

Analyser til Kvinnehelseutvalget

Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder

Kvinnehelseutvalget har bedt SKDE om å levere et utvalg analyser, hovedsakelig innen gynekologi, fødselshjelp og hjertemedisin. I dette notatet beskriver vi resultatene av disse analysene.

SKDE-notat 13. oktober 2022

Introduksjon

Dette notatet inneholder analyser av geografisk variasjon i bruk av utvalget helsetjenester. Der det er relevant presenteres kjønns spesifikke resultater, slik at det er mulig å sammenlikne tjenestebruk for kvinner og menn. Følgende analyser er med i notatet:

Fagområde gynekologi/fødselshjelp:

- Inngrep for endometriose
- Kolposkopi
- Helsetjenester i barseltiden (for mor)
- Reinnleggelser av nyfødte i barseltiden

Fagområde hjertemedisin:

- Andel som får PCI etter angiografi
- Polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt
- Ekkokardiografi for eldre

Ortopedi:

- Ventetid på sykehus før operasjon for hoftebrudd

Datagrunnlag

Det er benyttet aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) for somatiske spesialisthelsetjenester for 2015-2021. Data for avtalespesialister inngår i analysene. Det er også benyttet aktivitetsdata fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for perioden 2019-2021. Data fra NPR og KPR har gjennomgående løpenumre som gjør at pasientene kan følges på tvers av de to tjenestenivåene.

Analysene inkluderer alle bosatte i Norge. Innbyggertall fordelt på kjønn, alder og bostedskommune er hentet fra SSB. I analyser av geografisk variasjon er det tatt utgangspunkt i foretakenes opptaksområder. Det er derfor pasientens bosted, og ikke behandlingssted, som ligger til grunn i analyser av helsetjenesteforbruk i ulike områder.

Fraskrivelse

Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) og fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR/KPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

1 Om geografisk variasjon

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester til befolkningen i helseregionene, jf. helseforetaksloven § 1. Dette «sørge-for-ansvaret» er det sentrale utgangspunkt for hvordan uberettiget variasjon i bruk av helsetjenester forstås i Norge.

Variasjon i bruk av helsetjenester består av to komponenter, tilfeldig og systematisk variasjon. Tilfeldig variasjon skyldes svingninger over tid og kan gi vesentlig utslag dersom tallgrunnet er lite (små pasientutvalg). Når det gjelder systematisk variasjon, skilles det mellom berettiget variasjon og uberettiget variasjon. Berettiget variasjon kan blant annet oppstå på grunn av forskjeller i sykkelighet og pasientsammensetning (såkalt case-mix), ulike pasientpreferanser/reelt samvalg og ulik grad av utprøving av nye behandlingsmetoder.

Det er ofte vanskelig å vurdere størrelsen på hhv. bidraget fra tilfeldigheter og fra de ulike faktorene som kan gi berettiget variasjon. SKDE gjør for hver enkelt analyse en skjønsmessig vurdering av variasjonens størrelse og sannsynligheten for at den skyldes tilfeldigheter eller faktorer som gir opphav til berettiget variasjon.

Hva som er «riktig» nivå for en tjeneste er ofte ikke kjent. For å nærme seg dette vil det som regel være behov for diskusjoner og erfaringsutveksling innad i det aktuelle medisinske fagmiljø. Stor geografisk variasjon kan være et tegn på både over- og underbehandling.

Professor John Wennberg ved Dartmouth Institute i USA har vært sentral i å sette geografisk variasjon i helsetjenestebruk på den helsepolitiske dagsorden. For å analysere og karakterisere variasjon har Wennberg beskrevet tre ulike helsetjenestegrupper med forskjellig grad av variasjon og ulike helsepolitiske utfordringer: Nødvendige helsetjenester, preferansesensitive helsetjenester, og tilbudssensitive helsetjenester.

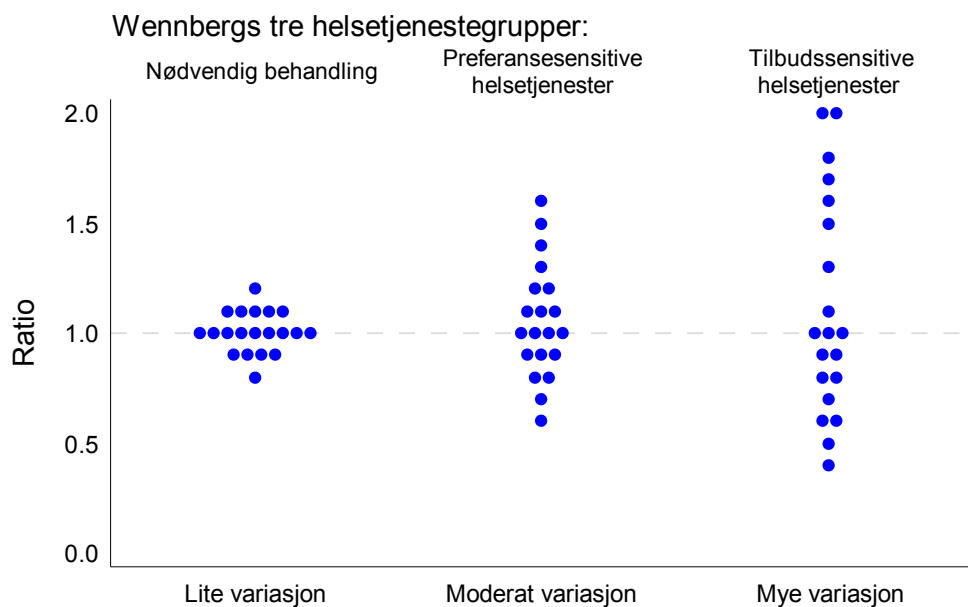
Nødvendig helsetjenester: Denne gruppen består av tilstander med klare diagnose- og behandlingsskriterier, hvor det er enighet om nytten av behandling. For denne typen tjenester ventes variasjonen å være begrenset og behandlingsraten reflekterer befolkningens faktiske sykkelighet for disse tjenestene. Kirurgi ved hoftebrudd og tykktarmskreft er eksempler.

Preferansesensitive helsetjenester: Dette er helsetjenester hvor det vanligvis foreligger flere mulige behandlingsoalternativer. Det kan også dreie seg om tjenester hvor indikasjon for, og helsegevinsten av, behandlingen kan være usikker og omstridt i fagmiljøene. Her vil man ofte se større variasjon enn i den første gruppen. Eksempler på dette er godt dokumentert i helseatlasen «Dagkirurgi i Norge 2011–2013» hvor det påvises til dels stor variasjon mellom opptaksområder innen f.eks. fjerning av mandler og kirurgi for grå stær uten at underliggende faktorer som demografi og sykkelighet i befolkningen kan forklare variasjonen.

Tilbudssensitive helsetjenester: Variasjon i tilbudet av disse tjenestene er anslått å være den viktigste årsaken til variasjon i befolkningens bruk av helsetjenester. Den kjennetegnes ved at tilgjengeligheten til helsetjenester i form av sykehussenger, legespesialister og generell kapasitet for laboratorietjenester, billeddiagnostikk og behandling påvirker etterspørselen. Eksempel på slike tjenester kan være korreksjon av «hengende øyelokk» eller lysbehandling av hudlidelser.

2 Inndeling i geografiske opptaksområder

De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for å sikre gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av blant annet bosted, jf. helseforetaksloven § 1. I praksis er det de enkelte helseforetak samt private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak som tilbyr og utfører helsetjenestene. Hvert helseforetak har et opptaksområde som inkluderer bestemte kommuner og bydeler. Ulike fagfelt kan ha ulike opptaksområder, og

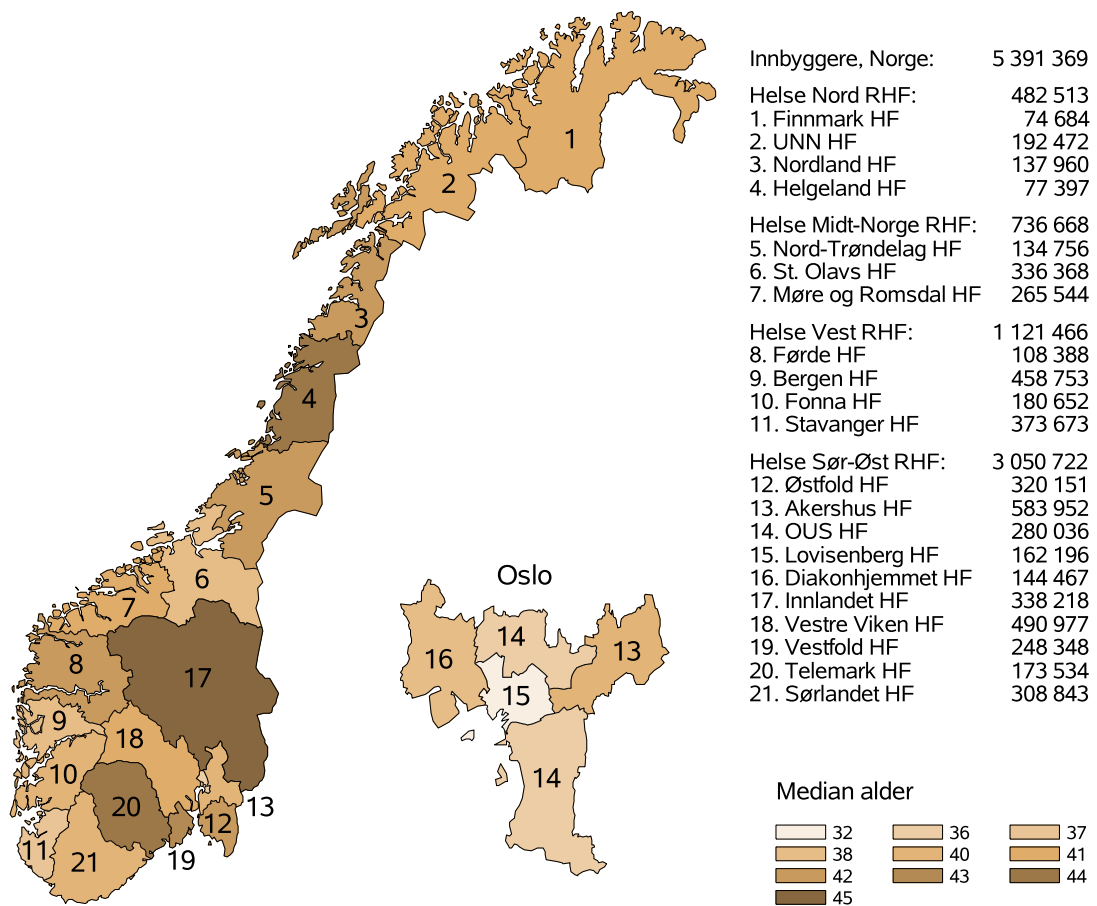


Figur 1: Illustrasjon av variasjonsprofiler for Wennbergs tre helsetjenestegrupper, hvor prikkene representerer geografiske områder.

enkelte tjenester er funksjonsfordelt mellom ulike helseforetak og/eller private aktører.

