

Analyser til Sykehusutvalget

Sykehusutvalget har bedt SKDE om å bidra med analyser av utvikling i geografisk variasjon for noen utvalgte helsetjenester i perioden 2015-2021, samt en analyse av utvikling i kvalitet i spesialisthelsetjenesten i Norge de siste 5-10 år basert på et utvalg kvalitetsindikatorer.

SKDE-notat 13. oktober 2022

Innhold

1 Sammen drag	2
2 Introduksjon	3
3 Datagrunnlag	4
4 Om geografisk variasjon	4
5 Inndeling i geografiske opptaksområder	5
6 Utvalgte tjenester fra tidligere atlas	7
7 Nødvendige helsetjenester	18
8 Revurderingsprosedyrene	20
9 Kvalitetsindikatorer	24
10 Kommentarer til funnene	36
Tillegg A Utvalg	38

1 Sammen drag

Resultatene viser at det har vært små endringer i graden av geografisk variasjon i løpet av perioden 2015-2021, og i noen tilfeller har graden av variasjon økt noe. Dette er i tråd med konklusjonene fra oppdateringen av dagirurgiatlasen i 2019 og støtter konklusjonen i Riksrevisjonens undersøkelse fra 2019 om at de regionale helseforetakene og helseforetakene i liten grad hadde «brukt forbruksrater til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten».

Aktiviteten knyttet til revurderingsprosedyrene (18 ulike kirurgiske prosedyrer med «diskutabel nytteverdi») har blitt redusert i alle regioner og alle opptaksområder i perioden 2015-2021. Nedgangen er forholdsvis jevn slik at den geografiske variasjonen ikke endres vesentlig. Funnene kan tyde på at denne aktiviteten prioriteres lavere enn annen sammenliknbar aktivitet i sykehusene, i tråd med styringssignalene som er kommet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Analysene som er inkludert i dette notatet viser ingen overordnet systematikk i den geografiske variasjonen i bruk av spesialisthelsetjenester - i den forstand at det er ingen opptaksområder eller regioner som konsekvent peker seg ut med gjennomgående lave eller høye rater. Heller ikke når vi ser samlet på analysene som er gjort i de 11 ulike helseatlasene har vi kunnet spore noen overgripende systematikk i variasjonen. Dette gjelder også variasjon i kvalitet slik den kommer til uttrykk i de ulike kvalitetsindikatorerne fra de medisinske kvalitetsregistrene.

Når det gjelder bruk av de utvalgte nødvendige tjenestene er hovedtrekket at størrelsen på den geografiske variasjonen er stabil, i tråd med hva som kan forventes for nødvendige helsetjenester. Dette kan tyde på at for disse tjenestene er behovet for helsehjelp i hovedsak godt ivaretatt.

De utvalgte kvalitetsindikatorerne knytter seg til fire store pasientgrupper med alvorlig sykdom: hjerte-karsykdom, kreft, diabetes og kols. OECD-indikatorerne viser at Norge ligger godt an ifht. øvrige OECD-land både mtp. nivå og utvikling over tid. Tall for utvikling i kreftoverlevelse viser vesentlig bedring for alle utvalgte kreftformer i perioden 1997-2021. Denne utviklingen skyldes bidrag fra mange faktorer. De utvalgte resultatene fra de medisinske kvalitetsregistrene viser også en bedring over tid nasjonalt, men tildels mye variasjon mellom sykehus. Reduksjon i denne variasjonen kan være en nøkkel til ytterligere forbedring i kvalitet.

2 Introduksjon

Sykehusutvalget skal «gi en vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen og foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet»¹. 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. Dette «sørge-for-ansvaret» er det sentrale utgangspunkt for hvordan uberettiget geografisk variasjon i bruk av helsetjenester forstås i Norge. De senere årene har der vært et betydelig fokus på reduksjon av påvist uberettiget geografisk variasjon fra sentrale myndigheter. Reduksjon av uberettiget variasjon er nevnt i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i 2016, 2017 og 2018. Variasjon i befolkningens bruk av tjenester er også behandlet i flere årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet, blant annet Meld. St. 13 (2016-2017) og Meld. St. 11 (2020-2021).

Analyser med et befolkningsperspektiv som påviser geografisk variasjon i bruk av helsetjenester er en krevende form for styringsinformasjon, fordi slike analyser nettopp ikke tar utgangspunkt i den produserende enhet - det enkelte sykehus. Fordelen som oppnås ved dette perspektivet - at det blir enklere å sammenlikne fordi det ikke er nødvendig å ta hensyn til variasjon knyttet til ulik pasientsammensetning ved de ulike sykehusene - kan samtidig gjøre det utfordrende for det enkelte sykehus å benytte slike analyser direkte i forbedringsarbeid. I tillegg er det flere faktorer som påvirker bruk av helsetjenester, ut over medisinsk praksis og tilbud ved det enkelte sykehus. Faktorer som kapasitet og henvisningspraksis hos fastleger vil for eksempel kunne påvirke nivået på bruk av tjenester. Dette er imidlertid utfordringer som i utgangspunktet vil være uavhengig av styringsmodell for spesialisthelsetjenesten.

Sykehusutvalget har bedt SKDE om å bidra med analyser av utvikling i geografisk variasjon for noen utvalgte helsetjenester i perioden 2015-2021. SKDE sitt bidrag er begrenset til utvelgelse og presentasjon av enkeltresultater, samt en overordnet karakteristikk av utvikling over tid. En vurdering av hvorvidt og i hvilken grad utviklingen er knyttet til dagens organiserings- og styringsmodell inngår ikke i bidraget fra SKDE. I dette notatet presenterer SKDE følgende analyser:

- **Utvikling i geografisk variasjon i bruk av utvalgte helsetjenester der det gjennom tidligere helseatlas er påvist variasjon i bruk (kapittel 6).**
 - Innleggelse for barn
 - Polikliniske undersøkelser for hjertesvikt, eldre
 - Strålebehandling for kreft, eldre
 - Bruk av helsetjenester etter fødsel
 - Inngrep for endometriose
- **Utvikling i geografisk variasjon i bruk av utvalgte nødvendige helsetjenester, jfr. rapporten «Ett år inn i koronapandemien» (kapittel 7).**
 - Akuttinnleggelse for hjerteinfarkt, hjerneslag, hjertesvikt, lungebetennelse, kols og hoftebrudd
- **Utvikling i omfang og geografisk variasjon for utvalgte kirurgiske prosedyrer med diskutabel nytteverdi, som definert i Revurderingsprosjektet (kapittel 8).**
 - Totalt antall inngrep pr år
 - Revurderingsprosedyrene som andel av alle opphold med kirurgisk DRG
- **Utvikling i kvalitet i spesialisthelsetjenesten i Norge de siste 5-10 år basert på et utvalg kvalitetsindikatorer (kapittel 9)**

¹Se Sykehusutvalgets mandat

3 Datagrunnlag

Det er benyttet aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) for somatiske spesialisthelsetjenester for hhv. årene 2015-2018 og 2019-2021 (to separate utleveringer). 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 i perioden 2019-2021 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.

I kapittel 9 presenteres indikatorer fra [Health at a glance 2021](#), tall og figurer fra «[Cancer in Norway](#)» 2021 og kvalitetsindikatorer fra medisinske kvalitetsregistre.

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.

4 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 tallgrunnlaget 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 skjønnsmessig vurdering av variasjonens størrelse og sannsynligheten for at den skyldes tilfeldigheter eller faktorer som gir opphav til berettiget variasjon.

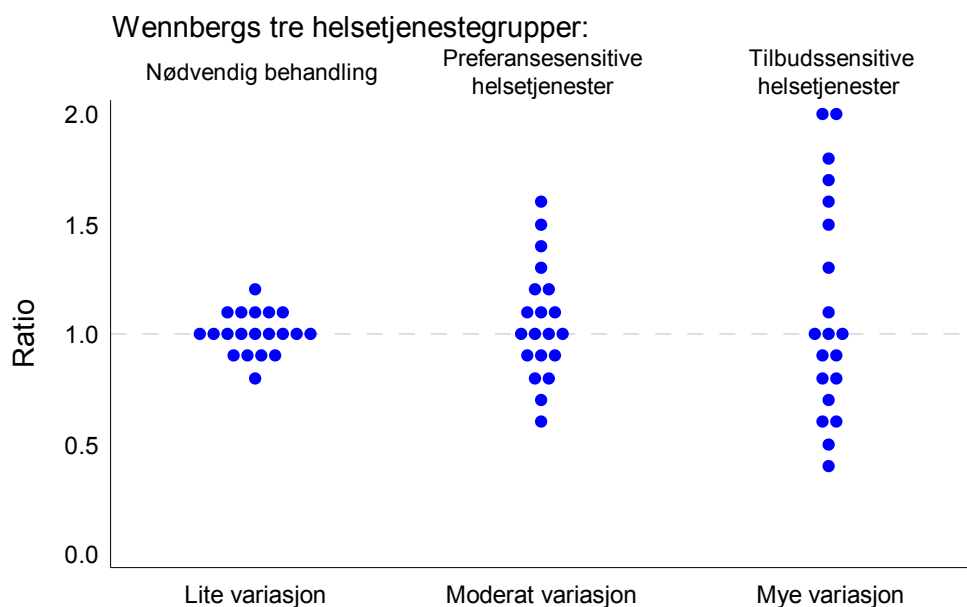
Hva som er «riktig» nivå for en tjeneste er ofte ikke kjent. For å nærme seg dette vil det som regel være behov for diskusjoner og erfaringsutveksling innad i det aktuelle medisinske fagmiljø. Stor geografisk variasjon kan være et tegn på både over- og underbehandling.

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 behandlingskriterier, 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 behandlingsalternativer. 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, bildediagnostikk og behandling påvirker etterspørselen. Eksempel på slike tjenester kan være korreksjon av «hengende øyelokk» eller lysbehandling av hudlidelser.



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

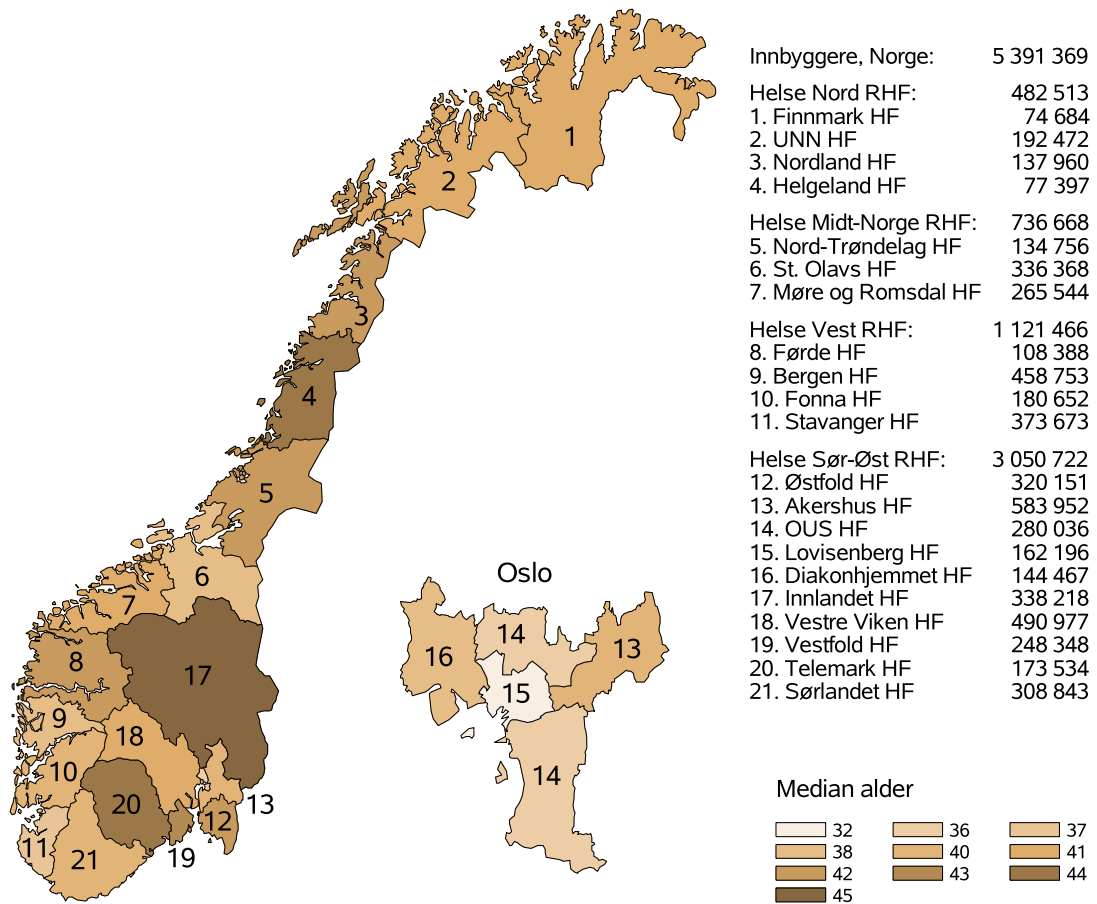
5 Inndeling i geografiske opptaksområder

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 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 befolknings sammensetningen 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.

6 Utvalgte tjenester fra tidligere atlas

Begrunnelse/kriterier for valg av analyser

Dette delkapittelet inneholder analyser hvor det tidligere har vært påvist en vesentlig grad av variasjon. For å kunne følge en eventuell utvikling i geografisk variasjon over noe tid må utvalgte analyser ha vært publisert før høsten 2019.

Det har vært ønskelig å inkludere analyser fra flere atlas, og fokus har hovedsakelig vært på tjenester som kan antas å i stor grad være tilbudsstyrte. I tillegg har vi ønsket å dekke både tjenester der det er grunn til å mistenke noen grad av overbehandling (innleggelser for barn) og tjenester der det kan være mer naturlig å spørre om variasjonen kan tyde på underbehandling (helsetjenester etter fødsel, inngrep for endometriose).

I tillegg til de analysene som er oppdatert her er det tidligere gjort en oppdatering av analysene i dagkirurgiatlasets. I kapittel 10 («Kommentarer til funnene», side 36) er resultatene og konklusjonene fra dette arbeidet sett i sammenheng med de oppdaterte analysene presentert under.

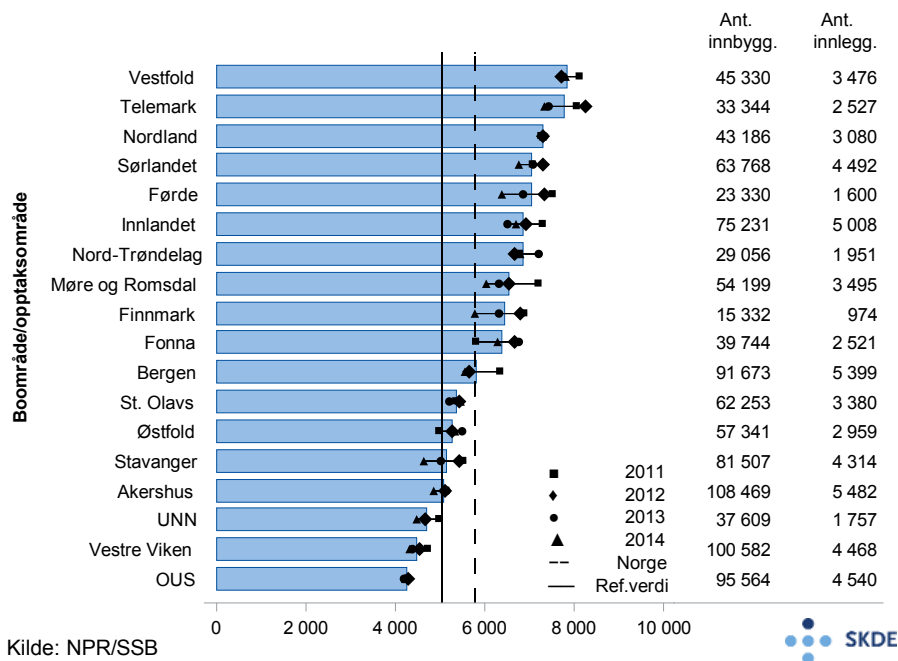
Innleggelser for barn

Sykehusinnleggelser er en type tjeneste der noe geografisk variasjon er forventet. Hvorvidt en pasient bør legges inn eller ikke vil i det enkelte tilfelle kunne avhenge av klinisk skjønn - noe som i seg selv vil kunne gi systematisk variasjon dersom praksis og behandlingsskiltur varierer mellom ulike sykehus. I tillegg vil kapasitet (f.eks. sengetall) kunne påvirke praksis ved det enkelte sykehus.

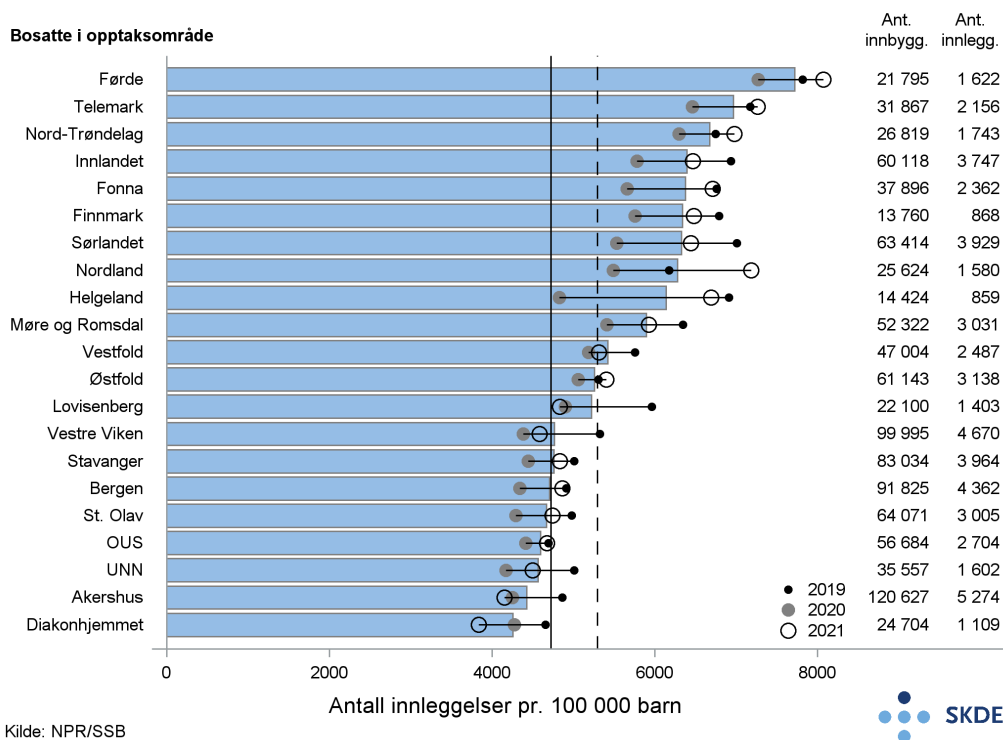
I barnehelseatlasets ble det vist at den geografiske variasjonen i bruk av innleggelser for barn var stor, men at opptaksområdene til de seks universitetssykehusene hadde lave og forholdsvis like rater. Siden det ikke finnes holdepunkter for at barn bosatt i opptaksområdene til de seks universitetssykehusene får for lite tjenester er det en rimelig tolkning at variasjonen var et uttrykk for en viss grad av overbehandling av befolkningen i opptaksområdene med de høyeste ratene. Slik dokumentasjon av mulig overforbruk kan være et insentiv til reduksjon i aktivitet, som kan bidra til reduserte kostnader.

