

Kreftkirurgi i Helse Nord

2013-2016

Dette notatet gir en oversikt over hvilke institusjoner som utfører kreftkirurgi i Helse Nord RHF og omfanget av disse inngrepene i perioden 2013 til 2016, basert på tall fra Norsk pasientregister.

SKDE-notat 8. november 2017

Hanne Sigrun Byhring
Analytiker
hanne.sigrun.byhring@skde.no

Lise Balteskard
Analytiker
lise.balteskard@skde.no



Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
www.skde.no

1 Bakgrunn

Fagdirektør Geir Tollåli i Helse Nord RHF har bestilt en oversikt over hvilke sykehus som opererte kreftpasienter og hvor mange inngrep som ble gjort hvert år i Helse Nord i perioden 2013-2016. Det ønskes en analyse av de samme spesifikke kreftformer som er beskrevet i Helsedirektoratets publikasjon «Kreftkirurgi i Norge», IS-2284. I denne rapporten gis anbefalinger om hvilke minimumskrav som bør ligge til grunn for sykehus som de nærmeste årene skal utføre kirurgisk behandling av kreftpasienter:

1.1 Generelle minimumskrav til sykehus som skal utføre kreftkirurgi

- Kirurgisk behandling av kreft bør følge Helsedirektoratets nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med kreft
- Hvert sykehus bør ha et stort nok antall kirurger med relevant spesialisering til å drifte enheten med tilfredsstillende kvalitet hele året. Sykehus som baserer sin kirurgiske virksomhet på kun en fast spesialist eller vikarer bør ikke utføre kreftkirurgi, da kvalitet og sammenhengende pasientforløp ikke sikres tilstrekkelig
- Minimum tre, fast ansatte spesialister innen fagfeltet
- Sykehuset og den enkelte kirurg bør ha et adekvat volum av den aktuelle kreftform. På et generelt grunnlag anses ikke volum under 20 operasjoner per år per sykehus som tilstrekkelig til å opprettholde kompetanse innen fagområder som er i utvikling
- Avdelingen bør ha fullgode støttetjenester innen radiologi og laboratoriefag innad i samme sykehus
- Avdelingen bør ha et nært samarbeid med patolog, og fortrinnsvis med patologisk avdeling i samme sykehus. Patolog må være tilgjengelig under kirurgisk inngrep og i beslutningsmøter før og etter kirurgisk behandling
- Anestesi- og intensivkapasitet og tilgjengelige operasjonsstuer bør stå i forhold til avdelingens drift
- Sykehuset bør være godkjent utdanningsinstitusjon for framtidige kirurger innen det enkelte fagfelt
- Kvalitetsarbeid bør inngå som del av sykehusets og avdelingens daglige virksomhet, og personalressurser må avsettes til kvalitetsregistrering
- Sykehuset bør ha ukentlige tverrfaglige møter med tilstrekkelig kompetanse og nødvendig antall spesialister som er beslutningsdyktige
- Kvalitetsregistre internt i sykehuset bør være av en slik kvalitet at sykehuset kan offentliggjøre sine resultater og hvert sykehus bør levere fullverdige data til nasjonale kvalitetsregistre
- Sykehuset bør drive fagutvikling og forskning innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis i et regionalt eller nasjonalt forskningsnettverk

2 Datakvalitet

En mulig feilkilde ved bruk av data fra Norsk pasientregister (NPR), er feilkoding og ulik kodepraksis. Feilkoding er det tilnærmet umulig å korrigere for. I denne rapporten er det forsøkt tatt høyde for ulik kodepraksis ved at sentrale fagpersoner ved UNN og NLSH innenfor de aktuelle kirurgiske områdene er forespurt om diagnose- og prosedyrekoder. På den måten øker sannsynlighet for at utvalget fra NPR er så riktig som mulig. Den største feilkilden er nok at pasienten ved utskrivelse har en usikker kreftdiagnose (oftest D37 - D44) ettersom endelig svar fra patologen ikke har kommet innen frist for at epikrisen skal skrives. Når histologisvar foreligger, er det ikke alltid at en diagnosekode som beskriver godartet svulst, cyste, eller mulig kreft, korrigeres. Dermed forsvinner muligheten til å karakterisere det kirurgiske inngrepet som «kreftkirurgi». Et alternativ kan være å inkludere alle diagnosekodene D37 - D44 Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial i for de aktuelle organene. Da risikoen er stor for også å inkludere ikke-kreft, har vi valgt å avstå fra dette.

