



Utvikling og variasjon i kirurgisk behandling 2013-2017



Tittel: Utvikling og variasjon i kirurgisk behandling 2013-2017

Nummer: 11/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Komparativ statistikk og styringsinformasjon

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Tone Rian Myrli, Silje Marie Mortensen og Lars Rønningen

Forsidebilder: © [Antonio Guillem](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Anders Ludvigson](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [leungchopan](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [HalfPoint s. r. o.](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Andrey Popov](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

SAMMENDRAG

Totalt sett var det en økning i antall kirurgiske behandlinger fra 2013 til 2017. Veksten gjaldt dagkirurgi og kirurgi med én liggedag, mens kirurgi med to eller flere liggedøgn ble redusert. Variasjonen mellom foretaksområdene ble noe redusert i perioden.

Bakgrunn

- Det er et politisk mål at en større del av behandlingen i sykehus skal utføres på dag. Nye metoder, som kikkhullskirurgi, er mindre belastende for pasienten og bidrar til en mer effektiv behandling. I senere år er det gjort endringer i innsatsstyrt finansiering (ISF) for å stimulere til dagkirurgi.
- Et annet viktig mål er at helsetjenestene i Norge skal være likeverdige uavhengig av bosted. Noe variasjon mellom foretaksområdene vil likevel være forventet og ønskelig, mens større variasjon mellom foretaksområdene potensielt kan indikere at tilgangen ikke er lik for hele befolkningen.
- Formålet med dette notatet er å se på om en større andel av kirurgiske behandling skjer som dagkirurgi. Videre vil vi også vise utvikling og forskjeller mellom ulike aldersgrupper i bruk av kirurgiske behandling og forskjeller mellom foretaksområdene.

Vekst i andel dagkirurgi i helseforetakene

Fra 2013 til 2017 økte totalt antall kirurgiske behandlinger med omtrent 23 500 episoder. Av disse var cirka 16 500 behandlinger knyttet til dagkirurgi. Fra 2013 til 2017 økte andelen dagkirurgi av all kirurgi med 1,3 prosentpoeng, til en andel på 49 prosent i 2017.

Helseforetakenes utvikling i andel dagkirurgi fra 2015 til 2017 varierte fra en økning på 5,5 prosentpoeng til en nedgang på 4,5 prosentpoeng. Kun Helse Midt-Norge hadde en nedgang i andel dagkirurgi, men regionen hadde samtidig høyest andel dagkirurgi gjennom hele perioden.

Økning i kirurgi per innbygger for de eldste pasientene

Det var en vekst i totalt antall kirurgiske behandlinger per innbygger for befolkningen 67 år og over, mens det var en liten reduksjon for de andre aldersgruppene. For aldersgruppen 67 til 79 år var det en vekst i alle regionene, mens for 80 år og eldre kom veksten i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Veksten for begge aldersgrupper gjaldt dagkirurgi og kirurgi med én liggedag.

Forskjellen mellom foretaksområdene i andel planlagt dagkirurgi varierte fra 61 prosent til 73 prosent i 2017¹. Andel dagkirurgi var høyere i foretaksområder med større bykommuner enn foretaksområder med flere mindre og mellomstore kommuner.

¹ Inklusive aktivitet hos avtalespesialistene.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

1. Innledning

I Norge utfordres bærekraften i den somatiske spesialisthelsetjenesten som følge av befolkningsøkning og endringer i alderssammensetning. Bruk av somatiske tjenester øker som kjent med alder, og kommende års vekst i antall eldre vil dermed stille krav til omstillinger i tjenestene. En fortsatt overgang fra døgn- til dagbehandling vil være et av bidragene i omstillingen. Det har derfor de siste årene vært et mål at større del av behandlingen skal foregå som dagbehandling, da dette ofte gir den beste ressursutnyttelsen. Dagbehandling vil også i mange sammenhenger være bedre for pasienten.

Om finansiering av dagkirurgi

Det har i de senere år blitt foretatt endringer i finansieringssystemet for å øke omfanget av dagkirurgi der det er forsvarlig. Den kirurgiske aktiviteten finansieres gjennom en kombinasjon av aktivitetsbaserte refusjoner (innsatsstyrt finansiering) og basisramme. Ordningen med en viss andel aktivitetsbasert finansiering har blant annet til hensikt å bidra til en mest mulig kostnadseffektiv pasientbehandling. Fram til og med 2009 ble dag- og døgnkirurgi gruppert i samme DRG-er og gitt samme refusjon. Siden kostnader for dagkirurgi normalt er lavere enn døgnkirurgi var det i denne perioden et insentiv til økt bruk av dagkirurgi. Etter 2009 ble det innført egne dagkirurgiske DRG-er basert på beregnet ressursbruk, og disse hadde lavere refusjon enn motsvarende DRG-er for døgnkirurgi. Fra 2015 ønsket Helse- og omsorgsdepartementet at innsatsstyrt finansiering ISF skulle stimulere til økt bruk av dagkirurgi.² Endringen medførte at DRG-er for dagkirurgi økte med ti prosent, mens tilsvarende DRG-er for døgnkirurgi ble redusert. I 2017 ble dette insentivet ytterligere økt til 15 prosent, også denne endringen var budsjettneutrylt, der utvalgte DRG-er for døgnkirurgi ble redusert tilsvarende.

Oppbygging av notatet

Først beskriver vi utvikling i kirurgiske behandlinger de siste fem årene nasjonalt og for helseregionene, med størst vekt på utviklingen i dagkirurgi. Videre presenteres utvikling og nivå av andel dagkirurgi for ulike helseforetak.

I del to vil vi se på utvikling og variasjon mellom foretaksområdene. Her presenteres utviklingen i kirurgisk behandling og utvikling i andel dagkirurgi fra 2013 til 2017 totalt for alle aldre og for aldersgrupper. Videre viser vi variasjon mellom foretaksområdene i 2017, der aktivitet hos avtalespesialistene er inkludert.

Til slutt i notatet er det en gjennomgang av datagrunnlaget og utvalg.

² Helsedirektoratet (2016): Innsatsstyrt finansiering 2017.

2. Utvikling og variasjon i helseforetakene

I denne delen av notatet følger en beskrivelse av utvikling fra 2013 til 2017 i antall kirurgiske behandlinger ved helseforetakene, med størst vekt på dagkirurgi. Helseforetakenes andel av dagkirurgi vil blant annet bli påvirket av funksjonfordelingen mellom ulike helseforetak. Det er derfor naturlig at noen helseforetak vil ha høyere andel dagkirurgi enn andre. Samtidig som endringer i ISF-refusjonen var ment å stimulere til økt bruk av dagkirurgi, har det også vært en faglig diskusjon om nytteverdien av enkelte dagkirurgiske inngrep. Helseforetak som har hatt og har fokus på å redusere unødvendige dagkirurgiske inngrep, vil ikke nødvendigvis oppleve en økt andel av denne typen inngrep. Dette er med andre ord effekter som drar i ulik retning.

Nasjonal utvikling i kirurgisk behandling

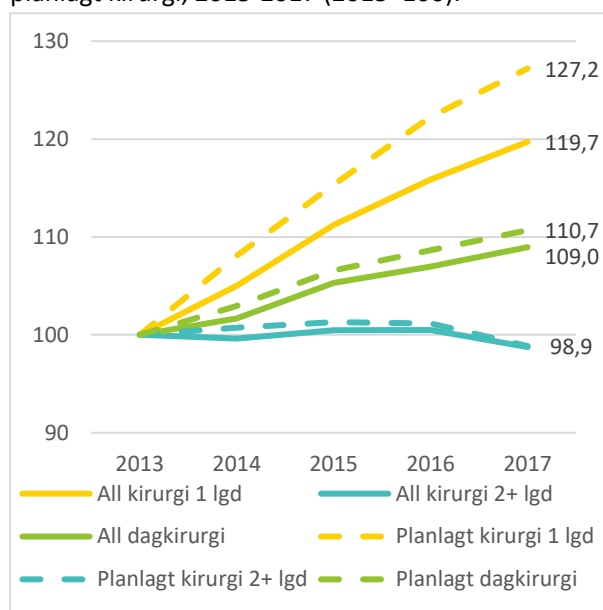
Fra 2013 til 2017 økte antallet kirurgiske behandlinger med om lag 23 500 behandlinger, tilsvarende 6,1 prosent. Av dette var 70 prosent av veksten i antall behandlinger knyttet til dagkirurgi. Figur 1 viser utvikling i antall kirurgiske behandlinger etter liggetid nasjonalt. De stiplede linjene viser utviklingen for planlagt kirurgi, mens de heltrukne linjene viser utviklingen for all kirurgi (både planlagt og øyeblikkelig hjelp).

