gjennomsnittet. Det ble funnet positiv samvariasjon mellom kommunevise alders- og kjønnsjusterte rater for polikliniske konsultasjoner og tilsvarende henvisningsrater.

Det ble ikke funnet tilsvarende samvariasjon ved sammenlikning av henvisningsrater med sum av forbruk i sykehuspoliklinikker og hos private avtalespesialister. Det at det ikke er noen klar sammenheng mellom det totale poliklinikkforbruket og henvisningsrater kan skyldes at det er høye henvisningsrater til private avtalespesialister og/eller høye henvisningsrater til sykehus utenfor boområdet. Det kan også skyldes at forbruket er generert uten henvisning, dvs. at det er kontroller og avtaler som er satt opp av spesialisthelsetjenesten selv.

Forbruk av tjenester hos privatpraktiserende spesialister i 2009 varierte sterkt mellom kommunene. Forbruket av tjenester hos private avtalespesialister var høyest i de folkerike kommunene der disse spesialistene i hovedsak er lokalisert.

De markerte variasjonene i henvisningsrater mellom kommunene er på linje med det en kunne vente ut fra tilsvarende undersøkelser fra andre land, og vi ser at kommuner med høye henvisningsrater som ventet også har det høyeste forbruket av poliklinikk-tjenester ved sykehusene. Forskjellene er for store til å kunne forklares ved forskjeller i sykелighet eller behov. Den påviste negative sammenhengen mellom henvisningsrater til sykehus-poliklinikkene og forbruket hos privatpraktiserende spesialister, tyder på at disse fungerer som et alternativ til poliklinikkene.

Innledning

Hittil har det fra myndigheter og ledelse vært sterkt fokus på køer og ventetider til spesialisthelsetjenesten, på prioriteringsforskrift, fristbrudd og økonomiske underskudd. Lite fokus har imidlertid vært rettet mot etterspørselen etter tjenester, og på hva som skaper og styrer den.

Analyser som hittil er foretatt av forbruk av spesialisthelsetjenester mellom ulike geografiske områder, viser store forskjeller ikke bare i forbruksmønstre, men også i henvisningsrater (analyser fra Helse Førde i 2010). Forskjeller i henvisningspraksis er vist både på kommunenivå og mellom enkeltleger. Internasjonalt er det gjort mange analyser på variasjon i henvisningsrater, og pasient-, praksis- og legekarakteristika forklarer ikke mer enn halvparten av den observerte variasjonen¹.

Kommunene kan ha forskjellig behov på grunn av forskjeller i helse, kjønns- og aldersstruktur og sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen. Den viktigste komponenten synes å være forskjeller i aldersstruktur². I tillegg vil det være mindre geografisk variasjon i helse og levekår når analysen begrenses til et lite avgrenset geografisk område i forhold til nasjonale analyser. Store forskjeller i henvisningsrater etter justering for forskjeller i kjønns- og aldersstruktur i kommunene kan derfor tyde på at det er forskjeller i praksis og utøvelse av medisinsk skjønn som er den viktigste forklaringen på variasjonen i henvisningsrater, og ikke forskjeller i sykелighet og behov. Eller som Wennberg³ sier: "what was varying was what happened after patients met with their physicians, not the rate at which they got sick and went to the doctor".

Forbruket av helsetjenester styres av etterspørsel og tilbud. Med et utgangspunkt der etterspørsel og behov er likt, kan forskjeller i henvisningspraksis oppstå på grunn av forskjeller i tilbudet av spesialisthelsetjenester. Dersom henviser vet at det er lite ledig kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil det kunne føre til en annen henvisningspraksis enn dersom det er ledig kapasitet i spesialisthelsetjenesten på det aktuelle fagområdet.

Videre er det slik at det i det analyserte datagrunnlaget er svært få henvisninger som blir avvist av spesialisthelsetjenesten. Henvisningspraksis er dermed i betydelig grad avgjørende for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, og for hvordan ressursene i spesialisthelsetjenesten blir fordelt og benyttet. Forskjeller i henvisningspraksis som beskrevet ovenfor kan derfor true målsettingen om lik tilgang til og fordeling av offentlige helsetjenester i befolkningen, med mindre de gjenspeiler tilsvarende forskjeller i behov. De er også av stor betydning for spesialisthelsetjenesten, som har plikt til å vurdere alle henvisninger, og kan representere utfordringer for kommunene ved innføringen av Samhandlingsreformen.

- 1 O'Donell CA (2000). Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice* 2000; 17: 462-471.
- 2 NOU:2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Tabell 8.5 Forsag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester.
- 3 Wennberg (2010). *Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care.* Oxford University Press.

Formålet med denne rapporten er å beskrive geografisk variasjon i henvisninger fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste ved HLSH HF, med utgangspunkt i pasientenes bostedskommune.

Vi beskriver antall henvisninger per 1.000 innbyggere per kommune, vist som kjønns- og aldersjusterte rater. Med kjønns- og aldersjustering menes det at man tar høyde for forskjeller i kjønns- og aldersstruktur i kommunene. Med henvisning menes i denne sammenheng en beslutning / handling fra en primærlege / institusjon i primærhelsetjenesten om å sende en pasient til planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Henvisninger som av avsender er definert som øyeblikkelig hjelp, er ikke tema for denne rapporten.

Materiale og metode

Materialet er et uttrekk fra det pasientadministrative systemet (DIPS) som benyttes i Helse Nord, gjort på bestilling fra HLSH HF og øvrige helseforetak i Helse Nord, med hjemmel i databehandleravtaler mellom hver av disse og SKDE. Helse Nord IKT foresto uttrekk av data. Totalt for hele perioden 2007-2010 ble det for bosatte i Helse Nord (unntatt Bindal kommune) sendt 1.250.356 henvisninger til sykehusene i Helse Nord. Henvisninger til psykiatri, røntgen og lab, samt henvisninger som av avsender er definert som øyeblikkelig hjelp, er ikke med i utvalget. Datasettet er beskrevet i Tabell 1. Materialet i denne rapporten representerer henvisninger mottatt av HLSH HF. SKDE har ikke tillatelse til å koble sammen data fra de forskjellige helseforetakene, og derfor er ikke henvisninger for bosatte i HLSH HFs område mottatt av andre helseforetak enn HLSH HF inkludert i denne analysen. Henvisninger til private avtalespesialister har vi ikke hatt tilgang til.

HLSH HF mottok i perioden 225.013 henvisninger. Henvisers organisasjonsnummer ble benyttet for å identifisere og ekskludere henvisninger generert av spesialisthelsetjenesten selv. Der det ikke var registrert organisasjonsnummer (n= 9.689) ble henviser på bakgrunn av registrert navn manuelt vurdert og kodet som tilhørende spesialisthelsetjeneste eller ikke. Deretter ble henvisninger fra spesialisthelsetjenesten ekskludert (n=84.934). Henvisninger avvist etter vurdering i spesialisthelsetjenesten (n=472), henvisninger registrert som interne (n=64.192) og henvisninger registrert som sekundære (n=6.679) ble ekskludert fra materialet. Henvisninger til røntgenundersøkelse eller til psykiatrisk fagområde ble også ekskludert⁴ (n=91.102). Til slutt ble såkalte duplikater, dvs henvisninger feilaktig registrert to eller flere ganger, ekskludert (n=60). Duplikat er i denne sammenheng definert som en henvisning med identisk NPRid, mottaksdato, mottakssykehus og fagområde. I tillegg er 5 henvisninger med ugyldig alder eller kjønn ekskludert. De ovenfor beskrevne eksklusjonskriteriene er ikke gjensidig utelukkende.

Det endelige analysedatasettet for HLSH HF inneholdt 83.629 registrerte henvisninger fra primærhelsetjenesten (for befolkningen i Helse Nord's boområde unntatt Bindal) til HLSH HF for årene 2007 til og med 2010.

4 Henvisninger til røntgen og psykiatri skulle i utgangspunktet ikke være med i uttrekket fra Helse Nord IKT. I hvor stor grad slike henvisninger var med i uttrekkene varierte mye fra HF til HF. An tagelig er forskjellig kodepraksis i de forskjellige HF'ene og at det er en del variable som består av fritekst forklaringen på den store variasjonen, se Tabell 1.

Tabell 1. Datamaterialet med eksklusjonskriterier (ikke gjensidig utelukkende), uttrekk fra DIPS.

	Helse Nord	Helse Finnmark	UNN HF	Nordlands-sykehuset	Helgelands-sykehuset
Uttrekk	1 250 356	177 019	397 191	451 133	225 013
Manglende org.nr	58 488	11 767	19 300	17 732	9 689
Er spesialist	602 295	58 507	195 772	263 082	84 934
Avvist	2 420	232	1 276	440	472
Intern henvisninger	457 691	43 248	144 595	205 656	64 192
Ikke primær henv.	158 651	12 926	56 567	82 479	6 679
Røntgen/psykiatri	289 171	54 240	8 319	135 510	91 102
Duplikater	436	135	60	181	60
Alder	14	2	2	7	3
Kjønn	7	0	0	5	2
Bor utenfor HN	32 986	5 554	14 309	9 782	3 341
Bor utenfor eget HF	-	8 661	86 056	61 058	5 338
Analysesett	495 977	78 471	186 096	147 781	83 629

Resultater

Tabell 2 viser fordeling av antall henvisninger i perioden 2007-2010 for befolkningen bosatt i Helse Nord per år, totalt og gjennomsnitt og fordelt på mottakende helseforetak.

Tabell 2. Antall henvisninger mottatt i Helse Nord etter mottakende helseforetak, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt.

