

# Praktiseerimisjuhised – pigem vahend kvaliteedi parandamiseks kui relv arstide vastu

Margus Lember – TÜ sisekliinik

Ravi- ja diagnostikajuhiste loomine maailmas on olnud viimastel aastatel ülimalt hoogne. Medline'i otsing "practice guideline" publikatsioonitüübina annab 6895 nimetust, neist umbes pooled on ilmunud viimase viie aasta jooksul. Sama märksõna kasutamisel otsingus kõigi publikatsioonitüüpide alusel leiab koguni 26 155 viidet. Praktiseerivale arstile on sellise hulga juhendite seas orienteerumine raske ja ebaotstarbekas, seetõttu koostatakse igas paikkonnas ka oma juhendeid. Üha suureneva juhiste arvuga kaasneb samal ajal üha enam teavet ka selle kohta, et juhiste rakendamise ja sellest loodetava parema ravitulemuse ootused ei ole alati õigustatud ning esialgne vaimustus hakkab raugema.

## Mis on praktiseerimisjuhised?

Praktiseerimisjuhised on süstemaatiliselt arendatud seisukohad abistamiseks arste nende otsustes asjakohase abi osutamiseks teatud kliinilises situatsioonis (1). Need võivad sisaldada juhiseid selle kohta, milliseid analüüse patsiendil teha, kuidas haiget ravida, kui kaua peaksid patsiendid olema haiglas vms (2). Kuigi sageli kasutatakse terminina "ravijuhend", ei ole see täpne, sest ainult raviküsimusi käsitleb vähemik kõigist väljatöötatud juhenditest.

Juhiste väljatöötamise on tinginud mitmed tänapäeva meditsiinile omased probleemid: suurenev nõudlus arstiabi järele; suurenevad meditsiinkulutused; erinevate abiosutajate erinevused pakutavates raviteenustes; geograafilised erinevused meditsiiniteenuste struktuuris; arvamus, et osa pakutavast abist ei ole asjakohane (liigne ravi või puudulik ravi); arstide sisemine vajadus pakkuda üha enam ja paremat ravi oma patsientidele (ning samuti patsientide poolelt seda abi saada). Kliinitsidid, poliitikud ja rahastajad näevad juhiseid kui vahendit, et muuta abi tõhusamaks ning asjakohasemaks ja vähendada erinevust selle vahel, milliseid meetodeid arstid tegelikult

kasutavad ja millised meetodid on ka teaduslikult põhjendatud. Juhendit soovitakse ka kui standardit, mille alusel hinnata uuringute ja ravi asjakohasust – see soov võib olla nii patsiendil kui arstil.

## Kas juhendid muudavad praktika paremaks?

Juhendeid on mõtet teha vaid eeldusel, et arstid juhiseid järgides muudavad oma tavapärast käsitlust konkreetse probleemi suhtes. Juhendil pole mõtet, kui kõik arstid niigi toimivad vastavalt sellele, mis juhendis toodud. Kui aga arstid muudavad oma rutiinset praktiseerimisviisi ja kui teada, mis neid mõjutab seda tegema, siis selle teadmine võimaldaks rakendada efektiivseid viise osutatava abi kvaliteedi parandamiseks.

Arvamus, et praktiseerimisjuhiste väljaandmine iseenesest aitaks kaasa arstiabi kvaliteedi paranemisele, on piiratud ja ühekülgne. Selline arvamus tugineb kognitiivsele õppimisteooriale, mille kohaselt arstid muudavad praktiseerimist, kui neil on olemas õige ja asjakohane informatsioon, mida nad väljatöötatud juhenditest saavad. Seega eeldatakse, et on võimalik teadmiste passiivne ülekandmine õpetajalt õpetatavale, teadjalt mitteteadjale, juhenditest praktiseerijale. Sellise käsitluse korral jääb kõrvale asjaolu, et tegelikeks muutusteks on vajalik ka teadmiste vastuvõtja aktiivne osalus.

