

Overføring mellom sykehus i Norge

Rapport fra Analyseenheten, SKDE Helse Nord

April 2011



Om lag 5 % av alle døgnopphold ved norske somatiske sykehus er resultat av overføring av pasienter mellom sykehus for samme sykdomsforløp. Det er særlig behandling av sykdommer i hjerte- og karsystemet, kreftbehandling, behandling for skader og forgiftninger, rehabiliteringsbehandling og behandling for sykdommer i åndedretts-systemet som ligger bak overføringer mellom sykehus.

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Innhold

	Side
Innledning	3
Omfang av overføringer mellom sykehus i Norge	3
Datagrunnlag - Norsk pasientregister	4
Begreper og definisjoner	5
Overføringer mellom sykehus	5
Avstand i tid og mellom oppholdene	6
Hoveddiagnosegrupper, HDG	6
Krav om øyeblikkelig hjelp	7
Resultater	8
Samlet oversikt over antall overføringer	8
Korrigeringer for overføringer	9
Korrigerings av døgnforbruksratene mellom sykehusområdene i Helse Nord	11
Oppsummering	13
Referanser	14

SKDE rapport	Nr. 1/2011
Hovedforfatter	Bård Uleberg
Ansvarlig	Lise Balteskard
Oppdragsgiver	Helse Nord RHF
Gradering	Åpen
Dato	5. april 2011

ISBN : 978-82-93141-01-3

Alle rettigheter SKDE.

Innledning

Omfang av overføringer mellom sykehusene i Norge

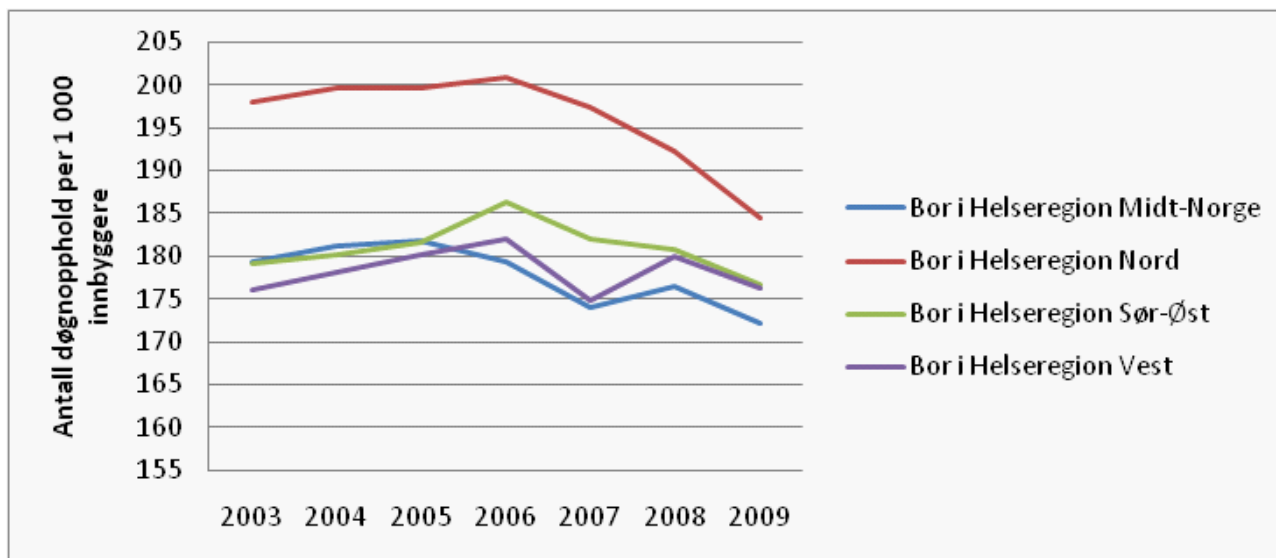
Det er kostbart å bygge kompetanse og infrastruktur for alle typer behandling på alle sykehus, og god behandlingskvalitet krever at et behandlingstilbud har et visst omfang. Derfor er en del spesialisert behandling funksjonsfordelt til bestemte sykehus i helseforetaksstrukturen. Noen typer behandling er sentralisert som landsfunksjoner, mens andre er sentralisert innad i de regionale helseforetakene. Slik funksjonsfordeling gjelder eksempelvis i Helse Nord blant annet for akuttbehandling av hjerteinfarkt, traumebehandling, nevrokirurgi, avansert kreftkirurgi, strålebehandling og hjertekirurgi.

Overføringer av pasienter mellom sykehus kan ha flere årsaker. Oftest er en overføring knyttet til at pasienten har behov for en type behandling som ikke tilbys på det sykehuset pasienten er innlagt på, altså funksjonsfordelt behandling. Akutt sykdom eller skade oppstått annet sted enn der pasienten bor, er en annen årsak til overføring. Akutt behandling gis i slike tilfeller på nærmeste sykehus, deretter overføres pasienten til egnet sykehus for videre behandling dersom det er behov for det.