Figur 3 viser antall innleggelser pr. 100 000 barn i perioden 2011-2014 (fra barnehelseatlasets, publisert i 2015). Innleggelsesraten for barn bosatt i opptaksområdene til de seks universitetssykehusene er vist med heltrukken svart strek.

Figur 4 viser antall innleggelser pr. 100 000 barn i perioden 2019-2021. Ved å sammenlikne figur 3 og figur 4 er det mulig å danne seg et bilde av hvordan den geografiske variasjonen i bruk av innleggelser for barn har utviklet seg i tiårsperioden fra 2011 til 2021. For enkelte opptaksområder ses vesentlige endringer. Merk at opptaksområdene i figur 4 er endret i forhold til figur 3 ved at opptaksområdet Nordland er splittet i opptaksområdene Nordland og Helgeland, samt at opptaksområdene i Oslo er endret (innbyggere i det «gamle» opptaksområdet OUS er fordelt på opptaksområdene OUS, Diakonhjemmet, Lovisenberg og Akershus). I likhet med perioden 2011-2014 var det betydelig geografisk variasjon. Opptaksområdene til universitetssykehusene ligger fortsatt lavt.



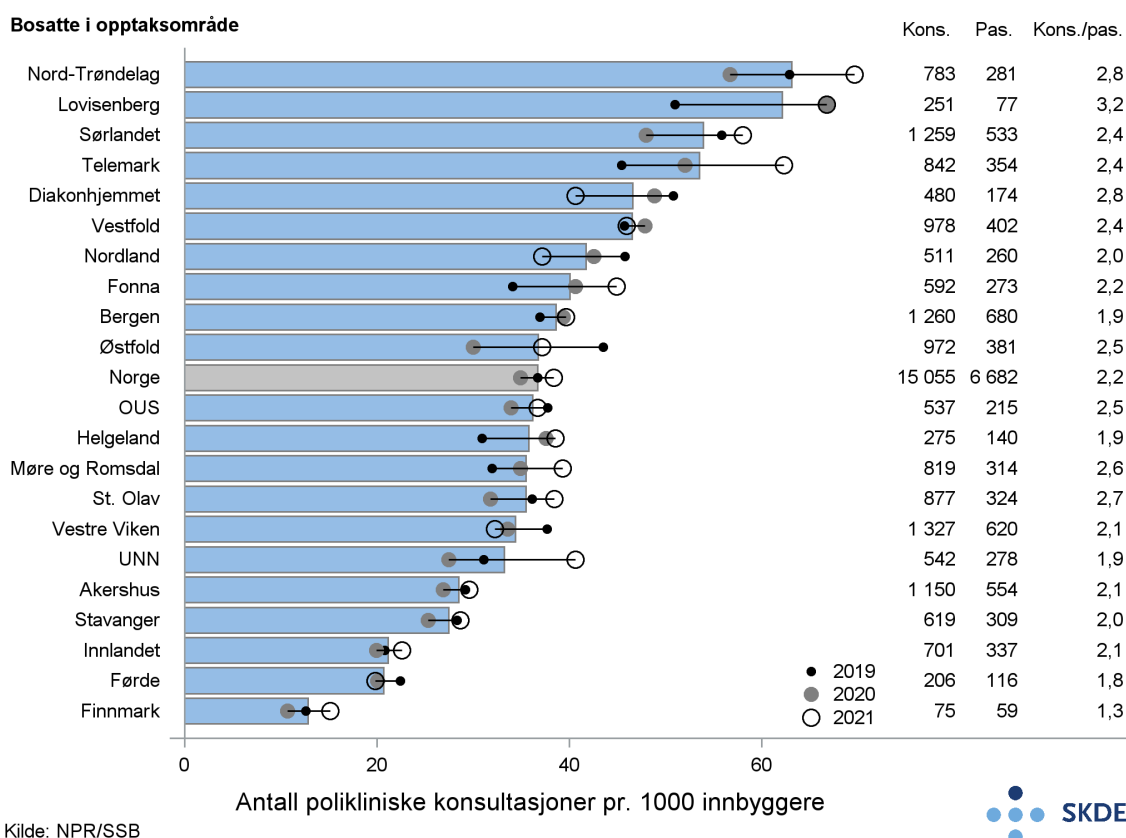
Figur 3: Antall innleggelsespr. 100 000 barn. Søylen viser gjennomsnittlig rate i perioden 2011-2014, årlig rate angis med symbol. Stiplet linje er nasjonal rate, og heltrukken linje er gjennomsnittlig rate for universitetssykehusene. Kolonnene til høyre viser antall innbyggere i alderen 0-16 år og gjennomsnittlig antall innleggelsespr. år.



Figur 4: Antall innleggelsespr. 100 000 barn. Søylen viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Stiplet linje er nasjonal rate, og heltrukken linje er gjennomsnittlig rate for universitetssykehusene. Kolonnene til høyre viser antall innbyggere i alderen 0-16 år og gjennomsnittlig antall innleggelsespr. år. NB! Enkelte opptaksområder er endret i forhold til figur 3, se beskrivelse i teksten.

Bruk av polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt

Bruk av polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt er en type tjeneste der betydelig geografisk variasjon kan oppstå, både som resultat av ulik behandlingspraksis, ulik kapasitet og muligens mangel på nasjonale faglige retningslinjer. Kontakt med spesialisthelsetjenesten er en viktig del av oppfølgingen for pasienter med hjertesvikt, men hvor ofte og hvor regelmessig det er behov for oppfølging hos spesialist kan være en skjønsmessig vurdering. Dette vil også kunne avhenge av pasientens egne ønsker og hvilken oppfølging pasienten kan få hos sin fastlege. Hjertesvikt er en alvorlig tilstand som en stadig økende andel av eldrebefolkningen lever med. Det er derfor viktig at tilbudet om oppfølging i spesialisthelsetjenesten er dimensjonert riktig. Stor geografisk variasjon i bruk av polikliniske konsultasjoner for eldre med hjertesvikt kan både være et tegn på underforbruk og overforbruk.



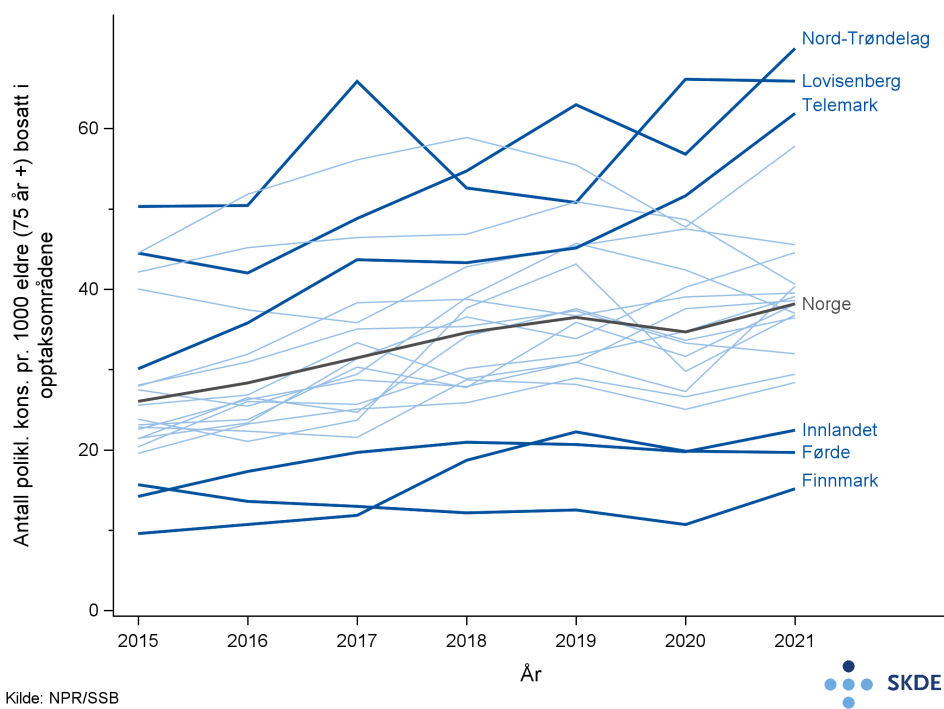
Kilde: NPR/SSB



Figur 5: Antall polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser hhv. gjennomsnittlig antall konsultasjoner (Kons.) og pasienter (Pas.) pr. år, samt gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. pasient (Kons./pas.).

Figur 5 viser antall polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre, for perioden 2019-2021. Sammenliknet med resultatene fra eldrehelseatlasen (for perioden 2013-2015) er det få vesentlige endringer. Den geografiske variasjonen var noe større for perioden 2019-2021 enn for perioden 2013-2015.

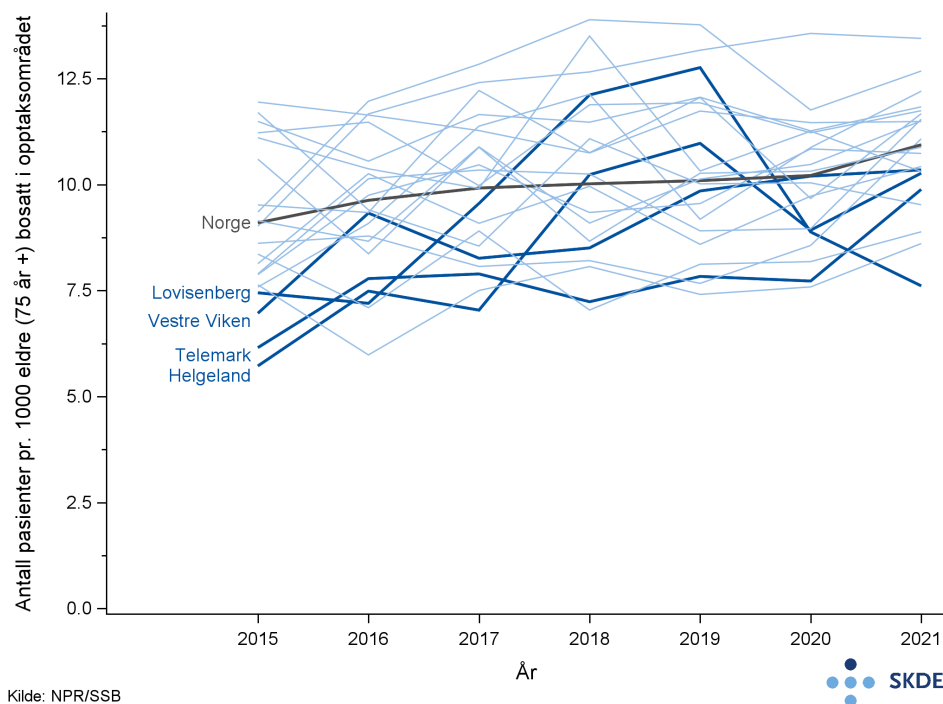
Figur 6 viser utviklingen av antall polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre, for perioden 2015-2021. Det er verdt å merke seg at både den nasjonale raten samt antall polikliniske konsultasjoner og antall pasienter har steget betydelig de seneste årene. Antall polikliniske konsultasjoner har økt med 47 % fra 26 pr. 1000 innbyggere i 2015 til 38 pr. 1000 innbyggere i 2021. Antall pasienter har økt med 38 % fra 12 pr. 1000 innbyggere i 2015 til 17 pr. 1000 innbyggere i 2021.



Figur 6: Antall polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre, for perioden 2015-2021. Linjene viser utvikling i årlig rate for hvert enkelt opptaksområde.

Bruk av strålebehandling for eldre med kreft

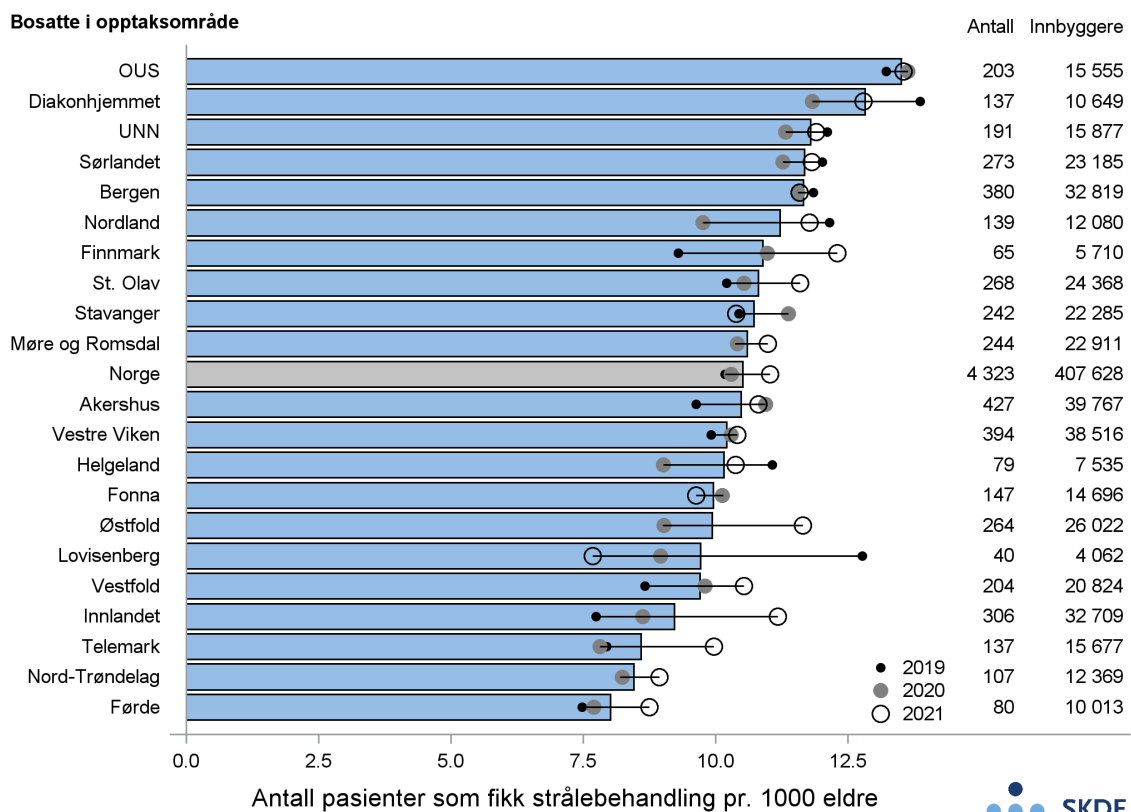
Strålebehandling er brukt både som kurativ (helbredende) og i stor grad også som lindrende behandling ved kreft. Strålebehandling kan redusere behovet for medikamentell smertebehandling. Funnet i eldre helseatlasen tydet på at geografisk nærhet til behandlingsstedet påvirket bruken av strålebehandling for eldre. På denne bakgrunnen ble det stilt spørsmål om eldre som bor i områder uten egne strålesentre hadde et tilstrekkelig tilbud. Det bygges i dag strålesentre i områder med lave behandlingsrater på grunn av lang reisevei for å få stråling.



Figur 7: Antall pasienter som fikk strålebehandling pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre, for perioden 2015-2021. Linjene viser utvikling i årlig rate for hvert enkelt opptaksområde.

Figur 7 viser at for landet sett under ett har raten for strålebehandling for eldre med kreft steget jevnt år for år i perioden 2015-2021. Det er forholdsvis mye variasjon fra år til år for flere opptaksområder.

