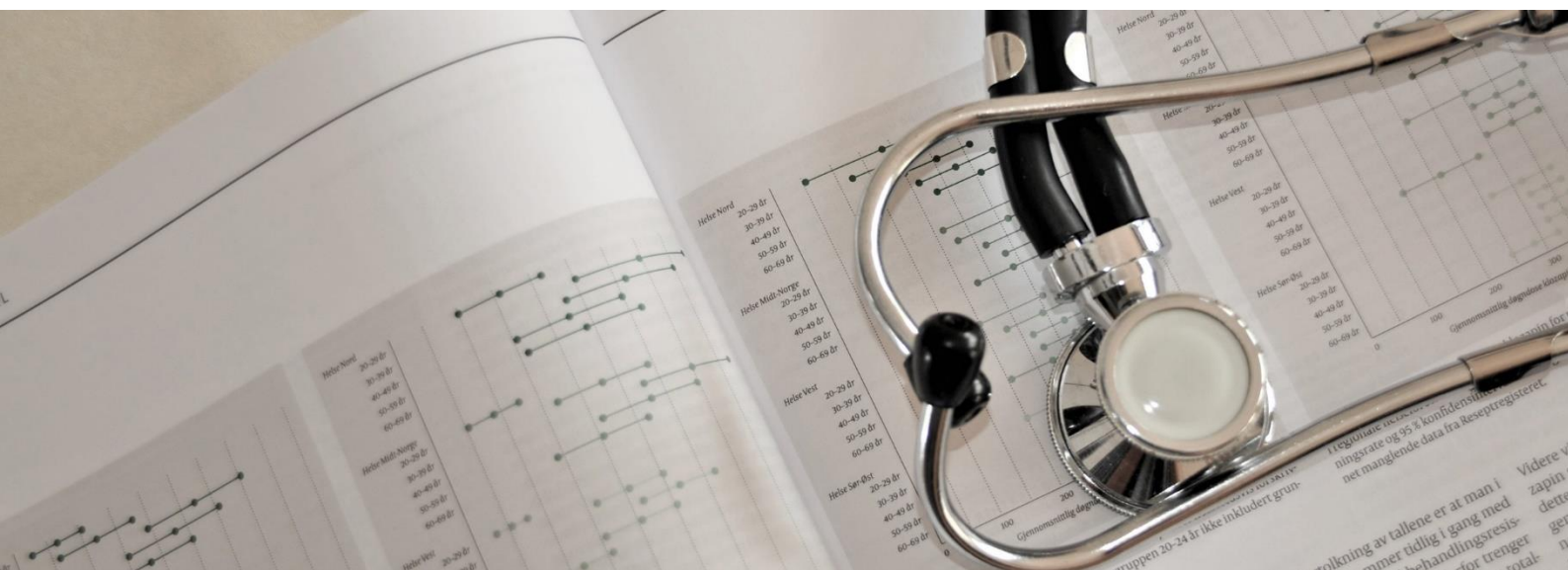




Riksrevisjonen

## Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester

Del av Dokument 3:2 (2019–2020)



**Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.**

Forsidefoto: Riksrevisjonen

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1	Bakgrunn .....	7
1.2	Mål og problemstillinger .....	8
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1	Sammenstilling av data fra helseatlas.....	9
2.2	Dybdeundersøkelse.....	10
2.2.1	Valg av behandlinger, opptaksområder og enheter (sykehus) i opptaksområder	10
2.2.2	Intervjuer og data i dybdeundersøkelsen .....	12
2.3	Dokumentanalyse.....	13
2.4	Intervjuer.....	14
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b> .....	<b>15</b>
3.1	Krav om likeverdige helsetjenester av god kvalitet .....	15
3.2	Krav om god ressursutnyttelse.....	15
3.3	Styring av faglig praksis .....	16
3.4	Krav om systemer for styring og kontroll .....	17
<b>4</b>	<b>Hva er omfanget av uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester?</b> .....	<b>19</b>
4.1	Variasjon i forbruk mellom helseforetakenes opptaksområder .....	19
4.2	Private kommersielle sykehus og avtalespesialister .....	25
4.3	Endring i variasjon i dagkirurgiatlaset.....	26
4.4	Omfanget av variasjon for de utvalgte behandlingene som inngår i dybdeundersøkelsen .....	28
<b>5</b>	<b>Hva kan forklare omfanget av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester?</b> .....	<b>34</b>
5.1	Konsensus om beste praksis .....	34
5.2	Kapasitet.....	38
5.3	Hvor raskt ny kunnskap påvirker legenes praksis.....	40
<b>6</b>	<b>Hvordan arbeider de regionale helseforetakene og helseforetakene med å redusere variasjonen i forbruket av helsetjenester?</b> .....	<b>43</b>
6.1	Statistikk og styringsinformasjon .....	43
6.1.1	Statistikk og analyse.....	43
6.1.2	Indikatorer for måling av uberettiget variasjon i forbruk .....	44
6.2	Styringsdialogen om variasjon i forbruk av helsetjenester .....	44
6.3	De regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av oppdragene om å redusere uønsket variasjon i forbruk.....	46
6.3.1	Oppfølging av behandlinger med høye eller lave forbruksrater .....	46
6.3.2	Retningslinjer for å standardisere behandlingspraksis.....	49
6.3.3	Revisjoner.....	50
6.3.4	Fagfora .....	51
6.3.5	Styring og planlegging av kapasitet.....	52
6.3.6	Tiltak i utviklingsplanene til helseforetakene og de regionale helseforetakene ...	54

<b>7</b>	<b>Vurderinger .....</b>	<b>56</b>
7.1	Det er uønsket variasjon i forbruket av en rekke spesialisthelsetjenester mellom helseforetakenes opptaksområder .....	56
7.2	Systematisk ulike vurderinger av like tilstander bidrar til uønsket variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester .....	56
7.3	De regionale helseforetakene utnytter ikke kapasitetsregulering godt nok som virkemiddel for å redusere uønsket variasjon i forbruk. ....	57
7.4	De regionale helseforetakene og helseforetakene har i liten grad brukt forbruksrater til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten.....	58
<b>8</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>61</b>

### Tabelloversikt

Tabell 1	Oversikt over utvalgte helseforetak og sykehus, og helsetjenestene som er undersøkt.....	12
Tabell 2	Intervjuer.....	13
Tabell 3	Oversikt over utgitte helseatlas .....	21
Tabell 4	Oversikt over endringer i rater og variasjon i perioden 2013–2017 per helsetjeneste i dagkirurgiatlasene .....	27

### Figuroversikt

Figur 1	Dagkirurgi 1 – rater for alle helsetjenestene inkludert i atlasen per opptaksområde. 2011–2013.....	24
Figur 2	Dagkirurgi 2 – rater for alle helsetjenestene inkludert i atlasen per opptaksområde. 2013–2017.....	24
Figur 3	Ortopedi – rater for alle helsetjenestene inkludert i atlasen per opptaksområde. 2012–2016.....	25
Figur 4	Kart over forbruksrater for skulderkirurgi. 2013–2017 .....	28
Figur 5	Rater for skulderkirurgi per opptaksområde fordelt på offentlige og private. 2013–2017 .....	29
Figur 6	Kart over innleggelsesrater for barn. 2013–2017 .....	30
Figur 7	Innleggelser av barn. 2013–2017 .....	31
Figur 8	Kart over andelen av gynekologiske rutineundersøkelser utført ved offentlige sykehus hvor det har blitt utført ultralyd. 2014–2016.....	32
Figur 9	Andel undersøkelser med ultralyd blant gynekologiske rutineundersøkelser ved offentlige sykehus og hos avtalespesialister. 2014–2016.....	33

### Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Oversikt over helsetjenester inkludert i hvert atlas.....	19
Faktaboks 2	Nødvendige, preferansesensitive og tilbudssensitive helsetjenester.....	23
Faktaboks 3	Faglige føringer for de tre områdene som er undersøkt i dybdeundersøkelsen .....	35
Faktaboks 4	Gjør kloke valg-kampanjen.....	38
Faktaboks 5	Helse Stavanger HF's svar på oppdraget fra Helse Vest RHF i 2017 .....	47
Faktaboks 6	Tiltak ved Sykehuset Telemark HF etter høye forbruksrater i barnehelseatlasen fra 2015.....	48

## Ordliste

<b>Variasjon i forbruk</b>	Forbruk beregnes som antall behandlinger, utredninger eller kontakter per 100 000 innbyggere i løpet av et år. Variasjon i forbruk framkommer ved å sammenligne forbruksratene i de ulike helseforetakenes opptaksområder. Variasjon i forbruk kan være et uttrykk for praksisforskjeller og ulikheter i tilbud.
<b>Uønsket variasjon i forbruk</b>	Hvis variasjon i forbruk ikke kan forklares av tilfeldige svingninger eller ulikheter i sykkelighet og pasientpreferanser, blir den gjerne kalt uforklart, uberettiget eller <b>uønsket variasjon</b> . Om påvist variasjon er <i>uønsket</i> , må vurderes skjønnsmessig i hvert tilfelle. Uberettiget variasjon kan tyde på at det forekommer overbehandling, underbehandling eller begge deler.
<b>Ekstreme rater</b>	Når det er svært stor variasjon i forbruk mellom områder eller sykehus, kan man betegne de høyeste og laveste ratene som ekstreme. I rapporten brukes dette om behandlinger der forholdstallet mellom høyeste og laveste forbruk er mer enn 4. Det vil si at det er mer enn fire ganger så mange som får en behandling i ett område, som i et annet.
<b>Somatisk</b>	Kroppslig, i motsetning til psykisk. Somatikk er den delen av medisinen som omhandler behandling av fysiske sykdommer.
<b>Indikasjon</b>	Indikasjon er en grunn til å gjennomføre et bestemt tiltak, for eksempel en spesiell undersøkelse eller en behandling.
<b>Gynekologisk rutineundersøkelse</b>	<p>I denne undersøkelsen er gynekologisk rutineundersøkelse definert som gynekologisk undersøkelse av friske kvinner. Et eksempel på en gynekologisk undersøkelse som gjennomføres på friske kvinner, er screening for livmorhalskreft gjennom et eget screeningprogram. Da tas det en celleprøve fra kvinnens livmorhals.</p> <p>Studien om bruk av ultralyd ved gynekologiske rutineundersøkelser er basert på tall fra Norsk Pasientregister (NPR) og tar utgangspunkt i konsultasjoner med diagnosekode Z01.4, som betyr generell eller rutinemessig gynekologisk undersøkelse.</p>
<b>Acromionreseksjoner, innklemming, SAPS</b>	Acromionreseksjon er en kirurgisk prosedyre som brukes ved behandling av såkalt innklemming i skulderleddet (impingement syndrome). Denne tilstanden er også kjent som subacromialt smertesyndrom, med forkortelse SAPS. En acromionreseksjon innebærer at noen millimeter bein fjernes fra acromionbeinet (øvre del av skulderbladet), med det formål å lage bedre plass for senene inne i skulderleddet. Inngrepet gjøres i mange tilfeller i kombinasjon med andre inngrep.

<b>Screening</b>	Undersøkelse av en gruppe mennesker med en test eller annen standardisert undersøkelsesmetode for å påvise en nærmere bestemt, ennå ikke oppdaget sykdom eller risikofaktor for sykdom.
<b>Helseforetakenes opptaksområder</b>	Et opptaksområde er de kommuner/bydeler som helseforetakene har ansvar for å betjene.
<b>Funksjonsfordeling</b>	Fordeling av oppgaver mellom helseforetak eller sykehus, som når et behandlingstilbud samles i ett av flere sykehus i et område.
<b>Spesialisthelsetjenesten</b>	Alle helsetjenester levert av helseforetakene, i motsetning til primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten deles gjerne i somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ikke en del av undersøkelsen, og i denne rapporten refererer spesialisthelsetjenesten kun til den somatiske.
<b>Dybdeundersøkelse</b>	Dybdeundersøkelse referer i rapporten til analyser av alle data som er samlet inn om hver behandling og behandlingssted. Det betyr at intervjuer, oversendt informasjon og tallmateriale fra Norsk pasientregister (NPR) er sett i sammenheng med forbruksratene i helseatlas.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Flere undersøkelser har avdekket at det er geografisk variasjon i forbruket av en rekke somatiske helsetjenester.<sup>1</sup> Slik variasjon omtales som uberettiget eller uønsket dersom den ikke kan forklares med forskjeller i sykелighet, pasientpreferanser eller tilfeldig variasjon.

Uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester er av stor betydning både økonomisk og for landets helsetjenester. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*, jf. Innst. 57 S (2016–2017), peker Helse- og omsorgsdepartementet på at uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester utfordrer prinsippet om likeverdig behandling og kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling.<sup>2</sup> Dersom variasjonene skyldes overforbruk, betyr det at ressursutnyttelsen er dårlig, og at pasienter med større behov kan bli nedprioritert. Overforbruk innebærer dessuten at pasienter utsettes for unødig risiko for komplikasjoner og pasientskader. Underforbruk innebærer at noen personer som kunne hatt nytte av helsetjenestene, ikke får den hjelpen de burde ha. Variasjon i forbruket av helsetjenester handler dermed om hvorvidt ressursene brukes på de rette behandlingene. I Innst. 206 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* viser helse- og omsorgskomiteen til at store geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester kan være en indikasjon på systemsvikt og innebære en fare for pasienten.

Fra 2014 har variasjon blitt undersøkt systematisk i de såkalte helseatlasene, en serie rapporter om bruk av helsetjenester publisert av *Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering* (SKDE) og Helse Førde HF.<sup>3</sup> Den første rapporten, *Dagkirurgi i Norge 2011–2013* (2015) (dagkirurgi-atlas 1), tok for seg tolv dagkirurgiske behandlinger. Den viste at det var store variasjoner i forbruket av disse tjenestene. Det har siden kommet ytterligere sju helseatlas fra SKDE og ett fra Helse Førde HF. For over halvparten av helsetjenestene som er inkludert i atlasene, framkommer det at variasjonen er betydelig.

Helse- og omsorgsdepartementet har parallelt med publiseringen av helseatlasene rettet oppmerksomhet mot uberettiget variasjon i sine styringsdokumenter. Både i 2016 og i 2017 har departementet i oppdragsbrevet bedt de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å bruke kunnskapen om uberettiget variasjon i sin styring av helseforetakene. I dette inngår det blant annet at foretakene skal følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. I den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet har variasjon i forbruket av helsetjenester vært et tema fra 2016. Selv om Helse- og omsorgsdepartementet over flere år har stilt krav til RHF-ene om at de må arbeide for å redusere uønsket variasjon, viser nyere helseatlas at det fremdeles er stor variasjon i forbruk av helsetjenester.

RHF-ene har ansvar for å sørge for likeverdige tjenester til befolkningen. Dette ansvaret ivaretar de gjennom helseforetakene som utfører behandlingene. I tillegg inngår RHF-ene avtaler med private tjenestetilbydere (avtalespesialister og private sykehus) innenfor rammene av sitt sørge-for-ansvar.

---

<sup>1</sup> Dokument 3:2 (2015–2016) avdekket forskjeller i forbruket av polikliniske spesialisthelsetjenester, Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2017 avdekket stor variasjon i bruken av poliklinisk bildediagnostikk og de såkalte helseatlasene (se nedenfor i dette kapitlet) har avdekket stor variasjon i forbruk av dagkirurgi, somatiske spesialisthelsetjenester for barn og eldre, og innen nyfødtmedisin og fødselshjelp.

<sup>2</sup> Prioriteringsmeldingen kapittel 15. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*.

<sup>3</sup> Helseatlasene publiseres på nettstedet Helseatlas.no. På nettstedet finnes også oppsummeringer av hovedfunnene i rapportene og interaktive kart som visualiserer den geografiske variasjonen i bruk av helsetjenester.

## 1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er 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.

Målet blir belyst gjennom følgende problemstillinger:

- Hva er omfanget av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester?
- Hva kan forklare omfanget av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester?
- Hvordan arbeider de regionale helseforetakene og helseforetakene med å redusere variasjonen i forbruket av helsetjenester?



## 2 Metode

### 2.1 Sammenstilling av data fra helseatlas

Revisjonen har gjennomgått helseatlasene som er publisert av SKDE og Helse Førde HF per april 2019 for å kartlegge og oppsummere omfanget av variasjonen i forbruket av helsetjenester.

I helseatlasene er det samlede forbruket av et utvalg helsetjenester til befolkningen i helseforetakenes opptaksområder beregnet. Forbruket er kontrollert for ulikheter i alder og kjønn som er bosatt i opptaksområdene, og er angitt som rater, det vil si antall behandlede pasienter per 100 000 innbyggere (i noen tilfeller per 1000 innbyggere). Analysene er basert på Norsk pasientregister (NPR) og HELFOs oppgjørstidbase for refusjoner i primærhelsetjenesten (KUHR). Det er også brukt data fra ulike kvalitetsregistre.<sup>4</sup> Statistisk sentralbyrå (SSB) og medisinsk fødselsregister har vært kilder for innbyggertall og antall fødte barn i opptaksområdene for å justere tallene for alders- og kjønnsforskjeller. SKDE og Helse Førde HF opplyser at kildene (spesielt NPR) kan inneholde feil fordi «koderutinene for diagnoser og inngrep varierer både mellom fagfolk, mellom avdelinger og mellom institusjoner».<sup>5</sup> For å kompensere for denne potensielle feilkilden har forfatterne av helseatlasene konsultert fagfolk innenfor de ulike spesialitetene.<sup>6</sup> Revisjonen er ikke kjent med at viktige fagmiljøer stiller spørsmål ved helseatlasenes metoder og funn.

Forfatterne av helseatlasene har lagt vesentlighet, i form av volum, økonomi og alvorlighetsgrad, til grunn når de har valgt ut hvilke behandlingsformer som inngår i atlasene. Selv om de utvalgte behandlingsformene i hovedsak representerer tjenester med et forholdsvis stort volum, kan dette variere mellom opptaksområdene og påvirke resultatene.<sup>7</sup> Små volum gjør det mer usikkert om resultatene skyldes tilfeldige svingninger i forbruket. Variasjonen blir drøftet i hvert enkelt tilfelle, blant annet med hensyn til omfanget av behandlingen og spesielle forhold ved hver behandling. SKDE og Helse Førde HF vurderer det slik at dersom det er dobbelt så mye av en hendelse i ett opptaksområde sammenlignet med et annet, er variasjonen mest sannsynlig systematisk og uberettiget, og den skyldes da ikke tilfeldigheter.<sup>8</sup>

For å kartlegge omfanget av helsetjenestene med stor variasjon har revisjonen talt opp helsetjenester hvor forholdet mellom høyeste og laveste rate er mer enn 2; det vil si at det er minst dobbelt så høyt forbruk av en helsetjeneste i opptaksområdet med høyest rate som i det med lavest rate. For å kartlegge antall helsetjenester med ekstremt stor variasjon har revisjonen også talt opp helsetjenester der forholdstallet er minst 4.

For å undersøke hvilke type helsetjenester som tenderer til å ha større variasjon, har revisjonen sammenlignet medianen av forholdstallene i ulike kategorier. Helsetjenestene er kategorisert etter om de innebærer poliklinikk/dagbehandling eller innleggelser, om de går inn under medisin eller kirurgi, og om de omfattes av nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet, fagmiljøene selv, prioriteringsveilederne eller ingen av disse. Det er også undersøkt om behandlinger og helsetjenester med en stor andel private tilbydere har større variasjon i forbruk enn behandlinger som i størst grad tilbys av helseforetakene. Dette er undersøkt ved at det er sett på om det er samvariasjon mellom gjennomsnittlig andel av tjenestene som leveres av private, og variasjon (forholdstallet mellom høyeste og laveste rate).

---

<sup>4</sup> Kvalitetsregistrene som er brukt i helseatlas: Norsk hjerneslagregister, medisinsk fødselsregister og abortregisteret.

<sup>5</sup> *Dagkirurgi i Norge 2011–2013* (2015) (dagkirurgiatlas 1), s. 51.

<sup>6</sup> *Dagkirurgiatlas 1*, s. 51.

<sup>7</sup> *Helseatlas for ortopedi i Norge* (2018) (ortopediatlas), s. 19.

<sup>8</sup> *Dagkirurgi i Norge 2013–2017* (2018) (dagkirurgiatlas 2), s. 17.

Videre har revisjonen analysert om det er systematisk variasjon mellom opptaksområdene for helsetjenestene i *Dagkirurgi i Norge 2011–2013* (2015) (dagkirurgiatlas 1), *Dagkirurgi i Norge 2013–2017* (2018) (dagkirurgiatlas 2) og *Helseatlas ortopedi i Norge* (2018) (ortopediatlasen). Hensikten med dette har vært å undersøke om befolkningen i noen opptaksområder samlet sett får mer av disse tjenestene enn befolkningen i andre opptaksområder. For hvert av dagkirurgi- og ortopediatlasene er ratene for alle helsetjenestene i disse atlasene lagt sammen per opptaksområde. Det er ikke gjort tilsvarende analyser for de andre atlasene ettersom det av ulike grunner blir unøyaktig å samle opp forbruket på tvers av helsetjenestene som er inkludert.

Utviklingen i både forbruksrater og variasjonen i disse ratene er undersøkt ved at resultatene i dagkirurgiatlasen fra 2015 er sammenholdt med et oppdatert atlas om dagkirurgi som SKDE ga ut i 2018.

## 2.2 Dybdeundersøkelse

### 2.2.1 Valg av behandlinger, opptaksområder og enheter (sykehus) i opptaksområder

For å undersøke hva som kan forklare omfanget av uønsket variasjon, har revisjonen gjennomført dybdeundersøkelser av tre helsetjenester (utredninger eller behandlinger) i utvalgte enheter (sykehus). Formålet er å analysere mekanismer som påvirker tilbudet av helsetjenester detaljert i tre utvalgte caser, for å finne forhold som kan forklare variasjon i forbruket også utenfor de behandlingsformene som inngår i dybdeundersøkelsen.

Følgende kriterier er lagt til grunn for valg av behandlinger:

- Behandlingene skal være vesentlige i den forstand at de omfatter en stor pasientgruppe og mange behandlingssteder.
- Behandlingene skal ha stor variasjon i forbruket.
- Behandlingene skal være klart forskjellige slik at de samlet kan belyse ulike årsaker til variasjon.

Åtte ulike helsetjenester<sup>9</sup> ble vurdert innledningsvis. Vurderingen ble gjort i dialog med fagpersoner etter kontakt med de aktuelle foreningene i Legeforeningen. Etter vurderingen ble følgende tre behandlinger valgt:

- acromionreseksjon (skulderkirurgi)<sup>10</sup>
- innleggelse i barneavdeling
- ultralyd ved gynekologisk rutineundersøkelse

For hver av de tre valgte helsetjenestene er det valgt ut ett opptaksområde med forbruksrater under landsgjennomsnittet, og ett (for skulderkirurgi to) med forbruksrater over landsgjennomsnittet. Et opptaksområde består av alle kommunene/bydelene som betjenes av et bestemt helseforetak.

Det er lagt vekt på at helseforetakene i de valgte opptaksområdene samlet skal representere ulike egenskaper når det gjelder størrelse, antall sykehus, opptaksområdenes utstrekning (med tanke på pasientenes reiseavstand) og om det finnes private sykehus i opptaksområdet. Dette er gjort for å sikre at konklusjonene er basert på et bredest mulig datagrunnlag.

---

<sup>9</sup> Grå stær, hjerteinfarkt, hjertesvikt poliklinikk, tonsillektomi, demens, acromionreseksjoner, ultralyd og kolposkopi ved gynekologiske rutineundersøkelser og innleggelser av barn.

<sup>10</sup> Kirurgisk behandling av såkalt inneklekking i skulderleddet (også kjent som subacromialt smertesyndrom, SAPS). Denne behandlingen innebærer at noen millimeter bein blir fjernet fra acromionbeinet for at det skal bli bedre plass for senene inne i skulderleddet.

Videre er det valgt et opptaksområde hvor det er kjent at forbruket har endret seg betydelig fra et antatt uønsket nivå. Hensikten er å kunne si noe om hva som skal til for å endre praksis. Helseforetakene som inngår i undersøkelsen, er vist i tabell 1.

For skulderkirurgi og innleggelser av barn er resultater fra helseatlasene brukt til å velge ut hvilke opptaksområder som skulle inngå i undersøkelsen. Når det gjelder bruk av ultralyd ved rutineundersøkelser, er valget av opptaksområder basert på grunnlagsdataene til en forskningsartikkel om bruk av ultralyd og kolposkopi ved gynekologiske rutineundersøkelser publisert i 2017 i BMC Women's Health.<sup>11</sup> For skulderkirurgi fikk revisjonen oversendt oppdaterte tall for rater fra for perioden 2014–2016 fra SKDE. På bakgrunn av disse tallene var det mulig å identifisere opptaksområder hvor det har vært en endring i forbruket over tid. Tall for innleggelser av barn ble oppdatert av SKDE i januar 2019 og er ikke brukt til å velge ut opptaksområder med endring. Disse tallene inngår imidlertid i sammenstillingen av helseatlas.

