

Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten - henvisninger til Helse Finnmark 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 Helse Finnmark 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. 5/2011
Hovedforfatter	Frank Olsen
Ansvarlig	Lise Balteskard
Oppdragsgiver	Helse Finnmark HF
Gradering	Åpen
Dato	29. November 2011

ISBN : 978-82-93141-05-1

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 til de enkelte HF analysert per kommune i Helse Nord.

Henvisningspraksis til de enkelte HF-ene er framstilt i egne rapporter. Denne rapporten omfatter henvisninger til Helse Finnmark HF. Datagrunnlaget er et uttrekk over henvisninger mottatt av HFet i den aktuelle perioden fra det pasientadministrative systemet i hvert HF (DIPS). Etter omfattende bearbeidelse ble det isolert et datasett som omfattet henvisninger fra primærhelsetjenesten til undersøkelse og/eller behandling i hvert av HFene. 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 hvert 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.

Helse Finnmark mottok i perioden 2007-2010 78.471 henvisninger til somatiske tjenester, med et gjennomsnitt på 19.618 per år. 98 % av disse henvisningene kom fra kommunene i Helse Finnmarks opptaksområde (i det videre kalt boområde). Henvisningsratene varierte mellom kommunene med en faktor på 2,05 når man ser hele perioden under ett. Høyest lå Nesseby med 369,5 henvisninger per 1.000 innbygger og lavest lå Nordkapp med 180,0 henvisninger per 1.000 innbygger i snitt for perioden.

Gjennomsnittlig henvisningsrate vektet mht innbyggertall for hele perioden ble beregnet til 268,3 henvisninger per 1.000 innbyggere. Inndelt i tre grupper i forhold til det vektete gjennomsnittet, hadde fire kommuner henvisningsrater klart under gjennomsnittet, syv kommuner - herav Sør-Varanger - hadde henvisningsrater klart over gjennomsnittet, mens de ti resterende fordelte seg rundt gjennomsnittet.

Det ble funnet positiv samvariasjon mellom kommunevise alders- og kjønnsjusterte rater for polikliniske konsultasjoner og tilsvarende henvisningsrater, hvor kommunene Sør-Varanger, Hammerfest og Kvalsund skiller seg ut med høyt poliklinikkforbruk. 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, og det er en negativ samvariasjon med henvisningsratene til sykehuspoliklinikkene.

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 sykehuspoliklinikkene 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 forbruksmønster, men også i henvisningsrater (upubliserede 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. Samtidig 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 sykkelighet 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 i utgangspunktet lik etterspørsel eller likt behov 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 var mye ledig kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og det er forskjeller i kapasitetsutnyttelse i spesialisthelsetjenesten.

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'Donnell 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 Helse Finnmark, 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 Helse Finnmark 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 laboratorievirksomhet, 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 Helse Finnmark. SKDE har ikke tillatelse til å koble sammen data fra de forskjellige helseforetakene, og derfor er ikke henvisninger for bosatte i Helse Finnmarks område mottatt av andre helseforetak enn Helse Finnmark inkludert i denne analysen. Henvisninger til private avtalespesialister har vi ikke hatt tilgang til.

Helse Finnmark mottok i perioden 2007-2010 177.019 henvisninger. Hensers organisasjonsnummer ble benyttet for å identifisere og ekskludere henvisninger generert av spesialisthelsetjenesten selv. Der det ikke var registrert organisasjonsnummer (n= 11.767) ble henviser på bakgrunn av registrert navn manuelt vurdert og kodet som tilhørende spesialisthelsetjeneste eller ikke. Deretter ble henvisere som tilhørte spesialisthelsetjenesten ekskludert (n=58.507). Henvisninger avvist etter vurdering i spesialisthelsetjenesten (n=232), henvisninger registrert som interne (n=43.248) og henvisninger registrert som sekundære (n=12.926) ble ekskludert fra materialet. Henvisninger til røntgenundersøkelse eller til psykiatrisk fagområde ble også ekskludert⁴ (n=54.240). Til slutt ble såkalte duplikater, dvs henvisninger feilaktig registrert to eller flere ganger, ekskludert (n=135). Duplikat er i denne sammenheng definert som en henvisning med identisk NPRid, mottaksdato, mottakssykehus og fagområde. I tillegg er to henvisninger med ugyldig alder ekskludert. De ovenfor beskrevne eksklusjonskriteriene er ikke gjensidig utelukkende.

Det endelige analysedatasettet for Helse Finnmark inneholdt 78.471 registrerte henvisninger fra primærhelsetjenesten (for befolkningen i Helse Nord's boområde unntatt Bindal) til Helse Finnmark 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 det var henvisninger til røntgen/psykiatri varierte mye i uttrekkene fra HF til HF. Antagelig 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 Finnmark	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
Helgelandsykehuset	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.

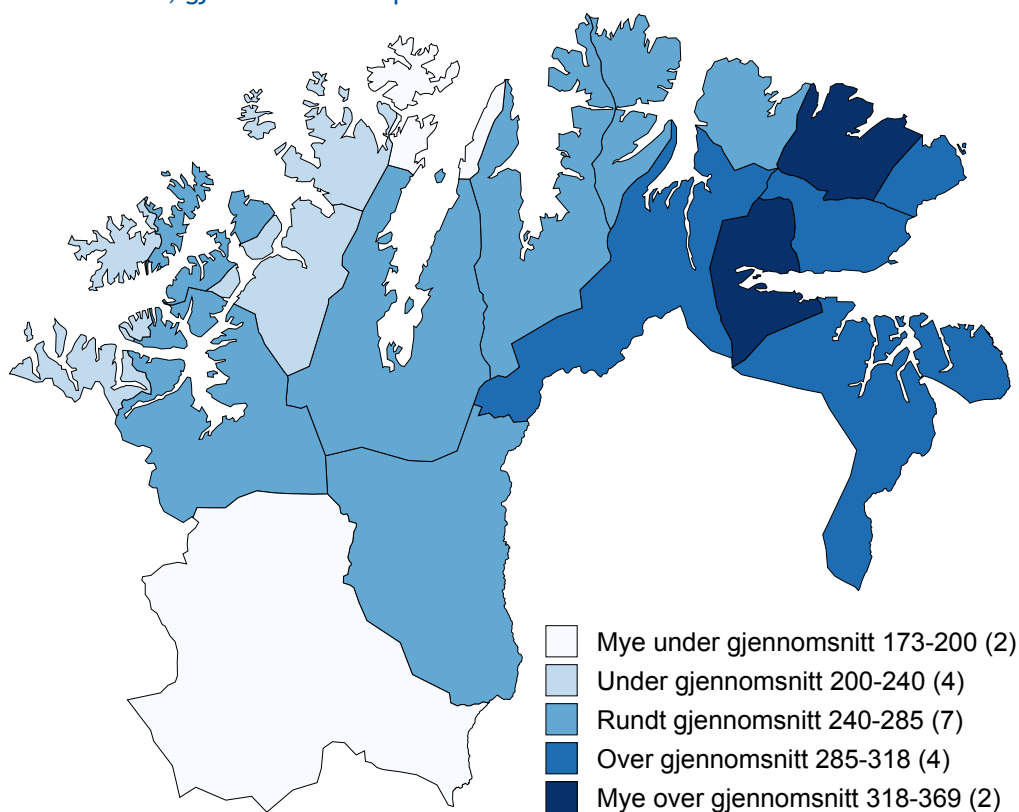
HF	Boområde	2007	2008	2009	2010	Gj.snitt
Helse Finnmark	Finnmark	98 %	98 %	98 %	99 %	98 %
	UNN	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
	Nordland	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Helgeland	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
UNN HF	Finnmark	7 %	7 %	8 %	7 %	7 %
	UNN	87 %	88 %	88 %	89 %	88 %
	Nordland	5 %	4 %	3 %	3 %	4 %
	Helgeland	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
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 %
Helgelandsykehuset	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 Helse Finnmark inneholdt 78.471 registrerte henvisninger fra primærhelsetjenesten (for befolkningen i Helse Nord's boområde unntatt Bindal) til Helse Finnmark 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 Finnmarks boområde.

