

Ravisoostumuse parandamine on arteriaalse hüpertensiooni suurim terapeutiline reserv

Meditsiini võimalused ning iseäranis selle farmakoterapeutiline arsenal on viimastel aastakümnetel arenenud tohutu kiirusega ning loonud järjest uusi ja tõhusamaid võimalusi patsientidele oma haigustega paremal viisil toime tulla. Ometi ollakse tõenduspõhiselt üha enam aimu saamas sellest, et paljudel juhtudel on patsientide valmisolek pikema aja jooksul hoolikalt järgida meedikute ravisoovitusi kehvapoolne ning sageli loobutakse peatselt pärast ravi alustamist ravirežiimi täpsest järgimisest või ei alustata ravi üldse. Arstide soovitatud raviga ebapiisav soostumine ei ole kindlasti üksnes mõne haiguse hiljuti avastatud spetsiifiline probleem, vaid pigem enamiku krooniliste haiguste puhul ilmnev nähtus, millel võivad olla tõsised tagajärjed nii patsientide ja nende kaaskondsete isiklikule tervisele kui ka näiteks tervishoiusüsteemi kulutõhususele ja ühiskonna tervisele tervikuna. Olgu tegemist tuberkuloosi, HIV/AIDSi, astma, diabeedi või mõne teise kroonilist kulgu omava haigusega, ikka sõltub ravi tulemuslikkus suuresti valitud ravivõtete tõhususest ning nende rakendamise järjepidevusest. Tänapäevaks päevaks on jõutud selge arusaamiseni, et kuigi raviga ebapiisav soostumine seostub vahetult patsiendi käitumisega, ei ole see siiski kaugeltki üksnes patsiendi probleem, vaid pigem on tegemist mitmeid osapooli siduva kompleksse nähtusega. Head tervikülevaadet probleemi tähtsusest, ulatusest ja lahendamise võimalustest 21. sajandi alguses pakub Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) ravisoostumust käsitlev raport 2003. aastast (1).

Nii üldises kui ka konkreetses plaanis on selles vallas üheks kõige enam uuritud ja

arutatud teemaks ravisoostumus arteriaalse hüpertensiooni korral. Nii oli ka selle aasta aprillis Tallinnas toimunud Baltimaade IV hüpertensioonikongressil ravisoostumusele pühendatud eraldi sessioon ning mitmed üritusel esinenud eriala rahvusvahelised liidrid rõhutasid oma sõnavõttudes iseäranis vajadust parandada ravisoostumust arteriaalse hüpertensiooni patsientide seas. Ka Euroopa hüpertensiooniühingu president prof Krzysztof Narkiewicz märkis üritusel mitmetes sõnavõttudes ja kuluaarivestlustes, et just ravisoostumuse parandamises peitub praegu peamine reserv tõhusamaks toimetulekuks arteriaalse hüpertensiooniga, sest olemasolev ravimite valik on piisavalt mitmekesine, et toime tulla haiguse peamiste patogeneetiliste mehhanismide blokeerimisega.

Et ravisoostumusega seotud küsimuste ring on Eestis seni ebapiisavat käsitlemist leidnud, siis on käesolevas ülevaates vaadeldud teema mõningaid üldisemaid aspekte ja arengujooni ning konkreetsemalt ravisoostumust arteriaalse hüpertensiooni korral. Teema üle arutlevad prof **Margus Viigimaa** Põhja-Eesti Regionaalhaiglast, dr **Alar Irs** Tartu Ülikooli kliinilise farmakoloogia õppetoolist ja Ravimi-ametist ning **Andres Soosaar** Eesti Arstist.

RAVISOOSTUMUSE HINDAMISEGA SEOTUD PÕHIMÕISTED

Iseenesest on patsiendi ebapiisav valmisolek ja järjekindlus arsti ravisoovitusi järgida meditsiinis ammu tuntud probleem, kuid alles viimastel aastakümnetel on hakatud seda ka teaduslike võtetega täpsemalt uurima ning sellest tulenevalt ka järjest paremini mõistma.