Antall dagkirurgiske behandlinger økte med om lag 16 500 behandlinger fra 2013 til 2017, noe som tilsvarer en vekst på 9 prosent (figur 1). Sterkest vekst var det fra 2014 til 2015 med en vekst på 3,6 prosent. Fra 2015 til 2016 og 2016 til 2017 økte antall dagkirurgiske behandlinger med henholdsvis 1,6 prosent, og 1,8 prosent. Fra 2013 til 2017 var det en vekst på 9 000 opphold for kirurgi med én liggedøgn. Det tilsvarer en økning på 19,7 prosent. Av disse var 94 prosent knyttet til planlagte opphold.

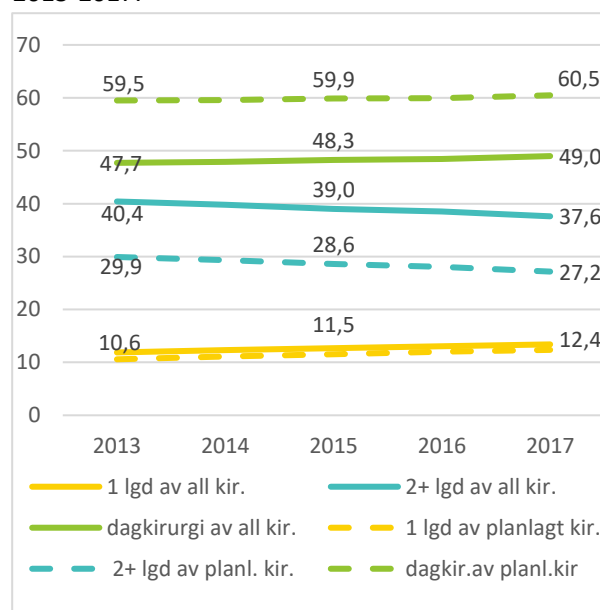
Figur 2 viser utvikling i andel kirurgi etter liggetid nasjonalt for all kirurgi og planlagt kirurgi. I 2017 var andelen planlagt kirurgi av all kirurgi nesten 80 prosent. Andelen dagkirurgi av all kirurgi økte med 1,3 prosentpoeng fra 2013 til 2017. Opphold med én liggedag hadde lavest andel gjennom hele perioden, og i 2017 utgjorde de 12,4 prosent av alle kirurgiske behandlinger. Fra 2013 til 2017 var det en nedgang på nesten 2 000 kirurgiske opphold med to eller flere liggedager, og andelen av denne typen opphold ble redusert fra 40,4 til 37,6 prosent.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

Figur 1: Prosent utvikling i antall kirurgiske behandlinger etter liggetid for all kirurgi og planlagt kirurgi, 2013-2017 (2013=100).



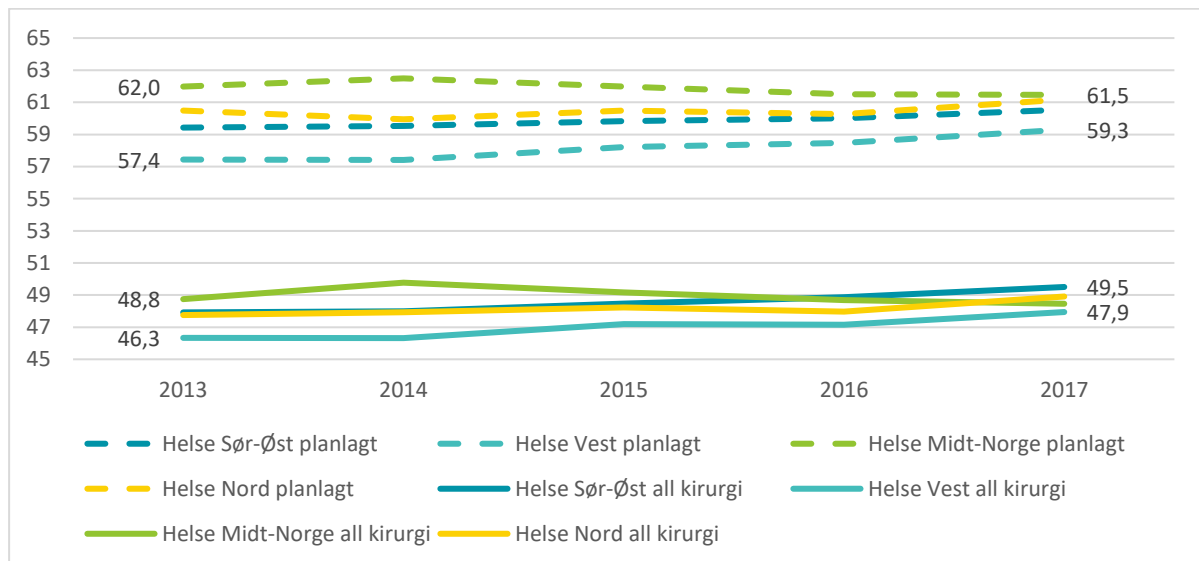
Figur 2: Utvikling i andel kirurgisk behandling etter liggetid av all kirurgi og av planlagt kirurgi, 2013-2017.



Utvikling i andel dagkirurgi for de regionale helseforetakene

Figuren under viser utviklingen av andel dagkirurgi for helseregionene både av all kirurgi og planlagt kirurgi. Andel dagkirurgi av planlagt kirurgi er høyere enn for andel dagkirurgi av all kirurgi. Dette skyldes at øyeblikkelig hjelp innleggelser har lengre liggetid enn de planlagte innleggelsene. Helse Midt-Norge var den eneste regionen som hadde en nedgang i andel planlagt dagkirurgi fra 2013 til 2017, men regionen hadde likevel det høyeste nivået gjennom hele femårsperioden. Som figuren viser har variasjonen mellom regionene i andel dagkirurgi blitt noe mindre fra 2013 til 2017.

Figur 3: Utvikling i andel dagkirurgi for helseregionene, 2013-2017.



