

Astmameðferð á krepputímum



Davíð Gíslason

davidg@landspitali.is

Höfundur er sérfræðingur í lyflækningum og ofnæmissjúkdómum, Landspítala Fossvogi og klínískur dósent við Háskóla Íslands.

Asthma treatment in economic crisis

Gíslason D, Specialist in Internal Medicine and Allergology, Dept. of Allergy, Respiratory Medicine and Sleep, Landspítali University Hospital, 108 Reykjavík Iceland

Þegar kreppir að í þjóðfélaginu, eins og nú gerir, er leitað allra leiða til að draga úr útgjöldum ríkissjóðs. Við sem vinnum í heilbrigðiskerfinu finnum áþreifanlega fyrir því.

Í sambandi við útgjöld til heilbrigðismála hefur lyfjakostnaður lengi verið í brennidepli. Í þeirri umræðu vill oft gleymast mikilvægi lyfja í nútíma læknisfræði. Sú var tíðin að astmasjúklingar voru tíðir gestir á bráðamóttökum og legudeildum spítalanna. Þetta hefur breyst með tilkomu nýrra astmalyfja þótt orðið hafi þreföldun á algengi astma hjá ungu fólki hér á landi eftir 1990 (óbirtar heimildir). Finnar voru með sérstakt átaksverkefni varðandi astma á árnunum 1994-2004.¹ Frá 1980-1999 varð nærri fjórföldun á algengi astma þar á landi, en þrátt fyrir það fækkaði innlögnum á sjúkrahús um 36% og dauðsföllum af völdum astma fækkaði enn meira.

Kostnaður vegna astma var kannaður í 11 Evrópulöndum árin 2000-2002. Hann var eðlilega minnstur hjá þeim sem hvorki misstu úr vinnu eða lentu á sjúkrahúsi, en átta sinnum meiri hjá þeim sem misstu úr vinnu og þurftu að leggjast á sjúkrahús.² Langmestur kostnaður var fólginur í vinnutapi. Virkari lyf við astma hafa sparað miklar fjárhæðir fyrir samfélagið og bætt lífsgæði fjölda fólks.

Kostnaður ríkissjóðs vegna astmalyfja (R03) var 841 milljón króna árið 2008 og hafði þá aukist um 45% á síðustu sex árum (Sjúkratryggingar Íslands www.sjukra.is). Þá þarf að taka með í reikninginn að langvinn lungnateppa (LLT) er meðhöndluð með astmalyfjum, en 9% Íslendinga fjórutíu ára og eldri eru með þennan sjúkdóm á GOLD stigi 2-4.³

Þegar notkun astmalyfja fyrir árið 2007 er skoðuð sést að fjórðungur drengja og fimmtungur stúlkna fengu astmalyf á fyrstu fjórum æviárunum. Má ætla að þarna sé um töliverða ofnotkun að ræða miðað við ríkjandi hefð um meðferð. Af sjúklingum með langvinna lungnateppu nota 20% berkjuvíkkandi lyf og 26% innöndunarstera á GOLD stigi tvö.⁴ Á GOLD stigum þrjú og fjögur nota 50% berkjuvíkkandi lyf og 36% innöndunarstera. Ætla má að á vægara stiginu séu óþarflega margir á öflugri meðferð en einhverjir vanmeðhöndlaðir á stigi þrjú og fjögur. Við samanburð á meðferð á astma í 11 Evrópulöndum höfðu 80% sjúklinga, sem fengu meðferð með innöndunarsterum hér á landi, fulla stjórn á sjúkdómnum.⁵ Þetta þýddi að einkenni voru lítil, ekkert vinnutap og engar heimsóknir á bráðamóttöku eða innlagnir. Þetta var betra en hjá hinum þátttökuþjóðunum.

Til að lækka lyfjakostnað hefur heilbrigðisráðherra brugðið á það ráð að hætta niðurgreiðslu nokkurra lyfja með reglugerðarbreytingum. Þetta á við um lyf við háþrýstingi, hári blóðfitu, próteinpumpuhemla

og astmalyf. Astmalyfin hafa hér þá sérstöðu að öflugustu lyfin eru ekki lengur niðurgreidd, en í hinum lyfjaflokkunum er ávallt hægt að velja jafnöflug lyf og þau sem hætt er að niðurgreiða. Sækja má um lyfjaskírteini fyrir þeim astmalyfjum sem hætt er að niðurgreiða og gilda þau í þrjú ár.

Sjúkratryggingar Íslands hafa gefið út leiðbeiningar um meðferð á astma sem byggja á breskum leiðbeiningum (British Guidelines on the Management of Asthma. No. 101). Samkvæmt þeim er astmi flokkaður í fimm stig í samræmi við meðferðarþörfina. Í rannsókn, sem ég hef áður vitnað til, skiptust 1025 astmasjúklingar þannig að 557 (54%) notuðu ekki innöndunarstera og 116 (11%) notuðu innöndunarstera annaðhvort óreglulega eða í litlum skömmtum.⁵ Þetta svarar til þess að tveir af hverjum þremur höfðu sjúkdóminn á stigi eitt eða á vægu formi af stigi tvö. Lyfjakostnaður þeirra er innan við 150 krónur á dag, en hann fer svo stighækkandi og getur farið yfir eitt þúsund krónur á dag hjá þeim sem þurfa á mestri meðferð að halda.

Það er yfirlýst markmið stjórnvalda að lækka lyfjakostnað vegna astmalyfja á þessu ári um 250 milljónir króna. Stundum er á það bent að þegar sparað er á einum stað aukist kostnaður á öðrum. Ekki þarf mikla hliðrun á astma frá vægari stigum til verri einkenna þannig að kostnaður aukist vegna vinnutaps og sjúkrahúsvistar. Þegar áhrifin af aðgerðum stjórnvalda verða metin í peningum er því markleysa að skoða lyfjakostnaðinn einan án þess að líta á aðra kostnaðarliði. Astmalyf hafa vafalaust verið bæði of- og vannotuð meðal Íslendinga, en er þá rétta svarið við því að skerða aðgengi að öflugustu lyfjunum og auka skriffræði? Hví þarf að auka tilgangslitla skriffrifnsku og minnka um leið framleiðni þegar kreppir að í þjóðfélaginu? Væri ekki nær að stuðla með samstilltu átaki að betri þekkingu og um leið réttri greiningu og stigun astma og LLT þannig að þeir sjúklingar sem eru vanmeðhöndlaðir í dag fengju betri meðferð og hætt væri að nota lyfin hjá þeim sem ekki hafa af þeim gagn?

Heimildir

1. Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA. Asthma program in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001; 56: 806-14.
2. Accordini S, Corsico A, Cappa V, et al. The socio-economic cost of persistent asthma in the European Community Respiratory Helath Survey (ECRHS)II. *ERS, Vienna* 12/9-16/9: 2009.
3. Benediktsdóttir B, Guðmundsson G, Jörundsdóttir KB, Vollmer W, Gíslason Þ. Hversu algeng er langvinn lungnateppa? - Íslensk faraldsfræðirannsókn. *Læknablaðið* 2007; 93: 471-7.
4. Nielsen R, Johannessen A, Benediktsdóttir B, et al. Present and future costs of COPD in Iceland and Norway: results from the BOLD study. *Eur Respir J* 2009; 34: 850-7.
5. Cazzoletti L, Marcon A, Janson C, et al. Asthma control in Europe. A real world evaluation based on an international population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120: 1360-7.