
Uønsket variasjon – ønsket endring

KRONIKK

HALVOR LANGELAND

halvor.johannes.breivik.langeland@helse-midt.no

Halvor Langeland er ph.d., spesialist i anesthesiologi og seniorrådgiver i Helse Midt-Norge.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OLE TJOMSLAND

Ole Tjomsland er dr.med., spesialist i thoraxkirurgi og i generell kirurgi, prosjektdirektør i Helse Sør-Øst og førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PANCHAKULASINGAM KANDIAH

Panchakulasingam Kandiah er spesialist i radiologi og assisterende fagdirektør i Helse Vest.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SYNØVE KALSTAD

Synøve Kalstad er spesialist i revmatologi og konstituert fagdirektør i Helse Nord.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINE STRØMHAUG GRONGSTAD

Line Strømhaug Grongstad er ergoterapeut, master i ledelse og seniorrådgiver ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELISABETH PEDERSEN

Elisabeth Pedersen er ph.d., master i farmasi og rådgiver ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIT HERDER

Marit Herder er dr.med., spesialist i radiologi, overlege ved Universitetssykehuset Nord Norge, medisinsk rådgiver ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EVA STENSLAND

Eva Stensland er spesialist i nevrologi, dr.med., direktør for Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun sitter i fagrådet i i Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning.

Nasjonal operativ gruppe for revurdering arbeider for å redusere helsetjenester med uønsket variasjon og lav helsegevinst.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Leger ønsker samvittighetsfullt å tilby pasientene den beste behandlingen, i tråd med gjeldende anbefalinger. Derfor skulle man tro at like sykdommer utredes og behandles likt. Selv om forekomsten av de fleste medisinske tilstander er jevnt fordelt i befolkningen, viser helseatlas fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) forbløffende stor geografisk variasjon i utredning og behandling ved norske sykehus (1). Over dobbelt så mange skjeve tær korrigeres med kirurgi i Møre og Romsdal sammenlignet med Østfold, og dobbelt så mange barn i Nord-Trøndelag får dren i øret sammenlignet med jevnaldrende i nabofylket Nordland – for å nevne to eksempler blant mange.

«Helseatlas viser forbløffende stor geografisk variasjon i utredning og behandling ved norske sykehus»

Dersom variasjonen ikke kan knyttes opp til forskjeller i sykелighet, tyder det på at deler av befolkningen blir under- eller overbehandlet. Begge deler defineres som uønsket variasjon og er en kilde til bekymring. Ikke minst fordi valg av feil metode og feil indikasjon er de vanligste årsakene til utbetalinger fra Norsk pasientskadeerstatning (2), og fordi det oppstår en pasientskade ved omtrent 12 % av sykehusoppholdene i Norge (3).

På verdensbasis anslås det at 60 % av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har høy nytte i forhold til kostnad og risiko, 30 % har usikker eller lav nytte, mens 10 % utsetter pasienten for risiko uten noen påviselig nytte (4). Vi vet svært lite om hvordan denne fordelingen er i Norge.

Nasjonal operativ gruppe for revurdering

I 2019 gav Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene i oppdrag å fase ut behandlingsmetoder uten dokumentert effekt. I den forbindelse ble det utredet om Nye metoder var like godt egnet til å revurdere og utfase eksisterende behandlingstilbud som å vurdere og innføre nye tilbud (5). Da det rådet usikkerhet om dette, vedtok de regionale helseforetakene i 2023 å etablere et eget interregionalt oppdrag for identifisering, revurdering og utfasing av helsetjenester med lav helsegevinst.

Helsetjenester med lav helsegevinst er definert som utredning og behandling hvor antatt helsegevinst ikke står i forhold til den medfølgende risikoen og kostnaden (6). Enkelte mener at miljøkostnader også bør inngå i denne vurderingen.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering fikk i oppdrag å koordinere og lede en nyopprettet nasjonal operativ gruppe for revurdering bestående av representanter fra de regionale helseforetakene og med de regionale fagdirektørene som styringsgruppe.

