

Skitsofreniaa sairastavien lääkehoidon onnistuminen ennen ja jälkeen alkuomavastuun käyttöönoton Dnro 15/26/2018

Loppuraportti

Heidi Taipale, Aleksi Hamina, Antti Tanskanen, Jari Tiihonen

Niuvanniemen sairaala

Tutkimuksen tausta

Vuoden 2016 alusta otettiin käyttöön lääkkeiden alkuomavastuu, jonka johdosta lääkkeenkäyttäjä maksaa lääkkeitään ensin 50 euroa omavastuuta ennen kuin sairausvakuutuksen mukaisia perustai erityiskorvauksia maksetaan. Samassa yhteydessä myös ylemmän erityiskorvauksen omavastuuosuus nousi 3 eurosta 4,5 euroon per lääke ja ostokerta. Osalle potilaista nämä korvattavuusmuutokset ja erityisesti alkuomavastuu tulivat yllätyksenä ja saattoivat johtaa lääkehoidon keskeytymiseen pienituloisilla henkilöillä. Skitsofreniaan sairastavat muodostavat merkittävän osan vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavista, erityiskorvausoikeutetuista potilaista, joilla lääkehoidon keskeytyminen saattaa johtaa merkittäviin haitallisiin terveysvaikutuksiin kuten psykoosin uusiutumiseen ja siten psykiatrisen sairaalahoidon välittömään tarpeeseen. Skitsofreniaa sairastavien hoidon keskeytyminen ja huono hoitoonsitoutuminen johtavat usein psykoosin uusiutumiseen ja siten sairaalahoitoon, itsemurhayrityksiin ja jopa korkeampaan kuolleisuuteen (Novick ym. 2010, Tiihonen ym. 2018). Tämän vuoksi on tärkeää selvittää miten alkuomavastuun käyttöönoton kaltaiset lääkepoliittiset säästötoimet vaikuttavat kaikkein haavoittuvimpiin potilasjoukkoihin.

Tavoitteet

Tutkimuksessamme selvitimme alkuomavastuun käyttöönoton vaikutusta lääkehoidon onnistumiseen sekä terveystalouden käyttöön vuonna 2016 vuoteen 2015 verrattuna rekisteriaineistossa, joka sisältää kaikki Suomessa skitsofreniaa sairastaneet henkilöt. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lääkkeiden alkuomavastuun asettamisen vaikutusta skitsofreniaa sairastavien

1. psykoosilääkkeiden käyttöön sekä lääkekustannuksiin
2. psykiatristen sairaalahoidojen ilmaantumiseen
3. perusterveydenhuollon avohoidon kontakteihin

Näiden lisäksi tarkastelimme myös muun lääkehoidon käyttöä, sillä alkuomavastuu saattoi vaikuttaa minkä tahansa lääkityksen onnistumiseen ja skitsofreniaa sairastavilla on merkittävässä määrin käytössä myös muita lääkehoitoja, sisältäen sekä muita psyykelääkkeitä että sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteslääkkeitä.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Skitsofreniaa sairastavat tunnistettiin THL:n Hoitoilmoitusrekisteristä diagnoosein F20 ja F25 (ICD-8 ja -9 koodein 295*). Tutkimusaineistossa olivat mukana kaikki vuosina 1972–2014 skitsofrenian takia sairaalassa hoidetut henkilöt, jotka olivat elossa vuoden 2015 alussa (N=41 017, keski-ikä 55 vuotta, keskihajonta 15,1 ja 50,2 prosenttia oli miehiä).

Tarkastelimme lääkkeenkäyttöä Kelan Reseptitiedoston lääkeostojen perusteella seuraavien lääkeryhmien suhteen: psykoosilääkkeet (Anatomis-terapeutiskemiallinen (ATC) luokituskoodi N05A poislukien litium), muut psyykelääkkeet (masennuslääkkeet ATC N06A, bentsodiatsepiinit N05BA, N05CD sekä bentsodiatsepiinien kaltaiset lääkkeet N05CF) sekä kardiometaboliset lääkkeet (insuliinit A10A, oraaliset diabeteslääkkeet A10B, verenpainelääkkeet C07-C09 sekä statiinit C10AA).

Sairaalaan joutumisia tarkastimme Hoitoilmoitusrekisterin tiedoista ja jaoimme ne psykiatriin (International Classification of Diseases (ICD)-10 koodilla F) ja ei-psykiatriin (muut kuin F-diagnoosit). Laskimme myös sairaalapäivien lukumäärän sairaalakäyntien lisäksi. Teimme saman tarkastelun Hoitoilmoitusrekisterin erikoissairaanhoidon polikliikkakäynneille. Näiden lisäksi tarkastelimme AvoHilmoon kirjattuja perusterveydenhuollon kaikkia kontakteja (sisältäen käynnit kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla sekä muut yhteydenotot, kuten puhelimitse ja sähköisesti tapahtuneet asioinnit) sekä lääkärikäyntejä vielä erillisenä kategoriana.