Ved pasientoverføringer avsluttes oppholdet, kalt episode i NPR-meldingen, på det sykehuset pasienten har opphold ved, og et nytt opphold opprettes på neste sykehus. Dette kan skje flere ganger, og innebærer at det i tilfeller med pasientoverføringer genereres flere opphold i statistikken over forbruk av spesialisthelsetjenester, fordi et kontinuerlig behandlingsforløp knyttet til samme sykdomstilstand splittes opp i flere sykehusopphold.

Forbruket av spesialisthelsetjenester varierer noe mellom befolkningen i de ulike helseregionene i Norge, og har gjort det over tid (figur 1).

Figur 1. Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere, kjønns- og aldersstandardisert, etter helseregion, 2003-2009



Befolkningen i Helse Nord har tradisjonelt hatt høyere forbruk av døgnopphold, selv om ratene de tre siste årene har blitt mer likt nivået i de andre helseregionene.

Den medisinske utviklingen har medført behov for funksjonsfordeling mellom sykehusene, spesielt der befolkningsgrunnlaget er lavt. Overføringer knyttet til en slik funksjonsfordeling har vært foreslått som en av forklaringene på det høye sykehusforbruket i Nord-Norge. I en undersøkelse fra 2006 konkluderer SINTEF med at det er større variasjon i forbruk av sykehustjenester mellom de regionale helseforetakene dersom forbruk måles i form av antall opphold, enn om forbruk måles i form av antall pasienter (Jørgenvåg og Jensberg, 2006). En del av denne variasjonen skyldes overføringer mellom sykehus.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, vil i denne analysen se nærmere på omfanget av overføringer i de fire regionale helseforetakene i 2008 og i 2009, med spesielt fokus på overføringer i Helse Nord.

Datagrunnlag - Norsk pasientregister

Det er personentydige data fra Norsk Pasientregister, NPR, som er grunnlaget for denne analysen. Fra og med 2008 ble data fra NPR gjort personidentifiserbare. Fødselsnummer kobles til et løpenummer som er gjennomgående mellom sykehus og over år. Dette muliggjør analyser av pasientforløp og overføringer mellom sykehus.

Vår analyse inneholder alle somatiske opphold kodet som døgnopphold i NPR i Norge i 2008 og 2009. Alle poliklinikk- og dagopphold er ekskludert.

Hovedhensikten med denne analysen er å fremstille mest mulig korrekte tall for fobruk av døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i Norge etter justering for overføringer. Kønns- og aldersstandardiserte rater for døgnforbruk i spesialisthelsetjenester justeres for overføringer. Analysen er gjort for bosatte i de ulike regionale helseforetakene og i Helse Nord også for i helseforetaksområdene.

Vi ser bort fra opphold og overføringer for personer med ukjent eller ugyldig kommunenummer og personer bosatt i utlandet eller på Svalbard, som samlet utgjør 9 184 opphold for begge år. 1 728 248 døgnopphold er derfor utgangspunkt for analysen.

Av disse 1 728 248 opphold, ble 869 510 opphold avsluttet i 2008 og 858 738 avsluttet i 2009. Oppholdene er fordelt på unike 1 001 639 personer for den samlede tidsperioden. Tradisjonelt har man sett på et år som en tidsperiode. Hvis vi deler opp to-årsperioden i to separate tidsperioder, endres antallet unike pasienter ettersom en pasient oppnår ny status som unik for hver ny tidsperiode. I tabell 1 framstilles årlig totalt antall opphold, antall unike pasienter, andel unike pasient og antall opphold per pasient fordelt på helseregionene og Norge.

Tabell 1. Antall døgnopphold, antall pasienter og opphold per pasient, fordelt på helseregionene i 2008 og 2009

	Bor i Helse Nord RHF		Bor i Helse Midt-Norge RHF		Bor i Helse Vest RHF		Bor i Helse Sør-Øst RHF		Norge	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Antall opphold	90 514	87 510	119 450	117 802	175 772	174 934	483 774	478 492	869 510	858 738
Unike pasienter	57 722	56 829	78 716	78 250	116 634	116 701	314 976	316 385	568 048	568 165
Opphold pr pas	1,57	1,54	1,52	1,51	1,51	1,50	1,54	1,51	1,53	1,51
Antall pas med:										
1 opphold	41 450	41 214	57 482	57 302	86 208	87 019	232 210	231 998	417 350	417 533
% av unike pas	71,8 %	72,5 %	73,0 %	73,2 %	73,9 %	74,6 %	73,7 %	73,3 %	73,5 %	73,5 %
2 opphold	9 079	9 063	12 516	12 501	18 039	17 374	47 048	47 950	86 681	86 887
3 opphold	3 564	3 233	4 427	4 333	6 250	6 159	18 005	18 187	32 246	31 912
4 opphold	1 563	1 444	1 928	1 874	2 715	2 690	7 855	8 155	14 060	14 163
5 opphold	824	777	948	948	1 298	1 350	4 050	4 135	7 120	7 210
6-7 opphold	747	623	845	767	1 185	1 200	3 430	3 493	6 207	6 083
8-10 opphold	349	330	406	361	611	585	1 643	1 649	3 009	2 926
11-14 opphold	109	115	123	122	238	243	526	585	996	1 064
15-19 opphold	24	21	30	31	73	67	151	171	278	290
20-29 opphold	13	9	11	11	17	12	48	50	89	82
30-49 opphold	1	1	1	1	1	2	10	11	13	15

