

Regionale ulikheter i behandlingstilbudet

REDAKSJONELT

HOLMBOE J

Hva skal til for en mer enhetlig praksis?

Det er store regionale forskjeller i tilbud og forbruk av helsetjenester. Dette kan ha ulike årsaker (1):

- Ulik organisering og finansiering av tjenester. Med en mer åpenbar begrensning av ressurser vil helsemyndighetene ønske å bruke økonomiske virkemidler i prioriteringsspørsmålene
- Ulikheter i sammensetning av pasientpopulasjonen eller ulike ønsker og prioriteringer hos pasientene
- Forskjeller i legenes yrkespraksis, holdninger eller prioriteringer
- Geografiske ulikheter som begrenser adgangen til helsetjenester på forskjellige nivåer.

I utgangspunktet er det et helsepolitisk mål å ha en enhetlig medisinsk praksis. Pasientene ønsker det "beste" tilbudet, myndighetene ønsker å sikre at praksis er i tråd med anerkjente prioriteringer, og legene må antas å ha et ønske om ikke å atskille seg for meget fra den kollegiale standard. I den helsepolitiske debatt oppmuntres det til større grad av standardiserte behandlingsprogrammer. Kravet om standardisering og faste retningslinjer kan oppleves som en trussel mot den individualiserte legeskunsten (2). Det er imidlertid viktig å skape et miljø som både ivaretar en forpliktelse til å benytte oppdatert kunnskap og en aksept for at yrkesutøvelsen fortsatt må innebære en viss usikkerhet. Undervisnings- og forskningsmiljøer, kliniske institusjoner og statlige myndigheter må bidra til å skape større forståelse for en epidemiologisk tilnærming til medisinen.

Dersom påviste ulikheter i behandlingen skal kunne følges opp med praksisendring, må tiltakene gis lokal forankring. Det er avgjørende at aktørene får tilbakemeldinger og erkjenner behovet for en mer enhetlig praksis. Derfor er slike undersøkelser som Tor Harald Melberg & Harald Vik-Mo presenterer i dette nummer av Tidsskriftet (3), viktige. I deres materiale over angiografisk utredning for hjertepasienter i Rogaland er det store ulikheter i henvisningshyppighet fra ulike kommuner. Henvisningene er hyppigere fra de

nordlige områdene i fylket. Dette skiller seg fra andre studier derforbruket av spesialundersøkelser øker med geografisk nærhet til tilbudet. Demografiske forhold kan ikke forklare destore ulikhetene. Ulik tradisjon og forventning hos pasientene eller ulik organisering av silingsfunksjonen i første-og annenlinjetjenesten (4) synes å ha større betydning.

Særlig i de situasjoner der det dreier seg om kompliserte, kostbare og antatt livsforlengende undersøkelser ogbehandlinger, må det være i alles interesse å etablere en enhetlig praksis uavhengig av pasientens bosted eller legenspreferanser. Det anslåtte behov for koronar kirurgi på landsbasis ser ut til å ha flatet ut, slik at det nå antas åvære ca. 100 operasjoner per 100000 innbyggere per år (5), mens antall blokkinger forventes å øke. Til tross for ulikutredningsfrekvens i Rogalands-undersøkelsen synes pasientgruppene fra nord og sør å ha sykdom av sammealvorlighetsgrad, og en like stor andel fra begge de geografiske områdene ble henvist videre til koronar angioplastikkeller kirurgi.

I vårt samfunn med stabile befolkningsforhold og et relativt oversiktlig helsevesen ligger forholdene vel til rettefor å utvikle felles retningslinjer for håndtering av ulike pasientgrupper. Når det påvises store ulikheter, bør det ommulig lages oppfølgingsstudier slik at vi kan benytte undersøkelsene til å forbedre grunnlaget for terapianbefalinger.Når den refererte studien dokumenterer et relativt underforbruk av koronar utredning i Sør-Rogaland, ville det vært etønske å følge utviklingen hos de pasientene som ikke fikk tilbud om angioplastikk eller kirurgi.

Jørgen Holmboe

LITTERATUR

1. Detsky AS. Regional variation in medical care. N Engl J Med 1995; 333: 589-90.
2. Bjørndal A, Flottorp S. Cum scientia caritas. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 981-4.
3. Melberg T, Vik-Mo H. Regionale forskjeller i bruk av koronar angiografi for utredning av hjertepasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2322-4.
4. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited - protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992; 327: 424-9.
5. Prioriteringer i hjertekirurgi. Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 6-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.

Publisert: 20. juni 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. februar 2026.