Juhiste loodetud suurest mõjust arstide otsustustele ei ole olulisi tõendeid, kuigi näiteid on nii poolt kui vastu. Nii näiteks on ühes Kanadas tehtud töös leitud, et südame paispuudulikkusega haigete ravijuhendi mõju ravi kaasajastamisele oli suhteliselt tagasihoidlik, seejuures polnud erinevust juhendi aktiivse levitamise ja passiivse levitamise vahel (3). Teisalt on põletikulise soolehaiguse korral tõestatud juhendi rakendamise positiivne mõju haigete elukvaliteedile (4). Üpris üksmeelsed ollakse selles, et juhised parandavad

praktiseerimist vaid juhul, kui neid viiakse ellu koos järgneva tegevuse hindamisega (5).

### **Kas juhiseid tegelikkuses järgitakse?**

Arstide suhtumist ravijuhistesse ei ole palju uuritud. On leitud, et nooremad arstid suhtuvad juhistesse positiivsemalt; seevastu suurema staažiga arstid on valdavalt skeptilisemad, pidades juhiseid oma vabadust piiravaks, arsti teenimisvõimalusi halvavaks ning uurimistööd takistavaks (6). Kõige enam küsitavusi põhjustab olukord, kus ravijuhendi kasutusele võtmine eeldaks küll ravitulemuste paranemist, ent ka lisakulusid – igapäevaelus töötavad arstid aga alati piiratud ressurside tingimustes (7). Juhiste rakendamisel tekib veel teisigi probleeme: kas ekspertide seisukohad on järgitavad iga konkreetse haige korral; kes vastutab patsiendi ravi tulemuse eest, kas juhendi loojad või siiski raviarst; kas arstilt saab nõuda juhendist kinnipidamist ja teda vastutusele võtta, kui ta seda ei tee (8).

Üha enam püüavad tervishoiukorraldajad ja -rahastajad juhendeid lisada ametlikesse regulatsioonidesse. Alates 1993. a on näiteks Prantsusmaal vastu võetud 147 kohustuslikku praktiseerimisjuhendit, mis on osa arstide ja sotsiaalkindlustuse vahelisest lepingust. Juhised on koostanud sotsiaalkindlustuse spetsialistid, kes vastutavad eraarstide tegevuse tasumise eest (8). Ka Eesti Haigekassa on püüdnud arstide lepingutesse sisse kirjutada ravijuhiste kohustuslikkust, teinekord ka naaberriikide koostatud ravijuhiseid. See osutab küll üllale eesmärgile, ent näitab arusaamatust sellest, kuidas ravijuhised saavad kaasa aidata arstiabi kvaliteedi parandamisele.

Vaatamata väga headele juhenditele ei järgi arstid neid kuigi täpselt. Väljatöötatud juhiste paremaks elluviimiseks on käsitletud neid osana tõendus põhiseisest kvaliteedihindamisest, mis on oma olemuselt analoogne kvaliteeditsükliga. Selle I faas on kavandamine ja eelistuste seadmine (kui oluline on probleem, mida juhend käsitleb). II faas on ravijuhendi väljatöötamine (kuidas peaksime antud probleemi lahendama ehk milline on juhendi sisu). Siin on oluline sõnastada täpselt juhendi eesmärk, seejärel hinnata süstemaatiliselt olemasolevat kirjandust (mitte koostada juhend juhustikult kättesaadud kirjanduse alusel). III faasis hindab praktiseerija oma

