

Í takt við tímann

Breytt landslag heilbrigðis á Íslandi



Ófeigur T.
Þorgeirsson

Tímarnir breytast og mennirnir með. Á Vesturlöndum er ofgnótt, of lítil hreyfing og offita að verða regla fremur en undantekning. Flestir eru sammála um að breyttur lífsstíll sé ein meginrót hins æ algenga efnaskiptakvilla eða insúlínviðnáms. Birtingarform efnaskiptakvilla er mismunandi eftir einstaklingum en samanstendur af háþrýstingi („essential“), sykuroþoli/fullorðins-sykursýki, samsetningarvillu blóðfitu með lágu HDL/háum þriglyseríðum („dyslipidemia“), æðakölkun (gjarnan smáæðasjúkdómi), aukinni tilhneigingu til segamyndunar, bólgusvörum í æðapeli og hækkun á bólgumiðlum, próteínmiggu, offitu, gáttatífi, þykkun á vinstri slegli með fylliskerðingu og mörgu fleiru. Þegar þessi kokteill er svo blandaður með reykingum, slitgigt og depurð flækjast málin enn frekar. Einkenni efnaskiptakvilla koma seint fram, eða einum til tveimur áratugum eftir að líf-efnafræðileg merki kvillans greinast fyrst (1). Allt að helmingur landsmanna má búast við að fá kvillann en í mismiklum mæli þó. Sem dæmi um þetta er algengi háþrýstings 42% hjá fólki á aldrinum 35-65 ára (2). Fjöldi einstaklinga með háþrýsting hér á landi telst því í tugum þúsunda. Afleiðingar efnaskiptakvilla eru fjölmargar og alvarlegar, meðal annars fjölyfjanotkun, og ýmis vandamál sem tengjast lyfjameðferð, svo sem meðferðarheldni, aukaverkanir og milliverkanir lyfja, öryggismál sjúklinga og síðast en ekki síst mikill og sívaxandi kostnaður fyrir samfélagið. Það er ekki lítill eða einfaldur vandi sem margir læknar horfast í augu við í starfi sínu. Ef mark er tekið á erlendum tölum má áætla að 70% af kostnaði heilbrigðiskerfisins sé vegna langvinnra sjúkdóma og er það eitthvað til að hugleiða fyrir okkur sem borgum skatta og önnur opinber gjöld.

Mætir íslenskt heilbrigðiskerfi þessum vanda?

Ísland er gott land að búa á. Hér býr fólk við góð skilyrði miðað við flestar þjóðir. Ennfremur segja margir að hér sé eitt besta heilbrigðiskerfi í heimi. Góður árangur í mæðravernd, ungbarnaeftirliti og bólusetningum eru til marks um það. Ef lítið er til erlendra talna varðandi árangur og umfang þarfum við þó aðeins að staldra við og spyrja okkur ákveðinna spurninga um gæði þjónustunnar. Mætum við þörfum sjúklinga og kröfum samfélagsins um gæði, árangur og kostnað (*minni sóun*)? Fyrir

