

Populasjonsbaserte behov for plastikkirurgiske inngrep

Bestilling fra Arthur Revhaug, K3K, UNN HF

I forbindelse med planlegging av framtidig drift av operativ aktivitet ved UNN HF er det framkommet et ønske om å planlegge ut fra et populasjonsperspektiv. Bestillingen gjelder fagområdet plastikkirurg. Det er ønsket nasjonale rater på sentrale prosedyrer fordelt på opptaksområdene (boområdene) til helseforetakene og et landsgjennomsnitt.

Med dette som grunnlagsdata skal det gjøres faglige vurderinger samt kliniske prioriteringer, for å estimere et framtidig behov i befolkningen som kan brukes til planarbeid.

I møte med avdelingsoverlege Erling Bjordal og overlege Thomas Sjøberg ved plastikkirurgisk seksjon samt klinikkrådgiver Inghild Nerland ved NO-klinikken er tre kliniske områder identifisert for nærmere analyse;

- **Bukplastikk**, som korreksjon etter bariatrisk kirurgi, men også uten sammenheng med bariatrisk kirurgi.
- **Mammoplastikk**; rekonstruksjoner og reduksjoner
- Avansert **hudrekonstruksjoner** eller eksisjoner i hode- halsområdet
- Avansert **sårbehandling** i forbindelse med decubitus og kroniske sår

Malignt melanom var opprinnelig på lista, men ble strøket. Det har vært endring i utredning og behandling av malignt melanom de siste årene. Aktiviteten som kan beskrives ved hjelp av analyser av data fra 2014 og tidligere er ikke representativ for framtidens aktivitet. For planarbeidet anbefales å framskaffes data om insidens av malignt melanom i regionen, andel med dyp vekst, andel med spredning til sentinel node osv.

Analyser utført av Lise Balteskard, SKDE, Helse Nord RHF, februar 2016

Metode

Datakilde; Norsk Pasientregister, personentydige data for årene 2008-2014. I resultatdelen framstilles kun data fra 2012-14. For å identifisere pasienter som har fått utført bariatrisk kirurgi tidligere enn 2012-14, er det søkt i datasettet fra 2008 og framover.

Det samme gjelder for å identifisere pasienter med tidligere brystkreftdiagnose.

Privat sykehusvirksomhet uten avtale med RHFene og dermed uten refusjonsrett, har SKDE ikke datatilgang på.

Bukplastikker og postbariatrisk kirurgi

Prosedyrekode (NCSP) på ventrikk (magesekk);

- JDF10 Ventrikkelbypass
- JDF11 Laparoskopisk ventrikkelbypass (høy-volumprosedyre)
- JDF96 Annen voluminnskrenkende operasjon på ventrikk (mest Gastric sleeve, lavt volum)
- JDF97 Annen laparoskopisk voluminnskrenkende operasjon på ventrikk (mest Gastric sleeve, lavt volum)

Prosedyrekode (NCSP) for bukplastikk;

- QBJ30 Korreksjon av abdominalt hudforkle

Diagnosekode (ICD-10) for fedme;

- E660 Fedme som skyldes høyt kaloriinntak
- E661 Legemiddelutløst fedme
- E662 Ekstrem fedme med alveolær hypoventilasjon
- E668 Annen spesifisert fedme
- E669 Uspesifisert fedme

Bariatrisk kirurgi er definert som opphold der NCSP-kodene på ventrikk (JDF10, JDF11, JDF9, JDF97) finnes og samtidig tilstedeværelse av diagnosen E66* Fedme.

Postbariatrisk kirurgi er definert som opphold som er kodet med NCSP-koden Korreksjon av abdominalt hudforkle (QBJ30) og der pasienten tidligere i forløpet (tidligere enn for 180 dager siden) har fått utført bariatrisk kirurgi. Det er ikke stilt krav om diagnose ved oppholdet der QBJ30 ble utført, da det ser ut som at det er spredt og ulik praksis for tilstandskodingen.

Bukplastikk uten bariatrisk kirurgi er definert som opphold der prosedyren QBJ30 er utført uten at bariatrisk kirurgi tidligere er identifisert i pasientforløpet.

Plastikkirurgiske inngrep på bryst

Rekonstruksjon av bryst er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- HAE00 Rekonstruksjon av mamma med protese
- HAE05 Rekonstruksjon av mamma med bløtvev og protese
- HAE10 Rekonstruksjon av mamma med transplantat eller lapp
- HAE20 Rekonstruksjon av areola og brystvorte med transplantat eller lapp
- HAE99 Annen rekonstruksjon av mamma

Reduksjonskirurg på bryst er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- HAD30 Reduksjonsmammoplastikk med transposisjon av areola
- HAD35 Reduksjonsmammoplastikk med transplantasjon av areola

Subkutan mastektomi er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- HAC10 Subkutan mastektomi med bevaring av brystvorte
- HAC15 Subkutan mastektomi med eksisjon av brystvorte

Brystløft er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- HAD40 Mastopeksi

Fjerning eller utskifting av brystprotese er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

HAD50 Fjerning av mammaprotese

HAD60 Utskifting av mammaprotese

Diagnosekoder (ICD-10) for kreft eller kreftlignende tilstander (her kalt brystkreft)

C50* Brystkreft

D05* Carcinoma in situ i bryst

Z80.3 Opplysning om ondartet svulst i bryst i familieanamnesen

Plastikkirurgiske inngrep på hud; eksisjoner, rekonstruksjoner, behandling av sår og hudfistler

Eksisjon av hudlesjon i hode-halsområdet er definert som opphold som er kodet med NCSP-koden

- QAE10 Eksisjon av hud fra hode eller hals

Rekonstruksjon ved huddefekt i hode-halsområdet er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- QAE35 Rekonstruksjon ved huddefekt på hode/hals etter kirurgi el skade
- QAE40 Rekonstruksjon v/anomali el sekvele etter sykdom i hud på hode/hals

Kirurgisk sårbehandling er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- QABxx Kirurgisk sårbehandling på hode og hals
- QBBxx Kirurgisk sårbehandling på trunkus
- QCBxx Kirurgisk sårbehandling av hud på overekstremitetene
- QDBxx Kirurgisk sårbehandling av hud på underekstremitetene

Kirurgisk behandling for kroniske sår og fistler er definert som opphold som er kodet med NCSP-kodene

- QAGxx Operasjoner for kroniske sår og hudfistler i hud på hode og hals
- QBGxx Operasjoner for kroniske sår og hudfistler på trunkus
- QCGxx Operasjoner for kroniske sår og hudfistler på overekstremitetene
- QDGxx Operasjoner for kroniske sår og hudfistler på underekstremitetene

