

Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten - henvisninger til UNN HF

Rapport fra Analyseenheten i SKDE

Juni 2011



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Formålet med denne rapporten er å beskrive geografisk variasjon i henvisninger fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste ved UNN 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. 2/2011
Hovedforfatter	Frank Olsen
Ansvarlig	Lise Balteskard
Oppdragsgiver	Univeristetspsykehuset Nord Norge HF (UNN)
Gradering	Åpen
Dato	24.juni 2011

ISBN : 978-82-93141-02-0

Alle rettigheter SKDE.

Sammendrag

Samhandlingsreformen og kommunenes framtidige ansvar for befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester, har aktualisert behovet for å undersøke henvisnings-praksis fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. På oppdrag fra hvert enkelt helseforetak (HF) i Helse Nord og med hjemmel i HFets databehandleravtale med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (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 Universitetssykehuset Nord- Norge (UNN) HF. Datagrunnlaget er et uttrekk over henvisninger mottatt av HFet i den aktuelle perioden fra det pasientadministrative systemet i hvert HF. 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.

UNN HF mottok i hele perioden 186.096 henvisninger til somatiske tjenester, med et gjennomsnitt på 46.524 per år. 88% av disse henvisningene kom fra kommunene i UNN HFs opptaksområde (i det videre kalt boområde). Henvisningsratene varierte mellom kommunene med en faktor på 1,92 når man ser hele perioden under ett. Høyest lå lbestad med 338 henvisninger per 1.000 innbygger og lavest lå Nordreisa med 176 henvisninger per 1.000 innbygger.

Gjennomsnitt henvisningsrate vektet mht innbyggertall for hele perioden ble beregnet til 223 henvisninger per 1.000 innbyggere. Inndelt i tre grupper i forhold til det vektede gjennomsnittet, hadde fire kommuner - herav Tromsø - henvisningsrater klart under gjennomsnittet, 16 kommuner - herav Harstad og Narvik - 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, med unntak for kommunene Tromsø, Harstad, Narvik og Kvæfjord som skiller seg ut med høyt poliklinikkforbruk. Det ble ikke funnet tilsvarende samvariasjon ved sammenlikning av henvisningsrater med sum av forbruk i sykehuspoliklinikker og 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, og det er en negativ samvariasjon med henvisningsratene til sykehuspoliklinikkene.

Forbruk av øyeblikkelig hjelp-innleggelser fordeler seg nokså likt mellom kommunene i UNN HF's opptaksområde, men det ser ut til å være en positiv samvariasjon mellom henvisningsrater og forbruk av øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

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 sykklighet 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 for de henvisende leger. Til slutt er det grunn til å merke seg at kommuner med høye henvisningsrater til planlagte tjenester også har et høyt forbruk av øyeblikkelig-hjelp noe som kan tyde på at terskelen for henvisninger avspeiler en kommunal praksisprofil.

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 (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 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 UNN 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 UNN 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 UNN HF. Vi har ikke hatt tilgang til henvisninger for bosatte i UNN HF's område mottatt av helseforetak utenfor Helse Nord eller av private spesialister.

UNN HF mottok i perioden 397.191 henvisninger. Henvisers organisasjonsnummer ble benyttet for å identifisere og ekskludere henvisninger generert av spesialisthelsetjenesten selv. Der det ikke var registrert organisasjonsnummer (n= 19.300) ble henviser på bakgrunn av registrert navn manuelt vurdert og kodet som tilhørende spesialisthelsetjeneste eller ikke. Deretter ble henvisere som tilhørte spesialisthelsetjenesten ekskludert (n=195.772). Henvisninger avvist etter vurdering i spesialisthelsetjenesten (n=1.276), henvisninger registrert som interne (n=144.595) og henvisninger registrert som sekundære (n=56.567) ble ekskludert fra materialet. Henvisninger til røntgenundersøkelse eller til psykiatrisk fagområde ble også ekskludert⁴ (n=8.319). 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 to henvisninger med ugyldig alder ekskludert. De ovenfor beskrevne eksklusjonskriteriene er ikke gjensidig utelukkende.

Det endelige analysedatasettet for UNN HF inneholdt 186.096 registrerte henvisninger fra primærhelsetjenesten (for befolkningen i Helse Nord's boområde unntatt Bindal) til UNN HF for årene 2007 til og med 2010. For UNN HF er henvisningene registrert for helseforetaket samlet, og vi har derfor ikke data for de enkelte sykehusenhetene i hhv Tromsø, Harstad og Narvik.

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	Finnmark HF	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
Røngten/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 mottakene helseforetak.

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

Mottakene HF	2007	2008	2009	2010	Totalt	Gj.snitt
Finnmark HF	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 mottakene helseforetak, splittet på boområde, i perioden 2007-2010.

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

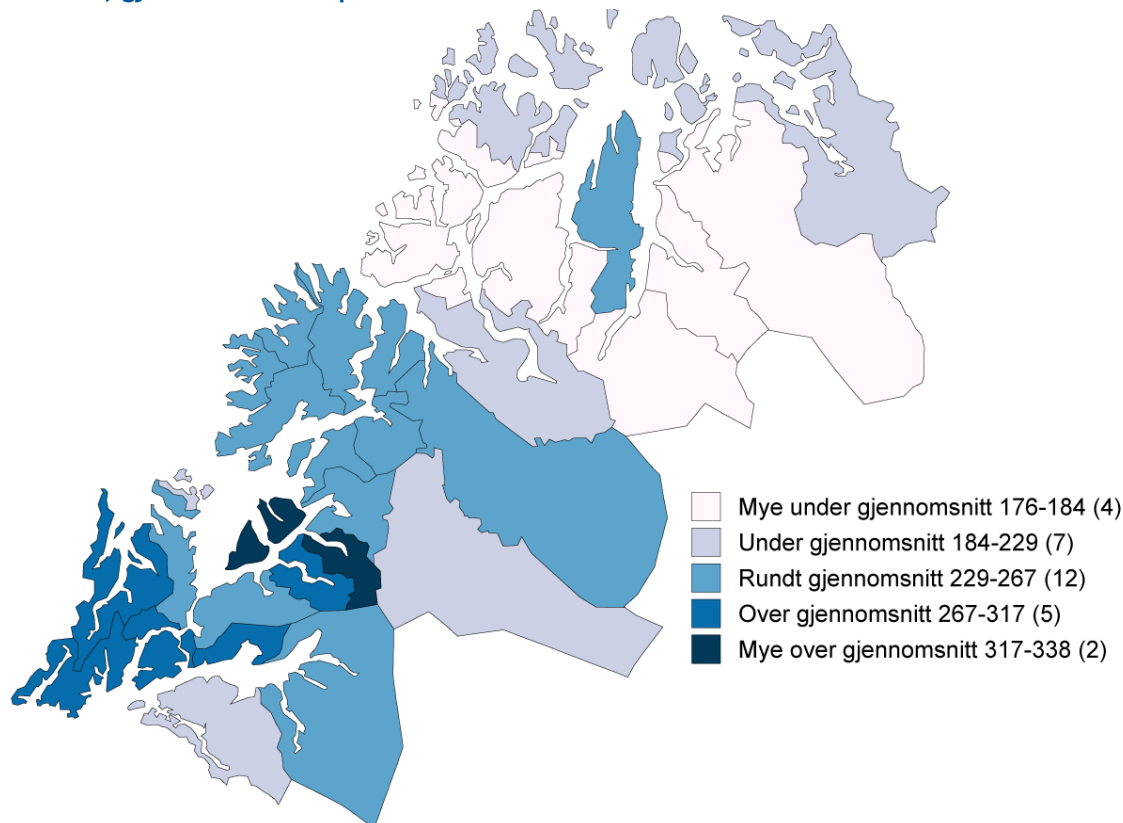
HF	Boområde	2007	2008	2009	2010	Gj.snitt
Helse Finnmark	Finnmark	98 %	98 %	98 %	99 %	98 %
	UNN	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
	Nordland	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Helgeland	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
UNN HF	Finnmark	7 %	7 %	8 %	7 %	7 %
	UNN	87 %	88 %	88 %	89 %	88 %
	Nordland	5 %	4 %	3 %	3 %	4 %
	Helgeland	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Nordlands- sykehuset	Finnmark	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	UNN	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %
	Nordland	91 %	92 %	92 %	93 %	92 %
	Helgeland	7 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Helgelands- sykehuset	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 UNN HF inneholdt 186.096 registrerte henvisninger fra primærhelsetjenesten (for befolkningen i Helse Nord's boområde unntatt Bindal) til UNN 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 UNNs boområde.

