



# Analyse af henvisningsmønsteret i dansk almen praksis

*Delanalyse 2. En registerundersøgelse*

Kim Rose Olsen  
Torben Højmark Sørensen  
Peter Vedsted  
Dorte Gyrd-Hansen  
Mickael Bech

Dansk Sundhedsinstitut  
Juli 2008

## Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

### Forfatterne:

Kim Rose Olsen, senior projektleder, cand.polit., Dansk Sundhedsinstitut, E-mail: [kro@dsi.dk](mailto:kro@dsi.dk)

Torben Højmark Sørensen, projektleder, cand.oecon., Dansk Sundhedsinstitut, E-mail: [ths@dsi.dk](mailto:ths@dsi.dk)

Peter Vedsted, læge, seniorforsker, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 6. 8000 Århus C, E-mail: [p.vedsted@alm.au.dk](mailto:p.vedsted@alm.au.dk)

Dorte Gyrd-Hansen, professor, cand. oecon., ph.d., Institut for Sundhedstjenesteforskning, J.B. Winsløvsvej 9B, 5000 Odense C og Dansk Sundhedsinstitut, E-mail: [dgh@dsi.dk](mailto:dgh@dsi.dk)

Mickael Bech, professor, cand.oecon., ph.d., Institut for Sundhedstjenesteforskning, J.B. Winsløvsvej 9B, 5000 Odense C og Odense Universitetshospital, Klørvænget 8, 3., 5000 Odense C, E: [mbech@health.sdu.dk](mailto:mbech@health.sdu.dk)

### Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

### Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-576-4 (elektronisk version)

Design: DSI

## Forord

Formålet med denne rapport er at præsentere resultaterne af en registeranalyse af henvisningsmønstret i almen praksis. Rapporten kortlægger henvisningsmønstret til speciallæge og sygehus og opgør variation på praksis, kommune, amts- og regionsniveau. Herudover undersøges om forskelle i listsammensætningen med hensyn til køn- alder og socioøkonomisk status, udvalgte praksiskarakteristika og adgang til det specialiserede sundhedsvæsen kan forklare denne variation.

Rapporten er udarbejdet som en delrapport til projektet 'Henvisningsmønstret i almen praksis' for en arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand). Projektet er finansieret af midler fra Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde – også kaldet STS puljen – og består ud over denne rapport af følgende to delrapporter, samt en sammenskrivning af alle tre rapporter

- ◆ Henvisningsmønstret i Almen Praksis – en litteraturgennemgang
- ◆ Henvisninger fra almen praksis – en endagsregistrering

Vi ønsker at takke medlemmer af arbejdsgruppen for gode og konstruktive diskussioner i analyseforløbet. Herudover takkes sundhedsstyrelsen og Praktiserende Lægers Organisation for adgang til data.

*Henrik Hauschildt Juhl*

*Vicedirektør*

*Dansk Sundhedsinstitut*

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Resumé og konklusion .....	5
1 Indledning .....	11
Deskriptive forskningsspørgsmål .....	11
Analytiske forskningsspørgsmål .....	11
2 Metode .....	13
2.1 Dataafgrænsning og antagelser .....	13
2.1.1 Definitioner af specialer og centrale variable.....	14
2.1.2 Opgørelsesmetode - antal henvisninger pr. tilmeldt eller pr. konfrontation? .....	17
2.1.3 Opgørelse af antal henvisninger pr. fuldtidslæge pr. dag .....	18
2.2 Anvendte metoder i den analytiske del.....	19
3 Resultater .....	21
3.1 Kortlægning af henvisningsmønstret i almen praksis.....	21
3.1.1 Henvisninger til speciallæge samt psykolog, fodterapi og fysioterapi .....	21
3.1.2 Henvisninger til private radiologiklinikker .....	22
3.1.3 Henvisninger til sygehuse .....	23
3.1.4 Hyppigheden af henvisninger på patientniveau .....	24
3.1.5 Udvikling i henvisningsmønstret over tid (2002-2006).....	26
3.2 Variation i henvisningsmønstret .....	26
3.2.1 Variation i henvisningsmønstret - variationsfaktorer.....	26
3.2.2 Variation i henvisningsmønstret - variationsdiagrammer .....	28
3.2.3 Variation på regionsniveau .....	32
3.3 Forklaring på variationen i henvisningsmønstret.....	33
3.3.1 Overblik over de forklarende variable .....	34
3.3.2 Sammenhæng mellem henvisningsmønstre og patienters køn og alder .....	36
3.3.3 Forklaringskraft for hhv. socioøkonomi, praksiskarakteristika og udbudsfaktorer .....	37
3.3.4 Forklaringskraft fra amtsspecifikke forhold.....	39
3.3.5 Sammenhængen med de enkelte forklarende variable .....	40
4 Referencer .....	49
Statistisk bilag.....	51
Bilag tilhørende den deskriptive del – Spørgsmål D1-D8 .....	52
Bilag tilhørende den analytiske del – Spørgsmål A1-A3.....	65
Sundhedsstyrelsens notat .....	101
Kriterier for udtræk af data til beskrivelse af henvisningsmønstret fra alment praktiserende læge til sygehus.....	101

## Resumé og konklusion

Formålet med denne rapport er at præsentere resultaterne af en registeranalyse af henvisningsmøn-  
stret i almen praksis. På baggrund af analyser af data fra Sygesikringsregisteret, Landspatientregistre-  
ret, PLO's praksistælling, opgørelser fra Danske Regioner og en række registre i Danmarks Statistik  
belyses udvikling og variation i henvisningsmønstret i 2006 og over i perioden 2002-2006.

Rapporten indledes med en kortlægning af henvisningsmønstret til speciallæger og sygehuse, samt for  
henvisninger til private radiologiklinikker. Herudover er der foretaget opgørelser for specialerne psyko-  
loghjælp, fysioterapi og fodterapi. I analysen er disse slået sammen med gruppen af speciallæger,  
med mindre andet er nævnt. Herefter ser vi på udviklingen over tid (2002-2006) og der gives en be-  
skrivelse af variationen på almen praksis, kommunalt og regionalt niveau. Da der er tale om data fra  
før strukturreformen, vil det regionale niveau som udgangspunkt være de tidligere amter, men der er  
også enkelte opgørelser på regionsniveau og for de nye kommuner. Endelig undersøges, hvilke fakto-  
rer der kan forklare variationen i henvisninger.

Det er væsentligt for fortolkningen af rapportens resultater at klarlægge, hvordan henvisninger til  
henholdsvis speciallæge og sygehuse er opgjort. Henvisninger til speciallæger er opgjort som 1. kon-  
sultationer hos speciallæger som defineret i overenskomsten mellem Lønnings- og Takstnævnet og  
PLO. CPR-nummeret for den patient, der har haft en konsultation hos en speciallæge er derefter kob-  
let med ydernumret fra patientens praktiserende læge, og det er antaget, at det er egen læge, der  
har stået for henvisningen.

Henvisninger til sygehuse er på lignende vis opgjort ved at se på alle kontakter til sygehuse (indlæg-  
gelses og ambulante forløb), der i Landspatientregistret (LPR) er defineret som henvist fra almen  
praksis og dertil medtage de indlæggelser og ambulante forløb, hvor henvisende instans var ukendt  
("uden henvisning") og der ikke var tale om en akut kontakt, da det viste sig, at data i LPR sandsyn-  
ligvis ikke retvisende afspejler, om der er tale om henvisning fra almen praksis (se Sundhedsstyrelsens  
notat af 14. marts 2008: "Kriterier for udtræk af data til beskrivelse af henvisningsmønsteret fra al-  
ment praktiserende læge til sygehus", som er indsat sidst i denne rapport, for en nærmere beskrivelse  
af opgørelsen af henvisning til sygehuse). Ved at koble patientens CPR-nummer med tilmeldt yder-  
nummer (pr. definition "egen læge") via patientlisterne, fås en opgørelse af antallet af henviste til  
sygehuse for yderen.

Rapportens overordnede konklusioner inden for de fire områder er opstillet i punktform under tema-  
erne henvisningsmønster, udvikling over tid, variation og forklaring på variation.

### **Henvisningsmønster**

Henvisningsmønsteret er opgjort på to måder, dels som antallet af henvisninger pr. 1.000 tilmeldte på  
lægens patientliste, dels som antallet af henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter. Hvor ikke  
andet er defineret, relaterer analyserne sig til den del af befolkningen, som er gruppe 1-sikret (ca.  
98 % af befolkningen). Denne del af befolkningen bliver i rapporten benævnt praksispopulationen. Vi  
definerer en konfrontationskontakt hos praktiserende læge som en kontakt, hvor læge og patient er  
fysisk til stede. Telefon- og e-mail konsultationer er således ikke medtaget. I gennemsnit har hver  
tilmeldt patient 3,6 af sådanne konfrontationskontakter hos sin læge om året. De overordnede konklu-  
sioner på analysen af det generelle henvisningsmønster er:

- ◆ I gennemsnit foretages der 748 henvisninger til sygehus, speciallæger, private radiologiklinikker,  
fysioterapeut, psykolog og fodterapeut pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Det svarer til, at hver 5.  
konfrontationskontakt fører til en henvisning.

- ◆ I gennemsnit går 270 af henvisningerne til sygehuse (indlæggelse eller ambulant) pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis, hvilket svarer til, at hver 13. konfrontationskontakt fører til en henvisning til et sygehus
- ◆ I gennemsnit går 438 af henvisningerne til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis, hvilket svarer til, at hver 9. konfrontationskontakt fører til en henvisning til en speciallæge. For henvisning til fysioterapi, fodterapi og psykolog gælder, at der skal 56 konfrontationskontakter til én henvisning.
- ◆ I gennemsnit går 40 af henvisningerne til private radiologiklinikker pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Disse henvisninger blev i 2006 udelukkende foretaget i H:S, Københavns Amt og Århus amt. Der foretages henholdsvis 215, 25 og 31 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til private radiologiklinikker i de tre amter. Dette svarer til at henholdsvis hver 15, 147 og 100 konfrontationskontakt fører til en henvisning til privat radiologiklinik.
- ◆ Under antagelse af, at en praktiserende fuldtidslæge i gennemsnit har 25,4 konfrontationskontakter om dagen, svarer det til, at en læge i gennemsnit har ca. 2 henvisninger til et sygehus om dagen, ca. 3 henvisninger til speciallæge om dagen og én henvisning hver anden dag til psykolog, fodterapi og fysioterapi. I H:S, Københavns Amt og Århus Amt har én læge derudover henholdsvis 8, 1 og 1 henvisning(er) til private radiologiklinikker om ugen.
- ◆ Ca. 20 % af praksispopulationen (gruppe 1- sikrede) bliver henvist en eller flere gange til et sygehus (indlæggelse eller ambulant) i løbet af et år. Af disse henvises 28 % mere end 1 gang.
- ◆ Knap 30 % af praksispopulationen (gruppe 1- sikrede) bliver henvist en eller flere gange til en speciallæge i løbet af et år. Af disse henvises 32 % mere end 1 gang.
- ◆ De 10 % hyppigst henviste står for 25 % og 20 % af henvisningerne til hhv. speciallæge og sygehus. Disse hyppigst henviste får i gennemsnit 3,5 henvisninger (speciallæge og sygehus) pr. år. Sammenlignet med gennemsnittet på 0,7 henvisninger pr. år for hele praksispopulationen må det anses for relativt mange henvisninger.
- ◆ Generelt er henvisningsmønsteret ens, hvad enten det måles i form af henvisning pr. tilmeldt eller henvisning pr. konfrontation. En fuldtidslæge ser på årsbasis hver tilmeldt lidt under 4 gange om året. Dette tal er stort set uafhængig af, hvor mange patienter der er på listen. Henviste pr. tilmeldt er derfor ca. 4 gange højere end henvisninger pr. konfrontation.

### **Udvikling over tid**

Udviklingen over tid er målt i perioden 2002- 2006. Den begrænsende faktor for at udvide tidsperioden har været patientfortegnelserne, som sammenkæder CPR numre og lægens ydernummer. Patientlisterne gør os i stand til at afgøre, hvilken læge en given borger er tilmeldt i et givet år. Patientfortegnelserne opbevares hos CSC med en historik på 5 år. De overordnede konklusioner af analyser af henvisningsmønsteret mellem 2002 og 2006 er:

- ◆ Analysen af udviklingen i henvisninger over tid viser, at der er sket en forskydning, således at en relativ nedgang i henvisninger til sygehus til dels opvejes af en stigning i henvisninger til speciallæge.
- ◆ I perioden 2002-2006 er det totale antal af henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer steget 5,6 %. De specialer, der primært er årsag til stigningen er kirurgi med 32 %, psykiatri og intern medicin med hver 15 %, gynækologi og obstetrik med 14 % samt fysioterapi med en stigning på godt 10 %.
- ◆ I perioden 2002-2006 har der været et fald på 5,8 % i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til ambulante sygehuskontakter og et fald på 11,1 % i henvisninger til sygehusindlæggelser. Disse tal kan syntes at være i modstrid med den gængse opfattelse af en øget aktivitet over tid på sygehusene. Der kan være tre grundlæggende forklaringer på: 1) Opgørelsen af henvisninger til sygehuse er

behæftet med registreringsfejl, 2) Der er over tid sket et skift, således at flere henvises til sygehuse af speciallæge i stedet for praktiserende læger og 3) Sygehusene henviser i højere grad selv patienter til videre behandling/kontrol. Der er ikke foretaget nærmere analyse af forklaringsgraden af de enkelte faktorer.

### **Variation**

En henvisning er defineret ved, at den alment praktiserende læge aktivt beder om en sundhedsfaglig vurdering af en anden end lægen selv. Dette kan være i forbindelse med en indlæggelse på sygehus eller behandling eller udredning hos en speciallæge. Det er oplagt, at der vil være nogen forskel i henvisningsmønstret mellem praktiserende læger. En lang række eksterne forhold som f.eks. lokal adgang til speciallæge og sygehuse og den generelle sygelighed hos de tilmeldte på lægens liste vil have betydning for, hvor ofte der henvises. Men også andre forhold som fx lægens erfaring og organisering af praksis med hensyn til laboratorieudstyr, klinikpersonale m.v. kan have en betydning. De overordnede konklusioner på analyse af den observerede variation i henvisningsmønstret er:

- ◆ Der er en forholdsvis stor variation i henvisningsmønstret mellem almen praksis. Således varierer antallet af henviste pr. 1.000 tilmeldte med en faktor 6 og 9 for hhv. speciallæger og sygehuse. Disse tal reduceres begge til 3, hvis der standardiseres for patienternes køn og alder. De 10 % mest ekstreme observationer har stor betydning for disse variationsfaktorer.
- ◆ På amts niveau varierer antallet af henviste pr. 1.000 tilmeldte med en faktor 2 for henvisninger til speciallæger og en faktor 2,6 for henvisninger til sygehuse. Standardiseres for køn og alder reduceres disse tal til 1,2 og 1,3.
- ◆ Det har vist sig, at variationen i henvisningsmønstret i høj grad kan tilskrives variation mellem amter og kun i mindre grad variation mellem kommuner. Praksis, der ligger i samme amt, ligner således hinanden mere end praksis på tværs af amter. Denne sammenhæng er mest udbredt for henvisninger til sygehus, og en del af forklaringen kan her være forskelle i, hvordan amterne registrerer henvisninger i Landspatientregistret.

### **Forklaring på variation**

Sidste led i vores analyser har været at undersøge, hvilke faktorer der signifikant kan forklare variationen i alment praktiserende lægers henvisningsmønster. Vi har undersøgt betydningen af patientkarakteristika, praksiskarakteristika og udbudsfaktorer (adgang til speciallæger og sygehuse). Dernæst har vi undersøgt, om der er nogen geografisk systematik i den variation, der er tilbage efter, der er taget højde for disse faktorer. De overordnede konklusioner er:

#### *Patientkarakteristika*

- ◆ Samlet set forklarer patientkarakteristika omkring 50 % af variationen i henvisningsmønstret.
- ◆ Andelen af praksispopulationen som henvises til specialiseret behandling øges i takt med alderen.
- ◆ Kvinder henvises oftere end mænd til både speciallæger og sygehus, forskellen er størst i kvindernes fødedygtige alder.
- ◆ Der er problemer med, at variable for socioøkonomi og udbud påvirker i hinanden. De kan opstå, hvis der i områder med høj koncentration af personer med høj socioøkonomisk status også er et stort udbud af såvel sygehuse som speciallæger.
- ◆ Socioøkonomiske variable har en betydning for henvisningsmønstret, selvom der tages højde for udbudsfaktorer. Der er taget højde for dette på flere måder, bl.a. ved at lave separate analyser af effekten af de socioøkonomiske variable på udvalgte amter.
- ◆ Der er konstateret en tendens til, at personer med høj uddannelse og/eller høj familiedisponibel indkomst henvises oftere til speciallæger, og

- ◆ en tendens til at personer med lav uddannelse og/eller lav familiedisponibel indkomst henvises oftere til sygehusindlæggelser.
- ◆ 10 ud af 1.000 tilmeldte i almen praksis henvises årligt til sygehuse med en forebyggelig henvisning pga. kronisk sygdom, og der er en variationsfaktor mellem praksis på 5 uden de 10 % mest ekstreme observationer. Henvisning af kronikere til sygehusvæsenet er en kvalitetsindikator, forstået på den måde at en korrekt kronikerindsats som udgangspunkt kan forebygge disse henvisninger til det specialiserede sundhedsvæsen.

### *Praksiskarakteristika*

- ◆ Samlet set bidrager praksiskarakteristika kun med 2 % af forklaringen af henvisningsmønsteret.
- ◆ Sammenhængen mellem praksisform og henvisningsmønster er påvirket af et sammenfald mellem udbuds faktorer og praksisform, fx hvis solopraksis primært er lokaliseret, hvor der er høj koncentration af speciallæger. Tages der højde for udbud i analysen, tyder det på, at der ikke er nogen klar sammenhæng mellem praksisform og henvisningsmønster.
- ◆ Der er ikke fundet nogen klar sammenhæng mellem brug af klinikpersonale (bioanalytiker, sygeplejerske og sekretær) og henvisningsmønster.
- ◆ Der er en positiv sammenhæng mellem antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt person og antal henvisninger pr. tilmeldt.
- ◆ Listestørrelse pr. læge har vist sig ikke at have nogen signifikant sammenhæng med henvisningsmønsteret til hverken speciallæger eller sygehuse. Dermed ser det ud til, at praksis med mange tilmeldte personer ikke henviser flere til sekundære sundhedsvæsen.
- ◆ En separat analyse viser, at jo flere timer almen praksis bruger på egne laboratoriefunktioner des færre henvisninger til speciallæge og des flere henvisninger til sygehuse. Fortolkningen af dette resultat kan være, at laboratoriefunktionerne substituerer for henvisning til lignende aktiviteter hos speciallæger, og de er samtidig kilde til identifikation af flere symptomer, der kræver henvisning til sygehus. Dog er der også stor geografisk forskel i laboratoriefaciliteter hvor praksis uden for storbyerne (med større udbud af speciallæger) har flere laboratoriefaciliteter. Derfor kan det tænkes at den fundne sammenhæng forklares af geografi.

### *Udbudsfaktorer*

- ◆ Udbudsfaktorer forklarer mellem 13 % og 20 % af variationen i henvisningsmønsteret.
- ◆ Hvis der er et sygehus i kommunen, henviser man 65 flere til sygehus pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Set i forhold til det gennemsnitlige antal henvisninger til sygehuse på 270 svarer dette til ca. 25 %.
- ◆ Hvis antallet af speciallæger stiger med 1 pr. 10.000 indbyggere i kommunen, henvises 42 flere til speciallæge pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Set i forhold til det gennemsnitlige antal henvisninger til speciallæger på 438 svarer dette til ca. 10 %.
- ◆ Hvis antallet af speciallæger stiger med 1 pr. 10.000 indbyggere i kommunen, henvises 2,4 færre til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Det vil sige, der eksisterer en substitutionseffekt.
- ◆ Denne substitution er kun gældende for ambulante besøg og ikke sygehusindlæggelser.
- ◆ Hvis der er et sygehus i kommunen, henviser man 63 færre til speciallæger pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Dvs. ligeledes her eksisterer der en substitutionseffekt.



### *Det samlede billede*

- ◆ Patient- og praksiskarakteristika samt udbudsfaktorer i form af speciallægetæthed og tilstedeværelsen af et sygehus i kommunen kan forklare op til 50 % af variationen i henvisningsmønstrene.
- ◆ Af den resterende uforklarede variation kan en stor andel (15 % for speciallægehenvvisninger og 37 % for sygehushenvvisninger) tilskrives uidentificerede amtsspecifikke forhold. Der kan f.eks. være tale om forskelle i forhold til lokal organisering af praksissektoren eller geografisk forskelle i 'lokale' traditioner. Noget af den amtsspecifikke variation i henvisninger til sygehuse kan givetvis også skyldes forskelle i registreringspraksis.

### **Konklusion**

Dette er den første landsdækkende registerbaserede analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis. Der er nogle oplagte datarelaterede forbehold, der skal tages højde for i fortolkningen af resultaterne, i forhold til hvordan en henvisning er defineret. Det er vurderet, at data til analyse af henvisninger til sygehus (indlæggelse eller ambulant) alene tilnærmet afspejler det faktiske antal henvisninger fra almen praksis. Sammenlignet med resultater fra litteraturstudiet er det vores vurdering, at vi langt hen ad vejen har fået et troværdigt billede af sygehushenvvisninger.

Projektgruppen finder det interessant, at analyserne har kunnet bekræfte, at der er en sammenhæng mellem henvisningsmønster og generelle patientkarakteristika, samt at udbudsfaktorer også har en signifikant betydning. Der er dog et problem med at isolere effekten af disse to grupper af variable, da de er indbyrdes afhængige. Når der tages højde for dette, ser det ud til, at socioøkonomiske variable har den stærkeste forklaringskraft, og at højere indkomst øger sandsynligheden for, at man bliver henvist til speciallæger.

Det er ligeledes interessant, at praksiskarakteristika ikke har nogen nævneværdig betydning for henvisningsmønstret.

Det er overraskende, at der er 15 % og 37 % af variationen i henvisningsmønstret til hhv. speciallæger og sygehuse, som kan tilskrives amtsspecifikke forhold.

Endelig fandt vi, at hvor nogle praksis henviste 0,4 % af deres praksispopulation for kroniske tilstande, der optimalt set skulle ses i almen praksis, så var det 1,9 % for andre praksis. Denne variation antyder, at noget af variationen i henvisningsmønstret kan skyldes forhold, som kan tilskrives behandlingskvalitet af kroniske tilstande eller organiseringen af indsatsen over for patienter med kronisk sygdom. Det kan dog ikke udelukkes at en del af variationen skyldes forskelle i registrering af diagnoser i LPR, og at dette område behøver en mere grundig gennemgang, hvis der skal drages kliniske og organisatoriske implikationer.

Det skal understreges, at herværende analyser udelukkende har fokuseret på henvisningsmønstret. Der har ikke været detaljeret fokus på andre ydelser, som kunne udgøre komplementære eller substituerende ydelser, såsom lægemiddelforbrug og indholdet af konfrontationskontakter i almen praksis.



# 1 Indledning

Formålet med denne rapport er at præsentere resultaterne af en registeranalyse af henvisningsmønstret i almen praksis. Rapporten indgår som delanalyse 2 i et stort projekt om Henvisningsmønstre i almen praksis. Delanalyse 1 er en litteraturgennemgang over emnet, og delanalyse 3 er et auditprojekt, og begge er rapporteret i selvstændige rapporter.

I henhold til den protokol, der er udarbejdet i samarbejde med styregruppen for projektet, skal registeranalysen besvare følgende forskningsspørgsmål:

## *Deskriptive forskningsspørgsmål*

1. Hvor ofte henviser almen praksis, opgjort pr. tilmeldt patient og pr. konfrontation og på kommune og regionsniveau, til speciallæge og sygehus?
2. Hvordan har dette henvisningsmønster udviklet sig over tid?
3. Hvor stor en andel af praksispopulationen henvises i løbet af et år (2006)?:
4. Hvilke aktionsdiagnoser har patienter henvist fra almen praksis fået (2006)?
5. Hvilke patienter henvises fordelt på alder og køn (2006)?
6. Er der en mindre andel af patienter der henvises hyppigt (2006)?
7. Hvorledes karakteriseres denne mindre andel af patienter, der henvises hyppigt?
8. Hvor stor andel af praksispopulationen henvises med en ACSC (Ambulatory care-intensive condition) (tværsnit) fra almen praksis?

## *Analytiske forskningsspørgsmål*

Den analytiske del vil blive foretaget på tværsnitsdata for år 2006.

1. Hvor stor er variationen mellem praksis, kommuner og regionsniveau (variationsdiagrammer)?
2. Hvor stor en del af variationen i henvisninger skyldes variation, der kan knyttes til den enkelte praksis, variation kommunerne imellem, eller variation der knytte til regionsniveau?
3. Hvor stor en del af variationen i henvisningsbrug forklares af de nedenfor anførte forklarende variable?:
  - a. Patientkarakteristika (køn, alder og socioøkonomi)
  - b. Praksiskarakteristika (praksisform og brug af praksispersonale)
  - c. Udbudsfaktorer (der er inkluderet variable for lægetæthed, speciallægetæthed, tilstedeværelse af sygehus i den kommune AP er lokaliseret i).

Der er udarbejdet en statistisk bilagsrapport, der præsenterer et detaljeret statistisk materiale til at besvare hvert enkelt spørgsmål. Nærværende rapport samler op på de vigtigste resultater af analyserne.



## 2 Metode

### 2.1 Dataafgrænsning og antagelser.

Ved anvendelse af registerdata er en af de største styrker, at der opnås stor præcision i resultaterne, da hele populationen kan inddrages med komplette data. Omvendt er den største mulige svaghed ved registerdata, at validiteten af resultaterne er afhængig af, hvor korrekt, fuldstændigt og detaljeret data registreres.

Analysen opdeles i tre hovedafsnit. Først gennemføres en kortlægning af henvisningsraterne, dernæst opgøres variationen på praksis, kommune og amtsniveau og endelig undersøges mulige forklaringer på variation.

Registerundersøgelsen af henvisningsmønsteret i almen praksis baseres på data som er defineret og afgrænset i et tæt samarbejde mellem projektets styregruppe og projektdeltagere. Således er der bred enighed om de datamæssige afgrænsninger og antagelser, der er gjort i forbindelse med de indsamlede data.

For de dele af studiet, der analyserer udviklingen i henvisningsmønsteret over tid, er data afgrænset til perioden 2002-2006. Det skyldes, at de patientfortegnelser, der knytter en gruppe 1-sikret person til en specifik praksis, ikke har været mulige at anskaffe fra før 2002.

I samråd med projektets styregruppe samt korrespondance med Sundhedsstyrelsen vurderes det, at variabelen "henvisningsmåde" fra Landspatientregisteret (LPR) kan være behæftet med en vis registreringsusikkerhed. Derfor har Sundhedsstyrelsen dannet et korrigeret udvidet udtræk af henvisninger til sygehus, som de vurderer, er det bedst mulige datagrundlag til analysen. Dette udtræk er beskrevet i et notat udarbejdet den 14. marts 2008 af Sundhedsstyrelsen med titlen "*Kriterier for udtræk af data til beskrivelse af henvisningsmønsteret fra alment praktiserende læge til sygehus*". I hovedtræk har Sundhedsstyrelsen defineret det korrigerede dataudtræk af almen praksis henvisninger til sygehus til at omfatte:

1. Sygehuskontakter der på baggrund af variabelen *henvisningsmåde* i LPR er registeret som værende henvist fra almen praksis (kode=1) samt
2. Den del af sygehuskontakterne der på baggrund af variabelen *henvisningsmåde* er registeret med en "ukendt henvisning" (kode=0) og på baggrund af variablene *patienttype*, *kontaktårsag* og *indlæggelsesmåde* fra LPR er kodet som:
  - Patienttype "2" (= ambulante kontakt)
  - Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "1" (=sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion)
  - Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "5" (= senfølge)
  - Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "blank"
  - Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "2" (= planlagt)

Således er sygehuskontakter med ukendt henvisning rensset for akutte indlæggelser (*Indlæggelsesmåde* med kode 1) med kontaktårsag ulykke (kode 2), voldshandling (kode 3), selvmord/selvordsforsøg (kode 4), andet (kode 8) samt ukendt/uoplyst (kode 9).

### 2.1.1 Definitioner af specialer og centrale variable.

For den deskriptive del af analysen er der indhentet data for perioden 2002 – 2006. En almen praksis er identificeret ved ydernumret – dvs praksis som indgår i samarbejdspraksis og som har hvert sit ydernummer vil her optræde som 2 praksis, hvorimod gruppepraksis med fælles ydernummer vil optræde som 1 praksis.

Følgende af sundhedsstyrelsens registre er benyttet til at trække data for henvisningsmønsteret: 1) Sygesikringsregisteret (SSR) og 2) Landspatientregisteret (LPR).

I SSR er data trukket på CPR-niveau for henvisningsmønster til speciallæger, jf. Tabel 1, for de udvalgte specialer og ydelsesnumre for 1. konsultationer.

Tabellen viser de specialer i SSR, som er fundet relevante for undersøgelse af henvisningsmønsteret. Kolonnen "Gruppe" angiver bestemte grupper som i undersøgelsen er blevet aggregeret, mens kolonnen for "Individuel" med et plus angiver de specialer, der bliver præsenteret selvstændigt. Sidste kolonne angiver, hvilke ydelsesnumre 1. konsultationer er registreret med i SSR.

Tabel 1 Specialer i sygesikringen og 1. konsultationer

Variabel	Tekst	Gruppe*	Individuel	1. konsultation
Speciale03	Diagnostisk Radiologi København	6		Alle
Speciale04	Dermato-venerologi		+	0110/0210/6110/0240
Speciale05	Diagnostisk Radiologi Århus	6		Alle
Speciale06	Reumatologi		+	0110
Speciale07	Gynækologi/obstetrik		+	0110/0190/3811
Speciale08	Intern Medicin		+	0110
Speciale09	Kirurgi	1		0110
Speciale18	Neuromedicin		+	0110/0210
Speciale19	Øjenlægehjælp	2		0110
Speciale20	Ortopædisk Kirurgi	1		0110
Speciale21	Ørelægehjælp	2		0101/0601
Speciale24	Psykiatri		+	0110
Speciale25	Pædiatri	3		0110
Speciale26	Børnepsykiatri	3		0110/0111/ 0112
Speciale51	Fysioterapi	4		0110
Speciale54	Fodterapi	5		2100
Speciale55	Fodterapi	5		2100
Speciale57	Ridefysioterapi	4		0110
Speciale59	Fodterapi	5		2100
Speciale62	Vederlagsfri Fysioterapi	4		0110
Speciale63	Psykologhjælp		+	0110/0112/0120/0123/0124/ 0125/0126/0127/0128/0129
Speciale65	Ridefysioterapi	4		0110

Note: Specialenumrene i "Variabel"-kolonnen er fra sygesikringen.

\* 1=kirurgi, 2=Ø-læger, 3=børn, 4=fysioterapi, 5=fodterapi, 6=radiologi på privat klinik (KBH og Århus)

Bemærk at psykologhjælp, fysioterapi og fodterapi ikke er ydet af speciallæger, men de er i analysen slået sammen med gruppen af speciallæger med mindre andet er nævnt.

I LPR trækkes ligeledes data på CPR-niveau for henvisninger udført af almen praksis til sygehuse opdelt på ambulante kontakter og indlæggelse. Da det, som nævnt ovenfor, har vist sig at der er en vis usikkerhed forbundet med opgørelsen af om aktiviteten på sygehuset er på foranledning af en henvisning fra praktiserende læge, er det besluttet også at medtage den del af aktiviteten, der er registreret som "ingen henvisning", der af Sundhedsstyrelsen vurderes at kunne bunde i en henvisning fra almen praksis. Det er vurderet, at dette giver et mere retvisende grundlag for opgørelse af henvisninger fra almen praksis til sygehus.

Speciale 03 og 05 'Diagnostisk Radiologi' er særlige på den måde at de udelukkende findes i København og Århus. Vi har valgt at opgøre denne aktivitet særskilt i afsnittet om kortlægning af henvisningsmønster og at undlade at tage aktiviteten med i afsnittet om variation og forklaring på variation. Dette skyldes at det er uklart hvorvidt aktiviteten skal medregnes i henvisninger til speciallæger eller i henvisninger til ambulante sygehuskontakter. Et argument for at medregne det i henvisningsraterne til ambulante kontakter er at dette er det reelle alternativ i de amter der ikke opererer med private radiologiklinikker. På den anden side er der jo tale om aktivitet der er aflønnet i henhold til sygesikringstakster og derved hører mere under speciallægekategorien end under sygehushenvisninger.

I kortlægningsafsnittet er henvisninger til radiologiske privatklinikker opgjort både som et gennemsnit for hele landet og som gennemsnit for de tre amter/regioner der benytter denne ydelse (H:S, Københavns Amt og Århus Amt). På denne måde kan henvisningsraterne lægges både til de totale opgørelser og opgørelser på sygehus og speciallægeniveau, samt til opgørelse på amts- og regionniveau.

I LPR er aktionsdiagnosen, for den del af sygehuskontakten der har almen praksis som henvisende instans, også inkluderet i data. Yderligere er der trukket data for tre variable (biopsi, endoskopi og radiologi), som markerer om observationen har procedurer for KT Biopsier, KU Endoskopier, UX Radiologi. Disse er i øvrigt også medregnet i den totale sum af ambulante kontakter efter henvisning fra almen praksis.

Fra LPR er der ligeledes trukket data for forebyggelige behandlinger på sygehus. Internationalt arbejder man med såkaldte Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), der er diagnoser på kroniske tilstande, der optimalt set skulle kunne klares i almen praksis. Det er klart, at en række patienter med kroniske sygdomme bliver indlagt af velindicerede grunde. Derfor har man udvalgt nogle aktionsdiagnoser, som angiver tilstande, der ikke nødvendigvis kræver en indlæggelse eller et ambulante forløb. For hvert tilmeldt CPR-nummer i praksis er det opgjort, hvor ofte der er henvist for en af følgende otte aktionsdiagnoser inkl. deres undergrupper.

1. Hypertensio arterialis (DI10)
2. Kronisk hjertesvigt/Hjerteinsufficiens (DI50)
3. Diabetes (DE11)
4. KOL og respiratorisk insufficiens (DJ448, DJ449, DJ43)
5. Astma (DJ45)
6. Angina pectoris (DI208, DI209 uden procedure)
7. Bakteriel pneumoni (DJ13)
8. Jernmangelanæmi (DD50)

Forløb i sygehusvæsnet med disse aktionsdiagnoser er grundlæggende forebyggelige ved at sikre en optimeret indsats – dels hos egen læge, dels i samarbejdet med det specialiserede sundhedsvæsen. Læger, der relativt ofte henviser for disse aktionsdiagnoser, formodes at kunne optimere deres indsats i forhold til behandling og kontrol af disse patienter. Alternativt skyldes en øget henvisningsrate en ineffektiv henvisningstradition i praksisområdet, eller at fx specialafdelinger beder om at få disse patienter henvist.

Det er klart, at det mest optimale vil være at ingen patienter med disse aktionsdiagnoser havde behovet at have et forløb på sygehus, men det er ikke muligt at angive præcist, hvilket niveau man skal være på. Konceptet med brug af ACSC er ikke tidligere benyttet i Danmark, og brugen i denne opgørelse er derfor præliminær og skal valideres yderligere, hvis man ønsker at benytte den. Således ved vi ikke, i hvor høj grad opgørelsen er afhængig af forskellig registreringspraksis.

Fra CSC Scandihealth A/S har vi trukket data om patientfortegnelserne, som bruges til at koble CPR-nummer for gruppe 1-sikrede i almen praksis til ydernummer for den tilhørende praksis. Der er trukket data fra 2002 til 2006. Patientfortegnelserne har været den begrænsende faktor for dataperioden, da det ellers var foretrukket at undersøge udviklingen i henvisningsmønsteret over en længere periode. Fra CSC er der på yderniveau trukket data for antallet af kontakter i almen praksis. Herudfra er der dannet en variabel for antallet af konfrontationskontakter, opgjort på de enkelte typer af ydelser, se Tabel 2.

*Tabel 2 Oversigt over ydelsesnumre, der indgår i variabelen 'Konfrontationskontakter'*

Konfrontationskontakter	Ydelsesnummer i årene 2002-2006
Konsultation	0101
Forebyggelseskonsultation	0103
Forebyggelseskonsultation vedr. iskæmisk hjertesygdom	0104
Aftalt forebyggelseskonsultationer	0106
Sygebesøg indtil 4 km. (zone I)	0411
Sygebesøg fra påbegyndt 5 km. indtil 8 km. (zone II)	0421
Sygebesøg fra påbegyndt 9 km. indtil 12 km. (zone III)	0431
Sygebesøg fra påbegyndt 13 km. indtil 16 km. (zone IV)	0441
Sygebesøg fra påbegyndt 17 km. indtil 20 km. (zone V)	0451
Sygebesøg fra påbegyndt 21 km. og over (zone VI)	0461
Sygebesøg på ruten	0491

Patientkarakteristika er trukket fra Danmarks Statistik (DST) og omfatter data for alder, køn og socio-økonomiske variable som beskæftigelse, uddannelse og familieindkomst.

Kommunale variable for sygehus i kommunen og speciallægetæthed kommer fra Danske Regioner (DaR)<sup>1</sup> og Institut for Sundhedstjenesteforskning (IST), Syddansk Universitet.

Spørgsmål 1 og 2 i den deskriptive del og alle spørgsmål i den analytiske del er besvaret med data på praksisniveau. I disse analyser opgøres antal henvisninger for et kalenderår som 1) antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte gruppe 1-sikrede i en almen praksis og 2) antal henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter i en almen praksis. Begge opgørelser foretages af flere grunde. For det første er konfrontationskontakten den reelle eksponering, der kan føre til en henvisning. Det vil sige, at antal henvisninger pr. konfrontationskontakter er et udtryk for, hvor ofte lægen vælger at henvise (incidensen). Til sammenligning er antal henvisninger pr. patient et mere statisk mål (fx pr. år) og udtrykker i højere grad en praksispopulations generelle behov for brug af henvisninger (fx i forhold til sygelighed).

For det andet bør begge dele benyttes, idet antallet af kontakter kan svinge meget mellem læger og patientpopulationer (traditioner og kultur). Her vil antal pr. konfrontationskontakter sige noget om, hvor meget lægen laver for hver henvisning og antal pr. tilmeldt i højere grad sige noget om praksispopulationens behov for henvisninger samt traditioner og muligheder.

For det tredje får man et bedre mål for populationens behov for at blive henvist ved at bruge antal pr. tilmeldt, idet henvisninger her sættes i forhold til den population, der er under "risiko" for at blive henvist.

Der er altså fordele ved hver af de to mål for henvisningsraten, og de kan ses i forhold til hinanden, når man sammenligner praksis og læger.

Registerdata fra LPR og SSR er kørt sammen med data fra PLO's praksistælling (herunder data fra Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) omkring brug af klinikpersonale) og med oplysninger om de tilmeldtes socioøkonomiske status fra Danmarks Statistik. I alt 1.954 ud af ca. 2.200 praksis

<sup>1</sup> Foreningen af speciallæger 2005, Fortegnelse over speciallæger 2005, 2 edn, Frederiksberg Bogtrykkeri A/S, København.



deltog i praksistællingen, og analyserne er foretaget på dette datagrundlag. Der er yderligere sorteret enkelte observationer fra som af en eller anden grund har fremstået som invalide. Følgende observationer er sorteret fra:

- ◆ Praksis som ikke har oplyst antallet af fuldtidslæger
- ◆ En enkelt praksis med mere end 4.000 tilmeldte pr. fuldtidslæge
- ◆ En enkelt praksis med mere end 3 fuldtidssygeplejersker pr. fuldtidslæge (dvs. over 111 timer per fuldtidslæge om ugen)
- ◆ En enkelt praksis med mere end 3 fuldtidssekretærer om ugen pr. fuldtidslæge (dvs. over 111 timer)
- ◆ En enkelt praksis med ca. 40.000 konfrontationskontakter er registreret med 1 fuldtidslæge. Denne er sorteret fra.

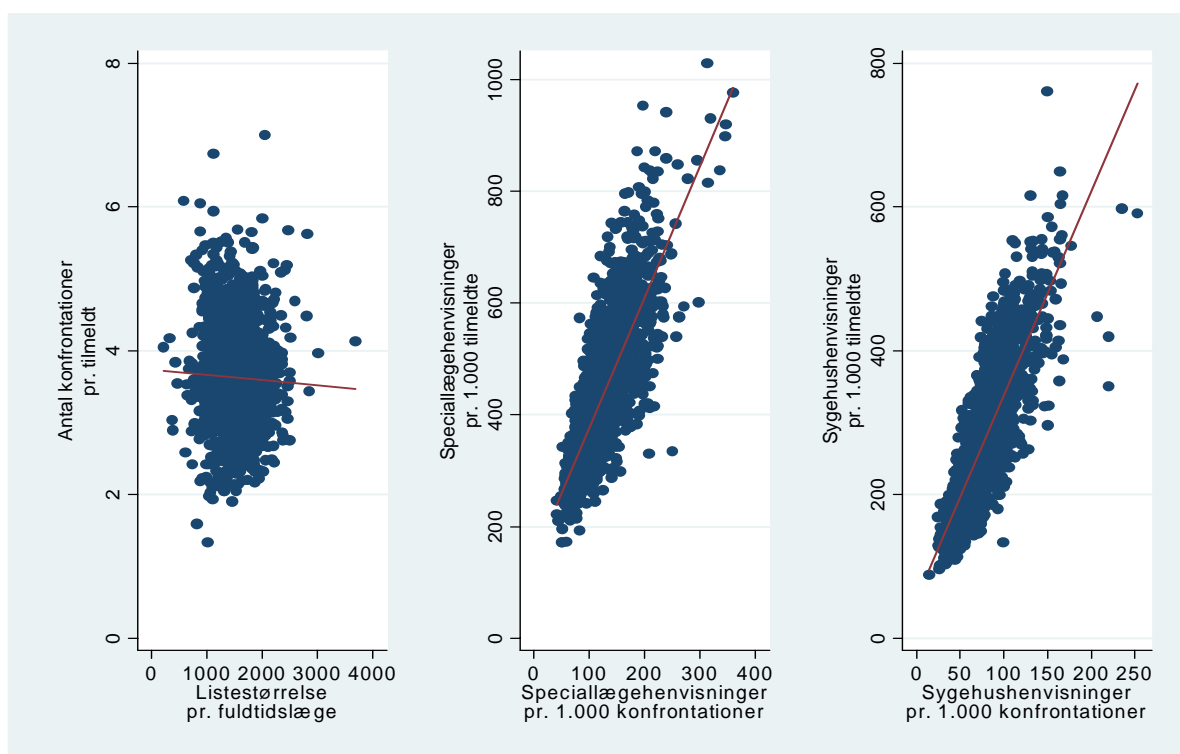
Det fulde praksismateriale på 2,123 praksis er anvendt, hvor det i forhold til analysestrategien, har været hensigtsmæssigt. For analyser hvor data har været samkørt med data fra PLO's praksistælling er antallet af praksis reduceret til 1,914. For disse 1.914 praksis er i alt 4.680.842 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer blevet koblet til Danmarks Statistiks persondata for socioøkonomiske forhold, som kunne indhentes via patientfortegnelserne. Hvad angår disse socioøkonomiske data, er der for indkomstvariablen korrigeret for et antal observationer, der var registreret med en negativ disponibel familieindkomst. I alt var der tale om 0,3 % (14.369) af praksispopulationen. Spørgsmål 3-8 i den deskriptive del er besvaret med data på CPR-niveau, hvorfor det er de tilmeldte gruppe 1-sikrede personer, der udgør datagrundlaget for analysen.

### *2.1.2 Opgørelsesmetode - antal henvisninger pr. tilmeldt eller pr. konfrontation?*

Antallet af henvisninger i en praksis er i rapporten opgjort både i forhold til antallet af patienter pr. fuldtidslæge og i forhold til hvor mange konsultationer en fuldtidslæge yder. Begge opgørelser er benyttet i litteraturen, men det er ikke umiddelbart klart, hvorledes de to opgørelser er relateret til hinanden. Forskellen mellem de to opgørelsesmetoder er, at nævneren er forskellig – i den en opgørelsesmetode er det antallet af patienter på listen, der er i nævneren, og i den anden er det antallet af konsultationer. Hvis forholdet mellem antallet af patienter på listen og antallet af konsultationer er proportionalt, vil de to opgørelsesmetoder følges ad.