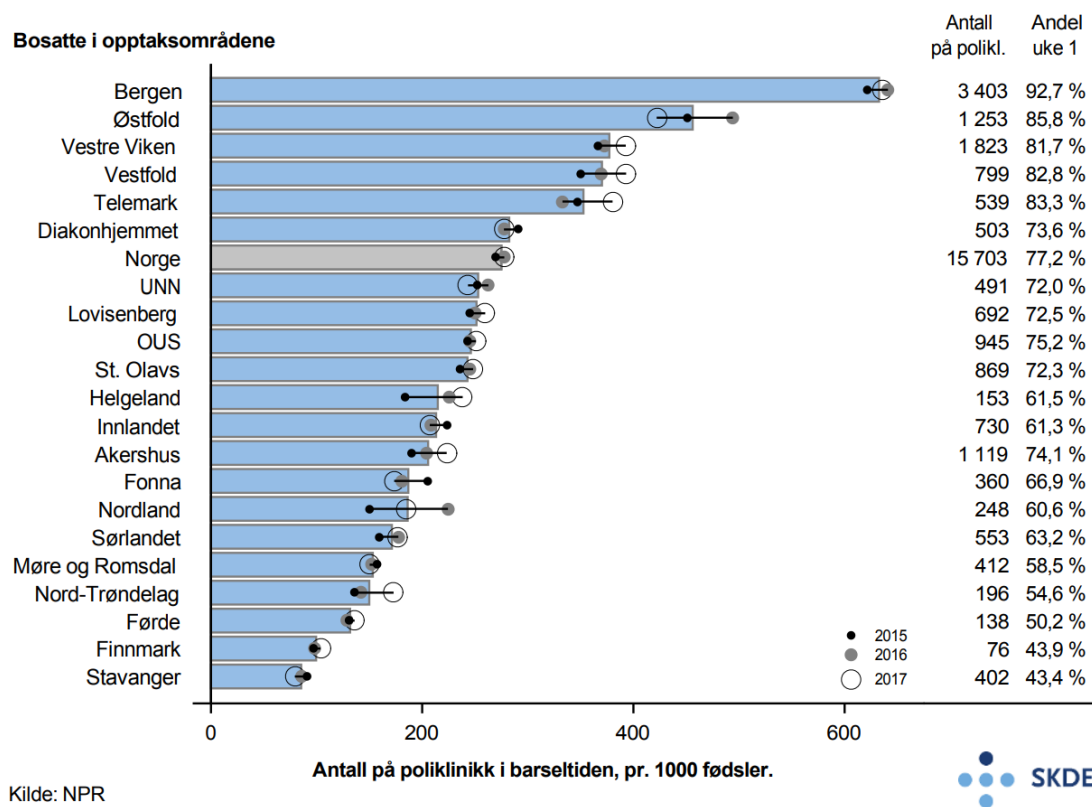
Figur 8 viser antall pasienter som fikk strålebehandling pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre, for perioden 2019-2021. Sammenliknet med perioden 2013-2015, som ble undersøkt i eldre helseatlasen, var den geografiske variasjonen mer moderat i perioden 2019-2021. I eldre helseatlasen ble det påpekt at opptaksområdene som hadde eget strålesenter systematisk hadde høyere rater enn opptaksområdene som ikke hadde dette. Dette mønsteret ser ut til å ha holdt seg, selv om den geografiske variasjonen er noe redusert.



Figur 8: Antall pasienter som fikk strålebehandling pr. 1000 innbyggere i alderen 75 år og eldre, for perioden 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser hhv. gjennomsnittlig antall pasienter pr. år og antall innbyggere i alderen 75 år og eldre.

Bruk av helsetjenester etter fødsel (for mor)

Tilbudet til barselkvinner er omdiskutert. God oppfølging etter fødsel krever både tilstrekkelige ressurser og god samhandling mellom sykehus og kommuner. Det er mangel på jordmødre i Norge, noe som kan ha konsekvenser for både kommunenes og sykehusenes tilbud til gravide og barselkvinner. Mangel på jordmødre kan gi grunnlag for å tolke stor geografisk variasjon i bruk av tjenester som et tegn på et mangelfullt utbygd tilbud i deler av landet. I helseatlas for fødselshjelp ble det vist at tilbudet til barselkvinner varierte betydelig, mens oppfølging av gravide i svangerskapet varierte lite mellom opptaksområdene.

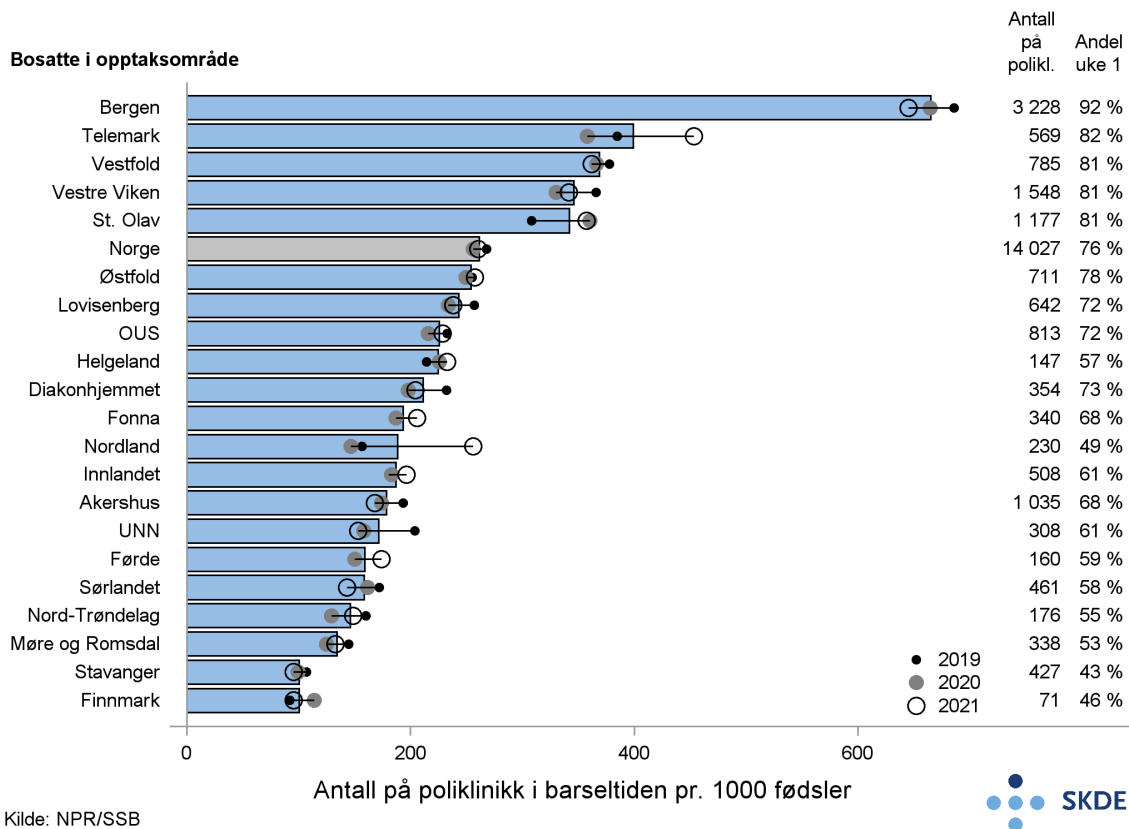


Figur 9: Antall barselkvinner med minst en poliklinisk konsultasjon i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2015-2017. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden, årlige rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser antall barselkvinner som hadde minst en poliklinisk kontakt innen seks uker etter utskrivelse, og andel av disse som hadde en kontakt ila første uke etter utskrivelse.

Figur 9 og 10 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 i barseltiden. Antall polikliniske kontakter for 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 da mange barselkvinner 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.

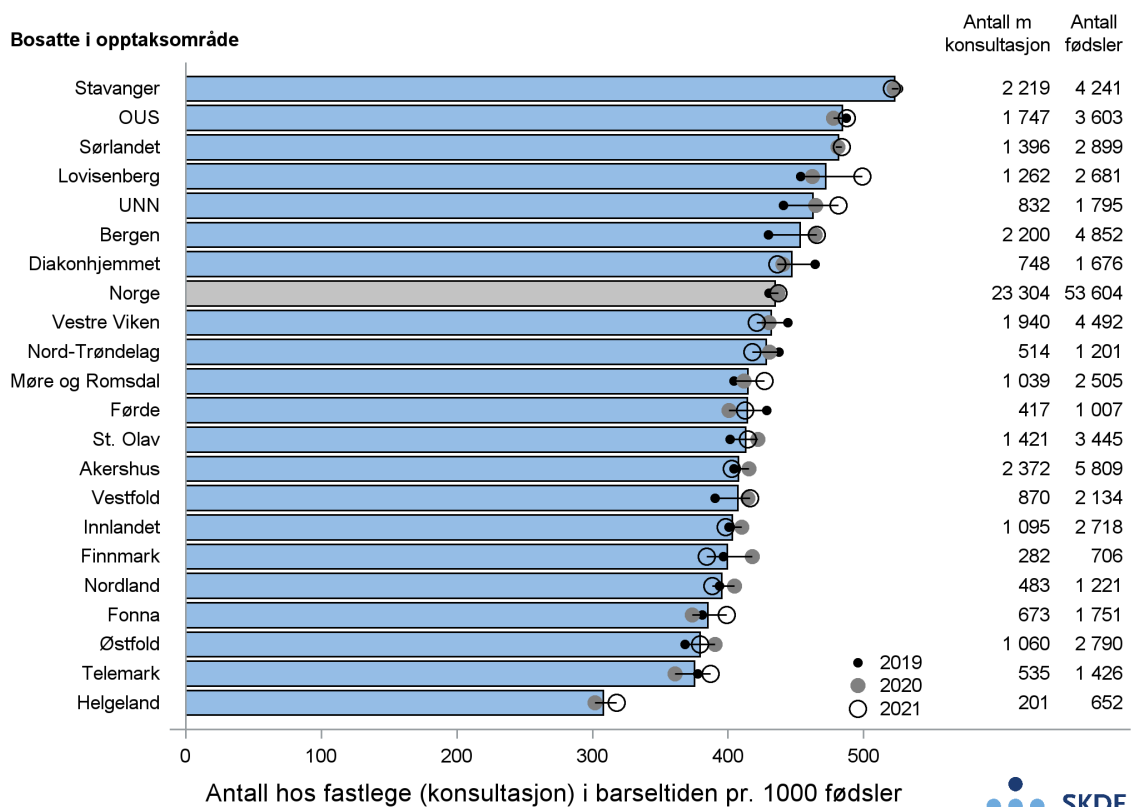
I Helseatlas for fødselshjelp ble det vist at det var noe variasjon mellom bosatte i opptaksområdene også når det gjaldt liggetid på sykehus etter fødsel. Med unntak av opptaksområdet Bergen som har en særlig høy andel som reiser hjem tidlig - og dermed lav gjennomsnittlig liggetid, kunne ikke



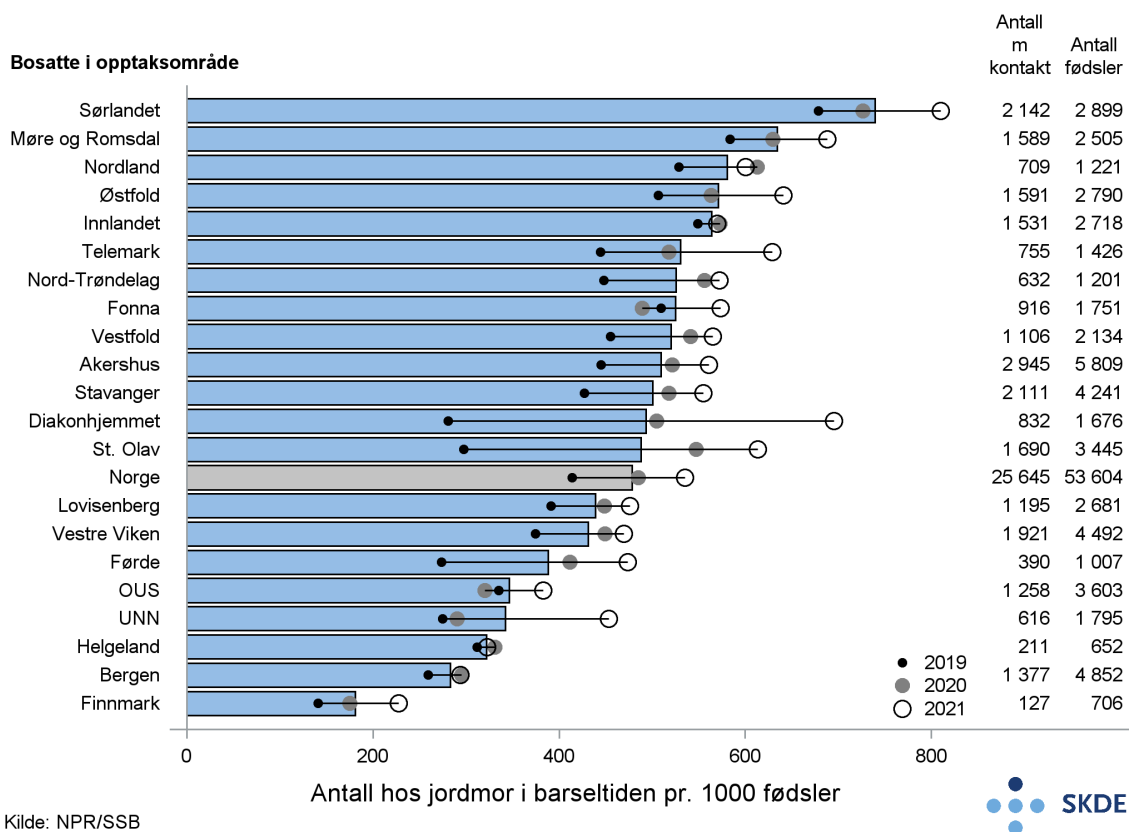
Figur 10: Antall barselkvinner med minst en poliklinisk konsultasjon i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse pr. 1000 fødsler, 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden, årlige rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser antall barselkvinner som hadde minst en poliklinisk kontakt innen seks uker etter utskrivelse, og andel av disse som hadde en kontakt ila første uke etter utskrivelse.

variasjonen i liggetid forklare den store variasjonen i bruk av polikliniske kontakter.

Figur 11 og figur 12 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 11: 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.

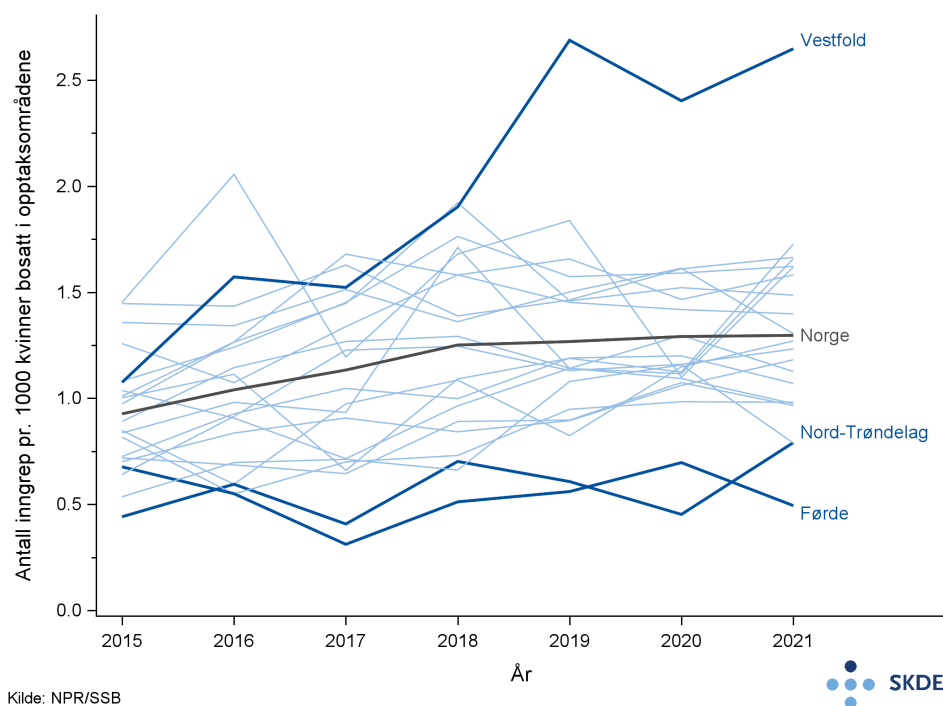


Kilde: NPR/SSB

Figur 12: 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.

Inngrep for endometriose

Endometriose er en forholdsvis vanlig sykdom, men for mange kan det likevel ta lang tid å få stilt diagnosen og få behandling (se eks. [Se opp for endometriose](#) i Tidsskr. Nor. Legeforen. 2021). Dette begrunnes blant annet i manglende kjennskap til sykdommen blant helsepersonell, noe som kan gi grunnlag for underbehandling og geografisk variasjon i diagnostikk og behandling. I helseatlas for gynekologi ble det påvist stor geografisk variasjon i bruk av kirurgisk behandling for endometriose.



Figur 13: Antall inngrep for endometriose pr. 1000 kvinner 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.

Figur 13 viser antall inngrep for endometriose pr. 1000 kvinner for perioden 2015-2021. I løpet av perioden har den geografiske variasjonen økt. Dette skyldes en sterk økning i ett enkelt opptaksområde (Vestfold). Ser vi bort fra opptaksområdet med den høyeste raten er det ikke mulig å spore noen systematiske endringer i perioden etter publikasjonen av gynekologiatlasen i 2019.

7 Nødvendige helsetjenester

Hva er nødvendige helsetjenester?