Vuosina 2015 (edeltävä vuosi) ja 2016 (alkuomavastuun käyttöönottovuosi) tutkimme kuukausittain lääkkeitä ostaneiden osuutta koko kohortista (rajattuna avohoidossa ja elossa oleviin henkilöiden jokaisena kuukautena), sekä asiakkaan maksamaa omavastuun suuruutta (euroina), joka saatiin vähentämällä Reseptitiedoston kokonaiskustannuksesta siitä maksettu kela-korvaus ja kattokorvaus. Omavastuu laskettiin avohoidon henkilövuotta kohden jokaisena kalenterikuukautena. Omavastuu henkilövuotta kohden kuvaa lääkeryhmän kustannusta asiakkaalle, jos omavastuu pysyisi samalla tasolla koko vuoden ajan. Lisäksi laskimme omavastuun yhteissumman kaikista tarkastelluista lääkeryhmistä kalenterivuosina 2015 ja 2016. Sairaalakäynnit laskettiin myös henkilövuotta kohden.

Analysoimme muutoksia keskeytetyn aikasarja-analyysin avulla. Keskeytetty aikasarja-analyysi on interventio-asetelmaa mukaileva tutkimusmetodi, jota on käytetty useiden terveystieteellisten päätösten vaikutusten seuraamiseen (Penfold & Chang, 2013; Bernal ym. 2017). Siinä tarkastellaan valitun mittarin muutoksia useissa aikapisteissä ennen ja jälkeen niin sanotun intervention. Tämän tutkimuksen tapauksessa lääkkeiden ostokäyttäytymistä ja hoidontarvetta ennen (vuonna 2015) ja jälkeen korvausmuutosten (vuonna 2016), mitattuna kuukausittain. Useiden mittauspisteiden hyödyntäminen vahvistaa yksinkertaisempaa ennen ja jälkeen tehtävää analyysiä ja ottaa huomioon esimerkiksi vuodenajasta johtuvat muutokset. Metodissa voidaan myös huomioda jo ennen interventiota olevat trendit ja niiden vahvuus, kuten ikääntyvän kohortin lisääntyvä kardiometabolisten lääkkeiden käyttö.

Tulokset

Vuonna 2016 psykoosilääkkeitä ostaneiden osuus laski 0.26 prosenttiyksikköä kuukaudessa (95 % luottamusväli -0.47, -0.05) vuoteen 2015 verrattuna. Muissa psykiatrilääkkeissä laskua tapahtui 0.13 prosenttiyksikköä kuukaudessa (-0.22, -0.04) ja kardiometabolisissa lääkkeissä 0.17 prosenttiyksikköä kuukaudessa (-0.29, -0.05) vuoteen 2015 verrattuna. Sairaalahoitoissa havaittiin vuonna 2015 laskeva trendi, jonka lasku pysähtyi vuonna 2016. Muissa tarkastelluissa terveyspalvelujen käytöissä ei havaittu muutosta vuosien 2015 ja 2016 välillä.

Keskimääräinen omavastuuosuus henkilövuotta kohden nousi psykoosilääkeostoissa 20,3 eurosta (vuonna 2015) 47,5 euroon vuonna 2016. Samaan aikaan keskimääräinen psykoosilääkkeiden kokonaiskustannus laski 1042,4 eurosta 964,8 euroon vuonna 2016. Keskimääräinen omavastuuosuus nousi myös muissa tarkastelluissa lääkeryhmissä, joskin vähemmän kuin psykoosilääkkeissä. Muissa psykiatrilääkkeissä omavastuu nousi 18,1 eurosta 19,9 euroon henkilövuotta kohden ja kardiometabolisissa lääkkeissä 46,3 eurosta 53,1 euroon vuonna 2016.

Pohdinta

Havaitsemamme laskeva trendi psykoosilääkkeiden ostossa skitsofreniaa sairastavilla on huolestuttava, vaikkakin havaitut muutokset olivat suhteellisen pieniä. Lisäksi psykiatristen sairaalahoitojen edellisenä vuonna havaittu laskeva trendi tasoittui alkuomavastuun käyttöönoton jälkeen, vaikkakaan trendin muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Havaittu lasku psykoosilääkkeiden käytössä on linjassa aiempien, USA:ssa toteutettujen tutkimusten tulosten kanssa havainnoitaessa omavastuun korottamisen seurauksia (Zeber ym. 2007; Hartung ym. 2008; Farley 2010; Gibson ym. 2010). Tulokset ovat myös huolestuttavia huomoiden terveys- ja kuolleisuuserot erot skitsofreniaa sairastavien ja muun väestön välillä (Lahti ym. 2012; Tanskanen ym. 2018).

