

Læknadagar - hlutverk lækna í hagræðingu innan heilbrigðiskerfisins



Helgi Sigurðsson

krabbameinslæknir
læknadeild HÍ/Landspítala

helgisi@landspitali.is

Ágrip af erindi af málþingi á Læknadögum 2010: Þátttaka lækna í hagræðingu í heilbrigðisþjónustu. Í næstu tölublaðum verða birt erindi Michaels Clausen og Engilberts Sigurðssonar sem flutt voru á þinginu.

Hér verður fjallað um hagræðingu á sviði heilbrigðisþjónustu og lækninga með áherslu á krabbameinsmeðferð. Einnig verður litið á forsendur hagræðingar og skuldbindingar lækna með tilvísan í siðareglur lækna, samþykkt um starfshætti lækna og lög um réttindi sjúklinga, sem nálgast má meðal annars á vef landlæknis (www.landlaeknir.is).

Samfélagsleg skuldbinding kemur víða fram í siðareglum lækna. Læknar eru ein af fáum stéttum sem bundnar eru af siðareglum þar sem meðal annars eru fyrirheit um sparnað og hagræðingu. Í siðareglum lækna er tekið fram: „læknir skal hafa velferð sjúklings og samfélags að leiðarljósi ... Læknir skal við ákvarðanir taka tillit til fjárhags sjúklings og samfélags.“ Einnig samkvæmt góðum starfsháttum lækna: „... nýta allan aðbúnað og fjármagn sem stendur til boða á eins skilvirkan hátt og auðið er.“ Fram kemur í lykilmálgrein laga um réttindi sjúklinga: „Sjúklingur á rétt á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita ... bestu þekkingu sem völ er á ... samfelldri þjónustu og að samstarf ríki milli allra heilbrigðisstarfsmanna og stofnana sem hana veita.“

Samkvæmt efnahagsáætlun stjórnvalda þarf að draga úr útgjöldum ríkissjóðs um 20% fram til ársins 2012, þó er tekið fram að standa eigi vörð um félags- og velferðarþjónustu, menntakerfið og heilbrigðisþjónustu þannig að niðurskurður verði sem minnstur á þeim sviðum. Þegar ríkisvaldið tekur ákvarðanir um sparnað er útfærslan oftast gerð á almennum grunni, það er flatur niðurskurður, sem í raun er oftast ekki andstæða við hagræðingu. Hættan við flatan niðurskurð innan heilbrigðiskerfisins er að hann veiki lykilstarfsemi og dragi úr framgangi mikilvægra verkefna. Til dæmis þegar búið er að hagræða í starfsemi og skera niður allt sem hægt er mun flatur niðurskurður bitna sérstaklega illa á þeirri starfsemi. Önnur starfsemi þar sem slík hagræðing hafði hins vegar ekki verið framkvæmd stendur þá betur að vígi. Þetta leiðir af sér mikinn ójöfnuð.

Tillit þarf einnig að taka til þess á hvaða grundvelli starfsemin er byggð, svo sem

fyrirsjáanlegar breytingar í fjölda sjúklinga eða breytinga við greiningu, meðferð eða eftirlit. Einstaklingum greindum með krabbamein fjölga árlega um 4% og er fjölgunin fyrst og fremst vegna breytinga í aldursamsetningu þjóðarinnar, þar sem 65 ára og eldri fjölga hlutfallslega mikið, en hækkandi aldur er helsti áhættuþáttur krabbameina. Í seinni tíð hafa komið fram á sjónarsviðið ný úrræði við greiningu og meðferð sem oft á tíðum eru kostnaðarsöm, þar má sérstaklega nefna dýr líftæknilyf. Hér á landi er lifun krabbameinssjúklinga með því besta sem gerist.¹ Í nýlegri samantekt var farið yfir árangur meðhöndlunar krabbameinssjúklinga og var niðurstaðan sú að kostnaður sem ýmis Evrópulönd lögðu til málaflokksins endurspegladist í betri árangri og aukinni lifun sjúklinga.² Í ljósi þessa er hætt við því að flatur niðurskurður í heilbrigðisþjónustu muni bitna illa á krabbameinssjúklingum.

