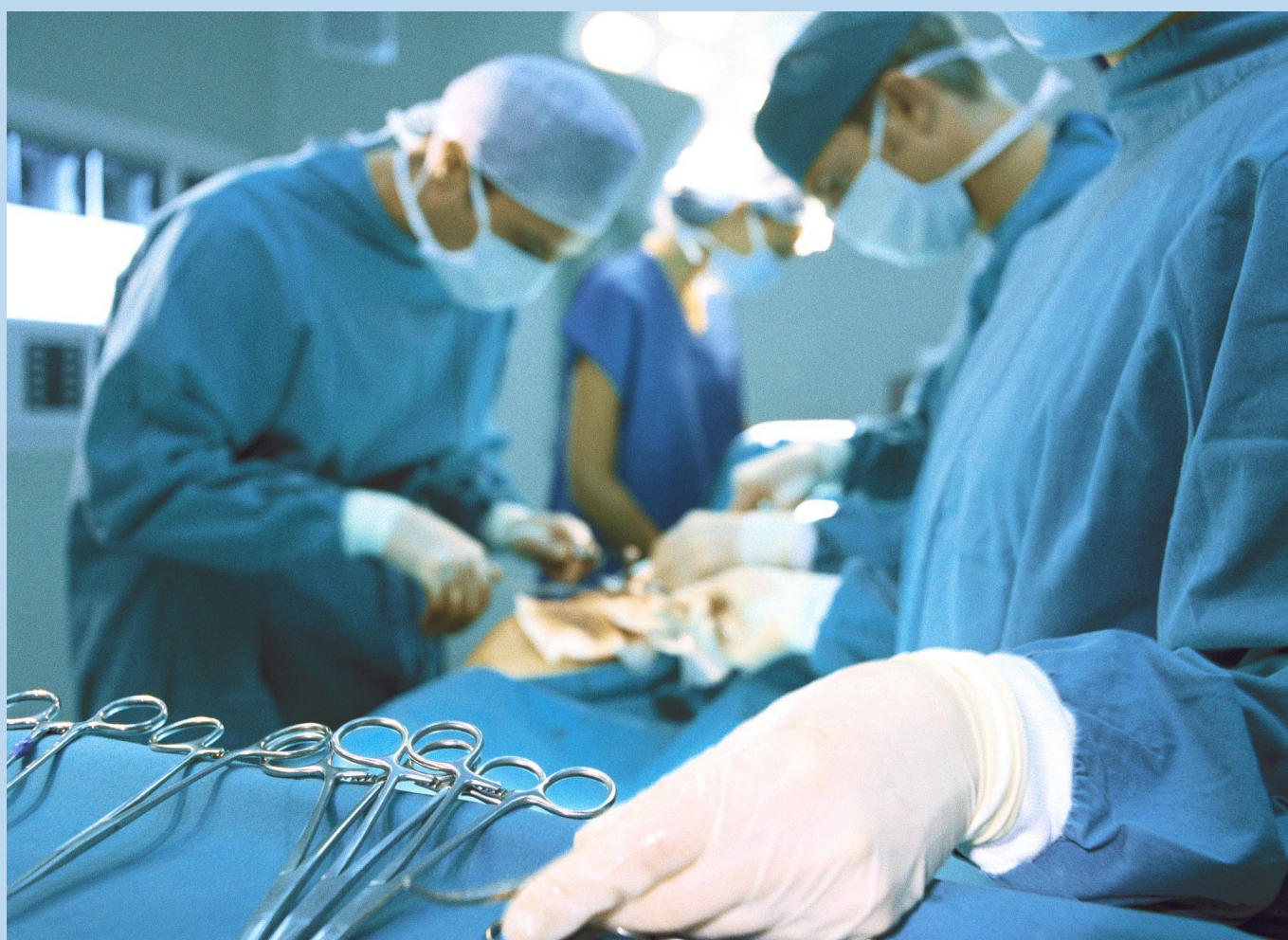


Dagkirurgi i Norge 2013–2017

Utvalgte inngrep

November 2018



SKDE rapport Nr. 2/2018
Forfattergruppe Bård Uleberg, Sivert Mathisen, Janice Shu, Lise Balteskard,
 Arnfinn Hykkerud Steindal, Hanne Sigrun Byhring, Linda
 Leivseth og Olav Helge Førde
Redaktør Barthold Vonen
Oppdragsgivere Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF
Gradering Åpen
Dato November 2018
Versjon 28. november 2018

Forsidefoto: Colourbox

ISBN: 978-82-93141-34-1

Alle rettigheter SKDE.

Forord

Når et oppdatert dagkirurgiatlas nå publiseres er det viktig av flere grunner. Dagkirurgi omfatter helsetjenester som preges av ulike problemstillinger og drivkrefter. Mens «nødvendige helsetjenester» preges av konsensus om indikasjon og behandling, og utgjør om lag 15 % av helsetjenestene, preges «preferansestyrte helsetjenester» i større grad av behandleres- og/eller pasienters preferanser. De preferansestyrte tjenestene utgjør rundt 25 % av helsetjenestene. Den siste og største gruppen helsetjenester, som favner rundt 60 % av helsetjenestene, omtales ofte som tilbudsstyrte og preges av at «tilbudet skaper sin egen etterspørsel».

Dagkirurgi utgjør med hensyn til ressursbruk en mindre del av den offentlige helsetjenesten. Men, denne tjenesten kan ta hånd om stadig flere tilstander og blir derfor klinisk og ressursmessig viktigere og viktigere. Måten dagkirurgi blir prioritert og levert på har stor betydning for pasientbehandlingen og den offentlige helsetjenestens legitimitet. Kunnskap om hvordan denne helsetjenesten fordeles i befolkningen er derfor et viktig peilepunkt for å vurdere om vi gjør jobben vår, om de regionale helseforetakene oppfyller sitt «sørge for ansvar». Å få flere og gode uttrykk for «sørge for ansvaret» over tid blir mer og mer nødvendig både av hensyn til befolkningen og for at vi skal kunne prioritere.

Atlaset gir god innsikt i hvordan den faglige praksisen er, og om det er stor variasjon mellom geografiske områder. I medisinsk diagnostikk og behandling er det, som på mange andre områder, flere veier til Rom. Vi vet at det er ulike tradisjoner og folk «bekjenner» seg til ulike måter å løse oppgaver på. Ofte med like gode resultater. Samtidig vet vi at det å gjennomføre behandlingstiltak har sine skadelige sider. Derfor skal kunnskapsgrunnlaget for intervensjon være godt. Kunnskapen om faglig variasjon skal først og fremst danne utgangspunkt for faglig forbedringsarbeid i de ulike miljøer – å redusere uønsket variasjon.

I et slikt perspektiv er Legeforeningens «Gjør kloke valg!» kampanje, en nasjonal oppfølger av *Choosing wisely*, et initiativ som jeg håper gjør at arbeidet med reduksjon av faglig variasjon vil skyte fart. Endring av faglig praksis betyr også at den enkelte fagperson og de enkelte fagmiljøer må stille spørsmål ved egen måte å løse oppgavene på. Dette er forståelig nok ikke alltid enkelt.

I Helse Nord har vi ikke vært gode nok på oppfølging av resultatene fra det forrige dagkirurgiatlas. Nå har vi et enda bedre utgangspunkt. Initiativet fra fagmiljøene selv, gjennom Legeforeningens fokus på temaet overbehandling, gjør at fagfolkene er om bord. Kombinert med myndighetenes oppmerksomhet skulle dette gi et godt grunnlag for at vi får arbeidet med uønsket variasjon på en måte som både gir oss mer lik praksis, bedre prioritering og en mer likeverdig helsetjeneste.

Bodø 1. november 2018

Lars Vorland
Administrerende direktør
Helse Nord RHF

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
1.1 Intensjon og praktisk tilnærming	9
2 Metode	11
2.1 Datagrunnlag	11
2.1.1 Norsk pasientregister	11
2.1.2 Statistisk sentralbyrå	11
2.2 Opptaksområder	11
2.3 Populasjon	12
2.4 Justering for kjønn og alder	13
2.5 Utvalg	14
2.6 Manglende eller ufullstendig rapportering til NPR	15
2.7 Helsetjenester uten offentlig finansiering	16
2.8 Vurdering av variasjon	17
3 Resultater	19
3.1 Skulderkirurgi (acromionreseksjon)	19
3.2 Menisk	22
3.3 Hallux valgus og hammertå	25
3.4 Utvalgt håndkirurgi	27
3.5 Karpaltunnelsyndrom	30
3.6 Fjerning av mandler	32
3.7 Ventilasjonssrør i trommehinnen	34
3.8 Aldersbetinget grå stær	36
3.9 Tunge øyelokk	38
3.10 Lyskebrokk	40
3.11 Åreknuter	42
3.12 Hemoroider	45
4 Drøfting	47
4.1 Omfang og variasjon – Hva har skjedd siden 2013?	47
4.1.1 Vurdering av utviklingen i variasjon	47
4.1.2 Vurdering av utviklingen i bruk av dagkirurgi	48
4.2 Kan faglige og administrative tiltak med tanke på praksisendringer spores?	49
4.3 Utfordringer og begrensninger i datamaterialet	50
4.3.1 Variasjon i kodepraksis	50
4.3.2 Vurdering av kompletthet i datamaterialet	50
4.4 Oppsummering og konklusjon	51
Referanser	53

Vedlegg A	Opptaksområder	57
Vedlegg B	Konsulterte spesialister	61
Vedlegg C	Antall inngrep fordelt på omsorgsnivå	63
Vedlegg D	Antall personer forsikret	65
Vedlegg E	Andel innleggelser ved inngrep for lyskebrokk og fjerning av mandler	67

Sammendrag

Det grunnleggende spørsmålet som belyses i helseatlasene er om helsetjenestene er likeverdig fordelt, uavhengig av bosted. Den 13. januar 2015 ble det første norske helseatlas publisert. Det ga oversikt over tolv av de vanligste inngrepene som normalt gjøres dagkirurgisk i Norge, og viste stor variasjon for de fleste inngrepene i perioden 2011–2013.

I dette helseatlas beskrives utviklingen i omfang og variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder for de samme tolv inngrepene i perioden 2013–2017. Hoveddatakilden er Norsk pasientregister, som inneholder informasjon om offentlig finansiert aktivitet ved offentlige sykehus, private sykehus og hos avtalespesialister.

Hva har skjedd siden 2013?

På tross av at variasjonen som fremgikk av Dagkirurgiatlas fikk en del oppmerksomhet i fagmiljøene, media og på politisk nivå etter lanseringen i 2015, er variasjonen i bruk av dagkirurgiske inngrep fortsatt stor mellom helseforetakenes opptaksområder. For en del inngrep, og særlig for *skulderkirurgi*, *ventilasjonsrør i trommehinnen* og *tunge øyelokk*, økte variasjonen mellom opptaksområdene.

Generelt var omfanget av dagkirurgiske inngrep relativt stabilt i perioden 2013–2017. For de to inngrepene som i størst grad ble diskutert, *skulderkirurgi* og inngrep på *menisk*, var det betydelig nedgang. For disse inngrepene eksisterte det allerede en faglig debatt om nytte, og nedgangen var begynt, i forkant av publiseringen av Dagkirurgiatlas. Det var betydelig økning i omfanget av inngrep for *hemoroider* og *tunge øyelokk* fra 2013 til 2017.

Dagkirurgiatlas bidro til å sette variasjon i bruk av helsetjenester på dagsorden, og ble fulgt opp både i stortingsmeldinger og i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Vi finner i liten grad at det er gjort styringsmessige tiltak for å redusere variasjon på bakgrunn av Dagkirurgiatlas. I Helse Sør-Øst var arbeidet med å redusere skulder- og meniskkirurgi startet før publiseringen. I Helse Vest ble fagmiljøene invitert til å velge blant en rekke pasientutvalg, inngrep og indikatorer som viste variasjon med formål å etablere tiltak for å redusere variasjonen. Ingen av prosjektene som ble initiert i helseforetakene var rettet mot dagkirurgi. Etter publiseringen av Dagkirurgiatlas har Helse Midt-Norge monitorert utviklingen i bruk av dagkirurgiiske inngrep og brukt informasjonen i dialog med sine helseforetak, med private sykehus og med avtalespesialister.

Det finnes også noen eksempler på at fagmiljø i ulike helseforetak har endret praksis etter at variasjonen ble kjent. Det synes som om praksisendringer først og fremst har fremkommet på bakgrunn av faglige diskusjoner nasjonalt eller lokalt.

Det er nå gått noen år siden Dagkirurgiatlasets ble publisert og variasjon i bruk av helsetjenester kom på den nasjonale helsepolitiske dagsorden. Endringer tar tid. Resultatene fra atlasene brukes i større grad nå enn tidligere, blant annet i de regionale helseforetakenes planarbeid. Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg!» representerer et viktig program for å diskutere nytteverdi ved ulike utredninger og behandlinger. Dette kan også bli en konstruktiv tilnærming til mer systematisk arbeid for å redusere uberettiget variasjon i helsetjenesten.

Kapittel 1

Innledning

Det første norske helseatlas ble publisert 13. januar 2015. Det ga oversikt over tolv av de vanligste inngrepene som normalt gjøres dagkirurgisk i Norge (Balteskard, Deraas mfl. 2015). Atlaset viste stor variasjon for de fleste inngrepene. For ni av de tolv utvalgene ble det i perioden 2011–2013, gjort mer enn dobbelt så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere for befolkningen i opptaksområdet som hadde høyest omfang som for befolkningen i opptaksområdet som hadde lavest omfang. For enkelte inngrep, som skulder- og meniskkirurgi, pågikk det faglige debatter om nytteverdi og omfang før og omkring lanseringen av Dagkirurgi-atlasen.

Atlasen fikk en del oppmerksomhet, både i fagmiljø, i media og på politisk nivå. Det siste resulterte i at reduksjon av variasjon i norsk helsetjenestebruk ble et satsingsområde. Dermed gikk det ikke lang tid før de første spørsmålene om når atlasen skulle oppdateres meldte seg. Siden atlasen ble publisert i januar 2015, basert på data fra perioden 2011–2013, er det først fra 2015 at opplysningene i atlasen har kunnet påvirke omfang og variasjon i bruken av dagkirurgiske inngrep i Norge. Det er grunnen til at det ikke er gjort en formell oppdatering av atlasen før nå. I dette helseatlasen presenteres tall for de samme tolv inngrepene for perioden 2013–2017, samtidig som det ses hen til de opprinnelige funnene for perioden 2011–2013. Det medfører at vi samlet har opplysninger om omfang og variasjon i bruken av dagkirurgi over syv år. Dette gir anledning til å se trender i utviklingen av dagkirurgien i Norge, både før og etter publiseringen av Dagkirurgi-atlasen i 2015.

1.1 Intensjon og praktisk tilnærming

Helseatlasene som hittil er utgitt, har forsøkt å identifisere variasjon i befolkningens helsetjenestebruk, med bakgrunn i helseforetakenes ansvar for å sørge for likeverdige helsetjenester uavhengig av hvor man bor. Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester har flere årsaker og kan være et utslag av tilfeldighet, ulik sykkelighet og pasientsammensetning, ulike preferanser eller forskjeller i medisinsk praksis og behandlingstilbud. For å vurdere om observert variasjon er uberettiget er det i helseatlasene lagt vekt på å få fram tall som i minst mulig grad preges av tilfeldigheter. Det er årsaken til at variasjonen og omfanget er beskrevet basert på gjennomsnittstall for tre- eller fireårsperioder, og bakgrunnen for at vi presenterer og vektlegger stabilitet over år i vurderingene av variasjonen.

Når vi nå lager en oppdatering er det nettopp endring over tid som står i sentrum. Hvordan har utviklingen i omfang av dagkirurgiske inngrep vært etter perioden som var belyst i Dagkirurgi-atlasen?

laset? Og hvordan har variasjonen utviklet seg – er variasjonen redusert, uendret eller økt? Kan endringene spores tilbake til tiltak av administrativ eller faglig art for å endre praksis?

Spørsmålet om utvikling i omfang av dagkirurgiske inngrep belyses både på bakgrunn av utvikling i antall inngrep og antall inngrep pr. 100 000 innbyggere (rater) i perioden 2013–2017. Når det gjelder utviklingen i geografisk variasjon er utgangspunktet variasjonen som var vist i atlasen fra 2015 som gjennomsnitt for treårsperioden 2011–2013. Endringer vurderes nå med utgangspunkt i gjennomsnittlig årlig variasjon i perioden 2015–2017.

For enkelte utvalg (*håndkirurgi, fjerning av mandler, ventilasjonsrør i trommehinnen og åreknuter*) er det gjort endringer i definisjonene som i noen grad påvirker både omfang og variasjon sammenlignet med Dagkirurgiatlasen fra 2015. Endringene er nærmere beskrevet i avsnitt 2.5 Utvalg. SKDE har bare tilgang på data for 5 år, hvilket ikke gir anledning til å oppdatere materialet for perioden 2011–2013. For disse utvalgene sammenlignes derfor variasjonen i perioden 2015–2017 med variasjonen i 2013. Det gir større innslag av tilfeldighet i starten av perioden som belyses for de fire berørte utvalgene.

Kapittel 2

Metode

2.1 Datagrunnlag

2.1.1 Norsk pasientregister (NPR)

Data fra Norsk pasientregister (NPR) ligger til grunn for beskrivelsen av bruk av spesialisthelsetjenester. SKDE har fått utlevert indirekte identifiserbare helseopplysninger fra NPR for årene 2013–2017 med hjemmel i helseregisterloven § 20 og konsesjon fra Datatilsynet av 6. april 2016. Etter 20. juli 2018 har databehandlingen behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav j. I dette helseatlasen brukes data fra NPR for å beskrive aktivitet ved offentlige sykehus, offentlig finansierte private sykehus og avtalespesialister som har avtaler om offentlig finansiering. SKDE er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på dataene.

2.1.2 Statistisk sentralbyrå (SSB)

Innbyggertall for kommuner (tabell 07459) og bydeler (tabell 10826) er hentet fra SSBs statistikkbank. Innbyggertallene brukes som nevner i analysene på antall personer eller hendelser pr. 100 000 innbyggere, samt til kjønns- og aldersstandardisering.

2.2 Opptaksområder

De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for at befolkningen i deres opptaksområde tilbys forsvarlig spesialisthelsetjeneste (jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og § 2-2¹). I praksis er det de enkelte helseforetak og private aktører med avtale med et regionalt helseforetak som tilbyr og utfører de offentlige helsetjenestene. Hvert helseforetak har et opptaksområde som inkluderer bestemte kommuner eller bydeler. Ulike fagfelt kan ha ulike opptaksområder, og enkelte tjenester er funksjonsfordelt mellom ulike helseforetak og/eller private aktører. I dagkirurgi- og øyeblikkelig hjelp er det de generelle opptaksområdene for spesialisthelsetjenester for medisinsk øyeblikkelig hjelp som brukes.

¹Spesialisthelsetjenesteloven: <https://www.lovdatabank.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

I dette helseatlas er opptaksområdene definert litt annerledes enn i Dagkirurgiatlas fra 2015. Av bostedsinformasjon har vi nå tilgang på både kommunenummer og bydelsnummer i Oslo, mens vi ved utviklingen av Dagkirurgiatlas fra 2015 kun hadde kommunenummer. I Dagkirurgiatlas inkluderte opptaksområdet Oslo hele Oslo kommune, mens opptaksområdet Akershus ikke inkluderte de tre bydelene Grorud, Stovner og Alna. I dette helseatlas inkluderer opptaksområdet Akershus de tre aktuelle bydelene i Oslo som tilsammen hadde nesten 110 000 innbyggere i 2017. De gjenværende bydelene i Oslo er fordelt på opptaksområdene OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet.

Tabell 2.1 viser hvilke helseforetak eller sykehus det er definert opptaksområder for og kortnavnene på disse som brukes i dette helseatlas. Tabell A.1 i vedlegg A viser en komplett liste over hvilke kommuner og bydeler som tilhører de ulike opptaksområdene. Med noen unntak² er opptaksområdene definert på samme måte som i de årlige rapportene til SAMDATA (Rønningen mfl. 2016).

Tabell 2.1: Opptaksområder og kortnavn brukt i tekst og figurer

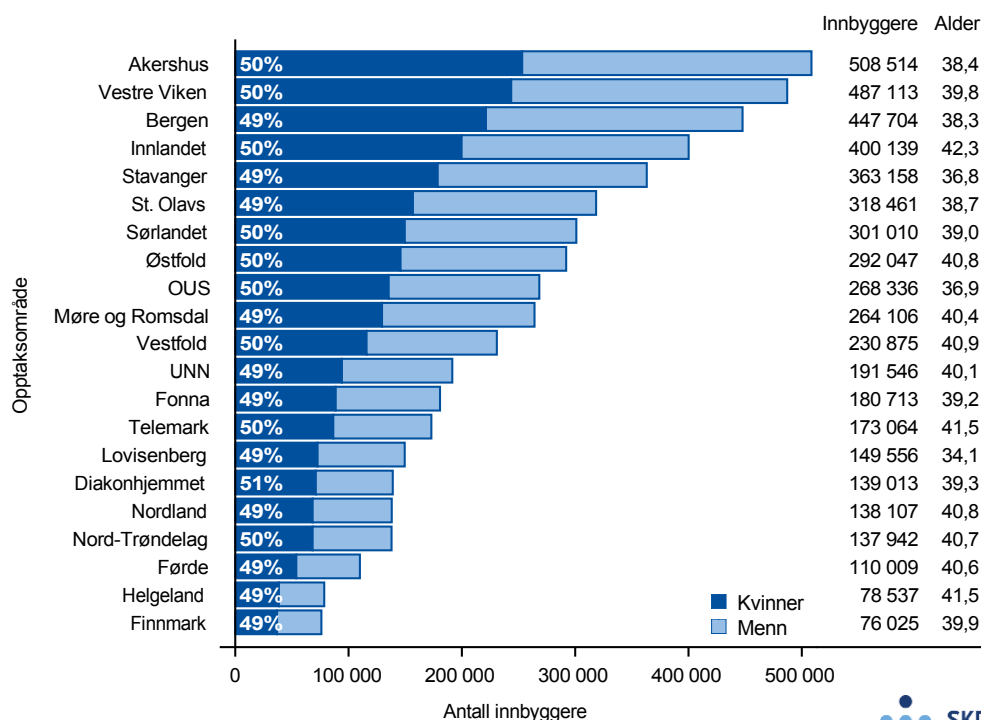
Opptaksområde for	Kortnavn
Helse Nord RHF	
Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	UNN
Nordlandssykehuset HF	Nordland
Helgelandssykehuset HF	Helgeland
Helse Midt-Norge RHF	
Helse Nord-Trøndelag HF	Nord-Trøndelag
St. Olavs hospital HF	St. Olavs
Helse Møre og Romsdal HF	Møre og Romsdal
Helse Vest RHF	
Helse Førde HF	Førde
Helse Bergen HF	Bergen
Helse Fonna HF	Fonna
Helse Stavanger HF	Stavanger
Helse Sør-Øst	
Sykehuset Østfold HF	Østfold
Akershus universitetssykehus HF	Akershus
Oslo universitetssykehus HF	OUS
Lovisenberg diakonale sykehus	Lovisenberg
Diakonhjemmet sykehus	Diakonhjemmet
Sykehuset Innlandet HF	Innlandet
Vestre Viken HF	Vestre Viken
Sykehuset i Vestfold HF	Vestfold
Sykehuset Telemark HF	Telemark
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet

2.3 Populasjon

I 2015–2017 bodde det i snitt omtrent 5,26 millioner mennesker i Norge. Blant disse var det 49,6 % kvinner, og gjennomsnittsalderen var 39,4 år (40,2 år blant kvinner og 38,6 år blant

²I dette helseatlas er kontakter med ukjent bydel i Oslo allokert til opptaksområdet OUS. Kommunene Leksvik og Rissa (Indre Fosen fra 2018) er allokert til opptaksområdet St. Olavs.

menn). Størrelsen på helseforetakenes opptaksområder varierte betydelig med nesten 509 000 innbyggere i opptaksområdet Akershus mot kun 76 000 innbyggere i opptaksområdet Finnmark (figur 2.1). Andel kvinner varierte mellom 51,1 % og 48,5 % i de ulike opptaksområdene. Gjennomsnittsalderen varierte fra 42,3 år i opptaksområdet Innlandet til 34,1 år i opptaksområdet Lovisenberg.



