

Sekstiåtte prosent av alle medisinske innleggelser for barn skjer som øyeblikkelig hjelp. De fleste av disse henvises fra legevakt eller primærlege. Ved henvisning til sykehus har sykehusavdelingen et selvstendig ansvar for å vurdere om det er medisinsk grunnlag for innleggelse, eller om pasienten kan sendes hjem etter poliklinisk vurdering. Kontakter med akutte diagnoser kan tolkes som øyeblikkelig hjelp-henvisninger fra primærhelsetjenesten og brukes her for å belyse variasjon i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samt geografisk variasjon i vurdering av behovet for øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Pasientutvalg og definisjoner

Utvalget består av kontakter (innleggelser, polikliniske konsultasjoner og dagbehandling) med utvalgte medisinske tilstander som oftest behandles akutt, for barn i somatisk spesialisthelsetjeneste, unntatt private avtalespesialister. Utvalgte akutte diagnoser har hoved- eller bidiagnose (ICD-10) i kategori-blokkene A08-09, A40-41, A49, B34, E86, J00-01, J04, J09-13, J15-16, J18, J20-22, N10, N30, R55-56, T4n, T41, T50-56, T66, T67, T75 eller T78.

Kommentarer

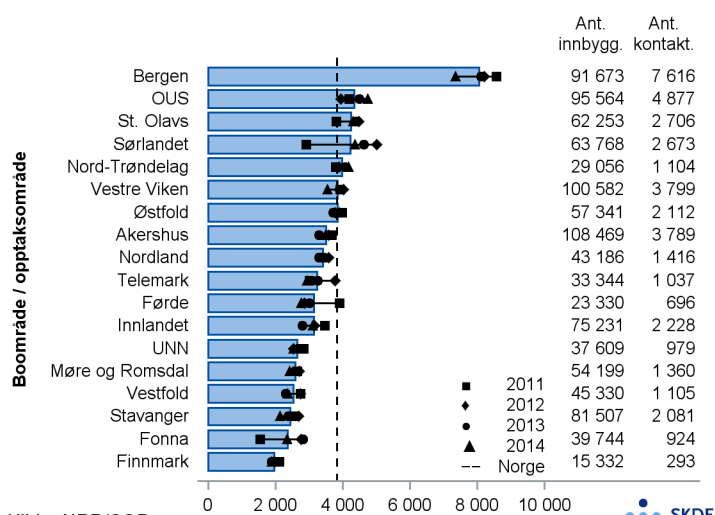
Utvalget består av nærmere 41 000 kontakter med utvalgte akutte diagnoser, hvorav 29 000 er polikliniske konsultasjoner eller dagbehandling og 12 000 er innleggelser.

Siden tilgang til spesialisthelsetjenesten gis gjennom henvisning fra primærhelsetjenesten, og fordi SKDE ikke har tilgang på henvisningsdata, brukes kontakter med akutte diagnoser i spesialisthelsetjenesten som et mål på øyeblikkelig hjelp-henvisninger fra primærhelsetjenesten. Haukeland universitetssykehus har en spesialistlegevakt med tilgang uten henvisninger fra primærhelsetjenesten. På grunn av denne ordningen er totalraten vesentlig høyere for boområde Bergen enn for øvrige boområder. Boområde Bergen holdes derfor utenfor når variasjonen i forbruksrater for alle kontakter og poliklinikk/dagbehandling omtales.

Boområde OUS har 2,2 ganger så høy forbruksrate av kontakter med akutte diagnoser som boområde Finnmark. Dette gjenspeiler mest sannsynlig ulik praksis for samhandling mellom fastleger/legevakt og sykehus. Det samme mønsteret gjenfinnes i store trekk i forbruksraten for poliklinikk, men her er forskjellene mellom nest høyeste og laveste rate 3,6 (ikke vist i figur).

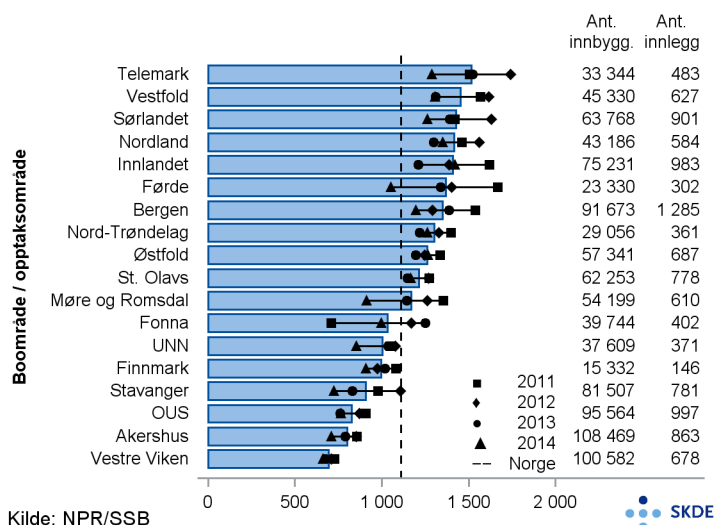
Et annet mønster finner man i forbruksratene for innleggelser. Boområdene Vestfold, Telemark og Innlandet, som alle ligger under landsgjennomsnittet når alle kontakter sees under ett, har likevel høye forbruksrater for innleggelser. Boområde Vestre Viken, Akershus og OUS, som har høye forbruksrater for alle kontakter, ligger lavest i forbruksrate for innleggelser. Stavanger ligger lavt i forbruksrate både for alle kontakter og for innleggelser.

Antall henvisninger for vurdering av øyeblikkelig hjelp fra primær- til spesialisthelsetjenesten tyder på liten sammenheng med antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Variasjonen i forbruksratene viser også at vurderingen av behovet for øyeblikkelig hjelp-innleggelser ikke er lik mellom boområdene. Mønsteret for forbruksraten for ø-hjelpsinnleggelser mellom boområdene følger i store trekk mønsteret for forbruksraten for alle innleggelser med medisinske tilstander.



Kilde: NPR/SSB

Alle kontakter, akutt diagnoser, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år, pr. boområde, pr. år og gj.snitt 2011-2014



Kilde: NPR/SSB

Innleggelser, akutt diagnoser, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år, pr. boområde, pr. år og gj.snitt 2011-2014