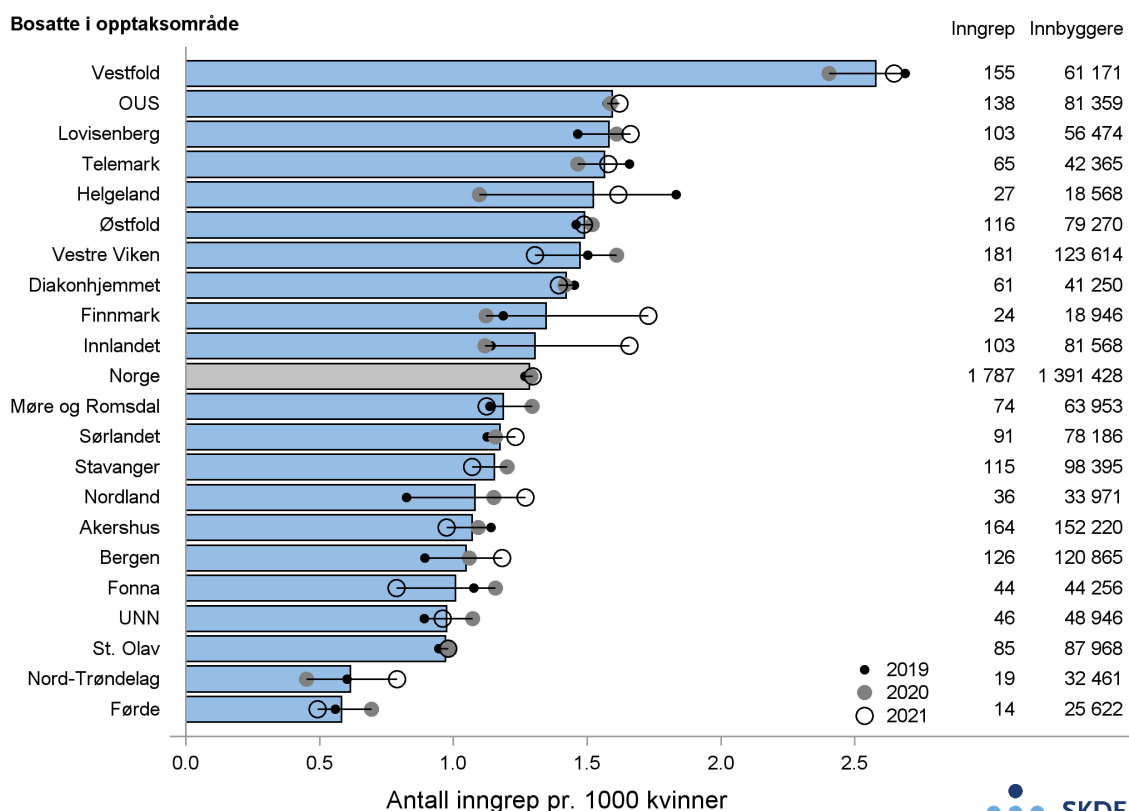
I analysene fra SKDE tas det utgangspunkt i tjenester gitt til befolkningen bosatt i de geografiske områdene som utgjør spesialisthelsetjenestens opptaksområder for medisinsk øyeblikkelig hjelp, uavhengig av på hvilket sykehus behandlingen er gitt.

Størrelsen på helseforetakenes opptaksområder varierer betydelig (se figur 2). Det er også forskjeller i befolkningssammensetningen i opptaksområdene, særlig når det gjelder befolkningens alder (se figur 2). Alle rater er derfor kjønns- og aldersjustert slik at de skal være sammenliknbare på tvers av disse 21 geografiske områdene.



Figur 2: Kart over opptaksområdene. Fargene indikerer median alder i opptaksområdene. Antall innbyggere og median alder i 2021. Kilde: SSB.

Inngrep for endometriose (inkl. dysmenore og dyspareuni)



Kilde: NPR/SSB



Figur 3: Antall inngrep for endometriose pr. 1000 kvinner i alderen 16 - 55 år i perioden 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig antall inngrep pr. år og antall innbyggere.

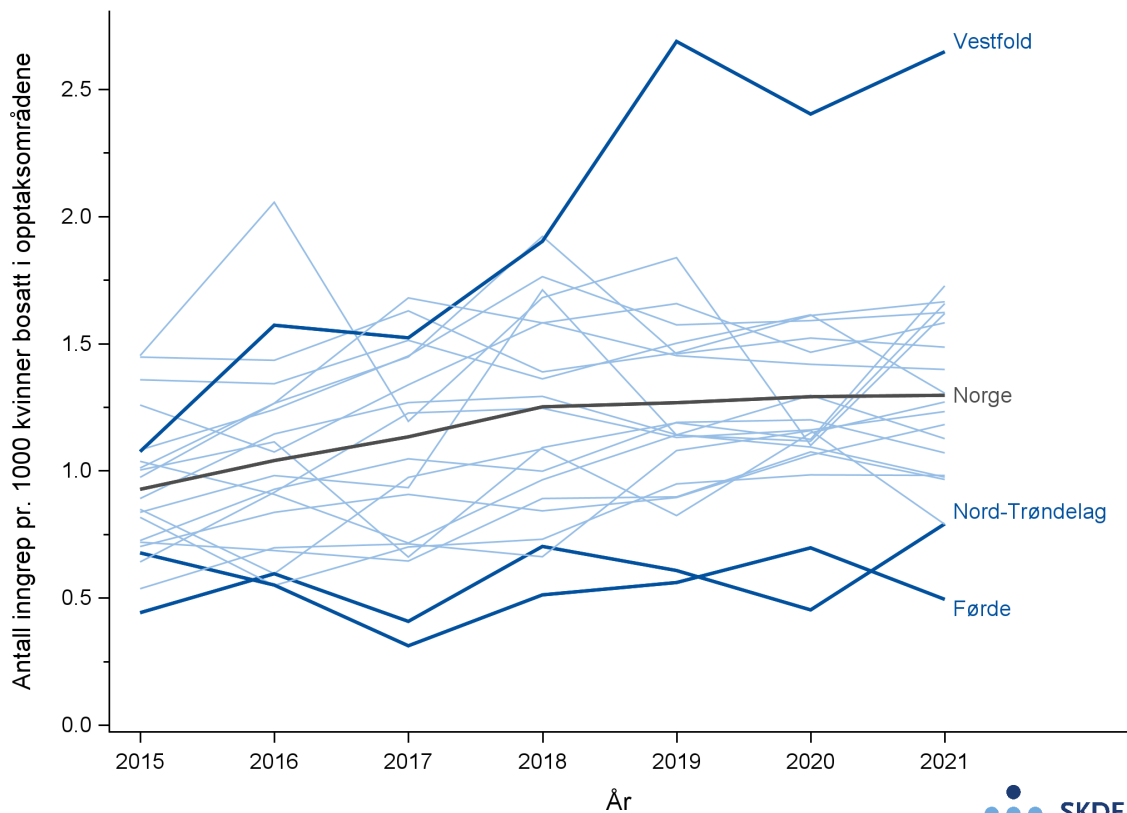
Det var stor geografisk variasjon i antall inngrep for endometriose pr. 1000 kvinner i alderen 16 - 55 år, jf. figur 3. I de fleste opptaksområdene var antall inngrep pr. 1000 kvinner mellom 1,0 til 1,6 – noe som utgjør moderat geografisk variasjon. For bosatte i to av opptaksområdene, Førde og Nord-Trøndelag var det en vesentlig lavere rate (0,6), og i Vestfold var den betydelig høyere (2,5). Antall inngrep for endometriose pr. 1000 kvinner var dermed over fire ganger så høy for bosatte i Vestfold som i Førde og Nord-Trøndelag – det utgjør stor geografisk variasjon.

Fagmiljøet ved Sykehuset i Vestfold oppgir at de har en høy kirurgisk aktivitet knyttet til pasientgruppen og knytter dette opp mot oppbygging av et kompetansemiljø i en fase da Sykehuset i Vestfold fungerte som et uoffisielt referansesykehus for denne typen behandling. Sykehuset i Vestfold drifter også Norsk gynekologisk endoskopiregister. Registeret har som mål å sikre kvaliteten på laparoskopi og hysteroskopi som utføres ved norske sykehus, bl.a. for pasienter som opereres for endometriose.

I perioden 2015 – 2021 har den nasjonale raten har økt noe, jf. figur 4. Det er særlig opptaksområdet Vestfold som skiller seg ut med størst økning de siste årene.

Andel åpne inngrep

Inngrep for endometriose kan gjøres vaginalt eller som kikkhulloperasjon (lukket), eller ved at buk-hulen åpnes (åpen). Nasjonalt har andel åpne inngrep for endometriose blitt redusert fra 12 % til 8 %, fra perioden 2015-2017 til 2019-2021. Det er en høyere andel (over 20 %) åpne inngrep for kvinner bosatt i opptaksområdene Nord-Trøndelag og Førde. For de øvrige opptaksområdene er andelen åpne inngrep mellom 4 % og 15 %. Kvinner bosatt i Helse Sør-Øst har lavest andel åpne inngrep.



Kilde: NPR/SSB



Figur 4: Antall inngrep for endometriose pr. 1000 kvinner i alderen 16 - 55 år i perioden 2015-2021. Linjene viser utvikling i årlig rate for hvert enkelt opptaksområde. Opptaksområdene med høyest og lavest rate i perioden 2019 - 2021 er uthevet.

Vi har blitt gjort oppmerksomme på at en journalgjennomgang ved St. Olavs hospital for endometrioseoperasjoner i perioden 2015-2017 avslørte at omlag 50 % av åpne inngrep var feilkodet. Vi antar at kodekvaliteten har bedret seg siden 2017, men dersom feilkoding av tilgang fortsatt forekommer i like stor grad og ved alle sykehus vil tallene for andel åpne inngrep være beheftet med vesentlig usikkerhet.

Andel hysterektomi

Andelen inngrep for endometriose der livmoren ble fjernet (hysterektomi) var i perioden 2019-2021 på 40 % for landet sett under ett. Dette er en vesentlig høyere andel enn oppgitt i den opprinnelige analysen i Helseatlas for gynekologi (for perioden 2015-2017) der andelen hysterektomier lå på 27 %. Økningen har to årsaker, for det første er utvalget utvidet ved at inngrep med tilstandskoder for dysmenore og dyspareuni er inkludert. I tillegg har det vært en økning i andel hysterektomier ved inngrep for endometriose, dysmenore og dyspareuni på 4 prosentpoeng fra perioden 2015-2017 til 2019-2021, for landet sett under ett.

Det er fortsatt betydelig variasjon mellom opptaksområdene. Andelen inngrep for endometriose (inkludert dysmenore/dyspareuni) der livmoren ble fjernet varierte fra omkring 20 % for bosatte i opptaksområdene Diakonhjemmet, Lovisenberg og OUS til over 50 % for bosatte i opptaksområdene Nord-Trøndelag, Vestfold og Telemark. Av kvinnene som fikk hysterektomi ved et inngrep for endometriose var 37 % yngre enn 40 år og 16 % var yngre enn 35 år.

Andel operert utenfor egen helseregion

Flertallet av kvinnene som ble operert for endometriose i 2019 - 2021 ble behandlet i egen region. Andelen kvinner som valgte behandling i en annen region var høyest for Helse Nord, 23 %. For kvinner i Helse Vest og Helse Midt-Norge var det 19 % som ble behandlet i annen region. Kvinner i Helse Sør-Øst ble nesten utelukkende operert i egen region. Totalt var det omlag 125-130 pasienter som årlig reiste til en annen region enn sin egen for å opereres for endometriose. De fleste av disse pasientene ble behandlet ved OUS.

Reoperasjoner

For kvinner operert i løpet av årene 2018 og 2019 har vi også undersøkt hvor stor andel som fikk ny operasjon innen to år. Av 3680 kvinner som ble operert i løpet av 2018 og 2019 var det 215 kvinner - tilsvarende omlag 6 % - som fikk ny operasjon innen to år.