Mottakende HF	2007	2008	2009	2010	Totalt	Gj.snitt
Helse FFinmark	19 554	19 308	19 732	19 877	78 471	19 618
UNN HF	49 026	45 917	45 103	46 050	186 096	46 524
Nordlandssykehuset	35 865	38 008	37 033	36 875	147 781	36 945
Helgelandssykehuset	20 864	20 571	21 111	21 083	83 629	20 907
Helse Nord	125 309	123 804	122 979	123 885	495 977	123 994

Tabell 3 viser prosentvis fordeling av antall henvisninger per år for befolkningen bosatt i Helse Nord og gjennomsnitt i perioden for mottakende helseforetak, splittet på boområde, i perioden 2007-2010.

Tabell 3. Prosentvis fordeling av henvisninger for mottakende helseforetak etter boområde, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt.

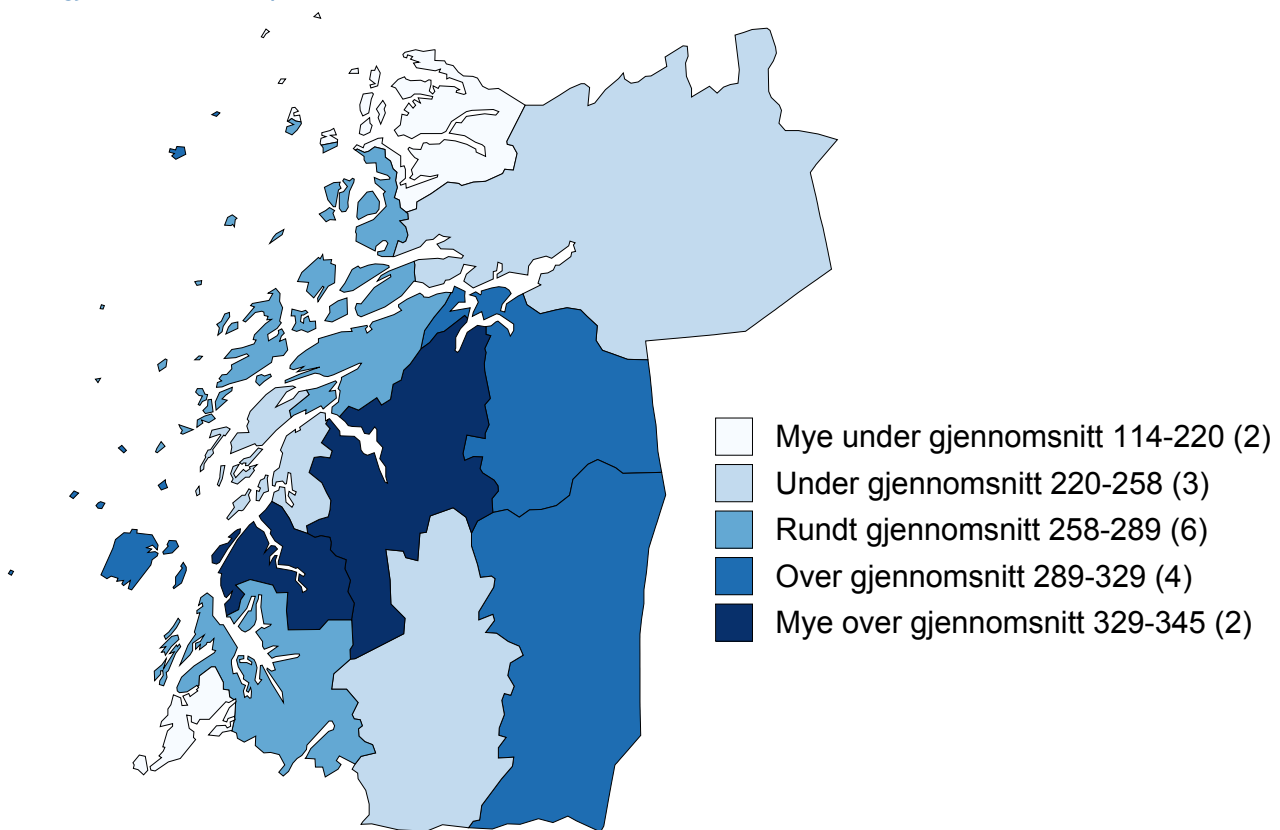
HF	Boområde	2007	2008	2009	2010	Gj.snitt
Helse Finnmark	Finnmark	98 %	98 %	98 %	99 %	98 %
	UNN	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
	Nordland	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Helgeland	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
UNN HF	Finnmark	7 %	7 %	8 %	7 %	7 %
	UNN	87 %	88 %	88 %	89 %	88 %
	Nordland	5 %	4 %	3 %	3 %	4 %
	Helgeland	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Nordlandssykehuset	Finnmark	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	UNN	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %
	Nordland	91 %	92 %	92 %	93 %	92 %
	Helgeland	7 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Helgelandssykehuset	Finnmark	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	UNN	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Nordland	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %
	Helgeland	99 %	99 %	99 %	99 %	99 %

Kjønns- og aldersstandardiserte henvisningsrater

Det endelige analysedatasettet for HLSH HF inneholdt 83.629 registrerte henvisninger fra primærhelsetjenesten (for befolkningen i Helse Nord's boområde unntatt Bindal) til HLSH HF for årene 2007 til og med 2010. På dette grunnlaget er det beregnet kjønns- og aldersstandardiserte rater for henvisninger per 1.000 innbyggere i fra hver kommune. Norges befolkning i 2008 er benyttet som standardbefolkning og direkte metode for justering er benyttet.

Figur 1 viser gjennomsnittlige kjønns- og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbyggere i kommunene for perioden 2007-2010, for alle kommuner i HLSHs boområde.

Figur 1. Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til HLSH HF, fra boområde HLSH, kjønns- og alderstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.



Det er forholdsvis stor variasjon i henvisningsratene mellom kommunene i perioden. Kommunen med høyest henvisningsrate henviste 3,1 til 3,8 ganger så mye som kommunen med lavest henvisningsrate, når man sammenlikner kommunene år for år. Kommunen med høyest henvisningsrate i hele perioden var Vevelstad med 420 henvisninger per 1.000 innbygger i 2008, mens det var Rødøy som hadde lavest henvisningsrate med 106 henvisninger per 1.000 innbygger i 2007. Dvs. en variasjon på 3,9. Vefsn er den kommunen som har høyest henvisningsrate (344) i gjennomsnitt i perioden, mens Rødøy har den laveste henvisningsraten (114) i perioden, dvs. en variasjon på 3,01.

I Figur 1 er det brukt ett enkelt gjennomsnitt, dvs at hver kommune vektet like mye. Da blir den gjennomsnittlige henvisningsraten for hele perioden 270 per 1.000 innbyggere per år. Dersom man ønsker å ta hensyn til forskjeller i antall innbyggere i kommunene vil det være riktigere å bruke et vektet gjennomsnitt, hvor hver kommune vektet i forhold til innbyggertallet i kommunen. Det betyr at kommuner med mange innbyggere vektet tyngre enn kommuner med færre innbyggere. Dersom man bruker et slikt vektet gjennomsnitt, som blir gjennomsnitt for boområdet, blir den gjennomsnittlige henvisningsraten for hele perioden 263 per 1.000 innbyggere per år.

Selv om Tabell 4 viser at det vektete gjennomsnittet gjennomgående er lavere enn det uvektete gjennomsnittet, så er det ikke noen klar sammenheng mellom innbyggertall og henvisningsrater i kommunene (Figur 3 viser også dette).

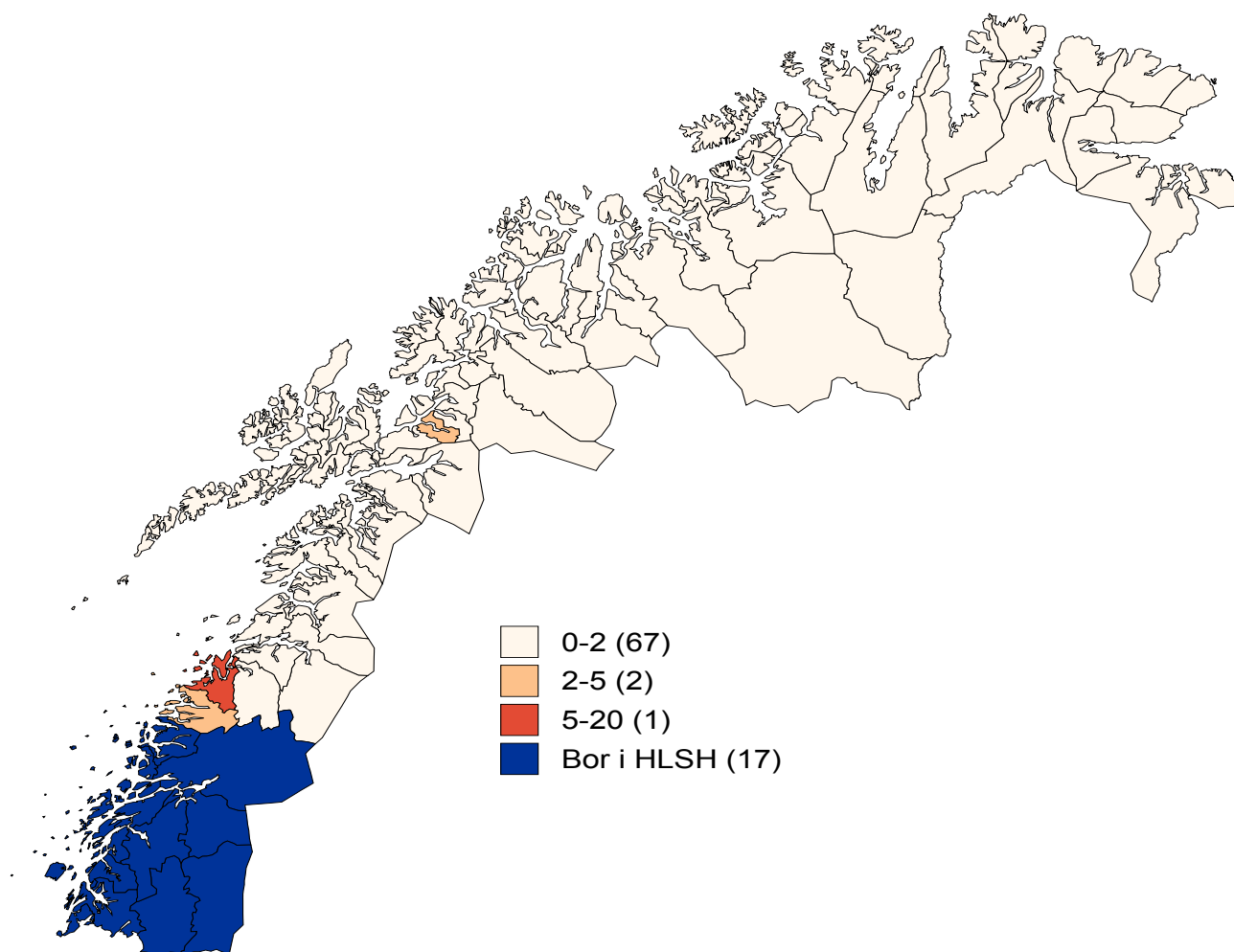
Tabell 4. Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til HLSH HF, boområde HLSH.