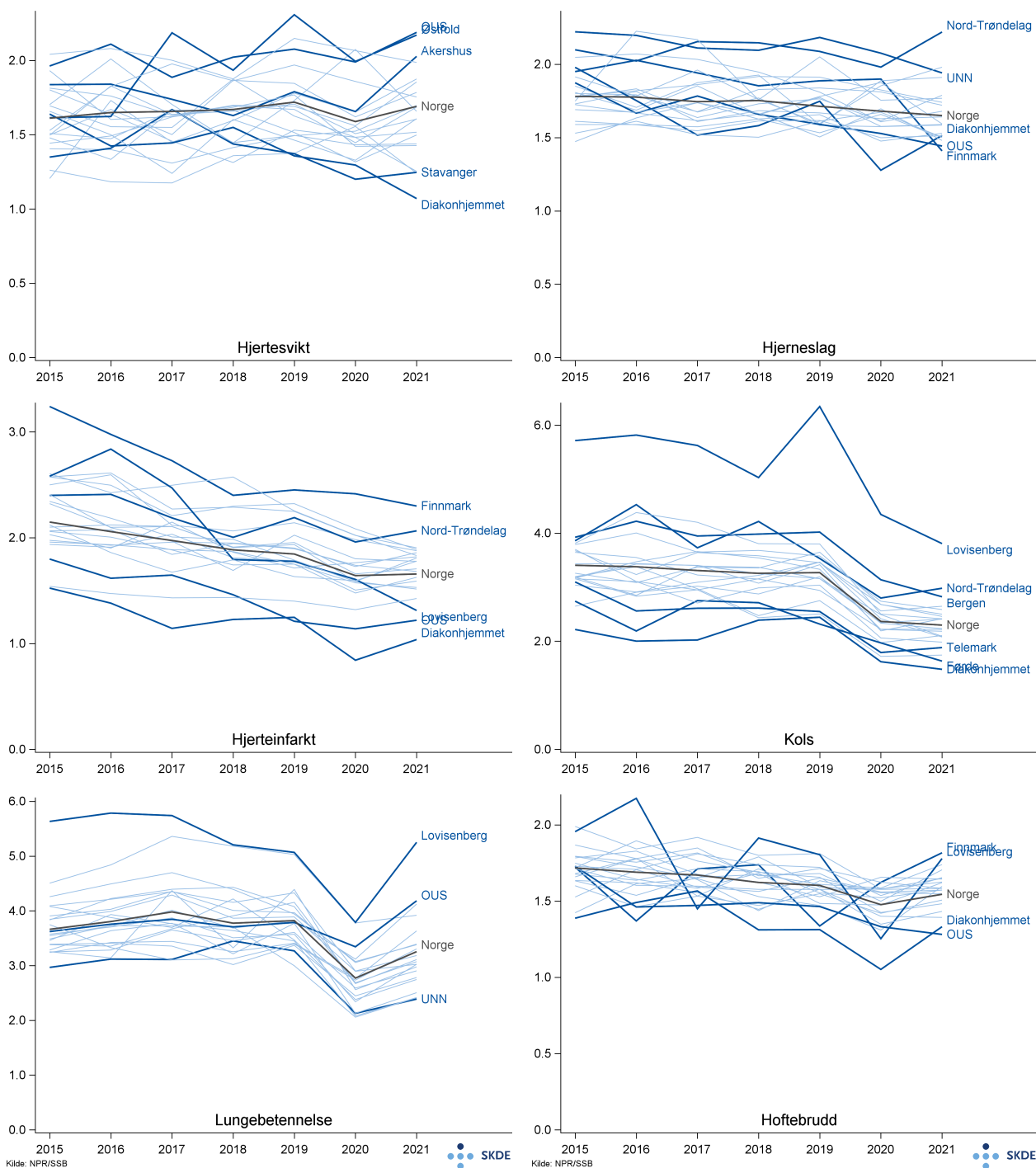
Som beskrevet i kapittel 4 («Om geografisk variasjon», side 5) omfatter nødvendige helsetjenester tilstander med klare diagnose- og behandlingskriterier, hvor det er enighet om nytten av behandling. Denne definisjonen dekker en lang rekke tilstander og behandlinger, men for å kunne beskrive geografisk variasjon i bruk av en gitt tjeneste er det nødvendig med et forholdsvis høyt volum slik at den observerte variasjonen ikke er vesentlig preget av tilfeldige variasjoner i forekomst fra år til år i de ulike geografiske områdene.

Eldrehelsetlas for Norge beskriver bl.a. bruk av innleggelser for fem hyppig forekommende og alvorlige tilstander - hjertesvikt, lungebetennelse, kols, hoftebrudd og hjerneslag. Disse er alle pasientgrupper der det ikke er tvil om behovet for sykehusbehandling og for alle fem tilstandene var den geografiske variasjonen i bruk av innleggelser relativt beskjeden. Dette kan tolkes som et uttrykk for at disse tjenestene er nødvendige helsetjenester hvor det var enighet om indikasjonstilling og behov for innleggelse.

Vi mener at bruk av innleggelser for disse tilstandene, sammen med innleggelse ved hjerteinfarkt - en annen hyppig forekommende og alvorlig tilstand, er et utvalg tjenester som er godt egnet for å danne seg et grovt bilde av utvikling i geografisk variasjon over tid, knyttet til nødvendige helsetjenester.

Akuttinnleggelser for hjertesvikt, hjerneslag, hjerteinfarkt, kols, lungebetennelse og hoftebrudd

Figur 14 viser antall akuttinnleggelser for hjertesvikt, hjerneslag, hjerteinfarkt, kols, lungebetennelse og hoftebrudd pr. 1000 innbyggere i perioden 2015-2021. Størrelsen på den geografiske variasjonen (spriket mellom opptaksområdet med den høyeste og den laveste raten) varierer noe mellom de seks pasientgruppene, og det er også noe variasjon fra år til år. Hovedtrekket er imidlertid at for alle seks pasientgrupper er størrelsen på den geografiske variasjonen forholdsvis stabil i syvårsperioden. Dette er i tråd med hva som kan forventes for nødvendige helsetjenester og kan tyde på at behovet for akutt helsehjelp for disse pasientgruppene i hovedsak er godt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.



Figur 14: Antall akuttinnleggelseser for hjertesvikt, hjerneslag, hjerteinfarkt, kols, lungebetennelse og hoftebrudd pr. 1000 innbyggere i perioden 2015-2021. Linjene viser utvikling i årlig rate for hvert enkelt opptaksområde.

8 Revurderingsprosedyrene

Hva er kirurgiske prosedyrer med «diskutabel nytteverdi»?

Kirurgiske prosedyrer med «diskutabel nytteverdi» er kirurgisk behandling der helsegevinsten av inngrepet enten er usikker eller er påvist å være lav. At helsegevinsten ved en behandling er ukjent eller usikker betyr ikke nødvendigvis at den er lav. Dette kan også variere og enkelte pasienter kan ha god effekt og stor nytte av en behandling som for andre gir liten helsegevinst.

At en kirurgisk prosedyre har «diskutabel nytteverdi» er derfor ikke ensbetydende med at den burde fases ut. Snarere er det en betegnelse på en gruppe tjenester der det både er behov for mer kunnskap om helsegevinsten ved behandling og en løpende vurdering av indikasjon for behandling, behandlingsvolum og prioritering opp mot andre pasientgrupper.

Kirurgiske prosedyrer med «diskutabel nytteverdi» vil ofte falle inn under definisjonen av preferansestyrte helsetjenester (se del 4, side 5).

Om revurderingsprosedyrene

I 2019 fikk Helse Midt-Norge i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lede arbeidet med å vurdere om enkelte kirurgiske prosedyrer som utføres i helsetjenesten ikke skal benyttes rutinemessig, eller kun dersom spesifikke kriterier er oppfylt. Arbeidet ble kalt revurderingsprosjektet og omfatter totalt 18 ulike inngrep. Prosjektet skulle også utvikle modeller for utfasing av behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten (se «[Revurdering og utfasing](#)» på nettsidene til Nye metoder for mer utfyllende informasjon). Prosedyrene som er omfattet av revurderingsprosjektet er oppgitt i tabell 1.

Prosedyre	Antall i 2019	Andel utført poliklinisk	Andel planl. kir.	Andel privat
Injeksjoner for ryggsmarter uten isjas	717	100 %	0 %	89 %
Kirurgisk fjerning av chalazion	1 511	98 %	1 %	51 %
Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer	28 993	90 %	9 %	37 %
Øredrennlegging, barn	4 458	34 %	65 %	34 %
Abrasio	955	25 %	70 %	25 %
Tonsillektomi	9 376	20 %	78 %	20 %
Kirurgiske inngrep for snoring (alder 18+)	126	18 %	81 %	18 %
Håndkirurgi ved triggerfinger	2 804	17 %	83 %	17 %
Hemoroidektomi	3 418	4 %	90 %	4 %
Akromionreseksjon ved impingement syndrom	1 237	9 %	91 %	9 %
Kirurgisk fjerning av ganglion	1 069	5 %	95 %	5 %
Kneartroskopi	490	0 %	96 %	0 %
Operasjoner på kneets menisker (alder 45+)	2 852	2 %	97 %	2 %
Håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom	7 289	3 %	97 %	3 %
Håndkirurgi for Dupuytren's kontraktur	1 448	2 %	98 %	2 %
Hysterektomi	1 186	0 %	98 %	0 %
Karkirurgi for åreknuter	1 725	0 %	99 %	0 %
Brystreduksjon	1 777	0 %	99 %	0 %
Totalt	71 431	46 %	52 %	24 %

Tabell 1: Antall opphold i 2019 for utvalgte kirurgiske prosedyrer med diskutabel nytteverdi.

I tabellen er også oppgitt antall opphold/kontakter i 2019, andel av prosedyrene som ble utført poliklinisk, andel som ble utført som del av en planlagt sykehusopphold med kirurgisk DRG-type² (gjelder kun dagbehandlinger og innleggelser) og andel prosedyrer som ble utført av [avtalespesialister](#) og private sykehus³.

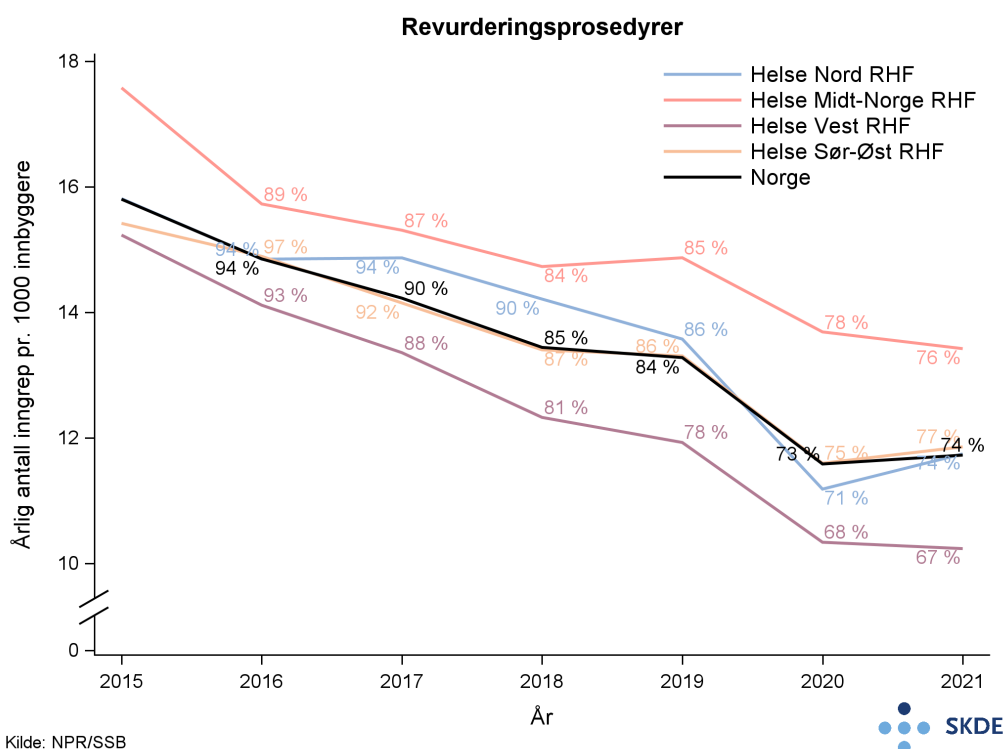
²For mer informasjon om DRG-systemet se [Helsedirektoratets sider om DRG-systemet](#)

³Gjelder kun offentlig finansiert behandling ved private sykehus

Som det fremgår av tabellen blir tre av prosedyrene nesten utelukkende utført poliklinisk. Dette gjelder prosedyrene «Injeksjoner for ryggsmerte uten isjas», «Kirurgisk fjerning av chalazion» og «Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer». Til sammen utgjorde disse tre prosedyrene omlag 44 % av det totale omfanget av aktivitet for de 18 revurderingsprosedyrene i 2019. Prosedyren «Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer» alene sto for 40,6 % av all aktiviteten.

Ved beregning av omfanget av revurderingsprosedyrene som andel av alle planlagte opphold med kirurgisk DRG-type (se figur 17, side 23) er aktivitet knyttet til de tre prosedyrene «Injeksjoner for ryggsmerte uten isjas», «Kirurgisk fjerning av chalazion» og «Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer» ekskludert. Siden disse nesten utelukkende utføres poliklinisk er denne aktiviteten ikke sammenliknbar med planlagte dag- og døgnopphold i sykehus med kirurgisk DRG-type.

Aktivitetsnivå nasjonalt og i regionene 2015-2021

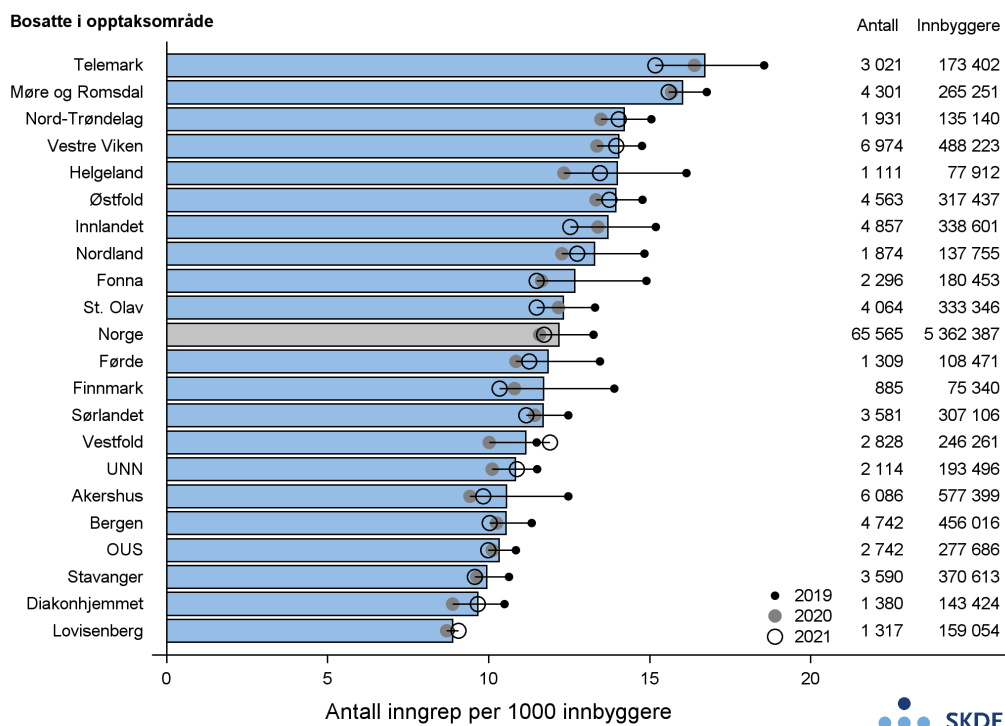


Figur 15: Årlig antall inngrep (revurderingsprosedyrene) pr. 1000 innbyggere. Linjene viser rate for hvert av de fire regionale helseforetakene. Prosenttall angir årlig rate som andel av raten for 2015.

Figur 15 viser årlig antall inngrep pr. 1000 innbyggere (raten) for de fire helseregionene, og for landet som helhet. Overordnet sett er utviklingen preget av en forholdsvis betydelig reduksjon i aktivitet i alle helseregionene - nasjonalt lå raten omlag 25 % lavere i 2021 enn den gjorde i 2015.

Helse Vest har hatt lavest rate gjennom hele perioden og også den største reduksjonen (prosentvis og nominelt), mens Helse Midt-Norge har hatt høyest rate gjennom hele perioden og den laveste reduksjonen (prosentvis og nominelt). Resultatet av denne utviklingen er at differansen mellom årlig antall inngrep pr. 1000 innbyggere i Helse Midt-Norge og Helse Vest var større i 2021 enn i 2015, med andre ord har variasjonen mellom regionene økt.

Figur 16 viser at det i perioden 2019-2021 var bosatte i opptaksområdene Telemark og Møre og Romsdal som lå høyest i bruk av disse 18 prosedyrene. For bosatte i opptaksområdene til universitetssykehusene var ratene stort sett lave. Både størrelsen på den geografiske variasjonen og rangeringen av opptaksområdene var forholdsvis lik i perioden 2019-2021 som i perioden 2015-2017 (ikke vist).

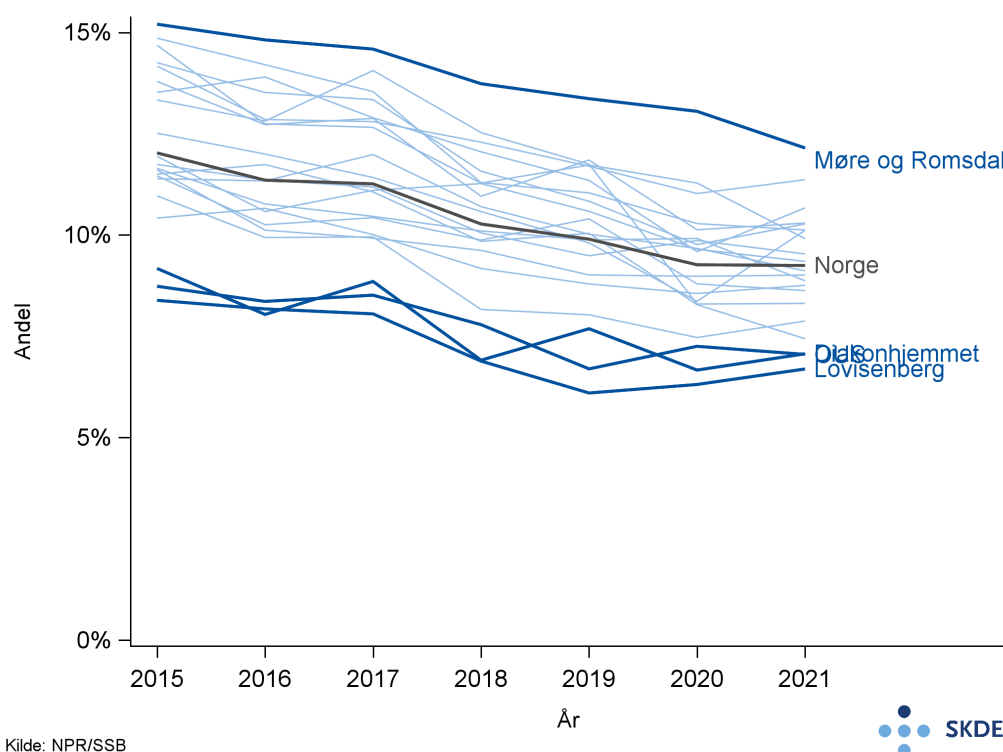


Figur 16: Årlig antall inngrep (revurderingsprosedyrene) pr. 1000 innbyggere, for perioden 2019-2021. Søylene viser gjennomsnittlig rate i perioden 2019-2021, årlig rate angis med symbol. Kolonnene til høyre viser gjennomsnittlig antall inngrep pr. år og antall innbyggere.