Mikilvægt er að hafa í huga að orðið hagræðing hefur víðtækari merkingu en það eitt að spara. Hagræðing er ekki aðeins bundin við lækun tilkostnaðar heldur einnig að fá meira fyrir minna, til dæmis með aukinni framleiðni og betri gæðum og þjónustu. Þegar heilbrigðisþjónusta er annars vegar ætti að setja á oddinn það sem hagkvæmast er fyrir heildina. Hagræðing ætti þannig ekki bara að fela í sér sparnað, heldur einnig stefnumörkun og forgangsroðun. Út frá læknisfræðilegum forsendum er líka mikilvægt að hagræðing sé gerð á grundvelli bestu þekkingar og reynslu sem völ er á. Með öðrum orðum að gera hlutina á gagnreyndan hátt (evidence based). Aðferðafræðin þekkt vel á meðal lækna, þar sem safnrannsóknnum (meta analysis) er beitt sem grundvelli fyrir því að taka góðar og vel ígrundaðar ákvarðanir. Því miður eru slíkar kröfur ekki gerðar þegar verið er að fjalla um stjórnun, sparnað eða niðurskurð. Því er mikilvægt að setja ekki samasemmerki milli hagræðingar og sparnaðar.

Stjórnmalamenn eða stjórnendur hafa sjaldnast jafn skýrar siðareglur að leiðarljósi og læknar hafa um velferð alls samfélagsins. Hvað þá um að nýta beri allan aðbúnað og fjármagn á

sem skilvirkastan hátt. Þeir hafa ekki heldur tamið sér þá aðferðafræði við ákvarðanatöku sem læknar temja sér með gagnreyndri nálgun. Þar af leiðandi eiga læknar að hafa skoðanir á þeim sparnaðaraðgerðum sem gripið verður til og krefjast þess að hagræðingu sé beitt eftir hagsmunum heildarinnar, en ekki einvörðungu með sparnað að leiðarljósi. Mikilvægara er þó að læknar skilgreini hvaða þjónustu beri að veita á hverjum stað og hvaða hlutverki starfsemin gegni frá samfélagslegu sjónarmiði. Þá eru eftir flóknustu og tímafrekustu skrefin að útfæra og framkvæma hagkvæmstu lausnirnar.

Þegar verið er að hagræða koma upp hagsmunaárekstrar, í heilbrigðisþjónustunni snúast þeir til dæmis um það hver eigi að sinna hverju og hvar þjónustan skuli veitt. Þá er mikilvægt að hafa að leiðarljósi viðmið um góða starfshætti þar sem fram kemur: „... óheimilt er að beita sjúkling, sem læknir hefur fyrst séð og sinnt á opinberri heilbrigðisstofnun, þrýstingi til þess að þiggja meðferð á einkastofu læknisins, ef aðstaða er til og unnt er að sinna sjúklingi áfram á stofnunni, t.d. göngudeild hennar.“ Það gæti vissulega verið hagkvæmast fyrir heilbrigðisþjónustuna að auka framleiðni á Landspítala, til dæmis með aukinni nýtingu á skurðstofum og með skilvirku eftirliti og meðferð langvinnra sjúkdóma.

Ýmis önnur vandamál geta fylgt flötum niðurskurði innan heilbrigðiskerfisins. Hætt er við að sérhver starfseining einblíni á kröfur um sparnað frá sínum sjónarhóli og nái til dæmis að uppfylla kröfur um sparnað með lægra þjónustustigi, svo sem tímabundnum lokunum á tiltekinni starfsemi. Hins vegar getur slík nálgun orðið að auknum kostnaði hjá annarri starfseiningu sem jafnvel getur verið dýrari kostur fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild.