3 Metode

Det er behandlende institusjoner i Helse Nord for årene 2013, 2014, 2015 og 2016 som er med i analysen. Til og med 2015 er det i innrapporterte data for inneliggende pasienter til NPR mulig å skille mellom institusjonene på sykehus-nivå. I 2016 er det ikke mulig å skille mellom sykehus, kun mellom helseforetak. Dette skyldes en feil i innrapporteringen for inneliggende pasienter fra sykehusene til NPR med den konsekvens at det blir mindre finmaskede resultater.

3.1 Datakilde

SKDE har konsesjon på data fra NPR for de siste 5 år, dvs for 2012-2016. Til denne analysen er det hentet data fra avdelingsoppholdsfilene for årene 2013-16. Når data benyttes fra NPR er forfatterne eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

3.2 Valg av diagnose- og prosedyrekoder

Utvalget er gjort med bakgrunn i en kombinasjon av diagnosekoder (ICD-10) og prosedyrekoder (NCSP), - se vedlegg 1. Diagnose- og prosedyrekoder som er brukt, er forsøkt kvalitetssikret av erfarne kirurger ved UNN Tromsø og NLSH Bodø innenfor de ulike fagområdene. «Kreftkirurgi» er her definert som såkalt «avansert» kirurgi der hensikten er å fjerne kreftsykdommen. Lindrende tiltak som f.eks. innleggelse av stent for å sikre avløp/passasje, reseksjon av prostata eller blære for å stoppe blødning/sikre avløp, avlastende stomi o.l. er ikke del av denne analysen. Utgangspunktet for denne rapporten har vært kreftformer nevnt i Helsedirektoratets rapport. Noen kreftkirurgiske inngrep vil derfor savnes slik som inngrep ved hjernesvulst og øre-nese-halskreft.

4 Resultater og kommentarer

Alle tabellene fremstiller antall operasjoner fordelt på behandlende institusjon i 4-årsperioden 2013-2016. Der det er oppgitt andel som er utført «robotassistert», er dette kun oppgitt for UNN Tromsø og NLSH Bodø ettersom robot kun finnes på disse institusjonene i Helse Nord. UNN Tromsø har hatt robot i hele perioden for denne rapporten, NLSH fikk robot i 2016.

4.1 Gastrokirurgiske kreftoperasjoner

Tabell 1: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i spiserør (øsofagusreseksjon)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				16
UNN Tromsø	12	17	9	

Tabell 2: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i magesekk (ventrikelreseksjon og gastrektomi)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				18
UNN Tromsø	29	17	23	
UNN Harstad	1			

Tabell 3: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i bukspyttkjertel (pancreasreseksjon)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				21
UNN Tromsø	10	16	20	

Tabell 4: Antall kirurgiske operasjoner på primær leverkreft og levermetastaser (leverreseksjon)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				49
UNN Tromsø	22	33	36	

Kreftkirurgiske inngrep på øvre og midtre del av mage-tarmkanalen gjøres kun ved UNN Tromsø. Det er årlig variasjon i antall inngrep, med en nokså stabil trend med unntak av inngrep på lever som synes å ha en økning i perioden. En utvidet indikasjon for kirurgi på levermetastaser kan være en forklaring.

Tabell 5: Antall kirurgiske operasjoner på tykktarmskreft (colonreseksjon eller colectomi)

	2013	2014	2015	2016
Finnmarkssykehuset HF				19
Klinikk Kirkenes		1	2	
Klinikk Hammerfest	17	16	24	
UNN HF				119
UNN Tromsø	61	62	67	
UNN Harstad	38	28	34	
UNN Narvik	2	2		
NLSH HF				84
NLSH Vesterålen		1	3	
NLSH Bodø	79	57	85	
Helgelandssykehuset HF				41
Helgelandssykehuset Mo i Rana	28	18	25	
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	15	16	9	

Tabell 6: Antall kirurgiske operasjoner på endetarmskreft (reseksjon eller amputasjon av rektum) og andel som er utført «robotassistert» (gjelder kun Tromsø og Bodø)

	2013	2014	2015	2016	Andel robotassistert			
					2013	2014	2015	2016
UNN HF				77				62%
UNN Tromsø	64	67	55		25%	48%	75%	
UNN Harstad	3							
NLSH HF				30				17%
NLSH Bodø	15	22	16					
Helgelandssykehuset Mo i Rana		1						

