

Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet?

Sammendrag

Bakgrunn. De nasjonale høyspesialiserte helsetjenestene består bl.a. av 33 landsfunksjoner og åtte flerregionale funksjoner. Dette er tenkt som monopolinstitusjoner med henvisningsplikt og behandlingsplikt.

Materiale. Vi har studert den geografiske fordeling av tjenestene gitt til 2 711 pasienter i 2001.

Resultater. Fylker lokalisert nær monopolinstitusjoner har større forbruk av høyspesialiserte tjenester. Dette gjelder også for helsetjenester som er entydig definert, som transplantasjonskirurgi. Et relativt underforbruk finnes særlig i Nord-Norge og i noen grad i Oslo. Forholdstallet mellom fylket med høyest forbruk og det med lavest var 2,3.

Fortolkning. Monopolfunksjoner og særlig landsfunksjoner fører ofte til geografisk skjevfordeling av tjenester. Dette kan representere en reell konflikt mellom kravene til kvalitet og effektivitet og kravet til likhet. Helsemyndighetene bør derfor utvise forsiktighet med opprettelse av nye landsfunksjoner og bør føre tett kontroll av dem vi allerede har. Likhetsidealet i medisinen bør fortsatt ha høy prioritet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

> Se også side 2918

Knut Rasmussen

knut.rasmussen@unn.no
Hjertemedisinsk avdeling
Universitetssykehuset Nord Norge
9038 Tromsø

Dag Bratlid

Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Norsk medisin kan siden den annen verdenskrig beskrives som en stadig tautrekking mellom desentraliserende og sentraliserende impulser. På den ene side har den medisinsk-faglige og teknologiske utvikling og en bedre samfunnsøkonomi ført til betydelige investeringer i kompetanse og utstyr på sykehus og i kommuner over hele landet. Etableringen av nye universitetsklinikker i alle regioner og satsingen på det regionale helsevesen har bidratt til utjevningen av det medisinske tilbudet. I de senere år har økt valgfrihet også påvirket pasienters mulighet til å nå frem til påkrevet diagnostikk og behandling.

På den anen side har både myndigheter og fagfolk vært bekymret over at utviklingen kan ha gått for fort og for langt. Tidligere statsminister Gro Harlem Brundtland gav flere ganger uttrykk for at man i et lite land ikke kan ha alle funksjoner «på hvert nes». Prioriteringsutvalgene advarte mot overdreven investering i høyteknologi. Kvinnslandrapporten (1) og en rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) (2) har søkt å dokumentere en positiv relasjon mellom kvalitet og kvantitet. Både hensynet til kvalitet, effektivitet og til økonomi har nok ligget bak en rekke initiativer fra de sentrale helsemyndigheter for å oppnå en rasjonell nasjonal fordeling av viktige helsetjenester.

Et av disse initiativene var etablering av styringssystemet for høyspesialiserte nasjonale somatiske helsetjenester i 1990. Dette definerte to former for medisinske monopoler: landsfunksjoner og flerregionale funksjoner (3). I denne artikkelen ser vi nærmere på virkningene av disse monopolene på den geografiske fordeling av de etablerte medisinske tilbudene.

Materiale og metode

I 2001 fantes det 33 landsfunksjoner og åtte flerregionale funksjoner, og til sammen ca. 2 700 nye pasienter ble behandlet (3, 4). Helsetilsynet og Fagrådet for høyspesialiserte somatiske medisinske tjenester hadde ansvar for utvikling og styring av de høyspesialiserte funksjoner og departementet stod for effektivisering av vedtakene (3). Styringsprosessen var betydelig tettere enn for andre medisinske funksjoner i Norge. 25 av de 33 landsfunksjonene var lokalisert i Oslo, fire i Bergen og tre i Trondheim (3). Av de flerregionale funksjonene var tre delt mellom Trondheim og Oslo og fem mellom Bergen og Oslo. Ingen pasient-

rettede funksjoner var lokalisert til Nord-Norge.

Under gjennomgangen av de høyspesialiserte funksjoner for 2001 ble det også foretatt en nøyaktig innsamling av data vedrørende pasientenes bosted (3). For denne artikkelens formål har vi regnet ut aggregert bruk av landsfunksjoner og flerregionale funksjoner for hvert fylke. For organtransplantasjoner foreligger det ikke andre tilbud til norske pasienter, og vi har derfor spesielt analysert den geografiske fordeling av disse funksjonene.

