

Tankevekkende tilpasning av øre-nese-hals-kirurgi

Sammendrag

Bakgrunn. Hovedmålet med innføring av stykkprisfinansiering i 1999 var å gi økt aktivitet, redusert ventetid og bedre ressursutnyttelse. Med utgangspunkt i rater for øre-nese-hals-prosedyrer har vi studert aktiviteten innenfor et klinisk fagområde (øre-nese-hals-faget) etter innføringen av diagnoserelaterte grupper (DRG). Spesielt ønsket vi å identifisere pasientgrupper der det ikke har vært ønsket behandlingsvekst.

Materiale og metode. Nasjonale aktivitetstall på øre-nese-hals-prosedyrer utført hos innlagte eller polikliniske pasienter i perioden 1999–2002 ble analysert, og andelen pasienter med søvnapné og snoring som fikk utført ganeplastikk ble beregnet.

Resultater. I perioden 1999–2002 økte operasjonsaktiviteten for prosedyrene vi studerte med 12 %. Spredningen varierte fra en økning på 110 % i antall ganeplastikkinngrep til 12 % færre tonsillektomier. Økningen var størst for inngrep som ikke krevde full narkose og for prosedyrer som ikke krevde kirurgisk spesialkompetanse. Selv om økningen i antall ganeplastikkinngrep var stor, ble indikasjon for kirurgi funnet hos en like stor andel pasienter med diagnosen søvnapné/snoring som tidligere.

Fortolkning. Den økte operasjonsaktiviteten for enkeltprosedyrer kan ha ulike forklaringer. Det kan være forbedret behandlingsteknologi, oppdemmet behov for behandling eller en aktivitetsvridning mot prosedyrer der marginal-kostnadene er lavere enn refusjonen ved innsatsstyrt finansiering.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Kari J. Kværner*

k.j.kvarner@medisin.uio.no
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Rikshospitalet
0027 Oslo

* Nåværende adresse:
Øre-nese-hals-avdelingen
Akershus Universitetssykehus

Da stykkprisfinansiering ble innført i den norske helsetjenesten i 1990-årene, var hensikten ikke først og fremst kostnadskontroll, men å få sykehusene til å behandle flere pasienter (1). Fra 1999 til 2002 økte aktiviteten med 13 % for innlagte pasienter og med 12 % for polikliniske aktiviteter, dagkirurgi inkludert. I DRG-poeng var årlig økning 3,2 % ved sykehusinnleggelses (1997–2000). Veksten er økende, 7 % av de økte utbetalinger ved innsatsstyrt finansiering i 2002 skyldtes en økning i aktiviteten fra 2001 (2).

Å ha et system der DRG-priser reflekterer de «sanne» gjennomsnittskostnader for pasientgrupper er krevende. En svakhet ved ordningen er uønsket vridning i pasienttilbudet mot «lønnsomme» aktiviteter der marginal-kostnadene er lavere enn de reelle behandling-kostnadene (3). Det er grunn til å tro at pasientgrupper der behandlingen er sammensatt, krevende og langvarig vil være spesielt utsatt (4). Fortløpende tilpasning til nye behandlingsmetoder som følge av medisinsk-teknisk utvikling er en annen utfordring (5).

Variasjon i pasientenes alderssammensetning, sykdommens alvorlighetsgrad og kompleksiteten av øre-nese-hals-kirurgi gjør faget velegnet til å undersøke i hvilken grad interne prioriteringer påvirkes av innsatsstyrt finansiering. Vi har benyttet nasjonale prosedyredata fra utvalgte diagnosegrupper innenfor øre-nese-hals-faget til å beskrive forekomsten av forskjellige kirurgiske inngrep som har ulik kompleksitet, varighet og krav til anestesi. Resultatene er diskutert i lys av finansieringsordninger og medisinsk-teknologiske forhold.

Materiale og metode

Utvalget består av alle innleggelses i sykehus og behandlinger ved sykehusenes dagenheter/poliklinikker i perioden 1999–2002. Data ble stilt til rådighet av Norsk pasientregister og er ikke personidentifiserbare.

Nordic Medico-Statistical Committees (NOMESCO) klassifikasjon av kirurgiske inngrep ble benyttet for grupperingen av inn-

grep. For å få et best mulig bilde av tendensen i materialet tok analysene utgangspunkt i prosedyrer som representerer ulike alderssammensetning, sykdomsalvorlighet og kompleksitet av diagnostikk og behandling. Inngrep innenfor sykdomskategoriene snoring/søvnapné, residiverende tonsillitter/tonsillhyperplasi, sinusitt, kronisk otitis media, septumdeviasjon, sykdommer i spyttkjertlene, mediane og laterale halscyster og lidelser som krever endoskopisk utredning/behandling ble inkludert i studien (tab 1).