Kilde: SSB



Figur 2.1: Kjønnsfordeling, gjennomsnittsalder og antall innbyggere i helseforetakenes opptaksområder. Gjennomsnitt for årene 2015–2017.

2.4 Justering for kjønn og alder

For å kunne sammenligne antall hendelser i ulike opptaksområder og mellom år, er faktisk antall hendelser justert for kjønn og alder ved standardisering. Standardiseringen er gjort ved såkalt direkte metode med landets befolkning i 2016 som referansepopulasjon.³ Analysene viser antall hendelser pr. 100 000 innbyggere som opptaksområdene ville ha hatt dersom befolkningssammensetningen hadde vært lik i hele Norge og uendret fra år til år, gitt den faktiske fordelingen av hendelser i hver kjønns- og aldersgruppe i opptaksområdene.

Standardisert antall hendelser pr. 100 000 innbyggere i opptaksområde j (r_j) beregnes som:

$$r_j = 100\,000 \times \sum_{i=1}^K \frac{n_{ij}}{N_{ij}} \times a_i \quad (2.1)$$

³Aldersgruppene er definert slik at det er om lag like mange hendelser i hver aldersgruppe. Følgelig vil kjønns- og aldersgruppeinndelingen variere mellom ulike utvalg.

hvor n_{ij} er faktisk antall hendelser i opptaksområde j og kjønns- og aldersgruppe i , N_{ij} er antall innbyggere i opptaksområde j og kjønns- og aldersgruppe i , a_i er den nasjonale innbyggerandelen kjønns- og aldersgruppe i utgjør av Norges befolkning i 2016 og K er antall kjønns- og aldersgrupper.

I noen analyser presenteres kjønns- og aldersstandardiserte andeler. Da brukes kjønns- og aldersstandardisert antall pr. 100 000 innbyggere både i telleren og nevneren.

2.5 Utvalg

Analysene i denne rapporten tar for seg kontakter med offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste for pasienter som har fått kirurgiske inngrep som vanligvis utføres som dagkirurgi i perioden 2013–2017. Alle pasienter som har fått utført et dagkirurgisk inngrep er inkludert i analysene, uansett alder. Det ble beskrevet tolv slike inngrep i Dagkirurgiatlasen fra 2015. Inngrepene ble identifisert ved hjelp av kombinasjoner av tilstandskoder (ICD-10), prosedyrekoder (NCSP) og normaltariffakster for avtalespesialister. Det ble ikke skilt på hvordan tilbudet faktisk var organisert i de ulike helseforetakene med henblikk på om inngrepet var gjort under en døgninnleggelse, som dagbehandling eller ved et poliklinikkbesøk. Dette valget ble gjort fordi vi ønsket å sammenligne bruk av ett kirurgisk inngrep uavhengig av organisatoriske forhold.

Når utvalgene skal defineres er utgangspunktet gjerne et sett med relevante tilstandskoder kombinert med klinisk skjønn. Disse utvalgte tilstandskodene brukes for å identifisere hvilke prosedyrekoder som er i bruk ved de aktuelle tilstandene. Så gjøres den motsatte øvelsen; hvilke tilstandskoder finnes i kombinasjon med de hyppigste benyttede prosedyrekodene. På denne måten blir det forsøkt å fange opp så like pasientutvalg som mulig selv om kodepraksis kan variere mellom ulike institusjoner eller at samme tilstand er behandlet med ulike prosedyrer. Avtalespesialister koder ikke alltid med prosedyrekoder, men kan i stedet bruke takst fra normaltariffen⁴. Da antas det at et inngrep som tilsvarer taksten er utført. Feilkoding skjer, men er vanskelig å identifisere og enda vanskeligere å korrigere for. Ved påfallende vekst eller reduksjon fra et år til et annet innenfor et opptaksområde kan det for eksempel være feil eller mangel i kommunetilhørighet til pasientene eller at en avtale mellom en avtalespesialist og et regionalt helseforetak er endret. Vi finner også uventede kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder. Det gjøres individuelle vurderinger av om kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekodene beskriver inngrepet eller pasientutvalget som forventet. Hvis kodekombinasjonene ikke er som forventet, iverksetter vi ulike tiltak. Vi kontakter fagfolk innenfor de aktuelle fagfeltene for å kvalitetssikre forslaget til koding og for å diskutere hva som kan være forklaring på noe av det som kan synes som «ulogisk» koding. Denne kliniske kontakten er av uvurderlig betydning for kvaliteten på pasientutvalgene. Spesialistene som er konsultert i arbeidet med dette helseatlasen er oppgitt i vedlegg B.

Prinsippene for å identifisere utvalg i Dagkirurgiatlasen fra 2015 er i det vesentlige beholdt i denne oppdateringen. De fleste avtalespesialister får sine økonomiske oppgjør gjennom takster fra normaltariffen som rapporteres til HELFO. I Dagkirurgiatlasen ble kun takster brukt for aktivitet hos avtalespesialister. Noen få avtalespesialister har ISF-ordning⁵ for deler av sin virksomhet, hvor prosedyrekoder er sentrale for finansieringsordningen. For å beskrive avtalespesialistenes

⁴Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling, normaltariffen, fastsetter honorar som fastlege og avtalespesialist kan ta for undersøkelse og behandling.

⁵ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene for somatisk spesialisthelsetjeneste, samt for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB.

aktivitet er både takster og prosedyrekoder brukt i definisjonene denne gang. Dette gjør at vi favner noen flere inngrep, men ikke så mange at resultatene påvirkes i vesentlig grad.

Det er imidlertid gjort noen endringer i hvordan enkelte av inngrepene er definert som har større betydning. Dette er gjort på grunn av endringer i kodeverkene, behov for ytterligere informasjon eller feil eller unøyaktigheter i de opprinnelige utvalgene. Dette medfører at resultatene for de berørte utvalgene ikke er direkte sammenlignbare med resultatene i Dagkirurgiatlasets fra 2015. Dette gjelder utvalgene for *utvalgt håndkirurgi, fjerning av mandler, ventilasjonsrør i trommehinnen og åreknuter*.

Endringene fra Dagkirurgiatlasets 2015 er:

- **Utvalgt håndkirurgi**
 - Kodene for inngrep knyttet til Dupuytren's kontraktur var falt ut og er inkludert i oppdateringen for 2013–2017.
- **Fjerning av mandler**
 - Utvalget inkluderte fjerning av falske mandler. Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregisteret, er kun inngrep på tonsiller inkludert i oppdateringen for 2013–2017. Følgende koder er ekskludert i oppdateringen: Prosedyrekoden EMB30 «Adenotomi» og takstene K02b «Adenotomi» og K02d «Adenotomi ved samtidig paracentese med ventilasjonsrør».
- **Ventilasjonsrør i trommehinnen**
 - En relevant takst fra normaltariffen for avtalespesialister var utelatt fra utvalget til Dagkirurgiatlasets fra 2015 ved en inkurie. Takst 317b «Paracentese med ventilasjonsrør» er inkludert i utvalget i oppdateringen for 2013–2017. Denne taksten gjelder for paracentese i lokalbedøvelse og benyttes på voksne/eldre pasienter.
- **Åreknuter**
 - Flere prosedyrer fra det kirurgiske kodeverket er tatt ut og gitt nye koder i et nytt radiologisk kodeverk etter publiseringen av Dagkirurgiatlasets. Dette gjelder PHV10x «Endovenøs obliterasjon av v. saphena magna», PHV12x «Endovenøs obliterasjon av v. saphena parva», PHV13x «Endovenøs obliterasjon av perforantvene på legg» og PHV14x «Endovenøs obliterasjon av perforantvene på lår». Disse er tatt med i oppdateringen for 2013–2017.
 - Utvalget er videre supplert med kodene: PHB13 «Ligatur av perforantvene på legg», PHB14 «Ligatur av perforantvene på lår», PHB99 «Ligatur av annen vene» og PHD12 «Reseksjon av v. saphena parva» i oppdateringen for 2013–2017.

Definisjonen av de enkelte inngrepene er ytterligere beskrevet i omtalen av inngrepene i kapittel 3 Resultater.

2.6 Manglende eller ufullstendig rapportering til NPR

Noen ganger hender det at en avtalespesialist ikke rapporterer all sin aktivitet til NPR. Utført aktivitet som ikke er rapportert til NPR kan heller ikke inkluderes i analyser.

Kontakter som mangler pasientens kjønn, alder eller bostedsinformasjon ekskluderes automatisk fra kjønns- og aldersstandardiserte analyser. Vi har ekskludert kontakter som mangler kjønn (n=1) eller alder (n=66), men ikke kontakter som mangler bostedsinformasjon. Enkelte år er det et betydelig problem at noe eller all aktivitet hos enkelte avtalespesialister mangler kommunenummer. For å unngå systematiske skjevheter i resultatene er kontakter som mangler kommunenummer analysert som om pasienten bor i opptaksområdet til behandlende enhet. For de åtte utvalgene som ikke hadde betydelig andel aktivitet hos avtalespesialister gjaldt dette under 0,1 % av kontaktene. Tabell C.1 i vedlegg C gir en oversikt over antall og andel inngrep pr. år fordelt på omsorgsnivåene døgn, dag/poliklinikk og avtalespesialist i perioden 2015–2017.

Kontakter som mangler kommunenummer hos avtalespesialister i Oslo-området er fordelt som om pasientene bor i opptaksområdene til flere helseforetak på Sør- og Østlandet etter en gitt nøkkel. Denne nøkkelen fordeler aktiviteten hos avtalespesialister i Oslo-området til ulike opptaksområder i andeler som er lik som for kontakter som er registrert med pasientens kommune- og bydelsnummer hos de samme avtalespesialistene. For de fire utvalgene med betydelig aktivitet hos avtalespesialister manglet en større andel kontakter kommunenummer hos enkelte avtalespesialister (tabell 2.2).

Tabell 2.2: Kontakter med manglende kommunenummer for de fire utvalgene med betydelig aktivitet hos avtalespesialister

Utvalg	Antall i femårsperioden	Andel (%) av alle kontakter
Fjerning av mandler	379	0,8
Ventilasjonsrør i trommehinnen	563	1,6
Aldersbetinget grå stær	2429*	1,2
Tunge øyelokk	1197*	2,6

* Hvorav de fleste hos avtalespesialister i Oslo i 2013.

2.7 Helsetjenester uten offentlig finansiering

NPR inneholder data om offentlig finansierte spesialisthelsetjenester, inkludert aktivitet ved private sykehus og hos avtalespesialister. For spesialisthelsetjenester som i sin helhet er betalt av pasienten selv, eller av et forsikringsselskap, finnes ikke tilsvarende informasjon. Dette medfører at vi i denne rapporten kun viser dagkirurgiske inngrep som er offentlig finansiert. Dette kan gi skjevheter i våre beskrivelser av omfanget av faktisk utført dagkirurgi i de ulike opptaksområdene. Dette først og fremst fordi det har vært en kraftig økning i antall personer med privat helseforsikring i perioden 2003 til 2017, jf. figur D.1 i vedlegg D.

Antall forsikrede økte fra 34 000 i 2003 til nærmere 530 000 i 2017. De aller fleste forsikrede hadde i perioden 2004–2014 kollektive forsikringer. I tråd med utviklingen i antall forsikrede, er også anslått erstatning i forbindelse med behandlingsforsikringer økt betydelig, fra 609 millioner kroner i 2013 til 982 millioner kroner i 2017⁶.

For en del av de dagkirurgiske inngrepene som her beskrives, kanskje særlig innenfor ortopedi, kan det også gjøres en del inngrep på private sykehus som er finansiert av forsikringsselskaper. Det finnes ikke tilgjengelige opplysninger som sier noe om hvor de som enten kollektivt eller individuelt har tegnet helseforsikring bor, men det er ikke utenkelig at det kan være geografiske

⁶Tallene er hentet fra www.finansnorge.no.

skjevheter. Det finnes heller ikke tilgjengelige opplysninger om omfanget av dagkirurgiske inngrep som er finansiert av privatpersoner eller av forsikringsselskaper. Det er en begrensning at det ikke finnes noen helhetlig oversikt i helsetjenestebruken.

2.8 Vurdering av variasjon

En grundig beskrivelse av vurdering av variasjon i bruk av helsetjenester finnes i «Eldrehelsetatlas for Norge» (Balteskard, Otterdal mfl. 2017) og i rapporten «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon» (SKDE 2016).

Det finnes ikke ett enkelt mål som forteller om observert variasjon er stor eller liten, eller berettiget eller uberettiget. Ofte brukes forholdstallet mellom ytterpunktene som en indikasjon på om observert variasjon er stor eller liten. Er det dobbelt så mye av en hendelse i ett opptaksområde i forhold til i et annet sier man ofte at variasjonen er betydelig. Samtidig må det tas hensyn til antall hendelser. Er tallene små vil innslaget av tilfeldig variasjon være større.

I vurderingen av om den observerte variasjonen er berettiget eller uberettiget er utgangspunktet hva som er rimelig å forvente hvis all den observerte variasjonen er berettiget. For inngrepene som er inkludert i dette helseatlas er det rimelig å forvente at befolkningens behov for inngrepene er lik uavhengig av hvor folk bor, og at alle pasienter får muligheten til å ta informerte valg om alternative behandlinger for aktuell tilstand. Er helsetjenestene likeverdige fordelt i befolkningen forventer vi altså lite geografisk variasjon i bruken av tjenestene, ut over tilfeldig variasjon. Når den observerte variasjonen ikke stemmer med forventningene, og innslaget av tilfeldig variasjon ikke er for stort vurdert ut fra variasjon fra år til år og utvalgenes størrelse, kan vi anta at noe av den observerte variasjonen er uberettiget. Begrepet *uberettiget variasjon* brukes altså om den delen av den observerte variasjonen som ikke skyldes tilfeldigheter, pasientpreferanser eller forskjeller i underliggende forekomst av sykdom. Totalvurderingen inneholder elementer av skjønn.

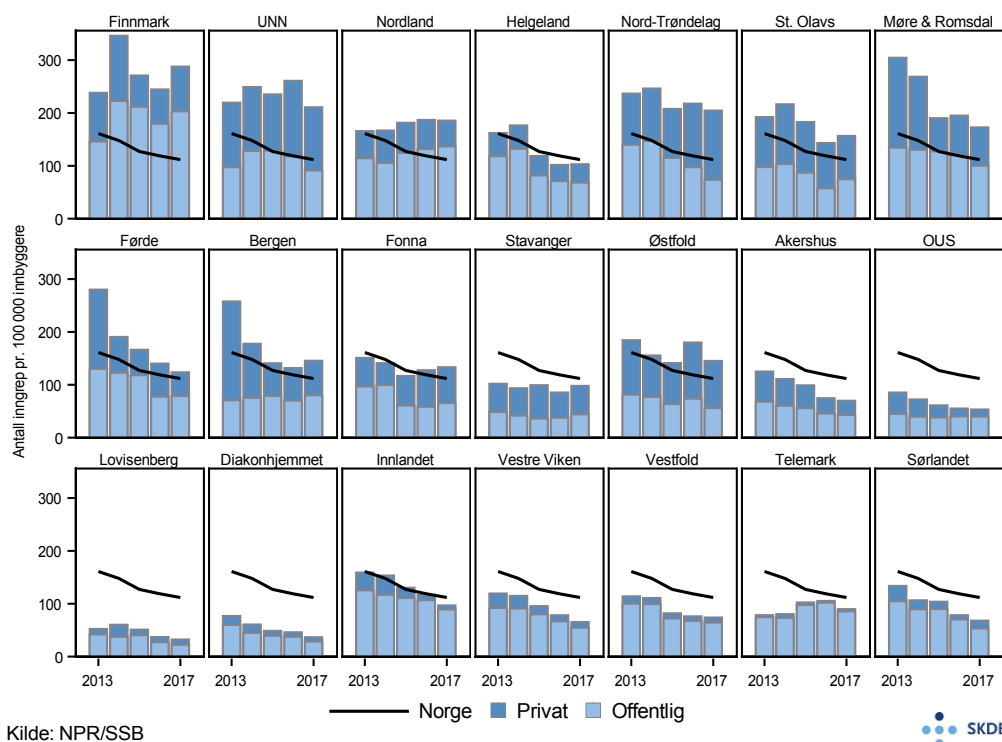
For å vurdere endring i variasjon har utgangspunktet for de fleste utvalgene vært gjennomsnittet for perioden 2011–2013, som ble presentert i Dagkirurgiatlas fra 2015. For utvalgene *utvalgt håndkirurgi*, *fjerning av mandler*, *ventilasjonsrør i trommehinnen* og operasjoner av *åreknuter* har vi tatt utgangspunkt i ratene i 2013. Vi har sammenliknet dette utgangspunktet med gjennomsnittet for perioden 2015–2017. Det gir større innslag av tilfeldighet i starten av perioden som belyses for de fire berørte utvalgene.

Kapittel 3

Resultater

3.1 Skulderkirurgi (acromionreseksjon)

Overbelastning i muskler og sener mellom skulderleddet og skulderbladframspringet (rotatorcuffen) er vanlig. Dårlige plassforhold kan føre til akutte og kroniske skuldersmerter og muskulær funksjonssvikt («impingement syndrom»). Det er ofte utfordrende å stille presis diagnose, fordi ulike tilstander kan ha samme funn ved klinisk undersøkelse. Effekt av kirurgi er dårlig vitenskapelig dokumentert (Paavola mfl. 2018; Beard mfl. 2018). Konservativ behandling kan gi et like godt resultat. Noen pasienter med påleiringer og/eller forkalkninger av leddbånd og mekaniske symptomer vil kunne ha nytte av kirurgi.



Figur 3.1: Acromionreseksjoner, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandling.

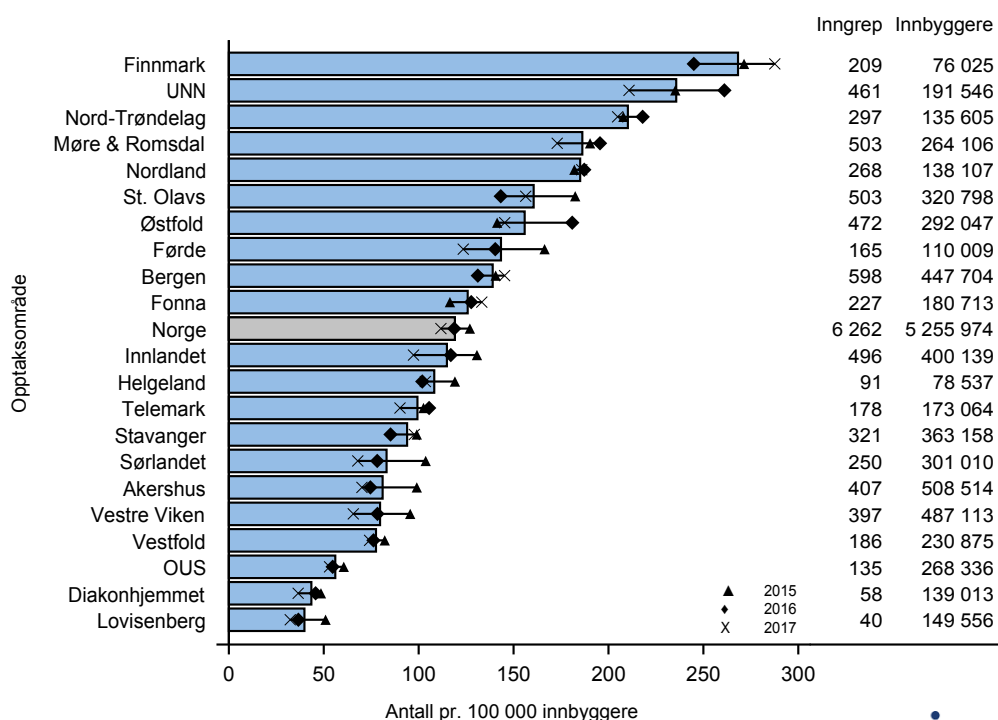
Utvalg

Vi har i denne analysen studert tradisjonell skulderkirurgi i form av acromionreseksjoner. Acromionreseksjon er definert ved hoved- eller bidiagnose i kategoriblokkene M19 eller M75 i kombinasjon med minst en av prosedyrekodene NBK12 eller NBK13. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekode og de samme prosedyrekodene og/eller taksten K05c.

Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlaset fra 2015 viste stort omfang og betydelig variasjon i bruk av skulderkirurgi mellom helseforetakenes opptaksområder i perioden 2011–2013. Samlet ble det utført 8 100 inngrep (justert rate: 161 pr. 100 000) i Norge i 2013. Nærmere fire ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere ble utført for bosatte i opptaksområdet Møre og Romsdal som for bosatte i opptaksområdet Stavanger.

