

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Midt-Norge RHF	20. mai 2026

**Sak 77-2026**

**Status for utvalgte kvalitetsindikatorer og arbeidet med uønsket variasjon**

***Forslag til vedtak:***

1. Styret tar status for utvalgte kvalitetsindikatorer til orientering.
2. Styret ber om at det faglige arbeidet med å definere beste praksis og med å fase ut helsetjenester med liten eller ingen nytteverdi intensiveres.

Stjørdal, 13. mai 2026

Jan Frich  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Saken gir en orientering om status for indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge, med vekt på uønsket variasjon i helsetjenester. Vedlagt saken er regionale statusoppdateringer om måloppnåelse på utvalgte kvalitetsindikatorer fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og eksempler på observert variasjon i helsetjenester hentet fra et nyutviklet klinisk dashboard for Helse Midt-Norge.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Med Nasjonal helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023–2024)) la Regjeringen frem et nytt *Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet*. Styret i Helse Midt-Norge RHF fikk i Sak 191-2025 i desember 2025 presentert en oppfølging til rammeverket i form av *Rapport om indikatorer for pasientsikkerhet*. Et interregionalt arbeid med å implementere disse indikatorene er pågående og omtales ikke i denne styresaken. Inntil disse indikatorene er implementert, beskriver tertialrapportene i Helse Midt-Norge RHF status på utvalgte indikatorer for pasientsikkerhet.

### ***Prinsipper for prioritering***

Stortinget har vedtatt at helsetjenesten skal ha som mål å tilby likeverdige helsetjenester og at den skal prioritere i henhold til prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressursbruk. Dette betyr at helsehjelp som gir stor helsegevinst, gjelder alvorlig sykdom, og bruker relativt lite ressurser, skal prioriteres høyest. Helsehjelp som gir liten helsegevinst, gjelder mindre alvorlige sykdommer eller tilstander og som bruker store ressurser, skal prioriteres lavest.

### ***Uønsket variasjon***

Omfanget av helsetjenester, altså antallet konsultasjoner, innleggelser, prosedyrer og så videre som utføres, vil naturlig variere noe fra år til år og fra region til region. Dersom variasjon i utredning og behandling ikke kan forklares av tilfeldige svingninger eller ulikheter i befolkningens sykkelighet, blir den kalt uforklart, uberettiget eller uønsket. Uønsket variasjon kan tyde på at det forekommer overbehandling, underbehandling eller begge deler.<sup>1</sup> Dette må skjønnsmessig vurderes i hvert tilfelle.

Til denne vurderingen benyttes ofte kategorisering av helsetjenester etter professor John Wennberg,<sup>2</sup> som var en pioner innenfor dette feltet. Ifølge Wennberg kan helsetilbudet deles inn i tre hovedgrupper:

1. *Nødvendige og effektive helsetjenester*

Behandlingstilbud basert på kunnskapsbasert konsensus om beste praksis.

2. *Preferansestyrte helsetjenester*

Manglende faglig konsensus fører til at den enkelte behandler, og ofte ikke pasientens, preferanse avgjør behandlingstilbud.

---

<sup>1</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester (del av Dokument 3:2 (2019–2020)).

<sup>2</sup> Wennberg JE. *Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

### 3. Tilbudsstyrte helsetjenester

Ulik behandlingsskapasitet avgjør behandlingstilbudet, noe som kan føre til såkalt indikasjonsglidning og feil pasientsелеksjon

Det er viktig at befolkningen sikres nødvendige og effektive behandlingstilbud, samt at disse leveres i tråd med kunnskapsbaserte praksis, og med lavest mulig risiko for komplikasjoner. Måloppnåelse for slike helsetjenester overvåkes best med utvalgte kvalitetsindikatorer som det er bred enighet om i tjenesten (vedlegg 1).

Wennbergs forskning avdekket at det var særlig innenfor preferanse- og tilbudsstyrte helsetjenester hvor tilstedeværelse av uønsket variasjon var høyest. Forekomsten av dette kan overvåkes med såkalte *helseatlas* – som viser alder og kjønnsjusterte rater i forbruk av spesifikke helsetjenester mellom ulike bostedsområder (se vedlegg 2). Stor observert variasjon i forbruksrater kan tyde på at slike underliggende mekanismer påvirker helsetjenestetilbudet og skaper uønsket variasjon.

Uønsket variasjon, forårsaket av manglende faglig enighet om beste praksis, kan tyde på at en utredning eller behandling ikke har overbevisende dokumentert effekt. Hvis antatt medisinsk effekt av en utredning eller behandling ikke står i forhold til den medfølgende risiko og kostnad, omtales dette som *helsetjenester med lav helsegevinst*. Samtidig er det viktig å være klar over at fravær av variasjon ikke er et bevis per se på at helsetjenesten er av høy verdi. Dette er en skjønsmessig vurdering basert på faglig kunnskap uavhengig av variasjon.