Ud fra det datamateriale, der ligger til grund for analyserne i denne rapport, er der belæg for at hævde, at en fuldtidslæge på årsbasis ser hver tilmeldt patient lidt under 4 gange om året, stort set uafhængig af hvor mange patienter, der er på listen. Dette ses af den første graf i Figur 1, hvor det der er vist et billede af sammenhængen mellem antal patienter på listen (pr. fuldtidslæge) og antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt patient. Det fremgår af den tilnærmelsesvis vandrette regressionslinje, at der ikke er nogen systematisk sammenhæng mellem de to variable.

Figur 1 Sammenhængen mellem de to opgørelsesmetoder



Note: Der er i figurene indlagt en linje svarende til den estimerede sammenhæng baseret på en lineær regressionsanalyse.

Uafhængigheden mellem tilmeldte og antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt betyder, at de to opgørelsesmetoder alt andet lige vil være proportionale. Dette fremgår af de to næste figurer i Figur 1.

Det forhold, at det gennemsnitlige antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt ligger på godt 4 om året, betyder, at antallet af henvisninger pr. tilmeldt vil være knap 4 gange så højt som antallet af henvisninger pr. konfrontation. Dette kan også ses i de to sidste figurer. F.eks. fremgår det af regressionslinjen i den midterste figur, at 100 henvisninger til speciallæge pr. 1.000 konfrontationskontakter svarer til 400 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte. Ligeledes ses i den sidste figur, at 50 henvisninger til sygehus pr. 1.000 konfrontationskontakter svarer til godt 200 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte.

Variationsmønstret kan altså forventes at være ens for de to opgørelsesmetoder. I princippet betyder denne sammenhæng, at det er nok at præsentere den ene opgørelsesmetode. Der er dog tale om gennemsnitbetragtninger, og der kan i realiteten godt være udsving i de to metoder. I rapporten har vi langt hen ad vejen vist begge opgørelser, og det vil fremgå, at de som forventet er meget ens.

### 2.1.3 Opgørelse af antal henvisninger pr. fuldtidslæge pr. dag

For at gøre det nemmere at forholde sig til antallet af henvisninger har vi valgt undertiden at opgøre henvisningsmønster omregnet til antallet af henvisninger pr. fuldtidslæge pr. dag i stedet for kun at se på antallet af henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter og pr. 1.000 tilmeldte. Dette er gjort under en antagelse om, at en fuldtidslæge i gennemsnit gennemfører 25,4 konfrontationskontakter pr. dag. Antagelsen er baseret på det benyttede datamateriale for 2006. I 2006 gennemførte en fuldtidslæge i gennemsnit 5.654 konfrontationskontakter som defineret i tabel 2. Under antagelse af, at der er 222,5 arbejdsdage på et år, giver det 25,4 konfrontationskontakter pr. dag ( $5.654/222,5$ ).

I rapporten opgør vi antallet af henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter. Opgørelserne pr. 1.000 konfrontationskontakter er benyttet til at udregne antallet af henvisninger pr. dag. Følgende formel er benyttet:

$$\frac{\text{antal henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter} * \text{konfrontationskontakter} / \text{arbejdsdage}}{1.000}$$

## 2.2 Anvendte metoder i den analytiske del

I den analytiske del, som er rapporteret i afsnit 3.2 og 3.3, er der benyttet variationsdiagrammer (ranggrafer) og variationsfaktorer til at beskrive variationen i henvisningsmønsteret i almen praksis. Til at analysere sammenhængen mellem en række faktorer og antallet af henvisninger pr. tilmeldt gruppe 1-sikret i almen praksis har vi anvendt standard multivariate lineære OLS-regressionsmetoder og benyttet forklaringsgrader ( $R^2$  og  $\Delta R^2$ ) til at vurdere forklaringskraften for grupperinger af de enkelte faktorer, som fx alder og køn. For en detaljeret gennemgang af variationsfaktorer, variationsdiagrammer og  $R^2$  henvises til afsnit 2.4 i (Vedsted m.fl. 2008).

Vi kan tillade os at benytte standard OLS metoder, da henvisningsdata er tilnærmelsesvis normalfordelte, omend med en svag tendens til højreskævhed, jf. Figur 42 i bilaget. En logaritmisk transformering af data forbedrer normalfordelingsantagelsen, men stikprøver af resultater med hhv. logaritmisk transformerede og ikke transformerede data har vist, at det ikke giver nævneværdig forskel i hovedkonklusionerne. Da standard lineære OLS modeller er enkle at fortolke, har vi besluttet at benytte denne tilgang.

I regressionsanalyser kan de forklarende variable være indbyrdes afhængige, hvilket kan resultere i multikollinearitet, der i nogle situationer giver problemer med at fortolke på de fundne sammenhænge. Det er især, hvis man vil bruge alle estimerne fra en multipel regression. Hvis to af de forklarende variable er tæt korrelerede, vil de "konkurrere" om at forklare den samme andel af variationen. Fx vil lægens alder og antal år i praksis være et sådant eksempel. Konsekvensen af multikollinearitet er, at man ikke må bruge de specifikke estimer for korrelerede variable. Ønsker man det, skal der gennemføres analyser af modeller, hvor en delmængde af de forklarende variable indgår, og hvor resultaterne heraf sammenlignes med modeller, hvor alle variable indgår

Nogle gange kan man ikke fuldt ud korrigere for en variabel ved at inddrage den i en regression. Det kan skyldes, at nogle variable er korrelerede uden at være indbyrdes afhængige. Fx kan det forventes at praksis, der har patienter med høj socioøkonomisk status (indkomst og uddannelse etc.) er lokaliseret i områder, hvor der også er et stort udbud af f.eks. speciallæger. Da dette er en sammenhæng, der skyldes en helt anden variabel (nemlig geografi), skal effekten af en sådan sammenhæng undersøges ved at gennemføre analyser, hvor man laver restriktion til fx bestemte grupper eller områder. Fx kan man for ovennævnte geografiske sammenhæng så lave analyser, der ser på specifikke geografiske områder for sig, og så sammenligne om man når frem til samme resultat.

Vi har i analysen fokuseret på to måder at vurdere faktorernes betydning for henvisningsmønsteret i almen praksis. Først undersøges forklaringskraften både partielt, dvs. for grupperinger af de forskellige faktorer fx de gruppe 1-sikredes køn og alder, socioøkonomiske forhold, udbudsfaktorer, amter etc. og ligeledes for den fulde model med alle faktorer for at kunne estimere den samlede forklaringskraft. Dernæst fortolkes mere detaljeret på de enkelte faktorer betydning for henvisningsmønsteret, dvs. både retningen og størrelsesordenen af koefficienterne.

Der er to grundlæggende problemer med at opstille en retvisende model. På den ene side ved vi, at de forklarende variable er indbyrdes korreleret, hvilket kan skabe multikollinearitet og give misvisende estimer for de korrelerede variable. Dette taler for, at vi ikke kan have alle forklarende variable inde i

modellen samtidig. På den anden side ved vi også, at hvis vi undlader at inkludere forklarende variable, som i realiteten har en betydning for variationen i henvisningsmønsteret får vi også misvisende resultater (omitted variable bias). Vi har vurderet, at det er mest retvisende at fortolke på koefficienterne estimeret i de partielle modeller og samtidig forholde os kritisk til disse resultater. Hvor det er fundet relevant, vurderes troværdigheden af resultaterne af de partielle modeller ud fra grafiske fremstillinger af de rå datasæt.

## 3 Resultater

I dette afsnit præsenteres de væsentligste resultater af registeranalysen. Tabeller og figurer i afsnittet er alle lavet på baggrund af de resultater, som er anført i det statistiske bilag, og der henvises hertil for detaljerede oplysninger om henvisningsmønstret i almen praksis.

Strukturen i dette afsnittet er som følger. I det første delafsnit (3.1) præsenteres en kortlægning af, hvortil og hvor ofte almen praksis henviser til hhv. speciallæger og sygehuse. I næste delafsnit (3.2) beskrives variationen i henvisningsmønstret opgjort på praksis, kommune, amts- og regionsniveau og endelig præsenteres resultaterne af hvilke faktorer, der kan forklare variationen i henvisningsmønstret (3.3).

### 3.1 Kortlægning af henvisningsmønstret i almen praksis

Størstedelen (ca. 97 %) af borgerne i Danmark er som gruppe 1-sikret tilmeldt en bestemt almen praksis. Dermed er det muligt at knytte en patient, der har modtaget ydelser hos en speciallæge, til den praksis, der har henvist patienten. Aktiviteten på de danske sygehuse registreres i Landspatientregisteret, hvor det registreres, hvorfra en patient er henvist, herunder almen praksis, hvorfor det ligeledes her er muligt at knytte en henvist patient til den henvisende praksis. I dette afsnit ser vi først på, hvor ofte en dansk praktiserende læge i gennemsnit henviser til speciallæger og sygehuse.

#### *3.1.1 Henvisninger til speciallæge samt psykolog, fodterapi og fysioterapi*

Det totale antal henvisninger til speciallæger, psykolog, fodterapi og fysioterapi er summeret til 438 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte eller 125 pr. 1.000 konfrontationskontakter i år 2006. De 125 henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter udgøres af 107 henvisninger til speciallæger og 18 til psykolog, fodterapi og fysioterapi. Det svarer til, at en fuldtidslæge i gennemsnit henviser knap 3 patienter om dagen til en speciallæge<sup>2</sup> og knap 1 patient hver anden dag til psykolog, fodterapi og fysioterapi<sup>3</sup>. For antallet af henvisninger til sygehuse er tallene 270 pr. 1.000 tilmeldte og 76 pr. 1.000 konfrontationskontakter svarende til ca. 2 henvisninger pr. fuldtidslæge pr. dag<sup>4</sup>.

Figur 2 viser fordelingen af det gennemsnitlige antal henvisninger til speciallæge opgjort pr. 1.000 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer, pr. 1.000 konfrontationskontakter i almen praksis og opgjort som gennemsnitlig antal henvisninger pr. fuldtidslæge pr. dag.

Det fremgår af figuren, at der henvises flest patienter pr. dag til Ø-læger (øre-næse-hals og øjne) (1,63 pr. fuldtidslæge pr. dag). Det er vigtigt her at nævne, at behandling hos en Ø læge ikke kræver en henvisning, men at alle besøg hos en Ø læge i vores datamateriale vil tælle som en henvisning. Der vil derfor være en del af de her opgjorte henvisninger, som i realiteten ikke er en henvisning, men hvor der er tale om en patient, der på eget initiativ har opsøgt en Ø læge. Det er ikke muligt at kortlægge, hvor stor andelen af egenhenvendelser er. Udover Ø-lægerne henvises der hyppigst til hudlæger (0,43 pr. dag), fysioterapi (0,41 pr. dag), gynækologi/obstetrik (0,21 pr. dag) samt kirurgi (0,18 pr. dag). Det fremgår af figuren, at variationsmønstret for antallet af henvisninger stort set er ens, hvad enten man ser på antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte eller pr. 1.000 konfrontationskontakter.

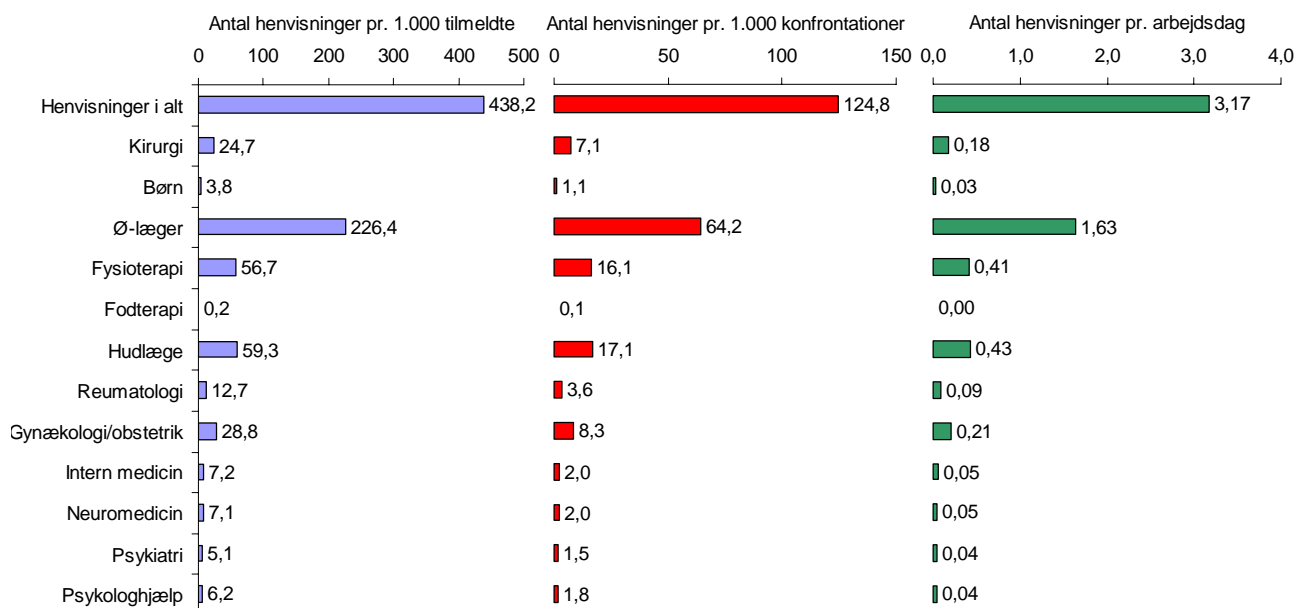
---

<sup>2</sup> (107 henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter/1.000)\*25,4 konfrontationskontakter pr. dag pr. fuldtidslæge

<sup>3</sup> (18 henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter/1.000)\*25,4 konfrontationskontakter pr. dag pr. fuldtidslæge

<sup>4</sup> (76 henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter/1.000)\*25,4 konfrontationskontakter pr. dag pr. fuldtidslæge

Figur 2 Gennemsnitlige antal henvisninger til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter samt pr. arbejdsdag pr. fuldtidslæge, år 2006

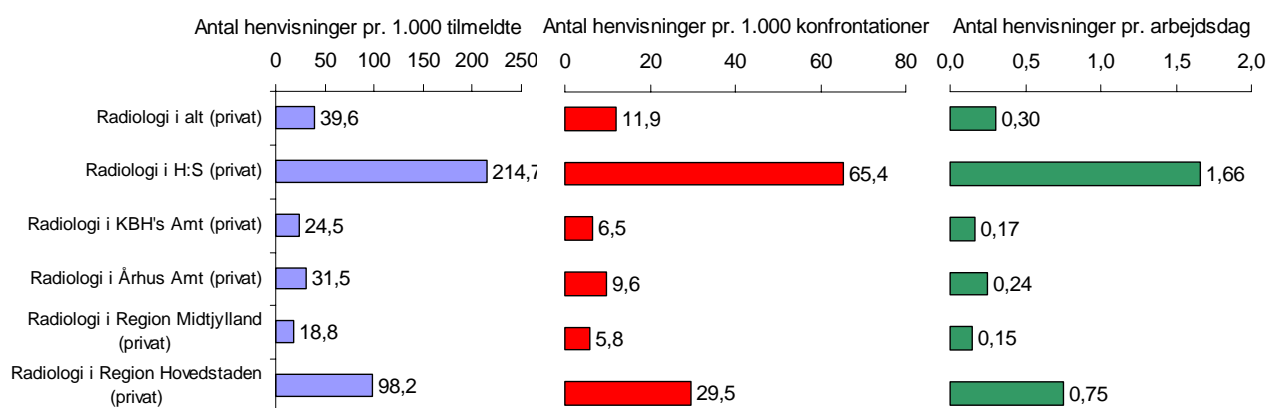


Note: N=2.123 almen praksis. Henvisninger til Ø-læger står for øjen- og ørelæger. Det skal bemærkes, at der i Danmark ikke kræves en henvisning til disse specialer, men det formodes, at de praktiserende læger ofte rådgiver deres patienter til at se en Ø-læge.

### 3.1.2 Henvisninger til private radiologiklinikker

Figur 3 viser henvisningsmønstret samlet set og for de 3 amter og 2 regioner der benytter private radiologiklinikker. De angivne tal kan lægges til antallet af henvisninger opgjort på henholdsvis samlet, amts- og regionsniveau.

Figur 3 Gennemsnitlige antal henvisninger til private radiologiklinikker pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter samt pr. arbejdsdag, år 2006

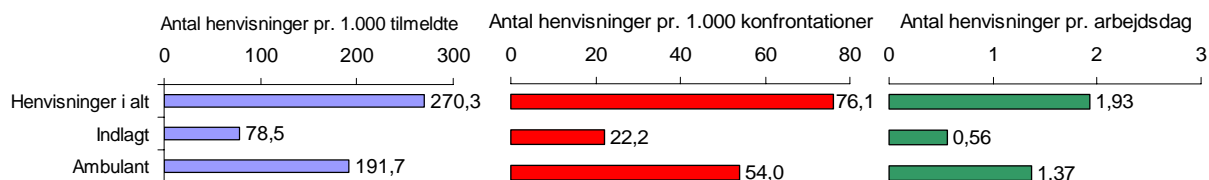


Det fremgår af figuren af H:S (Region Hovedstaden) har langt de fleste henvisninger til private radiologiklinikker – 214,7 (98,2) pr. 1.000 tilmeldte, hvilket svarer til 1,7 (0,75) pr. læge pr. dag.

### 3.1.3 Henvisninger til sygehuse

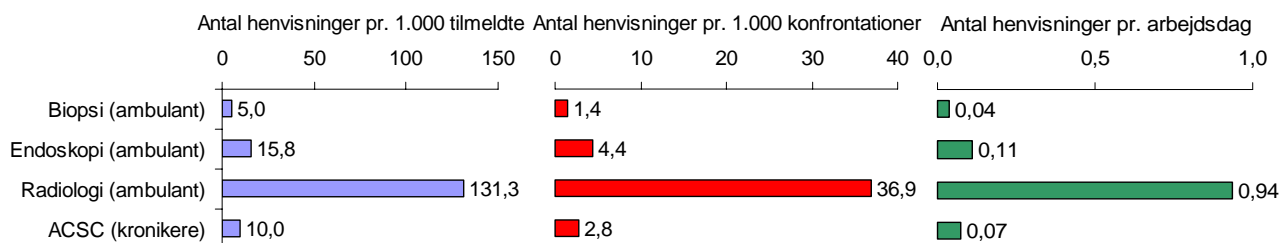
Ser vi på henvisninger til sygehus, fremgår det, at der i alt henvises 270 pr. 1.000 tilmeldte, hvoraf 79 fører til en indlæggelse. Pr. arbejdsdag svarer dette til 0,6 indlæggelser pr. fuldtidslæge pr. dag, mens der henvises 1,4 til ambulant behandling pr. dag, jf. Figur 4.

Figur 4 Gennemsnitlige antal henvisninger til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter samt pr. arbejdsdag, år 2006



Figur 5 viser henvisningsmønstret for nogle udvalgte undergrupper af henvisninger til ambulant sygehuskontakt (biopsi, endoskopi og radiologi), som ikke er udtømmende og derfor ikke summerer til tallene i Figur 4. Figuren viser, at henvisningerne til ambulante sygehuskontakter hovedsageligt består af radiologiske undersøgelser, som udgør 131 af henvisningerne pr. 1.000 tilmeldte svarende til næsten 1 henvisning pr. dag pr. fuldtidslæge. I Figur 5 har vi ligeledes rapporteret radiologiske undersøgelser på private klinikker fra H:S, Københavns og Århus amt, hvormed gennemsnittet er udregnet for almen praksis i de pågældende amter. Det ses, at der henvises 94 pr. 1.000 tilmeldte til radiologiske undersøgelser på privatklinik i disse tre amter.

Figur 5 Gennemsnitlige antal for udvalgte kategorier af henvisninger til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter samt pr. arbejdsdag, år 2006



Note: Fire af disse kategorier er henvisninger til sygehus, hvor biopsi, endoskopi og radiologi er underkategorier til ambulante henvisninger, og ACSC både kan være henvisning til indlæggelse og ambulant kontakt.

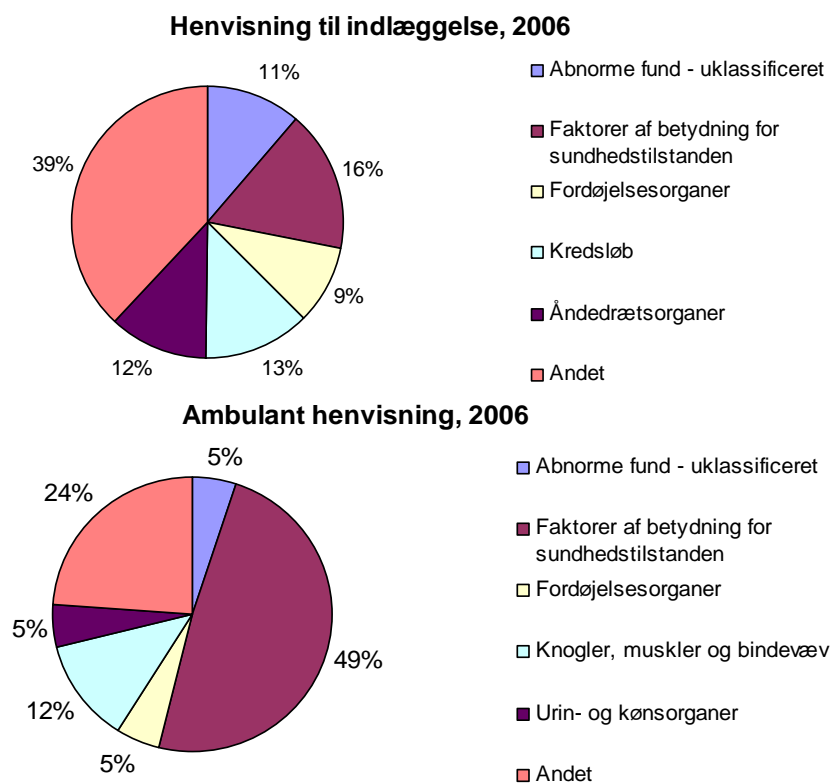
Endvidere viser Figur 5, at 10 ud af 1.000 tilmeldte henvises til sygehus med forebyggelige indlæggelser og ambulante forløb (ACSC – Ambulatory Care-Sensitive Conditions), jf. afsnit 2.1.1. Disse kronikere bør i princippet kunne klares i almen praksis med den rette kronikerindsats og ikke nødvendigvis i det specialiserede sundhedsvæsen. Dog vil nogle af disse patienter selvfølgelig skulle til det specialiserede sundhedsvæsen, men tallene giver os et indtryk af, hvor ofte det sker. Tallene er ikke et udtryk for forekomsten af personer med kronisk sygdom, idet de her registrerede kun er dem, der blev indlagt eller fik et ambulant forløb.

For alle henvisninger til sygehuse – såvel til ambulant behandling som til indlæggelse – har det via Landspatientregisteret været muligt at etablere en kobling til aktionsdiagnoser. Figur 6 viser en opdeling i hovedgrupper efter aktionsdiagnosen, hvor de fem største kategorier er fremhævet, og resten er samlet i kategorien "andet".

For de indlagte patienter er de største diagnosegrupper "Faktorer af betydning for sundhedstilstanden" på 16 % og "Kredsløb" på 13 %. Henvisninger til ambulante sygehuskontakter har en kategori "Fakto-

rer for betydningen af sundhedstilstanden”, som udgør godt 49 % af alle de ambulante henvisninger. Derudover havner 12 % i kategorien ”Knogler, muskler og bindevæv”. Gruppen af diagnoser under ”Faktorer af betydning for sundhedstilstanden” er en række af de diagnoser, man giver, når man fx observerer en patient for en sygdom, der så ikke bekræftes. Altså tilstande hvor der er henvist, uden at man kan stille en eksakt diagnose.

Figur 6 Opdeling af sygehushenvisninger efter aktionsdiagnosernes hovedgrupper, år 2006.



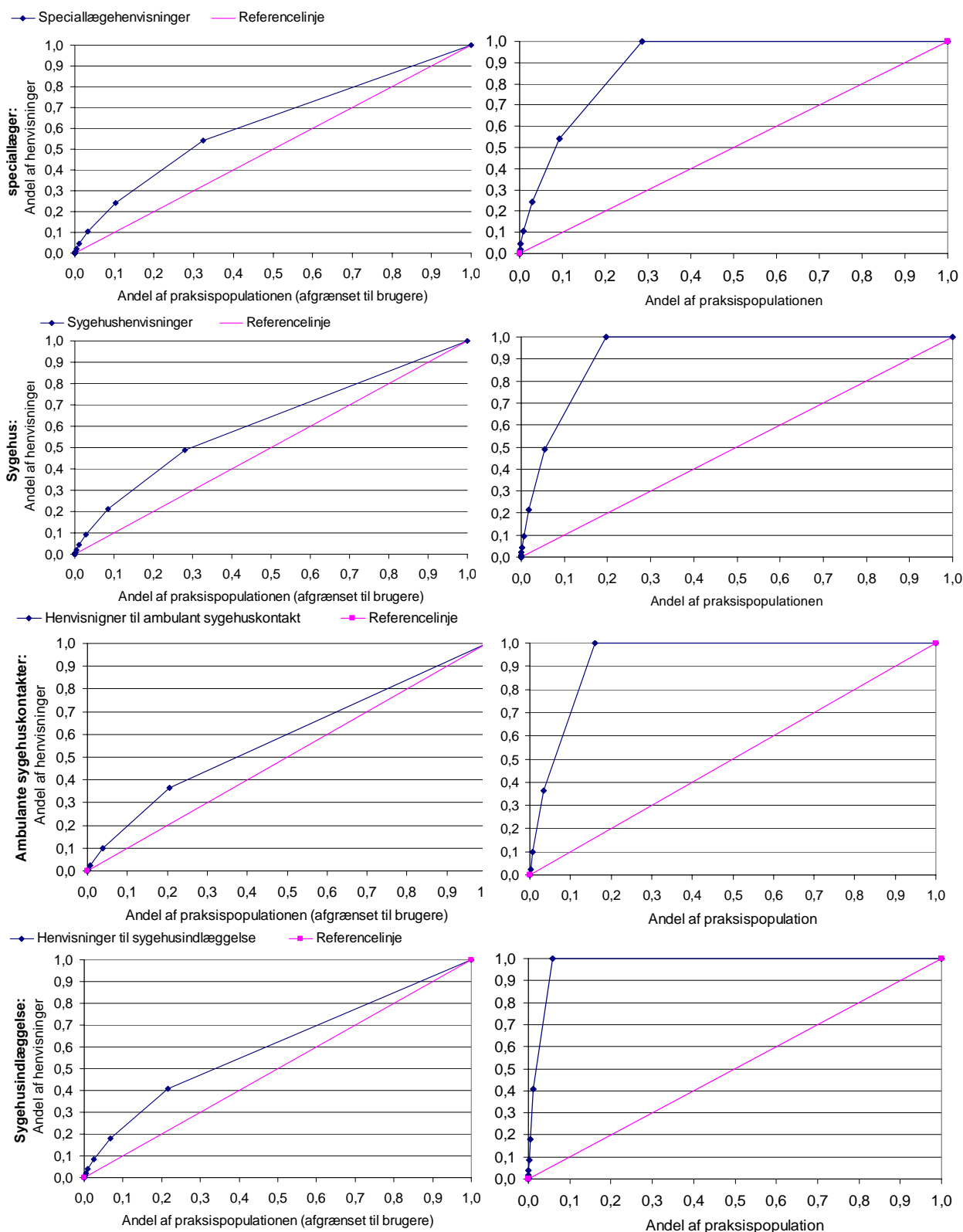
### 3.1.4 Hyppigheden af henvisninger på patientniveau

Drejes fokus over på praksispopulationen viser det sig, at 16,1 % og 5,8 % af de tilmeldte i 2006 blev henvist til hhv. ambulante sygehuskontakter og sygehusindlæggelser, jf. højre del af Figur 7. Samlet har 19,7 % af befolkningen fået en eller flere henvisninger til sygehusvæsenet, mens 28,7 % af befolkningen har fået en eller flere henvisninger til en speciallæge. Disse procenter skal ses i forhold til, at 86 % af alle borgere i Danmark har haft direkte kontakt med deres alment praktiserende læge, jf. (Vedsted m.fl. 2008).

I Figur 7 præsenteres fordelingen af henvisninger ved hjælp af Lorenz-diagrammer, som er opbygget således, at andelen af praksispopulationen er opgjort ud af den horisontale akse, mens andelen af henvisningerne opgjort op af den vertikale akse. Der tegnes en referencelinje, hvor andelen af praksispopulationen er proportional med andelen af henvisninger, således at 10 % af praksispopulationen får 10 % af de samlede henvisninger. Hvis den faktiske fordeling følger denne referencelinje betyder det, at antallet henvisninger er ligelig fordelt på de henviste.



Figur 7 Lorenz-diagrammer for en andel af befolkningen (benævnt brugere) som er henvist mindst 1 gang (diagrammer til venstre) samt hele befolkningen (diagrammer til højre) i 2006



Note: Lorenz-kurverne "afgrænset til brugere" indeholder data for de personer, der er henvist mindst en gang til speciallæger inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi (øvre figur til venstre) og til sygehus (midterste og nedre figur til venstre). Lorenz-kurverne til højre indeholder data for hele praksispopulationen.

Venstre del af Figur 7 viser Lorenz-diagrammer for henvisninger til speciallæger og sygehus for den del af befolkningen, der i år 2006 har fået mindst en henvisning. Figuren viser, at 10 % af de henviste til speciallæger og sygehus står for hhv. 25 % og 20 % af henvisningerne. Disse hyppigt henviste henvises ca. 3,5 gange om året til såvel speciallæger som sygehuse.

### *3.1.5 Udvikling i henvisningsmønstrer over tid (2002-2006)*

Analysen af udviklingen i henvisninger over tid er begrænset af den forholdsvis korte tidsperiode, det har været muligt at skaffe data for. Der henvises til bilagsrapporten for illustration af udviklingen i henvisningsmønstrer over tid. Her vil vi kort skitsere de væsentligste resultater. Udviklingen i antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til sygehuse viser, at der har været et fald på 5,8 % i henvisninger til ambulante sygehuskontakter i perioden fra 2002 til 2006. Herunder er henvisninger til biopsi og radiologi steget med henholdsvis 3,4 % og 2,3 % og henvisninger til endoskopi er faldet med 4,1 %. Hvad angår henvisninger, der fører til en sygehusindlæggelse, er der i samme periode et fald på 11,1 %. Sammenlignet med den gængse opfattelse at aktiviteten i sygehussektoren har været stigende over tid, er det lidt overraskende, at antallet af henvisninger pr. 1.000 tilmeldte er faldet i perioden. Der kan være fire grundlæggende forklaringer på dette. 1) Der kan være tale om ændring i registreringspraksis således, at den benyttede metode til opgørelse af henvisningsmønstrer til sygehuse ikke er retvisende og har ændret sig over tid (fx pga. DRG-takster), 2) Der er sket et skifte, således at flere patienter henvises til sygehus gennem speciallæge, 3) at sygehuse i højere grad genindlægger patienterne, viderehenviser til andre sygehuse/afdelinger eller henviser til ambulante opfølgning uden at almen praksis er inddraget.

Vedrørende udviklingen for antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til speciallæger kan fremhæves, at der har været en total stigning på 5,6 % fra 2002 til 2006. De specialer, der primært er årsag til stigningen, er kirurgi med 32 %, psykiatri og intern medicin med hver 15 %, gynækologi og obstetrik med 14 % samt fysioterapi med en stigning på godt 10 %.

Den tidsmæssige trend viser således en forskydning af behandlingsaktiviteterne, således at den relative nedgang i henvisninger til sygehus opvejes af en stigning i henvisninger til speciallæge.

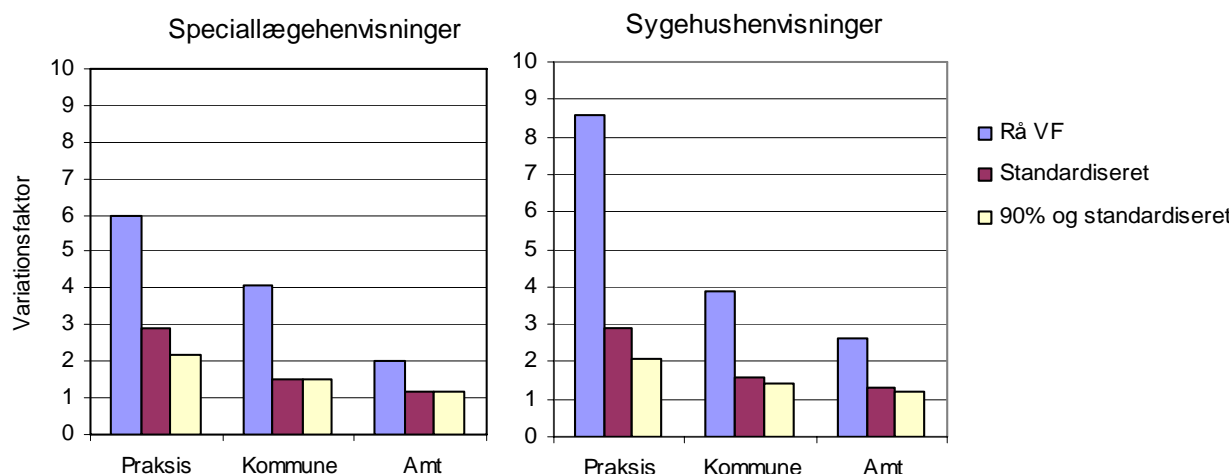
## 3.2 Variation i henvisningsmønstrer

I dette afsnit undersøges variationen i henvisningsmønstrer. Resultaterne kan sammenlignes med de analyser, der foretages i Kapitel 4 i Delanalyse 1.

### *3.2.1 Variation i henvisningsmønstrer - variationsfaktorer*

Analysen er baseret på data for 1.914 praksis fordelt på 262 kommuner og 15 amter for år 2006. Der findes dog knap 2.200 praksis, men efter data for henvisningsmønstrer er sammenkørt med PLO's praksistælling, hvor svarprocenten ikke helt når 100 %, er der således tale om en stor stikprøve på godt 85 % af almen praksis. Variationen bag variationsfaktorerne i Figur 8 og Figur 9 findes i Tabel 26 og Tabel 27 i det statistiske bilag. Figur 8 viser variationen på praksis, kommune og amtsniveau for henvisninger til speciallæger og sygehuse. Både de 'rå' variationsfaktorer og de standardiserede faktorer (hvor der er kontrolleret for køn og alder) er afrapporteret, og dette for såvel hele datasættet, samt de 90 % midterste observationer. Standardiseringen af variationen i henvisningerne er foretaget med regressionsanalyse.

Figur 8 Variationsfaktorer i henvisningsmønsteret til sygehus og speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 tilmeldte



Noter: Variationsfaktoren (VF) er opgjort som forholdet mellem den praksis/kommune/amt, der henviser flest, og den praksis/kommune/amt, der henviser færrest. I 90 % opgørelsen er der skåret de 5 % højeste og mindste observationer i data væk for at undgå påvirkning af outliers. I de standardiserede tal er der taget højde for forskelle i alder og køn. Bemærk at henvisninger til private radiologiklinikker ikke er medtaget i figurene. Hvis disse lægges til i henvisninger til speciallæge vil variationen for speciallægehenvvisninger alt andet lige stige. Hvis de lægges til i henvisninger til ambulante besøg vil variationen for sygehushenvvisninger alt andet lige falde.

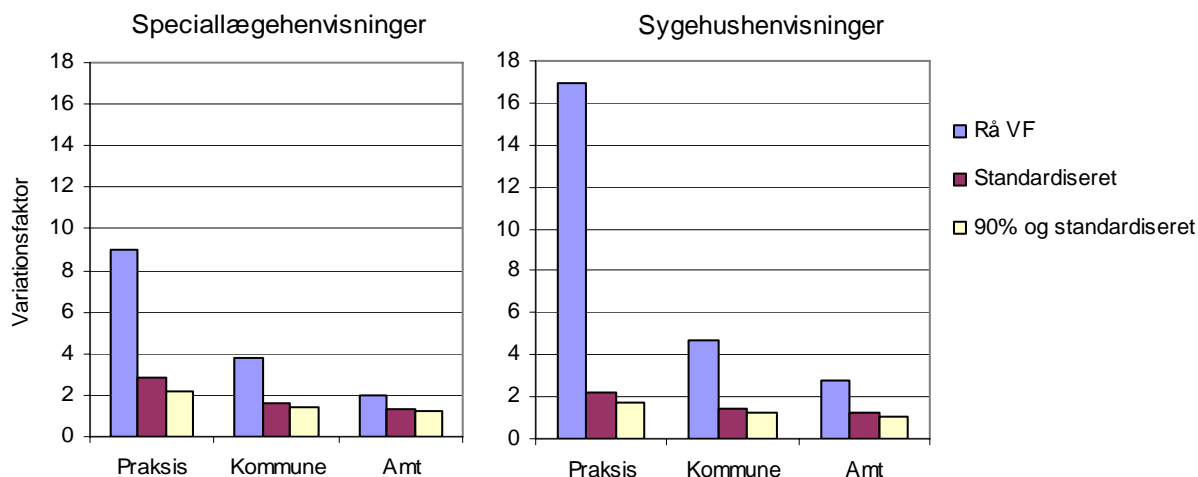
Figuren viser, at variationsfaktorerne som forventet falder, når man går fra praksis- til amtsniveau, da de mest ekstreme observationer på praksisniveau udjævnes, når henvisninger pr. 1.000 tilmeldte beregnes på et mere aggregeret niveau.

På praksisniveau er der størst variation for sygehushenvvisninger, som har en faktor på 8,6 i forhold til speciallægehenvvisninger med en faktor på 6. På kommuneniveau er niveauet ens med en faktor på ca. 4, hvorimod amtsniveau igen tenderer til, at der er størst variationen for sygehushenvvisninger med en faktor på godt 2,6 mod en faktor 2 speciallægehenvvisninger.

På praksisniveau reduceres den rå variationsfaktor til hhv. 2,8 og 2,9, når der er standardiseret for alder og køn i praksispopulationen. Denne standardisering har ligeledes stor betydning for variationen på både kommune- og amtsniveau, som i begge tilfælde reducerer variationsfaktorerne væsentligt. På kommuneniveau bliver faktoren 1,5 og 1,6 for henvisninger til hhv. speciallæger og sygehuse, når der standardiseres for alder og køn, og de tilsvarende faktorer på amtsniveau bliver 1,2 og 1,3. Figuren viser yderligere, at når man frasorterer de 10 % mest ekstreme observationer (5 % i hver ende af data), reduceres faktorerne yderligere en smule – primært med effekt på praksisniveau. Alt i alt viser det sig, at korrektionen for forskelle i patienternes alder og køn af de rå variationsfaktorer har stor betydning for dette variationsmål.

Det fremgår af Figur 9, at variationsfaktorerne opgjort pr. 1.000 konfrontationskontakter baseret på hele det ustandardiserede datamateriale er en anelse større end variationen opgjort pr. 1.000 tilmeldte. Derudover er mønsteret det samme og standardisering samt de ekstreme observationer har samme betydning for denne opgørelse af henvisningsmønsteret.

Figur 9 Variationsfaktorer for henvisningsmønstret til sygehus og speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 konfrontationskontakter



Noter: Variationsfaktoren (VF) er opgjort som forholdet mellem den praksis/kommune/amt, der henviser flest, og den praksis/kommune/amt, der henviser færrest. I 90 % opgørelsen er der skåret de 5 % højeste og mindste observationer i data væk for at undgå påvirkning af outliers. I de standardiserede tal er der taget højde for forskelle i alder og køn. Bemærk at henvisninger til private radiologiklinikker ikke er medtaget i figurerne. Bemærk at henvisninger til private radiologiklinikker ikke er medtaget i figurerne. Hvis disse lægges til i henvisninger til speciallæge vil variationen for speciallægehenvvisninger alt andet lige stige. Hvis de lægges til i henvisninger til ambulante besøg vil variationen for sygehushenvvisninger alt andet lige falde.

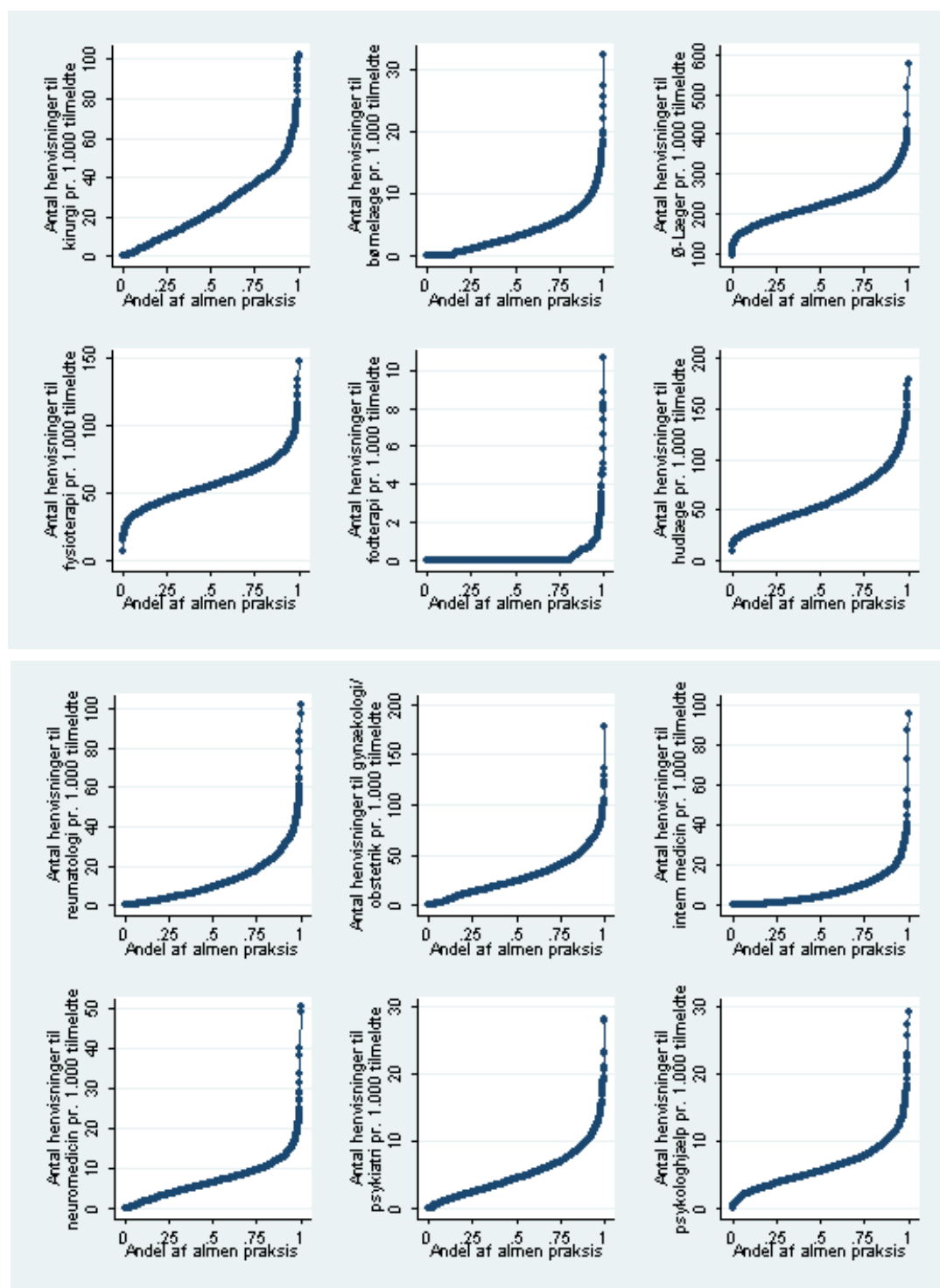
### 3.2.2 Variation i henvisningsmønstret - variationsdiagrammer

I det statistiske bilag er der rapporteret variationsdiagrammer for henvisninger til speciallæger (opdelt på specialer) og sygehuse (indlagt og ambulant) samt for udvalgte aktionsdiagnoser, som henviste til sygehus har fået tildelt i LPR, jf. Figur 27 til Figur 41. Disse figurer viser et mere nuanceret billede af variationen end variationsfaktorerne. Hvor variationsfaktorerne fokuserer på forholdet mellem minimum og maksimum, er fokus i figurerne herudover på, hvordan variationen fordeler sig for praksis. Figurerne er baseret på ustandardiserede tal. Hvis man standardiserer for køn og alder vil variationen, jf. Figur 8 og Figur 9, blive mindre. Er forskellen genereret af relativt få outliers, fortolkes variationen som lille, mens en mere generel heterogenitet signalerer stor variation. Jo "fladere" et variationsdiagram er, des flere praksis ligner hinanden i henvisningsmønstret for den specifikke kategori, mens en 45 grads linje vil signalere maksimal variation.