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
1812 Sømna	194.0	191.4	195.9	190.5	198.3
1813 Brønnøy	258.8	267.3	253.8	254.4	259.7
1815 Vega	328.1	363.0	303.1	370.5	275.9
1816 Vevelstad	329.5	279.7	420.0	266.6	351.6
1818 Herøy	271.1	263.3	263.8	264.1	293.3
1820 Alstahaug	229.0	233.4	229.5	232.6	220.6
1822 Leirfjord	282.9	297.2	292.2	307.5	234.6
1824 Vefsn	344.3	361.4	354.3	334.0	327.5
1825 Grane	243.2	262.8	244.6	231.2	234.2
1826 Hattfjelldal	290.0	276.5	324.6	253.5	305.5
1827 Dønna	287.8	311.9	281.8	260.1	297.5
1828 Nesna	266.8	326.6	247.4	252.0	241.3
1832 Hemnes	289.1	257.0	269.3	305.6	324.3
1833 Rana	247.3	232.4	237.2	256.9	262.8
1834 Lurøy	285.7	279.0	272.2	308.0	283.6
1835 Træna	328.5	327.3	274.9	326.1	385.7
1836 Rødøy	114.2	106.4	110.1	116.2	123.9
Max	344.3	363.0	420.0	370.5	385.7
Min	114.2	106.4	110.1	116.2	123.9
Gjennomsnitt	270.0	272.7	269.1	266.4	271.8
Vektet snitt	262.6	262.2	259.0	264.4	264.8

HLSH HF mottar henvisninger fra et fåtall andre kommuner utenfor boområde HLSH.

Figur 2 viser gjennomsnittlige kjønns- og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbygger på kommunenivå for perioden 2007-2010, for alle kommuner i Helse Nord's boområde som henviste til HLSH HF. Kommunene i HLSH HF's boområde er blå i Figur 2, og tidligere vist i Figur 1.

Figur 2. Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til HLSH HF, fra boområde Helse Nord, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.



Som det fremgår av Figur 2 er Gildeeskål kommune sammen med Meløy og Gratangen kommune som i størst grad henviser til HLSH HF av kommunene utenfor HLSH HF's boområde.

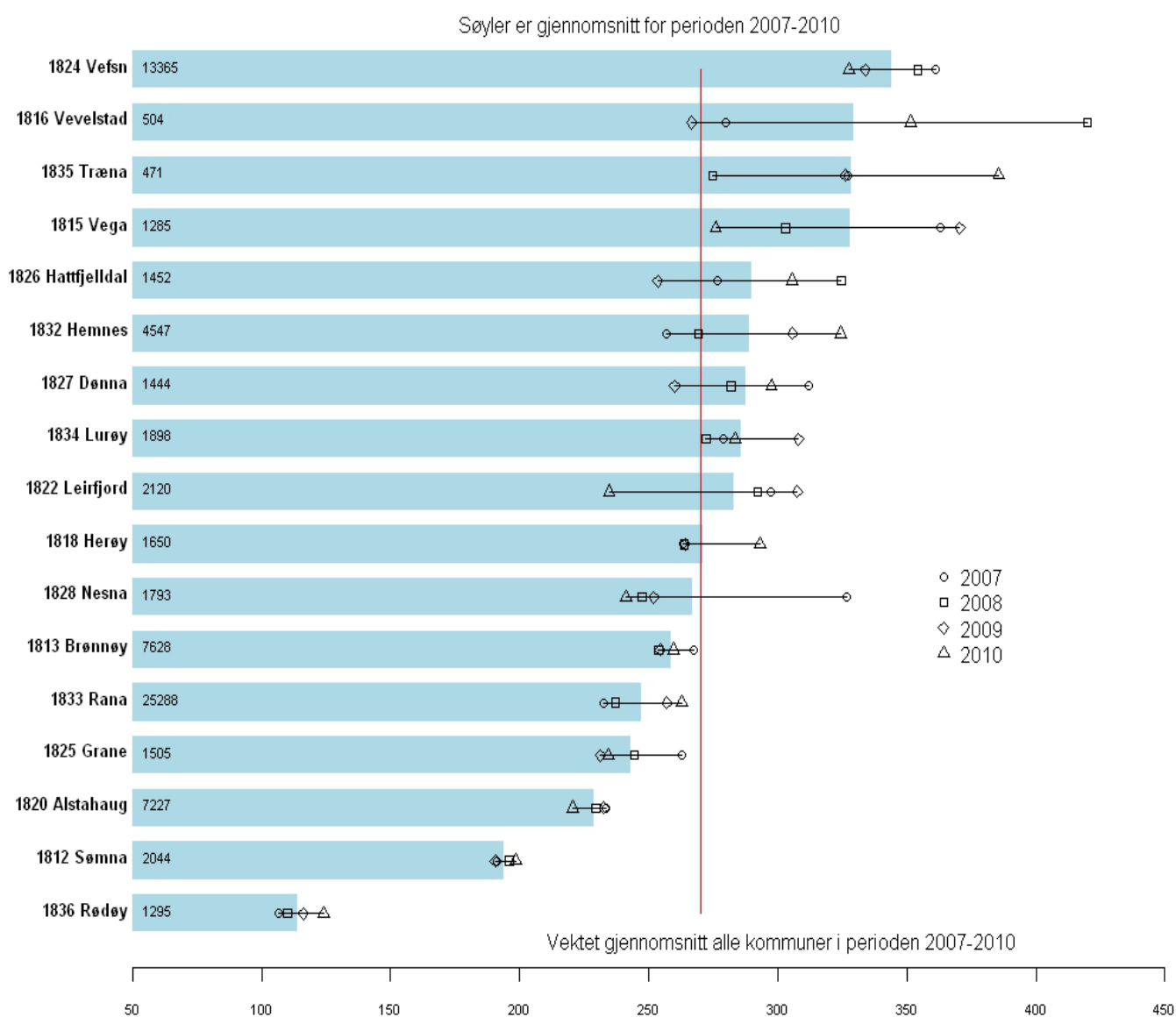
Tabell 5. Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til HLSH HF, for kommuner i Helse Nord lokalisert utenfor HLSH HF's boområde.

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
1804 Bodø	0.9	1.4	0.9	0.9	0.3
1805 Narvik	0.3	0.4	0.4	0.1	0.4
1837 Meløy	2.3	3.8	1.4	1.6	2.2
1838 Gildeskål	8.0	26.1	2.2	1.4	2.2
1840 Saltdal	1.7	2.7	1.7	0.7	1.6
1841 Fauske	1.6	1.4	2.1	1.4	1.3
1845 Sørfold	1.4	2.8	0.4	1.6	0.8
1848 Steigen	0.4	0.5	0.7	0.6	0.0
1849 Hamarøy	1.1	0.8	1.3	1.2	1.1
1850 Tysfjord	1.9	1.1	3.4	1.8	1.1
1851 Lødingen	0.8	0.0	0.3	0.9	2.1
1853 Evenes	0.6	2.4	0.0	0.0	0.0
1854 Ballangen	0.3	0.5	0.3	0.3	0.0
1856 Røst	1.1	2.4	0.0	2.0	0.0
1857 Værøy	0.6	0.0	2.5	0.0	0.0
1860 Vestvågøy	0.5	0.8	0.5	0.3	0.6
1865 Vågan	0.8	1.3	0.7	0.7	0.3
1866 Hadsel	0.9	0.8	0.8	0.9	1.1
1867 Bø	0.9	1.3	1.2	1.2	0.0
1868 Øksnes	0.8	0.2	0.0	0.3	2.8
1870 Sortland	0.4	0.3	0.2	0.7	0.5
1871 Andøy	1.3	1.7	0.6	1.6	1.0
1901 Harstad	0.3	0.3	0.3	0.4	0.1
1902 Tromsø	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
1911 Kvæfjord	0.1	0.0	0.3	0.3	0.0
1913 Skånland	0.1	0.3	0.3	0.0	0.0
1917 Ibestad	0.5	0.0	0.9	0.0	1.0
1919 Gratangen	2.1	0.0	5.4	2.1	1.0
1924 Målselv	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
1925 Sørreisa	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0
1926 Dyrøy	0.5	0.0	1.3	0.0	0.6
1931 Lenvik	0.2	0.3	0.0	0.3	0.3
1933 Balsfjord	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0
1938 Lyngen	0.2	0.3	0.0	0.4	0.0
1939 Storfjord	0.2	0.0	0.0	0.0	0.6
1940 Kåfjord	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0
1942 Nordreisa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
2002 Vardø	0.2	0.9	0.0	0.0	0.0
2003 Vadsø	0.2	0.2	0.5	0.2	0.2
2004 Hammerfest	0.1	0.1	0.3	0.1	0.0
2012 Alta	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
2014 Loppa	0.8	0.0	2.3	1.1	0.0
2017 Kvalsund	0.3	0.0	1.3	0.0	0.0
2019 Nordkapp	0.2	0.0	0.4	0.0	0.3
2020 Porsanger	0.1	0.0	0.0	0.3	0.3
2021 Karasjok	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0
2022 Lebesby	0.2	0.0	0.9	0.0	0.0
2023 Gamvik	0.5	0.0	0.0	1.2	0.8
2025 Tana	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0
2028 Båtsfjord	0.3	0.0	0.0	0.4	0.7
2030 Sør-Varanger	0.2	0.3	0.4	0.0	0.0

