

Rehabilitering

Hofte- og kneproteser i perioden 2016 – 2018

SKDE-notat 25. mars 2020

Janice Shu
janice.shu@helse-nord.no

Tove Johansen
tove.johansen@helse-nord.no



Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
www.skde.no

Innhold

1	Introduksjon	3
2	Oppsummering	4
3	Utvalg	5
3.1	Proteser	5
3.1.1	Hofteprotese	5
3.1.2	Kneprotese	5
3.2	Rehabilitering	6
3.2.1	Sykehus	6
3.2.2	Privat institusjon	6
3.3	Metode	7
4	Resultater	8
4.1	Oversikt og aldersfordeling	8
4.2	Innsatte proteser med påfølgende døgnrehabilitering	11
4.2.1	Primær hofteprotese	11
4.2.2	Sekundær hofteprotese	14
4.2.3	Primær og sekundær hofteprotese ved hoftebrudd	16
4.2.4	Primær kneprotese	18
4.2.5	Sekundær kneprotese	20
4.3	Dag- og poliklinisk rehabilitering	22
4.4	Behandlingsperspektiv	23
4.4.1	Privat rehabilitering i Nord-Norge	23
4.4.2	Rehabilitering etter sekundær protese i Nord-Norge	23
4.4.3	Annen fysikalsk behandling	24
4.4.4	Antall døgn ved inngrep	24
4.5	Fraskrivelse	26

1 Introduksjon

SKDE mottok i 2019 en bestilling fra Fagavdelingen i Helse Nord RHF som omfattet en beskrivelse av aktiviteten innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten for utvalgte fagområder. Dette er det andre notatet tilknyttet bestillingen fra fagavdelingen og omfatter rehabilitering etter innsatt hoft- eller kneprotese.

Rehabilitering er et omfattende fagområde på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. For å få et helhetlig bilde av rehabilitering trenger en data for hele forløpet, fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. SKDE har tilgang til data fra spesialisthelsetjenesten slik den er rapportert til Norsk pasientregister (NPR), og dette notatet omhandler derfor kun rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

2 Oppsummering

De fleste protesene blir innsatt i aldersgruppen 61-80 år. Andelen rehabilitering er større blant de yngste (18-40 år) og eldste (81 år eller eldre) pasientene. Lavest andel rehabilitering er i aldersgruppen 41-60 år. Andelen rehabilitering er lik mellom kvinner og menn.

Flertallet av pasientene som har fått rehabilitering etter innsatt protese har startet rehabiliteringen innen en uke etter utskrivelse fra sykehuset. Tilnærmet all rehabilitering foregår i private institusjoner, og flertallet mottar enkel rehabilitering.

Årlig antall innsatte hofte- og kneproteser er stabil eller svakt økende i perioden 2016 - 2018. Innsetting av disse protesene for hele landet viser lite geografisk variasjon hvis en ser bort fra Førde og Lovisenberg som er ytterpunktene. Antall inngrep pr. 100 000 innbyggere er også relativt likt mellom opptaksområdene i Helse Nord, og er på linje med omfanget i Norge sett under ett.

Henholdsvis 11 % og 13 % av pasientene som får innsatt primære hofte- eller kneproteser mottar døgnrehabilitering, og den geografiske variasjonen her er stor. Nordland, Finnmark og Helgeland er blant de fire opptaksområdene med høyest andel pasienter som får døgnrehabilitering etter innsatt hofte- eller kneprotese. En ser også at andel pasienter som får døgnrehabilitering har en tydelig nedadgående trend i samme periode.

Variasjonen i raten for innsetting av sekundære hofte- og kneproteser er litt større enn den blant primære proteser, men det er et lavt antall revisjoner som utføres årlig. Av pasientene som får innsatt sekundær hofte- eller kneprotese er gjennomsnittlig andel som får rehabilitering litt høyere med henholdsvis 15 % og 17 %.

Rate for innsetting av hofteprotese ved hoftebrudd viser lite variasjon, men desto større variasjon i bruk av rehabilitering. I denne pasientgruppen er det svært få som får rehabilitering, kun 4 % av pasientene.

Innad i Helse Nord observeres det ulik praksis i bruk av rehabilitering etter innsetting av hofte- og kneproteser. Blant annet for sekundære hofte- og kneproteser finner en at de som opereres ved NLSH Bodø som hovedregel mottar rehabilitering, i motsetning til de som opereres ved UNN Tromsø som stort sett ikke mottar rehabilitering.

Det er lite bruk av rehabilitering gitt som dag- eller poliklinisk behandling for pasienter med innsatt protese.

3 Utvalg

Analysene tar utgangspunkt i pasienter, 18 år eller eldre, som får innsatt hofte- eller kneprotese i perioden 2016 – 2018. Pasientene følges i tre uker etter utskrivelse fra sykehusoppholdet med tanke på identifisering av rehabiliteringstiltak.

Pasientene kategoriseres i grupper basert på type protese, hofte eller kne, da en antar de vil ha likt behov for rehabilitering.

Det skilles videre på primær som er første gangs innsetting av protese, og sekundær som er utskifting av protese. Årsaken er at å skifte ut en protese er teknisk langt mer komplisert enn å sette inn en protese for første gang, og resultatet er ikke alltid vellykket ¹.

Når det gjelder hofteprotesene gjøres det et skille mellom planlagte og akutte inngrep. Pasienter som har fått innsatt hofteproteser etter et hoftebrudd, en akutt tilstand, vil kunne ha et annet behov for oppfølging enn de som gjennomfører en planlagt innsetting av protese.

3.1 Protoser

3.1.1 Hofteprotese

Inkludering av pasienter med hofteprotese gjøres basert på prosedyrekoder (NCSP).

Primær, førstegangs innsetting del- og totalprotese: NFB01, NFB02, NFB11, NFB12, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99.

Sekundær, revisjon/skifte av protese, del- og totalprotese: NFC0, NFC1, NFC2, NFC3, NFC4, NFC99.

I analysen skilles det mellom pasienter med og uten hoftebrudd. Hoftebrudd identifiseres med ICD10-kodene S72.0, S72.1 og S72.2.

Pasienter med hoftebrudd behandles vanligvis med delprotese. De fleste pasientene som får innsatt totalprotese har slitasjegikt (artrose) i hofteleddet. Andre årsaker kan være infeksjon eller følgetilstander etter leddsykdom i barndommen.

3.1.2 Kneprotese

Inkludering av pasienter med kneprotese gjøres basert på prosedyrekoder (NCSP).

Primær, førstegangs innsetting del- og totalprotese: NGB0, NFG1, NGB20, NFG30, NGB40, NGB99.

Sekundær, revisjon/skifte av protese, del- og totalprotese: NGC0, NGC1, NGC2, NGC3, NGC4, NGC99.

Artrose eller leddgikt i kneet er den vanlige årsaken til innsetting av kneprotese, men skade eller infeksjon kan også føre til at kneleddet må erstattes med et kunstig ledd.

¹https://helseatlas.no/sites/default/files/eldrehelseatlas_apport.pdf

3.2 Rehabilitering

3.2.1 Sykehus

Døgninnleggelse

Rehabilitering i sykehus defineres som døgninnleggelse i egne avdelinger hvor hensikten er rehabilitering. ICD-10-kode Z50.89 (enkel rehabilitering) eller Z50.80 (kompleks rehabilitering) rapporteres som hoveddiagnose og aktuell sykdom rapporteres som bidiagnose. Rehabiliteringsoppholdet starter vanligvis direkte eller kort tid etter utskrivelsen fra det primære sykehusoppholdet.

Vilkårene for å registrere aktivitet som rehabilitering følger fra ISF-regelverket ². Det nevnes blant annet at det skal være fire eller seks ulike spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team for å registrere aktivitet som henholdsvis enkel eller kompleks rehabilitering. Hver helsefaggruppe skal ha bidratt i vesentlige deler av rehabiliteringen. Arbeidet skal ledes av legespesialist innen fysikalsk medisin og rehabilitering eller spesialist innen fagområde revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri, spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

Dag og poliklinikk

Poliklinisk rehabilitering er elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Slik rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag. De identifiseres ved ICD-10-koden Z50.9 som diagnose, i kombinasjon med diagnose for aktuell sykdom.