#### Praksisniveau

I Figur 10 ses variationen i henvisninger til speciallæger, hvor der er specielt stor variation i antallet af henvisninger til kirurgi og hudlæge. Fysioterapi er også kendetegnet ved stor variation.

Figur 10 Variation mellem praksis i henvisninger til speciallæger, fysioterapi, psykolog og fodterapi pr. 1.000 tilmeldte, år 2006

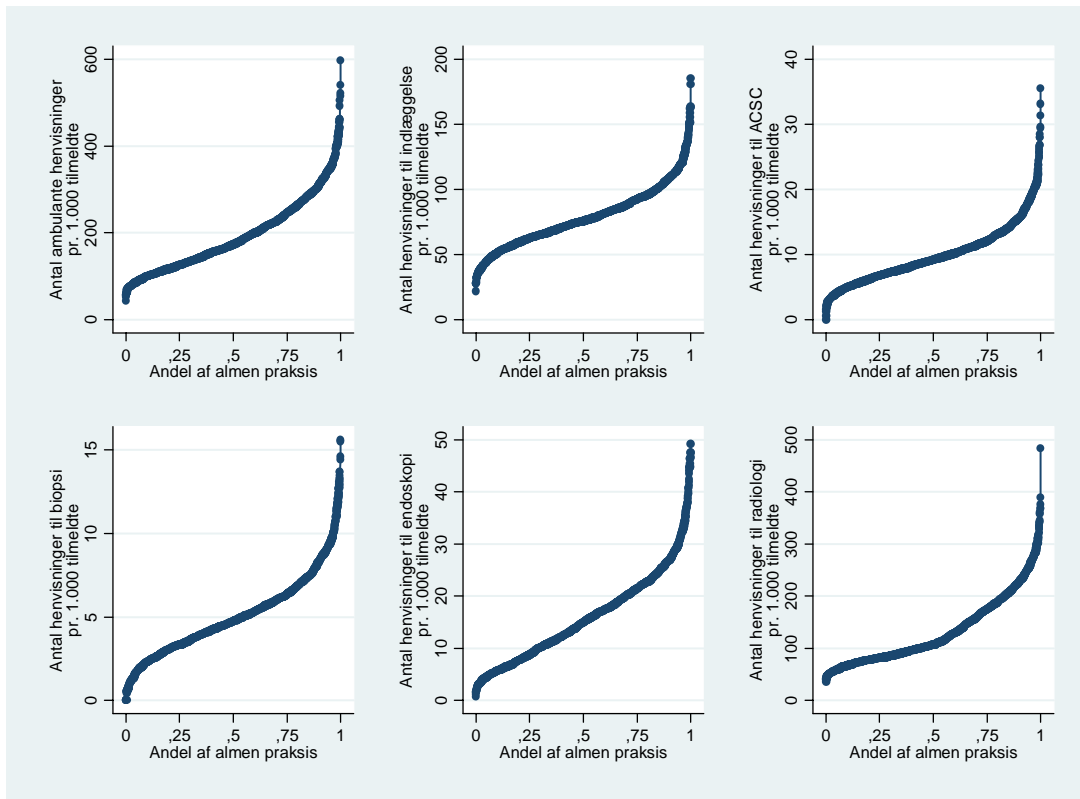


Note: Bemærk at skalaerne på y-aksen er forskellige og at H:S, Københavns Amt og Århus amt udover de angivne henvisninger har hhv 215, 25, 32 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til private radiologiklinikker (se Figur 3).

For henviste til sygehuse er der størst variation for henviste til ambulant kontakt, der spænder fra 50 til 600 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte. Variationen i henvisninger til biopsi, endoskopi og radiologi viser, som nævnt ovenfor, at der er flest henvisninger til røntgenundersøgelser (radiologi), men en betydelig variation for alle tre kategorier, jf. Figur 11.

Af figuren ses også, at variationen for henviste kronikere (ACSC tilstande, jf. afsnit 2.1.1) har 5 og 95 % fraktiler på hhv. 4 og 19. Dette betyder, at der er en variationsfaktor på omkring 5, og at nogle praksis henviser 5 gange så mange kronikere som andre. Det kan skyldes forskelle i praksispopulationernes morbiditet, men da disse henvisninger uanset dette skulle være forebyggelige, antyder det, at der er rum for udvikling af kronikerindsatsen (klinisk og organisatorisk).

Figur 11 Variation mellem praksis i henvisninger til sygehus pr. 1.000 tilmeldte, år 2006

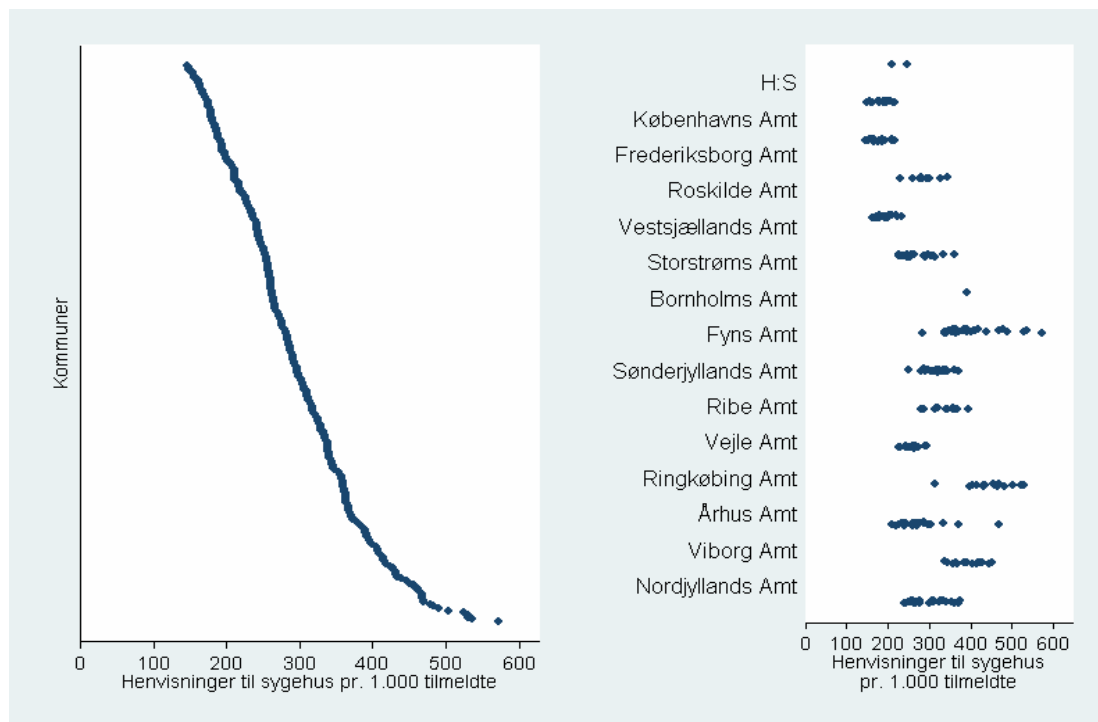


Note: Bemærk at skalaerne på y-aksen er forskellig. Bemærk at H:S, Københavns Amt og Århus amt udover de angivne henvisninger har hhv 215, 25, 32 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til private radiologiklinikker (se Figur 3).

### Amts- og kommune niveau

Går vi fra variation mellem praksis til at se på variation mellem kommuner og amter, viser variationsfaktorerne i Figur 8 og Figur 9, at der er en faktor 4 variation mellem alle kommuner (kommuner fra før 2007) i Danmark til såvel speciallæger som sygehuse. Yderligere analyser viser, at denne variation hovedsagelig skyldes amtsforskelle, dvs. at kommuner inden for et amt ligner hinanden, jf. Figur 12 og Figur 13.

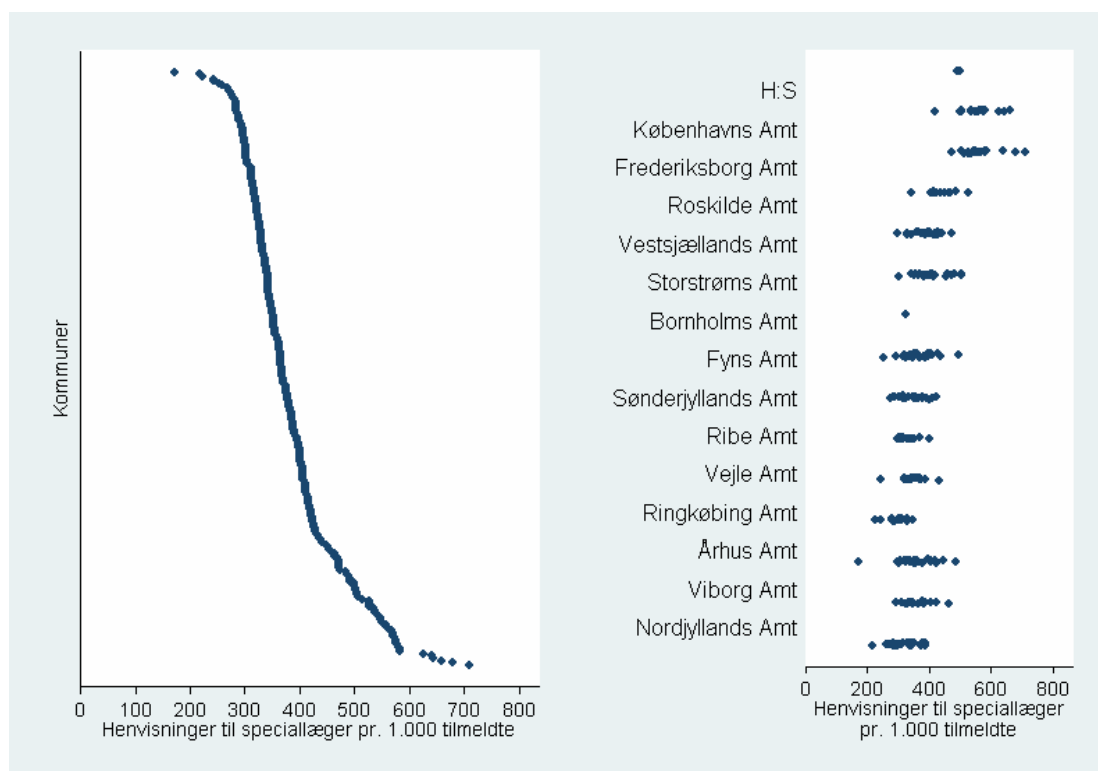
Figur 12 Variation mellem amter og kommuner i henvisninger til sygehuse – ustandardiserede tal



Note: Bemærk at H:S, Københavns Amt og Århus amt udover de angivne henvisninger har hhv 215, 25, 32 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til private radiologiklinikker (se Figur 3).

Den venstre del af Figur 12 er sorteret efter kommuner, og i højre del er kommunerne samlet i deres respektive amter. Figuren viser, at kommuner inden for et amt samler sig omkring hinanden sammenlignet med kommuner i de øvrige amter. Ved brug af intra-cluster-korrelationskoefficienter kan den totale variation i data opdeles på praksis, kommune og amtsniveau. En sådan analyse viser, at amtsvariationen dominerer den kommunale variation i forbindelse med sygehushenvisninger. Det betyder, at kommuner inden for et amt ligner hinanden mere end på tværs af amter, hvilket figuren netop afspejler. Hvad angår henvisninger til speciallæger, viser Figur 13, at amtsvariationen ligeledes dominerer over kommunerne, men i en mindre grad. Der henvises til figur 33-39 i bilaget for et detaljeret billede af variation mellem amter.

Figur 13 Variation mellem amter og kommuner i henvisninger til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) – ustandardiserede tal



Note: Bemærk at H:S, Københavns Amt og Århus amt udover de angivne henvisninger har hhv 215, 25, 32 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til private radiologiklinikker (se Figur 3).

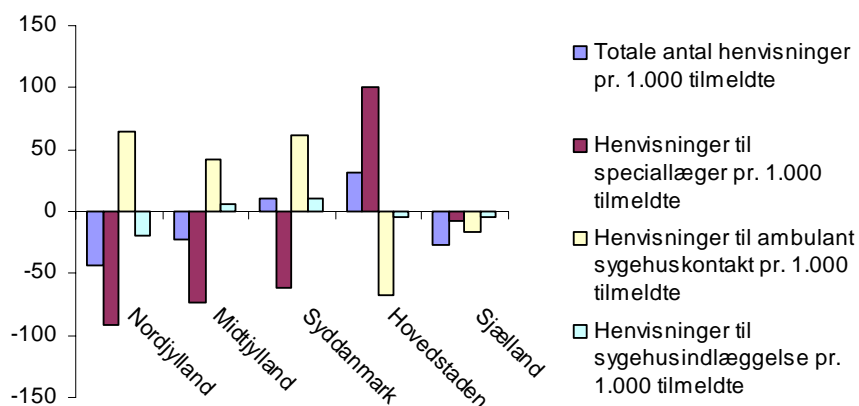
Ved at sammenligne Figur 12 og Figur 13 kan man se, at den tvær-amtslige forskel i det gennemsnitlige antal henvisninger til henholdsvis speciallæger og sygehus er væsentlig forskellig. Der er en tendens til, at de amter, der ligger lavt i henvisninger til sygehus, til gengæld ligger højt, hvad angår henvisning til speciallæge. Eksempelvis kan nævnes Københavns Amt og Frederiksborg Amt. Her har kommunerne i gennemsnit et relativt lavt antal henvisninger til sygehus, mens de til gengæld ligger højt i den relative hyppighed af henvisning til speciallæge. Ringkøbing Amt, derimod, udviser det modsatte mønster. Der er således noget, der tyder på, at institutionelle udbuds faktorer på amtsniveau er bestemmende for, om de alment praktiserende læger vælger at henvise til speciallæge eller sygehus.

### 3.2.3 Variation på regionsniveau

For at belyse variationen i et fremadrettet perspektiv kan henvisningsmønstret opgøres for de fem nye danske regioner, selvom data er fra før regionerne blev dannet. Den enkelte regions afvigelser fra landsgennemsnittet kan for antallet af henvisninger pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis ses i Figur 14 opdelt på sygehus (ambulant/indlagt) og speciallæger samt totalt. Totalt set ligger Region Hovedstaden og Region Syddanmark over landsgennemsnittet, men tallene afslører, at der er store regionale forskelle for såvel henvisninger til speciallæger som til sygehuse. Denne forskel synes at skyldes en tendens til substitution mellem henvisninger til ambulante sygehuskontakter og speciallæger. Dette kan ses i figuren, da en region, der ligger over landsgennemsnittet for henvisninger til speciallæger ligger under landsgennemsnittet for henvisninger til ambulant kontakt – på nær Regions Sjælland, der er relativt tæt på landsgennemsnittet i alle kategorier.

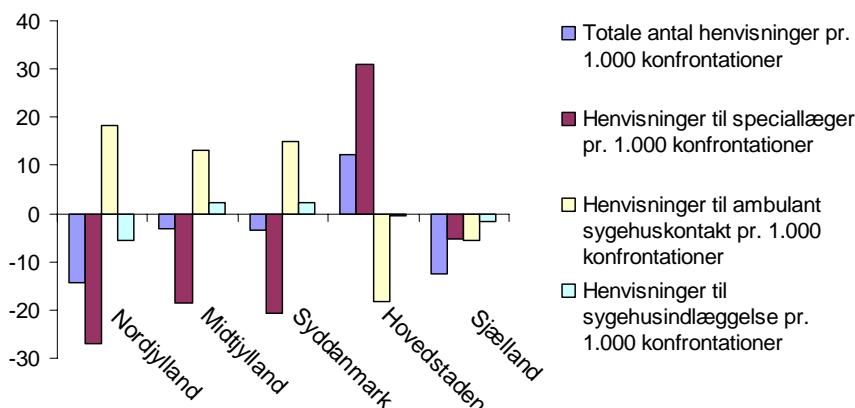


Figur 14 Regionernes gennemsnitlige afvigelse fra landsgennemsnitlig antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte, år 2006



Note: Tallene bag figuren findes i Tabel 29 i det statistiske bilag. Speciallæger er inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi. Bemærk at region Hovedstaden og Region Midtjylland herudover har hhv 98 og 19 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og hhv 19 og 6 henvisninger per 1.000 konfrontationskontakter til private radiologiklinikker (se Figur 3).

Figur 15 Regionernes gennemsnitlige afvigelse fra landsgennemsnitlig antal henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter, år 2006



Note: Tallene bag figuren findes i Tabel 30 i det statistiske bilag. Speciallæger er inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi. Bemærk at region Hovedstaden og Region Midtjylland herudover har hhv 98 og 19 henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og hhv 19 og 6 henvisninger per 1.000 konfrontationskontakter til private radiologiklinikker (se Figur 3).

Det fremgår af Figur 14 og Figur 15, at forskellen mellem regionerne er nogenlunde ens, hvad enten der ses på henvisninger pr. 1.000 tilmeldte eller henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter.

### 3.3 Forklaring på variationen i henvisningsmønstret

I dette afsnit undersøges hvilke faktorer, der har betydning for variationen i henvisningsmønstret. De forudgående analyser (Figur 8 og Figur 9) indikerer, at variationen i den køns- og aldersmæssige sammensætning af individer tilmeldt almen praksis kan forklare noget af variationen i henvisningsmønstret. Der kan dog også være en række andre faktorer, der har betydning for behovet eller efterspørgslen efter henvisninger. Eksempelvis kan sociale forhold, uddannelse, indkomst og beskæftigelse have indvirkning på personers viden, kunnen, mestring og behov for at kontakte egen læge og få en henvisning.

En yderligere række forklaringsfaktorer kan ligge på udbudssiden og være afstedkommet af almen praksis' organisationsform og den deraf affødte mulighed for at udbyde ydelser der kan substituere henvisninger. Ansættelse af bioanalytiker og timer til laboratoriefunktion er eksempler herpå. Endvidere er det muligt, at ansættelse af sekretærer eller sygeplejerske aflaster lægen i en sådan grad, at der er større mulighed for at varetage flere funktioner selv – med reduktion i antallet af henvisninger til følge. I hvilken grad disse organisatoriske elementer har indvirkning på henvisningsadfærd afprøves i den multivariate regressionsanalyse.

Endelig har vi set (i Figur 12 og Figur 13), at læger, der er placeret i samme regionale områder, har en tendens til at udvise en vis ensartethed i henvisningsadfærd. Dette kan tyde på, at udbuddet, foruden at være påvirket af behov/efterspørgsel og den almen praktiserende læges måde at organiseres sit arbejde på, også er påvirket af institutionelle udbudsfaktorer i det geografiske nærområde. Sådanne forhold repræsenterer muligheden for overhovedet at kunne henvise, og udgør udbudsfaktorer som speciallægetæthed i kommunen, og hvorvidt der er et sygehus i kommunen. I sidst nævnte tilfælde kan nærhed udgøre en mindskelse af barrieren for brug af specielt ambulatoriefunktionerne.

De følgende afsnit er struktureret, så der først gives en præsentation af de variable, vi har haft mulighed for at inkludere i analysen (afsnit 3.3.1). Dernæst undersøges, hvor stor forklaringskraft de tre grupper af variable (patientkarakteristika, praksiskarakteristika og udbudsfaktorer) har samt sammenhængen mellem de enkelte forklarende variable og henvisningsmønstret (afsnit 3.3.3 til 3.3.5). I disse afsnit har vi valgt kun at præsentere resultaterne for henvisninger pr. 1.000 tilmeldte, som i hovedtræk giver samme resultater som analysen for henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter (se disse resultater i bilaget).

### *3.3.1 Overblik over de forklarende variable*

På baggrund af ovenstående hypoteser om årsagssammenhænge mellem faktorer og henvisningsmønster samt de informationer, der er tilgængelige i de anvendte registre, har vi defineret en række variable for patientkarakteristika, praksiskarakteristika og udbudsfaktorer. Deskriptiv statistik for variablene ses i Tabel 3.

Til beskrivelse af patientkarakteristika anvendes der udover alder og køn en række variable for socioøkonomisk status trukket fra Danmarks Statistik, jf. Tabel 3. Disse er uddannelse, familieindkomst og beskæftigelse. Uddannelse er opgjort som antallet af personer pr. 1.000 tilmeldte, der er hhv. ufaglært, faglært eller har en videregående uddannelse. Indkomst er opgjort som disponibel familieækvivalent indkomst, som er en families indkomst efter skat, korrigeret for om der er børn i familien.<sup>5</sup> Som det også kan ses af gennemsnittene for lav, mellem og høj indkomst, er intervalgrænserne bestemt af den øvre og nedre kvartil for hele praksispopulationen. For eksempel viser variabelen for mellemlindkomst antallet af tilmeldte pr. 1.000 på listen, hvis indkomst er blandt de 50 % midterste af praksispopulation. Der anvendes yderligere fem variable for beskæftigelse, hvor det fx ses, at der i gennemsnit er godt 20 pr. 1.000 tilmeldte som er arbejdsløse.

---

<sup>5</sup> Danmarks Statistik foreslår følgende formel til at korrigere familiedisponibel indkomst for børn: familiedisponibel indkomst\*100/((30+(70\*antalt voksne)+(50\*antal børn)).

Dvs. formlen beregner, hvor stor en andel af den samlede familieindkomst efter skat, som bliver tildelt det enkelte familiemedlem. Formlen er foreslået af OECD (Atkinson m.fl. 1995)

Tabel 3 Faktorer til forklaring af henvisningsmønsteret i almen praksis – deskriptiv statistik, 2006

Variable	N	Gns.	Std Afv	Min	Max
Køn og alder					
Antal 0-9 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	117,46	34,82	34,74	270,83
Antal 10-19 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	120,35	33,35	29,42	243,29
Antal 20-29 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	119,72	67,34	24,55	443,65
Antal 30-39 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	143,59	38,49	52,56	358,94
Antal 40-49 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	145,97	24,18	60,55	238,37
Antal 50-59 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	134,78	31,89	21,53	242,65
Antal 60-69 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	109,69	36,30	11,62	349,70
Antal 70+ årige pr. 1.000 tilmeldt	1.914	108,43	43,94	6,15	361,69
Antal mænd pr. 1.000 tilmeldte	1.914	499,51	62,05	268,25	722,04
Uddannelse					
Antal ufaglærte pr. 1.000 tilmeldte	1.914	336,50	56,83	166,44	717,35
Antal faglærte pr. 1.000 tilmeldte	1.914	252,47	56,85	90,79	484,15
Antal med videregående uddannelse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	168,90	66,24	50,99	398,16
Antal med kort videregående uddannelse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	31,60	7,68	11,08	63,42
Antal med mellemlang videregående uddannelse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	95,55	29,56	31,68	197,25
Antal med lang videregående uddannelse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	41,76	35,63	1,59	185,38
Disponibel familieindkomst					
Antal med lav familiedisponibel indkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	246,78	77,17	72,32	582,02
Antal med medium familiedisponibel indkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	469,12	74,90	183,46	830,55
Antal med høj familiedisponibel indkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	244,61	94,24	77,60	628,80
Beskæftigelse					
Antal selvstændige pr. 1.000 tilmeldte	1.914	34,25	12,86	11,38	94,71
Antal lønmodtagere pr. 1.000 tilmeldte	1.914	431,26	49,12	222,83	956,70
Antal arbejdsløse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	21,71	8,34	4,04	63,12
Antal øvrige på overførselsindkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	166,92	34,42	70,37	313,74
Antal folkepensionister pr. 1.000 tilmeldte	1.914	134,84	52,21	7,26	404,69
Praksiskarakteristika					
Listestørrelse pr. fuldtidslæge	1.756	1.563,38	328,99	215,69	3.680,25
Antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt	1.914	3,62	0,68	1,34	7,00
Enkeltmands- og samarbejdspraksis	1.914	0,25	-	0	1
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis	1.914	0,05	-	0	1
Enkeltmandspraksis	1.914	0,37	-	0	1
Enkeltmandspraksis m. deletilladelse	1.914	0,02	-	0	1
Kompagniskabspraksis	1.914	0,31	-	0	1
Sekretærtimer om ugen pr. fuldtidslæge	1.756	18,42	14,35	0	76
Sygeplejersketimer om ugen pr. fuldtidslæge	1.756	9,25	12,95	0	90
Bioanalytikertimer om ugen pr. fuldtidslæge	1.757	6,77	11,01	0	74
Timer om ugen til laboratoriefunktioner pr. fuldtidslæge	1.327	8,16	7,08	0	93
Udbudsfaktorer					
Antal praktiserende læger pr. 1.000 indb. i kommunen	1.914	0,64	0,12	0,12	1,37
Antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere i kommunen	1.914	0,22	0,16	0	0,64
Sygehus i kommunen	1.914	0,64	-	0	1

Praksiskarakteristika er fra PLO's praksistælling, og tallene viser, at 39 % af praksis er enkeltmands-praksis, 31 % er kompagniskabspraksis og de sidste 30 % er samarbejdspraksis. Derudover er der et estimat for timeforbrug af praksispersonale, som viser, at der ca. anvendes 19, 9 og 7 timer om ugen pr. fuldtidslæge i praksis på hhv. sekretær, sygeplejerske og bioanalytiker.

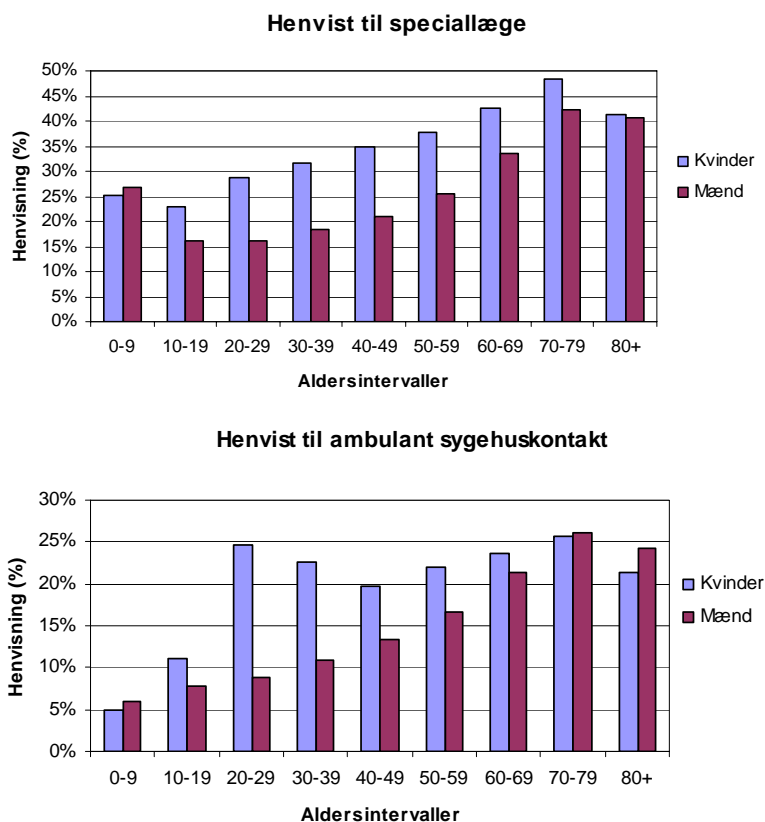
Den sidste kategori af variable er udbudsfaktorer i den kommune, en praksis er lokaliseret. Variablene for sygehus i kommunen, speciallægetætheden og tætheden af praktiserende læger er proxyvariable for afstanden og dermed tilgængeligheden af sundhedsvæsenet i kommunen. Det ses, at ca. 64 % af alle almen praksis befinder sig i en kommune med et sygehus, at der er godt 2 speciallæger og 6 praktiserende læger pr. 10.000 indbyggere i kommunen. Opgørelse af speciallægetætheden har kun været muligt for år 2005, hvilket meget fint kan udnyttes i en analyse for 2006.

Grundlæggende har patienternes alder og køn betydning for morbiditet og dermed også for, hvor ofte en læge skal henvise. I analyserne herunder antages det derfor, at der som udgangspunkt skal korrigeres for patienternes alder og køn og derefter undersøges, hvorvidt de øvrige kategorier af forklarende faktorer har betydning for henvisningsmønsteret.

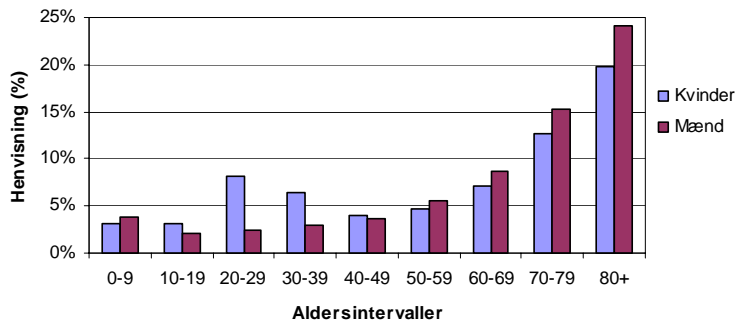
### 3.3.2 Sammenhæng mellem henvisningsmønster og patienters køn og alder

Figur 16 viser andelen af praksispopulationen opdelt på alder og køn der har fået mindst en henvisning til speciallæger og sygehus i 2006. For henvisningerne til speciallæge er andelen af henviste for såvel mænd som kvinder højere for 0-9 årige end for 10-19 årige, og derefter er andelen stigende med alderen op til de 79 årige, hvorefter niveauet falder en anelse igen for 80+ årige. Kvinder ligger generelt 5-15 procentpoint højere end mændene i alle aldersgrupperne mellem 10-79 år.

Figur 16 Andelen af praksispopulationen som er henvist til speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) og sygehus, år 2006. (N=4.680.842)



### Henvist til sygehusindlæggelse



Hvad angår sygehusene er der ligeledes en større andel kvinder, der henvises end mænd, hvor der er størst forskel i 20-39 års alderen. Dog viser der sig en tendens til, at mænd over 70 år henvises oftere til sygehuse end kvinderne. Én af årsagerne til kønsforskellene for såvel henvisninger til speciallæge som til sygehus er, at kvinder benytter sundhedsvæsenet i forbindelse med fødsler og gynækologiske undersøgelser. Derudover henvises kvinderne oftere til psykologhjælp (jf. det statistiske bilag Tabel 14 og Tabel 15). Samme mønster viser sig, når der analyseres på antallet af henvisninger pr. 1.000 i aldersgruppen, jf. Figur 26 i det statistiske bilag.

#### 3.3.3 Forklaringskraft for hhv. socioøkonomi, praksiskarakteristika og udbudsfaktorer

Tabel 4 viser, hvor stor en andel af den totale variation i data som forskellige faktorer (grupperinger af variable) kan forklare. Tabellen er lavet på baggrund af regressionsanalyser med forskelligt antal forklarende variable. I en regressionsanalyse estimeres, hvor godt en gruppe af forklarende variable forklarer variationen i henvisningsmønstret ved den såkaldte multiple korrelationskoefficient  $R^2$  og ved partielle korrelationskoefficienter  $\Delta R^2$  (se afsnit 2.4.1 i Vedsted m.fl. 2008 for nærmere definition).

I tabellen er de partielle korrelationskoefficienter ( $\Delta R^2$ ) opgjort, når henholdsvis socioøkonomi, praksiskarakteristika og udbudsfaktorer inddrages som forklarende variable udover alder og køn. For eksempel viser tabellen, at køn og alder forklarer 18 % af henvisningerne til speciallæger, og praksispopulationens samlede socioøkonomi forklarer 32 % udover alder og køn. Dette betyder, at alder og køn samt socioøkonomi forklarer i alt 50 % af henvisningerne til speciallæger. Det fremgår endvidere, at familieindkomst har højere forklaringskraft end uddannelse og beskæftigelse (24 % mod hhv. 9 % og 5 %). Bemærk at de tre partielle korrelationskoefficienter for uddannelse, beskæftigelse og familieindkomst summerer til 38 % og ikke 32 %, som er korrelationskoefficienten når alle tre faktorer er i modellen samtidig. Det skyldes, at de tre faktorer er korrelerede og derfor forklarer mindre, når de indgår samlet.

Praksiskarakteristika forklarer kun mellem 2-3 % af variationen, hvilket anses for at være ganske beskedent sammenholdt med de andre typer af forklarende variable.

Det kan forventes, at der er en geografisk forskel i socioøkonomisk status, således at grupper med høj social status bor i samme områder og vice versa. Da udbudsfaktorerne er opgjort som speciallægetætheden på kommuneniveau og en variabel for, om der er et sygehus i den kommune som praksis er lokaliseret i, vil udbudsfaktorerne også være geografisk betinget. Det kan derfor forventes, at der er en sammenhæng mellem socioøkonomi og udbudsfaktorer, og det kan være svært at afgøre, om det er udbud eller socioøkonomi, der dominerer. Da de multiple korrelationskoefficienter er estimeret i partielle modeller for hhv. socioøkonomi, udbudsfaktorer og praksiskarakteristika, kan det forventes, at forklaringsgraderne er overvurderede i det omfang, at der er samvariation på tværs af kategorierne (socioøkonomi, udbud og praksiskarakteristika).

*Tabel 4 Partielle forklaringsgrader betinget af patienternes alder og køn*

	Henvvisninger til Speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi)	Henvvisning til Sygehus
	Pr. 1.000 tilmeldte	Pr. 1.000 tilmeldte
	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>
Patienternes alders- og kønssam- mensætning	18 %	14 %
Forklaringer udover alder og køn	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$
Patienternes socioøkonomi (inkl. udbudsfaktorer)		
Uddannelse	9 %	11 %
Beskæftigelse	5 %	11 %
Familieindkomst	25 %	19 %
Patienternes socioøkonomi samlet <sup>1</sup>	32 %	23 %
Udbudsfaktorer (praktiserende læger, speciallæger og sygehuse)	20 %	13 %
Praksiskarakteristika (listestørrelse, konfrontationskon- takter pr. tilmeldt, praksisform <sup>2</sup> og brug af praksispersonale)	2 %	3 %

Noter: Tabellen viser forklaringsgraden af grupper af variable ud over patienternes alder og køn. Tabellen er baseret på analyse af forskellige regressionsmodeller. En udtømmende rapportering af resultaterne af denne analyse findes i det statistiske bilag til rapporten i Tabel 31 til Tabel 34.

- 1 Her indgår alle socioøkonomiske faktorer samtidig, hvorimod de i tallene ovenfor indgår hver for sig.
- 2 Praksisformer: 1) Solopraksis og solopraksis med deletilladelse, 2) kompagniskabspraksis, 3) solo- og samarbejdspraksis og 4) kompagniskabs- og samarbejdspraksis.

For at tage højde for dette har vi undersøgt betydningen af at kontrollere for udbud, når de partielle forklaringsgrader beregnes for socioøkonomi og på lignende vis kontrollere for socioøkonomi, når den partielle korrelationskoefficient for udbud beregnes. Den partielle forklaringsgrad for socioøkonomi betinget af udbudsfaktorer beregnes ved at sammenligne  $R^2$  fra en model, hvor der både er korrigeret for køn, alder og udbud med en model, hvor der herudover er korrigeret for socioøkonomi. De partielle forklaringsgrader for udbudsfaktorer betinget af socioøkonomi beregnes ligeledes ved at sammenligne  $R^2$  for en model med køn, alder og socioøkonomi med en model, hvor der herudover indgår udbudsfaktorer. Disse beregninger fremgår af Tabel 5 og Tabel 6.

*Tabel 5 Partielle forklaringsgrader for udbudsfaktorer betinget af køn, alder og socioøkonomi*

	Henvvisninger til speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi)	Henvvisning til Sygehus
	Pr. 1.000 tilmeldte	Pr. 1.000 tilmeldte
	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>
Patienternes alders- og kønssam- mensætning, samt socioøkonomi	50 %	37 %
Forklaringer udover alder og køn	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$
Udbudsfaktorer (praktiserende læger, speciallæger og sygehuse)	2 %	2 %
Samlet korrelationskoefficient	52 %	39 %

Tabel 6 Partielle forklaringsgrader for socioøkonomi betinget af køn, alder og udbudsfaktorer

	Henvisninger til Speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi)	Henvisning til Sygehus
	Pr. 1.000 tilmeldte	Pr. 1.000 tilmeldte
	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>
Patienternes alders- og kønssam- mensætning, samt udbudsfaktorer	38 %	27 %
Forklaringer udover alder og køn	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$
Socioøkonomi	14 %	12 %
Samlet korrelationskoefficient	52 %	39 %

Det fremgår af tabellerne, at forklaringsgraden for de socioøkonomiske variable så godt som halveres, når udbudsfaktorerne inddrages (fra 32 % (Tabel 4) til 14 % (Tabel 6) hhv. fra 23 % til 12 % for hhv. speciallæge og sygehus). På samme måde reduceres forklaringsgraden af udbudsfaktorer fra 20 % og 13% i modellerne, hvor kun udbudsfaktorer indgår til 2 %, hvis både socioøkonomi og udbudsfaktorer indgår. Det kan på baggrund af disse resultater konkluderes, at der er stor samvariation mellem udbudsfaktorer og socioøkonomi, men at begge sæt af variable giver et væsentligt bidrag til forklaring af variation i henvisningsmønsteret.

### 3.3.4 Forklaringskraft fra amtsspecifikke forhold

Der kan være grund til at tro, at der er en række amtsspecifikke forhold, der har betydning for henvisningsmønsteret for de lokale praktiserende læger. Det kan fx være, at der udover forskelle i speciallægetætheden også er forskel i, hvilke typer af speciallæger, der er adgang til eller i specialiseringsgraden af de lokale sygehuse. Dertil har der foregået forskellige tiltag inden for amterne, der har fokuseret på efteruddannelse, støtte til almen praksis fra praksiskonsulenter, lokale vejledninger, forskellige samarbejds kulturer mellem almen praksis og det specialiserede sundhedsvæsen mv. Der har ligeledes administrativt været forskellige tiltag med feedback til lægerne i praksis om deres brug af ydelser og lægemidler mv., hvilket også kan have indflydelse. Alle disse forhold vil skabe en mere ensartet praksis inden for hvert amt, der så umiddelbart kan have en helt anden praksis end et andet amt i landet. Det er muligt at undersøge, om der er systematisk variation mellem amterne, som der ikke allerede er kontrolleret for i socioøkonomi, udbudsfaktorer og variable for praksiskarakteristika. Dette er gjort i Tabel 7

Tabel 7 Partielle forklaringsgrader udover patienternes alder og køn

	Henvisninger til Speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi)	Henvisning til Sygehus
	Pr. 1.000 tilmeldte	Pr. 1.000 tilmeldte
	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>
Patienternes alders- og kønssam- mensætning	18 %	14 %
Forklaringer udover alder og køn	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$
Fuld model uden amter	34 %	27 %
Fuld model med amter	49 %	64 %
Forklaringsgrad fra amtsspecifikke forhold	15 %	37 %

Note: Tabellen viser forklaringsgraden af ud over alder og køn for en mode, hvor samtlige forklarende variable indgår sammenlignet med en model, hvor der herudover også er kontrolleret for muligheden for amtsspecifik variation.

Tabel 7 viser resultatet af to fulde modeller, dvs. modeller som inkluderer alle de anvendte faktorer fra de partielle modeller. I den ene af modellerne er der kontrolleret for amtsspecifik variation. Det fremgår, at de amtsspecifikke uobserverede effekter forklarer hhv. 15 % og 37 % for hhv. speciallæger og syge-

huse. Det betyder, at der findes nogle amtslige forhold med betydning for variationen i henvisningsmønstret, som ikke kan henføres til socioøkonomi, praksiskarakteristika og udbuds faktorer.

### 3.3.5 *Sammenhængen med de enkelte forklarende variable*

I de forrige afsnit så vi på den samlede forklaringskraft fra de tre grupper af variable, hvilket resulterede i, at variationen i henvisningsmønstret udover alder og køn primært synes at være bestemt af 1) et komplekst sammenspil af socioøkonomiske faktorer der er bestemmende for behov/efterspørgsel og 2) muligheden for at få adgang til ydelser. Nedenfor følger en analyse af samvariationen mellem de enkelte forklarende variable og henvisningsmønstret. Først ses på socioøkonomi, dernæst på praksiskarakteristika og endelig på udbuds faktorer.

#### **Patienternes socioøkonomiske status**

Tabel 8 viser resultatet af en model, hvor de socioøkonomiske variable indgår sammen med alder og køn. Vi har benyttet tre faktorer til at beskrive patienternes socioøkonomiske status – nemlig uddannelse, familieindkomst og beskæftigelsessituation. Det mest bemærkelsesværdige ved resultaterne af analysen af sammenhængen mellem patienternes socioøkonomiske status og lægens henvisningsmønster er, at påvirkningen er forskellig for henvisninger til speciallæge og sygehus. Dette er mest udtalt for uddannelse og familieindkomst, hvor det fremgår af, at fortegnene på koefficienter for de enkelte forklarende variable er forskellige, alt efter om det er sygehushenvisninger eller speciallægehenvi sninger der analyseres på.

Da der er tale om en lineær model skal  $\beta$ -estimerne fortolkes som effekten på antal henvisninger per hhv. 1.000 tilmeldte og 1.000 konfrontationskontakter ved en stigning på 1 enhed i den forklarende variabel. For eksempel skal  $\beta$ -estimatet for speciallægehenvi sninger på 1,03 for variabelen "høj disponibel familieindkomst pr. 1.000 tilmeldte" fortolkes på følgende måde:

Hvis praksis får én ekstra tilmeldt pr. 1.000 på listen (dvs. 2 ekstra tilmeldte hvis der er 2.000 på listen) og vedkommende hører til gruppen med høj disponibel familieindkomst, så vil der henvises 1,03 mere til speciallæge pr. 1.000 tilmeldte pr. år. Skrevet på en anden måde, så gælder det, at hvis praksis får 1.000 flere patienter med høj disponibel familieindkomst, så vil praksis henvise 1.030 gange til speciallæge i løbet af et år.

På samme måde skal estimatet på -2,26 for folkepensionister fortolkes som:

Hvis praksis får én ekstra tilmeldt per 1.000 på listen (dvs. 2 ekstra tilmeldte hvis der er 2000 på listen) og vedkommende er folkepensionist, så vil der henvises 2,26 færre til speciallæge pr. 1.000 tilmeldte pr. år. På samme måde kan det udtrykkes ved, at hvis praksis får 1.000 folkepensionister mere vil praksis henvise 2.260 færre gange til speciallæge i løbet af et år, men derimod 1.890 gange mere til sygehus.

Det giver god mening, at  $\beta$ -estimatet for folkepensionister er større end de øvrige, da det, jf. Figur 17, er denne socioøkonomiske gruppe, der henvises mest til sygehus. En ændring i antallet af folkepensionister vil derfor have en stor påvirkning på henvisningsmønstret.