For hver behandling og hvert opptaksområde er det valgt ut behandlingssteder for dybdeundersøkelsen. I utvalget av enheter er det lagt vekt på følgende kriterier:

- Enhetene må stå for en stor del av inngrepene som utføres på befolkningen i området.
- Minst én av enhetene (sykehusene) som velges ut i et område, må være et offentlig sykehus som tilhører helseforetaket i opptaksområdet.

For skulderkirurgi er data fra NPR for 2017 brukt til å velge ut sykehus/enheter, ettersom acromionreseksjoner (skulderkirurgi) blir utført ved flere sykehus i hvert opptaksområde. Acromionreseksjoner er identifisert på samme måte som i dagkirurgiatlasene, det vil si ved å bruke hoved- eller bidiagnose (ICD-10) i kategoriblokkene M19 eller M75 i kombinasjon med prosedyrekodene (NCSP) NBK12 eller NBK13. For hvert opptaksområde er det identifisert hvilke sykehus som gjennomførte flest acromionreseksjoner, og disse er valgt ut til dybdeundersøkelsen.

Valg av sykehus/enheter for innleggelser av barn er kun basert på helseatlas, ettersom de færreste opptaksområder har mer enn én barneavdeling.

Studien om bruk av ultralyd ved gynekologiske rutineundersøkelser er basert på NPR-tall og tar utgangspunkt i konsultasjoner med diagnosekode Z01.4, som betyr generell eller rutinemessig gynekologisk undersøkelse.

---

<sup>11</sup> Rosenlund, I.M, Leivseth, L., Nilsen, I., Førde, O.H., Revhaug, A. *Extent, regional variation and impact of gynecologist payment models in routine pelvic examinations: a nationwide cross-sectional study*, BMC Women's Health (2017) 17:114 DOI 10.1186/s12905-017-0471-2

**Tabell 1 Oversikt over utvalgte helseforetak og sykehus, og helsetjenestene som er undersøkt**

Regionalt helseforetak	Helseforetak	Sykehus	Helsetjeneste som er undersøkt
Helse Nord RHF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)	UNN Narvik	Acromionreseksjon (skulderkirurgi)
		Aleris Tromsø	Acromionreseksjon (skulderkirurgi)
Helse Midt-Norge RHF	Helse Møre og Romsdal HF	Ålesund Sjukehus	Acromionreseksjon (skulderkirurgi)
		Medi 3	Acromionreseksjon (skulderkirurgi)
Helse Vest RHF	Helse Bergen HF	Haukeland universitetssykehus	Ultralyd ved gynekologisk rutineundersøkelse
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF	Akershus universitetssykehus	Acromionreseksjon (skulderkirurgi)
	Vestre Viken HF	Drammen sykehus	Innleggelse i barneavdeling
	Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg sykehus	Innleggelse i barneavdeling
	Sykehuset Telemark HF	Skien sykehus	Ultralyd ved gynekologisk rutineundersøkelse

## 2.2.2 Intervjuer og data i dybdeundersøkelsen

Datainnsamlingen i caseundersøkelsene er blitt gjennomført gjennom intervjuer med til sammen 49 klinikere, sykepleiere, ledere på ulike nivåer og fagdirektører i til sammen 7 helseforetak og 2 private sykehus med avtale om offentlig finansiering. I 3 tilfeller er intervjuene gjennomført som gruppeintervjuer og i 42 tilfeller som individuelle intervjuer.

I tillegg er det i forkant av intervjurundene innhentet avdelingsplaner, oversikt over antall ansatte og sengeplasser, og rutiner og prosedyrebeskrivelser. NPR-tallene for aktiviteten ved de enkelte helseforetakene og sykehusene er også lagt til grunn. Dokumentene fra avdelingene og aktivitetstallene er benyttet som ramme for intervjuene og utgjør sammen med analysen av disse det samlede datagrunnlaget for dybdeundersøkelsen.

Formålet med intervjuene med klinikere har vært at revisjonen skulle få innblikk i hvordan og under hvilke rammebetingelser de arbeider med de aktuelle pasientgruppene. Formålet med intervjuene med ledere og fagdirektører har vært å skaffe kunnskap om hvordan arbeidet ved sykehuset er organisert, og hvordan helseforetakene/sykehusene arbeider for å redusere uønsket variasjon i forbruk. Intervjuene er gjennomført som semi-strukturerte intervjuer med intervjuguide for å sikre best mulig sammenlignbarhet mellom intervjuene. Samtidig gir dette mulighet til å forfølge temaer av interesse som kommer fram i løpet av intervjuene.

Revisjonen har for hvert fagområde knyttet til seg en referanseperson. Intervjuguider til hvert av de aktuelle fagområdene er utarbeidet i dialog med referansepersonen. Helseatlas og NPR-data ble gjennomgått, og analyser ble brukt som grunnlag for å utarbeide intervjuguider.

Tabell 2 gir en oversikt over intervjuene som er gjennomført.

**Tabell 2 Intervjuer**

Fag-område	Tema	Antall helseforetak	Antall private sykehus/avtale-spes.	Antall leger	Antall ledere	Antall sykepleiere	Antall klinikk-sjefer	Antall fagdirektører	Annet personell
Ortopedi	Skulderkirurgi	3	2	8	9*	1	2	4**	1***
Pediatri	Innleggelser av barn	2	–	4	5****	2	2	2	–
Gynekologi	Bruk av ultralyd ved rutineundersøkelser	2	1	2	4*****	–	–	2	–

\*) To av disse er leger som arbeider klinisk, fire er koordinatører eller leder for sykepleiere og to er avdelingsledere ved private sykehus.

\*\*\*) Inkludert medisinsk fagsjef ved Aleris Helse

\*\*\*\*) Kvalitetsrådgiver klinikk

\*\*\*\*\*) En av disse arbeider klinisk.

\*\*\*\*\*) To av disse arbeider klinisk.

Det er gjort lydopptak av alle intervjuene. De vesentligste funnene fra hvert intervju ble oppsummert umiddelbart etter at intervjuet var ferdig, og deretter brukt til å utarbeide en overordnet oppsummering av funnene for hvert av casene. Intervjuer med klinikk-sjefer, fagdirektører og representanter for de private kommersielle sykehusene og Praktiserende spesialisters landsforening er verifisert gjennom intervjuereferater.

## 2.3 Dokumentanalyse

Revisjonen har analysert ulike dokumenter for å kartlegge hvordan de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene arbeider med å redusere variasjonen i forbruket av helsetjenester. Revisjonen har gjennomgått foretaksmøteprotokoller og oppdragsdokumenter for RHF-ene og helseforetakene i perioden 2015–2019 for å få oversikt over oppdrag og krav som er gitt.

Videre har revisjonen har gjennomgått årlige meldinger fra foretakene i perioden 2015–2018 for å få informasjon om foretakenes egne initiativer og rapportering av oppdrag. For å kartlegge hvordan styrene i foretakene har arbeidet med variasjon i forbruk, har revisjonen gjennomgått styremøteprotokoller fra 2015 til 2018. Videre har revisjonen gjennomgått foretakenes utviklingsplaner for å få informasjon om hvorvidt variasjon i forbruk er behandlet i planene. Siden 2015 er det publisert fem rapporter fra SKDE og RHF-enes felles arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM) som svar på oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide indikatorer for å måle ulike typer variasjon. Disse rapportene og helseatlasene har revisjonen gjennomgått for å få en oversikt over hvordan SKDE og RHF-ene har utført oppdraget, og hvilken styringsinformasjon og statistikk som er tilgjengelig for RHF-ene om variasjon i forbruk av ulike helsetjenester

Revisjonen ønsket også å kartlegge arbeid med å avdekke og redusere uønsket variasjon i forbruk utover det som framkommer i oppdragsdokumenter til helseforetakene. Derfor sendte revisjonen i januar 2018 brev med forespørsel om informasjon fra både RHF-ene og helseforetakene om deres arbeid siden 2015 med å redusere variasjon i forbruk av somatiske helsetjenester i behandlingstilbudet. Det ble bedt om kopier av analyser, planer og tiltak rettet mot uberettiget variasjon i behandlingstilbudet som er utarbeidet av helseforetaket i 2015 eller senere. Det ble også innhentet oppdatert informasjon fra helseforetakene om deres arbeid med variasjon gjennom et nytt brev i mars 2019.

For å undersøke hvordan RHF-ene følger opp uberettiget variasjon i avtalene med de private aktørene, og hvilke virkemidler de har for å sikre at tilbudet som gis av private aktører, er i tråd med behovet, har revisjonen gjennomgått følgende dokumenter:

- RHF-enes strategidokumenter og planer for kjøp av private tjenester
- rammeavtale mellom RHF-ene og Den norske legeförening om avtalepraksis for legespesialister
- aktivitetsrapporter fra private sykehus
- avtaler mellom RHF-ene og private sykehus om kjøp av kirurgiske tjenester

## **2.4 Intervjuer**

Det ble gjennomfört to intervjuer med hvert RHF i henholdsvis januar og april 2019. Hensikten var å innhente ytterligere informasjon om arbeidet med variasjon i forbruk. Temaer ble oversendt på forhånd, og RHF-ene valgte selv hvem som stilte til intervju. Intervjuene ble også brukt til å få en beskrivelse av hvordan RHF-ene styrer avtalene med private leverandører innen somatikk. I tillegg ønsket revisjonen å høre om utviklingen av faglige retningslinjer og RHF-enes erfaringer med disse. RHF-ene ble representert av både fagdirektører og andre ledere i ulike avdelinger i RHF-et. Referatene fra intervjuene med RHF-ene er verifisert.

I januar 2019 intervjuet revisjonen Helsedirektoratet for å få informasjon om direktoratets rolle i utviklingen av nasjonale faglige retningslinjer og arbeidet med uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester. Referatet fra intervjuet ble verifisert.

## 3 Revisjonskriterier

### 3.1 Krav om likeverdige helsetjenester av god kvalitet

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.<sup>12</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for at politikken for spesialisthelsetjenesten er i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger.<sup>13</sup>

De regionale helseforetakene (RHF-ene) skal sørge for sykehustjenester til personer som bor i helseregionen.<sup>14</sup> Et viktig formål med *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen og til at ressursene utnyttes best mulig.<sup>15</sup> Dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av forhold som økonomi, sosial status, alder, kjønn mv.<sup>16</sup> HOD har uttalt at for mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus og tilbud vitner om potensial for forbedring.<sup>17</sup>

Lovens presisering av at helseforetakenes formål er å gi likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, innebærer at andelene av befolkningen som får en bestemt helsehjelp, ikke bør variere for mye mellom de ulike områdene. Dette betyr blant annet at det er nødvendig å undersøke om det finnes variasjon mellom bostedsområdene.

I *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* viser komiteen til at standardisering av pasientforløp, etter modell av pakkeforløpene for kreft, kan være viktig for å sikre pasientene forutsigbarhet, kvalitet og helhet i tilbudet. Komiteen viser også til analyser av forskjeller i forbruk av helsetjenester i Norge som ligger publisert på helseatlas.no. Komiteen viser til at stor forskjell i forbruket av helsetjenester kan være en indikasjon på systemsvikt og innebære en fare for pasienten.<sup>18</sup>

I Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015* viser HOD til variasjonen som er avdekket i helseatlas, og framhever at det er mange årsaker til variasjonen, og at det er viktig å kartlegge og identifisere årsaker og iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Departementet legger til grunn at det ved veldefinerte sykdommer og tilstander der det foreligger godt dokumenterte effektive behandlingsmåter, bør være liten variasjon i forbruk når det korrigeres for sykkelighet i befolkningen.<sup>19</sup>

Helsetjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige.<sup>20</sup> *Forskrift om prioritering av helsetjenester mv. (prioriteringsforskriften)* § 2, jf. *lov om pasient- og brukerrettigheter* § 2-1 b, slår fast at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når han kan ha forventet nytte av helsehjelpen og de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Forventet nytte skal bygge på kunnskapsbasert praksis.<sup>21</sup>

### 3.2 Krav om god ressursutnyttelse

En sentralt mål med statens eierskap av RHF-ene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode

---

<sup>12</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og § 2-1.

<sup>13</sup> *Reglement for økonomistyring i staten* § 1.

<sup>14</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

<sup>15</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 punkt 4.

<sup>16</sup> Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* punkt 4.1.4.

<sup>17</sup> Prop. 1 S (2016–2017) fra Helse- og omsorgsdepartementet, side 9.

<sup>18</sup> Innst. 206 S (2015–2016), side 30.

<sup>19</sup> Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*, kapittel 8.

<sup>20</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

<sup>21</sup> *Prioriteringsforskriften* § 2.

spesialisthelsetjenester til befolkningen.<sup>22</sup> Helseforetakene skal disponere utgiftene på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive sett opp mot de forutsatte resultatene.<sup>23</sup>

Et av formålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.<sup>24</sup> Den skal bidra til å fremme en organisering som gir bedre koordinering av ressursbruken og økt oppmerksomhet på pasienten.<sup>25</sup> Ifølge Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* gjelder helseforetakenes plikt til hensiktsmessig ressursbruk når de organiserer virksomheten, inkludert når de prioriterer pasienter, og når de diagnostiserer, behandler og følger opp den enkelte pasient.<sup>26</sup>

Dette innebærer blant annet at sykehusene må disponere tildelte ressurser og fordele disse mellom fagområder i tråd med befolkningens ulike behov for helsehjelp. Kravet om god ressursutnyttelse innebærer at sykehusene gir behandlingstilbudet der det trengs, og ikke yter unødvendig helsehjelp. Best mulig utnyttelse av ressursene innebærer at ressursbruken fordeles effektivt mellom pasientgrupper, slik at det ikke brukes for mye ressurser på noen pasientgrupper og for lite på andre.

I vedtektene til de regionale helseforetakene § 6 framgår det at de har ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* går det fram at helseforetakene ikke må tillates å bli så selvstyrte at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende.<sup>27</sup>

I Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse og sykehusplan (2016–2019)* går det fram at den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid viser at sykehusene har stor mulighet til å lære av hverandre. Erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av kapasiteten bør overføres til andre sykehus. HOD peker i Prop. 1 S (2016–2017) for Helse- og omsorgsdepartementet på at helseforetakene og fagmiljøene på bakgrunn av helseatlasene bør gjennomgå tjenestetilbudene med sikte på å etablere god praksis og ressursutnyttelse og redusere uønsket variasjon.

### 3.3 Styring av faglig praksis

Helsepersonelloven slår fast at «[v]ed samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient».<sup>28</sup> Det slås dermed fast at det er legen som står ansvarlig for valg av behandling og undersøkelser i møtet med den enkelte pasient. Denne bestemmelsen regulerer ikke spørsmål av mer organisatorisk karakter, som for eksempel ledelse.<sup>29</sup>

Helsepersonelloven stiller krav om at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt på en forsvarlig måte. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. I dette ligger det blant annet en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges.<sup>30</sup> Videre innebærer kravet til forsvarlighet en vurdering av om helsepersonellet har «innrettet yrkesutøvelsen etter sine faglige

---

<sup>22</sup> Prop. 1 S (2016–2017) fra Helse- og omsorgsdepartementet, side 81.

<sup>23</sup> *Bevilgningsreglement vedtatt av Stortinget* §§ 9 og 10.

<sup>24</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 punkt 4.

<sup>25</sup> Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, s. 1.

<sup>26</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, s. 1

<sup>27</sup> Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, side 35.

<sup>28</sup> Helsepersonelloven § 4 tredje ledd.

<sup>29</sup> Helsedirektoratet 28.06.18: *Helsepersonelloven med kommentarer*, s. 14.

<sup>30</sup> Helsedirektoratet 28.06.18: *Helsepersonelloven med kommentarer*, s. 11 (§ 4 tredje ledd).



begrensninger og om vedkommende har holdt seg oppdatert på det fagfellet vedkommende beveger seg på».<sup>31</sup>

Etter helsepersonelloven kan det stilles følgende krav til leger i sykehusene:

- De skal holde seg faglig oppdatert og følge faglige normer og utvikling – gjennom forskning, faglige nettverk og møteplasser.
- De skal følge retningslinjer. Dette gjelder for eksempel nasjonale retningslinjer, men vurderes her også å inkludere regionale og lokale retningslinjer og standardiserte pasientforløp.

I Innst. 57 S (2016–2017), jf. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* viser helse- og omsorgskomiteen til at klinikerne trenger gode, brukervennlige og strukturerte beslutningsverktøy når de tar beslutninger på medisinsk-faglig skjønn om helsehjelp skal gis, hvilken type helsehjelp pasienten bør få, og hvor lenge pasienten kan vente. Komiteen mener nasjonale faglige veiledere er et godt verktøy for å fremme felles forståelse og praksis. Komiteen er opptatt av at arbeidet med nasjonale faglige veiledere får høy prioritet.

### 3.4 Krav om systemer for styring og kontroll

*Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 28 omhandler styrets oppgaver. I merknadene til § 28 framgår det at styret i et helseforetak skal sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer at det er betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.<sup>32</sup> God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene skal ha en internkontroll som bidrar til at de oppnår fastsatte mål og resultatkrav. Internkontrollen skal bidra til at ressursbruken er effektiv, at virksomheten drives i samsvar med lover og regler, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Sørge-for-ansvaret innebærer at RHF-ene må organisere helsetilbudet slik at det er forsvarlig. Ansvaret innebærer også at RHF-ene har ansvar for å analysere og planlegge hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester. Som del av dette må RHF-ene innhente styringsinformasjon. Dermed bør ledelsen ha informasjon i form av analyser av behovet til og ressursbruken på forskjellige pasientgrupper, og den bør sikre seg muligheter til å sammenligne forbruk og behov i sitt eget foretak med forbruk og behov i andre foretak. Dette vil gi informasjon om hvordan foretaket ivaretar sørge-for-ansvaret sitt, og om det har en god fordeling av ressurser mellom pasientgrupper.

Dersom for eksempel sammenligninger med andre sykehus viser at bestemte pasientgrupper får betydelig mindre behandling i foretakets eget område, kan det tyde på en svikt i sørge-for-ansvaret. Tilsvarende kan høye behandlingsrater tyde på at ressurser kunne vært brukt bedre på andre pasienter som venter på hjelp.

*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* pålegger virksomhetene å ha et styringssystem. Styringssystem defineres som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.<sup>33</sup> Forskriften pålegger videre virksomhetene å planlegge,

---

<sup>31</sup> Helsedirektoratet 28.06.18: *Helsepersonelloven med kommentarer*, s 12.

<sup>32</sup> Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, s. 212.

<sup>33</sup> *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 4.

evaluere og korrigere aktivitetene sine. I foretaksmøtene i RHF-ene i januar 2017 ble det vist til at *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok.

I helseforetakene er det daglig leder som har det overordnede ansvaret for styringssystemet. Styrene i helseforetakene og RHF-ene skal følge aktivt med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven. Styrene må også sørge for å være informert om informasjon som sier noe om helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfeller der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet.<sup>34</sup>

Styrene for RHF-ene og helseforetakene skal minimum én gang i året ha en samlet gjennomgang av virksomheten basert på sammenlignbar statistikk om kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal bidra til å sikre at ledelsen aktivt støtter dette arbeidet, og at det gjøres sammenligninger og gjennomføres læringsoverføring både innad i og mellom sykehusene.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. IS-2620. (2017)

<sup>35</sup> Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

## 4 Hva er omfanget av uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester?

### 4.1 Variasjon i forbruk mellom helseforetakenes opptaksområder

I perioden 2015 til august 2019 er det publisert til sammen ni nasjonale helseatlas.<sup>36</sup> Atlasene gir ikke et helhetlig bilde av sykehusenes totale tilbud, men omfatter et bredt utvalg helsetjenester som tilbys ulike pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten. Alle atlasene tar utgangspunkt i helsetjenester som er viktige eller vanlige for hvert fagområde de favner. For eksempel utgjør de tolv inngrepene som er inkludert i dagkirurgiatlasene, i volum omtrent halvparten av alle inngrep som kan gjennomføres dagkirurgisk.<sup>37</sup> I *Barnehelseatlas for Norge (2015)* (barnehelseatlas) er vanlige årsaker til innleggelser og polikliniske undersøkelser inkludert.

Hovedparten av helsetjenestene i helseatlasene omhandler pasienters kontakt med spesialisthelsetjenesten, og de omfatter både medisinske og kirurgiske behandlinger, innleggelser og polikliniske konsultasjoner. Noen primærhelsetjenester er også inkludert, men dette er begrenset til kontakt med allmennlegetjenesten og legevakt.

Faktaboks 1 beskriver hvilke helsetjenester som er inkludert i hvert helseatlas, hvilke grupper av befolkningen som omfattes,<sup>38</sup> hva omfanget av aktiviteten er, og hvor stor andel tjenesten utgjør av all aktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten (det vil si summen av innleggelser, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner, målt i antall kontakter).<sup>39</sup> Alle tallene er beregnet for de årene som inngår i de enkelte atlasene.

#### Faktaboks 1 Oversikt over helsetjenester inkludert i hvert atlas

##### Dagkirurgi i Norge (2015 og 2018)

Operasjon for lyskebrokk, operasjon for grå stær, utvalgt håndkirurgi, operasjon for karpaltunnelsyndrom, operasjon for hallux valgus og hammertå, fjerning av mandler, åreknuteoperasjon, operasjon for tunge øyelokk, ventilasjonsrør i trommehinnen, hemoroideoperasjon, skulderkirurgi, meniskoperasjon.

Alle aldersgrupper er med i beregningene av ratene, så atlaset dekker helsetjenester for 100 prosent av befolkningen i Norge. Det er utført omtrent 120 000 inngrep totalt per år for behandlingene i dagkirurgiatlasene (dette omfatter både dagbehandling og innleggelser). Dette utgjør i underkant av 2 prosent av den totale årlige aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, målt i antall kontakter.

##### Barnehelseatlas for Norge (2015)

Kontakter hos fastlege og legevakt, poliklinisk og dagbehandling i spesialisthelsetjenesten (både medisinsk, kirurgisk og totalt), innleggelser i spesialisthelsetjenesten (både medisinsk, kirurgisk og totalt), ulike kirurgiske inngrep (fjerning av blindtarmen, fjerning av mandler og innsetting av øredren), polikliniske kontakter for ulike diagnoser (hjertemedisin, epilepsi, mage- og tarmsykdommer, astma, forstoppelse og sengevæting og urinlekkasje (enurese)), innleggelser for ulike diagnoser (omgangssyke, bronkiolitt, virus- og luftveisinfeksjoner, epilepsi, forstoppelse og utvalgte akutte diagnoser).

Atlaset dekker disse kontaktene for barn i alderen i 0–16 år, som utgjør 21 prosent av Norges befolkning. Helsetjenester rettet mot barn utgjør 13 prosent av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

<sup>36</sup> Åtte av helseatlasene er publisert av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord, mens ett er publisert av Helse Førde.

<sup>37</sup> Dagkirurgiatlas 1, s. 6

<sup>38</sup> Populasjonen er beregnet som andel av Norges befolkning per år for de årene som inngår i atlasene. Tall fra SSB tabell 07459.

<sup>39</sup> Tall for aktivitet kommer fra Helsedirektoratets styringsdata for utvikling i spesialisthelsetjenesten (SAMDATA). <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

### **Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas (2016)**

Liggedøgn og antall pasienter totalt innlagt ved nyfødtavdelinger. Antall behandlingsdøgn med antibiotika, respiratorbehandling og i intensivhet. Antall pasienter som får antibiotikabehandling, respiratorbehandling, lysbehandling for gulsott, behandling for lavt blodsukker og som blir innlagt i intensivhet.

Nyfødte som er innlagt på nyfødtavdelinger, utgjør omtrent 0,1 prosent av Norges befolkning og omtrent 1 prosent av alle pasienter som er innlagt på sykehus.

### **Eldrehelseatlas for Norge (2017)**

Sentrale, offentlig finansierte somatiske helsetjenester til pasienter 75 år og eldre (som utgjør 7 prosent av befolkningen): innleggelser og reinnleggelser for hjerteinfarkt, hjertesvikt, lungebetennelse, kols, hoftebrudd og hjerneslag. Poliklinisk utredning, behandling og oppfølging for hjertesvikt, demens og Parkinsons. Ulike prosedyrer ved hjertesykdom, slitasjegikt, kreft, øyesykdommer og hørselskade. Bruk av biologiske legemidler ved utvalgte tilstander. Disse tjenestene utgjør omtrent 16 prosent av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

### **Helseatlas kols (2017)**

Konsultasjoner hos fastlege, legevakt og poliklinikk. Bruk av spirometri hos fastlege og på poliklinikk. Akuttinnleggelser, liggedøgn, reinnleggelser og dødelighet. Ventilasjonsstøtte ved innleggelse og lungerehabilitering.

