

Vedlegg 2: Observert variasjon i Helse Midt-Norge - et utvalg observasjoner til faglig vurdering i 2026

Innledning

Dette vedlegget presenterer observert variasjon i et utvalg fagområder på tvers av regioner og sykehus, hvor formålet er å gi et grunnlag for faglig refleksjon i fagledernetverkene.

-Er variasjonen vi ser naturlig og forventet, eller finnes det uønskede forskjeller i medisinsk praksis som bør undersøkes nærmere?

Som et hjelpemiddel i vurderingen er det nyttig å kjenne til to vanlige mekanismer som ofte bidrar til variasjon:

- Der det mangler faglig konsensus om når en behandling er indisert, vil terskelen for å behandle naturlig variere mellom klinikere og enheter.
- Ulik kapasitet kan medføre underbehandling, men også overbehandling i form av indikasjonsglidning, der tilgang på ressurser over tid forskyver terskelen for hva som anses behandlingsverdig

Begge mekanismene kan gi reell variasjon i praksis som ikke skyldes pasientgrunnet.

Tall kan være støyete, særlig når de er små

Alle datasett inneholder naturlig variasjon. Noe av denne variasjonen er tilfeldig, det vil si «støy», og ikke et uttrykk for reelle forskjeller. Jo færre hendelser som ligger bak et tall, desto større andel av variasjonen kan skyldes tilfeldigheter. En observert forskjell mellom to områder basert på et lite antall pasienter kan like gjerne være støy som en reell forskjell i praksis. Tall basert på store volumer, og som holder seg stabile over tid, er langt mer pålitelige. Funnene i dette vedlegget bør derfor primært sees som utgangspunkt for videre undersøkelse, ikke som endelige konklusjoner.

Tallene er justert for å gjøre sammenlikning meningsfull

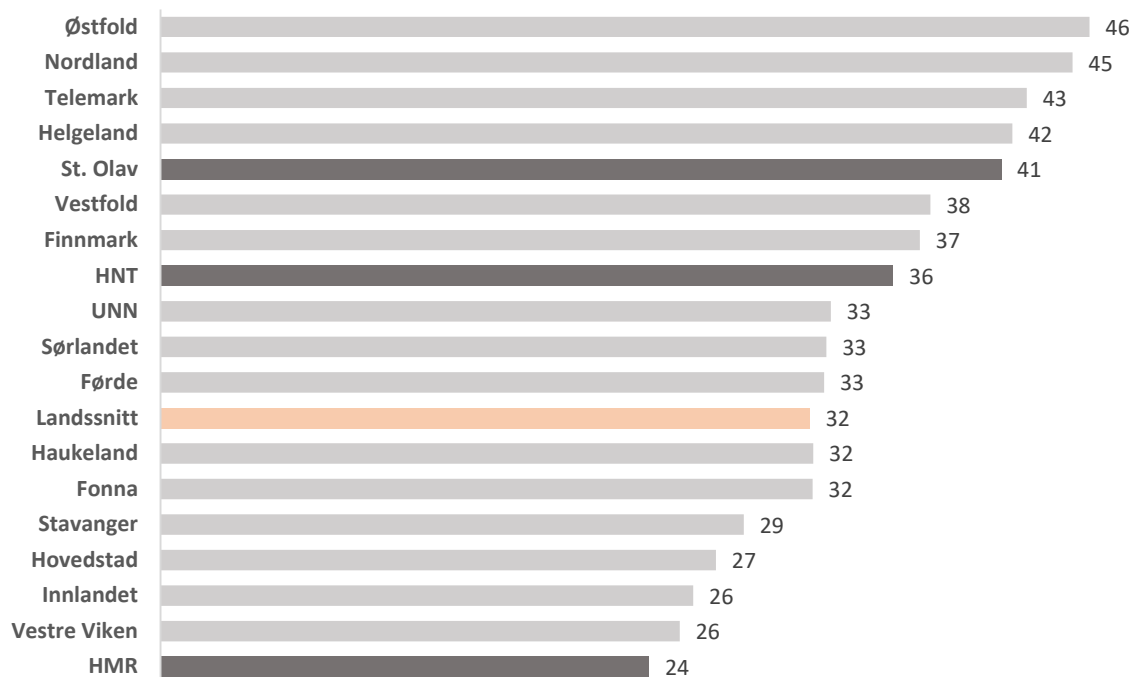
Siden regionene har ulik befolkningsstørrelse, er antall behandlinger omregnet til rater per 100 000 innbyggere. Regionene har også noe ulik alderssammensetning og kjønnsfordeling, noe som i seg selv kan påvirke behovet for behandling. Dataene er derfor justert for alder og kjønn, slik at sammenlikningene i størst mulig grad reflekterer reelle forskjeller i praksis, og ikke demografiske tilfeldigheter.

Riktig sammenlikningsgrunnlag er avgjørende

Ikke all variasjon er problematisk, og ikke alle enheter er naturlige å sammenlikne. Et lokalsykehus og et universitetssykehus har ulike pasientgrupper og funksjoner hvor direkte sammenlikning kan være misvisende. Det er derfor viktig å vurdere hvilken enhet og hvilken komparator som er relevant for det man ønsker å undersøke. Dette datasettet er basert på bostedsområde, og sammenlikner ikke sykehus direkte.

