

Laboratorietjenester koster mye, men blir ofte ikke utnyttet godt nok. Ordninger for å begrense kostnadsøkningen for legemidler medfører tidkrevende oppfølging på grunnplanet – noe som bør synliggjøres

Medisinske fremskritt med økonomisk hodepine

I en berømte scene fra Charlie Chaplins film *Modern times* sliter hovedpersonen ved et samleband der uferdige produkter farer forbi. Hvis han ikke får gjort det han skal i det korte øyeblikket produktet er foran ham, forplanter problemene seg nedover samlebandet, der det utløses aggresjon og febrilsk aktivitet for å ta igjen det tapte. Selv om sykehusene ikke har kommet fullt så langt, er likheten med Chaplins samleband stadig mer tydelig.

Dette er en virkelighet man må forholde seg til hvis man skal forstå og begrense den økte bruken av laboratorietjenester som er beskrevet i tre artikler i dette nummer av Tidsskriftet (1–3). Sykehusinnleggelsene varer kortere, og stadig mer kompliserte tilstander behandles poliklinisk. Derfor vil diagnostiske forsinkelser forstyrre planlagte pasientforløp og skape frustrasjon. Sammen med økte krav om rask behandling, både fra myndigheter og pasienter, innebærer dette at leger i klinisk arbeid i og utenfor sykehus skaffer seg den informasjon de forventer å trenge med én gang for å unngå senere «ekstrarunder». Den klassiske trinnvise utredningen, parallelt med observasjon av pasientens tilstand, er nå erstattet av omfattende undersøkelser og prøvetaking med én gang for raskt å komme videre.

Like problematisk som at laboratorietjenester gir økte kostnader, er at den informasjon som veldrevne laboratorier kan gi om pasientens tilstand, ikke blir utnyttet godt nok. Det er åpenbart muligheter for å hindre unødvendig dobbeltrevisering av analyser innenfor klinisk biokjemi og øke nytten av analysene. Dette kan bl.a. skje ved at klinikere gis tilgang til flest mulige prøvesvar for den enkelte pasient, uavhengig av hvor prøvene er analysert. Legen kan på den måten se et helt sykdomsforløp under ett og vurdere nye prøvesvar i lys av tidligere svar i stedet for et referanseområde. En bedre samordning mellom sykehus og primærleger lokalt vil her kunne gi store gevinster, selv om et regionalt eller nasjonalt system vil være vanskelig å få i stand i første omgang. Dette forutsetter at kvalitet og standardisering er slik at man kan stole på prøvesvarene som er lagt inn, og at prøvesvarene kan bedømmes ut fra felles referanseområder. Man må også ta høyde for betydelige, men ikke u håndterlige personvern hensyn.

Kontakten mellom laboratorieleger og leger i klinisk virksomhet må bedres. Dette bør skje på flere nivåer, fra den kompliserte enkeltpasient til utforming av nasjonale retningslinjer for store pasientgrupper og vanlige kliniske situasjoner. Laboratoriefagene, inkludert klinisk biokjemi, må ikke bli sett på og behandles som ren analysevirksomhet som kan «settes ut» og drives uavhengig av klinisk medisin. En samlet oversikt over forbruk av analyser og laboratorieprosedyrer i alle deler av helsevesenet vil kunne gi langt bedre muligheter for rådgivning og fortløpende korrigerende tiltak. Dette gjelder både på områder med altfor høyt forbruk av visse analyser, ved store geografiske variasjoner og der forbruket øker raskt uten at dette kan begrunnes med endringer i sykdomshet eller nye behandlingsmuligheter.

Opprettelse av et nasjonalt fagorgan for spesialisthelsetjenesten, slik Gjelsvik og medarbeidere foreslår (2, 3), vil kunne bidra til en mer velbegrunnet og enhetlig bruk av laboratorietjenester. Aktuelle arbeidsoppgaver vil bl.a. være å sørge for kunnskapsbaserte retningslinjer for vanlige kliniske problemstillinger, over-

våking av forbruk samt rådgivning. Et slikt organ må også ha med leger i klinisk virksomhet, ikke bare laboratoriepersonell og økonomer, ettersom utgangspunktet jo er at svært mange pasienter har sammensatte sykdomsbilder som krever en bred tilnærming. Klinikkernes viktigste behov er veiledning om hvordan det samlede tilbud av laboratorietjenester skal brukes i sammensatte og kompliserte kliniske situasjoner. Slik rådgivning krever innsikt fra både laboratoriemedisin og klinisk medisin.

Om kostnadsøkningen innenfor laboratorietjenester er bekymringsfull, er den absolutte økningen av utgifter til legemidler større. Ordninger for å redusere kostnadene ved bruk av legemidler må derfor aksepteres, selv om de har bivirkninger. Generisk bytte, som Madsen og medarbeidere beskriver i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (4), er en av flere slike. Denne og andre besparende ordninger har likevel negative konsekvenser som også må trekkes frem. Pasienter flest forholder seg til medikamentets utseende og navn på pakningen, ikke til virkestoff. Når de oppdager at navn, pakning, fasong og farge på tablettene er endret, trengs en mer tidkrevende oppfølging fra alle involverte i helsetjenesten. Dette gjelder særlig når brukeren har flere sykdommer, opplever flere bytter av legemidler og har redusert evne til å holde oversikt over egen legemiddelbruk. I tillegg må leger og annet sykehuspersonale også forholde seg til stadig nye oversikter over foretrukne legemidler basert på siste anbudsrunde i helseforetaket. For flere og flere legemidler må det søkes individuelt om økonomisk refusjon, der svar foreligger lenge etter at behandlingen må starte.

Innsparinger kan derfor ikke beregnes ut fra grønne tall i regnskapene alene. Man må også ta med en realistisk prising av alt «plunder og heft» ordningene medfører. Dette er et prinsipp man med fordel kan anvende hver gang helsetjenesten konfronteres med velmente nye regelverk. Bare slik kan man få et realistisk bilde av hva det koster å innføre nye og mer kompliserte ordninger fra administrative myndigheter. For å motivere til forenkling av regelverk og praktisering knyttet til legemidler må også negative effekter av ordningene synliggjøres i et språk alle forstår: i kroner og øre.

Baard-Christian Schem

baard-christian.schem@helse-bergen.no

Baard-Christian Schem (f. 1956) er dr.med. og spesialist i onkologi. Han er overlege ved Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus og medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Monsen ALB, Gjelsvik R, Kaarbøe O et al. Riktigere bruk av laboratorietjenester – medisinske aspekter. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 810–3.
2. Gjelsvik R, Kaarbøe O, Haukland HH et al. Riktigere bruk av laboratorietjenester – økonomiske aspekter. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 814–7.
3. Gjelsvik R, Kaarbøe O, Haukland HH et al. Hvordan kan bruk av laboratorietjenester styres? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 840.
4. Madsen S, Nitteberg-Sørensen B, Harviken C et al. Byttelisten – et legemiddelpolitisk verktøy. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 837–9.