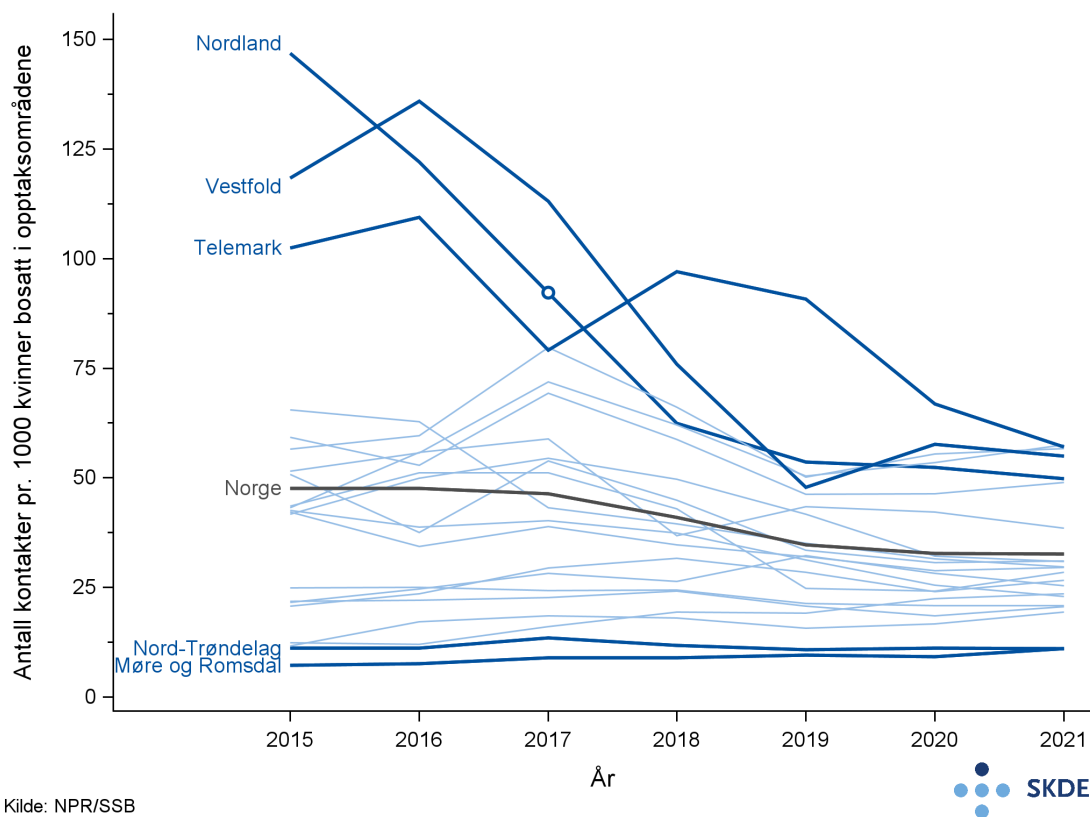
Sykemeldinger

For kvinner som ble operert i løpet av årene 2019 og 2020 har vi undersøkt hvor stor andel som hadde en eller flere sykemeldinger hos fastlegen i løpet av året før operasjonen, og i løpet av året etter operasjonen. Siden endometriose ikke har en egen tilstandskode i kodeverket ICPC-2 som brukes av fastlegene, var det ikke mulig å skille ut sykemeldinger knyttet til endometriose. Alle sykemeldinger for pasientgruppen er derfor inkludert.

Vi finner at det var omtrent samme andel kvinner som var sykemeldte i løpet av året før operasjonen og i løpet av året etter operasjonen, omlag 60 % . Antall sykemeldinger per pasient var også omtrent det samme i løpet av året før operasjonen som i løpet av året etter operasjonen - ca 3,5 sykemeldinger per pasient.

Bruk av kolposkopi

I Helseatlas for gynekologi ble det påvist svært stor geografisk variasjon i bruk av kolposkopi for perioden 2015-2017. Resultatene tydet på et overforbruk av kolposkopi ved gynekologiske undersøkelser, hovedsakelig knyttet til konsultasjoner hos private avtalespesialister.



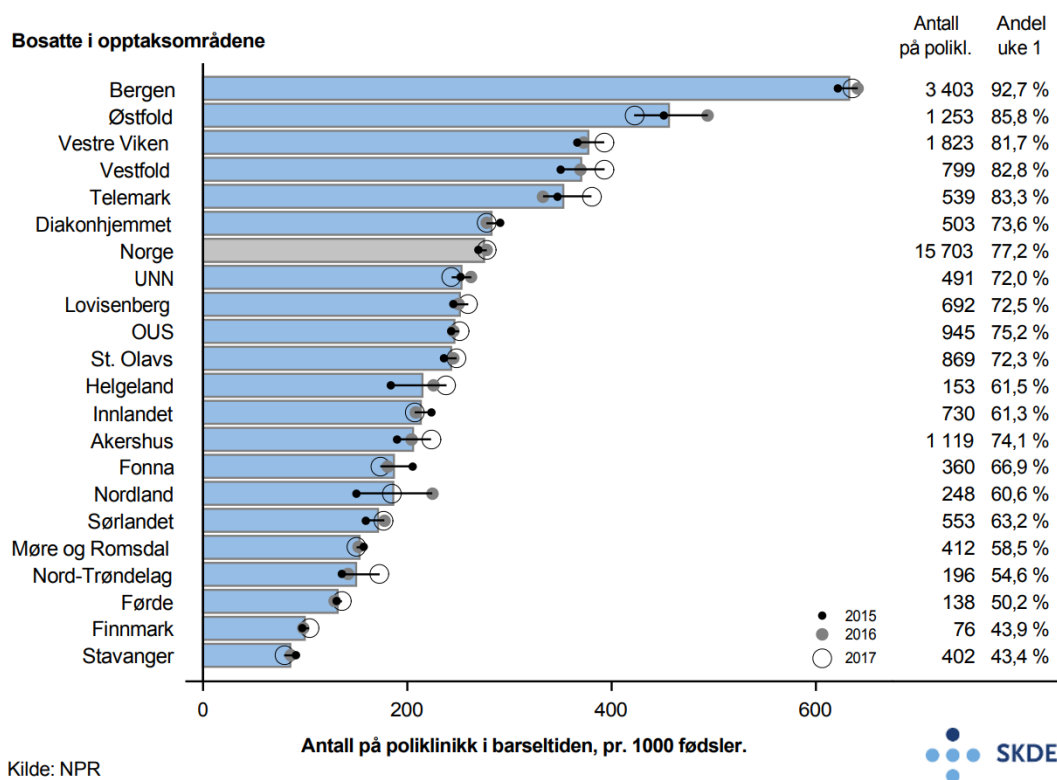
Figur 5: Antall polikliniske kontakter der det ble foretatt kolposkopi og/eller cervix biopsi pr. 1000 kvinner i alderen 16 år og eldre, fordelt på opptaksområdene for perioden 2015-2021. Linjene viser utvikling i årlig rate for hvert enkelt opptaksområde. Opptaksområdene med høyest og lavest rate i perioden 2015-2017 er uthevet. ○ NB! På grunn av manglende innrapportering fra avtalespesialister i Nordland i 2017 er det ikke beregnet rate for bosatte i opptaksområdet Nordland for 2017.¹

Figur 5 viser at opptaksområdene som hadde de høyeste ratene for bruk av kolposkopi/cervix biopsi² i perioden 2015-2017 har hatt en betydelig reduksjon i ratene i perioden 2015-2021. Det er imidlertid fortsatt stor variasjon mellom opptaksområdene - da det i 2021 ble utført over fem ganger så mange kolposkopier/cervix biopsier pr. 1000 kvinner bosatt i opptaksområdene Lovisenberg, Telemark og Diakonhjemmet sammenliknet med opptaksområdene Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. På bakgrunn av dette mener vi det fortsatt er grunn til å stille spørsmål om det er et overforbruk av kolposkopi i deler av landet.

¹I arbeidet med Helseatlas for gynekologi ble det avdekket et stort fall i aktivitet innrapportert til NPR fra tre avtalespesialister med praksis i Bodø i 2017. Tall fra andre datakilder (KUHR/HELFO) viste en marginal reduksjon i antall regningskort i samme periode, noe som tydet på at en vesentlig del av aktiviteten hos disse avtalespesialistene i 2017 ikke ble innrapportert til NPR. Tall fra NPR for perioden 2018-2021 viser lavere aktivitet enn for perioden 2015-2016, men er vesentlig høyere enn for 2017. Vi tolker dette som at problemet med manglende innrapportering var begrenset til 2017 og at reduksjonen i perioden 2018-2021 ifht. perioden 2015-2016 er et uttrykk for en reell aktivitetsnedgang.

²På grunn av varierende kodepraksis knyttet til bruk av kolposkopi må utvalget inkludere kontakter med kode for kolposkopi, kontakter med kode for kolposkopi og cervix biopsi samt kontakter som kun har kode for cervix biopsi.

Helsetjenester i barseltiden (for mor)



Figur 6: Antall barselkvinner med minst en poliklinisk konsultasjon i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2015-2017. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden, årlige rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser antall barselkvinner som hadde minst en poliklinisk kontakt innen seks uker etter utskrivelse, og andel av disse som hadde en kontakt ila første uke etter utskrivelse.

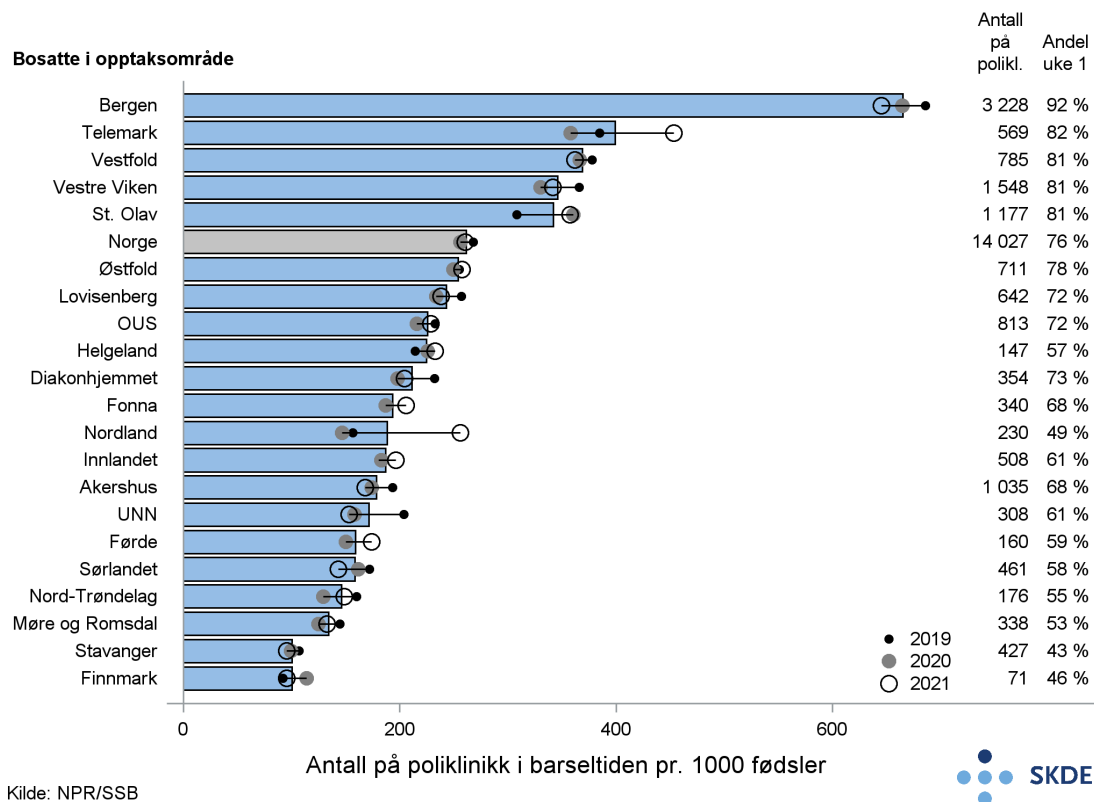
Figur 6 og 7 viser antall barselkvinner pr. 1000 fødsler som hadde en eller flere polikliniske kontakter i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse, for hhv. perioden 2015-2017 (fra Helseatlas for fødselshjelp, publisert april 2019) og perioden 2019-2021.

