



# Årsrapport 2024



Årsrapporten er utarbeidet av  
SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering  
Helse Nord RHF  
(+47) 77 75 58 00  
post@skde.no

Forsidebilde: Ørjan Marakatt Bertelsen  
Portrettbilder: Ørjan Marakatt Bertelsen og Randi Solhaug  
Trykk: Lundblad Media AS

SKDE rapport nr 2/2025  
ISBN 978-82-93141-63-1

# Innhold

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Forord                                                          | 5  |
| Tidslinje                                                       | 6  |
| Fra kunnskapsleverandør til endringsagent                       | 8  |
| SKDE har overtatt ansvaret for metodebok.no                     | 13 |
| Oppdaterer helseatlas-analyser årlig                            | 15 |
| To nye helseatlas — grunn til å anta overforbruk                | 16 |
| Suksess for WIC-konferansen i Norge                             | 18 |
| Enklere å finne informasjon om<br>behandlingskvalitet           | 22 |
| Fra Arendalsuka til webinarer                                   | 24 |
| Ny strategisk handlingsplan for Nasjonalt<br>servicemiljø       | 25 |
| Hoftebruddpasienter opplever langvarig redusert<br>livskvalitet | 26 |
| Eldre menn med prostatakraft får ikke lik<br>behandling i Norge | 28 |
| Hjerteinfarktpasienter bør få trombolysebehand-<br>ling oftere  | 30 |
| Nye forskningsmidler                                            | 32 |
| Publikasjoner                                                   | 34 |

# ● Hvem er vi?



# SKDE 20 år



↑  
Eva Stensland  
Direktør SKDE

Vi ble opprettet som en regional analyseavdeling med en håndfull ansatte for å bistå Helse Nord RHF med styringsdata til ledere i helseregionen. I løpet av de 20 årene SKDE har eksistert, har vi fått viktige nasjonale oppdrag både fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og det interregionale møtet til administrerende direktører i RHFene, for å frambringe informasjon om kvaliteten i spesialisthelsetjenesten.

I 2024 fikk vi et nytt oppdrag: å forvalte det nasjonale arbeidet med «metodebok.no» — en nettportal som gir helsepersonell tilgang til metodebøker, brukerveiledere og prosedyrer. Hensikten med metodebøker er å sørge for likere praksis mellom sykehusene og dermed redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Sammen med oppdraget vi fikk i 2023 om å koordinere arbeidet med å redusere lavverdi helsetjenester, fører oppdragene SKDE et steg videre — vi går fra å kun presentere analyser om kvalitet til også å bidra i arbeidet med å redusere variasjon og helsetjenester som ikke er nyttig for pasientene.

Formidling av hva vi driver med er viktig. Som en del av 20-års jubileet lagde vi fire korte filmer og arrangerte et webinar med presentasjoner av ulike deler av vår virksomhet.

Vi fikk også vist oss fram internasjonalt da vi arrangerte den årlige Wennberg-konferansen i Oslo i september med deltakere fra 17 land. Her bidro vi med bredt faglig innhold fra arbeidet med reduksjon av lavverditjenester, helseatlas, kvalitetsregistre og forskning.

I 2024 publiserte vi to nye helseatlas innen radiologi og laboratoriemedisin. Begge som en del av et oppdrag fra HOD til de regionale helseforetakene om å beskrive variasjon i forbruk av disse tjenestene. 2024 ble også året vi fikk på plass et system for oppdatering av analyser fra helseatlas – dette har vært etterlyst av ledere og fagfolk i mange år!

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre har i 2024 gjort en stor jobb med videreutvikling av resultatsider på web for økt brukervennlighet. De har også utviklet en «sykehusviser» der alle kvalitetsindikatorer grupperes på sykehusnivå, slik at ledere lettere skal få oversikt over sine kvalitetsresultater.

Det har også vært et produktivt år for forskningsseksjonen. Vi startet året med disputas, og avsluttet året med innlevering av ny doktorgradsavhandling. Vi ble i desember tildelt nye forskningsmidler til en ph.d.-stilling og en postdoktor-stilling, med forskningsspørsmål innen ryggkirurgi og hjerneslag.

2024 har vært et hektisk år — et år der vi også har økt vår synlighet.

## Dette er SKDE

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) er en enhet under Helse Nord RHF. SKDE bidrar med styringsinformasjon til alle helseforetak i Norge og vi har flere nasjonale oppdrag. Vårt mål er å bidra til likeverdige helsetjenester av god kvalitet til alle pasienter uansett hvor de bor.

Vi presenterer resultater for forbruk og kvalitet i pasientbehandling gjennom å

- publisere helseatlas
- drifte Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre
- drive helsetjenesteforskning

Vi bidrar til å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen gjennom å

- drifte metodebok.no
- lede oppdraget «Hva skal sykehusene gjøre mindre av?»

## Viktige hendelser i SKDEs historie

- 2004** SKDE blir opprettet.
- 2008** Virksomheten utvides med en regional registerenhet for Helse Nord.
- 2009** Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre etableres.
- 2015** Det første helseatlaset presenteres.
- 2016** SKDE får i oppdrag å øke forskningsvirksomheten, samt utvide og styrke sitt internasjonale og interne samarbeid.
- 2020** SKDE får ansvar for Teknologiforum for medisinske kvalitetsregistre (FMK).
- 2023** SKDE får ansvar for å lede det interregionale arbeidet med oppdraget "Hva skal sykehusene gjøre mindre av?"
- 2024** SKDE overtar ansvar for metodebok.no.
- 2024** Tjenesten "Oppdaterte helseatlas" blir lansert.



## SKDE 20 år:

# Fra kunnskapsleverandør til endringsagent

I 2004 ble SKDE opprettet for å levere pasientstrømsanalyser og forbruksprofiler regionalt i Helse Nord. Fram til 2024 har utviklingen vært stor. Nå bidrar SKDE også aktivt for å endre praksis for bedre pasientbehandling i hele landet.

Likeverdige helsetjenester av god kvalitet er SKDEs mål. Derfor har SKDE i mange år bidratt til å øke forståelsen av hvordan kvalitet og forbruk av helsetjenester kan variere geografisk i Norge ved å analysere og formidle helsedata. For å få til en reell forbedring, trengs imidlertid ikke bare kunnskap og tallgrunnlag. En må også ha forslag til tiltak som kan løse problemene og sette tiltakene ut i verk.

De siste årene har det derfor blitt mer oppmerksomhet rundt hvordan den geografiske variasjonen faktisk kan reduseres. Hva må til for å få til endring og forbedring? Dette spørsmålet er også SKDE engasjert i.

Å bli mer delaktig i å løse problemene med variasjoner, er nokså annerledes enn det SKDEs oppdrag opprinnelig gikk ut på.

### Behov for datagrunnlag

Da SKDE ble opprettet, sto det i Helse Nord RHF's årsmelding for 2004 at *“Senteret skal særlig konsentrere seg om pasientstrømsanalyser og forbruksprofiler. Andre tiltak er formidling av betydningen av at ny vitenskapelig dokumentasjon og metodevurdering må implementeres i sykehusene i form av kunnskapsbasert praksis.”*

Også på regjeringsnivå ble etableringen av SKDE omtalt. Blant annet ble senteret sett på som *“... et viktig tiltak for å styrke grunnlaget for kunnskap, kvalitet og læring i helsetjenesten i helseregionen”* (kilde: [St.prp. Nr. 1 \(2003—2004\)](#)).

Grunnen til at SKDE ble opprettet, var et behov for datagrunnlag som ble tydelig i forbindelse med Helsereformen i 2002. Da ble sykehusene stilt krav til angående pasientbehandlingen, og de måtte sikre at befolkning og pasienter i alle helseregioner fikk likeverdige og tilstrekkelige helsetjenester av god kvalitet. Problemet var bare at de ikke hadde noen metode for å måle dette. Norsk pasientregister (NPR) var i sin spede begynnelse og medisinske kvalitetsregistre var stort sett driftet av enkeltpersoner.

— Da fikk to personer i Helse Nord RHF en idé til hva man kunne gjøre. Det var Olav Helge Førde som var styreleder og Finn Henry Hansen. De så for seg et senter på med epidemiologisk kompetanse fra UiT og medisinsk kompetanse fra UNN, forankret i spesialisthelsetjenesten for å sikre kontakt med klinikken. Formålet skulle være å etablere gode databaser, slik at helsearbeidere og ledere på alle nivå kunne få svar på tre enkle, men nødvendige spørsmål: Hva gjør vi egentlig med pasientene, hvordan går det med dem og holder vi på med de riktige tin-





↑ SKDE har gått fra å være en liten analyseavdeling i Helse Nord i 2004, til å bli et senter med stadig flere nasjonale oppdrag i 2024. Bildet viser de ansatte i SKDE på internsamling høsten 2024. Foto: Randi Solhaug.

gene? Forslaget vant gehør og SKDE var et faktum, forteller tidligere direktør i SKDE, Trine Magnus.