Helsetjenester med lav helsegevinst utfordrer ikke bare kapasitet og ressursbruk i henhold til vedtatte kriterier for prioritering. Feil behandlingsmetode er den vanligste årsaken til utbetaling hos Norsk pasientskadeerstatning. Det hjelper heller ikke om behandlingen er utført korrekt. Pasienter som har mottatt behandling det ikke var medisinsk grunnlag for å gi, er den tredje vanligste årsaken til utbetaling hos Norsk pasientskadeerstatning.<sup>3</sup>

Utfasing av helsetjenester med lav helsegevinst er derfor like viktig som innføring av nye behandlingstilbud. I 2019 gav Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene i oppdrag å fase ut behandlingsmetoder uten dokumentert effekt.

#### ***Arbeid for å redusere uønsket variasjon i Helse Midt-Norge***

Helse Midt-Norge RHF arbeider med å redusere uønsket variasjon gjennom regionale nettverk og deltakelse i nasjonale råd. Uavhengig av nivå er arbeidsprosessen relativt lik. Både Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE i Helse Nord RHF) og analyseavdelingen ved Helse Midt-Norge RHF har laget helseatlas og dashbord som viser henholdsvis nasjonale og regionale forbruksrater av ulike helsetjenester.

Hvis det observeres relativt stor variasjon som ikke har en åpenbar forklaring, og som står seg over tid, blir dette forelagt aktuelt fagmiljø i Helse Midt-Norge gjennom *fagledernettsstrukturen*.<sup>4</sup> Dette er en regional struktur bestående av 33 faginndelte regionale nettverk koordinert av Helse Midt-Norge RHF, med mandat fra regionalt fagdirektørnettverk. Ifølge mandatet skal nettverkene "*arbeide for bedre kvalitet og*

<sup>3</sup> [Statistikkportal - Norsk pasientskadeerstatning](#) Lest 25.02.26

<sup>4</sup> [Fagledernettsverkene i Helse Midt-Norge - Helse Midt-Norge RHF](#)

*pasientsikkerhet, og reduksjon av uønsket variasjon gjennom samling om beste kunnskapsbaserte praksis”, og «fremme regional standardisering i eget fagfelt».*

Aktuelt fagledernetverk vil så undersøke variasjonen og komme med forslag til tiltak for å redusere den. Ved underbehandling eller manglende måloppnåelse av kvalitetsindikator vil anbefalingene typisk være tiltak for å øke kapasiteten, mens ved overbehandling vil anbefalingene oftest være å enes om en felles standard for utredning og behandling. Dette må implementeres gjennom utarbeidelse av *regionale fagprosedyrer* eller *nasjonale metodebøker*, det vil si felles rutiner som gjøres kjent over hele regionen og implementeres i klinisk praksis.

På nasjonalt nivå er den faglige nettressursen Metodebok.no<sup>5</sup> et viktig tiltak for å samle ulike faglige veiledere og lokale og regionale metodebøker, som på sikt kan utvikles til en nasjonal standard for pasientbehandling. Forvaltningen av metodebok.no styres av en forvaltningsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene.

Det er i tillegg utviklet en regional metodikk for utarbeidelse og forvaltning av standardiserte regionale prosedyrer som understøtter fagmiljøenes arbeid med samling om beste praksis. Metodikken forvaltes av en regional gruppe med deltakere fra alle helseforetakene i regionen. Gruppen kan bistå med praktiske råd i prosessene. Gruppen viderefører arbeidet fra regionalt ettårig prosjekt *Standardisering, ProsedyreArbeid, Regionalisering og Kvalitet* (SPARK) fra 2025-2026. Prosjektet fulgte opp anbefalinger i internrevisjonsrapporten *Evaluering av forvaltningsmodell for regionalt standardiserte prosedyrer* (Sak 110/2024).

*Regionalt nettverk for pasientsikkerhet og beste praksis*<sup>6</sup> arbeider overordnet i regionen med å støtte fagmiljøenes arbeid. Nettverket ble etablert rundt 2012 i forbindelse med oppfølgingen av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet, og fikk revidert mandat og navn høsten 2025. Støtte til fagmiljøene kan eksempelvis gis gjennom å monitorere felles risikoområder og uønsket variasjon i pasienttilbud, samt utvikle strategier og verktøy for implementering og deimplementering. Nettverket har også kunnskap om *kliniske fagrevisjoner*, som gjerne omtales som fagfellevurderinger eller “clinical audits” - en intern revisjon der fagpersoner vurderer hverandres praksis. Metoden kan benyttes når ulike nasjonale og regionale rapporter angir en standard som uønsket variasjon innenfor et fagfelt kan revideres opp mot, og er også egnet for å vurdere effekt av tiltak for å redusere uønsket variasjon. Fagledernetverk for kardiologi gjennomførte eksempelvis høsten 2025 en klinisk fagrevisjon av kvaliteten ved behandling av hjerteinfarkt. Rapporten ble lagt frem i *Sak 015-2026 Fagrevisjon av behandling av STEMI-hjerteinfarkt i Helse Midt-Norge*.