Andel dagkirurgi for helseforetakene

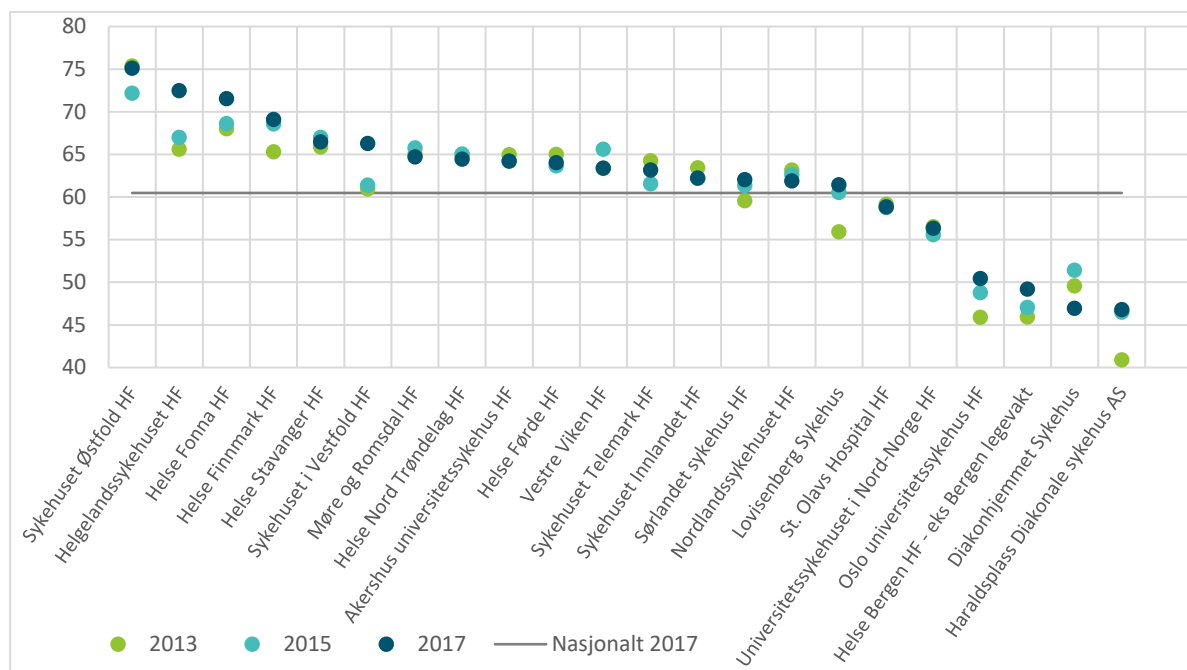
Figur 4 viser andel planlagt dagkirurgi for helseforetakene for årene 2013, 2015 og 2017. Ulikt nivå av andel dagkirurgi mellom helseforetakene kan skyldes ulik funksjonsfordeling og spesialisering mellom foretakene. Foretak som har spesialisert seg på en eller flere typer dagkirurgiske inngrep, vil naturlig nok ha høyere andel dagkirurgi enn foretak som ikke har samme funksjon. Blant de 22 helseforetakene som inngår i figuren varierte andelen planlagt dagkirurgi i 2017 fra 46,8 prosent til 75,1 prosent

Med bakgrunn i endringene som er gjort i finansieringen med økonomiske incentiver for å simulere til økt andel dagkirurgi, er det generelt forventet en økning i andel dagkirurgi i de fleste helseforetak. Endring i funksjonsfordeling og hvor stor utbredelse det er av private avtalespesialisert kan imidlertid trekke i motsatt retning. Enkelte helseregioner har arbeidet med å få ned omfanget av enkelte dagkirurgiske inngrep, noe som kan påvirke andelen dagkirurgi. I SKDE³ sitt atlas for dagkirurgi fant de blant annet at for meniskoperasjoner var det mer enn en halvering av antall inngrep fra 2013 til 2017 fra om lag 14 500 til 7 000.

³ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2018): Dagkirurgi i Norge 2013-2017.

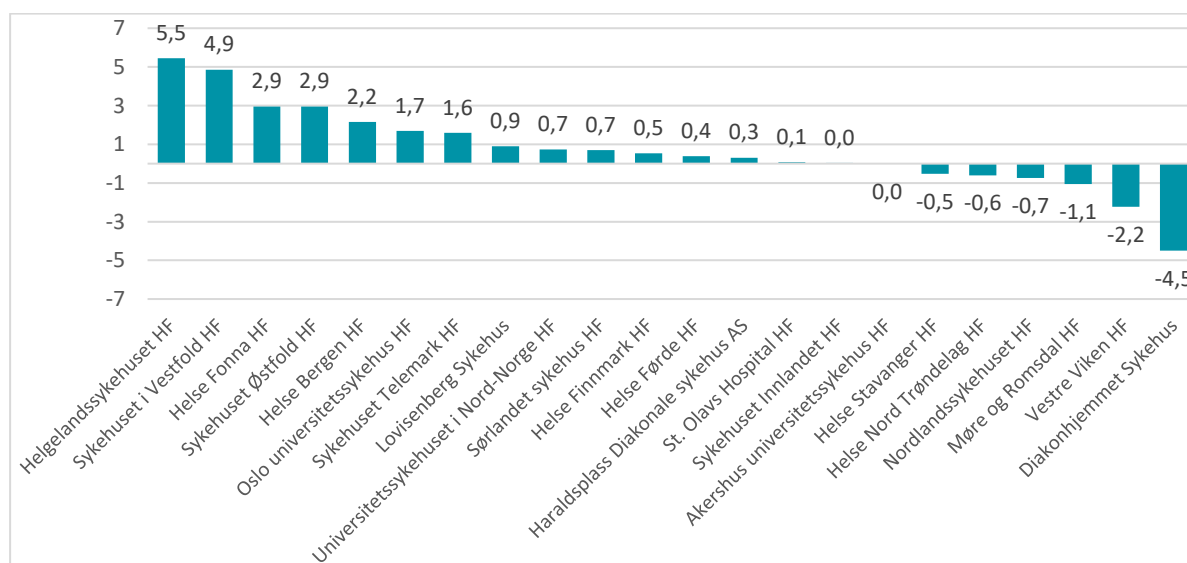
UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

Figur 4: Utvikling og nivå av andel planlagt dagkirurgi av all planlagt kirurgi for helseforetakene, 2013, 2015 og 2017.



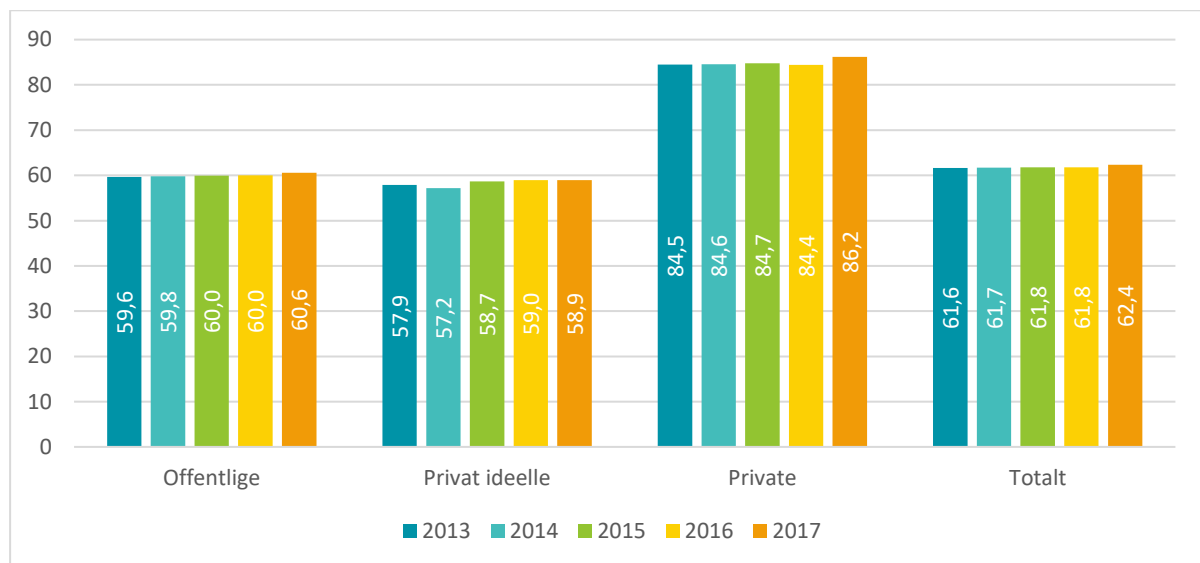
Av de 22 helseforetakene som inngår i figur 4, hadde 11 helseforetak en nedgang i andel planlagt dagkirurgi fra 2013 til 2017. Figur 5 viser endring i prosentpoeng fra 2015 til 2017. Endringen varierte fra en økning på 5,5 prosentpoeng til en nedgang på 4,5 prosentpoeng. Av de 22 helseforetakene hadde seks foretak en nedgang i andel dagkirurgi fra 2015 til 2017.