De fleste personene som har hatt døgnopphold på sykehus i 2008 og 2009, har kun hatt ett opphold. Dette gjelder for 73,5 % av pasientene. Det er små forskjeller mellom regionene, men lavest andel i Helse Nord og høyest i Helse Vest. 15 % av pasientene har hatt to opphold og 6,8 % har hatt tre opphold.

Andel unike pasienter er relativt likt i de ulike regionene, lavest i Helse Nord og høyest i Helse Vest. Økende andel fra 2008 til 2009 i alle regioner.

Begreper og definisjoner

Overføringer mellom sykehus

I denne sammenhengen ligger vår interesse i personene som har flere opphold. Det er blant disse personene vi kan finne oppholdene som er å anse som overføringer, det vil si når et kontinuerlig behandlingsansvar for det samme sykdomsforløpet hos en pasient overføres fra en institusjon til en annen innenfor spesialisthelsetjenesten.

Overføring er i denne analysen definert som et nytt opphold for samme person innledet samme eller påfølgende dag som forrige opphold ble avsluttet, men ved institusjon med ulikt organisasjonsnummer enn det forrige oppholdet.

SINTEF har tidligere kontrollert for overføringer mellom sykehus i forbindelse med analyser av reinnleggelser, der reinnleggelser er definert som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter forrige opphold. Overføringer ble i disse analysene definert som pasienter

som ble skrevet ut fra ett sykehus og lagt inn som øyeblikkelig hjelp ved et annet sykehus samme dag (Petersen 2010, Jørgenvåg og Jensberg 2006).

I likhet med SINTEF har vi forutsatt at overføringer gjelder nytt opphold ved annen institusjon, her definert ut fra ulikt organisasjonsnummer. Dette er gjort for å ekskludere akutte reinnleggelser, som ofte skjer ved samme institusjon.

Vår definisjon skiller seg fra SINTEF sin definisjon ved at det tillates en dag mellom oppholdene og ved at øyeblikkelig hjelp ikke er et krav (nærmere beskrevet senere i teksten). Vi mener på denne måten bedre å fange opp den type overføringer som er målet for vår analyse.

Avstand i tid mellom oppholdene

I vår definisjon av overføring har vi valgt å inkludere opphold som innledes dagen etter utskriving fra forrige opphold. Dette valget innebærer at vi får med 3 178 flere overføringer enn ved å forutsette at nytt opphold skal innledes samme dag som forrige opphold avsluttes.

Vi begrunner dette valget med at vårt datamateriale ikke inkluderer informasjon om klokkeslett for inn- og utskriving. Det kan dermed være opphold som innledes dagen etter utskriving som i realiteten skjer innen 24 timer etter forrige opphold. Det er heller ikke uvanlig at pasienter skrives ut til hjemmet for å pakke og gjøre seg klar til fortsatt behandling på annen institusjon påfølgende dag. Våre analyser viser at oppholdene som inkluderes etter en dag ellers er svært like overføringene som skjer samme dag, både med henblikk på innmåte og ICD-10-klassifisering. Noen av disse oppholdene kan være reinnleggelser. Vi har imidlertid lagt til grunn at reinnleggelser primært vil skje til samme institusjon. Samlet er det kun 3,6 % av oppholdene vi teller som overføringer som har en dag mellom oppholdene.

Det er i vårt materiale 2 590 opphold, som har innskrivelsesdato for neste opphold før forrige opphold er avsluttet. De fleste av disse, 1 326 opphold, har innskrivelsesdato en dag før utskrivelse for det først påbegynte oppholdet. Hvorvidt feilregistreringene her ligger i utskrivingsdato til det første eller innskrivingsdato til det andre oppholdet, lar seg ikke kontrollere. Vi har derfor ikke valgt å behandle disse som overføringer. Det finnes også noen opphold som er «innskutt» i første opphold. Pasienten har vært innskrevet på en institusjon i en lengre periode. I samme periode har pasienten hatt et kortere opphold på annen institusjon uten å være utskrevet fra den første institusjonen. Disse oppholdene er også ekskludert som overføringer.