Figur 3 viser gjennomsnittlig henvisningsrate i kommunene i perioden 2007-2010, rangert etter henvisningsrate. Tallene inne i søylene er gjennomsnittlig innbyggertall i perioden 2007-2010. De fire årlige henvisningsratene er vist ved egne punkter, og disse viser variasjonen i henvisningsrater over tid i hver enkelt kommune. Den røde linjen er det vektede gjennomsnittet for henvisningsratene i alle kommunene i boområde HLSH i perioden 2007-2010. Figuren viser at det er størst spredning i observasjonene for kommunene som ligger over gjennomsnittet. Derfor er det sjekket om resultatene blir forskjellig dersom median brukes fremfor gjennomsnitt, men det gir ingen vesentlige forskjeller.

Figur 3. Kjønn- og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbyggere til HLSH HF for kommunene i boområde HLSH, 2007-2010.



Forskjellig henvisningspraksis mellom kommunene?

Hovedformålet med denne analysen er å undersøke hvorvidt det er forskjellig henvisningspraksis i kommunene. Vanligvis benytter man statistiske tester for å anslå om det er forskjeller eller ikke. I dette tilfelle, med kun 4 observasjoner per kommune, hvor det forsøkes å analysere forskjeller i henvisningspraksis mellom kommuner, er det derfor funnet mest hensiktsmessig å se på variasjonen i de årlige henvisningsratene og sammenlikne maksimums- og minimumsverdiene for hver kommune med det vektete gjennomsnittet (263 henvisninger per 1.000 innbygger). Kommunene deles på den måten inn i tre kategorier;

1. Kommuner med henvisningsrater over snittet (Minimumsverdi > Vektet gjennomsnitt)
2. Kommuner med henvisningsrater rundt snittet (Minimumsverdi < Vektet gjennomsnitt < Maksimumsverdi)
3. Kommuner med henvisningsrater under snittet (Maksimumsverdi < Vektet gjennomsnitt)

Tabell 6 viser forskjellene mellom kommunene når vi deler inn i kategorier på denne måten. Det er 4 kommuner - herav Alstahaug og Rana - som har henvisningsrater under snittet, mens det er 8 kommuner - herav Vefsn - som har henvisningsrater over snittet og 9 kommuner som har henvisningsrater rundt snittet.

Tabell 6. Kommunene inndelt i kategorier etter henvisningsrate.

Under snittet	Rundt snittet	Over snittet
1812 Sømna	1816 Vevelstad	1815 Vega
1813 Brønnøy	1818 Herøy	1824 Vefsn
1820 Alstahaug	1822 Leirfjord	1834 Lurøy
1825 Grane	1826 Hattfjelldal	1835 Træna
1833 Rana	1827 Dønna	
1836 Rødøy	1828 Nesna	
	1832 Hemnes	

Sammenheng mellom forbruk og henvisninger

En viktig årsak til å analysere henvisninger fra primær- til spesialisthelsetjenesten er at det er rimelig å anta at det er en positiv sammenheng mellom antall henvisninger fra primærhelsetjenesten og forbruks ved sykehusene. En henvisning fra primærhelsetjenesten til et sykehus som ikke avvises, genererer minst ett opphold ved sykehuset og kan være starten på et pasientforløp med flere opphold.

Når forbruksrater og henvisningsrater sees i sammenheng, brukes gjennomsnittstall for perioden 2007-2009 for hver kommune. Ved å se på gjennomsnittet for flere år får man luket bort en del av usikkerheten som skyldes variasjon over tid. Perioden 2007-2009 er valgt fordi vi har data på henvisninger for perioden 2007-2010, mens vi kun har data for forbruk fram til og med 2009.

Gjennomsnittlige forbruksrater (antall polikliniske konsultasjoner pr 1.000 innbygger) for perioden 2007-2009 er brukt som mål på forbruk ved sykehusene. Forbruksratene er kjønns- og alderstandardisert. Datagrunnlaget for forbruket er NPR. I tillegg har vi fra SAMDATA fått tilgang på data for forbruket hos private avtalespesialister for 2009. Forbruket hos private avtalespesialister er ikke kjønns- og aldersstandardisert, og det er knyttet betydelig usikkerhet til kvaliteten på dataene fordi det ikke er fullstendig innrapportering fra de private avtalespesialistene.

Tabell 7 viser kjønns- og alderstandardiserte forbruksrater på poliklinikk for bosatte i området til HLSH HF etter behandler. Andre kolonne viser antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved HLSH HF. Tredje kolonne viser forbruk ved andre HF i Helse Nord, mens fjerde kolonne viser forbruk ved sykehus utenfor Helse Nord. Kolonnen "Totalt sykehus" angir antall polikliniske konsultasjoner ved sykehus i hele landet for bosatte i HLSH-området og er summen av kolonne 2 til 4. Antall polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister i 2009 er oppført i sjette kolonne (ikke kjønns- og aldersstandardisert). Nest siste kolonne viser summen av antall polikliniske kontakter ved sykehus og hos private avtalespesialister, dvs summen av kolonne 5 og 6. Siste kolonne er andelen av det totale forbruket som behandles ved eget HF, og kan tolkes som selvforsyningsgrad.

Egendekningen eller andelen av det totale forbruket som er behandlet ved HLSH HF varierer mye, fra 85% i Vefsn til 30% i Rødøy. Den gjennomsnittlige andelen behandlet ved HLSH HF er 66% og det vektete gjennomsnittet er 67%.

Tabell 7. Kjønn- og aldersstandardiserte forbruksrater (antall polikliniske kontakter ved sykehus og hos private avtalespesialister) per 1.000 innbygger. Boområde HLSH. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Private avtalespesialister kun 2009 (ikke kjønn- og aldersstandardisert).