Det er omtrent 200 000 personer med diagnosen kols i Norge, og de polikliniske kontaktene og akuttinnleggelsene for denne pasientgruppen utgjør i underkant av 1 prosent av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

### **Helseatlas i ortopedi for Norge (2018)**

Rater for kontakter og inngrep for typiske pasientgrupper ved ortopediske avdelinger: operasjonsrater for degenerative leddlidelser (hofteleddsartrose, kneleddsartrose og tommelartrose, bruk av artroskopi ved degenerative knelidelser, behandlingsrater for ulike brudd (håndleddsbrudd, hoftebrudd, ankelbrudd, kragebeinsbrudd og skulderbrudd), operasjon ved skade på fremre korsbånd og innleggelsesrater for hjernerystelse, kontakter og operasjoner ved prolaps og spinal stenose og andre korsryggsmerter.

Bare personer over 18 år er med i beregningene, så atlasen dekker helsetjenester for 78 prosent av befolkningen i Norge. For de ortopediske helsetjenestene som inngår i atlasen, er det omtrent 50 000 operasjoner og innleggelser per år, og dette utgjør i underkant av 1 prosent av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

### **Helseatlas for gynekologi (2019)**

Kirurgisk behandling av utvalgte tilstander (blant annet behandling av framfall, inkontinens, abort), sterilisering og assistert befruktning og ulike undersøkelser i forbindelse med diagnostikk og utredning. 10 prosent av kvinnene som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten, var i kontakt for én eller flere av helsetjenestene som er inkludert i dette helseatlasen.

Atlasen dekker disse kontaktene for kvinner over 16 år, som utgjør 40 prosent av Norges befolkning. Kontaktene utgjør rundt 2 prosent av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

### **Helseatlas for fødselshjelp (2019)**

Kontakter med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i svangerskapsperioden, forekomst av svangerskapsdiabetes, ukompliserte fødsler, igangsetting av fødsel, forbruk av keisersnitt, instrumentell vaginal fødsel, klipping og epidural, forekomst av komplikasjoner i forbindelse med fødsel som fødselsrifter, alvorlig blødning og lav apgarskår hos barnet, polikliniske kontakter i barseltiden og liggetid etter fødsel.

Atlasen dekker disse kontaktene for både fødende og nyfødte, som utgjør 2 prosent av Norges befolkning. Denne aktiviteten utgjør knapt 5 prosent av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Polikliniske kontakter for nyfødte og kvinner i barselperioden er ikke med, ettersom det totale antallet kontakter for denne gruppen ikke er rapportert i atlasen.

Atlasene er oppsummert i tabell 3, som viser omfanget av helsetjenester med stor og svært stor variasjon, det vil si med forholdstall større enn henholdsvis 2 og 4. Hvis forholdstallet er 2, betyr det at opptaksområdet med den høyeste raten har et dobbelt så høyt forbruk av helsetjenesten som opptaksområdet med den laveste raten. Dersom det er dobbelt så mye av en hendelse i ett opptaksområde sammenlignet med et annet, samtidig som det er kontrollert for kjønn og alder, er det grunn til å anta at denne variasjonen ikke bare skyldes tilfeldigheter. I tabellen er atlasene sortert etter andel helsetjenester med stor variasjon (forholdstall > 2).

**Tabell 3 Oversikt over utgitte helseatlas**

Helseatlas (år inkludert i atlasen)	Antall (andel) helsetjenester med stor variasjon	
	Forholdstall > 2	Forholdstall > 4
Gynekologi (2015–2017)	15 av 17 (88 %)	9 av 17 (53 %)
Dagkirurgi 2 (2013–2017)	10 av 12 (83 %)	2 av 12 (16 %)
Dagkirurgi 1 (2011–2013)	9 av 12 (75 %)	1 av 12 (8 %)
Ortopedi (2012–2016)	10 av 14 (71 %)	2 av 14 (14 %)
Nyfødtmedisin (2009–2014)	23 av 35 <sup>40</sup> (66 %)	6 av 35 (17 %)
Barnehelse (2011–2014)	15 av 25 (60 %)	2 av 25 (8 %)
Fødselshjelp (2015–2017)	17 av 31 (55 %)	4 av 31 (13 %)
Eldrehelse (2013–2015)	14 av 38 (37 %)	5 av 38 (13 %)
Kols (2013–2015)	4 av 11 (36 %)	0 av 11 (0 %)

Med unntak av *Eldrehelseatlas for Norge (2017)* (eldrehelseatlasen) og *Helseatlas kols (2017)* (kolsatlasen) har flertallet av helsetjenestene i atlasene et forholdstall på mer enn 2 mellom høyeste og laveste forbruksrate. Eldrehelseatlasen og kolsatlasen har dermed færre helsetjenester med stor variasjon. I alle helseatlasene utenom kolsatlasen er det helsetjenester hvor den høyeste forbruksraten er mer enn fire ganger så høy som den laveste. Totalt har 31 av 195 helsetjenester i helseatlasene et forholdstall på over 4. 4 av helsetjenestene har et forholdstall på over 10.<sup>41</sup>

Det er stor spredning i variasjonen som er påvist i helseatlasene – fra et forholdstall på 1,15 for «antall ukompliserte fødsler pr. 1000 fødsler hos flergangsfødende» til et forholdstall på over 17 for «kolposkopi og/eller vevsprøve av livmorhalsen i forbindelse med gynekologiske undersøkelser»<sup>42</sup>. Når det gjelder ukompliserte fødsler, vil det si at området med den høyeste raten (Bergen) hadde 15 prosent flere enn området med den laveste raten (Nord-Trøndelag). Når det gjelder kolposkopi og vevsprøve, derimot, var det 17 ganger flere slike behandlinger i Nordland enn i Møre og Romsdal.

I tillegg til å påvise variasjon for ulike pasientgrupper påviser helseatlasene variasjon på tvers av ulike typer somatiske helsetjenester. Det eksisterer uønsket variasjon både for

<sup>40</sup> SKDE beregner rater for de ulike helsetjenestene for ulike gestasjonsaldrer, og dette utgjør totalt 35 helsetjenester. Det blir færre tjenester hvis man for eksempel ser antibiotikabehandling som én tjeneste og ikke for hver gestasjonsalder.

<sup>41</sup> De fire helsetjenestene med et forholdstall på over 10 er: antall utredet for demens på poliklinikk (11,1), antall nyfødte som får lysbehandling (11,6), andel selvbestemte aborter som utføres som kirurgi (16,8), og kolposkopi/vevsprøve ved gynekologiske undersøkelser (17,3).

<sup>42</sup> I hhv. *Helseatlas for fødselshjelp (2019)* (fødselshjelpatlasen) og *Helseatlas for gynekologi (2019)* (gynekologiatlasen)

medisinsk behandling og kirurgi, for innleggelser og for polikliniske konsultasjoner. En sammenligning av de ulike typene helsetjenester tyder på at polikliniske kontakter og dagbehandling tenderer til å ha større variasjon enn innleggelser.<sup>43</sup> Variasjonen i forbruket ser ut til å være like stor for medisinske og kirurgiske behandlinger.<sup>44</sup>

Helsetjenestene som er inkludert i atlasene, omfatter både nødvendige, tilbudssensitive og preferansesensitive tjenester, jf. faktaboks 2 nedenfor. I helseatlasene er det ikke gjort en samlet vurdering av om det er mindre variasjon for nødvendige helsetjenester på tvers av atlasene. I noen tilfeller er det imidlertid gjort slike vurderinger i det enkelte atlas:

- Det er liten eller moderat variasjon innenfor alvorlige og nødvendige helsetjenester som innleggelser av pasienter med kols, hjerneslag, lungebetennelse og hjertesvikt.<sup>45</sup>
- Innleggelse og behandling av barn født mer enn seks uker for tidlig anses også som nødvendig behandling.<sup>46</sup> Det er en tendens til mindre variasjon i forbruk blant de mest prematurfødte barna.
- Hoftebrudd er et eksempel på en nødvendig helsetjeneste hvor det er enighet om hva som er rett behandling.<sup>47</sup> Der er variasjonen på henholdsvis 1,26 og 1,23 i eldrehelseatlasen og ortopediatlasen. Denne variasjonen gjenspeiler i hovedsak variasjon i forekomsten av hoftebrudd.

Samtidig er det også enkelte tilfeller av uønsket variasjon i nødvendige helsetjenester. For eksempel er det uønsket variasjon mellom opptaksområder i bruk av spirometri hos fastleger. Spirometri, som er måling av lungefunksjonen, er den viktigste undersøkelsen som gjøres ved utredning og kontroll av kols. Det er også uønsket variasjon i andelen kolspasienter som får ventilasjonsstøtte ved respirasjonssvikt. Variasjonen i begge disse tilfellene oppstår selv om dette er utredning og behandling hvor det finnes nasjonale retningslinjer og det er enighet om hva som er effektiv behandling.

---

<sup>43</sup> Medianen i forholdstallet for alle dag- og polikliniske behandlinger er 2,62, mens den er 1,92 for innleggelser.

<sup>44</sup> Medianen i forholdstallet er 2,18 for kirurgiske behandlinger og 2,24 for medisinske behandlinger.

<sup>45</sup> *Eldrehelseatlas for Norge (2017)* (eldrehelseatlasen), s.111.

<sup>46</sup> *Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas (2016)* (nyfødtatlasen), s. 65.

<sup>47</sup> Ortopediatlasen, s. 129, og eldrehelseatlasen, s.111.

SKDE viser til en forskningstradisjon som oppsto i USA på 1970-tallet, ledet av John Wennberg. Wennberg deler helsetjenestene i tre hovedkategorier med tanke på variasjon: nødvendige helsetjenester, preferansesensitive helsetjenester og tilbudssensitive helsetjenester.

- I SKDEs gjengivelse består nødvendige helsetjenester av «tilstander med klare diagnosekriterier, hvor pasienter alltid søker helsehjelp, hvor sykehusbehandling er eneste behandlingsalternativ og hvor det finnes kjent effektiv behandling. Gruppen kjennetegnes ved at behandlingsraten reflekterer befolkningens faktiske sykkelighet for disse tilstandene».
- Preferansesensitive helsetjenester består av tilstander «hvor det vanligvis foreligger flere mulige behandlingsalternativer og hvor indikasjon for, og helsegevinsten av, inngrepet kan være uklar eller omstridt i fagmiljøet. [...] Dette gjelder i særlig grad innen kirurgiske fag hvor kirurgens eller avdelingens preferanser og subjektive skjønn påvirker behandlingsvalg, noen ganger også i strid med god kunnskapsbasert praksis».
- Tilbudssensitive helsetjenester kjennetegnes ifølge Wennberg av «at tilgjengeligheten til helsetjenester i form av sykehussenger, intensivkapasitet, legespesialister og kapasitet for bildediagnostikk i neste omgang påvirker etterspørselen. Ved en økning i kapasiteten blir nye pasienter behandlet helt til kapasiteten er fylt, uten at det nødvendigvis gjenspeiles i bedre helse verken på individ- eller populasjonsnivå».

I USA er det anslått at ca. 10–15 prosent av all behandling som gis i spesialisthelsetjenesten, kan karakteriseres som nødvendig behandling, at 25 prosent kan karakteriseres som preferansesensitiv behandling, og at de tilbudssensitive tjenestene utgjør 50–60 prosent av helsetjenestene.

Kilde: Eldrehelseatlas (SKDE 2017)<sup>48</sup>

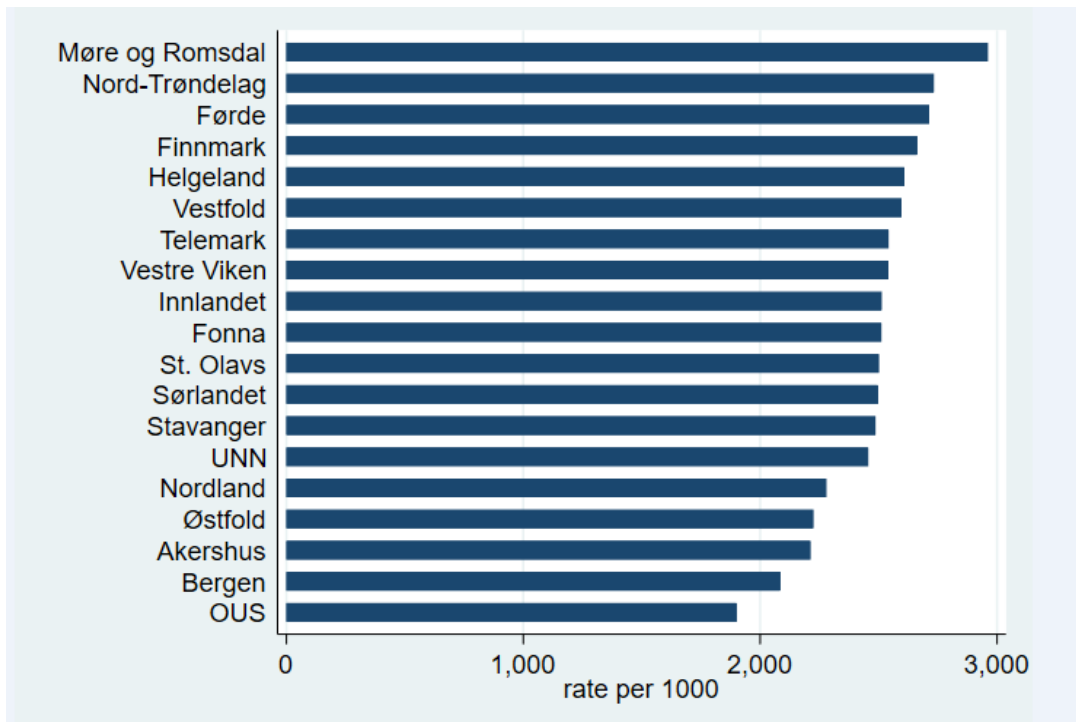
Analysene viser at alle helseforetakene har en av de høyeste eller en av de laveste ratene for én eller flere helsetjenester med stor variasjon. Alle helseforetakene bidrar dermed til variasjonen innenfor ett eller flere områder.

For dagkirurgiske og ortopediske helsetjenester er det en tendens til at befolkningen i noen opptaksområder får mer av disse tjenestene enn befolkningen i andre områder. Figur 1, 2 og 3 viser totalratene for opptaksområdene i hvert atlas.

---

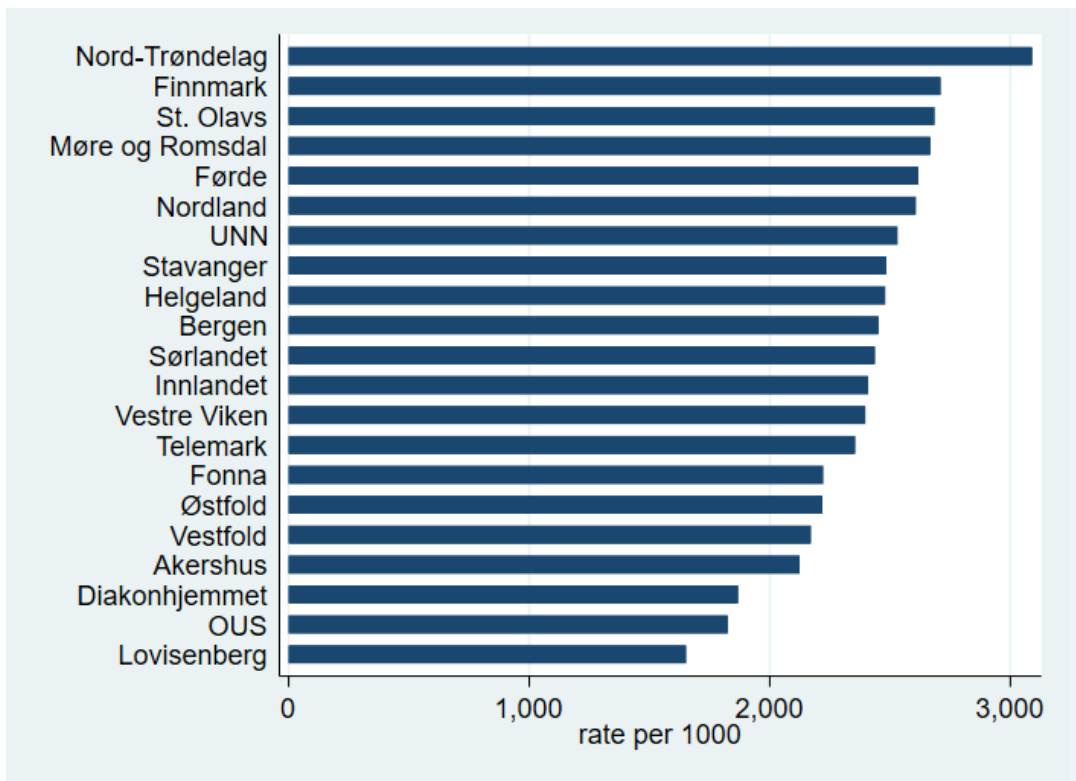
<sup>48</sup> S. 16–17.

**Figur 1 Dagkirurgi 1 – rater for alle helsetjenestene inkludert i atlasen per opptaksområde. 2011–2013**



(UNN: Universitetssykehuset i Nord-Norge. OUS: Oslo universitetssykehus)  
Kilde: Dagkirurgiatlas 1

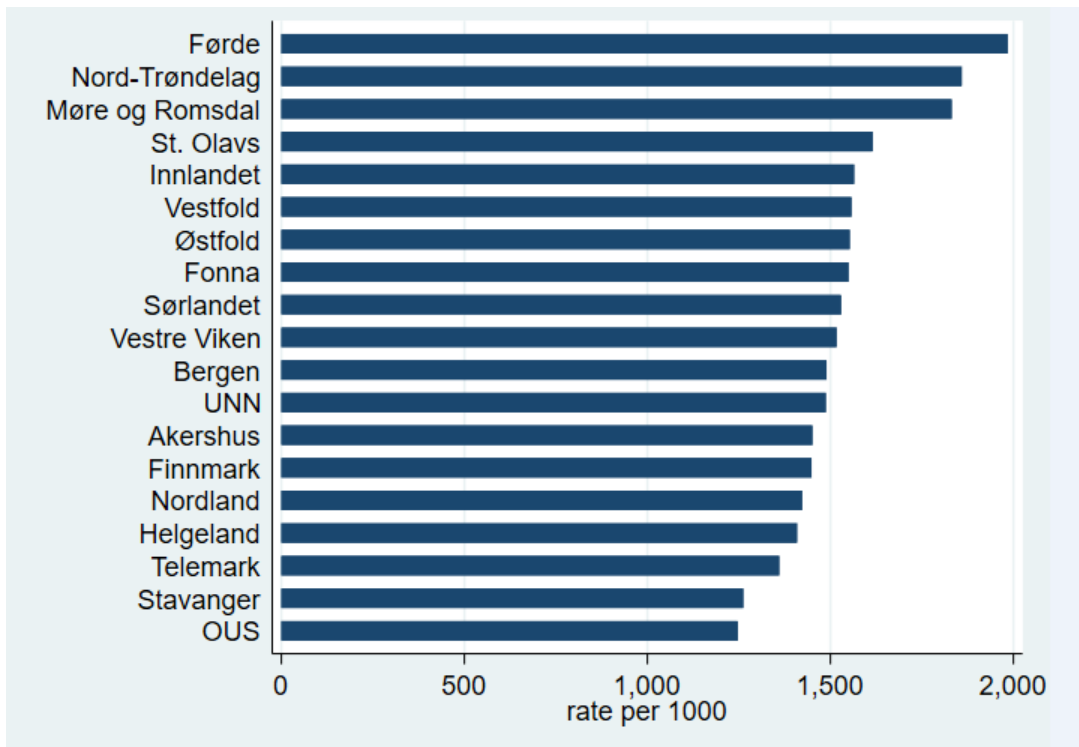
**Figur 2 Dagkirurgi 2 – rater for alle helsetjenestene inkludert i atlasen per opptaksområde. 2013–2017**



(UNN: Universitetssykehuset i Nord-Norge. OUS: Oslo universitetssykehus)  
Kilde: Dagkirurgiatlas 2



Figur 3 Ortopedi – rater for alle helsetjenestene inkludert i atlasen per opptaksområde. 2012–2016



(UNN: Universitetssykehuset i Nord-Norge. OUS: Oslo universitetssykehus)  
Kilde: Ortopediatlasen

Totalratene for alle de tolv dagkirurgiske inngrepene i det første dagkirurgiatlasen viser at befolkningen i opptaksområde Møre og Romsdal får ca. 55 prosent mer av disse helsetjenestene enn befolkningen i Oslo-området; se figur 1. Tilsvarende viser det andre dagkirurgiatlasen at befolkningen i opptaksområde Nord-Trøndelag får 87 prosent mer av disse helsetjenestene enn befolkningen som er bosatt i opptaksområdet til Lovisenberg. For helsetjenestene i ortopediatlasen får befolkningen i opptaksområde Førde 59 prosent mer av disse tjenestene enn befolkningen i Oslo-området.

Helseatlasene påviser at det er systematisk variasjon i forbruk av helsetjenester på tvers av helseforetak og opptaksområder.

## 4.2 Private kommersielle sykehus og avtalespesialister

For 37 av de til sammen 195 helsetjenestene i atlasene utgjør private helsetjenesteytere en del av tilbudet/forbruket. Avtalespesialister er en viktig del av helsetjenestetilbudet for enkelte polikliniske undersøkelser og behandlinger som gjelder barn, eldre og gynekologi. For flere av inngrepene innen dagkirurgi og ortopedi utgjør private kommersielle sykehus med avtale med de regionale helseforetakene eller avtalespesialister en betydelig del av tilbudet. Dagkirurgiatlasene er de eneste atlasene hvor private helsetjenesteytere utgjør en del av tilbudet for alle tjenestene som er inkludert. For helsetjenestene som inngår i *Norsk nyfødtd medisinsk helseatlas* (2016) (nyfødttatlasen), er det ingen private, offentlig finansierte helsetjenesteytere. I kolsatlasen er private helsetjenesteytere representert med avtalespesialister for polikliniske kontakter og for rehabilitering. I de øvrige atlasene er det private tilbudet i form av avtalespesialister relevant for enkelte polikliniske undersøkelser.

For tre helsetjenester var andelen som utføres av private helsetjenesteytere på landsbasis, høyere enn 50 prosent i måleperioden for det aktuelle helseatlasen. Dette er operasjon for tunge øyelokk (74 prosent), utførelse av arbeids-ekkokardiografi (EKG) i poliklinikk (75 prosent) og bruk av kolposkopi i gynekologiske undersøkelser (87 prosent).

For andre tjenester utgjorde de private en veldig liten andel. For operasjoner for lyskebrokk utgjorde de for eksempel bare 5 prosent av aktiviteten.

En gjennomgang av andelen som utføres av de private aktørene, og størrelsen på variasjonen, viser at det samlet ikke er en klar sammenheng mellom privat tilbud og forbruk av helsetjenester.<sup>49</sup> SKDE, som har analysert andel privat forbruk og totalforbruk for behandlingene og opptaksområdene i det første dagkirurgiatlaset, finner heller ingen sammenheng. En årsak kan være at opptaksområder med høye offentlige rater tenderer til å ha lave private rater og omvendt, noe som tyder på en arbeidsfordeling mellom offentlige og private.<sup>50</sup>

Det finnes imidlertid forskning som tyder på at det er en slik sammenheng. En studie publisert i BMJ Open viser at det er en korrelasjon mellom forbruksrater og andelen meniskoperasjoner som utføres av private sykehus i Norge. Studien viser til at dette kan tyde på at det private tilbudet bidrar til variasjon i forbruk av meniskoperasjoner.<sup>51</sup> En tilsvarende tendens dokumenteres i gynekologiatlaset. Atlaset viser at i opptaksområdene med høyest rater for kolposkopi og/eller vevsprøve av livmorhalsen er det en høy andel som utføres av avtalespesialister. Dette er helsetjenesten med størst variasjon i gynekologiatlaset.<sup>52</sup>

### 4.3 Endring i variasjon i dagkirurgiatlaset

I dagkirurgiatlaset som ble utgitt i 2018, ble rater og variasjon oppdatert for behandlingene som inngikk i det første atlasen. Tabell 4 gir en oversikt over endringer i rater og variasjon i perioden 2013–2017 per helsetjeneste.<sup>53</sup> De to siste kolonnene viser forholdstallene for henholdsvis 2013 og 2017 og dermed hvordan variasjonen har endret seg i denne perioden. Behandlingene er sortert etter endring i gjennomsnittlige forbruksrater fra størst reduksjon til størst økning i ratene.