Statistikk

Fordi sentrum for de 41 medisinske funksjonene er forskjellig fordelt, vil en full statistisk analyse av materialet kunne gjøres svært komplisert. Vi har derfor begrenset oss til å anvende khikvadrattester for å sammenlikne forskjellene mellom tilbudene gitt til Nord-Norge og «Distrikts-Norge», definert som Nord-Norge, Midt-Norge og Sogn og Fjordane, med det øvrige Norge. Analysene angis i form av oddsratio med 95 % konfidensintervall (KI) (5). Da originaldataene presenteres, kan alternative modeller lett testes.

Resultater

Tabell 1 viser aggregert bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og totalt antall funksjoner for hele landet og det enkelte fylke i 2001. Ratio mellom forbruket i det fylket som brukte mest høyspesialisert medisin, Akershus, og det fylket som brukte minst, Troms, er 2,3. Samtlige fylker nord for Dovre hadde et forbruk som ligger under landsgjennomsnittet. Oddsratio for å motta en høyspesialisert medisinsk tjeneste i Nord-Norge var 0,77 (KI 0,67–0,89) og for å motta en landsfunksjonstjeneste



Hovedbudskap

- Landsfunksjoner og flerregionale funksjoner, hvorav ingen ligger i Nord-Norge, er medisinske monopolfunksjoner
- Forbruket av disse tjenestene er betydelig geografisk skjevfordelt
- Det er to muligheter for utjevning av disse ulikhetene, nemlig nedbygging av noen monopoler og styrking av styringen av de resterende

Tabell 1 Fylkesvis fordeling og insidens¹ for bruk av høyspesialiserte medisinske tjenester i 2001

	Bruk av landsfunksjoner		Bruk av flerregionale funksjoner		Samlet bruk av høyspesialisert medisin		Samlet bruk av slike tjenester i prosent av landsgjennomsnittet
	Antall pasienter	Insidens ¹	Antall pasienter	Insidens ¹	Antall pasienter	Insidens ¹	
Østfold	117	47,2	42	16,9	159	64,1	107
Hedmark	81	43,3	28	15,0	109	58,3	97
Oppland	93	51,1	28	15,4	121	66,5	111
Akershus	286	61,2	85	18,2	371	79,4	132
Oslo	187	36,9	84	16,6	271	53,4	89
Buskerud	111	46,8	38	16,0	149	62,9	105
Vestfold	86	40,4	35	16,4	121	56,8	94
Telemark	62	37,6	29	17,6	91	55,1	92
Aust-Agder	43	42,2	18	17,6	61	60,0	99
Vest-Agder	71	45,5	29	18,6	100	64,1	107
Rogaland	166	44,5	75	20,1	241	64,6	107
Hordaland	234	53,8	81	18,6	315	72,4	120
Sogn og Fjordane	43	39,8	19	17,6	62	57,4	95
Møre og Romsdal	74	30,5	51	21,0	125	51,4	86
Sør-Trøndelag	74	28,1	57	21,7	131	49,8	83
Nord-Trøndelag	38	29,9	15	11,8	53	41,7	69
Nordland	100	41,8	33	13,8	133	55,6	93
Troms	32	21,2	21	13,9	53	35,1	58
Finnmark	21	28,4	8	10,8	29	39,2	65
Hele landet	1 919 ²	42,9	776	17,3	2 695	60,2	100

¹ Antall registrerte nye pasienter per 100 000 innbyggere

² I tillegg kommer 16 pasienter i landsfunksjonene kirurgisk arytmi-behandling, bekkeneksentrasjon og koriokarsinom, der det ikke forelå opplysninger om fylkestilhørighet

0,73 (KI 0,62–0,86) i forhold til landet for øvrig. Oddsratio for å motta tilsvarende tjenester i «Distrikts-Norge» var henholdsvis 0,78 (KI 0,71–0,86) og 0,66 (KI 0,53–0,73). Et annet slående trekk er det lave forbruk av høyspesialiserte tjenester hos Oslos befolkning.

Tabell 2 viser resultatene for organtransplantasjoner. Tallene for nyretransplantasjon er spesielt store og dermed lettere å vurdere. Her var det en meget jevn geografisk fordeling. For de øvrige organtransplantasjoner er tallene små, likevel er det totalt sett en klar og statistisk signifikant trend i retning av at antall inngrep avtar med avstanden til transplantasjonssenteret (Rikshospitalet). Oddsratio for å motta et annet transplantat enn nyre var i Nord-Norge 0,28 (KI 0,09–0,78) og i «Distrikts-Norge» 0,33 (KI 0,18–0,60).

