

Behovsvurdering  
Kjøp av medisinske og kirurgiske  
spesialisthelsetjenester

2025-2026

Helsefagavdelingen 25.04.2024

## Innhold

Organisering .....	4
Habilitet .....	4
Sammendrag og anbefaling .....	5
Innledning.....	5
Anbefaling .....	6
Føringer som er lagt til grunn for anskaffelsen.....	7
Avgrensning.....	7
Innretning på avtalen/avtaleform.....	8
Oppdrag.....	9
Mål for behovsvurderingen.....	9
Oppdragsdokument og nasjonale tiltak for å redusere uønsket variasjon .....	10
Organisering og forankring av arbeidet .....	12
Bakgrunn .....	12
Helseregion Midt-Norge.....	12
Rettighetsvurdering .....	12
Ventetider og fristbrudd .....	13
Rett til å velge behandlingssted .....	13
Eksisterende avtaler .....	14
Markedsvurdering .....	15
Analysemodellen .....	15
Grunnlagsnotat fra analyseavdelingen .....	15
Behovsvurdering .....	16
Questback-spørring til helseforetakene .....	17
Oppsummering.....	18
Anbefalinger .....	20
Fordøyelsesykdommer .....	20
Gastrokirurgi.....	20
Karkirurgi .....	21
Plastikkirurgi.....	21
Urologi .....	21
Ortopedi .....	22
Øre-Nese-Hals .....	22
Søvnapné.....	23
Øyesykdommer .....	23



Vedlegg.....24



## Organisering

Funksjon	Navn	Helseforetak	Tittel/avdeling/fagområde
Eier	Bjørn Inge Gustafsson	Helse Midt-Norge RHF	Viseadministrerende direktør/Fagdirektør
Arbeidsgruppe	Helena Bertilsson Vigleik Jessen Arnt-Egil Hasfjord Sigrid Fenne Helgesen Hilde Fines Lund	Helse Midt-Norge RHF Helse Midt-Norge RHF/ innleid Helse Midt-Norge RHF Helse Midt-Norge RHF Sykehusinnkjøp HF	Assisterende fagdirektør Rådgiver Seniorrådgiver Seniorrådgiver Prosjektleder
Brukerrepresentant	Daniela Gutierrez Rodrigues	RBU	Brukerrepresentant
Referansegruppe	Astrid Brudeseth Vigdis Skjerve Haarberg Marit Fagerli Torbjørn Dahl Sveinung Sørhaug Anne Hildur Henriksen Carl Geoffrey Parrinder Odd Kåre Hestmo Grete Sivertsen Norunn H Hestvik Annbjørn Johansen Øyvind Eksund Nytun Jørn- Åge Longva Kirsti Sevaldsen	Helse Midt-Norge RHF/ innleid Helse Midt-Norge RHF St Olavs Hospital St Olavs Hospital St Olavs Hospital St Olavs Hospital Helse Nord-Trøndelag Helse Nord-Trøndelag Helse Nord-Trøndelag Helse Nord-Trøndelag Helse Nord-Trøndelag Helse Møre og Romsdal Helse Møre og Romsdal Helse Møre og Romsdal	Helsefaglig rådgiver Helsefaglig rådgiver Klinikkssjef ØNH, kjeve og øye Klinikkssjef Kirurgisk klinikk Klinikkssjef lunge og arbeidsmedisin Klinikkssjef med klinikk Klinikkleder med klinikk Klinikkleder stab Klinikkleder stab Klinikkleder med klinikk Klinikkleder med klinikk Ass Klinikkssjef, klinikkleing og stab Avdelingssjef med avdeling Ålesund Avdelingssjef avdeling for ortopedi
Interne ressurser	Asgeir Winge Nina Hagesæter	Helse Midt-Norge RHF Helse Midt-Norge RHF	Seniorrådgiver Seniorrådgiver

### Habilitet

Alle deltakere i arbeidsgruppe og referansegruppe har fylt ut et habilitetsskjema der den enkelte har vurdert egne mulige interessekonflikter og habilitet. Det har ikke fremkommet forhold som tilsier at noen av deltakerne er inhabil. Helse Midt-Norge RHF har også presisert overfor deltakerne kravet om taushetsplikten.



# Sammendrag og anbefaling

## *Innledning*

Kjøp av private somatiske helsetjenester skjer i henhold til lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Nåværende avtale utgår i 2024.

I Helse Midt-Norge har avtalene som ble inngått etter forutgående behovsanalyse og anbudsprosess vært utformet som rammeavtaler med volum begrenset av DRG-basispoeng fordelt på fagområder.

I forvaltningen av avtalene har det vært mulig å benytte rammen til ett fagområde til ytterligere aktivitet i et annet fagområde. Underveis i avtaleperioden ble det også økt DRG-ramme for noen fagområder og nye fagområder har av ulike årsaker blitt inkludert.

Hovedbegrunnelsen for å inngå avtaler med private helsetjenestetilbydere har vært å sikre et tilstrekkelig spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i helseregionen, spesielt innen pressede fagområder i helseforetakene.

I den grad henvisninger er blitt overført fra helseforetak til private kan dette være effektivt, men det største volumet har vært henvisninger direkte fra fastleger til privatklinikker, som så har rettighetsvurdert henvisningene og tatt pasientene til behandling. Det har vært et gjentakende tema gjennom flere år at det i Helse Midt-Norge har vært høyt forbruk av tjenestene som disse avtalene har omfattet, særlig har acromionreseksjon og meniskoperasjoner vært i fokus siden disse prosedyrene har svak eller manglende evidens for effekt.

Til tross for forsøk på å redusere kjøp og normere praksis er det fortsatt et tydelig mønster at Midt-Norge ligger høyt i forbruk.

Et hovedmål i denne behovsanalysen har vært å få et godt bilde av innhold og omfang av disse avtalene, og det er lagt ned et betydelig arbeid sammen med analyseavdelingen i Helse Midt-Norge for å framstille aktiviteten i avtalene som forbruksrater i helseforetakets opptaksområde.

Arbeidsgruppen har også hatt stor nytte av informasjonsdeling med Helse Sør-Øst RHF og har tilnærmet oss deres struktur i arbeidet med deres kontrakter.