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



Det er forholdsvis stor variasjon i henvisningsratene mellom kommunene i perioden. Kommunen med høyest henvisningsrate henviste 1,9 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 Evenes med 437 henvisninger per 1.000 innbygger i 2007, men det var Storfjord som hadde lavest henvisningsrate med 155 henvisninger per 1.000 innbygger i 2009. Dvs. en variasjon på 2,8. Ibestad er den kommunen som har høyest henvisningsrate (338) i gjennomsnitt i perioden, mens Nordreisa har den laveste (176) henvisningsraten i perioden, dvs. en variasjon på 1,9.

I Figur 1 er det brukt ett enkelt gjennomsnitt, dvs at hver kommune vektet like mye. Da blir den gjennomsnittlige henvisningsraten for hele perioden 248 per 1000 innbyggere per år. Dersom fokus er på antall henvisninger totalt 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 223 per 1000 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). Det skyldes i hovedsak det store innbyggertallet i Tromsø og at henvisningsratene for Tromsø er lave.

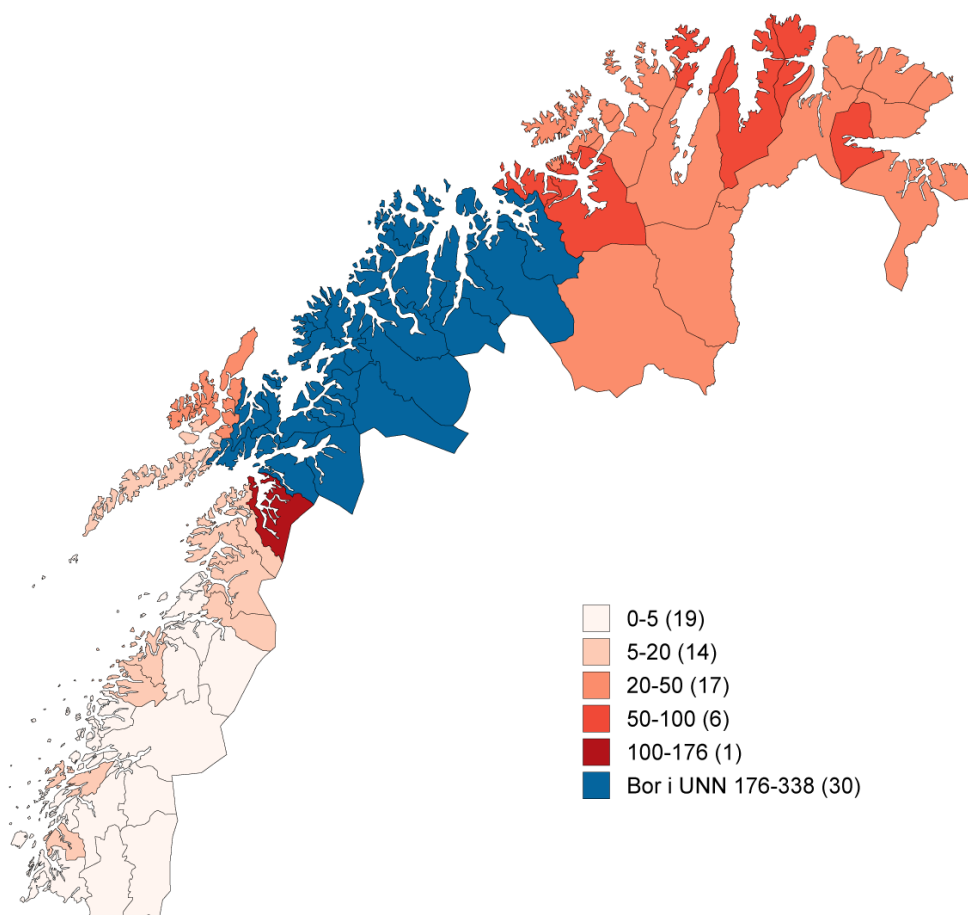
Tabell 4. Henvisningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til UNN HF, boområde UNN

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
1805 Narvik	263,2	310,5	263,8	231,2	247,4
1851 Lødingen	313,2	350,6	266,1	334,5	301,8
1852 Tjeldsund	312,3	396,8	324,4	264,1	263,7
1853 Evenes	316,1	437,0	318,3	248,9	260,1
1854 Ballangen	206,1	230,1	192,4	195,3	206,6
1901 Harstad	257,9	280,3	248,3	254,9	248,1
1902 Tromsø	181,0	175,6	179,4	176,5	192,5
1911 Kvæfjord	282,8	318,9	273,7	256,1	282,6
1913 Skånland	259,0	331,0	227,2	241,7	236,1
1915 Bjarkøy	226,8	261,9	210,6	212,5	222,2
1917 Ibestad	337,7	421,5	349,0	308,3	271,9
1919 Gratangen	315,6	395,6	297,6	276,3	292,9
1920 Lavangen	332,0	368,6	325,6	338,3	295,5
1922 Bardu	209,8	220,1	223,9	179,6	215,8
1923 Salangen	242,9	269,9	236,1	236,8	228,8
1924 Målselv	252,2	232,8	239,9	255,1	281,0
1925 Sørreisa	234,0	257,2	226,4	250,9	201,3
1926 Dyrøy	247,8	230,0	287,3	238,7	234,9
1927 Tranøy	250,1	243,5	289,5	218,5	248,7
1928 Torsken	254,1	253,8	287,3	262,4	212,9
1929 Berg	266,1	268,1	281,7	271,1	243,4
1931 Lenvik	239,9	244,7	243,5	226,8	244,5
1933 Balsfjord	203,4	173,5	186,7	214,3	239,1
1936 Karlsøy	218,2	216,9	223,9	232,2	199,8
1938 Lyngen	251,0	252,9	243,3	253,3	254,5
1939 Storfjord	183,4	189,2	190,2	155,0	199,2
1940 Kåfjord	178,4	188,8	191,1	171,6	162,1
1941 Skjervøy	228,1	251,1	225,5	226,4	209,4
1942 Nordreisa	176,3	172,9	178,6	189,9	164,1
1943 Kvænangen	210,9	178,7	231,4	222,8	210,7
Max	337,7	437,0	349,0	338,3	301,8
Min	176,3	172,9	178,6	155,0	162,1
Gjennomsnitt	248,3	270,7	248,8	238,1	235,7
Vektet gjennomsnitt	222,7	234,2	220,1	214,5	222,3

UNN HF mottar også henvisninger fra andre kommuner enn kommunene i boområde UNN.

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 UNN HF i perioden. Kommunene i UNN HF's boområde er blå i Figur 2, og de er vist i Figur 1.

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



Som det fremgår av Figur 2 er Tysfjord kommune den av kommunene utenfor UNN HF's boområde som i størst grad henviser til UNN HF. Tysfjord kommune er delt i to når det gjelder sykehustilhørighet. Bosatte i kommunen nord for Tysfjorden tilhører UNN HF, mens bosatte sør for Tysfjorden tilhører Nordlandssykehuset HF. Henvisningspraksis fra Tysfjord synes derfor lik gjennomsnittet for de bosatte i boområdet UNN⁵.