---

<sup>49</sup> I denne analysen er data fra det første dagkirurgiatlaset inkludert.

<sup>50</sup> Dagkirurgiatlas 1, s. 47.

<sup>51</sup> Holtedahl, R., Brox, J.I., Aune A.K. et al. *Changes in the rate of publicly financed knee arthroscopies: an analysis of data from the Norwegian patient registry from 2012 to 2016*. BMJ Open 2018; 8: e021199. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021199.

<sup>52</sup> Gynekologiatlas, s. 38.

<sup>53</sup> Det er gjort noen justeringer i utvalget i det oppdaterte dagkirurgiatlaset som gjør at det for noen inngrep blir vanskelig å sammenligne rater og variasjon mellom atlasene. Tallene for ratene og variasjon som er presentert her, tar utgangspunkt i tall for 2013 og 2017 som er publisert i det andre dagkirurgiatlaset. Endringene som er målt, er da litt annerledes enn når man sammenligner snittet i det første dagkirurgiatlaset (2011–2013) med snittet i det andre dagkirurgiatlaset (2015–2017), men trenden er det samme.

**Tabell 4 Oversikt over endringer i rater og variasjon i perioden 2013–2017 per helsetjeneste i dagkirurgiatlasene**

Behandling	Endring i gjennomsnittlige forbruksrater i perioden 2013–2017 (%)	Forholdstall 2013	Forholdstall 2017
Menisk	-53,5	3,2	3,7
Skulder	-30,6	5,8	8,9
Ventilasjonsrør	-18,6	4,5	7,3
Hallux valgus og hammertå	-15,4	2,5	2,6
Mandler	-10,1	2,3	1,7
Lyskebrokk	-7,8	1,5	1,5
Grå stær	-7,1	1,9	2,0
Håndkirurgi	0,8	2,3	2,8
Karpaltunnelsyndrom	0,9	2,7	2,6
Åreknuter	3,5	3,6	2,9
Tunge øyelokk	12,8	3,4	3,5
Hemoroider	14,9	4,1	3,1

Kilde: Dagkirurgiatlas 1 og dagkirurgiatlas 2

Tabell 4 viser at det for halvparten av inngrepene er en reduksjon i antallet inngrep fra 2013 til 2017. Det var størst reduksjon i ratene for skulder- og meniskoperasjoner. Her ble ratene redusert med henholdsvis 30,6 prosent og 53,5 prosent. Nyten av disse behandlingene ble mest diskutert i fagmiljøene i etterkant av det første dagkirurgiatlasets.<sup>54</sup> For eksempel har variasjon i omfanget av skulderoperasjoner vært tema på ortopedforeningens høstmøter. I tillegg har det i løpet av denne perioden også kommet flere studier som påpeker at disse skulderoperasjonene ikke nødvendigvis har større nytte enn konservativ behandling. Dette kan ha ført til reduksjonen som er observert.

Samtidig som det har vært en betydelig endring i forbruksratene for et stort flertall av inngrepene, har det funnet sted en økning i variasjonen for sju av inngrepene fra 2013 til 2017. Det var en økning i variasjonen både for inngrep hvor ratene ble redusert i løpet av perioden, og der hvor ratene økte. Variasjonen økte mest for ventilasjonsrør i trommehinnen (60,5 prosent), skulderkirurgi (53 prosent), og håndkirurgi (20,9 prosent). Inngrepene fjerning av mandler, hemoroideoperasjoner og operasjon av åreknuter har hatt størst reduksjon i variasjonen på henholdsvis 25,7 prosent, 24,9 prosent og 18,6 prosent.

Dagkirurgiatlasets er det eneste atlasets som er blitt oppdatert, men i 2019 publiserte SKDE en oppdatering av innleggelsesratene fra barnehelseatlasets etter bestilling fra Telemarksykehusets HF.<sup>55</sup> Her framkommer det at gjennomsnittlige innleggelsesrater har hatt en liten reduksjon på ca. 5 prosent i perioden 2013–2017, men variasjonen i innleggelser er ikke blitt mindre. I barnehelseatlasets lå variasjonen på 1,8 for årene 2011 til 2014<sup>56</sup>, men for årene 2015 til 2017 økte variasjonen til 2.

<sup>54</sup> Dagkirurgiatlas 2, s. 48.

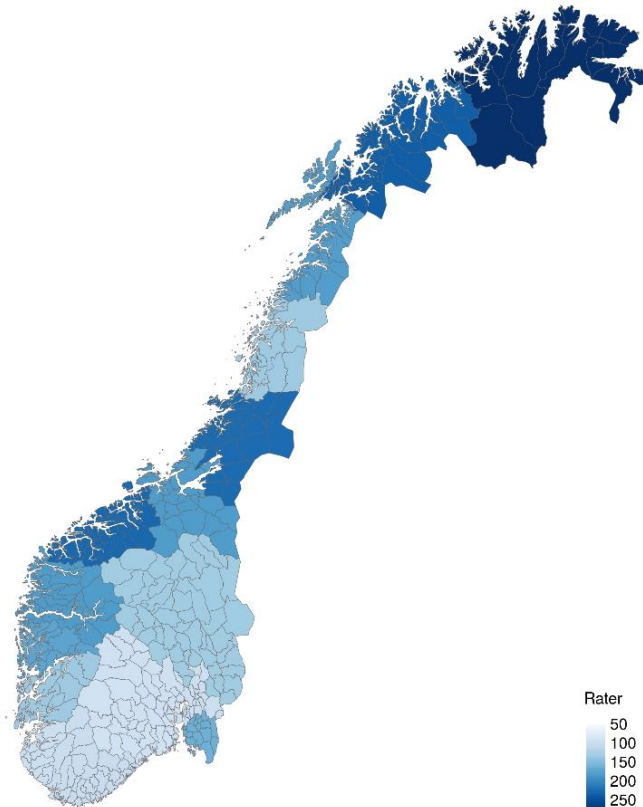
<sup>55</sup> *Innleggelser barn 0-16 år. Oppdatering fra Barnehelseatlasets (2019)*

<sup>56</sup> *Barnehelseatlas for Norge (2015)* (barnehelseatlasets), s. 38.

#### 4.4 Omfanget av variasjon for de utvalgte behandlingene som inngår i dybdeundersøkelsen

Figur 4 er et kart som viser hvordan forbruksrater for skulderkirurgi er fordelt i landet basert på opptaksområdene til helseforetakene.

Figur 4 Kart over forbruksrater for skulderkirurgi. 2013–2017



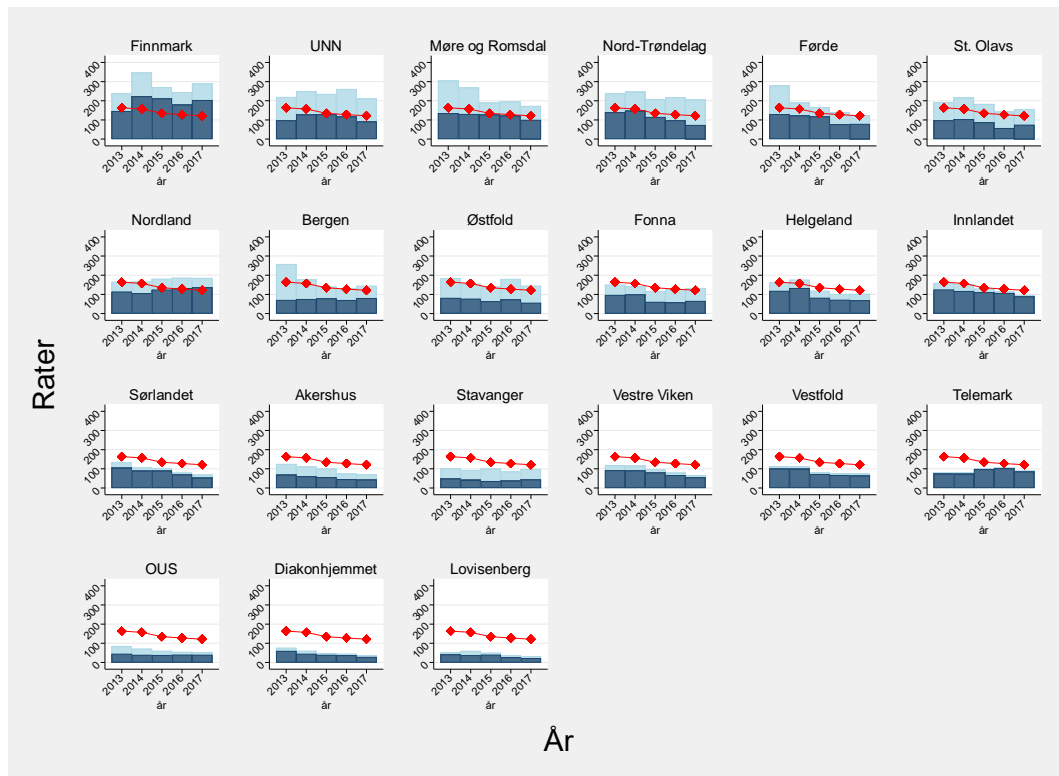
Kilde: Dagkirurgiatlas 2

Figuren viser at i perioden 2013–2017 hadde befolkningen i Finnmark forbruksrater for skulderkirurgi som var seks ganger høyere enn ratene for befolkningen i opptaksområdet til Lovisenberg.

Figur 5 viser ratene for skulderkirurgi (acromionreseksjon) i perioden 2013–2017 for hvert opptaksområde fordelt på offentlige og private sykehus. De nederste stolpene i figuren viser ratene for de offentlige sykehusene. Opptaksområdene er sortert etter høyeste gjennomsnittsrates<sup>57</sup> i perioden. Den stiplede linjen viser gjennomsnittsraten for landet i samme periode og viser i hvilken grad opptaksområdene ligger over eller under gjennomsnittet i løpet av perioden.

<sup>57</sup> Gjennomsnitt av summen av offentlige og private rater.

**Figur 5 Rater for skulderkirurgi per opptaksområde fordelt på offentlige og private. 2013–2017**

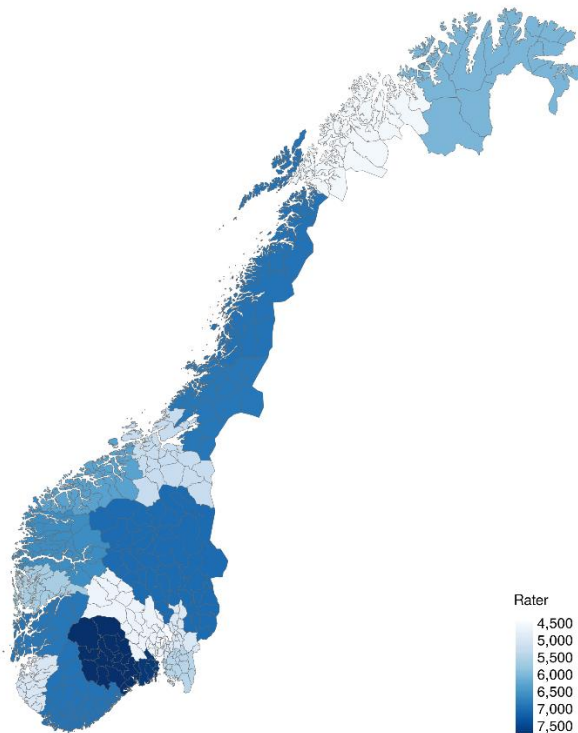


(UNN: Universitetssykehuset i Nord-Norge. OUS: Oslo universitetssykehus)  
Kilde: Dagkirurgiatlas 2

Alle opptaksområdene unntatt Nordland, Telemark og Finnmark har redusert ratene i løpet av perioden. Figuren viser også at andelen av skulderkirurgi som utføres av private sykehus, varierer mellom opptaksområdene, og at det har vært en reduksjon i rater hos mange av de private sykehusene.

Figur 6 viser hvordan innleggelsesratene for barn mellom 0 og 16 år er fordelt i landet basert på opptaksområdene til helseforetakene i perioden 2013–2017.

Figur 6 Kart over innleggelsesrater for barn. 2013–2017



Kilde: Barnehelseatlas

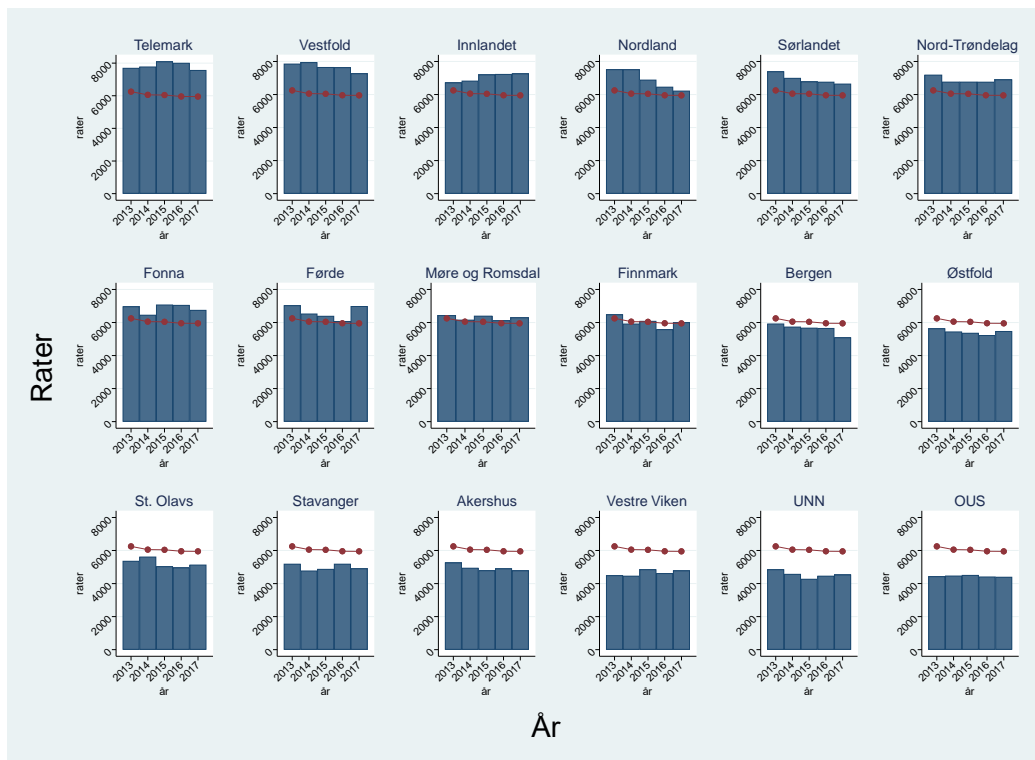
Opptaksområdet til Telemark har den høyeste innleggelsesraten (7831 innleggelser per 100 000 barn i alderen 0–16 år), mens opptaksområdet til Oslo universitetssykehus (OUS) har den lavest raten (4449 innleggelser). Barn i opptaksområdet til Telemark blir lagt inn 1,76 ganger oftere enn barn i opptaksområdet til OUS.

Figur 7 viser innleggelsesratene for barn mellom 0 og 16 år for hvert år i perioden 2013–2017.<sup>58</sup> Den stiplede linjen viser gjennomsnittsraten for landet i samme periode og viser i hvilken grad opptaksområdene ligger over eller under gjennomsnittet i løpet av perioden.

---

<sup>58</sup> Tallene omfatter ikke private sykehus ettersom barn ikke blir innlagt på offentlig finansierte private sykehus.

Figur 7 Innleggelser av barn. 2013–2017

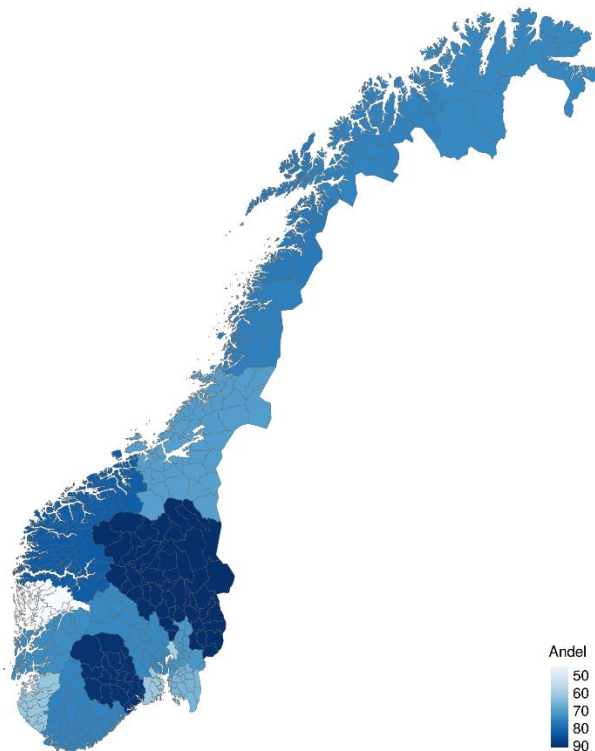


(UNN: Universitetssykehuset i Nord-Norge. OUS: Oslo universitetssykehus)  
Kilde: Innleggelser barn 0-16 år. Oppdatering fra Barnehelseatlasen (2019)

Figuren viser at innleggelser har vært relativt stabil i løpet av perioden. I noen opptaksområder har det vært en jevn økning (Innlandet) eller jevn nedgang (for eksempel Bergen, Nordland og Sørlandet). Også andre opptaksområder viser nedadgående trend i hele eller siste del av perioden (for eksempel Telemark, Vestfold og Akershus).

Figur 8 viser andelen av gynekologiske rutineundersøkelser utført i perioden 2014–2016 ved offentlige sykehus hvor bruk av ultralyd har vært en del av undersøkelsen.

**Figur 8 Kart over andelen av gynekologiske rutineundersøkelser utført ved offentlige sykehus hvor det har blitt utført ultralyd. 2014–2016**



Kilde: SKDE<sup>59</sup>

Andelen av gynekologiske rutineundersøkelser hvor det har blitt utført ultralyd, ligger ved et flertall av helseforetakene (12 av 21 sykehus) på over 70 prosent. Sykehuset i Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF har en andel på om lag 90 prosent. I den andre enden av skalaen ligger Helse Bergen HF, hvor andelen er 42 prosent. Ved sykehusene som er med i dybdeundersøkelsen (Sykehuset Telemark HF og Helse Bergen HF), ble det i perioden 2014–2016 i gjennomsnitt gjennomført i overkant av 1000 gynekologiske undersøkelser årlig av pasienter som er registrert som friske.

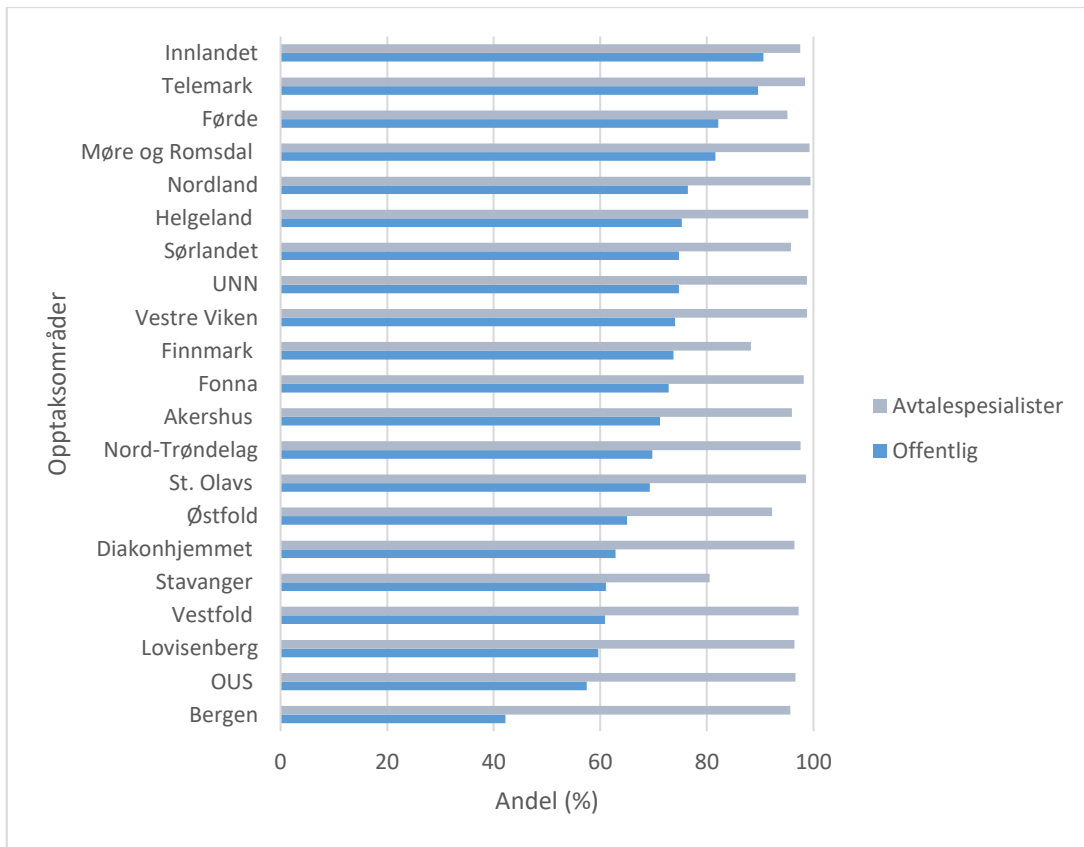
Figur 9 viser andelen undersøkelser med ultralyd blant gynekologiske rutineundersøkelser ved offentlige sykehus og hos avtalespesialister i perioden 2014–2016.

---

<sup>59</sup> Grunnlagsdataene til forskningsartikkel av Rosenlund et. al. (2017)



**Figur 9 Andel undersøkelser med ultralyd blant gynekologiske rutineundersøkelser ved offentlige sykehus og hos avtalespesialister. 2014–2016**



(UNN: Universitetssykehuset i Nord-Norge. OUS: Oslo universitetssykehus)

Kilde: SKDE<sup>60</sup>

Ultralyd blir i stor grad brukt i rutineundersøkelser utført av private avtalespesialister (i gjennomsnitt i 96 prosent av undersøkelsene). Det er liten geografisk variasjon mellom private avtalespesialister i bruken av ultralyd.

<sup>60</sup> Grunnlagsdataene til forskningsartikkel av Rosenlund et. al. (2017)

## **5 Hva kan forklare omfanget av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester?**

Legene i dybdeundersøkelsen gir klart uttrykk for at faglig skjønn er styrende for valgene de tar om utredning og behandling. Samtidig indikerer stor variasjon på tvers av opptaksområder at beslutningene legene tar, varierer systematisk.

Dybdeundersøkelsen har identifisert tre faktorer som påvirker legenes praksis og dermed bidrar til uønsket variasjon i forbruket av helsetjenester:

- konsensus om beste praksis
- kapasitet
- hvor raskt ny kunnskap påvirker legenes praksis

### **5.1 Konsensus om beste praksis**

Dybdeundersøkelsen viser at det er systematiske variasjoner i legenes vurderingspraksis mellom sykehus med høye og sykehus med lave forbruksrater innen alle de tre undersøkte fagområdene. Legene er ikke omforente i synet på indikasjon – det vil si når det er grunn til å gi en gitt behandling eller utføre en bestemt undersøkelse. De er heller ikke omforente i synet på nytten av behandlingen eller undersøkelsen og dermed ikke på hva som er beste praksis, jf. faktaboks 3.

Innenfor retningslinjene er det rom for flere tolkninger av hva som er beste praksis overfor pasienter med såkalt inneklekking i skulderleddet<sup>1</sup>. Det foreligger ingen nasjonale retningslinje for skulderoperasjoner, men tilstanden er omtalt i Helsedirektoratets prioriteringsveileder i ortopedi. Når det gjelder hva som skal til for at en pasient har rett til nødvendig helsehjelp for denne tilstanden, vektlegger prioriteringsveilederen smerte, funksjonstap, manglende effekt av konservativ behandling og at både fysisk undersøkelse og billeddiagnostikk viser at pasienten har denne tilstanden. Prioriteringsveilederen angir at aktuell helsehjelp kan være enten konservativ behandling (fysioterapeutveiledet trening eller kortisonbehandling) eller kirurgisk behandling i form av en acromionreseksjon, og den gir dermed rom for klinisk skjønn.