Læknarnir Richard Horton ritstjóri Lancet og Marcia Angell fyrrum ritstýra New England Journal of Medicine hafa bæði ítrekað gagnrýnt lækna fyrir sjálfmiðaða þjónustu, sjúkdómavæðingu og of miklar lyfjaávisanir. Sé tekið mið af þessari gagnrýni er ljóst að læknar ættu að geta tekið virkari þátt í frekari hagræðingu frá samfélagslegu sjónarmiði. Ennfremur gagnrýna þau að lækna fyrir að vera í of nánu sambandi við lyfjafyrirtækin. Í því sambandi má geta þess að 70% af samskiptum lækna og sjúklinga í Bandaríkjunum lýkur með lyfjaávisun. Staðan er sennilega svipuð hér á landi, samkvæmt nýlegri rannsókn taka íslenskir eldri borgarar að meðaltali átta lyf daglega. Samkvæmt lyfjagagnagrunni fá fullorðnir árlega fimm lyfjaávisanir að jafnaði. Áðurnefnd Marcia Angell gagnrýnir

lækna sérstaklega í bók sinni The Truth About the Drug Companies fyrir þátttöku í fráleitri markaðsetningu svokallaðra „ég líka lyfja“ (me too drugs). Þau eru oftast afleiður eldri lyfja og hafa litlu við þau að bæta, en eru markaðssett þannig að þau hafi í för með sér verulegar umbætur og það oft með hjálp lækna og læknaátmarita. Með þessu eru fyrirtækin að tryggja hlutdeild sína á markaði eða stuðla að áframhaldandi einkaleyfi. Dæmi um þetta eru meðal annars ýmis geðlyf, statínlyf, magsýruhemlandi lyf og önnur dýr lyf eins og krabbameinslyf, verkjalyf og beinþéttilyf. Hún gagnrýnir sérstaklega lækna og heilbrigðisstofnanir sem gera samninga um að fá lyfin mikið niðursett eða frítt fyrir eigin starfsemi. Þegar lyfjunum er ávísað til sjúklinga utan stofnunar er valkosturinn dýr miðað við sambærileg lyf og þannig dýrari fyrir samfélagið.

Stuðst er í vaxandi mæli við klínískar leiðbeiningar í lækniþjónustu. Í Bandaríkjunum hafa 22 virtustu krabbameinssjúkrahúsini komið sér saman um að nýta sameiginlegar gagnreyndar klínískar leiðbeiningar og myndað stofnunina NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Byggt á þeim hefur verið tekinn saman kostnaður á sviði brjóstakrabbameins.³ Í ljós kom að kostnaður minnkaði um rúmlega helming á sjúkling, úr 20.800 \$ í 9500 \$. Lifun sjúklinga var þó minnst jafn góð eða betri þegar leiðbeiningum var fylgt.

Nýlega hófst átak í anda NCCN-leiðbeininga á sviði lyflækninga krabbameina á Landspítala þar sem eftirlit sjúklinga var endurskoðað og fylgt gagnreyndum klínískum leiðbeiningum. Liður í þessu var að fara yfir hvort fækka mætti rannsóknum án þess að minnka gæði þjónustunnar. Í ljós kom að hægt var að minnka kostnað vegna blóðrannsókna um tæplega 40%.

Lyfjameðferð krabbameinssjúklinga fór lengi vel fram á legudeildum, en í minna mæli á dagdeildum. Krabbameinslyfjagjafir eru oft flóknar því sjúklingar þurfa samtímis að vera í stöðugu eftirliti með reglulegum blóðþrúfum. Fyrir sameiningu spítalanna voru krabbameinslyf gefin á fjórum stöðum á höfuðborgarsvæðinu. Núna eru þau eingöngu gefin á einum stað, dagdeild blóðsjúkdóma og krabbameinslækninga. Lyfjablöndun Apóteks Landspítalans sér um allar lyfjablandanir, þannig er hægt að nýta dýrustu lyfin vel og lítið af þeim fer til spillis. Fjárfest hefur verið í tölvusamskiptaforriti sem auðveldar samskipti milli lækna og lyfjablöndunar og milli lækna og hjúkrunarfræðinga sem lyfin gefa. Öryggisþættir í forritinu hindra að mannleg mistök eigi sér stað við gjöf

lyfjafyrirmæla. Með slíkri markvissri teymisvinnu eru krabbameinslækningar í raun í fararbroddi skipulagðra vinnubragða á Landspítala.