Figur 5: Endring i andel planlagt dagkirurgi av all planlagt kirurgi fra 2015 til 2017, angitt i prosentpoeng.



Figur 6 viser utvikling i andel dagkirurgi for offentlige, private ideelle⁴ og private sykehus⁵. Av all planlagt dagkirurgi i 2017 foregikk 83 prosent i offentlige sykehus, nesten syv prosent i private ideelle sykehus og 10 prosent i privat kommersielle sykehus. De privat ideelle sykehusene har noe lavere andel planlagt dagkirurgi enn de offentlige sykehusene. Utviklingen var lik for begge inndelingene, med en økning på ett prosentpoeng fra 2013 til 2017. De private ideelle sykehusene har noe høyere andel planlagte kirurgiske behandlinger med to eller flere liggedager. De private kommersielle har betydelig høyere andel planlagt dagkirurgi enn de offentlige og private ideelle sykehusene.

Figur 6: Utvikling i andel planlagt dagkirurgi av all planlagt kirurgi for offentlige sykehus, private ideelle og private kommersielle sykehus, 2013-2017.



⁴ Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Sykehus, Martina Hansens hospital, Betanien hospital, Haraldsplass Diakonale sykehus AS, Haugesund sanfor revm, Stiftelsen Betanien Bergen.

⁵ Aktivitet i private sykehus som er offentlig finansiert.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

3. Utvikling og variasjon etter foretaksområdene

I dette kapitlet beskriver vi utvikling og variasjon for områdene der helseforetakene har «sørge-for»-ansvar, omtalt som foretaksområder. Det er et mål at helsetjenestene i Norge skal være likeverdige, uavhengig av hvor i landet en bor. Noe variasjon mellom foretaksområdene vil være forventet og ønskelig, siden befolkningen i områdene kan ha ulike behov, for eksempel knyttet til en ulikhet i alders- og kjønnsfordeling og avstand til sykehus. Større forskjeller mellom områdene kan indikere at tilgangen til helsetjenestene ikke er lik for hele befolkningen.

Først i dette avsnittet presenterer vi tall som viser utviklingen i kirurgiske behandling etter hvor lenge pasienten ligger på sykehus. Tallene er korrigert for ulik sammensetning i kjønn og alder. Vi presenterer også tall der vi deler pasientene inn i grupper etter alder.

I avsnitt 3.1 viser vi utviklingstall for perioden 2013 til 2017. I disse tallene er planlagt aktivitet og øyeblikkelig hjelp ved offentlig finansiert sykehus inkludert, mens aktivitet hos avtalespesialistene er ekskludert⁶. Volumtall uten aktivitet hos avtalespesialistene gir et svakere grunnlag for å sammenligne nivåforskjeller mellom foretaksområdene, da bruk av avtalespesialisert varierer betydelig mellom foretaksområdene. For å få en bedre forutsetning for å vise variasjon mellom foretaksområdene vil vi i avsnitt 3.2 presentere tall for 2017 inklusive aktivitet hos avtalespesialistene. I disse analysene inngår kun planlagte behandlinger.

Vi har ikke informasjon om kirurgi som utføres uten offentlig finansiering, der behandlingen betales av pasienten selv eller av et forsikringsselskap. Det har fra 2013 til 2017 vært en kraftig økning i antall personer med privat helseforsikring, og i 2017 ble erstatning i forbindelse med behandlingforsikringer anslått til 982 millioner kroner⁷. Det er rimelig å anta at behandling som dekkes av forsikring eller av pasienten selv ikke fordeler seg likt mellom foretaksområder. Dette må tas med i betraktningen både ved tolkning av utviklingstallene 2013-2017, og for tall som viser variasjon mellom foretaksområdene i 2017.

3.1 Utvikling i all kirurgi 2013-2017

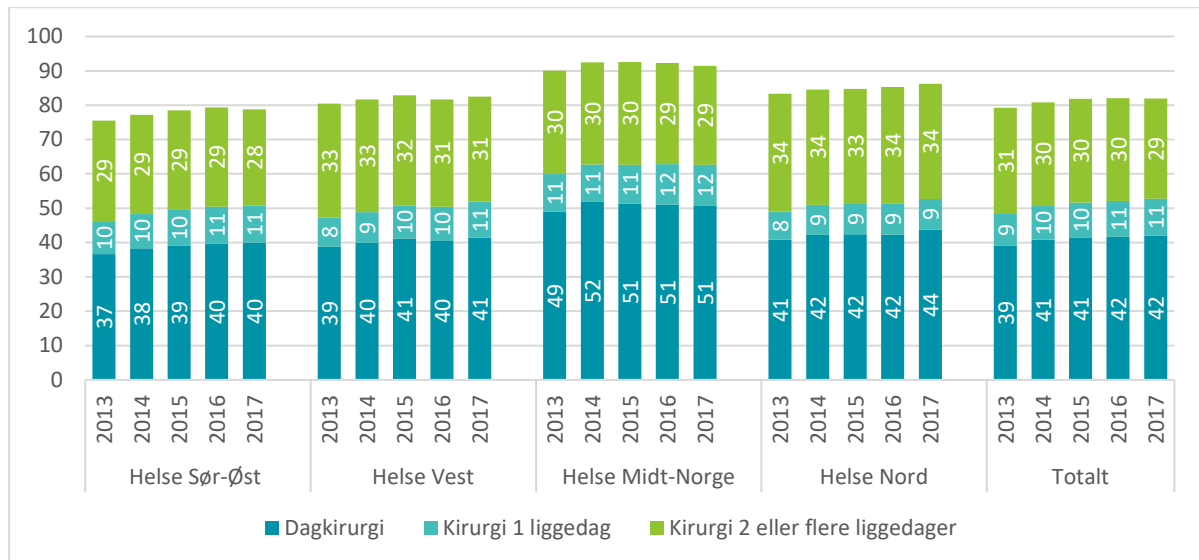
Utvikling i kirurgiske behandlinger for hele befolkningen

Fra 2013 til 2017 var det, for Norge totalt, en liten økning i antall kirurgiske behandlinger per innbygger, med et stabilt nivå de tre siste år (figur 7). Raten (behandlinger per 1 000 innbyggere) økte for dagkirurgi og for kirurgi med én liggedag. For kirurgi med to eller flere liggedager var det en reduksjon i raten, og alle regionen hadde en nedgang i denne typen opphold.

⁶ Grunnet noe manglende koding av pasientens hjemkommune de tidlige årene i perioden.

⁷ Dagkirurgi i Norge 2013-2017. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), 2018. (original kilde; kildewww.finansnorge.no)

Figur 7: Bruk av kirurgi etter hvor lenge pasienten ligger på sykehus for regionene, 2013-2017. Standardiserte rater.



Et flertall av foretaksområdene hadde en økning i antall dagkirurgiske behandlinger i femårsperioden. Sterkest vekst var det i området til OUS og Vestfold, mens Sogn og Fjordane og Lovisenberg-området hadde størst reduksjon. Sogn og Fjordane hadde et høyt nivå i 2013, og omtrent lik rate som Norge totalt i 2017. Lovisenberg hadde i 2017 den laveste raten for dagkirurgi. Det er rimelig å anta at befolkningen i Lovisenberg kan ha høyere bruk av for eksempel avtalespesialister enn befolkningen i andre områder. Siste år var det en reduksjon i raten for dagkirurgi i Midt-Norge, der nedgangen kom for Møre og Romsdal. Helse Sør-Øst holdt et stabilt nivå av dagkirurgi siste år (svak økning), men det var vekst ved områdene Østfold og Vestfold. Alle områdene knyttet til hovedstaden hadde en reduksjon i raten for dagkirurgi siste år.

Alle regionene hadde en vekst i kirurgi med én liggedag fra 2013 til 2017, også korrigert for befolkningsvekst. Helse Vest hadde sterkeste vekst både i femårsperioden og siste år, der Helse Stavanger-området hadde en tydelig økning. Lovisenberg, som hadde den sterkeste reduksjonen i dagkirurgi, var blant de områdene med størst vekst i antall kirurgiske opphold med én liggedag siste år.