Aktivitet som andel av planlagte sykehusopphold med kirurgisk DRG

For å danne seg et bilde av omfanget av revurderingsprosedyrene sett i forhold til annen sammenliknbar aktivitet ved sykehusene kan man se på omfanget av aktiviteten knyttet til disse prosedyrene som andel av alle planlagte sykehusopphold med kirurgisk DRG. Som nevnt ovenfor er det enkelte av prosedyrene som ikke er sammenliknbar med planlagte dag- og døgnopphold i sykehus med kirurgisk DRG-type - dette gjelder «Injeksjoner for rygg smerter uten isjas», «Kirurgisk fjerning av chalazion» og «Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer». Disse prosedyrene er derfor ekskludert i dette avsnittet.

I tillegg er aktivitet hos avtalespesialister ekskludert, da en sammenlikning med planlagte sykehusopphold med kirurgisk DRG først og fremst er interessant som en indikasjon på prioritering innad i sykehusene.



Figur 17: Aktivitet for 15 utvalgte revurderingsprosedyrer som andel av alle planlagte sykehusopphold med kirurgisk DRG, i perioden 2015-2021. Linjene viser utvikling i andelen fra år til år for hvert enkelt opptaksområde. NB! Analysen tar utgangspunkt i tjenester gitt til befolkningen i opptaksområdene, uavhengig av hvor behandlingen er gitt.

Figur 17 viser at aktiviteten knyttet til de 15 utvalgte revurderingsprosedyrene som andel av alle planlagte sykehusopphold med kirurgisk DRG har vært jevnt synkende i perioden. Dette gjelder både nasjonalt og i alle de 21 opptaksområdene. Forskjellen mellom opptaksområdene har ikke endret seg vesentlig i perioden.

9 Kvalitetsindikatorer

Begrunnelse for valg av indikatorer

Vi har valgt ut indikatorer for fire store pasientgrupper med alvorlig sykdom: Hjerter-karsykdom (hjerteinfarkt, hjerneslag og hjertesvikt), kreft, diabetes og kols (kronisk obstruktiv lungesykdom).

Behandling av disse pasientgruppene utgjør en vesentlig andel av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og tjenestene som er knyttet til de utvalgte kvalitetsindikatorerne kan anses som nødvendige helsetjenester⁴. De fire pasientgruppene overlapper også tildels med de seks ledende årsakene til tapte leveår i Norge⁵, som i 2019 var:

- Iskemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt/hjertekrampe)
- Lungekreft
- Selvskading
- Hjerneslag
- Tykktarms- og endetarmskreft
- Kols

For å belyse hvordan kvalitetsutviklingen i Norge har vært over tid sammenliknet med andre land, har vi valgt ut indikatorer som viser utvikling for OECD-land i perioden 2000 - 2019. Vi har valgt indikatorer for behandling av hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes, samt indikatorer for effektivitet (liggetid) og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste (sykehusinnleggelser som kan forebygges - for pasienter med astma, kols og hjertesvikt). Indikatorerne fra OECD dekker de fleste av de store pasientgruppene over, med unntak av kreft. For å belyse utvikling i kreftbehandlingen har vi derfor inkludert tall for overlevelse etter kreft fra Kreftregisteret i perioden 1997-2021 for noen av de vanligste kreftformene.

For alle disse indikatorerne vil det være vanskelig å vurdere hvor stor andel av endring i kvalitet som skyldes organisering av helsetjenesten, hva som skyldes endring/bedring i diagnostikk og behandling, og hva som skyldes endring i risikofaktorer for sykdom eller generell helsetilstand.

Som et supplement til indikatorerne fra OECD og kreftregisteret har vi inkludert et utvalg indikatorer fra medisinske kvalitetsregistre for de fire aktuelle pasientgruppene. Dette er prosessindikatorer, som kan si noe mer spesifikt om hvordan kvaliteten i pasientbehandlingen har utviklet seg de senere årene. Også for disse indikatorerne vil det være vanskelig å vurdere hvor stor andel av endring i kvalitet som skyldes organisering av helsetjenesten, men siden disse sier noe om måloppnåelse for spesifikke deler av pasientbehandlingen vil de ikke i nevneverdig grad være påvirket av endring i risikofaktorer for sykdom eller generell helsetilstand.

⁴For en definisjon av nødvendige helsetjenester se kapittel 4 «Om geografisk variasjon», side 4

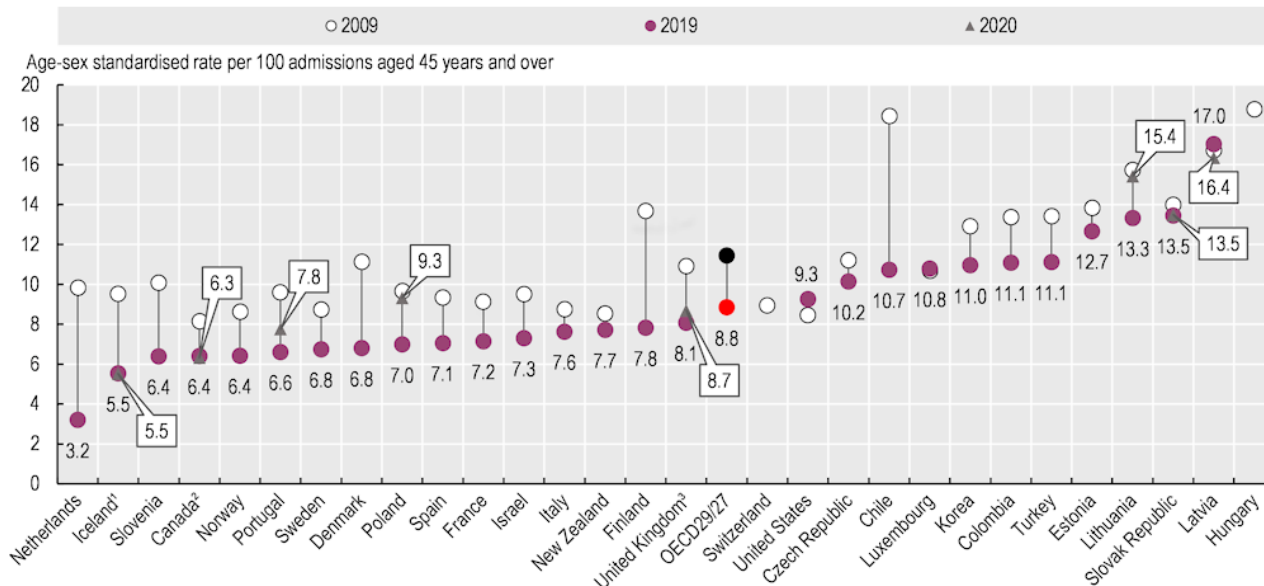
⁵Rapporten Global burden of disease 2019 beskriver tapte leveår (Years of Life Lost, YLL) - et mål på dødelighet som beregner tapt forventet levetid, basert på alder ved dødsfall.

Indikatorer fra OECD

Alle indikatorer/figurer er hentet fra [Health at a glance 2021](#).

Hjerteinfarkt

Figure 6.16. **Thirty-day mortality after admission to hospital for acute myocardial infarction based on linked data, 2009, 2019 (or nearest year) and 2020**



Figur 18: Dødelighet innen 30 dager etter sykehusinnleggelse på grunn av akutt hjerteinfarkt, uavhengig av hvor dødsfallet fant sted. Kilde: OECD statistics 2021.

Figur 18 viser dødelighet innen 30 dager etter sykehusinnleggelse på grunn av akutt hjerteinfarkt. Figuren viser at raten for Norge er 6,4 pr 100 innleggelser og raten har sunket noe siden 2009. Gjennomsnittet i OECD i 2019 var 8,8 pr 100 innleggelser. Dødelighet etter hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom (ICD10 I20-I25) i perioden 2000 - 2019 ble redusert i nesten alle OECD-land, gjennomsnittlig reduksjon var 46 %. Norge var blant de landene som hadde størst reduksjon i dødelighet – over 60 % (sammen med Frankrike, Estland, Nederland Israel og Australia).

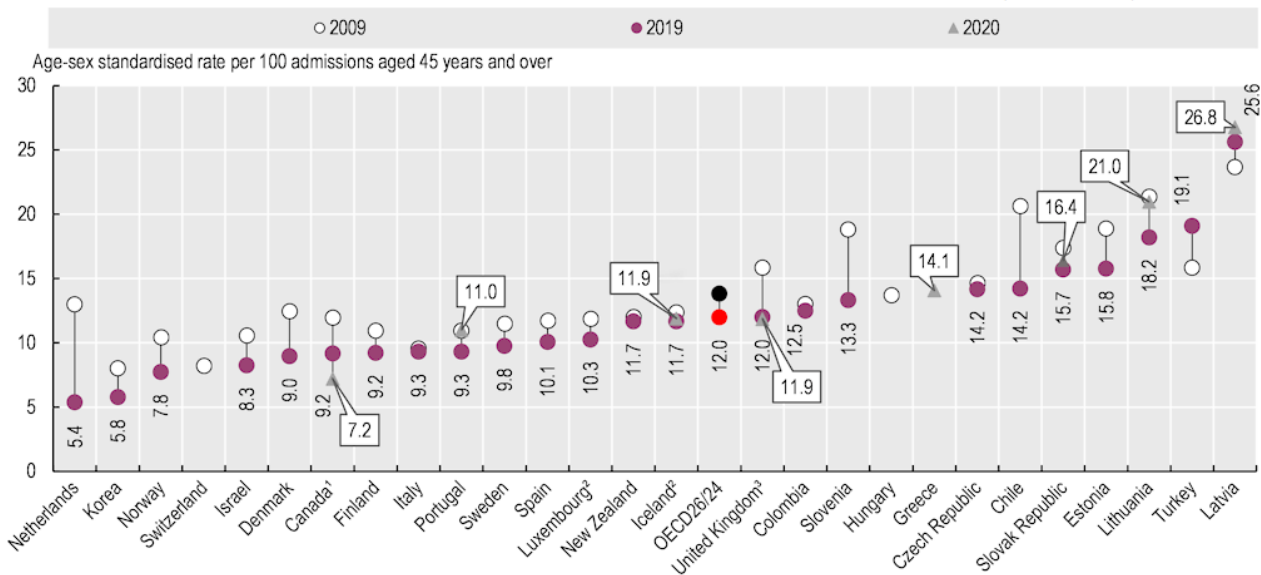
Hjerneslag

Figur 19 viser dødelighet innen 30 dager etter sykehusinnleggelse på grunn av hjerneslag. Figuren viser at raten for Norge er 7,8 pr 100 innleggelser og raten har sunket noe siden 2009. Gjennomsnittet i OECD i 2019 var 12,0 pr 100 innleggelser. Dødelighet for hjerneslag har falt siden år 2000, med en gjennomsnittlig reduksjon i dødsfall på 52 %. For Norge er fallet i dødelighet i denne tidsperioden 56 %.

Diabetes

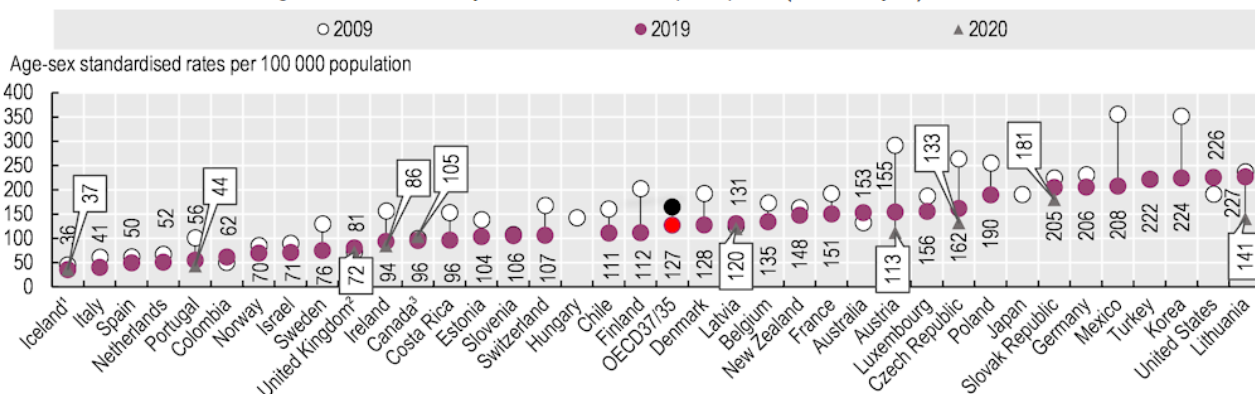
God ivaretagelse av pasienter med diabetes bør prioriteres i helsetjenesten, da sykdommen har høy prevalens (463 millioner personer har diabetes på verdensbasis), og alvorlige senkomplikasjoner. Diabetes forårsaket 4,2 millioner dødsfall på verdensbasis in 2019. God blodsukkerkontroll og jevnlig oppfølging kan forebygge alvorlige komplikasjoner og dermed redusere behovet for sykehusinnleggelser. Figur 20 viser sykehusinnleggelser på grunn av diabetes. Andelen innleggelser har falt for de fleste land i perioden 2009 til 2019, men innleggelsesraten varierer med en faktor på 6 mellom OECD-landene. For Norge er andel innleggelser på grunn av diabetes 70 pr 100 000 i 2019, mens OECD-gjennomsnittet er 127 pr 100 000.

Figure 6.18. Thirty-day mortality after admission to hospital for ischaemic stroke based on linked data, 2009, 2019 (or nearest year) and 2020



Figur 19: Dødelighet innen 30 dager etter sykehusinnleggelse på grunn av hjerneslag, uavhengig av hvor dødsfallet fant sted. Kilde: OECD statistics 2021.

Figure 6.12. Diabetes hospital admission in adults, 2009, 2019 (or nearest year) and 2020



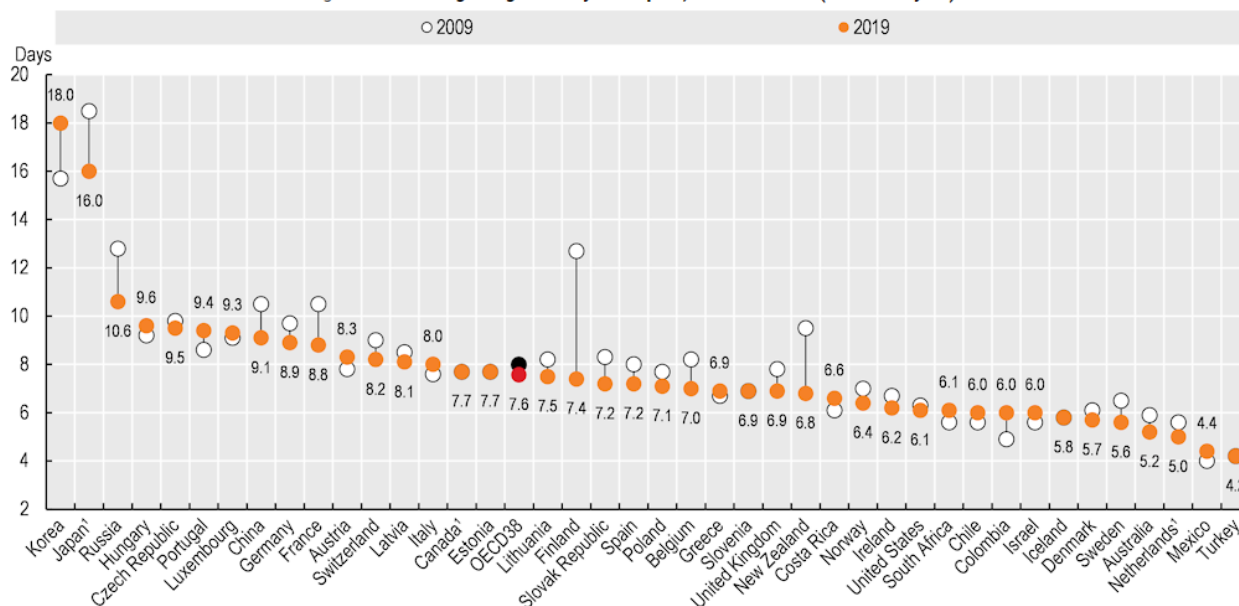
Figur 20: Sykehusinnleggelser på grunn av diabetes. Kilde: OECD statistics 2021.

Gjennomsnittlig liggetid i sykehus

Gjennomsnittlig liggetid på sykehus kan brukes som en indikator på effektivitet. Dersom andre forhold er like, vil et kortere sykehusopphold redusere kostnader pr. opphold, og endrer tjenester fra døgnopphold til tjenester med lavere kostnad. Lengre liggetid kan være tegn på lavere grad av koordinerte tjenester. Pasienter kan imidlertid også skrives ut for tidlig, der et lengre sykehusopphold kunne forbedret utfallet og redusert risiko for reinnleggelse.

I 2019 var gjennomsnittlig liggetid på sykehus 7,6 dager i OECD-landene (Figur 21). For de fleste land har gjennomsnittlig liggetid gått ned i perioden 2009-2019. Gjennomsnittlig liggetid i Norge i 2019 var 6,4 dager, litt lavere enn i 2009.

Figure 5.20. Average length of stay in hospital, 2009 and 2019 (or nearest year)

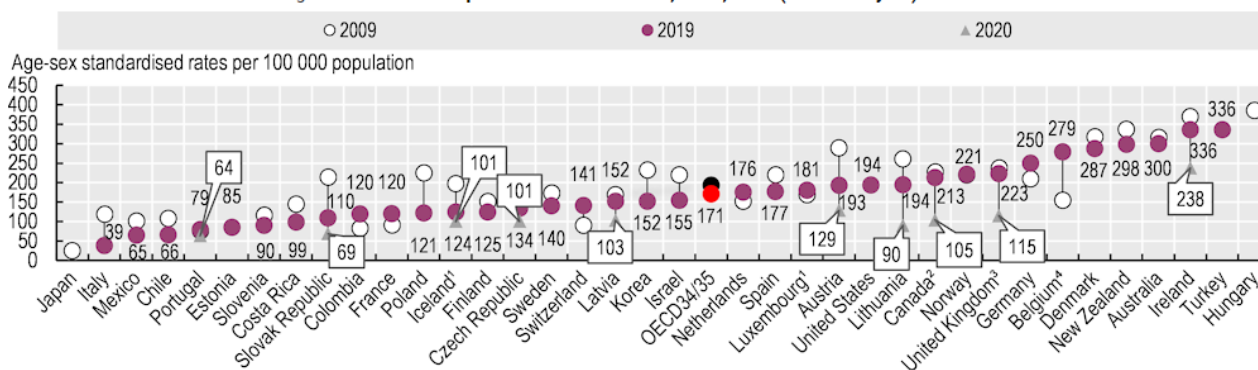


Figur 21: Sykehusinnleggelser på grunn av diabetes. Kilde: OECD statistics 2021.