Við hagræðingu og sparnað á Landspítala er hvatt til þess að deildir breyti starfsemi í dag- og göngudeildarform. Mikilvægt er að hafa í huga að ekki næst frekari hagræðing á dag- og göngudeild blóðsjúkdóma og krabbameinslækninga þar sem þetta hefur þegar verið framkvæmt. Flatur niðurskurður á þær deildir sem þegar hafa nýtt sér þetta úrræði til fullnustu myndi augljóslega vera mismunun.

Eftirlit krabbameinssjúklinga er margþætt, þar er fylgst með aukaverkunum og langtíma fylgikvillum meðferðar, líkamlegum og andlegum. Eftirlitið felst ennfremur í að greina endurmeið í tíma svo og önnur krabbamein. Eftirlitið er tímafrekt og á niðurskurðartímum eru uppi ýmsar hugmyndir um endurskipulagningu þess. Ein leið væri að flytja eftirlit sjúklinga í vaxandi mæli til heimilislækna sem gæti virst ódýrari kostur. Þetta hefur verið kannað í Finnlandi og reyndist samfélagslegur kostnaður aukast í heild. Önnur leið er að nýta betur þekkingu og færni samstarfsaðila lækna, svo sem hjúkrunarfræðinga, við eftirlitið. Margt bendir til að þannig náist hagræðing, sérstaklega ef vinnan er unnin í teymi, því möguleikar eru á samlegðaráhrifum góðs fagfólks sjúklingum til hagsbóta. Önnur leið er að hafa heimilislækna í vinnu og samvinnu við krabbameinslækna innan Landspítala til að sinna eftirliti krabbameinssjúklinga, verið er að reyna slíka nálgun í Kanada.

Kostnaður samfélagsins er mikill við lok lífs. Erlendar rannsóknir sýna að 60-70% af kostnaði við meðhöndlun sjúklinga fellur til á síðustu sex mánuðum lífsins. Opin og faglega umræða um tilgang meðferðar við lok lífs gætu stuðlað að

vitundarvakningu innan læknastéttarinnar og meðal almennings um hver sé besta meðferðin þegar lækning er ekki lengur möguleg. Kostnaðartölur við lífslok geta gefið vísbendingu um þá stöðu sem lækningurinn er í þegar örvænting gagnvart yfirvofandi endalokum lífsins hefur náð yfirtökunum. Við þessar aðstæður eru lækningar og sjúklingar samherjar og tímabilið við endalok lífsins þarf að einkennast af virðingu, sátt og ró. Þannig má koma í veg fyrir að beitt sé tilgangslausri og dýrri meðferð við lok lífs. Ljóst er að hér er verið að ræða fordóma gagnvart dauðanum, skort á menntun, reynslu og færni lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna á sviði samskipta við sjúklinga og aðstandendur þeirra.

Með allt hér að framan í huga er ljóst að það ætti að vera læknum ljúft og skylt að beita sér fyrir markvissum vinnubrögðum innan heilbrigðisþjónustunnar þar sem hagræðing kemur við sögu. Það er líka ljóst að fyrirmæli læknisins er í raun það sem veldur mestum kostnaði í heilbrigðisþjónustunni, svo sem ávísun á lyf og rannsóknir. Nærtækast er að lækningar haldi vöku sinni með markvissari ávísun á lyf, með því að reyna að takmarka ofmeðhöndlun og óþarfa rannsóknir án þess að það dragi úr gæðum þjónustunnar.

Heimildir

1. Berrino F, De Angelis R, Sant M, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO-CARE-4 study. *Lancet Oncology* 2007; 8: 773-83.
2. Jönsson B, Wilking N. A global comparison regarding patient access to cancer drugs. *Ann Onc* 2007; 18: 1-78. Viðbætur 15. janúar 2009. Comparator report on patient access to cancer drugs in Europe.
3. Minter RM, Spengler KK, Topping DP, Flug R, Copeland EM, Lind DS. Institutional validation of breast cancer treatment guidelines. *J Surg Res* 2001; 100: 106-9.