

Persónuleg ábyrgð læknis ekki síður en sjúklings

HUGMYNDIN UM PERSÓNULEGA ábyrgð sjúklings á heilsufari sínu hefur náð nýjum hæðum í umræðum um breyttar áherslur í opinberri heilsugæslu í Bandaríkjunum. Stjórn heilsugæslunnar í Vestur-Virginíufylki hefur riðið á vaðið með róttækar breytingar á fyrirkomulagi hennar (Medicaid) sem snýr fyrst og fremst að þeim verst settu í samfélaginu, þeim sem hafa lægstar tekjur og eru við eða undir skilgreindum fátæktarmörkum og geta þar af leiðandi ekki borgað há iðgjöld einkaheilsutrygginga og/eða njóta ekki heilsugæslufríðinda vegna vinnu sinnar.

Hugmyndin að baki persónulegrar ábyrgðar á eigin heilsufari byggist á því að fólk stundi heilbriggt lífferni og séu hlýðnir sjúklingar (mæti alltaf til læknisins, fari ávallt að læknisráði og noti aðeins bráðadeildir í neyð) og uppskeri í staðinn betri líðan fyrir minni tilkostnað. Þetta hljómar sannarlega vel og við fyrstu sýn virðist kannski ekkert athugasvert við að leggja slíka ábyrgð á herðar sjúklingsins. En læknar í Bandaríkjunum hafa ýmislegt við þetta að athuga eins og glögg kemur fram í tveimur greinum í *The New England Journal of Medicine*: (Steinbrook R. *Imposing Personal Responsibility for Health*. *N Engl J Med* 2006; 355: 753-6. Bishop G, Brodkey A. *Personal Responsibility and Physician Responsibility – West Virginia's Medicaid Plan*. *N Engl J Med* 2006; 355: 756-8.)

Robert Steinbrook bendir reyndar á að nú þegar fyrirfinnst ýmis dæmi um að menn séu krafðir um persónulega ábyrgð á heilsufari sínu hjá stofnunum og fyrirtækjum. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) ræður til dæmis ekki lengur í vinnu fólk sem notar tóbak þó stofnunin ráði enn fólk sem að öðru leyti ástundar ekki heilbriggt lífferni (opinberlega skilgreint sem regluleg hreyfing, halda sig innan þyngdarmarka og reykja ekki). Til eru dæmi um vinnuveitendur sem hafa rekið fólk fyrir reykja utan vinnutíma og margir vinnuveitendur í Bandaríkjunum ráða ekki lengur of feitt fólk eða reykningafólk í vinnu þar sem heilsu- og líftryggingar eru dýrari fyrir þá sem reykja og/eða eru of þungir; ekki er óalgengt að vinnuveitendur verðlauni starfsmenn fyrir að léttast, hætta að reykja og/eða fara í heilsuræktaráttak. Steinbrook tiltekur dæmi af verslanakeðjunni Wal-Mart sem hefur hugleitt að bæta líkamlegu erfiðni inn í allar starfslýsingar fyrirtækisins til að letja fólk sem er líkamlega illa

á sig komið til að sækja um störf. Í nýlegri könnun (júlí 2006) telja 53% Bandaríkjamanna „sanngjarnt“ að þeir sem hirða lítt um heilsufar sitt greiði hærri iðgjöld fyrir heilsutryggingar og heilsugæslu en fólk sem ástundar heilbriggt lífferni. Í nóvember 2003 var sambærilegt hlutfall 37%.

Hér á Íslandi hefur sambærileg umræða skotið upp kollinum þegar rætt er hvort reykingamenn sem ekki hlíta því skilyrði að hætta að reykja eigi rétt á endurteknum hjartaaðgerðum og einnig hefur verið rætt um hvort þeir sem ekki hlíta samkomulagi um þyngdartap fyrir garnastyttingu fyrirgeri rétti sínum til aðgerðarinnar. Umræðan hefur ekki farið hátt en snýst um hið sama; hvort meta eigi rétt einstaklings til læknisþjónustu í hlutfalli við hversu mikla ábyrgð hann tekur á eigin heilsufari.