Operasjoner på skjoldbruskkjertelen

BAA 20, 25, 30, 40, 50, 60 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



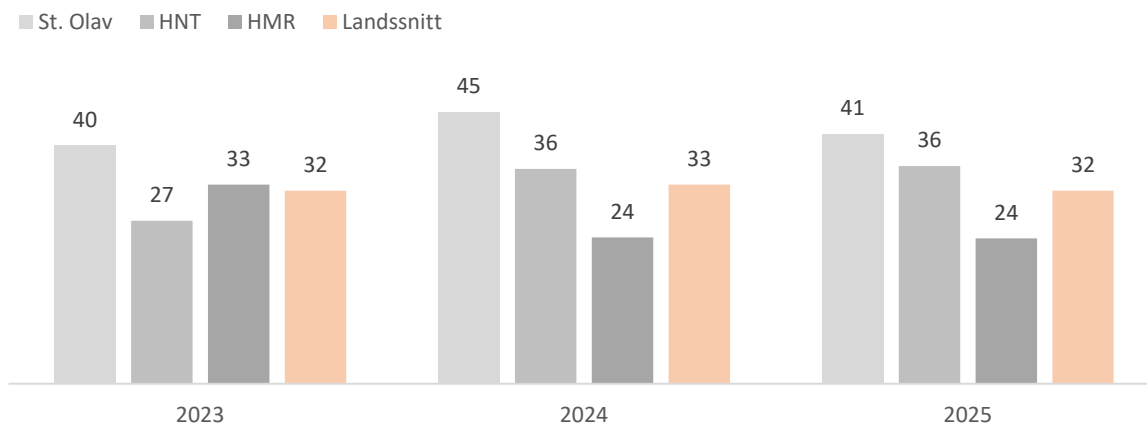
Figur 1: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Tabell 1: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	66,2 %
HNT	52 %
STO	99,3 %

Tabell 2: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2025

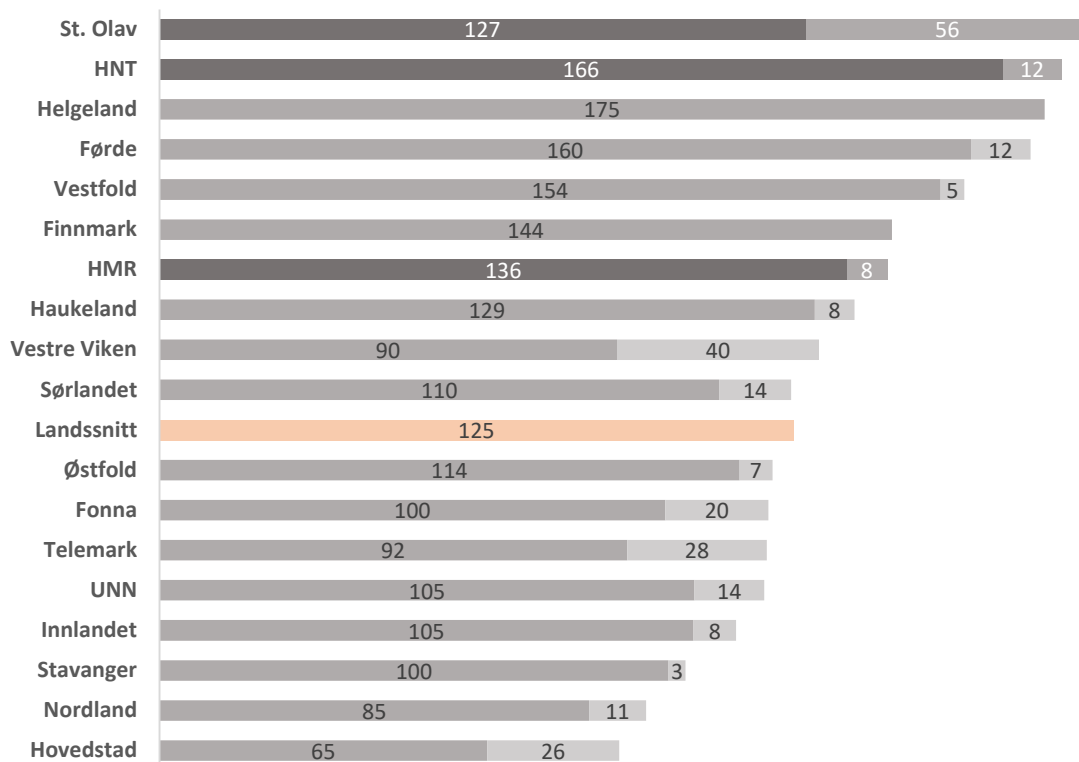
E042	237
C73-C75	232
E041	228



Figur 2: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Punksjon av trommehinne og innleggelse av dren

DCA 10, 20 utført ved offentlige sykehus (mørk) og avtalespesialist (lys) per bostedsområde



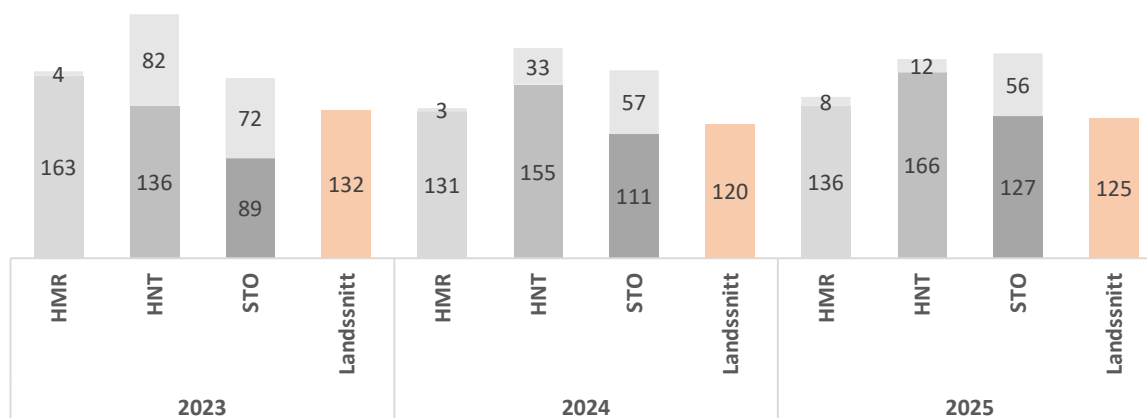
Figur 3: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Tabell 3: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	90,5 %
HNT	85,5 %
STO	67 %