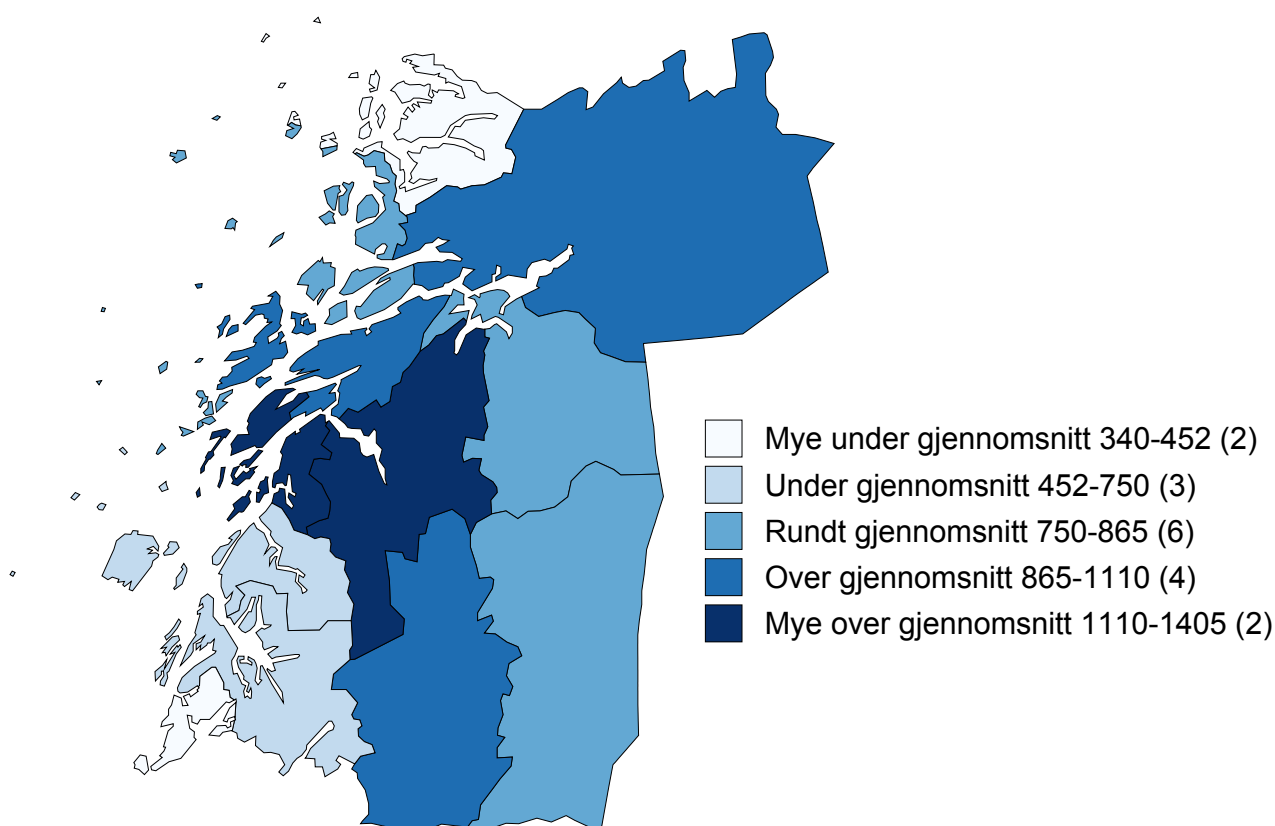
Kommune	HLSH HF	Andre HF i Helse Nord	Utenfor Helse Nord	Totalt sykehus	Private avtalesp	Totalt	Andel (HLSH HF / Totalt)
1812 Sømna	451.9	106.3	204.8	763.1	282.2	1045.3	43 %
1813 Brønnøy	621.5	135.7	135.6	892.8	252.7	1145.6	54 %
1815 Vega	736.9	145.1	102.7	984.7	247.7	1232.4	60 %
1816 Vevelstad	731.9	114.7	71.6	918.2	219.6	1137.8	64 %
1818 Herøy	860.6	143.7	26.5	1030.8	106.3	1137.1	76 %
1820 Alstahaug	1117.9	123.7	49.6	1291.2	111.6	1402.8	80 %
1822 Leirfjord	1017.2	142.4	39.1	1198.6	85.1	1283.6	79 %
1824 Vefsn	1404.2	117.0	48.7	1569.9	89.5	1659.4	85 %
1825 Grane	1010.1	107.3	39.2	1156.6	87.6	1244.2	81 %
1826 Hattfjelldal	802.8	103.1	43.2	949.1	87.3	1036.4	77 %
1827 Dønna	869.5	131.2	37.2	1037.8	120.9	1158.7	75 %
1828 Nesna	795.0	121.7	43.4	960.1	252.0	1212.0	66 %
1832 Hemnes	797.3	126.5	35.8	959.6	245.0	1204.5	66 %
1833 Rana	924.8	148.4	36.5	1109.6	471.1	1580.7	59 %
1834 Lurøy	826.7	173.1	24.3	1024.1	314.7	1338.8	62 %
1835 Træna	806.5	189.5	63.3	1059.3	167.7	1227.0	66 %
1836 Rødøy	340.8	535.3	24.9	901.0	242.8	1143.8	30 %
Max	1404.2	535.3	204.8	1569.9	471.1	1659.4	85 %
Min	340.8	103.1	24.3	763.1	85.1	1036.4	30 %
Gjennomsnitt	830.3	156.7	60.4	1047.4	199.0	1246.5	66 %
Vektet snitt	955.9	141.0	55.7	1152.7	267.3	1419.9	67 %

Vefsn kommune har et lavt forbruk av private avtalespesialister, men representerer max-verdien både på sykehusforbruk og totalforbruk. Rana kommune har derimot et relativt lavt sykehusforbruk, men et svært høyt forbruk av private avtalespesialister sammenlignet med resten av regionen, gjør at de har nesten det samme totale forbruket av polikliniske tjenester som Vefsn.

Henvisningsrater versus forbruksrater (polikliniske konsultasjoner ved sykehus)

Kjønns- og aldersstandardiserte forbruksrater for antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved HLSH HF for bosatte i boområde HLSH, viser at det er betydelig variasjon mellom kommunene. Forbruksraten for kommunen med høyest forbruksrate er over fire ganger så høy som forbruksraten i kommunen med lavest forbruksrate. Gjennomsnittlig forbruksrate var 830 polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, mens det vektede gjennomsnittet var høyere: 956.

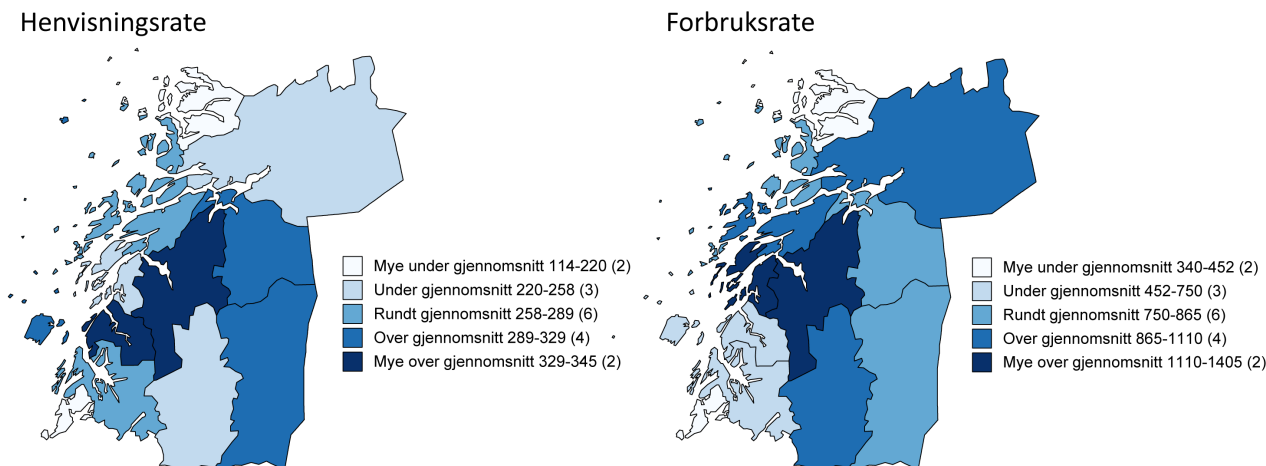
Figur 4. Gjennomsnittlig, kjønns- og aldersstandardisert forbruksrate som antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, i HLSH HF for boområde HLSH. Perioden 2007-2009.



I Figur 5 er Figur 1 og Figur 4 satt sammen til en figur, hvor kartet med henvisningsrate er til venstre og kartet med forbruksrate er til høyre. Figur 5 viser en visuell likhet i de to kartene, noe som indikerer en positiv sammenheng mellom henvisningsrate og forbruksrate. Lineær regresjon hvor forbruksrate er avhengig variabel og henvisningsrate er uavhengig variabel viser at det er en signifikant positiv sammenheng mellom forbruksrater og henvisningsrater⁵.

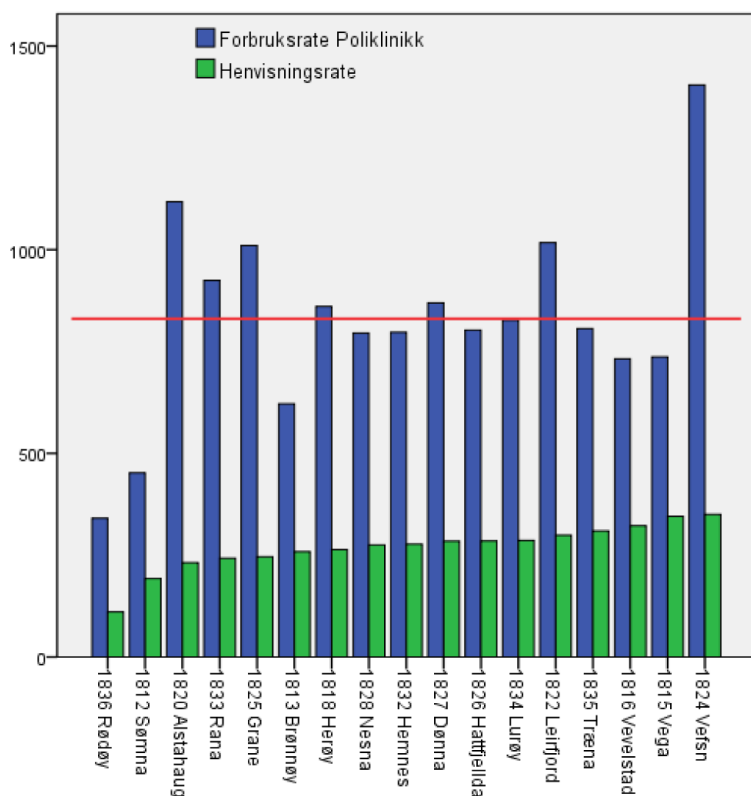
5 Regresjonskoeffisient = 2,18 og p-verdi=0,001.

Figur 5. Henvisningsrate versus forbruksrate (polikliniske konsultasjoner) for HLSH HF og boområde HLSH, per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt i perioden 2007-2009.



Figur 6 viser den positive sammenhengen mellom henvisningsrate og poliklinikkforbruk. Den røde linjen er gjennomsnittet for poliklinikkforbruket for alle kommunene (830 polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger). I Figur 6 er kommunene sortert stigende fra venstre mot høyre etter henvisningsrate (grønne søyler). De blå søylene som viser forbruksraten er også generelt svakt stigende fra venstre mot høyre. Det er imidlertid fire kommuner som bryter mønsteret; Alstadhaug, Rana, Grane og Vefsn som alle har relativt sett mye høyere forbruksrate i forhold til henvisningsraten sammenliknet med de andre kommunene.

Figur 6. Henvisningsrate versus forbruksrate poliklinikk, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Bosatt i HLSH HF og behandlet ved HLSH HF.