De senere årene er det publisert flere studier som viser at pasienter med inneklekking i skulderleddet har like stor nytte av konservativ behandling som av operasjon, og at konservativ behandling dermed er å foretrekke både med tanke på risikoen som er forbundet med operative inngrep, og med tanke på ressursbruk. British Medical Journal publiserte i 2019 en større kunnskapsgjennomgang av 22 studier som har undersøkt effekten av kirurgisk og konservativ behandling av inneklekking i skulderleddet.<sup>2</sup> Den konkluderte med at tilstanden ikke bør behandles kirurgisk i det hele tatt. Det finnes imidlertid også forskning som konkluderer med at kirurgisk behandling har bedre effekt en konservativ behandling.<sup>3</sup> Forskningen gir dermed rom for at leger kan ha ulike tolkninger, innenfor rammene av prioriteringsveilederen i ortopedi, av hva som er til pasientens beste – og dermed av beste praksis.

Når det gjelder innleggelse av barn, finnes det ikke én nasjonal retningslinje, siden innleggelser skjer ved mange ulike tilstander. *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* er likevel sentral for innleggelser av barn på sykehus. Denne slår fast at barn «bare skal legges inn i helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig eller når det av andre grunner vil være best for barnet».<sup>4</sup> Forskriften åpner for at også andre forhold enn medisinske kan gi grunnlag for en innleggelse, og den gir dermed rom for ulik praksis.

Det foreligger ikke en generell retningslinje som beskriver i hvilke tilfeller ultralyd skal brukes og ikke ved gynekologiske undersøkelser. Ultralyd er et diagnostisk verktøy som gynekologen bruker til å undersøke de indre kjønnsorganene og bukhulen hos pasienter. Screening av eggstokker ved hjelp av ultralyd for å avdekke eggstokkreft er ikke anbefalt siden studier viser at det ikke reduserer dødeligheten ved eggstokkreft, og at det medfører komplikasjoner ved overbehandling av falske positive resultater.<sup>5</sup> Samtidig gir ultralydundersøkelser legen betydelig informasjon om tilstanden i bukhulen og hos de indre kjønnsorganene som lege og pasient kan ha nytte av.

<sup>1</sup> Også kjent som subacromialt smertesyndrom (SAPS).

<sup>2</sup> BMJ 2019; 364: l294. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.l294>.

<sup>3</sup> Farfaras, S., Sernernt, N., Christensen L.R., Hallström, E.K., Kartus, J.T. Subacromial Decompression Yields a Better Clinical Outcome Than Therapy Alone, *The American Journal of Sports Medicine* 2018; 46(6): 1397–1407. DOI: 10.1177/0363546518755759.

<sup>4</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>.

<sup>5</sup> Buys, S.S., Partridge, E., Black, A., Johnson, C.C., Lamerato, L., Isaacs, C. et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. *JAMA*. 2011; 305(22): 2295–2303.

Kilde: Dybdeundersøkelsen

Det er få nasjonale faglige retningslinjer for fagområdene og diagnosegruppene som er inkludert i helseatlasene.<sup>61</sup> Det eksisterer derimot andre typer retningslinjer og veiledere

<sup>61</sup> I ortopediatlasen har tre av helsetjenestene nasjonale retningslinjer (hoftebrudd, håndleddsbrudd og hjernerytelse). Videre finnes det nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslag og for behandling av kols. For helsetjenestene som er omfattet av fødselshjelpatlasen, finnes det nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen, svangerskapsdiabetes og barselomsorgen.

for flere av helsetjenestene. Disse er i hovedsak utviklet av de respektive fagmiljøene/foreningene.

En sammenligning av helsetjenestene som er behandlet i helseatlasene, viser at det i gjennomsnitt er mindre variasjon i forbruket av helsetjenester der det er laget nasjonale faglige retningslinjer. Det er også mindre variasjon i forbruket av helsetjenester med nasjonale faglige retningslinjer enn i forbruket av helsetjenester der det finnes veiledere utarbeidet av fagmiljøene/foreningene. Det innebærer at retningslinjer har en standardiserende effekt på behandlinger, men det er vanskelig å si hvor mye av sammenhengen som kan tilskrives en slik effekt.

Når det gjelder *acromionreseksjoner* (skulderkirurgi), viser leger til ulike forskningsartikler som støtter deres praksis. Ved sykehuset med lav behandlingsrate viser legene til forskning som anbefaler konservativ behandling i stedet for operasjon, og oppgir at de som hovedregel ikke opererer avgrensede tilfeller av inneklemming i skulderleddet. Sykehusets rutine er at de avviser pasienter som er henvist med inneklemming i skulderleddet, uten å ta dem inn til poliklinisk konsultasjon dersom det ikke er funn fra MR-undersøkelse<sup>62</sup> som tilsier at smertene skyldes andre tilstander som kan behandles med operasjon. I slike tilfeller sender sykehuset et brev til legen som henviste, med informasjon om at slike tilstander skal behandles konservativt med kortisoninjeksjon og øvelsesbehandling hos fysioterapeut. Dette har resultert i at skulderkirurgene i dag får færre slike henvisninger enn tidligere.

Ved sykehusene i opptaksområdene med høy behandlingsrate for acromionreseksjoner (to offentlige og to private) oppgir legene at de kaller inn alle henviste pasienter til poliklinisk konsultasjon, og at de tilbyr operasjon ved avgrensede tilfeller av inneklemming i skulderleddet dersom pasienten ikke har blitt bedre etter å ha prøvd konservativ behandling. Flere leger ved disse sykehusene viser til at det i tillegg til forskningen som anbefaler konservativ behandling, også finnes forskning som viser at langtidseffekten er best ved kirurgi.<sup>63</sup>

Når det gjelder *innleggelse av barn*, viser dybdeundersøkelsen at variasjonen blant annet kan forklares med at legene gjør ulike vurderinger av når en sykehusinnleggelse vil være til et barns beste. Ifølge klinikkssjef ved sykehuset som har lav innleggingsrate, har avdelingsoverlegene ved barneavdelingen tradisjonelt vært svært opptatt av at diagnostikk og behandling skal være faglig begrunnet. For eksempel skal ikke legene ta blodprøver for sikkerhets skyld. De har også vært særlig oppmerksomme på å unngå unødvendig antibiotikabruk og unødvendige innleggelser. Legene som er intervjuet ved sykehuset, bekrefter at dette er sykehusets praksis, og at de bestreber seg på å unngå sykehusinnleggelser forutsatt at det er forsvarlig.

Også ved sykehuset som har høy innleggingsrate i barneavdelingen, oppgir legene i intervju at de er opptatt av å unngå unødvendige sykehusopphold. Samtidig viser dybdeundersøkelsen at praksis ved barneavdelingen er at også totalomsorg for barnet og hans eller hennes pårørende vektlegges når legene vurderer innleggelse, og at det kan være god pasientbehandling for begge å gi avlastning og trygging gjennom en natt på sykehus selv om en innleggelse medisinsk sett ikke er strengt nødvendig. Barnehelseatlasen avdekker ikke noen systematisk sammenheng mellom reiseavstand og antall innleggelser.<sup>64</sup>

Når det gjelder bruk av *ultral lyd ved gynekologiske undersøkelser*, viser dybdeundersøkelsen at gynekologenes holdning til hvorvidt ultralyd som hovedregel bør inngå i en gynekologisk undersøkelse, varierer systematisk mellom ulike spesialisthelsetjenesteleverandører som er intervjuet i dybdeundersøkelsen. Alle

---

<sup>62</sup> Magnetresonanstomografi, en form for billeddiagnostikk.

<sup>63</sup> Farfaras et al.

<sup>64</sup> Barnehelseatlasen, s. 14.

gynekologene i dybdeundersøkelsen er kjent med forskningen som viser at det ikke er hensiktsmessig å screene friske pasienter for eggstokkreft. Analysen av intervjuene i dybdeundersøkelsen viser imidlertid at det er en forskjell i hvordan legene praktiserer anbefalingen.

Representanten for Praktiserende spesialisters landsforening (PSL), som er gynekolog, og gynekologene ved helseforetaket som bruker ultralyd hyppig, peker på at ultralyd er et av de viktigste arbeidsverktøy en gynekolog har, og at bruk av ultralyd dermed ofte inngår som en del av en full gynekologisk undersøkelse. Representanten for PSL mener denne praksisen bidrar til å heve kvaliteten i slike undersøkelser. Legene oppgir også at frykt for ikke å oppdage en begynnende kreftsykdom eller annen alvorlig sykdom som kunne vært avdekket med ultralyd, bidrar til bruken av ultralyd. Representanten for PSL påpeker også at særlig avtalespesialister som sitter alene med ansvaret, er seg dette bevisst.

Gynekologene ved helseforetaket som bruker ultralyd mindre hyppig, forteller i intervju at de har et bevisst forhold til at ultralydapparatet kun skal brukes når det er indikasjon (konkret mistanke om sykdom) som kan avdekkes ved hjelp av ultralyd. Gynekologene diskuterer jevnlig praksis med ultralydundersøkelser og har hittil konkludert med at det ikke bør utføres undersøkelser uten at det er indikasjon. Dette betyr at ultralyd ikke skal inngå som en obligatorisk del av en gynekologisk undersøkelse. Dersom det framkommer tilfeldige funn ved ikke-indiserte ultralydundersøkelser, blir dette kommentert av kolleger. Gynekologene opplever at ledelsen og styret ved sykehuset støtter avdelingen i å foreta forsvarlige, konservative behandlingsvalg, og viser til en parallell i en offentlig debatt om keisersnitt, hvor ledelsen har forsvart avdelingens konservative valg mot kritikk fra publikum.

Dybdeundersøkelsen viser at det kreves en bevisst holdning og konkrete grep for å holde forbruket av helsetjenester på et lavt, men forsvarlig nivå. Ved ortopedisk avdeling ved Akershus universitetssykehus HF og barneavdelingen ved Vestre Viken HF er de lave forbruksnivåene for henholdsvis acromionreseksjoner og innleggelser av barn resultatet av bevisste beslutninger om å endre praksis for å redusere forbruket. Ved gynekologisk avdeling i Helse Bergen HF er det lave forbruket av ultralydundersøkelser et resultat av en bevisst kultur for å opprettholde en konservativ undersøkelsespraksis. Analysen av intervjuene i disse tre enhetene tyder på at det av og til kan være utfordrende å ikke tilby behandling eller innleggelse eller å ikke foreta en undersøkelse. Det er dermed viktig å styrke legenes evne og trygghet til å unngå å gjennomføre tiltak og undersøkelser som det ikke er evidens for at bidrar til bedre helse.

Videre viser Helse- og omsorgsdepartementet i brev til Riksrevisjonen til at det finnes studier som viser at pasienter som får god informasjon om ulike behandlingsalternativer for deres tilstand, for eksempel gjennom samvalgsverktøy, velger mindre ressurskrevende spesialistbehandling eller operasjon.

Pasientenes og legenes forventninger til at spesialisthelsetjenesten skal tilby utredning og behandling, er også belyst i Legeforeningens rapport *For mye, for lite eller akkurat passe. Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten* (2016). Ifølge rapporten er «den kulturelt dominerende forestillingen hos leger, pasienter og befolkningen [...] at mer helsetjenester som regel er til det bedre [...] en av de viktige faktorene som bidrar til variasjon». Som et ledd i arbeidet med å hindre overdiagnostisering og overbehandling som følge av dette lanserte Legeforeningen i 2018 Gjør kloke valg-kampanjen, jf. faktaboks 4.

I september 2018 lanserte Legeforeningen *Gjør kloke valg*-kampanjen. Bakgrunnen var den uønskede variasjonen i forbruk av helsetjenester som har kommet fram i helseatlasene og i rapporter om over- og underdiagnostisering og over- og underbehandling fra flere fagmedisinske foreninger.

Gjør kloke valg er en kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling. Kampanjen er en norsk versjon av kampanjen «The Choosing Wisely Campaign», som ble startet i USA i 2012. Leger oppfordres – gjennom de fagmedisinske foreningene – til å lage fem anbefalinger om tester, prosedyrer og behandlinger som de bør gjøre mindre av, og til å ta det opp i samtalen med pasientene/pårørende. Pasientene inviteres til en dialog om konsekvensene av overdiagnostikk og overbehandling og til å stille legen fire «pasientsspørsmål»:

- Trenger jeg denne testen/prosedyren/behandlingen?
- Hva er risiko og bivirkninger?
- Finnes det alternativ?
- Hva skjer om jeg ikke tar testen/prosedyren/behandlingen?

Ved å belyse problemene som følger av overdiagnostikk og overbehandling, og ved å identifisere årsaker eller drivere og hvilke fagområder som er mest utsatt, håper Legeforeningen gjennom *Gjør kloke valg*-kampanjen å redusere omfanget og bidra til at ressursene brukes riktig og mer målrettet. Formålet er blant annet å forebygge underdiagnostikk og underbehandling.

Kilde: <https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hvorfor-gjør-kloke-valg-i-norge/>

## 5.2 Kapasitet

Dybdeundersøkelsen viser at også variasjoner i kapasitet mellom opptaksområdene kan forklare en del av den geografiske variasjonen i forbruk av helsetjenester.

Med kapasitet menes innsatsfaktorer som må til for at utredninger eller behandlinger skal kunne gjennomføres. Når det gjelder skulderoperasjoner, dreier det seg primært om skulderkirurger, anestesileger og operasjonssykepleiere, i tillegg til tilgang på operasjonsstuer. Når det gjelder innleggelser av barn, er sengekapasitet viktig, i tillegg til medisinsk personell. Den samlede utrednings-/behandlingskapasiteten i et opptaksområde vil i mange tilfeller bestå av summen av denne kapasiteten ved flere sykehus.

Når det gjelder *acromionreseksjoner*, er det slik at i opptaksområdene til Helse Møre og Romsdal HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF blir slike inngrep utført både ved offentlige sykehus og ved private kommersielle sykehus med avtale om offentlig finansiering. Begge disse opptaksområdene har høye behandlingsrater. I Helse Møre og Romsdal HF ble det i 2017 utført acromionreseksjoner ved alle de fire sykehusene i foretaket, i tillegg til ved det private sykehuset. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble behandlingen utført hovedsakelig ved to av de tre sykehusene i foretaket og ved det private sykehuset.

Som vist i kapittel 4 finnes det ikke en sammenheng mellom andel privat forbruk og totalforbruk for behandlingene som er omtalt i dagkirurgiatlaset. Dybdeundersøkelsen tyder likevel på at dersom det private tilbudet kommer i tillegg til en betydelig kapasitet i de offentlige sykehusene, kan dette føre til et samlet tilbud som drar behandlingsratene opp. Dette er tilfellet i opptaksområdene til Helse Møre og Romsdal HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF. I måleperioden til det første dagkirurgiatlaset

(2011–2013) bidro de private kommersielle sykehusene, som står for omtrent halvparten av acromionreseksjonene, til en dobling av en allerede høy kapasitet ved de offentlige sykehusene. Også i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus sto et privat tilbud for en høy andel av acromionreseksjonene i perioden (61 prosent). Her var imidlertid den totale behandlingsraten under landsgjennomsnittet, noe som tyder på en god arbeidsdeling mellom det private og det offentlige tilbudet i dette opptaksområdet, jf. kapittel 4.1.

Dybdeundersøkelsen indikerer at sykehusenes kapasitet til å utføre skulderoperasjoner i opptaksområdene til Helse Møre og Romsdal HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF har blitt bygget opp rundt grupper av leger eller enkeltleger med en bestemt kompetanse.

Leger ved Ålesund sykehus var tidlig ute med å utføre kikkhullsoperasjoner av skulder, og deres faglige interesse og kompetanse har trolig hatt mye å si for tilbudet som vokste fram i regionen. Dette gjelder også det private tilbudet ved Medi3 i Ålesund, hvor flere leger har kommet fra Ålesund sykehus. At opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal HF har hatt høye behandlingsrater ikke bare for kikkhullsoperasjoner av skulder, men også av kne, understøtter at det har vært en sterk tradisjon for å gjøre kikkhullsoperasjoner i regionen. Mesteparten av reduksjonen i behandlingsrater for acromionreseksjoner som fant sted i Helse Møre og Romsdal HFs opptaksområde i perioden etter 2011, kom i årsskiftet 2014/15 samtidig som antallet skulderkirurger ved det private sykehuset ble halvert.

Tilsvarende har skuldervirksomheten ved Narvik sykehus blitt bygget opp rundt en erfaren skulderkirurg som begynte å arbeide ved sykehuset i 2013. I dybdeintervjuene ved sykehuset kommer det fram at skuldervirksomheten anses nærmest som en merkevare blant ansatte som er involvert i den, og at det er en virksomhet de ansatte er svært stolte av. Det kommer fram at skulderkirurgen, sammen med anestesilegene ved sykehuset<sup>65</sup>, har vært avgjørende for å utforme dette tilbudet.

Til sammenligning påpeker informantene ved Akershus universitetssykehus HF, som har lav behandlingsrate, at sykehuset har høyt press på de ulike tjenesteområdene. Da det ble stilt spørsmål ved nytten av acromionreseksjoner, besluttet skulderlegene ved sykehuset at pasienter med disse plagene skulle henvises til konservativ behandling i stedet for å opereres, slik at det kunne frigjøres ressurser til andre pasienter.

Når det gjelder *innleggelse av barn*, er det en betydelig forskjell i sengekapasitet i de to helseforetakene som er undersøkt, og denne forskjellen gjenspeiler variasjon i innleggelsesrater. Sengekapasiteten i Sykehuset Vestfold HF var nesten dobbelt så høy som i Vestre Viken HF før 2018.<sup>66</sup> Barneavdelingen i Vestfold betjente ifølge barnehelseatlasen en barnebefolkning på ca. 45 000, og hadde fram til 2018 20 senger. Opptaksområdet til Vestre Viken hadde en barnebefolkning på drøyt 100 000 og til sammen 23 senger på døgn- og observasjonsposten til barneavdelingen i 2018. Antallet innleggelse var 75 prosent høyere i Vestfold enn i Vestre Viken, ifølge barnehelseatlasen.<sup>67</sup>

En medvirkende årsak til at Vestre Viken HF har lavere innleggelsesrater, er at det er stor forskjell i de to barneavdelingenes kapasitet til å gjennomføre dagbehandling, det vil si behandle pasienter uten at de ligger på sykehuset over natten. I Vestre Viken HF er en tidligere sengepost omgjort til dagbehandlingsenhet. Ved denne enheten kan pasienter som tidligere ble lagt inn, motta dagbehandling. Ved Sykehuset i Vestfold HF har

---

<sup>65</sup> Pasientene bedøves med såkalt blokadeanestesi, noe som gjør det mulig å operere pasientene mens de sitter og er våkne, i stedet for å legge dem i narkose, som er den vanligste anestesiformen ved skulderoperasjoner.

<sup>66</sup>  $(20 / 45\,330) / (23 / 100\,582) = 1,93$ .

<sup>67</sup> Gjennomsnittlig antall innleggelse per 100 000 barn i alderen 0–16 år i perioden 2011–2014.  $7851 / 4487 = 1,75$ .

manglende romkapasitet forsinket en ønsket vridning fra døgn- til dagbehandling. Her har ikke sykehusets bygningsmasse gitt rom for å etablere en tilstrekkelig dagbehandlingssenheter. I 2015/16 etablerte sykehuset likevel en liten dagbehandlingssenheter. Barneavdelingen regner ikke med å få til full ønsket vridning før et nytt sykehusbygg står ferdig i 2021.

For å holde omfanget av unødvendige innleggelses på et lavt nivå har avdelingsledelsen hos Vestre Viken HF valgt å ha overleger tilgjengelig i mottaket til enhver tid. Når overleger er til stede i mottaket, styrkes vurderings- og beslutningskompetansen, noe som medfører at flere pasienter kan avklares raskt og bli sendt hjem om legene ikke finner grunn for innleggelse. Dybdeundersøkelsen indikerer at mindre erfarne leger vil kunne ha en lavere terskel for å legge inn pasienter enn leger som har bredere erfaring med ulike tilstander.

På barneavdelingen ved Sykehuset i Vestfold er det ikke overleger til stede i mottaket om kvelden og natten. Selv om LIS-legene<sup>68</sup> som bemanner mottaket av barn på sykehuset, kan kontakte overleger i bakvakt på telefon, blir det pekt på at terskelen for å kontakte overlegen kan variere fra lege til lege. Det blir også pekt på at den vurderingen overlegen gjør over telefon, ikke kan erstatte en fysisk vurdering. At overlegene ikke er fysisk til stede på sykehuset om kvelden og natten, kan derfor bidra til å forklare de høye innleggelsesratene ved Sykehuset i Vestfold HF sammenlignet med i Vestre Viken HF.

Dagens organisering av arbeidet ved barneavdelingen i Vestre Viken var en konsekvens av et arbeid som ble igangsatt da Asker og Bærum fra 2012 ble innlemmet i helseforetakets opptaksområde. Med denne innlemmelsen økte barnebefolkningen i opptaksområdet med 70 prosent. Selv om endringen medførte at barneavdelingen fikk tilført flere leger, fikk den ikke tilsvarende økning i areal. Barneavdelingen ville derfor ikke kunne fortsette å legge inn like mange pasienter som tidligere. Avdelingsledelsen gjennomgikk forbruksdata fra sitt eget opptaksområde og for pasientbefolkningen som skulle innlemmes, og besluttet at det ville være mulig å legge inn færre barn enn hva som hadde vært praksis tidligere. Det ble derfor besluttet å øke dagbehandlingen for utvalgte pasientgrupper, mens tilførselen av flere leger gjorde det mulig å plassere overlegene i barneavdelingens mottak. Det ble også opprettet observasjonsenheter. De ansatte forteller at dette var en krevende omstilling, men at de i dag anser denne måten å organisere arbeidet på barneavdelingen på som en styrke.

Oppsummert viser dette at legenes handlingsrom er påvirket av den tilgjengelige kapasiteten. Behandlingskapasiteten utgjør en skranke som avgrensner hvor stor aktivitet en gitt avdeling eller klinikk kan ha, og som legene prioriterer pasientene innenfor. Ved både ortopedisk avdeling ved Akershus universitetssykehus og barneavdelingen i Vestre Viken har kapasitetsbegrensninger fungert som en «katalysator» for endring i praksis.

### **5.3 Hvor raskt ny kunnskap påvirker legenes praksis**

Som vist i kapittel 4 er det en tydelig nedadgående trend i omfanget av acromionreseksjoner nasjonalt. For de offentlige sykehusene startet nedgangen etter 2011. For de private sykehusene økte ratene fra 2011 til 2013, men også her har ratene blitt redusert fram mot 2017.<sup>69</sup> SKDE kommenterer at diskusjonen om hva som er beste praksis, som oppsto i fagmiljøet i etterkant av det første atlasen i 2015, har vært en medvirkende årsak til at det gjøres færre inngrep. Ny kunnskap om behandling av inneklemming av skulderleddet synes dermed til å ha bidratt til å redusere omfanget av acromionreseksjoner ved flere av sykehusene. Dybdeundersøkelsen indikerer at egenskaper ved det lokale fagmiljøet påvirker hvor raske skulderkirurgene er til å endre

---

<sup>68</sup> Leger i spesialisering, det vil si leger under utdanning.

<sup>69</sup> Dette gjelder særlig i Helse Sør-Øst, men også i Møre og Romsdal, Førde og Bergen.



praksis når det kommer ny forskning. Når noen fagmiljøer ikke har redusert antallet acromionreseksjoner, har det ført til at variasjonen i alt har økt.

Akershus universitetssykehus HF var tidlig ute med å redusere omfanget av acromionreseksjoner og opererer som hovedregel ikke avgrensede tilstander av inneklemming i skulderleddet, jf. 5.1. Sykehuset har innført flere tiltak som skal sikre at skulderkirurgene holder seg faglig oppdatert og har lik behandlings- og vurderingspraksis. De fire skulderkirurgene er organisert i en egen «skuldergruppe», som utgjør en viktig ramme for faglige diskusjoner. Skulderkirurgene deltar på de samme kursene og diskuterer daglig med hverandre. Fagansvarlig for skulder har også stilt krav om at det alltid skal være to skulderkirurger til stede under de fleste skulderoperasjoner, i tillegg til en lege i spesialisering. Dette er ifølge fagansvarlig viktig for å holde høy kvalitet på behandlingen som gis, og et viktig tiltak for å sikre at de fire skulderlegene ved sykehuset har lik vurderingspraksis.

Videre har det ved sykehuset vært mye oppmerksomhet på å drive klinisk forskning ved ortopedisk klinikk. Klinikksjefen peker i intervju på at det som følge av forskningsaktiviteten har utviklet seg en kultur for å implementere endringer når ny forskning gir en faglig begrunnelse for det. Dybdeundersøkelsen indikerer at et samspill mellom kapasitetspress, jf. 5.2, og denne kulturen for å implementere endringer basert på ny forskning bidro til at ortopedene ved sykehuset var tidlig ute med å redusere omfanget av acromionreseksjoner. Kapasitetsutfordringer gjorde det «enkelt» å slutte å gjøre inngrep som forskningen viste at ikke har effekt.