Figur 1. Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til Helse Finnmark, fra boområde Finnmark, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.



Det er forholdsvis stor variasjon i henvisningsratene mellom kommunene i perioden. Kommunen med høyest henvisningsrate henviste 2,0 til 2,5 ganger så mye som kommunen med lavest henvisningsrate, når man sammenlikner kommunene år for år. Kommunen med høyest henvisningsrate i hele perioden var Nesseby med 408 henvisninger per 1.000 innbygger i 2009, mens det var Nordkapp som hadde lavest henvisningsrate med 140 henvisninger per 1.000 innbygger i 2007. Dvs. en variasjon på 2,9. Nesseby er den kommunen som har høyest henvisningsrate (369,5) i gjennomsnitt i perioden, mens Nordkapp har den laveste (180,0) henvisningsraten i perioden, dvs. en variasjon på 2,0.

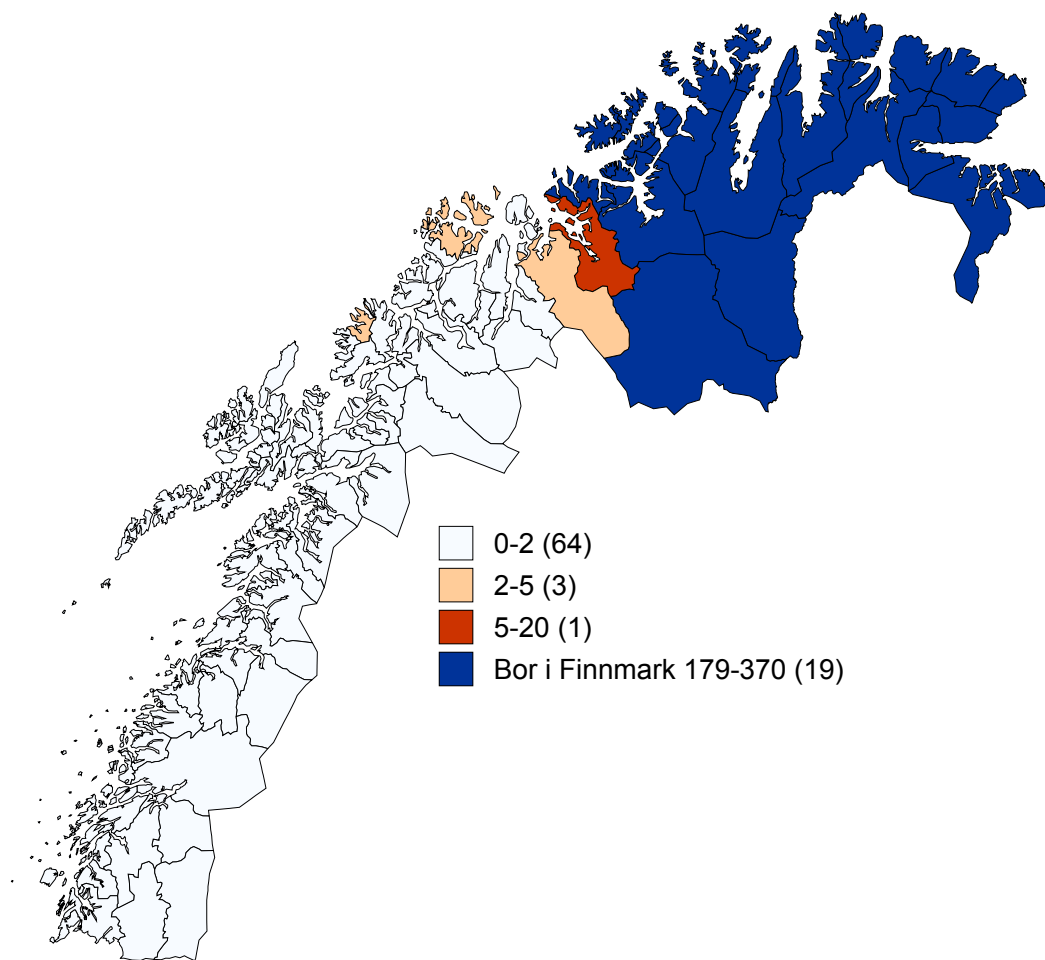
Tabell 4. Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til Helse Finnmark, boområde Finnmark.

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
2002 Vardø	318.9	301.6	344.4	306.2	323.4
2003 Vadsø	297.6	297.5	309.9	287.8	294.9
2004 Hammerfest	289.5	256.2	277.3	311.4	313.0
2011 Kautokeino	183.1	216.1	181.0	161.7	173.5
2012 Alta	239.5	280.5	214.3	233.0	230.2
2014 Loppa	226.1	248.6	242.4	204.0	209.3
2015 Hasvik	233.7	205.2	204.5	238.7	286.5
2017 Kvalsund	249.8	222.3	237.1	253.8	286.0
2018 Måsøy	205.6	153.1	212.0	249.5	207.6
2019 Nordkapp	180.0	140.2	170.7	209.6	199.4
2020 Porsanger	268.2	263.2	260.1	270.6	279.0
2021 Karasjok	270.0	255.9	285.8	289.5	248.6
2022 Lebesby	300.0	287.0	283.7	282.9	346.2
2023 Gamvik	264.8	190.9	258.3	300.7	309.3
2024 Berlevåg	288.9	275.4	286.6	283.0	310.7
2025 Tana	295.5	312.4	325.1	263.1	281.4
2027 Nesseby	369.5	297.9	400.8	407.8	371.4
2028 Båtsfjord	318.5	294.3	319.7	340.7	319.1
2030 Sør-Varanger	300.5	293.1	309.4	287.3	312.0
Max	369.5	312.4	400.8	407.8	371.4
Min	180.0	140.2	170.7	161.7	173.5
Gjennomsnitt	268.4	252.2	269.6	272.7	279.0
Vektet gjennomsnitt	268.3	269.1	263.6	267.5	272.5

Helse Finnmark mottar også henvisninger fra andre kommuner enn kommunene i boområde Finnmark.

Figur 2 viser gjennomsnittlige kjønns- og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbygger på kommunenivå for perioden 2007-2010, for alle kommuner i Helse Nords boområde som henviste til Helse Finnmark i perioden. Kommunene i Helse Finnmarks boområde er blå i Figur 2, og de er vist i Figur 1.