Vilkårene i ISF-regelverket for å registrere aktivitet som poliklinisk rehabilitering er blant annet at minst tre ulike helsepersonellgrupper, relevant for aktuelle tilstand, er involvert. Det er et individrettet rehabiliteringsprogram, men inntil 80 % kan være individrettet behandling i gruppe. Det skal være minst en individuell kontakt med lege.

I rapporten her er rehabilitering kodet som døgninnleggelse, men gjennomført som dagbehandling, slått sammen med gruppen poliklinisk rehabilitering.

Fysikalsk behandling

I kodeveiledningen oppgis det at fysioterapi på poliklinikk rapporteres med ICD10-kode 'Z50.1 - annen fysikalsk behandling' som hovedtilstand når pasienten er ferdigbehandlet for sykdommen ³. Det er i notatet her tatt med bruk av nevnte kode både ved sykehusoppholdet og ved polikliniske kontakter innen tre uker etter utskrivelse fra sykehuset.

3.2.2 Privat institusjon

Samtlige regionale helseforetak har i tillegg til rehabiliteringstilbud ved sykehusene inngått avtaler om rehabilitering ved private institusjoner, og for pasientgruppen kne- og hofteproteser foregår tilnærmet all rehabilitering ved private institusjoner.

²www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isfregelverk-2017

³www.ehelse.no/kodeverk/regler-og-veiledning-for-kliniske-kodeverk-i-spesialisthelsetjenesten-icd-10-ncsp-ncmp-og-nrcpTidligere-20utgitte-20kodeveiledninger

Som nevnt i rapporten om rehabilitering etter hjerneslag ⁴ har de private rehabiliteringsinstitusjonene tildels ulik kodepraksis. Det er en utfordring at årsaken til rehabiliteringsoppholdet ikke alltid framkommer av diagnosene som er rapportert. Mange rapporterer ICD-10-koder for rehabilitering som hoveddiagnose, men ikke alle registrerer årsaken til rehabilitering, det vil si aktuell sykdom som bidiagnose. Bidiagnose kan mangle, eller det kan være rapportert flere ulike, og de er ikke nødvendigvis årsaken til rehabiliteringsoppholdet. Det er derfor i analysene her valgt å ikke sette krav til diagnose registrert hos privat institusjon.

Pasientforløpene som analyseres i denne rapporten har alle gjennomgått innsetting av kne- eller hofteprotese. Samtidig er dette en eldre pasientgruppe som kan ha flere medisinske problemstillinger. Det er derfor satt en tidsbegrensning på tre uker etter utskrivelse fra sykehuset til oppstart av rehabiliteringstiltak. Dette begrenser sannsynligheten for at det er andre tilstander som er årsaken til rehabiliteringsoppholdet.

3.3 Metode

Resultatene fra analysene rapporteres for årene 2016 til og med 2018. SKDE har data fra Norsk pasientregister (NPR) som inneholder aktivitet i spesialisthelsetjenesten fram til 31.12.2018. For å sikre at alle pasientene får lik oppfølgingstid i analysene, tre uker, er et observasjonsår omdefinert til å være fra og med 01.12 til og med 30.11. Dermed vil de som får innsatt protese i slutten av november 2018 få en oppfølgingstid på tre uker, mens innsatte proteser i desember 2018 er ekskludert fra utvalget.

Identifiserte rehabiliteringstiltak følger tidspunkt for innsatt protese. Det vil si at for innsatte proteser og påfølgende rehabilitering som skjer rundt definert årsskifte, der vil rehabiliteringen rapporteres i samme år som protesen er satt inn.

Det er i denne rapporten framstilt gjennomsnittsrater pr. 100 000 innbyggere for perioden 2016 – 2018, samt rater for hvert enkelt år for å vurdere variasjon i innsetting av protese mellom opptaksområder. For rehabiliteringsrater så er det gjennomsnittsrater pr. 100 innsatte protese for perioden 2016 – 2018, samt rater for hvert enkelt år for å vurdere variasjon. Alle rater er kjønns- og aldersjustert mot Norges befolkning i 2017. Dette innebærer at alle rater fremstår slik de ville vært om alle opptaksområder hadde lik kjønns- og alderssammensetning som Norge sett under ett i året 2017.

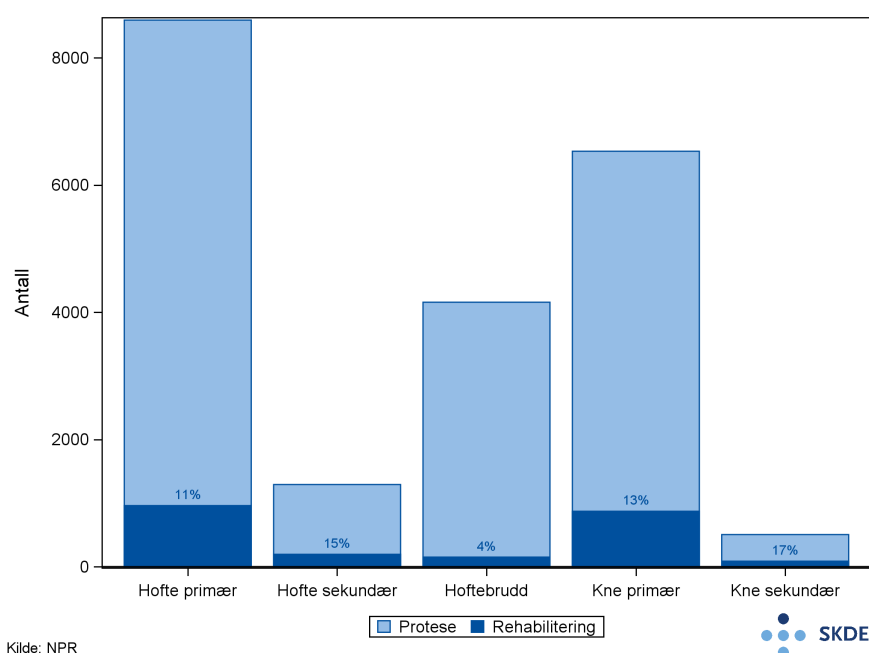
⁴<https://helse-nord.no/skde/publikasjoner-og-artikler-fra-skde2020>

4 Resultater

4.1 Oversikt og aldersfordeling

Årlig, for hele landet, er det gjennomsnittlig 21 077 hofte- og kneproteser som settes inn i perioden 2016 – 2018. Figur 1 viser gjennomsnittlig antall innsatte proteser fordelt på de fem protesegruppene.

Andel av proteseoperasjonene som etterfølges av døgnerhabilitering varierer fra 4 % til 17 % for de ulike gruppene.



Figur 1: Årlig gjennomsnittlig antall innsatte proteser (lys blå) og påfølgende døgnerhabilitering (mørk blå) fordelt på de ulike gruppene, for perioden 2016 – 2018. Andel pasienter som får døgnerhabilitering i hver gruppe er også angitt med tall på søylene.