De fleste foretaksområdene hadde reduksjon i antall kirurgiske behandlinger med to eller flere liggedager. For denne typen opphold hadde Helse Stavanger-området, Sogn og Fjordane og Helse Bergen-området størst prosentvis reduksjon fra 2013 til 2017.

Variasjonen⁸ mellom foretaksområdene i antall per innbygger for dagkirurgi og opphold med én liggedag ble redusert i perioden 2013 til 2017. For opphold med to eller flere liggedager var variasjonen mellom foretaksområdene omtrent uendret i perioden.

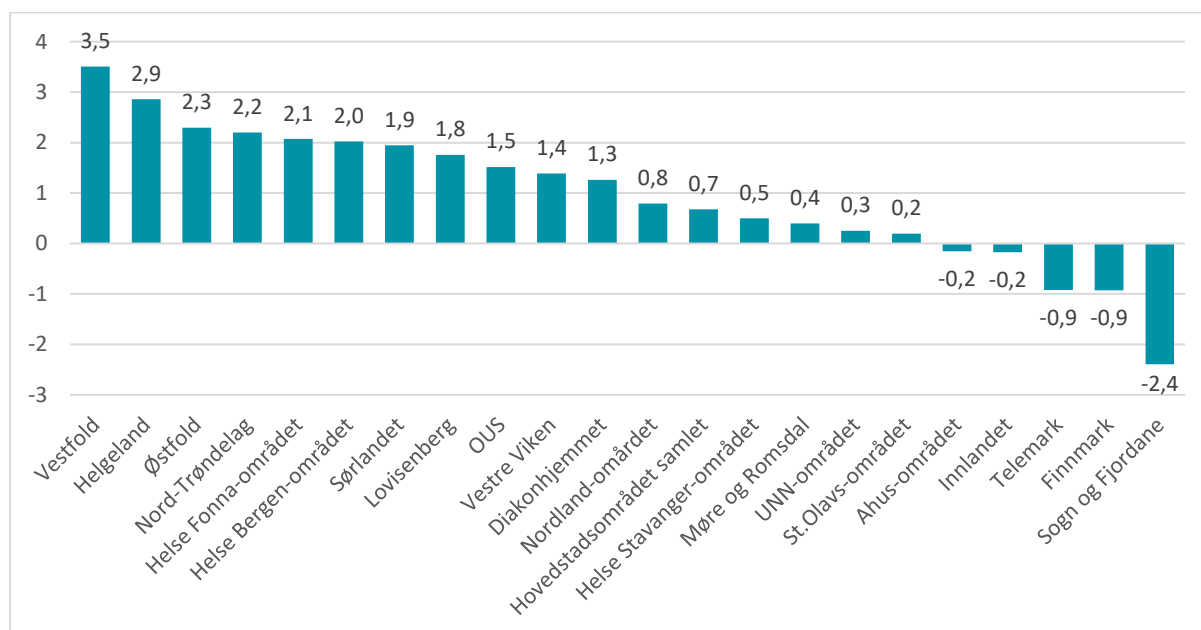
⁸ Variasjonskoeffisient: Standardavvik/gjennomsnitt*100.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

Andel dagkirurgi i foretaksområdene

Av all kirurgi blir i overkant av halvparten gjort som dagkirurgi for Norge totalt. Andelen dagkirurgi økte med et prosentpoeng fra 2013 til 2017, og var på 51,3 prosent i 2017. Økningen var litt sterkere siste år sammenlignet med tidligere i perioden.

Figur 8: Endring i andel dagkirurgi av all kirurgi fra 2013 til 2017, angitt i prosentpoeng.



De fleste foretaksområdene hadde en økning eller et stabilt nivå i andel dagkirurgi i perioden 2013 til 2017 (figur 8). Områdene Vestfold og Helgeland hadde størst vekst i andel dagkirurgi i femårsperioden. Åtte av foretaksområdene hadde en reduksjon i andel dagkirurgi det siste året (2016-2017), hvor Sogn og Fjordane hadde størst reduksjon. Andel dagkirurgi i Sogn og Fjordane økte fra 2013 til 2016, men ble redusert med 2,6 prosentpoeng siste år.

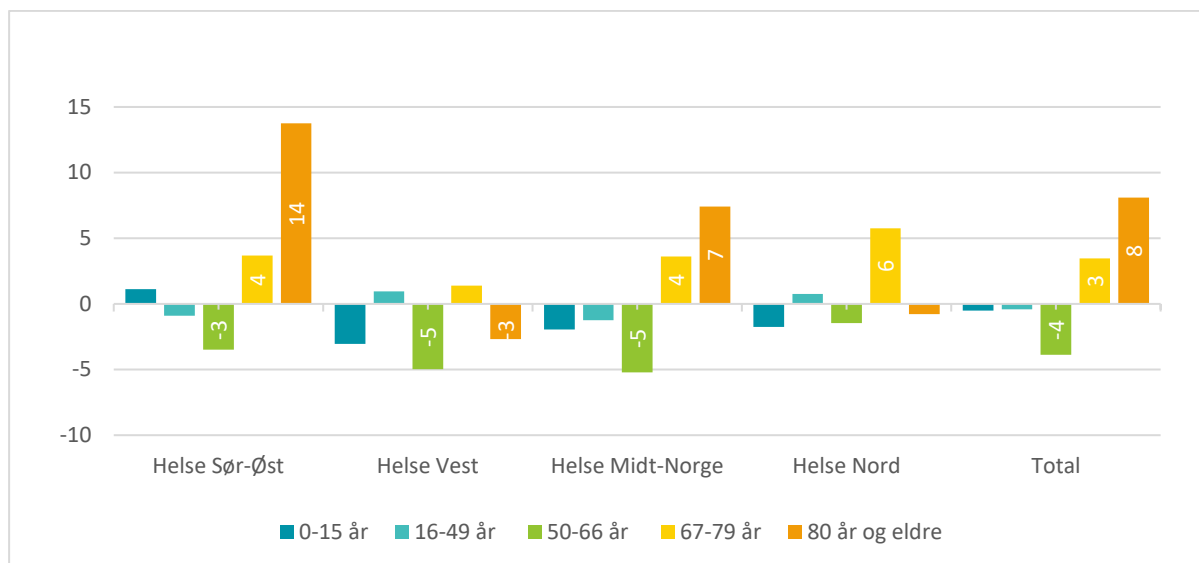
Utvikling i all kirurgi for aldersgrupper

For Norge samlet økte det faktiske antallet kirurgiske behandlinger (all kirurgi) med i overkant av fem prosent fra 2013 til 2017. For aldersgruppene opp til og med 66 år var det et stabilt nivå av kirurgi i denne perioden, mens aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre hadde en vekst på henholdsvis 20 prosent og 5 prosent. Pasienter i alderen 67 år og eldre sto for om lag en tredjedel av all behandling med kirurgi. Ti prosent av kirurgiske behandlinger gikk til pasienter på 80 år og eldre, både i 2017 og 2013. Andelen kirurgiske behandlinger for aldersgruppen 67 til 79 år økte med tre prosentpoeng fra 2013 til 2017, og var på 23 prosent i 2017.

Figur 9 viser endring i totalt antall behandlinger med kirurgi per 1 000 innbyggere fra 2013 til 2017 etter region og aldersgrupper. Aldersgruppen 67 til 79 år hadde en økning på 3,5 behandlinger per 1 000 innbyggere fra 2013 til 2017, tilsvarende økte raten med 8 behandlinger for aldersgruppen 80

år og eldre. Figuren viser at Helse Sør-Øst hadde en betydelig vekst i antall behandlinger per innbygger for 80 år og over. Helse Midt-Norge hadde også en relativt sterk vekst for denne aldersgruppen. Alle regionene hadde en vekst i totalt antall kirurgiske behandlinger per innbygger for aldersgruppen 67-79 år. Vestfold og Østfold hadde en sterk vekst i antall kirurgiske behandlinger for de eldste i befolkningen. I Helse Midt-Norge var det en økning i behandlinger for 80 år og over ved Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal, mens St. Olavs-området hadde redusert nivå.