Det er fortsatt svært stor geografisk variasjon i bruk av polikliniske kontakter de første seks ukene etter fødsel. Bosatte i opptaksområdet Bergen skiller seg fortsatt ut med en særlig høy rate. Dette er antakeligvis knyttet til at mange fødende ved Haukeland Universitetssjukehus reiser tidlig hjem etter fødsel. Kvinnene som reiser tidlig hjem (0-2 dager etter fødsel) kommer tilbake til sykehuset for nødvendige undersøkelser av den nyfødte, som gjøres poliklinisk. Antakeligvis vil mange da også få en konsultasjon med jordmor. Vi ser at en svært stor andel av bosatte i opptaksområdet Bergen som har en poliklinisk kontakt i barseltiden har minst en kontakt i løpet av den første uka etter utskrivelse (93 %). De fleste av disse kontaktene er utført av jordmor. Ser man bort fra opptaksområdet Bergen er det likevel stor geografisk variasjon.

Raten har økt noe i opptaksområdene Nordland, St. Olav og Telemark i perioden 2019-2021, men ellers har det vært små endringer. For bosatte i opptaksområdet Østfold som hadde nesthøyest rate i perioden 2015-2017, ser vi en vesentlig reduksjon slik at i perioden 2019-2021 er raten på nivå med den nasjonale.

I Helseatlas for fødselshjelp ble det vist at det var noe variasjon mellom opptaksområdene også når det gjaldt liggetid på sykehus etter fødsel. Med unntak av opptaksområdet Bergen som har en særlig høy andel som reiser hjem tidlig - og dermed lav gjennomsnittlig liggetid, kunne ikke variasjonen i liggetid forklare den store variasjonen i bruk av polikliniske kontakter.

I Helseatlas for fødselshjelp undersøkte vi også om det forelå systematisk geografisk variasjon for en rekke risikofaktorer (blant annet andel førstegangsfødende, mors alder ved første fødsel, andel

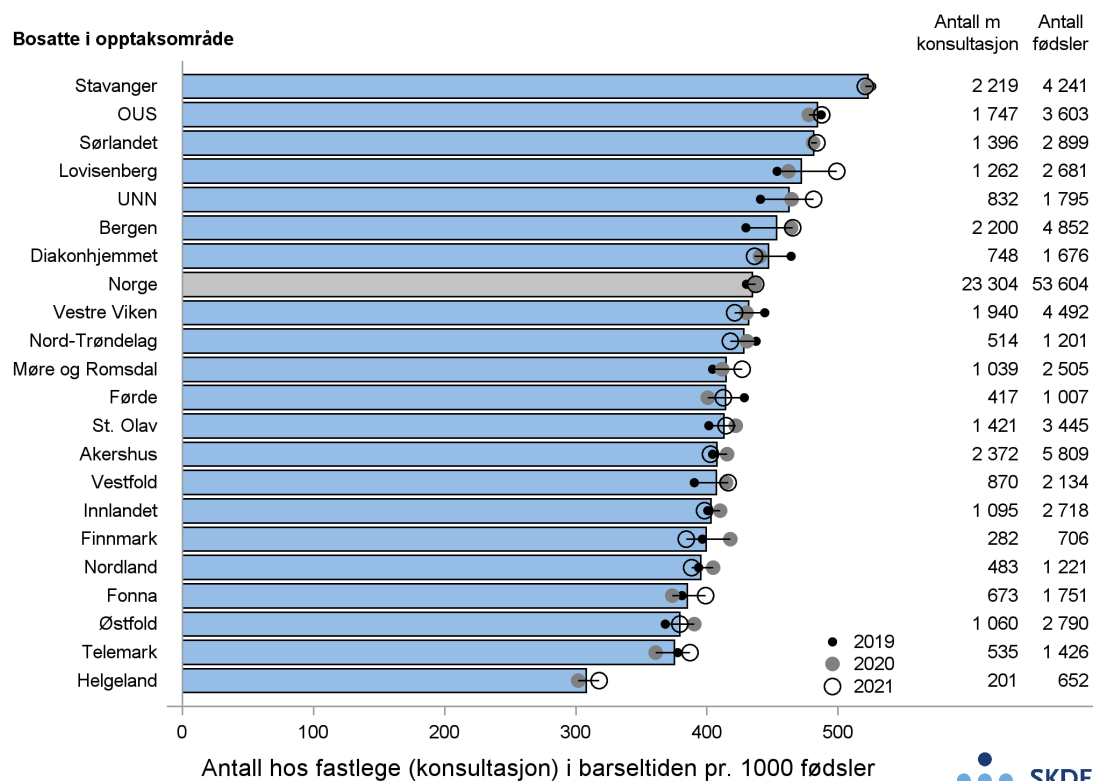


Figur 7: Antall barselkvinner med minst en poliklinisk konsultasjon i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden, årlige rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser antall barselkvinner som hadde minst en poliklinisk kontakt innen seks uker etter utskrivelse, og andel av disse som hadde en kontakt ila første uke etter utskrivelse.

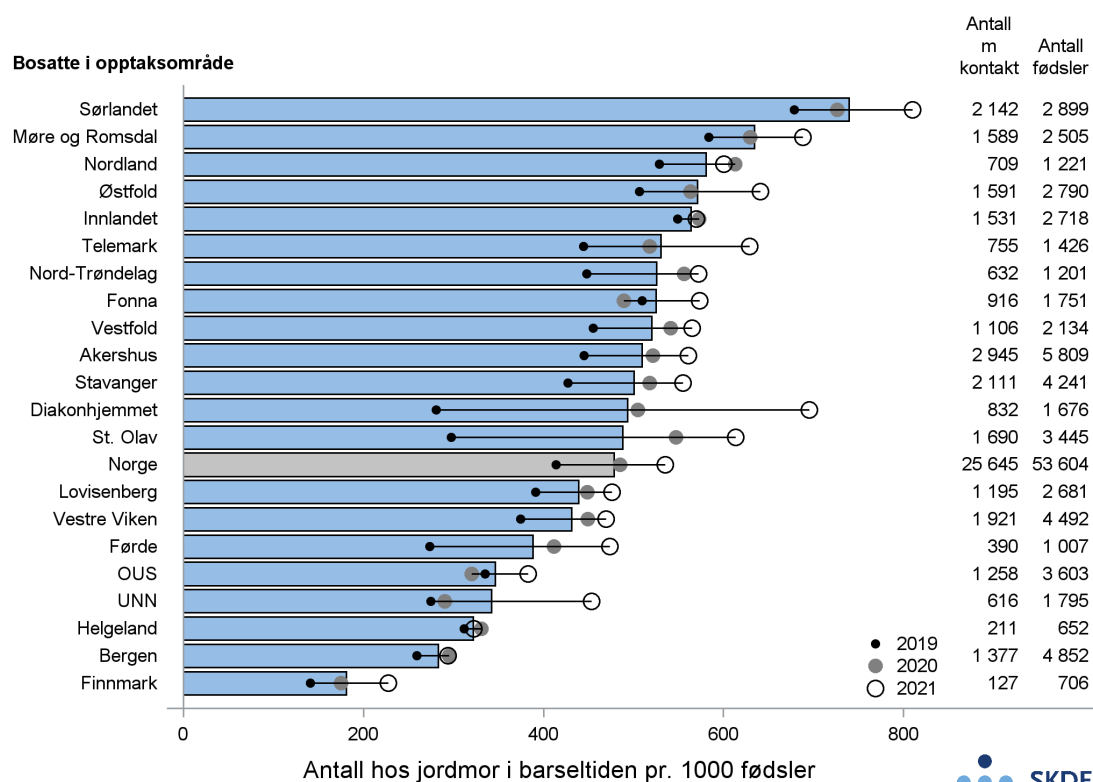
fødende med overvekt og andel mødre født utenfor Norge) som potensielt kunne forklare en observert geografisk variasjon i bruk av helsetjenester. Vi fant at andel fødsler med ulike risikofaktorer var forholdsvis lik i de ulike opptaksområdene.

Figur 8 og figur 9 viser at det er lite geografisk variasjon i antall barselkvinner pr. 1000 fødende som har minst en konsultasjon hos fastlegen i løpet av barseltiden, men stor geografisk variasjon i antall barselkvinner pr. 1000 fødende som har minst en kontakt med kommunal jordmortjeneste i løpet av de første seks ukene etter fødsel. Det har vært en stor økning i antall barselkvinner pr. 1000 fødende som har minst en kontakt med kommunal jordmortjeneste i barseltiden i perioden 2019-2021. Dette er en ønsket utvikling og resultat av en oppbygging av denne tjenesten i kommunene.

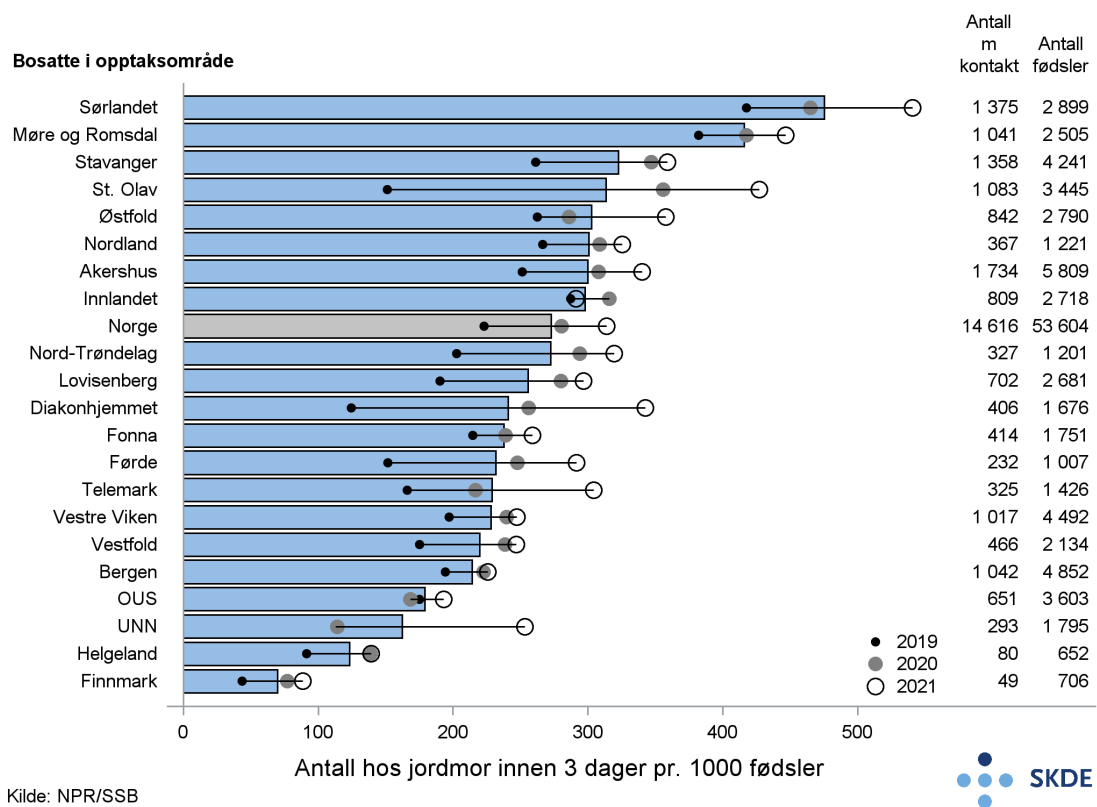
Ulik arbeidsdeling mellom sykehusenes poliklinikker, fastleger og kommunale jordmødre kan ikke forklare den store variasjonen i bruk av polikliniske kontakter i barseltiden. Resultatene viser at det fortsatt er store geografiske ulikheter i oppfølgingen av kvinner som nettopp har født.