## Anbefaling

Det anbefales at Helse Midt-Norge RHF anskaffer tjenester fra private leverandører innen somatiske spesialisthelsetjenester for **perioden 2025 -2026**. Maksimal økonomisk ramme i hele kontraktperioden er **650 MNOK**, og inkluderer opsjoner på prolongering og muligheten for justering av volum. Anbefalingen omfatter følgende fagområder og tjenester:

Fagområder	Tjenester	Enhet	Ant pr år
1. Fordøyelsessykdomme	Gastroskopi med og uten biopsi	Undersøkelse	1500
	Koloskopi med og uten biopsi	Undersøkelse	1800
	Konsultasjoner som ikke fører til inngrep		500
<b>KIRURGI</b>			
2. Gastrokirurgi	Hemoroider - utredning og operasjon	Behandling	100
	Philonidalsykdom	Behandling	20
	Lyske- og lårbrokk	Behandling	150
3. Karkirurgi	Åreknuter	Behandling	300
4. Plastikk-kirurgi	Postbariatrisk kirurgi	Behandling	100
	Mammahypertofi	Behandling	50
	Småkirurgi	Behandling	230
5. Urologi	Mikroskopisk hematuri-utredning	Undersøkelse	850
	Fimose	Behandling	250
	Prostatahypertorfi	Behandling	60
	Konsultasjoner som ikke fører til inngrep - KIRURGI		1500
<b>6. Ortopedi</b>			
FOT	Hallux valgus/rigidus, hammertå	Behandling	70
	Entesopatier fot - op på muskler og sener	Behandling	40
	Inngrodd negl - eksisjon av negleseng på tå	Behandling	80
HÅND	Håndkirurgi	Behandling	180
	Entesopatier hånd - op på muskler og sener	Behandling	20
SKULDER	AC-ledd atrose, reseksjon/eksisjon av clavícula	Behandling	40
	Rotatorcuf-ruptur	Behandling	40
KNE	Fremre korsbånd rekonstruksjon	Behandling	40
	Meniskreseksjon	Behandling	80
	Konsultasjoner som ikke fører til inngrep - Ortopedi		1500
7. Øre-nese-hals	Skjev neseskillevegg - neseseptumplastikk	Behandling	200
	Tonsille	Behandling	400
	Konsultasjoner som ikke fører til inngrep		1200
6. Søvnutredning	Søvnapne - utredning	Undersøkelse	1200
	CPAP - tilpasning	Behandling	400

Tabell 1 Fagområder og tjenester som anbefales kjøpt fra private leverandører

Analysene indikerer at snarere enn å avlaste sykehusene bidrar avtalene til å trekke forbruket opp. For å unngå dette foreslår arbeidsgruppen:

- en vesentlig reduksjon i avtalevolum.
- at rettighetsvurderingen overføres til sykehusene.



## Føringer som er lagt til grunn for anskaffelsen

- Sykehusene vil fortsatt kunne benytte avtalene og videresende henvisninger. Pasienter som er satt på venteliste kan fortsatt velge seg til privat leverandør. Fastlegene vil imidlertid ikke lenger kunne henvide direkte til avtaleleverandør.
- Data for ventetid og fristbrudd finnes kun aggregert per fagområde, ikke per prosedyre i tilgjengelig statistikk og det er usikkerhet omkring datakvaliteten. Arbeidsgruppen har derfor lagt større vekt på forbruksanalyser enn ventetidsdata i anbefalingene.
- Arbeidsgruppen skal vurdere om det er nye fagområder som er aktuelle for avtale.
- Avtalene bør inneha en mulighet for årlig justering av aktiviteten tilpasset behovet og legge til rette for økt fleksibilitet i løpet av avtaleperioden.
- Avtalene bør inneha en mulighet for endring av omfang, slik at man ved behov kan kjøpe andre tjenester innenfor de samme fagområdene som avtalene omfatter.
- Avtalene som eventuelt inngås, bør være aktivitetsbaserte og leverandørene vil få betalt etter utført aktivitet.
- Tilrettelegge for bruk av video- og telefonkonsultasjoner der det er hensiktsmessig.
- Stille spesifikke krav til kvalitet til de enkelte tjenestene for å blant annet redusere uønsket variasjon i forbruksrater og indikasjonsglidning.
- Tjenestene er vurdert ut fra samlet forbruksrate per helseforetak og som førende i anskaffelsen legges at forbruksratene skal tilnærmes landsgjennomsnittet.
- Stille krav til deltakelse i faglig samarbeid om nødvendig.
- Krav til innrapportering av aktivitet til NPR i tråd med gjeldende nasjonale krav.
- Formålet med anskaffelsen vil være å inngå avtaler som bidrar til riktig behovsdekning av tjenestene som omfattes av anskaffelsen, ivareta pasientens rett til å velge behandlingssted, geografisk likeverdig tilbud til befolkningen og så langt det lar seg gjøre bidra til et velfungerende leverandørmarked og dermed fremtidige konkurranse i markedet.
- I tildelingen vil man vektlegge den sammensetning av tilbud som til en akseptabel pris best mulig bidrar til å oppnå formålet og rammene i anskaffelsen.

## Avgrensning

Behovsvurderingen omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, rehabilitering eller helse og arbeid, da disse inngår i egne behovsvurderinger og anskaffelser. Tjenester som inngår i pakkeforløp for kreft inkluderes heller ikke i behovsvurderingen. Videre legges til grunn at:

- Områdene skal ha kapasitetsutfordringer og vurderes med hensyn til volum, ventetider, fristbrudd og frist ifølge prioriteringsveiledere. Det vil også være viktig å vurdere områdene i forhold til henvisningspraksis.





- Det bør foreligge faglig konsensus om indikasjoner for utredning og behandling, samt valg av behandlingsmetode. Tilstander hvor indikasjon for utredning og behandling er beheftet med stor grad av skjønn bør ikke inkluderes. Unntaket er dersom det kan legges til rette for avbøtende tiltak, slik at uønsket variasjon i forbruksrater og indikasjonsglidning unngås.
- Utredning og oppfølging av kroniske sykdommer, eventuelt tilstander som krever langvarig oppfølging/behandling og/eller i vesentlig grad påvirker forventet levetid bør ikke inkluderes uten at det særskilt legges til rette for det.

## *Innretning på avtalen/avtaleform*

Behovene i helseforetakene er ikke statisk og for å ha størst mulig grad av fleksibilitet anbefales å inngå en avtale med kort varighet, men mange opsjonsår. Avtaleformen må gi rom for årlige ytelsesforhandlinger og forhandling om justering ved eventuell utløsning av opsjonen.

Arbeidsgruppen foreslår (lik Helse Sør-Øst):

- Avtalelengde på to år med seks opsjonsperioder, hver på inntil ett år.
- Leverandøren vil i de årlige ytelsesavtaler bli tildelt et visst volum av ytelser/delytelser. Dette er en kapasitetsforpliktelse, som innebærer en plikt for leverandøren til å utføre det volum av ytelser/delytelser som tildeles, gitt at leverandøren får henvist pasienter fra de med henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten.
- Leverandøren vil utelukkende få betalt per ytelser/delytelser som faktisk utføres, opptil tildelt volum av ytelser/delytelser. Betaling er avhengig av at leverandøren får henvist pasienter til helsehjelp som omfattes av rammeavtalen. Leverandøren vil ikke få betalt for kapasitetsforpliktelsen. Leverandøren vil heller ikke få betalt fra oppdragsgiver utover tildelt volum av ytelser/delytelser.
- Dersom oppdragsgivers behov for tjenester endrer seg, kan oppdragsgiver gjøre justeringer i ytelsesavtalen både med hensyn til omfang og krav til tjenestene.
- For alle delkontrakter/fagområder vil rammeavtale i utgangspunktet bli inngått med en eller flere leverandører, men at vi forbeholder seg retten til å inngå rammeavtale med bare én leverandør for hver delkontrakt.

Markedet for private helsetjenester er i endring og tilsynelatende i sterk vekst. Nye tilbud etableres utenom de områdene hvor det er offentlige avtaler, for eksempel er det etablert tilbud om hofte- og kneproteoperasjon i Trondheim. Aktuelle leverandører er ganske store virksomheter som i økende grad baserer aktiviteten på markedet for private forsikringsordninger, selvbetalende pasienter og avtaler med Helfo for fristbruddpasienter.