### Tre viktige milepæler

Helt i starten var SKDE en liten analyseavdeling i Helse Nord, lokalisert på UNN i Tromsø. En viktig milepæl for SKDE kom på Kvalitetsregisterkonferansen som ble arrangert i Tromsø i 2008. Der kunngjorde daværende departementsråd Anne Kari Lande Hasle i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at det skulle etableres et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i SKDE fra 2009. Siden da har SKDE bidratt til et sterkere fokus på kvalitet i pasientbehandlingen gjennom oppdraget med å lede Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

Tilgjengeliggjøring på våre nettsider av tallgrunnlaget og kunnskapen, har også gjort det lettere for det enkelte sykehus å finne ut hvor det har forbedringspotensial. Dette for å sikre mer likeverdig pasientbehandling.

En annen viktig milepæl ble nådd da det første helseatlas i SKDEs regi ble publisert i 2015. SKDE fikk en viktig anerkjennelse og drahjelp av daværende helseminister Bent Høie, som var med på lanseringen. Det siste tiåret har SKDE laget mange helseatlas

basert på et stort tallgrunnlag fra spesialisthelsetjenesten, og i de siste årene også fra primærhelsetjenesten. Alle atlasene har belyst og vist at geografisk variasjon i behandlingspraksis er ganske utbredt i Norge.

Prosjektdirektør i Helse Sør-Øst RHF, Ole Tjomsland, er en av dem som påpeker hvor viktig det var at SKDE, bokstavelig talt, satte uønsket variasjon og overbehandling på kartet gjennom helseatlas.

— SKDEs utrettelige innsats med å innhente, publisere og ikke minst å formidle data som avdekket store geografiske forskjeller i kvalitet og forbruk av helsetjenester, har vært et meget viktig bidrag, sier han.

I 2016 nådde SKDE nok en viktig milepæl. Da fikk senteret i oppdrag å øke forskningsvirksomheten, samt utvide og styrke sitt internasjonale og interne samarbeid. SKDE har bygd opp en egen forskningsseksjon for å løse dette oppdraget. Forskningsseksjonens oppgave er gjennom ulike analyser å forsøke å forklare praksisvariasjon i helsetjenesten. I dag har SKDE pågående forskningsprosjekter innen fagområder som hjerte-karsykdommer, kreft, psykisk helse og muskel-skjelettsykdommer.



## Flere nye oppdrag

De siste årene har SKDE fått flere nye oppdrag som viser at SKDE går i retning av å bistå spesialist-helsetjenesten å finne gode tiltak som sikrer mer likeverdig behandling. I 2023 fikk for eksempel SKDE oppdraget med å lede RHF-enes arbeid med å redusere helsetjenester med lav helsegevinst.

— I dagens situasjon, med lange ventelister, er det viktig at helsepersonell får bruke tiden sin på utredninger og behandling som gir nytte for pasientene. De fire helseregionene har gått sammen om å identifisere helsetjenester som i liten grad gir helsegevinst. Disse må vi redusere bruken av, og både fagfolk og ledere er involvert i dette viktige arbeidet, sier Stensland. I 2024 har dette oppdraget, som har fått navnet [“Hva skal sykehusene gjøre mindre av?”](#), kommet godt i gang. Tre fagområder hvor det er grunnlag for en aktivitetsreduksjon er valgt ut: skulderkirurgi, øvre endoskopi hos de under 45 år og koronar angiografi hos pasienter med kronisk hjertesykdom. Medisinske faggrupper er oppnevnt for hvert av fagområdene, og disse har i løpet av året jobbet grundig og med stort engasjement.

Et annet eksempel er [metodebok.no](#) som SKDE overtok fra Helse Sør-Øst RHF i årsskiftet 2023/2024. Gjennom å være en standardisert plattform for metodebøker, veiledere og prosedyrer for helsepersonell, kan Metodebok.no også spille en viktig rolle i å fremme likeverdig behandling.

— Verktøyet er nødvendig i arbeidet med å redusere variasjon i praksis mellom ulike sykehus, sier Eva Stensland.

I tillegg vil Helse Sør-Øst overføre nok et prosjekt til SKDE: [klinisk dashboard](#). Det er et verktøy som gir en oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet av nødvendige helsetjenester, samt forbruksrate for preferanse og tilbudsstyrte tjenester. Ole Tjomsland forteller at de nå finpusser siste utgave av klinisk dashboard før overlevering, slik at det blir en oppdatert, nasjonal oversikt over de tjenestene som det brukes mest penger på.

## Ser fram til fortsettelsen

Med 20 år bak seg, ser vi i SKDE nå fram til å fortsette arbeidet i årene som kommer, forteller Eva Stensland.

— Det viktigste i tiden framover er å få flere til å bli kjent med, og å bruke, våre analyser for å endre og forbedre helsetjenesten. Vi jobber hardt for å presentere vår kunnskap på ulike arenaer, og å holde vår nettside [skde.no](#) oppdatert og lett å bruke, sier hun.

En som er fornøyd med SKDEs utvikling i løpet av de 20 årene som har gått, er Jan Frich, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF. Han understreker viktigheten av å ha gode data for å drive effektive helsetjenester. I tillegg roser han SKDEs arbeid med å studere variasjon og jobben som gjøres med de medisinske kvalitetsregistrene.

— Det som er viktig for dem som er tett på pasientene er å kunne sammenligne seg med andre, slik at man kan stille spørsmål rundt egen praksis. Så jeg tenker at det som blir viktig framover er at vi får enda mere “real-time” data om hvordan det står til i tjenestene våre. At vi får informasjon som er lett å bruke, tilgjengelig for klinikerne og at vi hele tiden utfordres til å håndtere uønsket variasjon bedre. Og her har SKDE en kjempeviktig rolle, så jeg ser fram til å jobbe minst 20 år til med data som dere leverer til oss som ledere og klinikere i helsetjenesten, sier han.

SKDE feiret for øvrig sitt jubileum med et webinar som viser bredden i arbeidet som gjøres ved sentret. [Opptaket kan du se her.](#)

**– Det viktigste i tiden framover er å få flere til å bli kjent med, og å bruke, våre analyser for å endre og forbedre helsetjenesten.**

Eva Stensland, direktør SKDE

## Dette jobber vi med i SKDE



↑  
Janice Shu  
Analytiker

— I analyseseksjonen er vi opptatte av variasjon i helsetjenester. Vi benytter blant annet data fra spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten i våre analyser. En av oppgavene våre er å lage helseatlas som viser geografisk fordeling i bruk av utvalgte helsetjenester. Ofte ser vi at bruken varierer mellom opptaksområdene. Helseatlas er et verktøy som helsepersonell og ledere i helsetjenesten kan benytte, for eksempel til styringsinformasjon for å sikre likeverdige helsetjenester.



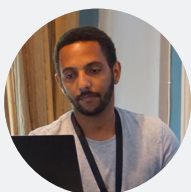
↑  
Stein-Kato Lindberg  
Analytiker

— Jeg er analytiker og jobber med behandling og presentasjon av data fra nasjonale kvalitetsregistre. Registrene leverer data om sine kvalitetsindikatorer i en løsning som driftes av SKDE, og disse dataene presenteres på SKDE sine nettsider. Vi driver med jevnlig vedlikehold og videreutvikling av disse systemene, og har nylig avsluttet et prosjekt der nettsidene har fått en overhaling og blitt mer brukervennlige.



↑  
Marit Herder  
Medisinskfaglig  
rådgiver

— Jeg jobber med oppdraget “Hva skal sykehusene gjøre mindre av?”. For å få mer likeverdige helsetjenester må vi blant annet slutte å gjøre de tingene vi vet ikke virker. Vi ser at det er variasjon i spesialisthelsetjenesten, og den kan ikke alene forklares ut fra befolkningsgrunnet eller geografi. Det er grunn til å tro at det enten gjøres for mye eller for lite av noe, og at vi gjør en del i spesialisthelsetjenesten som gir lav helsegevinst. Dette ønsker vi å sette fokus på.



↑  
Yohannes Tesfay  
Statistiker

— Som rådgiver innen dataanalyse og statistikk, jobber jeg med å øke kunnskapen om geografiske og sosioøkonomiske forskjeller i bruk av helsetjenester og behandlingskvalitet. Gjennom forskningen vår undersøker vi variasjon i praksis for å fremme mer likeverdige helsetjenester i hele landet.