Aktuelle helsetjenester for revurdering er basert på kriteriene risiko, pasientvolum og kostnad. I dette arbeidet benyttes helseatlas og kliniske dashbord, som viser geografisk distribusjon av forbruksrater i Norge for ulike helsetjenester (1). I tillegg støtter revurderingsgruppen seg på internasjonale programmer for å redusere helsetjenester med lav helsegevinst (6–9), den medisinske litteraturen samt Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje (10).

Når helsetilbud med usikker eller antatt lav helsegevinst er identifisert, presenteres disse for styringsgruppen, som avgjør hvilke helsetilbud som skal revurderes. Deretter opprettes nasjonale faggrupper med eksperter fra alle helseregionene og et sekretariat fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering.

Målet er at faggruppene bruker sin ekspertise til å vurdere helsetilbudet i lys av nyeste forskning og gjeldende beste praksis, og arbeidet skal munne ut i en anbefaling med plan for tiltak. Anbefalingen og tiltaksplanen forelegges de regionale brukerutvalgene, før styringsgruppen tar den endelige beslutningen om implementering. Slik sikres en felles forståelse og forankring i både fagmiljøet og ledelsen.

«Målet er at faggruppene bruker sin ekspertise til å vurdere helsetilbudet i lys av nyeste forskning og gjeldende beste praksis»

De første innsatsområdene er (i) akromionreseksjon ved impingementsyndrom og sutur av degenerativ rotatorcuffruptur [\(11\)](#), (ii) gastroskopi av pasienter under 45 år uten tilleggssymptomer og (iii) invasiv utredning og behandling av pasienter med kronisk myokardiskemi.

Kunnskap alene endrer ikke praksis

Man skulle tro at helsepersonell og sykehus ikke vil være bekjent av at egen praksis avviker fra normalen. Men selv med anbefalinger forankret i både fagmiljø og ledelse viser studier at tiltakene likevel ofte ikke får forventet gjennomslag [\(12, 13\)](#). Det er altså langt fra nok å peke på situasjonen for å skape endring, og det er dessuten uklart hvilke tiltak som kan skape endring [\(14\)](#). Evaluering av ulike kampanjer har vist at det å utarbeide anbefalinger for reduksjon av helsetjenester med lav helsegevinst ikke er tilstrekkelig til å endre klinisk praksis [\(15, 16\)](#). Det er derfor ikke åpenbart hvordan den nasjonale gruppen best kan løse revurderingsoppdraget, men vi har gjort oss noen tanker vi ønsker å presentere.

Nasjonal operativ gruppe for revurdering har først og fremst i oppdrag å redusere helsetjenester med lav helsegevinst og å fremme beste praksis. I denne sammenhengen er det viktig å være klar over at variasjon i helsetjenesteforbruk oftest er et tegn på manglende faglig konsensus eller ulik behandlingskapasitet [\(17\)](#). Dessuten utelukker fravær av variasjon i seg selv verken under- eller overbehandling [\(18\)](#). Ved mange tilstander mangler klare retningslinjer for beste praksis, og man vet heller ikke hvor de ulike behandlingsratene bør ligge. Slik oppstår såkalt preferansestyrt variasjon [\(17\)](#). Gruppen forsøker å redusere dette gjennom faggrupper som utarbeider klare forskningsbaserte anbefalinger det kan skapes konsensus om. En felles prosedyrebank som metodebok.no eller tydelige anbefalinger som i Gjør kloke valg-kampanjen bidrar forhåpentligvis til en felles standard for god praksis.

Ved begrenset kunnskap om variasjon innenfor et helsetilbud, kan to prinsipper bidra til en foreløpig pragmatisk tilnærming: (i) All variasjon i kapasitet og kvalitet på nødvendige helsetjenester er i utgangspunktet uønsket, og (ii) gjennomsnittlig, eller i noen tilfeller laveste, forbruksrate i Norge skal være veiledende.