Selv om vellykket implementering og deimplementering har mange fellestrekk, skiller de seg også på noen viktige punkter. For eksempel vil deimplementering kunne føre til et “*behandlingsvakuum*”. Hvis man ikke tar høyde for dette i deimplementeringsstrategien, vil det kunne utvikle seg uheldig praksis for å fylle dette tomrommet. Mye tyder på at deimplementering er vanskeligere enn implementering, og internasjonalt forskes det på faktorer for vellykket deimplementering.

---

<sup>5</sup> [Metodebok.no](https://www.metodebok.no)

<sup>6</sup> [Kvalitet og pasientsikkerhet - Helse Midt-Norge RHF](https://www.kvalitetogpasientsikkerhet.no)

På nasjonalt nivå støtter Helse Midt-Norge opp under Legeforeningens Kloke-valg-kampanje<sup>7</sup>, hvor St. Olavs Hospital HF ble landets første kloke-valg-universitetssykehus i Norge. Helse Midt-Norge følger også opp Helse Vest RHF's rapporter om variasjon i radiologitjenester og variasjon i bruk av laboratorietjenester. Dessuten har regionen representanter med i nasjonal forvaltningsgruppe for metodebok.no og *Nasjonalt operativ gruppe for revurdering (NOR)*.

NOR er nasjonal satsing for å redusere helsetjenester med uønsket variasjon og lav helsegevinst på tvers av regioner.<sup>8</sup> De første innsatsområdene er (i) skulderkirurgi ved impingementsyndrom (antatt trange forhold rundt sener rundt skulderleddet) og sutur av degenerativ rotatorcuff-skade (reparasjon av senene rundt skulderleddet) (ii) gastroskopi (skopi av spiserør og magesekk) av pasienter under 45 år uten tilleggssymptomer og (iii) invasiv utredning og behandling av pasienter med kronisk angina. Anbefalingene fra disse nasjonale rapportene skal implementeres i regionen. I dette arbeidet vil fagledernetverkene og Regionalt nettverk for pasientsikkerhet og beste praksis spille en viktig rolle. De neste fagområdene som NOR skal revurdere er Arbeids-EKG i utredning av brystmerter og fjerning av mandler.

Avslutningsvis blir anbefalinger fra kloke-valg, fagledernetverk og NOR tatt hensyn til i forbindelse med kjøp av tjenester fra private aktører. Både somatikk- og radiologianskaffelsen beregnet volum basert på anbefaling om endring av praksis.

### **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Administrerende direktør mener det er helt nødvendig med systematisk arbeid både for å kartlegge regionale variasjoner i behandlingstilbudet, definere beste praksis og fase ut helsetjenester med liten eller ingen nytteverdi.

Administrerende direktør er tilfreds med at både det regionale helseforetaket, helseforetakene i regionen, og Helseplattformen AS den senere tid har lagt ned store ressurser på å kople og tilgjengeliggjøre ulike datakilder som gjør det mulig for ledere og fagmiljø å sammenligne praksis på alt fra virksomhetsnivå og ned til konkrete behandlingstilbud.

Det er et politisk mål at tiden til både utredning og til endelig behandling skal reduseres betydelig sammenlignet med tidligere praksis i spesialisthelsetjenesten. For at dette målet skal kunne realiseres, vurderer administrerende direktør at det er nødvendig å intensivere arbeidet med å tilstrebe faglig harmonisering mellom avdelinger i regionen og med å fase ut helsetjenester med lav helsegevinst. Dette vil frigjøre kapasitet, understøtte likeverdige helsetjenester og etterleve kriteriene for prioritering: Nytte, alvorlighet og ressursbruk.

#### **Vedlegg**

Vedlegg 1. Resultater for utvalgte kvalitetsindikatorer i regionen – medisinske kvalitetsregistre

Vedlegg 2. Observert variasjon i Helse Midt-Norge

---

<sup>7</sup> [Gjør kloke valg](#)

<sup>8</sup> Langeland et al. Uønsket variasjon – ønsket endring. Tidsskr Nor Legeforen 2025 Vol. 145.