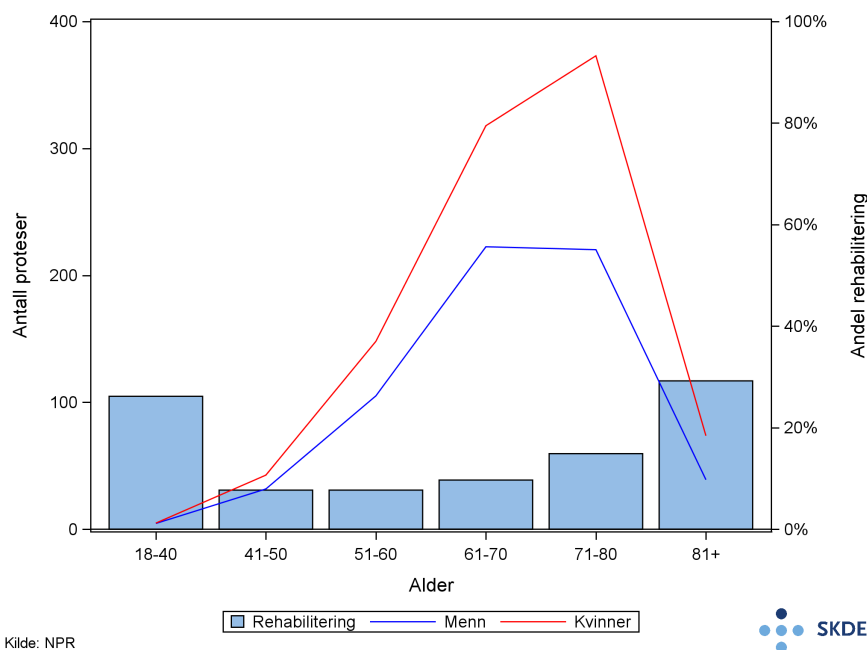
Figur 2 viser gjennomsnittlig antall hofte- og kneproteser (hoftebrudd ekskludert) innsatt hos pasienter i de ulike aldersgruppene fordelt på kjønn, samt andel av proteseoperasjonene som etterfølges av døgnerhabilitering.

Det er flere kvinner enn menn som får innsatt protese. Nasjonalt register for leddprotese har en lignende kjønnsfordeling for to tiår i årsrapporten for 2018 ⁵. Andel proteseoperasjoner som følges av døgnerhabilitering vises derimot samlet for menn og kvinner da begge kjønn mottar omtrent like mye døgnerhabilitering.

Det er færre innsatte proteser blant de yngste og eldste aldersgruppene, og ikke uventet er antall proteser innsatt i aldersgruppene 61-70 år og 71-80 år størst for begge kjønn.

De eldste og yngste mottar en høyere andel rehabilitering, omtrent 30%. Når det gjelder de andre aldersgruppene er det en litt større andel av de i alderen 71-80 som mottar rehabilitering sammenlignet med de i alderen 41-70 år.

⁵www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/25_arsrapport2018_leddproteser.pdf



Kilde: NPR



Figur 2: Årlig gjennomsnitt antall innsatte hofte- og kneproteser (protese ved hoftebrudd ekskludert) fordelt på aldersgrupper og kjønn, og andel rehabilitering fordelt på aldersgruppene, for perioden 2016 – 2018.

Rehabiliteringen etter innsatt protese foregår i all hovedsak i private institusjoner. I de private institusjonene er det i snitt 65 % av rehabiliteringsoppholdene som er enkel rehabilitering, 15 % er rapportert som kompleks rehabilitering, og de resterende 20 % mangler kode for type rehabilitering.

Under 1 % av innlagt døgnrehabilitering etter innsatt hofte- eller kneprotese gjennomføres i regi av rehabiliteringsavdeling på sykehus. De få som mottar rehabilitering ved offentlig sykehus er i hovedsak bosatt i opptaksområdene til Stavanger, St. Olavs og OUS.

Det er satt en grense på tre uker etter utskrivelse fra sykehus for når rehabiliteringstiltak skal være startet. Det kan diskuteres om grensen burde utvides da enkelte pasienter ikke drar på rehabilitering før sårene er grodd og stifter er fjernet, og i tillegg skal det passe med inntaksdager hos de private institusjonene. Det er derfor gjennomført en subanalyse hvor tidspunkt for start av rehabiliteringstiltak ble utvidet fra tre uker til åtte uker. Av de rehabiliteringsoppholdene som startet i løpet av åtte uker etter operasjon var det 90 % som startet i løpet av den første uken, og 95 % i løpet av de første tre ukene. Ved økende tid etter inngrepet øker sannsynligheten for at det er andre tilstander som er årsak til rehabiliteringsoppholdet, og derfor er resterende rehabiliteringsopphold ekskludert fra analysene.

Fra de private institusjonene rapporteres det hvem som har henvist pasienten til rehabiliteringen. Tabell 1 viser at rehabiliteringsopphold som starter innen den første uken etter utskrivelse fra proteseoperasjon er henvist av spesialisthelsetjenesten. Ingen av oppholdene den første uken er henvist fra fastlege. Den tredje uken er andelen som er henvist fra spesialisthelsetjenesten redusert til 60 %, og andel henvist av fastlege er økt

til 15 %.

Tabell 1: Private rehabiliteringsopphold fordelt etter oppstartsuke etter utskrivelsen og henvisende instans. Tallene gjelder for perioden 2016 – 2018.

Henviser	En uke	To uker	Tre uker
Spesialisthelsetjenesten	82 %	73 %	60 %
Fastlege	0 %	3 %	15 %
Andre	10 %	12 %	9 %
Ukjent	8 %	12 %	16 %

Det er noe usikkerhet knyttet til tallene da det er ulik kodepraksis blant de private institusjonene, og ikke alle institusjoner har rapportert hvem som er henvisende instans.

4.2 Innsatte proteser med påfølgende døgnerhabilitering

4.2.1 Primær hofteprotese

I perioden 2016 – 2018 er det et årlig gjennomsnitt på 8 595 innsatte primære hofteproteser, hvor flertallet er totalproteser, se figur 3.

Protese grunnet hoftebrudd er som oftest delprotese, resultater fra den pasientgruppen presenteres i eget avsnitt, se side 16.

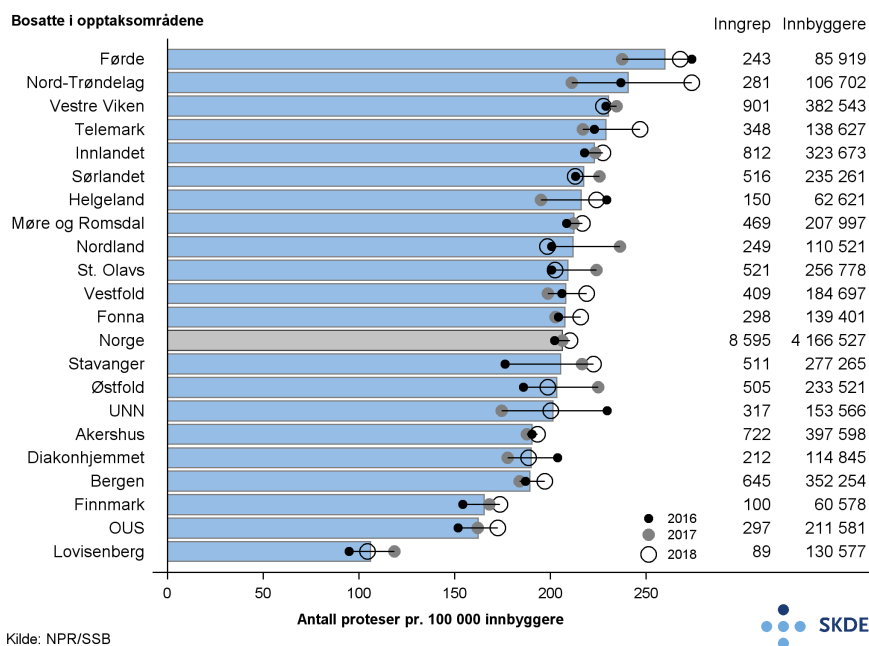
Figur 3 og 4 viser antall primære hofteproteser pr. 100 000 innbyggere som blir innsatt i hele landet og i Nord-Norge. Ytterpunktene er Førde med høyest rate og Lovisenberg med lavest rate med henholdsvis 260 og 106 inngrep pr. 100 000 innbyggere. Mellom de resterende opptaksområdene er det lite variasjon. I Helse Nord varierer inngrepsraten fra 254 proteser pr. 100 000 innbyggere for bosatte i Lofoten til 155 proteser pr. 100 000 innbyggere for bosatte i Kirkenes.