Tabell 4: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2025

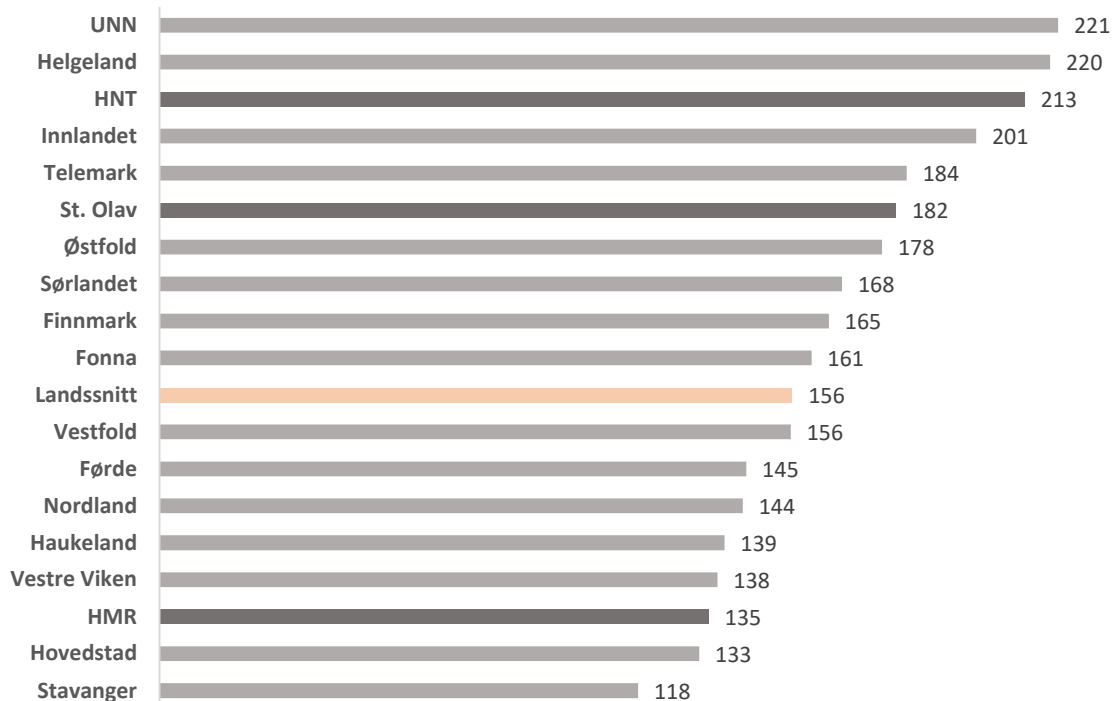
H652	381
H653	157
J352	25



Figur 4: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn. Offentlig sykehus i bunn med avtalespesialist på topp.

Operasjoner på galleblære

JKA 00, 10, 11, 20, 21 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



Figur 5: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

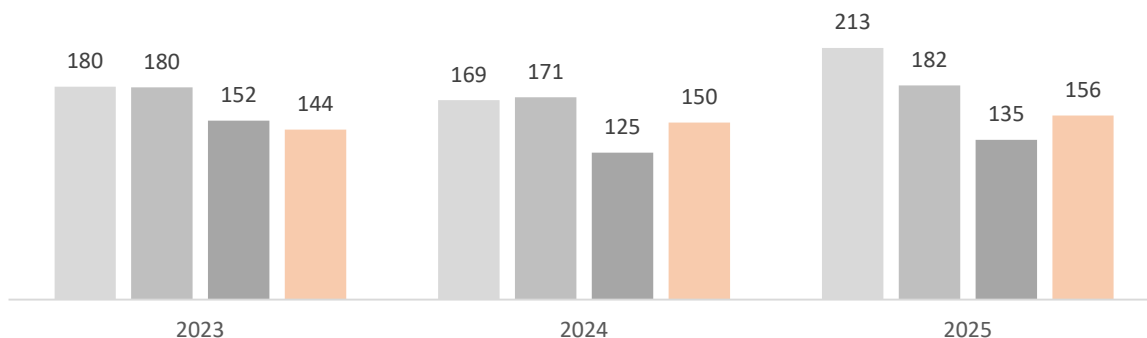
Tabell 5: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	92,7 %
HNT	94,2 %
STO	97,6 %