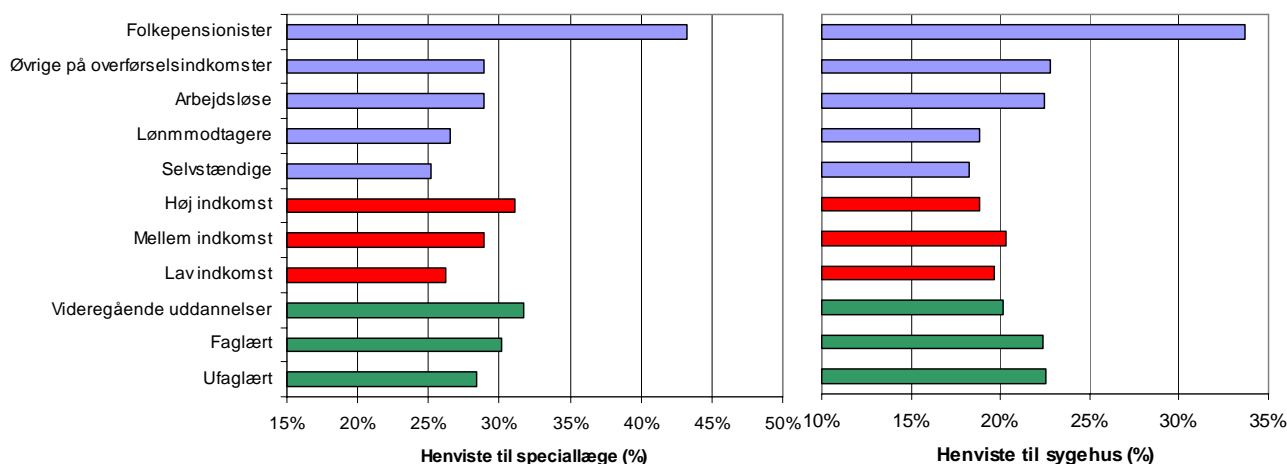
Tabel 8 Sammenhænge mellem henvisningsmønstre og socioøkonomi

	Afhængig variabel	Henvisning til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 til- meldte		Henvisning til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte	
		$\beta$	p	$\beta$	p
<i>Socioøkonomisk status</i>					
Uddannelse	Ufaglærte pr. 1.000 tilmeldte	-0,06	0,49	0,62	0,00
	Faglærte pr. 1.000 tilmeldte	0,24	0,01	0,23	0,00
	Videregående uddannelse pr. 1.000 tilmeldte	0,71	0,00	-0,02	0,76
Familieindkomst	Lav disp. familieindkomst pr. 1.000 tilmeldte	0,68	0,00	0,12	0,02
	Mellem disp. familieindkomst pr. 1.000 tilmeldte	0,09	0,13	0,35	0,00
	Høj disp. familieindkomst pr. 1.000 tilmeldte	1,03	0,00	-0,24	0,00
Beskæftigelse	Selvstændige pr. 1.000 tilmeldte	-1,65	0,00	1,36	0,00
	Lønmodtagere pr. 1.000 tilmeldte	0,48	0,00	0,08	0,21
	Arbejdsløse pr. 1.000 tilmeldte	-0,72	0,05	-0,05	0,87
	Øvrige på overførselsindkomster pr. 1.000 tilmeldte	0,46	0,00	0,91	0,00
	Folkepensionister pr. 1.000 tilmeldte	-2,26	0,00	1,89	0,00

Note: Tabellen er opstillet på baggrund af partielle modeller som er afrapporteret i det statistiske bilag i Tabel 31 og Tabel 33

Lignende resultater fremkommer, hvis vi ser på, hvordan de henviste til hhv. sygehus og speciallæge fordeler sig på socioøkonomiske grupper, jf. Figur 17. Med folkepensionister som eksempel skal figuren forstås således, at 269.164 ud af i alt 622.511 folkepensionister har fået 1 eller flere henvisninger til speciallæge (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi), hvilket svarer til 43 %. Dette kan altså tolkes som, hvis man er folkepensionist, er der 43 % sandsynlighed for at blive henvist mindst én gang til speciallæge i løbet af et år.

Figur 17 Andel af praksispopulationen henvist mindst én gang til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) eller sygehuse opdelt på uddannelse, indkomst og beskæftigelse



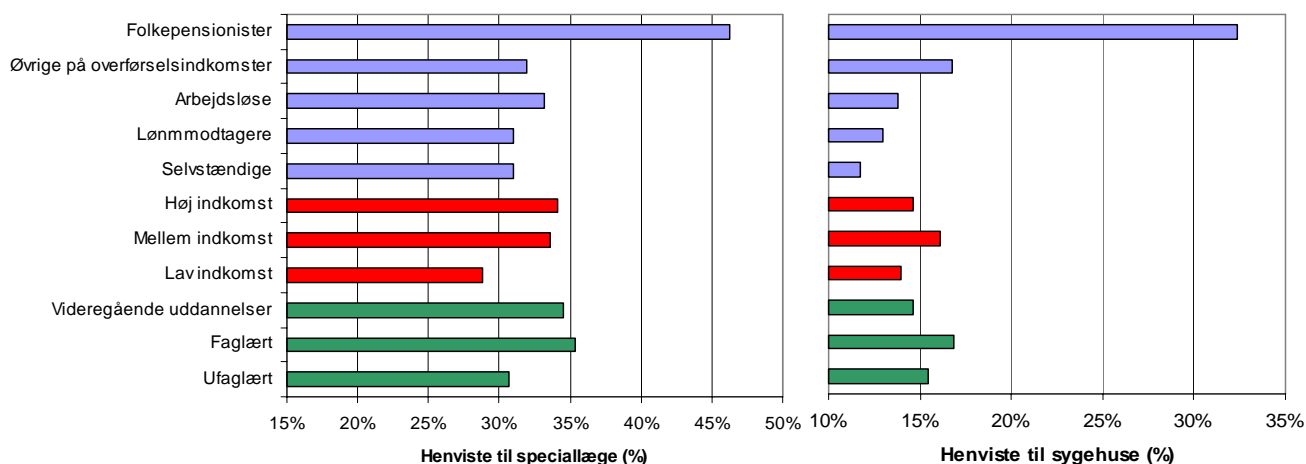
Note: Andelen af henviste, er opgjort relativt i forhold til antallet af personer i den enkelte socioøkonomiske gruppe.

Figur 17 viser, at jo højere indkomst og uddannelse, des større andel af praksispopulationen henvises til speciallæger. Samtidig viser der sig det modsatte billede for henvisninger til sygehus med hensyn til uddannelse. Det vil sige, at faglærte og ufaglærte henvises oftere til sygehus end personer med videregående uddannelser. Hvad angår indkomst, er der en mindre klar tendens, i og med at mellemindkomstgruppen i lidt højere grad henvises til sygehus end de øvrige grupper.

Som nævnt tidligere, er der problemer med, at variable for socioøkonomi og udbud påvirker hinanden. Der kan tages højde for dette på flere måder. I analysen af forklaringskraften ovenfor, blev der standardiseret for udbud inden forklaringskraften for de socioøkonomiske variable blev estimeret. Det viste sig at reducere effekten af socioøkonomi. En anden måde at kontrollere for dette problem er fx ved at lave separate analyser af effekten af de socioøkonomiske variable på udvalgte amter, hvor antagelsen da er, at der inden for det enkelte amt er en mere homogen sammensætning af udbuddet af speciallæger og sygehuse. Hvis vi finder samme sammenhæng for de enkelte amter som for det totale billede, vil det underbygge disse resultater.

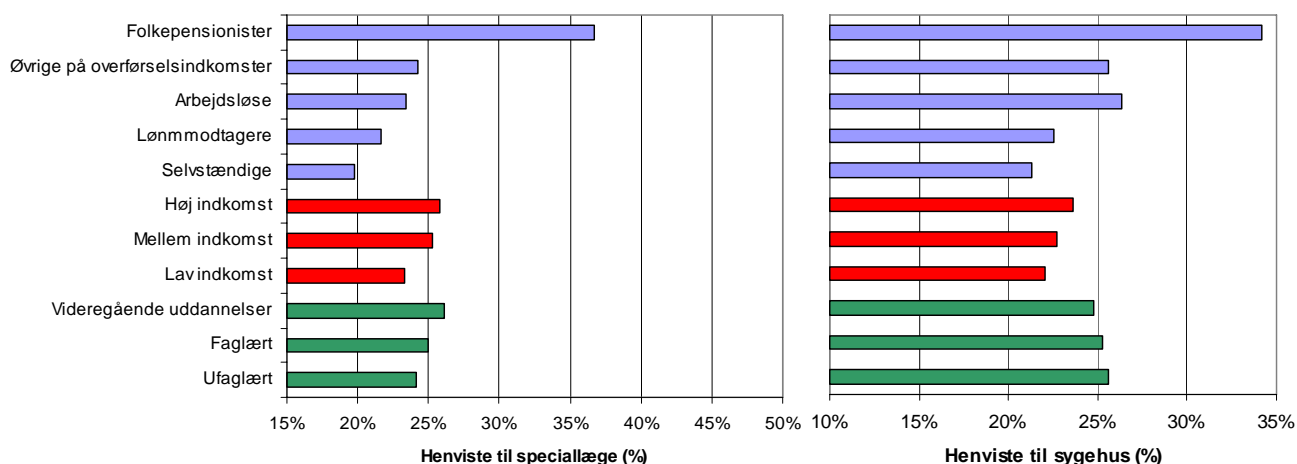
Vi har konstrueret to tilsvarende figurer for H:S (Figur 18) og for Nordjyllands Amt (Figur 19). Der viser sig ligeledes her en tendens til, at personer med høj uddannelse og/eller høj familiedisponibel indkomst henvises oftere til speciallæger som i det generelle billede i Figur 17. Ligeledes er der en tendens til, at personer med lav uddannelse henvises oftere til sygehuse. Men hvad angår sammenhæng mellem familiedisponibel indkomst og henvisning til sygehus, er der ingen klar tendens, når man sammenligner figurerne for de to amter og figuren for det generelle billede. Det kan skyldes, at henvisning til sygehusindlæggelse og ambulant sygehuskontakt er slået sammen. Figur 43 til Figur 45 i bilaget opdeler sammenhængen mellem socioøkonomi og sygehushenvisninger i ambulant og indlagt, og der viser sig en tendens til at sandsynligheden for at blive henvist til sygehusindlæggelse øges med lavere familiedisponibel indkomst og/eller uddannelse.

Figur 18 Andel henviste til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) og sygehuse opdelt på uddannelse, indkomst og beskæftigelse – for H:S



Note: Andelen af henviste, er opgjort relativt i forhold til antallet af personer i den enkelte socioøkonomiske gruppe

Figur 19 Andel henviste til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) og sygehuse opdelt på uddannelse, indkomst og beskæftigelse – for Nordjyllands Amt



Note: Andelen af henviste, er opgjort relativt i forhold til antallet af personer i den enkelte socioøkonomiske gruppe

### Praksiskarakteristika

Vi så ovenfor (Tabel 4), at praksiskarakteristika samlet set kun bidrager med ca. 2 % til forklaringen af henvisningsmønstret for både sygehuse og speciallæger, og i fortolkningen af regressionsresultaterne skal man have dette in mente.

Betydningen af de enkelte praksiskarakteristika er præsenteret i Tabel 9. Det viser sig, at listestørrelse pr. fuldtidslæge i praksis ikke har nogen signifikant betydning for antallet af henvisninger til såvel speciallæge som sygehus. Dermed ser det ud til, at praksis med mange gruppe 1-sikrede på listen ikke har problemer med kapaciteten, dvs. ikke henviser flere til det specialiserede sundhedsvæsen.

Antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt har en positiv og signifikant betydning for både henvisninger til speciallæger og sygehuse. Tabel 9 viser, at ved 1 ekstra konfrontation pr. tilmeldt udføres 7 og 9

ekstra henvisninger pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis til hhv. speciallæger og sygehuse. Dette betyder, at jo mere en læge ser sine patienter, des oftere henvises de.

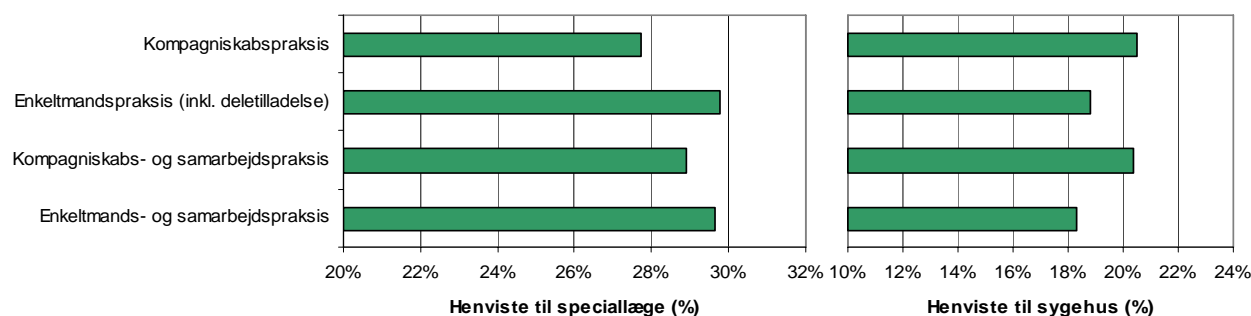
*Tabel 9 Sammenhæng mellem henvisningsmønstre og praksiskarakteristika*

	Afhængig variabel	Henvisning til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 tilmeldte		Henvisning til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte	
		β	p	β	P
Praksiskarakteristika					
	Listestørrelse pr. fuldtidslæge	0,01	0,12	0,00	0,52
	Antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt	7,33	0,07	9,34	0,00
Praksisform	Kompagniskabspraksis	-37,89	0,00	31,46	0,00
	Enkeltmandspraksis (inkl. praksis med deletilladelse)	-1,07	0,88	6,96	0,20
	Kompagniskabs- og samarbejdspraksis	-23,79	0,06	22,87	0,02
Praksispersonale	Sekretærtimer om ugen pr. fuldtidslæge	-0,95	0,00	0,88	0,00
	Sygeplejersketimer om ugen pr. fuldtidslæge	-0,19	0,44	0,10	0,61
	Bioanalytikertimer om ugen pr. fuldtidslæge	-0,40	0,16	0,61	0,01
Laboratoriefunktion	Timer laboratoriefunktioner om ugen pr. fuldtidslæge	-1,55	0,00	1,85	0,00

Analysen af praksisform viser et interessant resultat, idet fortegnene vender, afhængig af om det er effekten af henvisninger til speciallæger eller sygehuse. Resultaterne viser, at kompagniskabspraksis samt kompagniskabs- og samarbejdspraksis alt andet lige henviser mindre til speciallæger og oftere til sygehus end enkeltmands- og samarbejdspraksis – begge resultater er signifikante.

Samme resultater ses, når der fokuseres på, hvordan de henviste til hhv. speciallæge og sygehus fordeles sig på praksisform, jf. Figur 20. Figuren skal tolkes således, at hvis en person fx er tilmeldt en kompagniskabspraksis, har denne person knap 28 % sandsynlighed for at blive henvist mindst én gang til en speciallæge.

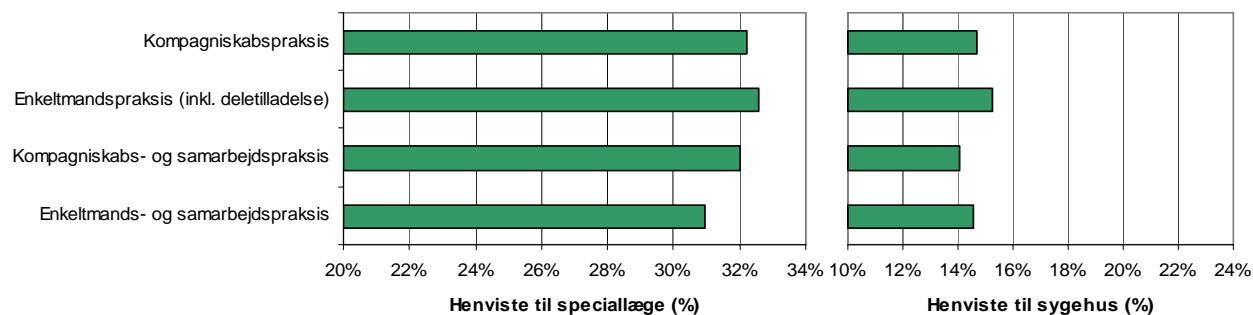
*Figur 20 Andel henviste til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) og sygehuse opdelt på praksisform*



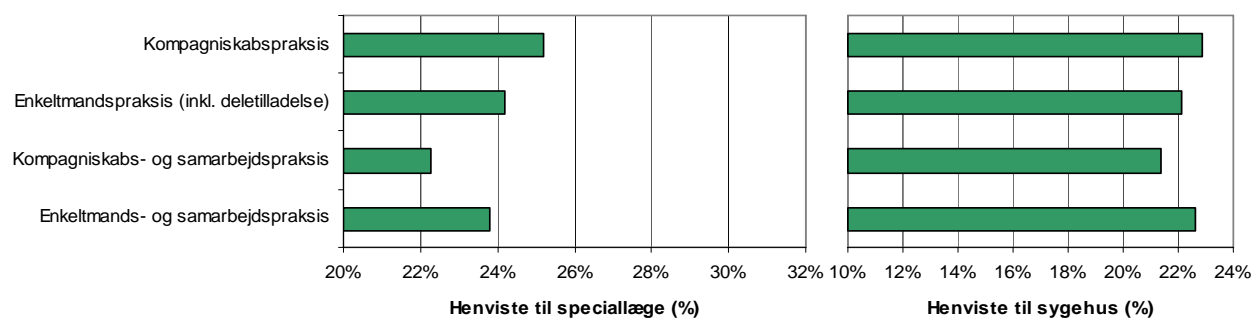
Ligesom ved sammenhængen mellem henvisninger og socioøkonomi kan dette resultat være påvirket af et sammenfald mellem udbudsfaktorer og praksisform, fx hvis solopraksis primært er lokaliseret, hvor der er høj koncentration af speciallæger. Der kan derfor sættes spørgsmålstejn ved, om praksis-

form har en reel betydning. For at tage højde for et evt. sammenfald mellem udbudsfaktorer og praksisform undersøges sammenhængen for H:S og Nordjyllands Amt i Figur 21 og Figur 22. Figurerne viser ikke samme billede som for hele landet, og figurerne tyder på, at der ikke er nogen klar sammenhæng mellem praksisform og henvisningsmønster, når der tages højde for udbud.

Figur 21 Andel henviste til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) og sygehuse opdelt på praksisform – H:S



Figur 22 Andel henviste til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) og sygehuse opdelt på praksisform – Nordjyllands Amt



Resultaterne fra Tabel 9 viser, at øget timeforbrug pr. fuldtidslæge af sekretær og bioanalytiker betyder signifikant færre henvisninger til speciallæge og signifikant flere henvisninger sygehus samt ingen effekt for sygeplejersker. Som følge af multikollinearitet mellem variablene har vi foretaget flere supplerende analyser for brugen af klinikpersonale, hvilket har resulteret i, at vi ikke har fundet nogen klar sammenhæng med henvisningsmønsteret.

Man kunne forestille sig, at jo mere tid lægerne bruger på laboratoriefunktioner, des flere specialydelser tilbydes og des mindre behov for henvisninger. I praksistællingen findes der en oplysning om, hvor mange timer lægen(erne) bruger til laboratoriefunktioner. En separat analyse af sammenhængen mellem timer til laboratoriefunktioner om ugen pr. fuldtidslæge og henvisningsmønsteret er foretaget. Resultaterne viser, at jo flere timer lægen(erne) bruger på laboratoriefunktioner, des færre henvisninger til speciallæge og des flere henvisninger til sygehus. Fortolkningen af dette resultat kan være, at laboratoriefunktionerne substituerer for henvisning til lignende aktiviteter hos speciallæger og er samtidig kilde til identifikation af flere symptomer, der kræver henvisning til sygehus. Dog er der også stor geografisk forskel i laboratoriefaciliteter, hvor praksis uden for storbyerne (med større udbud af speciallæger) har flere laboratoriefaciliteter. Derfor kan det nemt tænkes, at den fundne sammenhæng forklares af geografi

Vi kan således vise nogle sammenhænge mellem henvisningsmønstre og organisatoriske forhold hos den praktiserende læge. Men det skal dog erindres, at disse faktorer udgør en meget lille forklaringsgrad. Dette kan skyldes, at variationen i de organisatoriske forhold er små og/eller, at den absolutte virkning af disse forhold er beskedne for henvisningsmønsteret.

## Udbudsfaktorer

Tabel 10 viser den partielle model for udbudsfaktorerne. Ifølge denne regressionsanalyse henviser almen praksis 65 flere til sygehus pr. 1.000 tilmeldte, når der er et sygehus i den pågældende kommune, dvs. en positiv sammenhæng som forventet. Set i forhold til det gennemsnitlige antal henvisninger til sygehuse på 270, svarer dette til ca. 25 %.

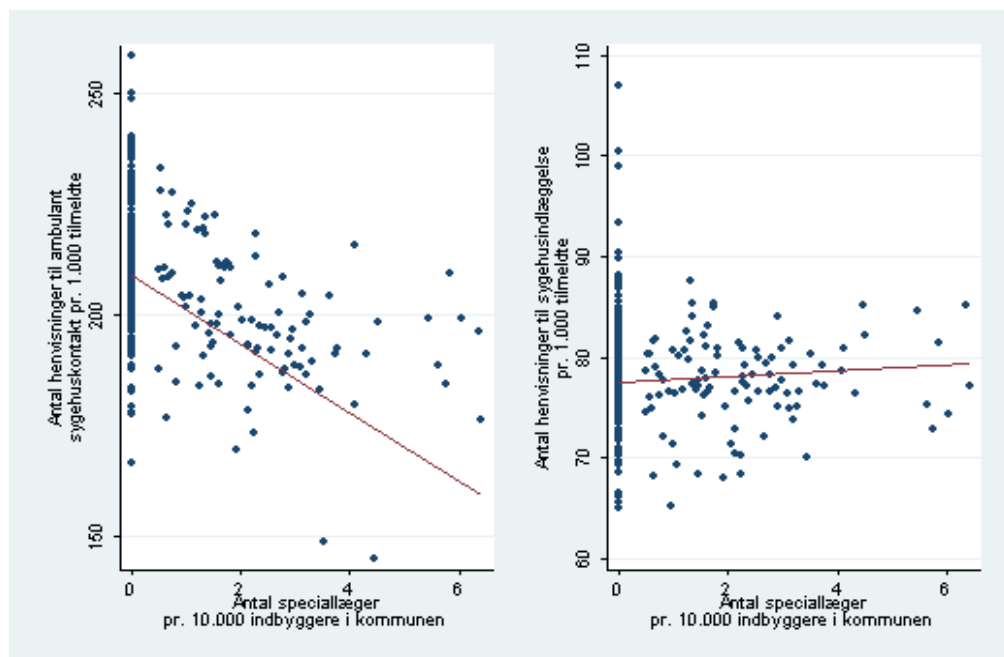
Analysen af den køns- og alderskorrigerede sammenhæng mellem speciallægetætheden i kommunen og almen praksis henvisninger til speciallæger, jf. Tabel 10, resulterede ligeledes som forventet i en positiv sammenhæng. Det vil sige, når antallet af speciallæger stiger med en pr. 10.000 indbyggere i kommunen, henvises 42 flere til speciallæge pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Set i forhold til det gennemsnitlige antal henvisninger til speciallæger på 438, svarer dette til ca. 10 %.

*Tabel 10 Sammenhængen mellem henvisningsmønster og udbudsfaktorer*

	Afhängig variabel:	Henvisning til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 tilmeldte		Henvisning til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte	
		$\beta$	p	$\beta$	p
Udbudsfaktorer					
	Lægetæthed pr. 1.000 tilmeldte	-22,27	0,23	-1,59	0,30
	Speciallægetæthed pr. 1.000 tilmeldte	423,43	0,00	-24,04	0,00
	Sygehus i kommunen	-63,27	0,00	64,79	0,00

En interessant analyse er, hvorvidt der findes substitutionseffekter mellem henvisninger til sygehus (ambulant og/eller indlagt) og speciallæger. Analysen viser, at hvis antallet af speciallæger stiger med en pr. 10.000 indbyggere i kommunen, henvises 2,4 færre til sygehuse pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis. Opdeles sygehushenvisninger i dem, der fører til ambulante kontakter og indlæggelser, viser det sig som forventet, at substitution kun foregår mellem speciallæger og ambulante kontakter, hvor antallet falder med 8 henvisninger, når antal speciallæger pr. 10.000 indbyggere stiger med 1. Der er en svag positiv sammenhæng mellem speciallæger og henvisninger der fører til en sygehusindlæggelse, hvor antallet stiger med 0,3 henvisninger, når antal speciallæger pr. 10.000 indbyggere stiger med 1, jf. Figur 23. Ligeledes viser det sig, at hvis der er et sygehus i kommunen, henviser man 63 færre til speciallæger pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis, jf. Tabel 10. Der er således tegn på substitutionseffekter.

Figur 23 Sammenhæng mellem speciallægetætheden i kommunerne og køns- og aldersstandardiserede henvisninger til sygehus opdelt på ambulante kontakter og indlæggelser pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis



Note: Figuren viser de kommunale gennemsnit for antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis.

Andelen af befolkningen, der modtager en henvisning fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen, ser således ud til at være rimeligt konstant uanset sammensætningen af det specialiserede sundhedsvæsen (praktiserende speciallæger og ambulatorier). Dette må dog ikke forveksles med, at forbruget af sundhedsydelser er konstant, hvilket vi dog ikke undersøger i denne rapport.





## 4 Referencer

Vedsted, P.;Olsen, K.R.; Sørensen, T.H.; Beck, M.;Gyrd-Hansen, D. Henvisningsmønstreet i almen praksis – en litteraturgennemgang. Forskningsfonden for Almen Praksis, Århus. 2008

Atkinson AB, Rainwater L, Smeeding TM. Income Distribution in OECD Countries. OECD Social Policy Studies 1995;18



## Statistisk bilag

Nedenfor er afrapporteret alle resultater fra besvarelse af den deskriptive del (spørgsmål D1-D8) og den analytiske del (spørgsmål A1-A3).

Sidst i bilaget er indsat Sundhedsstyrelsens notat til beskrivelse af det korrigerede udtræk af henvisningsdata fra LPR.

## Bilag tilhørende den deskriptive del – Spørgsmål D1-D8

### Spørgsmål D1:

Hvor ofte henviser almen praksis, opgjort pr. tilmeldt patient og pr. konfrontationsydelse og på kommune og regionsniveau

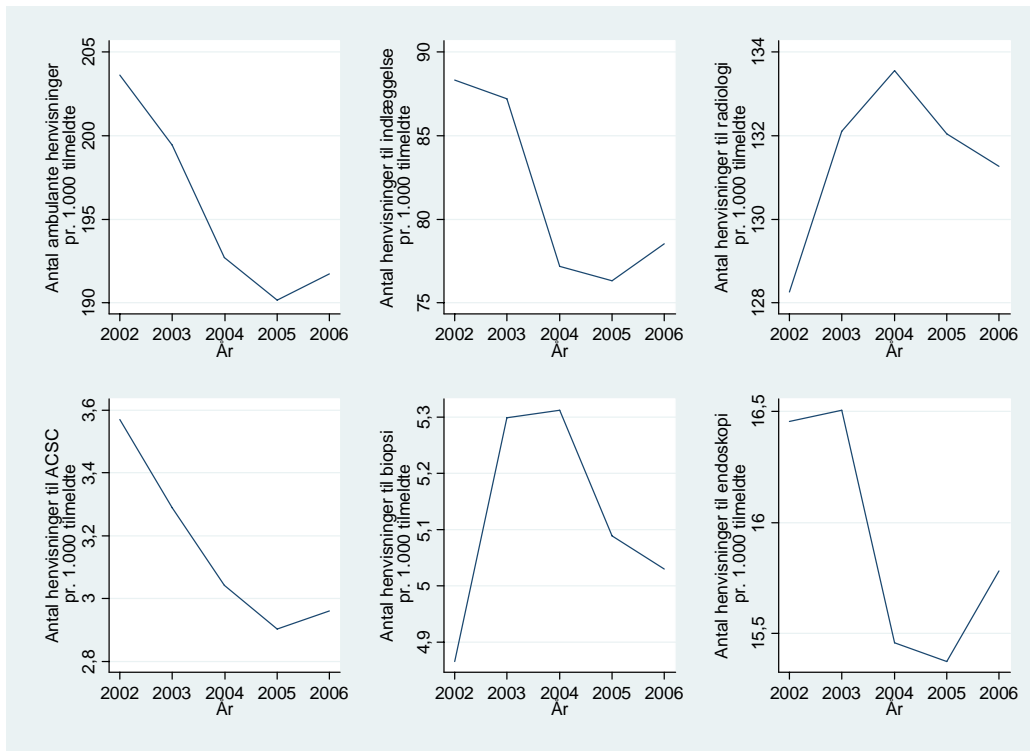
*Tabel 11 Det gennemsnitlige antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter for år 2006 opdelt på henvisningskategorier*

	N	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
<i>Pr. 1.000 tilmeldte</i>					
Speciallæger	2.123	438,2	121,8	171,5	1029,8
Kirurgi	2.123	24,7	18,0	0	102,7
Børn	2.123	3,8	3,6	0	32,4
Ø-læger	2.123	226,4	54,5	95,2	575,8
Fysioterapi	2.123	56,7	17,5	6,9	148,2
Fodterapi	2.123	0,2	0,7	0	10,6
Hudlæge	2.123	59,3	27,7	9,3	179,6
Reumatologi	2.123	12,7	12,3	0	102,5
Gynækologi/obstetrik	2.123	28,8	21,4	0	178,2
Intern medicin	2.123	7,2	8,7	0	94,8
Neuromedicin	2.123	7,1	5,0	0	50,1
Psykiatri	2.123	5,1	3,7	0	28,2
Psykologhjælp	2.123	6,2	3,5	0	29,4
Sygehuse	2.123	270,3	94,0	88,1	760,3
Indlagt	2.123	78,5	22,9	22,1	185,1
Ambulant	2.123	191,7	83,4	43,8	596,5
- Biopsi	2.123	5,0	2,4	0,0	15,6
- Endoskopi	2.123	15,8	8,5	0,0	49,3
- Radiologi	2.123	131,3	65,2	35,9	483,6
ACSC (Ambulant/indlagt)	2.123	10,0	4,5	0,0	35,4
<i>Pr. 1.000 konfrontationer</i>					
Speciallæger	2.122	124,8	42,1	40,5	359,9
Kirurgi	2.122	7,1	5,4	0	37,8
Børn	2.122	1,1	1,1	0	9,8
Ø-læger	2.122	64,2	18,8	17,7	197,1
Fysioterapi	2.122	16,1	5,6	2,0	44,2
Fodterapi	2.122	0,1	0,2	0	2,6
Hudlæge	2.122	17,1	9,3	2,2	79,5
Reumatologi	2.122	3,6	3,6	0	30,3
Gynækologi/obstetrik	2.122	8,3	6,6	0	49,9
Intern medicin	2.122	2,0	2,5	0	26,3
Neuromedicin	2.122	2,0	1,4	0	15,2
Psykiatri	2.122	1,5	1,1	0	10,4
Psykologhjælp	2.122	1,8	1,1	0	10,1
Sygehuse	2.122	76,1	27,8	14,6	253,1
Indlagt	2.122	22,2	7,2	5,1	82,1
Ambulant	2.122	54,0	24,2	9,5	193,5
- Biopsi	2.122	1,4	0,7	0,0	5,3
- Endoskopi	2.122	4,4	2,4	0,0	18,2
- Radiologi	2.122	36,9	18,7	7,4	148,1
ACSC (ambulant/indlagt)	2.122	2,8	1,3	0,0	13,4

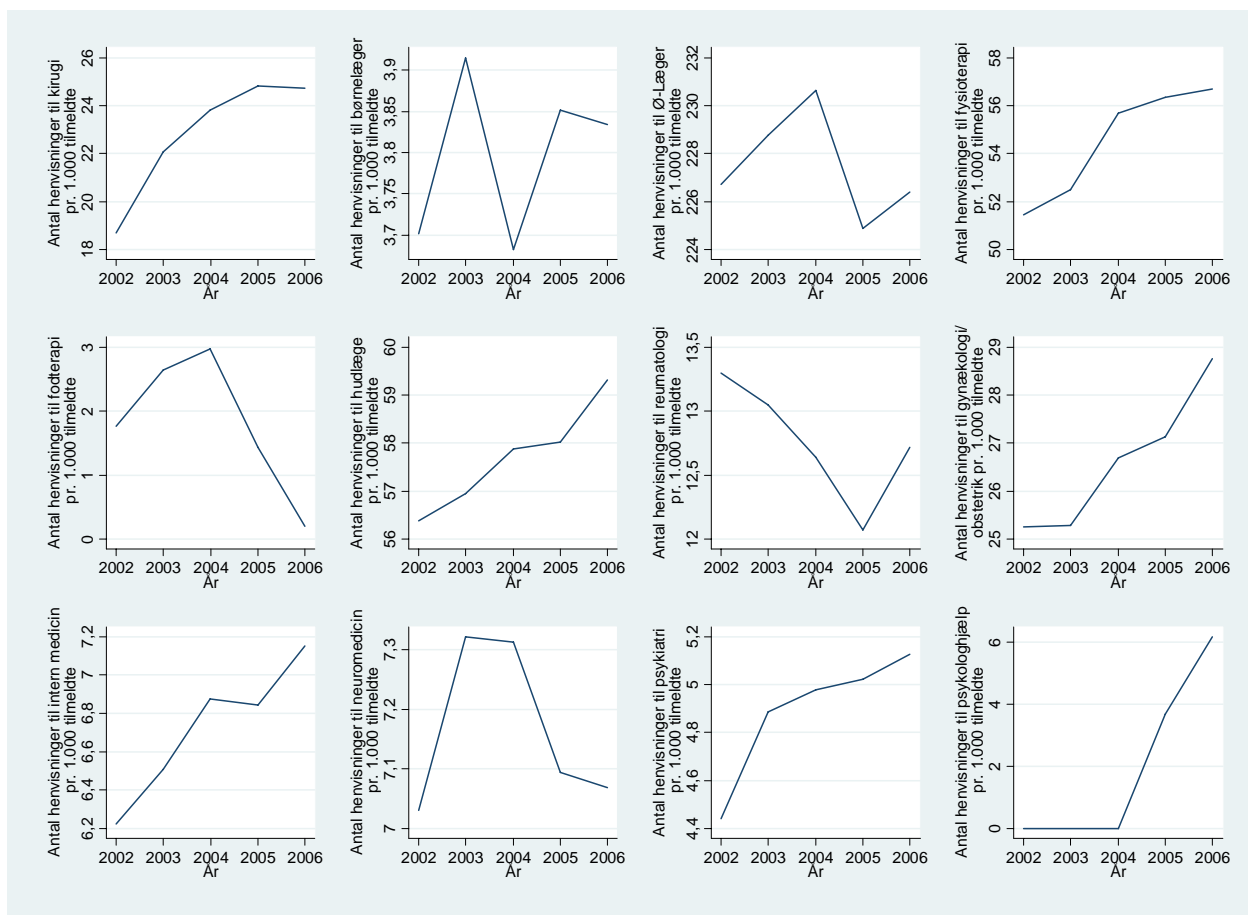
## Spørgsmål D2:

Hvordan har dette henvisningsmønster udviklet sig over tid?

Figur 24 APs sygehushenvisninger pr. 1.000 tilmeldte i perioden 2002-2006 opdelt på kategorier



Figur 25 APs speciallægehenvisninger pr. 1.000 tilmeldte i perioden 2002-2006 opdelt på kategorier



### Spørgsmål D3:

Hvor stor en andel af praksispopulationen henvises i løbet af et år?

Tabel 12 Andelen af praksispopulationen

	Procent af praksispopulationen (N=4.680.842)
<i>Sygehus</i>	
Ambulant	16,10
Indlagt	5,77
ACSC	0,89
Biopsi	0,51
Endoskopi	1,59
Radiologi	11,53
Alle sygehushenvisninger	19,70
<i>Speciallæger og psykolog, fodterapi og fysioterapi</i>	
Kirurgi	2,12
Børn	0,33
Ø-læger	16,07
Fysioterapi	5,43
Fodterapi	0,02
Hudlæge	5,21
Reumatologi	1,09
Gynækologi/obstetrik	2,43
Intern medicin	0,61
Neuromedicin	0,68
Psykatri	0,46
Psykologhjælp	0,59
Alle speciallægehenvi- sninger	28,65

### Spørgsmål D4:

Hvilke aktionsdiagnoser har patienter henvist fra almen praksis fået?

Tabel 13 Andel henvisninger til sygehus fordelt på aktionsdiagnosehovedgrupper opdelt på ambulant og indlagt 2006

Gruppe	N	Ambulant	N	Indlagt
Abnorme fund - uklassificeret	55.793	5,1	51.276	11,5
Andet	41.877	3,8	29.174	6,5
Endokrine, ernæring og stofskifte	23.844	2,2	15.058	3,4
Faktorer af betydning for sundhedstilstanden	536.513	48,8	73.763	16,5
Fordøjelsesorganer	54.361	5,0	42.442	9,5
Fødsels- og barsel	21.973	2,0	29.576	6,6
Hud og underhud	14.144	1,3	6.526	1,5
Knogler, muskler og bindevæv	133.279	12,1	12.957	2,9
Kredsløb	48.228	4,4	57.179	12,8
Læsioner og forgiftninger	42.846	3,9	12.741	2,9
Nervesystemet	18.569	1,7	11.932	2,7
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	6.249	0,6	7.277	1,6
Svulster, blod og immunsystem	25.510	2,3	22.855	5,1
Urin- og kønsorganer	55.943	5,1	22.587	5,1
Åndedrætsorganer	19.445	1,8	52.259	11,7
Total	1.098.574	100,0	447.602	100,0

### Spørgsmål D5:

Hvilke patienter henvises i forhold til alder, køn og socioøkonomi?

Tabel 14 Antal henviste til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) fordelt på alder for kvinder

Kvinder	0-9 år	10-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+ år	Total
Kirurgi	848	3.298	5.200	8.509	10.279	12.297	9.092	4.749	1.679	55.951
Børn	4.934	1.846	86	116	79	40	23	2	1	7.127
Ø-læger	58.072	28.443	21.647	36.054	47.286	62.281	69.303	61.629	38.182	422.897
Fysioterapi	1.361	9.830	17.800	27.026	29.871	30.381	22.036	14.843	7.372	160.520
Fodterapi	2	24	15	31	59	81	104	97	57	470
Hudlæge	12.442	19.124	19.411	21.844	18.823	19.530	16.036	10.374	6.294	143.878
Reumatologi	53	929	2.438	5.281	7.386	7.817	5.055	2.992	1.030	32.981
Gynækologi/obstetrik	30	5.034	20.348	27.136	25.576	18.465	9.149	3.692	1.257	110.687
Intern Medicin	266	1.051	1.761	2.210	2.653	3.172	2.715	1.826	766	16.420
Neuromedicin	131	1.185	2.009	3.445	3.830	3.450	2.551	1.760	695	19.056
Psykiatri	1	1.003	2.636	3.071	2.861	2.137	897	360	238	13.204
Psykologhjælp	165	2.439	4.206	5.052	4.293	3.076	1.189	337	54	20.811
Ambulant	14.445	31.123	67.133	78.271	65.893	71.344	57.747	41.573	24.083	451.612
Indlagt	9.019	8.966	22.339	22.361	13.134	15.138	17.233	20.573	22.279	151.042
ACSC	1.176	508	620	1.213	2.130	3.456	4.235	4.366	2.951	20.655
Biopsi	182	487	1.559	1.857	2.358	2.279	1.890	1.672	1.150	13.434
Endoskopi	545	1.357	3.207	4.583	5.905	7.181	6.947	6.117	4.345	40.187
Radiologi	7.702	19.706	50.473	56.394	45.290	51.963	45.723	36.675	26.079	340.005

Tabel 15: Antal henviste til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) fordelt på alder for mænd

Mænd	0-9 år	10-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+ år	Total
Kirurgi	1.073	3.000	4.706	7.072	8.005	8.724	6.758	3.257	848	43.443
Børn	6.115	1.980	50	64	61	19	13	1	0	8.303
Ø-læger	66.995	23.727	16.402	26.388	34.395	46.765	53.381	42.580	18.581	329.214
Fysioterapi	1.447	6.193	9.674	16.588	18.339	18.072	13.259	7.496	2.527	93.595
Fodterapi	2	32	19	35	40	102	114	85	30	459
Hudlæge	11.217	14.309	11.546	12.863	12.148	13.521	12.786	7.926	3.537	99.853
Reumatologi	51	535	1.420	2.994	4.037	4.281	2.777	1.391	357	17.843
Gynækologi/obstetrik	0	14	1.063	1.763	349	57	4	1	0	3.251
Intern Medicin	371	724	1.035	1.595	1.946	2.543	2.267	1.282	368	12.131
Neuromedicin	248	743	1.093	1.838	2.364	2.540	2.151	1.383	422	12.782
Psykiatri	5	540	1.694	2.001	1.948	1.481	484	179	69	8.401
Psykologhjælp	219	876	1.316	1.662	1.376	977	398	102	12	6.938
Ambulant	18.379	23.262	24.594	38.682	46.100	54.685	49.677	33.321	13.320	302.020
Indlagt	11.550	6.136	6.628	10.656	12.692	18.221	20.271	19.430	13.331	118.915
ACSC	2.173	426	366	1.008	2.198	4.169	4.873	4.063	1.950	21.226
Biopsi	221	302	376	630	1.024	1.951	2.731	2.121	941	10.297
Endoskopi	728	830	1.622	3.136	4.723	6.771	7.272	6.077	3.018	34.177
Radiologi	8.158	13.674	12.401	20.272	27.894	37.801	36.970	28.372	14.256	199.798



Tabel 16 Antal henviste til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) fordelt på uddannelse

Uddannelse	Ufaglært	Faglært	KVU	MVU	LVU	Uoplyst	Total
Kirurgi	35.300	33.017	4.147	13.359	5.448	8.123	99.394
Børn	703	188	35	101	35	14.368	15.430
Ø-læger	242.666	195.040	21.507	71.288	24.925	196.685	752.111
Fysioterapi	92.483	85.359	10.505	34.799	11.677	19.292	254.115
Fodterapi	452	278	28	66	13	92	929
Hudlæge	81.601	62.544	8.538	28.783	11.955	50.310	243.731
Reumatologi	18.981	17.851	2.129	6.679	2.373	2.811	50.824
Gynækologi/obstetrik	39.392	34.369	5.707	22.305	7.961	4.204	113.938
Intern Medicin	9.597	8.681	1.265	4.328	2.222	2.458	28.551
Neuromedicin	12.506	10.576	1.086	3.882	1.264	2.524	31.838
Psykatri	9.798	5.852	773	2.994	1.077	1.111	21.605
Psykologhjælp	10.436	8.037	1.077	5.035	1.304	1.860	27.749
Ambulant	294.466	231.313	25.026	85.984	25.378	91.465	753.632
Indlagt	107.429	70.860	7.117	23.722	7.828	53.001	269.957
ACSC	17.732	11.921	946	3.054	928	7.300	41.881
Biopsi	9.478	7.616	795	2.803	934	2.105	23.731
Endoskopi	32.226	23.013	2.273	7.558	2.248	7.046	74.364
Radiologi	219.437	164.185	16.974	59.859	16.589	62.759	539.803
Personer i alt	1.585.656	1.223.437	150.927	454.368	183.186	1.083.268	4.680.842
Uddannelse (%)	Ufaglært	Faglært	KVU	MVU	LVU	Uoplyst	Total
Kirurgi	2,2%	2,7%	2,7%	2,9%	3,0%	0,7%	2,1%
Børn	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,3%
Ø-læger	15,3%	15,9%	14,2%	15,7%	13,6%	18,2%	16,1%
Fysioterapi	5,8%	7,0%	7,0%	7,7%	6,4%	1,8%	5,4%
Fodterapi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hudlæge	5,1%	5,1%	5,7%	6,3%	6,5%	4,6%	5,2%
Reumatologi	1,2%	1,5%	1,4%	1,5%	1,3%	0,3%	1,1%
Gynækologi/obstetrik	2,5%	2,8%	3,8%	4,9%	4,3%	0,4%	2,4%
Intern Medicin	0,6%	0,7%	0,8%	1,0%	1,2%	0,2%	0,6%
Neuromedicin	0,8%	0,9%	0,7%	0,9%	0,7%	0,2%	0,7%
Psykatri	0,6%	0,5%	0,5%	0,7%	0,6%	0,1%	0,5%
Psykologhjælp	0,7%	0,7%	0,7%	1,1%	0,7%	0,2%	0,6%
Ambulant	18,6%	18,9%	16,6%	18,9%	13,9%	8,4%	16,1%
Indlagt	6,8%	5,8%	4,7%	5,2%	4,3%	4,9%	5,8%
ACSC	1,1%	1,0%	0,6%	0,7%	0,5%	0,7%	0,9%
Biopsi	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,2%	0,5%
Endoskopi	2,0%	1,9%	1,5%	1,7%	1,2%	0,7%	1,6%
Radiologi	13,8%	13,4%	11,2%	13,2%	9,1%	5,8%	11,5%