Hoveddiagnosegrupper, HDG

Vi har valgt å forutsette at nye opphold som starter innen et døgn etter forrige opphold, gjelder samme sykdomsforløp. Vi har ikke satt krav om at hoveddiagnosegruppe (HDG) skal være lik for oppholdene i et sykdomsforløp. Dette valget er primært gjort fordi den kliniske tilstanden som er årsak til overføringen, ikke er bestemmende for HDG på neste opphold. Det er den diagnosen som er mest ressurskrevende som oftest vil bli førende for hvilken HDG oppholdet klassifiseres til. Dette vil for eksempel gjelde rehabiliterings-

opphold etter endt spesifikk behandling. Et krav til samme HDG ved påfølgende opphold, ville ekskludert rundt 30 % av overføringene, hvorav de fleste feilaktig i forhold til vårt formål.

Krav om øyeblikkelig hjelp?

I SINTEF-rapporten var man primært interessert i reinnleggelser korrigeret for overføringer. Vårt fokus er rettet mot begrunnede overføringer i et sykdomsforløp. Kravet om at oppholdet skal være kodet som øyeblikkelig hjelp som er lagt til grunn for reinnleggelser av SINTEF, er ikke tatt med i vår definisjon av overføringer. Vi søker å fange opp overføringer til spesialiserte og funksjonsfordelte behandlingstilbud, og eventuell retur til lokalsykehus for videre behandling eller rehabilitering etter at slik behandling er gitt. Øyeblikkelig hjelp omfatter vanligvis helsehjelp som er nødvendig å yte snarest, som ikke er planlagt på forhånd og som gis innen 24 timer¹. De fleste overføringer er av denne typen selv om de er planlagt og er ledd i en avtalt arbeidsdeling mellom institusjoner. Men det er også en del opphold som oppfyller definisjonen på overføringer som er kodet som elektive/planlagte opphold. Et krav om at kun opphold kodet som øyeblikkelig hjelp skal inngå i definisjonen av overføringer, vil derfor kunne gi et skjevt bilde av overføringshyppigheten i de ulike regionene.

Dette gjelder spesielt rehabilitering, hvor mange overføringer er planlagte. Primær rehabilitering, DRG 462A og 462B, er per definisjon planlagt behandling. Koding av rehabilitering er et komplekst område, som gjelder mange overføringer. Det er forskjeller i rehabiliteringstilbud og organisering av denne typen tilbud i helseregionene. Rehabilitering kan skje på samme sykehus som ga den spesialiserte behandlingen. Da vil det ikke bli registrert ett nytt opphold. Mange sykehus har imidlertid ikke eget rehabiliteringstilbud, og pasienten overføres da til rehabilitering på spesialisert rehabiliterings sykehus eller spesialisert avdeling på annet sykehus. Det hefter dermed stor usikkerhet rundt overføringer begrunnet i rehabilitering.

Vi ønsker å få med rehabiliteringsoppholdene i analysene. Dette fordi rehabilitering er en viktig del av den funksjonsfordelte spesialisthelsetjenesten og fordi rehabilitering inngår i tidligere publiserte døgnforbruksrater som nå skal korrigere for overføringer. Ulik organisering gir imidlertid en mulighet for at et slikt valg medfører systematiske skjevheter mellom helseregionene. Vi har derfor sett på hvordan døgnforbruksratene endres når alle opphold med rehabiliteringsdiagnoser utelates fra analysene. Ratene påvirkes forholdsvis likt for de fire helseregionene, og vi har derfor valgt å ta med rehabilitering i analysene.

¹ **Begrepsforklaring gitt av** Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, se http://kith.no/templates/kith_WebPage_2086.aspx

Resultater

Samlet oversikt over antall overføringer

Det var totalt 869 510 døgnopphold i Norge i 2008. Av disse var 45 112, eller 5,2 %, overføringer mellom sykehus. I 2009 var det totalt 858 738 døgnopphold, hvorav 44 066 opphold, eller 5,1 %, var å regne som overføringer.

Funksjonsfordeling mellom sykehusene viser seg mest aktuelt for bestemte typer behandlinger. Nedenfor vises de fem ICD-10-kapitlene som overføringer i 2008 og 2009 hyppigste ble kategorisert innenfor (tabell 3).