I tillegg til Tysfjord er det Vesterålen og noen Finnmarkskommuner, deriblant Alta, som i størst grad henviser til UNN HF. Historisk sognet tidligere Stokmarknes sykehus, nå Vesterålen sykehus, til Hålogalandsykehuset og UNN. Slike gamle rutiner kan ta tid å snu. Sykehusspesialister fra UNN driver ambulerende virksomhet på spesialistpoliklinikken i Alta, og denne aktiviteten registreres som poliklinikk ved UNN, og tilbudet kan i sin tur legge føringer på hvor primærhelsetjenesten henviser pasientene.

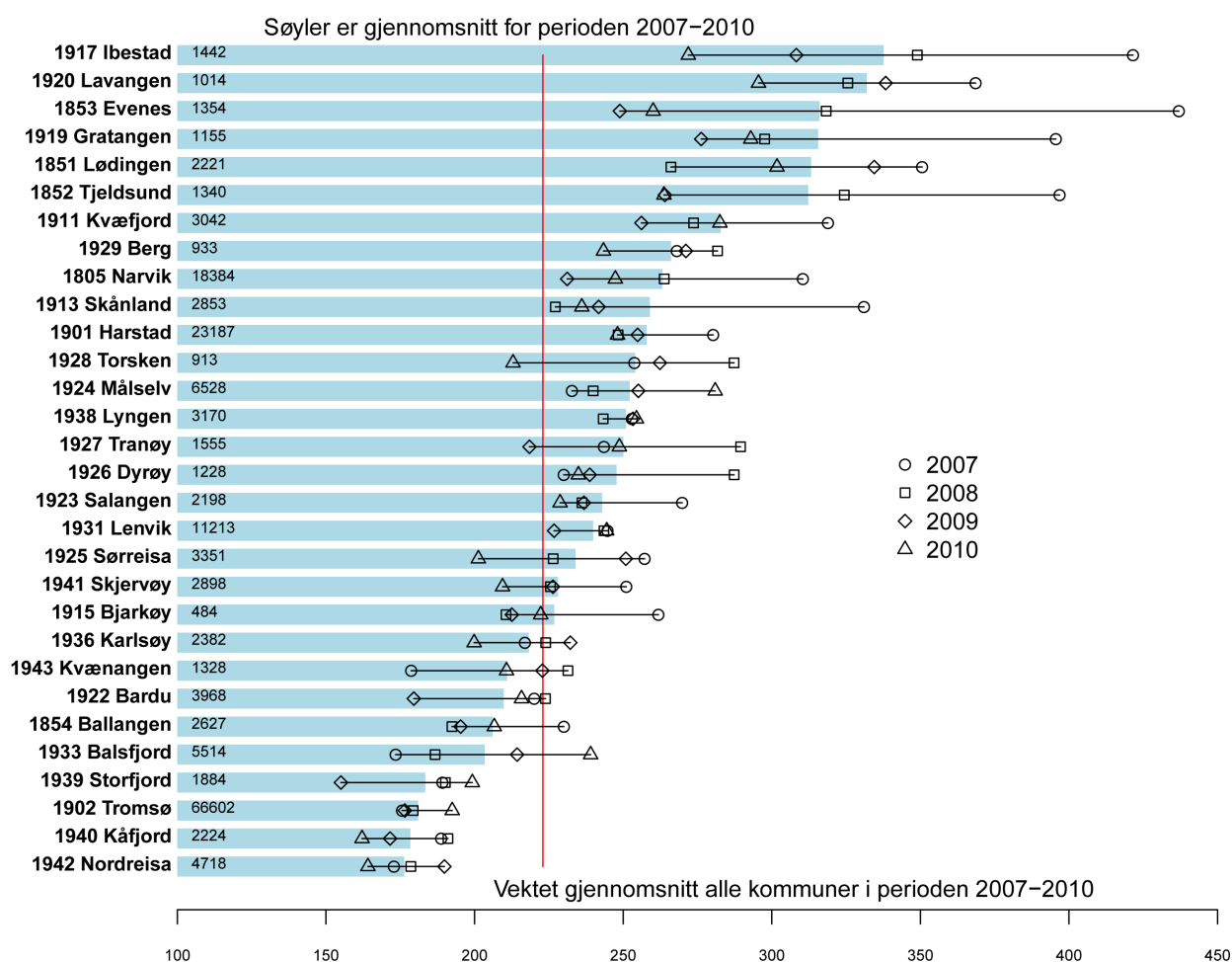
5 Omtrent halvparten av befolkningen i Tysfjord har sykehustilhørighet til UNN HF.

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

	Gj.snitt	2007	2008	2009	2010
1804 Bodø	3,9	5,1	4,1	3,4	2,9
1812 Sømna	3,7	1,9	3,7	3,9	5,4
1813 Brønnøy	4,6	4,6	5,3	4,6	4,0
1815 Vega	4,6	7,9	2,8	4,5	3,0
1816 Vevelstad	5,9	4,2	7,3	7,0	4,9
1818 Herøy	4,3	4,0	5,0	3,9	4,3
1820 Alstahaug	4,2	5,9	5,2	2,3	3,3
1822 Leirfjord	6,4	5,0	6,9	9,4	4,4
1824 Vefsn	4,2	4,3	3,3	4,2	4,9
1825 Grane	3,7	4,0	1,9	4,5	4,6
1826 Hattfjelldal	3,0	5,7	1,7	0,8	3,8
1827 Dønna	5,7	7,3	7,0	3,9	4,5
1828 Nesna	3,4	1,8	1,7	7,0	3,2
1832 Hemnes	3,9	4,0	4,4	4,8	2,3
1833 Rana	4,6	5,4	4,5	4,3	4,3
1834 Lurøy	3,2	3,9	3,2	3,5	2,1
1835 Træna	4,3	0,0	2,2	8,7	6,2
1836 Rødøy	2,2	1,6	3,8	3,4	0,0
1837 Meløy	5,5	6,3	5,9	5,6	4,1
1838 Gildeskål	6,5	10,1	3,5	6,8	5,6
1839 Beiarn	3,8	6,6	3,6	0,5	4,5
1840 Saltdal	4,7	3,9	4,6	6,0	4,3
1841 Fauske	5,6	5,9	6,2	5,2	5,2
1845 Sørfold	6,5	7,9	7,1	4,1	6,9
1848 Steigen	6,1	6,7	5,9	9,7	2,3
1849 Hamarøy	17,2	18,6	18,7	17,2	14,2
1850 Tysfjord	140,2	195,9	122,6	127,4	115,1
1856 Røst	3,3	1,3	3,1	1,5	7,4
1857 Værøy	5,0	8,8	1,5	2,5	7,1
1859 Flakstad	9,1	10,1	7,9	6,2	12,1
1860 Vestvågøy	11,1	11,1	10,4	10,7	12,3
1865 Vågan	13,5	14,3	15,0	11,5	13,2
1866 Hadsel	14,0	18,2	12,2	9,9	15,5
1867 Bø	34,3	47,8	34,5	35,0	19,7
1868 Øksnes	39,8	53,2	36,6	28,1	41,4
1870 Sortland	30,5	45,2	34,3	22,6	20,0
1871 Andøy	36,7	56,4	38,2	30,0	22,2
1874 Moskenes	6,1	4,1	3,6	6,1	10,8
2002 Vardø	39,2	43,0	38,1	41,5	34,3
2003 Vadsø	32,6	31,2	27,7	37,8	33,8
2004 Hammerfest	43,7	47,1	43,9	47,4	36,4
2011 Kautokeino	45,6	50,0	37,4	39,3	55,8
2012 Alta	59,0	62,6	51,4	60,5	61,6
2014 Loppa	66,5	81,4	71,8	61,8	51,1
2015 Hasvik	48,0	71,7	52,8	40,2	27,2
2017 Kvalsund	44,5	53,0	49,5	40,9	34,7
2018 Måsøy	33,0	36,7	30,4	43,6	21,2
2019 Nordkapp	52,2	51,4	52,2	56,1	49,3
2020 Porsanger	40,7	37,6	44,1	40,5	40,6
2021 Karasjok	43,7	34,5	41,9	59,3	39,1
2022 Lebesby	59,3	58,9	62,6	63,6	52,2
2023 Gamvik	54,6	47,3	64,8	60,7	45,6
2024 Berlevåg	45,6	33,2	48,8	50,3	49,9
2025 Tana	45,8	50,2	43,9	50,0	38,9
2027 Nesseby	51,8	30,3	51,6	77,4	47,9
2028 Båtsfjord	47,4	54,3	53,4	49,4	32,6
2030 Sør-Varanger	42,6	43,1	43,3	42,8	41,0

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 vektete gjennomsnittet for henvisningsratene i alle kommunene i boområde UNN 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. Kønns og aldersstandardiserte henvisningsrater per 1.000 innbyggere til UNN HF for kommunene i boområde UNN, 2007-2010.