Tabell 6: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2025

K802	536
K810	48
K851	44

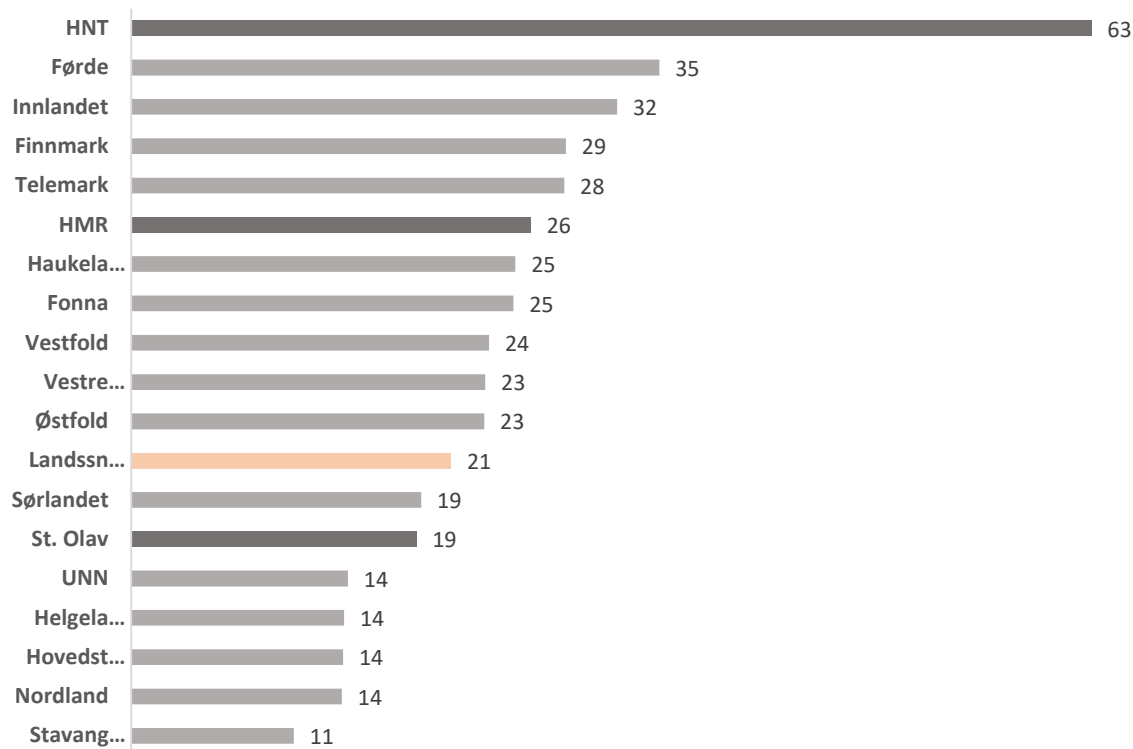
■ HNT ■ STO ■ HMR ■ Landssnitt



Figur 6: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Voluminnskrenkende inngrep på magesekk

JKA 00, 10, 11, 20, 21 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



Figur 7: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

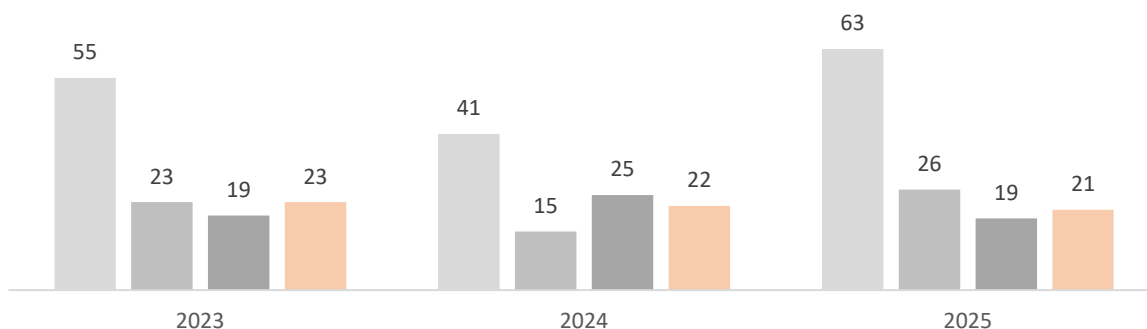
Tabell 7: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	95,5 %
HNT	87,5 %
STO	95,3 %