Endurskipulagning heilbrigðisþjónustu í Vestur-Virginíu byggist á því að draga úr grunnþáttum heilsugæslu fyrir börn og fullorðna sem skilgreind eru heilbrigð og falla undir skilmála Medicaid (það er þeir verst settu í samfélaginu). Þessum einstaklingum er hins vegar boðið að skrifa undir samning þar sem lagðar eru ýmsar kröfur á herðar þeim ef þeir vilja njóta aukinnar þjónustu en hún felur í sér alla grunnþjónustu auk aldurstengdrar heilbrigðisþjónustu sem beinist að sykursýki, endurhæfingu eftir hjartasjúkdóma, námskeiði til að hætta reykningum, fræðslu um næringu, fíkn og geðheilbrigði. Grunnþjónustan veitir fjóra lyfseðla á mánuði en aukna þjónustan eins marga og þörf krefur. Ávinningur af kerfinu að sögn meðmælenda er sá að „veita skjólstæðingum þess tækifæri og frumkvæði til að viðhalda og bæta heilsu sína.“

Til að detta ekki útúr kerfinu og tapa þar með hinum auknu réttindum þarf sjúklingurinn eingöngu að koma í bókaðar heimsóknir hjá lækni, mæta í reglulegar skoðanir, taka lyfin sín og fara eftir leiðbeiningum um bætt heilsufar. Þetta eru þau fjögur atriði sem heilsugæslufyrirvöld í Vestur-Virginíu ætla að hafa til viðmiðunar þegar metið er hvort sjúklingur stendur sig eða ekki. Standi hann s ig er honum lofað auknum fríðindum sem þó er ekki alls kostar ljóst hver verða á þessu stigi en gefið er í skyn að þar geti verið um að ræða aðgang að líkamsrækt fyrir fullorðna og ávísanir á hollan mat fyrir börn.

Skráning í kerfið hófst í júlí og mun ná til um 160 þúsund einstaklinga innan fylkisins.

<http://content.nejm.org/>

Hávar
Sigurjónsson

Steinbrook bendir á að engar rannsóknir hafi farið fram á því hvort slíkur samningur um aukin réttindi á sviði heilsugæslu efla vitund fólks um ábyrgð á eigin heilsufari og hann bendir reyndar á að margt mæli gegn því að einstaklingar úr neðstu stéttum samfélagsins séu félagslega og heilsufarslega hæfir til að standa undir slíkri ábyrgð. Undir þetta taka lækarnir Bishop og Brodkey sem benda á helstu annmarka þess að ofangreint kerfi komi þeim til góða sem það er ætlað. Þau benda líka á að kerfið reiði sig á upplýsingar frá lækni um hvort sjúklingur standi við ákvæði samnings og það stríði gegn trúnaðarskyldu læknis við sjúkling og geti hæglega valdið trúnaðarbresti milli þeirra. Þau setja fram tilbúið dæmi sem þó gæti alveg átt sér stöð í veruleikanum.

„Mary Jones er sjúklingur þinn, 53 ára gömul og þjáist af sykursýki og offitu. Hún þróaði þessa sjúkdóma með sér eftir að hún hóf að taka dæmigert geðlyf við geðklofa. Jones skrifaði undir samning um hún ætlaði alltaf að mæta í lækni skoðanir, sækja fræðslunámskeið um sykursýki og léttast. Hún hætti að mæta á námskeiðið vegna vænisýki og hefur þyngst um 3 kg. Hún fékk fræðslufni hjá þér til að lesa en þú ert búinn að komast að því að hún skilur það ekki. Hún hefur ekki mætt í tvær síðustu skoðanir, í seinna skiptið átti hún ekki fyrir strætisvagninum. Hvorki langtímablóðsykur hennar né blóðfita er á viðmiðunarmörkum. Lögin kveða á um að þú sért skyldugur til að koma þessum upplýsingum á framfæri við heilbrigðis-yfirvöld fylkisins og Mary Jones mun líklega missa réttindi sín til lækniþjónustu og lyfseðla sem hún þó þarf óumdeilanlega á að halda.”

Einn af stjórnendum CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) hefur nýlega sagt: „Skjólstæðingar Medicaid taka þannig þátt í þeirri vaxandi tilhneigingu í heilbrigðisþjónustu sem gerir sjúklingum kleift að taka upplýstar, neyslustýrðar ákvarðanir í samræmi við þeirra eigin meðferð.”