I perioden 2015–2017 fikk befolkningen i opptaksområdet Finnmark 6,7 ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som befolkningen i opptaksområdet Lovisenberg.



Figur 3.2: Antall acromionreseksjoner pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

Antall acromionreseksjoner ble redusert til 5 950 inngrep (justert rate: 112 pr. 100 000) i 2017. Både aktiviteten ved offentlige sykehus og offentlig finansierte private sykehus ble redusert, men reduksjonen var noe større ved de private sykehusene enn ved de offentlige. Reduksjonen var særlig stor for bosatte i opptaksområdene tilhørende Helse Sør-Øst RHF, hvor de fleste hadde nedgang pr. 100 000 innbyggere på 35–50 %. Også for bosatte i opptaksområdene Bergen, Førde, Møre og Romsdal og Helgeland ble ratene tilsvarende redusert.

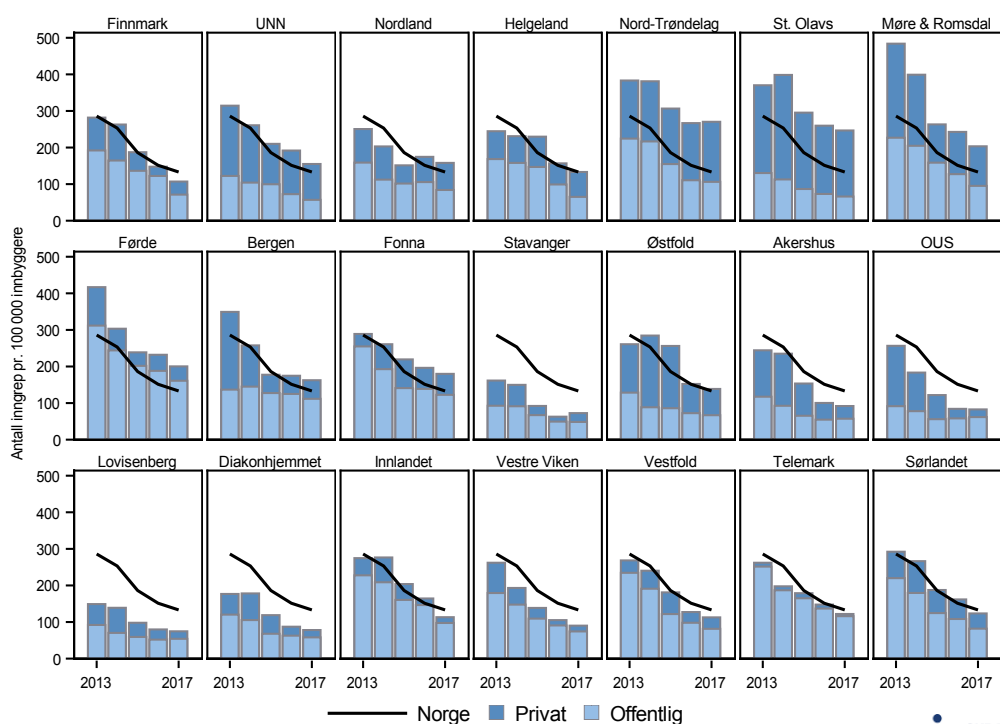
For de fleste opptaksområdene begynte reduksjonen i omfanget av skulderkirurgi før publiseringen av Dagkirurgiatlasen i 2015. Da hadde allerede enkelte fagmiljø og regionale helseforetak hatt oppmerksomhet rundt høyt omfang en stund. I tillegg økte mengden dokumentasjon på at konservativ behandling har like god effekt som kirurgisk behandling.

Kommentar

Helse Sør-Øst RHF har jobbet for å redusere det store omfanget av acromionreseksjoner. Det har åpenbart lyktes. På tross av en betydelig redusert aktivitet, er det tydelig at fagmiljøene ikke er omforent om indikasjonene for acromionreseksjon. Variasjonen mellom opptaksområder i bruk av acromionreseksjoner var langt større i perioden 2015–2017 enn i perioden 2011–2013, og helsetjenesten synes ikke å være likeverdig fordelt i befolkningen uavhengig av bosted.

3.2 Menisk

Meniskene er fiberbrusk som beskytter leddbrusken og hjelper til med å stabilisere kneet. De kan skades akutt eller som ledd i utviklingen av slitasjegikt (artrose). Meniskskader hos yngre behandles med meniskreparasjon eller delvis fjerning av menisk, avhengig av type skade. Akutte skader har best effekt av behandling. Fjerning av deler av menisken medfører risiko for tidlig artroseutvikling. Hos personer over 50 år skyldes menisklidelser ofte slitasje. Effekt av kirurgisk behandling på disse er dårlig vitenskapelig dokumentert (Hohmann mfl. 2018).



Figur 3.3: Menisk, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksråder og offentlig eller privat behandling.

Utvalg

Meniskoperasjon er her definert ved hoved- eller bidiagnose M23.2, M23.3 eller S83.2 i kombinasjon med en eller flere prosedyrekoder i kategoriblokken NGD. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og de samme prosedyrekodene og/eller taksten K05b.

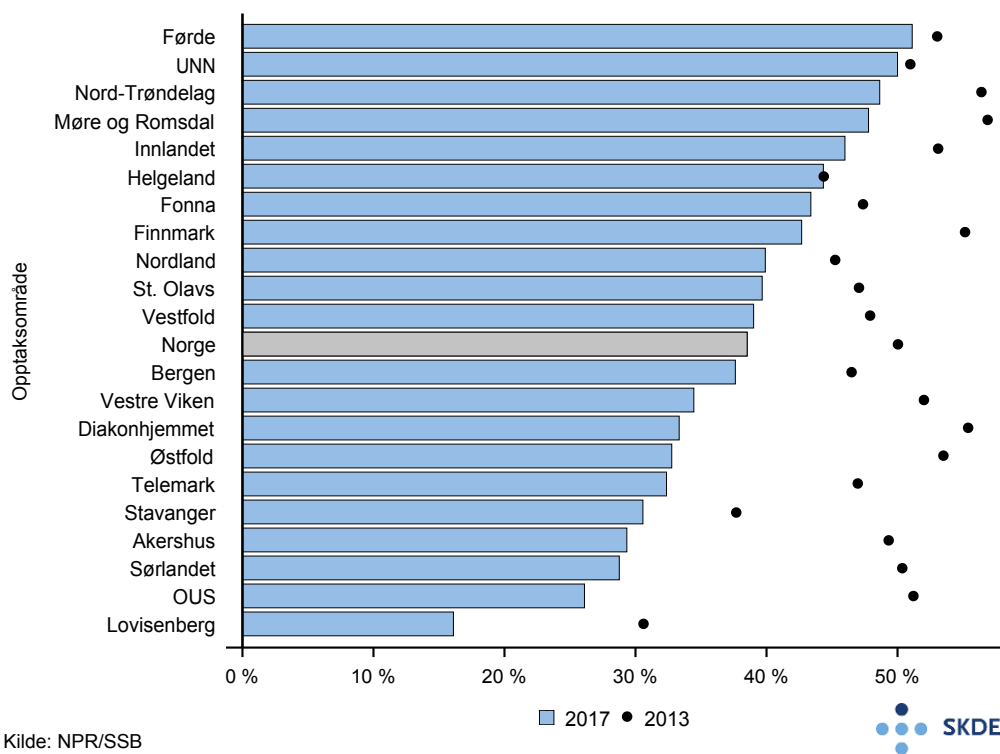
Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlaset fra 2015 viste omfattende bruk av meniskkirurgi og stor variasjon mellom helseforetakenes opptaksråder. Det ble utført 14 500 operasjoner (justert rate: 286 pr. 100 000) i Norge i 2013. I perioden 2011–2013 hadde bosatte i opptaksområdet Møre og Romsdal over fire ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdet Stavanger. Ellers var variasjonen moderat.

I perioden 2015–2017 var antall inngrep pr. 100 000 innbyggere 3,7 ganger så mange i opptaksområdet Nord-Trøndelag som i opptaksområdet Stavanger.

På landsbasis sank antall meniskoperasjoner kraftig fra 2013 til 2017. I 2017 ble det gjennomført 7 000 inngrep (justert rate: 133 pr. 100 000), under halvparten så mange som i 2013. Nasjonalt var nedgangen like stor for inngrep ved offentlig finansierte private sykehus og avtalespesialister som ved offentlige sykehus. For opptaksområdene OUS, Vestre Viken og Bergen gikk aktivitet ved offentlig finansierte private behandlere mest ned, mens det i opptaksområdene Vestfold, Helgeland og Sørlandet var størst reduksjon ved offentlige sykehus.

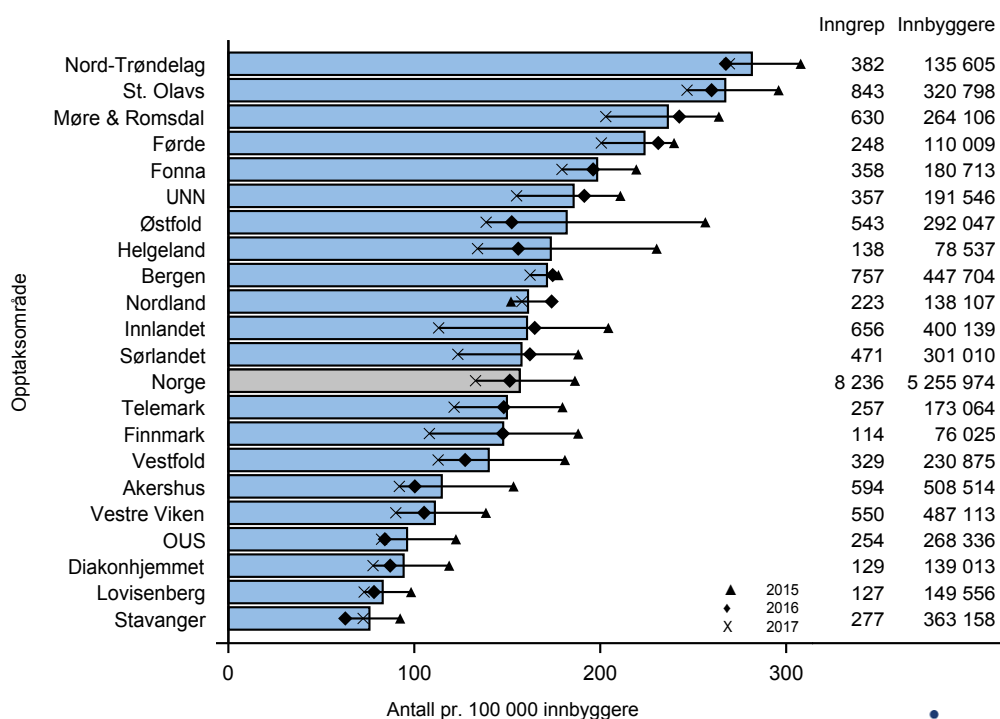
Det er faglig enighet om at degenerative meniskskader hos eldre pasienter vanligvis ikke skal opereres. Fra 2013 til 2017 ble snittalderen for meniskopererte redusert med 4,7 år, og antall operasjoner for pasienter over 50 år ble redusert med 63 %, fra 7 200 til 2 700. Dette medførte en betydelig reduksjon i andelen opererte som var over 50 år, særlig i opptaksområdene til Helse Sør-Øst RHF. I opptaksområdene for Akershus, Sørlandet, OUS og Lovisenberg ble andelen over 50 år nær halvert i perioden, mens den forble omtrent uendret for opptaksområdene Førde, UNN og Helgeland.



Figur 3.4: Andel av meniskopererte pasienter som var over 50 år i 2013 og 2017.

Kommentar

Fra 2013 til 2017 var det betydelig reduksjon i bruk av meniskkirurgi, spesielt for pasienter eldre enn 50 år. Dette kan tyde på at degenerative meniskskader i langt mindre grad ble operert i 2017 enn i 2013, en utvikling som er i tråd med faglige anbefalinger. Det var imidlertid stor forskjell mellom helseforetakenes opptaksområder i andelen eldre pasienter. Dette er sannsynligvis en viktig årsak til at variasjonen mellom opptaksområdene i bruk av meniskoperasjoner var uberettiget også i perioden 2015–2017.

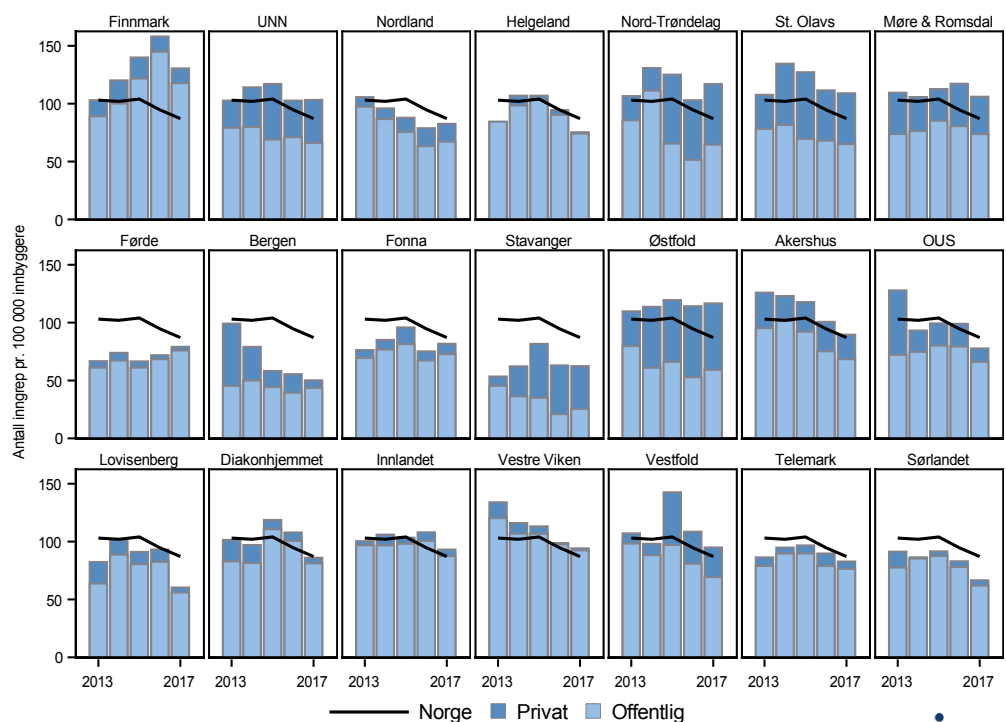


Kilde: NPR/SSB

Figur 3.5: Antall meniskoperasjoner pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

3.3 Hallux valgus og hammertå

Hallux valgus er en skjevstilling av stortå som vinkles i retning lilletå. Hammertå er når det innerste leddet er bøyd oppover og det ytterste nedover. Det kan være smertefullt å bruke skotøy. Behandlingen består av å fjerne deler av benet nær leddet. Det settes skruer i stortå og metallpinne i de små tærne for å sikre rett vinkel.



Kilde: NPR/SSB

Figur 3.6: Hallux valgus og hammertå, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

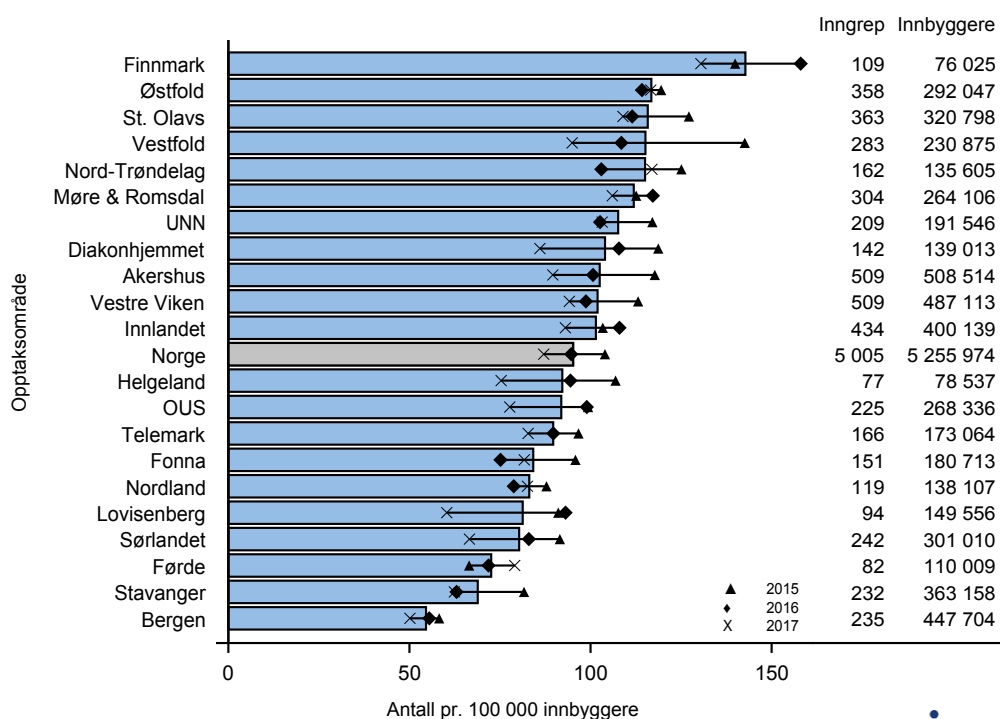
Operasjon for hallux valgus og hammertå er her definert ved en av hoved- eller bidiagnosene M20.1, M20.2, M20.3, M20.4, M20.5 eller M20.6 i kombinasjon med en eller flere av prosedyrekodene NHG09, NHG44, NHG46, NHG49, NHK17, NHK18, NHK57 eller NHK58. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og de samme prosedyrekodene og/eller takstene 134a, 134b eller 140d.

Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlaset fra 2015 viste ganske stor geografisk variasjon i kirurgisk behandling av hallux valgus og hammertå i perioden 2011–2013. Bosatte i opptaksområdet Vestre Viken fikk utført over dobbelt så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdet Bergen. For sistnevnte var den gjennomsnittlige raten pr. år lavest i landet i perioden 2011–2013 til tross for en dobling fra 2012 til 2013. I 2013 ble det utført vel 5 200 inngrep (justert rate: 103 pr. 100 000) i Norge.

Fra 2014 ble raten igjen kraftig redusert for bosatte i opptaksområdet Bergen, hovedsakelig på grunn av redusert aktivitet ved offentlig finansierte private sykehus og hos avtalespesialister. I perioden 2015–2017 var antall inngrep pr. 100 000 innbyggere lavest i landet i opptaksområdene Førde, Stavanger og Bergen. I opptaksområdet Finnmark var det en tydelig økning i slike inngrep pr. 100 000 innbyggere fra 2013 og fram til 2016, for det meste ved offentlige sykehus. I opptaksområdet Vestre Viken, som lå høyest i perioden 2011–2013, var det en jevn nedgang fra 2013 til 2017. For andre opptaksområder var det noe variasjon over år, men ikke entydige trender.

Forskjellen mellom høyeste og laveste rate var 2,6 og dermed større i perioden 2015–2017 enn i perioden 2011–2013. Ser man bort fra ytterpunktene (opptaksområdene Finnmark og Bergen) var variasjonen liten i perioden 2015–2017.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.7: Antall inngrep for hallux valgus og hammertå pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

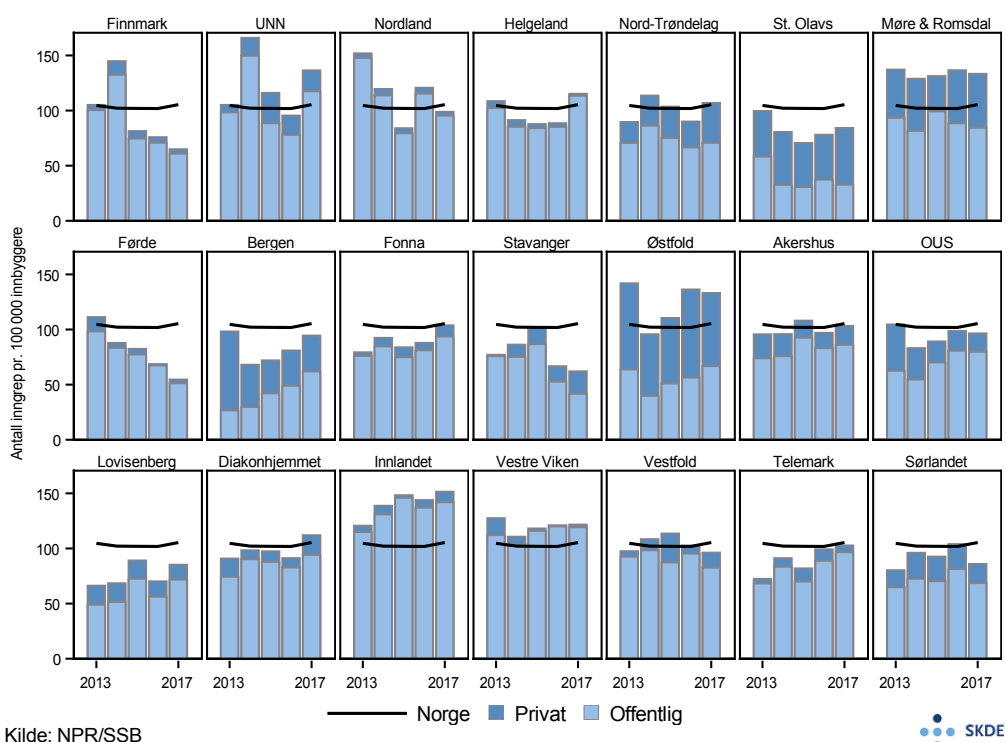
Fra 2015 til 2017 ble antall inngrep pr. 100 000 innbyggere totalt i Norge redusert med 16 %, hvorav størst reduksjon ved offentlige sykehus. I 2017 ble det utført 4 600 inngrep (justert rate: 87 pr. 100 000) i Norge. En fjerdedel av inngrepene ble utført ved offentlig finansierte private sykehus eller hos avtalespesialister.

Kommentar

Det antas at behovet for kirurgisk behandling for hallux valgus og hammertå er omtrent likt uavhengig av hvor i Norge man bor. I perioden 2015–2017 var det betydelig variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder i antall inngrep for hallux valgus og hammertå pr. 100 000 innbyggere. Det var også noe årsvariasjon innad i enkelte opptaksområder. Dette kan tyde på at det er uklare indikasjoner for inngrepene. Den observerte variasjonen anses derfor som uberettiget og kan muligens skyldes at tilbudet til en viss grad styrer forbruket.