Forskjellig henvisningspraksis mellom kommunene?

Et av hovedformålene 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 (223 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 kun fire kommuner som har henvisningsrater under snittet, mens det er 16 kommuner som har henvisningsrater over snittet og ti kommuner som har henvisningsrater rundt snittet.

Gjennomsnittlig innbyggertall i de ulike kategoriene er ca 19.000 i kategorien under snittet, men her trekker Tromsø snittet kraftig opp, de tre andre kommunene er alle mindre enn 5.000 innbyggere. I kategorien rundt snittet er gjennomsnittlig innbyggertall ca 2.500, mens i kategorien over snittet er kommunene omtrent dobbelt så store (gjennomsnittlig innbyggertall ca 5.000).

Tabell 6. Kategorier kommuner, etter henvisningsrate

Under snittet	Rundt snittet	Over snittet	
1902 Tromsø	1854 Ballangen	1805 Narvik	
1939 Storfjord	1915 Bjarkøy	1851 Lødingen	
1940 Kåfjord	1922 Bardu	1852 Tjeldsund	
1942 Nordreisa	1925 Sørreisa	1853 Evenes	
	1927 Tranøy	1901 Harstad	
	1928 Torsken	1911 Kvæfjord	
	1933 Balsfjord	1913 Skånland	
	1936 Karlsøy	1917 Ibestad	
	1941 Skjervøy	1919 Gratangen	
	1943 Kvænangen	1920 Lavangen	
		1923 Salangen	
		1924 Målselv	
		1926 Dyrøy	
1929 Berg			
1931 Lenvik			
	1938 Lyngen		

Figur 3 viser at for halvparten av kommunene er 2007 året med høyest henvisningsrate, og at henvisningsraten for 2007 ligger i de fleste av disse tilfellene betydelig høyere enn henvisningsratene for de tre andre årene. Hva som er årsaken til dette er ikke kjent, det kan skyldes endring i bemanning og i praksis, men også varierende datakvalitet. For å sjekke hvorvidt det har betydning for resultatene eller ikke er analysen gjort for kun perioden 2008-2010. Resultatet er noe lavere vektet gjennomsnitt; 219 mot 223 for hele perioden, og i tillegg små endringer i rangeringen av kommunene. Ballangen og Bjarkøy endrer status fra å være "rundt snittet" kommuner til å bli «under snittet» kommuner, ellers er kommunene i kategoriene som i Tabell 6. Endringene er imidlertid så små at analysen utføres på henvisninger for hele perioden 2007-2010.

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 UNN HF etter behandler. Andre kolonne viser antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved UNN 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 UNN-området og er summen av kolonne 2 til 4. Antall polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister i 2009 er oppført i sjettede 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 UNN HF varierer mye, fra 96 % i Bjarkøy til 58% i Kåfjord. Den gjennomsnittlige andelen behandlet ved UNN HF er 75% og det vektete gjennomsnittet er 73%.

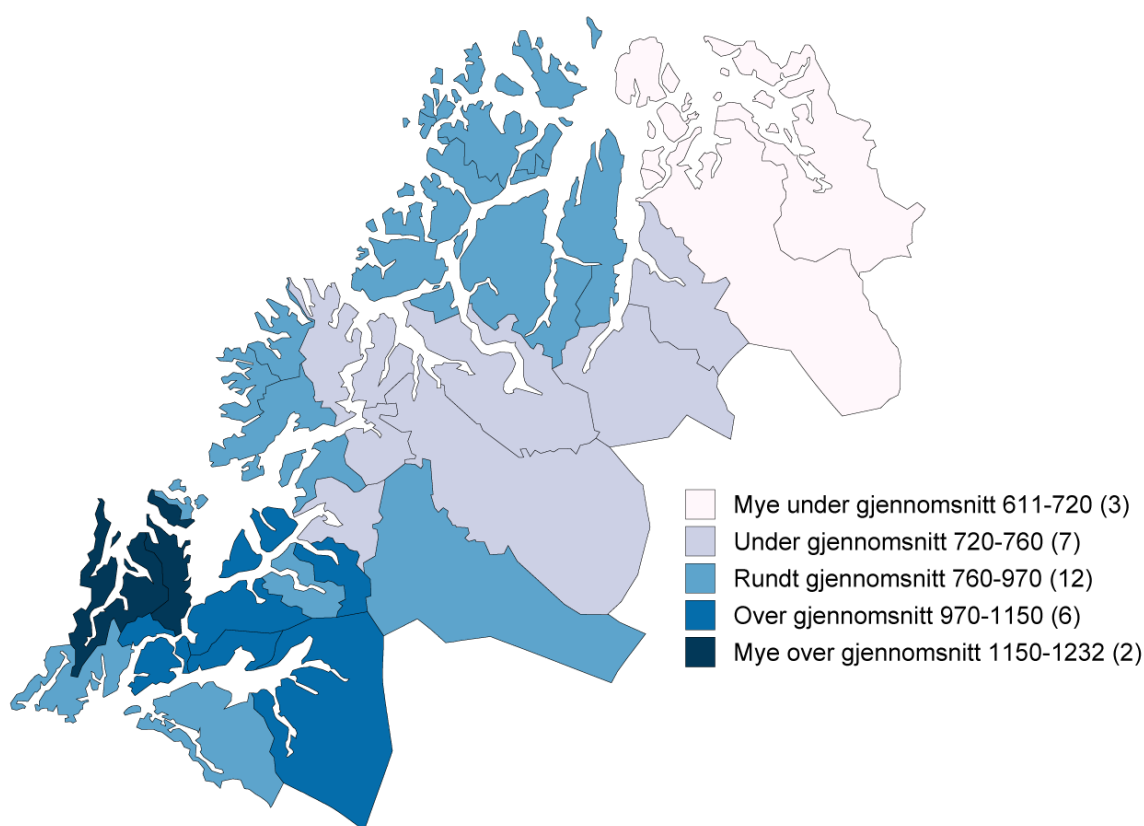
Tabell 7. Kjønn- og aldersstandardiserte forbruksrater (antall polikliniske kontakter) per 1.000 innbygger. Boområde UNN. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009, private avtalespesialister kun 2009 (ikke kjønn- og aldersstandardisert)