↑  
Petra Pohl  
Rådgiver

— Som rådgiver støtter jeg direktøren og seksjonslederne i avdelingen. Jeg har mange koordinerende oppgaver, inkludert å «holde orden i eget hus» ved å bistå med å utarbeide og oppdatere rutiner. Som sekretær i lederteamet, arbeidsmiljøutvalget og fagrådet for SKDE, har jeg tett kontakt med alt som skjer internt, og får dermed god oversikt over vårt felles bidrag til «pasientens beste» i samarbeid med ansatte i helsetjenesten.

# ● Hva har vi gjort i 2024?



↑ Medisinskfaglig rådgiver Per Meinich og SKDE-direktør Eva Stensland. Foto: Randi Solhaug.

## SKDE har overtatt ansvaret for metodebok.no

— Dette oppdraget er midt i blinken for oss i SKDE, for vi har som mål å bidra til gode og likeverdige helsetjenester og redusere uønsket variasjon, sier direktør Eva Stensland.

Metodebok.no er en åpen og gratis nettportal som gir helsepersonell tilgang til metodebøker, brukerveiledere og prosedyrer. SKDE tok over ansvaret for metodebok.no fra Helse Sør-Øst RHF ved årsskiftet 2023/2024.

Ifølge direktør Eva Stensland, er dette et oppdrag som passer godt inn i SKDEs portefølje, ettersom felles metodebøker er et viktig ledd i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten og oppnå lik praksis på tvers av sykehus og helseregioner.

Den utbredte bruken av portalen betyr at metodebøkene er viktige verktøy for klinikere. Helse Sør-Øst har gjort en kjempejobb over ti år med å løfte fram dette feltet. Vi i SKDE vil legge ned en stor innsats for å videreutvikle og ta godt vare på metodebok.no, forteller hun.

### Åtte millioner oppslag årlig

Hver dag er det over 22 000 oppslag i metodebok.no, og tallet er jevnt økende. Totalt utgjør det rundt åtte millioner oppslag i året. Om lag 40 prosent av oppslagene gjøres på mobiltelefon.

På nettsiden kan helsepersonell finne en rekke ulike metoder, veiledere og prosedyrer for helsetjenesten. Noen av de viktigste kategoriene er kliniske prosedyrer, diagnostiske metoder, laboratoriefag og behandlingsprotokoller.

Over flere år er det utviklet et tett samarbeid med Helsedirektoratet. I metodebok.no finner en derfor også direktoratets retningslinjer for antibiotikabehandling, samt handlingsprogram og pakkeforløp for kreft.



Jevnlig blir metodebok.no utvidet med nye eller oppdaterte metoder og prosedyrer. Noe av det siste som er lagt inn er prosedyrer innen klinisk nevrofysiologi, gynekologi, cerebral parese og lindrende behandling.

Utvikling og vedlikehold gjøre av redaksjonene for de respektive metodebøkene for å sikre at helsepersonell har tilgang til oppdatert og pålitelig informasjon.

### Godt kjent på feltet

En person arbeider på heltid i arbeidet med metodebok.no. Det er medisinskfaglig rådgiver Per Meinich. Han begynte i jobben rett etter sommeren i 2024. For Meinich var dette allerede et velkjent område.

— Ja, i flere år har jeg vært med i interregional forvaltningsgruppe for metodebok.no. I tillegg var jeg med på å dra i gang metodebok.no i 2014 gjennom å ha fagansvar for kliniske IKT-systemer i Helse Sør-Øst, forteller han.

Eva Stensland er veldig glad for å ha Per Meinich med på laget, og for den kompetansen og erfaringen han bringer inn i stillingen.

— Fordi han har jobbet med metodebok så lenge, kjenner han konseptet veldig godt. Det var viktig for oss å ansette en person som kunne være selvstendig i arbeidet, sier Stensland.

### Lettere å sammenligne

Ett av de viktigste målene for metodebok er at den oppleves enkelt og tilgjengelig for klinikerne, og at de finner alt de trenger på ett og samme sted.

Ifølge Per Meinich, finnes det fremdeles for mange utdaterte prosedyrer i helsevesenet.

— For å gi et eksempel, så hadde ett og samme sykehus 32 ulike prosedyrer for bruk av sentralt venekateter (CVK). Alle som brukte CVK hadde utformet sine egne prosedyrer. Det er derfor bra for sykehusene å jobbe evidensbasert med å få felles prosedyrer. Dessuten, hvis alle bruker like prosedyrer når det er nødvendig, vil det også gjøre det lettere å sammenligne resultater. Har man ikke like prosedyrer, blir det umulig. Metoder henger dessu-

ten sammen med mål om likere kvalitet. Vi ser det i kvalitetsindikatorene.

Meinich er også glad for at det er SKDE som har overtatt oppdraget med metodebok.no.

— SKDE har det nasjonale perspektivet. Det er virkelig en spennende kobling med SKDE og rollen som lærende helsevesen, mener Meinich.

### Fakta om metodebok.no

- Metodebok.no er en åpen og gratis nettportal som gir helsepersonell tilgang til metodebøker, brukerveiledere og prosedyrer.
- Felles metodebøker er et ledd i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Målet er å oppnå lik praksis på tvers av sykehus og helseregioner, redusere variasjon og effektivisere arbeidet med prosedyrer. Dette bidrar til kvalitetsforbedring i helsetjenesten og frigjør ressurser hos helsepersonell.
- Portalen ble opprettet i 2019. Den forvaltes av SKDE på vegne av de fire helseregionene. Et interregionalt forvaltningsorgan for metodebok.no ble opprettet i 2023. Dette organet arbeider for flere felles metodebøker på tvers av regionene.
- Hver metodebok utvikles av en faggruppe, med en redaktør som har ansvar for faglig innhold, oppfølging av kvalitetskrav og gjennomføring av nødvendige oppdateringer.
- Per august 2024 er det over 65 metodebøker i nettportalen, og disse dekker to tredjedeler av de medisinske fagområdene. Ti nye metodebøker er for tiden under utvikling.
- Metodebok.no har daglig rundt 22 000 oppslag og totalt omkring åtte millioner per år.
- [Denne lenken fører deg til metodebok.no](#)

# Oppdaterer helseatlas-analyser årlig

Siden det første helseatlas ble utgitt i 2015, har SKDE fått mange spørsmål om oppdatering av tallene. I 2024 ble derfor en ny tjeneste lansert: årlige oppdaterte analyser fra helseatlasene.



←  
Hanne Sigrun Byhring  
Seksjonsleder SKDE

De første tallene som ble oppdatert gjaldt bruk av operasjoner på mandlene (tonsillektomi) og injeksjonsbehandling i øyet. Tallene viser at det er stor geografisk variasjon for begge disse behandlingene.

— Med denne nye tjenesten fra SKDE vil det bli lettere å følge med på utviklingen og å vurdere om tiltak for å redusere geografisk variasjon har effekt, sier seksjonsleder Hanne Sigrun Byhring.

## Øker år for år

Tallene viser både at stadig flere pasienter får injeksjonsbehandling i øyet, og at det er store geografiske forskjeller i bruk.

— Antallet pasienter har økt jevnt og trutt år for år siden 2015, som er det første året vi har data for, sier Byhring.

[Forskere fra Universitetet i Oslo \(UiO\)](#) forklarer økningen med at dette er behandling for kroniske tilstander som eksempelvis aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD), og at antall nye pasienter år for år overstiger antall pasienter som avslutter behandling. Tallene fra SKDE viser at økningen har fortsatt i samme tempo i 2022 og 2023, som i perioden 2011—2021 som var perioden forskerne undersøkte i sin artikkel.

## Ressurskrevende behandling

Injeksjonsbehandling i øyet er en behandling som i dag nesten utelukkende gis på offentlige sykehus, og som er ressurskrevende fordi pasientene ofte trenger forholdsvis hyppig behandling.

— Denne økningen i pasientantallet må sykehusene planlegge for hvis man skal å unngå store utfordringer med å møte behovet, forklarer Byhring.

— Dette er synsbevarende behandling som har stor innvirkning på livskvaliteten, og som derfor er svært viktig for den enkelte, fortsetter hun.

## Kan følge utviklingen

I sin artikkel konkluderer forskerne ved UiO med at det blant annet er behov for mer styring og nasjonale retningslinjer for å sikre likeverdig behandling i årene fremover.

— Gjennom satsningen på oppdaterte helseatlas gir vi fagmiljø og ledere et nytt verktøy for å følge med på utviklingen fremover, og vi håper at dette vil være nyttig i arbeidet med å redusere geografisk variasjon og sikre likeverdig behandling, sier Hanne Sigrun Byhring.

Å utvikle nye verktøy for styring og kvalitetsforbedring er et av SKDEs strategiske satsningsområder for 2023—2025. Årlige oppdateringer i helseatlas er derfor et ledd i SKDEs strategiske arbeid for å bidra til bedre og mer likeverdige tjenester.