Det er et relativt mange inngrep på grunn av kreft i tykk- og endetarm. Det er årlige svingninger, men ingen sikker trend som viser økning i antall inngrep. Kirurgi på tykktarmskreft ble funksjonsfordelt i 2010 og skal fortrinnsvis utføres ved de seks

sykehusene i Hammerfest, Tromsø, Harstad, Bodø, Rana og Sandnessjøen. Når man ser at andre sykehus har utført et lavt antall inngrep, er det sannsynlig at pasienten har kommet inn med en «øyeblikkelig hjelp»-tilstand i buken med behov for akutt kirurgi. Funksjonsfordelingen synes derfor å fungere etter intensjonen. Å dokumentere sine resultater i nasjonale registre er viktig. Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft viser endepunkt som tilbakefall og overlevelse. NoRGasT registrerer komplikasjoner til mage-tarmkirurgi.

Kirurgi på endetarmskreft utføres i Tromsø og Bodø. Volumet er størst i Tromsø og dette skyldes at lokalavanserte svulster og svulster med knapp margin til reseksjonsrand (den mesorektale fascie) er funksjonsfordelt til behandling i Tromsø. Dette gjelder i praksis mange av de pasienter som får strålebehandling i forkant av kirurgi. Stadig større andel av inngrepene på endetarmskreft ved UNN blir utført med robotassistanse. Bodø startet opp med sin robot i 2016 og er kommet i gang med robotkirurgi ved endetarmskreft.

4.2 Urologiske kreftoperasjoner

Tabell 7: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i nyre og nyrebekken (nefrektomi og nyre-sparende kirurgi) og nyrebekken og andel som er utført «robotassistert» (gjelder kun UNN Tromsø og NLSH Bodø)

	2013	2014	2015	2016	Andel robotassistert			
					2013	2014	2015	2016
UNN HF				53				30%
UNN Tromsø	21	33	39		10%	12%	15%	
UNN Harstad	9	14	19					
NLSH HF				46				
NLSH Bodø	23	26	27					

Tabell 8: Antall kirurgiske operasjoner på blærekreft (cystektomi)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				21
UNN Tromsø	19	19	20	
NLSH HF				7
NLSH Bodø	7	8	8	

Tabell 9: Antall kirurgiske operasjoner på prostatakreft (prostatektomi) og andel som er utført «robotassistert»

	2013	2014	2015	2016	Andel robotassistert			
					2013	2014	2015	2016
UNN HF				108				96%
UNN Tromsø	107	101	98		69%	84%	83%	
NLSH HF				32				31%
NLSH Bodø	24	14	37					

Kirurgi ved urologisk kreft (nyre/nyrebekken, blære, prostata) utføres stort sett i Tromsø og i Bodø, men UNN Harstad har 15-20 årlige inngrep ved kreft i nyre og nyrebekken. Det er relativt stabile tall i perioden for alle inngrep bortsett fra for nyre/nyrebekken som både ved UNN og i Bodø har hatt en dobling av antall inngrep i løpet av 4-års perioden. De fleste prostatektomier gjøres robotassistert i Tromsø, mens Bodø er i gang fra 2016. En økende andel inngrep ved kreft i nyre/nyrebekken gjøres robotassistert i Tromsø.

Tabell 10: Antall kirurgiske operasjoner ved testikkelkreft (orchidektomi og fjerning av retroperitoneale lymfeknuter)

	2013	2014	2015	2016	Fjerning av lymfeknuter			
					2013	2014	2015	2016
Finnmarkssykehuset HF				1				
Klinikk Kirkenes			1					
Klinikk Hammerfest		3	3					
UNN HF				20				1
UNN Tromsø	9	7	17		1	1	1	
UNN Harstad	1		1					
UNN Narvik	1		5					
NLSH HF				11				
NLSH Vesterålen			1					
NLSH Lofoten		1						
NLSH Bodø	6	11	5					
Helgelandssykehuset HF				3				
Helgelandssykehuset Mosjøen	6	3	2					
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	2							

Kirurgisk fjernelse av testikkel ved mistanke om kreft, er et relativt enkelt kirurgisk inngrep som kan gjøres på alle sykehus. Det er et relativt stabilt antall inngrep i perioden, - 25-35 inngrep. Det ser ut som at UNN behandler flere pasienter enn tidligere. Dette kan være som en konsekvens av innføring av pakkeforløp for kreft i 2015, der onkolog skal tidlig inn og delta i beslutning om videre tiltak. Fjerning av lymfeknuter i bekken og buk (retroperitonealt glandeltolett) gjøres svært sjeldent, - ca en gang pr. år for pasienter bosatt i Helse Nord.