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



Som det fremgår av Figur 2 er Kvænangen kommune den av kommunene utenfor Helse Finnmarks boområde som i størst grad henviser til Helse Finnmark, med 19,5 henvisninger per 1.000 innbygger i snitt i perioden. I tillegg til Kvænangen er det Nordreisa, Karlsøy og Berg som i noen grad henviser til Helse Finnmark. Men, totalt sett er det svært lave henvisningsrater til Helse Finnmark fra boområdene utenfor Finnmark.

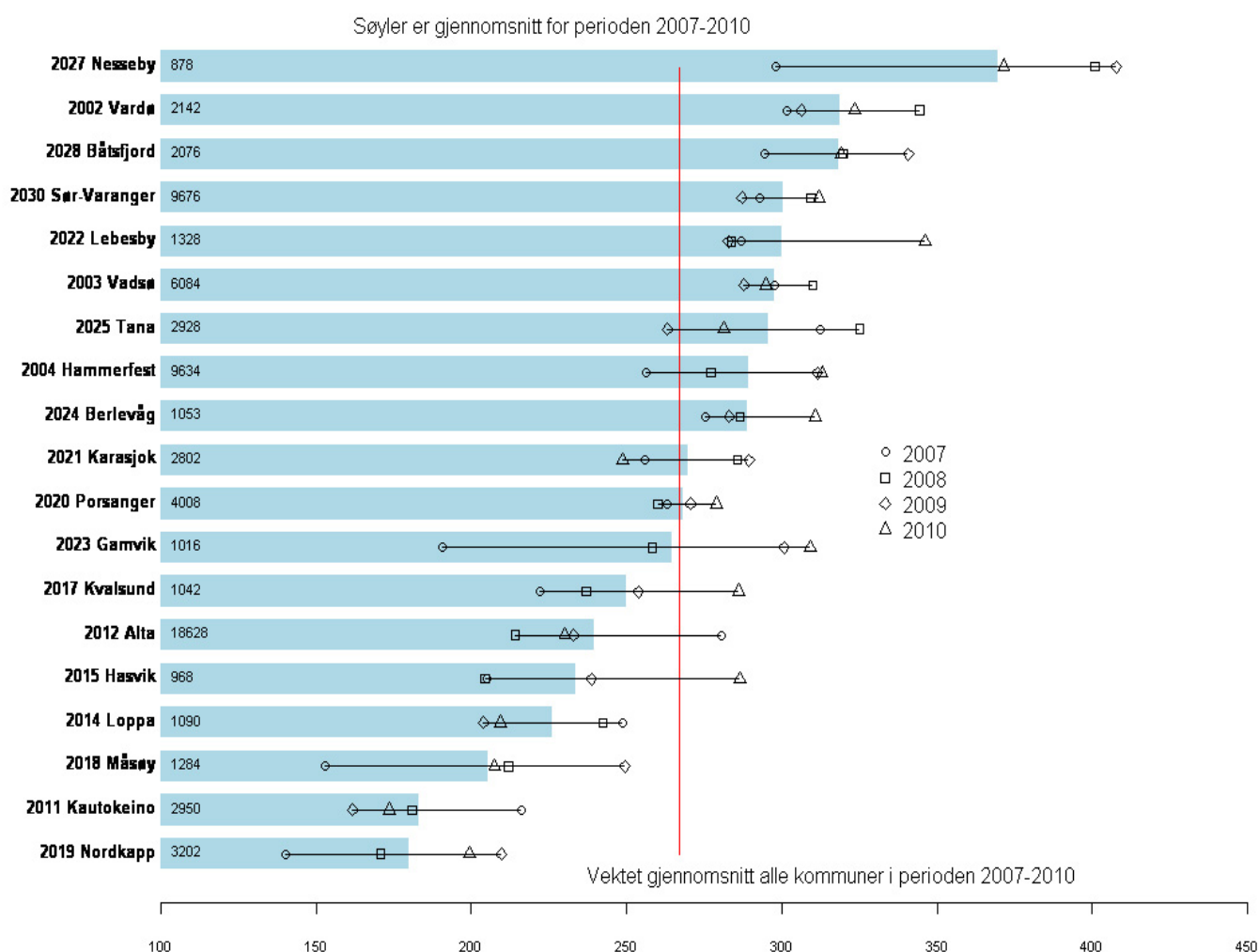
Tabell 5. Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til Helse Finnmark, for kommuner i Helse Nord lokalisert utenfor Helse Finnmarks boområdeboområde.

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
1804 Bodø	0.4	0.5	0.6	0.3	0.1
1805 Narvik	0.8	1.0	1.2	0.7	0.2
1812 Sømna	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0
1813 Brønnøy	0.4	1.0	0.4	0.3	0.0
1815 Vega	0.9	0.9	0.9	1.8	0.0
1816 Vevelstad	0.8	0.0	0.0	3.1	0.0
1818 Herøy	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0
1820 Alstahaug	0.4	0.2	0.6	0.8	0.0
1822 Leirfjord	0.9	2.6	0.0	1.0	0.0
1824 Vefsn	0.2	0.3	0.1	0.3	0.2
1825 Grane	0.2	0.0	0.8	0.0	0.0
1826 Hattfjelldal	0.2	0.0	0.0	0.8	0.0
1827 Dønna	1.0	2.4	0.8	0.8	0.0
1828 Nesna	1.0	2.9	0.0	0.5	0.6
1832 Hemnes	0.3	0.3	0.2	0.0	0.5
1833 Rana	0.2	0.3	0.3	0.2	0.1
1834 Lurøy	0.6	1.8	0.6	0.0	0.0
1835 Træna	0.5	0.0	0.0	2.0	0.0
1836 Rødøy	1.2	2.8	1.0	0.9	0.0
1837 Meløy	0.2	0.3	0.3	0.1	0.0
1838 Gildeskål	0.2	0.6	0.0	0.0	0.0
1839 Beiarn	0.2	0.0	0.0	0.0	0.6
1840 Saltdal	0.4	0.8	0.8	0.0	0.0
1841 Fauske	0.6	0.9	0.9	0.7	0.0
1845 Sørfold	1.3	0.0	1.8	2.9	0.7
1848 Steigen	0.6	0.9	0.9	0.5	0.0
1850 Tysfjord	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0
1851 Lødingen	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0
1852 Tjeldsund	0.5	0.0	0.9	0.9	0.0
1853 Evenes	1.7	1.8	1.0	0.0	4.0
1854 Ballangen	0.8	0.0	1.0	0.5	1.8
1856 Røst	0.7	0.0	1.2	0.0	1.5
1857 Værøy	1.0	0.0	1.3	1.3	1.3
1859 Flakstad	0.7	0.8	0.8	0.0	1.3
1860 Vestvågøy	0.8	1.0	0.7	1.1	0.3
1865 Vågan	0.6	1.3	0.3	0.5	0.1
1866 Hadsel	0.4	0.5	0.4	0.1	0.6
1867 Bø	0.5	0.8	0.4	0.9	0.0
1868 Øksnes	0.3	1.1	0.0	0.2	0.0
1870 Sortland	0.4	0.7	0.4	0.3	0.1