I artikkelen fremstilles operasjonsaktiviteten samlet og innenfor den enkelte operasjonsgruppe i årene 1999 til og med 2002. Ut fra en frekvensfordeling av de ulike operasjonene og økningen i aktivitet i perioden ble økningen i antall inngrep beregnet både samlet og for hver prosedyregruppe.

Resultater

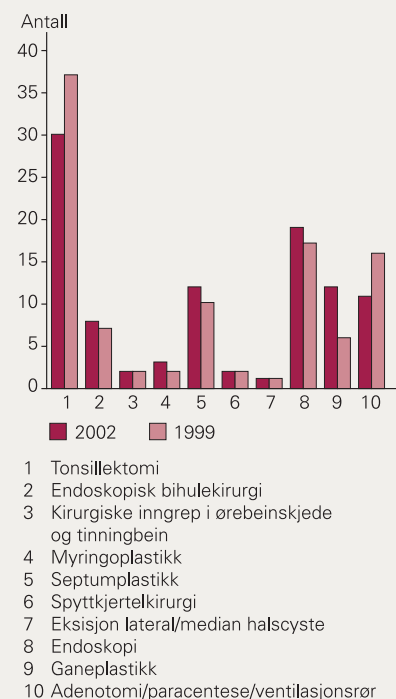
Samlet var økningen i operasjonsaktivitet 12 % fra 1999 til 2002. Tabell 1 viser fordelingen av ulike øre-nese-hals-prosedyrer innenfor sykdomskategorier av ulik alvorlighetsgrad. Tonsillektomi, avansert ørekirurgi, spyttkjertelkirurgi og eksisjon av halscyster foregår overveiende i narkose, de øvrige inngrepene i lokalanestesi. Tidsforbruket er som regel større ved inngrep i narkose.

Tonsillektomi var vanligst både i 1999 og 2002, etterfulgt av endoskopisk utredning og behandling (fig 1). I 2002 var andelen ganeplastikk, septumplastikk og adenotomi/paracentese like store. Det skyldes at andelen tonsillektomier og adenotomi, paracentese/canalisation avtok i løpet av perioden, mens antall septumplastikker økte moderat og antall ganeplastikker ble nesten fordoblet. Spytt-



Hovedbudskap

- Økningen i operasjonsaktivitet i perioden 1999–2002 tilsvarte sykehusenes generelle aktivitetsvekst, men innbyrdes viste operasjonsaktiviteten stor variasjon
- Andelen ganeplastikker ble mer enn fordoblet, samtidig som det var færre operasjoner på ørebeinskjede og tinningbein
- Behandlingskapasiteten innen snoring og søvnapné er fordoblet i løpet av fire år. Økt pasienttilfang kan være resultat av tilbudsindusert etterspørsel

Figur 1

Andel øre-nese-hals-prosedyrer av total aktivitet i 2002 og 1999

kjertelkirurgi, operativ behandling av lateral/medial halscyste og kirurgiske inngrep på ørebeinskjeden, processus mastoideus og tinningbeinet utgjør en stabil, men mindre andel av den operative aktiviteten.

Endringer i aktivitet

For tre prosedyrer har operasjonsaktiviteten økt mer enn den samlede aktivitetsvekst på

13 %. Mens andelen ganeplastikk ble mer enn fordoblet, hadde septumplastikk en økning på 25 %, endoskopisk bihulekirurgi økte med 26 % og andre endoskoper med 18 %. I forhold til den generelle aktivitetsøkningen i perioden er det registrert en reell nedgang i operasjoner på ørebeinskjede og tinningbein. Det samme gjelder tonsillektomier og adenotomi, paracentese og innleggelse av ventilasjonsrør hos barn.

Ganeplastikk – konsultasjonsaktivitet og operasjonsrate

Antall konsultasjoner for snorking og søvnapné ble nesten fordoblet i perioden 1999–2002, en økning fra 12 981 til 23 835. Med unntak av en mindre nedgang i 2000 holdt operasjonsraten seg stabil. Det ble funnet indikasjon for ganeplastikk hos 13 % i 1999 og hos 14 % i 2002. Samlet viser resultatene at en større andel av de opererte får en alvorlig diagnose, blant opererte økte andelen med apné fra 1999 til 2002 (fra 62 % til 72 %).