Nagu ikka uute teemadega tegelemisel vajab probleemi teaduslik käsitlus üksmeelt põhilistes nähtust kirjeldavates mõistetes ja terminites. Inglise keeles on nähtust tähistatud õige erinevate terminitega, aga **compliance**, **adherence** ja **persistence** näikse teaduskirjanduses kõige sagedamini kasutatavad mõisted ravirežiimi patsiendipoolse järgimise kvantitatiivseks hindamiseks. Palju on diskuteeritud selle üle, kas *compliance* ja *adherence* on sünonüümid või mitte, kuid enamasti on need siiski ühetähenduslikud, tähistades määra, millises ulatuses patsient tegutseb kooskõlas ravirežiimis ette nähtud ravimi võtmise intervalli ja doseeringuga (1, 2). Samas on täiesti võimalik, et *compliance* tähistab **ravisoostumuse nähtust üldisemalt** ning *adherence* **ravirežiimi järgimise määra** ning *persistence* **ravirežiimi järgimise aega**. Ravirežiimi järgimise või ravisoostumuse määra mõõdab protsent, mis väljendab, kui suure osa moodustavad patsiendi tegelikult tarvitatud ravimi annused maksimaalsest vaadeldava aja jooksul ettenähtud ravimidooside arvust. Ravirežiimi järgimise või ravisoostumuse aega väljendatakse ajavahemikuna ravi alustamisest kuni selle katkestamiseni. Ravisoostumuse teaduslikes uuringutes tuleks selgesti määrata ka kriteeriumid, millist ravirežiimist kõrvalekallet saab nimetada selle katkestamiseks. Nii nende kui ka teiste kriteeriumide suhtes ei olda sugugi veel kokkuleppele jõutud, kuigi siiski teatud standardid on hakanud tekkima. Näiteks peetakse õige sageli head ja nigelamat ravisoostumust piiritlevaks määraks 80% (2). Samuti on empiiriliste uuringutega leitud, et arenenud maades on kõikide krooniliste haiguste summaarseks ravisoostumuse määraks ligikaudu 50% (1).

Dr Alar Irs: Mitmekesisus terminoloogias tuleneb muu hulgas arsti ja patsiendi suhetes viimastel aastakümnetel aset leidnud paradigma muutusest. Esimesed uurimused, kus üritati hinnata, mil määral patsiendid ravisoovitusi järgisid, tehti kolm-neli aastakümnet tagasi ning neis kasutati üldjuhul terminit *compliance*, mis oma originaalkeele nüanssides

tähendab arsti korralduste järgimist (3). *Adherence*, mis sisuliselt kirjeldab ikka sedasama ravisoovitustest kinnipidamise määra, juurutati seoses sooviga rõhutada, et patsient on oma otsustes vaba ning eriti Suurbritannias viimasel ajal juurdunud *concordance* viitab raviplaani kokkuleppimisele arsti ja patsiendi vahel ning edasise tegevuse kooskõlale selle kokkuleppega. Domineeriv termin näib siiski olevat *adherence* ja „ravisoostumus“ annab selle tähendust eesti keeles hästi edasi.

Raviga mittesoostumise uurimisel kasutatakse vahel ka mõisteid „tahtlik, teadlik“ ja „tahtmatu, teadmatuset tingitud“, et kirjeldada vastavalt olukorda, kus patsient teadlikult otsustab ravijuhtnõore mitte järgida, ning situatsiooni, kus ravisoovitustest ei saada aru ning neid seetõttu ei järgita. Lõpuks on nähtust uurides peaaegu eranditult keskendatud farmakoterapiale. See on mõistetav, kuna see on ala, kus on kõige lihtsam leida viiteid ravisoovitustest kinnipidamise määra kohta, ent ei tohiks unustada, et ravisoostumus on täpselt niisama tähtis ka muude ravimeetodite puhul, seetõttu tuleks mõisted tegelikult defineerida viisil, mis lubab nende universaalset kasutamist.