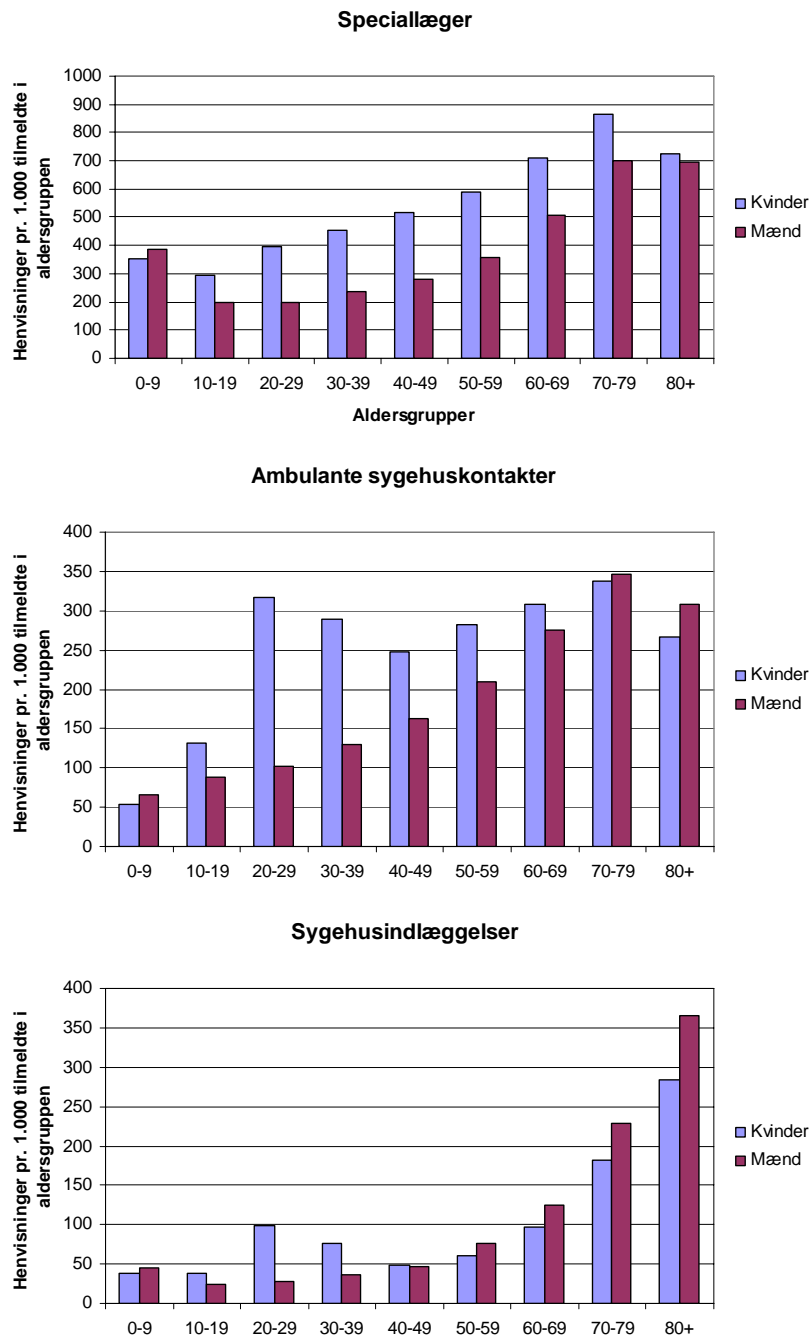
Tabel 17 Antal henviste til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) fordelt på familie indkomst

Familiedisponibel indkomst	Lav indkomst	Mellem indkomst	Høj indkomst	Total
Kirurgi	19.300	46.226	32.105	97.631
Børn	4.357	8.546	2.432	15.335
Ø-læger	175.622	387.254	180.779	743.655
Fysioterapi	46.717	124.788	78.949	250.454
Fodterapi	256	484	174	914
Hudlæge	55.299	115.564	68.943	239.806
Reumatologi	10.494	23.529	16.099	50.122
Gynækologi/obstetrik	22.769	49.445	40.984	113.198
Intern Medicin	5.099	12.784	10.265	28.148
Neuromedicin	7.263	15.748	8.344	31.355
Psykiatri	7.564	9.409	4.192	21.165
Psykologhjælp	6.990	13.048	7.160	27.198
Ambulant	178.742	379.272	184.490	742.504
Indlagt	74.868	139.407	51.886	266.161
ACSC	11.532	21.916	7.881	41.329
Biopsi	5.373	11.945	6.124	23.442
Endoskopi	18.696	38.255	16.344	73.295
Radiologi	131.699	275.087	126.072	532.858
Personer i alt	1.148.740	2.297.499	1.148.744	4.594.983
Familiedisponibel indkomst (%)	Lav indkomst	Mellem indkomst	Høj indkomst	Total
Kirurgi	1,7%	2,0%	2,8%	2,1%
Børn	0,4%	0,4%	0,2%	0,3%
Ø-læger	15,3%	16,9%	15,7%	16,2%
Fysioterapi	4,1%	5,4%	6,9%	5,5%
Fodterapi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hudlæge	4,8%	5,0%	6,0%	5,2%
Reumatologi	0,9%	1,0%	1,4%	1,1%
Gynækologi/obstetrik	2,0%	2,2%	3,6%	2,5%
Intern Medicin	0,4%	0,6%	0,9%	0,6%
Neuromedicin	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%
Psykiatri	0,7%	0,4%	0,4%	0,5%
Psykologhjælp	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Ambulant	15,6%	16,5%	16,1%	16,2%
Indlagt	6,5%	6,1%	4,5%	5,8%
ACSC	1,0%	1,0%	0,7%	0,9%
Biopsi	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Endoskopi	1,6%	1,7%	1,4%	1,6%
Radiologi	11,5%	12,0%	11,0%	11,6%

Tabel 18 Antal henviste til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) fordelt på sociogrupper

Sociogrupper	Selv-stændige	Lønmod-tagere	Arbejdsløse	Øvrige på overførsels-indkomster	Folke-pensionister	Total
Kirurgi	3.972	51.817	2.819	18.758	15.756	93.122
Børn	33	404	28	967	16	1.448
Ø-læger	20.042	230.999	13.199	115.287	209.221	588.748
Fysioterapi	9.485	134.066	6.401	46.015	45.340	241.307
Fodterapi	15	252	18	231	356	872
Hudlæge	7.554	105.396	5.292	45.446	38.258	201.946
Reumatologi	1.988	26.175	1.835	10.539	8.557	49.094
Gynækolo-gi/obstetrik	3.983	73.598	3.687	21.150	7.913	110.331
Intern Medicin	1.164	13.601	777	5.309	5.915	26.766
Neuromedicin	1.066	14.591	1.033	7.403	6.056	30.149
Psykiatri	646	9.874	1.214	7.610	1.340	20.684
Psykologhjælp	930	16.503	995	6.572	966	25.966
Ambulant	26.007	340.687	19.536	147.637	152.731	686.598
Indlagt	6.698	82.514	5.425	52.861	91.414	238.912
ACSC	1.131	10.065	738	8.195	17.242	41.881
Biopsi	832	9.089	582	4.513	7.662	22.678
Endoskopi	2.490	26.530	1.701	15.418	25.209	71.348
Radiologi	17.728	227.358	13.751	105.152	137.765	501.754
Personer i alt	164.731	2.068.341	100.872	783.039	622.511	3.739.494
Sociogrupper (%)	Selv-stændige	Lønmod-tagere	Arbejdsløse	Øvrige på overførsels-indkomster	Folke-pensionister	Total
Kirurgi	2,4%	2,5%	2,8%	2,4%	2,5%	2,5%
Børn	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Ø-læger	12,2%	11,2%	13,1%	14,7%	33,6%	15,7%
Fysioterapi	5,8%	6,5%	6,3%	5,9%	7,3%	6,5%
Fodterapi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Hudlæge	4,6%	5,1%	5,2%	5,8%	6,1%	5,4%
Reumatologi	1,2%	1,3%	1,8%	1,3%	1,4%	1,3%
Gynækolo-gi/obstetrik	2,4%	3,6%	3,7%	2,7%	1,3%	3,0%
Intern Medicin	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	1,0%	0,7%
Neuromedicin	0,6%	0,7%	1,0%	0,9%	1,0%	0,8%
Psykiatri	0,4%	0,5%	1,2%	1,0%	0,2%	0,6%
Psykologhjælp	0,6%	0,8%	1,0%	0,8%	0,2%	0,7%
Ambulant	15,8%	16,5%	19,4%	18,9%	24,5%	18,4%
Indlagt	4,1%	4,0%	5,4%	6,8%	14,7%	6,4%
ACSC	0,7%	0,5%	0,7%	1,0%	2,8%	1,1%
Biopsi	0,5%	0,4%	0,6%	0,6%	1,2%	0,6%
Endoskopi	1,5%	1,3%	1,7%	2,0%	4,0%	1,9%
Radiologi	10,8%	11,0%	13,6%	13,4%	22,1%	13,4%

Figur 26 Antallet af henvisninger til sygehus og speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 tilmeldte i aldersgruppen



**Spørgsmål D6:**

En der en mindre andel af patienter der henvises hyppigt?

*Tabel 19 Antal hyppige tilmeldte som henvises til sygehuse opdelt på antal henvisninger*

<b>Henvisninger</b>	<b>Antal tilmeldte</b>
<i>Sygehushenvisninger</i>	
0	3.758.858
1	663.710
2	179.932
3	52.260
4	16.444
5	5.825
6	2.212
7	882
8	386
9	168
10	87
11	38
12	21
13	8
14	6
15	3
20	1
22	1
Total	4.680.842
<i>Henvisninger til ambulante sygehuskontakter</i>	
0	3.927.210
1	599.304
2	124.888
3	24.140
4	4.298
5	823
6	141
7	29
8	7
9	2
Total	4.680.842
<i>Henvisninger til sygehusindlæggelser</i>	
0	4.410.885
1	211.398
2	40.604
3	11.498
4	3.964
5	1.496
6	584
7	227
8	101
9	48
10	18
11	10
12	3
13	3
15	1
17	1
20	1
Total	4.680.842

*Tabel 20 Antal tilmeldte som henvises til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) opdelt på antal henvisninger*

<b>SSR henvisninger</b>	<b>Antal tilmeldte</b>
0	3.339.824
1	907.516
2	296.500
3	91.620
4	29.688
5	9.719
6	3.551
7	1.388
8	536
9	275
10	107
11	39
12	35
13	14
14	14
15	4
16	4
17	1
18	1
19	2
21	2
24	1
61	1
<b>Total</b>	<b>4.680.842</b>

**Spørgsmål D7:**

Hvorledes karakteriseres denne mindre andel af patienter, der henvises hyppigt?

*Tabel 21 Alder og køn for hyppigt henviste til sygehuse vs. Ikke henviste*

	Andel mænd	Alder
Personer der ikke er henvist	51%	36,6
Personer med mindst 1 henvisning	41%	46,7

*Tabel 22 Alder og køn for hyppigt henviste til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) vs. Ikke henviste*

	Andel mænd	Alder
Personer der ikke er henvist	53%	36,6
Personer med mindst 1 henvisning	41%	43,5

*Tabel 23 Andel af praksispopulation i uddannelseskategorier for hyppigt henviste vs. Ikke henviste*

	Ufaglært	Faglært	KVU	MVU	LVU	Uoplyst	Total
<i>Sygehus</i>							
Ikke henvist	1.227.623	949.706	121.700	354.871	153.181	951.777	3.758.858
%	32,7	25,3	3,2	9,4	4,1	25,3	
Mindst 1 henvisning	358.033	273.731	29.227	99.497	30.005	131.491	921.984
%	38,8	29,7	3,2	10,8	3,3	14,3	
<i>Speciallæger (inkl. psykolog, fod- og fysioterapi)</i>							
Ikke henvist	1.135.958	853.977	106.254	303.658	128.218	811.759	3.339.824
%	34,0	25,6	3,2	9,1	3,8	24,3	
Mindst 1 henvisning	449.698	369.460	44.673	150.710	54.968	271.509	1.341.018
%	33,5	27,6	3,3	11,2	4,1	20,2	

*Tabel 24 Andel af praksispopulation i lav, mellem og høj familieindkomst for hyppige brugere vs. Ikke henviste*

	Lav indkomst	Mellem indkomst	Høj indkomst	Total
<i>Sygehus</i>				
Ikke henvist	923.338	1.831.144	932.220	3.686.702
%	25,0	49,7	25,3	
Mindst 1 henvisning	225.402	466.355	216.524	908.281
%	24,8	51,3	23,8	
<i>Speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi)</i>				
Ikke henvist	846.986	1.633.143	791.930	3.272.059
%	25,9	49,9	24,2	
Mindst 1 henvisning	301.754	664.356	356.814	1.322.924
%	22,8	50,2	27,0	

Tabel 25 Andel af praksispopulation i beskæftigelsesgrupper for hyppigt henviste vs. Ikke henviste

Sociogrupper	Sygehus		Speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi)	
	Ikke henvist	Mindst 1 henvisning	Ikke henvist	Mindst 1 henvisning
Selvstændige (inkl. medarb. ægtefælle)	134.630	30.101	123.249	41.482
%	3,6	3,3	3,7	3,1
Lønmodtagere	1.678.862	389.479	1.519.517	548.824
%	44,7	42,2	45,5	40,9
Arbejdsløse	78.231	22.641	71.698	29.174
%	2,1	2,5	2,1	2,2
Øvrige på overførselsindkomst	604.599	178.440	556.861	226.178
%	16,1	19,4	16,7	16,9
Folkepensionister	412.740	209.771	353.347	269.164
%	11,0	22,8	10,6	20,1
Andet (Ikke i AKM, børn og andre)	849.796	91.552	715.152	226.196
%	22,6	9,9	21,4	16,9

#### Spørgsmål D8:

Hvor stor en andel af praksispopulationen henvises med en ACSC (Ambulatory care-sensitive condition)?

Se spørgsmål. 1-5



## Bilag tilhørende den analytiske del – Spørgsmål A1-A3

### Spørgsmål A1:

Hvor stor er variationen mellem praksis, mellem kommuner og mellem regioner?

*Tabel 26 Variation i henvisningsmønstret til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 tilmeldte*

	N	Variation/faktor	Variation/faktor Standardiseret	N 90%	Variation/faktor 90%	Variation/Faktor 90% Standardiseret
<i>Speciallæger</i>						
- Praksis	1.914	171-1030/6,0	227-668/2,9	1.722	277-657/2,4	271-605/2,2
- Kommune	262	172-708/4,1	355-518/1,5	255	279-606/2,2	355-523/1,5
- Amt	15	299-589/2,0	397-471/1,2	15	321-541/1,7	400-459/1,2
<i>Sygehus</i>						
- Praksis	1.914	88-760/8,6	136-379/2,8	1.724	146-443/3,0	167-349/2,1
- Kommune	262	146-572/3,9	229-366/1,6	252	146-440/3,0	232-321/1,4
- Amt	15	174-458/2,6	229-294/1,3	15	185-392/2,1	233-282/1,2

Note: Variation er defineret som intervallet mellem minimum og maksimum antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte. Variationsfaktoren er maksimumsværdien divideret med minimumsværdien. I 90% opgørelsen er der skåret de 5% højeste og mindste observationer i data væk for at undgå påvirkning af outliers. I de standardiserede tal er der taget højde for alder og køn.

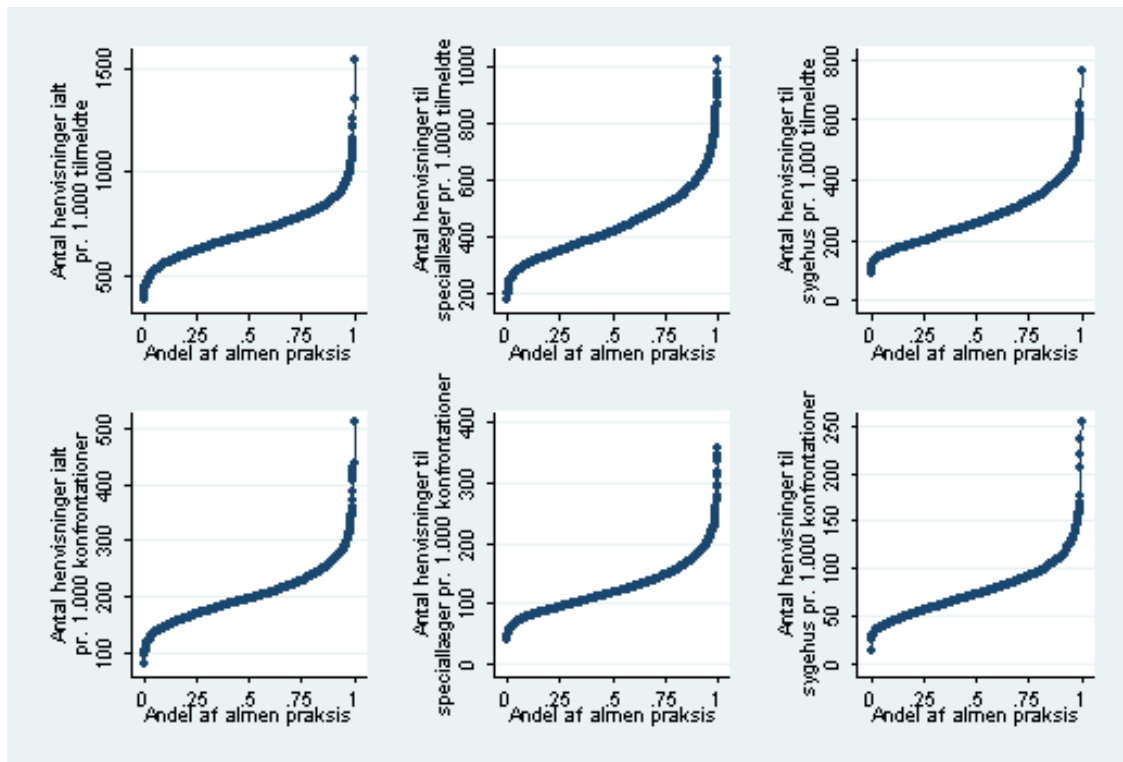
*Tabel 27 Variation i henvisningsmønstret til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 konfrontationskontakter*

	N	Variation/faktor	Variation/faktor Standardiseret	N 90%	Variation/faktor 90%	Variation/Faktor 90% Standardiseret
<i>Speciallæger</i>						
- Praksis	1.914	40-360/9,0	73-203/2,8	1.723	70-202/2,9	81-177/2,2
- Kommune	262	51-195/3,8	98-154/1,6	250	71-171/2,4	101-143/1,4
- Amt	15	80-163/2,0	111-145/1,3	15	86-149/1,7	112-137/1,2
<i>Sygehus</i>						
- Praksis	1.914	15-253/16,9	46-100/2,2	1.722	38-128/3,7	55-91/1,7
- Kommune	262	36-168/4,7	66-92/1,4	253	40-125/3,1	69-83/1,2
- Amt	15	44-125/2,8	70-81/1,2	15	49-107/2,2	70-78/1,1

Note: Variation er defineret som intervallet mellem minimum og maksimum antal henvisninger pr. 1.000 konfrontationer. Variationsfaktoren er maksimumsværdien divideret med minimumsværdien. I 90% opgørelsen er der skåret de 5% højeste og mindste observationer i data væk for at undgå påvirkning af outliers. I de standardiserede tal er der taget højde for alder og køn.

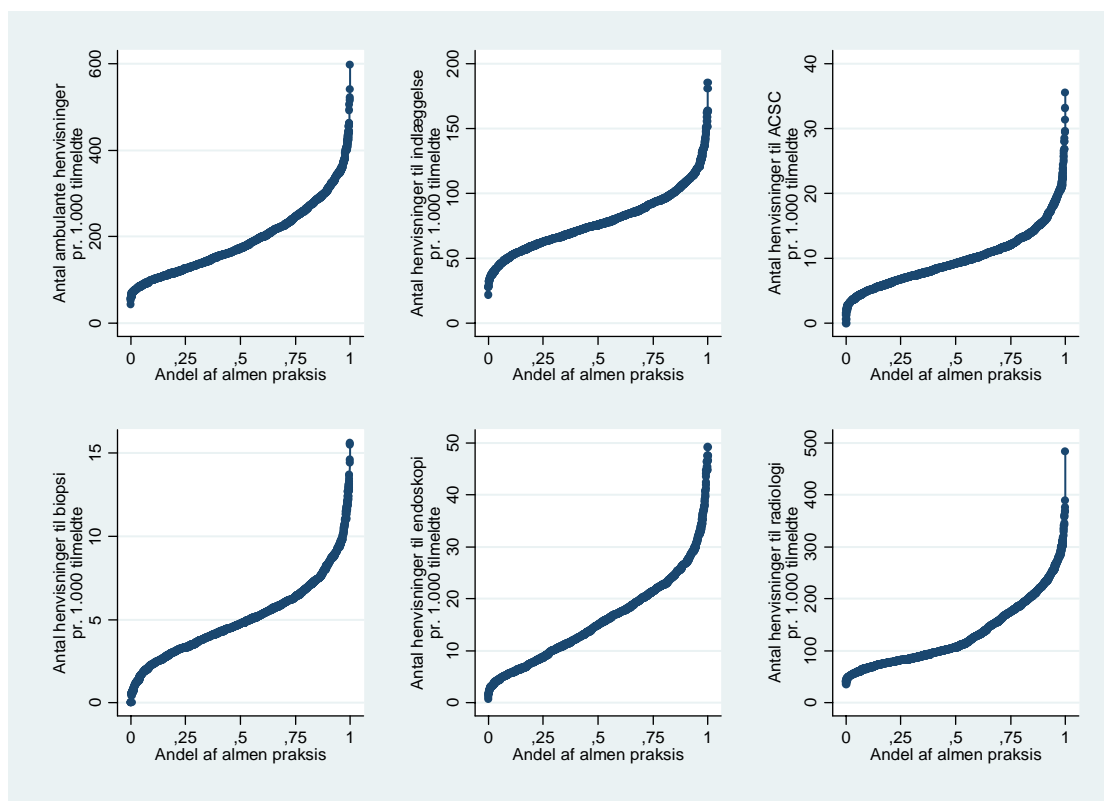
## Total variation – praksis, kommune og stat

Figur 27 Variation mellem praksis i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter – totaler: i alt og for henvisninger til sygehus og speciallæge (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi)

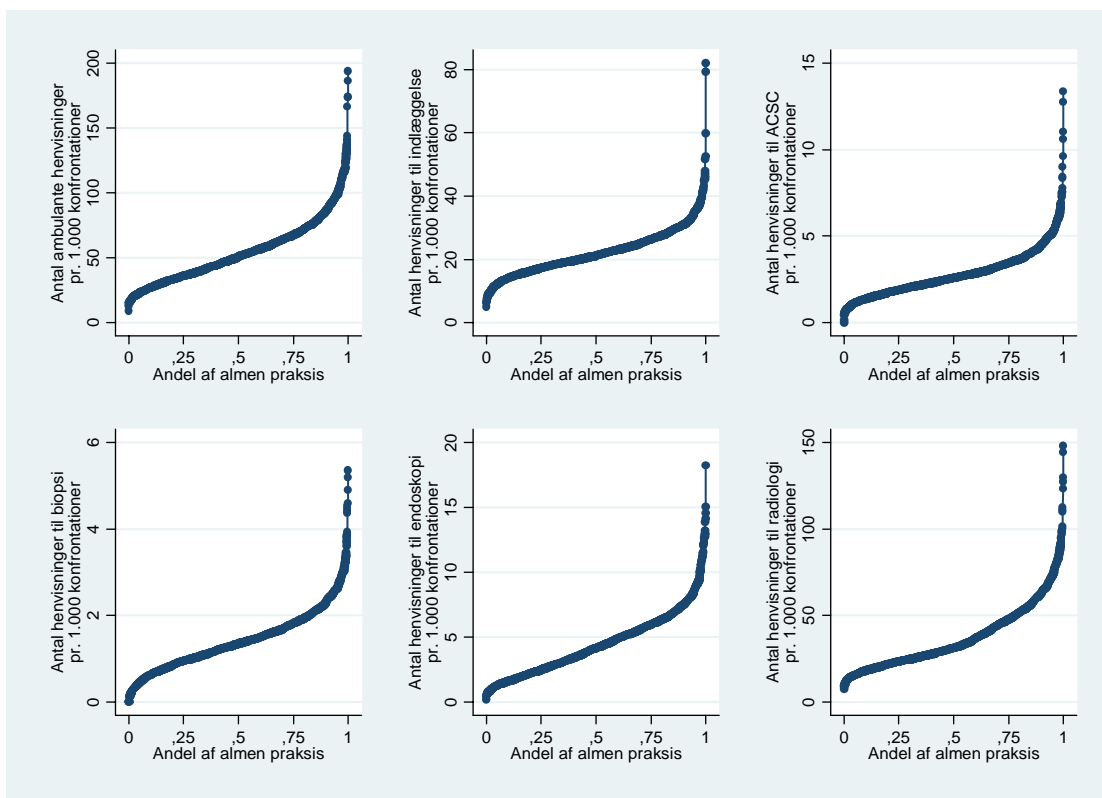


## Variation for speciallæge- og sygehuskategorier – praksisniveau

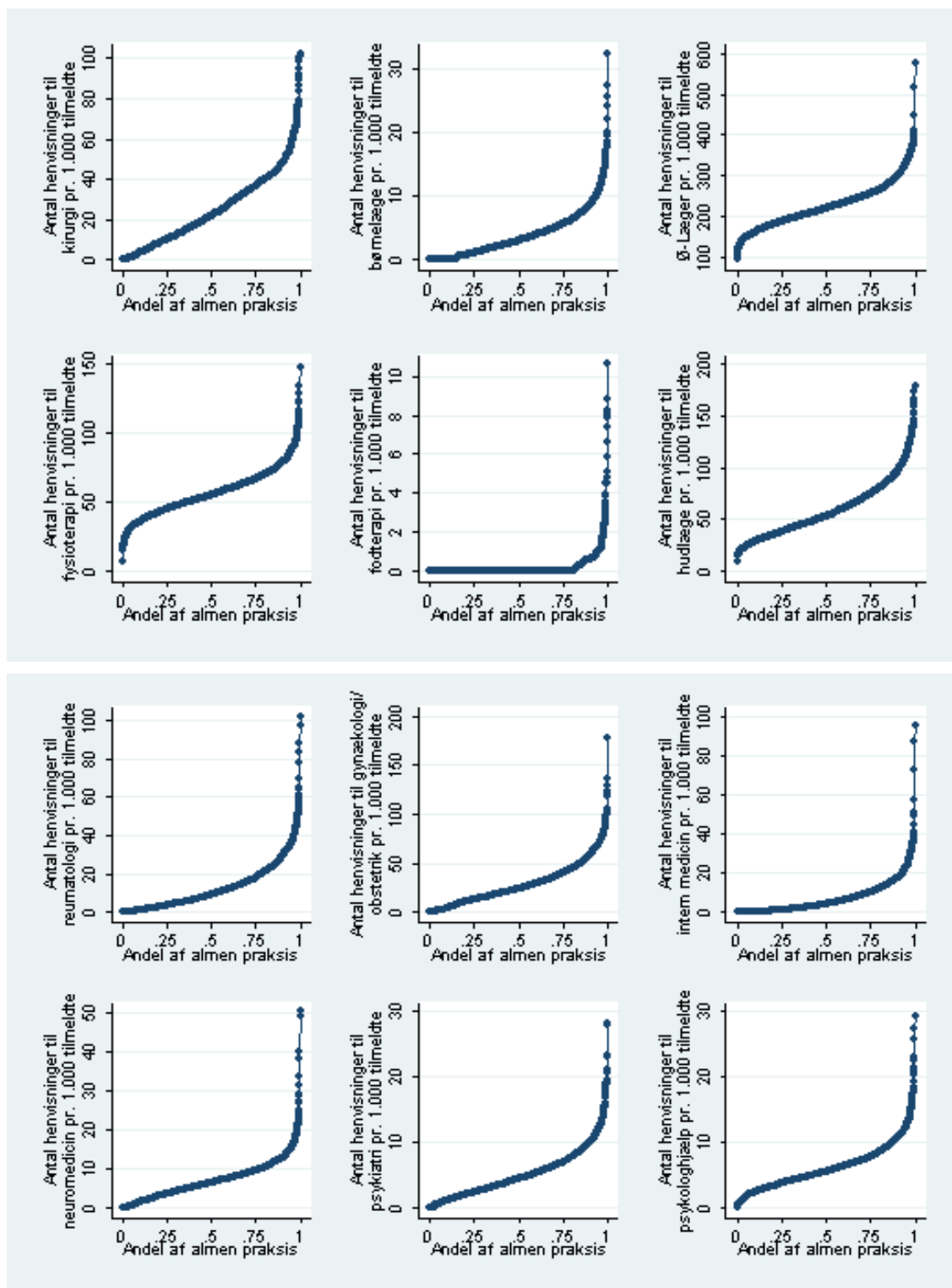
Figur 28 Variation mellem praksis i henvisninger til sygehus pr. 1.000 tilmeldte, sygehus-kategorier



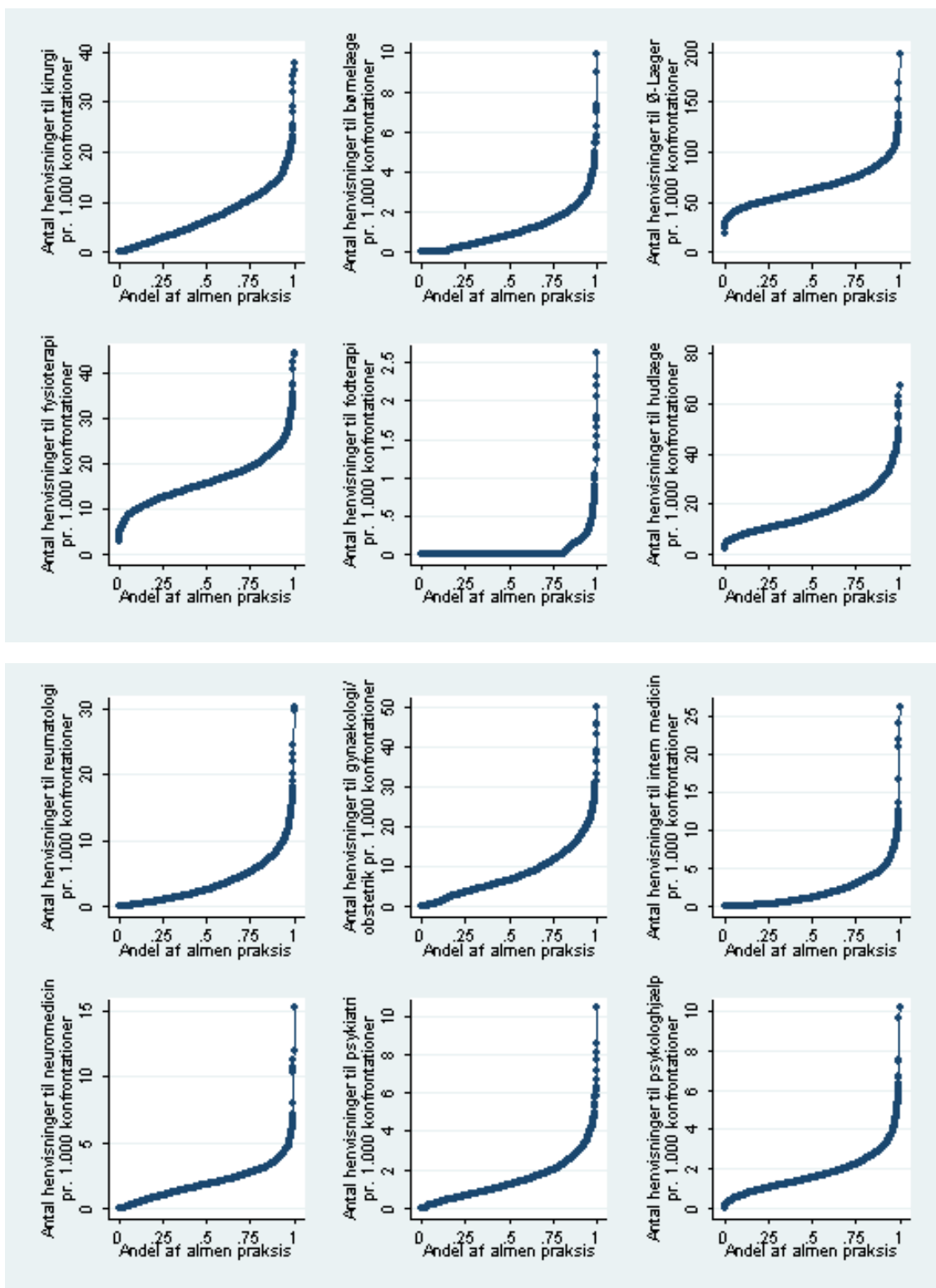
Figur 29 Variation mellem praksis i henvisninger til sygehus pr. 1.000 konfrontationskontakter, sygehus-kategorier



Figur 30 Variation mellem praksis i henvisninger til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 tilmeldte, opdelt på specialer

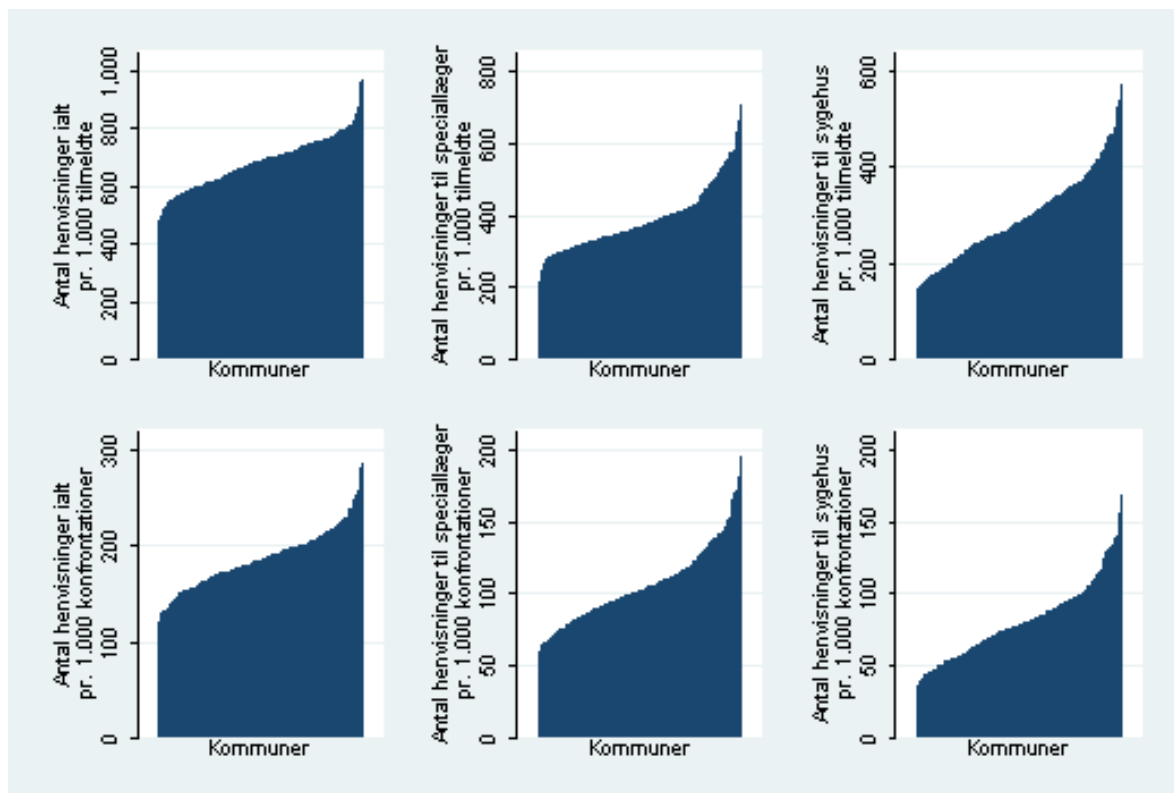


Figur 31 Variation mellem praksis i henvisninger til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 konfrontationskontakter, opdelt på specialer

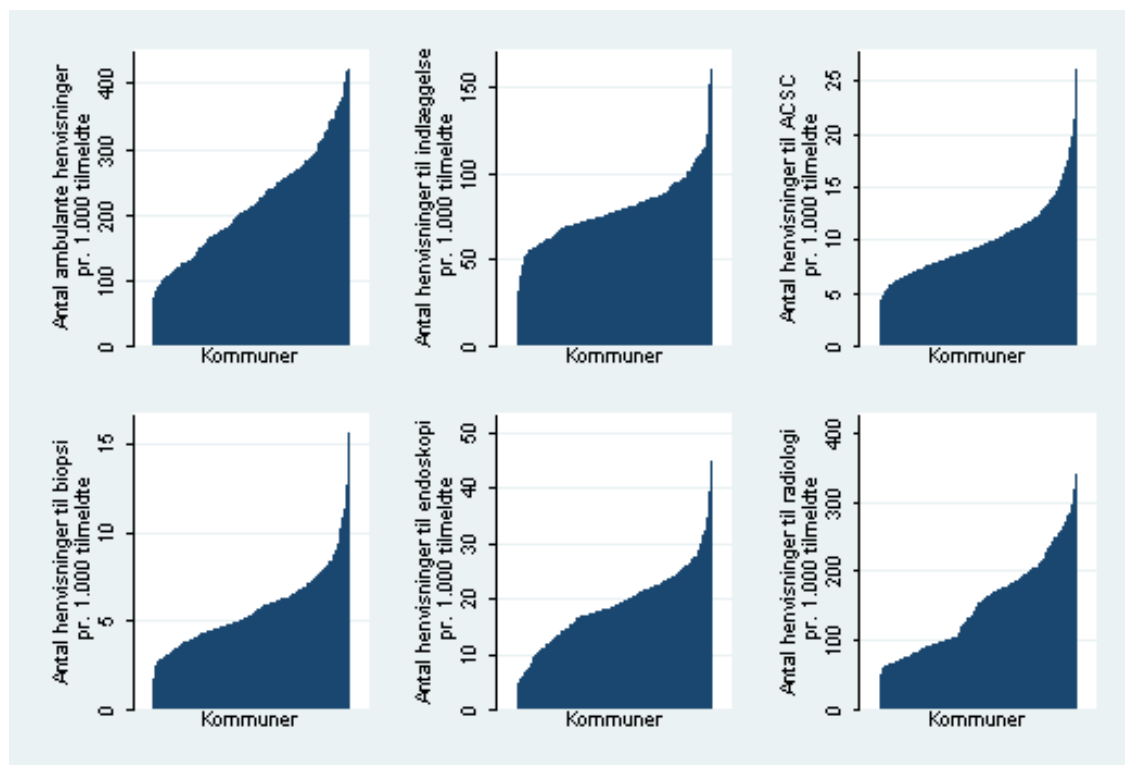


## Variation for speciallæge- og sygehuskategorier – kommuneniveau

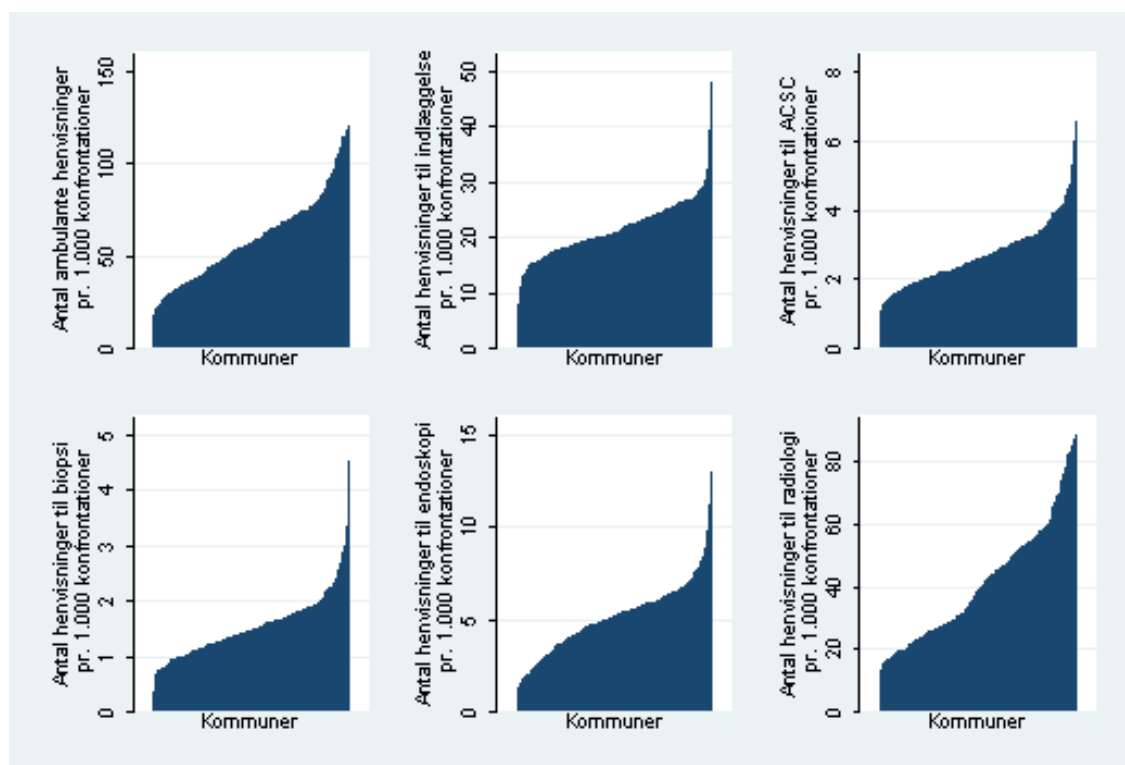
Figur 32 Variation mellem kommuner i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskontakter – i alt og for henvisninger til sygehus og speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi)



Figur 33 Variation mellem kommuner i henvisninger til sygehus pr. 1.000 tilmeldte, sygehus-kategorier

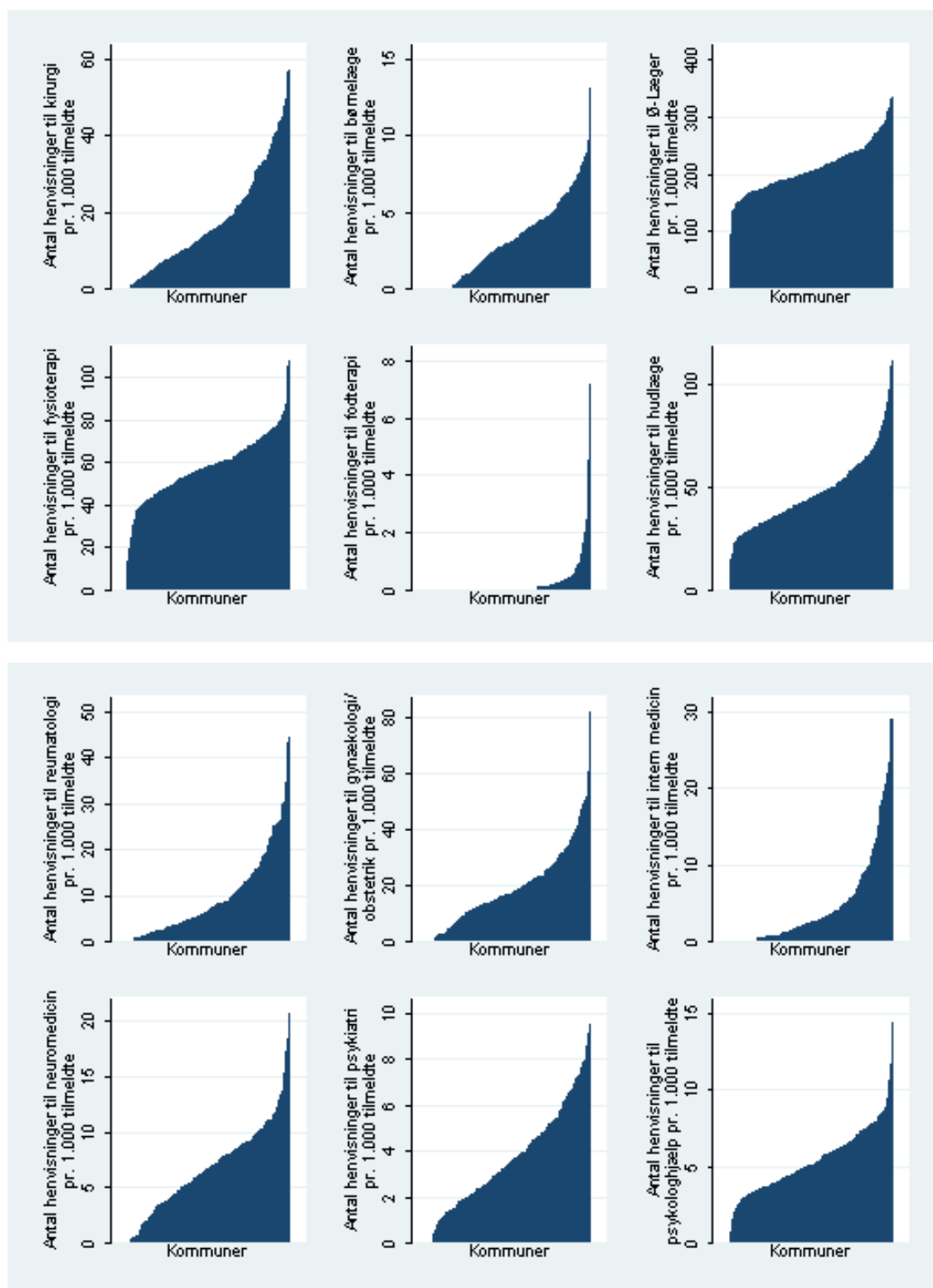


Figur 34 Variation mellem kommuner i henvisninger til sygehus pr. 1.000 konfrontationskontakter, sygehus-kategorier