Tabell 2. Antall overføring og andel overføring av alle døgnopphold, utvalgte ICD-10-kapittel med flest overføringer, 2008 og 2009

	2008		2009	
	Antall overføringer	Andel av alle overføringer	Antall overføringer	Andel av alle overføringer
Sykd. i sirkulasjonssystemet	17 165	38,0 %	16 696	37,9 %
Svulster	6 032	13,4 %	5 912	13,4 %
Skader, forgiftninger	5 289	11,7 %	5 091	11,6 %
Faktorer som påvirker helsetilstanden (inkl. rehabilitering)	5 287	11,7 %	5 035	11,4 %
Sykd. i åndedrettssystemet	2 126	4,7 %	2 194	5,0 %
Andre ICD-10-kap.	9 213	20,5 %	9 138	20,7 %
Total	45 112	100 %	44 066	100 %

Nesten 80 % av alle overføringer gjelder diagnoser som grupperes under fem ICD-10-kapitler. Det er særlig ulike diagnoser knyttet til behandling av hjerte- og karsykdommer som fører til at pasienter overføres fra ett sykehus til ett annet. Også kreftdiagnoser, skader og forgiftninger og rehabilitering², er hoveddiagnose ved mange overføringer.

Det er noen forskjeller mellom regionene i forhold til hvor mange pasientoverføringer som er registrert.

² Ligger under ICD-10-kapittelet "Faktorer som påvirker helsetilstanden".

Tabell 3. Antall overføringer og andel overføringer av alle opphold, etter helseregion, 2008 og 2009

	2008		2009	
	Antall overføringer	Andel overføringer	Antall overføringer	Andel overføringer
Bor i Helse Nord RHF	5 191	5,7 %	4 466	5,1 %*
Bor i Helse Midt-Norge RHF	5 590	4,7 %	5 688	4,8 %
Bor i Helse Vest RHF	6 614	3,8 %	6 554	3,7 %
Bor i Helse Sør-Øst RHF	27 717	5,7 %	27 358	5,7 %
Total	45 112	5,2 %	44 066	5,1 %

*Nedgangen i Helse Nord skyldes hovedsakelig sammenslåing av sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik til ett sykehus i 2009.

Det er registrert rundt 45 000 overføringer i Norge i hvert av de to siste årene. Helse Sør-Øst sto alene for over 60 % av alle registrerte overføringer begge disse årene, og overføringer utgjorde 5,7 % av alle registrerte døgnopphold i denne regionen.

Også i Helse Nord var en relativt stor andel av alle døgnopphold overføringer. I 2008 var andelen den samme som for Helse Sør-Øst, mens den var gått ned til 5,1 % i 2009. Fra 12. juni 2009 gikk Universitetssykehuset Nord-Norge HF over fra tre, UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik, til en rapporterende enhet, UNN HF. Dersom UNN ekskluderes forsøksvis fra analysen, går faktisk andel overføringer i Helse Nord opp fra 7,1 til 7,4 % fra 2008 til 2009. Den nedgangen vi ser for hele Helse Nord fra 2008 til 2009 antas derfor i stor grad å skyldes sammenslåingen av UNN som rapporterende enhet og er ingen reel nedgang.

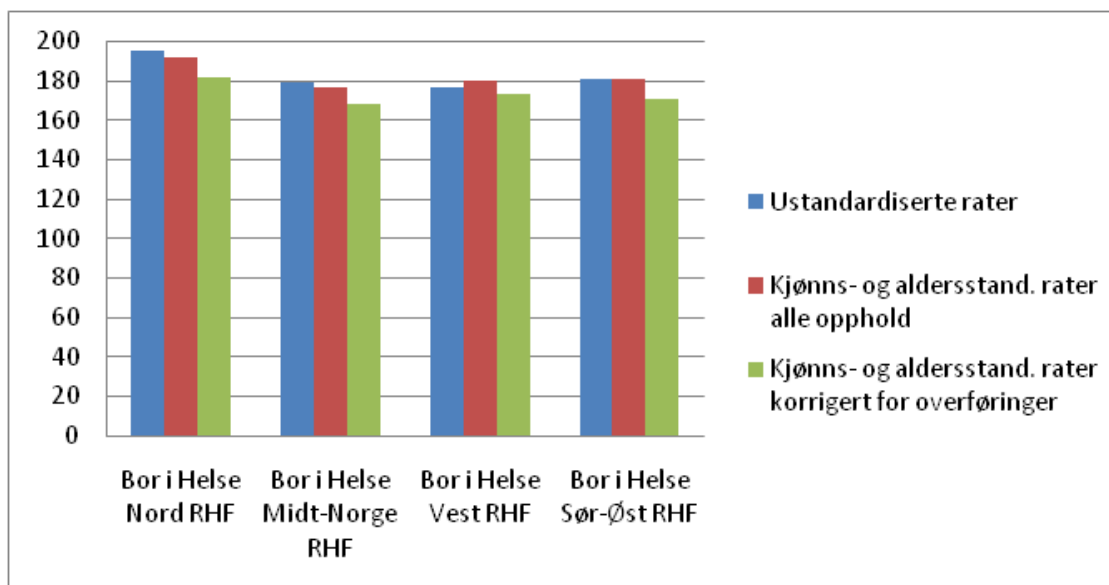
I Helse Midt-Norge var andelen overføringer henholdsvis 4,7 % og 4,8 % i 2008 og 2009. Helse Vest hadde 3,8 % og 3,7 % overføringer i 2008 og 2009.