↑ Årlig tas det mange blodprøver av nordmenn, men trolig er det flere som kunne vært unngått.  
Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

## — Grunn til å anta overforbruk

To nye helseatlas ble publisert i 2024; Helseatlas MR kolumna (rygggrad) og Helseatlas medisinsk biokjemi. Begge atlasene omhandler polikliniske undersøkelser, og funnene indikerer overforbruk av både MR-undersøkelser og medisinske laboratorieprøver i Norge.



←  
Tove Johansen  
Analytiker SKDE

Så mange som 57 000 av 160 000 årlige MR-undersøkelser av nordmenns rygggrad kan være unødvendige. For om lag 36 prosent av pasientene som fikk MR av rygggraden var det ikke registrert relevante sykdomsdiagnoser som ga grunn til å anta at det var behov for å utføre undersøkelsen.



←  
Kristel Guldhaugen  
Analytiker SKDE

Det viser funn fra Helseatlas MR kolumna basert på data for perioden 2018—2022. Data er hentet fra Norsk pasientregister og Helfo.

### Millioner i utbetalt refusjon

57 000 undersøkelser tilsvarer om lag 30 millioner kroner i utbetalte refusjoner hvert år.

## Hovedfunn i radiologi (MR)

- Totalt sett var den geografiske variasjonen i bruk av poliklinisk MR av ryggrad (kolumna) moderat.
- Det ble utført 62 prosent flere undersøkelser pr. 10 000 innbyggere for befolkningen i opptaksområdet Østfold sammenliknet med befolkningen i opptaksområdet Førde.
- Det er sannsynligvis uberettiget variasjon i bruken av MR av rygg blant de eldre.
- Nesten 80 prosent av de polikliniske MR-undersøkelsene ble utført ved private røntgeninstitutt. Om lag 80 prosent av disse er trolig rekvirert i primærhelsetjenesten.
- Opptil 36 prosent av alle MR-undersøkelser av ryggraden kan være unødvendige. Dette stemmer godt overens med tidligere studier som tyder på et vesentlig overforbruk av bildediagnostikk.

## Hovedfunn medisinsk biokjemi

- Det ble årlig utbetalt 1,5 milliard kroner til laboratoriene i refusjon fra Helfo for biokjemiske prøver. Det var store geografiske forskjeller i utbetalt refusjon per innbygger.
- Hvis alle områder hadde hatt samme rate som det helseforetaksområdet med lavest refusjon per innbygger, ville samfunnet spart 270 millioner kroner per år på refusjoner.
- På kommunenivå var årlig refusjon høyest per innbygger i Grue kommune i Innlandet fylke og Evenes kommune i Nordland fylke med 427 kroner.
- Årlig refusjon per innbygger var lavest i Hasvik kommune i Finnmark fylke, med 140 kroner.

[Flere resultater finner du på våre nettsider skde.no.](#)

— Analysene gir oss grunn til å anta at det er overforbruk av MR kolumna i Norge. Noe av det mest problematiske med overforbruk, er at det fører til lengre ventetid for andre pasienter, sier analytiker Tove Johansen i SKDE.

I tillegg legges det beslag på både tid og ressurser fra et allerede presset helsevesen.

### Mange prøver kunne vært unngått

Årlig blir det tatt 10,5 millioner biokjemiske prøver på 4,3 millioner pasienter i Norge. Av disse prøvene blir det gjort 100 millioner analyser. Det viser Helseatlas medisinsk biokjemi.

Atlaset avdekker at det er store geografiske forskjeller i antall analyser per innbygger, og dermed også i utbetalt refusjon per innbygger. For eksempel ble det utført 76 prosent flere analyser på bosatte i opptaksområdet Vestfold sammenliknet med opptaksområdet Finnmark.

Det ble gjort flest analyser pr. 1 000 innbyggere i Helse Sør-Øst, hvor raten var 44 prosent høyere enn i Helse Nord, som hadde lavest rate. Gjennomsnittlig antall analyser per prøve varierte fra 5,9 for bosatte i Finnmark til i overkant av 11 for bosatte i opptaksområdene Vestfold, Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus HF.

Ifølge analytiker Kristel Guldhaugen i SKDE, er det ingen grunn til å tro at den store geografiske variasjonen kommer av at innbyggere i noen deler av landet har større behov for å få tatt biokjemiske prøver enn andre:

— Mange prøver som tas, er unødvendige prøver. Eksempler på dette er prøver som allerede er tatt og som gjentas unødig kort tid etter, samt prøver som tas på store grupper uten god indikasjon, som for eksempel D-vitamin.





↑ Det var mange som ville få med seg WIC-konferansen i Oslo i september 2024.

## Suksess for WIC-konferansen i Norge

SKDE satset friskt og åpnet for 40 flere deltakere på den internasjonale WIC-konferansen enn tidligere år. Men selv med 120 plasser var det venteliste for å delta.

SKDE og the Wennberg International Collaborative (WIC) var vertskap da forskere fra 17 land inntok Gamle Logen i Oslo 11.—13. september i 2024. I tre dager tok de opp nye spørsmål, nye metoder, nylige funn, innovative retningslinjer og forbedringsideer innen feltet uønsket variasjon i helsetjenesten.

Konferansen ble åpnet av representanter for arrangørene, professor David Goodman og professor emeritus Gwyn Bevan fra WIC og SKDE-direktør Eva Stensland.

— En av årsakene til at WIC er så viktig, er at det gir forskere en mulighet til å holde seg oppdaterte på hva som skjer i andre land for å bekjempe uønsket variasjon innen helsetjenesten, sa Gwyn Bevan. Han er professor emeritus ved London School of Economics and Political Science (LSE).



↑ Representanter for arrangørene, professor David Goodman (til høyre), professor emeritus Gwyn Bevan til (venstre) fra WIC og SKDE-direktør Eva Stensland.

## Hva er WIC?

- Wennberg International Collaborative (WIC) er et fellesskap av forskere og beslutningstakere og har som målsetting å belyse årsaker og konsekvenser av uberettiget variasjon i helsevesenet.
- Hvert år arrangerer WIC konferanser som belyser nye spørsmål, nye metoder, nylige funn, innovative retningslinjer og forbedringsideer.
- Konferansen passer for forskere som er opptatt av likeverdige helsetjenester.
- Årets konferanse ble arrangert i Oslo 11.—13. september av SKDE i samarbeid med WIC.



↑ Det var også rom for diskusjoner og refleksjoner etter hver sesjon.

## Økende dødelighet

Blant de mange høydepunktene på konferansen var innlegg fra anerkjente forskere som professor Jonathan Skinner ved Dartmouth College, USA. Han la fram tall som viste økende geografisk ulikhet i dødelighet blant amerikanere i alderen 25—64 år i årene 1992—2019. Paradokset er at mens dødeligheten går ned for dem som har utdanning fra bachelorgrad og høyere, så øker den for dem som har lavere utdanning enn bachelorgrad.

— Sammenlignet med 21 andre vestlige land, så blir denne forskjellen slående, påpekte Skinner.

Den største økningen i dødelighet er i Virginia, Kentucky, New Mexico, Tennessee og Indiana. Den største nedgangen er i California, Nevada, New Jersey og Texas. En av de største årsakene til økt dødelighet er røyking.

— Overvekt, stort alkoholkonsum og inaktivitet spiller også inn, men ikke like mye som røyking, sa Jonathan Skinner.

## Fokus på lav helsegevinst

Noen av temaene som ble tatt opp på WIC i år var behandling med lav helsegevinst, økonomi og offentlig rapportering. Ettersom konferansen i år var i Oslo, var det satt av en egen sesjon om behandling med lav helsegevinst i Norge.

Marit Herder fortalte blant annet om et nytt oppdrag som SKDE har fått koordineringsansvar for, kalt “Hva skal sykehusene gjøre mindre av?”. Hun forklarte hvordan oppdraget er organisert og ikke minst hvordan det skal løses for å sikre at man kan få gjennomslag for forslag til reduksjon i slike helsetjenester.

Foreløpig er det identifisert tre områder hvor det kan være mulig å gjøre en endring: kirurgi for kroniske skulderplager, øvre endoskopi og koronar angiografi.

Et annet innlegg i denne sesjonen var ved Mikkel Høiberg som presenterte metoder for å redusere overforbruket av øvre endoskopi blant pasienter under 45 år.





↑ Professor David Goodman hedret John E. Wennberg som døde våren 2024. Wennberg har gitt navn til WIC-konferansen, og var kjent for sitt banebrytende arbeid med å avdekke geografiske variasjoner i helse-tjenester.

### Hedret John Wennberg (1934—2024)

På årets konferansemiddag ble også mannen som har gitt navn til WIC, John Wennberg, hedret i taler av både David Goodmann, Gwyn Bevan og Al Mulley.