Sykehusinnleggelser som kan forebygges

Gode primærhelsetjenester og god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan redusere innleggelser for kroniske sykdommer med akutte forverrelser. I nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 ble det opprettet 19 helsefelleskap for å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Prioriterte pasientgrupper er blant annet personer med flere kroniske sykdommer. I OECD-rapporten presenteres sykehusinnleggelser for astma, kols og hjertesvikt.

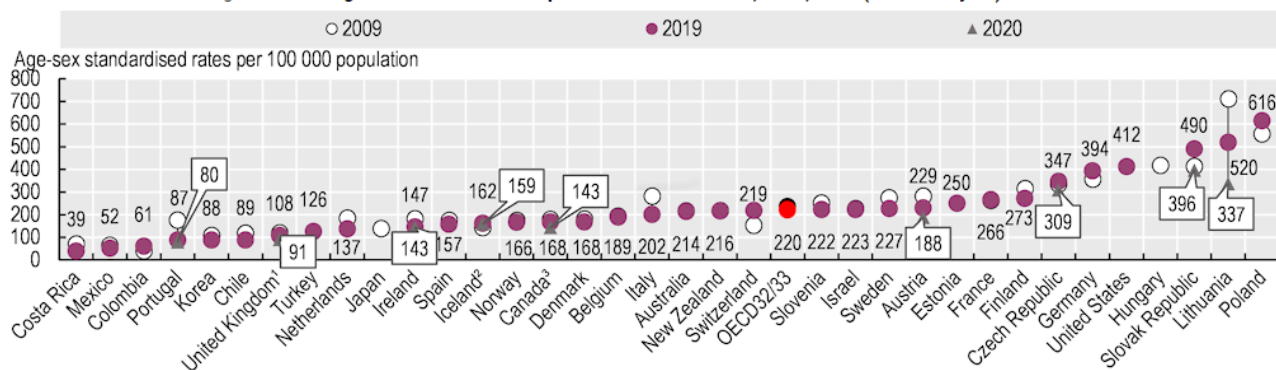
Figure 6.10. COPD hospital admission in adults, 2009, 2019 (or nearest year) and 2020



Figur 22: Sykehusinnleggelser på grunn av kols. Kilde: OECD statistics 2021.

Figur 22 viser at raten for sykehusinnleggelser på grunn av kols har en variasjon med en faktor på 8 mellom OECD-landene. I perioden 2009 til 2019 ble gjennomsnittlig rate for sykehusinnleggelser på grunn av kols i OECD-landene sett under ett redusert fra 194 til 171 pr 100 000. I Norge var raten for sykehusinnleggelser på grunn av kols 221 pr 100 000 i 2019, altså høyere enn OECD-gjennomsnittet, og uendret siden 2009.

Figure 6.11. Congestive heart failure hospital admission in adults, 2009, 2019 (or nearest year) and 2020



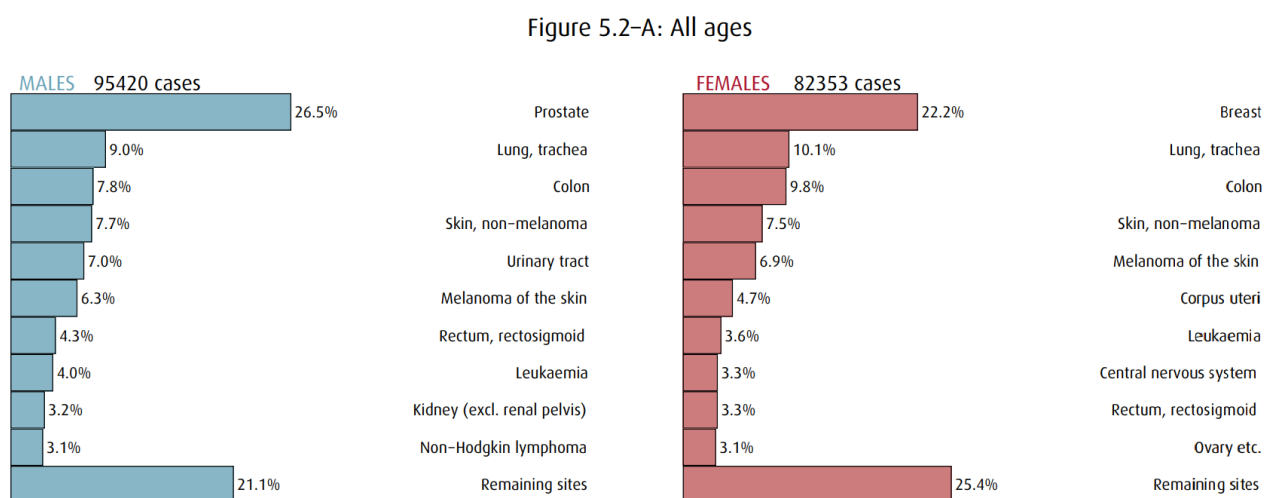
Figur 23: Sykehusinnleggelser på grunn av hjertesvikt. Kilde: OECD statistics 2021.

Sykehusinnleggelser på grunn av hjertesvikt varierer med en faktor på 16 mellom OECD-landene (Figur 23). Gjennomsnittlig rate for OECD-landene var stabilt på 220 pr 100 000 i tidsperioden 2009 til 2019, men variasjonen mellom landene ble noe større. For Norge var raten for sykehusinnleggelser på grunn av hjertesvikt 166 pr 100 000 i 2019, og uendret siden 2009.

Overlevelse etter kreftsykdom

Alle tall og figurer er hentet fra «Cancer in Norway» 2021.

Figure 5.2: The most frequent types of cancer by age and sex, 2017-2021



Figur 24: Vanligste kreftformer for menn og kvinner i perioden 2017-2021. Kilde: «Cancer in Norway» 2021.

Kreftregisteret utgir årlig rapporten «Cancer in Norway». Figur 24 gir en oversikt over de vanligste krefttypene for menn og kvinner i perioden 2017-2021. Hyppigst er de kjønns spesifikke krefttypene prostatakreft og brystkreft. Deretter er lungekreft, tykktarmskreft og hudkreft de vanligste krefttypene for begge kjønn. Rapporten for 2021 inneholder en oversikt over overlevelse for ulike krefttyper fra oppstart av Kreftregisteret og fram til i dag. Tabell 2 gir en oversikt over total kjønns spesifikk overlevelse, samt overlevelse for noen av de vanligste kreftformene for menn og kvinner i tidsperioden 1997 -2021.

		1997-01 (%)	2002-06 (%)	2007-11 (%)	2012-16 (%)	2017-21 (%)	Endring (%-poeng)
Total	Kvinner	62.8	66.3	69.5	73.6	76.3	13.5
Total	Menn	57.6	63.1	69.4	74.4	77.1	19.5
Prostata	Menn	80.2	85.9	92.4	95.1	95.5	15.3
Bryst	Kvinner	85.1	87.6	89.2	91.4	92.3	7.2
Lunge	Kvinner	10.8	13.8	17.9	26.2	32.8	22.0
	Menn	8.5	10.0	12.9	19.3	25.7	17.2
Colon	Kvinner	58.7	61.8	65.1	69.8	71.0	12.3
	Menn	56.0	58.0	60.6	65.6	69.7	13.7
Rectum	Kvinner	60.9	66.2	68.6	71.3	73.5	12.6
	Menn	57.7	61.0	66.3	71.1	71.9	14.2
Melanom	Kvinner	88.1	87.1	88.1	93.5	95.2	7.1
	Menn	75.8	76.2	79.2	86.9	90.3	14.5

Tabell 2: Overlevelse etter kreftsykdom 1997-2021. Kilde: «Cancer in Norway» 2021.

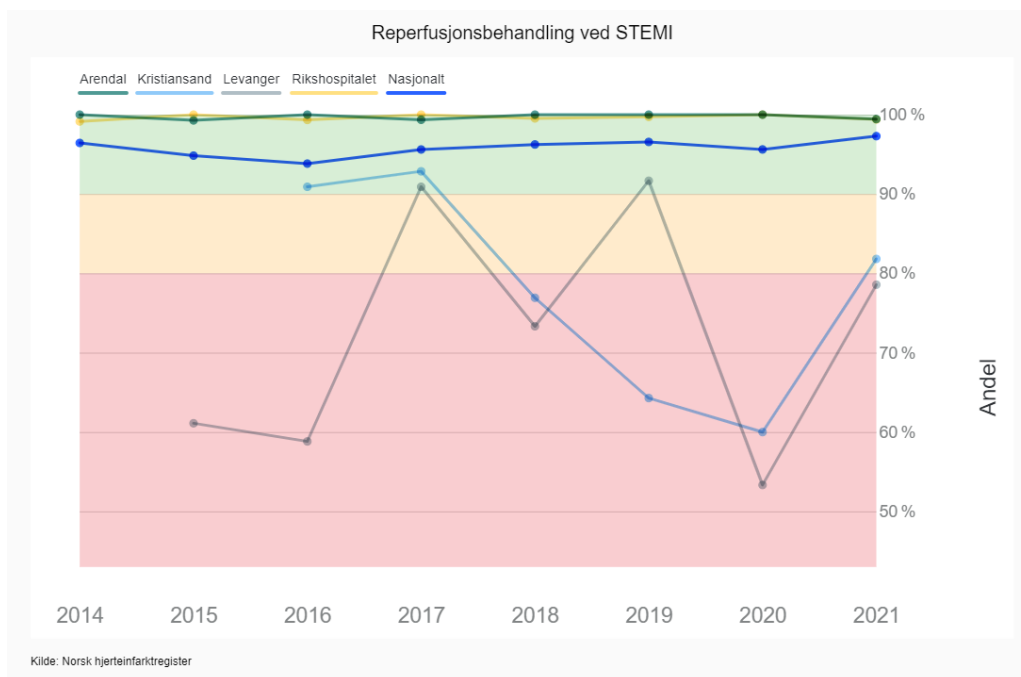
Tabellen viser at menn og kvinners totaloverlevelse etter kreftsykdom i 2017-2021 er relativt lik - hhv 77,1 % og 76,3 %. Overlevelsen har økt betraktelig for begge kjønn siden 1997-2001, og økningen er større for menn (19,5 % poeng) enn for kvinner (13,5 % poeng). Det er økt overlevelse for alle kreftformer i tidsperioden – fra 7,1 % poeng for melanom hos kvinner til 22,0 % poeng for lungekreft hos kvinner. Det er relativt små forskjeller mellom kjønn for ulike kreftformer, for melanom er imidlertid overlevelsen høyere for kvinner (95,2 %) enn for menn (90,3 %).

Prosessindikatorer fra medisinske kvalitetsregistre

De medisinske kvalitetsregistrene i Norge har definert sentrale kvalitetsindikatorer for sine respektive fagområder. Disse er tilgjengelig på SKDEs nettside: <https://www.skde.no/kvalitetsregistre/alle/sykehus>. Siden viser resultater for alle sykehus som behandler den aktuelle pasientgruppen.

Vi presenterer nasjonale resultater, for hjerteinfarkt og hjerneslag vises også resultater for enkelte behandlingssteder. Bakgrunnsfarger i figuren viser hhv. høy (grønn), moderat (gul) og lav (rød) måloppnåelse. Det er noe varierende lengder for tidstrender, men de fleste indikatorer kan følges fra ca 2015 og framover.

Hjerteinfarkt

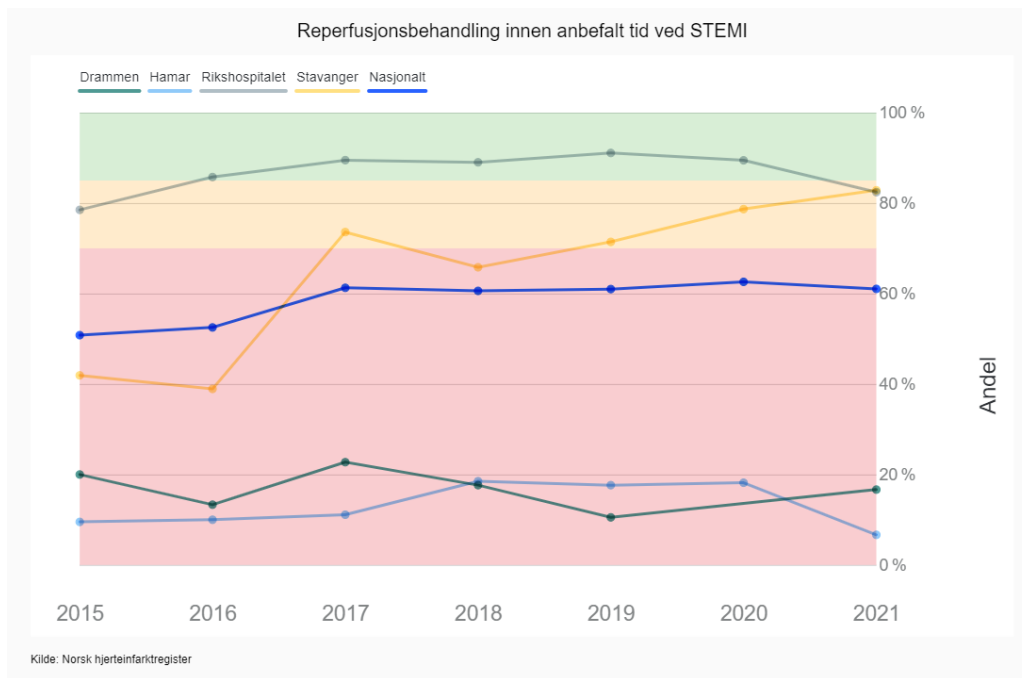


Figur 25: Andel pasienter som ble behandlet med blodproppløsende medikament eller utblokking ved alvorlig hjerteinfarkt (STEMI).

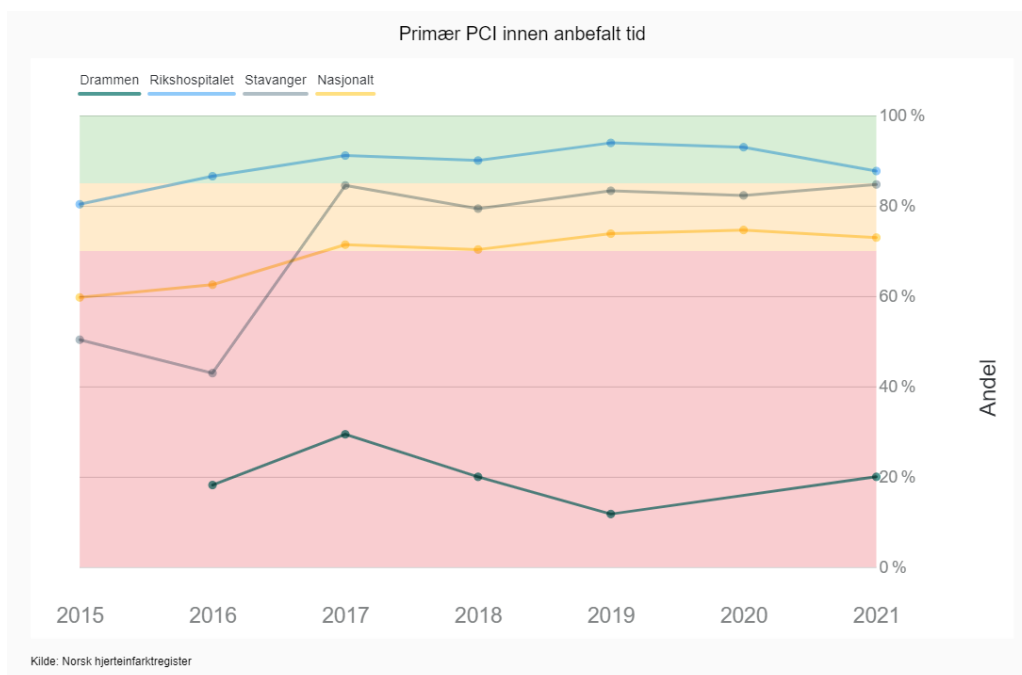
Figur 25 viser andel pasienter som ble behandlet med blodproppløsende medikament eller utblokking ved alvorlig hjerteinfarkt (STEMI) for landet sett under ett (mørk blå), samt for enkeltsykehus med høy eller lav måloppnåelse i perioden. Ved høyt målnivå får mer enn 90 % av pasientene slik behandling. Vi ser i perioden 2014-2021 liten variasjon i måloppnåelse for landet sett under ett (94-97 %). For enkeltsykehus varierer imidlertid grad av måloppnåelse betydelig, og ligger tildels vesentlig under ønsket nivå.

Figur 26 viser andel av pasienter som innen anbefalt tid ble behandlet med blodproppløsende medikament eller utblokking ved mistanke om tett hjerteåre og alvorlig hjerteinfarkt (STEMI) for landet sett under ett (mørk blå), samt for enkeltsykehus med høy, økende eller lav måloppnåelse i perioden. Aktuell behandling er trombolyse innen 30 minutter eller koronar angiografi/PCI innen 120 minutter etter første medisinske kontakt. Ved høyt målnivå får mer enn 85 % av pasientene slik behandling innen anbefalt tid. Vi ser i perioden 2015-2021 en økning i måloppnåelse fra 51 % til 61 % nasjonalt, men er langt under høyt målnivå.

Figur 27 viser andel pasienter med STEMI som fikk primær PCI innen 120 minutter etter første medisinske kontakt for landet sett under ett (gul), samt for enkeltsykehus med høy, økende og eller lav måloppnåelse i perioden. Ved høyt målnivå får mer enn 85 % av pasientene PCI innen anbefalt tid. Vi ser i perioden 2015-2021 en økning i måloppnåelse fra 60 % til 73 % nasjonalt, men er langt under høyt målnivå.