På RHF-nivå har alle fire regionene en inngrepsrate på omtrent 200 innsatte proteser pr. 100 000 innbyggere (ikke vist i figur her), og raten varierer lite fra år til år.

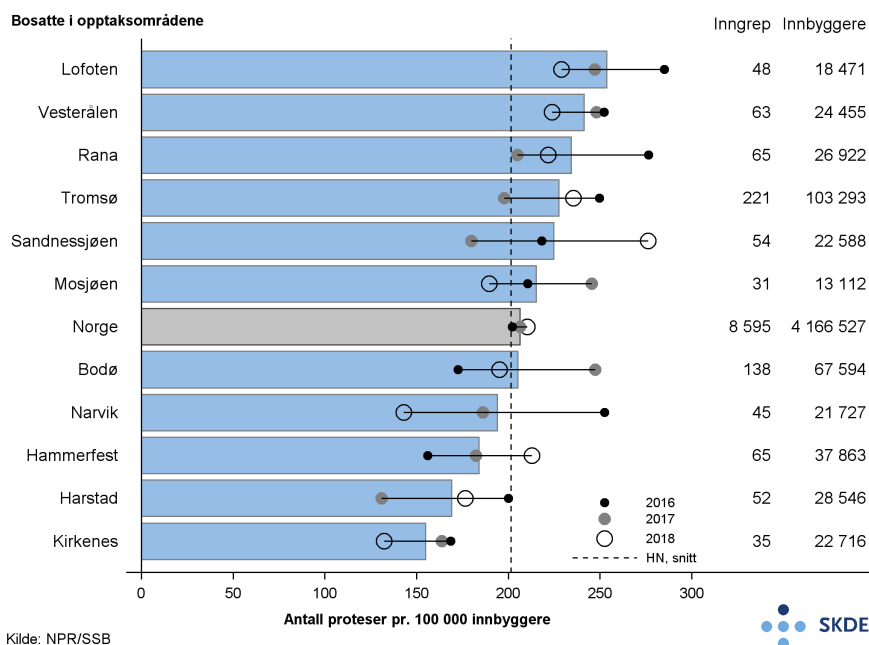
Når det gjelder variasjonen i bruk av døgnerhabilitering etter innsatt protese så er den større, se figur 5 og 6. Det er et årlig gjennomsnitt på 961 rehabiliteringsopphold, hvorav 907 av dem starter innen en uke etter utskrivelse fra proteseoperasjon.

Opptaksområdene Nordland og Finnmark har høyest bruk av rehabilitering etter innsatt primær hofteprotese. Det er også de to områdene som har hatt størst reduksjon i bruk av rehabilitering i perioden analysert. Helgeland er også blant områdene med høy andel rehabilitering, men her er bruken stabil i perioden.

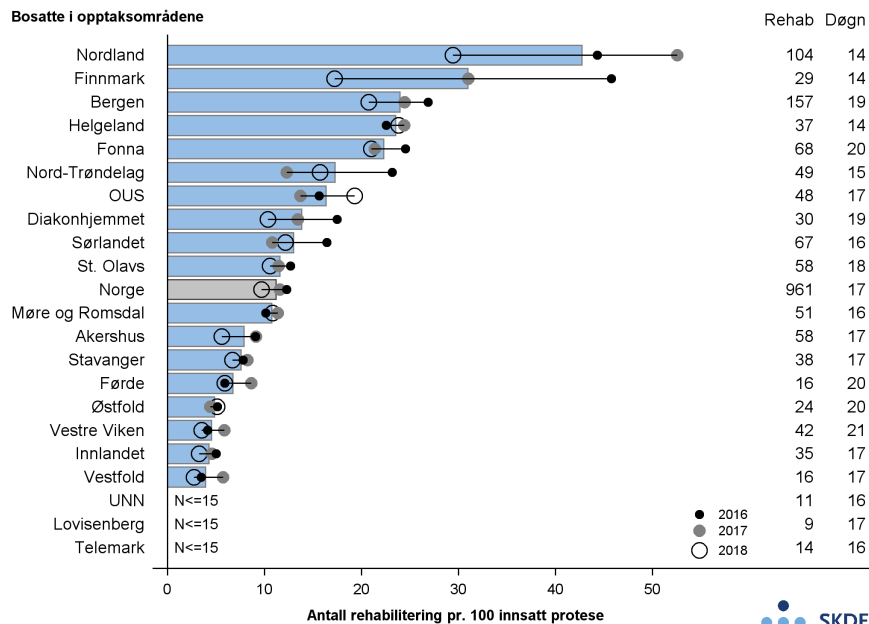
Raten for opptaksområdet UNN er skjult på grunn av det lave antallet som mottar rehabilitering. Bosatte i opptaksområdet UNN fikk imidlertid omtrent tilsvarende antall hofteproteseoperasjoner pr. 100 000 innbyggere som landet sett under ett, og det lave antallet av proteseoperasjoner som følges opp med rehabilitering betyr derfor at opptaksområdet UNN skiller seg ut med å være blant opptaksområdene med lavest andel rehabilitering etter innsatt protese.



Figur 3: Antall primære hofteproteser (brudd ekskludert) pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.

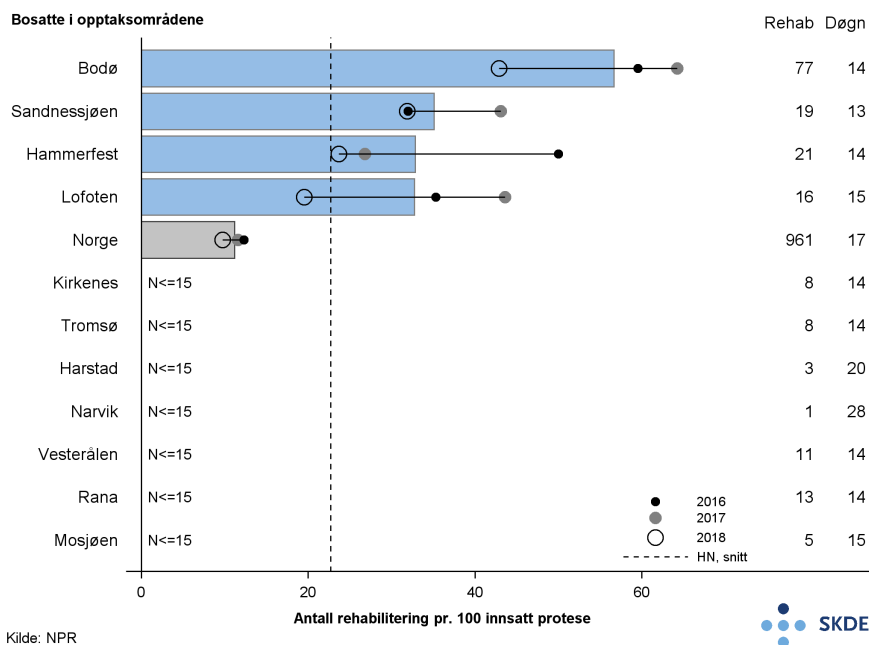


Figur 4: Antall primære hofteproteser (brudd ekskludert) pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre i Nord-Norge, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.



Kilde: NPR

Figur 5: Antall døgner rehabiliteringsopphold pr. 100 innsatt primære hofteproteser (brudd ekskludert), justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Antall døgner rehabiliteringsopphold og gjennomsnitt antall døgn pr. rehabiliteringsopphold til høyre.