Betydningen av avtalene med regionale helseforetak er derfor avtakende, i hvert fall for de største aktørene.





Vi har, uten å gå i dybden på problemstillingen, vurdert om et alternativ til denne ganske omfattende rammeavtalen kunne være å gjøre flere målrettede anskaffelser av enkeltprosedyrer etter innmeldt behov fra helseforetakene. Eksempler innenfor gjeldene avtale har vært benyttet for å få avvirket et volum galleoperasjoner fra St. Olavs Hospital i 2023. Helse Sør-Øst har vært inne på tilsvarende vurderinger uten av det er landet noe endelig. Vi har fått informasjon om at Helse Vest vurderer et slik målrettet kjøp av urologi.

Ved behov for kjøp av tjenester på fagområder som denne rammeavtalen ikke dekker må det uansett gjennomføres egne anskaffelser.

## Oppdrag

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lov, forskrift og oppdragsdokument. Helse Midt-Norge RHF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Helse Midt Norge RHF har avtaler med private leverandører av helsetjenester for å oppfylle sitt "sørge for"- ansvar i regionen, redusere ventetider og gi pasientene økt valgfrihet.

I regional utviklingsplan 2023-2026 står det i kapittel 4.1; «*Et helhetlig tilbud må utvikles og etableres i partnerskap med alle involverte i behandlingsskjeden. Å sette pasientene i sentrum stiller krav til bedre samhandling mellom sykehus, kommuner, private tilbydere, ideelle aktører og andre tjenesteytere.*»

## Mål for behovsvurderingen

Behovsvurderingen skal være et grunnlag for anskaffelser av private kirurgiske og medisinske spesialisthelsetjenester dimensjonert for Helse Midt-Norges befolkning. Den skal gi et grunnlag for å prioritere, planlegge, dimensjonere og tilrettelegge for anskaffelse av disse helsetjenestene fra 2025.

Helse Midt-Norge RHF ønsker å delta aktivt i regjeringens oppdrag om å redusere uønsket variasjon i behandlingsmetoder. Arbeidsgruppen definerte i starten av arbeidet noen prinsipielle mål for arbeidet.

Disse prinsipielle målene for behovsvurderingen ble godtatt i regionalt fagdirektørmøte 10/11-2023.

- Påvise og fjerne behandlinger som mangler evidens for effekt
- Redusere uønsket variasjon i forbruksrater i regionen
- Påvise og korrigere eventuell over eller under behandling
- Understøtte lik praksis/standardisering i regionen



- Etterlevelse av nasjonale/regionale og lokale retningslinjer

Definisjoner av variasjon, behandling og tjenestetilbud i NOU Tid for handling<sup>1</sup>

- Uønsket variasjon: Forskjeller som ikke kan forklares med tilfeldige svingninger i ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller pasientpreferanser. Den viktigste årsaken til uønsket variasjon i forbruket av helsetjenester, er variasjon i tjenestetilbudets størrelse.
- Tilbudsstyrt etterspørsel: I helse- og omsorgssektoren skaper tilbudet av tjenester som regel en tilsvarende etterspørsel etter de samme tjenestene. Dette omtales også som preferanse- eller tilbudsstyrte helsetjenester. Effekten kan være at forbruket av helsetjenester øker og helsegevinsten er lav.
- Nødvendige helsetjenester: Behandling der effekten er godt dokumentert, indikasjon er i lite grad preget av skjønn og det er liten eller ingen uenighet om indikasjon. Eksempler er operasjon av lårhalsbrudd, tykktarmskreft, behandling av hjerteinfarkt og hjerneslag. Ofte følger disse behandlingene standardiserte nasjonale retningslinjer og det er små geografiske variasjoner.

Som utgangspunkt er hovedutfordringen med nødvendige helsetjenester et underforbruk mens det for preferanse og tilbudsstyrte helsetjenester er overforbruk eller feilbruk.

For at spesialisthelsetjenesten skal være i stand til å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester i møte med en aldrende befolkning og et stadig økende underskudd av helsepersonell, er det nødvendig å prioritere tjenester med dokumentert effekt, i tråd med prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet. En bærekraftig utvikling må kombinere økt kvalitet og pasientsikkerhet, innfasing av ny teknologi og nye behandlingsmetoder, og styrt aktivitetsreduksjon for tjenester med lav eller usikker helsegevinst.

## *Oppdragsdokument og nasjonale tiltak for å redusere uønsket variasjon*

Riksrevisjonen la i 2019 frem en rapport<sup>2</sup> som undersøkte årsaken til variasjon i forbruk av helsetjenester. Målet med undersøkelsen var å beskrive årsaker til uønsket variasjon i forbruk av somatiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, og hvordan de regionale helseforetakene og helseforetakene ivaretar hensynet til likeverdig tilgang og effektiv ressursbruk. Et av funnene i Riksrevisjonens rapport var en stor grad av geografisk variasjon som indikerte at de regionale helseforetakene i liten grad hadde brukt forbruksrater til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten.

---

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=12>

<sup>2</sup> <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-arsaker-til-variasjon-i-forbruk-av-helsetjenester/>



Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge for 2024 <sup>3</sup>setter fokus på prioritering og uønsket variasjon:

*“Gode helsetjenester krever gode prioriteringer. Prioritering handler om å gi et godt, rettferdig og likeverdig tilbud innenfor de ressursene vi har til rådighet.”*

*“Data fra helseatlas og helse- og kvalitetsregistre skal brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt for å redusere uønsket variasjon”.*

I regional utviklingsplan 2023-2026<sup>4</sup> kapittel 4.4.3, legges denne føringen:

*“Når det inngås avtale med private leverandører innebærer det også en plikt til samarbeid om de tjenestene som tilbys. Nasjonale føringer om utvikling av tjenestetilbudet i samsvar med overordnede prioriteringer, redusere uønsket variasjon og å yte tjenester mer effektivt, gjelder også for spesialisthelsetjenester som utføres av private leverandører. Vi vil sørge for å integrere private helsetjenesteleverandører sterkere i det helhetlige helsetilbudet til befolkningen og sørge for å utnytte den ressursen de utgjør effektivt. Å utnytte den private kapasiteten er særlig viktig på områder der helseforetakene har utfordringer med å innfri kravene til ventetider.”*

De fire regionale helseforetakene arbeider i felleskap om å redusere uønsket variasjon i en Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR) etablert i 2023. Gruppen skal sikre styringsmessig forankring for nasjonale anbefalinger om tiltak for aktivitetsreduksjon og mål for aktivitetsnivå i alle de fire regionene. Gruppens medlemmer har ansvar for implementering av tiltak i egen region. Dette gjelder både tiltak som skal gjennomføres i foretakene, og tiltak som er nødvendige for å redusere aktivitet hos private tilbydere som har avtale med det regionale helseforetaket. Gruppen ledes av senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

Andre nasjonale tiltak for å redusere uønsket variasjon er Legeforeningens kampanje “Gjør kloke valg”, prosjektet “Bærekraft på legekantoret” og “Ikke stikk meg uten grunn». «Gjør kloke valg” kampanjen er en norsk versjon av den internasjonale Choosing Wisely kampanjen som startet i USA i 2012. Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsetjenesten.