Figur 8: Antall barselkvinner som hadde konsultasjon hos fastlege i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig antall barselkvinner som hadde konsultasjon hos fastlege i barseltiden pr. år og gjennomsnittlig antall fødsler pr. år. NB! Lav rate på Helgeland skyldes sannsynligvis avvikende kodepraksis/kodefeil.



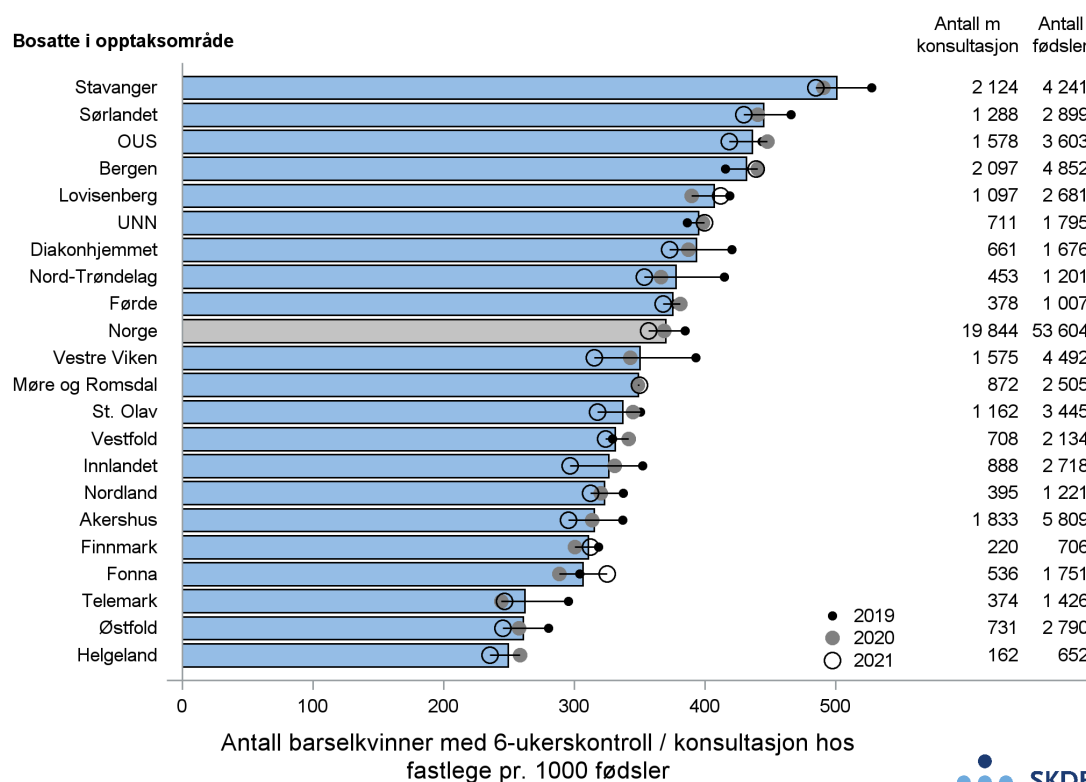
Figur 9: Antall barselkvinner som hadde kontakt med kommunal jordmortjeneste i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig antall barselkvinner som hadde kontakt med kommunal jordmortjeneste i barseltiden pr. år og gjennomsnittlig antall fødsler pr. år.



Figur 10: Antall barselkvinner som hadde kontakt med kommunal jordmortjeneste innen tre dager etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig antall barselkvinner som hadde kontakt med kommunal jordmortjeneste innen tre dager etter utskrivelse pr. år og gjennomsnittlig antall fødsler pr. år.

I den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen anbefales at alle fødende skal tilbys hjemmebesøk av jordmor innen tre dager etter utskrivelse fra sykehus. Figur 10³ viser at det var stor variasjon i antall barselkvinner pr. 1000 fødsler som hadde en kontakt med kommunal jordmortjeneste innen tre dager etter utskrivelse etter fødsel i perioden 2019 - 2021 (hvorav de fleste er sannsynlige hjemmebesøk).

I mange av opptaksområdene økte andelen vesentlig i perioden og det var stor variasjon mellom opptaksområdene. Raten var høyest for bosatte i opptaksområdet Sørlandet der nær halvparten av barselkvinnene hadde hjemmebesøk innen tre dager, og lavest for bosatte i opptaksområdet Finnmark der omlag 7 % av de fødende hadde hjemmebesøk innen tre dager.

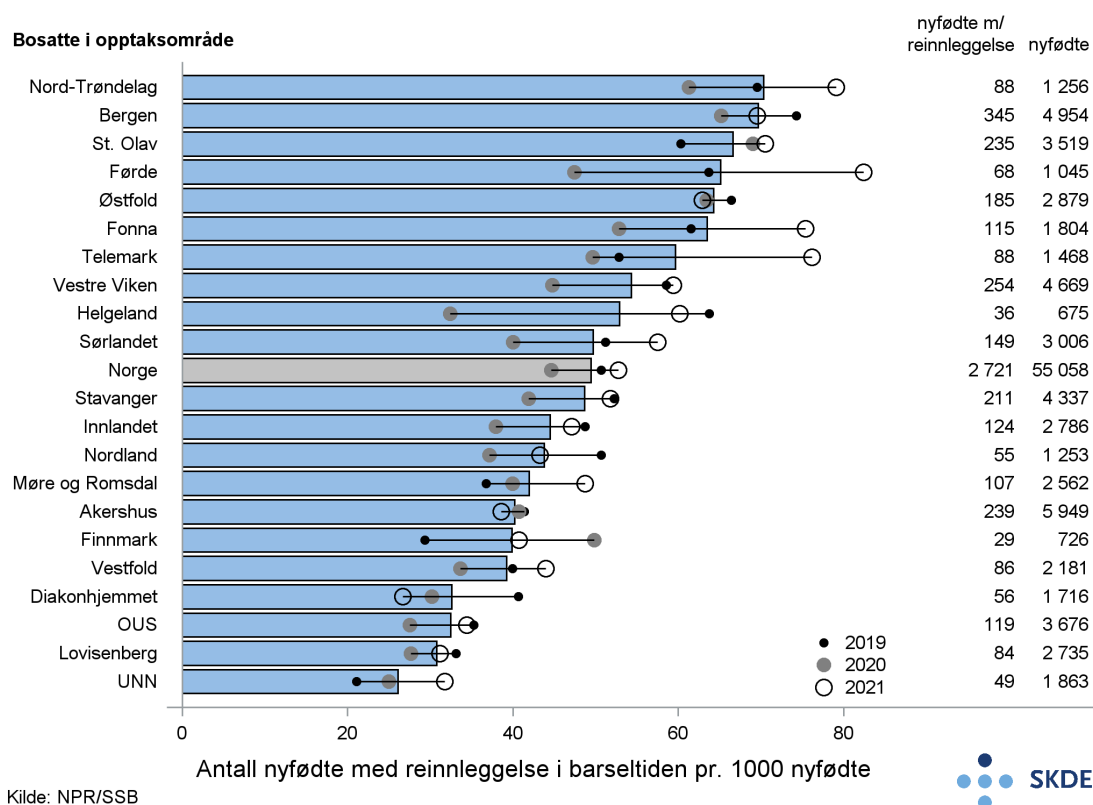


Figur 11: Antall barselkvinner som hadde seksukerskontroll (konsultasjon i perioden 5-7 uker etter utskrivelse fra fødsel) hos fastlege pr. 1000 fødsler, 2019-2021. NB! Tallet for bosatte i opptaksområdet Helgeland er antakeligvis noe underestimert på grunn av avvikende kodepraksis/kodefeil.

Nasjonalt hadde omtrent 37 % av de fødende en konsultasjon hos fastlege i perioden 5 til 7 uker etter fødsel, se figur 11. Det var også en betydelig geografisk variasjon, da kun 25 % av de fødende i opptaksområdene Telemark og Østfold hadde en konsultasjon, mot nær 50 % i opptaksområdet Stavanger. Ved å utvide perioden for seksukerskontroll med én uke (fra 5-7 uker etter fødsel til 5-8 uker etter fødsel) øker andelen som gjennomfører kontroll/konsultasjon hos fastlege til 45 % (4400 flere fødende), men den geografiske variasjonen endres ikke.

³Tallene vist i figur 10 er basert på regningskort i KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) innsendt av helsestasjoner ihht. [Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp](#). Disse tallene avviker tildels betydelig fra de egenrapporterte KOSTRA-tallene innsendt av kommunene, som er tilgjengelige via SSB. Avviket skyldes sannsynligvis varierende innrapporteringspraksis i kommunene når det gjelder gjennomføring av hjemmebesøk fra jordmor innen tre dager.