Bishop og Brodkey taka undir að persónuleg ábyrgð einstaklings á sjálfum sér sé ávallt fagnaðarefni og eigi sér sannarlega traustan menningarlegan sess í vitund Bandaríkjamanna. Það stríði þó engu að síður gegn viðteknum hugmyndum um tengsl lækis og sjúklings. Í öllum samskiptum lækis og sjúklings er fölginn samningur um meðferð og í þeim samningi felst skilningur beggja um hvað teljast skuli hámarksárangur og hvers krefjast megi með sanngirni. Þó sjúklingi mistakist er ávallt reynt að semja upp á nýtt. Mistök geta átt sér ýmsar orsakir, veik börn, þunglyndi, óvænt yfirvinna og hrein og klár gleymiska. Ef grafist er fyrir um orsakir mistakanna er oft

hægt að bæta úr þeim en refsingar eða niðurlægning geta valdið enn verri ástundun meðferðarinnar.

Kerfið vekur líka spurningar um sanngirni. Í sumum tilfellum geta ástæður þess að sjúklingi tekst ekki að standa við gerðan samning verið honum algjörlega óviðkomandi, til að mynda truflanir á almenningsamgöngum eða veikindi barna sem kalla á heimsóknir á bráðadeild utan skrifstofutíma á virkum dögum. Í öðru lagi krefur samningur Medicaid sjúkling um að standa við hegðun sem ekki er krafist af öðrum sjúklingum. „Allt og sumt sem farið er fram á er að sjúklingurinn taki lyfin sín, fari að ráðum læknsins og mæti á réttum tíma.” Hversu margir sjúklingar standa við þessi einföldu fyrirheit spyrja Bishop og Brodkey og benda á að við bestu skilyrði í klíniskum rannsóknum hafi sjúklingar hlýtt fyrirmælum um lyfjatöku á bilinu 43-78% og þar að auki séu ekki til samræmd viðmið um hvað kallist viðunandi hlýðni við slík fyrirmæli.

Þau benda einnig á að samningur Medicaid beinist að þeim sem hafi hvað minnsta möguleika á að standa við hann. „Fátækt veldur takmörkuðu aðgengi að barnagæslu, akstri, hollum mat og líkamsræktaraðstöðu, auk minna læsis, fleiri áfalla í lífinu og auknu hlutfalli ómeðhöndlaðra geðsjúkdóma. Fólk sem hefur litla reynslu af velgengni er ólíklegra en aðrir til að trúa því að það geti breytt heilsufari sínu. Þessi áætlun krefur þá sem minnst mega sín til að ná meiri árangri en aðrir, en með mun færri möguleikum til að ná því sem farið er fram á.”

Ennfremur benda þau á að samningurinn krefji lækni um að brjóta öll þrjú grundvallarboðorð læknaeidsins og um fagmennsku í lækni-fræði; að velferð sjúklings hafi ávallt forgang, að sjúklingur eigi ávallt síðasta orðið og félagslegt réttlæti skuli ráða ákvörðun lækis. „Það veldur hugsanlegum árekstrum ef lækni er settur í þá stöðu að tilkynna um hegðun sjúklings þó almannaheill sé ekki í veði, og skaða þar með hugsanlega sjúklinginn eða tengsl hans við lækinn. Um leið og lækna verða umboðsmenn ríkisins mun tortryggni hinna verst settu sjúklinga eingöngu aukast gagnvart heilbrigðiskerfinu. Kerfið ýtir undir mismunun á grundvelli félagslegrar og fjárhagslegrar stöðu og einnig á grundvelli sjúkdómsgreiningar, þar sem til að mynda eitt af einkennum geðsjúkdóms getur einmitt falist í vanhæfni sjúklings til að standa við samning.”

Bishop og Brodkey ljúka loks grein sinni á þeirri áminningu að „á tímum „persónulegrar ábyrgðar” verði lækna að láta til sín heyra um hvaða áhrif slíkar áætlanir hafi á lækni-störf þeirra og heilsu sjúklinga.”