3.4 Utvalgt håndkirurgi

Utvalgt håndkirurgi inkluderer fire tilstander. *Dupuytrens kontraktur* er en fortykkelse og strengdannelse i bindevevshinnen i håndflaten som kan medføre at en eller flere fingre blir krokete. *Triggerfinger* hvor hevelse rundt bøyesenen medfører at fingeren «henger seg opp» ved bevegelse av fingeren eller låser seg i bøyd stilling. *Ganglion* er en væskefylt cyste eller kul, oftest over håndleddet, som kan gi smerter og reduserte bevegelsesutslag. *DeQuervains tenosynovitt* er en seneskjebetennelse i strekksene til tommelen som kan gi smerter i håndleddsområdet, spesielt ved tommelgrep.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.8: Utvalgt håndkirurgi, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandling.

Utvalg

Triggerfinger: Operasjon for triggerfinger er her definert ved hoved- eller bidiagnose M65.3 i kombinasjon med en av prosedyrekodene NDE12 eller NDM49. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og de samme prosedyrekodene og/eller taksten 140k.

Ganglion: Operasjon for ganglion er definert ved hoved- eller bidiagnose M67.4 i kombinasjon med prosedyrekodene NDM39 eller NDR09. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekode og de samme prosedyrekodene og/eller taksten 140a.

Dupuytrens kontraktur: Operasjon for Dupuytrens kontraktur er definert ved hoved- eller bidiagnose M72.0 i kombinasjon med prosedyrekodene NDM09, NDM19 eller NDM49. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og de samme prosedyrekodene og/eller taksten 140c.

DeQuervains tenosynovitt: Operasjon for DeQuervains tenosynovitt er definert ved hoved- eller bidiagnose M65.4 i kombinasjon med prosedyrekoden NDM49. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og enten de samme prosedyrekodene eller taksten 140k.

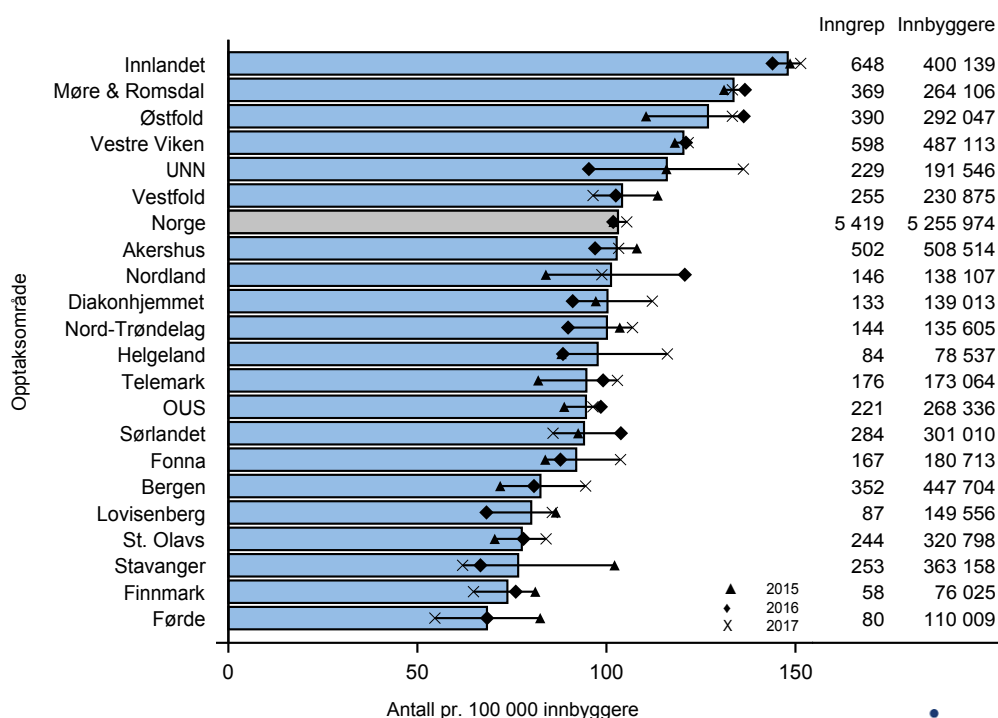
De fire inngrepene er slått sammen til en gruppe kalt utvalgt håndkirurgi i alle analyser.

Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlasen fra 2015 inneholdt en feil knyttet til pasientutvalget for håndkirurgiske tilstander. Inngrep for Dupuytrens kontraktur hadde dessverre falt ut av materialet på grunn av en kodefeil. Omfanget av håndkirurgiske inngrep som fremkom i atlasen var dermed for lavt, og feilen har også påvirket variasjonen mellom opptaksområdene i noen grad. Resultatene fra Dagkirurgiatlasen fra 2015 kommenteres derfor ikke nærmere her.

I 2013 ble det utført vel 5 200 håndkirurgiske inngrep (justert rate: 105 pr. 100 000) i Norge. I 2017 var antall inngrep 5 600 (justert rate: 105 pr. 100 000). På tross av en stabil rate fra 2013 til 2017 for landet sett under ett, var det tildels betydelige årsvariasjoner innad i enkelte opptaksområder.

I opptaksområdet Innlandet økte antall inngrep pr. 100 000 innbyggere med om lag 25 % fra 2013 til 2017. Samme periode ble antall inngrep pr. 100 000 innbyggere redusert med henholdsvis 38 % og 51 % i opptaksområdene Finnmark og Førde. Disse opptaksområdene hadde de laveste ratene i landet i perioden 2015–2017.



Figur 3.9: Antall inngrep for utvalgt håndkirurgi pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

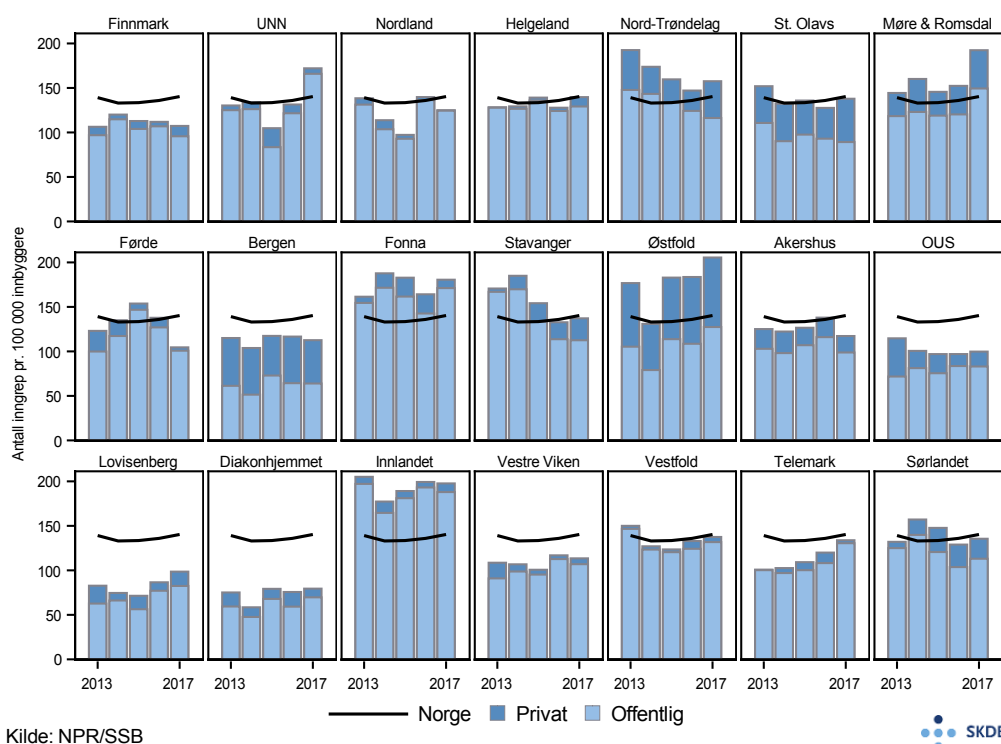
I perioden 2015–2017 var den geografiske variasjonen mellom opptaksområdene moderat. Bosatte i opptaksområdet Innlandet fikk da vel dobbelt så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdet Førde.

Kommentar

I perioden 2015–2017 var det moderat variasjon i antall håndkirurgiske inngrep pr. 100 000 innbyggere i ulike opptaksområder. Det antas at behovet for håndkirurgiske inngrep er omtrent likt ulike steder i landet, og den observerte variasjonen må derfor anses som uberettiget.

3.5 Karpaltunnelsyndrom

Karpaltunnelsyndrom skyldes trykk mot hovednerven til hånden (nervus medianus). Tilstanden er som oftest forårsaket av sykdomsprosesser som gir hevelse rundt senene som løper gjennom karpaltunnelen slik at disse klemmer på nerven. Typiske symptom er smerter, nummenhet og prikking i tommel, peke-, lang- og tommelsiden av ringfingeren. Tilstanden kan spontanhelbrede og konservativ behandling er som regel førstevalg. Ved alvorlige symptomer og/eller store plager er kirurgi det beste behandlingsalternativet. Ved inngrepet blir båndet som ligger over kanalen spaltet eller overskåret for å avlaste trykket på nerven.



Figur 3.10: Karpaltunnelsyndrom, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandling.

Utvalg

Operasjon for Karpaltunnelsyndrom er her definert ved hoved- eller bidiagnose G56.0 i kombinasjon med en eller flere av prosedyrekodene ACC51, NDE11, NDE12, NDM19, NDM49 eller NDL50. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekode og de samme prosedyrekodene og/eller taksten 140i.

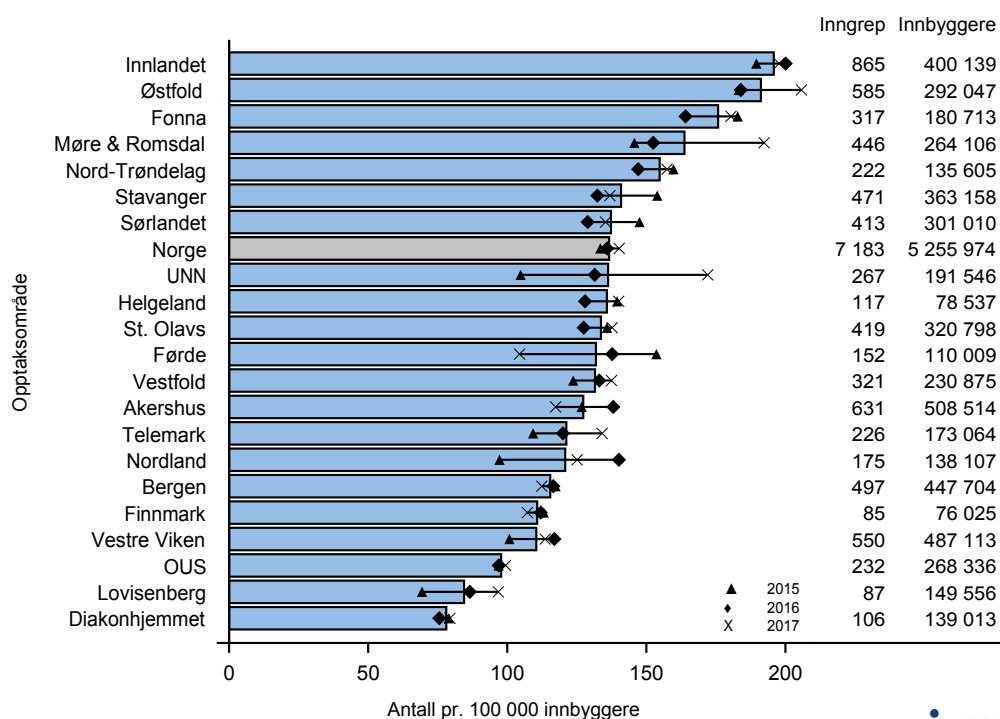
Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlaset fra 2015 viste moderat geografisk variasjon i omfanget av i kirurgiske inngrep for karpaltunnelsyndrom. Bosatte i opptaksområdene Innlandet, Stavanger, Nord-Trøndelag og Fonna fikk i perioden 2011–2013 nesten dobbelt så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som

bosatte i opptaksområdene Bergen og Oslo. Totalt i Norge ble det i 2013 utført nærmere 7 000 inngrep (justert rate: 139 pr. 100 000).

Det var fortsatt moderat geografisk variasjon i omfanget av kirurgiske inngrep for karpaltunnelsyndrom i perioden 2015–2017. Da ble det utført 2,5 ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere blant bosatte i opptaksområdene Innlandet, Østfold og Fonna som blant bosatte i opptaksområdene OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet.

Fra 2013 til 2017 var antall inngrep pr. 100 000 innbyggere stabil for landet sett under ett. Omtrent 17 % av inngrepene ble utført ved offentlig finansierte private sykehus eller hos avtalespesialister. I 2017 ble det utført om lag 7 500 inngrep (justert rate: 140 pr. 100 000).



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.11: Antall inngrep for karpaltunnelsyndrom pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

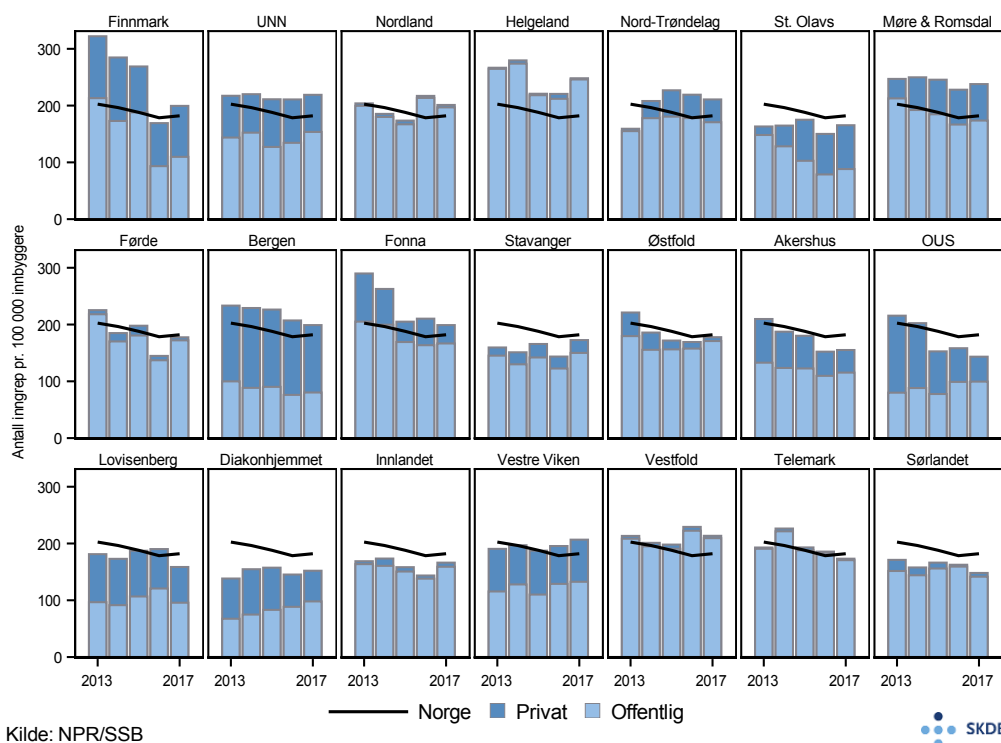
I opptaksområdene Nord-Trøndelag og Stavanger gikk antall inngrep pr. 100 000 innbyggere gradvis ned fra godt over landsgjennomsnittet i 2013 til omtrent nasjonalt nivå i 2017. I opptaksområdet Telemark var det en gradvis økning fra under landsgjennomsnittet i 2013 til nasjonalt nivå i 2017. I enkelte andre opptaksområder var det betydelig variasjon over år.

Kommentar

I perioden 2015–2017 hadde variasjonen økt mellom helseforetakenes opptaksområder i antall kirurgiske inngrep for karpaltunnelsyndrom pr. 100 000 innbyggere. Dette kan tyde på at det er uklare indikasjoner for inngrepet og at tilbudet til en viss grad kan styre forbruket. Det antas at det medisinske behovet for kirurgiske inngrep for karpaltunnelsyndrom er omtrent likt uavhengig av hvor man bor. Den observerte variasjonen anses derfor som uberettiget.

3.6 Fjerning av mandler

Fjerning av mandler er en av de vanligste operasjonene som utføres på barn og voksne. Tonsillektomi (fjerning av hele mandelen) utføres hovedsakelig på grunn av tilbakevendende eller kroniske halsbetennelser. Tonsillotomi (delvis fjerning av mandelen) gjøres vanligvis når halsmandlene er så store at de fører til søvnproblemer eller ernæringsvansker. I forhold til tonsillektomi gir tonsillotomi færre smerter og lavere risiko for blødning i dagene etter operasjon.



Figur 3.12: Fjerning av mandler, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandling.

Utvalg

Fjerning av mandlene er her definert ved hoved- eller bidiagnose i kategoriblokken J35, eller en av diagnosene H65.2 eller H65.3. Når diagnosekodene kombineres med prosedyrekodene EMB10 eller EMB20 er inngrepet definert som tonsillektomi. Når diagnosekodene kombineres med prosedyrekodene EMB12, EMB15, eller EMB99 er inngrepet definert som tonsillotomi. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og de samme prosedyrekoder og/eller takstene K02a, K02e, K02f eller K02g som alle gjelder tonsillektomi.

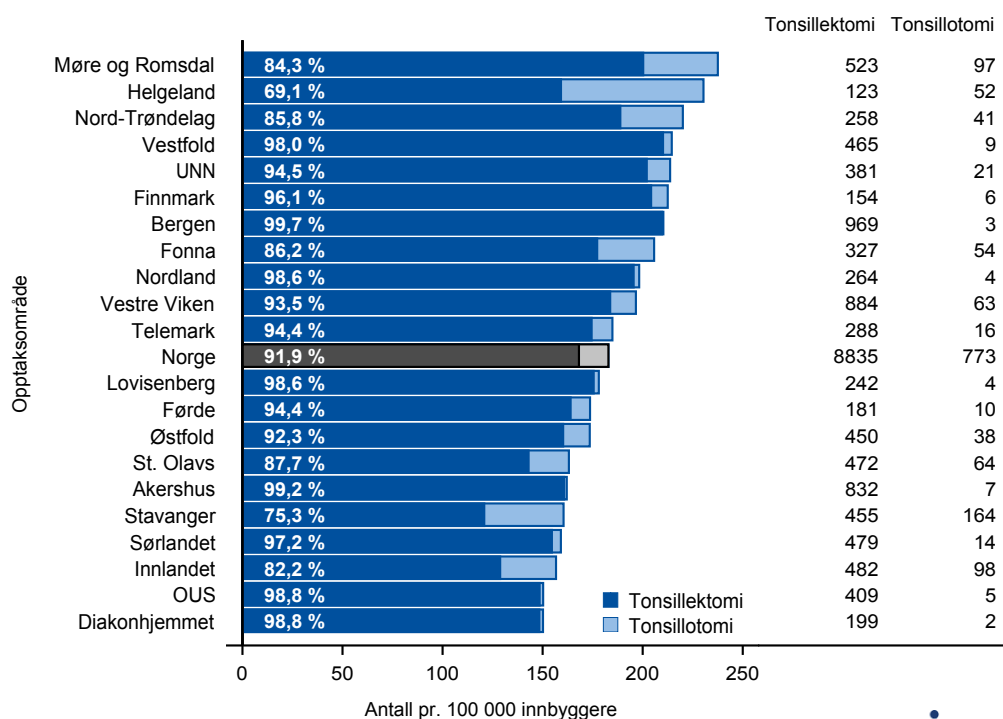
Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlaset fra 2015 inkluderte inngrep på både tonsiller og adenoid vev (falske mandler). Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregistret, er kun inngrep på tonsiller inkludert i dette helseatlasets resultatene fra Dagkirurgiatlaset fra

2015 kommenteres derfor ikke nærmere her. I 2013 ble det utført nærmere 10 600 inngrep (justert rate: 203 pr. 100 000) på tonsiller i Norge. Da ble det utført over dobbelt så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere blant bosatte i opptaksområdet Finnmark som blant bosatte i opptaksområdet Diakonhjemmet.

I perioden 2015–2017 var det 1,6 ganger så mange inngrep på tonsiller pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Møre og Romsdal som i opptaksområdene OUS og Diakonhjemmet. Fra 2013 til 2016 gikk totalt antall inngrep i Norge pr. 100 000 innbyggere jevnt nedover. I 2017 ble det utført 9 600 inngrep (justert rate: 182 pr. 100 000). For samtlige opptaksområder holdt antall inngrep pr. 100 000 innbyggere seg enten stabilt eller ble redusert i denne perioden. Det var størst reduksjon blant bosatte i opptaksområdet Finnmark.

På landsbasis ble pasienten døgninnlagt ved 30 % av inngrepene for fjerning av mandler. Andelen varierte fra 64 % i opptaksområdet Nord-Trøndelag til 9 % i opptaksområdet Østfold (vedlegg E).



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.13: Fjerning av mandler, pr. 100 000 innbyggere, hel og delvis fjerning, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

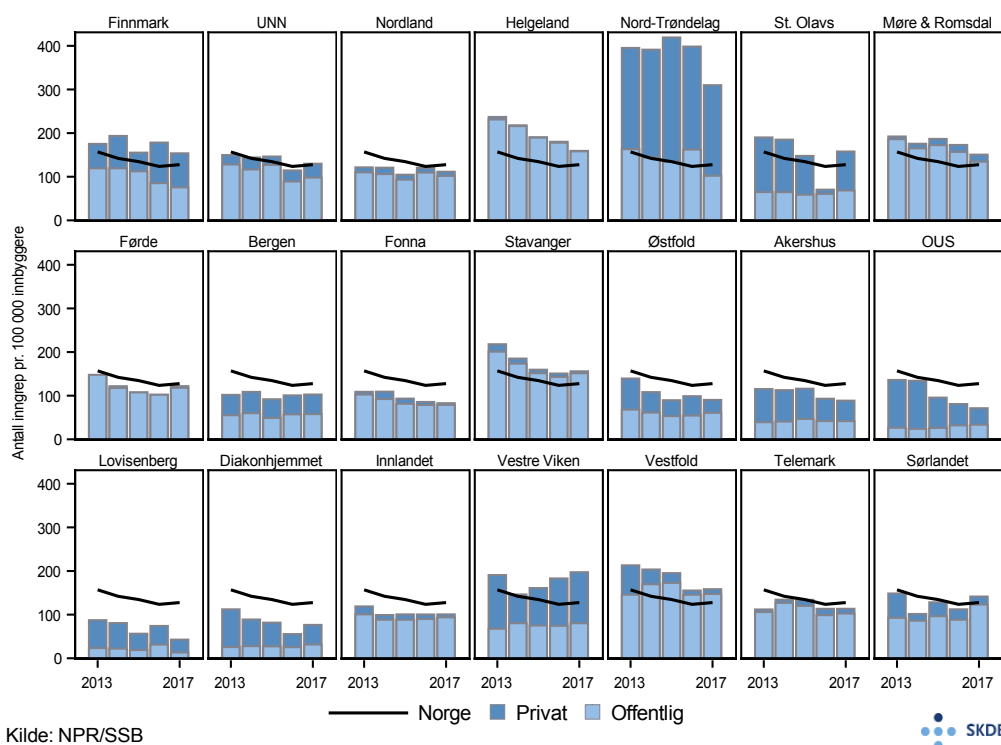
I Sverige ble det gjort tonsillotomi i 44 % av inngrepene på tonsiller i perioden 2013–2015 (Hal-lenstål mfl. 2017). I Norge ble tonsillotomi gjort i ca. 10 % av inngrepene på tonsiller i perioden 2015–2017. Det var noe variasjon i denne andelen mellom opptaksområdene. På grunn av lavt antall av tonsillotomier vil innslag av tilfeldig variasjon gi store utslag.

