

ULIKHETER

Også i Norge er det betydelige ulikheter, selv om forskjellene mellom befolkningsgrupper og mellom kjønn er mindre her sammenlignet med mange andre land. Vi har sett at sosioøkonomisk gruppetilhørighet påvirker sykkelighet og levealder i betydelig grad. Best beskrevet er forskjell i helse og levealder i forhold til utdanningsnivå, men også geografisk med forskjell i forventet levealder inntil 8 år mellom bydeler i Oslo. I motsetning til hva man skulle tro øker forskjellen i forventet levealder mellom lavt og høyt utdannede, særlig for kvinner (FHI, Folkehelse rapporten 2018). Årsakene er sammensatte med ulikheter i bakgrunn, levevilkår og helseatferd, og kanskje helsetilbud.

Norsk pacemaker- og ICD-register kunne frem til og med 2015 vise betydelige geografiske forskjeller i implantasjonsrate, forskjeller som ikke lett lar seg forklare ut fra medisinske behov. Senere rapporter har ikke gitt oss tilgang på slike data. Slike geografiske forskjeller påviser vi også gjennom NORIC i behandlingen av hjerteinfarkt, eksemplifisert ved tid fra innleggelse på sykehus til invasiv behandling ved NSTEMI. Det var store forskjeller mellom regionene og mellom primærsykehusene. Med denne statistikken tilgjengelig kunne vi aktivt arbeide for å bedre situasjonen. Vi ser at ventetiden har gått ned nasjonalt og at forskjellene er blitt mindre.

For kateterbasert aortaklaffbehandling, TAVI, har behandlingsraten vært rimelig lik mellom helseregionene frem til nå. Bedring i prosedyrer og resultater samt bedre dokumentasjon for større pasient-

grupper gir økende behov for TAVI ut fra medisinske vurderinger. Imidlertid viser prognosene økning i denne aktiviteten først og fremst innen Helse Sør-Øst. Bakgrunnen for dette er forskjeller i finansieringsmodellen mellom OUS og de andre regionsykehusene. Forskjellig finansieringsmodell slår særlig tungt ut for slike relativt dyre prosedyrer med høy grad av kostnad knyttet til forbruksutstyr.

Samlet forteller dette at det er viktig med gode registre og kunnskap om hva og hvem vi behandler for å finne hva som er bra og mindre bra samt motvirke uheldige ulikheter. Slik kunnskap bør vi også aktivt bruke til å motvirke forskjeller basert på

sosioøkonomisk gruppetilhørighet. Selv om vi ikke har så god innvirkning på årsaken til forskjellene, må vi aktivt passe på at de svakeste i hvert fall ikke blir nedprioritert mht. behandling og oppfølging.

Videre at det er særdeles uheldig dersom forskjeller i den offentlige finansieringsmodellen øker forskjellene i tilbud mellom helseregionene. Dersom de økonomiske prognosene slår til, vil det for Helse-Vest (og trolig også for Helse Midt-Norge og Helse Nord) bety minimal økning av tilbudet for TAVI. Med økende behov gir det seg utslag i prioriteringer som feilaktig kan diskriminere eldre eller utsette pasienter for unødvendig belastning med åpen operasjon.

Ellers, husk at ESC har en rekke stipend som kan søkes på med frist i januar og at unge medlemmer i NCS/ESC også i 2019 kan søke sponset deltagelse på ESC sin årlige kongress.

Ønsker alle en riktig god jul.

Øivind Bleie