Diagnosekoder (ICD-10) for liggesår (decubitus) og kroniske sår

L89 Decubitus

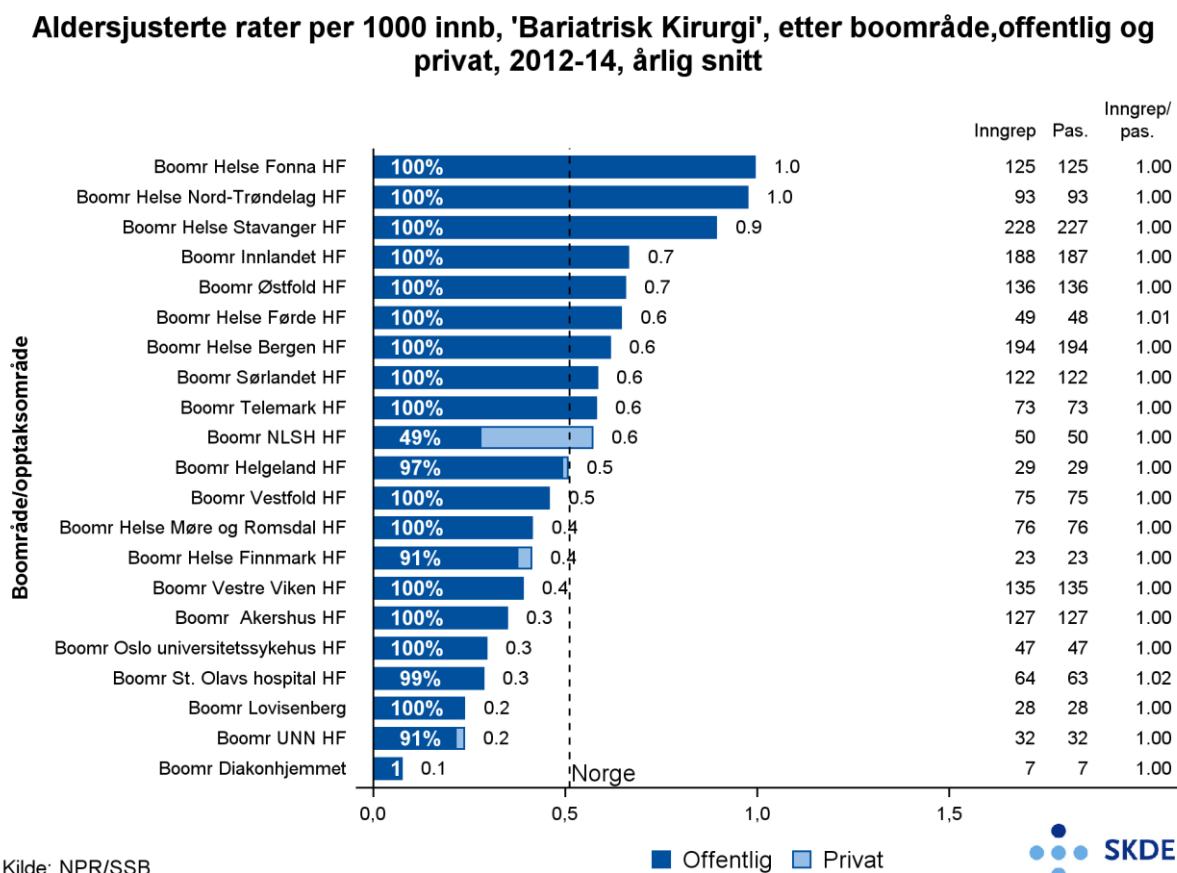
L98.4 Kronisk hudsår, ikke klassifisert annet sted

Resultater

Bariatrisk kirurgi, inngrep på magesekken i vektreduserende hensikt

Bosatte i UNN HF ligger langt under landsgjennomsnittet når det gjelder å være behandlet med bariatrisk kirurgi. Raten for bosatte i UNN HF er 20 % av de som bor i opptaksområdene til de som har høyest rate (Fonna, Nord-Trøndelag og Stavanger). Nordlandssykehuset fikk utført en del inngrep på privat sykehus i 2012, dette økt gjennomsnittet for perioden for dette boområdet. Bosatte i Helse Nord har et forbruk som ligger under landsgjennomsnittet.

Figur 1. Bariatrisk kirurgi, aldersjusterte rater, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (HF) og offentlig eller privat sykehus. Landsgjennomsnittet i stiplet linje



Det er ingen nasjonalt en økning i antall pasienter fra 2012 -2014, men en liten økning i Helse Sørøst og en nedgang i Helse Nord og Midt.

Helse Nord fikk utført 80 inngrep i 2012 ved private sykehus. Ellers er alle inngrep utført i de offentlige sykehusene.

Tabell 1. Antall pasienter i Norge som har fått utført bariatrisk kirurgi, fordelt på boområde (RHF) og år

Boområde (RHF)	2012	2013	2014
Boomr Helse Nord RHF	174	91	133
Boomr Helse Midt-Norge RHF	311	186	200
Boomr Helse Vest RHF	620	562	605
Boomr Helse Sør-Øst RHF	832	963	1016
Norge, totalt	1937	1802	1954

Tabell 2. Antall pasienter i Norge som har fått utført bariatrisk kirurgi, fordelt på boområde (HF) og år

Boområde (HF)	2012	2013	2014
Boomr Helse Finnmark HF	23	23	22
Boomr UNN HF	38	26	31
Boomr NLSH HF	93	14	42
Boomr Helgeland HF	20	28	38
Boomr Helse Nord-Trøndelag HF	129	76	73
Boomr St. Olavs hospital HF	96	45	51
Boomr Helse Møre og Romsdal HF	86	65	76
Boomr Helse Førde HF	55	46	45
Boomr Helse Bergen HF	226	151	206
Boomr Helse Fonna HF	114	136	125
Boomr Helse Stavanger HF	225	229	229
Boomr Østfold HF	131	138	139
Boomr Akershus HF	116	120	146
Boomr Oslo universitetssykehus HF	40	46	54
Boomr Lovisenberg	26	30	27
Boomr Diakonhjemmet	6	7	8
Boomr Innlandet HF	188	190	185
Boomr Vestre Viken HF	98	143	163
Boomr Vestfold HF	61	84	80
Boomr Telemark HF	59	93	66
Boomr Sørlandet HF	107	112	148
Norge, totalt	1937	1806	1954

Postbariatrisk kirurgi (kosmetisk korleksjon av hud på buk hos pasienter der det tidligere er utført bariatrisk kirurgi)

Det er anbefalt å vente i 1-2 år etter bariatrisk kirurgi før det utføres korrigerende kosmetisk kirurgi. Til denne analysens formål er det inkludert bukplastikker som er utført 180 dager eller mer etter bariatrisk kirurgi. En stor andel av denne virksomheten gjøres av de offentlige sykehusene, men for enkelte boområder som Helse Møre og Romsdal, Helse Bergen og Stavanger gjøres 70-80% av private sykehus som har refusjonsavtale med RHFene. Antallet pasienter som har fått utført postbariatrisk kirurgi er så lavt at det er ikke mulig å beregne aldersjusterte rater for disse. Men ser av de absolutte tallene at dette er et nesten ikke-eksisterende tilbud for de som er bosatt i UNN sitt opptaksområde.