Rudolfsen og medarbeidere har demonstrert en interessant tilnærming for å beregne «optimal» behandlingsrate [\(19\)](#). Ved å kombinere kliniske utfallsmål fra Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi med publiserte operasjonsrater i de tilhørende opptaksområdene, kunne de vist at dose-respons-kurven hadde et knekkpunkt der økende behandlingsrater var assosiert med lavere behandlingseffekt. Vi tror denne tilnærmingen kan brukes på flere områder for å beregne marginalnyten av ulike helsetjenesters forbruksrater. Det er da viktig å forstå at slike rater er veiledende og ikke en «kvote», ettersom feil pasientseleksjon likevel kan forekomme. I alle tilfeller, og særlig der det råder uenighet om beste praksis, bør pasientens preferanse ivaretas gjennom medvirkningsprosessen Samvalg [\(20\)](#).

Hvordan komme uønsket praksis til livs?

Mengden utredning og behandling i sykehus avhenger også av fastlegenes rolle som portvokter. Denne funksjonen er bedre i varetatt når fastlegen kjenner sine pasienter godt (21). Roczniowska og medarbeidere har nylig vist at svenske allmennpraktikere var tilbøyelige til å etterkomme pasientens ønske om en undersøkelse eller behandling med forventet lav helsegevinst hvis denne var lite ressurskrevende og legen ikke hadde åpenbare motforestillinger (22). Frykt for å overse alvorlig sykdom var oppgitt som den vanligste årsaken til økt testing (utredning). Men økt testing er ikke uproblematisk. Det kan føre til falskt positive resultater og tilfeldige funn, som både er ressurskrevende for helsevesenet og belastende for pasienten. Tilsynelatende «uskyldige» undersøkelser kan dermed starte uheldige ringvirkninger som ender i overdiagnostisering, ventelister og overbehandling. Fordi en unødvendig henvisning likevel kan være vanskelig å avvise, blir ofte en pragmatisk løsning det å sette en lang behandlingsfrist, hvilket øker ventetidene i spesialisthelsetjenesten (23). Faglige veiledere og retningslinjer bør derfor være oppdaterte, utvetydige og samstemte i sine anbefalinger.

«Mengden utredning og behandling i sykehus avhenger også av fastlegenes rolle som portvokter»

Det kan virke logisk at utvikling av helsetjenester med lav helsegevinst reduserer kostnader og dermed bedrer sykehusets økonomi. Men ifølge Kroon og medarbeidere mislykkes ofte prosjekter med kun kostnadsreduksjon som mål fordi om lag 80 % av driftskostnadene ved sykehus er tilnærmet «faste» og derfor upåvirket av aktiviteten (24). Å redusere faste kostnader er selvfølgelig mulig, men tidkrevende. Poliklinikker, operasjonsstuer og andre helsetjenester bør derfor bestrebe seg på å endre pasienttilbudet til helsetjenester med dokumentert høyere helsegevinst (24). Trolig er subspecialister ved små lokalsykehus, uten tilstrekkelig pasientgrunnlag, en utfordring i en slik omstillingsprosess.

Helsepersonellkommisjonen påpeker et fremtidig økende misforhold mellom sysselsettingen i helsevesenet og en aldrende befolkning (25). Dagens praksis er ikke bærekraftig på sikt, og reduksjon av helsetjenester med lav helsegevinst må settes høyt på agendaen. I dette arbeidet spiller også økonomiske insentiver en viktig rolle, og reduserte behandlingstakster for helsetjenester med lav helsegevinst vil kunne være et nødvendig virkemiddel for å stimulere til ønsket prioritering.

REFERENCES

1. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helseatlas. www.skde.no/helseatlas Lest 12.4.2025.

2. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikkportal.
www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/statistikkportal/ Lest 12.4.2025.
3. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2023. Oslo: Helsedirektoratet, 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2023> Lest 12.4.2025.
4. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med* 2020; 18: 102. [PubMed][CrossRef]
5. Nye metoder. Revurdering og utfasing. <https://www.nyemetoder.no/om-systemet/revurdering-og-utfasing/> Lest 12.4.2025.
6. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet* 2017; 390: 191–202. [PubMed][CrossRef]
7. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG et al. Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1067–76. [PubMed][CrossRef]
8. Duggan C, Beckman AL, Ganguli I et al. Evaluation of Low-Value Services Across Major Medicare Advantage Insurers and Traditional Medicare. *JAMA Netw Open* 2024; 7: e2442633. [PubMed][CrossRef]
9. Evidence-based Interventions. <https://ebi.aomrc.org.uk/> Lest 12.4.2025.
10. Den Norske Legeforening. Gjør kloke valg.
<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/> Lest 12.4.2025.
11. Tjomsland O, Bertilsson HM, Bjerkan G et al. Protocol for a national intervention programme aimed to reduce unwarranted variation and overuse of shoulder arthroscopy in Norway. *BMJ Open Qual* 2025; 14: e003099. [PubMed][CrossRef]
12. Tjomsland O, Thoresen C, Ingebrigtsen T et al. Reducing unwarranted variation: can a 'clinical dashboard' be helpful for hospital executive boards and top-level leaders? *BMJ Lead* 2024; 8: 186–90. [PubMed][CrossRef]
13. Eide HP, Barach P, Søreide E et al. Managing unwarranted variation in hospital care - findings from a regional audit in Norway. *Res Health Serv Reg* 2023; 2: 16. [PubMed][CrossRef]
14. Heus P, van Dulmen SA, Weenink JW et al. What are Effective Strategies to Reduce Low-Value Care? An Analysis of 121 Randomized Deimplementation Studies. *J Healthc Qual* 2023; 45: 261–71. [PubMed][CrossRef]
15. Cliff BQ, Avanceña ALV, Hirth RA et al. The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. *Milbank Q* 2021; 99: 1024–58. [PubMed][CrossRef]

16. Anderson M, Molloy A, Maynou L et al. Evaluation of the NHS England evidence-based interventions programme: a difference-in-difference analysis. *BMJ Qual Saf* 2023; 32: 90–9. [PubMed][CrossRef]
 17. Wennberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. Oxford: Oxford University Press, 2010: 3–25.
 18. Godager G. Uønsket fravær av variasjon i helsesektoren. *MAGMA* 2023; 26: 171–8. [CrossRef]
 19. Rudolfson JH, Solberg TK, Ingebrigtsen T et al. Associations between utilization rates and patients' health: a study of spine surgery and patient-reported outcomes (EQ-5D and ODI). *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 135. [PubMed][CrossRef]
 20. Helsenorge. Samvalg – du kan være med og bestemme. <https://www.helsenorge.no/samvalg/> Lest 12.4.2025.
 21. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84–90. [PubMed][CrossRef]
 22. Roczniowska M, Augustsson H, Ingvarsson S et al. Relative importance and interactions of factors influencing low-value care provision: a factorial survey experiment among Swedish primary care physicians. *BMJ Qual Saf* 2025; bmjqs-2024-018045. [PubMed][CrossRef]
 23. Brendbekken A, Melberg A, Johansson KA. Prioriteringsveileder eller koveileder? *Dagens Medisin* 28.1.2025. <https://www.dagensmedisin.no/jan-christian-vestre-prioritering-prioriteringsmeldingen/prioriteringsveileder-eller-koveileder/670626> Lest 12.4.2025.
 24. Kroon D, Stadhouders NW, van Dulmen SA et al. Why Reducing Low-Value Care Fails to Bend the Cost Curve, and Why We Should Do it Anyway. *Int J Health Policy Manag* 2023; 12: 7803. [PubMed][CrossRef]
 25. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023:4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 12.4.2025.
-

Publisert: 30. juni 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0308

Mottatt 3.5.2025, første revisjon innsendt 12.5.2025, godkjent 14.5.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. februar 2026.