Ved Ålesund sykehus har omfanget av acromionreseksjoner blitt redusert etter 2011, noe som delvis forklares med at legene har blitt mer opptatt av å følge systematisk opp at pasientene skal ha prøvd fysioterapi før de får tilbud om operasjon. Enkelte leger ved sykehuset var tidlig ute med å tilby fysioterapi som alternativ til skulderoperasjoner. Allerede på begynnelsen av 2000-tallet ble det opprettet en skulderpoliklinikk i samarbeid mellom ortopedi og fysikalsk medisin. I likhet med miljøet ved Akershus universitetssykehus HF består det lokale skuldermiljøet ved Ålesund sykehus av flere leger, og to av disse arbeidet i 2018 med et doktorgradsprosjekt om skulder. Avdelingssjef for ortopedi ved Ålesund sykehus forteller at den viktigste arenaen for faglig styring i det daglige er morgenmøter og internundervisning. Han framholder også at legekollegiet er viktig for at det skal bli stilt spørsmål ved om etablert praksis er beste praksis dersom det kommer indikasjoner på at dette ikke er tilfellet.

I motsetning til Akershus universitetssykehus HF består Helse Møre og Romsdal HF av flere sykehus: Ålesund, Volda, Kristiansund og Molde, og acromionreseksjoner utføres alle fire stedene, jf. kapittel 5.2. Undersøkelsen viser at legene som opererer skulder ved de fire sykehusene, ikke utgjør ett felles fagmiljø. Legene i Ålesund arbeider ikke sammen med legene i Volda, og skulderkirurgmiljøene ved de to sykehusene framstår som adskilte. Dette er til tross for at de har felles avdelingsledelse og har hatt felles internundervisning på tvers av de fire sykehusene hver fjortende dag siden 2017. Registerdata fra Norsk pasientregister (NPR) viser at sykehuset i Volda, som er et mindre sykehus, gjør flere isolerte acromionreseksjoner enn sykehuset i Ålesund, noe som indikerer at vurderingspraksis varierer internt i helseforetaket. Den spredte strukturen på skulderkirurgien og den manglende samordningen mellom sykehusene kan ha bidratt til dette.

Sykehuset i Narvik var sent ute med å redusere omfanget av acromionreseksjoner. Fagansvarlig for skulderkirurgi ved UNN Narvik opplyser at sykehuset begynte å redusere omfanget av slike operasjoner i 2016 i tråd med trenden. Her består det lokale skuldermiljøet av én lege. I likhet med i Helse Møre og Romsdal HF har det ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF vært lite kontakt mellom ortopedene ved de tre sykehusene i foretaket. Klinikksjef ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF forteller at ortopedene ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik har vært i samme avdeling siden 2004, men at det er først i 2018 at de har hatt felles møter, og at de inntil dette har

holdt på hver for seg. Dette gir få anledninger til faglige diskusjoner om behandlingspraksis, og det legger et større ansvar på den enkelte lege for å vurdere om det opereres i tråd med beste praksis.

Ved begge de private sykehusene i undersøkelsen (Medi3 og Aleris Tromsø) utføres det mange acromionreseksjoner, og kun ved ett av disse – Medi3 – har omfanget av acromionreseksjoner gått ned i måleperioden til dagkirurgiatlasene. Ved Medi3 var det en betydelig reduksjon i omfanget fra 2014 til 2015. Dette sammenfalt i tid med at to skulderkirurger ble erstattet av én, jf. 5.2. Siden har omfanget vært tilnærmet stabilt. Ved Aleris Tromsø har omfanget av acromionreseksjoner gått lite ned i måleperioden til dagkirurgiatlasene. Ved Medi3 besto skuldermiljøet i 2018 av én lege. I Aleris Tromsø var det tre ortopeder som opererte skulder. Her er det ikke lagt til rette for regelmessige møtepunkter mellom de tre legene, og de dagene det er flere ortopeder på jobb, arbeider disse selvstendig.

Aleris opplyser i intervju at de har tatt konsekvensen av at ortopedene deres arbeider svært selvstendig og ikke har noen faste møtepunkter hvor de kan diskutere egen praksis. Høsten 2018 gjennomførte sykehuset et legeforum innen ortopedi. Her gjennomgikk ortopeder fra Aleris ulike tilstander, og kriterier for inngrep ble diskutert. Formålet var å legge til rette for en enhetlig praksis, og det ble besluttet at legeforumet skal gjentas årlig.

Det er ikke lagt til rette for at ortopedene ved de private sykehusene som er omfattet av dybdeundersøkelsen, har noen møtepunkter med sine kolleger i de offentlige sykehusene hvor de kan diskutere hva som er beste praksis. Dybdeundersøkelsen indikerer at fagmiljøer som består av flere leger og har en nærhet til forskning, er raskere med å implementere nye trender i egen praksis.

## 6 Hvordan arbeider de regionale helseforetakene og helseforetakene med å redusere variasjonen i forbruket av helsetjenester?

Siden 2015 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i foretaksmøter gitt oppdrag og stilt krav til de regionale helseforetakene (RHF-ene) om at de skal redusere variasjon i behandlingstilbudet. Kravene har bestått i at foretakene skal utvikle statistikk og kunnskapsgrunnlag, lage utviklingsplaner og iverksette tiltak som bidrar til å redusere variasjon i forbruk.

### 6.1 Statistikk og styringsinformasjon

#### 6.1.1 Statistikk og analyse

Oppdraget om å lage helseatlas ble gitt til Helse Nord RHF og Helse Vest RHF i foretaksmøtet i januar 2015.<sup>70</sup> I oppdraget ba HOD RHF-ene om å gjøre systematiske sammenligninger av forbruk av helsetjenester på prosedyrenivå (per behandlingstype) mellom sykehus, både regionalt og nasjonalt.<sup>71</sup> Målet var å få bedre kunnskap om forbruk og variasjon i helsetjenester.<sup>72</sup>

SKDE og Helse Førde HF har utarbeidet helseatlasene for RHF-ene og har på selvstendig grunnlag eller etter initiativ fra ulike fagmiljøer valgt temaer for disse. Ved to tilfeller har SKDE publisert oppdateringer av helseatlasene.<sup>73</sup>

RHF-ene opplyser i intervjuer at de opplever at helseatlasene har legitimitet i fagmiljøene, siden måten forbruksratene er beregnet på, gir data som de kjenner seg igjen i. Helseatlasene har vært et viktig bidrag til at det har blitt mulig å sette i gang arbeidet med å redusere uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester. Dataene gjør nemlig at helseforetakene og RHF-ene kan identifisere fagområder hvor befolkningen i deres eget opptaksområde har et forbruk som skiller seg fra forbruket i andre opptaksområder. Dette gir fagmiljøene anledning til å sammenligne egen praksis mot opptaksområder i resten av landet, og det gir ledelsen anledning til å vurdere behandlingsskapiteten.

Alle de fire regionene har produsert eller bestilt egne analyser med utgangspunkt i helseatlasene. Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at de årlig har oppdatert dagkirurgi- og barnehelseatlasene med nye beregninger for regionen. Helse Sør-Øst RHF har begynt å utvikle en selvbetjeningsløsning med forbrukstall fra Norsk pasientregister for behandlingene omtalt i helseatlasene. I denne løsningen kan foretakene i regionen gjøre ulike sammenlignende analyser mot andre foretak i regionen. Også Helse Vest RHF bruker data fra Norsk pasientregister til å produsere egne årlige analyser av utviklingen i forbruksrater innen utvalgte fagområder. Som ledd i dette har Helse Vest RHF tilgjengeliggjort data som foretakene i regionen selv kan bruke til å følge med på utviklingen i eget forbruk.

Alle helseforetakene i Helse Nord har selv bestilt analyser av forbruksrater for ulike behandlinger fra SKDE. I noen tilfeller har SKDE også levert analyser av forbruksdata for foretak i Helse Sør-Øst.

---

<sup>70</sup> SKDE påbegynte dette i 2014, på oppdrag fra Helse Nord.

<sup>71</sup> Tilleggsdokument til oppdragsdokument 2015, 30.06.2015 (avsnitt 2f), s. 5.

<sup>72</sup> Foretaksprotokoll Helse Sør-Øst 07.01.2015, s. 4.

<sup>73</sup> Det oppdaterte dagkirurgiattilaset som ble publisert i 2018, og oppdatering av innleggelsesrate fra barnehelseatlasene publisert i 2019.

## 6.1.2 Indikatorer for måling av uberettiget variasjon i forbruk

I 2015 ga HOD RHF-ene i oppdrag å starte et arbeid med å foreslå indikatorer for å måle og sammenligne variasjon i forbruk på tvers av helseregioner. RHF-ene framla en felles redegjørelse i november 2015. I oppdragsdokumentet for 2016 fikk RHF-ene i oppdrag i fellesskap å lage indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for utvalgte prosedyrer. Indikatorene og prosedyrene skulle ifølge HOD gis styringsmessig prioritet fra 2017.

For å utføre dette oppdraget ga de fire RHF-ene i 2016 SKDE i oppdrag å identifisere indikatorer som kunne måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester. SKDE leverte i november 2016 en rapport med forslag til indikatorer.<sup>74</sup>

SKDEs rapport presenterer 14 indikatorer – 9 anbefalte styringsindikatorer og 5 indikatorer som de foreslår å videreutvikle.<sup>75</sup> 2 av de 9 anbefalte indikatorene måler forbruk av henholdsvis kne- og hoftepoteser. De sju andre kan karakteriseres som kvalitetsindikatorer. Disse sju er publisert som kvalitetsindikatorer på helsenorge.no eller av medisinske kvalitetsregistre. Indikatorene for forbruk av kne- og hoftepoteser ble beregnet av SKDE og publisert i rapporten, men er senere ikke publisert på helsenorge.no eller av kvalitetsregistrene. De beregnes derfor ikke regelmessig. Av de fem indikatorene som SKDE foreslår å videreutvikle, er det bare indikatoren for elektiv prolapskirurgi som måler forbruk.

SKDEs arbeid har dermed resultert i få indikatorer for variasjon i forbruk. SKDE peker på at det er vanskelig å utvikle og styre etter styringsindikatorer (måltall) for forbruk. Hva som er riktig nivå for tilbud av en helsetjeneste, er sjelden kjent og omforent i de kliniske fagmiljøene, og en styringsindikator for forbruk kan lett få liten legitimitet. For kne- og hoftepoteser tok SKDE utgangspunkt i landsgjennomsnittet som mål, men det er ikke gitt at dette er riktig nivå. SKDE mener derfor at videre satsing på å utvikle styringsindikatorer for forbruk ikke nødvendigvis er et godt virkemiddel for å redusere uberettiget geografisk variasjon i forbruk av helsetjenester.

## 6.2 Styringsdialogen om variasjon i forbruk av helsetjenester

### Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har siden 2015 gitt ulike oppdrag til RHF-ene om å redusere uberettiget variasjon i forbruk.

I 2015 fikk RHF-ene i oppdrag å kreve av helseforetak som hadde vesentlig avvikende forbruksmønster, at de skulle iverksette relevante tiltak. Avvikende forbruksmønster vil si forbruksrater for utvalgte prosedyrer som er svært høye eller svært lave sammenlignet med ratene ved andre helseforetak, og som ikke kan forklares av forskjeller i strukturelle forhold.<sup>76</sup> I 2017 ba HOD RHF-ene om å bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styring av helseforetakene. Som en del av dette ble RHF-ene bedt om følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. RHF-ene skulle i fellesskap videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester. I 2017 fikk også RHF-ene i oppdrag å legge til rette for et system for kliniske fagrevisjoner i helseforetakene. Under ledelse av Helse Nord RHF skulle RHF-ene etablere et nasjonalt nettverk som skulle utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring.

I oppdragsdokumentet for 2018 fikk RHF-ene, med henvisning til SKDEs helseatlas, i oppdrag å redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols. I tillegg ble de

---

<sup>74</sup> Indikatorer for måling av uberettiget variasjon 2016, s. 3 og 5.

<sup>75</sup> Indikatorer for måling av uberettiget variasjon 2016, s. 28. Se vedlegg 5 og 6 for oversikt over SKDEs forslag til indikatorer.

<sup>76</sup> Tilleggsdokument til oppdragsdokument 2015, 30.06.2015 (avsnitt 2f) s. 5.

bedt om å redegjøre for status i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk, og de ble bedt om å fremme forslag til videre utviklingsarbeid overfor departementet. I 2019 har RHF-ene fått ytterligere oppdrag om å arbeide for å redusere variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk. RHF-ene skal påse at helseforetakene på grunnlag av analyser av variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk identifiserer og følger opp minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, og to områder der de har svake resultater eller høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I tiltaksplanen skal helseforetakene vurdere hva de kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

RHF-ene skal i 2019 også ta for seg kirurgiske prosedyrer som utføres i helsetjenesten i dag, og vurdere hvilke av dem som ikke skal benyttes rutinemessig, eller som kun skal brukes når spesifikke kriterier er oppfylt. Det er grunn til å avgrense bruken av en prosedyre blant annet dersom den mangler forskningsbasert dokumentasjon om effekt, eller dersom det er utviklet bedre og tryggere metoder. I forbindelse med dette oppdraget skal RHF-ene vurdere behovet for å harmonisere nasjonale faglige retningslinjer, i samarbeid med Helsedirektoratet. De er også bedt om å vurdere behovet for endringer i finansieringsordningen. For å utføre oppdraget har RHF-ene opprettet en interregional gruppe som skal lage et forslag til hvordan dette skal gjennomføres.

### **De regionale helseforetakene og helseforetakene**

En gjennomgang av oppdragsbrev siden 2015 viser at RHF-ene i varierende grad har vektlagt variasjon i forbruk i sine oppdragsdokumenter til de underliggende helseforetakene. I flere tilfeller har RHF-ene informert om HODs oppdrag om å redusere variasjon, men de knytter ikke dette til helsetjenester hvor helseforetakene har spesielt høye eller spesielt lave rater, og de konkretiserer heller ikke på annen måte hvordan de ønsker at helseforetakene skal bidra med å redusere variasjonen. Oppdrag om å redusere variasjon har dessuten i de fleste tilfellene vært rettet mot å redusere variasjon i ventetider, kapasitetsutnyttelse, liggetider og kvalitet i behandlingen. Først i 2018 fikk alle helseforetakene krav om å vurdere og å rapportere om variasjon i forbruket av helsetjenester til kolspasienter som ble beskrevet i kolsatlasen fra 2017.

Helse Vest RHF var imidlertid tidligere ute og ga i 2017 helseforetakene i regionene i oppdrag å undersøke og å rapportere om områder med avvikende forbruksrater i 2017. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 6.3.

Helse Midt-Norge RHF har hvert år siden 2016 videreformidlet oppdragene i HODs oppdragsbrev om å redusere variasjon i tjenestetilbudet i oppdragsbrevene til sine underliggende helseforetak. RHF-et har imidlertid ikke pekt ut områder eller behandlinger som helseforetakene skal se nærmere på, eller bedt om rapportering om arbeidet.

I 2015 satte Helse Nord RHF som mål i oppdragsdokumentet til sine helseforetak at helseforetakene skulle bruke rapporter fra SKDE og nasjonale behandlingsveiledere for å sikre enhetlig behandlingspraksis. I oppdragsdokumentet for 2019 har RHF-et bedt helseforetakene sine om at de på bakgrunn av dagkirurgiatlasen skal iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innenfor skulder- og meniskoperasjoner og fjerning av mandler. Det er også stilt krav om at helseforetakene iverksetter tiltak for å redusere uønsket variasjon med utgangspunkt i egne resultater fra gynekologiatlasen, der også avtalespesialistene involveres.

I oppdragsdokumentet for 2016 ba Helse Sør-Øst RHF helseforetakene i regionen om at «uberettiget variasjon skal reduseres» uten å konkretisere hvilken form for variasjon det dreide seg om. Likedan ba RHF-et i 2017 helseforetakene om å evaluere sin egen praksis mot nasjonalt gjennomsnitt og iverksette tiltak. I oppdraget er det vist til eksemplene døgn- og dagbehandling og liggetider, men variasjon i forbruk ble ikke konkret omtalt i dette oppdraget.

Helseforetakenes skriftlige svar på spørsmål fra Riksrevisjonen, og deres rapportering av aktiviteten gjennom årsmeldinger og andre rapporter, tyder på at mange foretak ikke har oppfattet variasjon i forbruk som noe de skulle jobbe konkret med. For eksempel omtalte alle helseforetakene i Helse Sør-Øst døgn- og dagbehandling og/eller liggetider i sin rapportering om oppdraget for 2017, men bare tre av helseforetakene hadde en omtale av variasjon i forbruk.<sup>77</sup>

Intervjuer med fagdirektører og klinikkledere i dybdeundersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger om hvor tydelige signalene fra RHF-ene om å redusere variasjon i forbruk har vært. Noen mener at signalene har vært klare, mens andre mener at de har vært uklare eller lite konkrete.

Protokoller fra foretaksmøtene i helseforetakene i perioden 2015–2019 viser at variasjon i forbruk i liten grad har blitt særskilt omtalt. Gjennomgang av protokoller fra styremøter i RHF-ene og de underliggende helseforetakene i perioden fra 2015 til 2018 viser at ved flertallet av foretakene har helseatlas og variasjon i forbruk ikke blitt presentert og behandlet som selvstendige saker i styrene. De som har behandlet dette, er styrene i Helse Nord RHF og Helse Vest RHF i tillegg til åtte helseforetak fordelt på alle helse-regionene. For eksempel ble det i styremøtet i Helse Førde HF 24. mars 2017 orientert om Norsk nyfødtd medisinsk helseatlas og generelt om formålet med helseatlas. Styret kommenterte at dette var et spennende og viktig arbeid, og at det er sentralt i å utvikle og bedre kvaliteten og ressursbruken.

RHF-enes og helseforetakenes bruk av de publiserte helseatlasene synes i mange tilfeller å ha vært begrenset til presentasjoner i ulike administrative og faglige fora. RHF-ene opplyser for eksempel at resultater fra helseatlasene har blitt presentert og diskutert i de faste oppfølgingsmøtene med de underliggende helseforetakene, der administrerende direktører og fagdirektører fra helseforetakene deltar. RHF-ene har også presentert statistikk over variasjon i forbruk for ulike nettverk, i styreseminarer og for ledergrupper i sykehusene i regionene.

Ifølge Helse Nord RHF har helseforetakene i regionen som har bestilt egne forbruksanalyser fra SKDE, brukt disse i arbeidet med å dimensjonere tilbudet ved de ulike sykehusene. Et slikt eksempel er Universitetssykehuset Nord-Norge HFs bestilling av analyse av behandlingsrater innenfor plastisk kirurgi. Denne kartleggingen var klar i februar 2016 og skulle inngå i klinikkens planlegging av operativ aktivitet ut fra et befolkningsperspektiv. Analysen sammenlignet behandlingsrater for sentrale prosedyrer i opptaksområdene til helseforetakene i Helse Nord med landsgjennomsnittet. Analysene ble presentert for fagmiljøet for å bidra til større bevisstgjøring om praksisvariasjoner.

## **6.3 De regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av oppdragene om å redusere uønsket variasjon i forbruk**

### **6.3.1 Oppfølging av behandlinger med høye eller lave forbruksrater**

Helseatlasene viser at alle helseregionene har helseforetak som har rater som er blant de høyeste eller laveste i landet for én eller flere behandlinger med stor variasjon. Helseregionene og helseforetakene har i ulik grad og på ulik måte innhentet mer informasjon og iverksatt tiltak for å redusere variasjonen ut fra de utfordringene som framkommer av helseatlasene. Mens Helse Vest RHF har hatt en konkret oppfølging av oppdraget fra HOD i 2017 om å kreve tiltak av helseforetak som hadde vesentlig avvikende forbruksmønster for utvalgte prosedyrer, har de tre andre RHF-ene vektlagt andre tiltak for å følge opp variasjon i forbruk.

---

<sup>77</sup> Sykehuset Telemark, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus.

Helse Vest RHF ga i 2017 hvert helseforetak i regionen i oppdrag å følge opp ubegrunnet faglig variasjon. For dette oppdraget utarbeidet RHF-et en «sammenstillingsrapport» av viktige funn fra helseatlasene, indikatorrapporten (SKDE 2016) og nasjonale kvalitetsindikatorer. På grunnlag av denne ble helseforetakene bedt om å identifisere tre til fem fagområder eller prosedyrer der foretaket lå «ekstremt» plassert i nasjonal sammenheng. Videre skulle helseforetakene identifisere mulige årsaker til plasseringen og vurdere om avviket fra «normalen» var faglig velbegrunnet eller et uttrykk for faglig ubegrunnet variasjon. Dersom variasjonen ble vurdert som faglig ubegrunnet, ble helseforetakene bedt om å gjennomføre forbedringsprosjekter. Foretakene i regionen valgte alle mellom fem og ni områder for nærmere oppfølging. Resultatet av arbeidet i hvert helseforetak ble sammenfattet i en rapport med de egenvurderingene som var gjort, og med en beskrivelse av aktuelle forbedringsprosjekter.

I de fire foretakene i regionen ble nærmere 30 behandlinger evaluert, og det har ført til flere forbedringsprosjekter. Se faktaboks 5 for en beskrivelse av Helse Stavanger HFs arbeid med dette oppdraget.

#### Faktaboks 5 Helse Stavanger HFs svar på oppdraget fra Helse Vest RHF i 2017

- Nyfødtatlasen viste høye rater for bruk av antibiotika i nyfødtintensivavdelingen. Avdelingen iverksatte et forbedringsprosjekt som reduserte bruken av antibiotika til en tredel.
- Barnehelseatlasen viste lave rater for kontakter med spesialisthelsetjenesten for barn. Barneavdelingen sammenholdt dette med de lange ventelistene og konkluderte med at de måtte styrke legebemanningen.
- Eldrehelseatlasen viste lave andeler for bruk av pacemaker. Her er fagmiljøet usikre på om dette skyldes feil ved registrering eller avvikende praksis, og de vil derfor undersøke dette nærmere før de eventuelt iverksetter et forbedringsprosjekt.
- Eldrehelseatlasen viste lav andel av hjerteinfarktpasienter som blir revaskularisert innen 90 minutter. Dette skyldes mangelfull registrering i kvalitetsregisteret for hjerteinfarkt. PCI-registeret viser ifølge Helse Stavanger betydelig bedre måloppnåelse.
- Indikatorrapporten viste at helseforetaket har høye rater for hofteproteser. Her finner helseforetaket at årsaken er at mange av områdets pasienter opereres ved andre sykehus, og de peker på at stor behandlingsskapasitet ved små sykehus i nærheten, får konsekvenser for forbruksratene i opptaksområdet til helseforetaket.
- Dagkirurgiatlasen viste høye rater for grå stær-operasjoner. Helseforetaket har analysert eget forbruk og funnet at den samlede kapasiteten i det private øyelege tilbudet er stor.

Kilde: Helse Stavanger HF

I tillegg til at Helse Stavanger HFs og de andre helseforetakenes gjennomgang av behandlinger med avvikende forbruksrater førte til forbedringsprosjekter, ga de informasjon om datakvalitet og om kapasitet og pasientstrømmer som regionen kunne følge opp for å redusere faglig ubegrunnet variasjon. Til sammen gir rapportene et grunnlag for Helse Vest RHF til å følge opp behandlingsrater på flere måter.

I de øvrige regionene indikerer informasjon som er gitt i skriftlige svar fra RHF-ene og helseforetakene, at helseforetakene i begrenset grad har gjort nærmere undersøkelser og eventuelt iverksatt tiltak på områder der helseatlasene viser at deres egne sykehus har ekstreme rater.

Helseatlasene viser at alle de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge har ekstreme<sup>78</sup> forbruksrater i helseatlasene<sup>79</sup> for i alt seks behandlinger. To av helseforetakene i regionen opplyser at de har iverksatt egne tiltak for å kartlegge eller korrigere variasjon i forbruk.

De 8 helseforetakene i Helse Sør-Øst har ekstreme forbruksrater for i alt 13 helsetjenester i helseatlasene.<sup>80</sup> Fem av helseforetakene opplyser i skriftlig svar til Riksrevisjonen at de ikke har arbeidet med analyser av eller iverksatt tiltak mot variasjon i forbruk. Fire av foretakene har brukt helseatlas eller analysert egne forbruksrater på enkelte fagområder, og to av disse har justert faglig praksis som følge av dette. Ett av disse er Sykehuset Telemark HF, som har gjennomført flere tiltak for å redusere innleggelsesrate av barn, se faktaboks 6.