Kommentar

Variasjonen mellom helseforetakenes opptaksområder i antall inngrep på tonsiller pr. 100 000 innbyggere var klart mindre i perioden 2015–2017 enn i 2013. Variasjon mellom opptaksområdene anses som liten og helsetjenesten synes rimelig likeverdig fordelt i befolkningen uavhengig av bosted.

3.7 Ventilasjonssrør i trommehinnen

Væske i mellomøret medfører redusert bevegelse av trommehinnen og kan føre til nedsatt hørsel og forsinket språkutvikling hos barn. Ses tilstanden hos voksne må neselvelget undersøkes nøye for svulst. Som oftest forsvinner væskedannelsen av seg selv i løpet av ca 3 mnd. Men, ved nedsatt hørsel eller språkproblemer av en viss varighet kan tilstanden behandles med innsetting av ventilasjonssrør i trommehinnen (øredren). Effekten av inngrepet er individuell og ikke godt vitenskapelig dokumentert.



Figur 3.14: Øredren, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

Innsetting av ventilasjonssrør i trommehinnen er her definert ved prosedyrekoden DCA20. For avtalespesialister inkluderes kontakter med de samme prosedyrekode og/eller takstene K02c, K02d, K02e, K02g eller 317b. Takst 317b «Paracentese med ventilasjonssrør» var ved en inkurie utelatt i Dagkirurgiatlaset fra 2015. Det innebærer at utvalget i dette atlaset ikke er direkte sammenlignbart med utvalget i Dagkirurgiatlaset fra 2015. Denne taksten benyttes på inngrep som gjøres i lokalbedøvelse og inkluderer derfor i hovedsak voksne.

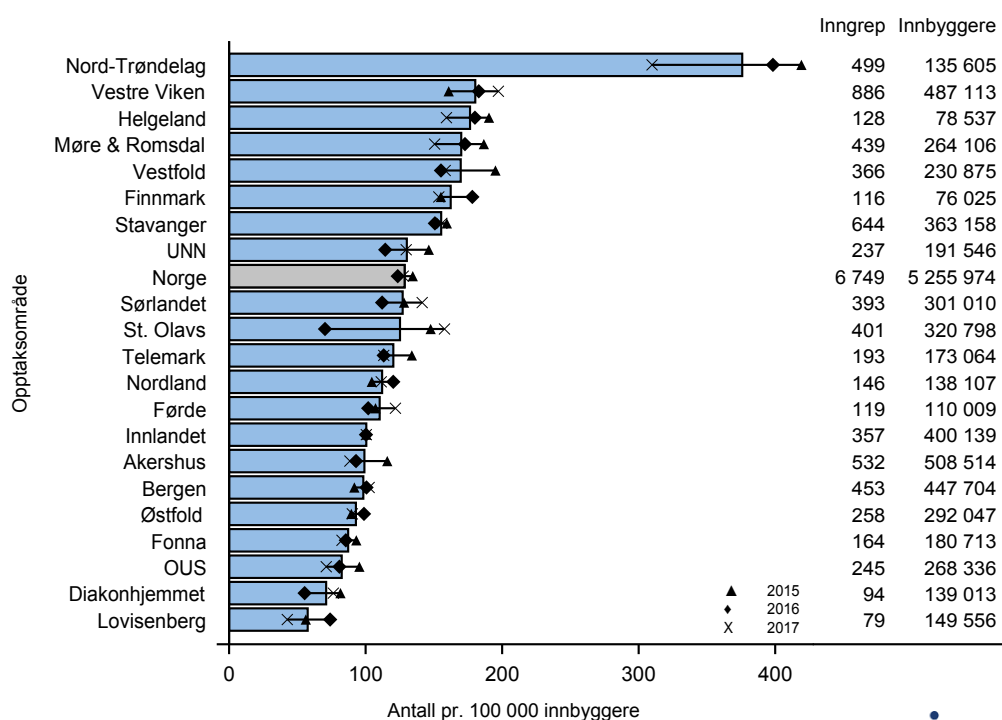
Utvikling fra 2013

I Dagkirurgiatlaset fra 2015 inngikk ikke taksten 317b «Paracentese med ventilasjonssrør» i definisjonen av utvalget på grunn av en feil. Taksten identifiserer en spesifikk type inngrep hos avtalespesialister. Det gjøres ca 500 slike inngrep i Norge årlig. Resultater fra Dagkirurgiatlaset fra 2015 kommenteres derfor ikke nærmere her. I 2013 ble det utført over 8 200 inngrep for

øredren (justert rate: 157 pr. 100 000) i Norge. Da ble det utført 4,5 ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Nord-Trøndelag som i opptaksområdet Lovisenberg.

I perioden 2015–2017 var det enda større geografisk variasjonen i omfanget av inngrep for øredren. Da ble det utført 6,5 ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Nord-Trøndelag som i opptaksområdet Lovisenberg. Ser man bort fra disse ytterpunktene var det fremdeles 2,5 ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Vestre Viken som i opptaksområdet Diakonhjemmet.

På landsbasis ble antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere redusert med 19 % fra 2013 til 2017. I 2017 ble det utført nesten 6 700 inngrep (justert rate: 128 pr. 100 000). Det var størst nedgangen ved offentlig finansierte private sykehus og hos avtalespesialister. Nedgangen i 2016 blant bosatte i opptaksområdet St. Olavs skyldes at en avtalespesialist hadde permisjon dette året.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.15: Antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

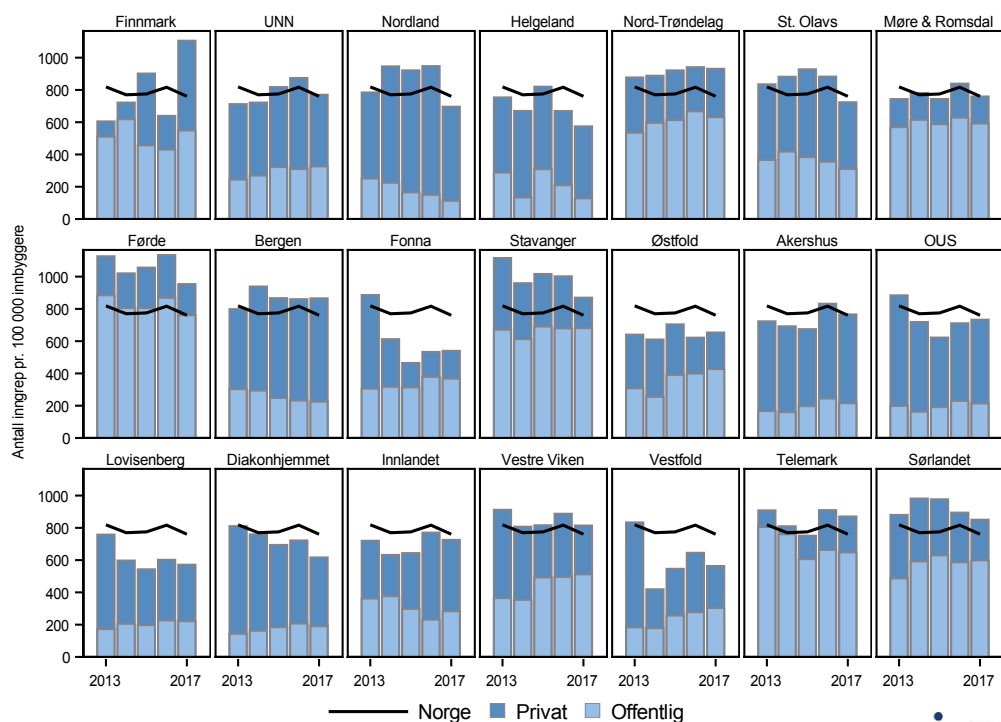
Fra 2013 til 2017 var antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere omtrent likt eller synkende i alle opptaksområdene unntatt Vestre Viken. I opptaksområdet Nord-Trøndelag var raten svært høy frem til 2016 før den sank merkbart i 2017.

Kommentar

Fra 2013 til 2017 gikk antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere ned i de fleste opptaksområdene. I perioden 2015–2017 var det likevel større variasjon mellom opptaksområdene enn i 2011–2013. Dette tyder på at fagmiljøene ikke er enige om hva som er riktig indikasjon for å behandle med øredren. Det medisinske behovet for øredren antas å være omtrent likt uavhengig av hvor i Norge man bor. Den observerte variasjonen anses derfor som uberettiget.

3.8 Aldersbetinget grå stær

Grå stær (katarakt) er en fordunkling av øyets linse som fører til nedsatt syn. For de fleste skjer dette som en del av aldringsprosessen, men det finnes også medfødte og arvelige årsaker. Ubehandlet fører grå stær til blindhet. Behandlingen består av å erstatte gammel øyelinse med en kunstig linse. Kataraktoperasjon bør vurderes når synsfunksjonen hemmer dagliglivets aktiviteter. Når synet på det beste øyet er svakere enn 50 % av normalsyn har man rett til prioritert helsehjelp.



Figur 3.16: Katarakt, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

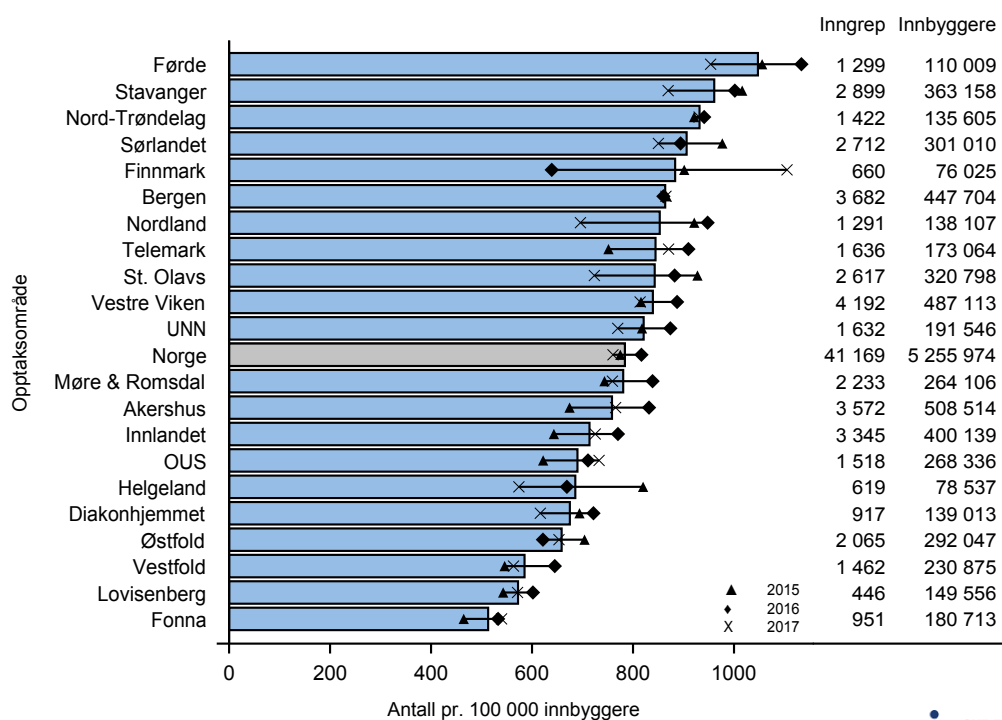
Kataraktoperasjoner er her definert ved hoved- eller bidiagnose i kategoriblokken H25 i kombinasjon med prosedyrekode CJE 20. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og den samme prosedyrekoden og/eller taksten K01a.

Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlasets fra 2015 viste geografisk variasjon i kirurgisk behandling av aldersbetinget grå stær i perioden 2011–2013. Bosatte i opptaksområdet Stavanger fikk utført 1,7 ganger flere kataraktoperasjoner pr. 100 000 innbyggere enn bosatte i opptaksområdet Østfold. I 2013 ble det utført nærmere 40 000 kataraktoperasjoner (justert rate: 819 pr. 100 000) i Norge.

I perioden 2015–2017 var den geografiske variasjonen fremdeles moderat. Bosatte i opptaksområdet Førde fikk utført dobbelt så mange kataraktoperasjoner pr. 100 000 innbyggere som bosatte

i opptaksområdet Fonna.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.17: Antall inngrep for katarakt pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

Fra 2013 til 2017 var totalt antall kataraktoperasjoner pr. 100 000 innbyggere i Norge omtrent likt hvert år, og halvparten ble utført ved offentlig finansierte private sykehus eller hos avtalespesialister. I 2017 ble det utført over 41 000 kataraktoperasjoner (justert rate: 760 pr. 100 000) i Norge.

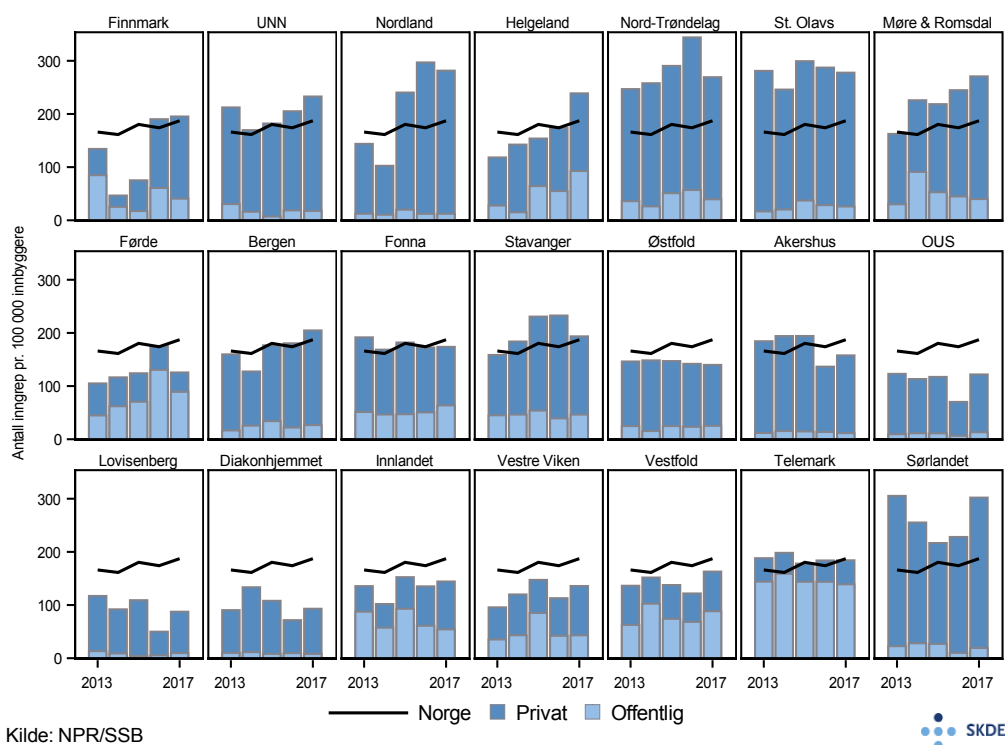
I de fleste opptaksområdene endret raten seg lite fra 2013 til 2017. For opptaksområdet Finnmark var det betydelige årsvariasjoner, men ingen tydelig trend i retning flere eller færre operasjoner. I opptaksområdene Fonna og Vestfold sank imidlertid raten betydelig fra 2013 til 2017. Dette skyldes hovedsakelig nedgang i antall kataraktoperasjoner ved offentlig finansierte private sykehus eller hos avtalespesialister.

Kommentar

Mellom ulike opptaksområder var det noe økt variasjon i antall kataraktoperasjoner pr. 100 000 innbyggere i perioden 2015–2017 sammenlignet med perioden 2011–2013. Forskjellen var på over 500 operasjoner pr. 100 000 innbyggere. Dette indikerer at helsetjenesten ikke er likeverdig fordelt. Det er ikke kjent geografisk variasjon i forekomst av tilstanden og den observerte variasjonen anses derfor som uberettiget.

3.9 Tunge øyelokk

Tunge øyelokk skyldes vanligvis hudoverskudd. Elastisiteten i huden svekkes med alderen og fettdepotene blir mer framtrepende. Tunge øyelokk som i vesentlig grad påvirker syn og/eller synsfeltet gir rett til prioritert helsehjelp. Inngrepet gjøres oftest i lokalbedøvelse av øyelege. Overskudd av hud og underliggende fett på øvre øyelokk fjernes oftest ved hjelp av laser eller radiobølgekniv.



Figur 3.18: Tunge øyelokk, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

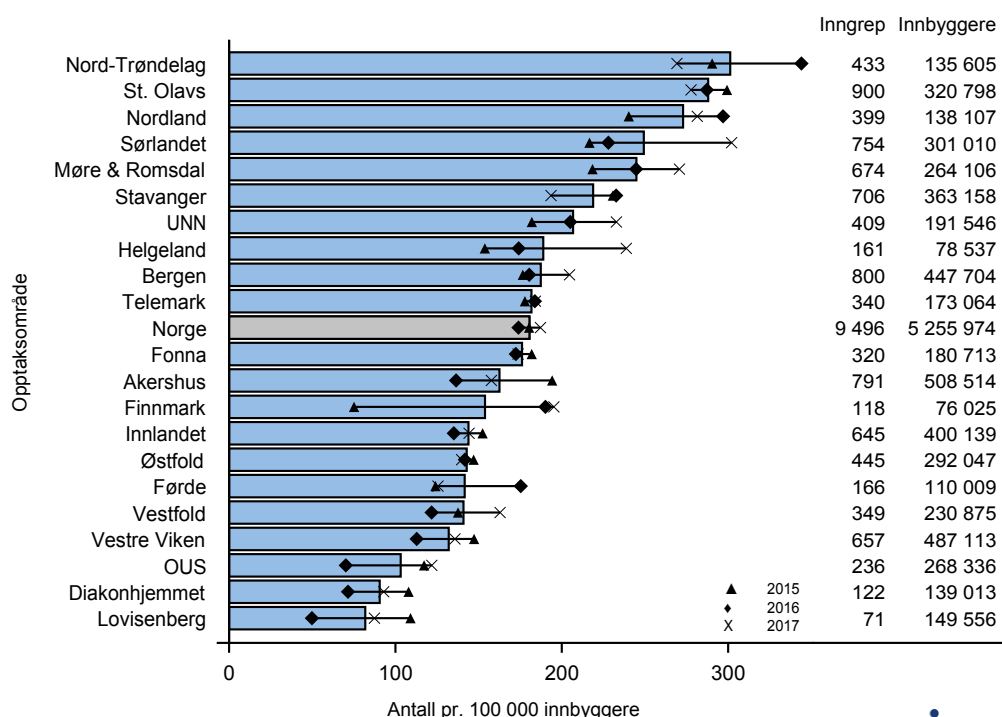
Operasjoner for tunge øyelokk er her definert ved hoved- eller bidiagnose H02.3 i kombinasjon med en eller flere av prosedyrekodene CBB10 eller CBB20. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekode og de samme prosedyrekodene og/eller takstene K01d eller K01e.

Utvikling fra 2013

Dagkirurgiatlaset fra 2015 viste stor variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder i bruk av kirurgiske inngrep for tunge øyelokk i perioden 2011–2013. Bosatte i opptaksområdene Nord-Trøndelag og St. Olavs fikk utført nesten tre ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdene Oslo og Førde. Tre av fire inngrep ble utført av offentlig finansierte private sykehus eller avtalespesialister. I 2013 ble det utført om lag 8 400 inngrep (justert rate: 166 pr. 100 000) i Norge.

I perioden 2015–2017 var variasjonen mellom opptaksområdene enda større enn i perioden 2011–2013. Bosatte i opptaksområdene Nord-Trøndelag og St. Olavs fikk utført godt over tre ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdene Lovisenberg og Diakonhjemmet.

På landsbasis økte antall inngrep for tunge øyelokk til nesten 10 000 (justert rate: 187 pr. 100 000) i 2017. Spesielt var det kraftig økning for opptaksområdene Helgeland, Nordland og Møre og Romsdal. I perioden 2013–2017 ble 68–74 % av inngrepene utført av offentlig finansierte private behandlere hvorav nesten alle hos avtalespesialister. Det var stor variasjon mellom opptaksområdene i andelen av inngrepene for tunge øyelokk som ble utført ved offentlige sykehus.