Korrigerings for overføringer

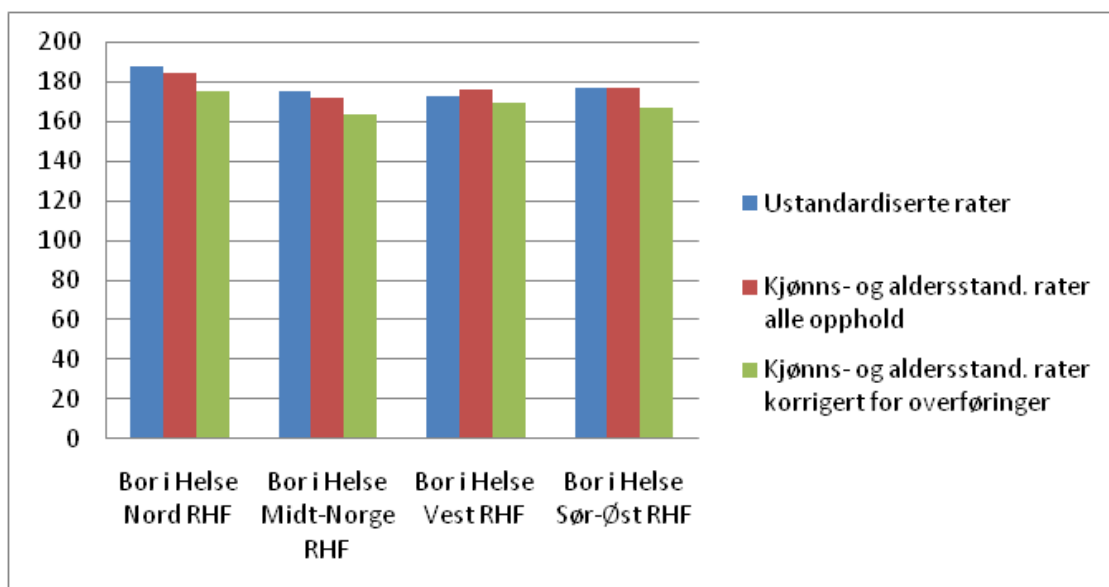
Som vist innledningsvis, er det variasjon i døgnforbruksratene, altså antall døgnopphold per 1 000 innbyggere, mellom helseforetakene. Helse Nord's befolkning har over tid hatt høyere forbruk av døgnopphold i spesialisthelsetjenesten enn de andre regionene. Når det korrigeres for overføringer endrer ratene seg noe.

I hver av figurene 2 - 5 nedenfor vises forbruk per 100 innbyggere henholdsvis som ustandardiserte rater, rater korrigert for forskjeller i alders- og kjønns sammensetning mellom befolkningen i de ulike områdene (kjønns- og aldersstandardiserte rater), og kjønns- og aldersstandardiserte rater korrigert for overføringer.

Figur 2. Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere, etter helseregion, 2008



Figur 3. Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere, etter helseregion, 2009