Tabell 3. Antall pasienter i Norge som har fått utført postbariatrisk kirurgi, fordelt på boområde (RHF) og år

Boområde (RHF)	2012	2013	2014
Boomr Helse Nord RHF	19	20	36
Boomr Helse Midt-Norge RHF	61	72	122
Boomr Helse Vest RHF	72	92	162
Boomr Helse Sør-Øst RHF	115	163	133
Norge, totalt	267	347	453

Tabell 4. Antall pasienter i Norge som har fått utført postbariatrisk kirurgi, fordelt på boområde (HF) og år

Boområde (HF)	2012	2013	2014
Boomr Helse Finnmark HF	<5	<5	7
Boomr UNN HF	<5	<5	8
Boomr NLSH HF	8	7	11
Boomr Helgeland HF	6	7	10
Boomr Helse Nord-Trøndelag HF	31	26	43
Boomr St. Olavs hospital HF	15	18	27
Boomr Helse Møre og Romsdal HF	15	28	52
Boomr Helse Førde HF	5	13	10
Boomr Helse Bergen HF	34	48	79
Boomr Helse Fonna HF	17	19	43
Boomr Helse Stavanger HF	16	12	30
Boomr Østfold HF	19	24	19
Boomr Akershus HF	18	24	28
Boomr Oslo universitetssykehus HF	<5	7	8
Boomr Lovisenberg	<5	<5	<5
Boomr Diakonhjemmet	<5	<5	<5
Boomr Innlandet HF	18	31	26
Boomr Vestre Viken HF	17	31	16
Boomr Vestfold HF	16	18	5
Boomr Telemark HF	13	7	12
Boomr Sørlandet HF	7	18	15
Norge, totalt	267	347	453

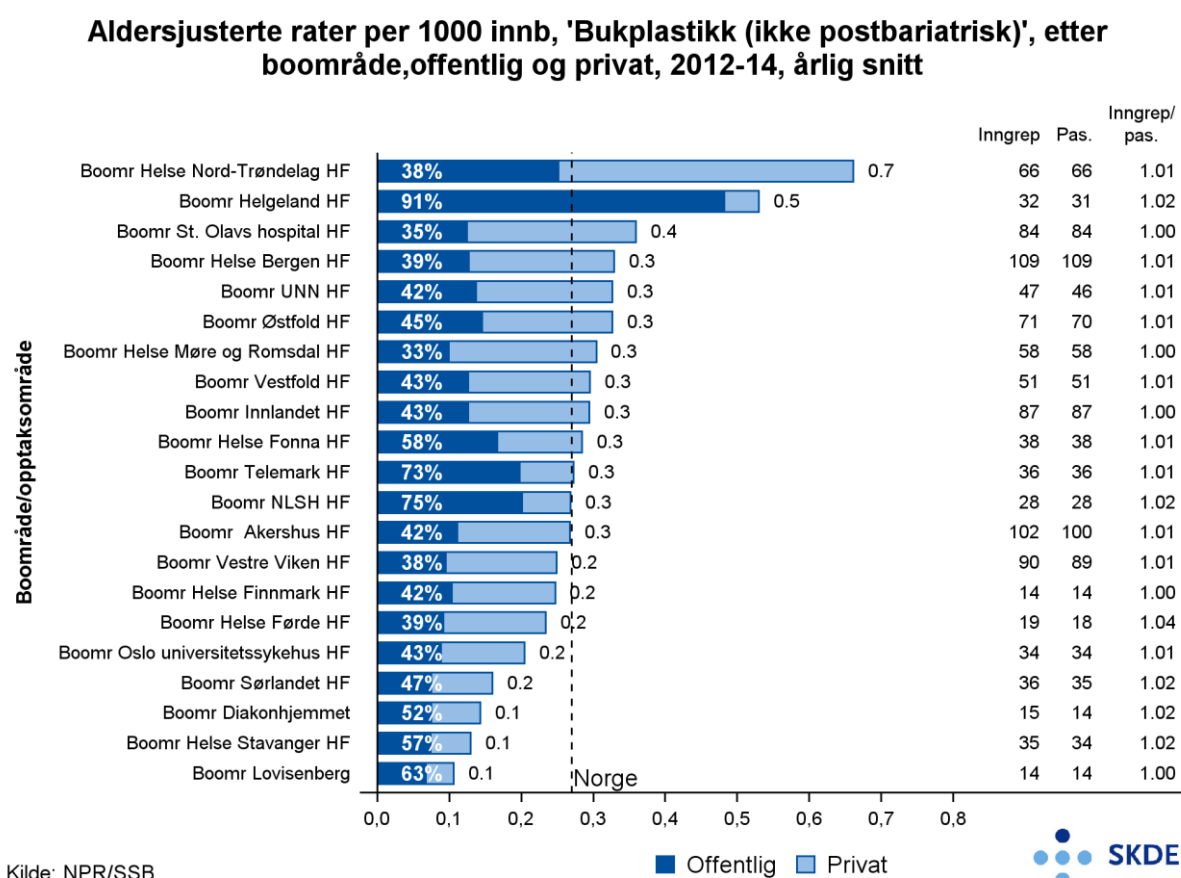
Dersom man forutsetter at det i framtida utføres bariatrisk kirurgi på linje med minimum landsgjennomsnittet (0.5 inngrep per 1000) vil det i Helse Nord, med sine 470 000 innb, forventes utført ca. 235 inngrep per år. I følge plastikkirurgene er det behov for korrigerende hudkirurgi med en faktor på 1,3 per pasient som opereres primært. Innfris landsgjennomsnittet for primærkirurgien vil det bli behov for ca 300 postbariatriske inngrep årlig for bosatte i Helse Nord, dvs nesten 10 ganger volumet av det som gjøres i dag.

Dersom det skal utføres postbariatrisk kirurgi på de som faktisk har fått utført bariatrisk kirurgi i 2014 og det forutsettes en faktor på 1,3, vil behovet i 2015 (eller 2016) vært ca. 170 inngrep, dvs 5 ganger volumet av det som gjøres i dag.