Reinnleggelser av nyfødte i barseltiden



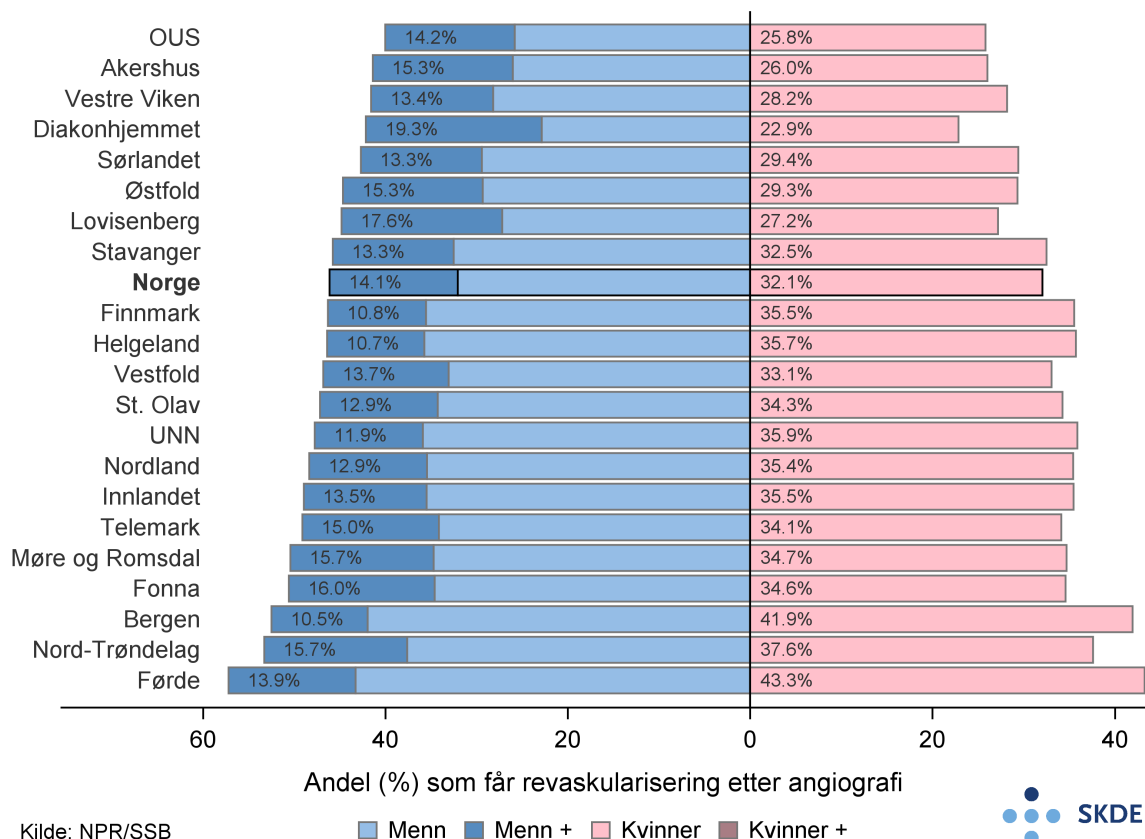
Figur 12: Antall nyfødte som ble reinnlagt i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse fra fødsel pr. 1000 nyfødte, 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig antall nyfødte med minst en reinnleggelse i barseltiden pr. år og gjennomsnittlig antall nyfødte pr. år.

Nasjonalt ble omtrent 50 pr. 1000 nyfødte reinnlagt i løpet av de første seks ukene etter fødsel, se figur 12. Det var stor geografisk variasjon i bruk av reinnleggelser for nyfødte - andel nyfødte som ble reinnlagt var omlag tre ganger så høy for bosatte i opptaksområdet Nord-Trøndelag som for bosatte i opptaksområdet UNN⁴. Det var store variasjoner i raten fra år til år i flere opptaksområder. Det kan blant annet være knyttet til endringer i smittetall for sesongbaserte luftveisinfeksjoner. 23 % - 30 % av de nyfødte ble lagt inn med gulstott som hoveddiagnose.

Statistikk fra medisinsk fødselsregister viser at i 2021 varierte gjennomsnittlig liggetid etter fødsel fra 3,1 døgn til 2,1 døgn. Liggetiden var lengst ved Sykehuset Telemark HF (3,1 døgn), Sykehuset Innlandet HF (3,0 døgn), Helse Nord-Trøndelag HF (2,9 døgn) og Helse Førde HF (2,9 døgn). Liggetiden var kortest i Helse Bergen HF (2,1 døgn), Akershus universitetssykehus HF (2,4 døgn) og Sykehuset Vestfold HF (2,4 døgn). Det ser ikke ut til å være noen tydelig sammenheng mellom gjennomsnittlig liggetid etter fødsel for mor og bruk av reinnleggelser for nyfødte.

⁴På grunn av mangler i innrapporteringen av fødselsnumre for nyfødte i Helse Nord i 2019 og 2020 kan reinnleggingsraten for bosatte i Helse Nord være noe underestimert, dette gjelder særlig bosatte i opptaksområdet UNN. Se også «Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste».

Andel som får revaskularisering etter angiografi



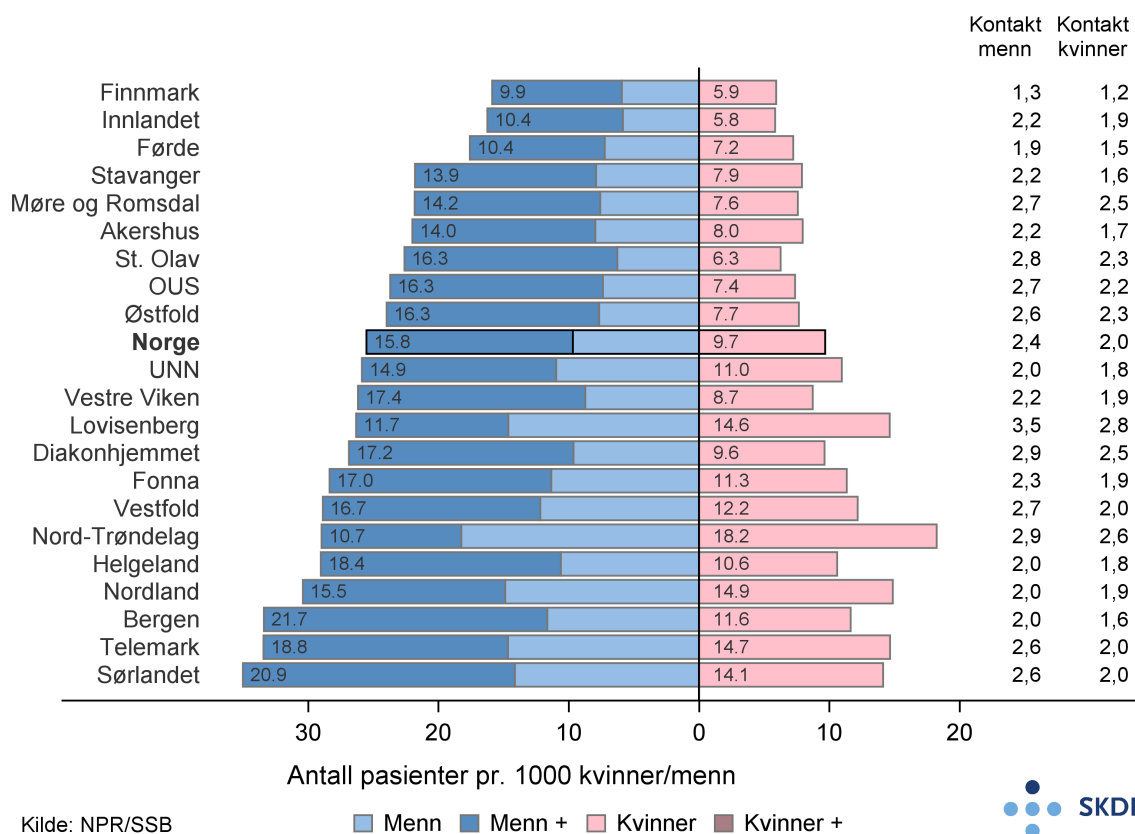
Figur 13: Andel som fikk revaskularisering etter en angiografi for bosatte i helseforetakenes opptaksområder i perioden 2019-2021, fordelt på kvinner (rød søyle) og menn. Andel kvinner som fikk revaskularisering er angitt i prosent på de røde søylene. Den mørkeblå delen av søylen for menn viser hvor mye større (i antall prosentpoeng) andelen var for menn enn for kvinner.

Figur 13 viser andel pasienter som fikk revaskularisering etter en angiografi⁵ fordelt på kvinner (til høyre) og menn (til venstre).

Den mørkeblå delen av søylen for menn viser hvor mye større (i antall prosentpoeng) andelen var for menn enn for kvinner. For landet sett under ett var andelen som fikk revaskularisering etter angiografi 14,1 prosentpoeng høyere for menn enn for kvinner. Den største relative forskjellen finner vi for bosatte i opptaksområdet til Diakonhjemmet, hvor andelen som får revaskularisering nesten er dobbelt så høy for menn som for kvinner. Andelen menn hvor det ble gjort revaskularisering etter en angiografi varierte fra 40 % til 57 %, for kvinner var tilsvarende tall 23 % til 43 %.

⁵ Andelen er beregnet som antall pasienter som både fikk angiografi og ble revaskularisert i løpet av samme sykehusepisode, delt på antall pasienter som fikk angiografi.

Bruk av polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt

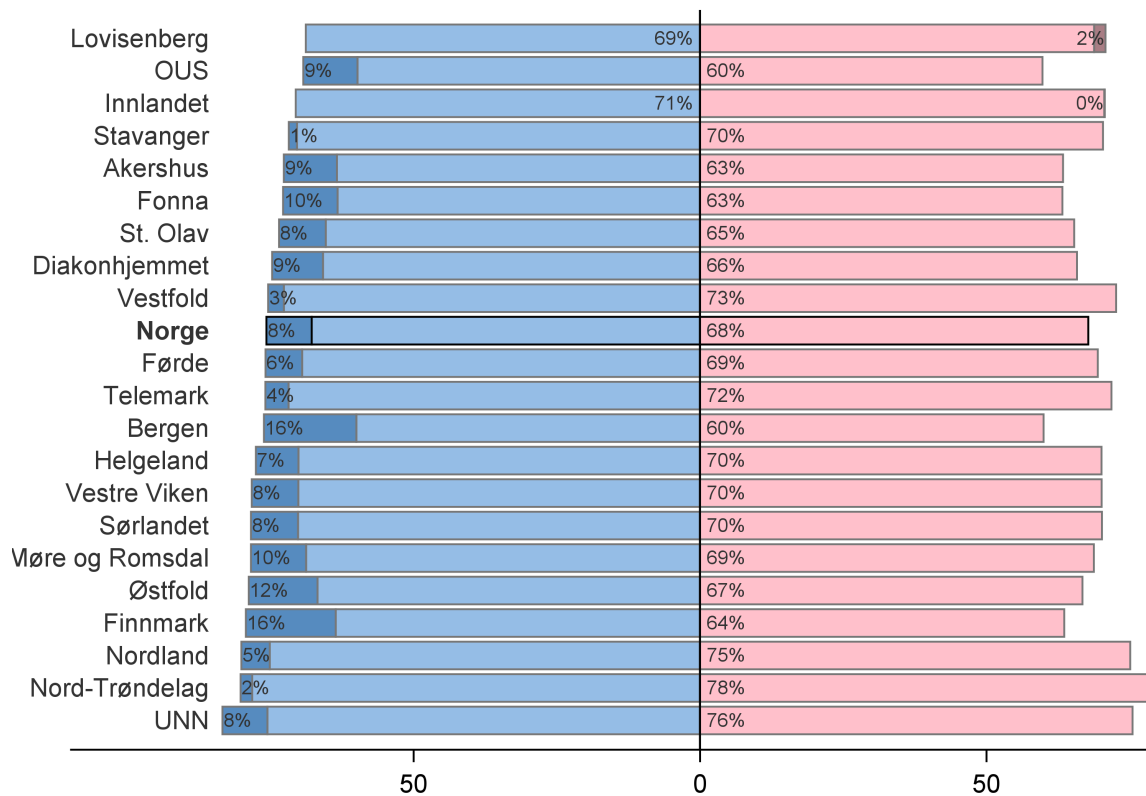


Figur 14: Antall pasienter med poliklinisk kontakt for hjertesvikt pr. 1000 kvinner/menn (i alderen 75 år og eldre) bosatt i helseforetakenes opptaksområder for perioden 2019-2021, fordelt på kvinner (rød søyle) og menn. Raten for kvinner er angitt på de røde søylene. Den mørkeblå delen av søylen for menn viser hvor mye større (i antall pr. 1000) raten var for menn enn for kvinner. Kolonnene til høyre viser antall kontakter per pasient.