#### Faktaboks 6 Tiltak ved Sykehuset Telemark HF etter høye forbruksrater i barnehelseatlas fra 2015

Sykehuset Telemark HF skilte seg ut med særskilt høy innleggelsesrate for barn i barnehelseatlas. På bakgrunn av dette har barne- og ungdomsavdelingen arbeidet målrettet for å redusere innleggelsesrate av barn og i større grad løse behovet for utredning og behandling med polikliniske og ambulante tilbud. Blant annet er disse tiltakene iverksatt:

- Henviing ved øyeblikkelig hjelp starter med at henviende instans tar en telefon til vakthavende overlege, som gir råd og veiledning. Hensikten er å unngå innleggelsesrate av barn som kan hjelpes i primærhelsetjenesten.
- Barn som trenger tilsyn av spesialisthelsetjenesten, tas først inn til poliklinisk konsultasjon for avklaring og eventuell behandling. Dersom det ikke er behov for innleggelse, sendes pasienten hjem med tilbud om direkte kontakt med avdelingen ved forverring. Ved tilfeller av bronkiolitt og andre luftveisinfeksjoner får egnede pasienter tilbud om å låne inhalasjonsapparat med hjem for behandling. Ved omgangssyke forsøkes rehydrering oralt før intravenøst, og de pasientene som kommer seg, kan fortsette rehydrering i hjemmet.
- Alle pasienter som sendes hjem etter øyeblikkelig hjelp i form av poliklinisk konsultasjon, ringes opp innen 24 timer for oppfølgingssamtale.
- Elektive henviinger gjøres av kyndig personell som vurderer om pasienten hører hjemme i spesialisthelsetjenesten eller kan henvises tilbake til primærhelsetjenesten.
- Det er innført dagbehandling for utvalgte behandlinger/prosedyrer som cytostatika, transfusjoner, infusjoner, blodprøvetaking, ME-utredning, undersøkelser i narkose m.m.
- Det er etablert hjemmesykehus for kreftsyke barn.
- Det er etablert ambulente team for spiseforstyrrelser.

Kilde: Sykehuset Telemark HF

<sup>78</sup> Ekstrem behandlingsrate er her definert som den høyeste eller den laveste behandlingsraten for en helsetjeneste hvor forholdstallet mellom høyest og lavest rate er 4 eller høyere.

<sup>79</sup> Her begrenset til helseatlasene som er publisert til og med 2017.

<sup>80</sup> Her begrenset til helseatlasene som er publisert til og med 2017.



Tre av de fire helseforetakene i Helse Nord har ekstreme forbruksrater i helseatlasene for i alt seks behandlinger.<sup>81</sup> Alle helseforetakene i regionen deltar i en pågående fagrevisjon av skulderkirurgi, som ble startet på grunn av resultater publisert i helseatlas. Universitetssykehuset Nord-Norge HF opplyser at de i tillegg til den pågående fagrevisjonen har arbeidet med å samordne prosedyrer for kontroller og noen operasjoner innen gynekologi.

Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har ikke fulgt opp ekstreme rater på samme direkte måte som Helse Vest RHF har gjort. Disse RHF-ene har brukt andre framgangsmåter for å redusere variasjon i forbruk. Helse Sør-Øst RHF begynte alt i 2014 å justere avtaler med private sykehus for å redusere kjøp av ortopediske behandlinger i tråd med ny kunnskap. Helse Midt-Norge RHF har fulgt opp gjennom å oppdatere helseatlasberegninger for sin egen region og gjennom å utvikle standardiserte pasientforløp. Helse Nord RHF har innført kliniske fagrevisjoner.

### 6.3.2 Retningslinjer for å standardisere behandlingspraksis

Et virkemiddel for å redusere variasjoner i praksis er *faglige retningslinjer* (inkludert pakkeforløp, standardiserte behandlingsforløp og prosedyrebeskrivelser). Faglige retningslinjer skal primært beskrive hva som er riktig indikasjon (kriterier eller grunner for å gi en bestemt behandling) og riktige behandlinger for en pasientgruppe. *Pakkeforløp* bygger på slike retningslinjer der slike finnes, og beskriver hvordan behandlingsforløp skal foregå. For å ha en standardiserende effekt på forbruk bør retningslinjer og pakkeforløp inneholde beskrivelse av indikasjon.

Helsedirektoratet oppgir i intervju at det å utvikle faglige retningslinjer – veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp – er et sentralt virkemiddel i arbeidet med å sikre en enhetlig praksis. Direktoratet har fram til mai 2019 publisert i alt 70 nasjonale faglige retningslinjer, 38 pakkeforløp og 34 prioriteringsveiledere. I tillegg har de publisert 30 rundskriv og 59 faglige veiledere. Pakkeforløp er laget for ulike kreftformer, for hjerneslag og for psykiatri. Faglige retningslinjer utvikles hovedsakelig etter bestilling fra HOD, mens noen initiativer kommer fra fagmiljøene. I 2018 og fram til mai 2019 har Helsedirektoratet gitt ut åtte retningslinjer og veiledere. Halvparten av disse er nye, og halvparten er revisjoner av eksisterende retningslinjer.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det ikke er et mål å lage retningslinjer for alle medisinske områder. På en del områder er det dessuten vanskelig ut fra tilgjengelig forskning å si hva som er beste praksis.

RHF-enes fagdirektører har faste månedlige møter, der også Helsedirektoratet deltar. Fagdirektørene opplyser i intervjuer at de i disse møtene kan etterlyse faglige retningslinjer for bestemte områder. Helse Midt-Norge RHF har én gang de siste to årene henvendt seg til Helsedirektoratet og bedt om at det lages en nasjonal retningslinje. Helse Vest RHF har bedt om at Helsedirektoratet vurderer utvikling av to nasjonale retningslinjer.

Helse Midt-Norge RHF har satset spesielt på standardiserte pasientforløp og anser dette som sitt foretrukne virkemiddel for å standardisere behandlinger og redusere uønsket variasjon og skape et likeverdig helsetilbud i regionen. I februar 2016 ble foretakene i regionen gitt i oppdrag å etablere og implementere flere standardiserte pasientforløp. Områder der det var unødig eller uberettiget stor variasjon, skulle prioriteres. Dette er videreført i oppdragsdokumentene for 2018 og 2019.

Helse Nord RHF har lagt til rette for at helseforetakene kan utarbeide felles prosedyrer, slik de for eksempel har gjort etter at en klinisk fagrevisjon av behandling av hjerteinfarkt viste at det var behov for samordning. RHF-et har over hundre prosedyrer og

---

<sup>81</sup> Her begrenset til helseatlasene som er publisert til og med 2017.

retningslinjer for behandlinger. De fleste av disse er lokale tilpasninger av nasjonale retningslinjer. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har ikke satset på å utvikle egne regionale retningslinjer eller regionale standardiserte pasientforløp. Helse Sør-Øst RHF framhever i intervju at det er krevende å implementere retningslinjer, og etterlyser at det utvikles metodikk for å støtte opp under arbeidet med å få tatt retningslinjene i bruk.

Det er også laget lokale retningslinjer og prosedyrer i regioner og i sykehus. Der det finnes nasjonale faglige retningslinjer, vil lokale retningslinjer eller prosedyrer være lokale tilpasninger av disse.

Flere informanter i dybdeundersøkelsen i helseforetakene mener at retningslinjer og pakkeforløp er viktige virkemidler for å redusere variasjon i forbruk av helsetjenester. Standardiserte pasientforløp og retningslinjer, som inneholder kriterier for operasjon, og som følges av både offentlige og private tilbydere, vil være et viktig grep for å redusere uønsket variasjon.

Som følge av Helse Midt-Norge RHF's satsing på standardiserte pasientforløp har alle helseforetakene i regionen tatt del i dette arbeidet. På samme måte har det blitt utarbeidet prosedyrer for helseforetakene i Helse Nord. Informasjon innhentet fra de øvrige helseforetakene i undersøkelsen indikerer at det er få helseforetak som har brukt retningslinjer eller tilsvarende som virkemidler med det hovedformål å redusere uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester. Det finnes imidlertid eksempler på at helseforetak i andre regioner enn Helse Midt-Norge arbeider med å utvikle, eller har tatt i bruk, lokale standardiserte pasientforløp eller felles prosedyrer for helseforetaket.

### 6.3.3 Revisjoner

RHF-ene og helseforetakene kan på ulike måter kontrollere om aktiviteten ved sykehusene er i tråd med beste praksis.

Helse Nord RHF har satt *kliniske fagrevisjoner* i system i sine helseforetak som et virkemiddel for å forbedre kvaliteten på diagnostikk og behandling. Formålet med kliniske fagrevisjoner er å bidra til endringer på områder der det er variasjon i praksis. I kliniske fagrevisjoner kontrollerer et revisjonsteam utvalgte pasientforløp, blant annet ved å gjennomgå journaler og vurdere beslutninger knyttet til indikasjon og behandlingsmetoder.

Revisjonsteamene blir satt sammen av fagpersoner fra helseforetakene. Helse Nord RHF begynte å gjennomføre regionale kliniske fagrevisjoner i 2017 og opplyser i intervju at resultater av slike revisjoner brukes som grunnlag for faglige diskusjoner der målet er å samordne klinisk praksis. RHF-et fikk i 2017 i oppdrag å koordinere et interregionalt arbeid for å legge til rette for fagrevisjoner i alle helseregionene.

Ved utgangen av 2018 var to kliniske fagrevisjoner gjennomført i regionen, mens to til var under gjennomføring.<sup>82</sup> Helse Nord RHF opplyser at den kliniske fagrevisjonen av hjerteinfarkt (NSTEMI) i 2018 viste at praksis varierte mellom sykehusene, og at de involverte fagmiljøene tolket retningslinjer på området ulikt. Resultatene fra revisjonen har ifølge Helse Nord RHF ført til at helseforetakene i regionen har laget felles prosedyrer for denne behandlingen. I 2018 igangsatte RHF-et en klinisk fagrevisjon av behandling av forstoppelse hos barn og en tilsvarende revisjon av skulderkirurgi. Den sistnevnte revisjonen har til dels opphav i resultater fra SKDEs dagkirurgiatlas og skal belyse praksis for skulderreseksjoner, som har høye behandlingsrater i opptaksområdene til Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF. Det forventes at fagmiljøene i helseforetakene i regionen vil vurdere tiltak hvis revisjonen gir grunnlag for det.

---

<sup>82</sup> *Klinisk fagrevisjon NSTEMI (2017) og Klinisk fagrevisjon adjuvant kjemoterapi etter operasjon for tykktarmskreft (2018).*

RHF-ene har egne *internrevisjoner*. Helse Sør-Øst RHF's internrevisjon har gjennomført flere revisjoner av variasjon i forbruk. Internrevisjonen har tatt for seg avgrensede fagområder i utvalgte sykehus, og har blant annet gjennomgått vurderings- og behandlingspraksis. Revisjonsarbeidet munner ut i institusjonsspesifikke rapporter som brukes som ledd i det lokale forbedringsarbeidet. Internrevisjonene i de øvrige RHF-ene har foreløpig ikke gjennomført slike revisjoner. I tilfeller der det finnes retningslinjer eller prosedyrer, kan en slik revisjon avdekke i hvilken grad disse følges, og om variasjonene er så store at det er grunn til å tro at praksis bør gjennomgås.

#### 6.3.4 Fagfora

I forbindelse med arbeid med variasjon i forbruk kan faglige nettverk og møteplasser brukes til å drøfte forklaringer på observert variasjon og kunnskapsgrunnlaget for behandling. Målet med slike drøftinger er å bli enige om et riktig forbruksnivå. I helseregionene er det ulike møtearenaer for leger, som fagråd, fagledernettsverk og andre fagnettverk. Disse kan være organisert regionalt eller innad i helseforetak, og de kan ha ulik sammensetning og ulikt mandat. Det gjennomføres også fagsamlinger og internundervisninger i helseforetakene.

Alle helseregionene, med unntak av Helse Vest RHF, har opprettet såkalte fagråd eller fagledernettsverk og bruker disse aktivt ved å framlegge saker for dem til behandling. Fagrådene er sammensatt av representanter fra alle helseforetakene i regionen og har som en hovedoppgave å samordne den kliniske praksisen i regionen.

Helse Nord RHF har opprettet omkring 39 fagråd og fagnettverk. RHF-et opplyser i intervju at det regionale fagrådet for ortopedi, som er satt sammen av fagpersoner og linjeledere fra alle underliggende helseforetak, tidligere har behandlet variasjoner for kne- og skulderkirurgi som er påvist i helseatlas. Dette har ført til en diskusjon og faglig samordning innad i fagrådet. Fagrådet har ved to anledninger bedt SKDE om å utarbeide oversikter over forbruksrater for utvalgte ortopediske tilstander.

Helse Nord RHF opplyser i intervju at RHF-et har en sterk tro på fagråd som en arena for faglig diskusjon og for å oppnå felles forståelse. Dersom fagrådene identifiserer en uønsket praksis, kan dette håndteres ved at linjelederen tar saken opp i sin seksjon eller avdeling. For at helseforetakene skal få til dette, mener RHF-et at er det nødvendig at styringslinjen evner å endre den kliniske praksisen, noe som kan være krevende. Samtidig er dette en modningssak, i den forstand at deler av fagmiljøet må bli vant til at den faglige praksisen de tradisjonelt har utøvd, blir utfordret.

Helse Sør-Øst RHF har tolv fagråd, sammensatt av representanter fra hvert av helseforetakene. En sentral oppgave for fagrådene er å bidra til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig likeverdig. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at de har opprettet midlertidige fagråd på områder hvor det har vært høye forbruksrater, og at fagrådene har fått i oppdrag å komme fram til en konsensus om hva som er beste praksis. Eksempler på inngrep som har vært behandlet i midlertidige fagråd, er behandling av åreknuter og operasjon av tunge øyelokk. Arbeidet i de midlertidige fagrådene har munnet ut i faglige anbefalinger. RHF-et mener at det er viktig å involvere personer med stor faglig autoritet i slike fora, for å sikre at konklusjonene får innflytelse i fagmiljøene.

Helse Midt-Norge RHF har 17 fagledernettsverk. De ble opprettet i 2012 for å bidra til å utvikle felles standardiserte pasientforløp i helseregionen, og betraktes som en viktig arena for samordning mellom spesialisthelsetjenesten, kommuner og fastleger. Fagledernettsverkene er satt sammen av fagpersoner med lederfunksjon i helseforetakene i Helse Midt-Norge. Dette er en viktig arena for å prøve å skape konsensus blant klinikerne. Etter at det ble oppmerksomhet om at operasjon av tunge øyelokk økte i omfang og fortrente andre operasjoner, tok St. Olavs hospital initiativ til at det regionale fagnettverket for øye utviklet en felles retningslinje. RHF-et arbeider for tiden med et nytt

mandat til fagledernetverkene og mener at fagledernetverkene må forankres sterkere i styringslinjen for at de skal få myndighet og legitimitet slik at det blir mulig å få til praksisendring. Det vil kunne føre til mer standardisering og mindre variasjon i forbruk.

Helse Vest RHF har for tiden ingen fagråd eller tilsvarende faste utvalg.<sup>83</sup> RHF-et opplyser i intervju at det er utfordrende å forene fagrådene med foretakets krav til helhet og prioriteringer i driften. Derfor har de i stedet valgt å legge oppgaver knyttet til oppfølging av faglige spørsmål som krever regional koordinering, til ulike programmer eller prosjekter.

### **6.3.5 Styring og planlegging av kapasitet**

#### **Funksjonsfordeling**

RHF-ene har organisatoriske og økonomiske virkemidler til rådighet for å kunne styre forbruk av helsetjenester. Blant annet kan de fordele eller styre kapasitet gjennom budsjetter eller gjennom funksjonsfordeling av tjenester.

Funksjonsfordeling er et virkemiddel for å sikre større fagmiljøer og bedre kapasitetsutnyttelse ved at helseforetak eller sykehus fordeler funksjoner mellom seg. Funksjonsfordeling kan bidra til å regulere tilbudet av en bestemt behandling ved å øke eller redusere kapasiteten i et opptaksområde. RHF-ene opplyser i intervju at funksjonsfordelingsprosesser kan være omfattende og ressurskrevende. I undersøkelsen har det ikke blitt funnet noen eksempler på at RHF-ene har brukt funksjonsfordeling for å redusere uønsket variasjon i forbruk i sine egne underliggende helseforetak.

Funksjonsfordeling kan også brukes som virkemiddel av helseforetak som eier flere sykehus. Ingen av helseforetakene (som har flere sykehus) i undersøkelsen har opplyst at de har brukt funksjonsfordeling for å redusere variasjon i forbruk. Helse Nord-Trøndelag HF påpeker imidlertid at de gjennom prosjektet «Bærekraft 22» skal vurdere funksjonsfordeling innad i helseforetaket, og at de i 2017 innførte gjennomgående klinikker for alle fagområder. En hovedbegrunnelse for dette tiltaket var å styrke arbeidet med å redusere uønsket variasjon innad i helseforetaket og mellom helseforetaket og samarbeidende foretak i regionen.

#### **Avtaler med private leverandører av helsetjenester**

RHF-ene har også muligheter til å regulere kapasiteten gjennom avtaler som regionen har med private leverandører av helsetjenester. Slike leverandører omfatter private, kommersielle sykehus og avtalespesialister, som er leger i privat praksis med godkjent spesialistutdanning som RHF-ene har inngått driftsavtale med. De private aktørene skal bidra til det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester og gjennom dette til å oppfylle RHF-enes sørge-for-ansvar. Et sentralt formål med å inngå avtaler med private tilbydere av helsetjenester er dermed at disse skal levere tjenester som foretakene har størst behov for.

De private leverandørene står for en vesentlig andel av det samlede offentlige helsetilbudet. I 2014 ble RHF-ene bedt om å sørge for mer bruk av private aktører innenfor behandlinger der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. I 2017 ble det kjøpt somatiske helsetjenester fra totalt 42 private sykehus, og slike kjøp utgjorde ca. 10 prosent av de offentlige helseforetakenes driftsutgifter.<sup>84</sup> For enkelte behandlinger, blant annet enkelte ortopediske behandlinger, står de private sykehusene for en betydelig andel av den samlede aktiviteten. Avtalespesialistenes aktivitet utgjorde i 2018 omtrent 24 prosent av den polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder. Det

---

<sup>83</sup> Helse Vest har for tiden ett fagnettverk (for radiologi).

<sup>84</sup> Statistisk sentralbyrå, Tabell 06464 (løpende priser for 2017).

varierer mellom regionene hvor stor andel av pasientene som blir behandlet hos avtalespesialister.<sup>85</sup>

RHF-ene opplyser i intervju at analysene av forbruksvariasjon har blitt brukt som grunnlag i arbeidet med å inngå avtaler med private leverandører. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF har RHF-ene i liten grad justert løpende avtaler med tanke på å endre forbruket.

RHF-ene inngår individuelle avtaler med de *private sykehusene*. Avtalene er tidsbegrensede, noe som betyr at RHF-ene har mulighet til justere avtalene for å sikre at tilbudet er i tråd med behovet.

En gjennomgang av RHF-enes avtaler med private leverandører av ortopeditjenester viser at Helse Sør-Øst RHF, som den eneste aktøren, har inngått avtale om ramme for aktivitet på prosedyrenivå (behandlingsnivå). De øvrige RHF-ene har inngått avtaler om ramme for hvert fagområde, som ortopedi, eventuelt med et estimert volum for enkeltprosedyrer (Helse Vest RHF). Under fagområdet ortopedi har disse RHF-ene satt opp en spesifisert liste over prosedyrer som den private aktøren kan behandle under avtalen. De private aktørene står dermed fritt til å velge hvilke prosedyrer de skal gjennomføre, så lenge de holder seg innenfor den samlede rammen for fagområdet.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at de i løpet av forrige kontraktperiode ba om endringer av avtalene med private tilbydere av kne- og skulderartroskopi for å redusere ratene for disse behandlingene. Blant annet ble kontraktene for meniskkirurgi med private sykehus justert slik at personer over 50 år ikke skulle utgjøre mer enn 20 prosent av pasientgruppen. Gjennomsnittsalderen for pasienter ble etter dette redusert mer enn i de andre regionene. Helse Sør-Øst RHF skriver i sin årsmelding for 2017 at «tiltaket har ført til et signifikant fall i antall utførte prosedyrer for denne typen inngrep». Fra 2018 ble disse behandlingene tatt ut av avtalene.

Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at de vurderer å inngå avtaler med de private leverandørene på prosedyrenivå. Helse Nord RHF framhever på sin side at dette kan medføre mer administrasjon, og at det er vanskelig å estimere behovet for enkeltprosedyrer. Dette er hovedårsaken til at de andre RHF-ene ikke har innført avtaler på prosedyrenivå slik Helse Sør-Øst RHF har gjort.

Alle RHF-ene uttrykker at de enten har redusert eller vurderer å redusere omfanget av kne- og skulderartroskopi ved nye anskaffelser av private sykehustjenester. Tre av de fire RHF-ene har eksplisitt krevd at de private sykehusene skal følge føringer og faglige retningslinjer fra RHF-ene, men det er i praksis lite kontroll med dette.<sup>86</sup> For eksempel har RHF-ene anledning til å føre kontroll med den kliniske virksomheten i de private sykehusene, men dette er ikke gjort så langt.

Forholdet mellom RHF-ene og *avtalespesialistene* reguleres i en rammeavtale mellom RHF-ene og Den norske legeförening. Avtalen legger grunnlaget for de individuelle avtalene som RHF-et inngår med avtalespesialistene. I motsetning til avtaler som inngås med private sykehus, inngås individuelle avtaler som hovedregel uten tidsbegrensning. Det betyr at RHF-ene ikke ensidig kan kreve at en individuell avtale endres, etter at den er inngått, men det er mulig å tilpasse avtalen dersom partene er enige om det.

Rammeavtalen åpner for at RHF-ene kan omdisponere hjemler fra for eksempel én type behandlingsspesialitet til en annen. Dette kan normalt gjøres etter at en avtale har opphørt, og det forutsetter at RHF-et har en regional plan for avtalespesialister. Alle RHF-ene, unntatt Helse Vest RHF, har en slik plan. Omdisponeringer har i liten grad vært brukt de senere årene, men det finnes noen eksempler på at RHF-er har gjort dette

---

<sup>85</sup> *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2018 (2018)*

<sup>86</sup> Helse Midt-Norge RHF har ikke lagt dette kravet inn i sine kontrakter.

for å samlokalisere praksis eller for å samle hjemler til hele stillinger. Det har også skjedd at de har gjort det fordi de mener kapasiteten kan reduseres.<sup>87</sup>

Det følger av rammeavtalen mellom Legeforeningen og RHF-ene at partene skal fastsette normtall for de ulike spesialitetene. Normtallene angir hvor mange konsultasjoner legen som et minimum skal gjennomføre innenfor den enkelte spesialitet per år. I tillegg til å følge opp avtalespesialister som ikke møter normtallene, kan RHF-ene følge opp leger som har en vesentlig høyere aktivitet enn det som er avtalt i den individuelle avtalen. Legen har da en plikt til å opplyse saken og forklare årsaken til avviket.<sup>88</sup>

RHF-ene peker i intervjuer på at det kan være vanskelig å følge opp avtalespesialistene faglig. De styrer selv sin faglige praksis, og omfanget av behandlinger og konsultasjoner er generelt ikke regulert gjennom avtalen. Normtallene for antallet konsultasjoner er veiledende, og avtalespesialistene kan foreta så mange konsultasjoner og behandlinger som de ønsker, innenfor avtalen.<sup>89</sup> Helse Midt-Norge RHF opplyser imidlertid i intervju at de har analysert aktiviteten til avtalespesialister innenfor fagområder med stor variasjon og utfordret dem som har spesielt store antall enkeltinngrep, på hvordan de vurderer indikasjonen for inngrepet.

I rammeavtalen mellom RHF-ene og Legeforeningen er det ikke avtalt at RHF-ene kan gjennomføre fagrevisjoner hos de private avtalespesialistene. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at de sammen med de andre RHF-ene arbeider for å innføre denne muligheten. Dette ville gitt en bedre mulighet til å følge opp avtalespesialistenes praksis og dermed kunne ta opp eventuell avvikende praksis.

I Riksrevisjonens undersøkelse av RHF-enes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister (Dokument 3:2 (2015–2016)) ble det funnet at RHF-ene, med unntak av Helse Vest RHF, ikke fulgte opp alle avtalespesialister som lå mer enn 20 prosent under normtallet i 2013. Det ble videre funnet at en del avtalespesialister hadde en produksjon langt over normtallet. I undersøkelsen ble det videre funnet at RHF-ene i liten grad hadde brukt sanksjonsmulighetene som rammeavtalen hjemler. Blant annet hadde de i svært liten grad revidert individuelle avtaler eller sagt opp avtaler.