Kilde: NPR

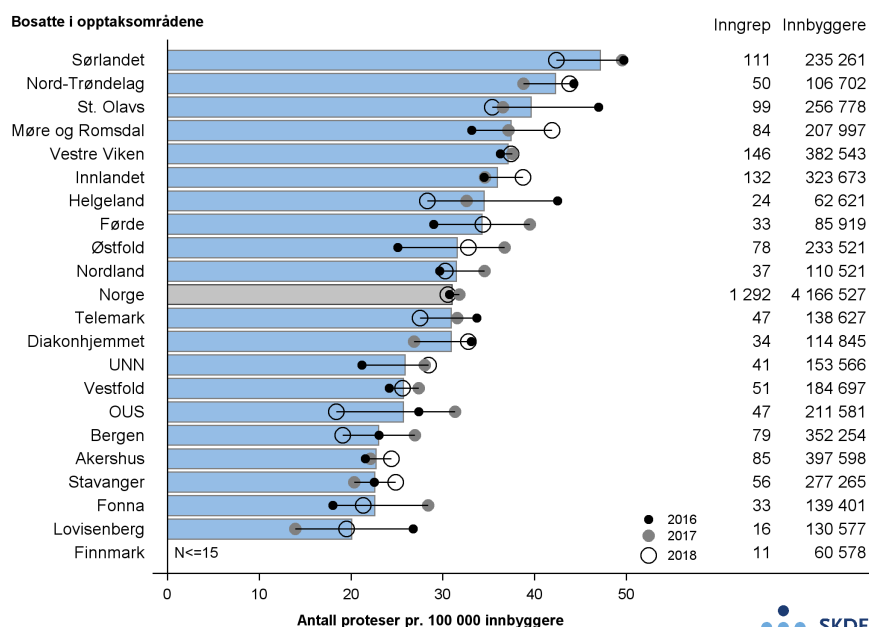
Figur 6: Antall døgner rehabiliteringsopphold pr. 100 innsatt primære hofteproteser (brudd ekskludert) til bosatte i Nord-Norge, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Antall døgner rehabiliteringsopphold og gjennomsnitt antall døgn pr. rehabiliteringsopphold til høyre.

4.2.2 Sekundær hofteprotese

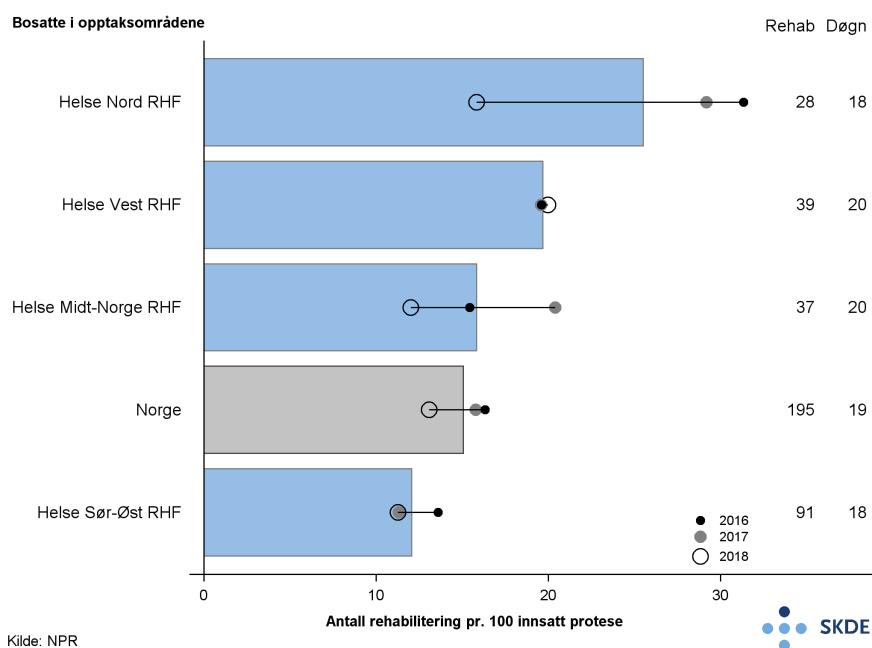
Årlig gjennomføres det gjennomsnittlig 1 292 revisjoner, det vil si sekundær hofteprotese i perioden 2016 – 2018. Pasienter med hoftebrudd er ekskludert. Høyest og lavest rate finner en i opptaksområdene Sørlandet og Lovisenberg med henholdsvis 47 og 20 innsatte proteser pr. 100 000 innbyggere. Variasjonen mellom opptaksområdene er moderat.

Det er verdt å merke seg at det er forholdsvis få innsatte sekundære hofteproteser i opptaksområdene de enkelte år.

Grunnet lavt antall sekundære hofteproteseoperasjoner som etterfølges av døgnrehabilitering presenteres rehabiliteringsratene på RHF-nivå. I figur 8 ser en at det i gjennomsnitt mottas rehabilitering etter 195 revisjoner (15 % av alle innsatte sekundære hofteproteser). Bosatte i Nord-Norge har høyest andel proteseoperasjoner som etterfølges av rehabilitering, men andelen er redusert betraktelig fra 2016 til 2018.



Figur 7: Antall sekundære hofteproteser (brudd ekskludert) pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.



Kilde: NPR

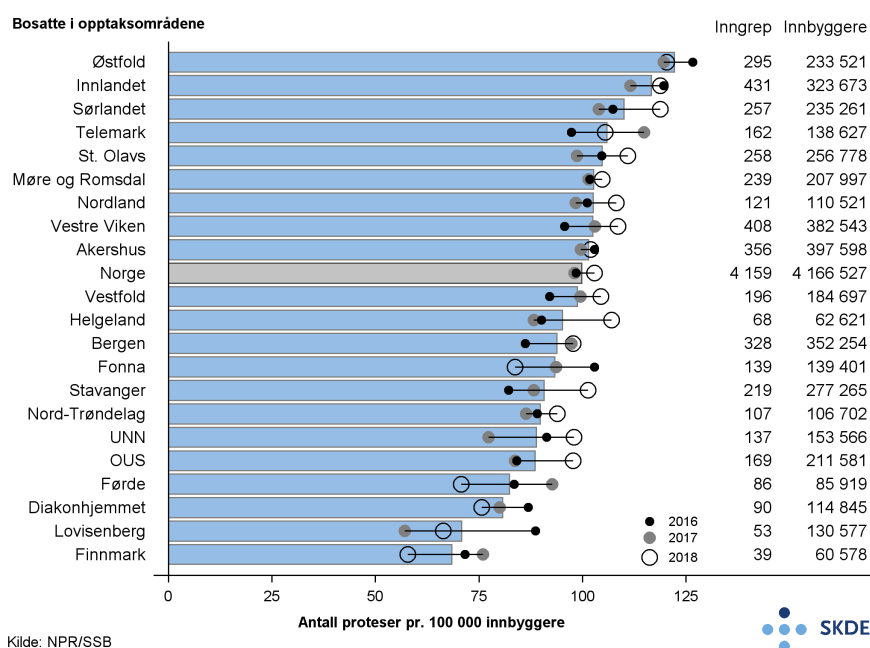
Figur 8: Antall døgner rehabiliteringsopphold pr. 100 innsatt sekundære hofteproteser (brudd ekskludert), justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Antall døgner rehabiliteringsopphold og gjennomsnitt antall døgn pr. rehabiliteringsopphold til høyre.

4.2.3 Primær og sekundær hofteprotese ved hoftebrudd

Årlig er det omtrent 9 000 personer som får hoftebrudd ⁶. Hoftebrudd behandles utelukkende med operasjon, hvorav mange får hofteprotese.