Tabell 8: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2025

E668	106
E669	31
-	-

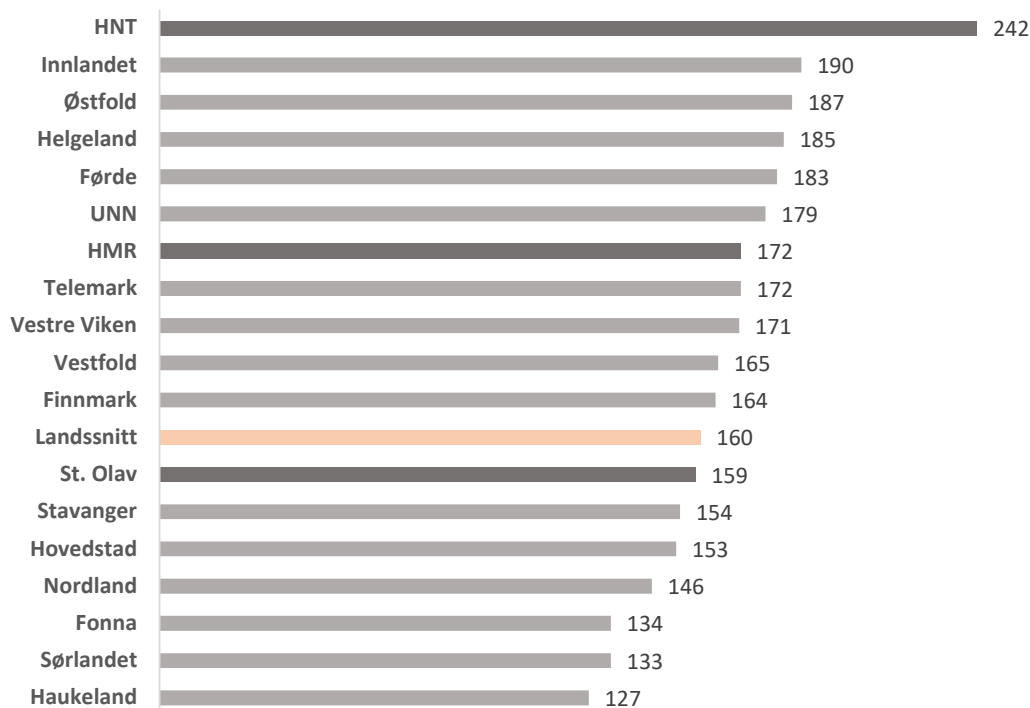
■ HNT ■ HMR ■ STO ■ Landssnitt



Figur 8: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Keisersnitt

MCA 00, 10, 20, 96 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



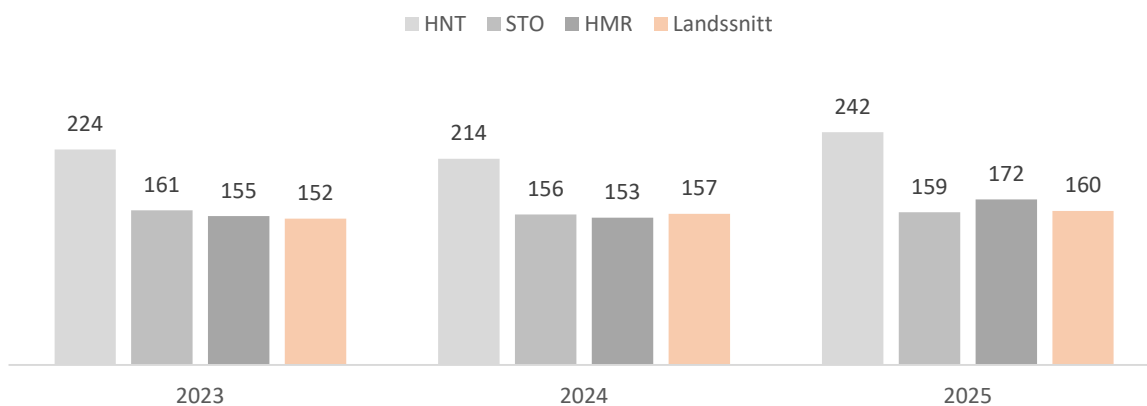
Figur 9: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder.

Tabell 9: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	93,2 %
HNT	85,3 %
STO	99,5 %

Tabell 10: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2024

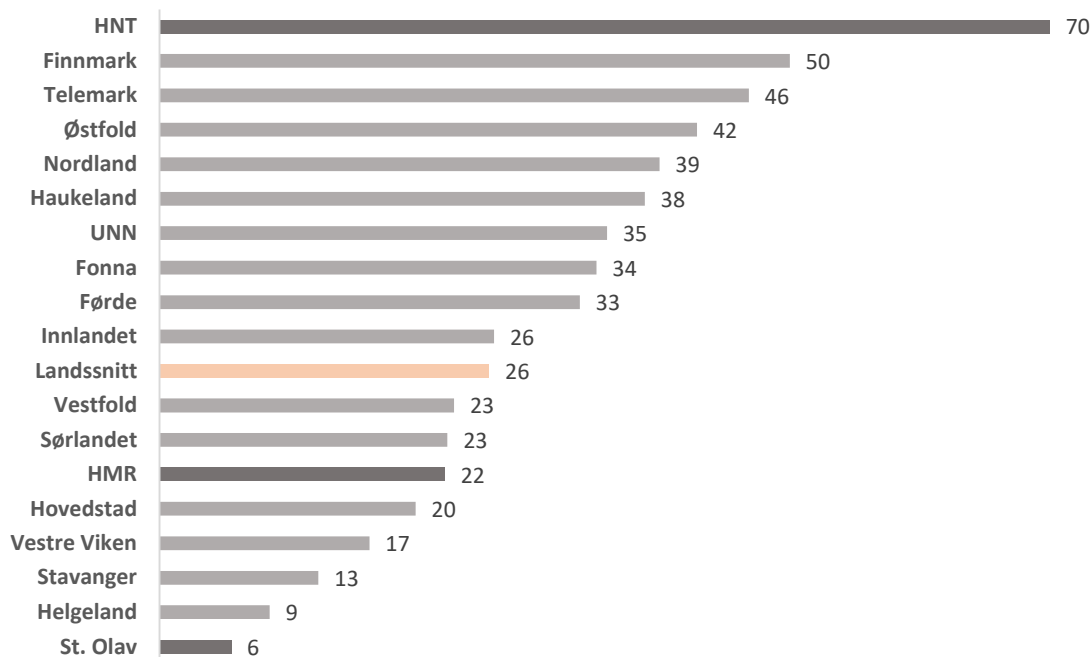
Z370	1120
Z372	39
-	-



Figur 10: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder.

Reseksjon av skulderbladet

NBK 13 ved utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



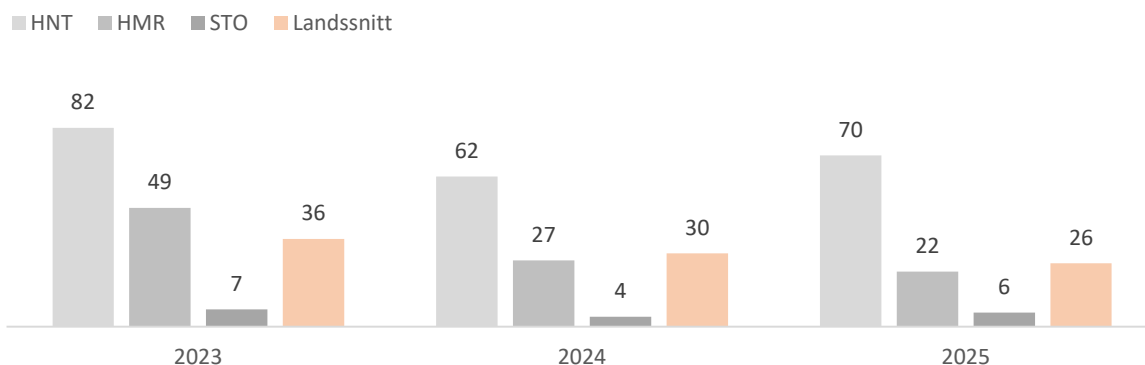
Figur 11: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Tabell 11: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	96,8 %
HNT	99,0 %
STO	89,5 %