4.3 Gynekologiske kreftoperasjoner

Tabell 11: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i livmor (hysterektomier) og andel som er utført «robotassistert» (gjelder kun UNN Tromsø og NLSH Bodø)

	2013	2014	2015	2016	Andel robotassistert			
					2013	2014	2015	2016
UNN HF				61				82%
UNN Tromsø	48	51	59		81%	82%	86%	
UNN Harstad	1		1					
UNN Narvik	1	1						
NLSH HF				2				
NLSH Bodø	4		2					
Helgelandssykehuset Mo i Rana	1							

Tabell 12: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i livmorhals (hysterektomier) og andel som er utført «robotassistert» (gjelder kun UNN Tromsø og NLSH Bodø)

	2013	2014	2015	2016	Andel robotassistert			
					2013	2014	2015	2016
UNN HF				11				100%
UNN Tromsø	12	13	15		92%	92%	87%	

Tabell 13: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i eggstokk og eggleder (ooforektomi, salpingo-ooforektomi, salpingektomi) og andel som er utført «robotassistert» (gjelder kun UNN Tromsø og NLSH Bodø)

	2013	2014	2015	2016	Andel robotassistert			
					2013	2014	2015	2016
Klinikk Kirkenes	1							
UNN HF				37				8%
UNN Tromsø	20	33	31			15%	13%	
UNN Harstad			1					
NLSH Vesterålen	1		1					
NLSH Bodø	6	6	3					

Gynekologiske kreftoperasjoner (livmor, livmorhals og eggstokk/eggleder) gjøres hovedsakelig ved UNN Tromsø, - noen få inngrep ved NLSH Bodø. I følge Helse Nord's funksjonsfordeling kan all type gynekologisk kreftkirurgi foregå ved UNN, mens Bodø utfører kirurgi på pasienter med mindre avanserte kreft. Noen svært få inngrep gjøres ved andre sykehus. Mest sannsynlig er dette inngrep som er gjort i den tro at man har hatt med en godartet tilstand å gjøre. En livmor med knuter kan være oppfattet som muskelknuter (myoma uteri). Vevsundersøkelse i ettertid kan så ha vist kreftceller. Disse pasientene henvises til UNN Tromsø for reoperasjon eller stillingstaken til videre tiltak. Svært mange gynekologiske kreftkirurgiske inngrep ved UNN Tromsø gjøres robotassistert, særlig ved kreft i livmor og livmorhals.

4.4 Andre typer kreftoperasjoner

Tabell 14: Antall kirurgiske operasjoner på brystkreft inkl. forstadier til kreft (lumpektomi og mastektomi)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				191
UNN Tromsø	158	194	217	
UNN Harstad	1			
UNN Narvik		2		
NLSH HF				143
NLSH Bodø	131	171	145	
Helgelandssykehuset HF				4
Helgelandssykehuset Mo i Rana		3		
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	1	2	3	

For brystkreft er også forstadier til kreft med diagnosekoden «D05 Carcinoma in situ i bryst» inkludert fordi behandlingen er omtrent identisk med behandling for invasiv kreft. Noen pasienter får utført flere inngrep, gjerne fordi det første inngrepet ble utført med knapp margin til svulsten. Antall inngrep er derfor høyere enn antall nye pasienter som har fått diagnosen kreft. Ettersom en stor del av pasientene får utført brystbevarende kirurgi, er det også mulig å få ny kreft i samme bryst en gang til. Når hensikten er virksomhetskartlegging, er antall inngrep vurdert som mest hensiktsmessig å rapportere på. I alt hovedsak er det Tromsø og Bodø som opererer pasienter med brystkreft, noen flere i Tromsø enn i Bodø. Det utføres noen svært få inngrep på de andre sykehusene. Dette er gjerne pasienter som er svekket av annen sykdom og som ikke er kandidat for brystbevarende kirurgi og identifisering av vaktpostlymfeknute.