Bukplastikk uten bariatrisk kirurgi

Plastikk kirurgiske inngrep som er kodet med QBJ30, men der pasienten ikke har bariatrisk kirurgi i sitt pasientforløp, er kodet med en rekke ulike tilstandskoder. Dette er nok inngrep som varierer fra enkle korreksjoner av navlebrokk, gamle arr og strekkmerker etter graviditet til større inngrep. Bosatte i Helgeland og Nord-Trøndelag har et relativt høyt forbruk av denne type inngrep, mens det ellers ikke er så stor variasjon. UNN, Nordlandssykehuset og Finnmark plasserer seg rundt landsgjennomsnittet.

Figur 2. Bukplastikk utført på pasienter som ikke har kode for bariatrisk kirurgi (i NPR fra 2008), aldersjusterte rater, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (HF) og offentlig eller privat sykehus. Landsgjennomsnittet i stiplede linje



Tabell 5. Antall pasienter i Norge som har fått utført bukplastikk uten tidligere bariatrisk kirurgi, fordelt på boområde (RHF) og år.

Boområde (RHF)	2012	2013	2014
Boomr Helse Nord RHF	84	140	140
Boomr Helse Midt-Norge RHF	209	201	215
Boomr Helse Vest RHF	189	207	207
Boomr Helse Sør-Øst RHF	486	630	489
Norge, totalt	968	1178	1051

Tabell 6. Antall pasienter i Norge som har fått utført bukplastikk uten tidligere bariatrisk kirurgi, fordelt på boområde (HF) og år

Boområde (HF)	2012	2013	2014
Boomr Helse Finnmark HF	7	23	13
Boomr UNN HF	17	67	56
Boomr NLSH HF	28	26	31
Boomr Helgeland HF	32	24	40
Boomr Helse Nord-Trøndelag HF	61	70	67
Boomr St. Olavs hospital HF	81	79	92
Boomr Helse Møre og Romsdal HF	67	52	56
Boomr Helse Førde HF	14	16	26
Boomr Helse Bergen HF	106	116	106
Boomr Helse Fonna HF	33	34	48
Boomr Helse Stavanger HF	36	41	27
Boomr Østfold HF	88	76	48
Boomr Akershus HF	110	116	79
Boomr Oslo universitetssykehus HF	26	48	29
Boomr Lovisenberg	9	15	17
Boomr Diakonhjemmet	16	12	16
Boomr Innlandet HF	87	87	87
Boomr Vestre Viken HF	49	124	98
Boomr Vestfold HF	40	69	44
Boomr Telemark HF	42	31	35
Boomr Sørlandet HF	19	52	36
Norge, totalt	968	1178	1051

Plastikkirurgiske inngrep på bryst

Plastikkirurgiske inngrep på bryst (mamma) er klassifisert i 5 grupper, se metodeavsnittet. Volummessig er rekonstruksjonskirurgi den største gruppen, og særlig hvis man skiller ut de pasientene som har hatt brystkreft (C50), forstadium til kreft (D05) eller alvorlig brystkreftsykdom i familien (Z80.3). For de pasientene som ikke har hatt kreftliknede diagnoser er det inngrep som reduserer størrelsen på brystet (reduksjonsplastikk) som er volummessig størst. Å fjerne alt brystvevet og i samme seanse gjøre rekonstruksjon (subcutan mastektomi) samt utføre brystløft er inngrep med lite volum. Det samme gjelder å skifte eller fjerne brystproteser.

Det er så lavt antall i hver av gruppene at de egner seg ikke for selvstendig framstilling av rater. Det er derfor framstilt rater for de samlede prosedyrene, men splittet på om pasientene har en forhistorie på brystkreft eller ikke.

Tabell 7. Antall opphold med koder for de ulike prosedyrer innenfor plastikkirurgi på bryst og antall pasienter fordelt på boområde (RHF), år og hvorvidt det er kodet for kreft i pasientforløpet (C50, D05 eller Z80.3) eller ikke

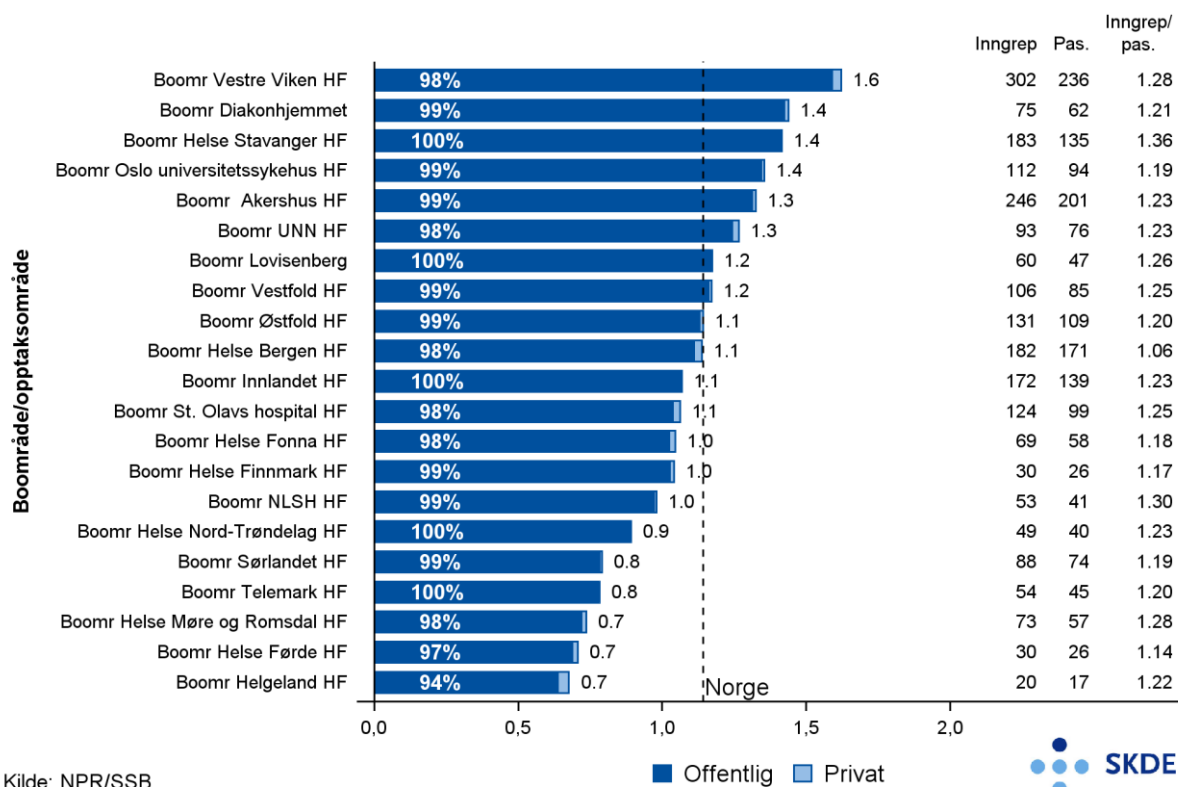
		uten kreft			med kreft (C50*, D05*el Z80.3)		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
Boomr Helse Nord	Brystrekonstruksjonsplastikk	32	40	27	102	178	150
	Brystreduksjonsplastikk	62	113	106	19	49	45
	Subcutan mastektomi	4	13	8	22	18	24
	Skifte el. fjerne brystprotese	16	15	10	11	27	21
	Brystløft (mastoepksi)	12	10	10	11	10	8
	Antall prosedyrer i boområdet	126	191	161	165	282	248
	Antall pasienter i boområdet	117	183	155	133	241	214
Boomr Helse Midt-Norge	Brystrekonstruksjonsplastikk	14	17	24	157	196	172
	Brystreduksjonsplastikk	163	184	242	44	47	52
	Subcutan mastektomi	21	19	32	18	41	39
	Skifte el. fjerne brystprotese	16	20	31	26	34	54
	Brystløft (mastoepksi)	20	13	13	13	9	12
	Antall prosedyrer i boområdet	234	253	342	258	327	329
	Antall pasienter i boområdet	227	249	337	214	266	261
Boomr Helse Vest	Brystrekonstruksjonsplastikk	12	13	19	322	377	406
	Brystreduksjonsplastikk	157	201	256	58	62	69
	Subcutan mastektomi	27	22	18	63	61	76
	Skifte el. fjerne brystprotese	19	7	17	54	73	82
	Brystløft (mastoepksi)	16	11	25	33	50	51
	Antall prosedyrer i boområdet	231	254	335	530	623	684
	Antall pasienter i boområdet	221	253	317	401	478	510
Boomr Helse Sør-Øst	Brystrekonstruksjonsplastikk	68	78	74	738	1005	1064
	Brystreduksjonsplastikk	651	931	713	146	202	223
	Subcutan mastektomi	59	57	55	142	225	270
	Skifte el. fjerne brystprotese	57	74	76	171	290	331
	Brystløft (mastoepksi)	45	49	61	76	113	109
	Antall prosedyrer i boområdet	880	1189	979	1273	1835	1997
	Antall pasienter i boområdet	859	1154	936	1034	1444	1562
Norge	Antall pasienter i Norge	1424	1839	1745	1782	2429	2547