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
1871 Andøy	0.5	0.2	0.2	1.1	0.2
1874 Moskenes	1.4	0.9	3.7	1.0	0.0
1901 Harstad	0.5	1.1	0.3	0.3	0.2
1902 Tromsø	1.4	2.1	1.6	1.2	0.6
1911 Kvæfjord	0.4	0.4	0.3	0.7	0.3
1913 Skånland	1.0	2.4	0.4	0.9	0.4
1917 Ibestad	0.4	0.5	0.0	0.5	0.5
1919 Gratangen	1.6	3.2	0.0	0.0	3.2
1920 Lavangen	0.6	0.0	1.2	1.2	0.0
1922 Bardu	1.3	1.1	1.0	1.6	1.6
1923 Salangen	0.2	0.9	0.0	0.0	0.0
1924 Målselv	0.5	0.8	0.1	0.7	0.5
1925 Sørreisa	0.8	0.9	0.6	1.0	0.5
1926 Dyrøy	0.5	0.0	2.1	0.0	0.0
1927 Tranøy	0.8	1.6	0.8	0.8	0.0
1928 Torsken	1.5	3.3	0.0	0.0	2.7
1929 Berg	2.5	0.0	1.9	3.7	4.3
1931 Lenvik	0.7	1.1	0.5	1.1	0.1
1933 Balsfjord	1.0	1.3	0.9	1.0	0.9
1936 Karlsøy	2.8	3.7	4.4	1.8	1.2
1938 Lyngen	1.5	1.3	1.5	2.2	1.1
1939 Storfjord	1.7	3.2	1.6	1.5	0.4
1940 Kåfjord	1.5	0.5	2.5	1.5	1.6
1941 Skjervøy	2.0	1.3	3.1	1.2	2.2
1942 Nordreisa	3.8	5.3	3.1	4.2	2.8
1943 Kvænangen	19.5	13.2	17.6	24.2	23.1

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 vektete gjennomsnittet for henvisningsratene i alle kommunene i boområde Finnmark i perioden 2007-2010. Figuren viser at det er stor spredning i observasjonene. 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 Helse Finnmark for kommunene i boområde Finnmark, 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 (268 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 fire kommuner som har henvisningsrater under snittet, mens det er 7 kommuner som har henvisningsrater over snittet og 9 kommuner som har henvisningsrater rundt snittet. Det ser ikke ut til å være noen sammenheng mellom kategoriene og innbyggertall.

Tabell 6. Kategorier kommuner, etter henvisningsrate.

Under snittet	Rundt snittet	Over snittet
2014 Loppa	2025 Tana	2027 Nesseby
2018 Måsøy	2004 Hammerfest	2002 Vardø
2011 Kautokeino	2021 Karasjok	2028 Båtsfjord
2019 Nordkapp	2020 Porsanger	2030 Sør-Varanger
	2023 Gamvik	2022 Lebesby
	2017 Kvalsund	2003 Vadsø
	2012 Alta	2024 Berlevåg
	2015 Hasvik	
	2025 Tana	

Figur 3 viser at det ikke er noe klart mønster i at noen år ligger høyere eller lavere enn andre.

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 forbruksrater 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 Helse Finnmark etter behandler. Andre kolonne viser antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved Helse Finnmark. 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 Finnmark 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 Helse Finnmark varierer mye, fra 85% i Sør-Varanger til 46% i Alta og Loppa. Den gjennomsnittlige andelen behandlet ved Helse Finnmark er 66%.

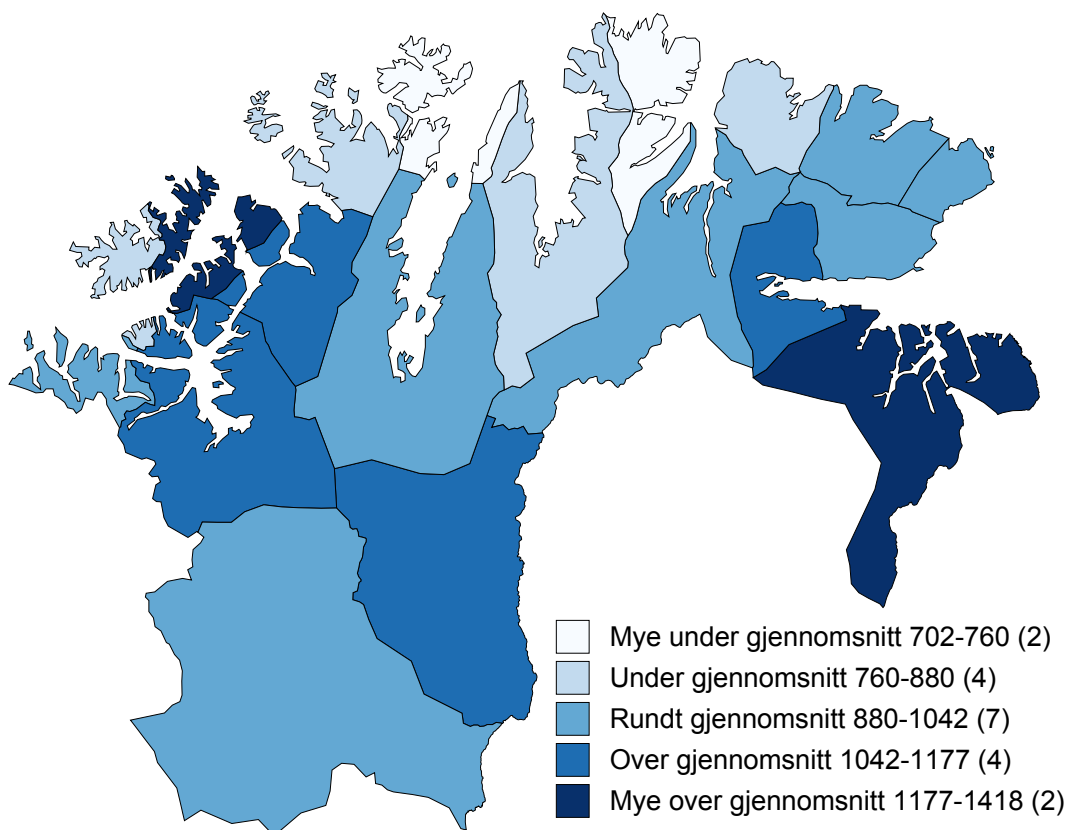
Tabell 7. Kjønn- og aldersstandardiserte forbruksrater (antall polikliniske kontakter) per 1.000 innbygger. Boområde Finnmark. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009, private avtalespesialister kun 2009 (ikke kjønn- og aldersstandardisert).