Psykoosilääkkeiden lisäksi myös muiden psykiatrilääkkeiden sekä kardiometabolisten lääkkeiden käytössä havaittiin laskua alkuomavastuun käyttöönottovuonna. Tulosten mukaan omavastuun noston jälkeen kaikkien lääkkeiden käyttö laski verrattuna aiempaan kehitykseen. Alkuomavastuun vaikutus näyttää vaikuttavan nimenomaan lääkehoidon kokonaisuuteen ja sen toteutumiseen heikentävästi, sillä tutkimusjoukon vuosittainen omavastuuosuus nousi merkittävästi, 84,7 eurosta 120,5 euroon näiden kolmen lääkeryhmän osalta (nousua 42 %). Alkuomavastuu saattoi aiheuttaa taloudellista haastetta minkä tahansa käytössä olevan lääkkeen ostoon, sillä käytännössä vaikutus kohdistui sattumanvaraisesti ensimmäiseen tai ensimmäisiin vuoden alussa ostettuihin lääkkeisiin.

Tässä tutkimuksessa emme voineet kartoittaa muiden lääkeryhmien käytön ja kustannusten muutosta, sillä aineistomme oli rajattu näihin lääkeryhmiin. Myös vuosittaisen, kaikista lääkeryhmistä muodostuvan omavastuuosuuden muutos tulisi selvittää. Lisäksi varsinaisten pitkäaikaisvaikutusten selvittämiseen, esimerkiksi lisääntyivätkö sairaalakäynnit tai palvelujen käyttö pidemmällä aikavälillä olisi tärkeä jatkotutkimusten kohde. Mahdolliset terveysvaikutukset, erityisesti kardiometabolisten lääkkeiden käytön vähenemisestä johtuvat vaikutukset vaatisivat

useiden vuosien seuranta-aikaa. Tätä kuitenkin vaikeuttaa se, että alkuomavastuu on niin kutsutusti ”toistuva interventio” eli alkuomavastuu oli maksettava uudelleen jokaisen vuoden alussa vuoden 2016 jälkeen. Tällöin sen vaikutus toistuvana ilmiönä voi olla erilainen kuin ensimmäisellä kerralla ja näitä on hankala tai mahdoton erottaa toisistaan.

Alkuperäisjulkaisu:

Hamina A, Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H:

Medication use and healthcare utilization after a cost-sharing increase in schizophrenia: a nationwide analysis. *Medical Care* 2020; 58(9): 763-769. Avoin julkaisu osoitteessa:

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2020/09000/Medication_Use_and_Health_Care_Utilization_After_a.2.aspx

Lähteet

Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: A tutorial. *Int J Epidemiol.* 2017 Feb 1;46(1):348–55.

Doshi JA, Li P, Desai S, Marcus SC. Impact of Medicaid prescription copayments on use of antipsychotics and other medications in patients with schizophrenia. *J Med Econ.* 2017 Dec 2;20(12):1252–60

Farley JF. Medicaid Prescription Cost Containment and Schizophrenia. *Med Care.* 2010 May;48(5):440–7.

Gibson TB, Jing Y, Kim E, Bagalman E, Wang S, Whitehead R, et al. Cost-sharing effects on adherence and persistence for second-generation antipsychotics in commercially insured patients. *Manag Care.* 2010;19(5):40–7.

Hartung DM, Carlson MJ, Kraemer DF, Haxby DG, Ketchum KL, Greenlick MR. Impact of a Medicaid copayment policy on prescription drug and health services utilization in a fee-for-service Medicaid population. *Med Care.* 2008 Jun;46(6):565–72.

Lahti M, Tiihonen J, Wildgust H, Beary M, Hodgson R, Kajantie E, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med.* 2012 Nov;42(11):2275–85.

Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010 Apr 30;176(2–3):109–13.

Penfold RB, Zhang F. Use of interrupted time series analysis in evaluating health care quality improvements. *Acad Pediatr.* 2013;13(6 Suppl):S38-44.

Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;138(6):492–9.

Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2018 Aug 1;175(8):765–73.

Zeber JE, Grazier KL, Valenstein M, Blow FC, Lantz PM. Effect of a medication copayment increase in veterans with schizophrenia. *Am J Manag Care*. 2007 Jun;13(6 Pt 2):335–46.