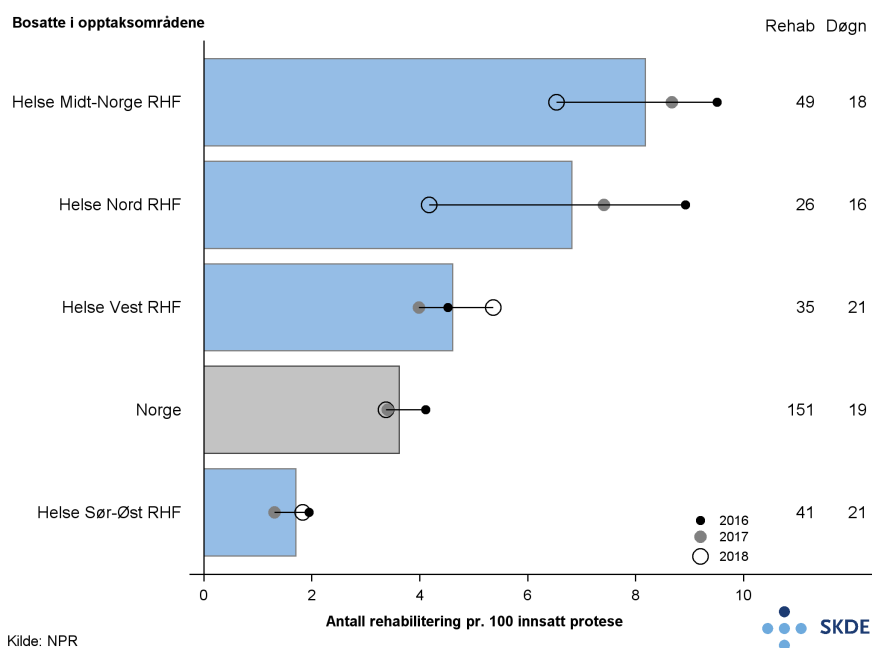
Figur 9 viser gjennomsnittlig antall proteser, vanligvis delproteser, som er innsatt i forbindelse med hoftebrudd, og de utgjør årlig 4 159 proteser i perioden 2016 – 2018. Høyest og lavest rate finner en i opptaksområdene Østfold og Finnmark med henholdsvis 122 og 68 innsatte proteser pr. 100 000 innbyggere. Hvis en sammenligner ratene på RHF-nivå (figur ikke presentert her) ser en at inngrepsraten for bruk av protese ved hoftebrudd er mellom 90 til 100 pr. 100 000 innbyggere for alle regionene, og hvor variasjonen fra år til år er meget liten.

Variasjonen i andel proteseoperasjoner som følges av døgner rehabilitering er større, men det er kun 4 % av denne pasientgruppen som mottar rehabilitering, se figur 1. Lave tall i de enkelte opptaksområdene kan gi store utslag på resultatene på grunn av innslag av tilfeldig variasjon og derfor presenteres andel operasjoner som etterfølges av rehabilitering på RHF-nivå for denne pasientgruppen. I figur 10 ser en at det er i gjennomsnitt 151 proteser ved hoftebrudd som følges av døgner rehabilitering. Bosatte i Helse Midt-Norge og Helse Nord har høyest andel rehabilitering, men har også størst reduksjon i perioden 2016 – 2018.



Figur 9: Antall primære og sekundære hofteproteser ved hoftebrudd pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.

⁶<https://stolav.no/behandlinger/hoftebrudd>



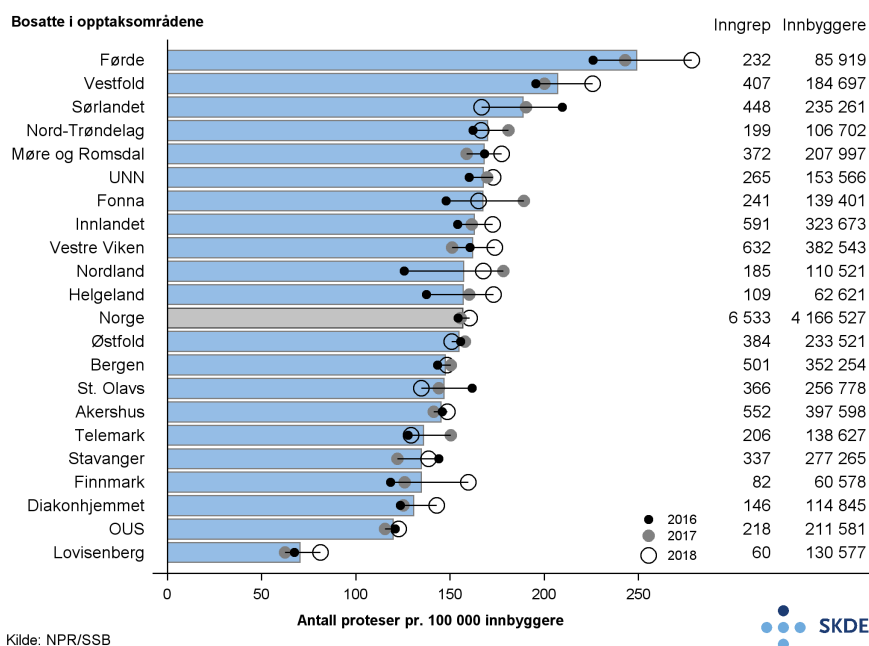
Figur 10: Antall døgner rehabiliteringsopphold pr. 100 innsatt primære og sekundære hofteproteser ved hoftebrudd, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Antall døgner rehabiliteringsopphold og gjennomsnitt antall døgn pr. rehabiliteringsopphold til høyre.

4.2.4 Primær kneprotese

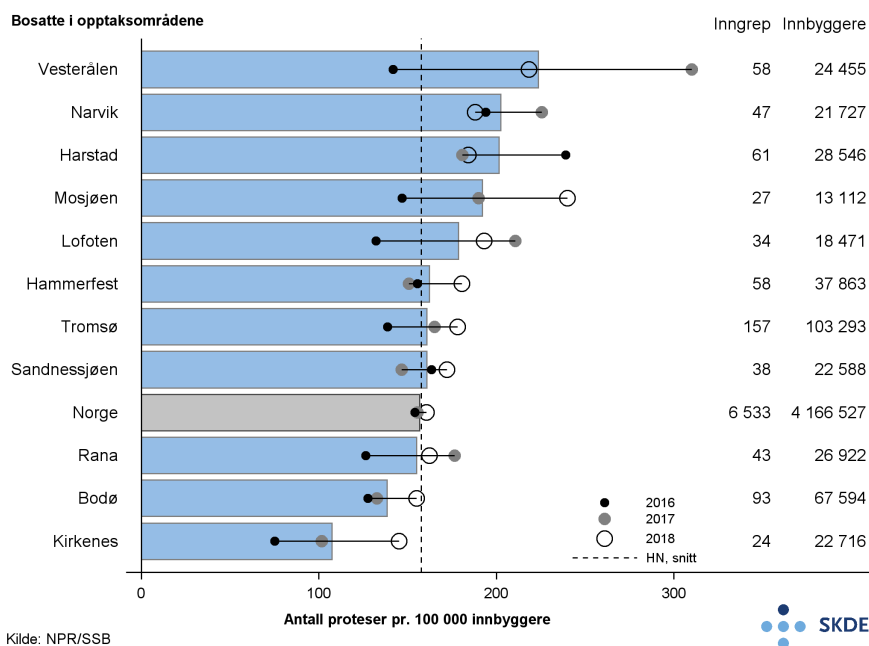
Årlig er det gjennomsnittlig 6 533 primære kneproteser, del og total, som settes inn i perioden 2016 – 2018. Figur 11 viser at Førde har høyest rate med 257 proteser pr. 100 000 innbyggere og Lovisenberg har laveste rate med 84 proteser pr. 100 000 innbyggere. Ser vi bort fra de to opptaksområdene er variasjonen liten. På RHF-nivå har alle regionene en rate på mellom 155 og 160 proteser pr. 100 000 innbyggere (figur ikke presentert her). Figur 12 viser at raten i Helse Nord varierer fra 212 pr. 100 000 innbyggere i opptaksområdet Vesterålen til 103 pr. 100 000 innbyggere i Kirkenes.

Årlig er det gjennomsnittlig 872 døgner rehabiliteringsopphold etter innsatt primær kneprotese. I figur 13 ser en at variasjonen i bruk av rehabilitering etter innsatt protese er stor. Finnmark og Nordland skiller seg ut der med henholdsvis 50 og 38 % av protesene som følges opp med et rehabiliteringsopphold. Bruken av rehabilitering for bosatte i Finnmark er stabil i perioden 2016 – 2018, mens for bosatte i Nordland er det en stor reduksjon i samme periode.