Kommune	FinnmarkHF	Andre HF i Helse Nord	Utenfor Helse Nord	Totalt sykehus	Private avtalesp	Totalt	Andel (Helse Finnmark/ Totalt)
2002 Vardø	765.4	198.0	39.0	1002.4	20.7	1023.1	75 %
2003 Vadsø	822.3	158.1	33.5	1013.9	22.6	1036.5	79 %
2004 Hammerfest	996.5	207.0	35.4	1239.0	79.7	1318.7	76 %
2011 Kautokeino	436.7	221.2	17.4	675.3	235.3	910.6	48 %
2012 Alta	543.0	237.8	40.2	821.0	355.9	1176.9	46 %
2014 Loppa	483.4	275.2	24.2	782.9	257.6	1040.5	46 %
2015 Hasvik	449.6	246.1	28.6	724.4	131.7	856.0	53 %
2017 Kvalsund	777.0	167.3	40.8	985.2	106.2	1091.4	71 %
2018 Måsøy	501.7	168.3	26.1	696.0	73.4	769.4	65 %
2019 Nordkapp	394.4	208.9	39.3	642.7	59.7	702.3	56 %
2020 Porsanger	577.0	176.5	33.5	787.0	93.5	880.4	66 %
2021 Karasjok	752.4	166.4	24.9	943.8	99.0	1042.7	72 %
2022 Lebesby	505.5	226.8	15.0	747.2	77.5	824.7	61 %
2023 Gamvik	452.6	231.6	34.6	718.8	40.6	759.4	60 %
2024 Berlevåg	572.0	197.2	39.4	808.6	18.2	826.8	69 %
2025 Tana	731.2	168.8	31.2	931.2	26.1	957.3	76 %
2027 Nesseby	852.3	173.1	36.5	1061.8	14.7	1076.5	79 %
2028 Båtsfjord	654.7	202.9	23.4	881.0	20.8	901.7	73 %
2030 Sør-Varanger	1203.8	170.3	33.6	1407.8	9.3	1417.1	85 %
Max	1203.8	275.2	40.8	1407.8	355.9	1417.1	85 %
Min	394.4	158.1	15.0	642.7	9.3	702.34	46 %
Gjennomsnitt	656.4	200.1	31.4	887.9	91.7	979.6	66 %
Vektet gjennomsnitt	732.9	201.8	34.1	968.8	138.7	1107.4	66 %

Henvisningsrater versus forbruksrater (polikliniske konsultasjoner ved sykehus)

Kjønns- og aldersstandardiserte forbruksrater for antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved Helse Finnmark for bosatte i boområde Finnmark, viser at det er betydelig variasjon mellom kommunene. Forbruksraten for kommunen med høyest forbruksrate er over tre ganger så høy som forbruksraten i kommunen med lavest forbruksrate. Gjennomsnittlig forbruksrate var 656 polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, mens det vektede gjennomsnittet var høyere: 733.

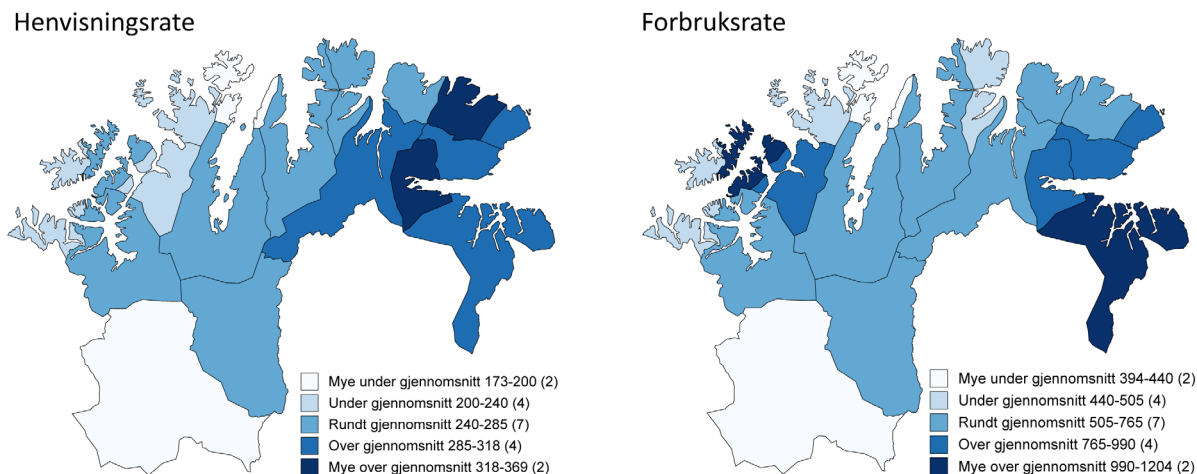
Figur 4. Gjennomsnittlig, kjønns- og aldersstandardisert forbruksrate som antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, i Helse Finnmark for boområde Finnmark. Perioden 2007-2009.



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 positiv sammenheng mellom forbruksrater og henvisningsrater⁵.

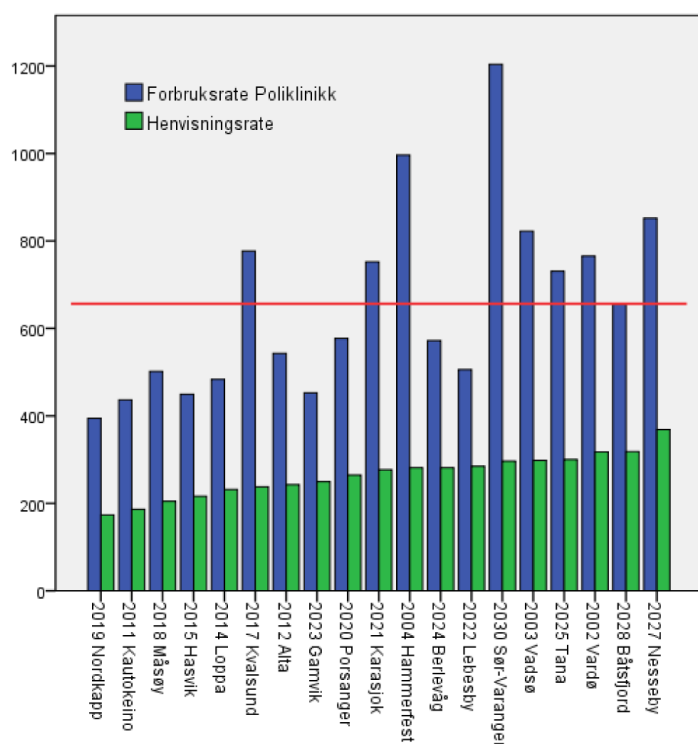
5 Regresjonskoeffisient = 2,265 og p-verdi=0,001.

Figur 5. Henvisningsrate versus forbruksrate (polikliniske konsultasjoner) for Helse Finnmark og boområde Finnmark, 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 (857 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 stigende fra venstre mot høyre. Det er imidlertid tre kommuner som bryter mønsteret; Sør-Varanger, Hammerfest og Kvalsund som alle har relativt sett mye høyere forbruksrate i forhold til henvisningsraten sammenliknet med de andre kommunene. Sør-Varanger og Hammerfest er sykehuskommuner, mens Kvalsund er nabokommune til Hammerfest.