Kommune	UNN HF	Andre HF i Helse Nord	Utenfor Helse Nord	Totalt sykehus	Private avtale sp	Totalt	Andel (UNN HF / Totalt)
1805 Narvik	1129,7	48,7	30,5	1208,9	363,6	1572,4	72 %
1851 Lødingen	851,6	102,2	22,1	975,9	137,1	1113,0	77 %
1852 Tjeldsund	1014,7	24,6	23,2	1062,6	118,2	1180,8	86 %
1853 Evenes	978,1	37,5	16,6	1032,2	189,4	1221,6	80 %
1854 Ballangen	805,6	87,0	20,1	912,7	274,9	1187,5	68 %
1901 Harstad	1231,6	5,9	24,0	1261,5	61,0	1322,5	93 %
1902 Tromsø	960,3	3,8	26,3	990,3	413,7	1404,0	68 %
1911 Kvæfjord	1187,8	22,0	23,3	1233,0	61,0	1294,0	92 %
1913 Skånland	994,9	15,4	32,1	1042,4	110,0	1152,4	86 %
1915 Bjarkøy	778,1	3,5	7,8	789,3	18,7	808,0	96 %
1917 Ibestad	1034,1	4,3	23,7	1062,1	78,1	1140,2	91 %
1919 Gratangen	946,2	9,6	24,7	980,6	298,3	1278,8	74 %
1920 Lavangen	974,7	13,7	13,2	1001,7	163,0	1164,7	84 %
1922 Bardu	775,4	3,5	26,8	805,8	217,5	1023,3	76 %
1923 Salangen	750,9	3,9	23,3	778,1	177,3	955,4	79 %
1924 Målselv	756,8	2,4	26,7	785,9	229,3	1015,2	75 %
1925 Sørreisa	748,0	3,3	23,3	774,6	327,7	1102,3	68 %
1926 Dyrøy	780,8	3,2	28,0	812,0	182,5	994,4	79 %
1927 Tranøy	794,3	3,1	31,2	828,6	267,4	1096,0	72 %
1928 Torsken	905,0	6,0	32,4	943,4	313,7	1257,0	72 %
1929 Berg	779,7	4,9	40,0	824,7	341,3	1165,9	67 %
1931 Lenvik	757,1	8,6	28,4	794,2	385,1	1179,3	64 %
1933 Balsfjord	721,3	3,0	18,8	743,1	388,2	1131,3	64 %
1936 Karlsøy	813,1	5,2	25,2	843,4	235,8	1079,2	75 %
1938 Lyngen	833,9	7,3	26,1	867,3	301,4	1168,7	71 %
1939 Storfjord	732,8	3,3	19,5	755,6	370,8	1126,3	65 %
1940 Kåfjord	722,0	3,5	31,3	756,8	481,2	1238,0	58 %
1941 Skjervøy	684,6	8,5	28,2	721,3	311,0	1032,3	66 %
1942 Nordreisa	658,5	6,7	25,5	690,7	359,7	1050,4	63 %
1943 Kvænangen	611,1	21,1	19,1	651,3	348,0	999,3	61 %
Max	1231,6	102,2	40,0	1261,5	481,2	1572,4	96 %
Min	611,1	2,4	7,8	651,3	18,7	808,0	58 %
Gjennomsnitt	857,1	15,9	24,7	897,7	250,8	1148,5	75 %
Vektet snitt	947,7	12,6	26,0	986,3	308,7	1295,0	73 %

Henvisningsrater versus forbruksrater (polikliniske konsultasjoner ved sykehus)

Kjønns- og aldersstandardiserte forbruksrater for antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved UNN HF for bosatte i boområde UNN, viser at det er betydelig variasjon mellom kommunene. Forbruksraten for kommunen med høyest forbruksrate er over dobbelt så høy som forbruksraten i kommunen med lavest forbruksrate. Gjennomsnittlig forbruksrate var 857 polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, mens det vektede gjennomsnittet var høyere: 948.

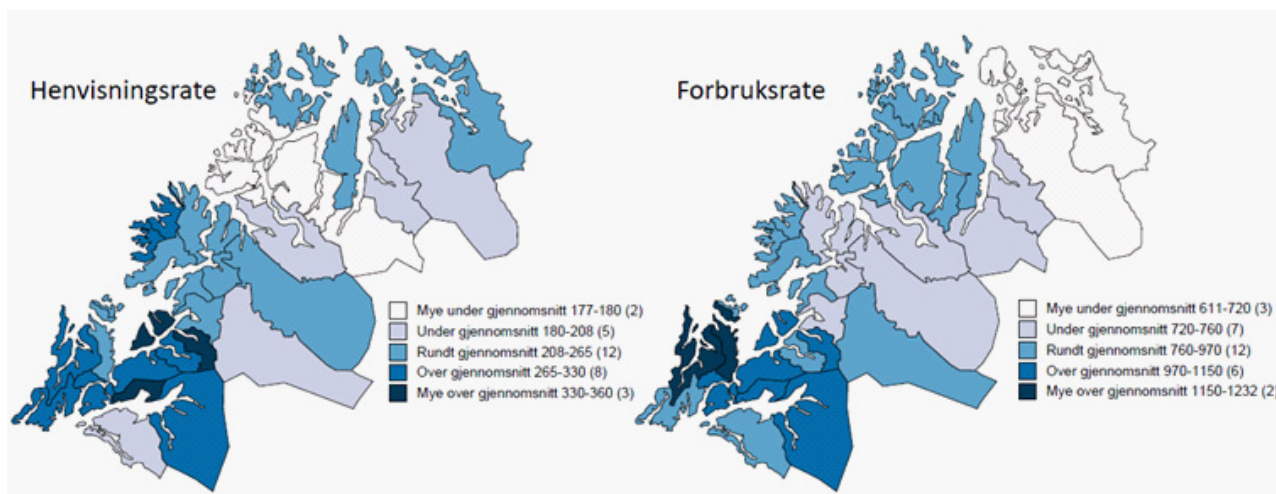
Figur 4. Gjennomsnittlig, kjønns- og aldersstandardisert forbruksrate som antall polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger, i UNN HF for boområde UNN. Perioden 2007-2009.



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 henvisningsrater⁶.

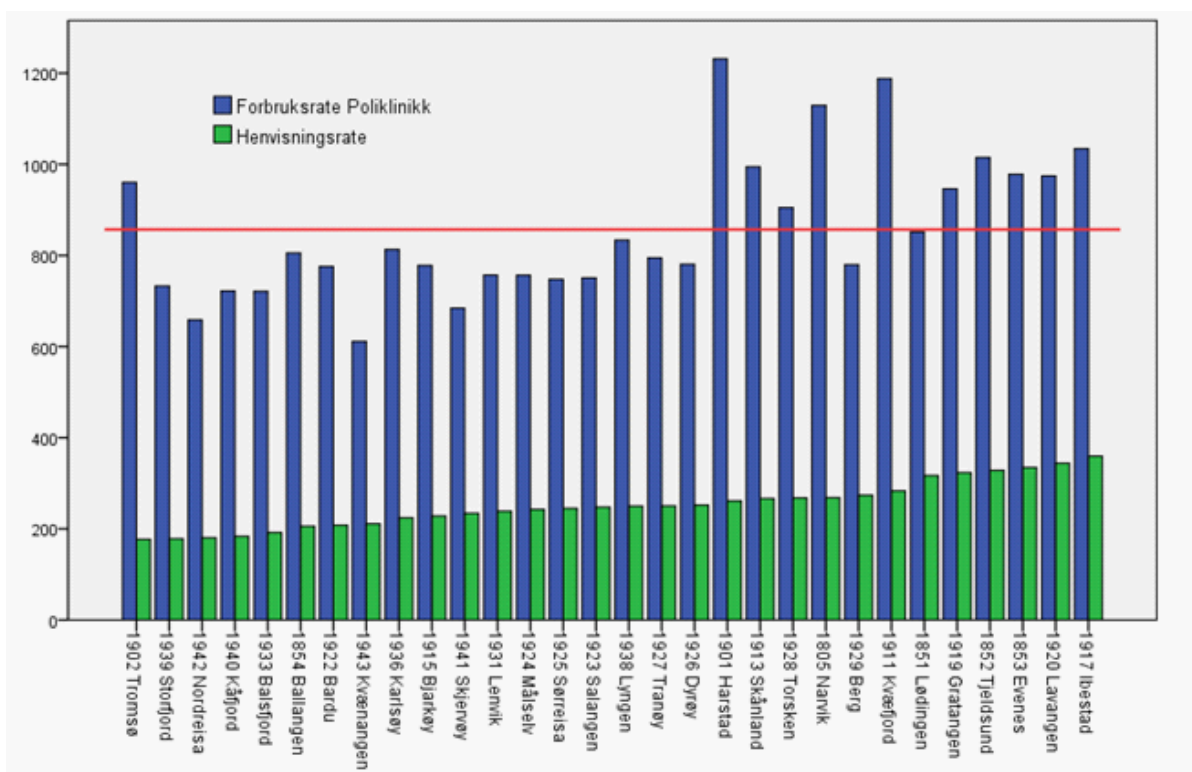
6 Regresjonskoeffisient = 1,78 og p-verdi=0,001.