Tabell 15: Antall kirurgiske operasjoner på lungekreft inkl. metastaser (kilereseksjon, lobektomi, pneumektomi)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				54
UNN Tromsø	47	55	54	
NLSH HF				35
NLSH Bodø	26	29	29	

Kirurgi ved lungekreft og metastaser til lunge med fjernelse av mye eller deler av lungevev, gjøres i Tromsø og i Bodø. Det er en jevn økning i perioden sannsynligvis fordi indikasjon for kirurgi på primær lungekreft har endret seg og det samme for lungemetastaser.

Tabell 16: Antall kirurgiske operasjoner på kreft i skjoldbruskkjertel (reseksjon, lobektomi, tyreoidektomi)

	2013	2014	2015	2016
UNN HF				38
UNN Tromsø	18	28	24	
UNN Narvik	3		2	
NLSH HF				17
NLSH Bodø	26	11	14	

Ved kreft gjøres kirurgisk fjernelse av hele eller deler av skjoldbruskkjertelen (thyroidea). Disse inngrepene gjøres i Tromsø og Bodø, noen flere inngrep i Tromsø. Det er noe årlig variasjon, med en økning i Tromsø. Noen få inngrep er utført i Narvik. Disse kan være utført av kirurg som har ambulert fra Tromsø.

Tabell 17: Antall kirurgiske fjernelser av malignt melanom (eksisjon av hudlesjon eller arr) og antall fjernelser av vaktpostlymfeknute eller blokkdisseksjon i aksille eller lyske med samtidig diagnose malignt melanom

	2013	2014	2015	2016	Fjerning av lymfeknuter			
					2013	2014	2015	2016
Finnmarkssykehuset HF				9				
Klinikk Kirkenes	3	3	5					
Klinikk Hammerfest	2	3	3					
UNN HF				83				12
UNN Tromsø	55	68	78		10	32	48	
UNN Harstad	10	7	10					
UNN Narvik		1						
NLSH HF				32				11
NLSH Vesterålen	3	6	1					
NLSH Lofoten	2	2	5					
NLSH Bodø	26	23	12		2	7	8	
Helgelandssykehuset HF				30				
Helgelandssykehuset Mo i Rana	7	8	6					
Helgelandssykehuset Mosjøen	16	17	40					
Helgelandssykehuset Sandnessjøen		4						

Kirurgisk fjernelse av forandringer i hud som gir mistanke om malignt melanom, gjøres ofte i allmennpraksis. Noen henvises likevel til spesialisthelsetjenesten fordi lesjonen ligger utsatt til i ansikt eller på benete fremspring. Det kan også være behov for reoperasjon etter førstegangs-fjernelse med knapp margin. Det fremkommer av tabellen at volumet av slike inngrep øker ved UNN Tromsø muligens pga plastikkirurgisk kompetanse. Også ved NLSH Bodø og HLSH Mosjøen er det relativt mange slike inngrep. Avhengig av tykkelsen på melanomet er det indikasjon for å ta prøve av vaktpostlymfeknuten. Fjernelse av vaktpostlymfeknute i lyske og armhule eller blokkdisseksjon av lymfeknuter fra lyske eller aksille gjøres i økende antall med en uforklarlig nedgang i 2016 for UNN.

4.5 Oppsummering

Tabell 18: Antall kirurgiske operasjoner på ulike krefttyper, totalt for Helse Nord RHF.

	2013	2014	2015	2016
Blære	26	27	28	28
Bryst inkl. forstadier	291	372	365	338
Bukspyttkjertel	10	16	20	21
Eggstokk/eggleder	28	39	36	37
Endetarm	82	90	71	107
Lever inkl. metastaser	22	33	36	49
Livmor	55	52	62	63
Livmorhals	12	13	15	11
Lunge inkl. metastaser	73	84	83	89
Mage	30	17	23	18
Melanom	124	142	160	154
Nyre/nyrebekken	53	73	85	99
Prostata	131	115	135	140
Skjoldbruskkjertel	47	39	40	55
Spiserør	12	17	9	16
Testikkel	25	25	35	35
Tykketarm	240	201	249	263
Sum	1,261	1,355	1,452	1,523

I perioden er det en jevn økning på 20% i antall kirurgiske operasjoner på kreft i Helse Nord, fra 1 261 operasjoner i 2013 til 1 523 operasjoner i 2016. Av den totale økningen på 262 inngrep i perioden, er 254 (97%) lagt til UNN HF og NLSH HF. Mesteparten av økningen (omlag 75%) er det UNN HF som står for, hvor antall kreftoperasjoner har økt med 24% fra 783 i 2013 til 977 i 2016. Ved NLSH HF har antall kreftoperasjoner økt med 16% fra 379 i 2013 til 439 i 2016.