Diskusjon

Antall pasienter som behandles innen hver høyspesialiserte funksjon er små og usikkerheten knyttet til den enkelte pasientkategori er derved stor. Med totalt 2 711 pasienter tilgjengelig for analyse og klare statistiske trender, er det etter vår mening imidlertid grunn til å tro at den påviste geografiske skjevhet er reell. Det fremkommer også klart at landsfunksjonene har den største geografiske skjevhet, mens de flerregionale funksjoner er betydelig jevnere fordelt. Det ser ut til at når to sykehus har delt en flerregional funksjon, har de til sammen maktet å gi en god landsdekning (3).

Hovedtendensen i dataene tyder på at de nordlige fylkene, særlig Troms og Finnmark, har en reell relativ underdekning.

Videre ligger Oslo lavt, slik man også ser når det gjelder andre helseindikatorer, for eksempel hjertekirurgi. Om behovet i Oslo faktisk er lavere, om Oslos eget helsevesen selv rydder opp («ulovlig») eller om det er henvisningssystemet der som svikter, bør belyses nærmere. Sannsynligvis ligger det komplekse sosiale, etniske og demografiske forhold bak Oslos særstatus i flere helsestatistikker. Et annet særtrekk er at Hordaland kommer høyt på statistikken på grunn av høyt pasientall for egne landsfunksjoner.

At øyeblikkelig hjelp-funksjoner må bli noe dårligere i grisgrendte strøk av landet, er sannsynligvis en nødvendighet. De høyspesialiserte tjenester er imidlertid elektive og burde derfor i utgangspunktet ikke være så avstandsømfintlige.

Forskjellene i tilbudene til befolkningen når det gjelder landsfunksjoner, er større enn dem vi i dag ser for de fleste andre typer helsetjenester (6). Betydningen blir også understreket av at sykdommer som dekkes av landsfunksjoner, har høy alvorlighetsgrad og prioritet. Forskjellene må derfor sies å representere alvorlige ulikheter i tilbudet.

Vi har her satt søkelyset på de medisinske konsekvensene av en geografisk skjevfordeling. Finansieringssystemet for monopoler medfører imidlertid at dette også representerer en økonomisk skjevhet. Statlige midler sprøytes inn i en institusjon for at hele landet skal tjenes, men pengene brukes på egen institusjon og på nærområdet.

Hvorfor geografisk skjevhet?

Påviste forskjeller kan i prinsippet bety enten reell underdekning eller overdekning

i forhold til et antatt behov. Bare en analyse av enkeltfunksjoner kan avklare dette. Fordi de tunge monopolfunksjoner er klart definert, er det grunn til å frykte at forskjellene i stor grad skyldes reell underdekning i deler av landet.

En mulig årsak til de geografiske forskjeller kunne være mindre sykkelighet og derved mindre behov i det perifere og nordlige Norge. Vi vet imidlertid at sykkelighet tidligere har økt jo lenger nord man har kommet for de fleste aktuelle tilstander. Levealderen er fortsatt kortere i Nord-Norge enn i resten av landet, særlig i Finnmark. Et generelt redusert behov i Nord-Norge fremstår dermed som mindre sannsynlig. Også når det gjelder Oslo, er dette en mindre sannsynlig forklaring.

Årsaken til ulikhetene må dermed søkes i de systemene som er etablert omkring de høyspesialiserte funksjoner. De ansvarlige for monopolfunksjonene kan ha de beste intensjoner om å nå hele landet, likevel kan det være vanskeligere å markedsføre tilbudene og å holde kontakten med sykehus som er langt borte. Leger ved lokalsykehus og i kommuner har kanskje ikke samme informasjonsnivå som kolleger mer sentralt og henviser kanskje derfor pasientene i mindre grad. Pasientenes egen evne til å etterspørre tjenester kan også variere på grunn av forskjeller i utdanning og sosiale forhold. Uklare definisjoner kan medføre ulike klassifikasjoner av medisinske tilstander i ulike deler av landet (3). Særlig vil funksjoner som skal dekke bare «alvorlige tilfeller» ha en iboende tendens til å bli tolket forskjellig avhengig av avstanden til spesialsykehuset. Imidlertid var trenden den

Tabell 2 Antall nye pasienter i 2001 med fylkesvis fordeling og insidens¹ for landsfunksjonene organtransplantasjon (Tx) ved Rikshospitalet