Plastikkirurgiske inngrep på bryst med tidligere kreftsykdom

Alle plastikkirurgiske inngrep på bryst for pasienter med tidligere brystkreft foregår i offentlige sykehus. Det er en spredning i forbruket med en faktor på vel 2 på det boområdet med høyest forbruk (Vestre Viken) og det boområdet med lavest forbruk (Helgeland). Bosatte i UNN befinner seg litt over landsgjennomsnittet og Nordlandssykehuset og Finnmark litt under landsgjennomsnittet. Det gjøres i snitt 193 inngrep på bosatte i Helse Nord per år. Skal man opp på nivå med landsgjennomsnittet fra perioden 2012-14 bør det gjøres ca. 208 inngrep i året. Dette er et grovt estimat uten hensyntagen til alderssammensetning.

Figur 3. Plastisk kirurgi på bryst hos pasienter som har kode for brystkreft el. DCIS, aldersjusterte rater per 1000 kvinne, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (HF) og offentlig eller privat sykehus. Landsgjennomsnittet i stiplede linje

Aldersjusterte rater per 1000 kvinne, 'Plastikkirurgi på bryst ved kreftsykdom', etter boområde, offentlig og privat, 2012-14, årlig snitt



Kilde: NPR/SSB

■ Offentlig ■ Privat



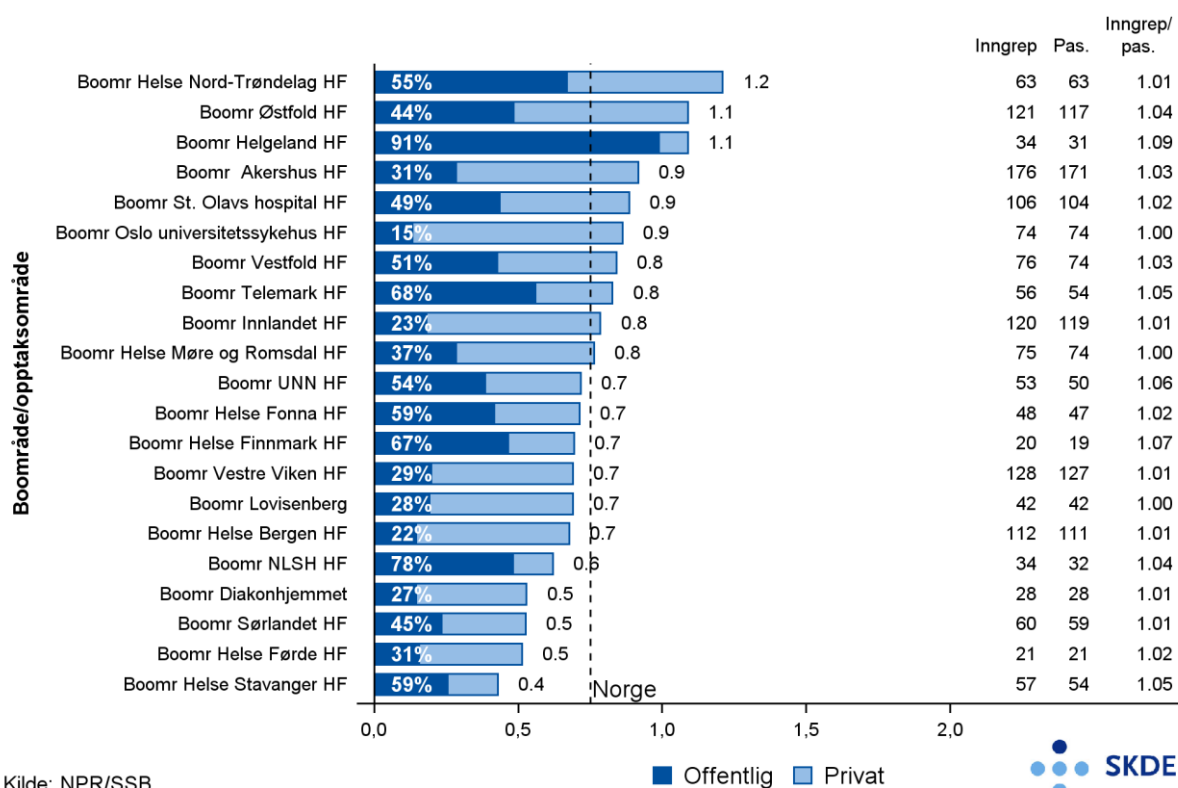
Plastikkirurgiske inngrep på bryst uten tidligere kreftsykdom

Mange plastikkirurgiske inngrep på bryst der det ikke er kreftsykdom i sykehistorien gjøres av private sykehus som har refusjonsavtale med RHFene, - på landsbasis 40 %. I Helse Nord gjøres 30 % i private sykehus. Bosatte i Helgelandssykehuset «avviker» fra det nasjonale mønsteret og får utført 90 % av inngrepene i offentlig sykehus.