Figur 5. Henvisningsrate versus forbruksrate (polikliniske konsultasjoner) for UNN HF og boområde UNN, 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 generelt stigende fra venstre mot høyre. Det er imidlertid fire kommuner som bryter mønsteret; Tromsø, Harstad, Narvik og Kvæfjord som alle har relativt sett mye høyere forbruksrate i forhold til henvisningsraten sammenliknet med de andre kommunene. Dette er, med unntak av Kvæfjord, kommuner med eget sykehus. Kvæfjord ligger tett opp til Harstad kommune og en del av Harstads befolkning bor i Kvæfjord og jobber i Harstad.

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

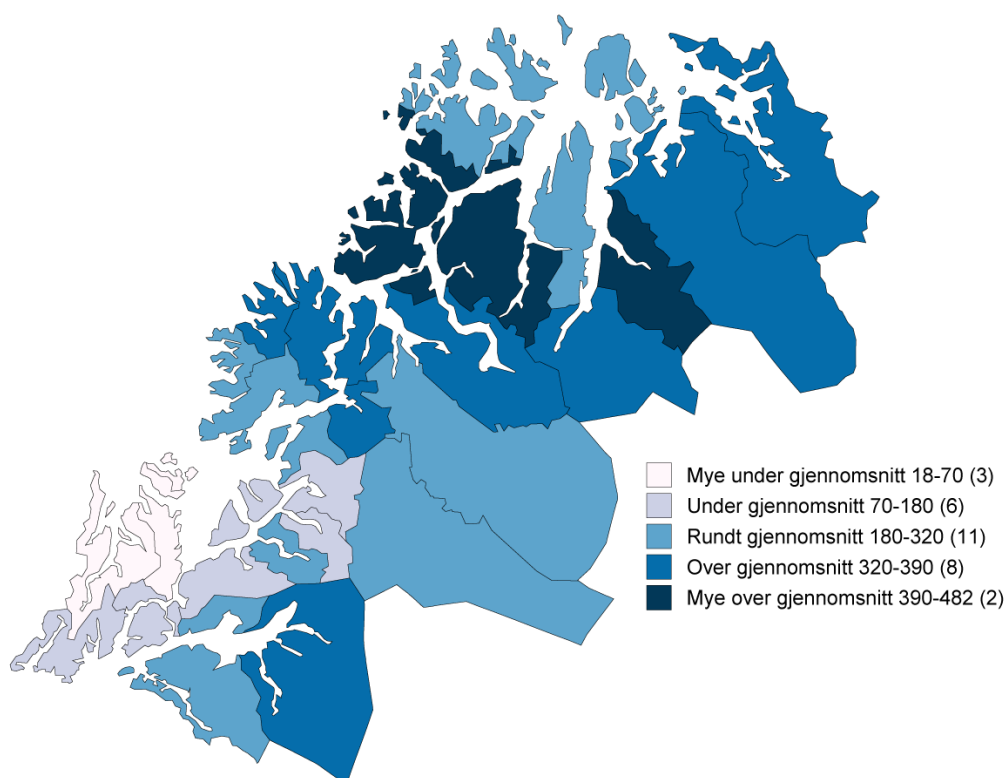


Figur 6 er som sagt sortert stigende etter henvisningsrate (grønne søyler) fra venstre mot høyre, og ser på sammenhengen mellom henvisningsrate og forbruksrate poliklinikk ved UNN HF. I det kommende blir denne figuren reproduisert flere ganger; i Figur 8 som viser sammenheng mellom henvisningsrate og forbruk hos private avtalespesialister, i Figur 11 som viser sammenhengen mellom henvisningsrate og totale 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

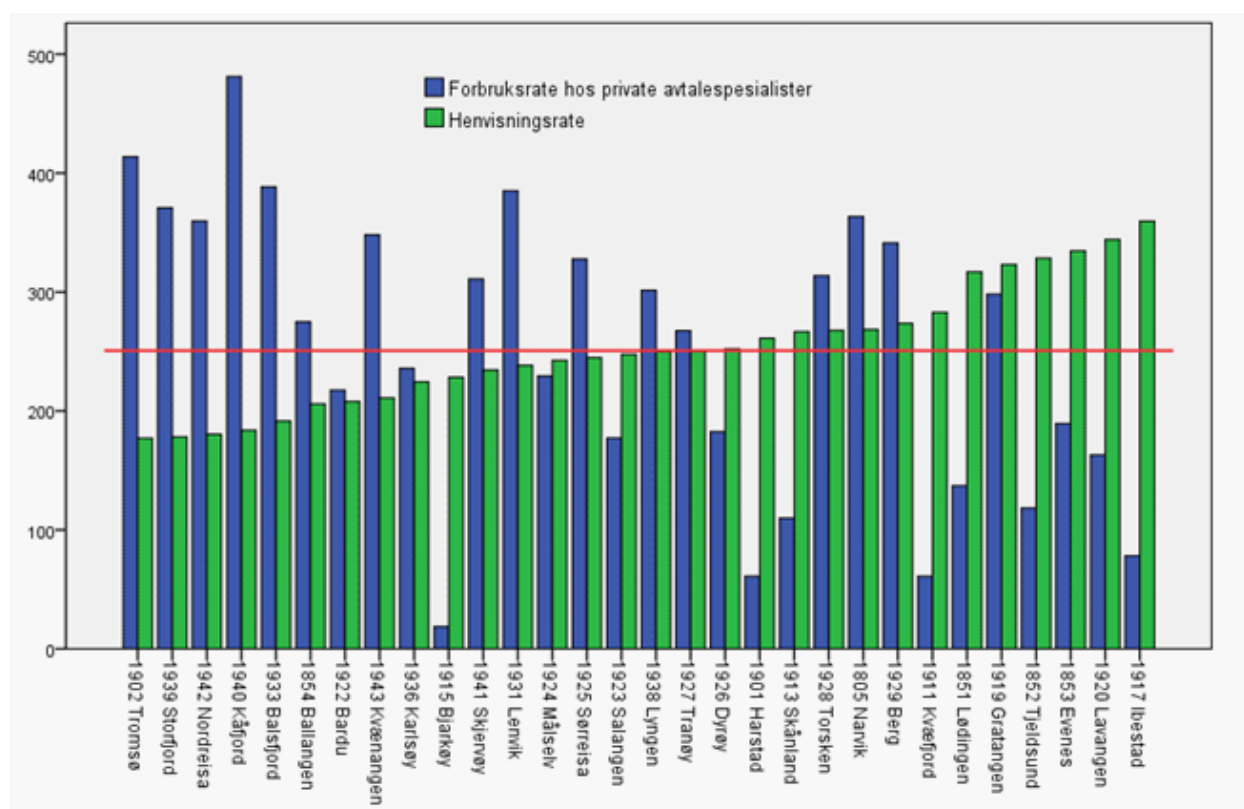
Data for forbruket hos private avtalespesialister foreligger som ujusterte rater per 1.000 innbygger fra SAMDATA. Ettersom det ikke er fullstendig innrapportering fra de private avtalespesialistene er det knyttet noe usikkerhet til disse tallene. Høyeste forbruksrate på offentlig poliklinikk var på ca 1.200 konsultasjoner per 1.000 innbygger per år, mens kommunen med lavest forbruk hadde ca 600 konsultasjoner per 1.000 innbygger. Variasjon i forbruket hos private avtalespesialister var mye større. Kommunen med høyest forbruk hos private avtalespesialister; Kåfjord med 481 konsultasjoner per 1.000 mot kommunen med lavest forbruk; Bjarkøy med 18 konsultasjoner per 1.000. Dvs en forskjell på hele 26 ganger.