tegevust väljatöötatud juhendi suhtes: kuidas me tavaliselt seda probleemi oleme lahendanud. IV faasis vastatakse küsimusele, kuidas me saaksime oma tegevust parandada. Sellise skeemi rakendamisel ei ole praktiseerimisjuhendi koostamine eesmärk omaette. Siiani on Eestis põhitähelepanu pööratud protsessi II faasile, kus juhendi koostamine ja trükkis avaldamine on peaeesmärk. Haigekassa algatatud ja tasustatud juhiste väljaandmisel on tähelepanu alt välja jäämas see, kes ja millist metoodikat kasutades juhendi koostab, kellele on juhend mõeldud, kas ja kuidas juhendit ellu viiakse. Taunimisväärseks tuleb pidada juhendi nime all teemakohaste õpikute või monograafiate üllitamist, mis muudab nende käepärasuse ja ülevaatlikkuse küsitavaks. Arstkonnale on otstarbekas mõista, kui palju on Haigekassa initsiatiivis soovi juhendite abil arste tõhusamalt kontrollida ja juhendeid arstkonnale kohustuslikuks muuta. Olulisel kohal peab olema prioriteetide kindlaksmääramine, eeskujul vääriks võib pidada Kanada Ontario provintsi, kus võetakse arvesse kuut kriteeriumit: probleemi sagedus, kulukus ühiskonnale, mingi uuringu või ravivõtte kasutamise sagenemine, regionaalsete erinevuste olemasolu, olemasolevate juhiste mittejärgimine, arstide esitatud soov konkreetsete juhiste väljatöötamiseks (9).

### **Milline on juhendite kvaliteet?**

Juhendite kvaliteedi kohta on viimastel aastatel ilmunud ridamisi kriitikat. Nii näiteks uuriti 1980.–2000. a avaldatud diabeedi ravijuhiseid (n = 43), mis leiti Medline'i, Practice Guidelines Clearinghouse ja Institute for Clinical Systems Improvement andmebaasidest (10). Juhiseid hinnati valideeritud 25 kriteeriumi osas, mis kirjeldasid juhise koostamist ja formaati, tõestusmaterjali esitamist ning soovitude sõnastamist. Keskmine juhend oli täielikult vastav ainult 9 kriteeriumile. Pooltel juhtudest vastas juhendi koostamise protsess ettenähtule, tõestusmaterjal oli esitatud vaid 21%–l, soovitusel usutavalt sõnastatud 36%–l juhtudest. Vähetähtseline, et teiste alade juhendite hindamisel tulemused oluliselt teistsugused oleksid.

Praktiseerimisjuhiste hindamiseks on koostatud erinevaid hindamismudeleid, enam kasutatud on Cluzeau töörihma väljatöötatud ja valideeritud

instrumenti. See koosneb 37 kriteeriumist, mis kajastavad järgmisi valdkondi: juhendi väljatöötamise rangus (kes on vastutav, milline on juhendit väljatöötava rühma koosseis, tõendusmaterjali kasutamine), soovitude formuleerimine (tõendusmaterjali ja soovitude seos, retsenseerimine, kaasajastamine), juhendi kontekst ja sisu (eesmärgi määratlus, sihtrühm, juhendi formaat, juhendi esitus; hinnatav kasu, kahju ja hind ühiskonnale) ning juhendi elluviimise strateegia (11).

Juhistega seoses on tähelepanu pööratud ka erinevatele huvirühmadele. Loomulikult on nendest huvitatud arstid, et parandada ja ühtlustada abi kvaliteeti, ning mis seal salata, suurendada oma eriala mõju. Ravimitööstuse ja -müüjate põhihuv on suurendada oma turuosa ja kasumit. Tervishoiuorganisatsioonide ja -rahastajate huviks on piirata tervishoiukulutusi ning parandada rahva tervist. Naiivne oleks arvata, et ravijuhendite väljatöötajad oleksid nende mõjutuste suhtes immuunsed (7). Patsientidele annab juhendite olemasolu täiendava teadmise, mis seni on olnud pigem tsunftsisene teadmine. Patsiendid, enam aga neid esindavad juristid, püüavad juhenditest leida argumente, mida saaks kasutada kohtuvaidlustes. Üldteada on asjaolu, et ravijuhendite loomisega üritatakse ka mõjutada ressursijaotust tervishoius (7).