Helse Nord som boområde ligger akkurat på landsgjennomsnittet i forbruksrate, - Helgelandssykehuset er et av de boområdene med høyest rate, mens UNN, Finnmark og Nordlandssykehuset ligger like under landsgjennomsnittet.

Figur 4. Plastisk kirurgi på bryst hos pasienter som ikke tidligere har hatt brystkreft el DCIS, aldersjusterte rater per 1000 kvinne, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (HF) og offentlig eller privat sykehus. Landsgjennomsnittet i stiplede linje

Aldersjusterte rater per 1000 kvinne, 'Plastikkirurgi på bryst uten kreftsykdom', etter boområde, offentlig og privat, 2012-14, årlig snitt



Kilde: NPR/SSB

■ Offentlig ■ Privat



Plastikkirurgiske inngrep, sårrevisjoner og transplantat på hud

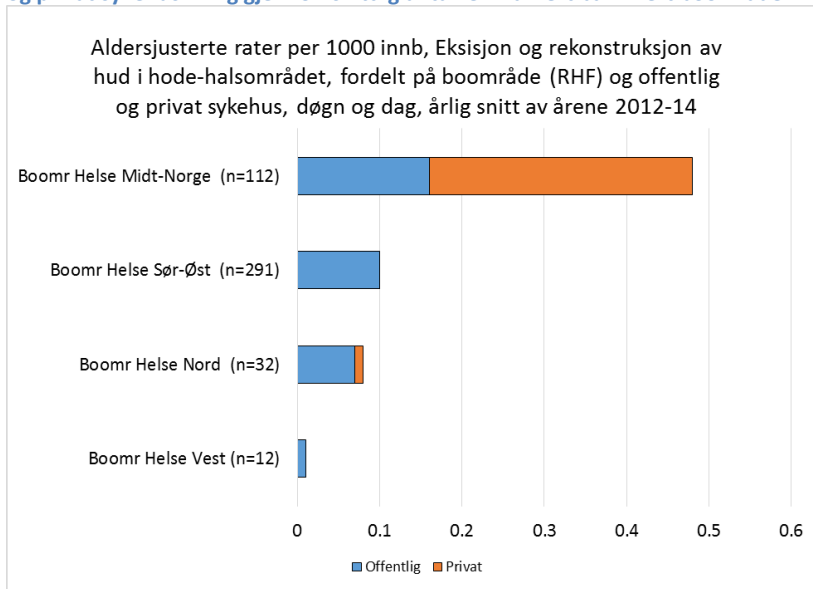
Innledningsvis må det kommenteres at det er komplisert og utfordrende å gjøre et korrekt og pålitelig utvalg som kan sies å representere plastikkirurgiske inngrep på hud. De prosedyrekodene som er presentert av erfarne plastikkirurger synes å være i generell bruk og av andre spesialister enn plastikkirurger. Volummessig identifiseres derfor en gruppe som sannsynligvis er større enn den som behandles av plastikkirurger. Det synliggjøres også en stor variasjon som kan være reel, men kan også skyldes ulik kodepraksis og det faktum at man ikke har identifisert likeverdige grupper i de ulike geografiske områdene. Utvalgsdefinisjonene og resultatene må strengt vurderes før dataene brukes som grunnlag for plantall framover.

Avansert plastikkirurgi i hode-halsområdet

Det var ønskelig å framstille data for avansert plastikkirurgi i hode-halsområdet. Dette er forsøkt gjort ut fra prosedyrekodene QAE10, QAE35 og QAE40 (se metodeavsnittet). Alle pasientene hadde diagnosekoder for ondartet eller godartet svulst/tumor. Det var dog et svært lite antall og en svært geografisk skjevfordeling. Nesten ingen bosatte i Helse Vest var kodet for slike inngrep. Det er rimelig å tro at tilsvarende inngrep kodes med annen kode, uten at det var mulig å identifisere dette i analysen. Det synes også noe merkelig at en stor andel av pasientene i Midt-Norge ivaretas av private sykehus.

Det festes derfor ikke lit til disse dataene og de vises kun som en illustrasjon.

Figur 5. Operasjon for lesjoner i hud på hode og hals (eksisjon og rekonstruksjon, QAE10, QAE35 og QAE40), aldersjusterte rater per 1000 innb, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (RHF) og offentlig og privat sykehus. Årlig gjennomsnittlig antall er markert bak hvert boområde.



Kirurgisk sårbehandling

Kirurgisk sårbehandling av henholdsvis hode-hals (QAB), truncus (QBB), overekstremitetene (QCB) og underekstremitetene (QDB) er analysert for pasienter som er innlagt eller dagbehandlet. Disse pasientene hadde et stort utvalg av diagnoser. Infeksjon, dårlig sirkulasjon, og diabetes. Så godt som alle var behandlet i offentlig sykehus.

Bosatte i Helse Nord har et forbruk av kirurgisk sårbehandling som er høyere enn de andre regionene. Bosatte i Helgeland har i overkant av dobbelt forbruk av de boområdene som har det laveste forbruket (Diakonhjemmet og Vestfold). Finnmark og Nordlandssykehuset har et forbruk som er godt over landsgjennomsnittet, mens UNN er rett under landsgjennomsnittet.