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



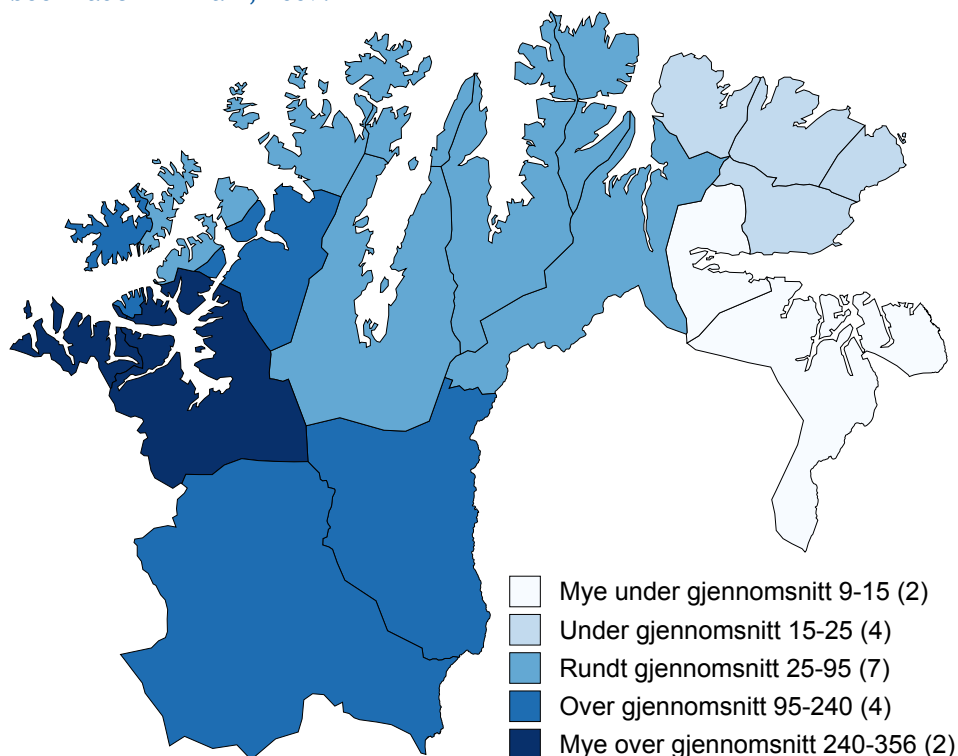
Figur 6 er som sagt sortert stigende etter henvisningsrate (grønne søyler) fra venstre mot høyre, og ser på sammenhengen mellom henvisningsrate og forbruksrate poliklinikk ved Helse Finnmark. I det kommende blir denne figuren reproduisert flere ganger; i Figur 8 som viser sammenheng mellom henvisningsrate 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 ca 1.200 konsultasjoner per 1.000 innbygger per år, mens kommunen med lavest forbruk hadde ca 400 konsultasjoner per 1.000 innbygger.

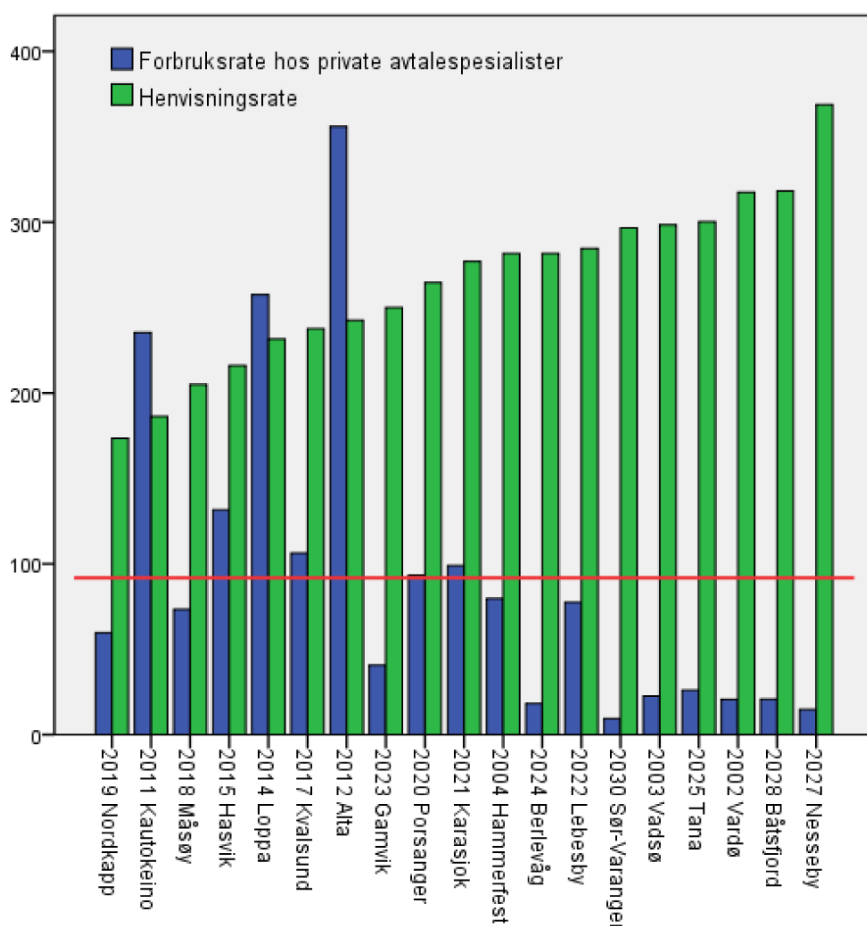
Variasjon i forbruket hos private avtalespesialister var mye større. Kommunen med høyest forbruk hos private avtalespesialister; Alta med 356 konsultasjoner per 1.000 mot kommunen med lavest forbruk; Sør-Varanger med 9 konsultasjoner per 1.000. Dvs en forskjell på hele 38 ganger.

Figur 7. Forbruksrate, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger hos private avtalespesialister for boområde Finnmark, 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 13% høyere enn det uvektede gjennomsnittet, mens for forbruk hos private avtalespesialister er det vektede snittet 51% 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 kommuner⁶. Unntaket er Sør-Varanger og Vadsø som har lave forbruksrate hos private avtalespesialister. Ellers skiller Alta, Loppa og Kautokeino seg ut med høyt forbruk hos private avtalespesialister. Av Figur 8 ser det ut til å være en negativ sammenheng mellom henvisningsrate og forbruksrate hos private avtalespesialister, og lineær regresjon viser at det er en signifikant negativ sammenheng⁷. Den røde linjen er gjennomsnittet for forbruksrate hos private avtalespesialister for alle kommunene (92 konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger).

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



- 6 Det høye forbruket hos private avtalespesialister i Alta, som er den desidert største kommunen i innbyggertall, er den viktigste årsaken til at det vektede snittet er så mye høyere enn det uvektede gjennomsnittet.
- 7 Lineær regresjon hvor forbruksrater hos private avtalespesialister er avhengig variabel og henvisningsrater er uavhengig variabel. Regresjonskoeffisient = -1,016 og p-verdi=0,020.