Tabell 12: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2025

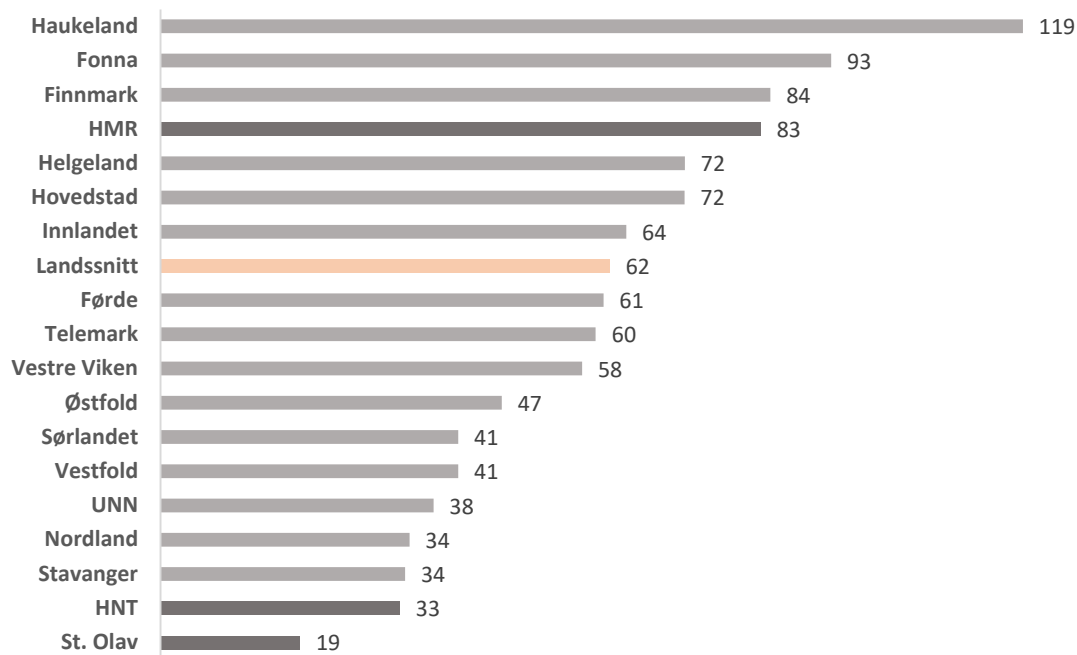
M75	70
M19	18
S460	11



Figur 12: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Artroskopi i kneledd

NGA 11 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



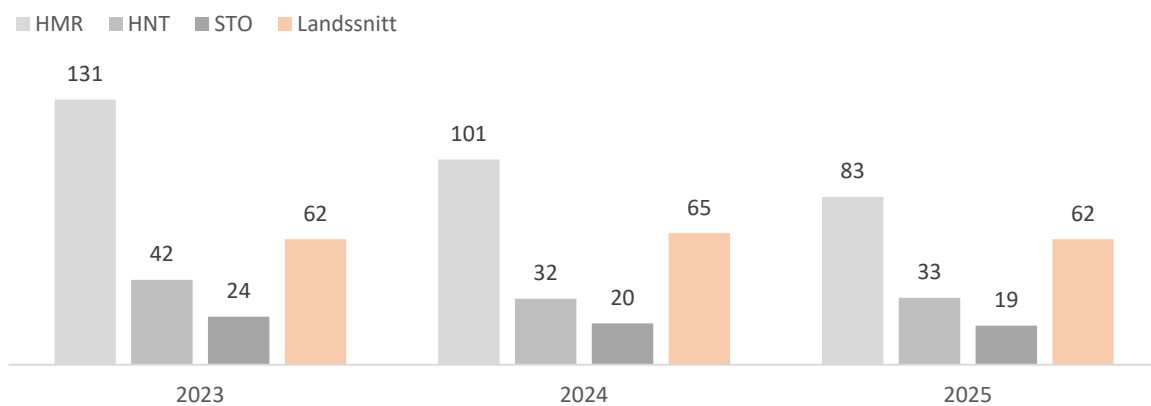
Figur 13: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Tabell 13: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	88,7 %
HNT	73,3,0 %
STO	77,6 %