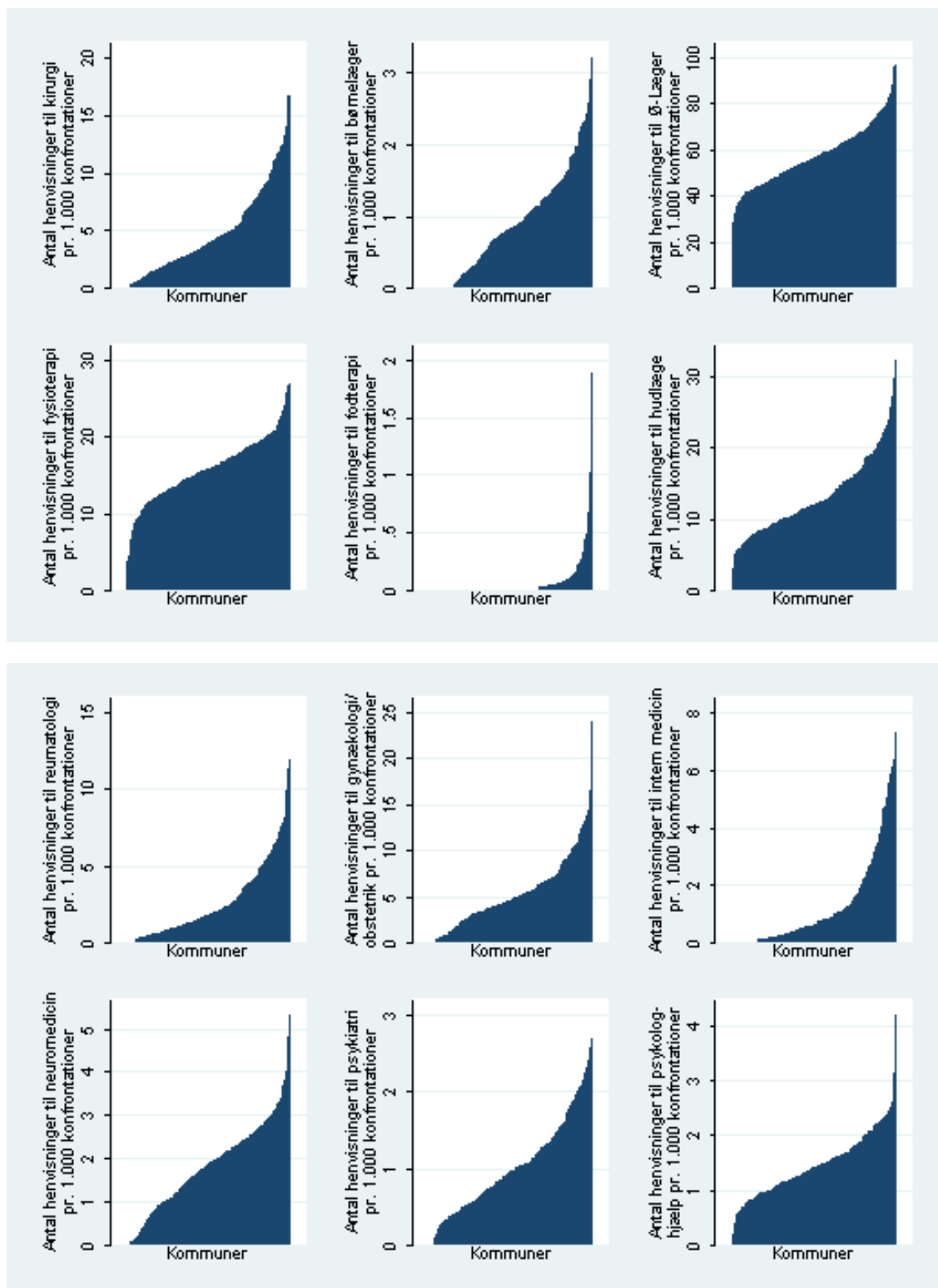




Figur 35 Variation mellem kommuner i henvisninger til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 tilmeldte, opdelt på specialer

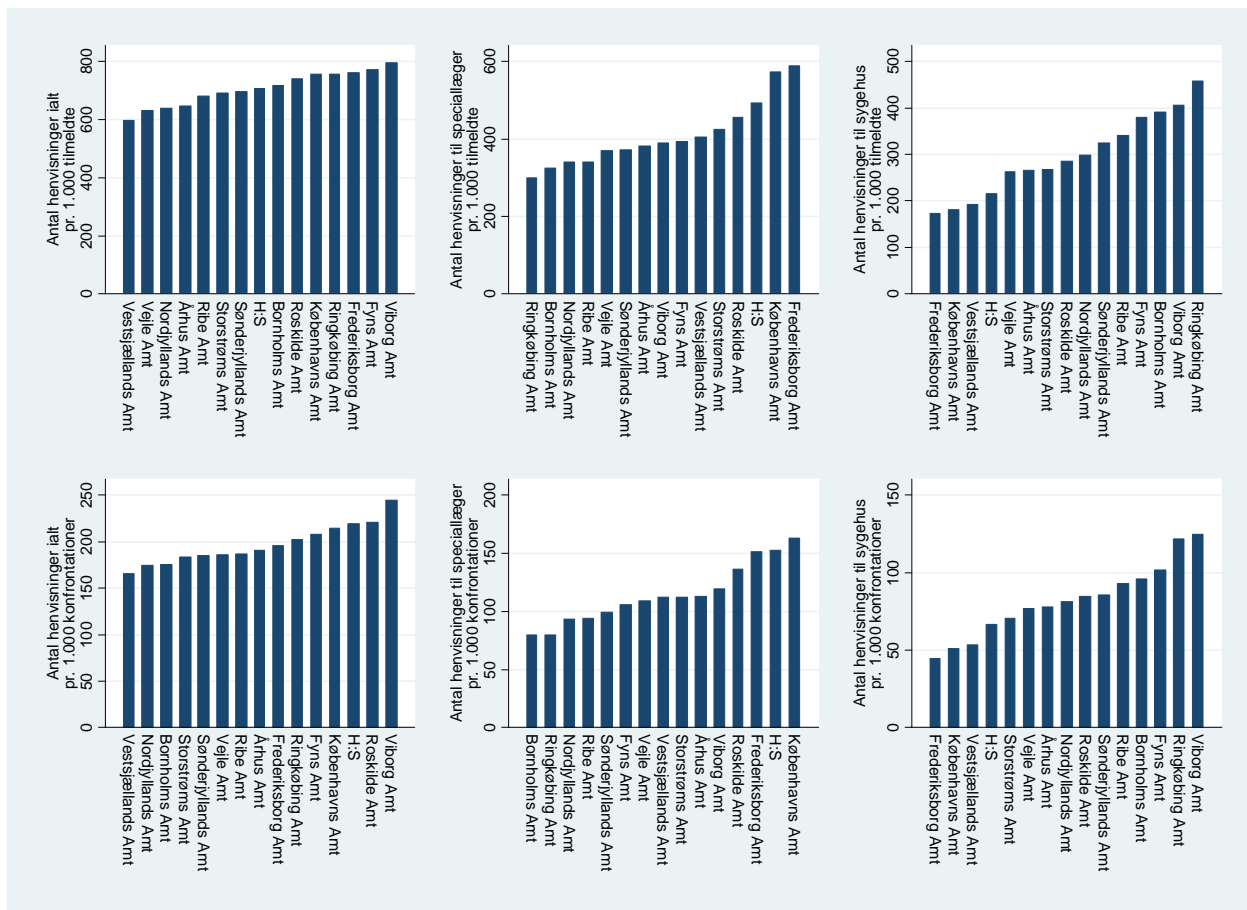


Figur 36 Variation mellem kommuner i henvisninger til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 konfrontationskontakter, opdelt på specialer

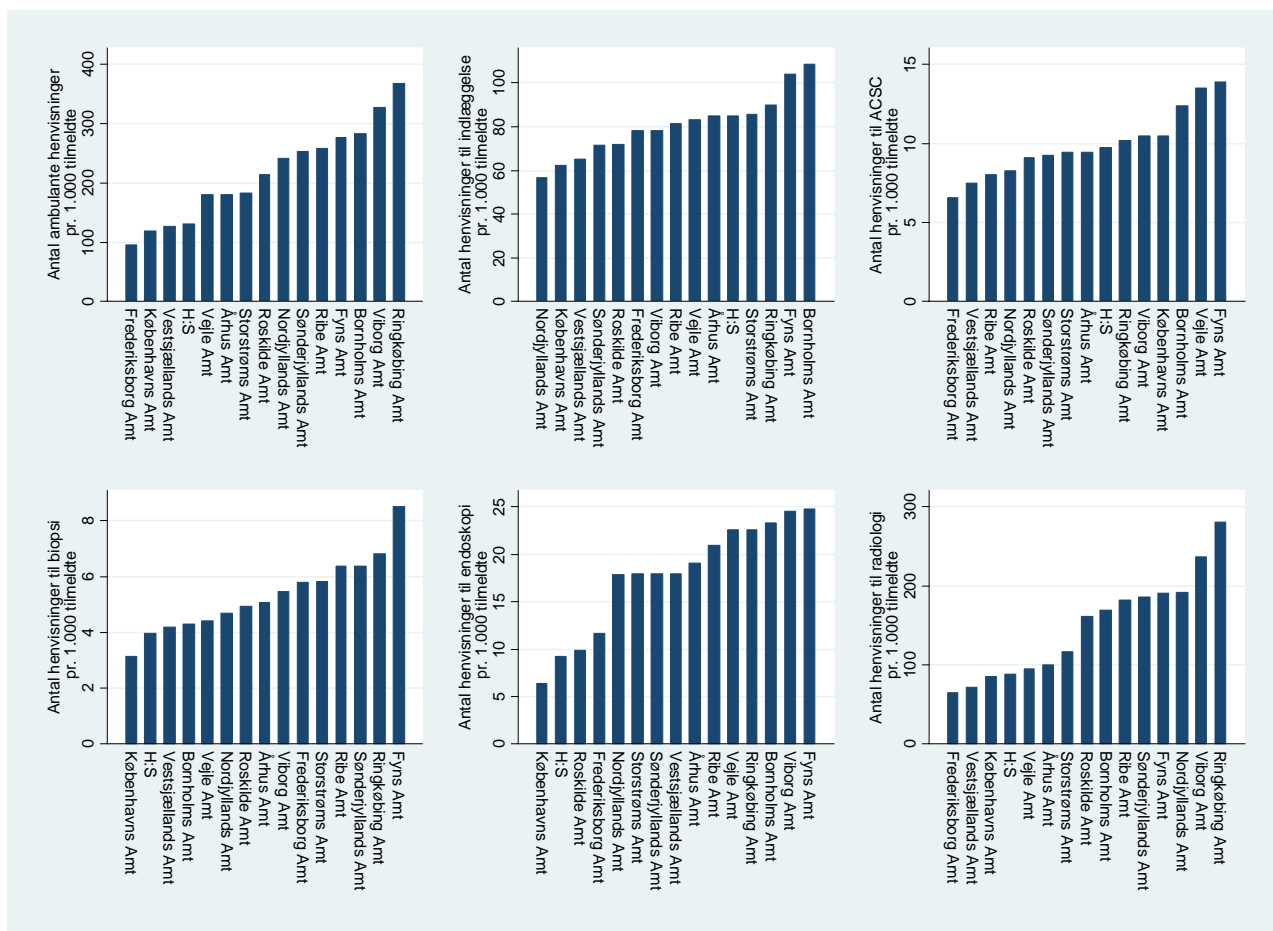


## Variation for speciallæge- og sygehuskategorier – amtsniveau

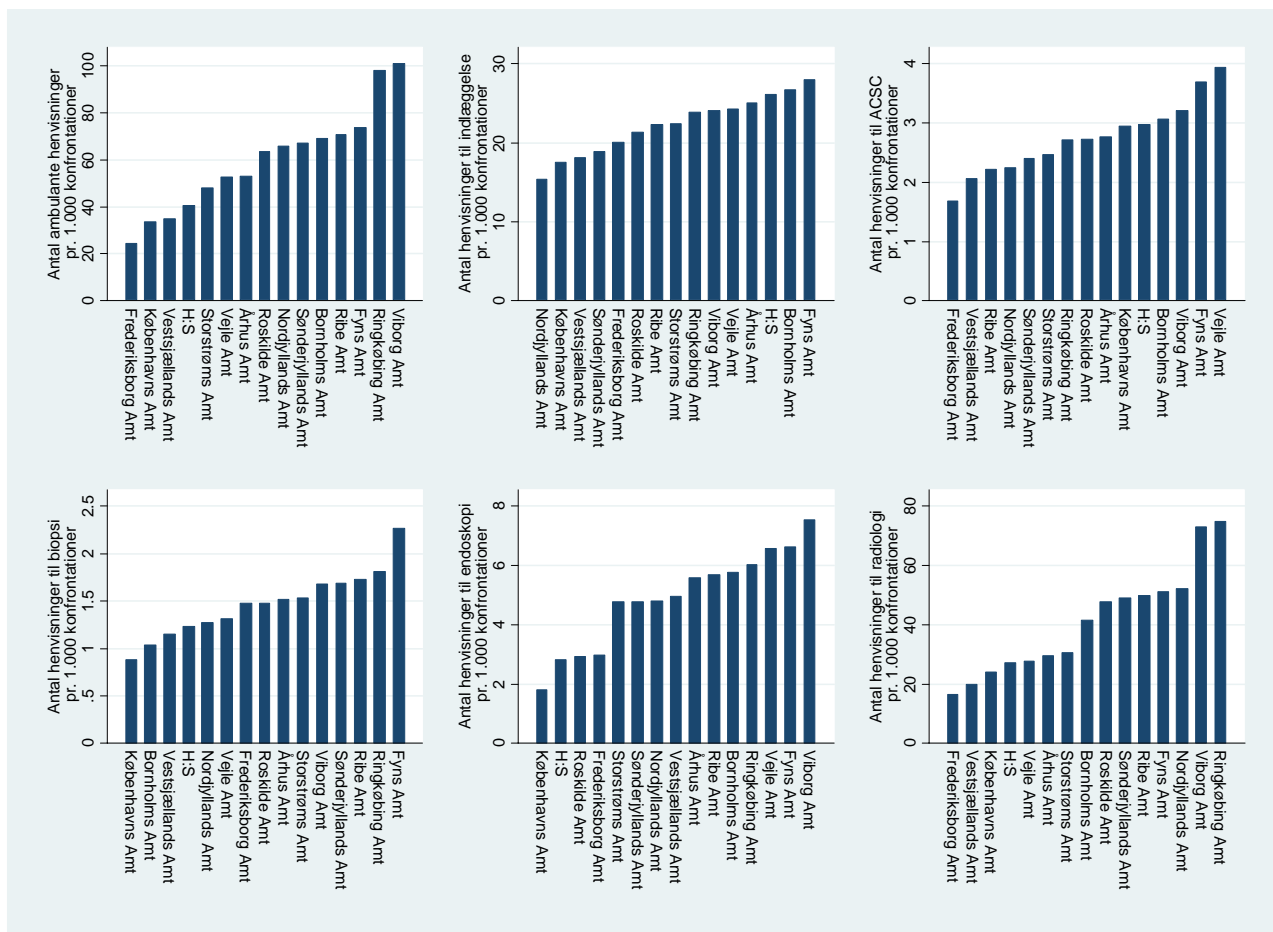
Figur 37 Variation mellem amter i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte og pr. 1.000 konfrontationskon-takter – I alt og for henvisninger til sygehus og speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi)



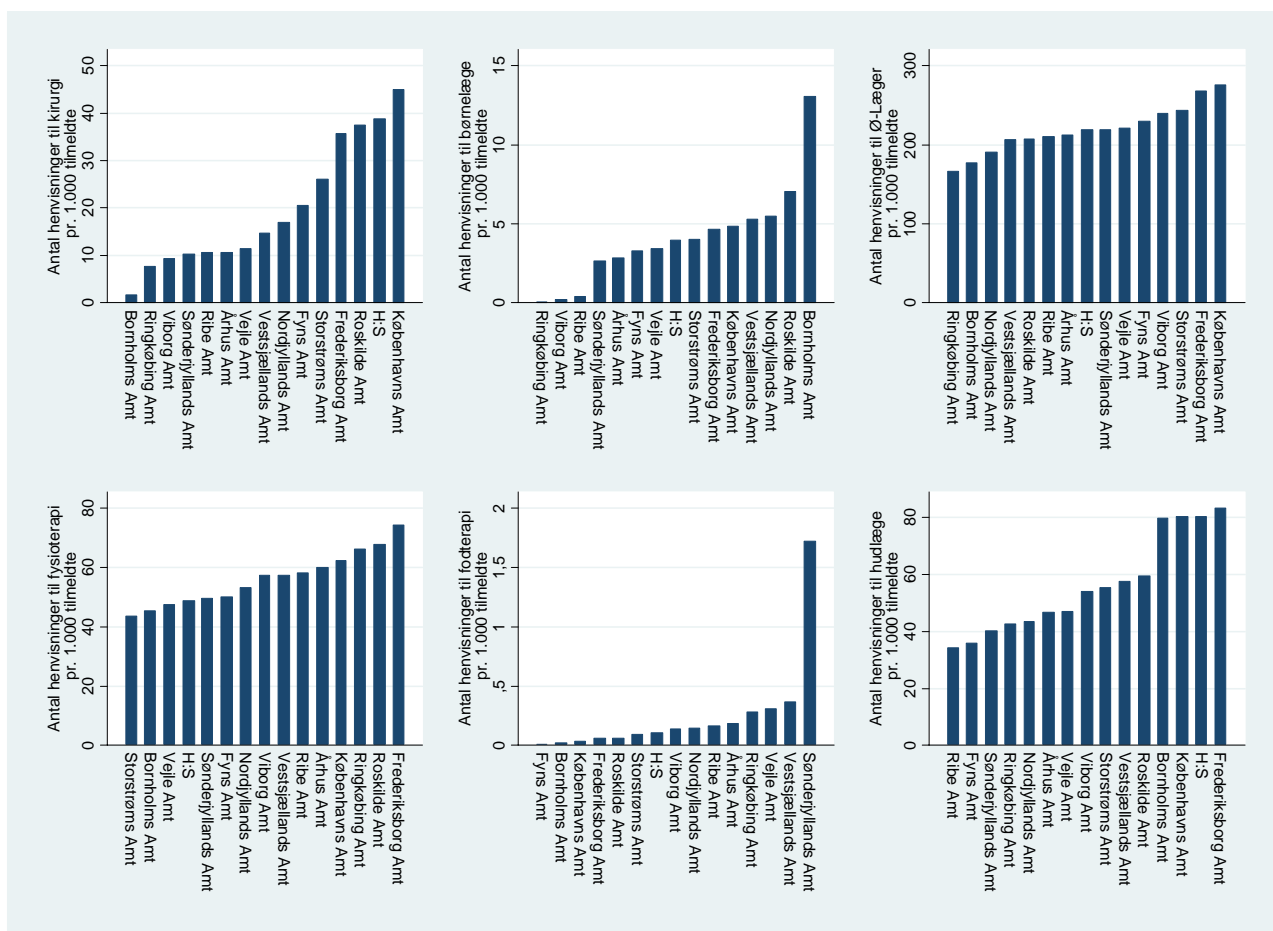
Figur 38 Variation mellem amter i henvisninger til sygehus pr. 1.000 tilmeldte, sygehus-kategorier



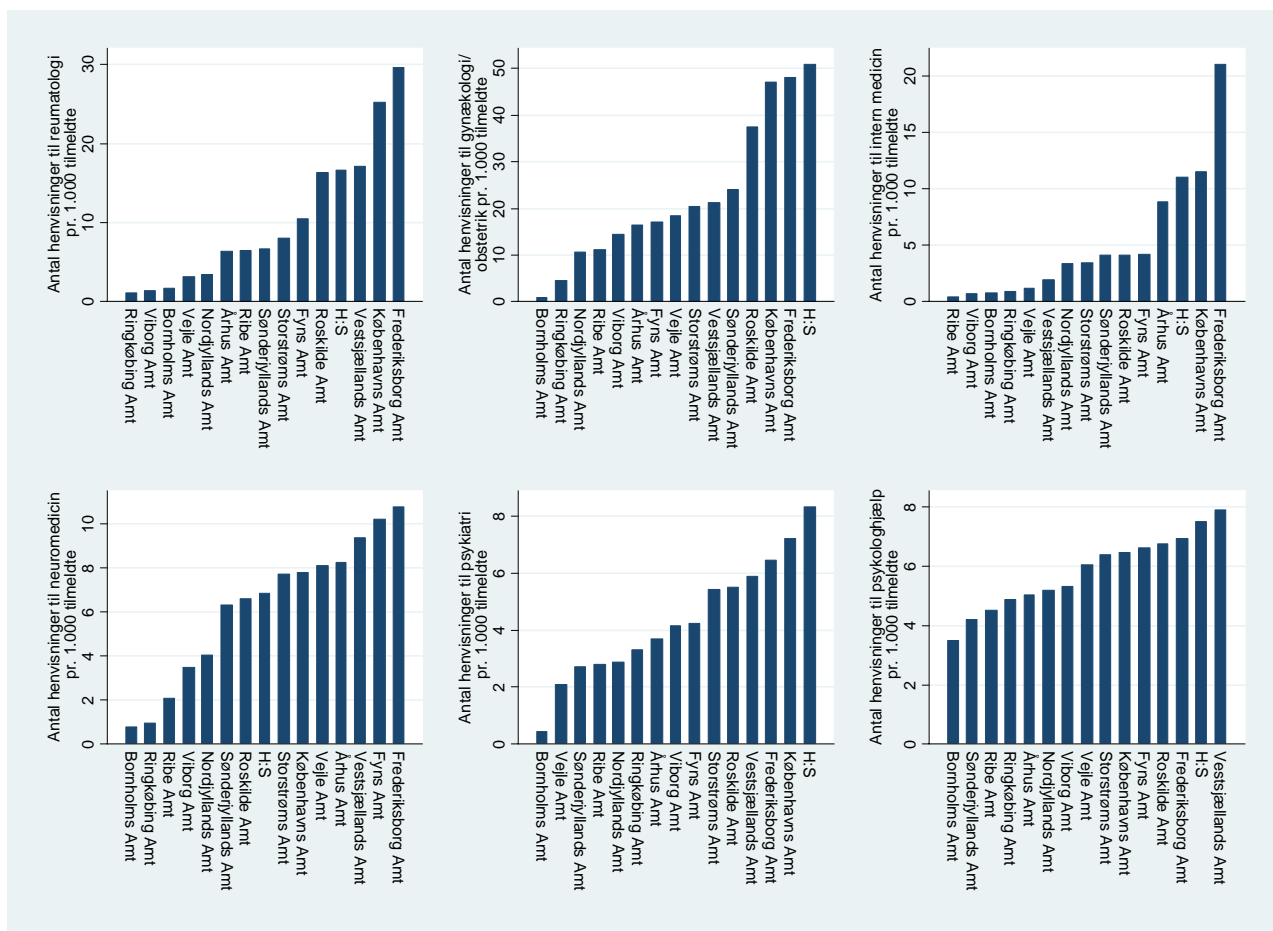
Figur 39 Variation mellem amter i henvisninger til sygehus pr. 1.000 konfrontationskontakter, sygehus-kategorier



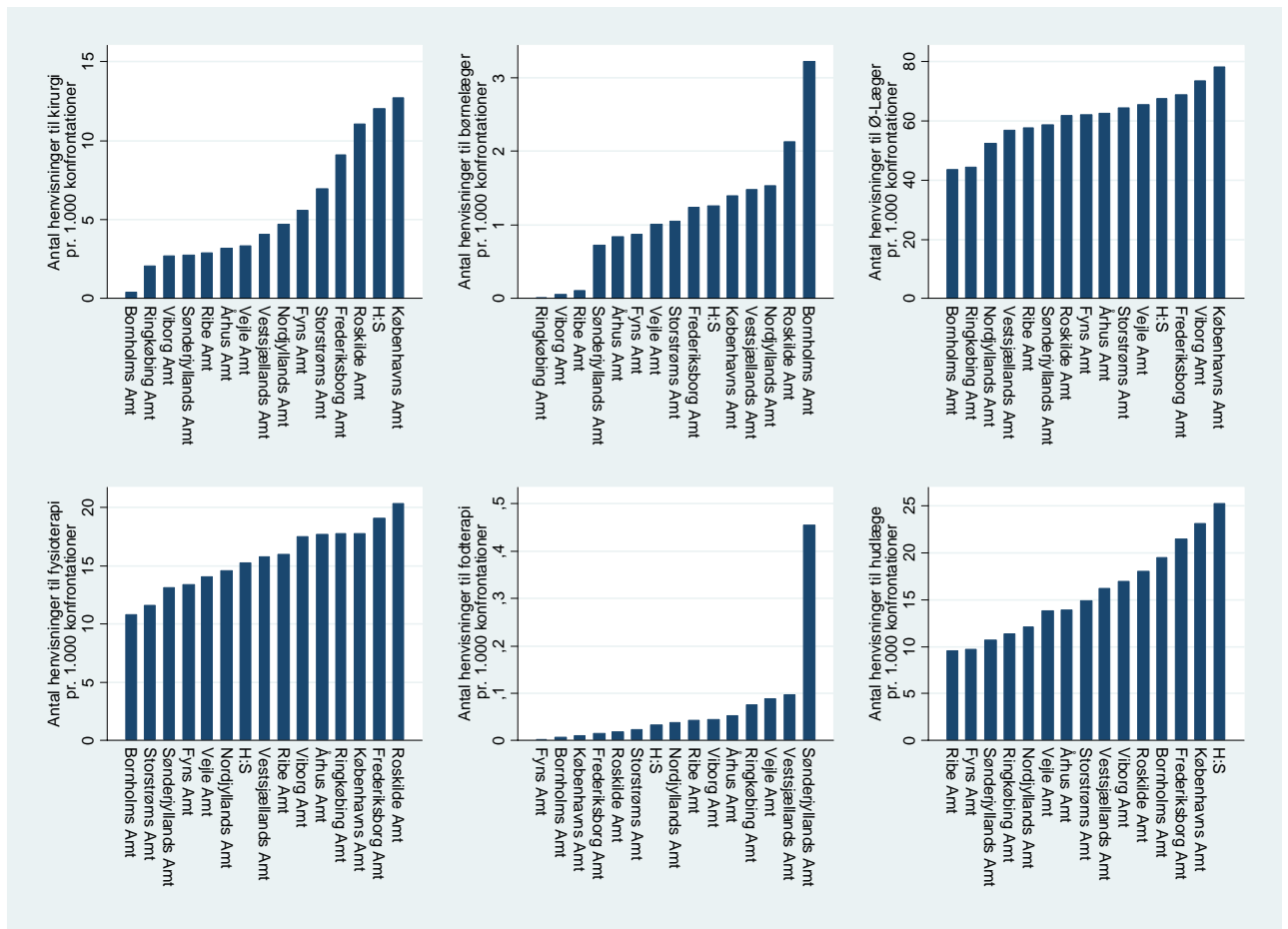
Figur 40 Variation mellem amter i henvisninger til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 tilmeldte, opdelt på specialer



... Figur 40 fortsat

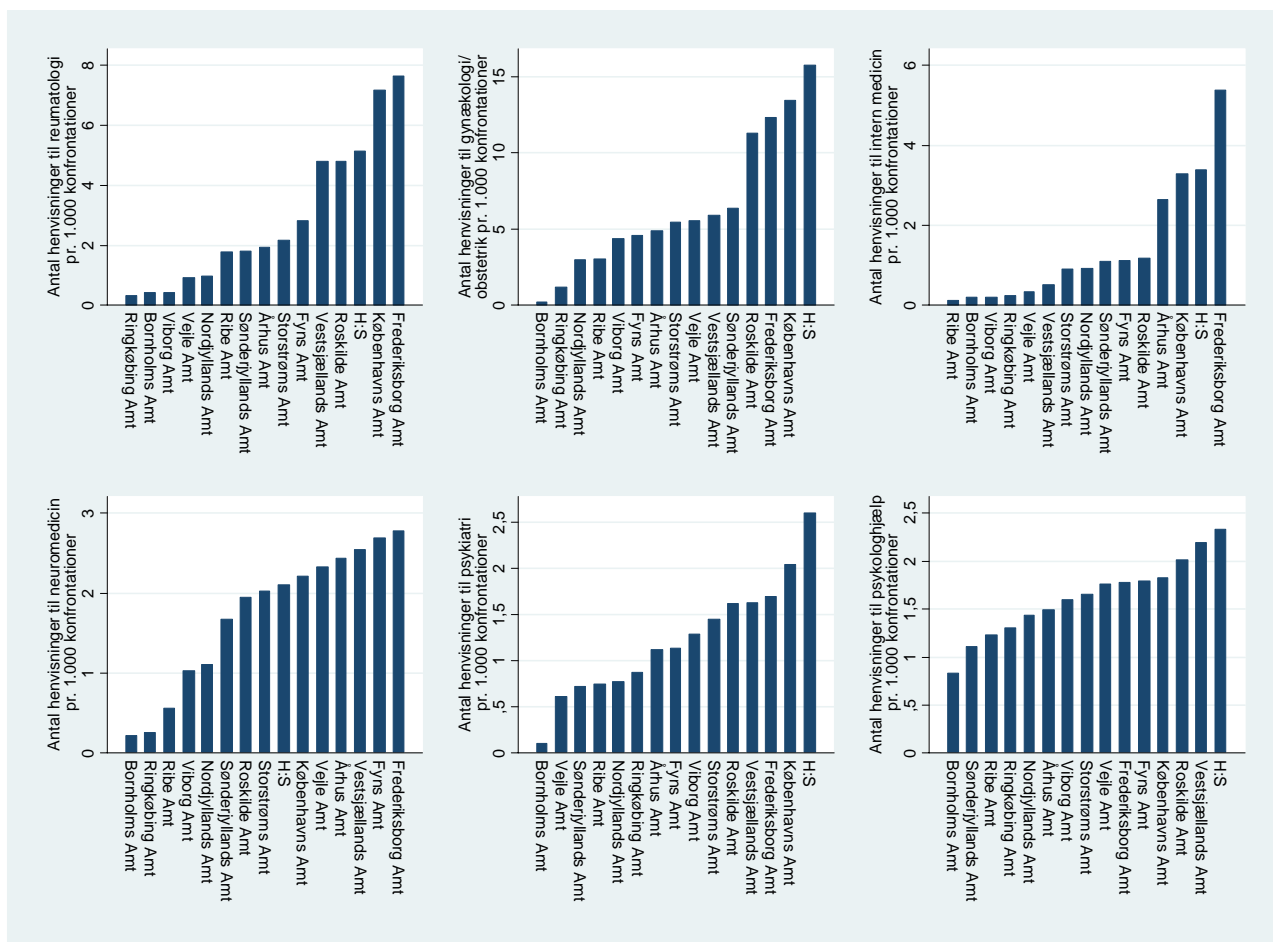


Figur 41 Variation mellem amter i henvisninger til speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) pr. 1.000 konfrontationskontakter, opdelt på specialer





... Figur 41 fortsat



## Centrale værdier og variation for de nye kommuner og regioner

Tabel 28 Gennemsnitlige antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldt og pr. 1.000 konfrontationskontakter for år 2006 opdelt på speciallæger (inkl. psykolog, fodterapi og fysioterapi) og sygehus (opdelt på indlagt og ambulante) fordelt på de nye kommuner.

Kommune	Variabel (pr. 1.000)	N	Gns.	Std. Afv.	min	max	p5	p50	p95
København	Speciallæger pr. t	266	492	99	240	919	349	488	666
	Indlagte pr. tilmeldt	266	84	25	37	181	52	79	133
	Ambulante pr. tilm.	266	128	30	71	295	85	126	180
	Speciallæger pr. k	266	153	41	62	347	93	148	221
	Indlagte pr. konfr.	266	26	9	10	82	15	24	39
	Ambulante pr. konf	266	40	12	16	111	22	39	60
Frederiksberg	Speciallæger pr. t	50	510	89	306	773	337	512	629
	Indlagte pr. tilmeldt	50	93	22	51	151	66	90	147
	Ambulante pr. tilm.	50	149	25	99	197	108	154	195
	Speciallæger pr. k	50	155	38	86	249	92	152	216
	Indlagte pr. konfr.	50	28	8	12	46	16	27	42
	Ambulante pr. konf	50	45	10	21	66	31	46	61
Ballerup	Speciallæger pr. t	22	566	117	384	849	405	533	745
	Indlagte pr. tilmeldt	22	57	11	32	75	38	58	73
	Ambulante pr. tilm.	22	131	36	86	245	92	127	195
	Speciallæger pr. k	22	151	36	90	259	96	145	209
	Indlagte pr. konfr.	22	15	3	10	22	10	15	19
	Ambulante pr. konf	22	35	11	20	75	25	33	43
Brøndby	Speciallæger pr. t	15	571	108	394	807	394	560	807
	Indlagte pr. tilmeldt	15	78	17	44	102	44	83	102
	Ambulante pr. tilm.	15	127	25	81	187	81	121	187
	Speciallæger pr. k	15	149	35	88	209	88	143	209
	Indlagte pr. konfr.	15	20	5	12	32	12	20	32
	Ambulante pr. konf	15	33	9	22	54	22	31	54
Dragør	Speciallæger pr. t	5	512	100	414	621	414	481	621
	Indlagte pr. tilmeldt	5	59	10	47	73	47	57	73
	Ambulante pr. tilm.	5	111	20	95	136	95	99	136
	Speciallæger pr. k	5	125	46	70	178	70	125	178
	Indlagte pr. konfr.	5	14	4	9	19	9	14	19
	Ambulante pr. konf	5	27	8	16	35	16	28	35
Gentofte	Speciallæger pr. t	37	654	139	483	977	488	628	954
	Indlagte pr. tilmeldt	37	53	12	31	89	33	52	87
	Ambulante pr. tilm.	37	105	26	57	180	63	103	159
	Speciallæger pr. k	37	192	54	107	360	112	182	345
	Indlagte pr. konfr.	37	16	4	5	24	9	16	23
	Ambulante pr. konf	37	31	9	9	54	17	29	51
Gladsaxe	Speciallæger pr. t	35	580	87	408	784	437	588	748
	Indlagte pr. tilmeldt	35	59	17	27	105	34	55	94
	Ambulante pr. tilm.	35	118	28	73	176	74	120	174
	Speciallæger pr. k	35	166	35	82	240	106	167	229
	Indlagte pr. konfr.	35	17	5	7	29	9	16	26
	Ambulante pr. konf	35	34	9	17	59	17	34	54
Glostrup	Speciallæger pr. t	11	583	81	480	742	480	562	742
	Indlagte pr. tilmeldt	11	68	19	42	100	42	64	100
	Ambulante pr. tilm.	11	119	30	88	186	88	110	186
	Speciallæger pr. k	11	180	40	128	256	128	162	256
	Indlagte pr. konfr.	11	21	7	13	33	13	19	33
	Ambulante pr. konf	11	37	12	24	62	24	35	62
Herlev	Speciallæger pr. t	14	511	77	336	618	336	522	618
	Indlagte pr. tilmeldt	14	63	13	49	98	49	64	98
	Ambulante pr. tilm.	14	131	29	76	167	76	138	167
	Speciallæger pr. k	14	146	29	87	204	87	151	204
	Indlagte pr. konfr.	14	18	5	13	29	13	18	29
	Ambulante pr. konf	14	37	8	20	47	20	38	47
Albertslund	Speciallæger pr. t	14	548	77	455	685	455	528	685
	Indlagte pr. tilmeldt	14	61	13	40	78	40	61	78
	Ambulante pr. tilm.	14	118	21	81	163	81	117	163
	Speciallæger pr. k	14	151	36	97	214	97	150	214

	Indlagte pr. konfr.	14	17	4	8	22	8	17	22
	Ambulante pr. konf	14	32	7	20	42	20	32	42
Hvidovre	Speciallæger pr. t	24	579	113	424	931	449	545	729
	Indlagte pr. tilmeldt	24	73	21	42	132	46	67	100
	Ambulante pr. tilm.	24	126	27	86	195	91	117	167
	Speciallæger pr. k	24	171	56	94	319	95	162	257
	Indlagte pr. konfr.	24	21	8	13	45	13	20	42
	Ambulante pr. konf	24	37	13	19	67	21	35	62
Høje-Taastrup	Speciallæger pr. t	27	505	94	354	822	389	516	626
	Indlagte pr. tilmeldt	27	69	19	46	127	47	63	106
	Ambulante pr. tilm.	27	132	38	52	216	77	127	200
	Speciallæger pr. k	27	138	30	85	215	98	138	197
	Indlagte pr. konfr.	27	18	4	13	33	13	18	25
	Ambulante pr. konf	27	36	11	16	57	18	34	52
Lyngby-Taarbæk	Speciallæger pr. t	26	632	102	420	837	427	648	780
	Indlagte pr. tilmeldt	26	53	9	37	71	42	53	71
	Ambulante pr. tilm.	26	109	23	73	154	74	109	148
	Speciallæger pr. k	26	181	31	88	229	123	187	223
	Indlagte pr. konfr.	26	15	2	10	20	12	15	20
	Ambulante pr. konf	26	31	7	16	43	17	33	41
Rødovre	Speciallæger pr. t	18	554	76	431	726	431	548	726
	Indlagte pr. tilmeldt	18	59	13	32	85	32	60	85
	Ambulante pr. tilm.	18	119	21	78	158	78	121	158
	Speciallæger pr. k	18	171	55	88	297	88	149	297
	Indlagte pr. konfr.	18	18	5	9	31	9	18	31
	Ambulante pr. konf	18	36	11	23	66	23	35	66
Ishøj	Speciallæger pr. t	8	575	91	508	765	508	537	765
	Indlagte pr. tilmeldt	8	69	21	53	120	53	63	120
	Ambulante pr. tilm.	8	119	27	86	161	86	118	161
	Speciallæger pr. k	8	166	29	129	214	129	164	214
	Indlagte pr. konfr.	8	20	8	13	38	13	18	38
	Ambulante pr. konf	8	35	11	23	51	23	33	51
Tårnby	Speciallæger pr. t	21	535	113	389	842	393	512	798
	Indlagte pr. tilmeldt	21	76	18	51	132	55	72	93
	Ambulante pr. tilm.	21	133	40	85	245	104	127	236
	Speciallæger pr. k	21	143	32	89	200	101	138	192
	Indlagte pr. konfr.	21	20	5	13	31	14	19	26
	Ambulante pr. konf	21	35	9	23	56	26	33	53
Vallensbæk	Speciallæger pr. t	6	535	61	462	611	462	540	611
	Indlagte pr. tilmeldt	6	75	20	50	112	50	70	112
	Ambulante pr. tilm.	6	137	36	101	184	101	128	184
	Speciallæger pr. k	6	147	33	108	197	108	148	197
	Indlagte pr. konfr.	6	20	5	15	28	15	19	28
	Ambulante pr. konf	6	38	13	24	54	24	38	54
Furesø	Speciallæger pr. t	19	540	116	354	857	354	542	857
	Indlagte pr. tilmeldt	19	60	18	33	91	33	63	91
	Ambulante pr. tilm.	19	91	24	64	157	64	82	157
	Speciallæger pr. k	19	142	46	75	294	75	132	294
	Indlagte pr. konfr.	19	16	5	8	28	8	15	28
	Ambulante pr. konf	19	24	8	13	46	13	21	46
Allerød	Speciallæger pr. t	9	512	78	412	608	412	506	608
	Indlagte pr. tilmeldt	9	70	20	50	110	50	66	110
	Ambulante pr. tilm.	9	87	16	67	121	67	85	121
	Speciallæger pr. k	9	140	21	112	174	112	138	174
	Indlagte pr. konfr.	9	19	5	15	27	15	18	27
	Ambulante pr. konf	9	24	3	20	30	20	23	30
Fredensborg	Speciallæger pr. t	14	565	88	453	734	453	537	734
	Indlagte pr. tilmeldt	14	70	14	53	102	53	66	102
	Ambulante pr. tilm.	14	85	16	44	118	44	85	118
	Speciallæger pr. k	14	146	31	102	227	102	144	227
	Indlagte pr. konfr.	14	18	4	12	29	12	17	29
	Ambulante pr. konf	14	22	4	15	26	15	23	26
Helsingør	Speciallæger pr. t	25	677	110	522	1030	550	668	872
	Indlagte pr. tilmeldt	25	74	12	54	96	57	72	95
	Ambulante pr. tilm.	25	95	17	57	126	72	98	125

	Speciallæger pr. k	25	175	45	110	313	117	164	240
	Indlagte pr. konfr.	25	19	4	10	29	13	19	24
	Ambulante pr. konf	25	25	6	16	37	16	25	34
Hillerød	Speciallæger pr. t	15	543	50	469	621	469	548	621
	Indlagte pr. tilmeldt	15	82	13	64	110	64	80	110
	Ambulante pr. tilm.	15	95	14	72	115	72	94	115
	Speciallæger pr. k	15	149	31	108	213	108	148	213
	Indlagte pr. konfr.	15	22	5	15	36	15	22	36
	Ambulante pr. konf	15	26	5	18	35	18	27	35
Hørsholm	Speciallæger pr. t	10	714	119	516	872	516	744	872
	Indlagte pr. tilmeldt	10	83	18	44	108	44	84	108
	Ambulante pr. tilm.	10	105	28	58	151	58	101	151
	Speciallæger pr. k	10	168	35	114	220	114	168	220
	Indlagte pr. konfr.	10	19	5	12	28	12	18	28
	Ambulante pr. konf	10	24	6	16	38	16	23	38
Rudersdal	Speciallæger pr. t	27	648	73	513	838	545	626	751
	Indlagte pr. tilmeldt	27	66	21	39	111	44	60	108
	Ambulante pr. tilm.	27	98	20	59	135	62	99	130
	Speciallæger pr. k	27	189	50	124	336	133	182	296
	Indlagte pr. konfr.	27	19	6	9	35	10	19	31
	Ambulante pr. konf	27	29	9	16	51	17	25	44
Egedal	Speciallæger pr. t	9	507	88	376	645	376	490	645
	Indlagte pr. tilmeldt	9	74	30	43	141	43	69	141
	Ambulante pr. tilm.	9	112	21	92	151	92	105	151
	Speciallæger pr. k	9	130	30	109	183	109	117	183
	Indlagte pr. konfr.	9	18	5	11	29	11	19	29
	Ambulante pr. konf	9	28	4	22	34	22	29	34
Frederiks- sund	Speciallæger pr. t	10	544	81	397	695	397	556	695
	Indlagte pr. tilmeldt	10	89	12	69	110	69	89	110
	Ambulante pr. tilm.	10	111	16	74	136	74	112	136
	Speciallæger pr. k	10	147	41	98	212	98	140	212
	Indlagte pr. konfr.	10	23	4	18	30	18	22	30
	Ambulante pr. konf	10	29	4	24	40	24	28	40
Greve	Speciallæger pr. t	26	496	112	343	771	346	463	716
	Indlagte pr. tilmeldt	26	69	12	42	90	51	71	83
	Ambulante pr. tilm.	26	212	48	134	297	136	207	294
	Speciallæger pr. k	26	138	36	51	207	62	138	185
	Indlagte pr. konfr.	26	19	4	8	27	10	20	27
	Ambulante pr. konf	26	58	16	20	96	36	56	81
Køge	Speciallæger pr. t	25	422	71	308	609	312	418	558
	Indlagte pr. tilmeldt	25	74	13	54	102	58	68	95
	Ambulante pr. tilm.	25	205	48	123	374	135	200	255
	Speciallæger pr. k	25	118	27	76	200	84	116	181
	Indlagte pr. konfr.	25	21	6	10	38	14	20	31
	Ambulante pr. konf	25	57	13	36	88	36	56	84
Frederiks- værk- Hundested	Speciallæger pr. t	6	543	62	442	631	442	541	631
	Indlagte pr. tilmeldt	6	104	19	75	133	75	103	133
	Ambulante pr. tilm.	6	110	16	81	122	81	117	122
	Speciallæger pr. k	6	134	25	107	162	107	132	162
	Indlagte pr. konfr.	6	25	5	20	33	20	25	33
	Ambulante pr. konf	6	27	5	21	34	21	27	34
Roskilde	Speciallæger pr. t	32	453	76	299	574	299	459	570
	Indlagte pr. tilmeldt	32	71	14	43	104	50	68	99
	Ambulante pr. tilm.	32	217	47	114	300	144	222	292
	Speciallæger pr. k	32	152	34	99	234	109	150	209
	Indlagte pr. konfr.	32	24	4	17	34	18	23	32
	Ambulante pr. konf	32	72	15	44	118	52	70	99
Solrød	Speciallæger pr. t	5	528	74	432	621	432	516	621
	Indlagte pr. tilmeldt	5	72	13	58	94	58	70	94
	Ambulante pr. tilm.	5	227	41	176	282	176	225	282
	Speciallæger pr. k	5	139	15	120	150	120	148	150
	Indlagte pr. konfr.	5	19	4	14	23	14	20	23
	Ambulante pr. konf	5	60	9	47	68	47	64	68
Gribskov	Speciallæger pr. t	12	526	78	400	659	400	525	659
	Indlagte pr. tilmeldt	12	76	19	56	116	56	67	116