vestan haf svaraði hin fræga skýrsla „Crossing the quality chasm“ þeirri spurningu neitandi á afráttarlausan hátt (3). Dæmi: Í einni athugun voru 38% af sjúklingum með greindan háþrýsting eru meðhöndlaðir að meðferðarmarkmiði (4)! Allir þessir sjúklingar voru með staðfestan háþrýsting í sex mánuði eða lengur fyrir athugun. Slembiúrtak fullorðinna sjúklinga í einni athugun leiddi í ljós að 55% þeirra fengu viðeigandi meðferð. Í þessari rannsókn var lítið til meðferðar bráðra sjúkdóma, langvinnra sjúkdóma og forvarnaraðgerða (5). Í takt við þetta fullyrðir „Chasm-skýrslan“ að það sé gjá, raunar hlydýpi (chasm), á milli þekkingar í læknisfræði annars vegar og útfærslu þjónustunnar hins vegar. Nú þarf maður að gæta sín að heimfæra ekki of mikið á milli landa, en rannsóknir á gæðavísu héraðs skortir hins vegar sárlega. Slíkar mælingar ættu að vera á forganglista yfir-lækna stofnana og heilbrigðisyfirvalda. Nokkrar vísendingar eru þó til um gæði þjónustunnar hér á landi. Ingibjörg Guðmundsdóttir og fleiri athuguðu notkun blóðþýnningar hjá sjúklingum með gáttatífi og reyndist þriðjungur (þeirra sem leituðu á bráðamóttöku) til helmingur (sem leituðu á heilsugæslu) vera án blóðþýnningar. Reynt var að ganga úr skugga um að þessir sjúklingar hefðu ekki frábendingu fyrir warfarín-notkun og allir höfðu þeir að minnsta kosti einn áhættuþátt fyrir heilablóðfalli með gáttatífi (6). Í fimm ára gamalli rannsókn Ólafs Samúelssonar og fleiri var lítið á allmarga gæðavísu við innlögn sjúklinga eldri en 75 ára (7). Í þeirri athugun voru 48 sjúklingar með staðfestan kransæðasjúkdóm og 48% þeirra voru á lág-skammta magnýli og einungis 31% á beta-hemlum við innlögn. Tíu sjúklingar útskrifuðust með greininguna hjartadrep og fjórir þeirra (40%) útskrifuðust á beta-hemlum. Í sömu rannsókn kom fram að af 18 sjúklingum með fyrri sögu um hjartabilun voru þrír (17%) á ACE-hemlum. Nítján sjúklingar fengu hjartabilun sem aðalútskriftargreiningu og útskrifuðust sex, eða 32%, á ACE-hemlum. Athyglisverðar tölur. Kannski erum við ekki svo frábrugðin öðrum þjóðum í þessu efni. Það kæmi svo sem ekki á óvart (8). Ef maður leyfir sér að horfa á þetta með augum notanda heilbrigðisþjónustunnar þá eru ríflega þriðjungslíkur á því að hann/hún fái fullnægjandi meðferð á sínum háþrýstingi. Þrjátíu-fimmtíu prósent líkur að sjúklingur njóti ekki verndar blóðþýnningar hafi hann

Höfundur er meðstjórni í stjórni LÍ.

Í pistlum Af sjónarhóli stjórna birta stjórnarmenn LÍ sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

gáttatíf og svo framvegis. Það er sagt að heilbrigðisþjónustan eigi að bera sig saman við flugvélaíðnaðinn í gæðamálum enda um líf og heilsu notenda þjónustunnar að ræða. Ætli ofangreindar tölur væru ásættanlegar í þeim bransa?

Reynsla annarra

Takmarkið er að bæta – ekki breyta, segir Tryggvi Gíslason, fyrrverandi skólameistari MA um vanda skólakerfisins í nýlegri grein í Morgunblaðinu. Fjörug og uppbyggileg umræða í fjölmiðlum um skólakerfið, þar með talið gæði grunnskólanáms, einkarekna skóla, styttingu framhaldsskólanáms og fjölgun stofnana á háskólastigi endurspeglar þá kröfu að skólakerfið þróist samhliða samfélaginu. Stöðnun er óásættanleg. Læknastéttin og heilbrigðisyfirvöld þurfa að mínu mati að hefja samþæfð umræðu um hvort heilbrigðisþjónustan sé í takt við og mæti þörfum breytts samfélags. Gamla kerfið, kerfi 20. aldarinnar sem að miklu leyti byggðist hugmyndafræði lækninga bráðra sjúkdóma, er gengið sér til húðar. Kerfið í núverandi mynd ræður illa við hinn stóra hóp landsmanna með mörg, þung og langvinn vandamál. Það svarar illa og oft alls ekki þremur megin kröfum samtímans: Aðgengi, áreiðanleika og samfellu í meðferð. En erum við í stakk búin að gera það sem gera þarf: Svárið er já. Vegna þessa að:

1. Við eigum vel menntað heilbrigðisstarfsfólk.
2. Við búum í litlu landi, erum ágætlega menntuð þjóð og tölum sama tungumálið (flest).
3. Við erum tilbúin að fjárfesta í heilbrigðiskerfi þar sem fjórðungur útgjalda ríkisins fer í þennan málaflökk.
4. Þetta hefur verið gert á öðrum stöðum með frábærum árangri.
5. Einstakir læknar og stofnanir hafa staðið fyrir metnaðarfullum gæðaverkefnum hér á landi innan heilsugæslunar og á sjúkrahúsum.