Henvisningsrater versus totale forbruksrater (poliklinikk)

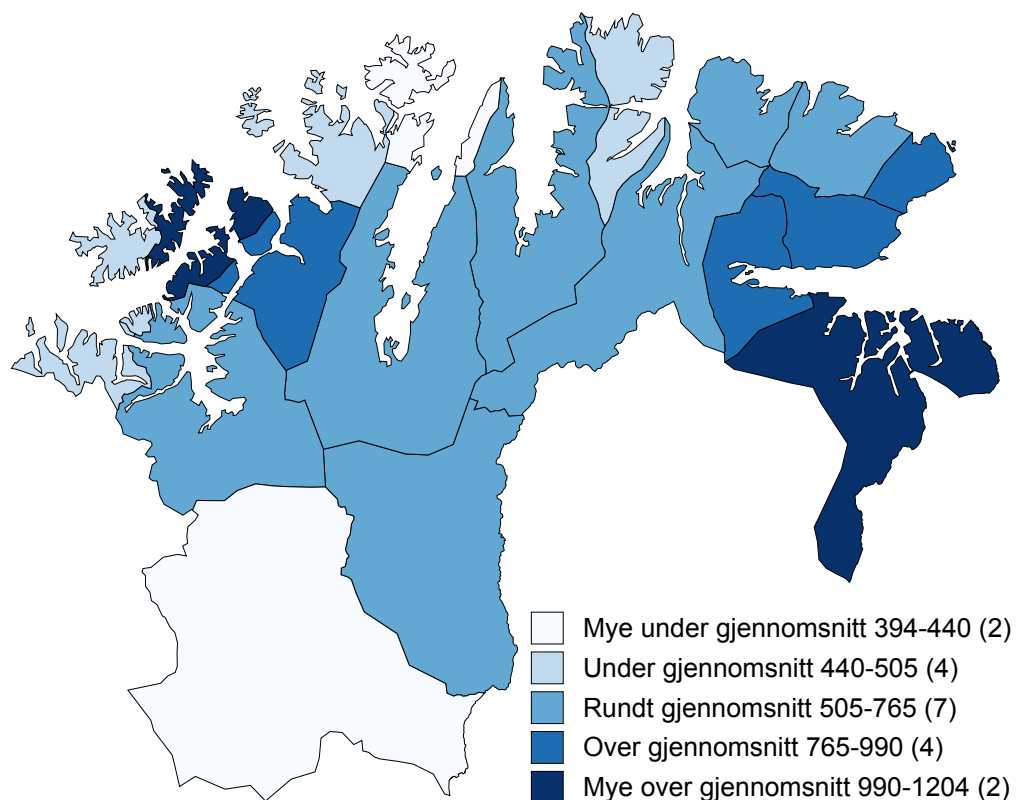
Vi har data på henvisninger til Helse Finnmark for bosatte i boområde Finnmark. Vi har ikke juridisk hjemmel for å koble data på henvisninger for bosatte i boområde Finnmark til andre HF enn Helse Finnmark, dvs. ikke til andre HF i Helse Nord eller andre HF ellers i landet eller til private avtalespesialister.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

Når det gjelder forbruket av spesialisthelsetjenester er situasjonen annerledes. For forbruket (antall polikliniske konsultasjoner) har vi komplette data for bosatte i boområde Finnmark. Vi har data på forbruket ved Helse Finnmark (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 Helse Finnmark, dvs tilsvarende som kolonne 2 i Tabell 7.

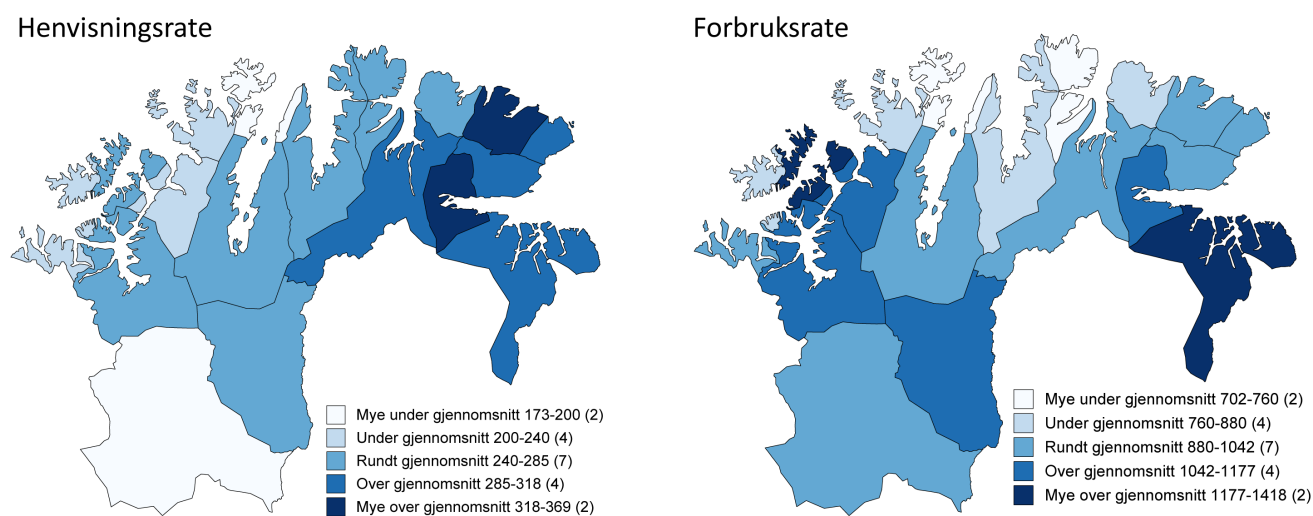
Derfor blir det ikke helt korrekt å sammenlikne henvisningsrater med de totale forbruksratene, men det tegner likevel et bilde som det kan være viktig å få fram. Det er sykehuskommunene Sør-Varanger og Hammerfest som har de høyeste totale forbruksratene, uten at det er noen entydig og klar sammenheng mellom totale forbruksrater og henvisningsrater, se Figur 10 og Figur 11. I Figur 11 er det tegnet en rød linje som er gjennomsnittet for det totale polikliniske spesialisthelsetjenesteforbruket (alle sykehus + private avtalespesialister) for alle kommunene (976,6 konsultasjoner per 1.000 innbygger).

Det at det ikke finnes noen entydig og klar sammenheng mellom det totale poliklinikk forbruket 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, og 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.

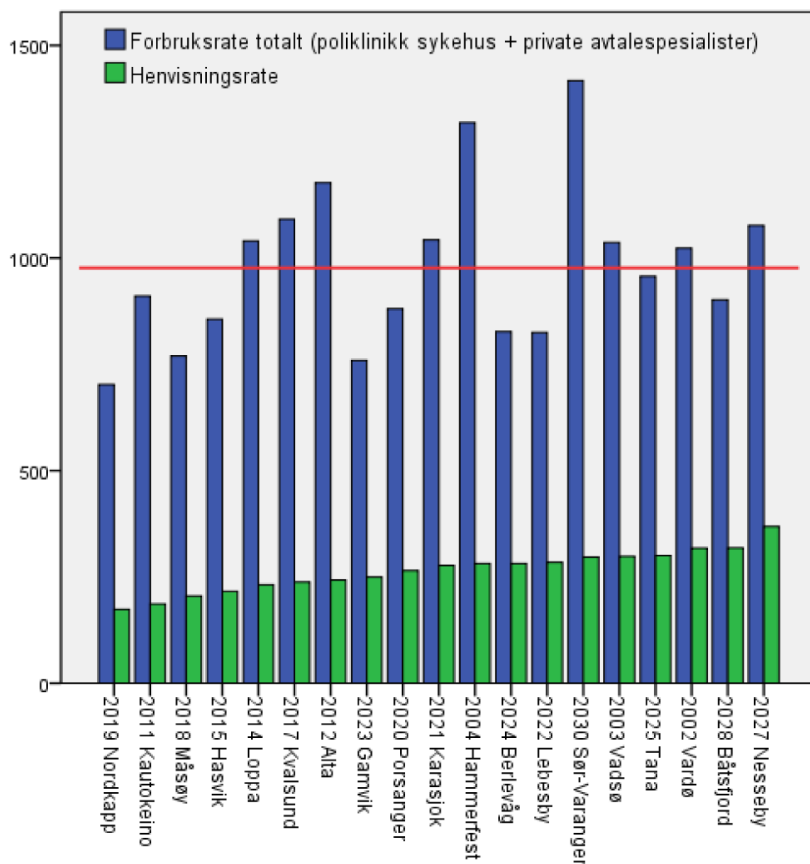
Figur 9. Forbruksrater, kjønns- og aldersstandardisert, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved sykehus totalt og hos private avtalespesialister for boområde Finnmark, gjennomsnitt for perioden 2007-2009.