Helse Vest inngikk ikke nye avtaler med private leverandører for kirurgiske helsetjenester fra 2023 ut fra en vurdering om at det var usikkert om avtalene ga nytteverdi og reell avlastning for spesialisthelsetjenesten og for at kunnskapsgrunnlag viser at volumet av behandling av prosedyrene bør reduseres. Evaluering etter fem måneder påviste økt pågang innenfor urologi og ortopedi, men årsakene vurderes sammensatte og man påviser ingen alvorlige konsekvenser.

---

<sup>3</sup><https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2024-midt-norge-rhf-2601.pdf>

<sup>4</sup><https://www.helse-midt.no/49d50f/siteassets/documents/2023/regional-utviklingsplan--2023-2026.pdf>



## Organisering og forankring av arbeidet

Arbeidet startet i slutten av oktober 2023 og er organisert med en intern arbeidsgruppe i Helse Midt-Norge RHF. I tillegg ble en det etablert en referansegruppe med representanter oppnevnt av fagdirektører i Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St Olavs Hospital HF.

Arbeidsgruppen har lagt stor vekt på å sikre bred forankring og involvering gjennom et eller flere møter med de relevante fagledernetverkene. Videre er det orientert om arbeidet til ledergruppene i alle tre helseforetak, i fagråd for legesamarbeid eller tilsvarende organ i de tre helseforetakene.

Underveis har det vært løpende dialog rundt innspill og avklaringer med ledere og fagfolk i alle helseforetak. Regionalt brukerutvalg (RBU) har blitt informert om prosessen i to møter og de har oppnevnt en brukerrepresentant til å delta i arbeidet. Konserntillitsvalgte (KTV/KVO) har fått informasjon om behovsvurderingen i møte. Viser til møteoversikt i vedlegg 2.

## Bakgrunn

### Helseregion Midt-Norge

Befolkningen i Midt-Norge (samt Bindal i Nordland) var på 748 226 innbyggere i 2023(SSB.no). Dette utgjør 13,6 % av Norges samlede befolkning.

Tabell 2 viser hvordan innbyggerne fordeler seg i de ulike sykehusområdene.

Helseforetak	Befolkningsgrunnlag	Prosentandel
St. Olavs hospital HF	343365	46,0 %
Helse Møre og Romsdal HF	268365	35,9 %
Helse Nord-Trøndelag HF	135105	18,1 %

Tabell 2. Befolkningen i Midt-Norge fordelt på helseforetak (SSB.no)

## Rettighetsvurdering

Vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-1b<sup>5</sup> avgjøres etter en individuell vurdering av pasientens tilstand (rettighetsvurdering). Vilkårene som må være oppfylt er definert i prioriteringsforskriften. Spesialisthelsetjenesten skal basert på rettighetsvurderingen sette en individuell frist for når pasienten senest skal få oppfylt retten til nødvendig helsehjelp. Det enkelte regionale helseforetak avgjør hvilke institusjoner som skal ha fullmakt til å foreta rettighetsvurderinger. Rettighetsvurderingen kan ved behov delegeres til privat institusjon.

<sup>5</sup> [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_2#%C2%A72-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#%C2%A72-5)



Regulering av pasientrettighetene er ulik mellom avtalespesialister og sykehus. Avtalespesialister er unntatt fra plikten til rettighetsvurdering i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Dette innebærer at pasienten ikke har rett til vurdering innen ti dager og at man ikke får en rettighetsfrist for når helsehjelpen senest skal oppfylles.

Det er et økende fokus på lik rettighetsvurdering og riktig prioritering for alle pasientforløp nasjonalt. Innen enkelte fagområder er det etablert felles henvisningsmottak. Regional vurderingsenhet (RVE) innenfor rehabiliteringsfeltet og felles henvisningsmottak psykisk helse er eksempler på dette. Det foreligger ikke felles henvisningsmottak innenfor somatiske helsetjenester, men den nylig publiserte Nasjonal helse- og samhandlingsplan<sup>6</sup> gir føringer for at avtalespesialistenes helsehjelp, også innen somatiske fagområder skal skje etter forutgående rettighetsvurdering.

## *Ventetider og fristbrudd*

Alle offentlig finansierte behandlingssteder skal rapportere ventetider en gang per måned eller oftere ved endringer. Det er forventet ventetid, for de lavest prioriterte pasientene som skal rapporteres. Ventetidene, oppgitt i antall uker og publiseres deretter på Helse Norge/velg behandlingssted.<sup>7</sup>

Dersom helseforetaket ikke overholder den individuelle behandlingsfristen, har pasienten rett til et annet behandlingstilbud gjennom Helfo. Det er spesialisthelsetjenesten som skal varsle Helfo i slike tilfeller, men pasienten selv kan også gjøre dette ved telefonisk kontakt til Helfo.

Det er utarbeidet en regional prosedyre ved truende fristbrudd i helseforetakene. Avdelinger som har kapasitetsutfordringer benytter andre sykehus, kapasitet hos avtalespesialister eller private tjenestetilbydere som har avtale med Helse Midt-Norge. Slik kan man redusere andelen fristbruddpasienter som meldes til Helfo. Helse Midt-Norge RHF har en regional pasientrådgiver tilknyttet informasjonstjenesten velg behandlingssted sykehusene kan kontakte ved behov.

## *Rett til å velge behandlingssted*

Retten til å velge behandlingssted omfatter alle behandlingssteder som eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et av de fire regionale helseforetakene. Avtalene de regionale helseforetakene inngår, gir pasientene valgmuligheter og sikrer en behandlingsskapasitet som helseforetakene kan benytte for å redusere sine ventelister og for oppfyllelse av pasient- og brukerrettighetsloven. Fastlegen kan sende henvisning til det behandlingsstedet pasienten ønsker for alle planlagte undersøkelser og behandlinger. En forutsetning for at pasienten kan bli

---

<sup>6</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan-2024-2027-kortere-ventetider-og-en-felles-helsetjeneste/id3028011/>

<sup>7</sup> <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted>



henvist direkte til et privat behandlingssted som har avtale med et regionalt helseforetak er at behandlingsstedet har blitt tildelt vurderingskompetanse. Etter tildelt rett til helsehjelp kan pasienten velge mellom behandlingssteder som har avtale med et regionalt helseforetak.

Pasienten har ikke rett til å velge et mer spesialisert behandlingstilbud enn det man har blitt rettighetsvurdert til og kan heller ikke velge omsorgsnivå på behandlingen.

## Eksisterende avtaler

Dagens avtaler er basert på kjøp at helsefaglige tjenester innen hovedområder for forskjellige fagområder. Avtalene er innrettet etter diagnosegrupper i en DRG-ramme. Denne måten å innrette avtalen på har gitt muligheter for noe fleksibilitet innen hver DRG-gruppering, slik at avalen kunne imøtekomme endringer i behov.