Kilde: NPR/SSB



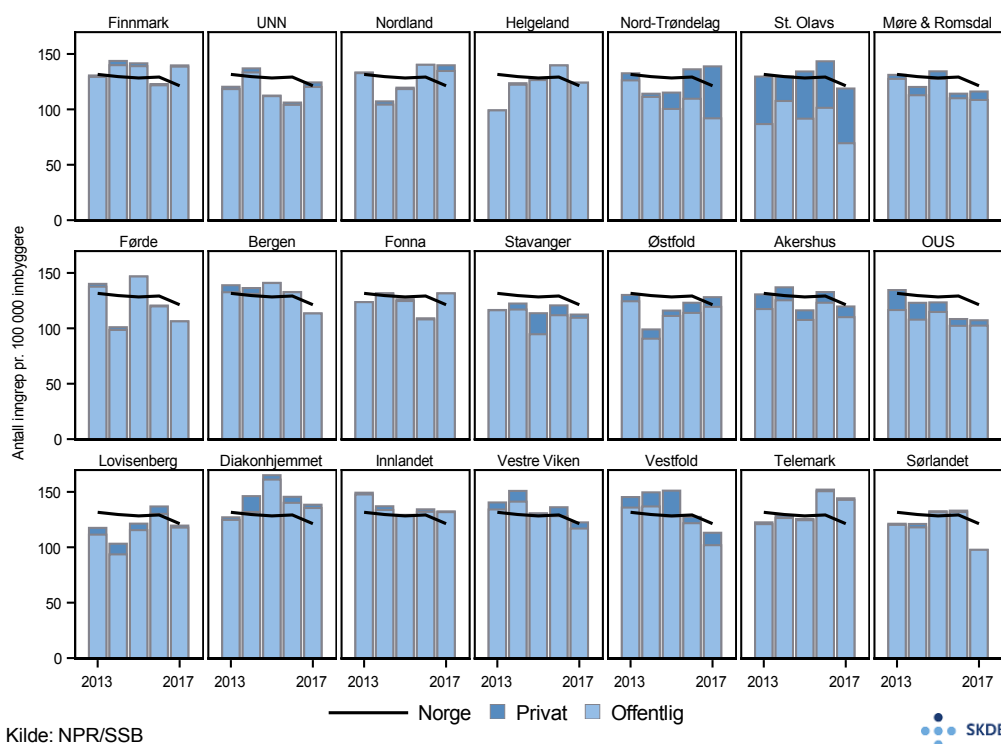
Figur 3.19: Antall inngrep for tunge øyelokk pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

Kommentar

Det var større variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder i antall inngrep for tunge øyelokk pr. 100 000 innbyggere i perioden 2015–2017 enn i perioden 2011–2013. Det er ikke kjent geografisk variasjon i forekomst av tunge øyelokk, og det er heller ikke sannsynlig at forskjeller i pasientpreferanser eller tilfeldigheter forklarer hele den observerte variasjonen. Variasjonen anses derfor som uberettiget og kan muligens skyldes at tilbudet til en viss grad styrer forbruket.

3.10 Lyskebrokk

Et lyskebrokk er en utposning i lysken der indre strukturer passerer gjennom en svakhet i bukveggen. Symptomene kan være svie og ubehag, og tyngdefornemmelse er også vanlig. Ved lyskebrokk foreligger operasjonsindikasjon hos små barn og unge voksne, hos voksne kun ved samtidige smerter. Inngrepet blir utført i lokalanestesi ved bruk av åpen kirurgi eller kikkhullsteknikk.



Figur 3.20: Lyskebrokk, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

Operasjoner for lyskebrokk er her definert ved hoved- eller bidiagnose i kategoriblokken K40 i kombinasjon med en eller flere av prosedyrekodene JAB00, JAB10, JAB11 eller JAB30. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnosekoder og de samme prosedyrekodene og/eller taksten 140e.

Utvikling fra 2013

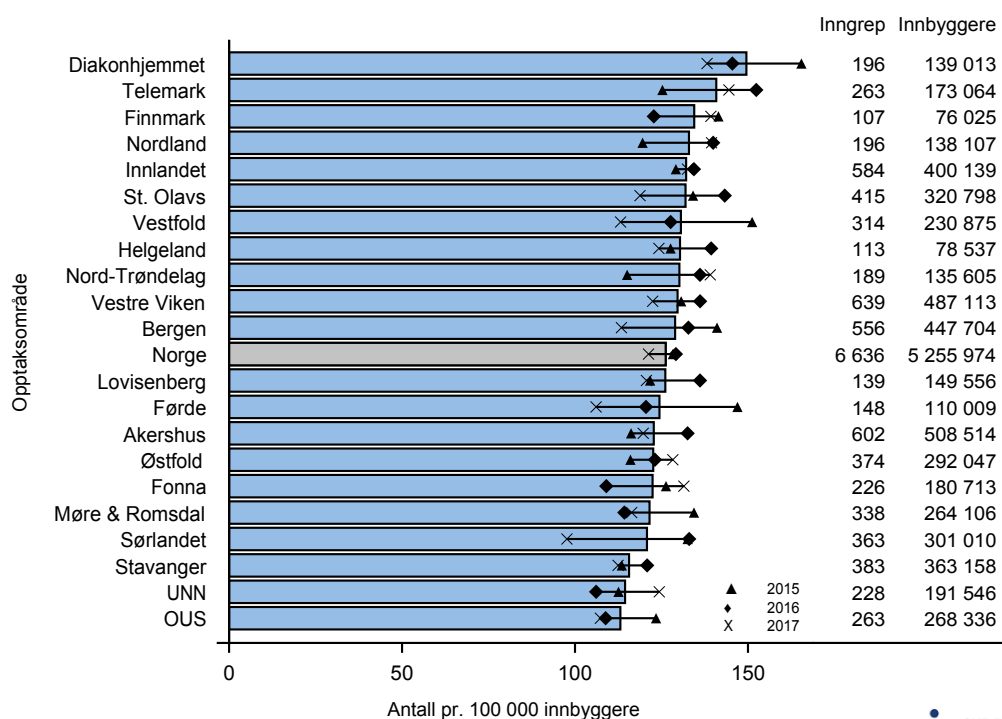
Dagkirurgiatlaset fra 2015 viste liten variasjon i antall inngrep for lyskebrokk pr. 100 000 innbyggere mellom helseforetakenes opptaksområder. I 2013 ble det utført nærmere 6 600 inngrep (justert rate: 132 pr. 100 000) i Norge.

I perioden 2015–2017 var den geografiske variasjonen fortsatt svært liten. Antall inngrep pr. 100 000 innbyggere varierte fra 150 for bosatte i opptaksområdet Diakonhjemmet til 113 for bosatte i opptaksområdet OUS. På landsbasis ble pasienten døgninnlagt ved 30 % av inngrepene

for lyskebrokk. Andelen varierte fra 43 % i opptaksområdet Finnmark til 20 % i opptaksområdet Østfold (se figur E.2 i vedlegg E).

Fra 2013 til 2017 var det en liten nedgang i totalt antall inngrep for lyskebrokk pr. 100 000 innbyggere i Norge. For de fleste opptaksområdene ble nesten alle inngrepene utført ved offentlige sykehus. På landsbasis ble kun 6 % av inngrepene utført ved private sykehus, men for opptaksområdene Nord-Trøndelag og St. Olavs var andelen betydelig høyere. I 2017 ble det utført nesten 6 500 inngrep (justert rate: 121 pr. 100 000).

På landsbasis økte andelen operasjoner med bruk av kikkhullsteknikk jevnt fra en tredjedel i 2013 til over halvparten i 2017.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.21: Antall inngrep for lyskebrokk pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

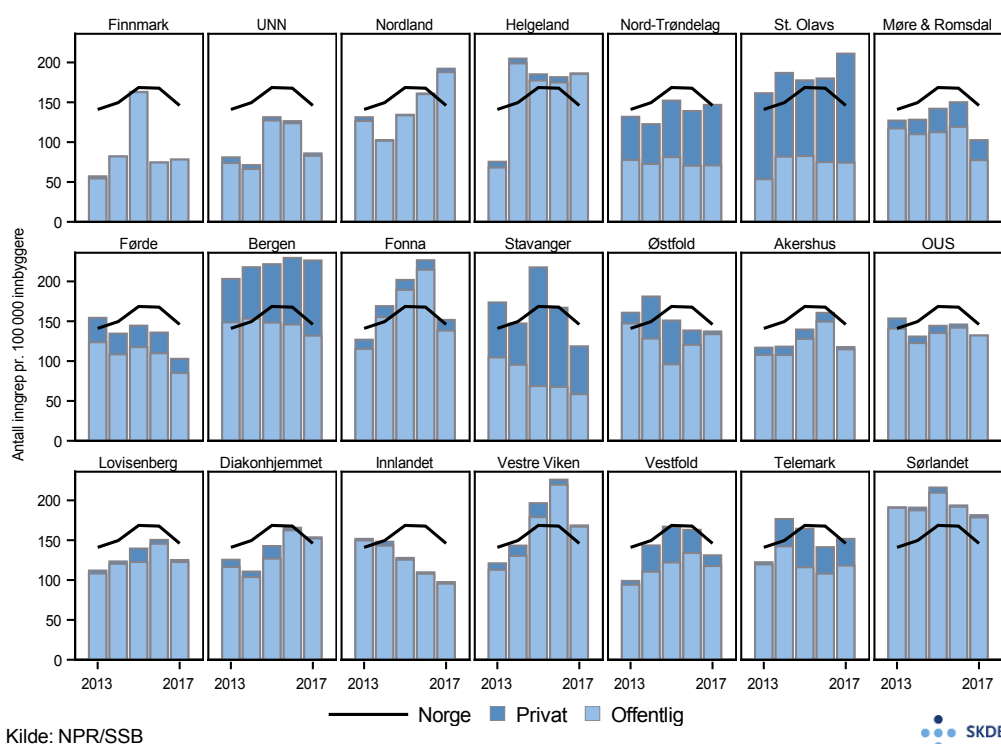
Ingen av opptaksområdene hadde tydelig økning eller nedgang i antall inngrep for lyskebrokk pr. 100 000 innbyggere fra 2013 til 2017, men det var noe variasjon fra år til år.

Kommentar

Fra perioden 2011–2013 til perioden 2015–2017 var det ingen betydelig endringer i antall inngrep for lyskebrokk pr. 100 000 innbyggere eller i variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder. Begge periodene var det liten variasjon i omfang av inngrep for lyskebrokk mellom opptaksområdene og over år. Dette tyder på at fagmiljøene er enig om medisinsk indikasjon for inngrepet. Helsetjenestetilbudet til befolkningen anses som likeverdig uavhengig av bosted.

3.11 Åreknuter

Ødelagte klaffer og svekket elastisitet i vener i bena gir opphav til åreknuter som kan medføre trykk og tyngdefølelse, og i alvorligere tilfeller hevelse, smerter og leggsår. Venestørrelse og grad av kosmetisk ubehag, hevelse og leggsår gir grunnlag for kirurgisk behandling. Kirurgisk fjerning eller ombinding har vært den foretrukne behandlingen, men dette blir gradvis erstattet av endovaskulære teknikker med bruk av laser-, radiofrekvens- eller skumbehandling. Disse nye teknikkene ser ut til å gi like gode som tradisjonell kirurgi.



Figur 3.22: Åreknuter, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

I forbindelse med at kodeverket er endret og at nye teknikker i større grad er tatt i bruk, er utvalget for åreknuteoperasjoner definert på nytt. Det skilles nå mellom operasjoner for åreknuter ved tradisjonell kirurgi (reseksjon («stripping») og ligatur) og ny teknikk (endovaskulære metoder for å sveise igjen venen fra innsiden ved bruk av laser, radiofrekvens eller skum (sklerosering)). De nye metodene gir minst like gode resultater som tradisjonell kirurgi med mindre ubehag og komplikasjonsrisiko, selv om det ikke er klarlagt om de gir bedre resultater på lang sikt⁷ (Nesbitt mfl. 2014). I forbindelse med dette er det også tatt med i utvalget noen koder som i liten grad er brukt og som ikke var inkludert i Dagkirurgiatlasen fra 2015. Det innebærer at tallene i denne oppdateringen ikke er direkte sammenlignbare med tallene i det opprinnelige atlasen, men de nye kodene gir kun mindre endringer i antall inngrep og har ikke vesentlig betydning for variasjonen som ble vist i 2015.

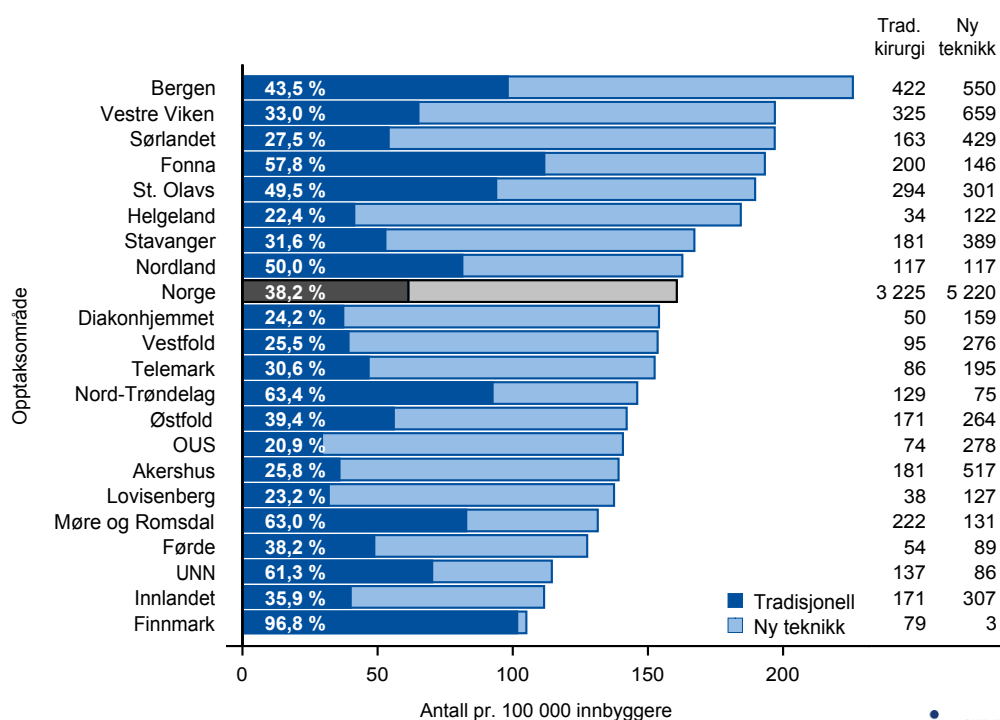
⁷www.uptodate.com/contents/overview-and-management-of-lower-extremity-chronic-venous-disease

Operasjoner for åreknuter er her definert ved hoved- eller bidiagnose i kategoriblokken I83 eller kode I87.2. Når diagnosekodene kombineres med prosedyrekodene PHB10, PHB11, PHB12, PHB13, PHB14, PHB99, PHD10, PHD11, PHD12, PHD15 eller PHD99 er inngrepet definert som tradisjonell teknikk. Når diagnosekodene kombineres med prosedyrekodene PHV10, PHV12, PHV13, PHV14, PHV99, PHV10X, PHV12X, PHV13X, PHV14X, TPH10 eller PHX10 inngrepet definert som ny teknikk.

Utvikling fra 2013

I dette helseatlas er utvalget for åreknuteoperasjoner definert annerledes enn i Dagkirurgiatlas fra 2015. Den oppdaterte definisjonen tar høyde for kodeendringer og økt bruk av nye teknikker. Resultater fra Dagkirurgiatlas fra 2015 kommenteres derfor ikke nærmere her. I 2013 ble det utført vel 7 100 åreknuteoperasjoner (justert rate: 141 pr. 100 000) i Norge. Da ble det utført 3,5 ganger så mange operasjoner pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Bergen som i opptaksområdet Finnmark.

I perioden 2015–2017 var variasjonen mellom opptaksområdene mindre enn i 2013. I opptaksområdet Bergen var det dobbelt så mange åreknuteoperasjoner pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Finnmark. På landsbasis økte antall åreknuteoperasjoner pr. 100 000 innbyggere fra 2013 til 2015 for så å synke fra 2016 til 2017. I 2017 ble det utført vel 7 750 åreknuteoperasjoner (justert rate: 146 pr. 100 000) i Norge.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.23: Behandling av åreknuter pr. 100 000 innbyggere, tradisjonell kirurgi og ny teknikk, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

Fra 2013 til 2017 var det tydelig reduksjon i antall åreknuteoperasjoner pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdene Førde, Stavanger og Innlandet. Samtidig var det tydelig økning i opptaksområdene Nordland og Vestre Viken. Enkelte opptaksområder hadde betydelig variasjon fra år til år.

På landsbasis ble rundt en femtedel av åreknuteoperasjonene utført ved private sykehus. Andelen varierte betydelig mellom opptaksområdene.

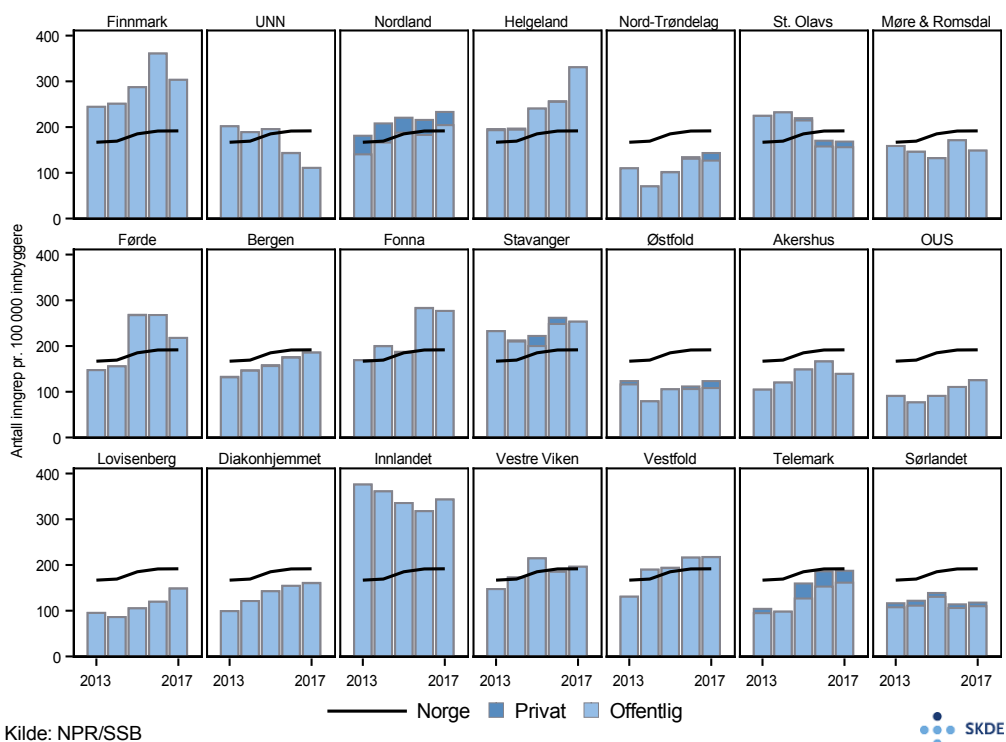
I perioden 2015–2017 ble tradisjonell kirurgi brukt i 38 % av åreknuteoperasjonene i Norge. Andelen varierte fra 97 % i opptaksområdet Finnmark til 21 % i opptaksområdet OUS.

Kommentar

I perioden 2015–2017 var det fortsatt variasjon i antall åreknuteoperasjoner pr. 100 000 innbyggere mellom helseforetakenes opptaksområder, men mindre enn i forrige periode. Type operasjonsteknikk varierte mye. Dette kan indikere at det ikke er tydelig indikasjon for slik kirurgi. Det er ikke kjente geografiske forskjeller i forekomst av åreknuter. Den observerte variasjonen anses derfor som uberettiget.

3.12 Hemoroider

Hemoroider er utposninger i analkanalen bestående av utvidede vener og omkringliggende bindevev. Forstoppelse, langvarig ståing, graviditet og tungt kroppsarbeid disponerer for tilstanden. I tillegg til stikkpiller og salve kan hemoroider behandles ved å sette strikk over utposningen eller snøre av blodtilførselen. Å underbinde og fjerne karnøstet er også en anvendt teknikk, særlig ved mer kompliserte tilfeller.



Figur 3.24: Hemoroider, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandler.

Utvalg

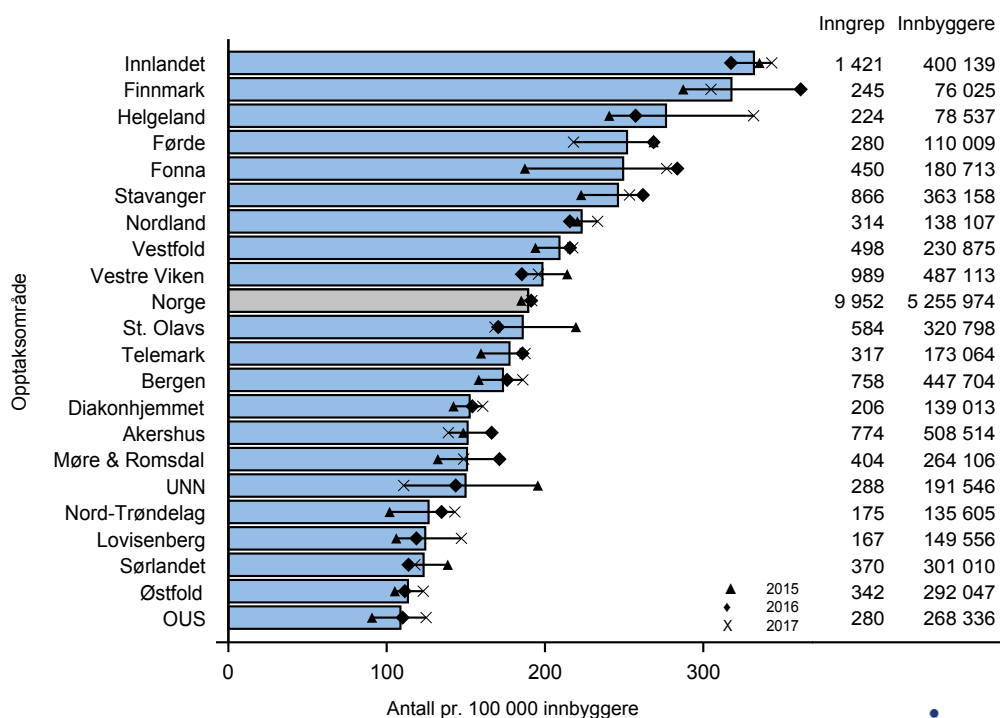
Inngrep for hemoroider her er definert ved hoved- eller bidiagnose i kategoriblokkene K64 eller I84 i kombinasjon med en eller flere av prosedyrekodene JHA00, JHA20, JHA30, JHB00, JHB10, JHB30 eller JHB96. For avtalespesialister inkluderes kontakter med samme diagnoser og de samme prosedyrekodene og/eller taksten 1401.

Utvikling fra 2013

I Dagkirurgiatlasen fra 2015 var det stor variasjon i omfanget av inngrep for hemoroider mellom opptaksområdene i Norge i 2011–2013. Bosatte i opptaksområdet Innlandet hadde betydelig flere inngrep for hemoroider pr. 100 000 innbyggere enn bosatte i de andre opptaksområdene. Ser man bort fra dette var det fremdeles stor variasjon. Bosatte i opptaksområdet Finnmark, som hadde nest høyeste rate, fikk 2,6 ganger flere inngrep for hemoroider pr. 100 000 innbyggere enn

bosatte i Nord-Trøndelag, som hadde lavest rate i 2011–2013. Svært få inngrep ble gjort ved offentlig finansierte private sykehus eller hos avtalespesialister. I 2013 ble det utført nærmere 8 500 inngrep (justert rate: 167 pr. 100 000) i Norge.