Tabell 19: Antall kirurgiske operasjoner ved UNN HF for noen utvalgte kreftformer som er funksjonsfordelt til flere sykehus enn UNN, fordelt på pasientens bosted (opptaksområde).

Krefttype	Pasientens bosted/ Opptaksområde	2013	2014	2015	2016
Bryst	UNN HF	156	193	211	180
	NLSH HF	3	2	4	6
	Andre		1	2	5
	Sum	159	196	217	191
Melanom	UNN HF	60	67	78	80
	NLSH HF	4	4	7	2
	Andre	1	5	3	1
	Sum	65	76	88	83
Skjoldbruskkjertel	UNN HF	18	27	23	31
	NLSH HF	2	1		5
	Andre	1		3	2
	Sum	21	28	26	38
Total		245	300	331	312

Det har vært en relativt stor økning i antall inngrep behandlet ved UNN for brystkreft, malignt melanom og kreft i skjoldbruskkjertelen i 4 års-perioden. Inngrep av denne typen utføres også ved andre helseforetak i Helse Nord, men disse har ikke en tilsvarende økning i antall operasjoner.

Som tabell 19 viser, skyldes økningen ved UNN først og fremst en økning i antall inngrep på pasienter fra opptaksområdet til UNN (inkluderer her både Troms og Finnmark, da ingen av disse inngrepene er funksjonsfordelt til Finnmarkssykehuset HF). Antallet inngrep utført på pasienter fra opptaksområdet til NLSH HF (hvor Helgeland er inkludert) og på pasienter fra andre RHF er lavt og relativt stabilt.

Vedlegg: Diagnose- og prosedyrekoder

Tabell 20: Diagnosekoder (ICD-10) og prosedyrekoder (NCSP)

Kreftform	Diagnosekoder	Prosedyekoder
<i>Gastrokirurgiske kreftoperasjoner</i>		
Spiserør	C15	JCC
Magesekk	C16	JDC, JDD
Bukspyttkjertel	C25	JLC00, JLC10, JLC11, JLC20, JLC30, JLC31, JLC40, JLC95, JLW
Lever	C22, C787	JJB (unntatt JJB06)
Tykkertarm	C18, C19	JFB20, JFB21, JFB30, JFB31, JFB33, JFB34, JFB40, JFB41, JFB43, JFB44, JFB46, JFB47, JFB50, JFB51, JFB53, JFB54, JFB60, JFB61, JFB63, JFB64, JFH
Endetarm	C20	JGB00, JGB01, JGB03, JGB04, JGB06, JGB07, JGB10, JGB11, JGB20, JGB30, JGB31, JGB33, JGB34, JGB96, JGB97
<i>Urologiske kreftoperasjoner</i>		
Nyre og nyrebekken	C64, C65	KAC, KAD
Blære	C67	KCC
Prostata	C61	KEC
Testikkel	C62	KFC00, KFC10, KFC96
Fjerning av lymfeknuter	C62	PJD53, PJD54, PJD63, PJD64
<i>Gynekologiske kreftoperasjoner</i>		
Livmor	C54, C55	LCD
Livmorhals	C53	LCD
Eggstokk/eggleder	C56, C57	LAE, LAF, LBE, LCD96, JAL30
<i>Andre typer kreftoperasjoner</i>		
Bryst	C50, D05	HAB00, HAB40, HAC10, HAC15, HAC20, HAC25, HAC99
Lunge	C33, C34, C78.0, C78.1, C78.2, C78.3	GCA50, GCA60, GCA63, GDB10, GDB11, GDB20, GDB21, GDC0, GDC1, GDC2, GDD0, GDD1, GDD2
Skjoldbruskkjertel	C73	BAA20, BAA25, BAA30, BAA40, BAA50, BAA60, BAA99
Melanom	C43	QAE10, QAE20, QAE30, QBE10, QBE20, QBE30, QCE10, QCE20, QCE30, QDE10, QDE20, QDE30, QXE10, QXE20, QXE30
Fjerning av lymfeknuter	C43	PJD42, PJD45, PJD52, PJD55
Robotassistert kirurgi	Alle	ZXC96