### **Juhendite võimalik kasu ja kahju**

Põhimõtteliselt peaksid juhendid aitama kaasa arstiabi kvaliteedi paranemisele. Kas nad seda ka tegelikult teevad, selle kohta on veenvaid tõendeid veel vähe (2). Patsiendid saavad kindlasti kasu ravi asjakohasemaks muutmisest: kasutatakse enam tõestatud ravivõtteid ja vähendatakse tõestamata meetodite kasutamist. Juhendid aitavad vähendada põhjendamatu varieeruvust sarnaste juhtude käsitlemisel erinevate arstide, haiglate ja piirkondade vahel. Ravijuhised, mis on kättesaadavad kõigile, informeerivad patsiente ja teevad nad teadlikumaks võimalikust ravist; samas suurendavad nad patsientide nõudlikkust arstide suhtes. Ravijuhised võivad juhtida tähelepanu tervishoiuresursside jagamisel kõrvale jäänud probleemidele või ravimeetoditele või kõrvale jäänud inimrühmade vajadustele. Otstarbekate ravijuhiste rakendamisel võib teatud tingimustes

ravirahasid kokku hoida ning nende kasutamist suunata mujale, kuhu hädapärast vaja.

Milline on tervishoiutöötajate kasu? Paraneb kliiniliste otsuste kvaliteet (saavad juhendust kõhklustes, võimaldab vabaneda vananenud arusaamadest, annavad kinnitust arstide tehtavatele otsustele). Tõenduspõhised ravijuhised õpetavad vahet tegema tõestatud uurimis- ja ravivõtete ning traditsioonilise, ent tõestamata praktika vahel; samuti õpetavad oma töös arste pidevalt kriitiliselt informatsiooni hindama ning kutsuvad üles loobuma ebaefektiivsetest või isegi ohtlikest meetoditest. Juhised on aluseks auditi tegemisele: kirjeldatavad testid, protseduurid ja ravieesmärgid võimaldavad hinnata tegelikku praktikat nende suhtes. On ka olukordi, kui juhiste järgimisel on võimatu öelda, kas tegemist on kasu või kahjuga: erinevate erialade vaheline konkurents teatud protseduuride ja tegevuste ainuõiguse osas püüab saada tuge ravijuhenditest (mida ise püütakse koostada ja kinnitada); arstid võivad osutada juhistele kohtuvaidlustes või kasutada neid vaidlustes oma administraatoritega.

Juhenditest on kasu ka tervishoiusüsteemile tervikuna: sellest kõneleb efektiivsuse paranemine ravi standardimise teel, olemasoleva ressursi parem kasutamine (2). Paljud usuvad, et just majanduslik motiiv on juhiste taga kõige olulisem. Juhiste rakendamine vähendab hospitaliseerimise, ravimite väljakirjutamise, kirurgiliste operatsioonide jt protseduuride kulusid. Ravijuhenditest kinnipidamine ja sellest teavitamine parandab tervishoiuorganisatsiooni imago ning väljendab sõnumit heast kvaliteedist.

Alati tuleb arvestada ka võimalusega, et soovitud on väärad või sobimatud konkreetse patsiendi käsitlemisel. Aja jooksul seisukohad meditsiinis muutuvad, varem õigena tundunud tegevused võidakse uude valgusesse seada. Juhendi koostajad võivad eksida ja olemasolevat teadmist valesti tõlgendada ning ebaõigesti hinnata seda, mis on parim patsientidele, kolmel peamisel põhjusel: 1) teaduslik põhjendus puudub, on eksitav või valesti tõlgendatav; 2) juhendi koostajad ei hinda adekvaatselt probleemi, mille kohta nad otsustusi teevad. Meetodid, mida mõned eelistavad, ei pruugi olla õiged teiste vaatevinklist. Igal spetsialistil on kogemus oma patsientuuriga ja sellesse ei suhtuta

alati kriitiliselt; 3) patsiendi heaolu ei pruugi olla juhendi koostaja ainus eelistus. Esiplaanile võivad sattuda kulude kontroll, ühiskonna huvid tervikuna, huvigruppide (ravimitootjad, arstid, poliitikud jmt) huvid.