Fagområder og rammer i						
DRG-basispoeng pr. år:	Behandling	Beskrivelse	Anskaffels	2021	2022	2023
Ortopedisk kirurgi	Behandling	Skulder, albue, hånd, kne, ankel og fot	2450	2 450	2 185	2 435
		vektreduksjon, samt tunge øyelokk og	810	1 100	935	880
Ikke-kosmetisk plastikkirurg	Behandling	hudtumores				
Øre-nese-hals kirurgi og utredninger	Behandling	Inngrep	580	600	645	890
Øre-nese-hals kirurgi og utredninger	Utredning	Søvn	120	105	105	120
Generell kirurgi og undersøkelser	Behandling	Karkirurgi, tarmkirurgi og brokkkirurgi, og galleblære	480	480	490	490
Generell kirurgi og undersøkelser	Undersøkelser	Koloskopi, gastroskopi og kombinerte undersøkelser	100	150	435	530
Urologisk kirurgi og utredninger	Behandling	Urologiske inngrep og utredninger	330	285	295	340
Hjertesykdommer	Utredning	Utredninger			20	20
		Kontroll etter malignt melanom + enklere			20	20
Hudsykdommer	Behandling	kirurgi/behandling				
Hudsykdommer	Behandling	Lysbehandling				5
		Operasjon av grå stær og etterbehandling	130	145	145	130
Øyekirurgi	Behandling:	med laser				
<b>Totalt:</b>			<b>5 000</b>	<b>5 315</b>	<b>5 275</b>	<b>5 860</b>

Tabell 3. Utvikling av kontraktammen i siste kontraktsperiode

I 2023 ble det benyttet 5130 DRG- poeng innen avtalen.





## Markedsvurdering

Helse Midt-Norge RHF har i dag avtaler med Aleris Solsiden AS, Medi3 AS, Volvat Stokkan AS, Medicus AS og Aleris Rosenborgklinikken AS. Avtalene regulerer i hovedsak pasientstrømmer fra fastlege og til den enkelte leverandør, men henvisninger sendes også fra helseforetakene. Leverandørene har fått delegert retten til å vurdere henvisningene.

## Analysemodellen <sup>8</sup>

Deler av analysegrunnlaget for behovsvurderingen er tilrettelagte nasjonale aktivitets- og ventelistedata utlevert fra Folkehelseinstituttet (Norsk pasientregister).

Formålet med analysen og modelleringen av aktivitetsdataene, er å visualisere eventuell variasjon i forbruket av avgrensede definerte tjenester, og kunne vurdere om forbruket avviker fra et tenkt/ønsket nivå for befolkningen i Helse Midt-Norge. Offisielle ventelistedata supplerer aktivitetsanalysen og gir ytterligere grunnlag for behovsvurderingen.

Aktivitetsmodellen er tilgjengeliggjort på nett for brukere med IP-adresse i foretaksgruppen Helse Midt-Norge. Opplysningene i modellen er nasjonale data fra Norsk pasientregister, og befolkningsdata fra SSB.

Modellen er avgrenset til et utvalg av tjenestene som utføres av private avtaleparter innenfor eksisterende avtaler i Helse Midt-Norge. Hovedprinsippet for avgrensningen, er filtrering etter DRG, hovedtilstand og prosedyre. Forbruk av tjenester presenteres i absolutte tall (for bostedsområdene i Helse Midt-Norge) og som standardiserte ratetall for sykehusopphold pr. 100.000 innbygger.

Alle fordelinger og måltall i modellen er fordelt etter hvilket bostedsområde pasienten tilhører (pasientens bostedskommune). Alle tall som for eksempel framkommer for Helse Møre og Romsdal gjelder antall behandlinger utført for pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal HF, uavhengig av ved hvilket sykehus pasienten har mottatt behandlingen.

For nærmere beskrivelse av analysegrunnlaget, se vedlegg 3.

## Grunnlagsnotat fra analyseavdelingen

Helseforetakene og private leverandører med avtale, rapporterer aktivitets- og ventelistedata til Norsk pasientregister (NPR) månedlig og tertialvis. Analyseavdelingen har utarbeidet et grunnlagsnotat som skal bidra med å belyse fagområder med kapasitetsutfordringer i helseforetakene. Utfordringer med rapportering i Helseplattformen gjør at grunnlagstallene kan være feil fra St Olavs

---

<sup>8</sup> [Utvalg somatiske tjenester - Power BI Report Server](#)





Hospital. En må derfor tolke tallene utfra at det kan være en feilmargin når det gjelder data tatt ut av vår analyseenhet.

Tabellene som er tatt ut er lagt som vedlegg 4 til rapporten. Den viser utvikling i antall nyhenviste pasienter innen somatiske fag i perioden 2019-2023. I perioden var det en økning i antall nyhenviste på 7,3%. I samme periode viser analysen økt antall ventende ved alle helseforetak og gjennomsnitt ventetid for avviklede var økt med 26%.

Når det gjelder fristbrudd for avviklede pasienter var det en stor økning i perioden ved alle helseforetak. Som for ventelistene må tallene tolkes ut fra en feilmargin ved St Olavs Hospital.

## Behovsvurdering

Estimat fra kreftregisteret indikerer at sykkeligheten i Norge er homogen med hensyn til sykdomsforekomst og i mangel på annet mål for tjenestebehov bør regionen etterstrebe forbruksrater som er likt landsgjennomsnittet (ref. Tid for handling kap.11.4.1 <sup>9</sup>) Med utgangspunkt i analysemodellen, informasjon fra fagmiljøene og annen informasjon er det utarbeidet en behovsvurdering per fagområde.

Analyseavdelingen har avdekket fagområder med lange ventetider og høy andel fristbrudd der man tidligere ikke har inngått avtaler med private tjenestetilbydere. Dette gjelder følgende fagområder: Nevrologi, Dermatologi, Gynekologi, Fysikalsk medisin og Kardiologi. Fagdirektørene ved de ulike helseforetakene har formidlet spørsmål om fagmiljøenes vurdering og om tjenestene egner seg for kjøp hos private tjenestetilbydere. Det har ikke blitt gitt signaler om at dette er ønskelig fra noen av de omtalte fagområdene. Flere fagområder oppgir imidlertid samarbeid med avtalespesialister som løsning for kapasitetsutfordringene.

I analysemodellen er det gjort en beregning av antall prosedyrer som hvert helseforetak må øke/reducere for å komme til landsgjennomsnitt med egenaktivitet. Vi har deretter lagt til grunn at helseforetakene ikke kan øke utover den aktiviteten de har i dag og at et tilsvarende volum i et teoretisk estimat kjøpes i ny avtale med private.

Tabell 4 nedenfor viser helseforetakenes relative posisjon i forbruksrate, omfang av kjøp, avtalevolum samlet for Helse Midt-Norge RHF i 2023 og teoretisk behov i ny avtale. Tabell 5 viser teoretisk økning/reduksjon i antall prosedyrer per helseforetak målt mot landsgjennomsnittet.