I perioden 2015–2017 fikk bosatte i opptaksområdet Innlandet over tre ganger så mange inngrep for hemoroider pr. 100 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdet OUS.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.25: Antall inngrep for hemoroider pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.

Samlet for hele landet økte antall inngrep for hemoroider fra 2013 til 2017. I 2017 ble det utført vel 10 100 slike inngrep (justert rate: 192 pr. 100 000) i Norge. Økningen var størst i opptaksområdet Telemark hvor antall inngrep pr. 100 000 innbyggere ble nær doblet fra 2013 til 2017. Det var også økning i opptaksområdene Finnmark, Nordland, Helgeland, Førde, Fonna, Lovisenberg, Diakonhjemmet og Vestfold. I opptaksområdene UNN, St. Olavs og Innlandet var det nedgang. I perioden 2013–2017 ble de aller fleste inngrep for hemoroider gjort ved offentlige sykehus. Kun for bosatte i enkelte opptaksområder ble det utført en beskjeden mengde inngrep for hemoroider ved offentlig finansierte private sykehus eller hos avtalespesialister.

Kommentar

Fra 2013 til 2017 økte antall inngrep for hemoroider pr. 100 000 innbyggere i de fleste opptaksområdene. Variasjonen mellom opptaksområdene var også større i perioden 2015–2017 enn den var i perioden 2011–2013. Det er ikke kjent geografisk variasjon i forekomst av hemoroider, og det er heller ikke sannsynlig at forskjeller i pasientpreferanser eller tilfeldigheter forklarer hele den observerte variasjonen. Variasjonen anses derfor som uberettiget.

Kapittel 4

Drøfting

4.1 Omfang og variasjon – Hva har skjedd siden 2013?

4.1.1 Vurdering av utviklingen i variasjon

I Dagkirurgiatlasets fra 2015 ble det konkludert med at for ni av de tolv inngrepene var tjenestene ikke likeverdige fordelt. Dette utløste betydelig oppmerksomhet både utenfor og innenfor helsetjenesten. I Sykehustalen 2016 utpekte statsråd Høie reduksjon i variasjon som et satsingsområde, og for 2017 ble denne målsettingen innbakt i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Det er tydelig i denne oppdateringen av Dagkirurgiatlasets at variasjonen mellom opptaksområdene i bruk av dagkirurgiske inngrep ikke har blitt mindre (tabell 4.1). For fem av inngrepene har variasjonen økt, vurdert ut fra forholdstallene mellom høyeste og laveste rate, og for *skulderkirurgi* og *ventilasjonsrør i trommehinnen* er økningen i variasjon betydelig.

Tabell 4.1: Gjennomsnittlig antall inngrep pr. år og forholdet mellom høyeste/laveste rate (FT1) og nest høyeste/nest laveste rate (FT2) i periodene 2011–2013 og 2015–2017.

Inngrep	2011–2013			2015–2017		
	Antall	FT1	FT2	Antall	FT1	FT2
Skulderkirurgi (acromionreseksjon)	7 222	3,8	3,4	6 262	6,7	5,4
Menisk	13 192	4,1	1,8	8 236	3,7	3,2
Hallux valgus og hammertå	4 846	2,2	1,8	5 005	2,6	1,7
Utvalgt handkirurgi*	-	-	-	5 419	2,2	1,8
Karpaltunnelsyndrom	6 573	2,1	1,9	7 183	2,5	2,3
Fjerning av mandler*	-	-	-	9 609	1,6	1,5
Ventilasjonsrør i trommehinnen*	-	-	-	6 749	6,5	2,5
Aldersbetinget grå stær	36 084	1,7	1,6	41 169	2,0	1,7
Tunge øyelokk	7 352	2,9	2,7	9 496	3,7	3,2
Lyskebrokk	6 338	1,2	1,2	6 636	1,3	1,2
Åreknuter*	-	-	-	8 445	2,2	1,8
Hemoroider	8 326	3,7	2,5	9 952	3,1	2,8

* Tall for 2011–2013 er ikke sammenliknbare med tall for 2015–2017 på grunn av forskjeller i utvalgsdefinisjonen.

Tabell 4.2: Totalt antall inngrep i Norge pr. år i perioden 2013–2017.

Inngrep	År					Endring 2013–2017
	2013	2014	2015	2016	2017	
Skulderkirurgi (acromionreseksjon)	8 118	7 567	6 590	6 245	5 952	-26%
Menisk	14 569	13 076	9 709	7 958	7 041	-52%
Hallux valgus og hammertå	5 217	5 236	5 404	4 978	4 633	-11%
Utvalgt handkirurgi	5 257	5 211	5 278	5 353	5 625	7%
Karpaltunnelsyndrom	6 997	6 788	6 911	7 147	7 490	7%
Fjerning av mandler	10 578	10 298	9 875	9 387	9 567	-10%
Ventilasjonsrør i trommehinnen	8 235	7 480	7 078	6 496	6 672	-19%
Aldersbetinget grå stær	39 772	38 361	39 543	42 943	41 033	3%
Tunge øyelokk	8 412	8 273	9 375	9 152	9 971	19%
Lyskebrokk	6 572	6 587	6 631	6 792	6 484	-1%
Åreknuter	7 148	7 676	8 757	8 817	7 761	9%
Hemoroider	8 471	8 706	9 639	10 058	10 160	20%
Totalt	129 346	125 259	124 790	125 326	122 389	-5%

4.1.2 Vurdering av utviklingen i bruk av dagkirurgi

Tabell 4.2 viser en oversikt over utviklingen i omfanget av inngrep som normalt gjøres dagkirurgisk i perioden 2013–2017. Hovedmønsteret, med noen unntak, er at totaltallene går noe ned. *Skulderkirurgi* og inngrep på *menisk* har hatt en betydelig nedgang allerede før 2015. Dette var også de to inngrepene som ble mest omtalt etter at *Dagkirurgiatlas*et ble publisert i 2015. Fagfolk satte spørsmålsteget ved nytten og det store omfanget disse inngrepene hadde. Inngrep for *hemoroider* og *tunge øyelokk* har hatt en markert øking. Nest etter inngrep for *grå stær*, er disse nå de hyppigste dagkirurgiske inngrep med ca. 10 000 inngrep i året. Samlet er det en 5 % reduksjon i antall dagkirurgiske inngrep. Siden befolkningen har økt i perioden er den reelle reduksjonen i befolkningens bruk av de aktuelle dagkirurgiske inngrep større.

En omlegging fra kirurgi på inneliggende pasienter til dagkirurgi har vært et helsepolitisk satsingsområde. Tabell 4.3 viser andelen typisk dagkirurgiske inngrep som er utført på innlagte pasienter. Andelen inneliggende gikk for de fleste inngrep ned fra 2013 til 2017. Unntakene er inngrep på *menisk* og inngrep for *hallux valgus og hammertå* hvor andelen inneliggende er økt. Variasjonen i andel som innlegges var også stor mellom opptaksområdene, der for eksempel sjansen for å bli innlagt i forbindelse med *fjerning av mandler* var nesten syv ganger større for bosatte i opptaksområdet Nord-Trøndelag sammenlignet med bosatte i opptaksområdet Østfold (figur E.1 i vedlegg E). Hadde andelen inneliggende pasienter i hele landet vært lik andelen i opptaksområdet Østfold, ville nesten 2 000 innleggelser i året vært unngått. Ved inngrep for *lyskebrokk* var sjansen for innleggelse mer enn dobbelt så stor for bosatte i opptaksområdet Finnmark sammenlignet med bosatte i opptaksområdet Østfold (figur E.2 i vedlegg E). Samlet peker analysen mot at det fortsatt gjenstår en del arbeid med å få disse elektive kirurgiske prosedyrene flyttet fra døgn til dag.

Tabell 4.3: Andel døgninnleggelser for inngrep i Norge pr. år i perioden 2013–2017.

Inngrep	År				
	2013	2014	2015	2016	2017
Skulderkirurgi (acromionreseksjon)	13,9	14,6	15,3	14,3	12,4
Menisk	5,7	5,3	6,6	7,8	8,1
Hallux valgus og hammertå	5,7	6,3	6,3	6,0	6,2
Utvalgt handkirurgi	2,8	2,7	2,0	1,8	1,1
Karpaltunnelsyndrom	1,8	1,6	1,7	1,1	1,1
Fjerning av mandler	33,5	30,9	30,5	29,6	29,3
Ventilasjonsrør i trommehinnen	6,8	6,5	7,1	6,6	6,6
Aldersbetenget grå stær	0,9	1,1	0,8	0,9	0,8
Tunge øyelokk	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Lyskebrokk	32,7	32,9	30,9	30,8	28,7
Åreknuter	6,4	5,1	3,9	2,2	1,8
Hemoroider	7,6	7,5	5,7	5,1	5,7

4.2 Kan faglige og administrative tiltak med tanke på praksisendringer spores?

Vi har ikke fullstendig oversikt over eventuelle faglige eller administrative tiltak i regionale helseforetak eller helseforetak for å bidra til redusert variasjon. Blant tiltak vi er kjent med er arbeidet i Helse Sør-Øst for å redusere volumet av *skulderkirurgi* og inngrep på *menisk*. Dette startet før publiseringen av Dagkirugiatlasen i 2015. Diskusjonen om denne utviklingen fortsatte etter 2015 og reduksjonen i omfang av disse inngrepene har fortsatt, særlig på Østlandet. I Helse Vest ble fagmiljøene invitert til å velge blant rundt 50 pasientutvalg, inngrep eller indikatorer med stor variasjon, fra helsetalerasatlas og kvalitetsregistre, med formål å etablere tiltak for reduksjon i variasjonen. Ingen av prosjektene som ble initiert i foretakene var rettet mot dagkirurgi, men resultatene fra prosjektene viste i hovedsak redusert variasjon og bedret kvalitet. I Helse Nord initierte fagmiljøet i Finnmarkssykehuset et prosjekt med fysioterapi som alternativ til *skulderkirurgi*. Reduksjonen i skulderkirurgi var tydelig men opptaksområdet Finnmark hadde likevel høyeste rate nasjonalt i 2015–2017. Bosatte i opptaksområdet Finnmark lå også i toppen når det gjaldt *fjerning av mandler*. I dette opptaksområdet har det vært en betydelig reduksjon av denne typen inngrep slik at nivået i 2017 var på nivå med landsgjennomsnittet. Det er i hovedsak offentlige sykehus som har redusert aktiviteten.

I Helse Midt-Norge har en fra RHF-nivå monitorert utviklingen for de tolv dagkirurgiske inngrepene etter publiseringen av Dagkirugiatlasen i 2015. Det har vært utformet regionale og lokale pasientforløp og tallene har vært aktivt brukt i prosessen med anskaffelser av private sykehustjenester. Dette synes blant annet i omfanget av *skulderkirurgi* og inngrep på *menisk* i Møre og Romsdal som hadde høyest omfang nasjonalt for begge tilstander i 2011–2013. Etter et lokalt faglig initiativ med påpekning av viktigheten av å praktisere i tråd med nyere forskning, falt ratene markert for disse inngrepene for bosatte i opptaksområdet.

Oppsummert virker det som at det først og fremst er gjennom faglige diskusjoner nasjonalt eller lokalt at vi har observert praksisendringer som har hatt effekt som vises i helseatlasen. Å få på plass kanaler og metoder rettet mot variasjon og ønskede praksisendringer, tar tid. Erkjennelse og innsikt i dette kan være grunnen til at både Helse Sør-Øst og Helse Nord blant annet har tatt

atlasene aktivt i bruk ved utarbeiding av egne langtidsplaner den senere tiden. Endelig er det en reell utfordring for de styrende ledd i spesialisthelsetjenesten at riktig nivå/omfang ikke er avklart eller fremgår av beste praksis for de inngrepene som er beskrevet i dette atlaset. Legeforeningen har startet «Gjør kloke valg!», en norsk versjon av «Choosing Wisely»-kampanjen. Dette programmet bidrar til at fagmiljøene aktivt og systematisk skal vurdere hensiktsmessigheten av utredninger og behandlinger. Denne typen arenaer for diskusjon rundt nytteverdi og omfang av tjenester kan være en konstruktiv vei å gå for systematisk endringsarbeid.

4.3 Utfordringer og begrensninger i datamaterialet

Å gi et tverrsnittsbilde, basert på noen få år, av variasjon i bruk av helsetjenester er utfordrende. Å beskrive endringer over en periode på syv år, som i dette helseatlas, er enda mer krevende. Årsaken til dette er at datamaterialet fra NPR baserer seg på kodeverk som stadig oppdateres og fornyes. Nye behandlinger tas i bruk mens andre fases ut, og kodeverkene knyttet til statistikk og finansieringsordningen endres over tid. Vår kompetanse og kunnskap i å definere de ulike utvalgene har utviklet seg fra det første atlas til denne utgaven. Over tid er det utviklet en stadig bedre analytisk teknikk for å ta høyde for ulik praksis for koding av tilnærmet samme prosedyre eller tilstand. Samarbeid med fagmiljøene er avgjørende for dette arbeidet. Utvikling i kompetanse og kunnskap og tettere dialog med fagmiljøene har medført noen endringer som gjør at ikke alle utvalgene er sammenlignbare fra det første dagkirurgiatlas til denne oppdaterte utgaven.

4.3.1 Variasjon i kodepraksis

Kirurgiske pasientutvalg kan defineres ved hjelp av kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder eller kun ved prosedyrekoder som beskriver inngrepet. NPR kan være en krevende kilde for å beskrive sammenlignbar aktivitet. Ett inngrep eller en aktivitet kan kodes på forskjellige måter avhengig av lokal kodepraksis i de ulike helseforetakene. I andre tilfeller kan ulike teknikker eller metoder være i bruk for å behandle samme tilstand. Riksrevisjonen har vist at det også er svak medisinsk kodekvalitet i de fleste norske helseforetak. Mange leger får for lite opplæring om grunnleggende prinsipper for koding, slik at det i NPR kan finnes ulike kodekombinasjoner for samme kliniske tilstand⁸. Enklere inngrep gjøres hos avtalespesialister og skal kodes på samme måte som ellers i spesialisthelsetjenesten, men refunderes oftest gjennom takster i normaltariffen fra HELFO. Både prosedyrekoder og takster er nå brukt i utvalgsdefinisjonene for avtalespesialister.

Den fremgangsmåten som er valgt for definisjon av utvalg i dette atlas har som målsetning å minimalisere effekten av variasjonen i kodepraksis (se 2.5 Utvalg). Vi tror at vi gjennom denne fremgangsmåten har oppnådd rimelig pålitelige estimater for bruk av de ulike inngrepene, og at resterende feilkoding ikke truer konklusjonene i denne rapporten, selv om vi selvsagt ikke kan utelukke at vi har oversett spesielle kodevarianter.

4.3.2 Vurdering av kompletthet i datamaterialet

Ikke alle avtalespesialister rapporterer all sin aktivitet til NPR hvert år. Tekniske problemer og andre årsaker kan medføre at hele eller deler av aktiviteten ikke har blitt inkludert i nasjonalt

⁸Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Dokument 3:5 (2016–2017).

datagrunnlag. Andre ganger har avtalespesialisten vært syk, hatt permisjon eller det har vært andre grunner til at færre pasienter enn vanlig har blitt behandlet. SKDE har ikke informasjon om hvor stor andel av utført aktivitet som ikke er rapportert til NPR. De fleste avtalespesialister rapporterer imidlertid all sin aktivitet til NPR hvert år.

NPR inneholder ikke informasjon om spesialisthelsetjenester som i sin helhet er betalt av pasienten selv, eller av et forsikringsselskap, og slik informasjon er heller ikke å finne andre steder. Det har vært en kraftig økning i antall forsikringstagere de senere årene, jf. avsnitt 2.7 Helsetjenester uten offentlig finansiering. Gjennom helseatlasene er det primært helseforetakenes ivaretagelse av ansvaret for å besørge en likeverdig og forsvarlig helsetjeneste for sine opptaksområder som forsøkes kartlagt. Slik sett er det spesialisthelsetjenestene som gis av de offentlige sykehusene eller av private sykehus og avtalespesialister med offentlig finansiering, som står i fokus. Det ville likevel vært interessant å kunne undersøke om deler av spesialisthelsetjenestetilbudet i noen områder av landet er i ferd med å flyttes ut av det offentlige som et mulig resultat av økningen i antall private forsikringer og økningen i forsikringsutbetalinger.

Vi registrerer at opptaksområdene i og omkring Oslo har relativt lave rater for ortopediske inngrep. Det kan tenkes at en av årsakene til dette er at tjenester til denne del av befolkningen i større grad enn ellers i landet kjøpes i det private markedet, enten av privatpersoner eller forsikringsselskaper.

4.4 Oppsummering og konklusjon

For de fleste utvalgene kan vi presentere tall for perioden 2013–2017 som er direkte sammenlignbare med tallene for perioden 2011–2013 som ble presentert i Dagkirurgiatlasen fra 2015. I arbeidet med denne oppdateringen har vi endret definisjonene for fire utvalg. Det skyldes retting av feil og unøyaktigheter, økt kunnskap internt om datakilden og råd fra fagfolk. Dette gir noen utfordringer med sammenlignbarhet over tid, men vi mener det gir et riktigere bilde av utviklingen med henblikk på omfang og variasjon.

Fra 2016 har reduksjon av uberettiget variasjon i helsetjenesten vært et helsepolitisk satsingsområde. Vi konstaterer imidlertid at variasjonen, om noe, har økt. Det viser at det er lang vei fra overordnede signaler til endringer i medisinsk praksis. Ting tar tid, og før 2016 hadde de vanlige styringssystemene ikke hatt oppmerksomhet rettet mot variasjon i helsetjenestebruk. Det er imidlertid tydelig at omfanget av faglig omdiskuterte inngrep er redusert, og det vitner om at ønskede praksisendringer som har forankring i fagmiljøene gjennomføres. Fortsatt mangler det konsensus om hva som er riktig nivå eller felles forståelse av indikasjonstilling for mange av inngrepene som omtales i dette atlasen.

Referanser

- Balteskard, L., T. Deraas, O. H. Førde, T. Magnus, F. Olsen og B. Uleberg (2015). *Dagkirurgi i Norge 2011-2013, utvalgte inngrep*. SKDE rapport, 1/15. ISBN: 978-82-93141-16-7.
- Balteskard, L., P. Otterdal, A. H. Steindal, T. Bakken, O. H. Førde, F. Olsen, L. Leivseth og B. Uleberg (2017). *Eldrehelsetatlas for Norge*. Red. av W. F. Sellæg og B. Vonen. SKDE rapport, 2/17. ISBN: 978-82-93141-29-7.
- Beard, D. J., J. L. Rees, J. A. Cook, I. Rombach, C. Cooper, N. Merritt, B. A. Shirkey, J. L. Donovan, S. Gwilym, J. Savulescu, J. Moser, A. Gray, M. Jepson, I. Tracey, A. Judge, K. Wartolowska, A. J. Carr, P. Ahrens, C. Baldwick, M. Brinsden, H. Brownlow, D. Burton, M. S. Butt, A. Carr, C. P. Charalambous, V. Conboy, L. Dennell, O. Donaldson, S. Drew, A. Dwyer, D. Gidden, P. Hallam, S. Kalogrianitis, C. Kelly, R. Kulkarni, T. Matthews, J. McBirnie, V. Patel, C. Peach, C. Roberts, D. Robinson, P. Rosell, D. Rossouw, C. Senior, B. Singh, S. Sjolín, G. Taylor, B. Venkateswaran og D. Woods (2018). «Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial». *Lancet* 391.10118, s. 329–338.
- Hallenstål, N., O. Sunnergren, E. Ericsson, C. Hemlin, A. C. Hessén Söderman, P. Nerfeldt, E. Odhagen, M. Ryding og J. Stalfors (2017). «Tonsil surgery in Sweden 2013–2015. Indications, surgical methods and patient-reported outcomes from the National Tonsil Surgery Register». *Acta Otolaryngol.* 137.10, s. 1096–1103.
- Hohmann, E., V. Glatt, K. Tetsworth og M. Cote (2018). «Arthroscopic Partial Meniscectomy Versus Physical Therapy for Degenerative Meniscus Lesions: How Robust Is the Current Evidence? A Critical Systematic Review and Qualitative Synthesis». *Arthroscopy* 34.9, s. 2699–2708.
- Nesbitt, C., R. Bedenis, V. Bhattacharya og G. Stansby (2014). «Endovenous ablation (radio-frequency and laser) and foam sclerotherapy versus open surgery for great saphenous vein varices». *Cochrane Database Syst. Rev.* 7, s. CD005624.
- Paavola, M., A. Malmivaara, S. Taimela, K. Kanto, J. Inkinen, J. Kalske, I. Sinisaari, V. Savolainen, J. Ranstam og T. L. N. Jarvinen (2018). «Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial». *BMJ* 362, k2860.
- Rønningen, L., B. M. Huseby, B. Kalseth, H. Ødegaard, K. H. Mehus, M. Pedersen, M. Sitter, M. Darvik, P. B. Pedersen, R. Bremnes, S. M. Mortensen, S. Lilleeng og T. R. Myrli (2016). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2015, med definisjonsvedlegg*.
- SKDE (2016). *Indikatorer for måling av uberettiget variasjon. Utredning fra SKDE for de regionale helseforetakene*. SKDE rapport, 4/16. ISBN: 978-82-93141-16-7.

Vedlegg

Vedlegg A

Opptaksområder

Tabell A.1 viser hvilke kommuner og bydeler som inngår i helseforetakenes opptaksområder. Siden befolkningstallene for 2017 egentlig er SSBs publiserte befolkningstall pr. 1. januar 2018 er det kommunestrukturen for 2018 som ligger til grunn for definisjonene av opptaksområdene. I 2018 ble kommunene Rissa og Leksvik slått sammen til Indre Fosen. I 2013–2017 tilhørte Rissa opptaksområdet St. Olavs, mens Leksvik tilhørte opptaksområdet Nord-Trøndelag. I dette helseatlaset allokeres hele Indre Fosen til opptaksområdet St. Olavs. Helsetjenestebruken til innbyggerne i Leksvik vil derfor inngå i opptaksområdet St. Olavs i dette helseatlasets selv om de egentlig tilhørte opptaksområdet Nord-Trøndelag i 2013–2017.