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



Fra Tabell 7 viser også at det vektete snittet for forbruk hos private avtalespesialister er betydelig høyere enn det uvektede gjennomsnittet. For det totale poliklinikkforbruket ved sykehus er det vektete snittet 10% høyere enn det uvektede gjennomsnittet, mens for forbruk hos private avtalespesialister er det vektete snittet 23% 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. Unntaket er Harstad som har lav forbruksrate 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 (251 konsultasjoner hos private avtalespesialister per 1.000 innbygger).

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



7 Lineær regresjon hvor forbruksrater hos private avtalespesialister er avhengig variabel og henvisningsrater er uavhengig variabel. Regresjonskoeffisient = -1,364 og p-verdi=0,001.

Henvisningsrater versus totale forbruksrater (poliklinikk)

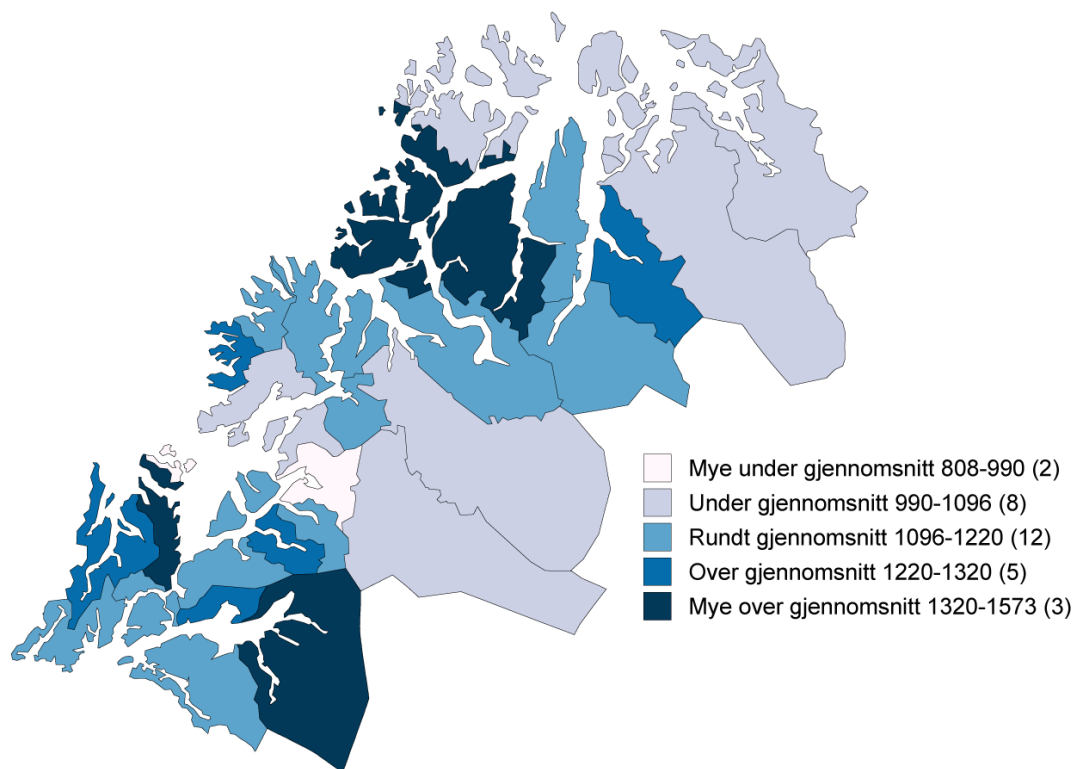
For henvisningene har vi data på henvisninger til UNN HF for bosatte i boområde UNN. Vi har ikke data på henvisninger for bosatte i boområde UNN til andre HF enn UNN HF, verken til andre HF i Helse Nord eller andre HF ellers i landet eller til private avtalespesialister. Det betyr at det eneste vi vet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

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

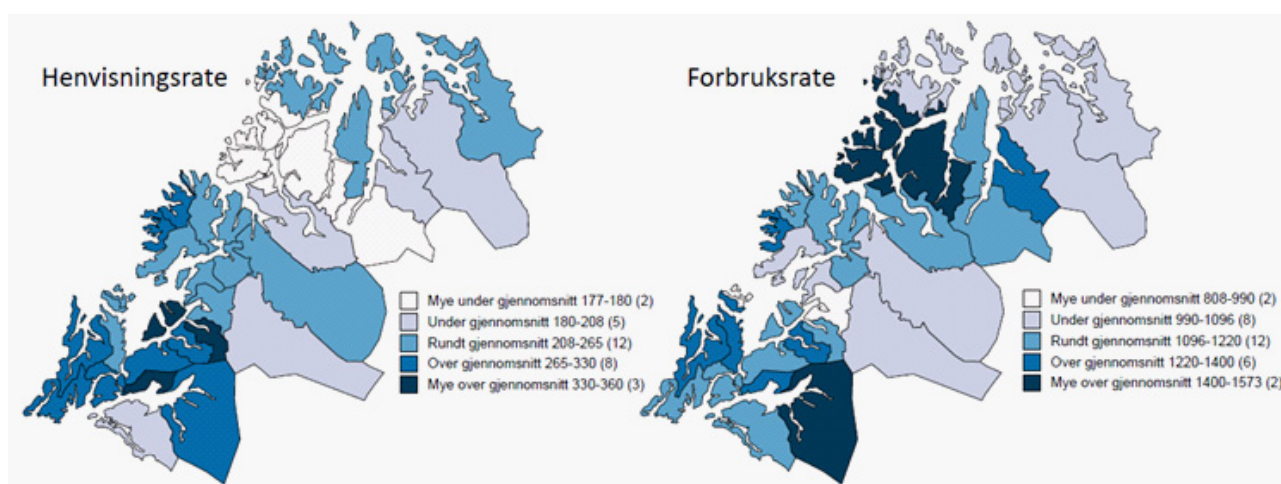
Derfor blir det ikke helt korrekt å sammenlikne henvisningsrater med de totale forbruksratene, men det tegner likevel et bilde som det kan være viktig å få fram. Det er sykehuskommunene Tromsø, Narvik og Harstad som har de høyeste totale forbruksratene, uten at det er noen entydig og klar sammenheng 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 (1.148,5 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.