Hvar skal byrja? Eins og annars staðar verða orð til alls fyrst – við þurfum að hefja umræðuna. Fyrir vestan haf hafa augu manna beinst að nýrri hugsun og nýrri útfærslu þjónustunnar í kjölfar „Chasm-skýrslunnar“. Þar eins og víða annars staðar hefur best gefist að endursmíða þjónustuna í kringum ákveðna sjúkdóma, til dæmis sykursýki. Innleiðing nýs kúltúrs sannreyndra vinnubragða, gæðamælinga og „feedback“ með úrbótum eru þær

starfsaðferðir sem krafist verður í síauknum mæli. Þetta kemur meðal annars fram í stefnumótun samtaka bandarískra lyflækna (9) og heimilislækna (10) sem birt hefur verið á síðastliðnum tveimur árum og í „Sáttmála lækna við samfélagið“ sem birtur var snemma árs 2004 í Læknablaðinu (11). Í netútgáfu fréttablaðs bandarískra heimilislækna er að finna gott dæmi um árangur þessarar nýju útfærslu heilbrigðisþjónustu (12). Kemur þar fram hverskonar viðsnúningi er hægt að ná í gæðum, útkomu og þjónustuúrræðum, sérstaklega þegar umbun á sér stað fyrir góðan árangur (13). Í stuttu máli er nýja þjónustan mjög sjúklingamiðuð og stuðst við útkomu í ríkum mæli. Á þennan hátt fer saman notendavæn þjónusta og góð útkoma í meðferð sjúklunga. Hér á landi getur slík nálgun átt vel við á fjölmörgum stöðum, svo sem í göngu- deildarþjónustu við háskólasjúkrahúsið, heilsugæslunni í Reykjavík og á Læknasetrinu í Mjódd. Nú þegar hafinn er undirbúningur að byggingu nýs háskólasjúkrahúss er kjörið tækifæri til að tileinka sér þessar nýju áherslur í þjónustunni og tryggja að gert verði ráð fyrir þeim við hönnun hússins.

Þó svo að skólakerfið þurfi einungis að bæta, þá þurfum við læknar að mínu mati að ganga einu skrefi lengra ... og breyta.

Heimildir

1. Salmenniemi U, Ruotsalainen E, Pihlajamaki J, Vauhkonen I, Kainulainen S, Punnonen K, et al. Multiple abnormalities in glucose and energy metabolism and coordinated changes in levels of adiponectin, cytokines, and adhesion molecules in subjects with metabolic syndrome. *Circulation* 2004; 110: 3842-8.
2. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363-9.
3. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. 2002. National Academies of Sciences, Washington DC.
4. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Int Med* 2002; 162: 413.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofari A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 2635-45.
6. Guðmundsdóttir I, Helgason KO, Sigurðsson EL, Arnar DO. Notkun blóðþynningarlyfja hjá sjúklungum með gáttatíf á Íslandi. *Læknablaðið* 2002; 88: 299-303.
7. Samúelsson Ó, Björnsson S, Jóhannesson BH, Jónsson PV. Lyfjanotkun aldraðra á bráðasjúkrahúsi. Aukaverkanir og gæðavísar. *Læknablaðið* 2000; 86: 11-6.
8. McGlynn EA. There is no perfect health system. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 100-2.
9. Future of general internal medicine. Society of General Internal Medicine. 2002. www.sgim.org
10. Future of family practice project. American Academy of Family Practice. www.aafp.org
11. Sáttmáli lækna. *Læknablaðið* 2004; 90: 162-5.
12. www.aafp.org/fpr/20040900/3.html
13. Berwick DM, DeParle NA, Eddy DM, Ellwood PM, Enthoven AC, Halvorson GC, et al. Paying for performance: Medicare