Tabell A.1: Opptaksområder

Opptaksområde	Kommune/bydel
Finnmark	2002 Vardø, 2003 Vadsø, 2004 Hammerfest, 2011 Kautokeino, 2012 Alta, 2014 Loppa, 2015 Hasvik, 2017 Kvalsund, 2018 Måsøy, 2019 Nordkapp, 2020 Porsanger, 2021 Karasjok, 2022 Lebesby, 2023 Gamvik, 2024 Berlevåg, 2025 Tana, 2027 Nesseby, 2028 Båtsfjord, 2030 Sør-Varanger
UNN	1805 Narvik, 1851 Lødingen, 1852 Tjeldsund, 1853 Evenes, 1854 Ballangen, 1902 Tromsø, 1903 Harstad, 1911 Kvæfjord, 1913 Skånland, 1917 Ibestad, 1919 Gratangen, 1920 Lavangen, 1922 Bardu, 1923 Salangen, 1924 Målselv, 1925 Sørreisa, 1926 Dyrøy, 1927 Tranøy, 1928 Torsken, 1929 Berg, 1931 Lenvik, 1933 Balsfjord, 1936 Karlsøy, 1938 Lyngen, 1939 Storfjord, 1940 Kåfjord, 1941 Skjervøy, 1942 Nordreisa, 1943 Kvænangen
Nordland	1804 Bodø, 1837 Meløy, 1838 Gildeskål, 1839 Beiarn, 1840 Saltdal, 1841 Fauske, 1845 Sørfold, 1848 Steigen, 1849 Hamarøy, 1850 Tysfjord, 1856 Røst, 1857 Værøy, 1859 Flakstad, 1860 Vestvågøy, 1865 Vågan, 1866 Hadsel, 1867 Bø, 1868 Øksnes, 1870 Sortland, 1871 Andøy, 1874 Moskenes
Helgeland	1811 Bindal, 1812 Sømna, 1813 Brønnøy, 1815 Vega, 1816 Vevelstad, 1818 Herøy, 1820 Alstahaug, 1822 Leirfjord, 1824 Vefsn, 1825 Grane, 1826 Hattfjelldal, 1827 Dønna, 1828 Nesna, 1832 Hemnes, 1833 Rana, 1834 Lurøy, 1835 Træna, 1836 Rødøy

Vedlegg A. Opptaksområder

Opptaksområde	Kommune/bydel
Nord-Trøndelag	5004 Steinkjer, 5005 Namsos, 5019 Roan, 5020 Osen, 5034 Meråker, 5035 Stjørdal, 5036 Frosta, 5037 Levanger, 5038 Verdal, 5039 Verran, 5040 Namdals-eid, 5041 Snåsa, 5042 Lierne, 5043 Røyrvik, 5044 Namsskogan, 5045 Grong, 5046 Høylandet, 5047 Overhalla, 5048 Fosnes, 5049 Flatanger, 5050 Vikna, 5051 Nærøy, 5052 Leka, 5053 Inderøy
St. Olavs	1567 Rindal, 5001 Trondheim, 5011 Hemne, 5012 Snillfjord, 5013 Hitra, 5014 Frøya, 5015 Ørland, 5016 Agdenes, 5017 Bjugn, 5018 Åfjord, 5021 Oppdal, 5022 Rennebu, 5023 Meldal, 5024 Orkdal, 5025 Røros, 5026 Holtålen, 5027 Midtre Gauldal, 5028 Melhus, 5029 Skaun, 5030 Klæbu, 5031 Malvik, 5032 Selbu, 5033 Tydal, 5054 Indre Fosen
Møre og Romsdal	1502 Molde, 1504 Ålesund, 1505 Kristiansund, 1511 Vanylven, 1514 Sande, 1515 Herøy, 1516 Ulstein, 1517 Hareid, 1519 Volda, 1520 Ørsta, 1523 Ørskog, 1524 Norddal, 1525 Stranda, 1526 Stordal, 1528 Sykkylven, 1529 Skodje, 1531 Sula, 1532 Giske, 1534 Haram, 1535 Vestnes, 1539 Rauma, 1543 Nesset, 1545 Midsund, 1546 Sandøy, 1547 Aukra, 1548 Fræna, 1551 Eide, 1554 Averøy, 1557 Gjemnes, 1560 Tingvoll, 1563 Sunndal, 1566 Surnadal, 1571 Halså, 1573 Smøla, 1576 Aure
Førde	1401 Flora, 1411 Gulen, 1412 Solund, 1413 Hyllestad, 1416 Høyanger, 1417 Vik, 1418 Balestrand, 1419 Leikanger, 1420 Sogndal, 1421 Aurland, 1422 Lærdal, 1424 Årdal, 1426 Luster, 1428 Askvoll, 1429 Fjaler, 1430 Gaular, 1431 Jølster, 1432 Førde, 1433 Naustdal, 1438 Bremanger, 1439 Vågsøy, 1441 Selje, 1443 Eid, 1444 Hornindal, 1445 Gloppen, 1449 Stryn
Bergen	1201 Bergen, 1233 Ulvik, 1234 Granvin, 1235 Voss, 1238 Kvam, 1241 Fusa, 1242 Samnanger, 1243 Os, 1244 Austevoll, 1245 Sund, 1246 Fjell, 1247 Askøy, 1251 Vaksdal, 1252 Modalen, 1253 Osterøy, 1256 Meland, 1259 Øygarden, 1260 Radøy, 1263 Lindås, 1264 Austrheim, 1265 Fedje, 1266 Masfjorden
Fonna	1106 Haugesund, 1134 Suldal, 1135 Sauda, 1145 Bokn, 1146 Tysvær, 1149 Karmøy, 1151 Utsira, 1160 Vindafjord, 1211 Etne, 1216 Sveio, 1219 Bømlo, 1221 Stord, 1222 Fitjar, 1223 Tysnes, 1224 Kvinnherad, 1227 Jondal, 1228 Odda, 1231 Ullensvang, 1232 Eidfjord
Stavanger	1101 Eigersund, 1102 Sandnes, 1103 Stavanger, 1111 Sokndal, 1112 Lund, 1114 Bjerkreim, 1119 Hå, 1120 Klepp, 1121 Time, 1122 Gjesdal, 1124 Sola, 1127 Randaberg, 1129 Forsand, 1130 Strand, 1133 Hjelmeland, 1141 Finnøy, 1142 Rennesøy, 1144 Kvitsøy

Vedlegg A. Opptaksområder

Opptaksområde	Kommune/bydel
Østfold	0101 Halden, 0104 Moss, 0105 Sarpsborg, 0106 Fredrikstad, 0111 Hvaler, 0118 Aremark, 0119 Marker, 0122 Trøgstad, 0123 Spydeberg, 0124 Askim, 0125 Eidsberg, 0127 Skiptvet, 0128 Rakkestad, 0135 Råde, 0136 Rygge, 0137 Våler, 0138 Hobøl
Akershus	0121 Rømskog, 0211 Vestby, 0213 Ski, 0214 Ås, 0215 Frogn, 0216 Nesodden, 0217 Oppegård, 0221 Aurskog-Høland, 0226 Sørum, 0227 Fet, 0228 Rælingen, 0229 Enebakk, 0230 Lørenskog, 0231 Skedsmo, 0233 Nittedal, 0234 Gjerdrum, 0235 Ullensaker, 0237 Eidsvoll, 0238 Nannestad, 0239 Hurdal, følgende bydeler i 0301 Oslo: 10 Grorud, 11 Stovner, 12 Alna
OUS	Følgende bydeler i 0301 Oslo: 03 Sagene, 08 Nordre Aker, 09 Bjerke, 13 Østensjø, 14 Nordstrand, 15 Søndre Nordstrand, 17 Marka, Uppgitt bydel Oslo
Lovisenberg	Følgende bydeler i 0301 Oslo: 01 Gamle Oslo, 02 Grünerløkka, 04 St. Hanshaugen, 16 Sentrum
Diakonhjemmet	Følgende bydeler i 0301 Oslo: 05 Frogner, 06 Ullern, 07 Vestre Aker
Innlandet	0236 Nes, 0402 Kongsvinger, 0403 Hamar, 0412 Ringsaker, 0415 Løten, 0417 Stange, 0418 Nord-Odal, 0419 Sør-Odal, 0420 Eidskog, 0423 Grue, 0425 Åsnes, 0426 Våler, 0427 Elverum, 0428 Trysil, 0429 Åmot, 0430 Stor-Elvdal, 0432 Rendalen, 0434 Engerdal, 0436 Tolga, 0437 Tynset, 0438 Alvdal, 0439 Folldal, 0441 Os, 0501 Lillehammer, 0502 Gjøvik, 0511 Dovre, 0512 Lesja, 0513 Skjåk, 0514 Lom, 0515 Vågå, 0516 Nord-Fron, 0517 Sel, 0519 Sør-Fron, 0520 Ringebu, 0521 Øyer, 0522 Gausdal, 0528 Østre Toten, 0529 Vestre Toten, 0533 Lunner, 0534 Gran, 0536 Søndre Land, 0538 Nordre Land, 0540 Sør-Aurdal, 0541 Etnedal, 0542 Nord-Aurdal, 0543 Vestre Slidre, 0544 Øystre Slidre, 0545 Vang
Vestre Viken	0219 Bærum, 0220 Asker, 0532 Jevnaker, 0602 Drammen, 0604 Kongsberg, 0605 Ringerike, 0612 Hole, 0615 Flå, 0616 Nes, 0617 Gol, 0618 Hemsedal, 0619 Ål, 0620 Hol, 0621 Sigdal, 0622 Krødsherad, 0623 Modum, 0624 Øvre Eiker, 0625 Nedre Eiker, 0626 Lier, 0627 Røyken, 0628 Hurum, 0631 Flesberg, 0632 Rølgelag, 0633 Nore og Uvdal, 0711 Svelvik, 0713 Sande
Vestfold	0701 Horten, 0704 Tønsberg, 0710 Sandefjord, 0712 Larvik, 0715 Holmestrand, 0716 Re, 0729 Færder
Telemark	0805 Porsgrunn, 0806 Skien, 0807 Notodden, 0811 Siljan, 0814 Bamble, 0815 Kragerø, 0817 Drangedal, 0819 Nome, 0821 Bø, 0822 Sauherad, 0826 Tinn, 0827 Hjartdal, 0828 Seljord, 0829 Kviteseid, 0830 Nissedal, 0831 Fyresdal, 0833 Tokke, 0834 Vinje
Sørlandet	0901 Risør, 0904 Grimstad, 0906 Arendal, 0911 Gjerstad, 0912 Vegårshei, 0914 Tvedestrand, 0919 Froland, 0926 Lillesand, 0928 Birkenes, 0929 Åmli, 0935 Iveland, 0937 Evje og Hornnes, 0938 Bygland, 0940 Valle, 0941 Bykle, 1001 Kristiansand, 1002 Mandal, 1003 Farsund, 1004 Flekkefjord, 1014 Venne-sla, 1017 Songdalen, 1018 Søgne, 1021 Marnardal, 1026 Åseral, 1027 Audnedal, 1029 Lindesnes, 1032 Lyngdal, 1034 Hægebostad, 1037 Kvinesdal, 1046 Sirdal

Vedlegg B

Konsulterte spesialister

- **Hebe Kvernmo**, overlege og professor, spesialist i håndkirurgi og ortopedisk kirurgi, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.
- **Lars Engebretsen**, overlege og professor, spesialist i ortopedisk og generell kirurgi, Oslo universitetssykehus HF.
- **Erlend Hallstensen**, avdelingsoverlege, spesialist i øyesykdommer, Nordlandssykehuset HF.
- **Vegard Bugten**, overlege og førsteamanuensis, spesialist i øre-nese-halssykdommer, St. Olavs hospital HF.
- **Sven Martin Almdahl**, overlege, spesialist i thoraxkirurgi, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

Vedlegg C

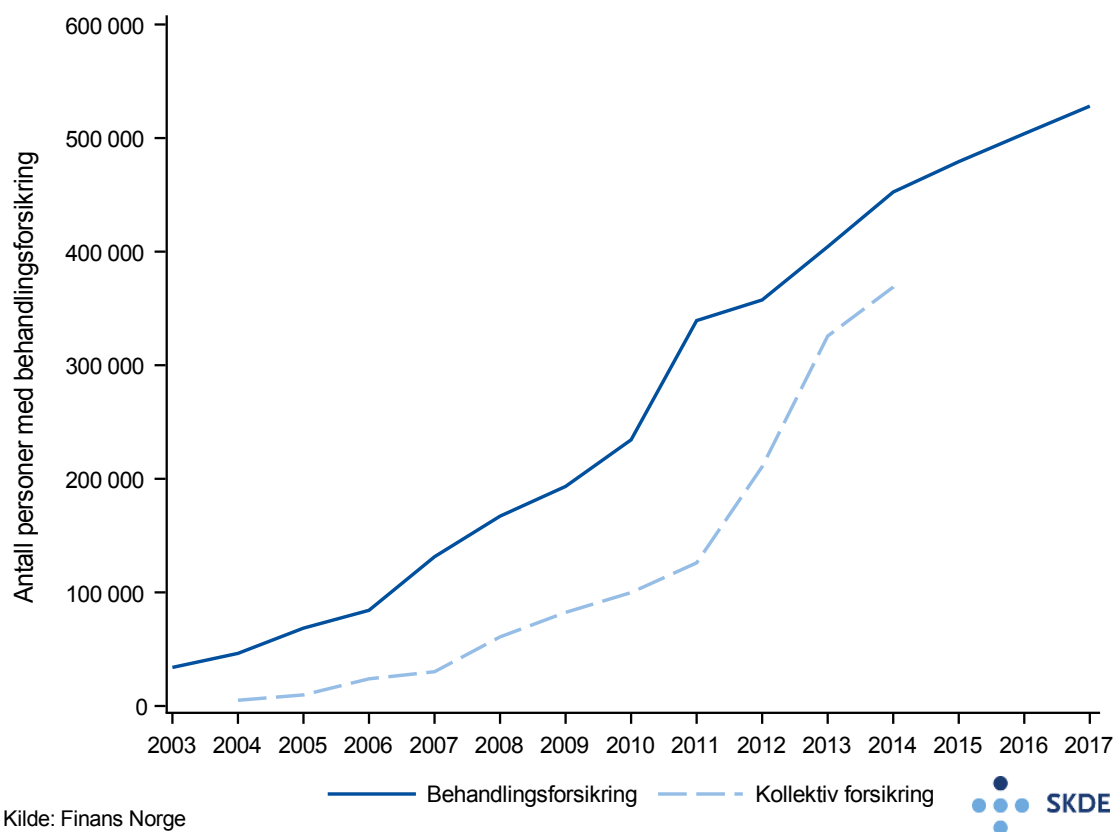
Antall inngrep fordelt på omsorgsnivå

Tabell C.1: Antall og andel inngrep fordelt på omsorgsnivå. Gjennomsnitt pr. år i perioden 2015–2017.

Inngrep	Døgn		Dag/poliklinikk		Avtalespesialist		Totalt Antall
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	
Skulderkirurgi (acromionreseksjon)	879	14,0	5220	83,4	163	2,6	6 262
Menisk	612	7,4	7 608	92,4	16	0,2	8 236
Hallux valgus og hammertå	309	6,2	4 565	91,2	131	2,6	5 005
Utvalgt handkirurgi	88	1,6	5 005	92,4	325	6,0	5 419
Karpaltunnelsyndrom	92	1,3	6 848	95,3	243	3,4	7 183
Fjerning av mandler	2 863	29,8	4 879	50,8	1 868	19,4	9 610
Ventilasjonsrør i trommehinnen	458	6,8	4 133	61,2	2 157	32,0	6 749
Aldersbetenget grå stær	343	0,8	21 479	52,2	19 351	47,0	41 173
Tunge øyelokk	7	0,1	2 684	28,3	6 809	71,7	9 499
Lyskebrokk	1 998	30,1	4 638	69,9	0	0,0	6 636
Åreknuter	225	2,7	8 217	97,3	3	0,0	8 445
Hemoroider	547	5,5	9 255	93,0	150	1,5	9 952

Vedlegg D

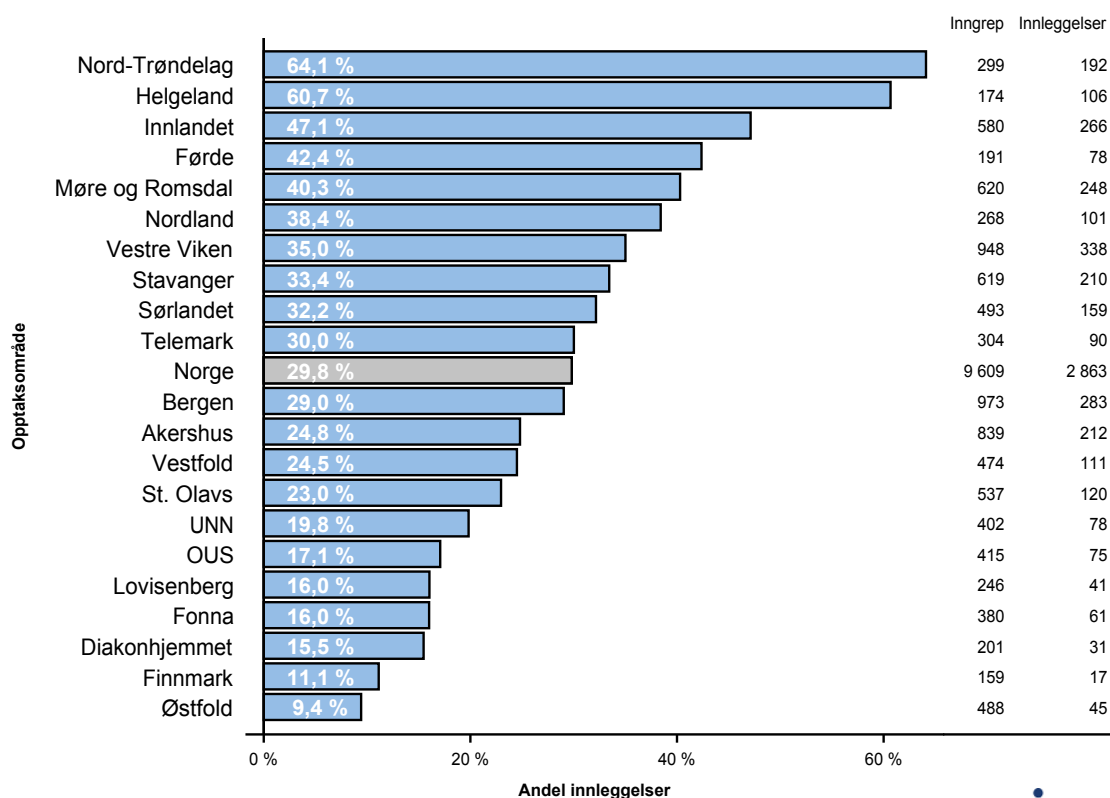
Antall personer forsikret



Figur D.1: Antall forsikrede med behandlingsforsikring i 2003–2017 og med kollektiv forsikring 2004–2014.

Vedlegg E

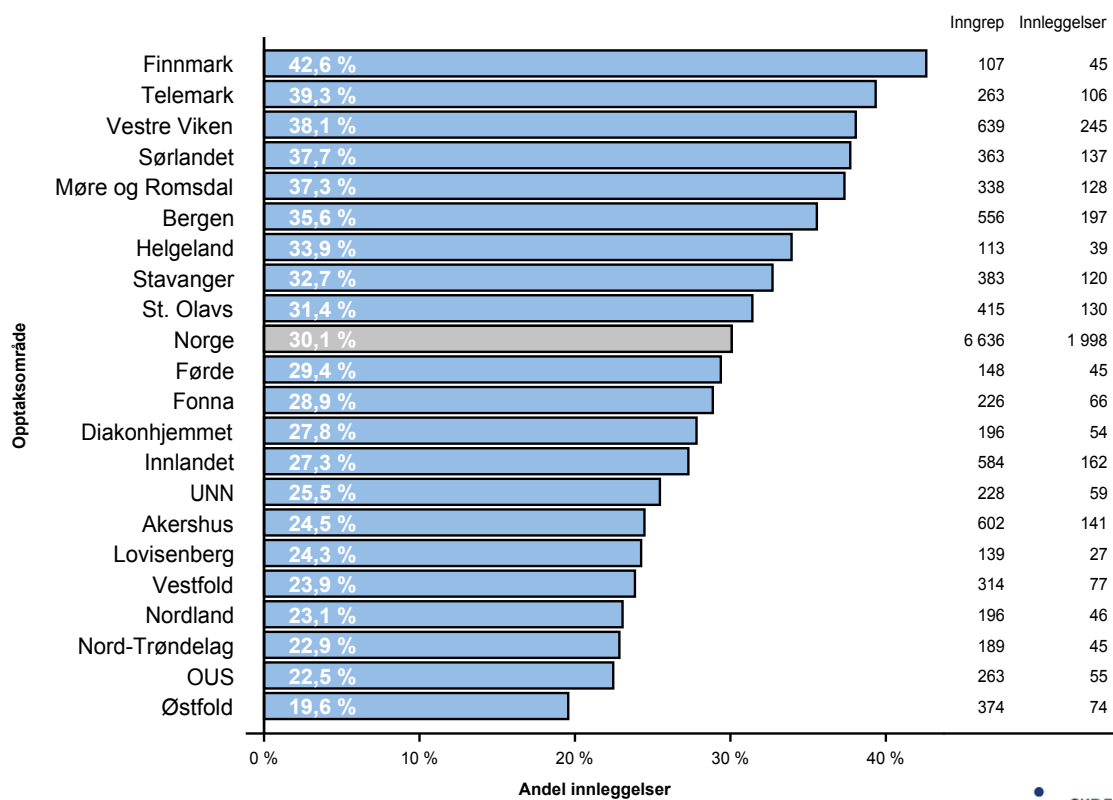
Andel innleggelser ved inngrep for lyskebrokk og fjerning av mandler



Kilde: NPR/SSB



Figur E.1: Innleggelser som andel av alle inngrep for fjerning av mandler, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år i perioden 2015–2017.



Kilde: NPR/SSB



Figur E.2: Innleggelses som andel av alle inngrep for lyskebrokk, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år i perioden 2015–2017.

Endringer mellom versjoner

1. nov. 2018:

Første publiserte versjon

28. nov. 2018:

Rettet enkelte skrivefeil

Helseatlas

Epost: helseatlas@skde.no
www.helseatlas.no

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Epost: post@skde.no
Telefon: 77 75 58 00
www.skde.no

Postadresse
SKDE
Postboks 6
9038 Tromsø

ISBN: 978-82-93141-34-1
Alle rettigheter SKDE.