John Wennberg døde våren 2024. Han var kjent for sitt banebrytende arbeid med å avdekke geografiske variasjoner i helsetjenester, og for å ha vist hvilken innvirkning dette hadde for pasientene. Han er også kjent for å ha etablert the Dartmouth Atlas of Health Care, som blant annet det norske helseatlas er inspirert av.



↑ Professor Jonathan Skinner ved Dartmouth College i USA holdt innlegg om den økende dødeligheten blant yngre amerikanere.



↑ Viseadministrerende direktør i Helse Nord, Ola Jøsendal, stilte spørsmål i en av sesjonene.



- WIC-konferansen binder sammen forskere fra hele verden som er opptatt av variasjon i helsetjenester. Pausene ble brukt til å bli kjent med hverandre.



- Det var over 20 postere utstilt på WIC-konferansen.

Alle foto: Randi Solhaug



# Enklere å finne informasjon om behandlingskvalitet

SKDEs nettsider “Sykehusprofil” og “Behandlingskvalitet” har flere nye funksjoner og forbedringer som skal gjøre det enklere for brukerne å finne relevant informasjon om behandlingskvalitet ved sykehus og andre behandlingssteder.



Nærhet til helsetjenesten og utvikling av nye verktøy for styring og kvalitetsforbedring er to viktige satsingsområder for SKDE. Å gjøre informasjon om behandlingskvalitet ved sykehus enklere å finne og bruke, er et ledd i dette arbeidet.

## Sykehusprofil

I 2024 brukte SKDE tid og ressurser på å forbedre nettsidene som viser tall om kvalitet i helsetjenesten.

Det innebar blant annet å opprette en helt ny nettside kalt Sykehusprofil. Den gir brukerne en enkel oversikt over kvaliteten på det enkelte sykehus, basert

på 598 kvalitetsindikatorer fra rundt 60 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Nettsiden har flere muligheter for brukere som vil sammenligne resultater mellom sykehus og behandlingssteder.

**Ny visning av kvalitetsindikatorer:** Sykehusprofil har en visning som gir en helhetlig oversikt over kvaliteten på helsetjenestene som tilbys på et utvalgt behandlingssted.

**Interaktivitet:** Brukerne kan nå velge sykehuset de er interesserte i, og sammenligne det med andre sykehus.



## Behandlingskvalitet

- Følg lenken for å finne informasjon om kvaliteten på behandling ved sykehus.

<https://apps.skde.no/be-handlingskvalitet/>

## Sykehusprofil

- Her kan du prøve ut den nye visningen av kvalitetsindikatorer ved ditt sykehus.

<https://apps.skde.no/syke-husprofil/>

↑ Arnfinn H. Steindal er en av flere som har utviklet Sykehusprofil og Behandlingskvalitet.

Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

### Behandlingskvalitet

SKDE har også gjort flere endringer på nettsiden som kalles Behandlingskvalitet. Relevante resultater fra medisinske kvalitetsregistre er samlet på ett sted, noe som gjør det lettere å finne informasjon om kvaliteten på behandling ved sykehus.

**Forbedret navigasjon:** Nettsidene har blitt modernisert med et mer intuitivt design. I tillegg brukes samme farger som i resten av spesialisthelsetjenesten.

**Filtervalg:** Innholdet er strukturert med filtervalg til venstre på nettsiden, noe som gjør det enklere å navigere og finne informasjon om spesifikke fagområder.

— Det er et mål for SKDE at stadig flere skal ta i bruk nettsidene våre som inneholder viktig kunnskap om kvalitet i helsetjenesten. Derfor har vi brukt tid på å utvikle nettsidene slik at det skal bli lettere for folk å finne den informasjonen de er ute etter, sier SKDE-direktør Eva Stensland.





↑ Elisabeth Pedersen (til venstre) og Line Grongstad på Pasientsikkerhetskonferansen i november 2024. De presenterte SKDEs nye og viktige arbeid: å lede RHF-enes oppdrag om å redusere helsetjenester med lav helsegevinst. Foto: Hanne Sigrun Byhring.

## Mange formidlingsoppgaver:

# Fra Arendalsuka til webinarer

I 2024 har ansatte i SKDE vært aktivt engasjerte i å formidle våre resultater til våre målgrupper gjennom presentasjoner, debatter og webinarer.

En sentral del av SKDEs virksomhet er å formidle våre resultater til våre målgrupper — helsepersonell, ledere, forskere og pasienter. Å delta på arenaer hvor vi deler resultatene, for eksempel konferanser og møter, er også en mulighet til å få tilbakemeldinger fra disse målgruppene. Det er noe SKDE verdsetter.

I løpet av året holdt vi presentasjoner for alle RHF-ene på ulike nivåer. Blant annet presenterte vi relevante analyser og tall for alle helseforetakene i Helse Nord.

### Arrangerte debatt

I 2024 deltok SKDE for aller første gang på Arendalsuka. Ikke bare for å delta på andres arrangement, men også for å invitere til debatt om hvordan metodebøker kan bidra til å redusere uønsket variasjon i sykehusene. Det var også en anledning til å vise fram at SKDE nå har overtatt ansvaret for videreutvikling av metodebok.no.

SKDE-direktør Eva Stensland deltok dessuten i tre andre debatter: om helsesektorens framtid, om prioriteringer i helsesektoren framover og om postnummeret påvirker hvor god helsehjelp pasienter får.

### Webinarer

“Hva skal sykehusene gjøre mindre av?” er et oppdrag SKDE fikk i 2023, og hvor vi hadde mange formidlingsoppgaver i 2024. Blant annet deltok SKDE med presentasjon av oppdraget på radiologisk høstmøte i regi av Legeforeningen, og på Pasientsikkerhetskonferansen.

På radiologisk høstmøte presenterte SKDE også resultater fra Helseatlas i radiologi, og i mai produserte vi et eget webinar om radiologi.

Et bredt utvalg av SKDEs resultater innen analyse, registerforvaltning og forskning ble også presentert i et eget webinar 1. november. Anledningen var at SKDE runder 20 år i 2024.

# Ny strategisk handlingsplan for Nasjonalt servicemiljø

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre har fått ny strategisk handlingsplan for perioden 2024—2026.



← Philip A. Skau  
Seksjonsleder SKDE

Servicemiljøet arbeider aktivt for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal være et viktig virkemiddel til å nå helsepolitiske mål. Handlingsplanen er retningsgivende for dette arbeidet og gir en oversikt over områder der Servicemiljøet har et særlig behov for å løfte ambisjonsnivået.

## I perioden 2024—2026 er følgende fem strategiske områder valgt ut:

1. bruk av kvalitetsregisterdata til kvalitetsforbedring av helsetjenester og forskning
2. datakvalitet
3. automatisert datafangst
4. nasjonale fellestjenester
5. formidling

Av disse er datakvalitet, automatisert datafangst og formidling videreført fra handlingsplanen for perioden 2021—2023. I strategisk handlingsplan er det også spesifisert detaljerte effektmål og delmål for hvert strategisk område.

## Her følger et utvalg av disse målene:

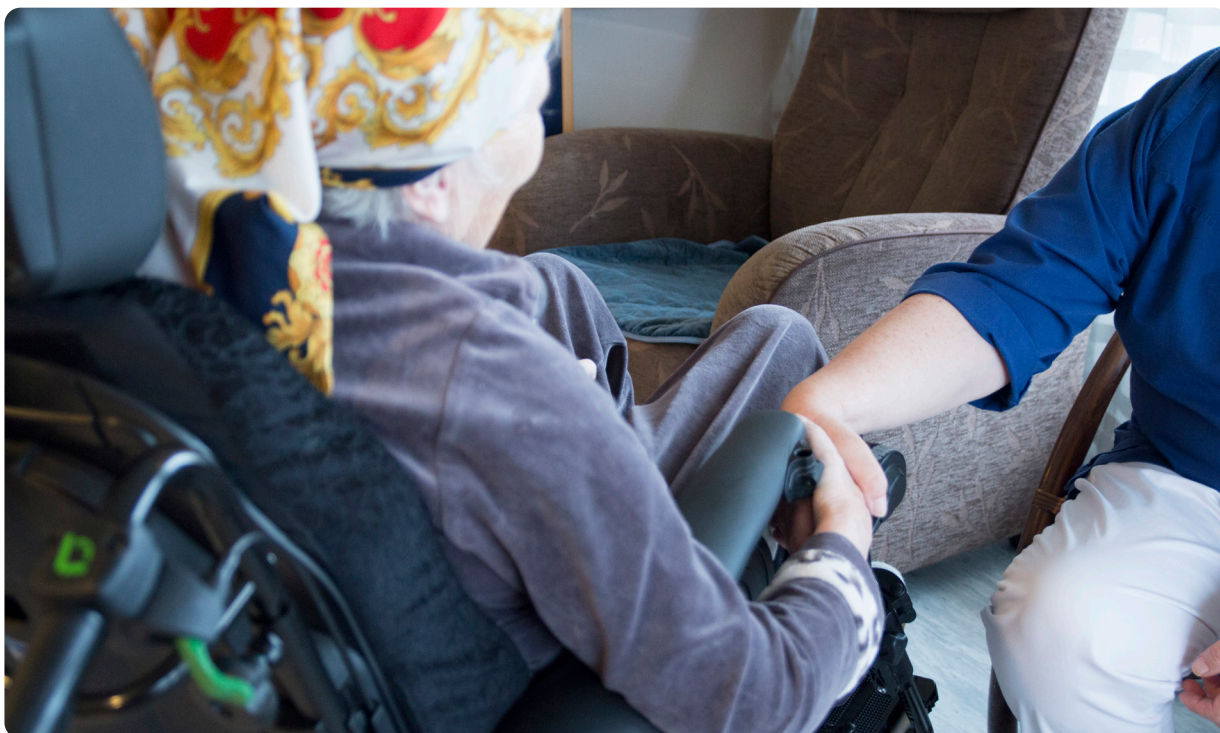
- Alle nasjonale kvalitetsregistre skal etter fem år ha en dekningsgrad på minst 80 prosent.
- Alle kvalitetsindikatorer er innen utgangen av 2026 basert på nasjonale eller internasjonale faglige retningslinjer eller faglig konsensus i aktuelle fagmiljø.
- Alle nasjonale kvalitetsregistre skal ha etablert metadata og innsynstjeneste innen utgangen av 2026.