Figur 9: Endring i totalt antall kirurgiske behandlinger per innbygger, 2013-2017.



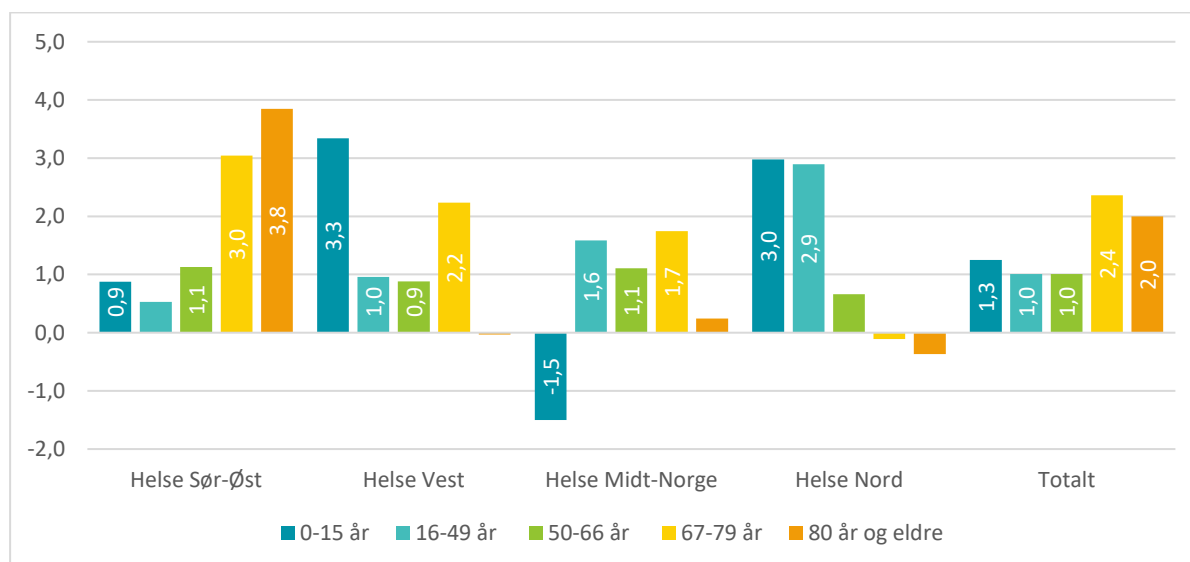
Utvikling i dagkirurgi for ulike aldersgrupper

Økning i andel dagkirurgi i perioden 2013-2017 for Norge totalt var sterkest for de to eldste aldersgruppene, som vist i figur 10. For aldersgruppen 67 til 79 år hadde alle regionene unntatt Helse Nord en økning i andel dagkirurgi. Veksten i andel dagkirurgi for 80 år og over kom hovedsakelig i Helse Sør-Øst.

For de eldste aldersgruppene var veksten i andel dagkirurgi størst ved områdene Østfold, Vestfold og Bergens-området. I Helse Midt-Norge var veksten i andel dagkirurgi for aldersgruppen 67 til 79 år i hovedsak knyttet til økt nivå ved Nord-Trøndelag, mens St. Olavs-området hadde et svakt redusert nivå. I Helse Vest var det en vekst i andel dagkirurgi for aldersgruppen 0 til 15 år. Denne veksten kom ved Helse Bergen-området og Helse Fonna-området. I Helse Bergen-området økte andelen dagkirurgi med 12,6 prosentpoeng for denne aldersgruppen. Også ved Helse Nord var økningen i andel dagkirurgi størst for de yngste, der Helgeland hadde en vekst på 9,2 prosentpoeng.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

Figur 10: Endring andel dagkirurgi av all kirurgi 2013-2017, angitt i prosentpoeng.



3.2 Variasjon i planlagt kirurgisk behandling i 2017

Videre vil vi vise nivå og variasjon mellom foretaksområdene for planlagt behandling i 2017 der aktivitet hos avtalespesialistene er inkludert⁹. For Norge totalt ble 12 prosent av all planlagt kirurgi gjennomført dagkirurgisk hos en avtalespesialist i 2017. Andelen varierte fra 4 prosent i foretaksområdene med lavest bruk av avtalespesialister til 21 prosent i de foretaksområder med høyest bruk av avtalespesialister.

Variasjon mellom foretaksområder 2017

For offentlig finansiert aktivitet i sykehus utgjorde planlagt kirurgi 80 prosent av all kirurgi på nasjonalt nivå og på regionnivå i 2017. For foretaksområdene varierte denne andelen fra 78 prosent til 83 prosent. Dersom aktivitet hos avtalespesialistene inkluderes øker andelen planlagt kirurgi med 2 prosentpoeng på nasjonalt nivå.

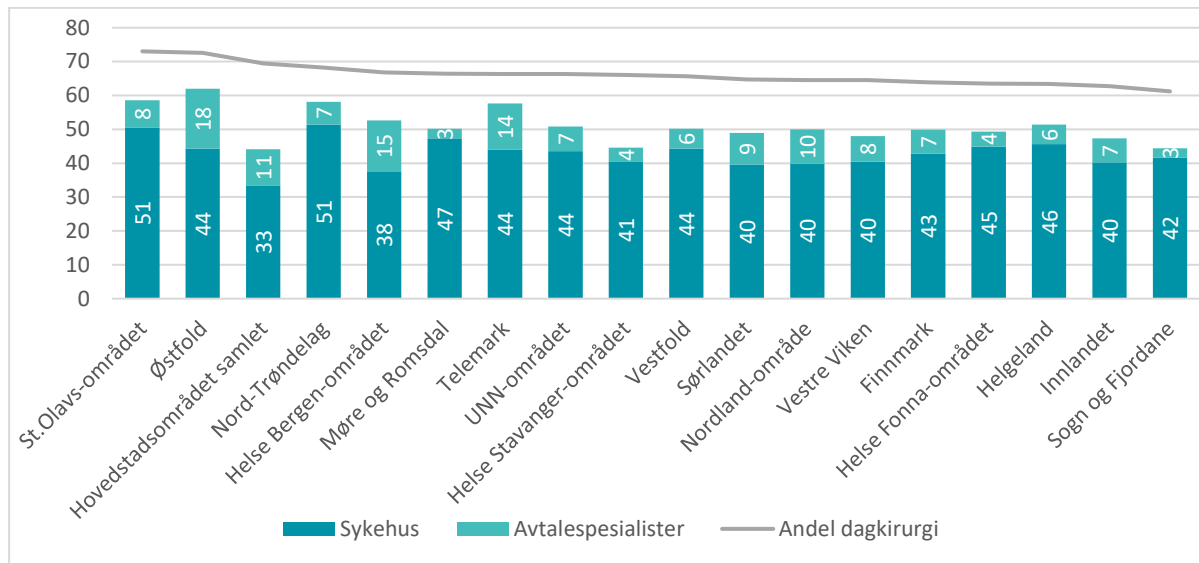
Alder har betydning for hvor stor andel av kirurgien som er planlagt. For de eldste pasientene, 80 år og over, var andelen planlagt kirurgi 72 prosent (inklusive avtalespesialister). Høyest andel planlagt kirurgi med 85 prosent var det for pasienter i alderen 50 til 79 år. Alder har også betydning for hvor stor andel av behandlingen som foregår hos en avtalespesialist. For de eldste pasientene ble i underkant av 20 prosent av planlagt kirurgi utført dagkirurgisk gjort hos en avtalespesialist. Tilsvarende andel for aldersgruppen 16 til 49 år var på 7 prosent.