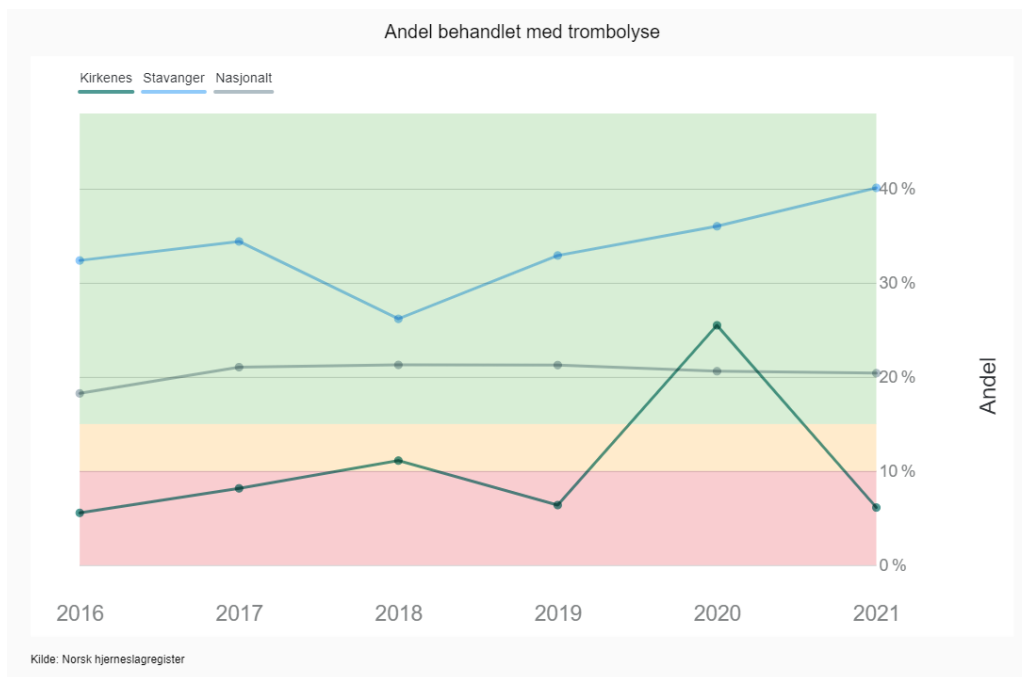


Figur 26: Andel av pasienter som innen anbefalt tid ble behandlet med blodproppløsende medikament eller utblokking ved mistanke om tett hjerteråre og alvorlig hjerteinfarkt (STEMI).



Figur 27: Andel pasienter med STEMI som fikk primær PCI innen 120 minutter etter første medisinske kontakt.

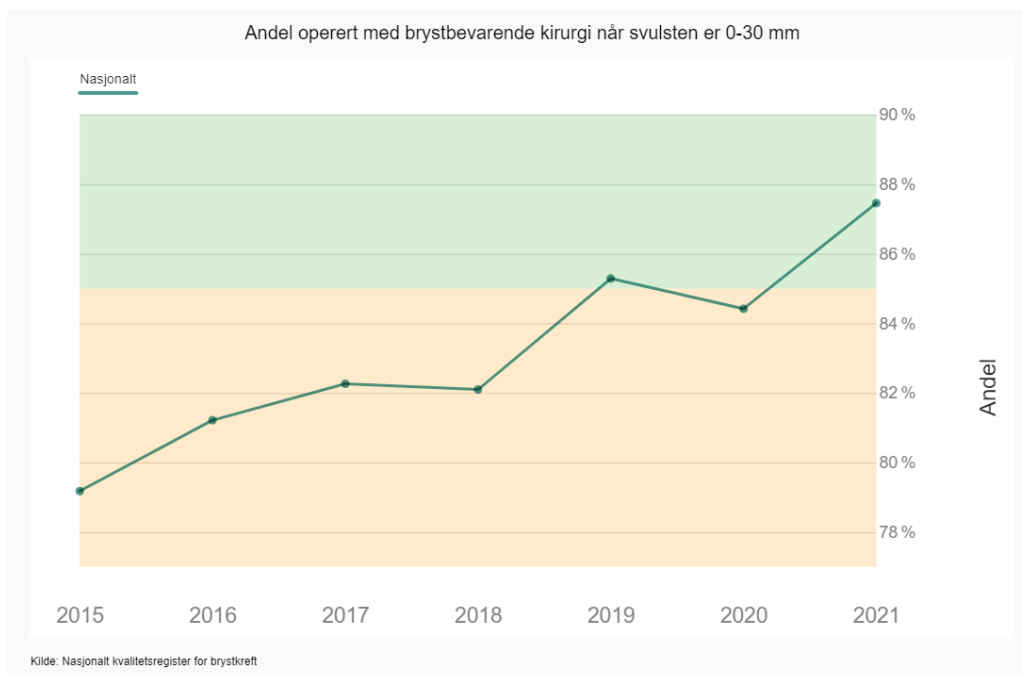
Hjerneslag



Figur 28: Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som fikk trombolysebehandling (blodproppopløsende behandling) innen 4,5 timer fra symptomdebut.

Ved akutt hjerneinfarkt skal trombolysebehandling (blodproppopløsende behandling) gis innen 4,5 timer fra symptomdebut. Ved høyt målnivå får mer enn 15 % av pasientene trombolyse innen anbefalt tid. Figur 28 viser at for landet sett under ett (grå) lå andelen som fikk trombolysebehandling innen anbefalt tid på et høyt målnivå i hele perioden 2016-2021.

Brystkreft

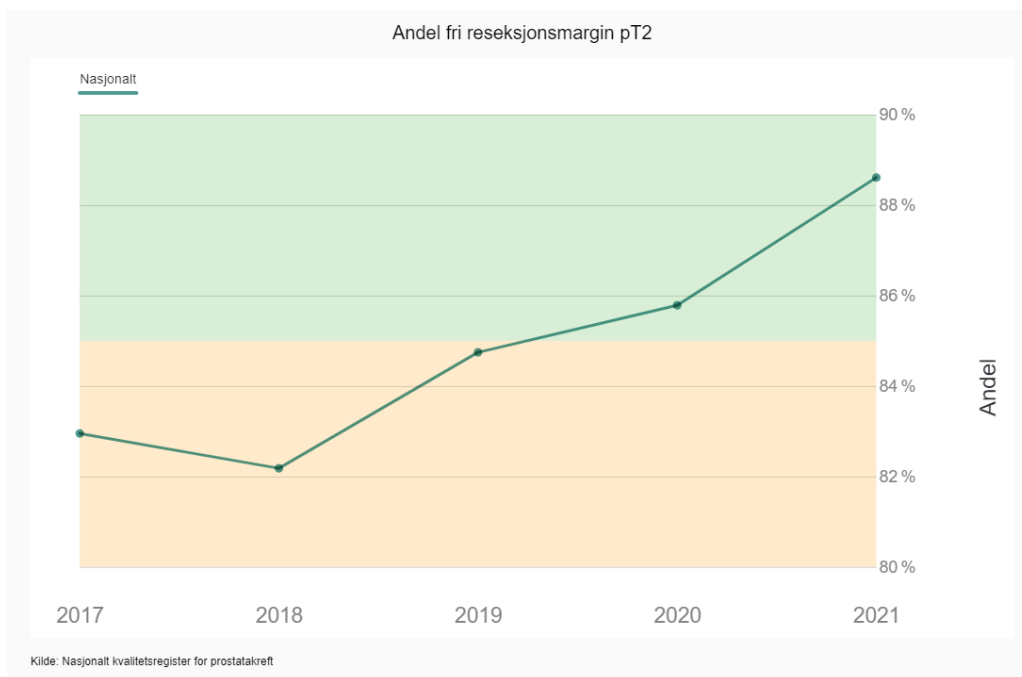


Figur 29: 5. Andel operert med brystbevarende kirurgi når svulsten er 0-30 mm.

Målsetningen for brystbevarende kirurgi er at pasienter med små svulster skal ha minst like god overlevelse som ved å fjerne hele brystet. Ved høyt målnivå får mer enn 85 % av pasientene slik

behandling. Vi ser i perioden 2015-2021 en økning i måloppnåelse fra 79 % til 87 % nasjonalt.

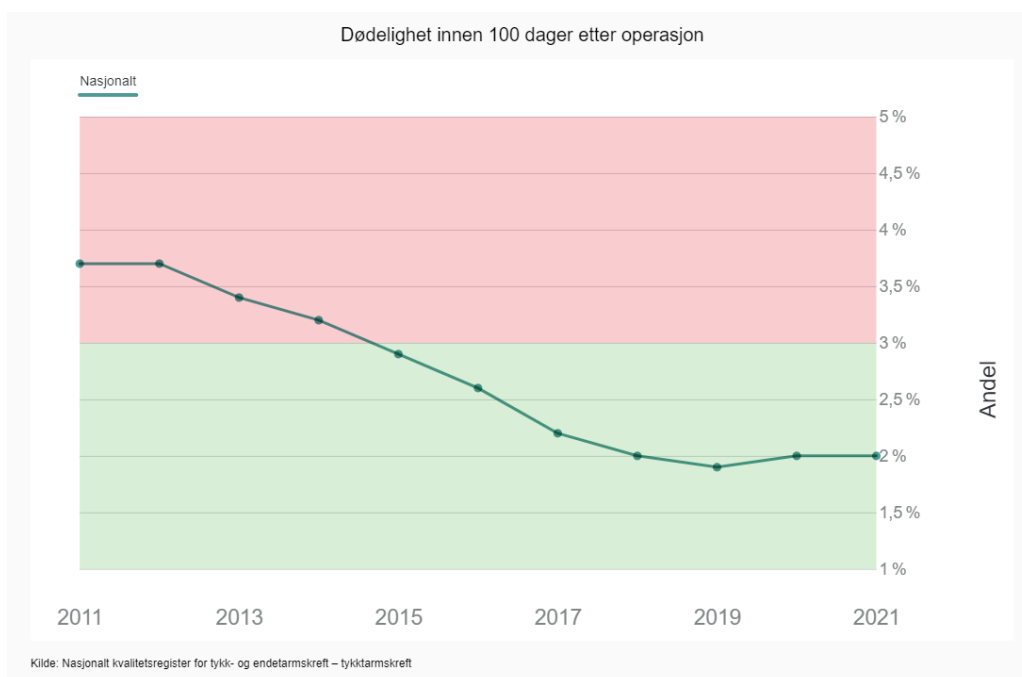
Prostatakraft



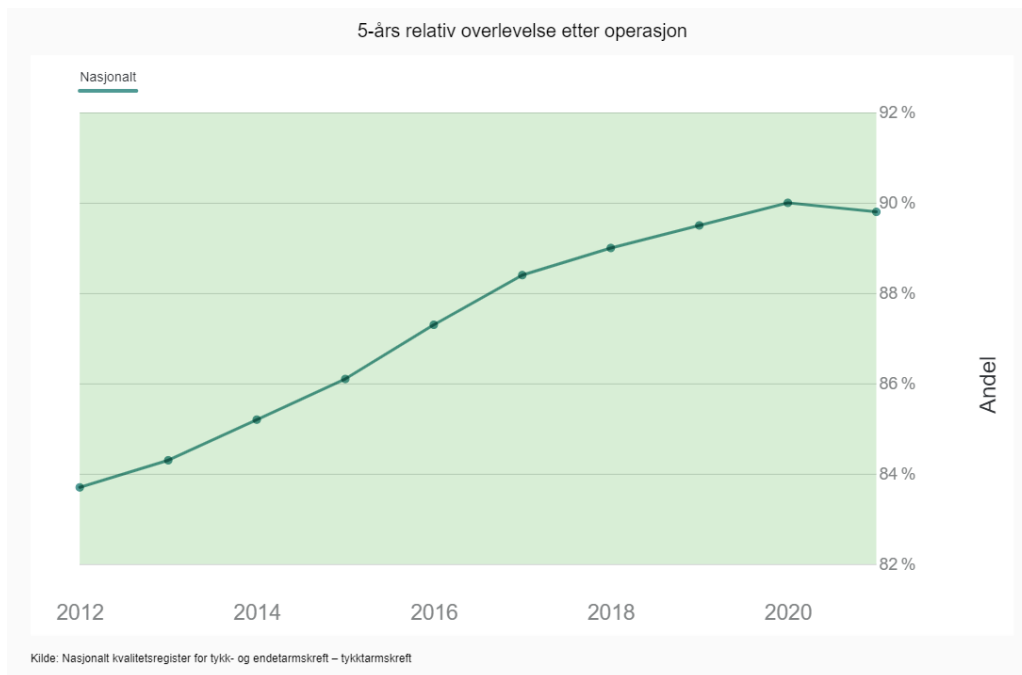
Figur 30: Andel av pasienter med prostatakraft (pT2) som er operert, og hvor det ved patologisk undersøkelse er registrert fri reseksjonsmargin.

Figur 30 viser andel av pasienter med prostatakraft (pT2) som er operert, og hvor det ved patologisk undersøkelse er registrert fri reseksjonsmargin (ingen kreftceller i kantene av preparatet). Ved høyt målnivå får mer enn 85 % av pasientene slik behandling. Vi ser i perioden 2017-2021 en økning i måloppnåelse fra 83 % til 88 % nasjonalt.

Tykkarmskraft



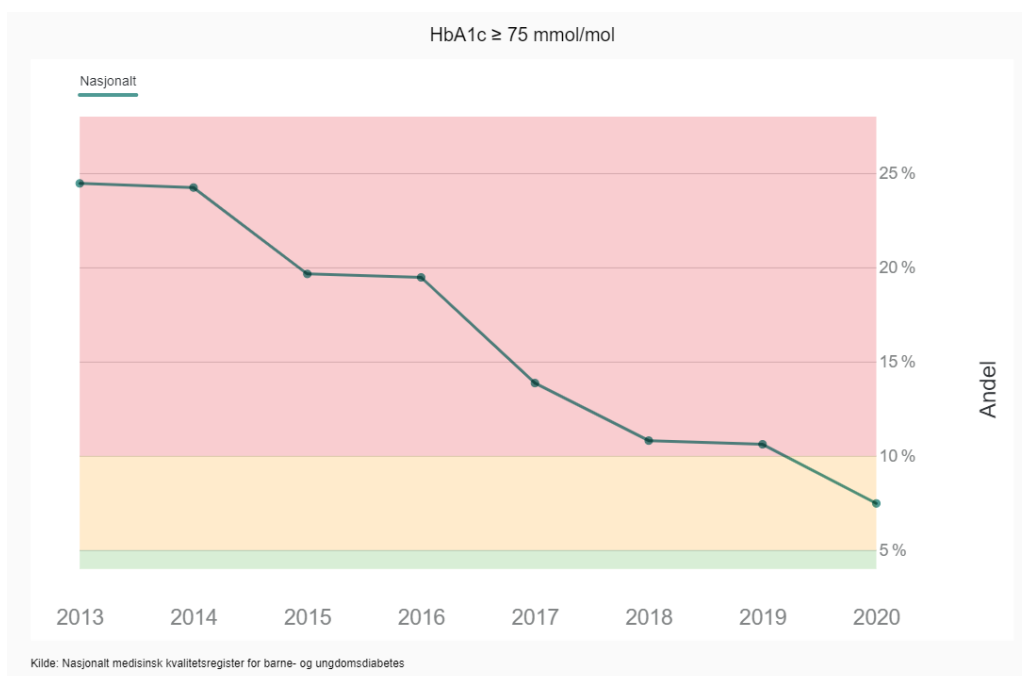
Figur 31: Dødelighet innen 100 dager etter operasjon for tykkarmskraft.



Figur 32: Fem års overlevelse etter operasjon for tykktarmskreft.

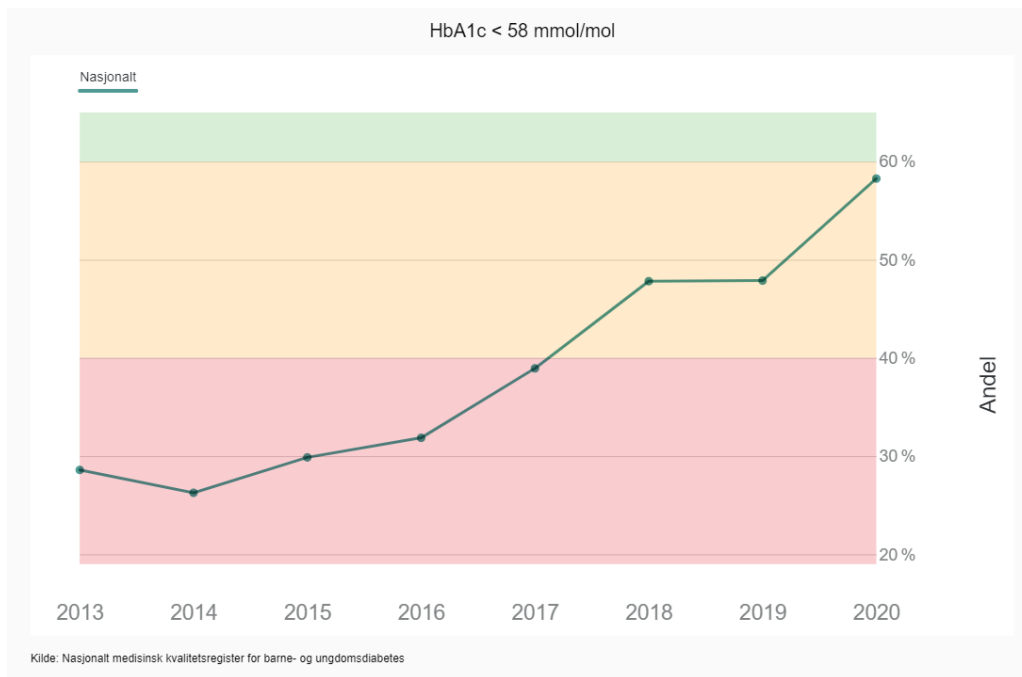
Ved høy måloppnåelse er 100-dagers dødelighet lavere enn 3 %. Vi ser i perioden 2011-2021 (figur 31) en reduksjon i dødelighet fra 3,7 % til 2,0 % nasjonalt. Vi ser samtidig (figur 32) en økning i fem års overlevelse fra 84 % til 90 % nasjonalt. Ved høy måloppnåelse er overlevelse høyere enn 80 %.

Diabetes hos barn



Figur 33: Andelen barn med høyt langtidsblodsukker.