- Alle nasjonale kvalitetsregistre har muligheten til å bruke Rapporteket for tilgjengeliggjøring av resultater på enhetsnivå innen utgangen av 2025.
- Minst 20 prosent av de nasjonale kvalitetsregistrene skal motta hele eller deler av helseopplysningene uten manuell registrering.
- Kvalitetsregistre.no skal kunne vise sykehusprofiler basert på kvalitetsregisterdata innen utgangen av 2024.

Oppfølgingen av den strategiske handlingsplanen organiseres av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. De regionale servicemiljøene skal bidra til at tiltakene gjennomføres i alle helse-regioner. Interregional arbeidsgruppe vedtar årlige aktivitetsplaner i henhold til strategisk handlingsplan.

— Det jeg er kanskje er aller mest spent på, er automatisert datafangst. Her tror jeg mye av fremtiden ligger for medisinske kvalitetsregistre og derfor er jeg veldig klar på at dette må være et av de viktigste satsingsområdene for Servicemiljøet framover. Dette var også et av satsingsområdene i forrige strategiperiode. Vi jobber aktivt videre med dette. Om vi klarer å få på plass automatisert datafangst for flere registre, vil det frigjøre tid for helsepersonell, sier leder av det Nasjonale servicemiljøet og seksjonsleder i SKDE, Philip A. Skau.





↑ Alder, kjønn og sykkelighet er noen av egenskapene som har betydning for hoftebruddpasientenes livskvalitet. Resultatene kan påvirke pasientoppfølging og tolkning av data nasjonalt og internasjonalt.

Illustrasjonsfoto: Colourbox.

## Hoftebruddpasienter opplever langvarig redusert livskvalitet

De negative konsekvensene av et hoftebrudd kan være langvarige. Selv tre år etter hoftebruddet rapporterer pasientene at de har lavere helserelatert livskvalitet enn tidligere.



←  
Cato Kjærvik  
Forsker ved SKDE og  
overlege ved kirurgisk-  
ortopedisk avdeling, Nord-  
landssykehuset, Vesterålen.

Det viser et forskningssamarbeid mellom Nordlandssykehuset, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og Nasjonalt hoftebruddregister.

Studien ble gjennomført med registerdata fra det medisinske kvalitetsregistret Nasjonalt hoftebruddregister, koblet med data fra Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

Forskerne fant også at det var flere faktorer som påvirket hvilke hoftebruddpasienter som fikk tilgang til, og fikk sendt inn, PROM-spørreskjema (PROM = Patient Reported Outcome Measures). Dette er et registerskjema hvor pasientene selv rapporterer opplevelse av egen helse, sykdom og effekten av behandlingen de har fått.

## Fakta

- Studien omhandler effektene av hoftebrudd på pasientenes livskvalitet, og faktorer som påvirker de registrerte pasientsvarene på spørreskjema om livskvalitet.
- Studien fant at hoftebrudd førte til en langvarig og betydelig reduksjon i livskvalitet hos pasienter, målt over en periode på opptil 36 måneder.
- Funnene gir innsikt i konsekvensene for livskvalitet etter hoftebrudd, og i begrensningene og styrkene ved PROMs som verktøy for å evaluere pasientutfall etter hoftebrudd.

– Studien gir både innsikt i konsekvensene et hoftebrudd har for livskvalitet, men også i begrensningene og styrkene ved PROM som verktøy for å evaluere pasientutfall etter hoftebrudd.

Cato Kjærvik, forsker SKDE

## Alder, kjønn og sykелighet

Gjennom å analysere PROM-data fant forskerne bak studien at pasientene rapporterte om lavere livskvalitet over en periode på 36 måneder. Høyere alder, mannlig kjønn, økt sykелighet, lavere sosioøkonomisk status og det å bo på en helseinstitusjon viste seg å være assosiert med lavere andel pasienter som mottok spørreskjema og returnerte skjema til Norsk hoftebruddregister. Dessuten rapporterte pasienter med disse egenskapene lavere helserelatert livskvalitet.

— Man får dermed en tredobbel skjevhet hvor de samme faktorene drar i samme retning tre ganger. Slike skjevheter medfører en risiko for overvurdering av målt helserelatert livskvalitet hos hoftebruddpasienter i observasjonsstudier basert på registerdata. Dette gjør at man ser behov for å bruke statistisk modellering for å justere for disse skjevhetene når man analyserer slike data, slik at resultatene bedre kan reflektere den faktiske helsestatusen til hele pasientgruppen, sier Cato Kjærvik.

Han er en av forskerne bak studien, og forsker ved SKDE og overlege på kirurgisk klinikk, Nordlandssykehuset, Vesterålen. Han mener at studien både gir innsikt i konsekvensene et hoftebrudd har for livskvalitet, men også kunnskap om begrensningene og styrkene ved PROM som verktøy for å evaluere pasientutfall etter hoftebrudd.

— Disse funnene kan også overføres til andre liknende, eldre pasientgrupper. Man må kunne forvente å se tilsvarende mekanismer for skjevhet hos andre liknende pasientgrupper.

## Bør påvirke pasientoppfølging

Ulikhetene i livskvalitet etter hoftebrudd ut fra alder, kjønn, sykелighet og sosioøkonomisk status — på tross av statistisk justering for de aktuelle faktorene — er funn man må ta hensyn til i klinisk praksis, mener Cato Kjærvik.

— Hva kan så helsetjenesten bidra med for å utjevne forskjeller?

— Forskningsresultatene har potensial til å påvirke oppfølging av pasientene og tolkning av data fra hoftebruddpasienter både nasjonalt og internasjonalt, sier Kjærvik.

Forskningen ble publisert 1. april 2024 i det velrenommerede tidsskriftet *Bone & Joint Journal* under tittelen «[Patient-reported outcome measures in hip fracture patients](#)».

Forskningssamarbeidet mellom Nordlandssykehuset, forskningsmiljøet ved SKDE og Nasjonalt hoftebruddregister har resultert i flere publiserte vitenskapelige artikler innen dette feltet.



↑ Prostatakreft er den vanligste kreftformen i Norge og over 5 000 menn blir diagnostisert hvert år. Primært er det eldre menn som rammes. Illustrasjonsfoto: Shutterstock

## Eldre menn med prostatakreft får ikke lik behandling i Norge

Hvis du er en eldre mann med høy-risiko prostatakreft, vil sjansen for å få behandling avhenge av din bakgrunn og hvor du bor i Norge.



←  
Elin Marthinussen Gustavsén  
Stipendiat i SKDEs  
forskningsseksjon og forsker  
på variasjon i kreftbehand-  
ling av eldre.

Det viser en nasjonal studie om forskjeller i behandling av eldre pasienter (70 år eller eldre) med høy-risiko prostatakreft. Studien er gjennomført ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og UiT Norges arktiske universitet.

### Ulik behandling

Prostatakreft er den vanligste kreftformen i Norge og over 5 000 menn blir diagnostisert hvert år. Primært er det eldre menn som rammes.

Høy-risiko prostatakreft er en aggressiv krefttype. Norske retningslinjer anbefaler derfor behandling for pasienter med denne krefttypen, så lenge pasienten ikke er for gammel eller har for dårlig helse.