---

<sup>9</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=12>



Fagområde	Tilstand	St. Olav	HMR	HNT	Private HMN	Teoretisk behov
<b>Gastroenterologi</b>						
	Gastroskopi	Over snitt med kjøp	Nært snitt med kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Koloskopi	Over snitt med kjøp	Nært snitt, lite kjøp	Over snitt med kjøp	3630	864
	Kombinert	Over snitt med kjøp	Nært snitt med kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	3113	1263
					79	0
<b>Gastrokirurgi</b>						
	Hemoroider	Høyest i landet, høy andel kjøp	Nært snitt, lite kjøp	Over snitt med kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Lyskebrokk	Over snitt med kjøp	Nært snitt, lite kjøp	Over snitt med kjøp	238	62
	Andre brokk	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt, lite kjøp	Nært snitt, lite kjøp	268	157
	Kolecystectomi	Over snitt med kjøp	Kjøper ikke	Kjøper ikke	87	6
					St. Olav 34	0
<b>Plastikkirurgi</b>						
	Småkirurgi	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt med kjøp	Under snitt, noe kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Postbariatrisk kirurgi	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	725	230
	Mammahypertrofi	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	198	74
					137	16
<b>Karkirurgi</b>						
	Åreknuter	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Nært snitt, høy andel kjøp	Private 2023	HF lik landet
					582	322
<b>Urologi</b>						
	Cystoskopi	Nært snitt, høy andel kjøp	Nært snitt, lite kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Fimose og penisopr	Nært snitt, høy andel kjøp	Under snitt, lite kjøp	Nært snitt, lite kjøp	846	850
	Prostata	Nært snitt, høy andel kjøp	Nært snitt, lite kjøp	Nært snitt, høy andel kjøp	246	253
	Hydrocele	Over snitt, høy andel kjøp	Under snitt, lite kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	93	56
	Uretrastraktur	Over snitt, høy andel kjøp	Nært snitt, kjøper ikke	Høyest i landet, høy andel kjøp	49	13
					16	6
<b>Ortopedi</b>						
	Nervedekompresjon	Over snitt med kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt med kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Karpal tunnel	Over snitt med kjøp	Nært snitt, kjøper ikke	Over snitt med kjøp	188	21
	Inngrodd negl	Nært snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Under snitt, lite kjøp	137	0
	Skulderkirurgi	Nært snitt, høy andel kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	304	197
	Menisk	Over snitt, høy andel kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	551	83
	Korsånd og menisksutur	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	470	106
	Håndkirurgi	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	65	33
	Diagnostisk artroskopi	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	522	189
	Forfotskirurgi	Over snitt, høy andel kjøp	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	189	71
	Ankelartroskopi	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp		
	Fjerne OS matr fot	Nært snitt, lite kjøp	Høyest i landet, kjøper ikke	Over snitt, høy andel kjøp	10	
	Entesopatii	Høyest i landet, kjøper ikke	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	242	6
<b>ØNH</b>						
	Tonsille SKDE	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt med kjøp	Over snitt, noe kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Neseoperasjoner	Høyest i landet, høy andel kjøp	Lavest i landet, lite kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	571	369
	Bihuler	Høyest i landet, høy andel kjøp	Over snitt, lite kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	456	250
					90	18
<b>ØNH Søvnapné (nytt uttrekk)</b>						
	Utredning	Nært snitt, høy andel kjøp	Over snitt, lite kjøp	Over snitt, noe kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Oppstart	Nært snitt, høy andel kjøp	Høyest i landet, kjøper ikke	Nært snitt, lite kjøp	1885	1477
	Kontroll konsultasjon	Under snitt, noe kjøp	Over snitt, kjøper ikke	Over snitt, lite kjøp	652	450
	Kontroll digital				422	1348
<b>Øye</b>						
	Øyelokk	Nært snitt, høy andel kjøp	Over snitt, høy andel kjøp	Nært snitt, høy andel kjøp	Private 2023	HF lik landet
	Grå stær	Under snitt, kjøper ikke	Over snitt, høy andel kjøp	Over snitt, kjøper ikke	466	521
					HMR 422	St Olav 1398

Tabell 4. Oversikt over forbruk og kjøp sett mot landsgjennomsnitt i forbruksrate.

Fagområde	HF lik landet - prosedyrer per HF			Fagområde	HF lik landet - prosedyrer per HF		
	St. Olav	HMR	HNT		St. Olav	HMR	HNT
<b>Fagområde 1: Fordøyelsesykdommer</b>				<b>Fagområde 6: Ortopedi</b>			
	HF + AS lik landssnitt				HF lik landet		
Gastroskopi	548	211	105	Nervedekompresjoner	14	1	6
Koloskopi	773	15	475	Karpal tunnel	21	-9	-20
Kombinert m/u biopsi og evt polypektomi HMN				Inngrodd negl	129	5	63
<b>Fagområde 2: Gastrokirurgi</b>				<b>Fagområde 7: ØNH operasjoner</b>			
	HF lik landet				HF lik landet		
Hemoroider - utredning og operasjon	63	-3	2	Skulderkirurgi	103	-7	-13
Cholecystectomi	-72	-39	-28	Menisk	97	-17	29
Lyske- og lårbrokk	155	12	-10	Korsbånd og menisksutur	9	19	5
Andre brokk HMN	22	-19	3	Håndkirurgi	137	43	9
<b>Fagområde 3: Karkirurgi</b>				<b>Fagområde 8: Søvnutredning</b>			
	HF lik landet				HF + AS lik landssnitt		
Behandling av åreknuter	253	58	69	Søvnapné - utredning	1477	-539	48
<b>Fagområde 4: Plastikkirurgi</b>				<b>Fagområde 9: Øye</b>			
	HF lik landet				HF + AS lik landssnitt		
Postbariatrisk kirurgi	27	2	45	Grå stær HMN	312	-373	-306
Mammahypertrofi	-7	19	4	Øyelokk HMN	220	5	111
Småkirurgi	229	-119	120				
<b>Fagområde 5: Urologi</b>							
	HF lik landet						
Cystoskopi (HF - AS)	789	35	-23				
Uretrastraktur HMN	8	1	-3				
Fimose og penisopr	212	22	19				
Hydrocele HMN	12	6	-5				
Prostatahypertrofi HMN	55	-11	12				

Tabell 5. Økning/reduksjon i antall prosedyrer målt mot landsgjennomsnitt per HF. Avtalespesialister (AS) er trukket fra volumet der det er relevant.

For å se tabellene i større format – se vedlegg 5. Oversikt over forbruk og kjøp.

## Questback-spørring til helseforetakene

For å få en strukturert tilbakemelding fra helseforetakene ble det utarbeidet en Questback undersøkelse. Denne ble sendt ut sammen med en oversikt som viste forbruk av aktuelle helsetjenester og antydning nytt kjøpsvolum. Behovsvurderingen per fagområde med tilgang til analysemodellen ble også tilsendt.



Siden organiseringen i helseforetakene er noe ulik ble spørreundersøkelsen sendt ut via fagdirektørene som distribuerte denne i egen organisasjon.

Arbeidsgruppen har mottatt i alt 27 svar fra de tre helseforetakene. Respondentene fordeler seg mellom klinikkledere, avdelingssjefer og seksjonsledere som forventet. Alle har redegjort for habilitet. Svarene er dekkende for alle fagområder og vi anser svarprosenten som høy, selv om den ikke kan beregnes nøyaktig og ikke vet hvor mange potensielle respondenter det var.

## Oppsummering

*Gir modellen et noenlunde rettviseende bilde for deres fagområde? Har dere utfyllende kommentarer?*

Her gis det tilbakemelding om at modellen stort sett gir et rettviseende bilde. Det påpekes imidlertid at det ikke er fullt samsvar med sykehusenes egne tall, især at modellen underestimerer sykehus aktiviteten. Dette er også påpekt og til dels korrigert for i analysemodellen. Det påpekes at det kan være funksjonsdeling mellom sykehusene som gjør at forbruket for sykehusets opptaksområde og sykehusets aktivitet ikke samsvarer.