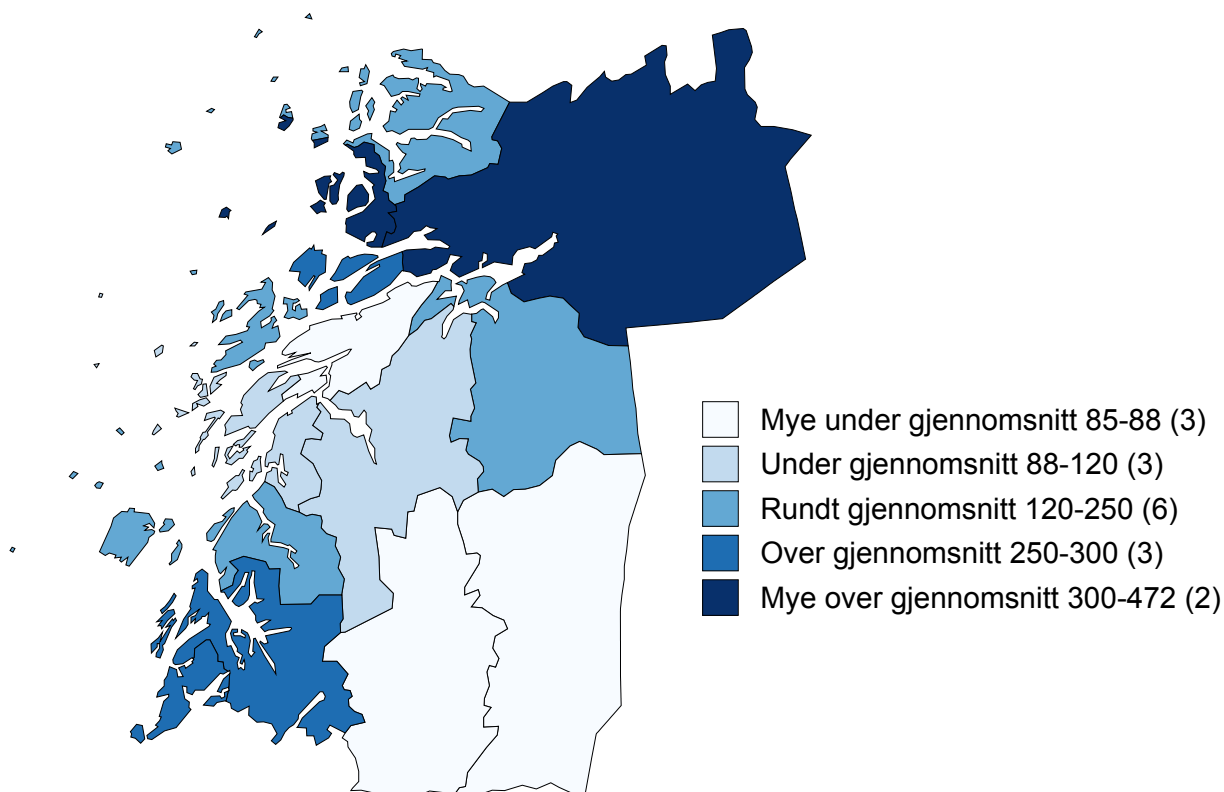


Figur 6 er som sagt sortert stigende etter henvisningsrate (grønne søyler) fra venstre mot høyre, og ser på sammenhengen mellom henvisningsrate og forbruksrate poliklinikk ved HLSH HF. I det kommende blir denne figuren reproduisert flere ganger; i Figur 8 som viser sammenheng mellom henvisningsrate og forbruk hos private avtalespesialister, i Figur 11 som viser sammenhengen mellom henvisningsrate og total forbruksrate (sum av polikliniske konsultasjoner ved alle landets sykehus og hos private avtalespesialister) og i Figur 12 som viser sammenhengen mellom henvisningsrate og forbruksrate for øyeblikkelig hjelp. Alle disse figurene er sortert fra venstre mot høyre etter henvisningsrate, og henvisningsratene er fremstilt ved grønne søyler. Figurene ser litt forskjellige ut på grunn av forskjellig skala på y-aksen. Alle figurene har den røde linjen som viser gjennomsnitt for forbruksvariabelen.

Forbruk private avtalespesialister

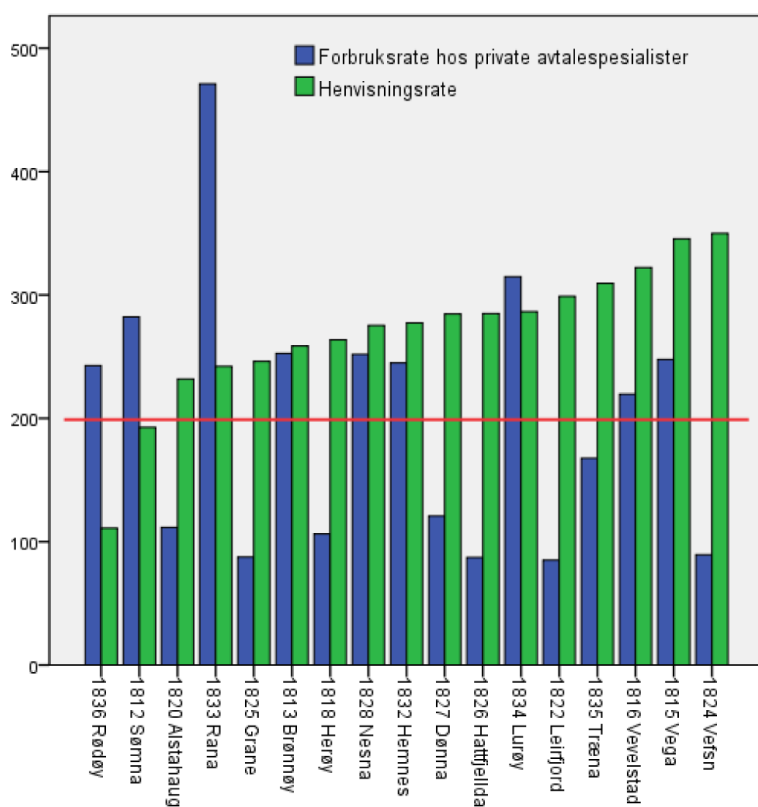
Data for forbruket hos private avtalespesialister foreligger som ujusterte rater per 1.000 innbygger fra SAMDATA. Ettersom det ikke er fullstendig innrapportering fra de private avtalespesialistene er det knyttet noe usikkerhet til disse tallene. Høyeste forbruksrate på offentlig poliklinikk var på 1.404 konsultasjoner per 1.000 innbygger per år, mens kommunen med lavest forbruk hadde 341 konsultasjoner per 1.000 innbygger. Variasjon i forbruket hos private avtalespesialister var større. Kommunen med høyest forbruk hos private avtalespesialister; Rana med 471 konsultasjoner per 1.000 mot kommunen med lavest forbruk; Leirfjord med 85 konsultasjoner per 1.000. Dvs en forskjell på hele 5,5 ganger.

Figur 7. Forbruksrate, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger hos private avtalespesialister for boområde HLSH, 2009.



Fra Tabell 7 viser også at det vektede snittet for forbruk hos private avtalespesialister er betydelig høyere enn det uvektede gjennomsnittet. For det totale poliklinikkforbruket ved sykehus et det vektede snittet 10% høyere enn det uvektede gjennomsnittet, mens for forbruk hos private avtalespesialister er det vektede snittet 34% høyere enn det uvektede. Det betyr at kommunestørrelse har stor betydning for forbruket hos private avtalespesialister, og naturlig nok ettersom tilbudet av private avtalespesialister stort sett er lokalisert i folkerike kommuner. Av Figur 8 ser det ut til å være en negativ sammenheng mellom henvisningsrate og forbruksrate hos private avtalespesialister, mens lineær regresjon viser imidlertid at denne sammenhengen ikke er signifikant⁶. Den røde linjen er gjennomsnittet for forbruksrate hos private avtalespesialister for alle kommunene (199 konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger).

Figur 8. Henvisningsrate (kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2009, bosatt HLSH HF og Behandlet HLSH HF) versus forbruksrate hos private avtalespesialister (ujustert rate 2009, bosatt HLSH HF).



6 Lineær regresjon hvor forbruksrater hos private avtalespesialister er avhengig variabel og henvisningsrater er uavhengig variabel. Regresjonskoeffisient = -0,456 og p-verdi=0,341.

Henvisningsrater versus totale forbruksrater (poliklinikk)