— Studien viser at sjansen for å få behandling varierer ut fra pasientens bakgrunn. Innkomst, utdanning og hvor i landet han bor, har betydning, forteller Elin M. Gustavsén, stipendiat ved SKDE og artikkelens førsteforfatter.



I Norge har alle krav på likeverdige helsetjenester, uansett bakgrunn, hvor man bor eller hvor gammel man er. Dette er grunnleggende i norsk helsepolitikk.

— Likevel har eldre menn med høy inntekt og utdanning større sannsynlighet for å få behandling for høy-risiko prostatakraft enn de med lav inntekt og utdanning, påpeker Gustavsen.

For noen pasienter er behandlingen tøff å gjennomføre. Pasienter med god forståelse for egen helsesituasjon kan i møte med lege og helsevesen fremstå som mer tilbøyelige til å følge et krevende behandlingsopplegg. Annen forskning viser at pasienter med høy utdanning og inntekt ofte har større helsekunnskap og er bedre til å nyttiggjøre denne kunnskapen til sitt eget beste.

### Ulik behandlingspraksis

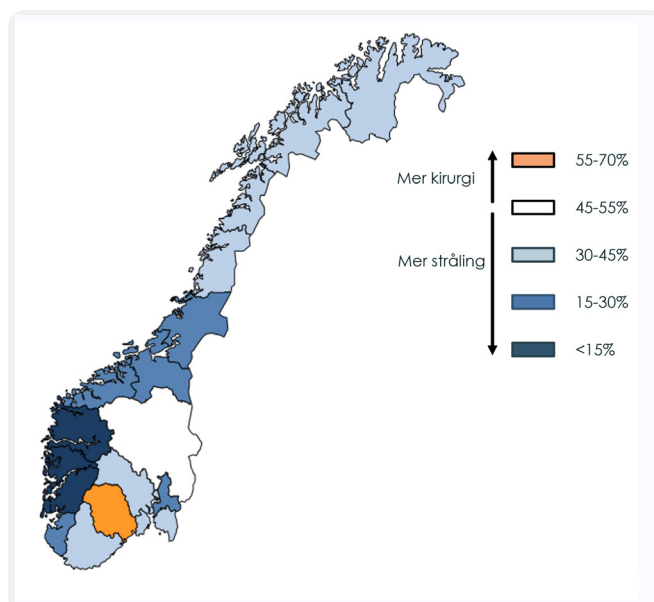
Sjansen for å få behandling for høy-risiko prostatakraft varierer også med bosted. Andelen eldre pasienter som får behandling er høyest på Vestlandet og lavest på Sørlandet. Variasjonen kan ikke forklares av forskjeller i pasientenes alder, sykkelighet eller inntekts- og utdanningsnivå.

Eldre menn med prostatakraft er ikke en ensartet gruppe når det gjelder helse. Særlig blant de med dårlig helsetilstand kan det være vanskelig for legene å vurdere om behandling vil være til nytte. Sykehusene kan ha ulik praksis (i pasientvurderingen) som fører til geografiske forskjeller i tilgang til behandling.

### Det viktige samvalget

Studien viser også at hvilken type behandling pasientene får, varierer med bosted.

I Telemark blir flertallet av pasientene behandlet kirurgisk, mens nesten alle pasientene som er bosatt på Vestlandet mottar strålebehandling.



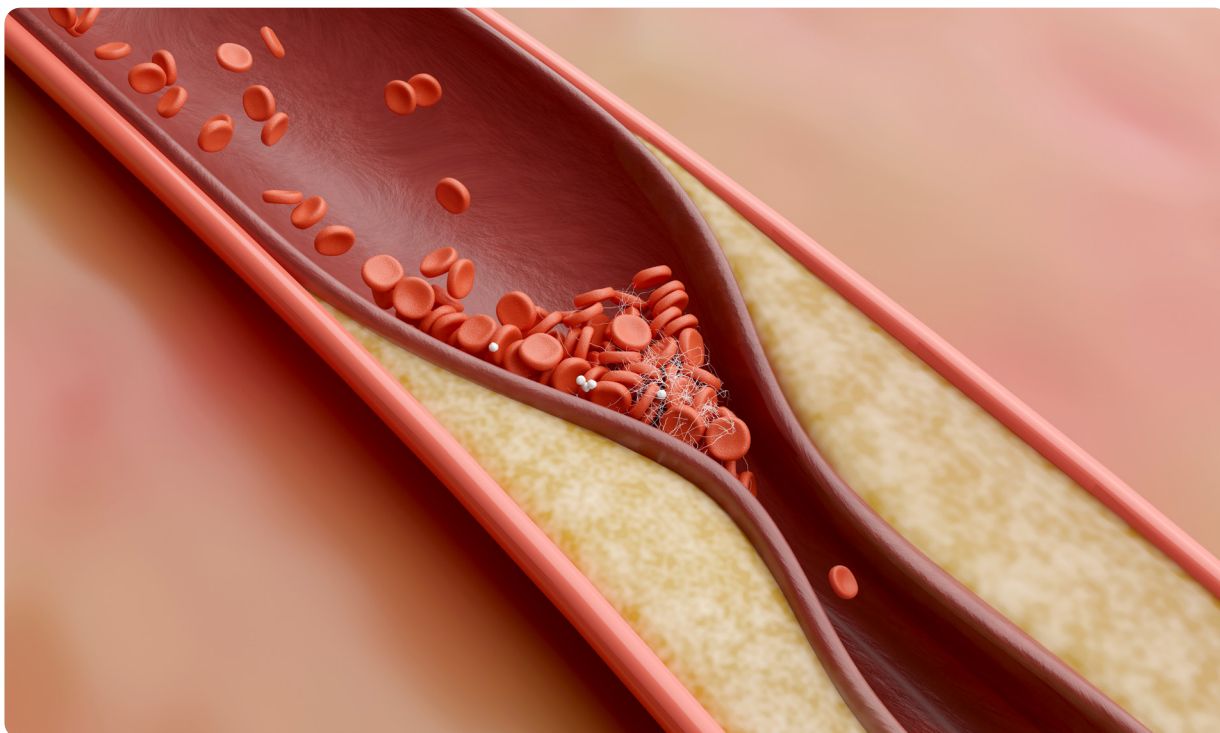
↑ Andelen av behandlede pasienter (70 år eller eldre og med høy-risiko prostatakraft) som har fått kirurgi fordelt på opptaksområder. Illustrasjon: SKDE

Kirurgi og stråling er likestilte behandlinger for høy-risiko prostatakraft, men kan gi ulike plager i etterkant av behandlingen. Beslutning om behandling, og eventuelt hvilken type behandling, bør derfor være et valg pasient og lege tar sammen.

Elin M. Gustavsen tror ikke at de geografiske forskjellene i valg av behandling reflekterer ulikhet i pasienters preferanser rundt om i landet.

— Forskjellene skyldes nok heller ulik praksis og hva klinikerne foretrekker. I Norge står likeverdig helsetjeneste til befolkningen høyt i helsepolitikken. De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar: de skal sørge for at alle, uansett bakgrunn og hvor de bor, får et likeverdig helsetjenestetilbud. Likevel viser studien at dette ikke gjelder for eldre pasienter med høy-risiko prostatakraft. Slik bør det ikke være. Hver pasient, uansett bakgrunn, har rett til god og tilpasset behandling, sier hun.

Les mer om studien her: <https://link.springer.com/article/10.1007/s43999-024-00044-y>



↑ Fjerning av blodpropp kan gjøres både med trombolyse og PCI. Uansett hvilken behandling som velges bør den gis innen anbefalt tid. Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

## Hjerteinfarktpasienter bør få trombolysebehandling oftere

Kun 56 prosent av hjerteinfarktpasienter i Norge fikk blodpropp-behandling innen anbefalt tid i årene 2015—2018. Ved å gi flere trombolyse, kan flere pasienter få behandling til rett tid.



← Bård Uleberg er stipendiat i SKDEs forskningsseksjon og forsker på variasjon i behandlingskvalitet ved hjerteinfarkt.

Det viser en studie fra SKDE om variasjon i behandling av blodpropp (reperfusjonsbehandling) for pasienter med alvorlig hjerteinfarkt i perioden 2015—2018.

Studien viser at det er store geografiske forskjeller. Mens 81 prosent av hjerteinfarktpasientene i Oslo fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid, var det kun 13 prosent av pasientene i Finnmark som fikk det samme.

Bak studien står stipendiat ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) Bård Uleberg og flere av hans kollegaer. De har benyttet data fra Norsk hjerteinfarktregister i sin forskning på variasjon i behandling, og studien ble publisert i *British Medical Journal (BMJ)* i 2024.

## Fakta

- Studien undersøkte faktorer som påvirker rask behandling av hjerteinfarkt.
- Resultatene viste store geografiske forskjeller i behandling.
- Eldre, syke og de som bor langt unna behandlingssentre fikk mindre rask behandling.