*Har fagområdet kommentarer til vurderingene som framkommer i notatet? Har dere synspunkter på avtalevolum som er antydnet i notatet?*

Konkrete innspill til foreslåtte volum:

ØNH operasjoner: Ikke behov i Helse Nord-Trøndelag, St. Olavs hospital ønsker å opprettholdt avtalevolum.

Søvnapne: Ikke behov i Namsos, Levanger har ikke svart. St. Olavs hospital ønsker opprettholdt avtalevolum.

Gastrokirurgi: Ikke behov i Helse Nord-Trøndelag. St. Olavs hospital: Redusere anoproktologi. Brokkvolum opprettholdes.

Ortopedi: Ikke behov i Namsos, noe Levanger. St. Olavs hospital: Foreslått volum skulder og menisk er ok, trenger ikke korsbånd og menisksutur, kan redusere nedgrodd negl og forfotskirurgi

Urologi: St. Olavs hospital: Usikker på behov for hydrocele, etter en totalvurdering er konklusjon at det ikke trengs avtale. Tilsvarende ønskes ikke avtale på LUTS-utredning. Helse Nord-Trøndelag, ok.

Karkirurgi: St. Olavs hospital: Foreslått volum er ok. Helse Nord-Trøndelag lite behov.

Plastikkirurgi: Foreslått volum er ok for Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital.

Øye: Ikke behov for kjøp.



*Hvordan vurderer fagområdet behov for fleksibilitet i avtalene?*

Dette spørsmålet var nok lite presist og svarene spriker en del, men de avdelingen som har behov for kjøp peker også på et behov for å kunne justere volumene etter behov.

*I hvilken grad vurderer dere at avtalene med private bidrar til å avlaste fagområdet?*

Her spriker også svarene en del, men fagområdene endoskopi, søvnapne og urologi viser til at avtalene er en avlasting. Andre mener at avtalene bidrar til å trekke forbruket opp.

*Hvordan vurderer fagområdet muligheten for å overta rettighetsvurdering? Er det noen forutsetninger for at dette tiltaket kan gjennomføres?*

Overveiende er det tilslutning om at rettighetsvurderingen bør gjøres ved sykehusene, men det pekes på at dette er ressurskrevende og at det er behov for en viss styrking av bemanning (lege og/eller merkantil) i en overgangsfase for de områdene hvor det er høyt henvisningsvolum.

*Har fagområdet tilstander hvor kjøp kunne bidra til å redusere ventetiden? Hva er praksis for å videresende henvisninger eller operasjoner til private? Er det praksis for å samarbeide med andre helseforetak, avtalespesialister eller private sykehus?*

Her spriker svarene en del. Det vises til at sykehusene samarbeider på noen områder, men vårt inntrykk er at dette kunne blitt videreutviklet og benyttet i større grad. Noen oppgir samarbeid med avtalespesialister, men det vises til at disse ofte har lite kapasitet til å avlaste sykehusene. Det virker som at samarbeidet med de private sykehusene stort sett gjelder videre sending av henvisninger som er rettighetsvurdert, men ikke henvisninger der pasienten har vært utredet ved sykehuset.

*Særlige forhold - hensyn til utdanning? Annet?*

Her er det ikke så mange svar, men det pekes dels på at man er presset på utdanningskapasitet, dels at man i en viss grad «mister» spesialister til private og at det er behov for å beholde operasjonsvolum for å oppfylle krav i spesialistutdanningen. Det gjelder katarakt, artroskopisk kirurgi, plastikkirurgi og karkirurgi.

Tilbakemeldingene fra helseforetakene er forsøkt hensyntatt i anbefalingene per fagområde. For Helse Møre og Romsdal har det vært en prosess med sykehusledelsen som er konkludert med at det ikke er behov for avtale i Helse Møre og Romsdal. Dette synet reflekteres i stor grad også i svarene i Questback-spørningen fra Helse Møre og Romsdal.



# Anbefalinger

## Fordøyelsessykdommer

Etter en samlet vurdering av ventelister, fristbrudd, forbruksrater og dialog med fagmiljøet anbefales å anskaffe følgende tjenester:

Fagområde 1: Fordøyelsessykdommer				Antall
<b>Endoskopier</b>				
Gastroskopi med/uten biopsi		JUD 02	Gastroskopi	1500
		JUD 05	Gastroskopi med biopsi	
Koloskopi med/uten biopsi, inkludert fjerning av eventuelle polypper		JUF 32	Koloskopi	1800
		JUF 35	Koloskopi med biopsi	
		JUF 42	Fleksibel sigmoidoskopi	
		JUF 45	Fleksibel sigmoidoskopi med biopsi	
		JGA 05	Endoskopisk polypektomi i rectum	
		JFA 15	Endoskopisk polypektomi i colon	
Konsultasjoner som ikke leder til inngrep				500

Det er innført tiltak for å redusere forbruk av endoskopi ved at rettighetsvurdering er overført til helseforetakene fra 1. sept. 2024. Dette forventes å få rask effekt, men det er usikkert om man vil komme på landsgjennomsnitt fra 2025. Helse Midt-Norge RHF støtter helseforetakene for å få en god overgang. Det anbefales derfor kjøp som er litt over landssnitt. Helse Møre og Romsdal HF holdes utenfor ny avtale. Kombinert endoskopi har lavt volum og utgår fra avtale.

## Gastrokirurgi

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

Fagområde 2: Gastrokirurgi				Antall
<b>Utredning og behandling av endetarmsplager</b>				
Hemoroider - utredning og operasjon	K64 K622	JHB00	Hemoroidektomi	100
		JHB40	Sirkulær reseksjon og maskinsutur av analslimhinne	
		JHB96	Annet inngrep for hemoroider eller slimhinneprolaps	
		JHA20	Lokal ekstirpasjon i analkanalen eller perianalt vev	
			Konvensjonell eksisjon, f.eks. av polyp, fissur eller kondylom	
		JGA73	Transanal lokal ekstirpasjon i rectum med lokal ekstirpasjon og biopsi	
<b>Pilonidalsykdom (Helsehjelpen inkluderer utredning, operasjon og nødvendige etterkontroller inntil full tilheling)</b>				
Utredning og behandling av	L050	QBA10	Incisjon i hud på trunkus	20
	L059	QBA10	Incisjon i hud på trunkus	
<b>Brokk</b>				
Lyske- og lårbrokk operasjon, voksne		JAB00, JAB10, JAB11, JAB30, JAC og alder>=18		150
	K40	JAB30		

Det må stilles spesifikke kvalitetskrav til tjenestene hvor det blant annet må legges til rette for god dialog med helseforetakene.



## Karkirurgi

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

Fagområde 3: Karkirurgi			Antall
<b>Åreknuter</b>			
Behandling av åreknuter	183	PHD, PHV 10X, PHV12X	300

Det må stilles spesifikke kvalitetskrav til tjenestene hvor det blant annet må legges til rette for god dialog med helseforetakene.