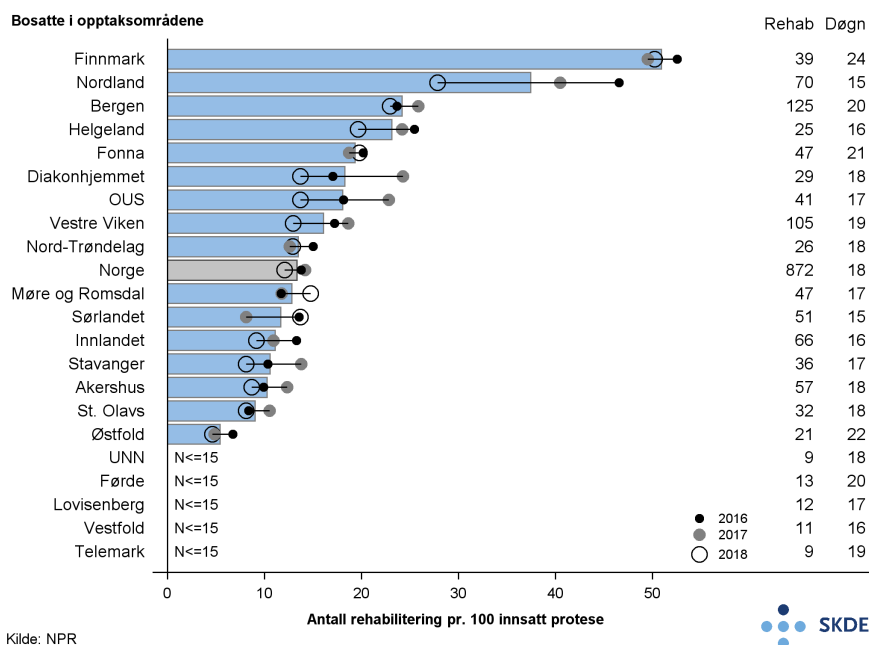
Raten for opptaksområdet UNN er skjult på grunn av det lave antallet som mottar rehabilitering. Bosatte i opptaksområdet UNN fikk imidlertid omtrent tilsvarende antall kneproteseoperasjoner pr. 100 000 innbyggere som landet sett under ett, og det lave antallet av proteseoperasjoner som følges opp med rehabilitering betyr derfor at opptaksområdet UNN skiller seg ut med å være blant opptaksområdene med lavest andel rehabilitering etter innsatt protese.



Figur 11: Antall primære kneproteser pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.



Figur 12: Antall primære kneproteser pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre i Nord-Norge, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.

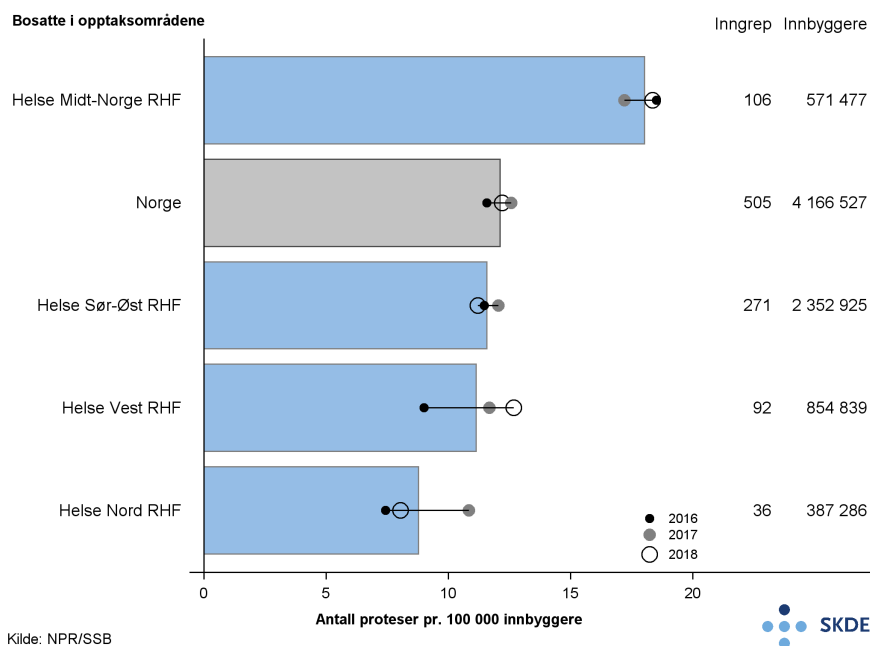


Figur 13: Antall døgner rehabiliteringsopphold pr. 100 innsatt primære kneproteser, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Antall døgner rehabiliteringsopphold og gjennomsnitt antall døgn pr. rehabiliteringsopphold til høyre.

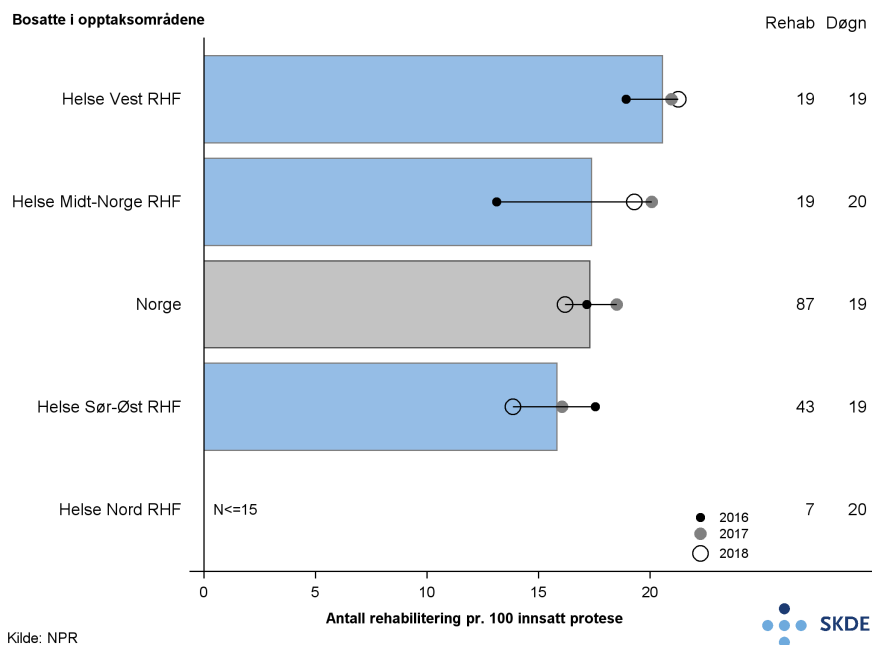
4.2.5 Sekundær kneprotese

Det utføres årlig gjennomsnittlig 505 revisjoner, sekundære kneproteser, i perioden 2016 – 2018. Det er forholdsvis få innsatte sekundærproteser pr. opptaksområde de enkelte år og derfor er ratene presentert på RHF-nivå i figur 14.

I figur 15 ser en at det i gjennomsnitt mottas rehabilitering etter 87 revisjoner (17 % av alle innsatte sekundære kneproteser). Det er få innsatte sekundære kneproteser som følges opp med rehabilitering i Helse Nord og raten er derfor skjult.