### Trombolyse eller PCI

Fjerning av blodpropp i kransåre kan gjøres på to måter. Den ene metoden er PCI - perkutan koronar intervensjon. Slik utblokking skal gjøres på et PCI-senter. Den andre er behandling med blodproppopløsende medikament (trombolyse) som kan gis utenfor sykehus, for eksempel hjemme hos pasienten eller i en ambulanse.

Uansett hvilken behandling som velges, bør den gis innen anbefalt tid – som er 120 minutter ved PCI og 30 minutter ved trombolyse.

– Det vi ser, er at behandlingen av hjerteinfarkt i Norge generelt er veldig god, men at vi må lete etter muligheter for å bli enda bedre. Jeg forsker på gjenåpning av tett kransåre innen anbefalt tid. Dette er et område der vi i Norge kan bli enda bedre, sier Bård Uleberg.

### Kan behandle flere

Uleberg er først og fremst interessert i hvorfor det er variasjon i behandlingskvalitet.

– Vi visste på forhånd at det finnes veldig mye gode data i hjerteinfarktregisteret. Vi kunne se av publiserte tall på kvalitetsregistre.no og i en rapport om kvalitetsindikatorer utarbeidet av SKDE, at det var store geografiske forskjeller i reperfusjonsbehandling ved hjerteinfarkt. I prosjektet mitt prøver jeg å forstå hvorfor det er geografisk variasjon og hva denne variasjonen betyr for pasientene.

For å belyse hvilke variabler som har betydning for om pasientene får behandling til anbefalt tid, har Uleberg koblet data fra Norsk hjerteinfarktregister med data fra andre registre.

– Vi har koblet kvalitetsregisterdata med data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Norsk pasientregister (NPR), Dødsårsaksregisteret og Statistisk sentralbyrå (SSB). Kobling av kilder gir anledning til å også å undersøke faktorer som ikke finnes i hjerteinfarktregisteret, som for eksempel betydningen av pasientenes inntekt og utdanning eller bruk av andre spesialist- og fastlegetjenester.

Studien viser at de store geografiske forskjellene først og fremst handler om lengden på reisetid til behandlingssted. Uleberg og kollegaer finner ingen eller kun små effekter av sosioøkonomi (utdanningsnivå, inntekt etter skatt) eller kjønn.

– Det jeg synes er mest oppsiktsvekkende, er at 51 prosent av pasientene hadde mer enn en times reisetid til PCI-senter, men at kun 16 prosent av pasientene i Norge fikk trombolyse. Studien vår viser at det er et potensial for å behandle flere pasienter innen anbefalt tid ved å øke bruken av trombolyse, særlig i spredtbygde områder.

### Ser mange fordeler

Uleberg, som er utdannet sosiolog, er veldig fornøyd med å kunne benytte data fra et medisinsk kvalitetsregister i sin forskning.

– Kvalitetsindikatorene som er faglig forankret i Norsk hjerteinfarktregister gir meg som sosiolog et mye bedre utgangspunkt for å forske på behandlingskvalitet ved hjerteinfarkt. Fagmiljøet har selv definert hva som er god behandlingskvalitet og det gir meg og andre som ikke har medisinfaglig bakgrunn et godt grunnlag for å forske på variasjon i behandlingskvalitet og konsekvenser av både god og dårlig behandling, sier Uleberg.

Han forteller videre om flere andre positive sider ved å bruke kvalitetsregisterdata i forskning.

– Jeg får veldig god medisinfaglig hjelp i mitt prosjekt. Registerledelsen deltar aktivt i forskningen. I tillegg gir kvalitetsregisterdata en veldig sikker pasientinkludering – dataene er validerte, og det er høy dekningsgrad, påpeker Uleberg.



# Nye forskningsmidler

SKDE har fått forskningsmidler fra Helse Nord til to prosjekter som skal undersøke rehabilitering etter hjerneslag og beslutningsprosesser ved ryggkirurgi. — Vi er strålende fornøye sier SKDE-direktør Eva Stensland.



SKDE hadde sendt to søknader om forskningsmidler til Helse Nord og fikk tilsagn på begge. Totalt dreier det seg om 8,8 millioner kroner som utbetales over 3—6 år.

Midlene går til et postdoktorstipend til Elin M. Gustavsen i SKDE. Hun skal forske på oppfølging og rehabilitering etter akutt hjerneslag.



←  
Beate Hauglann  
Seksjonsleder  
forskningsseksjonen

SKDE får også midler til et ph.d.-stipend tilknyttet forskningsprosjektet “Hva bestemmer om og hvor pasienten skal opereres i ryggen, og hva betyr valget for pasienten?” Stipendiat er Oliver Müller, som til daglig jobber som ortoped ved Nordlandssykehuset. Veilederen hans er Cato Kjærvik som er tilknyttet SKDE som forsker.

## Vil gi ny kunnskap

— Vi er strålende fornøye! Vi fikk tilsagn på begge våre søknader. Postdoktor-prosjektet vårt vil gi ny kunnskap om nytten av ulike former for rehabilitering etter hjerneslag, et tema vi i dag vet alt for lite om, sier direktør ved SKDE, Eva Stensland.



↑ Elin M. Gustavsén (til venstre) har fått midler av Helse Nord til sitt postdoktorstipend. Det er SKDE-direktør Eva Stensland (til høyre) strålende fornøyd med. Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

— Vi har en svært god prosjektgruppe på plass med bred kunnskap, og gleder oss til å sette i gang med arbeidet, fortsetter hun.

Også seksjonsleder Beate Hauglann i forskningsseksjonen er fornøyd:

— Ryggkirurgi prosjektet skal kartlegge hva som påvirker valg av behandlingssted for ryggkirurgi og betydning av ventetid. Det er også et KI-delprosjekt knyttet til beslutningsstøtte som blir spennende å jobbe med.

### Viderefører midler

Til sammen har Helse Nord gitt drøye 119 millioner kroner til forskjellige forskningsprosjekter for 2025. Av disse er 30 millioner kroner til nye prosjekter.

SKDE får også videreført midler til to andre pågående prosjekter. Det er Ina Heibergs forskerstipend som sammenligner kreftbehandling hos pasienter med og uten alvorlig psykisk sykdom. I tillegg er det midler til sluttfasen av Bård Ulebergs ph.d om akuttbehandling av hjerteinfarkt som en del av KlinReg-prosjektet “Likverdige helsetjenester – uansett hvor du bor?”



# Publikasjoner

SKDEs artikler, rapporter og notater i 2024.

## Artikler:

- Elin Marthinussen Gustavsen, Stig Norderval, Liv Marit Dørum, Aina Balto, Ragnhild Heimdal, Barthold Vonen, Eva Stensland, Ellinor Haukland og Beate Hauglann. Published 18 December 2024. [Socioeconomic and geographic variation in adjuvant chemotherapy among elderly patients with stage III colon cancer in Norway – a national register-based cohort study](#)
- Elin Marthinussen Gustavsen, Erik Skaaheim Haug, Ellinor Haukland, Ragnhild Heimdal, Eva Stensland, Tor Åge Myklebust og Beate Hauglann. Published 15 May 2024. [Geographic and socioeconomic variation in treatment of elderly prostate cancer patients in Norway – a national register-based study \(springer.com\)](#)
- Cato Kjærvik, Jan-Erik Gjertsen, Eva Stensland, Eva H. Dybvik og Odd Soreide. Published 1 April 2024. [Patient-reported outcome measures in hip fracture patients | Bone & Joint \(bone-andjoint.org.uk\)](#)
- Bård Uleberg, Kaare Harald Bønnaa, Ragna Elise Støre Govatsmark, Frank Olsen, Bjarne K Jacobsen, Eva Stensland, Beate Hauglann, Barthold Vonen og Olav Helge Førde. Published 18 February 2024. [Exploring variation in timely reperfusion treatment in ST-segment elevation myocardial infarction in Norway: a national register-based cohort study | BMJ Open](#)

## Rapporter

- [Årsrapport SKDE 2023](#)  
Her finner du oppsummering av hva vi i SKDE holdt på med av aktiviteter i 2023.
- [Statusrapport medisinske kvalitetsregistre 2024](#)  
I statusrapporten finner du en oppsummering av arbeidet som er gjort innen medisinske kvalitetsregistre i løpet av fjoråret.
- [Strategisk handlingsplan for nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2024 – 2026](#)  
Planen omhandler først og fremst områder hvor vi kan strekke oss for å nå høyere mål og oppnå enda bedre resultater.

## Notater:

- [Metodiske betraktninger rundt bruk av diagnosekoder i NPR.pdf](#)





Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen.



# ● Vårt mål

— bedre og mer  
likeverdige helsetjenester