Diskusjon

Aktivitetsøkningen innenfor øre-nese-halskirurgi var den samme som sykehusenes generelle aktivitetsvekst i den perioden vi studerte. Innbyrdes viste operasjonsaktiviteten stor variasjon, med en tendens til økende aktivitet innenfor ganeplastikk, septumplastikk og bihulekirurgi og redusert bruk av ørekirurgi og inngrep som krever full narkose. Analysene tyder på at forekomsten av mindre ressurskrevende fremgangsmåter, f.eks. ganeplastikk, har økt på bekostning av mer behandlingsintensive prosedyrer. Ørekirurgi er et eksempel på dette, der er kravene til avansert utstyr, overvåking og kirurgisk spisskompetanse høyt.

Øre-nese-halskirurgi har et bredt be-

handlingsspekter, og det er stor variasjon i pasientgrunnlag, alvorlighetsgrad og kompleksitet. Store deler av behandlingen foregår utenfor sykehus. Inngrep i munnhule, svelg og trommehinne hos barn og i nese/bihuler hos voksne utføres i stor grad utenfor sykehus med refusjon fra Rikstrygdeverket. Mindre tonsillektomi, adenotomi, innleggelse av ventilasjonsrør og nesekirurgi i sykehus henger sannsynligvis sammen med innføring av bedre takster (K-takster) hos private spesialister. Samtidig har det i perioden vært en økning i helseforetakenes kjøp av operasjonstjenester hos private spesialister. Denne operasjonsaktiviteten er ikke registrert i analysene, fordi komplette kirurgiske DRG-data først er blitt gjort tilgjengelige i Norsk pasientregister fra 2003. Den manglende økning i bruk av avansert ørekirurgi kan ikke forklares ut fra liknende forhold.

Etter innføringen av sykehusreformen har helseforetakene lagt større vekt på økonomi. DRG-takstene er ikke fullkomne, og økt behandling av lidelser som gir høy inntektsmessig uttelling kan gi seg utslag i lavere prioritering av pasienter med kronisk og alvorlig sykdom (4). Større operasjoner som krever full narkose, komplisert medisinsk-teknologisk utstyr og kirurgisk spisskompetanse har et mer uforutsigbart forløp enn enklere, kortvarige inngrep i lokalanestesi. Risikoen for misforhold mellom DRG-vekt og faktiske behandlingskostnader vil derfor være størst ved avansert kirurgi innen øre-nese-hals-faget (4).

Økt bevissthet om hvilke pasienter som kan få dagkirurgisk behandling kan også bidra til aktivitetsvridning. At ganeplastikk har hatt full dagkirurgisk DRG-vekt fra 2002 har trolig bidratt til en fordobling av operasjonskapasiteten for dette inngrepet –

Tabell 1 Oversikt over kirurgisk operasjonsaktivitet innenfor ulike grupper av kirurgi i øre-nese-hals-faget i perioden 1999–2002. Utvalget representerer alvorlige og mindre alvorlige lidelser, sykdommer hos voksne og barn, samt behandlinger i narkose og i lokalanestesi

Sykdomskategori	Operasjon/prosedyre	Koder	1999	2000	2001	2002	Aktivitets- økning 1999–2002 (%)
Snorking/søvnapné ¹	Ganeplastikk	ENC30, ENC40	1 628	1 511	2 516	3 422	(110)
Tonsillinfeksjoner/hyperplasi ²	Tonsillektomi	EMB10, MB20	9 630	9 304	9 350	8 448	(–12)
Bihulebetennelser ¹	Endoskopisk bihulekirurgi	DNB20, DMB20	1 809	1 890	1 979	2 256	(25)
Kronisk øresykdom ²	Kirurgisk inngrep i ørebeinskjede og tinningbein	DEA10, DEB00, DEB10, DEB20, DEB25, DEB30, DEB40, DDA00, DDA10, DDB00, DDC00, DDD10, DDD20, DDD30, DDD40, DDW99	603	548	575	630	(4)
Skjev neseskillevegg ¹	Septumplastikk	DJD20	2 669	2 889	3 227	3 350	(26)
Sykdom i spyttkjertler ²	Spyttkjertelkirurgi	ELB40, ELB50, ELB20, ELB30	409	459	449	445	(9)
Gjellebueanomalier ²	Eksisjon median/lateral halscyste	ENB40, ENB50	195	202	211	208	(7)
Lidelser i øre, nese og larynx som krever utredning/behandling ²	Endoskopisk utredning og behandling	UDQ22, UDQ25, UEN12, UEN15, JC02, UJC05, UCG02, UCG12, UCG15	4 469	4 772	4 980	5 276	(18)

¹ Inngrep i lokalanestesi (overveiende)

² Inngrep i narkose (overveiende)

i 2002 ble 3 500 pasienter operert. I tillegg er operasjonsteknikken ved ganeplastikk betydelig forenklet. Inngrep som tidligere ble utført i narkose med postoperativ overvåking, gjøres i dag i lokalbedøvelse med laser eller radiobølger (6). DRG-vekten vil derfor i liten grad avspeile de reelle kostnader.