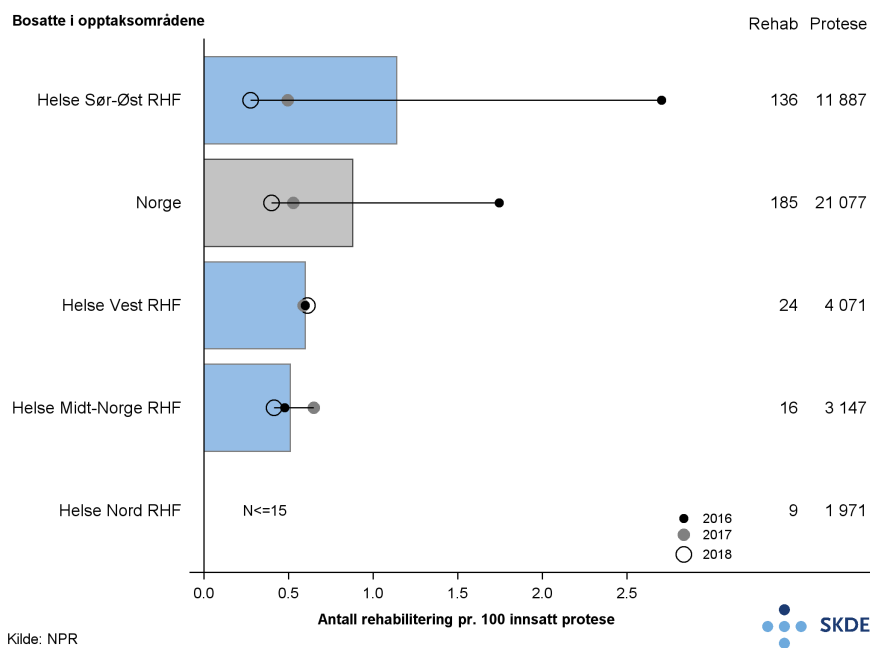
Figur 14: Antall sekundære kneproteser pr. 100 000 innbyggere 18 år eller eldre, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder.



Figur 15: Antall døgner rehabiliteringsopphold pr. 100 innsatt sekundære kneproteser, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Antall døgner rehabiliteringsopphold og gjennomsnitt antall døgn pr. rehabiliteringsopphold til høyre.

4.3 Dag- og poliklinisk rehabilitering

Det er svært lite bruk av dag- og poliklinisk rehabilitering etter innsatt protese, se figur 16. De fleste gjennomføres i Helse Sør-Øst, men raten er betydelig redusert i perioden 2016 – 2018.



Figur 16: Antall dag- og poliklinisk rehabilitering pr. 100 innsatt protese, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for 2016–2018 fordelt på opptaksområder. Årlig gjennomsnitt antall dag- og poliklinisk rehabilitering og antall proteser til høyre.

4.4 Behandlingsperspektiv

4.4.1 Privat rehabilitering i Nord-Norge

Tabell 2 viser ved hvilke institusjoner bosatte i Nord-Norge gjennomfører rehabilitering etter innsatt hofte- eller kneprotese i perioden 2016 – 2018. Flertallet, 66 %, av rehabiliteringsoppholdene gjennomføres ved Nordtun.

Tabell 2: Antall rehabiliteringsopphold etter innsatt hofte- eller kneprotese, påbegynt innen tre uker etter utskrivelse, ved private institusjoner for bosatte i Helse Nord i perioden 2016 - 2018.

Privat institusjon	2016	2017	2018
Nordtun	254	310	181
Finnmark	84	70	60
Nord-Norges Kurbad	17	8	10
Helgeland Rehabilitering	35	32	31
Andre institusjoner	18	10	14
Total	408	430	296

En undergruppe av pasientene mottar rehabilitering ved private institusjoner før inn- grepet eller etter tidsgrensen på tre uker. Disse utgjør årlig omtrent 50 rehabiliteringsopphold, se tabell 3. Av disse rehabiliteringsoppholdene er i snitt 37 % henvist av fast- lege og 48 % henvist fra spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3: Antall rehabiliteringsopphold blant pasienter med innsatt hofte- eller kneprotese, utenfor grensen på tre uker etter utskrivelse, ved private institusjoner for bosatte i Helse Nord i perioden 2016 - 2018.

Privat institusjon	2016	2017	2018
Nordtun	27	17	23
Finnmark	7	8	9
Nord-Norges Kurbad	7	6	8
Helgeland Rehabilitering	6	12	6
Andre institusjoner	8	5	3
Total	55	48	49

4.4.2 Rehabilitering etter sekundær protese i Nord-Norge

Tabell 4 gir en oversikt over gjennomsnittlig årlig antall innsatte sekundære kne- og hofteproteser ved UNN Tromsø, NLSH Bodø eller andre sykehus i perioden 2016 – 2018 for bosatte i Nord-Norge. I gruppen 'Andre sykehus' er det i gjennomsnitt 10 proteser som er satt inn ved sykehus i Helse Nord utenom UNN Tromsø og NLSH Bodø, oppgitt diagnose er oftest komplikasjoner og infeksjon.

Bosatte i opptaksområdene til UNN og Finnmark opereres primært ved UNN Tromsø mens de bosatt i opptaksområdene til Nordland og Helgeland opereres ved NLSH Bodø. Det er bosatte fra alle opptaksområder i Nord-Norge som opereres ved andre sykehus.

De som opereres ved UNN Tromsø mottar ikke døgnrehabiliteringsopphold innen tre uker etter utskrivelse fra proteseoperasjon, i motsetning til pasientene som opereres ved NLSH Bodø hvor 43 % mottar døgnrehabilitering.

Tabell 4: Gjennomsnittlig årlig antall sekundære kne- og hofteproteser og andel av protesene som følges opp med døgnerhabilitering for bosatte i Helse Nord RHF i perioden 2016 - 2018.

Behandlingssykehus	Antall proteser	Antall rehab	Andel rehab
UNN Tromsø	46	1	0 %
NLSH Bodø	58	25	43 %
Andre sykehus	45	8	18 %
Total	149	34	23 %

4.4.3 Annen fysikalsk behandling

Det er noen få sykehus som rapporterer bruk av fysikalsk behandling.

Tabell 5 gir en oversikt over tre helseforetak som bruker ICD10-kode Z50.1 - 'Annen fysikalsk behandling'.

I Helse Førde HF gis det fysikalsk behandling mens pasientene er innlagt. Det er i hovedsak ved Lærdal sykehus.

I Helse Stavanger HF gis fysikalsk behandling både under innleggelse og etter utskrivelse.

Tabell 5: Gjennomsnittlig årlig antall innsatte kne og hofteproteser, og andel som mottar fysikalsk behandling i perioden 2016 - 2018.

Behandlende HF	Antall kneproteser	Andel fysikalsk	Antall hofteproteser	Andel fysikalsk
Helse Førde HF	410	83 %	301	3 %
Helse Stavanger HF	221	74 %	577	62 %
AHUS HF	278	0 %	625	2 %

Det gjøres oppmerksom på at det ved flere sykehus er polikliniske kontakter hos fysioterapeut i oppfølgingstiden på tre uker. En del av disse kontaktene er sannsynligvis kontroll hos fysioterapeut, men enkelte pasienter har en serie med flere kontakter over kort tidsrom, som en kan anta er fysikalsk behandling. Disse polikliniske kontaktene har hyppigst forekommende diagnosekode for hofte- og kneartrose.

4.4.4 Antall døgn ved inngrep

Antall døgn pasientene er innlagt på sykehuset i tilknytning til innsetting av protese kan være av betydning for oppfølging i rekonvalesenstiden. Det tas derfor med en oversikt som viser gjennomsnittlig antall døgn pr. sykehusopphold i Helse Nord ved innsetting av protese, se tabell 6. En ser at innad i Helse Nord har UNN Tromsø, Kirkenes og Lofoten minst to døgn lengre sykehusopphold ved innsetting av primær hofteprotese enn det nasjonale gjennomsnittet.

Tabell 6: Årlig antall inngrep og gjennomsnittlig antall døgn pr. sykehusopphold ved innsetting av primær hofte- eller kneprotese i Helse Nord i perioden 2016 - 2018.

Behandlingssykehus	Hofte primærprotese		Kne primærprotese	
	inngrep	antall døgn	inngrep	antall døgn
Hammerfest	51	5,33	32	4,75
Kirkenes	20	6,54	15	6,20
UNN Narvik	30	3,81	34	2,32
UNN Harstad	40	4,02	91	3,66
UNN Tromsø	91	7,34	50	5,44
Bodø	100	3,95	77	3,49
Lofoten	34	6,24	17	4,73
Vesterålen	68	5,61	70	5,10
Mo i Rana	119	3,40	77	3,87
Norge		3,97		4,28

4.5 Fraskrivelse

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