RAVISOOSTUMATUSE NÄHTUSE PÕHILISED DIMENSIOONID JA SELLE UURIMISE VÕIMALUSED

Nagu eespool mainitud, peetakse tänapäeval ravisoostumust väga kompleksseks probleemiks, mille puhul on mitmekesisuses seostes ühelt poolt erinevad patsientide isiklikud ja haigusest tulenevad probleemid ning teiselt poolt meditsiini ja kogu ühiskonna tegeliku toimimise iseärasused. Eespool mainitud WHO aruandes (1) on välja toodud 5 üksteist mõjutavat dimensiooni või valdkonda, mis kõik mõjutavad seda, kui hoolikalt järgitakse haiguse tõrjumiseks mõeldud raviskeeme. Nendeks dimensioonideks peetakse 1) ühiskondlike ja majanduslike tegureid; 2) arstiabi osutajatest ja meditsiinisüsteemist lähtuvaid tegureid; 3) haigusseisundi iseloomuga seotud tegureid; 4) ravimeetodi iseloomuga seotud tegureid ja 5) konkreetse

patsiendiga seotud tegureid. Kuigi nende dimensioonide täpsemat sisu ja mõju ravisoostumusele on seni ebaühtlaselt uuritud, on ometi ilmne, et näiteks vaesus, vähene haridus, vilets meedik-patsiendi suhe, haigusnähtude vähene ilmumine, keerukad ja muutuvad raviskeemid ühes teiste asjaoludega vähendavad patsientide valmisolekut ja suutlikkust neile määratud raviskeemi täpselt realiseerida.

Dr Alar Irs: WHO vaade on väga ammendav, see on ennekõike tervishoiusüsteemi ja ühiskonna tasemel antud kirjeldus, ning kui tahta ravisoostumust parandada tervishoiuorganisatsiooniliste vahenditega, tuleb kahtlemata ka Eestis tegeleda kõigi nende valdkondadega. Esimesena tundub mulle paslik hinnata, kuidas on meil tagatud krooniliste haigete ravi järjepidevus esmatasandi ja eriarstiabi vahel ning kas ja kuidas meil üldse mõõdetakse krooniliste haiguste ravi kvaliteeti (sh ravisoostumust) ja tulemusi.

Kui WHO raporti 5 dimensiooni tõlkida arsti-patsiendi igapäevakontakti ja ravi määramise momendil kindlalt toimivate tegurite keelde, siis avalduvad need **kolmes** hästi arusaadavas, uuritavas ja mõõdetavas asjaolus, mis ravikoostööd mõjutavad: 1) suhtlemisbarjäär (nt keelest, haridusest, haigustest tulenev), 2) sotsiaal-majanduslikud tegurid (ravikindlustuse olemasolu, töötus, vaesus) ning 3) arsti ja patsiendi motivatsioon (arusaamine haigusest, ravi vajalikkuse, kasu ja kestuse mõistmine, hirm kõrvaltoimete ees). Kui ravisoostumust tahetakse parandada, tuleb ühel või teisel viisil mõjutada mõnda neist aspektidest. Ma ei ole kindel, et kõnealuse diagnoosi – arteriaalse hüpertensiooni – puhul oleks palju teha ravimeetodi endaga: valdavalt kord päevas suu kaudu manustatav ravi on iseenesest optimaalne.

Teatud vastuolulisusega mõjutab ravisoostumusega tegelemise reaalselt praktikat ka moodne meditsiinietika ning seda nii oluliselt mõjutav patsiendi isikuautonoomia austamine põhimõtte ning seda realiseeriv informeeritud

nõusoleku vajadus nii kliinilises praktikas kui ka inimuuringute korraldamisel. Ühelt poolt peaks patsient oma tegemistes olema täiesti vaba ning arstil ei oleks justkui midagi selle peale kosta, kui tema patsient jätab talle määratud ravi pooleli või keeldub sellest sootuks. Teiselt poolt on arstidel jätkuvalt moraalne kohustus patsienti aidata parimal võimalikul moel ning vältida oma tegemistega tema kahjustamist. Sestap võivadki arstid leida end keeruliste valikute eest, kui patsiendid loobuvad õige kergesti neile määratud ravist, pannes sellega riskantsesse olukorda nii ennast kui ka teisi ümbritsevaid inimesi. Ehk on ka siin just ruumi arstikunsti tänapäevastele vormidele, mille abil patsienti veenda raviprotseduuride hädavajalikkuses ning ravivastuses suurendada positiivse platseeboefekti mõju.