Tabell 14: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2025

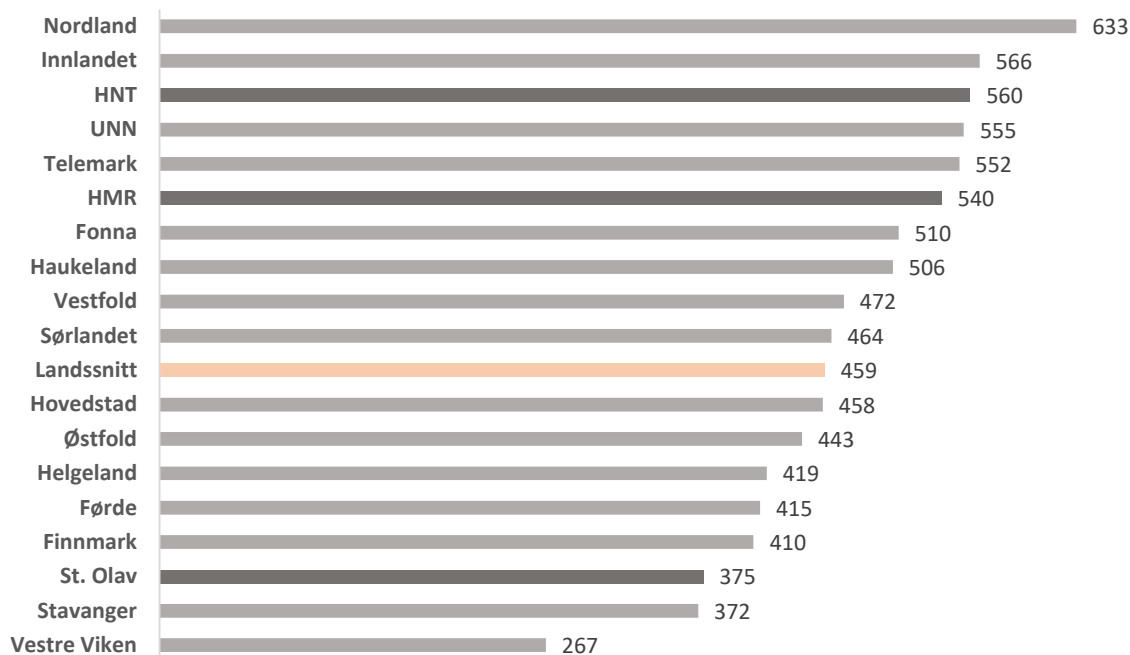
M23	122
S832	37
M22	32



Figur 14: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Elektroencefalogram (EEG)

AAFE 00, 05, 10 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



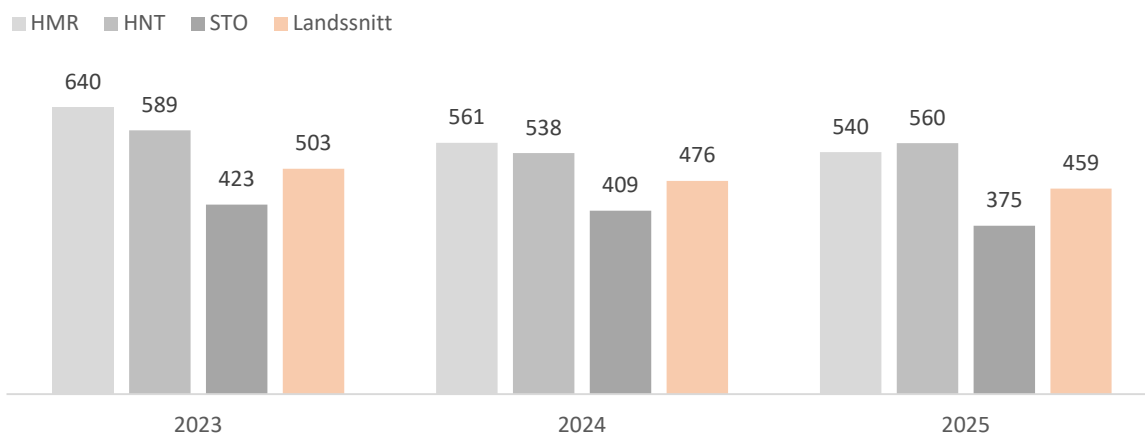
Figur 15: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Tabell 15: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	92,5 %
HNT	88,5 %
STO	95 %