### **6.3.6 Tiltak i utviklingsplanene til helseforetakene og de regionale helseforetakene**

Variasjon i forbruk er behandlet i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, som ble lagt fram for Stortinget i november 2015.<sup>90</sup> I planen vises det til resultatene fra helseatlas om geografiske forskjeller i forbruk av helse-tjenester. HOD ga i foretaksmøtet i januar 2016 RHF-ene i oppdrag å lage egne utviklingsplaner som blant annet skulle beskrive demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og kapasitetsbehov. Utviklingsplanen skulle være en samlet plan som sørger for at underliggende planer støtter opp om felles overordnede mål.

Etter oppdrag fra HOD har de fire RHF-ene utarbeidet en veileder for arbeid med utviklingsplaner. I veilederen anbefales det at temaene «Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer – faglig prioritering» og «Helseatlas og forbruksrater» inngår i utviklingsplanene. For disse temaene skal helseforetakene beskrive og vurdere situasjonen i dag, og gjøre en sammenligning med andre helseforetak.

---

<sup>87</sup> Både Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at de har gjort mindre justeringer i hjemler for øyeleger som har utført operasjoner av grå stær.

<sup>88</sup> *Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister. Kommentartutgave 2016*, s. 14.

<sup>89</sup> For operasjoner av grå stær er det imidlertid avtalt et tak på 500 operasjoner for hver øyelege per år.

<sup>90</sup> Innst. 206 S (2015–2016).

Arbeidet med utviklingsplaner ble gjort slik at helseforetakene i regionene først laget sine planer, og at RHF-et deretter utarbeidet en regional plan som bygget på helseforetakenes planer.

De fleste helseforetakene har omtalt variasjon i forbruk i utviklingsplanene sine, men de har i liten grad beskrevet og gjort vurderinger av situasjonen i dag og sammenlignet med andre helseforetak, slik veilederen angir. Dermed er det kun enkelte helseforetak som har en redegjørelse i tråd med veilederen. Ett av dem er Sykehuset i Vestfold HF, (SiV) som i sin plan kommenterer utfordringen som helseatlasene gir, særlig når det gjelder overbehandling, og peker på at det er viktig å ha en strategi for å møte denne utfordringen.<sup>91</sup> Planen redegjør kort for tilstanden for noen helsetjenester hvor SiV skiller seg ut både med høye og lave rater. Videre har helseforetaket formulert som mål at sykehuset «kan dokumentere at uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester er redusert», at de «bruker Norsk Helseatlas systematisk», og at de «diskuterer – og tar konsekvensen av – SiVs praksis målt mot andre helseforetak og nasjonale/internasjonale anbefalinger om 'god praksis'».<sup>92</sup>

Alle RHF-ene omtaler reduksjon i variasjon i sine utviklingsplaner, men det er ulikt hvordan de har omtalt eller spesifisert mål og tiltak rettet mot variasjon i forbruk spesielt.

Helse Sør-Øst RHF nevner kliniske fagrevisjoner og kampanjen *Gjør kloke valg*, som retter seg mot å redusere overdiagnostikk og overbehandling, som et tiltak.<sup>93</sup>

Helse Midt Norge RHF vil jobbe for å gjøre variasjonsanalyser mer tilgjengelige for fagmiljøene, utvikle fagledernetverk og implementere standardiserte pasientforløp. I planen framheves det at utfordringene ligger i å ta i bruk funn fra analyser av forbruksvariasjon til lokalt forbedringsarbeid og komme til bunns i hvorfor det er variasjon.<sup>94</sup>

Helse Vest RHF fastslår i sine strategiske mål at helsetjenestene skal være likeverdige, holde høy kvalitet og være uten uønsket variasjon. Det vil si at variasjon må kunne forklares med forskjeller i sykkelighet eller pasientpreferanser.<sup>95</sup>

Helse Nord RHF har følgende mål i sin regionale utviklingsplan:

«Arbeidet med å harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling) og behandlingspraksis skal videreføres for å bidra til god kvalitet, riktigere prioritering og bedre ressursbruk. SKDEs helseatlas er en viktig kilde til arbeidet med å redusere uønsket variasjon og få oversikt over om det er likeverdig tilgang til helsetjenester i befolkningen.»<sup>96</sup>

Et annet mål i planen er at de skal «bruke resultater fra helseatlas for å redusere uønsket variasjon, oppnå god kvalitet og prioritering og sikre likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen».<sup>97</sup>

---

<sup>91</sup> Sykehuset i Vestfold HF *Utviklingsplan 2018-2035*, s. 74.

<sup>92</sup> Sykehuset i Vestfold HF *Utviklingsplan 2018-2035*, s. 112.

<sup>93</sup> Helse Sør-Øst RHF *Regional utviklingsplan 2035*, s. 81..

<sup>94</sup> Helse Midt Norge RHF *Regional utviklingsplan 2019–2022 (2035)*, s. 49.

<sup>95</sup> Helse Vest RHF *Regional utviklingsplan*, s. 17.

<sup>96</sup> Helse Nord RHF *Regional utviklingsplan 2035* s. 5.

<sup>97</sup> Helse Nord *Regional utviklingsplan 2035*, s. 6.

## 7 Vurderinger

### 7.1 Det er uønsket variasjon i forbruket av en rekke spesialisthelsetjenester mellom helseforetakenes opptaksområder

De regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene skal sørge for at det ytes gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, uavhengig av pasientenes bosted. I tillegg skal ressursene utnyttes best mulig. Dette innebærer at det ikke skal brukes for mye ressurser på noen pasientgrupper og for lite på andre.

I perioden fra 2015 til august 2019 er det publisert til sammen ni nasjonale helseatlas. Alle atlasene tar utgangspunkt i helsetjenester som er viktige eller vanlige for hvert fagområde. Undersøkelsen viser at for flertallet av helsetjenestene i atlasene er det tilfeller av at pasientene i ett opptaksområde mottar mer enn dobbelt så mye av en helsetjeneste som pasientene i et annet område. Dette gjelder for 117 av de 195 helsetjenestene som er inkludert i helseatlasene. For 31 av tjenestene er forbruket mer enn fire ganger høyere i opptaksområdet med høyest forbruksrate enn i opptaksområdet med lavest forbruksrate.

Den store geografiske variasjonen mellom helseforetakenes opptaksområder indikerer at innbyggernes behandlingstilbud avhenger av hvor de bor og at ressursene ikke brukes på best mulig måte. Dette innebærer at det for noen helsetjenester med stor variasjon sannsynligvis forekommer over- eller underbehandling i noen opptaksområder. Noe variasjon i forbruk må forventes og aksepteres og kan blant annet skyldes forskjeller i sykkelighet og legitime forskjeller i legenes vurdering av hva som er til pasientens beste. Etter Riksrevisjonens vurdering viser imidlertid resultatene fra helseatlasene at det forekommer uønsket variasjon for mange helsetjenester.

Det forekommer uønsket variasjon innenfor både medisinske og kirurgiske behandlinger, polikliniske kontakter, dagbehandling og innleggelser, men det er en tendens til at variasjonen er større for polikliniske kontakter og dagbehandlinger enn for behandlinger som krever innleggelse. Alle helseforetakene har rater som er blant de høyeste eller laveste for én eller flere behandlinger med stor variasjon.

Den påviste variasjonen er mindre for helsetjenester som kjennetegnes ved tilstander med klare diagnosekriterier hvor pasienter alltid søker helsehjelp, hvor sykehusbehandling er eneste behandlingsalternativ og hvor det finnes kjent effektiv behandling.

Den påviste variasjonen har økt de siste årene for et flertall av de tolv undersøkte dagkirurgiske inngrepene. For sju av de tolv inngrepene har den samlede behandlingssraten gått ned de siste årene. Likevel har variasjonen økt for et flertall av disse behandlingene. Et eksempel er skulderoperasjoner, der behandlingssratene er redusert med ca. 30 prosent, samtidig som det har vært en sterk økning i variasjon. Det viser at informasjon om variasjonen i seg selv ikke har vært tilstrekkelig for å redusere uønsket variasjon.

### 7.2 Systematisk ulike vurderinger av like tilstander bidrar til uønsket variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester

For de tre helsetjenestene som inngår i dybdeundersøkelsen, avdekker undersøkelsen systematiske forskjeller i vurderingspraksisen mellom legene i opptaksområder med høye forbruksrater og legene i opptaksområder med lave forbruksrater. Det er ulike holdninger blant leger om nytten av det undersøkte *skulderinngrepet*, og legene tolker forskningsresultatene på området forskjellig. Undersøkelsen viser også at legene gjør ulike vurderinger av hva som er til barnets beste når det gjelder *innleggelser på sykehus*, og at de legger ulik vekt på avlastningen som en innleggelse kan innebære for



pårørende. Når det gjelder bruk av *ultral lydundersøkelser i gynekologiske undersøkelser*, tyder undersøkelsen på at noen leger legger størst vekt på anbefalinger om ikke å lete etter sykdom der det ikke er indikasjon, mens andre legger større vekt på å unngå alvorlig sykdom ved å se etter for sikkerhets skyld. Ulike vurderinger fører til at pasienter behandles ulikt avhengig av hvor de bor, og hvilket behandlingssted de går til.

Felles for de tre helsetjenestene er at det ikke er etablert en omforent forståelse av beste praksis som er nedfelt i nasjonale faglige retningslinjer som beskriver konkret hvordan tilfeller skal vurderes. Nytt og ulempe ved helsetjenestene som er omfattet av undersøkelsen, er beskrevet i forskning, men den observerte vurderingspraksisen viser at legene ikke er omforente om hvilke tjenester som er til pasientens beste.

Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer for å ensrette praksis og veilede legenes behandlingsvalg på en rekke områder. Selv om ikke alle områder er like egnet for nasjonale retningslinjer, tyder den store, uønskede variasjonen i forbruket av en rekke helsetjenester på at det er behov for å utforme bedre beslutningsstøtte for legene. Revisjonen stiller spørsmål ved om spriket i kunnskapsgrunnlaget er så stort at det legitimerer den ulike praksisen som er observert.

Det lokale fagmiljøet påvirker legenes vurderingspraksis. Graden av faglig støtte og kontroll fra kolleger varierer mellom de undersøkte behandlingsstedene. Ved helseforetaket som gjør få *acromionreseksjoner*, består det lokale fagmiljøet av flere leger, og det er systemer som sikrer at faglig praksis er så lik som mulig mellom legene. Ved flere av sykehusene i opptaksområdene med høyt forbruk av *acromionreseksjoner*, består det lokale fagmiljøet av leger som for en stor del jobber alene. Fagmiljøene er videre spredt på ulike sykehus, og det er lite samordning mellom sykehusene i helseforetaket. Der hvor flere leger jobber sammen og hvor det er lagt til rette for det, har legene faglige diskusjoner som gjør at den enkeltes faglige praksis utfordres. Dette ser ut til å ha betydning for hvor raskt praksisen endrer seg i tråd med ny kunnskap. Undersøkelsen tyder også på at slike endringer skjer raskere når legene selv driver forskning og er engasjerte i fora hvor forskning presenteres og diskuteres.

Undersøkelsen viser at når det er tilgjengelig kapasitet, vil legenes og pasientenes forventninger og preferanser kunne føre til at kapasiteten fullt ut benyttes til behandling og utredning. Undersøkelsen viser at det kreves bevisste valg og konkrete grep i det lokale fagmiljøet for å begrense forbruket av enkelte helsetjenester som det ellers ville kunne være et overforbruk av. I de tre helsetjenestene som er undersøkt, har helseforetakene med lave forbruksrater vært oppmerksomme på å unngå overforbruk.

Helsepersonell har en plikt til å opptre i samsvar med gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen og til å holde seg faglig oppdatert gjennom forskning, faglige nettverk og møteplasser. For å sikre et effektivt behandlingstilbud må helseforetakene og RHF-ene legge til rette for kunnskapsdeling og faglig støtte for klinikerne i deres skjønnsvurdering av hvilken type helsehjelp pasienten bør få. Når ulike vurderinger av like tilstander fører til uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester, kan det etter revisjonens vurdering bety at ledelsen i helseforetakene og RHF-ene i for liten grad gir legene klare nok rammer og tilstrekkelig støtte i deres skjønnsutøvelse.

### **7.3 De regionale helseforetakene utnytter ikke kapasitetsregulering godt nok som virkemiddel for å redusere uønsket variasjon i forbruk.**

Ressursene skal utnyttes best mulig, og dette innebærer blant annet at sykehusene disponerer tildelte ressurser i med tråd befolkningens ulike behov for helsehjelp, at behandlingstilbudet gis der det trengs, og at det ikke ytes unødvendig helsehjelp.

Behandlingskapasitet er nært forbundet med omfanget av behandlinger. Behandlingskapasitet er en nødvendig forutsetning for behandlingsomfanget, og sykehusene arbeider for å bruke de tilgjengelige ressursene effektivt. Undersøkelsen

viser at variasjoner i kapasitet mellom opptaksområder bidrar til uønsket variasjon mellom opptaksområder.

På de to barneavdelingene i dybdeundersøkelsen er sengekapasiteten for *innleggelser* nesten dobbelt så høy i avdelingen med høy innleggelsesrate som i avdelingen med lav innleggelsesrate. Barneavdelingen med lav innleggelsesrate opplevde en begrensning i antallet senger og måtte organisere arbeidet deretter. De bruker i dag ressurser på å avklare pasienter raskt, noe som fører til en betydelig lavere innleggelsesrate og kortere opphold i sykehus for barnebefolkningen. Likeledes er det i de to opptaksområdene med høye behandlingsrater for *acromionreseksjoner* bygget opp en større kapasitet i form av personell og tilgang på operasjonsstuer til å gjennomføre disse inngrepene enn i opptaksområdet med lave behandlingsrater. Felles for de to opptaksområdene med høye behandlingsrater for *acromionreseksjoner* er at flere sykehus i hvert område, inkludert ett privat, utfører inngrepene.

Undersøkelsen viser at RHF-ene i liten grad styrer behandlingsskapasiteten i helseforetakene for å endre på forbruksrater. Dette har ikke vært et tema i helseforetakenes styringsdokumenter, og RHF-ene opplyser at de er tilbakeholdne med å fortelle helseforetakene hvordan de skal disponere ressursene. De fleste helseforetakene har omtalt variasjon i forbruk i utviklingsplanene sine, men de har i liten grad beskrevet og gjort vurderinger av situasjonen i dag og sammenlignet med andre helseforetak.

Private kommersielle sykehus og avtalespesialister skal supplere kapasiteten i de offentlige tjenestene og står for en betydelig del av produksjonen av enkelte helsetjenester. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF, som har spesifisert antall behandlinger i avtalene med de private kommersielle sykehusene, og som i undersøkelsesperioden aktivt har regulert volumet i avtalene, har RHF-ene i begrenset grad brukt avtaler til å styre behandlingsaktiviteten i de private kommersielle sykehusene. Videre har RHF-ene i begrenset grad brukt virkemidlene i avtalene til for eksempel å gjennomføre revisjoner av de private sykehusene for å overvåke at den faglige praksisen er mest mulig samordnet. Undersøkelsen viser også at RHF-ene i liten grad har brukt de mulighetene de har til å styre kapasiteten ved å omdisponere avtalespesialisthjemler som blir ledige, fra for eksempel én type behandlingsspesialitet til en annen.

RHF-ene har ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, og de tjenestene de kjøper fra private leverandører, med sikte på at den samlede ressursutnyttelsen skal være hensiktsmessig og rasjonell. Etter revisjonens vurdering utnytter ikke RHF-ene godt nok de mulighetene de har til å bruke kapasitetsregulering som virkemiddel for å redusere uønsket variasjon i forbruk.

#### **7.4 De regionale helseforetakene og helseforetakene har i liten grad brukt forbruksrater til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten**

RHF-ene skal sørge for sykehustjenester til personer som bor i helseregionen, og skal gjennom helseforetakene de eier, yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn.

Sørge-for-ansvaret innebærer at RHF-ene må organisere helsetilbudet slik at det er forsvarlig. Ansvaret innebærer også at RHF-ene har ansvar for å analysere og planlegge hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester. Som en del av dette må RHF-ene innhente styringsinformasjon. Dette innebærer at ledelsen i både RHF-ene og helseforetakene bør ha informasjon i form av analyser av behovet til og ressursbruken på forskjellige pasientgrupper, og den bør sikre seg muligheter til å sammenligne forbruk og behov i sitt eget foretak med forbruk og behov i

andre foretak. Dette vil gi informasjon om hvordan foretaket ivaretar sitt sørge-for-ansvar, og om det har en god fordeling av ressurser mellom pasientgrupper.

Gjennom helseatlasene har RHF-ene bidratt med kunnskap om variasjon i forbruk av helsetjenester. Undersøkelsen viser at helseatlas er et nyttig utgangspunkt for lokale fagmiljøer for å undersøke om deres egen praksis avviker fra andres. Helseatlasene gir også helseforetaksledelsen anledning til å stille spørsmål ved både ressursdisponeringen og vurderingene som gjøres i klinikkene.

I tillegg til å ha framskaffet styringsinformasjon i form av helseatlas har RHF-ene siden 2015 på ulike måter gitt signaler til helseforetakene om at de skal redusere variasjon i forbruk. Oppdragene har vært tett koblet opp mot oppdrag om å redusere annen variasjon i spesialisthelsetjenesten, slik som variasjon i kapasitetsutnyttelse, effektivitet og ventetider. I hovedsak har disse signalene ikke forpliktet helseforetakene til å rapportere om hvilke undersøkelser, vurderinger og eventuelle tiltak informasjon fra helseatlasene har ført til.

Unntaket er Helse Vest RHF, som i 2017 ba helseforetakene i regionen om å undersøke og rapportere tilbake om et utvalg behandlinger der det var stor variasjon, og der forbruksratene lå i ytterkanten av fordelingen. Dette førte til at fagmiljøene analyserte praksisen sin på bakgrunn av informasjonen i helseatlas. I flere tilfeller der fagmiljøet ikke kunne begrunne eller forsvare forbruksratene, førte selvevalueringen til at etablert praksis ble endret.

I undersøkelsen finnes det også eksempler på at fagmiljøer i helseforetakene på eget initiativ har tatt utgangspunkt i funn i helseatlasene og gjennomgått egen praksis på områder med avvikende forbruksrater. Helse Stavanger HF har evaluert bruk av antibiotika på nyfødte, og Sykehuset Telemark HF gjorde på bakgrunn av høye innleggelsesrater på nyfødtavdelingen et forbedringsarbeid som har medført en endret praksis og færre innleggelser.

Det mest brukte virkemiddelet til RHF-ene i arbeidet med å redusere forbruksvariasjon er å legge fram forbruksrater i ulike administrative og faglige sammenhenger, både på regionalt nivå og på helseforetaksnivå. Alle RHF-ene har gjort dette. Utover dette har RHF-ene vektlagt ulike virkemidler i arbeidet med å redusere uønsket variasjon. Helse Vest RHF har gitt helseforetakene et konkret oppdrag om å vurdere egen praksis innenfor områder med stor variasjon. Den viktigste innsatsen til Helse Sør-Øst RHF har vært å regulere avtaler med private kommersielle sykehus. Helse Midt-Norge RHF har valgt å innlemme arbeid med å redusere uønsket variasjon i forbruk i det arbeidet regionen gjør med regionale standardiserte pasientforløp. Disse forløpene innebærer retningslinjer som gir beslutningsstøtte til legene, og vil ha en standardiserende effekt på forbruk dersom de gir en klar beskrivelse av indikasjon. Helse Nord RHF har innført kliniske fagrevisjoner som virkemiddel for å bedre kvalitet og redusere uønsket variasjon. Dette tiltaket forplikter de involverte fagpersonene til å være med på å evaluere egen praksis i samarbeid med kolleger fra andre helseforetak.

Dersom sammenligninger mellom sykehus viser at bestemte pasientgrupper får betydelig mindre behandling i ett område enn i et annet, kan det tyde på en svikt i sørge-for-ansvaret. Tilsvarende kan høye behandlingsrater tyde på at ressurser kunne vært brukt bedre på andre pasienter som venter på hjelp.

Til tross for at helseforetakene etter hvert har fått god kunnskap om uønsket variasjon i forbruk, er det fortsatt stor variasjon. Det tilsier at mulige virkemidler samlet sett ikke har vært brukt godt nok til å redusere uønsket variasjon. Etter revisjonens vurdering er det å framskaffe styringsinformasjon et nødvendig, men ikke tilstrekkelig, tiltak for å redusere uønsket variasjon i forbruk. Revisjonen mener at RHF-ene ikke har stilt tydelige nok krav til helseforetakene, og at de kan følge opp disse kravene de stiller mer systematisk enn de har gjort hittil. Samtidig må arbeid med reduksjon av uønsket variasjon og eventuell

endring av praksis forankres hos klinikerne som fatter beslutning om utredning og behandling. Helse Vest RHF's oppdrag der de ba helseforetakene pålegge fagmiljøene å redegjøre for egen praksis, og Helse Nord RHF's kliniske fagrevisjoner involverer begge fagpersonell i arbeidet. Disse tiltakene har bidratt til å sette i gang konkrete diskusjoner i fagmiljøene. I tillegg kan tydelig beslutningsstøtte i form av retningslinjer bidra til likere praksis.

## 8 Referanseliste

### Love

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). LOV- 1999-07-02-61. Sist endret: LOV-2017-12-15-107.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41.
- *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret: LOV-2017-12-15-107.

### Stortingsdokumenter

- Innst. 57 S (2016–2017), jf. Meld. St 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*
- Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*
- Prop. 1 S (2016–2017) fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse og sykehusplan (2016–2019)*
- Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*, jf. Innst. 57 S (2016–2017)
- Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

### Forskrifter, reglement og retningslinjer

- Bevilgningsreglementet
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, jf. bl.a. *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. og lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Forskrift om prioritering av helsetjenester mv. (prioriteringsforskriften), jf. *lov om pasient- og brukerrettigheter*.
- Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet)

### Helseatlas og andre rapporter

- Aktivitetsdata for avtalespesialister 2018. (2018). Norsk pasientregister.
- Barnehelseatlas for Norge (2015). SKDE.
- Dagkirurgi i Norge 2011–2013 (2015). SKDE.
- Dagkirurgi i Norge 2013–2017 (2018). SKDE.
- Eldrehelseatlas for Norge (2017). SKDE.
- *For mye, for lite eller akkurat passe. Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten.* (2016) Den norske legeforening. Hentet fra <<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/c429b118ca8447049765305a2dcfd10f/rapport-for-mye-for-lite-eller-akkurat-passe.pdf>>
- Helseatlas for fødselshjelp (2019). SKDE.
- Helseatlas for gynekologi (2019). SKDE.
- Helseatlas for ortopedi i Norge (2018). Helse Førde.
- Helseatlas kols (2017). SKDE.
- Indikatorer for måling av uberettiget variasjon. (2016). SKDE.
- *Innleggelse barn 0-16 år. Oppdatering fra Barnehelseatlas* (2019). SKDE, hentet fra <<https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Notater/Innleggelse%20barn%200-16%20c3%a5r%20%20oppdatering%20fra%20Barnehelseatlas%20%28SKDE%202019%29.pdf>>
- Norsk nyfødte medisinsk helseatlas (2016). SKDE.

### **Bøker og faglige tidsskrifter**

- BMJ 2019; 364: l294. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.l294>.
- Buys, S.S., Partridge, E., Black, A., Johnson, C.C., Lamerato, L., Isaacs, C. et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. JAMA. 2011; 305(22): 2295–2303.
- Farfaras, S., Sernernt, N., Christensen L.R., Hallström, E.K., Kartus, J.T. *Subacromial Decompression Yields a Better Clinical Outcome Than Therapy Alone*, The American Journal of Sports Medicine 2018; 46(6): 1397–1407. DOI: 10.1177/0363546518755759.
- Holtedahl, R., Brox, J.I., Aune A.K. et al. Changes in the rate of publicly financed knee arthroscopies: an analysis of data from the Norwegian patient registry from 2012 to 2016. BMJ Open 2018; 8: e021199. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021199.
- Rosenlund, I.M, Leivseth, L., Nilsen, I., Førde, O.H., Revhaug, A. Extent, regional variation and impact of gynecologist payment models in routine pelvic examinations: a nationwide cross-sectional study, BMC Women's Health (2017) 17:114 DOI 10.1186/s12905-017-0471-2.
- Wennberg, J. E. (2010). Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford University Press.

### **Andre kilder**

- Helseatlas: <<https://helseatlas.no/>>
- Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeförening om avtalepraksis for legespesialister. Kommentarutgave. (2016). Den norske legeförening.
- SAMDATA: <<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>>
- Statistisk sentralbyrå: <<https://www.ssb.no/>>
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-2620 (2017). Helsedirektoratet.