	Ambulante pr. tilm.	12	99	23	71	157	71	95	157
	Speciallæger pr. k	12	130	27	97	169	97	133	169
	Indlagte pr. konfr.	12	19	6	13	30	13	16	30
	Ambulante pr. konf	12	25	8	13	43	13	24	43
Odsherred	Speciallæger pr. t	11	438	54	333	498	333	452	498
	Indlagte pr. tilmeldt	11	81	13	64	105	64	78	105
	Ambulante pr. tilm.	11	136	19	113	157	113	136	157
	Speciallæger pr. k	11	102	14	76	124	76	105	124
	Indlagte pr. konfr.	11	19	2	16	22	16	19	22
	Ambulante pr. konf	11	32	6	20	40	20	33	40
Holbæk	Speciallæger pr. t	17	373	46	278	460	278	391	460
	Indlagte pr. tilmeldt	17	68	18	43	131	43	64	131
	Ambulante pr. tilm.	17	120	16	89	144	89	119	144
	Speciallæger pr. k	17	103	17	76	131	76	98	131
	Indlagte pr. konfr.	17	19	5	15	37	15	16	37
	Ambulante pr. konf	17	33	4	25	41	25	33	41
Faxe	Speciallæger pr. t	10	422	83	314	611	314	404	611
	Indlagte pr. tilmeldt	10	86	20	65	131	65	85	131
	Ambulante pr. tilm.	10	166	30	110	204	110	171	204
	Speciallæger pr. k	10	105	16	83	140	83	103	140
	Indlagte pr. konfr.	10	21	3	17	25	17	21	25
	Ambulante pr. konf	10	42	8	31	59	31	41	59
Kalundborg	Speciallæger pr. t	18	396	76	269	574	269	384	574
	Indlagte pr. tilmeldt	18	81	12	64	107	64	77	107
	Ambulante pr. tilm.	18	128	21	90	180	90	127	180
	Speciallæger pr. k	18	110	18	76	138	76	112	138
	Indlagte pr. konfr.	18	23	6	14	37	14	22	37
	Ambulante pr. konf	18	36	7	23	48	23	37	48
Ringsted	Speciallæger pr. t	13	414	63	329	496	329	439	496
	Indlagte pr. tilmeldt	13	52	10	37	79	37	52	79
	Ambulante pr. tilm.	13	117	29	69	173	69	116	173
	Speciallæger pr. k	13	129	30	80	180	80	132	180
	Indlagte pr. konfr.	13	16	6	9	31	9	15	31
	Ambulante pr. konf	13	36	11	26	64	26	33	64
Slagelse	Speciallæger pr. t	28	433	58	294	582	327	439	507
	Indlagte pr. tilmeldt	28	59	13	38	95	42	57	86
	Ambulante pr. tilm.	28	132	25	86	188	87	134	176
	Speciallæger pr. k	28	117	27	66	170	68	116	165
	Indlagte pr. konfr.	28	16	4	8	28	10	16	23
	Ambulante pr. konf	28	36	9	21	60	21	36	52
Sorø	Speciallæger pr. t	8	416	19	389	446	389	418	446
	Indlagte pr. tilmeldt	8	53	8	40	65	40	53	65
	Ambulante pr. tilm.	8	117	21	89	157	89	114	157
	Speciallæger pr. k	8	114	27	75	165	75	113	165
	Indlagte pr. konfr.	8	15	4	8	19	8	15	19
	Ambulante pr. konf	8	33	12	17	58	17	31	58
Lejre	Speciallæger pr. t	8	409	39	333	459	333	409	459
	Indlagte pr. tilmeldt	8	70	19	42	93	42	73	93
	Ambulante pr. tilm.	8	223	31	172	266	172	228	266
	Speciallæger pr. k	8	120	23	90	160	90	121	160
	Indlagte pr. konfr.	8	20	5	15	29	15	18	29
	Ambulante pr. konf	8	65	13	46	79	46	66	79
Lolland	Speciallæger pr. t	24	462	71	335	614	345	466	569
	Indlagte pr. tilmeldt	24	104	20	68	144	74	104	140
	Ambulante pr. tilm.	24	181	42	89	252	110	178	242
	Speciallæger pr. k	24	114	26	66	181	71	113	154
	Indlagte pr. konfr.	24	26	6	15	39	15	24	36
	Ambulante pr. konf	24	44	11	24	69	31	42	60
Næstved	Speciallæger pr. t	21	374	56	276	537	293	365	460
	Indlagte pr. tilmeldt	21	80	14	57	118	59	80	97
	Ambulante pr. tilm.	21	206	64	114	423	122	198	289
	Speciallæger pr. k	21	108	32	68	217	76	101	145
	Indlagte pr. konfr.	21	23	6	16	37	16	21	32
	Ambulante pr. konf	21	59	22	32	113	34	54	105
Guldborg-sund	Speciallæger pr. t	26	455	78	329	620	330	449	567
	Indlagte pr. tilmeldt	26	75	13	52	104	57	76	95
	Ambulante pr. tilm.	26	181	48	93	330	107	173	235

	Speciallæger pr. k	26	122	29	71	171	75	122	170
	Indlagte pr. konfr.	26	20	4	12	27	15	20	25
	Ambulante pr. konf	26	48	13	33	86	33	45	71
Vordingborg	Speciallæger pr. t	18	392	67	254	490	254	390	490
	Indlagte pr. tilmeldt	18	87	14	63	116	63	88	116
	Ambulante pr. tilm.	18	176	33	86	213	86	185	213
	Speciallæger pr. k	18	94	24	62	135	62	89	135
	Indlagte pr. konfr.	18	21	4	15	29	15	21	29
	Ambulante pr. konf	18	42	10	24	61	24	40	61
Bornholm	Speciallæger pr. t	15	322	49	242	403	242	315	403
	Indlagte pr. tilmeldt	15	108	16	83	140	83	107	140
	Ambulante pr. tilm.	15	282	33	234	339	234	276	339
	Speciallæger pr. k	15	79	15	62	113	62	75	113
	Indlagte pr. konfr.	15	27	6	17	36	17	29	36
	Ambulante pr. konf	15	69	10	57	92	57	67	92
Middelfart	Speciallæger pr. t	11	368	43	281	425	281	366	425
	Indlagte pr. tilmeldt	11	92	12	71	111	71	91	111
	Ambulante pr. tilm.	11	279	33	211	322	211	285	322
	Speciallæger pr. k	11	92	15	66	115	66	95	115
	Indlagte pr. konfr.	11	23	2	21	25	21	23	25
	Ambulante pr. konf	11	69	10	55	87	55	68	87
Assens	Speciallæger pr. t	12	387	55	322	502	322	376	502
	Indlagte pr. tilmeldt	12	94	16	69	127	69	90	127
	Ambulante pr. tilm.	12	267	53	196	359	196	266	359
	Speciallæger pr. k	12	96	21	65	127	65	98	127
	Indlagte pr. konfr.	12	23	4	16	32	16	24	32
	Ambulante pr. konf	12	66	12	39	91	39	65	91
Faaborg-Midtfyn	Speciallæger pr. t	16	397	71	304	547	304	389	547
	Indlagte pr. tilmeldt	16	107	18	88	150	88	104	150
	Ambulante pr. tilm.	16	296	57	204	387	204	303	387
	Speciallæger pr. k	16	104	18	80	139	80	102	139
	Indlagte pr. konfr.	16	28	4	23	35	23	27	35
	Ambulante pr. konf	16	77	13	58	99	58	77	99
Kerteminde	Speciallæger pr. t	7	400	51	361	505	361	377	505
	Indlagte pr. tilmeldt	7	90	16	63	113	63	94	113
	Ambulante pr. tilm.	7	283	42	226	339	226	297	339
	Speciallæger pr. k	7	97	9	82	108	82	95	108
	Indlagte pr. konfr.	7	22	5	15	29	15	21	29
	Ambulante pr. konf	7	69	10	54	81	54	73	81
Nyborg	Speciallæger pr. t	10	438	75	304	570	304	440	570
	Indlagte pr. tilmeldt	10	112	14	93	137	93	112	137
	Ambulante pr. tilm.	10	323	50	248	397	248	331	397
	Speciallæger pr. k	10	111	27	79	151	79	108	151
	Indlagte pr. konfr.	10	28	5	22	39	22	28	39
	Ambulante pr. konf	10	80	12	69	101	69	77	101
Odense	Speciallæger pr. t	71	416	72	258	587	294	416	528
	Indlagte pr. tilmeldt	71	101	18	66	151	74	97	137
	Ambulante pr. tilm.	71	253	49	162	415	184	241	341
	Speciallæger pr. k	71	120	26	72	210	80	116	165
	Indlagte pr. konfr.	71	29	6	15	52	20	28	40
	Ambulante pr. konf	71	73	17	38	127	50	70	106
Svendborg	Speciallæger pr. t	24	396	42	305	462	321	400	458
	Indlagte pr. tilmeldt	24	116	15	92	147	94	114	145
	Ambulante pr. tilm.	24	297	47	199	400	221	297	363
	Speciallæger pr. k	24	108	18	79	162	83	109	137
	Indlagte pr. konfr.	24	32	6	23	50	25	30	47
	Ambulante pr. konf	24	81	17	60	116	61	80	115
Nordfyns	Speciallæger pr. t	10	352	50	265	426	265	353	426
	Indlagte pr. tilmeldt	10	100	16	83	135	83	96	135
	Ambulante pr. tilm.	10	273	42	217	322	217	281	322
	Speciallæger pr. k	10	82	9	63	94	63	82	94
	Indlagte pr. konfr.	10	23	4	19	31	19	21	31
	Ambulante pr. konf	10	65	15	45	96	45	63	96
Langeland	Speciallæger pr. t	7	344	55	291	422	291	340	422
	Indlagte pr. tilmeldt	7	119	23	82	155	82	120	155
	Ambulante pr. tilm.	7	338	69	258	460	258	339	460

	Speciallæger pr. k	7	88	20	56	113	56	86	113
	Indlagte pr. konfr.	7	30	6	23	39	23	30	39
	Ambulante pr. konf	7	86	20	59	118	59	76	118
Haderslev	Speciallæger pr. t	20	394	57	272	522	298	389	504
	Indlagte pr. tilmeldt	20	72	11	46	87	51	74	87
	Ambulante pr. tilm.	20	241	37	178	291	181	249	291
	Speciallæger pr. k	20	107	22	74	165	75	109	149
	Indlagte pr. konfr.	20	20	5	12	38	13	19	31
	Ambulante pr. konf	20	65	10	44	82	46	64	80
Billund	Speciallæger pr. t	16	381	50	310	492	310	371	492
	Indlagte pr. tilmeldt	16	89	20	61	127	61	85	127
	Ambulante pr. tilm.	16	242	59	140	351	140	222	351
	Speciallæger pr. k	16	106	18	81	136	81	108	136
	Indlagte pr. konfr.	16	25	5	16	35	16	24	35
	Ambulante pr. konf	16	67	16	42	100	42	68	100
Sønderborg	Speciallæger pr. t	24	368	52	246	441	267	372	426
	Indlagte pr. tilmeldt	24	81	16	62	118	62	76	106
	Ambulante pr. tilm.	24	264	36	201	350	203	263	316
	Speciallæger pr. k	24	91	18	56	132	63	93	117
	Indlagte pr. konfr.	24	20	3	14	25	15	20	24
	Ambulante pr. konf	24	65	10	49	90	50	64	78
Tønder	Speciallæger pr. t	13	335	53	276	423	276	326	423
	Indlagte pr. tilmeldt	13	64	6	54	75	54	65	75
	Ambulante pr. tilm.	13	275	61	210	415	210	249	415
	Speciallæger pr. k	13	87	18	66	119	66	86	119
	Indlagte pr. konfr.	13	17	2	14	20	14	16	20
	Ambulante pr. konf	13	71	15	51	106	51	69	106
Esbjerg	Speciallæger pr. t	44	337	50	254	465	269	337	423
	Indlagte pr. tilmeldt	44	83	17	36	121	62	80	110
	Ambulante pr. tilm.	44	273	42	170	374	213	274	345
	Speciallæger pr. k	44	90	20	48	147	60	92	115
	Indlagte pr. konfr.	44	22	5	11	34	14	21	30
	Ambulante pr. konf	44	73	15	43	101	49	73	96
Varde	Speciallæger pr. t	13	316	39	258	379	258	311	379
	Indlagte pr. tilmeldt	13	75	12	55	100	55	76	100
	Ambulante pr. tilm.	13	232	41	134	295	134	240	295
	Speciallæger pr. k	13	87	22	64	145	64	85	145
	Indlagte pr. konfr.	13	21	6	14	39	14	20	39
	Ambulante pr. konf	13	64	19	43	116	43	58	116
Vejen	Speciallæger pr. t	14	336	31	281	390	281	340	390
	Indlagte pr. tilmeldt	14	75	15	52	109	52	74	109
	Ambulante pr. tilm.	14	245	60	120	329	120	246	329
	Speciallæger pr. k	14	97	16	76	133	76	93	133
	Indlagte pr. konfr.	14	22	7	15	43	15	19	43
	Ambulante pr. konf	14	70	21	42	116	42	66	116
Aabenraa	Speciallæger pr. t	23	385	74	288	566	301	351	495
	Indlagte pr. tilmeldt	23	63	14	39	87	41	62	82
	Ambulante pr. tilm.	23	247	57	158	363	160	242	354
	Speciallæger pr. k	23	112	19	84	140	84	113	139
	Indlagte pr. konfr.	23	18	4	11	29	13	18	24
	Ambulante pr. konf	23	72	15	41	99	54	70	99
Fredericia	Speciallæger pr. t	15	387	76	251	564	251	383	564
	Indlagte pr. tilmeldt	15	93	24	49	145	49	85	145
	Ambulante pr. tilm.	15	226	67	117	362	117	210	362
	Speciallæger pr. k	15	102	23	59	149	59	104	149
	Indlagte pr. konfr.	15	24	6	12	36	12	26	36
	Ambulante pr. konf	15	59	16	28	87	28	57	87
Horsens	Speciallæger pr. t	27	364	44	289	458	303	366	427
	Indlagte pr. tilmeldt	27	84	13	60	115	66	81	108
	Ambulante pr. tilm.	27	179	24	144	232	146	176	224
	Speciallæger pr. k	27	105	17	76	148	79	105	126
	Indlagte pr. konfr.	27	24	4	18	34	18	24	30
	Ambulante pr. konf	27	52	9	37	75	38	53	67
Kolding	Speciallæger pr. t	39	361	54	265	523	295	345	480
	Indlagte pr. tilmeldt	39	78	14	51	112	55	79	107
	Ambulante pr. tilm.	39	180	32	109	233	118	176	230
	Speciallæger pr. k	39	108	23	71	162	75	104	156
	Indlagte pr. konfr.	39	23	5	14	36	16	23	35

	Ambulante pr. konf	39	53	12	31	92	33	54	76
Vejle	Speciallæger pr. t	25	401	67	279	529	314	382	516
	Indlagte pr. tilmeldt	25	83	13	54	106	63	82	100
	Ambulante pr. tilm.	25	179	42	101	278	131	165	255
	Speciallæger pr. k	25	127	27	81	189	88	130	166
	Indlagte pr. konfr.	25	26	4	18	32	20	27	32
	Ambulante pr. konf	25	56	11	40	79	42	54	79
Herning	Speciallæger pr. t	22	310	40	210	384	257	308	367
	Indlagte pr. tilmeldt	22	82	14	56	116	60	81	111
	Ambulante pr. tilm.	22	374	38	291	439	320	370	430
	Speciallæger pr. k	22	85	15	44	107	60	85	106
	Indlagte pr. konfr.	22	22	4	15	34	18	22	27
	Ambulante pr. konf	22	102	16	61	130	79	104	130
Holstebro	Speciallæger pr. t	19	306	51	195	431	195	302	431
	Indlagte pr. tilmeldt	19	99	16	65	119	65	105	119
	Ambulante pr. tilm.	19	369	61	281	515	281	354	515
	Speciallæger pr. k	19	83	15	51	106	51	86	106
	Indlagte pr. konfr.	19	27	4	17	33	17	27	33
	Ambulante pr. konf	19	100	19	73	140	73	98	140
Lemvig	Speciallæger pr. t	12	281	63	172	376	172	291	376
	Indlagte pr. tilmeldt	12	90	17	67	126	67	89	126
	Ambulante pr. tilm.	12	378	88	246	522	246	360	522
	Speciallæger pr. k	12	72	18	48	95	48	74	95
	Indlagte pr. konfr.	12	23	6	17	34	17	21	34
	Ambulante pr. konf	12	98	30	54	144	54	84	144
Struer	Speciallæger pr. t	8	292	36	250	346	250	278	346
	Indlagte pr. tilmeldt	8	94	13	72	110	72	96	110
	Ambulante pr. tilm.	8	351	44	277	421	277	343	421
	Speciallæger pr. k	8	75	11	62	97	62	74	97
	Indlagte pr. konfr.	8	24	5	17	31	17	24	31
	Ambulante pr. konf	8	90	14	76	118	76	89	118
Syddjurs	Speciallæger pr. t	14	386	61	243	501	243	385	501
	Indlagte pr. tilmeldt	14	85	16	50	105	50	88	105
	Ambulante pr. tilm.	14	182	37	123	261	123	180	261
	Speciallæger pr. k	14	110	25	79	173	79	108	173
	Indlagte pr. konfr.	14	24	4	17	30	17	24	30
	Ambulante pr. konf	14	51	9	37	64	37	50	64
Norddjurs	Speciallæger pr. t	19	398	49	295	495	295	402	495
	Indlagte pr. tilmeldt	19	91	14	69	120	69	88	120
	Ambulante pr. tilm.	19	189	34	122	251	122	186	251
	Speciallæger pr. k	18	95	20	56	131	56	90	131
	Indlagte pr. konfr.	18	22	4	13	28	13	22	28
	Ambulante pr. konf	18	45	9	23	63	23	45	63
Favrskov	Speciallæger pr. t	15	364	54	281	467	281	373	467
	Indlagte pr. tilmeldt	15	80	15	63	118	63	76	118
	Ambulante pr. tilm.	15	189	39	133	276	133	180	276
	Speciallæger pr. k	15	103	15	78	130	78	105	130
	Indlagte pr. konfr.	15	23	5	16	38	16	22	38
	Ambulante pr. konf	15	54	10	43	81	43	51	81
Odder	Speciallæger pr. t	12	298	32	255	361	255	291	361
	Indlagte pr. tilmeldt	12	76	15	52	100	52	76	100
	Ambulante pr. tilm.	12	165	28	122	219	122	154	219
	Speciallæger pr. k	12	82	12	63	96	63	84	96
	Indlagte pr. konfr.	12	21	4	15	27	15	20	27
	Ambulante pr. konf	12	45	7	37	63	37	42	63
Randers	Speciallæger pr. t	38	469	76	241	626	330	476	625
	Indlagte pr. tilmeldt	38	93	20	56	158	61	96	128
	Ambulante pr. tilm.	38	204	35	139	276	141	204	274
	Speciallæger pr. k	38	136	32	77	223	79	135	208
	Indlagte pr. konfr.	38	27	6	16	37	16	27	35
	Ambulante pr. konf	38	59	12	36	86	39	59	83
Silkeborg	Speciallæger pr. t	25	343	52	282	535	288	334	409
	Indlagte pr. tilmeldt	25	76	14	61	130	63	74	88
	Ambulante pr. tilm.	25	194	52	136	312	138	177	308
	Speciallæger pr. k	25	100	22	67	186	74	95	120
	Indlagte pr. konfr.	25	22	6	15	45	18	21	28
	Ambulante pr. konf	25	56	17	38	95	40	51	94
Skander-	Speciallæger pr. t	15	363	51	278	453	278	363	453



borg									
	Indlagte pr. tilmeldt	15	69	13	46	87	46	66	87
	Ambulante pr. tilm.	15	162	25	122	227	122	162	227
	Speciallæger pr. k	15	115	19	90	162	90	113	162
	Indlagte pr. konfr.	15	22	3	17	28	17	21	28
	Ambulante pr. konf	15	51	9	36	69	36	52	69
Århus	Speciallæger pr. t	121	378	75	215	560	259	377	508
	Indlagte pr. tilmeldt	121	85	17	44	134	61	84	117
	Ambulante pr. tilm.	121	176	31	118	255	127	172	225
	Speciallæger pr. k	121	117	28	56	203	74	116	168
	Indlagte pr. konfr.	121	26	6	14	45	17	26	37
	Ambulante pr. konf	121	54	12	31	92	35	55	73
Ikast-Brande	Speciallæger pr. t	10	281	41	217	353	217	277	353
	Indlagte pr. tilmeldt	10	80	10	65	94	65	78	94
	Ambulante pr. tilm.	10	275	102	151	460	151	255	460
	Speciallæger pr. k	10	74	9	61	88	61	73	88
	Indlagte pr. konfr.	10	21	2	19	25	19	21	25
	Ambulante pr. konf	10	71	19	42	93	42	77	93
Ringkøbing-Skjern	Speciallæger pr. t	15	284	43	222	357	222	297	357
	Indlagte pr. tilmeldt	15	93	24	68	164	68	89	164
	Ambulante pr. tilm.	15	386	74	280	597	280	361	597
	Speciallæger pr. k	15	75	15	41	92	41	75	92
	Indlagte pr. konfr.	15	24	4	20	32	20	23	32
	Ambulante pr. konf	15	101	17	64	137	64	101	137
Hedensted	Speciallæger pr. t	9	358	58	291	481	291	346	481
	Indlagte pr. tilmeldt	9	91	23	66	141	66	83	141
	Ambulante pr. tilm.	9	175	29	137	222	137	172	222
	Speciallæger pr. k	9	95	22	74	140	74	92	140
	Indlagte pr. konfr.	9	24	8	18	41	18	21	41
	Ambulante pr. konf	9	47	10	35	68	35	47	68
Morsø	Speciallæger pr. t	11	422	54	317	516	317	431	516
	Indlagte pr. tilmeldt	11	85	21	58	116	58	82	116
	Ambulante pr. tilm.	11	357	57	289	469	289	336	469
	Speciallæger pr. k	11	124	23	72	145	72	133	145
	Indlagte pr. konfr.	11	25	8	15	37	15	23	37
	Ambulante pr. konf	11	105	25	69	155	69	97	155
Skive	Speciallæger pr. t	19	364	43	301	480	301	358	480
	Indlagte pr. tilmeldt	19	82	13	62	110	62	84	110
	Ambulante pr. tilm.	19	326	50	271	492	271	319	492
	Speciallæger pr. k	19	123	34	67	207	67	121	207
	Indlagte pr. konfr.	19	28	8	14	46	14	28	46
	Ambulante pr. konf	19	110	34	63	194	63	101	194
Thisted	Speciallæger pr. t	17	369	49	302	470	302	384	470
	Indlagte pr. tilmeldt	17	73	14	54	102	54	70	102
	Ambulante pr. tilm.	17	346	41	292	462	292	341	462
	Speciallæger pr. k	17	123	30	76	218	76	120	218
	Indlagte pr. konfr.	17	24	5	16	34	16	24	34
	Ambulante pr. konf	17	115	24	83	186	83	117	186
Viborg	Speciallæger pr. t	30	416	113	282	896	301	397	547
	Indlagte pr. tilmeldt	30	79	14	55	112	59	76	102
	Ambulante pr. tilm.	30	317	60	246	540	246	301	441
	Speciallæger pr. k	30	119	30	78	224	78	114	169
	Indlagte pr. konfr.	30	23	4	13	30	17	21	29
	Ambulante pr. konf	30	91	18	64	141	65	89	135
Brønderslev-Dronninglund	Speciallæger pr. t	13	367	45	301	443	301	353	443
	Indlagte pr. tilmeldt	13	69	17	42	96	42	66	96
	Ambulante pr. tilm.	13	267	43	209	352	209	251	352
	Speciallæger pr. k	13	98	11	72	111	72	97	111
	Indlagte pr. konfr.	13	18	4	13	25	13	19	25
	Ambulante pr. konf	13	71	8	59	90	59	69	90
Frederikshavn	Speciallæger pr. t	20	333	55	220	415	234	332	414
	Indlagte pr. tilmeldt	20	75	16	48	113	48	76	104
	Ambulante pr. tilm.	20	289	51	186	395	202	287	376

	Speciallæger pr. k	20	83	20	53	122	55	79	115
	Indlagte pr. konfr.	20	19	4	9	25	11	18	25
	Ambulante pr. konf	20	72	17	51	103	53	67	102
Vesthim- merland	Speciallæger pr. t	10	309	35	257	356	257	307	356
	Indlagte pr. tilmeldt	10	40	18	22	81	22	33	81
	Ambulante pr. tilm.	10	237	34	196	305	196	239	305
	Speciallæger pr. k	10	82	15	55	102	55	85	102
	Indlagte pr. konfr.	10	10	5	6	20	6	9	20
	Ambulante pr. konf	10	63	12	42	77	42	65	77
Rebild	Speciallæger pr. t	11	335	56	252	425	252	340	425
	Indlagte pr. tilmeldt	11	50	13	28	72	28	51	72
	Ambulante pr. tilm.	11	219	41	154	275	154	225	275
	Speciallæger pr. k	11	89	20	56	114	56	94	114
	Indlagte pr. konfr.	11	13	5	8	24	8	13	24
	Ambulante pr. konf	11	58	11	38	76	38	56	76
Mariager- fjord	Speciallæger pr. t	16	315	51	238	378	238	321	378
	Indlagte pr. tilmeldt	16	65	17	46	109	46	61	109
	Ambulante pr. tilm.	16	215	45	134	272	134	224	272
	Speciallæger pr. k	16	80	16	56	110	56	85	110
	Indlagte pr. konfr.	16	16	4	12	23	12	16	23
	Ambulante pr. konf	16	55	15	31	85	31	56	85
Jammer- bugt	Speciallæger pr. t	11	338	51	283	437	283	340	437
	Indlagte pr. tilmeldt	11	53	10	35	68	35	56	68
	Ambulante pr. tilm.	11	237	41	151	297	151	247	297
	Speciallæger pr. k	11	95	22	63	127	63	100	127
	Indlagte pr. konfr.	11	15	4	10	23	10	13	23
	Ambulante pr. konf	11	66	13	44	86	44	62	86
Aalborg	Speciallæger pr. t	72	379	61	265	486	286	380	480
	Indlagte pr. tilmeldt	72	48	10	35	83	37	45	64
	Ambulante pr. tilm.	72	231	47	143	358	159	225	317
	Speciallæger pr. k	72	110	26	56	198	77	108	157
	Indlagte pr. konfr.	72	14	3	6	22	9	13	21
	Ambulante pr. konf	72	66	16	38	107	44	66	103
Hjørring	Speciallæger pr. t	27	262	39	173	347	196	264	345
	Indlagte pr. tilmeldt	27	69	13	45	101	51	71	86
	Ambulante pr. tilm.	27	258	40	170	331	195	258	318
	Speciallæger pr. k	27	72	17	40	106	51	68	101
	Indlagte pr. konfr.	27	19	4	13	29	13	19	26
	Ambulante pr. konf	27	71	17	39	116	44	71	94
Andre <sup>1</sup>	Speciallæger pr. t	11	283	82	171	437	171	276	437
	Indlagte pr. tilmeldt	11	124	46	63	185	63	142	185
	Ambulante pr. tilm.	11	302	97	198	454	198	285	454
	Speciallæger pr. k	11	72	16	51	99	51	68	99
	Indlagte pr. konfr.	11	34	19	16	79	16	34	79
	Ambulante pr. konf	11	82	39	45	174	45	75	174

<sup>1</sup> Andre består af kommuner med under 5 praksis: Stevn, Ærø, Fanø, Læsø, Samsø

Tabel 29 Antal almen praksis og gennemsnitlig henvisningsmønster pr. 1.000 tilmeldte for regionerne, år 2006

Region	Antal almen praksis	Totale antal henvisninger pr. 1.000 tilmeldte	Henvisninger til speciallæger pr. 1.000 tilmeldte	Henvisninger til ambulanssygehuskontakt pr. 1.000 tilmeldte	Henvisninger til sygehusindlæggelse pr. 1.000 tilmeldte
Nordjylland	209	664 (118)	347 (68)	257 (61)	60 (18)
Midtjylland	432	685 (127)	365 (82)	234 (91)	85 (18)
Syddanmark	419	719 (118)	377 (66)	253 (62)	89 (22)
Hovedstaden	770	739 (129)	539 (117)	124 (38)	75 (24)
Sjælland	293	681 (122)	431 (79)	175 (54)	75 (19)
Total	2.123	708 (127)	438 (122)	192 (83)	79 (23)

Note: Standardafvigelserne er opgivet i parentes.

Tabel 30 Antal almen praksis og gennemsnitlig henvisningsmønster pr. 1.000 konfrontationskontakter for regionerne, år 2006

Region	Antal almen praksis	Totale antal henvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter	Henvisninger til speciallæger pr. 1.000 konfrontationskontakter	Henvisninger til ambulanssygehuskontakt pr. konfrontationskontakter	Henvisninger til sygehusindlæggelse pr. 1.000 konfrontationskontakter
Nordjylland	209	187 (50)	98 (28)	72 (23)	17 (6)
Midtjylland	432	198 (46)	106 (30)	67 (26)	25 (6)
Syddanmark	419	197 (40)	104 (25)	69 (17)	24 (7)
Hovedstaden	770	213 (53)	156 (43)	36 (13)	22 (8)
Sjælland	293	188 (48)	119 (31)	48 (18)	21 (6)
Total	2.123	201 (49)	125 (42)	54 (24)	22 (7)

Note: Standardafvigelserne er opgivet i parentes.

### Spørgsmål A2:

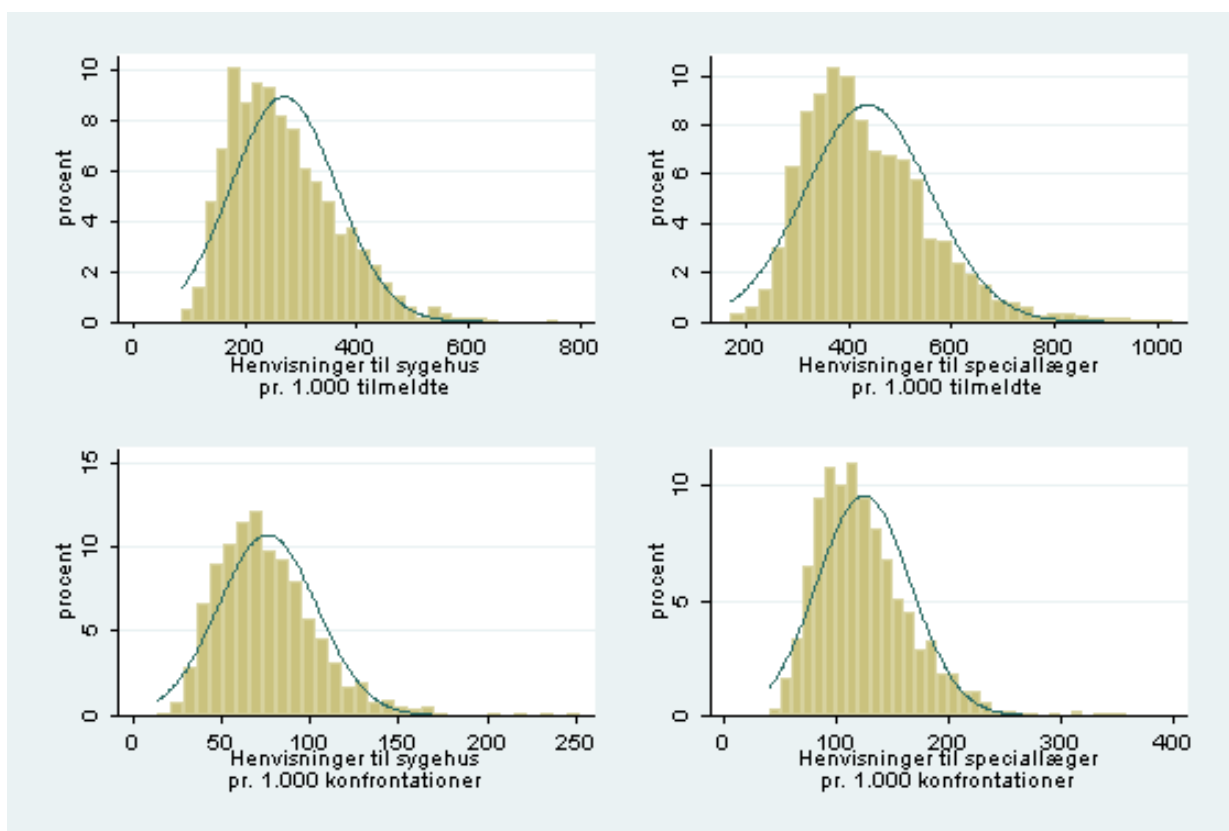
Hvor stor en del af variationen i henvisninger kan forklares af almen praksis, kommuner og regionsniveau?

Se tabeller med resultater fra regressionsanalyser på næste side

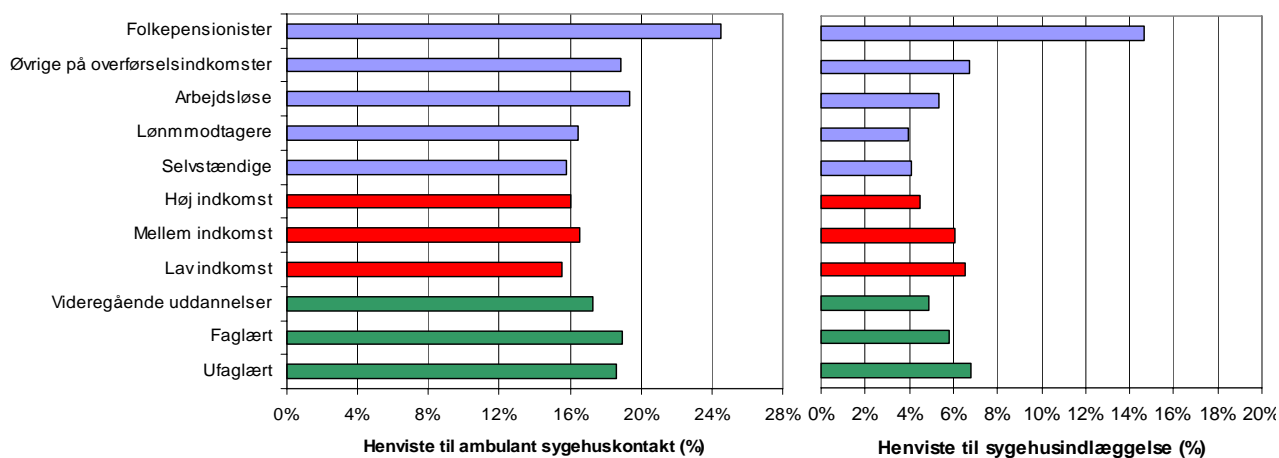
### Spørgsmål A3:

Hvor stor en del af variationen i henvisningsbrug forklares af de nedenfor anførte forklarende variable?

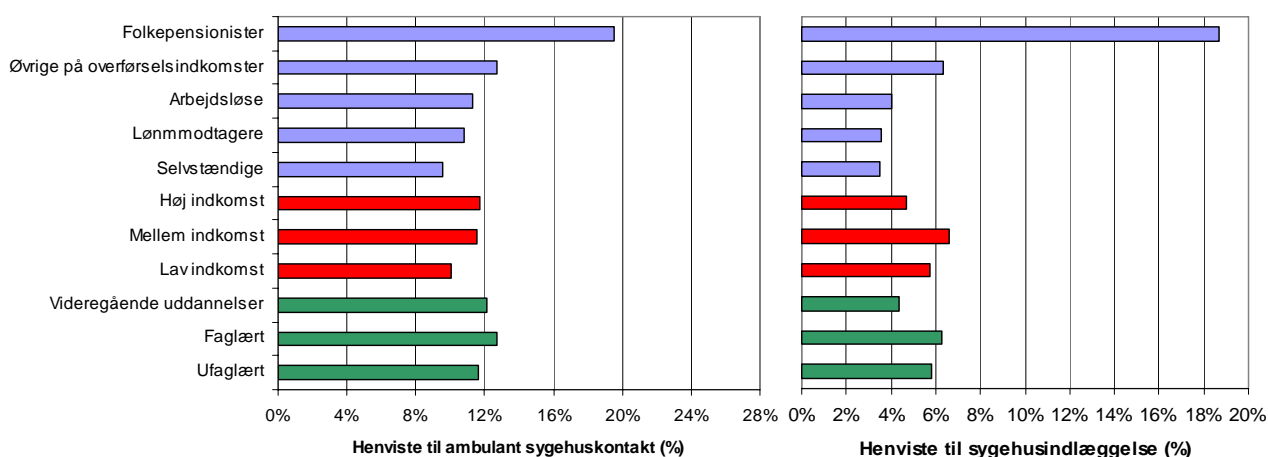
Figur 42 Undersøgelse af normalfordelingsantagelsen



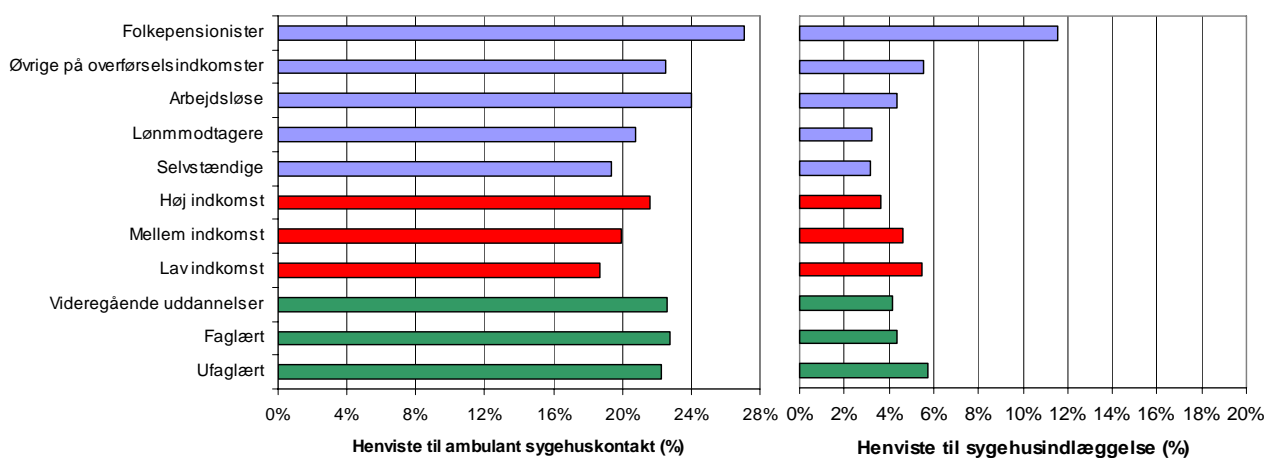
Figur 43 Andel henviste til ambulant sygehuskontakt og sygehusindlæggelse opdelt på uddannelse, indkomst og beskæftigelse



Figur 44 Andel henviste til ambulant sygehuskontakt og sygehusindlæggelse opdelt på uddannelse, indkomst og beskæftigelse – H:S



Figur 45 Andel henviste til ambulant sygehuskontakt og sygehusindlæggelse opdelt på uddannelse, indkomst og beskæftigelse – Nordjyllands Amt



Tabel 31 Regressionsanalyse for sygehushenvisninger pr. 1.000 tilmeldt med gruppering af forklarende variable (N=1914)

Afhængig vari.	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6 (N=1754)		Model 7	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Henvisninger til sygehus/1.000 pt	-0,85	0,0	-0,36	0,06	-0,10	0,63	0,08	0,66	1,79	0,00	-0,68	0,00	0,01	0,95
0-9 årige/1.000 t.									2,13	0,00				0,00
10-19 årige/1.000									1,17	0,01			0,05	0,53
20-29 årige/1.000	-1,02	0,00	-0,62	0,00	-0,76	0,00	-0,17	0,17	1,46	0,00	-0,95	0,00	0,18	0,01
30-39 årige/1.000	-1,12	0,00	-0,72	0,00	-0,57	0,00	-0,32	0,00	0,15	0,72	-1,97	0,00	0,02	0,86
40-49 årige/1.000	-2,43	0,00	-1,53	0,00	-1,59	0,00	-0,83	0,00	1,64	0,00	-0,68	0,00	0,20	0,02
50-59 årige/1.000	-0,85	0,00	-0,47	0,00	-0,43	0,01	0,23	0,13	0,85	0,02	-0,89	0,00	0,18	0,03
60-69 årige/1.000	-1,06	0,00	-0,63	0,00	-0,77	0,00	-0,18	0,20			-0,29	0,03	0,23	0,00
70+ årige/1.000	-0,50	0,00	-0,10	0,40	-0,26	0,05	0,09	0,45						
Mænd/1.000 tilm.	0,17	0,00	0,07	0,10	0,00	0,99	-0,04	0,28	0,06	0,15	0,15	0,00	-0,19	0,00
Lægetæthed/1.000 t.			-1,59	0,30										
Speciallægetæthed/-1.000			-24,04	0,00										
Sygehus i kommunen			64,79	0,00										
Ufaglærte/1.000 t.					0,62	0,00								
Faglærte/1.000 tilm.					0,23	0,00								
Videregående udd./-1.000 tilm.					-0,02	0,76								
Lav disp. familieindkomst/1.000							0,12	0,02						
Mellem disp. familieindkomst/1.000							0,35	0,00						
Høj disp. familieindkomst/1.000							-0,24	0,00						
Selvstændige/1.000									1,36	0,00				
Lønmodtagere/1.000									0,08	0,21				
Arbejdsløse/1.000									-0,05	0,87				
Øvrige på overførselsindkomster/1.000 tilm.									0,91	0,00				
Folkepensionister/1.000									1,89	0,00				
Listestørrelse pr. fuldtidslæge											0,00	0,52		
Antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt											9,34	0,00		
Enkeltmands- og samarbejdspraksis														
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis											22,87	0,02		
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)											6,96	0,20		
Kompagniskabspraksis											31,46	0,00		
Sekretærtimer/-uge/fuldtidslæge											0,88	0,00		
Sygeplejersketimer/-uge/fuldtidslæge											0,10	0,61		
Bioanalytikertimer/-uge/fuldtidslæge											0,61	0,01		
Amt1-amt15													-	-
Konstant	1.203,07	0,00	842,11	0,00	593,38	0,00	312,92	0,01	-1.403,29	0,00	951,42	0,00	126,54	0,1
Justeret R2 ( $\Delta R2$ )	0,14		0,27	(0,13)	0,25	(0,11)	0,33	(0,19)	0,23	(0,11)	0,17	(0,03)	0,73	(0,59)

Tabel 32 Regressionsanalyse for sygehushenvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter med gruppering af forklarende variable (N=1914)