Tabell 16: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2024

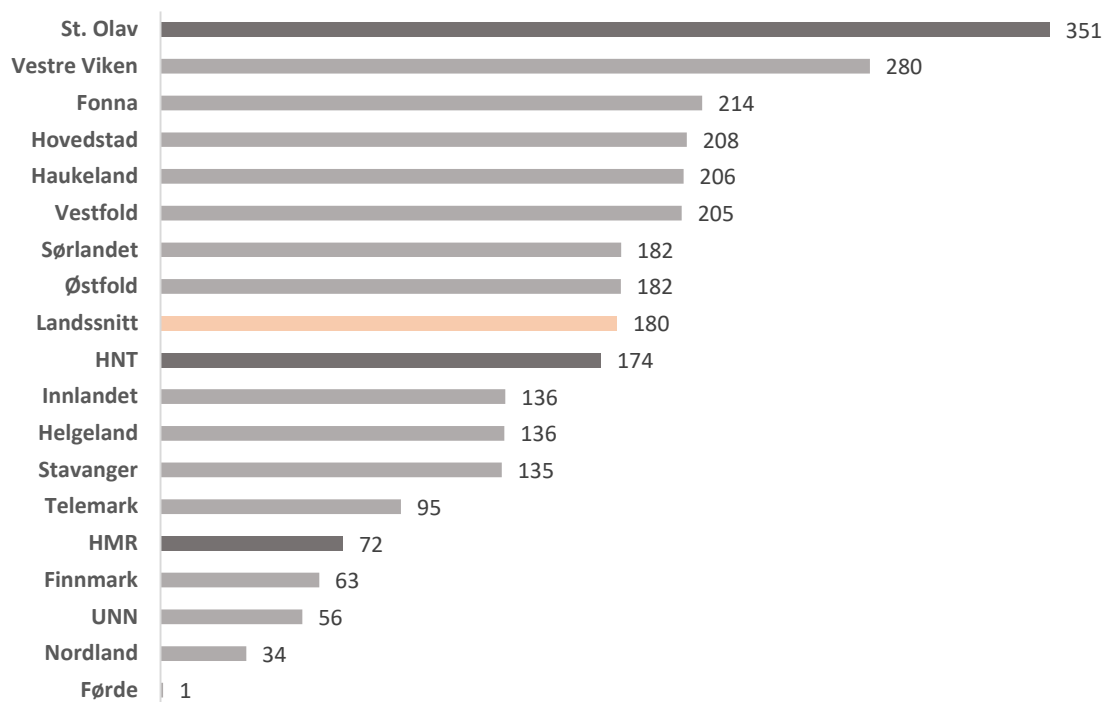
R298	1815
R568	87
G409	54



Figur 16: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

IBEB 00, 10, 11, 12 utført ved offentlige sykehus per bostedsområde



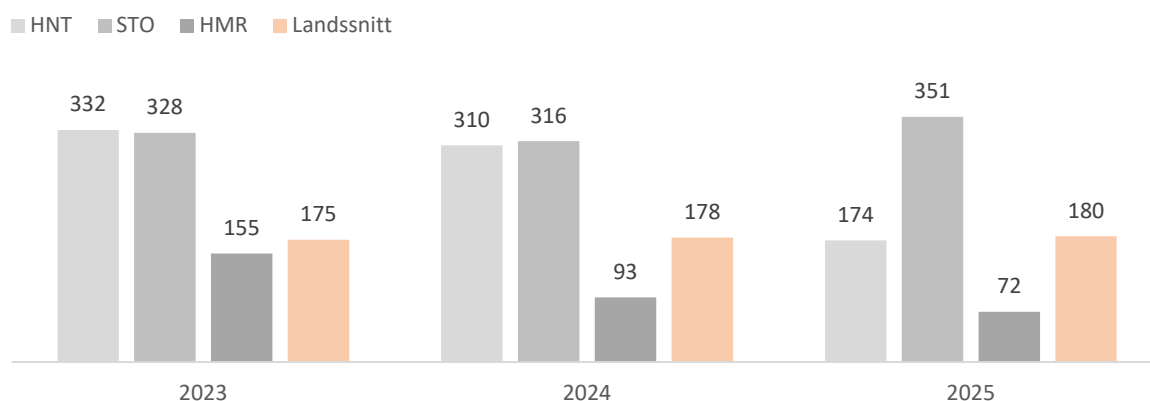
Figur 17: Rate per 100 000 for 2025, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Tabell 17: Andel behandlet ved eget Helseforetak i 2025

HMR	90,4 %
HNT	93,6 %
STO	99,1 %

Tabell 18: Tre vanligste hoveddiagnoser med antall i 2024

F332	302
F331	239
F39	187



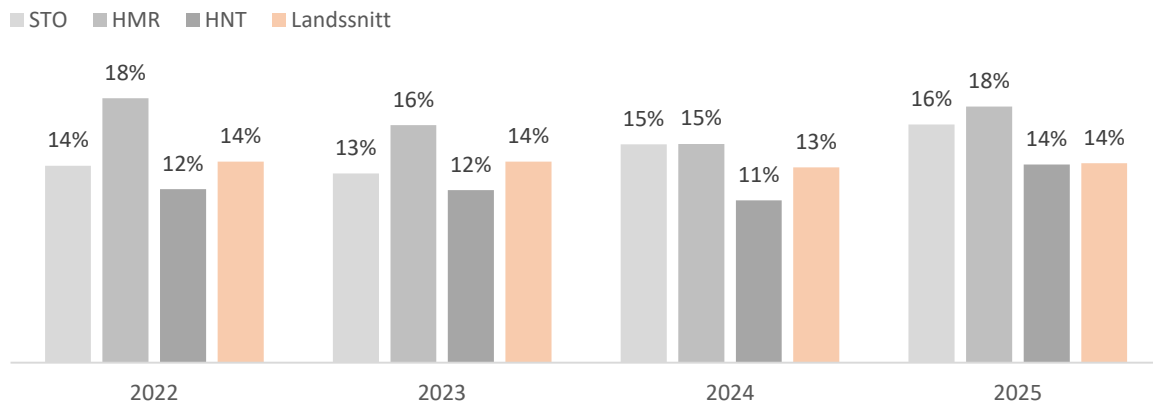
Figur 18: Utvikling i rate per 100 000, fordelt etter bostedsområde og justert for alder og kjønn.

Reinnleggelser

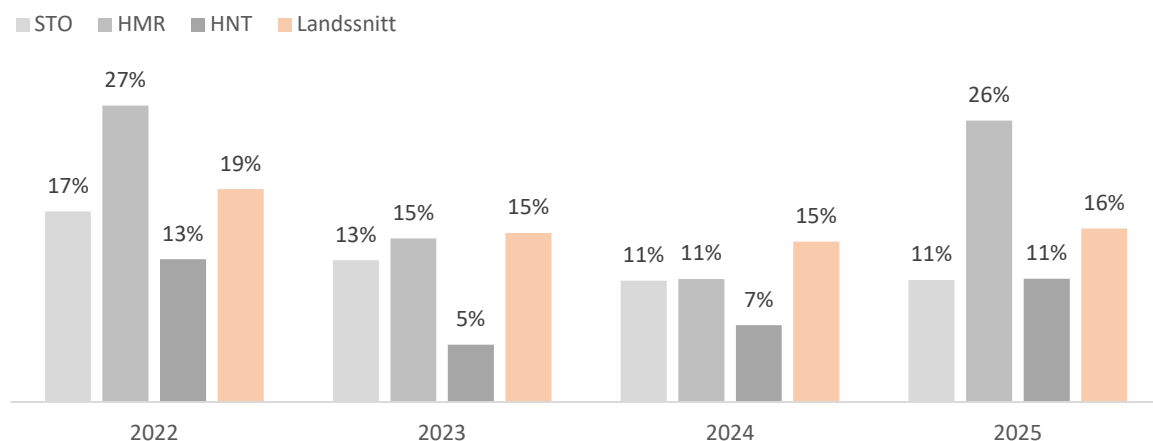
Definert som 8 til 720 timer etter forrige innleggelse.

Informasjon er fordelt etter helseforetak og ikke bostedsområde.

Psykisk helsevern voksne



Psykisk helsevern barn og unge



Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