Figur 11 viser bruk av dagkirurgi for befolkningen i foretakenes opptaksområder inklusive aktivitet hos avtalespesialistene. Det er ikke en klar sammenheng mellom andel dagkirurgi og dagkirurgi per

⁹ Vi har ikke data som viser bydelsinndeling for avtalespesialistene. Tall for hovedstadsområdet presenteres derfor kun samlet.

innbyggere. Dagkirurgiske behandlinger per innbygger hos avtalespesialister varierer betydelig mellom områdene, og bidrar til dels å jevne ut forskjeller mellom områdene i dagkirurgi per innbygger. Samtidig ser vi at høy andel dagkirurgi finnes både i områder med lav rate (hovedstadsområdet) og høy rate (Østfold, St. Olavs området).

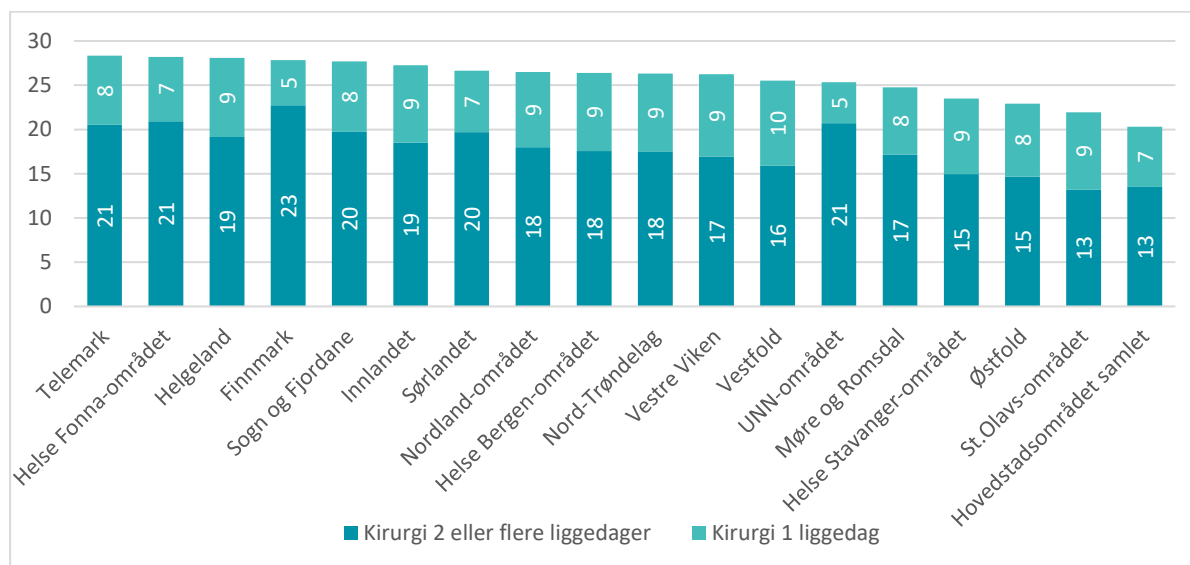
Figur 11: Dagkirurgiske behandlinger per 1 000 innbyggere ved sykehus og hos avtalespesialist, i 2017. Sortert etter andel dagkirurgi.



Det fremgår av figur 12 at foretaksområder med flere mindre og mellomstore kommuner har et høyere nivå av døgnekirurgi per innbygger sammenlignet med hovedstadsområdet og foretaksområder med større bykommuner. Noe av variasjonen kan forklares med at reisetid til sykehus er lengre for en større andel av områdets befolkning. Noen foretaksområder med høyt nivå av dagkirurgi har et lavt nivå av døgnopphold med kirurgi. Dette gjelder for eksempel for Østfold og St. Olavs-området. Andre områder derimot, som for eksempel hovedstadsområdet og Helse Stavanger-området, har et lavt nivå av både dagkirurgi og døgnekirurgi.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

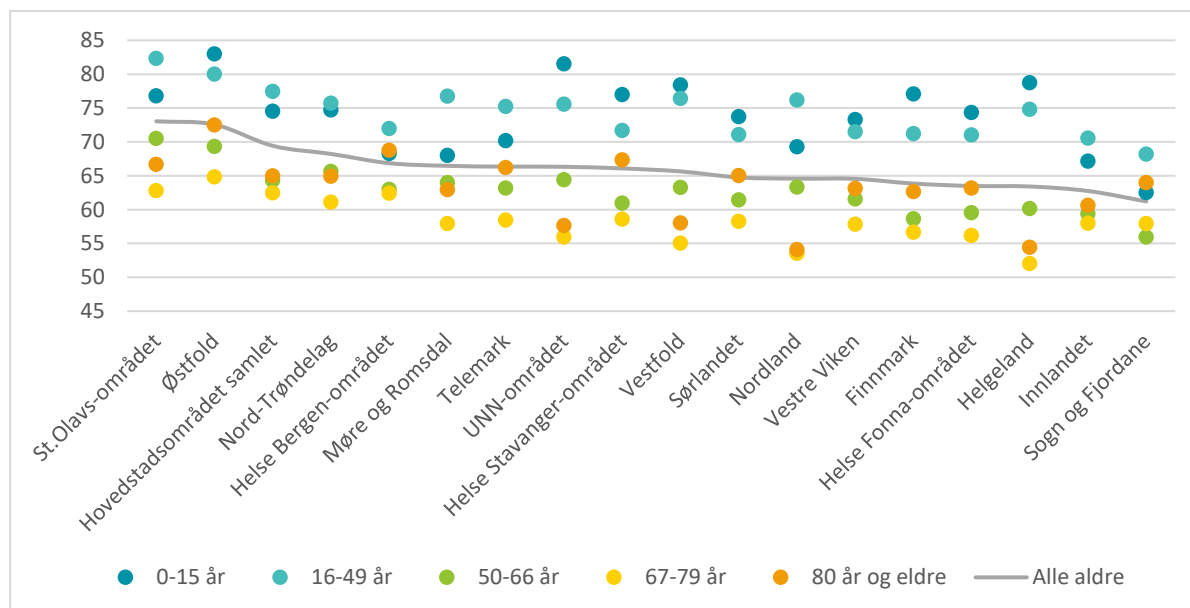
Figur 12: Døgnkirurgi per 1 000 innbyggere etter pasientens liggetid og foretaksområdene, i 2017. Standardiserte rater.



Variasjon mellom foretaksområdene for ulike aldersgrupper

Figur 13 viser andel dagkirurgi for ulike aldersgrupper i foretaksområdene i 2017. Andelen dagkirurgi er høyest for de yngste aldersgruppene og lavest for aldersgruppen 67-79 år.

Figur 13: Andelen dagkirurgi av all planlagt kirurgi etter aldersgrupper og foretaksområde i 2017. Sykehus og avtalespesialister.