	Beinmarg	Lever	Pancreas	Lunge	Hjerte	Insidens alle Tx unntatt nyre-Tx	Nyre-Tx	Insidens nyre-Tx	Insidens alle Tx
Pasientfordeling									
Østfold	4	2	2	2	4	5,7	15	6,1	11,7
Hedmark	0	0	0	0	3	1,6	7	3,7	5,3
Oppland	0	2	0	0	1	1,6	16	8,7	10,4
Akershus	5	8	2	3	4	4,7	30	6,4	11,1
Oslo	5	3	1	2	1	2,4	22	4,3	6,7
Buskerud	1	3	0	1	5	2,5	14	5,9	8,4
Vestfold	1	2	2	3	2	4,7	15	7,0	11,7
Telemark	1	1	1	1	2	3,6	9	5,5	9,1
Aust-Agder	1	0	0	1	1	2,9	3	2,9	5,9
Vest-Agder	0	3	0	0	0	1,9	5	3,2	5,1
Rogaland	2	6	0	0	3	3,0	17	4,6	7,5
Hordaland	2	8	4	0	2	3,7	21	4,8	8,5
Sogn og Fjordane	1	0	1	0	0	1,9	3	2,8	4,6
Møre og Romsdal	2	0	0	0	0	0,8	5	2,1	2,9
Sør-Trøndelag	1	1	0	0	0	0,8	11	4,2	4,9
Nord-Trøndelag	3	1	0	0	0	3,2	9	7,1	10,2
Nordland	0	1	1	0	1	0,9	13	3,8	4,7
Troms	1	0	0	0	0	0,7	7	4,6	5,3
Finnmark	0	0	0	0	0	0,0	3	4,1	4,1
Hele landet	30	41	14	13	29	2,8	225	5,0	7,9

¹ Antall registrerte nye pasienter per 100 000 innbyggere

samme for strengt definerte organtransplantasjoner som for de øvrige funksjoner. I en del tilfeller kan det være reell uenighet om det faktisk er nødvendig å sentralisere medisinske tilbud, for eksempel når det gjelder replantasjonskirurgi. Kanskje er det like greit å sy på en avrevet finger i Tromsø, selv om dette ikke er «lov»?

Etter vårt syn er den mest sannsynlige forklaringen på den geografiske skjevfordeling å finne i selve monopolfunksjonens natur. Som i næringslivet kan et monopol ha negative konsekvenser (7). Et monopol kan være en sovepute både for den som har ansvaret for det og for den som ikke har det. Også innen medisinen kan en viss konkurranse være sunt. Initiativ og nyskaping kan bli borte både når man vet at man ikke har noen konkurrenter, eller når man vet at man ikke har lov til å videreutvikle faget. De negative konsekvensene av et monopol skyldes derfor ikke at det er noe galt med menneskene som driver det; det er systemet som har skylden.

En mulig konsekvens av dette syn er at høyspesialisert medisin i Norge styres og styrkes bedre ved opprettelse av utadrettede kompetansesentre enn ved monopoler. Kompetansesentre er, i motsetning til monopoler, utadrettede serviceinstitusjoner som forener de nasjonale ressurser i et samarbeid om pasientbehandling, undervisning og klinisk forskning.

Hva kan gjøres?

Hvis vi har rett i at de påviste forskjeller er reelle, og i at de er for store til å kunne aksepteres, ser vi bare to typer løsninger på dilemmaet. Den ene muligheten er en fort-

satt sterk styring av monopolfunksjonene. Som eksemplet med nyretransplantasjon viser, er det mulig å etablere et geografisk likt tilbud med ett transplantasjonssenter. Det er vel kjent at kontakten mellom nyretransplantasjonsteamet og norske nefrologer har vært meget god, og at den vedlikeholdes regelmessig med hyppige faglige diskusjoner. Man sitter ikke og venter på henvisninger, men driver en aktiv nasjonal politikk. Nyresviktpasientenes kliniske situasjon bidrar utvilsomt til dette. Disse pasientene møter tre ganger i uken for dialyse, og både lege og pasient vil så aktivt som mulig søke en bedre løsning. For å oppnå tilsvarende effekter på de andre fagfeltene må det sterkere sentrale styringsmekanismer til. Særlig tror vi at de nasjonale rådene for monopolfunksjonene må få en større tyngde (3).

Alternativet er å være mer kritisk til opprettelse av monopolfunksjoner. Der det er mulig, bør det etableres flerregionale funksjoner i stedet for landsfunksjoner. Flere av de nåværende landsfunksjoner kan sikkert regionaliseres. Diskusjonen blir analog med den som foregikk under og etter etableringen av et universitetssykehus i Tromsø. Først da dette var i funksjon, begynte tilbudet til den nordnorske befolkning gradvis å snu i riktig retning. Etter vår mening gir de foreliggende data sterk støtte til å fortsette denne regionaliseringsstrategien. På noen få felter må man likevel utvilsomt bevare landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Løsningen blir dermed todelt, dels en nedbygging av noen av monopolenene, dels en styrking av kontrollen med de resterende.