Figur 14 viser antall pasienter med poliklinisk kontakt for hjertesvikt pr. 1000 innbyggere (pasientraten) i alderen 75 år og eldre for perioden 2019-2021, fordelt på kvinner og menn. Samlet sett var det vesentlig geografisk variasjon i pasientraten. Kvinner hadde lavere rate enn menn, men også gjennomsnittlig færre kontakter pr. pasient. Antall kontakter pr. pasient var særlig lavt for bosatte i opptaksområdet Finnmark, både for kvinner (1,2 kontakter pr. pasient) og menn (1,3 kontakter pr. pasient). Bosatte i opptaksområdet Lovisenberg fikk forholdsvis mange kontakter pr. pasient, men her var det også størst forskjell på kvinner (2,8 kontakter pr. pasient) og menn (3,5 kontakter pr. pasient).

På grunn av den store forskjellen mellom kvinner og menn i bruk av polikliniske kontakter er det naturlig å spørre om det også er forskjeller mellom kjønnene i bruk av allmennlegetjenester for hjertesviktspasienter. Vi har derfor utført en tilleggsanalyse for pasienter som ble akuttinnlagt for hjertesvikt i løpet av 2019 og 2020, og undersøkt bruk av spesialist- og allmennlegetjenester for hhv. kvinner og menn i løpet av ett år før og ett år etter akuttinnleggelsen (heretter: oppfølgingsperioden). I denne pasientgruppen var det 23 % av kvinnene som hadde minst en poliklinisk kontakt med hjertesvikt som hoveddiagnose i løpet av oppfølgingsperioden, mens 65 % av kvinnene hadde minst en kontakt med fastlegen på grunn av hjertesvikt i oppfølgingsperioden. Blant mennene var det 42 % som hadde minst en poliklinisk kontakt med hjertesvikt som hoveddiagnose i oppfølgingsperioden, mens 69 % av mennene hadde kontakt med fastlegen på grunn av hjertesvikt.

Figur 15 viser andelen som hadde minst en poliklinisk kontakt med hjertesvikt som hoveddiagnose eller kontakt med fastlegen på grunn av hjertesvikt i oppfølgingsperioden. På landsbasis var andelen



Andel (%) pasienter med poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjeneste eller kontakt hos fastlege

Kilde: NPR/KPR/SSB

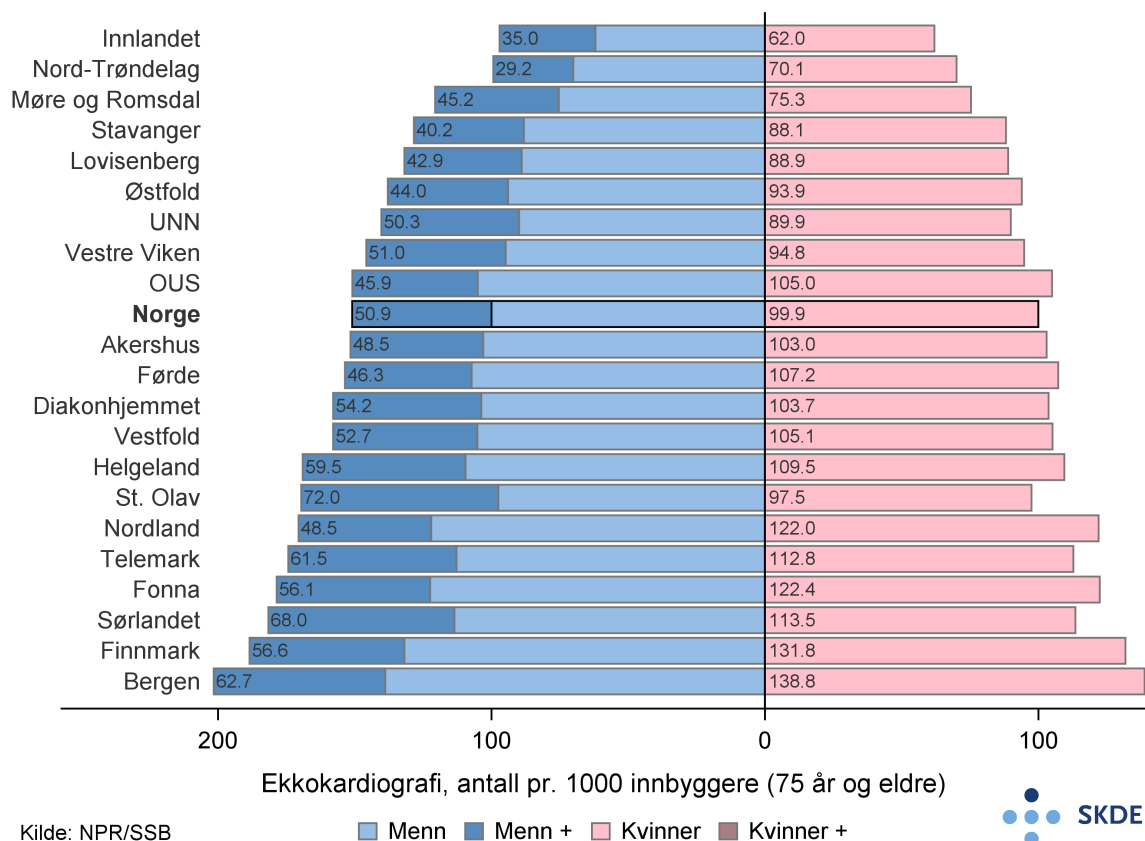
■ Menn ■ Menn + ■ Kvinner ■ Kvinner +



Figur 15: Andel pasienter (75 år og eldre) med poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjenesten eller kontakt hos fastlege for hjertesvikt innen ett år før eller ett år etter en akuttinnleggelse for hjertesvikt i 2019/2020, fordelt på kvinner (rød søyle) og menn.

noe høyere for menn (76 %) enn for kvinner (68 %).

Bruk av ekkokardiografi for eldre (75 år eller eldre)



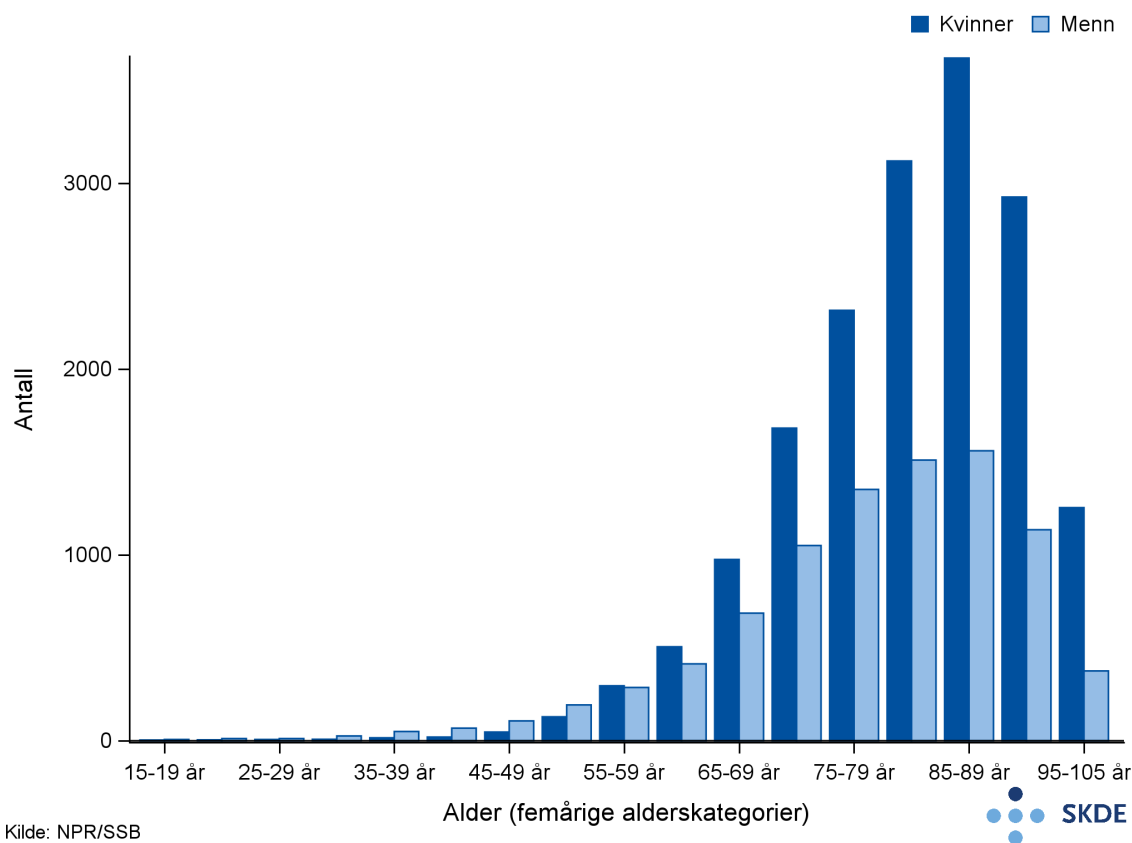
Figur 16: Antall polikliniske kontakter med ekkokardiografi pr. 1000 kvinner/menn (i alderen 75 år og eldre) bosatt i helseforetakenes opptaksområder for perioden 2019-2021, fordelt på kvinner (rød søyle) og menn. Raten for kvinner er angitt på de røde søylene. Den mørkeblå delen av søylen for menn viser hvor mye større (i antall pr. 1000) raten var for menn enn for kvinner.

Figur 16 viser ekkokardiografier for eldre (75 år eller eldre) pr. 1000 innbyggere fordelt på menn (venstre) og kvinner (høyre). Den mørkeblå delen av søylen for menn viser hvor mye større (i antall pr. 1000) raten var for menn enn for kvinner. Det var stor geografisk variasjon i bruk av ekkokardiografier for både kvinner og menn. Det var vesentlig større forskjeller mellom de ulike opptaksområdene enn mellom kjønnene. Antall ekkokardiografier var omtrent dobbelt så høyt (2,1 for menn og 2,2 for kvinner) for bosatte i opptaksområdet Bergen sammenliknet med bosatte i opptaksområdet Innlandet. Det var også betydelige forskjeller mellom kjønnene. For landet sett under ett var raten omlag 51 % høyere for menn enn for kvinner. Forskjellen mellom kjønnene var størst for pasienter bosatt i opptaksområdet St. Olavs, der raten var 74 % høyere for menn enn for kvinner. Mens forskjellene mellom kjønnene var minst for pasienter bosatt i opptaksområdet Nordland, hvor raten var 40 % høyere for menn enn for kvinner.

Ventetid på sykehus ved hoftebrudd

Eldre med hoftebrudd bør opereres så raskt som mulig, da lang ventetid før operasjon er forbundet med økt dødelighet (REF artikler). [Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd](#) anbefaler operasjon innen 24 timer etter bruddtidspunkt, og senest innen 48 timer. I andre land anbefales operasjon innen 24 eller 36 timer⁶.

Figur 17 viser at de aller fleste som blir akuttinnlagt med hoftebrudd er 70 år eller eldre, og et stort flertall er kvinner.