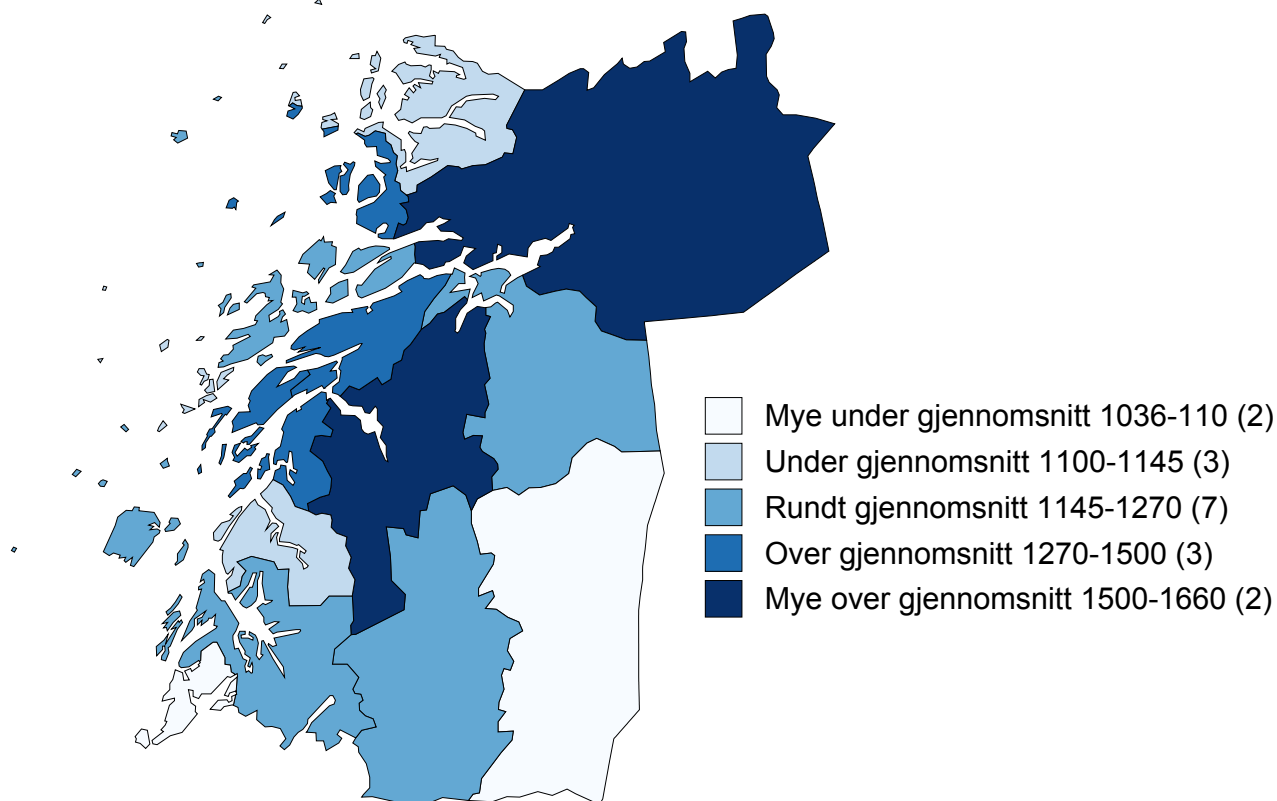
Vi har data på henvisninger til HLSH HF for bosatte i boområde HLSH. Vi har ikke juridisk hjemmel for å koble data på henvisninger for bosatte i boområde HLSH til andre HF enn HLSH HF, dvs. ikke til andre HF i Helse Nord eller andre HF ellers i landet eller til private avtalespesialister. Det betyr at det eneste vi vet om henvisningspraksis for bosatte i boområde HLSH er det som henvises til HLSH HF, vi har med andre ord ikke det fulle og hele bildet over hva som sendes av henvisninger for bosatte i boområde HLSH.

Når det gjelder forbruket av spesialisthelsetjenester er situasjonen annerledes. For forbruket (antall polikliniske konsultasjoner) har vi komplette data for bosatte i boområde HLSH. Vi har data på forbruket ved HLSH HF (se kolonne 2 i Tabell 7), forbruket ved andre HF i Helse Nord (se kolonne 3 i Tabell 7), forbruket ved HF utenfor Helse Nord (se kolonne 4 i Tabell 7), forbruket ved sykehus totalt i landet (se kolonne 5 i Tabell 7), forbruket hos private avtalespesialister (se kolonne 6 i Tabell 7) og det totale forbruket (se kolonne 7 i Tabell 7). Mens for henvisninger har vi kun data på henvisninger til HLSH HF, dvs tilsvarende som kolonne 2 i Tabell 7.

Derfor blir det ikke helt korrekt å sammenlikne henvisningsrater med de totale forbruksratene, men det tegner likevel et bilde som det kan være viktig å få fram. I Figur 11 er det tegnet en rød linje som er gjennomsnittet for det totale polikliniske spesialisthelsetjenesteforbruket (alle sykehus + private avtalespesialister) for alle kommunene (1.247 konsultasjoner per 1.000 innbygger).

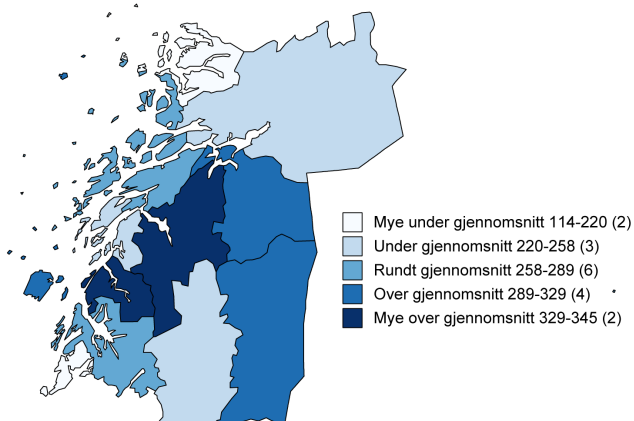
Det at det ikke finnes noen entydig og klar sammenheng mellom det totale poliklinikkforbruket og henvisningsratene kan ha flere årsaker. Når man ser at det er høyt forbruk uten ledsagende høy henvisningsrate, kan det skyldes at det er høye henvisningsrater til private avtalespesialister og/eller høye henvisningsrater til andre sykehus. Dette har vi ikke data på. Men, det kan også skyldes at forbruket er generert uten henvisning, dvs. at det er kontroller og avtaler som er satt opp av spesialisthelsetjenesten selv.

Figur 9. Forbruksrater, kjønns- og aldersstandardisert, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved sykehus totalt og hos private avtalespesialister for boområde HLSH, gjennomsnitt for perioden 2007-2009.

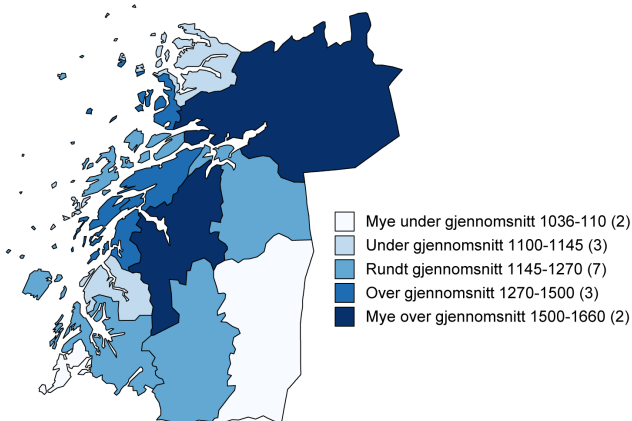


Figur 10. Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for HLSH HF og boområde HLSH versus forbruksrate (sum av polikliniske konsultasjoner ved sykehus hele landet og polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger, delvis kjønns- og aldersstandardisert), gjennomsnitt for perioden 2007-2009.

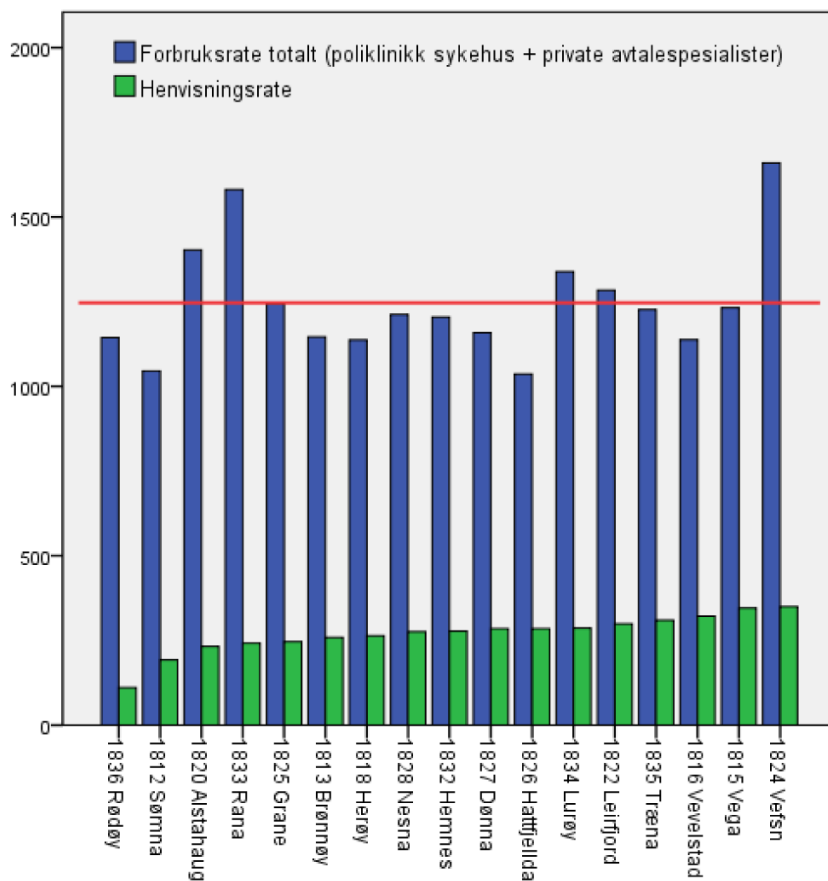
Henvisningsrate



Forbruksrate



Figur 11. Kjønn- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for HLSH HF og boområde HLSH versus forbruksrate (sum av polikliniske konsultasjoner ved sykehus hele landet og polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger, delvis kjønn- og aldersstandardisert), 2009.