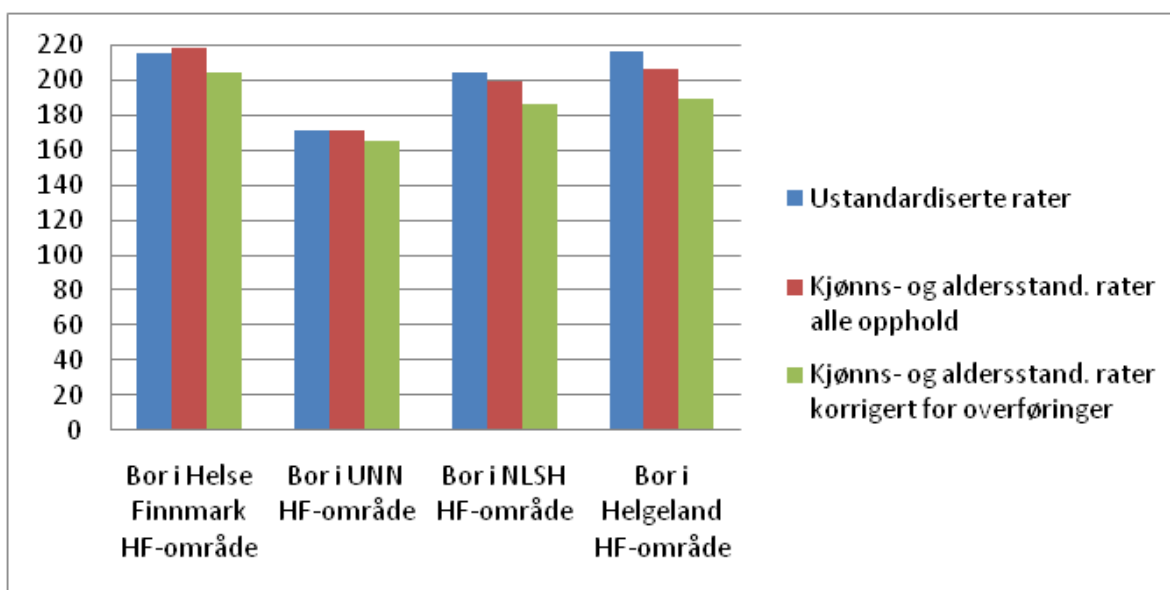


Døgnforbruksratene for 2008 og 2009 reduseres for alle helseregioner når det korrigeres for overføringer og variasjonen mellom regionene blir noe mindre enn for ustandardiserte rater og kjønns- og aldersstandardiserte rater. Andelen overføringer er størst for bosatte i Helse Sør-Øst og Helse Nord's opptaksområder, og ratene for disse regionene nedjusteres relativt mye. Gjennom kjønns- og aldersstandardisering og korreksjon for overføringer endres forbruksmønstret i regionene seg så mye at Helse Vest går fra å ha det laveste forbruket målt som ustandardiserte rater, til å ha det nest høyeste forbruket.

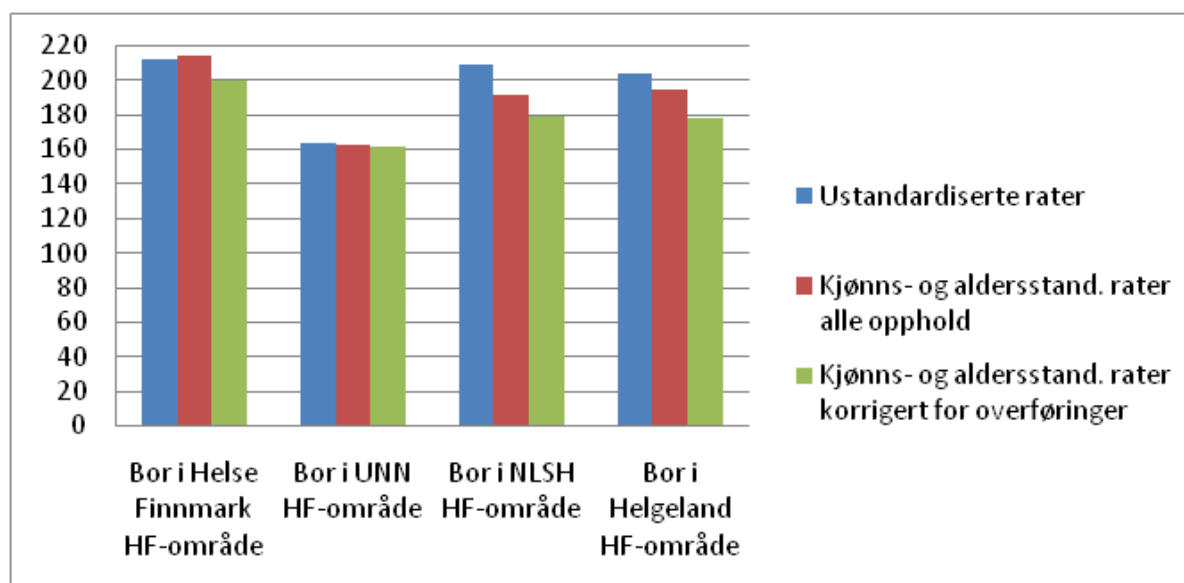
Korrigering av døgnforbruksratene mellom sykehusområdene i Helse Nord

I Helse Nord har det lenge vært fokus på forskjellene i døgnforbruksrater mellom helseforetakene. Ujusterte og kjønns- og alderstandardiserte rater har vist at bosatte i opptaksområdene til Helgelandssykehuset og Helse Finnmark har hatt høyest forbruk av døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, og at bosatte i opptaksområdet til UNN har hatt lavest forbruk. I hvor stor grad disse forskjellene kan forklares ved at de ulike helseforetakene har ulik grad av overføringer, eller såkalt «doble opphold», har vært ukjent og et kontinuerlig diskusjonstema. I figur 4 og 5 nedenfor vises effekten av å justere for slike overføringer.

Figur 4. Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere etter helseforetakenes opptaksområder, Helse Nord, 2008



Figur 5. Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere etter helseforetakenes opptaksområder, Helse Nord, 2009



Både i 2008 og 2009 er effekten av å korrigere de kjønns- og aldersstandardiserte døgnforbruksratene for overføringer størst for bosatte i Helgelandssykehusets opptaksområde. For bosatte i opptaksområdene til Nordlandssykehuset og Helse Finnmark er endringene noe mindre, mens endringen er liten for bosatte i opptaksområdet til UNN³. Siden UNN er et universitetssykehus med de fleste behandlingstilbud, er det ventet at antall overføringer er lavere for bosatte i dette sykehusområdet.