Figur 10. Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for Helse Finnmark og boområde Finnmark 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.



Figur 11. Kjønn- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for Helse Finnmark og boområde Finnmark 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.

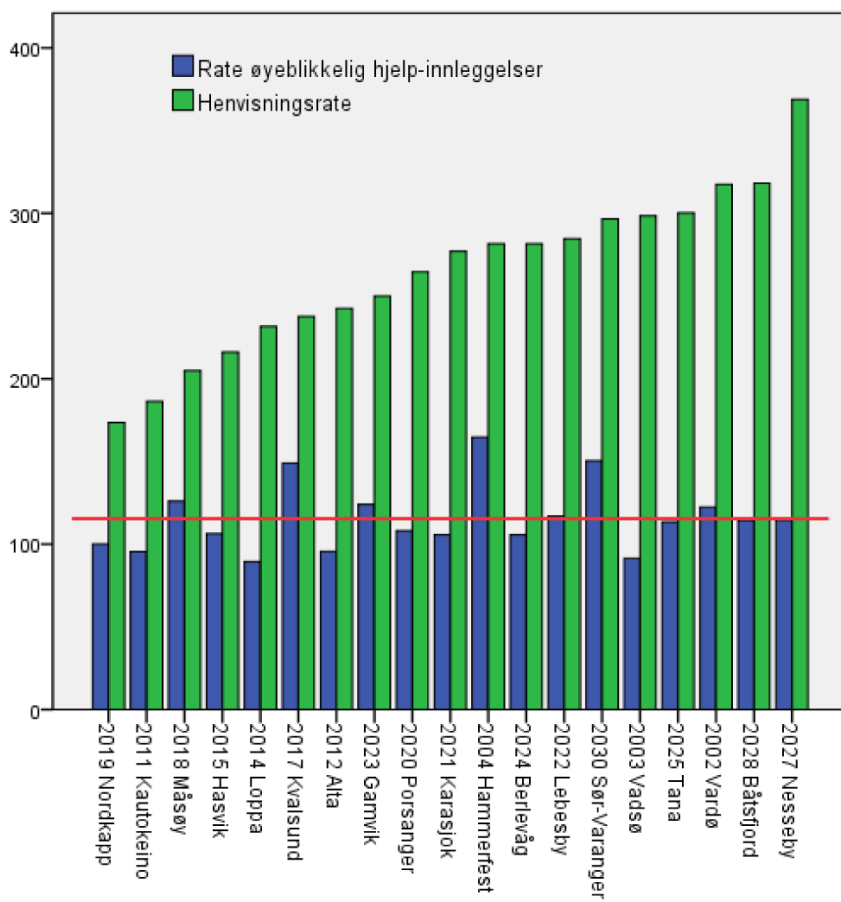


Henvisningsrate versus forbruk av øyeblikkelig hjelp

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 sykkelighet i befolkningen. Alternativt vil høy henvisningsrate medføre flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser fordi sykkeligheten 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 (kjønns- og aldersjustert) sammenstilt med tilsvarende for henvisninger. Rød linje i figuren er gjennomsnittet for ratene for øyeblikkelig hjelp i alle kommunene i boområde Helse Finnmark. Det er imidlertid ikke signifikant samvariasjon mellom henvisningspraksis og forbruk av øyeblikkelig hjelp⁸.

8 Lineær regresjon hvor forbruksrate for øyeblikkelig hjelp er avhengig variabel og henvisningsrate er uavhengig variabel. Regresjonskoeffisient = 0,092 og p-verdi = 0,361.

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



Oppsummering/konklusjon

Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til Helse Finnmark 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 Helse Finnmarks boområde med en faktor på 2,05. Fordelt i tre grupper i forhold til et vektet gjennomsnitt hadde fire kommuner henvisningsrater under gjennomsnittet. Syv kommuner hadde henvisningsrater over gjennomsnittet, mens ni kommuner hadde henvisningsrater rundt det vektede gjennomsnittet. Sammenliknet med forbruk av polikliniske tjenester i sykehus, er det 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 Helse Finnmarks boområde varierte med en faktor på 38, og var høyest i Alta. Det foreligger en signifikant negativ sammenheng 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 Helse Finnmark 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 Finnmark. 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 Helse Finnmark og forbruksrater (poliklinikk) ved Helse Finnmark, 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 Helse Finnmark for bosatte i boområde Finnmark) 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.	8
3	Prosentvis fordeling av henvisninger for mottakende helseforetak etter boområde, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt.	8
4	Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til Helse Finnmark, boområde Finnmark.	10
5	Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til Helse Finnmark, for kommuner i Helse Nord lokalisert utenfor Helse Finnmarks boområde-boområde.	12
6	Kategorier kommuner, etter henvisningsrate.	15
7	Kjønns- og aldersstandardiserte forbruksrater (antall polikliniske kontakter) per 1.000 innbygger. Boområde Finnmark. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009, private avtalespesialister kun 2009 (ikke kjønns- og aldersstandardisert).	17

Figuroversikt

Nr.	Figur	Side
1	Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til Helse Finnmark, fra boområde Finnmark, kjønns- og alderstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.	9
2	Henvisningsrate per 1.000 innbygger, til Helse Finnmark, fra boområde Helse Nord, kjønns- og alderstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2010.	11
3	Kjønns og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbyggere til Helse Finnmark for kommunene i boområde Finnmark, 2007-2010.	14
4	Gjennomsnittlig, kjønns- og aldersstandardisert forbruksrate som antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, i Helse Finnmark for boområde Finnmark. Perioden 2007-2009.	18
5	Henvisningsrate versus forbruksrate (polikliniske konsultasjoner) for Helse Finnmark og boområde Finnmark, per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt i perioden 2007-2009.	19
6	Henvisningsrate versus forbruksrate poliklinikk, kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Bosatt i UNN HF og behandlet ved UNN HF.	19
7	Forbruksrate, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger hos private avtalespesialister for boområde Finnmark, 2009.	20
8	Henvisningsrate (kjønns- og aldersstandardisert, gjennomsnitt for perioden 2007-2009, bosatt Helse Finnmark og Behandlet Helse Finnmark) versus forbruksrate hos private avtalespesialister (justert rate 2009, bosatt Helse Finnmark).	21
9	Forbruksrater, kjønns- og aldersstandardisert, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved sykehus totalt og hos private avtalespesialister for boområde Finnmark, gjennomsnitt for perioden 2007-2009.	23
10	Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for Helse Finnmark og boområde Finnmark 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.	23
11	Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for Helse Finnmark og boområde Finnmark 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.	24
12	Henvisningsrate versus forbruksrate Ø-hjelp. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009. Bosatte i Helse Finnmark og behandlet ved Helse Finnmark	25

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

978-82-93141-05-1