Kui juhend pole tõendus põhine, vaid konsensus põhine, võib see fikseerida ebaõigeid käsitlusviise. Liiga jäigad juhised ei jäta võimalust individuaalseteks muudatusteks vastavalt vajadustele. Otsustuste standardimine ja varieeruvuse vähendamine võib olla saavutatav patsientide individuaalsete vajaduste ignoreerimise hinnaga. Mõne tegevuse/meetodi eiramine juhistes viib selle meetodi kättesaadavuse halvenemiseni (kui enam ei rahastata). Kui otsustused tehakse vaid majanduslikest võimalustest lähtudes, pidurdab see uute, ent kallite meetodite rakendamist üldse, seega pärsib arengut.

Audiitorid ja asutuste juhid võivad kasutada ebaõigeid juhendeid standardina arstide töö kvaliteedi hindamisel. Ravijuhised võivad kohtus arste kahjustada, kui arst on neist kõrvale kaldunud ja põhjendused selleks pole kohtule arusaadavad. Probleemseks võib osutada ka olukord, kui juhendites soovitatakse kasutada uurimis- ja ravimeetodeid, mis ei ole ühiskonnale majanduslikult jõukohased või võtavad ära ressursse teistelt olulistelt valdkondadelt.

Tervishoiukorraldajate ja rahastajate koostatud/tellitud juhendid, mis on tehtud eeskätt vahendite kokkuhoiuks, ähvardavad arstide ja patsientide vabadust otsustamisel. Kiitsa eriala spetsialistide tehtud juhendid võivad olla mitteasjakohased perearstide suhtes (erinevad haigete kontingendid, reaalse ressursi olemasolu esmatasandil). Juhendeid, mis on koostatud ilma spetsialistide osaluseta, saab kritiseerida kompetentsuse vähesuses konkreetses kliinilises valdkonnas. Võimalikult rangeid ja selgepiirilisi juhendeid jumaldavad kontrollijad ning juristid, ent arstid peavad neid kokaraamatu-mediitsiini propageerijaiks, sest tegelikult ei ole võimalik teha juhendit iga üksiku haigusjuhtumi jaoks.

Kliinilised juhendid on ainult üks meetod parandada kvaliteeti. Juhised aitavad, kui arst ei ole oma valikutes ja otsustustes kindel ning kui teaduslik kirjandus võib anda vastuse. Kui kliinitsistid teavad infot, mis sisaldub juhendis, kuid ei järgi seda, tuleb analüüsida põhjuseid, mis ei võimalda neil vastavalt toimida. Seega on koos ravijuhendi väljatöötamisega vaja luua toimiv süsteem nende rakendamiseks ja määrata nende roll arstide tegevuse hindamisel. Selles protsessis on vajalik arstide aktiivne osalemine.

**Tänuavaldus.** Artikli valmimist on toetanud Eesti Teadusfond (grant nr 5239).

margus.lember@kliinikum.ee

### Kirjandus

1. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.
3. Tsuyuki RT, Ackman ML, Montague TJ, Clinical quality improvement network investigators. Effect of the 1994 Canadian cardiovascular society clinical practice guidelines for congestive heart failure. *Can J Cardiol* 2002;18:147-52.
4. Tremaine WJ, Sandborn WJ, Loftus EV, Kenan ML, Petterson TM, Zinsmeister AR, Silverstein MD. A prospective cohort study of practice guidelines in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2401-6.
5. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
6. Bochud M, Cornuz J, Vader JP, Kamm W, Burnand B. Are internists in a non-prescriptive setting favourable to guidelines? *Swiss Med Wkly* 2002;132:201-6.
7. Haycox A, Bagust A, Walley T. Clinical guidelines - the hidden costs. *BMJ* 1999;318:391-3.
8. Hurwitz B. Legal and political considerations of clinical practice guidelines. *BMJ* 1999;318:661-4.
9. Rosser W, Davis D, Gilbert E. Assessing guidelines for use in family practice. *J Fam Pract* 2001;50:969-73.
10. Sica G, Harker-Murray P, Montori VM, Smith SA, et al. Adherence of published diabetes mellitus practice guidelines to methodologic standards of guideline development. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2002;31:819-28.
11. Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Quality Health Care* 1999;11:21-8.