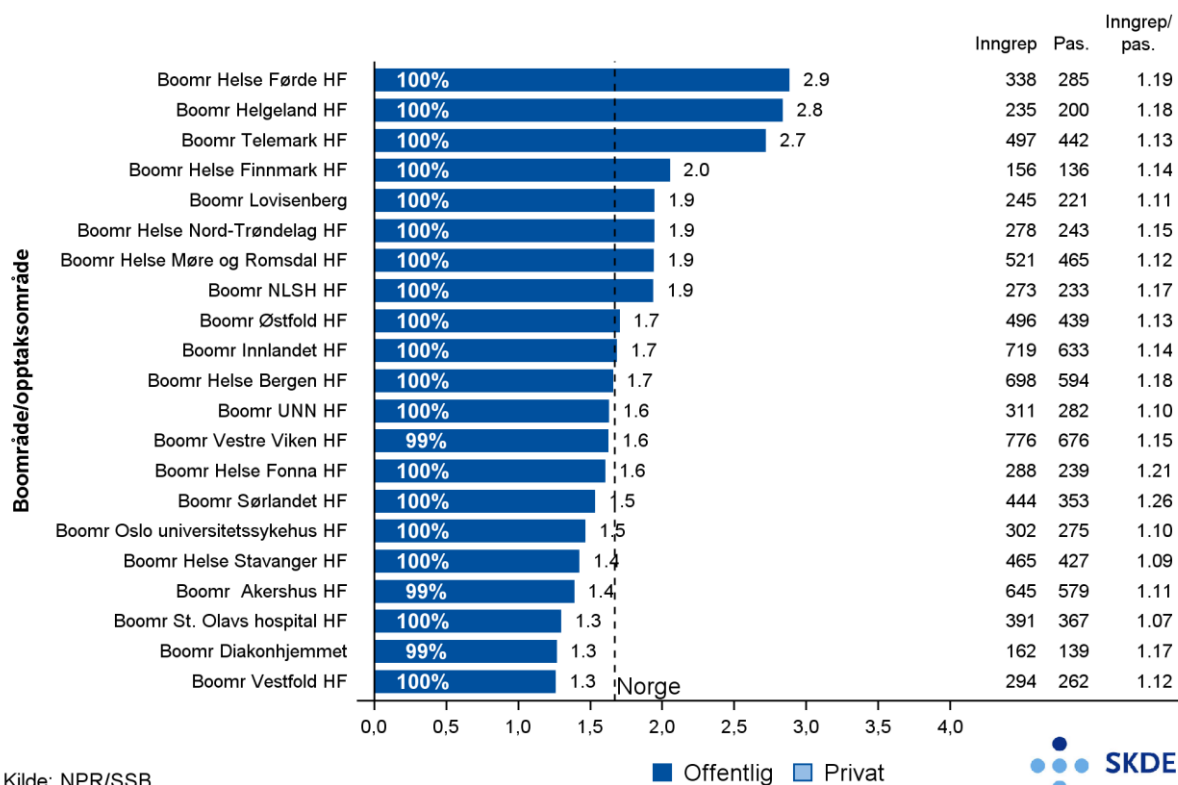
Helse Nord samlet ligger høyest av regionene i forbruk (1.98 per 1000 innb) og har et årlig snitt på 976 inngrep. Hvis dette skal justeres ned til landsgjennomsnittet (1,67 per 1000 innb) skulle befolkningen i Helse Nord hatt ca. 800 inngrep i året. Dette er et grovt estimat uten hensyntagen til alderssammensetning.

Tabell 8. Antall opphold kodet for kirurgisk sårbehandling og ikke samtidig kodet for kirurgisk behandling for kroniske sår og/eller hudfistler, fordelt på kroppslokasjon, boområde (RHF) og år

Boområde	Lokasjon	2012	2013	2014
Boomr Helse Nord	Hode Hals	165	158	173
	Truncus	192	184	210
	Overekstremitet	254	263	275
	Underekstremitet	327	359	388
	Alle lokasjoner	938	964	1046
Boomr Helse Midt-Norge	Hode Hals	212	221	246
	Truncus	114	137	156
	Overekstremitet	354	299	343
	Underekstremitet	394	479	466
	Alle lokasjoner	1074	1136	1211
Boomr Helse Vest	Hode Hals	253	285	313
	Truncus	207	237	311
	Overekstremitet	402	404	387
	Underekstremitet	840	763	812
	Alle lokasjoner	1702	1689	1823
Boomr Helse Sør-Øst	Hode Hals	657	686	827
	Truncus	619	707	620
	Overekstremitet	1132	1085	1097
	Underekstremitet	1984	1935	2174
	Alle lokasjoner	4392	4413	4718
Norge, totalt	Alle lokasjoner	8106	8202	8798

Figur 6. Kirurgisk sårbehandling for pasienter innlagt eller i dagbehandling, aldersjusterte rater per 1000 innb, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (HF). Landsgjennomsnittet i stiplet linje

Aldersjusterte rater per 1000 innb, 'Kirurgisk sårbehandling', etter boområde, døgn og dag, 2012-14, årlig snitt



Kilde: NPR/SSB

■ Offentlig ■ Privat



Kirurgisk behandling for kroniske sår og hudfistler

Kirurgisk behandling for kroniske sår og/eller hudfistler i henholdsvis hode-hals (QAG), truncus (QBG), overekstremitetene (QCG) og underekstremitetene (QDG) er analysert for pasienter som er behandlet som innlagt eller dagkirurgi. Disse pasientene hadde også et stort utvalg av diagnoser. Decubitus, infeksjon, dårlig sirkulasjon, og diabetes var noen av dem. Så godt som alle var behandlet i offentlig sykehus. Ca 25 % av de som hadde prosedyre for kroniske sår eller fistler hadde også en prosedyrekode for behandling av sårinfeksjon. Men kun 7 % av de som hadde prosedyre for sårbehandling hadde samtidig prosedyre for behandling av kronisk sår og hudfistler.

Bosatte i Helse Nord har et forbruk av kirurgisk behandling for kroniske sår og/eller fistler (innlagt eller dagkirurgi) som er høyere enn i de andre regionene. Helgeland har et forbruk som er noe over landsgjennomsnittet, mens Finnmark, Nordlandssykehuset og UNN har et forbruk som er rett under landsgjennomsnittet.