Afhængig vari.	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6 (N=1754)		Model 7	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Henvisninger til sygehus/1.000 pt	-0,25	0,00	-0,12	0,05	-0,06	0,30	-0,03	0,64	0,61	0,00	-0,20	0,00	0,01	0,90
0-9 årige/1.000 t.									0,72	0,00				
10-19 årige/1.000									0,46	0,00	-0,21	0,00	0,04	0,19
20-29 årige/1.000	-0,26	0,00	-0,17	0,00	-0,26	0,00	-0,05	0,24	0,48	0,00	-0,26	0,00	0,06	0,02
30-39 årige/1.000	-0,30	0,00	-0,21	0,00	-0,24	0,00	-0,11	0,00	0,13	0,33	-0,55	0,00	0,03	0,55
40-49 årige/1.000	-0,65	0,00	-0,43	0,00	-0,53	0,00	-0,28	0,00	0,48	0,00	-0,23	0,00	0,03	0,44
50-59 årige/1.000	-0,27	0,00	-0,18	0,00	-0,25	0,00	-0,01	0,79	0,27	0,02	-0,28	0,00	0,03	0,36
60-69 årige/1.000	-0,34	0,00	-0,22	0,00	-0,33	0,00	-0,13	0,00			-0,12	0,01	0,09	0,00
70+ årige/1.000	-0,16	0,00	-0,07	0,05	-0,16	0,00	-0,03	0,44			0,05	0,00	-0,05	0,00
Mænd/1.000 tilm.	0,05	0,00	0,03	0,02	0,02	0,16	0,00	0,81	0,03	0,07				
Lægetæthed/1.000 t.			-0,97	0,05										
Speciallægetæthed/-1.000			-6,15	0,00										
Sygehus i kommunen			19,67	0,00										
Ufaglærte/1.000 t.					0,22	0,00								
Faglærte/1.000 tilm.					0,12	0,00								
Videregående udd./-1.000 tilm.					0,09	0,00								
Lav disp. familieindkomst/1.000							0,09	0,00						
Mellem disp. familieindkomst/1.000							0,15	0,00						
Høj disp. familieindkomst/1.000							0,00	0,82						
Selvstændige/1.000									0,49	0,00				
Lønmodtagere/1.000									0,09	0,00				
Arbejdsløse/1.000									-0,02	0,86				
Øvrige på overførselsindkomster/1.000 tilm.									0,26	0,00				
Folkepensionister/1.000									0,63	0,00				
Listestørrelse pr. fuldtidslæge											0,00	0,90		
Enkeltmands- og samarbejdspraksis														
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis											4,51	0,15		
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)											4,35	0,01		
Kompagniskabspraksis											8,47	0,00		
Sekretærtimer/-uge/fuldtidslæge											0,17	0,00		
Sygeplejersketimer/-uge/fuldtidslæge											-0,09	0,15		
Bioanalytikertimer/-uge/fuldtidslæge											0,05	0,48	-	-
Amt1-amt15														
Konstant	340,16	0,00	251,99	0,00	184,70	0,00	66,57	0,08	-518,30	0,00	286,85	0,00	85,05	0,00
Justeret R2 ( $\Delta R2$ )	0,07		0,18	(0,11)	0,15	(0,08)	0,22	(0,15)	0,16	(0,09)	0,08	(0,01)	0,59	(0,52)

Sociogrupperne tilsammen forklarer  $\Delta R2=0,19$

Tabel 33 Regressionsanalyse for speciallægehenvisninger pr. 1.000 tilmeldt med gruppering af forklarende variable (N=1914)

Afhængig vari.	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6 (N=1754)		Model 7	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Henvisninger til sygehus/1.000 pt	0,96	0,00	0,18	0,43	0,23	0,36	-0,28	0,21	-3,24	0,00	1,03	0,00	-0,04	0,85
0-9 årige/1.000 t.									-4,28	0,00				
10-19 årige/1.000	1,31	0,00	0,43	0,01	0,58	0,00	0,14	0,37	-3,32	0,00	1,18	0,00	0,17	0,19
20-29 årige/1.000	1,92	0,00	1,04	0,00	0,83	0,00	0,91	0,00	-2,62	0,00	1,78	0,00	0,32	0,01
30-39 årige/1.000	3,11	0,00	1,36	0,00	1,58	0,00	0,90	0,00	-1,55	0,01	2,73	0,00	0,26	0,23
40-49 årige/1.000	1,60	0,00	0,82	0,00	0,55	0,01	0,11	0,56	-3,07	0,00	1,60	0,00	0,47	0,00
50-59 årige/1.000	1,76	0,00	1,03	0,00	1,00	0,00	0,68	0,00	-2,26	0,00	1,60	0,00	0,22	0,12
60-69 årige/1.000	1,67	0,00	0,82	0,00	1,02	0,00	0,80	0,00			1,50	0,00	0,67	0,00
70+ årige/1.000	-1,01	0,00	-0,74	0,00	-0,76	0,00	-0,69	0,00	-0,90	0,00	-0,95	0,00	-0,55	0,00
Mænd/1.000 tilm.														
Lægetæthed/1.000 t.			-22,7	0,23										
Speciallægetæthed/-1.000			423,4	0,00										
Sygehus i kommunen			63,27	0,00										
Ufaglærte/1.000 t.					-0,06	0,49								
Faglærte/1.000 tilm.					0,24	0,01								
Videregående udd./1.000					0,71	0,00								
Lav disp. familieindkomst/1.000							0,68	0,00						
Mellem disp. familieindkomst/1.000							0,09	0,13						
Høj disp. familieindkomst/1.000							1,03	0,00						
Selvstændige/1.000									-1,65	0,00				
Lønmodtagere/1.000									0,48	0,00				
Arbejdsløse/1.000									-0,72	0,05				
Øvrige på overførselsindkomster/1.000 tilm.									0,46	0,00				
Folkepensionister/1.000									-2,26	0,00				
Listestørrelse pr. fuldtidslæge											0,01	0,12		
Antal konfrontationskon-takter pr. tilmeldt											7,33	0,07		
Enkeltmands- og samarbejdspraksis														
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis											23,79	0,06		
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)											-1,07	-0,88		
Kompagniskabspraksis											-37,9	0,00		
Sekretærtimer/-uge/fuldtidslæge											0,95	0,00		
Sygeplejersketimer/-uge/fuldtidslæge											-0,19	0,44		
Bioanalytikertimer/-uge/fuldtidslæge											-0,40	0,16		
Amt1-amt15														
Konstant	-649,4	0,00	32,05	0,82	-88,63	0,56	-106,4	0,46	3537,1	0,00	-574,6	0,00	309,78	0,01
Justeret R2 ( $\Delta R2$ )	0,18		0,38	(0,20)	0,27	(0,09)	0,43	(0,25)	0,23	(0,05)	0,20	(0,02)	0,60	(0,42)



Tabel 34 Regressionsanalyse for speciallægehenvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter med gruppering af forklarende variable (N=1914)

Afhængig vari.	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6 (N=1754)		Model 7	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
Henvisninger til sygehus/1.000 pt														
0-9 årige/1.000 t.	0,27	0,00	0,04	0,65	0,04	0,64	-0,13	0,12	-0,72	0,00	0,30	0,00	0,03	0,69
10-19 årige/1.000									-1,00	0,00				
20-29 årige/1.000	0,43	0,00	0,15	0,01	0,12	0,05	0,07	0,21	-0,69	0,00	0,38	0,00	0,11	0,03
30-39 årige/1.000	0,62	0,00	0,34	0,00	0,19	0,00	0,30	0,00	-0,55	0,01	0,57	0,00	0,12	0,01
40-49 årige/1.000	1,00	0,00	0,46	0,00	0,41	0,00	0,28	0,00	-0,20	0,32	0,86	0,00	0,21	0,02
50-59 årige/1.000	0,43	0,00	0,18	0,01	0,01	0,95	-0,05	0,43	-0,78	0,00	0,42	0,00	0,10	0,09
60-69 årige/1.000	0,43	0,00	0,21	0,00	0,13	0,05	0,08	0,16	-0,57	0,00	0,40	0,00	0,03	0,65
70+ årige/1.000	0,47	0,00	0,20	0,00	0,20	0,00	0,19	0,00			0,41	0,00	0,18	0,00
Mænd/1.000 tilm.	-0,30	0,00	-0,21	0,00	-0,20	0,00	-0,19	0,00	-0,26	0,00	-0,28	0,00	-0,16	0,00
Lægetæthed/1.000 t.			-1,49	0,03										
Speciallægetæthed/-1.000			12,95	0,00										
Sygehus i kommunen			-16,69	0,00										
Ufaglærte/1.000 t.					0,07	0,02								
Faglærte/1.000 tilm.					0,12	0,00								
Videregående udd./-1.000 tilm.					0,33	0,00								
Lav disp. fami-lieindkomst/1.000							0,28	0,00						
Mellem disp. fami-lieindkomst/1.000							0,09	0,00						
Høj disp. fami-lieindkomst/1.000							0,39	0,00						
Selvstændige/1.000									-0,26	0,00				
Lønmodtagere/1.000									0,22	0,00				
Arbejdsløse/1.000									-0,17	0,18				
Øvrige på overførsels-indkomster/1.000 tilm.									0,11	0,02				
Folkepensionister/1.000									-0,45	0,01				
Listestørrelse pr. fuldtidslæge											0,00	0,13		
Enkeltmands- og samarbejdspraksis														
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis											-9,54	0,03		
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)											3,29	0,16		
Kompagniskabspraksis											-11,30	0,00		
Sekretærtimer/-uge/fuldtidslæge											-0,44	0,00		
Sygeplejersketimer/-uge/fuldtidslæge											-0,29	0,00		
Bioanalytikertimer/-uge/fuldtidslæge											-0,34	0,00		
Amt1-amt15														
Konstant	-201,63	0,00	11,99	0,81	-27,17	0,61	-86,64	0,09	775,55	0,00	-162,75	0,00	54,06	0,25
Justeret R2 (ΔR2)	0,15		0,31	(0,16)	0,25	(0,10)	0,38	(0,23)	0,19	(0,04)	0,19	(0,04)	0,43	(0,28)
Sociogrupperne tilsammen forklarer ΔR2=0,26														

Tabel 35 Regressionsanalyse med en fuld model inkl. og ekskl. amtsdummies for både speciallægehenvvisninger og sygehushenvvisninger pr. 1.000 tilmeldte (N=1.754)

Afhængig variabel:	Henvvisninger til speciallæge pr. 1.000 pt						Henvvisninger til sygehus pr. 1.000 pt					
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
0-9 årige/1.000 t.	0,96	0,00	-1,86	0,00	-0,04	0,85	-0,85	0,00	1,35	0,00	0,62	0,03
10-19 årige/1.000			-1,33	0,01					0,63	0,15	0,16	0,56
20-29 årige/1.000	1,31	0,00	-0,68	0,15	0,17	0,19	-1,02	0,00	-0,04	0,92	0,28	0,27
30-39 årige/1.000	1,92	0,00	0,42	0,38	0,32	0,01	-1,12	0,00	-0,17	0,69	0,68	0,01
40-49 årige/1.000	3,11	0,00	-0,18	0,70	0,26	0,23	-2,43	0,00	-0,41	0,32	0,47	0,07
50-59 årige/1.000	1,60	0,00	-0,30	0,55	0,47	0,00	-0,85	0,00	0,26	0,55	0,63	0,02
60-69 årige/1.000	1,76	0,00	-0,52	0,20	0,22	0,12	-1,06	0,00	0,04	0,91	0,21	0,33
70+ årige/1.000	1,67	0,00			0,67	0,00	-0,50	0,00				
Mænd/1.000 tilm.	-1,01	0,00	-0,62	0,00	-0,55	0,00	0,17	0,00	-0,05	0,22	-0,26	0,00
Lægetæthed/1.000 t.			0,56	0,74	-0,85	0,57			-6,22	0,00	0,31	0,748
Speciallægetæthed/1.000			17,48	0,00	10,44	0,00			-5,60	0,00	-0,48	0,676
Sygehus i kommunen			-32,12	0,00	2,00	0,71			36,66	0,00	9,25	0,007
Ufaglærte/1.000 t.			-0,53	0,02	0,22	0,29			0,01	0,95	-0,03	0,82
Faglærte/1.000 tilm.			-0,24	0,33	0,51	0,02			-0,05	0,81	0,05	0,73
Videregående udd./1.000			-0,75	0,00	0,28	0,19			0,13	0,52	-0,12	0,38
Lav disp. familieindkomst/1.000			1,21	0,00	0,28	0,06			-0,72	0,00	-0,07	0,48
Mellem disp. familieindkomst/1.000			0,84	0,00	0,43	0,01			-0,46	0,01	-0,03	0,78
Høj disp. familieindkomst/1.000			1,76	0,00	0,69	0,00			-1,01	0,00	-0,02	0,88
Selvstændige/1.000			-1,56	0,00	-0,44	0,17			2,05	0,00	0,54	0,01
Lønmodtagere/1.000			-0,57	0,05	-0,62	0,01			0,95	0,00	0,14	0,37
Arbejdsløse/1.000			-0,73	0,09	0,81	0,05			0,30	0,41	0,30	0,25
Øvrige på overførselsindkomster/1.000 tilm.			0,14	0,63	0,36	0,14			1,30	0,00	0,67	0,00
Folkepensionister/1.000			-0,49	0,34	-0,91	0,04			1,24	0,01	0,89	0,00
Listestørrelse pr. fuldtidslæge			0,01	0,30	0,01	0,36			0,00	0,61	0,01	0,06
Antal konfrontationskon-takter pr. tilmeldt			12,22	0,00	6,76	0,02			8,41	0,00	10,08	0,00
Enkeltmands- og samarbejdspraksis												
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis			3,39	0,73	16,85	0,04			8,88	0,29	3,13	0,55
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)			7,28	0,17	10,35	0,02			-1,74	0,71	-4,58	0,11
Kompagniskabspraksis			0,91	0,88	10,17	0,04			10,06	0,05	3,87	0,22
Sekretærtimer/-uge/fuldtidslæge			-0,37	0,02	0,13	0,34			0,35	0,01	0,05	0,59
Sygeplejersketimer/-uge/fuldtidslæge			-0,19	0,33	-0,10	0,56			0,04	0,81	-0,01	0,93
Bioanalytikertimer/-uge/fuldtidslæge			-0,13	0,55	0,02	0,90			0,46	0,02	0,26	0,03
Amt1-amt15					-	-					-	-
Konstant	-649,40	0,00	796,99	0,07	1.219,3	0,00			-154,65	0,69	-296,14	0,217
Justeret R2 ( $\Delta R2$ )	0,18		0,52	(0,34)	0,67	(0,49)	0,14		0,41	(0,27)	0,78	(0,64)

Note: Modellerne med køns- og aldersjustering har 1.914 observationer, mens de fulde modeller har 1.757 observationer pga. missing data for antal fuldtidslæger fra praksistællingen.

Tabel 36 Regressionsanalyse med en fuld model inkl. og ekskl. amtsdummies for både speciallægehenvvisninger og sygehushenvvisninger pr. 1.000 konfrontationskontakter (N=1.754)

Afhængig variabel:	Henvvisninger til speciallæge pr. 1.000 pt						Henvvisninger til sygehus pr. 1.000 pt					
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
0-9 årige/1.000 t.	0,27	0,00	-0,46	0,02	-0,33	0,06	-0,25	0,00	0,45	0,00	0,01	0,90
10-19 årige/1.000			-0,27	0,15	-0,23	0,17			0,28	0,04		
20-29 årige/1.000	0,43	0,00	-0,04	0,80	-0,18	0,26	-0,26	0,00	0,09	0,49	0,04	0,19
30-39 årige/1.000	0,62	0,00	0,17	0,34	-0,18	0,28	-0,30	0,00	-0,02	0,88	0,06	0,02
40-49 årige/1.000	1,00	0,00	0,08	0,65	-0,22	0,18	-0,65	0,00	-0,05	0,69	0,03	0,55
50-59 årige/1.000	0,43	0,00	-0,05	0,80	-0,21	0,22	-0,27	0,00	0,10	0,49	0,03	0,44
60-69 årige/1.000	0,43	0,00	-0,02	0,91	-0,20	0,15	-0,34	0,00	0,12	0,29	0,03	0,36
70+ årige/1.000	0,47	0,00					-0,16	0,00			0,09	0,00
Mænd/1.000 tilm.	-0,30	0,00	-0,15	0,00	-0,09	0,00	0,05	0,00	0,01	0,49	-0,05	0,00
Lægetæthed/1.000 t.			-0,21	0,74	-1,18	0,055			-1,91	0,00	-0,66	0,07
Speciallægetæthed/1.000			5,12	0,00	3,51	0,00			-1,75	0,00	0,00	0,99
Sygehus i kommunen			-4,65	0,03	3,26	0,138			13,83	0,00	5,00	0,00
Ufaglærte/1.000 t.			-0,14	0,12	0,05	0,53			-0,05	0,48	-0,06	0,24
Faglærte/1.000 tilm.			-0,08	0,38	0,11	0,21			-0,06	0,38	-0,03	0,53
Videregående udd./1.000			-0,13	0,13	0,15	0,07			0,04	0,57	-0,02	0,76
Lav disp. familieindkomst/1.000			0,51	0,00	0,29	0,00			-0,11	0,02	0,09	0,02
Mellem disp. familieindkomst/1.000			0,34	0,00	0,26	0,00			-0,08	0,13	0,05	0,19
Høj disp. familieindkomst/1.000			0,57	0,00	0,30	0,00			-0,25	0,00	0,03	0,44
Selvstændige/1.000			-0,55	0,00	-0,29	0,03			0,56	0,00	0,11	0,17
Lønmodtagere/1.000			-0,17	0,11	-0,21	0,04			0,34	0,00	0,08	0,17
Arbejdsløse/1.000			-0,38	0,01	0,01	0,96			0,00	0,97	0,02	0,87
Øvrige på overførselsindkomster/1.000 tilm.			-0,20	0,06	-0,16	0,11			0,30	0,00	0,10	0,11
Folkepensionister/1.000			-0,17	0,38	-0,30	0,09			0,40	0,01	0,28	0,01
Listestørrelse pr. fuldtidslæge			0,00	0,31	0,00	0,43			0,00	0,41	0,00	0,05
Enkeltmands- og samarbejdspraksis												
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis			-2,17	0,55	2,31	0,49			0,34	0,90	-0,45	0,82
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)			6,09	0,00	6,98	0,00			2,35	0,12	1,13	0,31
Kompagniskabspraksis			-0,12	0,96	2,89	0,16			2,66	0,11	0,96	0,43
Sekretærtimer/-uge/fuldtidslæge			-0,27	0,00	-0,16	0,01			0,02	0,64	-0,07	0,03
Sygeplejersketimer/-uge/fuldtidslæge			-0,27	0,00	-0,26	0,00			-0,11	0,05	-0,12	0,00
Bioanalytikertimer/-uge/fuldtidslæge			-0,25	0,00	-0,22	0,00			0,01	0,88	-0,05	0,31
Amt1-amt15												
Konstant	-201,63	0,00	82,21	0,618	215,59	0,161	340,16	0,00	-155,09	0,22	-200,59	0,03
Justeret R2 ( $\Delta R^2$ )	0,15		0,44	(0,29)	0,52	(0,37)	0,07		0,30	(0,23)	0,63	(0,56)

Tabel 37: Regressionsanalyse med en model for timerforbrug til laboratoriefunktioner for både speciallægehenvisninger og sygehushenvisninger

Afhængig variabel:	Henvisninger til speciallæge pr. 1.000 tilmeldte		Henvisninger til sygehus pr. 1.000 tilmeldte		Henvisninger til speciallæge pr. 1.000 konfrontationskontakter		Henvisninger til sygehus pr. 1.000 konfrontationskontakter	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
N=1.325								
0-9 årige pr. 1.000 tilmeldte	1,09	0,001	-0,46	0,06	0,29	0,006	-0,15	0,06
10-19 årige pr. 1.000 tilmeldte								
20-29 årige pr. 1.000 tilmeldte	1,22	0,00	-0,62	0,00	0,37	0,00	-0,17	0,00
30-39 årige pr. 1.000 tilmeldte	1,79	0,00	-0,89	0,00	0,53	0,00	-0,27	0,00
40-49 årige pr. 1.000 tilmeldte	2,73	0,00	-1,65	0,00	0,79	0,00	-0,49	0,00
50-59 årige pr. 1.000 tilmeldte	1,65	0,00	-0,56	0,00	0,41	0,00	-0,21	0,00
60-69 årige pr. 1.000 tilmeldte	1,68	0,00	-0,78	0,00	0,40	0,00	-0,26	0,00
70+ årige pr. 1.000 tilmeldte	1,47	0,00	-0,14	0,38	0,38	0,00	-0,08	0,09
Mænd pr. 1.000 tilmeldte	-0,94	0,00	0,14	0,01	-0,26	0,00	0,05	0,00
Listestørrelse pr. fuldtidslæge	0,01	0,14	0,00	0,56	0,01	0,02	0,00	0,63
Antal konfrontationskontakter pr. tilmeldt	7,68	0,11	8,83	0,02				
Enkeltmands- og samarbejdspraksis								
Kompagniskabs- og samarbejdspraksis	-17,22	0,22	22,45	0,05	-7,71	0,10	4,01	0,25
Enkeltmandspraksis (inkl. deletilladelse)	-5,08	0,51	12,78	0,04	0,20	0,94	4,95	0,01
Kompagniskabspraksis	-44,86	0,00	34,38	0,00	-14,23	0,00	8,67	0,00
Sekretærtimer om ugen pr. fuldtidslæge	-0,91	0,00	0,78	0,00	-0,34	0,00	0,19	0,00
Sygeplejersketimer om ugen pr. fuldtidslæge	-0,40	0,18	0,02	0,92	-0,31	0,00	-0,11	0,12
Bioanalytikertimer om ugen pr. fuldtidslæge	-0,08	0,82	0,36	0,18	-0,17	0,13	0,04	0,64
Timer til laboratoriefunktioner om ugen pr. fuldtidslæge	-1,55	0,00	1,85	0,00	-0,90	0,00	0,21	0,05
Konstant	-593,62	0,00	798,07	0,00	-146,58	0,02	250,56	0,00
Justeret R2	0,18		0,21		0,20		0,09	

# Sundhedsstyrelsens notat

## Kriterier for udtræk af data til beskrivelse af henvisningsmønstret fra alment praktiserende læge til sygehus

### 1. Baggrund og formål

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om (økonomiaftalerne for 2008), at igangsætte arbejde om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Arbejdet skal blandt andet belyse:

- Organisering og arbejdstilrettelæggelsen i mere bæredygtige enheder, herunder bl.a. størrelsen af lægepraksis og anvendelse af klinikpersonale.
- Den faglige og økonomiske styring og udvikling af almen praksis, herunder incitament og honorarstruktur.
- Samspillet mellem sygehusvæsen, almen praksis og kommunerne.

Regeringen, Danske Regioner og KL er samtidig enige om, at der skal være øget fokus på kortlægning af almen praksis' henvisningspraksis.

Arbejdet med kortlægning af henvisningspraksis er placeret i regi af Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor. Der er nedsat en arbejdsgruppe med formandskab fra departementet, og repræsentanter fra Finansministeriet, Danske Regioner, KL og Sundhedsstyrelsen.

I tilknytning til arbejdet har Sundhedsstyrelsen fra Landspatientregisteret (LPR) pr. 11. februar 2008 trukket oplysninger om henvisningsmåde – for stationære kontakter og for ambulante kontakter. Udtrækket omfatter somatiske offentlige sygehuse, 1. halvår for årene 2006 og 2007 – bilag 1.

Udtrækket viser, at der mellem sygehuse er variation i registreringen af henvisningsmåde. Yderligere ser det ud til at variationen har sammenhæng med amt, således at variationen mellem amterne er større end variationen mellem sygehuse inden for samme amt. Forskelle i anvendelse af kode "1" (= alment praktiserende læge) betyder at udtræk af records med kode "1" vil give et for lille og mangelfuldt datagrundlag til beskrivelse af henvisninger til sygehusvæsenet fra almen praksis.

Derfor har Sundhedsstyrelsen den 28. februar 2008 på møde i Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering orienteret om problemstillingen. Samme dag er der rettet henvendelse til regionerne med henblik på rådgivning om mulighederne for etablering af kriterier for udtræk fra LPR 2006 (3002 – 2005), der forbedrer data grundlaget for kortlægning af henvisningsmønstret for almen praksis.

Tilbagemeldingerne fra regionerne indgår i grundlaget for vurdering af mulighederne for etablering af kriterier, der giver et bedre data grundlag for beskrivelse af de praktiserende lægers henvisninger, end udtræk afgrænset til de records der indeholder kode "1" for henvisningsmåde.

På den baggrund er formålet med notatet:

- a. At dokumentere de stationære og ambulante kontakters fordeling på koderne for henvisningsmåde,
- b. At vurdere mulighederne for specifikation af udtræks kriterier, der forbedrer data grundlaget – i forhold til udtræk der alene er baseret på koden "1" (= alment praktiserende læge) for henvisningsmåde,
- c. At dokumentere hvilken andel af de stationære og ambulante kontakter der indgår i udtræk baseret på at koden for henvisningsmåde er "1", og baseret på udvidelse af kriterierne for udtræk.

## 2. Sammenfatning

Formål a:

De stationære og ambulante kontakters fordeling på koderne for henvisningsmåde fremgår af bilag 2.

Formål b:

På baggrund af tilbagemeldingerne fra regionerne og ud fra gennemgang af bilag 2 er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at udvidelse af kriterierne for udtræk af data til beskrivelse af henvisningsmønstret fra almen praksis fra alene at omfatte kode "1" (= alment praktiserende læge) til også at omfatte grupperne 00, 0I, 0II, 0IV, og 0V vil indebære forbedring af datagrundlaget for beskrivelse af henvisningsmønstret fra almen praksis.

Formål c:

For hele landet vokser data udtrækket for stationære kontakter fra ca. 12 pct. til ca. 39 pct., for ambulante kontakter vokser andelen fra godt 37 pct. til knapt 43 pct.

## 3. Regionernes tilbagemeldinger

Region Hovedstaden

Fra Region Hovedstaden er modtaget nedenstående tilbagemelding:

"Når vi ser på tallene vedr. Region Hovedstaden,

- er der i forhold til henvisningsmåde til **ambulante kontakter** nogenlunde samme niveau for henvist fra praksissektoren. Dette med undtagelse af Rigshospitalet, hvor det lavere niveau er forventeligt ud fra hospitalets status som specialhospital.
- er der i forhold til resten af landet for **de ambulante kontakters** vedkommende flere, der er henvist fra praktiserende speciallæge, hvilket også er forventeligt, da der i hovedstadsområdet er relativt flere speciallægepraksis.
- er der i forhold til henvisningsmåde til **indlagte kontakter** for de fleste hospitaler også nogenlunde samme niveau for henvist fra praksissektoren. Amager Hospital og Nordsjællands Hospital skiller sig ud med meget højere andele, der er indlagt direkte fra praksissektoren. En hurtig analyse af data fra Amager Hospital har afsløret, at der i regionen er forskellig opfattelse af, om en akut indlæggelse pr. definition er med henvisningsmåde "0 - Ingen henvisning" eller om den (indlagt akut via vagtlæge eksempelvis) kan være "1 - Alment praktiserende læge". Sidstnævnte er vurderingen for akutte indlæggelser på hospitalets Akut-medicinske modtageafdeling - næsten alle indlæggelser af denne type og med denne henvisningsmåde befinder sig her. På øvrige hospitaler er næsten alle akutte indlæggelser registreret med henvisningsmåde "0 - Ingen henvisning".
- i øvrigt anvender Region Hovedstaden **GS-classic** (tidligere H:S og Bornholms Regionskommune) og **GS-åben** (tidligere Københavns Amt og tidligere Frederiksborg Amt) - jf. omtalen nedenfor i skemaet fra Region Syddanmark.

De konstaterede forskelle i registrering af akutte indlagte kontakter vil vi tage op i det arbejde, vi allerede har i gang med henblik på harmonisering af registreringsvejledninger i Region Hovedstaden.”

Det er således vurderingen i Region Hovedstaden, at en del patienter henvist til akut indlæggelse af praktiserende læge / vagtlæge er kodet med "0" (= ingen henvisning) for henvisningsmåde. Udtræk af data med kode "1" (= alment praktiserende læge) vil derfor give et for lille antal records. Omvendt vil udvidelse af kriteriet for udtræk med kode "0" give et for stort antal records. idet blandt andet patienter indlagt efter kald på "112" (= kald efter ambulance) også vil indgå.

Det er samtidig vurderingen i regionen, at sygehusene har forskellig praksis for kodning af variabelen. Forskelle der har sammenhæng med, at sygehusene benytter forskellige Patient Administrative Systemer (PAS); men også mellem sygehuse der benytter samme PAS, ses der forskel i registrerings praksis.

Sundhedsstyrelsen er enig i vurderingen af, at det større antal privat praktiserende speciallæger i region Hovedstaden gør, at hyppigheden af henvisninger fra alment praktiserende læge gennemgående vil være mindre end i det øvrige land.

## **Region Sjælland**

Fra Region Sjælland er modtaget nedenstående tilbagemelding:

"Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med Koordinationsgruppemødet den 28. februar 2008 anmodet om rådgivning vedr. muligheden for etablering af kriterier for udtræk, der forbedrer datagrundlaget for analyse af henvisningsmønstret fra alment praktiserende læger.

Alle sygehuse i Region Sjælland anvender CSC Scandihealths system GS. Eneste undtagelse er sygehus 3000 Sygehus Vestsjælland, der benytter OPUS, som også er et CSC Scandihealth system.

Akutte patienter, dvs. ikke planlagte kontakter uden ventetidsoplysninger, oprettes med henvisningsmåde 0 "Ingen henvisning".

Afdelingerne kan dog godt være tvivl om korrekt henvisningspraksis, når patienten møder til akut indlæggelse med en henvisning fra praktiserende læge/vagtlæge. I disse situationer tolker afdelingerne forskelligt, om det er en patient med henvisningsmåde 0 "ingen henvisning" eller om det er en henvisning fra praktiserende læge (henvisningsmåde 1 "Praktiserende læge").

Der kan også være problemer i fht. patienter, der har en indkaldelse til indlæggelse, men som indlægges akut før tid. Her anvendes ofte den oprindelige henvisning.

De nævnte forhold giver uens registreringspraksis, og dermed uens data mellem sygehusene. Region Sjælland vil følge op på dette mhp. en bedre registreringspraksis fremadrettet.

I begge de nævnte situationer er der tale om en akut indlæggelse uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner. Det korrekte er derfor at anvende henvisningsmåde 0 "ingen henvisning". Set fra praksissektoren synsvinkel, så har disse patienter en henvisning, så spørgsmålet er, om dette kan give anledning til problemer, når data mellem de to sektorer sammenlignes.

Vores patientadministrative systemer kan lokalt sættes op med forskellige foruddefinerede data (i GS kaldet arbejdsplaner). Nogle af de fremsendte data tyder på, at reglerne har været tolket forskelligt, og dermed er der udarbejdet forskellige arbejdsplaner. Dette vil også blive undersøgt og nødvendige tilpasninger vil blive foretaget."

Det er således vurderingen i Region Sjælland, at en del patienter henvist til akut indlæggelse af praktiserende læge / vagtlæge er kodet med "0" (= ingen henvisning) for henvisningsmåde. Udtræk af data med kode "1" (= alment praktiserende læge) vil derfor give et for lille antal records. Omvendt vil udvidelse af kriteriet for udtræk med kode "0" give et for stort antal records. idet blandt andet patienter indlagt efter kald på "112" (= kald efter ambulance) også vil indgå.

Det er samtidig vurderingen i regionen, at sygehusene har forskellig praksis for kodning af variabelen.

### Region Syddanmark

Fra Region Syddanmark er modtaget nedenstående tilbagemelding:

"Hermed svar fra Region Syddanmark:

Institution	PAS-system	Kommentarer til henvisningsmåder
4202 Odense Universitets-hospital 4212 Sygehus Fyn	F-PAS	Systemet kræver ikke henvisningsoplysninger på akutte patienter, men de kan udfyldes. Hvis sekretæren ikke udfylder henvisningsoplysningerne på en akut patient, udfylder systemet automatisk henvisningsmåde med "0 = ingen henvisning"
5001 Sønderborg Sygehus 5002 Haderslev Sygehus 5003 Tønder Sygehus 5004 Aabenraa Sygehus	GS-Åben	Akutte patienter (ikke planlagte kontakter uden ventetidsoplysninger) oprettes med henvisningsmåde = "0 = ingen henvisning". Derimod udfyldes andet felt "Indlagt/henvist af" med ydernummer på læge eller sygehusafdeling til lokale statistikker
5501 Sydvestjysk Sygehus	R-PAS	Ingen kommentarer – tallene ser fornuftige ud
6003 Fredericia Sygehus 6004 Give Sygehus 6007 Fredericia og Kolding Sygehuse 6008 Vejle Sygehus	GS-Classic	Akutte patienter (ikke planlagte kontakter uden ventetidsoplysninger) oprettes med henvisningsmåde = "0 = ingen henvisning". Derimod udfyldes andet felt "Indlagt/henvist af" med ydernummer på læge eller sygehusafdeling til lokale statistikker

Vi kan konkludere, at på alle sygehusene i Region Syddanmark på nær Sydvestjysk Sygehus, gemmer der sig helt sikkert en hel del "akutte henvisninger" fra praktiserende læger i Henvisningsmåden "0 = ingen henvisning". Dette skyldes nogle steder registreringspraksis og et andet sted den systemmæssige opsætning.



Vi vil naturligvis følge op på dette fremadrettet.”

Som for Region Hovedstaden er det vurderingen, at en del patienter henvist fra praktiserende læge er kodet med "0" for henvisningsmåde.

Udtræk alene baseret på kode "1" vil derfor give et for lille antal records, mens udvidelse af udtrækket med records med kode "0" vil give et for stort antal records, idet patienter indlagt efter kald på "112" vil indgå.

### Region Midtjylland

Fra Region Nordjylland er modtaget nedenstående tilbagemelding:

”Udkast til besvarelse:

Sygehusene i:	PAS-system	Kommentarer
Tidligere Århus Amt (Bortset fra Skejby)	GS	Akutte patienter er hidtil registreret som henvisningsmåde 0.
Skejby Sygehus	Skejby PAS	Ser fornuftigt ud.
Tidligere Vejle Amt	GS-klassik	Som for Tidligere Århus Amt
Tidligere Ringkøbing Amt		Meddelt direkte fra Ringkøbing Amt.
Tidligere Viborg Amt	Logica (WM's nye navn)	Tallene ser fornuftige ud og en forespørgsel til Regionshospitalet Viborg bekræfter en korrekt registreringsbeskrivelse.

Konklusionen er helt klart, at Registreringsmøde 0 (ingen henvisning) indeholder mange akutte patienter.

Korrekt registrering vil blive taget op i de eksisterende kontaktfora for registreringsansvarlige i de hidtidige amter i Region Midt, samt

i et fællesmøde for registreringsansvarlige i Region Midtjylland ultimo maj måned, hvorefter vi forventer en ensartet, korrekt registrering på området.”

Som for Region Hovedstaden og Region Syd er vurderingen at der i koden "0" (= ingen henvisning) indgår mange akutte patienter (henvist fra praktiserende læge).

Udtræk alene baseret på kode "1" vil derfor give et for lille antal records, mens udvidelse af udtrækket med records med kode "0" vil give et for stort antal records, idet patienter indlagt efter kald på "112" vil indgå.

Fra regions sygehus Ringkøbing (Sygehusene Holstebro, Herning, Ringkøbing, Tarm og Lemvig) er telefonisk oplyst, at henvisningsmåde for henvisninger fra almen praksis til ambulans røntgen undersøgelse og ambulans nuklear medicinsk undersøgelse er kodet med "A" (= Andet).

## Region Nordjylland

Fra Region Nordjylland er modtaget nedenstående tilbagemelding:

"Jeg har været ved at se på tallene for Region Nordjylland - dog kun somatikdelen.

I vores PAS-system kodes der dels henvisningsdato, henvisningsmåde samt henvisende instans. På mange stationære afdelinger kodes der en kontakt med praksis, når praksis eller vagtlæge har haft ringet til sygehuset for at patienten indlagt akut. Så selvom ca. 70 % af indlæggelserne med en henvisende instans fra læge er akutte, er disse altså kodet med henvisningsmåde '1', da der har været en kontakt med praksis inden indlæggelsen. Der vil således ofte være en tale om en 'telefonisk henvisning'.

Jeg kan ikke i alle tilfælde garantere, at der kodes en henvisende instans i disse situationer. En mindre del af henvisningsmåde '0' vil formentlig skulle medtages. Efter et par kontrolopringninger, vurderes dette dog ikke til at være et større problem.

Dette gælder for alle somatiske sygehuse i regionen."

Af tilbagemeldingen fremgår at hovedparten af henvisninger fra alment praktiserende læge og vagtlæge er tildelt kode "1" (= alment praktiserende læge). Tilbage meldingen stemmer overens med at en forholdsvis stor andel af de ambulante kontakter har kode "1" (godt 40 % på Aalborg sygehus, og ca. 70 % på Sygehus Vendsyssel). For de stationære patienter er de tilsvarende tal ca. 22 % og ca. 50 %.

### 4. Resultater

Tilbage meldingerne fra regionerne viser, at det vurderes, at en forholdsvis stor del af de patienter, der af praktiserende læge er henvist til akut udredning / behandling på sygehus er kodet med kode "0" (= ingen henvisning).

Det betyder, at udtræk der alene omfatter records med kode "1" for henvisningsmåde giver et for lille datagrundlag. Udvides udtræks kriteriet med kode "0" medtages patienter indlagt efter henvisning fra alment praktiserende læge. Men der medtages også patienter, der er indlagt efter kald på "112" (ambulance kald) og via skadestue, samt patienter der på eget initiativ har henvendt sig på skadestue og derefter blevet indlagt.

Nærmere oplysninger om patienter indlagt via skadestue kan udfindes i koder for variabelen Kontaktårsag – overordnet angivelse af baggrunden for kontakt til sygehuset. I nedenstående boks er definition og værdi sæt for variabelen Kontaktårsag beskrevet.

**Systemdatanavn**  
Kontaktårsagskode

**Programdatanavn**  
KONTÅRS

**Max. antal positioner**  
1

**Definition/beskrivelse**  
overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset

**Værdisæt**  
1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion  
2 ulykke  
3 voldshandling  
4 selvmord/selvmondsforsøg  
5 senfølge  
8 andet  
9 ukendt/uoplyst

*For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000 - DT799.*

*For psykiatriske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden altid registreres.*

*For skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en diagnose i intervallerne DR00 - DR999, DS00 - DT799 eller DZ00 - DZ999.*

*For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60\* - DX84\* samt aktionsdiagnose DF\*.*

*Vedrørende vejledning henvises til den gældende "Klassifikation af sygdomme", som udgives af Sundhedsstyrelsen.*

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen foretaget optælling fra Landspatientregisteret for 2005 og 2006 af stationære kontakter og ambulante kontakter fordelt efter koder for henvisningsmåde. Records med koden "0" (= ingen henvisning) for henvisningsmåde er opdelt i en række underkategorier:

00 = Henvisningsmåde "0", Patienttype "2" (= ambulante kontakt)

OI = Henvisningsmåde "0", Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "1" (= sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion)

OII = Henvisningsmåde "0", Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "5" (= senfølge)

OIII = Henvisningsmåde "0", Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "2" (= ulykke), "3" (= voldshandling), "4" (= selvmord/selvmondsforsøg), "8" (= andet), eller "9" (= ukendt/uoplyst)

OIV = Henvisningsmåde "0", Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "1" (= akut), og Kontaktårsag "blank"

OV = Henvisningsmåde "0", Patienttype "0" (= stationær kontakt), Indlæggelsesmåde "2" (= planlagt)

Formål a:

De stationære og ambulante kontacters fordeling på koder for henvisningsmåde fremgår af bilag 2.

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering at koden "1" (= sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion), og koden "5" (= senfølge) typisk vil være de tilfælde hvor kontakten med sygehuset etableres efter involvering af den praktiserende læge, og altså kontakter der skal indgå i datagrundlaget for beskrivelse af almen praksis' henvisningsmønster. Mens de øvrige koder for kontaktårsag typisk vil være anvendt i de situationer, hvor den praktiserende læge ikke har været involveret ved etablering af kontakten til sygehuset.

Det er samtidig Sundhedsstyrelsens vurdering at kontakter med kode "0" (= ingen henvisning) for henvisningsmåde, akut indlæggelse, og ingen kode (blank) for kontaktårsag typisk vil være etableret efter involvering af den praktiserende læge.

For sygehusene i det gamle Ringkøbing amt (Holstebro, Herning, Ringkøbing, Tarm og Lemvig) er det særskilt oplyst, at henvisninger til ambulante røntgen undersøgelse og ambulante nuklear medicinsk undersøgelse systematisk kodes med koden "A" (= andet) for variabelen henvisningsmåde.

**Formål b:**

På baggrund af tilbagemeldingerne fra regionerne og ud fra gennemgang af bilag 2 er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at udvidelse af kriterierne for udtræk af data til beskrivelse af henvisningsmønsteret fra almen praksis fra alene at omfatte kode "1" (= alment praktiserende læge) til også at omfatte grupperne 00, 0I, 0II, 0IV, og 0V vil indebære forbedring af datagrundlaget for beskrivelse af henvisningsmønsteret fra almen praksis.

Bilag 2 viser på sygehusniveau og for hele landet hvor stor en andel af kontakterne, der vil indgå i udtræk baseret på kode "1" (= alment praktiserende læge), og hvor stor en andel der vil indgå ved udvidelse af udtræks kriterierne.

**Formål c:**

For hele landet vokser data udtrækket for stationære kontakter fra ca. 12 pct. til ca. 39 pct., for ambulante kontakter vokser andelen fra godt 37 pct. til knapt 43 pct.

Nedenfor er for 2006 på sygehus niveau anført eksempler på andelen af kontakter der udtrækkes ved kriteriet "1" (= alment praktiserende læge), og ved udvidelse af udtræks kriterierne.

Sygehus	Stationære kontakter		Ambulante kontakter	
	Henvisningsmåde "1"	Udvidede udtræks-kriterier	Henvisningsmåde "1"	Udvidede udtræks-kriterier
Bispebjerg	6,4 %	43,6 %	29,8 %	40,7 %
Glostrup	7,8 %	32,9 %	27,0 %	28,1 %
Roskilde	25,8 %	38,8 %	39,4 %	44,3 %
Køge	0,7 %	39,3 %	36,9 %	42,7 %
Vestsjælland	9,6 %	28,6 %	30,6 %	33,2 %
Storstrøm	2,6 %	47,1 %	39,8 %	48,9 %
Odense	10,4 %	55,4 %	33,9 %	40,6 %
Sønderborg	17,8 %	37,3 %	37,4 %	40,7 %
Sydvestjysk	33,3 %	40,9 %	42,4 %	43,4 %
Vejle	0,5 %	41,8 %	25,4 %	30,5 %
Herning	39,7 %	52,2 %	25,3 %	71,9 %
Århus kom. h.	1,2 %	25,9 %	19,3 %	28,2 %
Skejby	14,5 %	32,9 %	36,9 %	42,3 %
Viborg	25,5 %	36,2 %	65,1 %	66,8 %
Aalborg	23,3 %	23,3 %	43,2 %	44,3 %
Vendsyssel	48,6 %	48,6 %	72,2 %	72,5 %

Ved udvidelse af udtræks kriterierne bliver variationen mellem sygehusene mindre. For sygehuse hvor andelen ved udtræk baseret på "1" (= alment praktiserende læge) ligger lavt stiger andelen mest ved udvidelse af udtrækskriterierne.

#### **Bilag 1.**

Stationære og ambulante kontakter fordelt efter henvisningsmåde (LPR pr. 11. feb. 2008), 1. halvår 2006 og 1. halvår 2007

I udtrækket er der talt kontakter

Stationære kontakter er tidsmæssigt placeret efter udskrivningsdato

Ambulante kontakter er tidsmæssigt placeret efter dato for første besøg

Skadestue kontakter og psykiatriske kontakter indgår ikke i udtrækket

#### **Bilag 2.**

Fordeling af stationære kontakter og ambulante kontakter efter henvisningsmåde\*), Landspatientregisteret 2005 og 2006 (LPR pr. 11. februar 2008). \*) Kontakter med kode "0" (= ingen henvisning) er underdelt i grupperne:

00 = Henvisningsmåde 0, Patienttype 2

0I = Henvisningsmåde 0, Patienttype 0, Indlæggelsesmåde 1 og Kontaktårsag 1

0II = Henvisningsmåde 0, Patienttype 0, Indlæggelsesmåde 1 og Kontaktårsag 5

0III = Henvisningsmåde 0, Patienttype 0, Indlæggelsesmåde 1 og Kontaktårsag 2, 3, 4, 8, og 9

0IV = Henvisningsmåde 0, Patienttype 0, Indlæggelsesmåde 1 og Kontaktårsag blank

0V = Henvisningsmåde 0, Patienttype 0, Indlæggelsesmåde 2