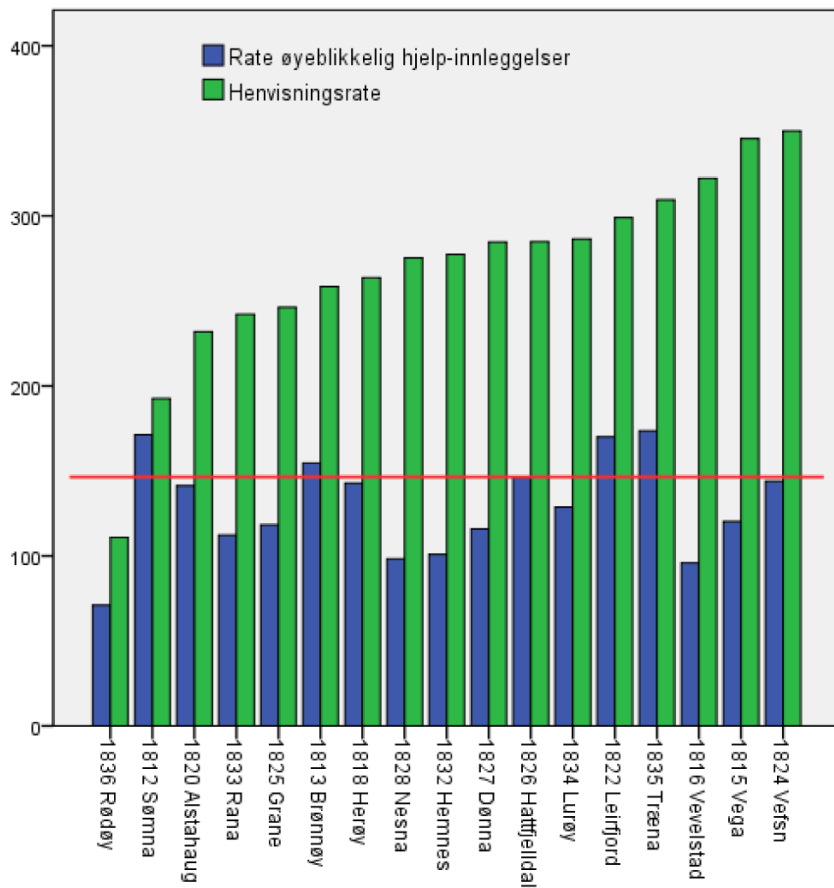
Henvisningsrate versus forbruk av øyeblikkelig hjelp

Det kan tenkes at forskjeller i henvisningspraksis fører til ulikt forbruk av øyeblikkelig hjelp-innleggelser. En hypotese kan være at lav henvisningsrate vil medføre flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser forutsatt lik sykelighet i befolkningen. Alternativt vil høy henvisningsrate medføre flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser fordi sykeligheten er større i befolkningen og/eller terskelen for å kontakte et høyere behandlingsnivå er større.

I Figur 12 vises derfor øyeblikkelig hjelp-innleggelser som rater per 1.000 innbyggere per kommune (kjønn- og aldersjustert) sammenstilt med tilsvarende for henvisninger. Rød linje i figuren er gjennomsnittet for ratene for øyeblikkelig hjelp i alle kommunene i boområde HLSH HF. Det er imidlertid ikke signifikant samvariasjon mellom henvisningspraksis og forbruk av øyeblikkelig hjelp⁷.

7 Lineær regresjon hvor forbruksrate for øyeblikkelig hjelp er avhengig variabel og henvisningsrate er uavhengig variabel. Regresjonskoeffisient = 0,139 og p-verdi =0.293.

Figur 12. Henvisningsrate versus forbruksrate Ø-hjelp. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Bosatte i HLSH HF og behandlet ved HLSH HF.



Oppsummering/konklusjon

Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til HLSH HF i perioden 2007 til 2010 er i denne rapporten analysert og beskrevet som henvisninger per 1.000 innbyggere per kommune i Helse Nord, justert for forskjeller i alders- og kjønns sammensetning. Henvisningsratene varierte mellom kommunene i HLSH HFs boområde med en faktor på 1,92. Fordelt i tre grupper i forhold til et vektet gjennomsnitt hadde seks kommuner - herav Alstahaug og Rana - henvisningsrater klart under gjennomsnittet, fire kommuner - herav Vefsn - hadde henvisningsrater klart over gjennomsnittet, mens de syv resterende fordelte seg rundt gjennomsnittet. Sammenliknet med forbruk av polikliniske tjenester i sykehus, er det en signifikant positiv sammenheng mellom henvisningsrater og sykehusforbruk. De markerte variasjonene i henvisningsrater mellom kommunene er på linje med det en kunne vente ut fra tilsvarende undersøkelser fra andre land. At kommuner med høye henvisningsrater også har det høyeste forbruket av poliklinikk-tjenester ved sykehusene er som forventet.

Forbruk av tjenester hos private avtalespesialister i 2009 for kommunene i HLSH HFs boområde varierte med en faktor på 5,5, og var høyest i kommuner med høyt innbyggertall. Det ser ut til å være en negativ sammenheng (men ikke signifikant) mellom kommunenes henvisningsrater til spesialisthelsetjeneste og forbruk hos private avtalespesialister. Dette kan tyde på at de private avtalespesialistene fungerer som et alternativ til poliklinikkene i sykehus.

Det påvises imidlertid ingen sammenheng mellom kommunenes henvisningsrater og totale forbruk av polikliniske tjenester, målt som sum av poliklinikk ved sykehus og konsultasjoner hos private avtalespesialister. Det kan tolkes på flere måter; høyt totalt forbruk uten høye henvisningsrater til HLSH HF kan skyldes høye henvisningsrater til private avtalespesialister eller til sykehus utenfor eget boområde. Henvisninger til private avtalespesialister finnes det ikke data på og henvisninger til sykehus utenfor eget boområde ligger utenfor denne analysen. Høyt forbruk uten ledsagende høye henvisningsrater kan også bety at en del av forbruket er generert uten henvisning, dvs. at det er spesialisthelsetjenesten selv som har generert dette forbruket.

Analysen viser at det er stor lokal variasjon i henvisningsrater mellom kommunene i boområde HLSH. Forskjellene er for store til å kunne forklares ved forskjeller i sykkelighet eller behov. For å forklare denne lokale variasjonen er det behov for lokal kunnskap. Analysen viser også at det er positiv samvariasjon mellom henvisningsrater til HLSH HF og forbruksrater (poliklinikk) ved HLSH HF, og at etterspørselen fra primærhelsetjenesten kan forklare deler av den lokale variasjonen i forbruksratene. I tillegg er det viktig å presisere at mens det har vært en jevn økning i forbruksratene (poliklinikk ved HLSH HF for bosatte i boområde HLSH) i perioden så har henvisningsratene vært stabile i perioden. Det betyr at veksten i forbruksratene ikke kan forklares ved etterspørsel fra primærhelsetjenesten, men at det antagelig skyldes egengenerert forbruksvekst i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor behov for å gjøre grundigere analyser av poliklinikkforbruket i spesialisthelsetjenesten.

Tabelloversikt

Nr	Tabell	Side
1	Datamaterialet med eksklusjonskriterier (ikke gjensidig utelukkende), uttrekk fra DIPS.	7
2	Antall henvisninger mottatt i Helse Nord etter mottakende helseforetak, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt.	7
3	Prosentvis fordeling av henvisninger for mottakende helseforetak etter boområde, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt.	7
4	Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til HLSH HF, boområde HLSH.	9
5	Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til HLSH HF, for kommuner i Helse Nord lokalisert utenfor HLSH HF's boområde.	10
6	Kommunene inndelt i kategorier etter henvisningsrate.	13
7	Kjønns- og aldersstandardiserte forbruksrater (antall polikliniske kontakter ved sykehus og hos private avtalespesialister) per 1.000 innbygger. Boområde HLSH. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Private avtalespesialister kun 2009 (ikke kjønns- og aldersstandardisert).	14

Figuroversikt

Nr	Figur	Side
1	Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til HLSH HF, fra boområde HLSH, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.	8
2	Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til HLSH HF, fra boområde Helse Nord, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.	10
3	Kjønns og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbyggere til HLSH HF for kommunene i boområde HLSH, 2007-2010.	12
4	Gjennomsnittlig, kjønns- og aldersstandardisert forbruksrate som antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, i HLSH HF for boområde HLSH. Perioden 2007-2009.	15
5	Henvisningsrate versus forbruksrate (polikliniske konsultasjoner) for HLSH HF og boområde HLSH, per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt i perioden 2007-2009.	15
6	Henvisningsrate versus forbruksrate poliklinikk, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Bosatt i HLSH HF og behandlet ved HLSH HF.	16
7	Forbruksrate, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger hos private avtalespesialister for boområde HLSH, 2009.	17
8	Henvisningsrate (kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2009, bosatt HLSH HF og Behandlet HLSH HF) versus forbruksrate hos private avtalespesialister (ujustert rate 2009, bosatt HLSH HF).	18
9	Forbruksrater, kjønns- og aldersstandardisert, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved sykehus totalt og hos private avtalespesialister for boområde HLSH, gjennomsnitt for perioden 2007-2009.	19
10	Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for HLSH HF og boområde HLSH versus forbruksrate (sum av polikliniske konsultasjoner ved sykehus hele landet og polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger, delvis kjønns- og aldersstandardisert), gjennomsnitt for perioden 2007-2009.	19
11	Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for HLSH HF og boområde HLSH versus forbruksrate (sum av polikliniske konsultasjoner ved sykehus hele landet og polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger, delvis kjønns- og aldersstandardisert), 2009.	20
12	Henvisningsrate versus forbruksrate Ø-hjelp. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Bosatte i HLSH HF og behandlet ved HLSH HF.	21

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Postadresse

SKDE
Postboks 6
9038 Tromsø

Besøksadresse

Universitetssykehuset Nord Norge
Plan 5, Fløy C0
Sykehusveien 38
Breivika
9038 Tromsø

Kontakt

Tlf.nr 77 75 58 00
E-post post@skde.no

Internett

www.skde.no
www.kvalitetsregistre.no

ISBN

978-82-93141-04-4