

Tími til breytinga?

Markvissari meðferð langveikra



**Elinborg
Bardardóttir**

elinborgb@simnet.is

Höfundur er heimilislæknir

Talið er að fólki með langvinna sjúkdóma muni fjölga á næstu árum og áratugum enda möguleikar til meðferðar og líknar meiri en áður og fólk lifir lengur.

Þjónusta við langveika er eflaust almennt góð en þó er víða pottur brotinn hér sem víðar enda hafa rannsóknir sýnt að talsverður fjöldi sjúklinga fær ekki bestu mögulegu þjónustu. Hluti af þeim vanda er að heilbrigðisþjónustan hefur verið byggð upp og þróuð sem bráðaþjónusta og ekki eins mikil áhersla verið lögð á þjónustu við langveika. Bent hefur verið á ýmsar ástæður fyrir skorti á góðri umönnun langveikra eins og til dæmis misfellur í samvinnu, samskiptum og samhæfingu þeirra sem sinna þjónustunni. Þannig má segja að við höfum hugvit og reynslu, húsnaði, tæki og tól en notum þó ekki þessar auðlindir nógu vel. Með öðrum orðum, við erum hugsanlega ekki að þjóna réttum sjúklingum á réttum tíma og á réttum stað með réttum meðferðarúræðum. Stóra spurningin í mínum huga er því ekki HVORT við verðum að breyta áherslum okkar í umönnun langveikra heldur HVERNIG og HVENÆR. Svarið er ekki einfalt enda skiptar skoðanir á skipulagi, framkvæmd og stjórnun innan heilbrigðisþjónustunnar.

Umfjöllun er nauðsynleg um langveika og hefur verið á dagskrá íslenskra heimilislækna og lyflækna á Læknadögum og víðar á undanförunum árum. Þar hefur komið fram að við þurfum meiri teymisvinnu þar sem eftirfarandi er haft að leiðarljósi: 1) Meðferðaráætlun í samræmi við klínískar leiðbeiningar. 2) Samræmd rafræn sjúkraskrá. 3) Einn aðalumsjónarlæknir sjúklings. 4) Stuðningur við sjúkling og fjölskyldu hans sem hvetji til sjálfsumönnunar og sjálfsábyrgðar. 5) Meiri samvinnu og samhæfingu meðferðaraðila.^{1,2} Það er mikilvægt að heilbrigðisþjónustan festist ekki í hefðbundnum vinnubrögðum heldur endurskoði, þrói og bæti vinnubrögð sín. Fagfólk og stjórnendur í heilbrigðisþjónustunni þurfa þannig sífellt að skerpa áherslur sínar. Þjónustan snýst ekki um áhuga og þekkingu fagstétta á sjúkdómum eða meðferðarúræðum heldur um sjúklinginn og hvernig best er að mæta þörfum hans. Sumir hafa flókin fjölvandamál og þurfa mikinn og alhliða stuðning (case management) en aðrir eru með sjúkdóma sem hafa áhrif á líf þeirra og heilsu og þurfa ákveðið eftirlit

(disease management). Loks eru margir ekki með langvinnan sjúkdóm en samt langveikir og með talsverðar sjúkdómsbyrðar m.a. á grunni sálfélagslegra þátta. Hjá öllum, ekki síst þeim síðastnefndu, skiptir samfelld, samhæfð þjónusta og stuðningur öllu máli og mikilvægt er að horfa á sjúklinginn en ekki aðeins sjúkdóminn.

Það er einnig tímabært að leggja meiri áherslu á sjálfsumönnun og sjálfsefningu sjúklinga enda verið sagt að sjúklingarnir sjálfir séu stærsta ónýtta auðlind heilbrigðisþjónustunnar. Þannig er vert að gefa því gaum að sjúklingur með sykursýki ver á einu ári aðeins 1-3 klukkutímum með fagaðilum en yfir 8000 klukkutímum án þeirra. Skilningur sjúklings á sjálfum sér, sjúkdómi sínum og umhverfi og vilji hans og hæfni til að taka ábyrgð á eigin heilsu og veikindum skiptir því meginmáli.³ Einnig er mjög mikilvægt að finna þá sem þurfa mest á leiðbeiningu og meðferð að halda og veita þeim meiri þjónustu og markvissari. Í þeim tilgangi geta staðlaðir klínískir matskvarðar verið mikilvægir og því ánægjulegt að sjá í *Læknablaðinu* grein um sjálfsumönnun og sjálfsefningu fólks með sykursýki og kynningu á þekkingarlista, sjálfsumönnunarkvarða og streitulista. Vonandi verða þeir notaðir í eftirliti með sykursjúkum á Íslandi öllum til hagsbóta.

Það er von mín að við gefum langveikum, sjálfsumönnun og sjálfsefningu meiri gaum, skoðum stöðuna, hvaða hindrunum við stöndum frammi fyrir og hvað við getum gert til úrbóta. Í mínum huga þarf sátt um flokkun sjúklinga og vanda þeirra, meðferð, hvar hún fari fram og hver sé ábyrgur og samhæfi þjónustuna. Heilsugæslan hlýtur að gegna þar lykilhlutverki og hana þarf að efla og bæta samstarf við göngudeildir og sérgreinalækna. Heilsugæslan þarf einnig að endurskoða eigin vinnubrögð, gera þau markvissari og samhæfari til að ná betri árangri.

Heimildir

1. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press, Washington DC 2001.
2. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003; 138: 256-61.
3. Support for Self Care in General Practice and Urgent Care Settings, A Baseline Study. Strategy Directorate, Department of Health, UK, June 2006. www.dh.gov.uk/selfcare

**Time to Change.
Improvement in
Chronic Care**

Elinborg Bardardóttir
BSc MD, Family
Physician, Efstaleiti
Health Center,
Reykjavík, Iceland.