Ravisoostumuse nähtuse ulatuslikum ja süstemaatiline teaduslik uurimine algas 1970. aastate alguses, kui võeti kasutusele elektroonilised raviprotseduuride seiresüsteemid (ingl *MEMS, medication event monitoring system*) ning arvutid tegid võimalikuks järjest põhjalikuma raviasutustest ja apteekidest lähtunud info analüüsi (4). Et ravisoostumuse nähtus on väga mitmekesine, siis on loomulikult olemas ka hulk meetodeid nähtuse erinevate aspektide hindamiseks. Laias laastus jaotuvad need meetodid **subjektiivsemateks** patsiendist lähtuvateks ning **objektiivseteks** patsiendi suvast mittesõltuvateks võteteks. Esimese tee lihtsaimaks näiteks on patsiendi küsitlus, mille teaduslikku usaldusväärsust ei peeta tavaliselt väga kõrgeks. Teise käsitlusviisi näideteks on institutsionaalsete andmekogude kasutamine, elektrooniliste seiresüsteemide kasutamine ja ravimi konkreetsete farmakokineetiliste parameetrite hindamine patsientide organismis. Nii või teisiti on vastavat uurimistööd tegevate teadlaste käes päris suur valik erinevaid ravisoostumuse uurimise meetodeid, millest tuleks valida konkreetse uuringuküsimuse lahendamiseks sisuliselt ja ressursiliselt optimaalsed uurimismeetodid.

Prof Margus Viigimaa: Elektrooniliste seiresüsteemide rakendamine ja ravimi plasmakontsentratsiooni mõõtmine annavad küll

kõige täpsemad ravisoostumuse andmeid, kuid need on kasutatavad ainult teadusuuringutes. Igapäevases praktikas hakkab digiretsepti ajastul Eestis kõige täpsemaid andmeid saama ravimite väljakirjutamise ja apteegist väljaostmise põhjal. See annab meile võimaluse saada piisavalt täpseid andmeid ravisoostumuse kohta. Seni on valitsenud palju kaootilisem olukord, milles üks arst ei tea, mis ravimid ja kes on patsiendile juba välja kirjutatud ning millal peaks retsepte pikendama. Osa patsiente on aga pahatihti võtnud ainult neid ravimeid, mis neile enam on meeldinud, ja sedagi sageli ainult siis, kui on tekkinud sümptomid (peavalu, surumistunne peas, väsimus jm). Kui asutasime 1995. a Eesti hüpertensiooniühingu, olid ca 40% kasutatavatest ravimitest tsentraalse toimega (reserpiin, klofeliin ja teiste sarnaste ainete kombinatsioonid). Määratud päevadoosides (ingl *defined daily dose*, DDD) tuhande elaniku kohta kasutasime ca 4 korda vähem hüpertensiooniravimeid kui praegu. Praeguseks oleme selle näitajaga jõudnud arvestatavale tasemele, kuid arenguruumi on jätkuvalt.

Dr Alar Irs: Hüpertensiooni ravi on tõesti teinud kvantitatiivse hüppe ning uuemaid ravimirühmi (dihüdropüridiiniid, reniin-angiotensiinsüsteemi mõjutavad ravimid) kasutatakse Eestis praegu rohkem kui Põhjamaades. Küsimus on, kas see tähendab, et ravitakse kestvalt palju patsiente või et ravi alustatakse väga paljudel patsientidel ning see suubub siis tavalisse teistes maadeski dokumenteeritud ravisoostumatusesse. Meil ei ole usaldusväärseid andmeid, kuigi vähemalt kaudselt saaks seda Eesti Haigekassa retseptiandmebaasi alusel hinnata.

Ravisoostumuse hindamine on oluliselt komplitseeritum, kui esmapilgul tundub. Isegi teadusuuringuis, rääkimata igapäevapraktikast, on pea võimatu kindlaks teha, kas patsient ikka võttis ettenähtud ravimi õigel ajal sisse. Mittefarmakoloogiliste ravimeetodite tegeliku kasutamise hindamine ei tundu sugugi lihtsam. Kui ravimite puhul jätta kõrvale ravimi verekontsentratsiooni suhteliselt sage jälgimine, siis põhinevad kõik meetodid eeldusel, et