## Plastikkirurgi

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

Fagområde 4: Plastikkirurgi				Antall
<b>Plastikkirurgi</b>				
Postbariatrisk kirurgi	L987	QBJ QCJ QDJ	Plastikkirurgiske hudop på trunkus Plastikkirurgiske hudop på overekstremitetene Plastikkirurgiske hudop på underekstremitetene	100
Mammahypertofi	N62	HAD30 HAD20	Reduksjonsmammoplastikk med transposisjon av areola Fettsuging i mamma	50
<b>"Småkirurgi"</b>				
Småkirurgi		1200 809J 2660 2700 2680	Hemangiomer Hudsvulster Hudlesjon plastikk Lipom og aterom Arr	230
*)For denne gruppen bruker vi DRG koder som avgrensning.				

Postbariatrisk kirurgi ligger over snitt i alle HF og reduseres til litt over snitt. For Mammahypertofi ligger alle HF over snitt. Ut fra forbruksrater kunne det gå ut av avtale, alternativt må HF overføre henvisninger slik at de får avlastning. Et redusert volum videreføres i avtalen. Småkirurgi reduseres til landsgjennomsnitt. Helse Møre og Romsdal ligger over landssnitt med egenaktivitet og holdes utenfor avtale.

Det må stilles spesifikke kvalitetskrav til tjenestene hvor det blant annet må legges til rette for god dialog med helseforetakene.

## Urologi

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

Fagområde 5: Urologi			Antall	
<b>Cystoskopi</b>				
Mikroskopisk hematuri-utredning		KUC	Cystoskopi m/u biopsi	850
<b>Penis - voksne fra fylte 16 år</b>				
Behandling og feilstilling av penis	N486	KGH20	Nesbit operasjon	250
Behandling av fimose	N47	KGH10	Operasjon for fimose	
<b>Prostata</b>				
Prostatahypertrofi	N40	KED22	Transurethral reseksjon av prostata	60
Konsultasjoner som ikke fører til operasjon-				
Fagområde kirurgi			1500	



Forbruksrate i urologi ligger nært landsgjennomsnittet og det foreslås at det opprettholdes volum for cystoscopi, fimose og prostata operasjoner. Hydrocele og uretrastriktur er lite volum og utgår fra avtalen. HMR har liten andel kjøp og det inngås ikke avtale.

Det må stilles spesifikke kvalitetskrav til tjenestene hvor det blant annet må legges til rette for god dialog med helseforetakene.

## Ortopedi

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

Fagområde 6: Ortopedi				Antall
<b>Fot</b>				
Hallux valgus/rigidus, hammertå	M20	NHG NHH	Eksisjon, rekonstruksjon og arthrodeose av ledd i ankel og fot Operasjoner på bein i ankel og fot	70
"Entesopatii fot"	M77		Operasjoner på muskler og sener i ankel og fot	40
Plantar fibromatose				
Trochanterbursitt				
Akilleshenditt				
Ganglion ankel fot				
Ganglion				
Synovialhinne eller sene				
"Inngrodd negl"	L600	QDH10	Exisjon av negleseng på tå	80

Hånd				Antall
<b>"Håndkirurgi"</b>				
Dupuytren's kontraktur - Fasciotomi	M720	NDM09	Fasciotomi i håndledd eller hånd	180
Dupuytren's kontraktur - Reseksjon eller eksisjon	M720	NDM19	Reseksjon eller eksisjon av fascie i håndledd eller hånd	
CMC1-arthrose				
de Quervain				
Triggerfinger	M653	NDM49	Spalting av seneskjede i håndledd eller hånd	
Ganglion	M674	NDM39	Eksisjon av synovialt ganglion i håndledd eller hånd	
"Entesopatii hånd" HMN	M77	NCL	Operasjoner på muskler og sener i albue og underarm	20
Lateral epikondylitt				
Godartet svulst i bløtvev				
<b>Skulder</b>				
AC-ledd artrose	M1901	NBK12	Reseksjon eller eksisjon av clavícula	40
Instabilitet	M2421	NBE21 NBH71 NBH72	Endoskopisk sutur eller reinsering av ligament i skulder Endoskopisk operasjon for habituell skulderluksasjon Operasjon for habituell skulderluksasjon	
Rotatorcuff-ruptur	M751 S460	NBL49	Sutur eller reinsering av sene i skulder eller overarm	40
Impingement	M754	NBK13	Reseksjon eller eksisjon av scapula	
Bicepstendinit	M752	NBL39	Myotomi eller tenotomi i skulder eller overarm	
<b>Kne</b>				
Fremre korsbånd rekonstruksjon	M235 S835	NGE60	Primær rekonstruksjon av fremre korsbånd	40
Menisksutur	M232 S832	NGD21	Endoskopisk reinsering av menisk	
Meniskreseksjon	M232	NGD11	Endoskopisk meniskreseksjon	80
Synovitt	M659	NGF11	Endoskopisk partiell synovektomi i kne	
Bruskskade	M241	NGF31	Endoskopisk reseksjon av leddbrusk i kne	
Fritt legeme	M234	NGH41	Endoskopisk fjerning av fremmed eller fritt legeme fra kneledd	
Konsultasjoner som ikke fører til operasjon-				
Fagområde Ortopedi				1500

## Øre-Nese-Hals

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

NB! Dette er for å illustrere hvordan HSØ angir volum supplert med hva aktiviteten hos private HMN var i 2023 og hva som blir volumet hvis man kjøper tilsvarende landsgjennomsnittet (HF lik land).





Fagområde 7: ØNH operasjoner				Antall
<b>Nese og bihuler</b>				
Skjev neseskillevegg -neseseptumplastikk	J342	DJD20	Neseseptumplastikk	200
<b>Tonsiller</b>				
Tonsille (SKDE)				400
Konsultasjoner som ikke fører til operasjon				
<b>Fagområde ØNH operasjon</b>				1200

Det må stilles spesifikke kvalitetskrav til tjenestene hvor det blant annet må legges til rette for god dialog med helseforetakene.

## Søvnapné

Det må stilles spesifikke kvalitetskrav til tjenestene hvor det blant annet må legges til rette for god dialog med helseforetakene. Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet (oppsett som HSØ):

Fagområde 8: Søvnapné				Antall
<b>Søvnapné</b>				
Søvnapné- utredning	G473	AAFX00	Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametre (polygrafi)	1200
CPAP- tilpasning fore egne utredede pasient med inntil 3 etterkontroller (GXAV38)	G473	GXAV37	Oppstart av behandling med CPAP eller BIPAP for hjemmebruk	400

## Øyesykdommer

Det anbefales å anskaffe følgende tjenester fra private leverandører innen fagområdet:

Fagområde 9: Øye				Antall
<b>Syn og øyelokk</b>				
Grå stær HMN			Avtale kun i HMR	0
Øyelokk HMN			Utgår i 2024	0
Poliklinikk			Overveiende øyelokk og grå stær	0



## **Vedlegg**

*Vedlegg 1: Milepælsplan*

*Vedlegg 2: Møteoversikt*

*Vedlegg 3: Beskrivelse av analysegrunnlaget*

*Vedlegg 4: Grunnlagstall fra analyseavdelingen*

*Vedlegg 5: Oversikt over forbruk og kjøp*

*Vedlegg 6: Regneark. Samlefil alle områder*

*Vedlegg 7: Risikoanalyse*

*Vedlegg 8: Behovsanalyser per fagområde*

*Vedlegg 9: Tilbakemeldinger fra helseforetakene  
Questback*