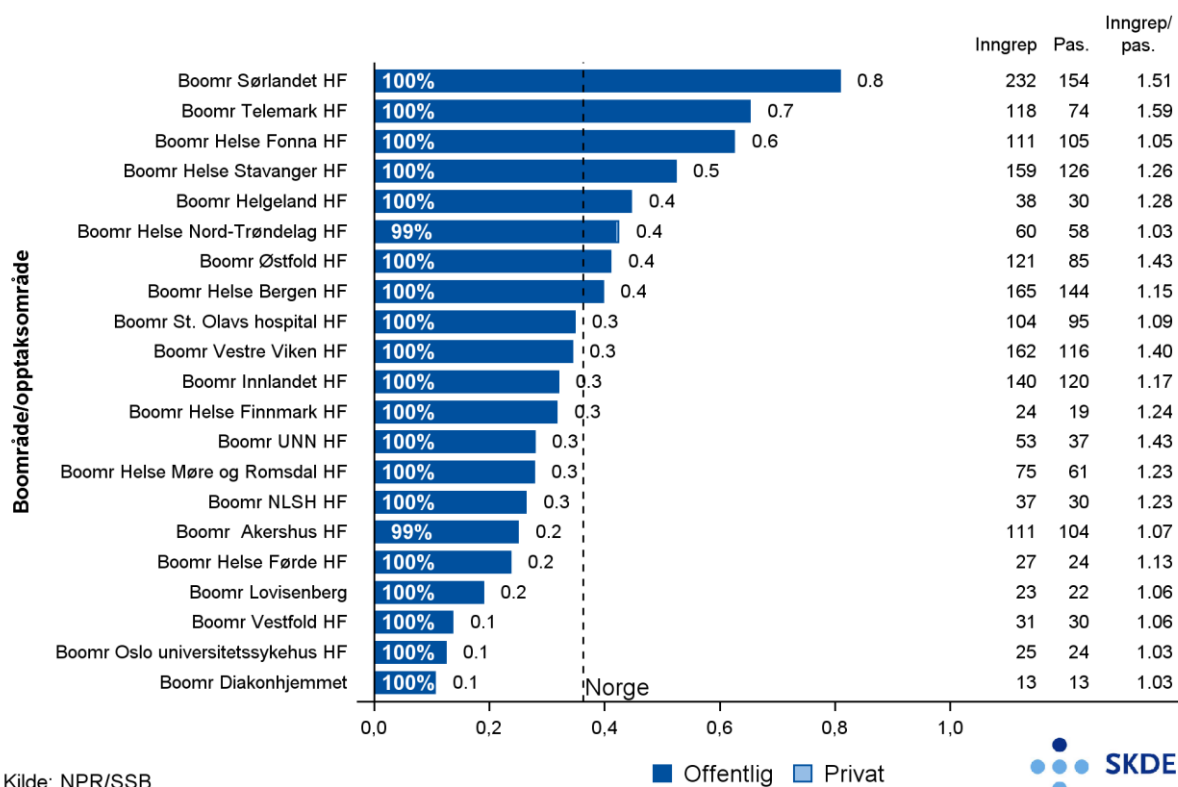
Helse Nord samlet ligger lavest av regionene i forbruk og har et årlig snitt på 153 inngrep. Hvis dette skal justeres opp til landsgjennomsnittet skulle befolkningen i Helse Nord hatt ca.170 inngrep i året. Dette er et grovt estimat uten hensyntagen til alderssammensetning.

Tabell 9. Antall opphold kodet for kirurgisk behandling for kroniske sår og/eller hudfistler, fordelt på kroppslokasjon, boområde (RHF) og år. Opphold som også er kodet for kirurgisk sårbehandling er ikke utelukket (7 %)

Boområde	Lokasjon	2012	2013	2014
Boomr Helse Nord	Hode Hals	6	4	7
	Truncus	50	40	49
	Overekstremitet	10	10	13
	Underekstremitet	100	88	83
	Alle lokasjoner	166	142	152
Boomr Helse Midt-Norge	Hode Hals	4	10	3
	Truncus	54	49	50
	Overekstremitet	36	46	56
	Underekstremitet	110	163	149
	Alle lokasjoner	204	268	258
Boomr Helse Vest	Hode Hals	99	77	65
	Truncus	137	128	207
	Overekstremitet	41	59	66
	Underekstremitet	141	135	248
	Alle lokasjoner	418	399	586
Boomr Helse Sør-Øst	Hode Hals	24	27	26
	Truncus	277	276	276
	Overekstremitet	63	69	66
	Underekstremitet	595	635	635
	Alle lokasjoner	959	1007	1003
Norge, totalt	Alle lokasjoner	1747	1816	1999

Figur 7. Kirurgisk behandling for kroniske sår og fistler for pasienter innlagt eller i dagbehandling, aldersjusterte rater per 1000 innb, årlig gjennomsnitt av 3 årsperioden 2012-14, fordelt på boområde (HF). Landsgjennomsnittet i stiplet linje

Aldersjusterte rater per 1000 innb, 'Kirurgisk behandling for kroniske sår og fistler', etter boområde, døgn og dag, 2012-14, årlig snitt



Kilde: NPR/SSB

■ Offentlig ■ Privat



Oppsummering

- Bukplastikk**, som korleksjon etter bariatrisk kirurgi. UNN har her en regional oppgave. Dersom det skal utføres postbariatrisk kirurgi på de som faktisk har fått utført bariatrisk kirurgi i Helse Nord i 2014 og det forutsettes en faktor på 1,3, vil behovet etter 2 år, dvs i 2016 være ca. 170 inngrep, dvs 5 ganger flere enn det som gjøres i dag. Dersom det etter hvert blir gitt et tilbud om bariatrisk kirurgi til befolkningen i Helse Nord på linje med resten av landet, vil det bli behov for ca 300 postbariatriske inngrep årlig for bosatte i Helse Nord, dvs nesten 10 ganger volumet av det som gjøres i dag. Bukplastikk uten sammenheng med bariatrisk kirurgi er ikke en regionsykehusoppgave og gjøres også av private aktører. Tilbudet til befolkningen i UNN-området er i dag omtrent på landsgjennomsnittet. UNN bør derfor planlegge å kontinuere sin nåværende aktivitet.
- Mammoplastikk**; rekonstruksjoner og reduksjoner med bakgrunn i tidligere behandling for brystkreft, forstadium til brystkreft eller pga genetisk risiko for å utvikle brystkreft er en oppgave for offentlige sykehus der UNN HF gir tilbud til UNN-området og Finnmarksykehuset sitt opptaksområde. Tilbudet til befolkningen er per 2014 litt i underkant av landsgjennomsnittet og bør økes med 8-10 % for å komme opp på dette nivået. Mammoplastikker med annen indikasjon enn kreftbehandling utføres kun delvis i offentlige sykehus. Tilbudet til befolkningen er på landsgjennomsnittet og UNN kan derfor planlegge å kontinuere nåværende aktivitet.

- Avansert **hudrekonstruksjoner** eller eksisjoner i hode- halsområdet var det det dessverre ikke mulig å beskrive et sannsynlig korrekt bilde av. Det var totalt et lavt antall inngrep som var kodet med forventede koder, i noen helseregioner var kodene helt fraværende. Dette punktet utgår derfor fra analysen.
- Det var store forskjeller mellom boområdene for avansert **sårbehandling av kroniske sår og fistler for innlagte pasienter**. Forskjellene var så store at de mer sannsynlig skyldes ulik kodepraksis enn ulik behandlingspraksis. Tallene er oppgitt i notatet, men gir liten verdi for UNN sin egen planlegging.