kõik apteegist ostetud tabletid (ravikindlustuse andmebaaside andmed) või purgist välja võetud tabletid (vastava seadmega varustatud ravimipakendid kliinilistes uuringutes) võetakse enam-vähem ettenähtud ajal sisse. See ei kõla kuigi usutava eeldusena. Veel vähem on põhjust arvata, et patsiendi enda meenutused raviskeemi järgimisest on tõelähedased (5). Lisaks eeldatakse, et suurem proportsioon sissevõetud tablette tagab parema ravitulemuse, ent seda loogilisena tunduvat seost on väga mõõdukalt uuritud ja vähesed tehtud uurimused ei ole andnud sugugi üheseid tulemusi. Ka erinevate sekkumiste hindamine, mida on püütud ravisoostumuse parandamiseks rakendada, on olnud keeruline. Epidemioloogiliste vaatlusuuringute, avatud kliiniliste katsete ja juhuslikustatud topeltpimedate kliiniliste katsete tulemused on omavahel tihti vastuolus ning juhuslikustatud katsed on kinnitanud üsna väheste intuiitiivselt kasulike sekkumiste tegelikku mõju (6).

Eestis on seni olnud võimalik hinnata, kui mitu retsepti ja kui palju ravimit patsient mingi ajavahemiku jooksul apteegist soetab. See annab mingeid viiteid selle kohta, kui mitmel päeval patsient teoreetiliselt oleks võinud ravimit kasutada, aga ei erista seda, kas patsient ei ole arsti juures käinud, arst on jätnud ravi määramata või patsient on jätnud ravimi välja ostmata. Ja me ei tea, mida patsient väljaostetud ravimiga tegi. Viimasel aastal on tekkinud võimalus hinnata retseptikeskuse andmete alusel arsti väljakirjutatud ravimite tegelikku väljaostmist ning see parandab veidi meie uurimisvõimalusi. Paraku ei paku retseptikeskus ise arstidele mingit funktsioneerivat IT-lahendust ravi järjepidevuse hindamiseks. Mõned hiljutised uurimused on samas näidanud, et isegi kui puudulikust ravisoostumusest teada andev nn häiresüsteem väljakirjutamistarkvaraga ühendada, ei parane sellest ravitulemused (7).

RAVISOOSTUMUS ARTERIAALSE HÜPERTENSIOONI KORRAL

Arteriaalne hüpertensioon ei ole ravisoostumuse mõttes teiste krooniliste haigustega

võrreldes mingiks positiivseks erandiks. Nagu eespool märgitud, peetakse ebapiisava arteriaalse vererõhu kontrolli kõige olulisemaks põhjuseks just nigelat ravisoostumust, hoolimata sellest et arteriaalse vererõhu ohjeldamine normipiiridesse vähendab märkimisväärselt insulti, müokardiinfarkti ja paljude teistesse haigustesse haigestumise riski. Mis puutub kvantitatiivsetesse näitajatesse, siis on leitud, et umbes 75%-l hüpertensioonidiagnoosiga haigetest ei ole arteriaalse vererõhu kontroll piisav (1). Kuigi erinevad uuringud on esitanud erinevaid tulemusi arteriaalse hüpertensiooni ravisoostumuse kohta, on elektrooniliste seiresüsteemide kasutamisel leitud, et 50–60% patsientidel on ravisoostumuse määr hea (> 80%), 30–40% esinevad aegajalt ravivaheajad ning 10–15% patsientidest ei soostu püsivalt neile määratud vererõhku alandava ravirežiimiga. WHO raportis (1) on märgitud, et hoolimata ravimite olemasolust loobuvad umbes pooled patsientidest antihüpertensiivsete ravimite kasutamisest aasta jooksul pärast arteriaalse hüpertensiooni diagnoosi saamist.

Mis võiksid olla olulisemad ravisoostumuse põhjused arteriaalse hüpertensiooni korral? Kaheks kõige olulisemaks ravisoostumust vähendavad teguriks peetakse pikka asümptomaatilist kulgu haiguse alguses ning ravimite tarvitamise vajadust kogu edasise elu jooksul. Neile lisaks mõjutavad ravisoostumust veel patsiendi vanus ja haridustase; patsiendi arusaam haiguse loomusest ja võimalikest tagajärgedest; arsti ravi ordineerimise viis ning arsti-patsiendi suhte iseloom; ühiskonna tervishoiusüsteemide iseärasused, sh antihüpertensiivsete ravimite kättesaadavus, ning haiguse ravirežiimi keerukus (1). Üheks ravisoostumust mõjutavaks asjaoluks peetakse ka kasutatavate antihüpertensiivsete ravimite erinevat taluvust. Selle alusel on leitud, et angiotensiinisüsteemi pärssivate ravimite ning kaltsiumikanalite antagonistide kasutamisel on ravisoostumuse näitajad paremad kui teiste vererõhku langetavate ravimite kasutamise korral. Õige mitmekülgseid on ka ravirežiimi keerukuse seosed ravisoos-