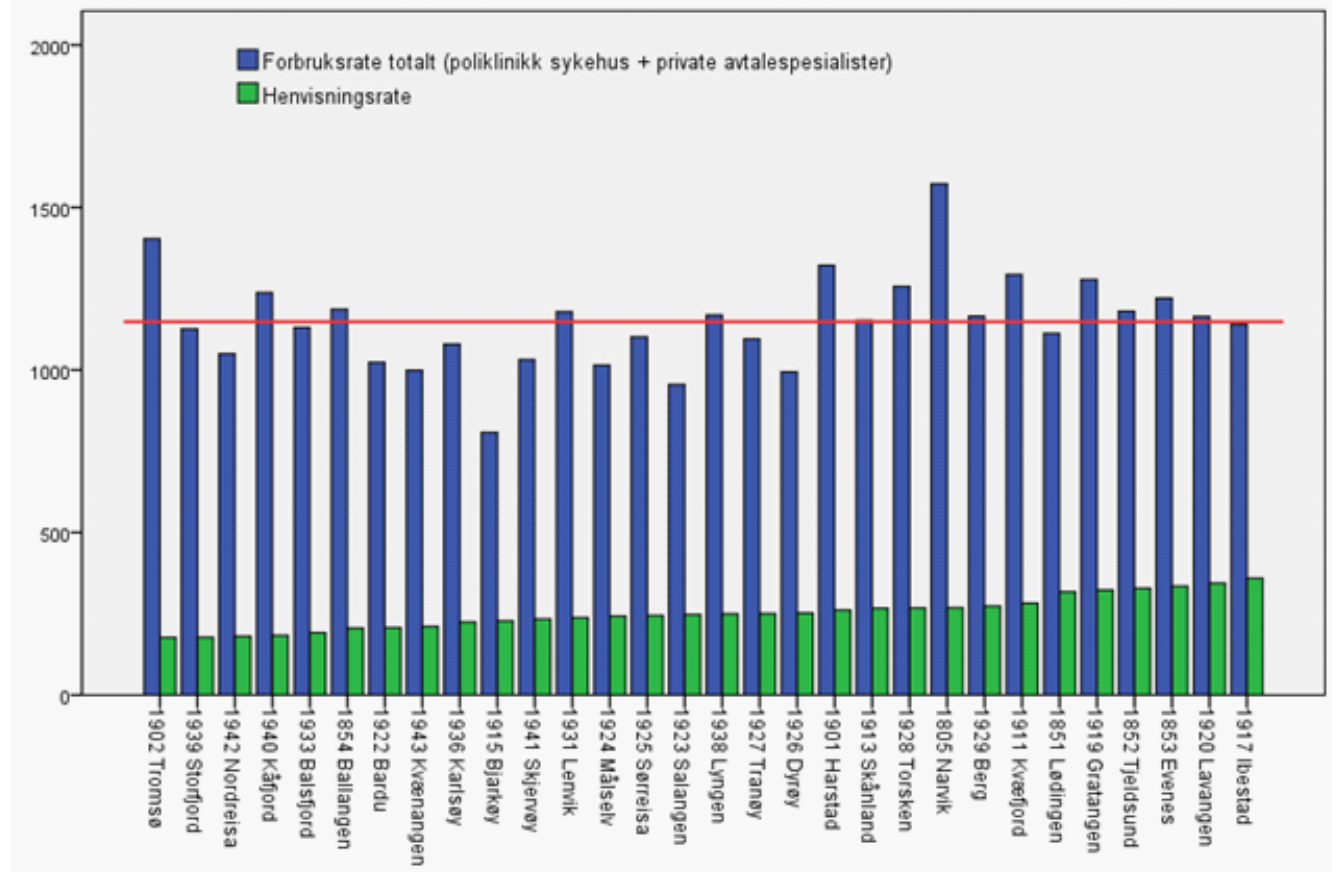
Figur 9. Forbruksrater, kjønns- og aldersstandardisert, polikliniske konsultasjoner per 1.000 innbygger ved sykehus totalt og hos private avtalespesialister for boområde UNN, gjennomsnitt for perioden 2007-2009.



Figur 10. Kjønns- og aldersstandardisert henvisningsrate per 1.000 innbygger for UNN HF og boområde UNN 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 UNN HF og boområde UNN 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.

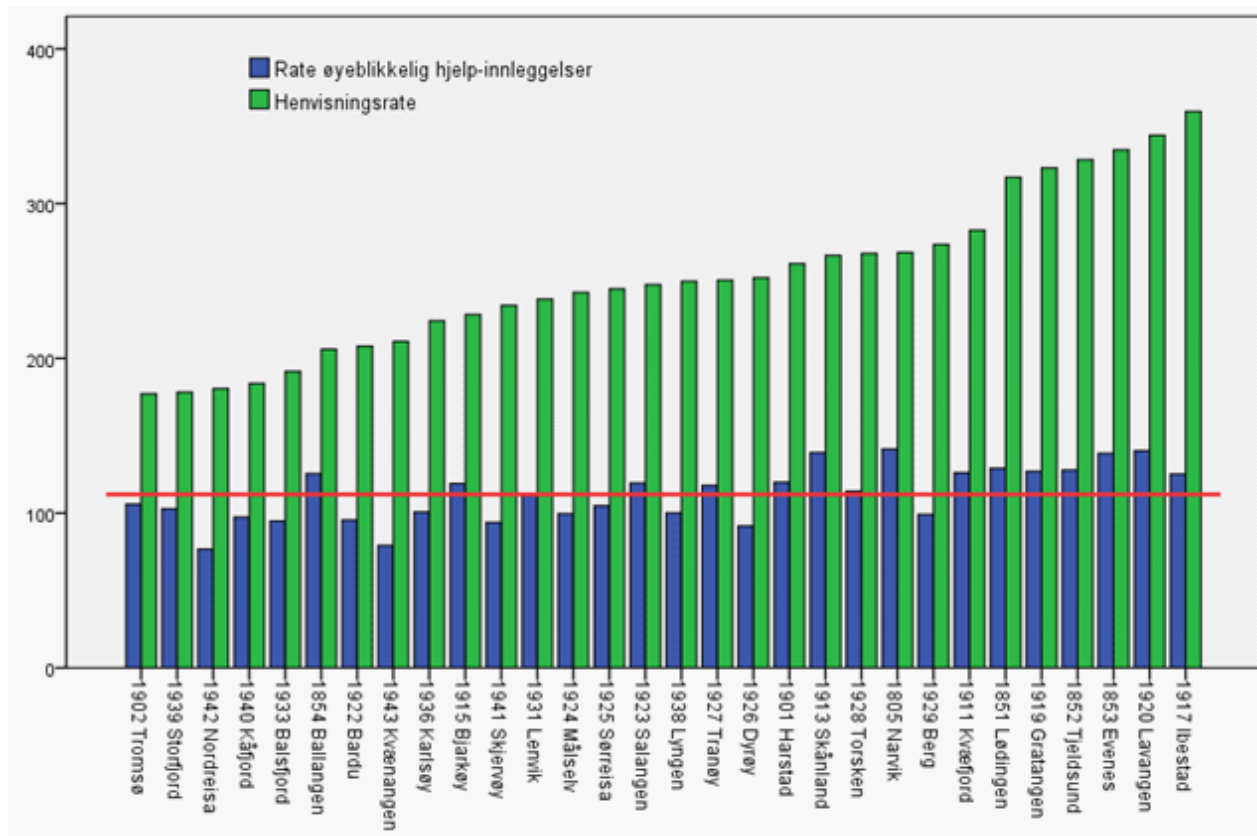


Henvisningsrate versus forbruk av øyeblikkelig hjelp

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 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 13 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 UNN HF. Det er signifikant positiv 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 = 0,242 og p-verdi < 0,0001.

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



Oppsummering/konklusjon

Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til UNN 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 UNN HFs boområde med en faktor på 1,92. Fordelt i tre grupper i forhold til et vektet gjennomsnitt hadde fire kommuner, deriblant Tromsø, henvisningsrater under gjennomsnittet. 16 kommuner, deriblant Harstad og Narvik, hadde henvisningsrater over gjennomsnittet, mens ti kommuner hadde henvisningsrater rundt det vektete 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 UNN HFs boområde varierte med en faktor på 26, og var høyest i kommuner med høyt innbyggertall. 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 for de henvisende leger.

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 UNN 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.

Det er en signifikant positiv samvariasjon mellom henvisningsrater og forbruksrater for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, noe som kan tyde på at terskelen for henvisninger avspeiler en kommunal praksisprofil.

Analysen viser at det er stor lokal variasjon i henvisningsrater mellom kommunene i boområde UNN. Forskjellene er for store til å kunne forklares ved forskjeller i sykklighet 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 UNN HF og forbruksrater (poliklinikk) ved UNN 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 UNN HF for bosatte i boområde UNN) 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 mottakene helseforetak, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt	8
3	Prosentvis fordeling av henvisninger for mottakene helseforetak etter boområde, 2007-2010, totalt og gjennomsnitt.	8
4	Henvsningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til UNN HF, boområde UNN.	11
5	Henvsningsrater per 1.000 innbygger, kjønns- og aldersstandardisert, til UNN HF, for kommuner i Helse Nord lokalisert utenfor UNN HF's boområdeboområde.	13
6	Kategorier kommuner, etter henvisningsrate.	15
7	Kjønns- og aldersstandardiserte forbruksrater (antall polikliniske kontakter) per 1.000 innbygger. Boområde UNN. Gjennomsnitt for perioden 2007-2009, private avtalespesialister kun 2009 (ikke kjønns- og aldersstandardisert).	17

Figuroversikt

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

978-82-93141-02-0