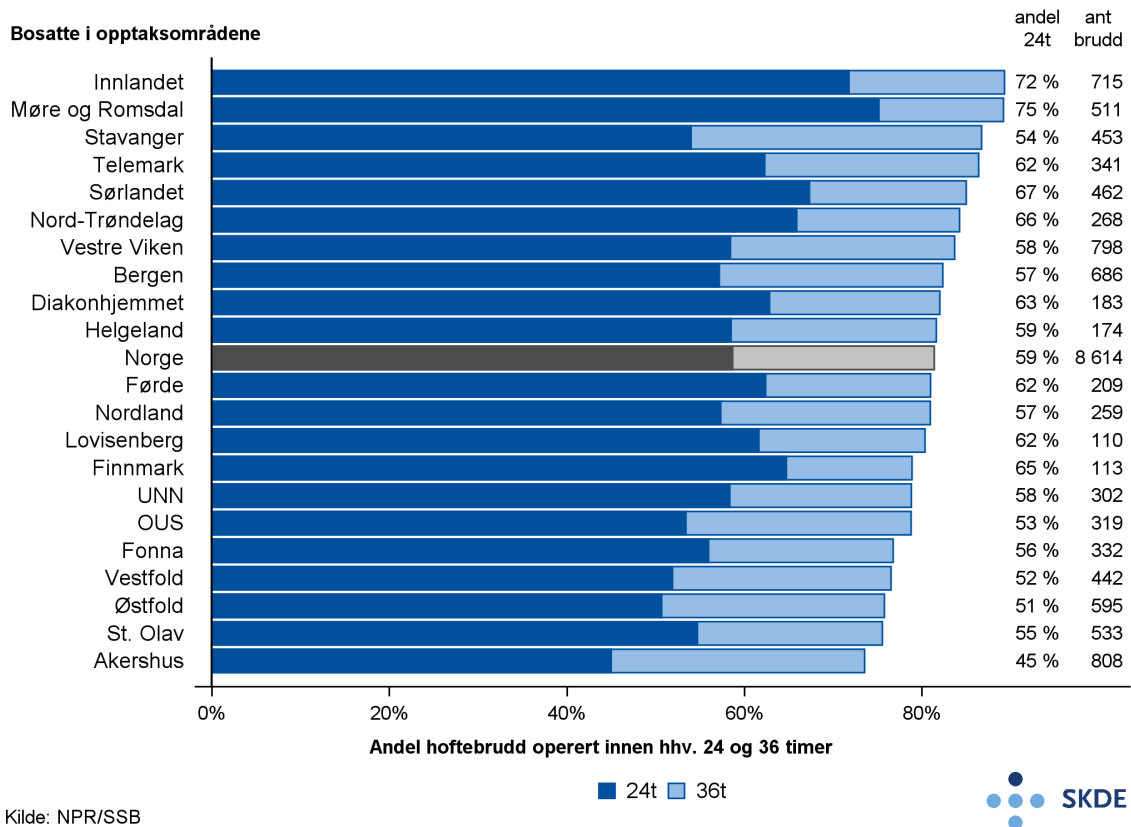
Figur 17: Antall akuttinnleggelser for hoftebrudd i perioden 2019-2021, fordelt på pasientens kjønn og alder i femårige alderskategorier.

I hvor stor grad pasienter med hoftebrudd opereres innen anbefalt tid kan være et uttrykk for hvordan sykehusene prioriterer disse pasientene.

Nasjonalt hoftebruddregister registrerer andel pasienter som opereres innen hhv. 24 og 48 timer etter bruddtidspunkt. Resultater for disse kvalitetsindikatorerne for alle sykehus som opererer hoftebrudd er tilgjengelige på <https://www.skde.no/kvalitetsregistre/hoftebrudd/sykehus>. Siden tid fra brudd til operasjon kan påvirkes av flere faktorer, en del knyttet til helt andre ting enn sykehusenes prioritering av disse pasientene, har vi her fremstilt ventetid etter innkomst til sykehus. I analysen er pasientene fordelt etter bosted - i helseforetakenes opptaksområder - uavhengig av hvor de er behandlet. De aller fleste pasienter med hoftebrudd vil imidlertid behandles ved sitt lokalsykehus.

Figur 18 viser at de fleste pasienter blir operert innen 36 timer etter ankomst til sykehus. Det er noe variasjon mellom opptaksområdene. Når vi ser på andel operert innen 24 timer er det vesentlig mer variasjon mellom opptaksområdene. Dette kan tyde på at pasienter med hoftebrudd prioriteres noe ulikt ved landets sykehus.

⁶For mer informasjon se f.eks. [Waiting time for hip fracture surgery: hospital variation, causes, and effects on postoperative mortality](#)



Figur 18: Andel pasienter akuttinnlagt med hoftebrudd som ble operert innen hhv. 36 timer (hele søylen) og 24 timer (mørk blå del av søylen) etter innleggelse, fordelt på opptaksområdene for perioden 2019-2021. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig andel operert innen 24 timer etter innleggelse og gjennomsnittlig antall pasienter akuttinnlagt med hoftebrudd. Sykehusepisoder hvor tidspunkt for oppstart av prosedyrene manglet er ekskludert fra analysene. Det gjelder spesielt opptaksområdene UNN og Finnmark hvor det samlet for perioden ble ekskludert ca 10 % av utvalget.

Vedlegg

A Utvalg

Som grunnlag for innsattsstyrt finansiering (ISF) grupperes alle enkeltkontakter registrert i NPR til sykehusopphold. Et sykehusopphold kan bestå av en eller flere kontakter, hvordan kontakter grupperes til sykehusopphold følger av det til enhver tid gjeldende ISF-regelverket. I analysene i dette notatet teller vi antall sykehusopphold slik de er gruppert ihht. ISF-regelverket, eller antall pasienter som har hatt ett eller flere sykehusopphold med aktuelle tilstands- og/eller prosedyrekoder i løpet av et år.

Det er i tillegg korrigert for overføringer mellom sykehus. I tilfeller der innlagte pasienter overføres mellom sykehus i løpet av et 8-timers tidsrom telles dette som ett sammenhengende sykehusopphold.

Inngrep for endometriose (inkl. dysmenore og dyspareuni)

I Helseatlas for gynekologi ble inngrep for endometriose definert med tilstandskodene (ICD-10) N80.0 - N80.9 som hoved- eller bitilstand, i kombinasjon med aktuelle kirurgiske prosedyrekoder (se tabeller under). I forbindelse med SKDEs arbeid med å oppdatere denne analysen som del av Helseatlas for kroniske sykdommer har vi fått nye faglige råd om å inkludere et noe bredere spekter av tilstandskoder, som ofte er assosiert med endometriose. Dette gjelder tilstandene dysmenore (smerter i forbindelse med menstruasjon) med tilstandskoder N94.4-N94.6 og dyspareuni (smerter ved samleie) med tilstandskoder N94.1. Inklusjon av pasienter med disse tilstandskodene fører ikke til betydelige endringer i resultatene. De aktuelle kirurgiske prosedyrekoder (NCSP) er som følger:

Hysterektomi										
LCC 10	LCD 00									
LCC 11	LCD 01									
LCC 20	LCD 04									
	LCD 10									
	LCD 11									
	LCD 30									
	LCD 31									
	LCD 40									
	LCD 96									
	LCD 97									

Andre inngrep										
LAC 00	LAD 00	LAE 10	LAF 00	LBD 00	LBE 00	LCC 00	LCF 00	JAA 10	JAL 20	JAP 00
LAC 01	LAD 01	LAE 11	LAF 01	LBD 01	LBE 01	LCC 01	LCF 01	JAA 11	JAL 21	JAP 01
LAC 10		LAE 20	LAF 10			LCC 05	LCF 96			
LAC 11		LAE 21	LAF 11			LCC 96	LCF 97			
LAC 20			LAF 20			LCC 97				
LAC 21			LAF 30							

Utvalget er begrenset til kvinner i alderen 16-55 år.

Kolposkopi

Kolposkopi og vevsprøve av livmorhalsen (cervixbiopsi) er definert ved følgende kirurgiske prosedyrekoder og takstkoder:

Kolposkopi			Vevsprøve av livmorhalsen	
XLE 00	LXE 00	208	LDA 10	212a
			LDA 20	
			LDA 96	

Helsetjenester etter fødsel

Helsetjenester etter fødsel er basert på en forløpsanalyse hvor fødende, definert ved tilstandskode (ICD 10) Z37 eller prosedyrekode MCA (keisersnitt), følges fra utskrivelse fra fødselsoppholdet.

Polikliniske kontakter i barseltiden inkluderer poliklinisk aktivitet og dagbehandlinger på sykehus eller hos avtalespesialist, til og med 42 dager etter utskrivelse fra fødsel.

Seksukerskontroll hos fastlege er definert som en konsultasjon hos fastlege i perioden 35-49 dager (5-7 uker) etter utskrivelse fra fødsel.

Oppfølging hos jordmor i barseltiden er definert som minst en kontakt hos jordmor, til og med 42 dager etter utskrivelse fra fødsel.

Reinnleggelse av nyfødte i barseltiden

Denne beregningen er basert på en forløpsanalyse hvor levende nyfødte barn er fulgt fra fødselsdato og 42 dager fremover i tid. I analysen identifiseres reinnleggelser som finner sted minimum én dag etter utskrivelse fra fødselsoppholdet og innen 42 dager etter fødseldato.

Angiografi og revaskularisering

Utvalget er definert som antall unike pasienter pr år i alderen 18 år og eldre som fikk utført angiografi eller revaskularisering. Angiografi er definert som kontakter med minst en av følgende prosedyrekoder (FYDB11, FYDB12, FYDB13, SXF0BB, SFX0VB, SFX0FB, SFY0BB, SFN0CB, SFN0DB, SFY0EB). Revaskularisering er definert som enten PCI (Perkutan koronar intervensjon) eller bypassoperasjon (åpen kirurgi). PCI er definert som kontakter med minst en av følgende prosedyrekoder (FNG, FNP02B, FNP12B, FNQ05B, FNQ12B), og bypassoperasjon er definert som kontakter med minst en av følgende prosedyrekoder (FNA, FNB, FNC, FNE, FND10, FND20, FND98). Pasienter med prosedyrekode for PCI, men uten prosedyrekode for angiografi ble kodet som pasienter med angiografi.

Bruk av polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt

Utvalget er definert som alle pasienter i alderen 75 år og eldre som hadde minst en poliklinisk kontakt med tilstandskodene (ICD-10) I11.0, I13.0, I13.2 eller I50 som hovedtilstand.

Allmennlegetjenester inkluderer alle kontakter med ICPC-2 koden K77 som hovedtilstand.

Bruk av poliklinisk ekkokardiografi for eldre

Utvalget er definert som antall polikliniske kontakter med ekkokardiografi for pasienter 75 år og eldre. Ekkokardiografi er definert som kontakter med minst en av ved følgende prosedyrekoder (SFY0HK, SFY0GK, SFY0LK, SXF0HK, SXF0LK, SXF0GK, FYDE31, FYDE32, FYDE33, 129i (normaltariff eller takst hos avtalespesialist eller privat klinikk)).

Ventetid på sykehus før operasjon for hoftebrudd

Utvalget består av pasienter med en akutt sykehusepisode hvor hoved- eller bidiagnose er hoftebrudd (S720, S721, S722) i kombinasjon med prosedyrekoder for osteosyntese (NFJ), delprotese (NFB02, NFB12, NFB01, NFB11) eller totalprotese (NFB20, NFB30, NFB40, NFB99).

Ventetid på sykehuset er beregnet som tiden fra inntidspunkt for sykehusepisoden, til starttidspunkt for valgte prosedyrekoder. Sykehusepisoder hvor tidspunkt for oppstart av prosedyrene manglet er ekskludert fra analysene. Det gjelder spesielt opptaksområdene UNN og Finnmark hvor det samlet for perioden ble ekskludert ca 10 % av utvalget.