Tabell 4. Antall opphold per 1 000 innbyggere, kjønns- og aldersstandardisert, alle opphold og korrigeret for overføringer, etter helseforetakenes opptaksområder, Helse Nord 2008

	Kjønns- og aldersstand. rater	Kjønns- og aldersstand. rater korr. for overføringer	Prosent endring ved korreksjon for overføringer
Bor i Helse Finnmark HF-område	214	200	-6,9 %
Bor i UNN HF-område	163	162	-0,6 %
Bor i NLSH HF-område	192	179	-6,5 %
Bor i Helgeland HF-område	195	178	-8,7 %

Tabell 5. Antall opphold per 1 000 innbyggere, kjønns- og aldersstandardisert, alle opphold og korrigeret for overføringer, etter helseforetakenes opptaksområder, Helse Nord 2009

	Kjønns- og aldersstand. rater	Kjønns- og aldersstand. rater korr. for overføringer	Prosent endring ved korreksjon for overføringer
Bor i Helse Finnmark HF-område	214	200	-6,9 %
Bor i UNN HF-område	163	162	-0,6 %
Bor i NLSH HF-område	192	179	-6,5 %
Bor i Helgeland HF-område	195	178	-8,7 %

Korrigeringen av de kjønns- og aldersstandardiserte døgnforbruksratene for overføringer innebærer at kontrastene mellom bosatte i de ulike sykehusområdene blir mindre, og at den innbyrdes rangeringen mellom sykehusområdene endres. Bosatte i Helse Finnmark sitt opptaksområde har det høyeste døgnoppholdsforbruket, mens bosatte på Helgeland etter korrigering har et forbruk på nivå med bosatte i Nordlandssykehusets opptaksområde. Bosatte i UNN sitt opptaksområde har det laveste forbruket både før og etter justering.

³ For 2009 reduseres døgnforbruksraten for bosatte i UNN HF kun marginalt ved korrigering for overføringer. UNN HF gikk over fra å rapportere som tre institusjoner til å rapportere som en enhet 12. juni 2009. I NPR er imidlertid alle opphold i 2009 registrert som UNN HF. Dermed er det ikke mulig å spore overføring mellom sykehusene internt i helseforetaket i hele 2009. For bosatte i UNN sitt opptaksområde er det derfor kun overføringer til, eller tilbake fra, annet helseforetak som synliggjøres.

Oppsummering

Om lag 5 % av alle døgnopphold ved norske somatiske sykehus er resultat av overføring av pasienter mellom sykehus for samme sykdomsforløp.

Det er særlig behandling av sykdommer i hjerte- og karsystemet, kreftbehandling, behandling for skader og forgiftninger, rehabiliteringsbehandling og behandling for sykdommer i åndedrettsystemet som ligger bak overføringer mellom sykehus. Det tidligere påviste forbruksmønsteret for døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i de regionale helseforetakene, påvirkes i ulik grad når det korrigeres for overføringer mellom sykehus. Omfanget av overføringer er størst i Helse Sør-Øst og i Helse Nord, og korrigering for overføringer medfører at døgnforbruksratene justeres mest ned for disse regionene. Dette innebærer at de tidligere påviste forskjellene i døgnforbruksrater blir mindre mellom regionene. Høyere forbruksrater for personer bosatt i Helse Nord kan likevel ikke forklares av overføringer alene.

Også mellom helseforetakene i Helse Nord varierer omfanget av overføringer. Bosatte i Helgelandssykehuset overføres noe hyppigere enn bosatte i Helse Finnmark og Nordlandssykehusets opptaksområder. Befolkningen i UNN sitt opptaksområde har lavere forbruksrater enn i de andre delene av Helse Nord, og overføringer forklarer ikke dette. Befolkningen i UNN sitt opptaksområde overføres sjelden til andre helseforetak. For befolkningen i UNN sitt opptaksområde er det ikke mulig å kartlegge helseforetaksinterne overføringer i 2009, fordi alle opphold dette året er registrert på helseforetaket som en enhet.

Referanser

Jørgenvåg, Ronny og Jensberg, Heidi:

«Befolkningens bruk av sykehustjenester - opphold eller pasient som enhet?». SINTEF Helse, Rapport A141, Trondheim, 2006.

Petersen, Stein Østerlund:

«Reinnleggelser i somatiske sykehus i 2008 og 2009 analysert med personidentifiserbare data». SINTEF Helsetjenesteforskning, Rapport A16888, Trondheim, 2010.

Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren , samordnede begrepsdefinisjoner, http://kith.no/templates/kith_WebPage_____2086.aspx, 11.02.2011.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Postadresse

SKDE
Postboks 6
9038 Tromsø

Besøksadresse

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

Kontakt

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

Internett

www.skde.no
www.kvalitetsregistre.no

ISBN

978-82-93141-01-3