Kollisjon mellom idealer?

Styringssystemet for de nasjonale høyspesialiserte tjenester ser ut til å ha sørget for en tilstrekkelig kvalitet og effektivitet av disse (3). Våre data tyder imidlertid på at dette dessverre har skjedd på bekostning av likhet i fordelingen av tilbudet. Relasjonen mellom kvalitet og kvantitet i helsetjenester er ganske forskjellig fra fagfelt til fagfelt (2). På noen felter er assosiasjonen sterk, på andre svak. Målsettingen må derfor være å dokumentere denne relasjonen så godt som mulig og å satse på monopoler bare der dette er absolutt nødvendig. Balansen mellom desentralisering og sentralisering må ikke bygge på dogmatikk, men på dokumentasjon.

I den internasjonale debatt om likhetsidealet er fokus sterkest på helseulikheter som er assosiert med sosiale forhold, rase og kjønn (8, 9). I de nordiske land er disse forskjellene relativt små, og man har derfor vært opptatt av geografisk helseulikheter. Ofte finnes samtidig diskriminering når det gjelder flere forhold, for eksempel geografisk, sosialt og rasemessig. Også i Norge er det all grunn til å se utover det geografiske når ulikheter skal analyseres. Både sosiale og etniske faktorer kan være aktuelle både i Oslo og i Finnmark. Mange av våre observasjoner kan like gjerne gis en sosial som en geografisk tolking.

Likhetstanken har en omfattende filosofisk underbygging (10) og har vært et dominerende ideal i Norge i etterkrigstiden. Idealet er også understreket i prioriteringsutvalgenes innstillinger (11). I den internasjonale debatt forutsettes det ofte at det koster å kreve likhet ved at også marginale

og perifere grupper skal inkluderes. Andre deler av samfunnet må betale for likheten i form av redusert effektivitet og kvalitet (12, 13). Kanskje er det imidlertid slik at det i de underbehandlede delene av befolkningen finnes pasienter som kan nyttiggjøre seg behandlingen bedre enn andre og at likhetsidealet derfor hjelper oss til å optimalisere helsetjenesten for hele befolkningen.

Det kan i dag se ut som om vi parallelt med økende velstandsutvikling og økte medisinske tilbud har fått en gradvis svekkelse av likhetsidealet både nasjonalt og internasjonalt (14). Kanskje tar vi for gitt at goder er fordelt rettferdig, selv om vi ikke har undersøkt dette skikkelig. Denne kartleggingen av et spesielt felt av norsk medisin tyder på at det er all grunn til å holde det nasjonale likhetsidealet høyt. Et offentlig helsevesen må fungere godt for alle landets innbyggere.

Manuskriptet ble godkjent 22.8. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: *Knut Rasmussen ledet Fagrådet for høyspesialiserte tjenester i perioden 1995–2002. Dag Bratlid var Fagrådets sekretær i perioden 1999–2002. De vurderinger som forfatterne gir uttrykk for er ikke nødvendigvis sammenfallende med Sosial- og helsedirektoratets faglige syn.*

Litteratur

1. Kvinnsland S, Enger E, Førde OH et al. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4–93. Oslo: Helsedirektoratet, 1993: 1–80.
2. Pasientvolum og behandlingskvalitet. SMM-rapport nr 2, 2001. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2001.
3. Bratlid D, Rasmussen K. Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 0000–0.
4. Rasmussen K, Bratlid D. Nasjonal organisering av høyspesialiserte medisinske tjenester. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
5. www.cdc.gov/epiinfo (4.8.2005).
6. Samdata sykehus. Trondheim: Sintef Unimed NIS Samdata, 2000.
7. McPake B, Kumaranayake L, Normand C. Health economics. An international perspective. London: Routledge, 2002.
8. Steinbrook R. Disparities in health care – from politics to policy. N Engl J Med 2004; 350: 1486–8.
9. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. Lancet 1997; 349: 1655–9.
10. Rawls J. A theory of justice. Oxford: Oxford University Press, 1971.
11. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 2.
12. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. Lancet 2004; 364: 1273–80.
13. Lindholm L, Rosen M, Emmelin M. How many lives is equity worth? A proposal for equity adjusted years of life saved. J Epidemiol Health 1998; 52: 808–11.
14. Lindblad E, Lyttkens CH, Hanson BS et al. Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society. Soc Sci Med 1998; 46: 1017–25.