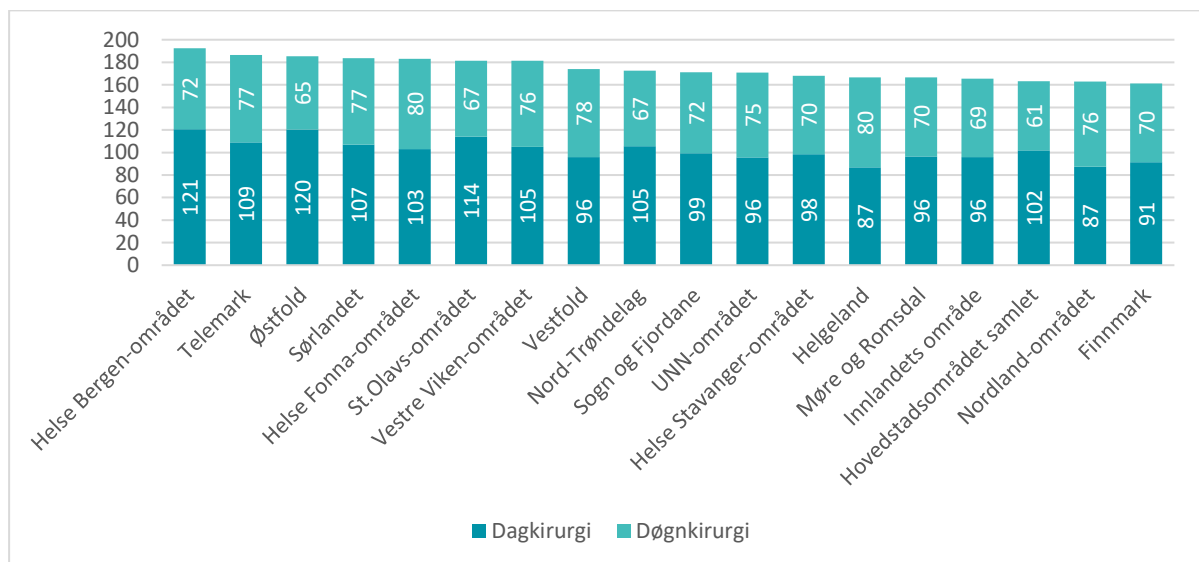


Helgeland og UNN-området hadde en forskjell på i overkant av 26 prosentpoeng for den aldersgruppen med høyst andel dagkirurgi versus aldersgruppen med lavest andel dagkirurgi. Ved Helse Bergen-området var det kun ti prosentpoeng i forskjell mellom aldersgruppe med høyst andel dagkirurgi og aldersgruppe med lavest andel dagkirurgi.

I 2017 sto pasienter i alderen 67 år og eldre for omtrent en tredjedel av all kirurgi. Figur 14 og figur 15 viser bruk av kirurgi per innbygger for de to eldste aldersgruppene etter foretakenes opptaksområder. For aldersgruppen 67 til 79 år hadde Helse Bergen-området høyest rate for kirurgi totalt, mens Finnmark hadde lavest. Helse Fonna-området og Helgeland hadde høyest rate for døgnekirurgi, mens Hovedstadsområdet og Østfold hadde lavest.

Andelen dagkirurgi varierte fra 52 prosent ved Helgeland til 65 prosent ved Østfold. I tillegg til Østfold hadde St. Olavs-området, hovedstadsområdet samlet og Helse Bergen-området høy andel dagkirurgi for denne aldersgruppen.

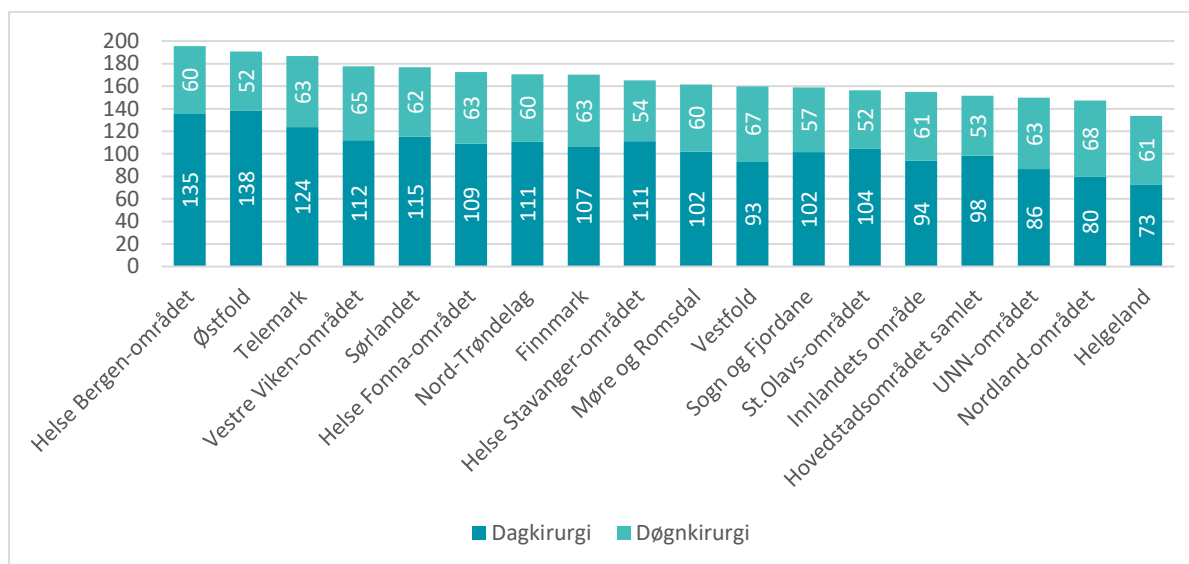
Figur 14: Dag- og døgnekirurgi per 1 000 innbyggere etter foretaksområde, 67-79 år, i 2017. Sykehus og avtalespesialister.



For aldersgruppen 80 år og eldre var raten for kirurgi totalt høyest i Helse Bergen-området, Østfold og Telemark. Disse områdene hadde en høy rate for dagkirurgi. Østfold har, sammen med St. Olavs-området, lavest rate for døgnekirurgi. Nordland-området og Vestfold hadde flest døgnekirurgisk opphold per innbygger for denne aldersgruppen. Andel dagkirurgi varierte fra 54 prosent ved Helgeland og Nordland-området til 73 prosent ved Østfold.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

Figur 15: Dag- og døgnkirurgi per 1 000 innbyggere etter foretaksområde, 80 år og eldre, i 2017. Sykehus og avtalespesialister.



4. Datagrunnlag

Datagrunnlaget for dette notatet er rapporterte pasientdata til Norsk pasientregister (NPR), som omfatter offentlig finansierte behandlingsepisoder ved helseforetak, private sykehus og hos avtalespesialister i Norge.

Definisjon av kirurgi, hastegrad og liggetid

Kategorisering i kirurgi og medisin bestemmes av om døgnoppholdet grupperes i en kirurgisk DRG eller ikke. For å bli gruppert i en kirurgisk DRG må det være registrert minst en operasjonsstuekrevene prosedyre. Dagkirurgi er definert som behandling klassifisert i en kirurgisk DRG med liggetid lik 0, uavhengig om dette er registrert som et avdelingsopphold eller som en poliklinisk kontakt.

Kategorisering i øyeblikkelig hjelp versus planlagt skjer ut fra registrert hastegrad. Alle fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 390-391) er definert som øyeblikkelig hjelp. Det er ulik registreringspraksis vedrørende hastegrad ved sykehusene som er årsaken til behovet for denne definisjonen.

Antall liggedøgn er utskrivningsdato minus innleggelsesdato.

Helseforetak

Data for helseforetakene og private sykehus er eksklusive Sunnaas sykehus, Revmatismesykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt.

Foretaksområde

Bostedsområdene er sammenfallende med helseforetakenes 'sørge for-ansvar'. I dette notatet blir bostedsområde omtalt som foretaksområde. Det tas utgangspunkt i pasientens bosted og er uavhengig av hvilket sykehus pasienten ble behandlet ved. Pasienter som ikke er registrert med gyldig bosted, er ekskludert.

Datagrunnlaget for avtalespesialistene inkluderer ikke opplysninger om bydeler i Oslo. Når data fra avtalespesialister inkluderes blir hovedstadsområdet håndtert som et samlet område.

Rater (per 1 000 innbyggere) for befolkningen totalt er kjønn- og aldersstandardisert. Befolkningstall brukt i beregning av rater er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år. Uregistrerte bydeler i Oslo er fordelt etter befolkningsgrunnlaget i de respektive bostedsområdene i Hovedstadsområdet.

Avtalespesialister

Det er benyttet en vid definisjon av dagkirurgi hos avtalespesialistene i denne analysen. Seleksjonen er kun basert på registrerte takstkoder, og kontakter med minst en av følgende takstkoder registrert er definert som dagkirurgi: K01a, K01d, K01e, K02a-g, K05a-c, 134a-b, 134e, 138, 140a-l, 143a, 143c, 143e-g.

UTVIKLING OG VARIASJON I KIRURGISK BEHANDLING 2013-2017