Høyt langtidsblodsukker (HbA1c over 75 mmol/mol) gir økt risiko for komplikasjoner, både akutt og på lang sikt. Ved høy måloppnåelse er andelen barn med høyt langtidsblodsukker under 5 %. Vi ser i perioden 2013-2020 (figur 33) en reduksjon i andelen barn med høyt langtidsblodsukker fra 24 % til 7 % nasjonalt - fra lav til moderat måloppnåelse.



Figur 34: Andelen barn med lavt langtidsblodsukker.

I samme periode øker andelen barn med godt regulert blodsukker (HbA1c under 58 mmol/mol, figur 34) fra 28 % til 58 % nasjonalt - fra lav til moderat måloppnåelse. Ved høy måloppnåelse er andelen barn med HbA1c under 58 mmol/mol høyere enn 60 %.

10 Kommentarer til funnene

Styring av aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten er komplisert og sammensatt og endringer som ikke er knyttet til akutte behov må forventes å ta tid. Det er ikke nødvendigvis realistisk å forvente målbare endringer i overordnede parametre som graden av geografisk variasjon i bruk av en gitt helsetjeneste innen få år. Samtidig har geografisk variasjon vært et område som har fått en del oppmerksomhet de senere år, med klare forventninger fra Helse- og omsorgsdepartementet om endringer i praksis⁶. Dette skulle tilsi at arbeidet med å styre i retning av likere medisinsk praksis og dermed mindre geografiske forskjeller i bruk av tjenester burde være et prioritert arbeid i helseforetakene.

Analysene av utvikling i geografisk variasjon for de utvalgte pasientutvalgene som er behandlet i dette notatet viser små endringer, både når det gjelder graden av geografisk variasjon og hvordan de ulike geografiske områdene rangeres (rekkefølge fra områder med høye til lave rater). Dette er også i tråd med tidligere analyser fra [det oppdaterte dagkirurgi-atlas](#), der variasjonen for flere av utvalgene økte, til tross for at aktiviteten på landsbasis ble redusert. Årsaken er at aktivitetsutviklingen var svært ulik for bosatte i de ulike opptaksområdene - i enkelte områder ble bruk av tjenester redusert betydelig, mens for bosatte i andre områder lå det helt stabilt. Det mønsteret finner vi igjen både når det gjelder innleggelser av barn og bruk av polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt hos eldre, selv om trenden i aktivitetsutviklingen for sistnevnte er økende heller enn synkende. Dette er også i tråd med Riksrevisjonens funn i rapporten [«Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester»](#) fra 2019, som blant annet konkluderte med at de regionale helseforetakene og helseforetakene i liten grad hadde brukt forbruksrater «til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten».

Til en viss grad ser vi det samme når det gjelder revurderingsprosedyrene (se kapittel 8 på side 20 for omtale og definisjon av revurderingsprosedyrene), men her ser vi en tydelig nedadgående trend over flere år i alle opptaksområder. Også når vi ser på aktiviteten for revurderingsprosedyrene sammenliknet med annen planlagt kirurgi i sykehusene finner vi en jevn nedadgående trend i alle opptaksområdene over flere år, noe som kan indikere at denne aktiviteten prioriteres lavere enn annen sammenliknbar aktivitet. Dette er i tråd med styringssignalene som er kommet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Når det gjelder bruken av de utvalgte nødvendige tjenestene er hovedtrekket at størrelsen på den geografiske variasjonen er stabil, i tråd med hva som kan forventes for nødvendige helsetjenester. Dette kan tyde på at for disse tjenestene er behovet for helsehjelp i hovedsak godt ivaretatt.

For å belyse utvikling i kvalitet over tid har vi valgt ut overordnede indikatorer fra OECD som kan belyse kvalitet og kvalitetsutvikling sammenliknet med andre land, tall fra Kreftregisteret som viser utvikling i kreftoverlevelse og et utvalg (prosess)indikatorer fra medisinske kvalitetsregistre som kan fortelle noe mer spesifikt om utvikling i kvalitet i pasientbehandlingen. Indikatorene knytter seg til fire store pasientgrupper med alvorlig sykdom: hjerte-karsykdom, kreft, diabetes og kols. Overordnet sett viser indikatorene at tjenestene holder god kvalitet og at utviklingen de siste 5-10 år har vært positiv. OECD-indikatorene viser at Norge ligger godt an ifht. øvrige OECD-land både mtp. nivå og utvikling over tid. Tall for utvikling i kreftoverlevelse viser vesentlig bedring for alle utvalgte kreftformer i perioden 1997-2021. Denne utviklingen skyldes bidrag fra mange faktorer. De utvalgte resultatene fra de medisinske kvalitetsregistrene viser også en bedring over tid nasjonalt, men tildels mye variasjon mellom enkeltsykehus. Reduksjon i denne variasjonen kan være en nøkkel til ytterligere forbedring i kvalitet.

Analysene som er inkludert i dette notatet viser ingen overordnet systematikk i den geografiske variasjonen i bruk av spesialisthelsetjenester - i den forstand at det er ingen opptaksområder eller regioner som konsekvent peker seg ut med gjennomgående lave eller høye rater. Heller ikke når vi ser samlet på analysene som er gjort i de 11 ulike helseatlasene har vi kunnet spore noen overgripen-

⁶Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til reduksjon i geografisk variasjon er beskrevet i innledningen på side 3

de systematikk i variasjonen. Det kan være mønstre som peker seg ut for enkelte fagområder, men for andre fagområder er bildet et helt annet. Dette gjelder også variasjon i kvalitet slik den kommer til uttrykk i de ulike kvalitetsindikatorerne fra de medisinske kvalitetsregistrene.

Vedlegg

A Utvalg

Som grunnlag for innsatssstyrt 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.

Utvalgte tjenester fra tidligere atlas

Innleggelser for barn

Utvalget består av alle innleggelser av minst ett døgn varighet for barn i somatisk spesialisthelsetjeneste med unntak for kontakter med gynekologiske hoveddiagnoser (i kategoriblokkene N70-N99) eller hoveddiagnoser knyttet til svangerskap, fødsel og barsel (i kategoriblokkene O00-O99).

For at resultatene for perioden 2019-2021 skal være sammenliknbare med resultatene fra barnehelseatlas (for perioden 2011-2014), er det for dette utvalget ikke talt sykehusopphold (som definert i ISF-regelverket), men alle kontakter av minst ett døgn varighet. Det er heller ikke korrigert for overføringer. Det gjør at antall innleggelser blir høyere enn hvis det tas utgangspunkt i sykehusopphold og korrigeres for overføringer. Størrelsen på variasjonen og rekkefølgen på opptaksområdene (fra høyeste til laveste rate) påvirkes imidlertid ikke i vesentlig grad.

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.

Bruk av strålebehandling eldre med kreft

Utvalget består av alle pasienter i alderen 75 år eller eldre som i løpet av et år hadde en eller flere kontakter med prosedyrekode WEOA 00 eller WEOB 05.

Bruk av helsetjenester etter fødsel (for mor)

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, og 42 dager fremover i tid (barseltiden).

Polikliniske kontakter i barseltiden inkluderer poliklinisk aktivitet og dagbehandlinger på sykehus eller hos avtalespesialist. Oppfølging hos fastlege i barseltiden er definert som minst en konsultasjon hos fastlege. Oppfølging hos jordmor i barseltiden er definert som minst en kontakt hos jordmor.

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.

Nødvendige helsetjenester

Akuttinnleggelser for hjerteinfarkt, hjerneslag, hjertesvikt, lungebetennelse, kols og hoftebrudd

Med **innleggelse** menes det som i NPR er kodet som innleggelse og hvor liggetiden er lenger enn null døgn. I tillegg er kontakter med liggetid null dager og hvor pasienten er utskrevet som død, definert som innleggelse. Videre er innleggelser med hoveddiagnose Z37 (fødsel) ekskludert. En innleggelse kan være **planlagt eller akutt**, og denne inndelingen følger den administrative kodingen, med unntak av elektive innleggelser som forut har en akutt poliklinikk, de tas med som en akutt innleggelse.

Utvalget er pasienter 18 år eller eldre som har en akutt innleggelse, som definert over, ved somatiske sykehus. Utvalgte tilstander er definert ved ICD10-koder.

Hjerneslag og subaraknoidalblødning, heretter omtalt som hjerneslag, er definert med hoveddiagnose I60, I61, I63 eller I64.

Hoftebrudd er definert med hoved- eller bidiagnose S72.0, S72.1, S72.2 i kombinasjon med relevante kirurgiske prosedyrekoder (NCSP) for reposisjon og osteosyntese(NFJ) eller primære total- eller delprotese(NFB01, NFB02, NFB11, NFB12, NFB20, NFB30, NFB40 eller NFB99).

Hjertesvikt er definert med hoveddiagnose I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1 eller I50.9.

Hjerteinfarkt er definert med hoveddiagnose I21 eller I22.

Lungebetennelse er definert med hoveddiagnose J12-J18. Kols-assosiert lungebetennelse er utelatt fra denne analysen ved å utelate de med bidiagnose for kols (J40-J44). Covid-19-diagnoser, U07.1 eller U07.2, er også ekskludert.

KOLS er definert med hoved- eller bidiagnose J40-J44. Når J40-J44 står som bidiagnose er det krav om følgende hoveddiagnose: R06.0, J09-J18, J20, J22, J46 eller J96.

Revurderingsprosedyrene

Revurderingsprosedyrene er definert som følger:

Abrasio		
Prosedyrekoder	LCA10	Utskraping av corpus uteri
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	O	Svangerskap med ufullendt utfall
Akromionreseksjon ved impingement syndrom		
Takst (avtalespesialister)	K05C	Terapeutisk artroskopi i skulder
Prosedyrekoder	NBK13	Reseksjon eller eksisjon av scapula
Tilstandskoder (hovedtilstand)	M754	«Impingement syndrome» i skulder
Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer		
Prosedyrekoder	QAE 10	Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals
	QBE 10	Eksisjon av hudlesjon på trunkus
	QCE 10	Eksisjon av hudlesjon på overekstremitet
	QDE 10	Eksisjon av hudlesjon på underekstremitet
	QXE 10	Eksisjon av lesjon i uspesifisert hudregion
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	C43	C43 Malignt melanom i hud
	C44	C44 Andre ondartede svulster i hud
	C46	C46 Kaposi sarkom (sarcoma Kaposi)
	C49	C49 Ondartet svulst i annet bindevev og bløtvev
Brystreduksjon		
Prosedyrekoder	HAD 30	Reduksjonsmammoplastikk med transposisjon av areola
	HAD 20	Fettsuging i mamma
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	C	Ondartede svulster
Kirurgisk fjerning av Chalazion		
Prosedyrekoder	CBB00	Eksisjon av chalazion
Diagnosekoder (alle felter)	H001	Chalazion
Håndkirurgi ved Dupuytrens kontraktur		
Takst (avtalespesialister)	140C	Operasjon av Dupuytrens kontraktur
Prosedyrekoder	NDM09	Fasciotomi i håndledd eller hånd
	NDM19	Reseksjon eller eksisjon av fascie i håndledd eller hånd
Diagnosekoder (alle felter)	M720	Dupuytrens kontraktur
Kirurgisk fjerning av ganglion		
Takst (avtalespesialister)	140A	Fjerning av ganglion/bursa
Prosedyrekoder	NDM39	Eksisjon av synovialt ganglion i håndledd eller hånd
	NDR09	Reseksjon av bløtdelstumor i håndledd eller hånd
Diagnosekoder (alle felter)	M674	Ganglion
Hemoroidektomi		
Takst (avtalespesialister)	140L	Hemoroideoperasjon (tilsv. a.m. Milligan)
Prosedyrekoder	JHA00	Anal eller perianal incisjon
	JHA20	Lokal ekstirpasjon i analkanalen eller perianalt vev
	JHB00	Hemoroidektomi
Diagnosekoder (alle felter)	K64	Hemoroider og perianal venøs trombose
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	C	Ondartede svulster
Hysterektomi		
Takst (avtalespesialister)		Ingen
Prosedyrekoder	LCC10	Supravaginal hysterektomi
	LCD00	Hysterektomi
	LCD30	Radikal hysterektomi
	LCD96	Annen hysterektomi
	LCC20	Vaginal supravaginal hysterektomi
	LCD10	Vaginal hysterektomi
	LCD40	Radikal vaginal hysterektomi
	LCC11	Laparoskopisk subtotal hysterektomi

	LCD01	Total laparoskopisk hysterektomi
	LCD04	Laparoskopisk hysterektomi
	LCD11	Laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi
	LCD31	Radikal laparoskopisk hysterektomi
	LCD97	Annen laparoskopisk hysterektomi
	ZXC96	Robotassistert inngrep
Diagnosekoder (alle felter)	N92	Kraftig, hyppig og uregelmessig menstruasjon
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	C	Ondartede svulster
	O	Svangerskap, fødsel og barseltid
	D06	Carcinoma in situ i livmorhals
	D07	Carcinoma in situ i andre og uspes kjønnsorganer
Håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom		
Takst (avtalespesialister)	140I	Operasjon for entrapment av nerve
Prosedyrekode	ACC51	Dekompresjon og adheranseløsning av nervus medianus
	NDE11	Endoskopisk deling eller eksisjon av ligament i håndledd/hånd
	NDE12	Åpen deling eller eksisjon av ligament i håndledd eller hånd
	NDL50	Tenolyse eller tenosynovektomi av fleksorsene i håndledd/hånd
	NDM19	Reseksjon eller eksisjon av fascie i håndledd eller hånd
	NDM49	Spalting av seneskjede i håndledd eller hånd
Diagnosekoder (hovedtilstand)	G560	Karpaltunnelsyndrom
Kneartroskopi		
Prosedyrekode	NGA11	Artroskopi i kneledd
	NXGX23	Leddskylling
Diagnosekoder (alle felter)	M15	Polyartrose (polyartrosis)
	M17	Kneleddsartrose (gonarthrosis)
Operasjoner på kneets menisker (alder 45+)		
Takst (avtalespesialister)	K05B	Terapeutisk artroskopi i kne
Prosedyrekode	NGD	Operasjoner på kneets menisker
Diagnosekoder (alle felter)	M232	Menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade
	M233	Annen menisklidelse
	S832	Fersk skade i menisk
Kirurgiske inngrep for snoring (alder 18+)		
Prosedyrekode	ENC30	Plastisk operasjon på pharynx
	ENC40	Uvulopalatofaryngoplastikk
	ENC45	Reduksjonsplastikk på den bløte gane (fysikalsk energi)
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	G473	Søvnapné
Tonsillektomi		
Takst (avtalespesialister)	K02A	Tonsillektomi
	K02E	Tonsillektomi ved samtidig paracentese med ventilasjonsrør
	K02F	Tonsillektomi/tonsilotomi ved samtidig adenotomi
	K02G	Tonsillektomi/tonsilotomi ved samtidig adenotomi og paracentese med ventilasjonsrør
Prosedyrekode	EMB10	Tonsillektomi
	EMB12	Reseksjon av tonsille
	EMB15	Intrakapsulær tonsilledestruksjon
	EMB20	Adenotonsillektomi
	EMB99	Annet reseksjonsinngrep på tonsille eller adenoid vev
Diagnosekoder (alle felter)	J35	Kroniske sykdommer i mandler og adenoid vev
	H652	Kronisk serøs mellomøretbetennelse
	H653	Kronisk mukoid mellomøretbetennelse
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	C	Ondartede svulster
	G47	Søvnforstyrrelser
	J36	Peritonsillær abscess
Håndkirurgi ved triggerfinger		
Takst (avtalespesialister)	140K	Spalting av senekanaler og seneskjeder
Prosedyrekode	NDE12	Åpen deling eller eksisjon av ligament i håndledd/hånd

Diagnosekoder (alle felter)	NDM49 M653	Spalting av seneskjede i håndledd eller hånd Triggerfinger
Øredrennlegelse, barn		
Takst (avtalespesialister)	K02C K02D K02E K02G	Paracentese med/fjerning av ventilasjonsrør i narkose. Adenotomi ved samtidig paracentese med ventilasjonsrør Tonsillektomi ved samtidig paracentese med ventilasjonsrør Tonsillektomi/tonsilotomi ved samtidig adenotomi og paracentese med ventilasjonsrør
Prosedyrekode	317B	Paracentese med ventilasjonsrør
Diagnosekoder (alle tilstander)	DCA20 H652 H653 H66	Innlegging av ventilasjonsrør gjennom trommehinne Kronisk serøs mellomørebetennelse Kronisk mukoid mellomørebetennelse Purulert og uspesifisert mellomørebetennelse
Ekskluderte diagnosekoder (alle felter)	H660	Akutt purulent mellomørebetennelse
Karkirurgi for åreknuter		
Takst (avtalespesialister)	145B	Variceoperasjon
Prosedyrekode	PHB10 PHB11 PHB12 PHB13 PHB14 PHB99	Ligatur av v. saphena magna Ligatur av vene på saphenofemoralovergangen Ligatur av v. saphena parva Ligatur av perforantvene på legg Ligatur av perforantvene på lår Ligatur av annen vene
Diagnosekoder (Alle tilstander)	PHD10 PHD11 PHD12 PHD15 PHD99	Reseksjon av v. saphena magna Reseksjon av vene på saphenofemoralovergangen Reseksjon av v. saphena parva Reseksjon av perforantvene på lår eller legg Reseksjon av annen vene
Ekskluderte prosedyrekoder (karkirurgi ny teknikk) (x-koder er ncrp)	I83 I872 PHV10 PHV12 PHV13 PHV14 PHV99 TPH10 PHX10 PHV10X PHV12X PHV13X PHV14X	Åreknuter i underekstremiteter Venøs insuffisiens Endovenøs obliterasjon av v. saphena magna Endovenøs obliterasjon av v. saphena parva Endovenøs obliterasjon av perforantvene på legg Endovenøs obliterasjon av perforantvene på lår Endovenøs obliterasjon av annen vene Sklerosering av varicer Sklerosering av varicer Endovenøs obliterasjon av v. saphena magna Endovenøs obliterasjon av v. saphena parva Endovenøs obliterasjon av perforantvene på legg Endovenøs obliterasjon av perforantvene på lår