Økonomiske incentivsystemer kan gi uønsket vridning hvis det ikke er samsvar mellom marginalkostnad og inntekt. Ved slik ubalanse kan pasienter rekrutteres til operasjon og prioriteres foran pasienter med mer behandlingsintensive lidelser (4). Dersom i tillegg både anamnese og indikasjonstillings er «fleksible» kan det være økonomisk klokt å diagnostisere flere og å ha en mindre streng operasjonsindikasjon. Egentlig er kriteriene for diagnosen søvnapné stringente, men fordi utredningen krever teknologisk avansert utstyr vil man forvente at ikke alle pasienter vil bli utredet etter retningslinjene (7). I tillegg er kriterier for utvelgelse til operasjon i forhold til ikke-invasiv overtrykksbehandling (CPAP/BiPAP-behandling på maske) omdiskutert (8).

Både antall konsultasjoner for søvnapné/snorking og antall ganeplastikker er fordoblet i løpet av fire år. Det økte tilfanget av pasienter med snorking og apné har ikke ført til en reduksjon i andelen pasienter som tilfredsstillende valgte indikasjoner for kirurgi. Uendret operasjonsrate kan ha flere forklaringer. Dersom sykdommens alvorlighetsgrad er den samme for det økte antall pasienter operert i 2002 som for pasienter som ble

operert i 1999, skyldes det økte volumet kun at tilbudet til denne pasientgruppen er blitt større. Det tyder i så fall på at tilbudet om behandling har gjort pågangen større og er tilpasset et oppdemmet behov. En alternativ forklaring kan være at også mindre alvorlig syke pasienter får diagnosen søvnapné eller snorking og prioriteres til behandling. Da er terskelen for behandling senket og økt aktivitet resultatet av tilbudsindusert etterspørsel (9).

Ventelister er et utilstrekkelig mål på behov for helsetjenester. I en større studie fra England var ventetiden verken mål på sykehusenes behandlingsskapasitet eller indikator på om tilbudet av helsetjenester var tilstrekkelig stort (10). Behandlingen av søvnapné og snorking ser ut til å ha fått økt prioritet, blant annet på bekostning av ørekirurgi. Midlertidig nedprioritering av andre pasientgrupper kan være akseptabelt dersom ressursallokeringen kommer pasienter med alvorlige lidelser til gode og effekten av kirurgi er dokumentert. Dersom doblingen i antall ganeplastikker i løpet av fire år er uttrykk for opphopning av pasienter som følge av tidligere manglende behandlingstilbud, vil aktiviteten avta når behovet blir mettet. Det er lite sannsynlig, siden ganeplastikk har eksistert siden 1980-årene. En alternativ forklaring er at stykkprisfinansieringen for dette inngrepet er fordelaktig. Dersom vridningen er økonomisk motivert og behandling ikke blir tilbudt ut fra medisinsk prioritering, bør dette uttrykket for helsetjenestens adaptivitet være en tankevekker for flere enn

ledelsen i helseforetakene. En spesiell utfordring tilligger dem som gir kostnadsvekter i DRG-systemet og utformer Rikstrykdeverkets takster.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2003.
2. Bjørn E, Hagen TP, Iversen T et al. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–2000. *Health Care Manag Sci* 2003; 6: 271–83.
3. St.meld. nr. 5 (2003–2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.
4. Gilman BH. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. *Health Econ* 2000; 9: 277–94.
5. Aaron HJ. Should public policy seek to control the growth of health care spending? *Health Aff (Millwood)* 2003; Suppl W3: 33–6.
6. Utredning og behandling av søvnrelatert respirasjonsbesvær hos voksne og barn. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling. Oslo: Den norske lægeforening, 2002.
7. Williams JG, Cheung WY, Cohen DR et al. Can randomised trials rely on existing electronic data? A feasibility study to explore the value of routine data in health technology assessment. *Health Technol Assess* 2003; 7: 110–7.
8. Patel SR, White DP, Malhotra A et al. Continuous positive airway pressure therapy for treating sleepiness in a diverse population with obstructive sleep apnea: results of a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2003; 163: 565–71.
9. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 34.
10. Martin RM, Sterne JA, Gunnell D et al. NHS waiting lists and evidence of national or local failure: analysis of health service data. *BMJ* 2003; 326: 188–95.