tumusega arteriaalse hüpertensiooni korral. Ühelt poolt mõjuks ravisoostumusele ilmselt kõige paremini monoterapia, mille puhul manustatakse ravimit kord päevas, kuid samas räägitakse üha enam vajadusest kombineerida erinevaid antihüpertensiivseid ravimeid, mis paratamatult muudavad ravirežiimi komplitseeritumaks ning patsiendile raskemini järgitavaks.

Dr Alar Irs: Krooniliste haiguste ravisoostumust hinnates tuleb silmas pidada, et kui kuskil ongi n-õ genuinselt sõnakuulmatud patsiendid, siis enamik ravisoostumastest lähtub patsientidest, kes vahel järgivad ja vahel ei järgi ravisoovitusi, ning põhjusi, miks nad seda teevad, on peaaegu niisama palju kui patsiente. Patsiendid võtavad nn ravipuhkust (ingl *drug holidays*) ning ka sama patsiendi puhul ei ole põhjus järjekordse „puhkuse“ võtmiseks alati sama, mis eelnenud soostumatus-episoodi korral.

Prof Margus Viigimaa: Tarvis on tõhusaid kombinatsioonpreparaate, sest ühe tableti võtmine mitme asemel parandab oluliselt ravisoostumust. Oleme juba hästi omaks võtnud angiotensiini konverteeriva ensüümi (AKE) inhibiitorite ja angiotensiinireseptorite blokaatorite (ARB) kombinatsioonid diureetikumidega. Meil on aastaid olnud küll kahjuks suhteliselt vähe kasutatud trandolaprili ja verapamiili kombinatsioon. Praegu jõuab Eestisse järjest enam AKE inhibiitorite ja ARBde kombinatsioone dihüdropüridiini tüüpi kaltsiumiantagonistidega. Väga oluline on ka antihüpertensiivse ravimi fikseeritud kombinatsioon vere lipiidide sisaldust vähendava medikamendiga, näiteks amlodipiini kombinatsioon atorvastatiiniga, sest väga suur hulk hüpertoonikutest vajab ka lipiidisisaldust vähendavat ravi. Vajame tulevikus ka 3 ja 4 ravimi kombinatsioone. Nende puhul on aga kindel nõue, et ravi peab algama 2 ravimi kombinatsioonist väikses annuses ja jõudma ravile raskesti alluvatel haigetel komponentide lisamisel sobiva kombinatsioonini, mida siis fikseeritult püsiravis tarvitatakse.

Üheks hüpertensiooni ravisoostumust vähendavaks põhjuseks on seksuaalne düsfunktsioon. On leitud, et hüpertoonikutel on erektiilset düsfunktsiooni mitu korda sagedamini kui normotoonikutel. Antihüpertensiivsete ravimite võtmisega võib see oluliselt süveneda. Eriti probleemsed on diureetikumid, tsentraalse toimega ravimid ja beeta-blokaatorid (v.a nebivolool). AKE inhibiitorid ja kaltsiumiantagonistid ei halvenda seksuaalset funktsiooni ja ARBd isegi parandavad seda. Seega on sobiva ravimi valik väga tähtis. Arstid mõtleavad seksuaalse düsfunktsiooni võimalusele tavaliselt vanemaalistel meeshaigetel. Tegelikult esineb seda küllaltki sageli ka keskealistel ja isegi nooremas keskeas. Nooremad patsiendid on ka probleemits rohkem teadlikud, kasutavad internetiotsinguid ja vahel isegi ületähtsustavad ravimite võimalike kõrvaltoimete osa. Meie ülesanne on patsiente selles küsimuses nõustada ja aidata kaasa ravisoostumuse paranemisele. Esimest korda maailma hüpertensioonijuhendite ajaloos on seksuaalset düsfunktsiooni käsitletud Euroopa hüpertensiooniühingu 2009. a juhendis. Mul on võimalik äsja asutatud Euroopa hüpertensiooniühingu hüpertensiooni ja seksuaalse düsfunktsiooni töörühma esimehena sellele teemale rahvusvaheliselt rohkem tähelepanu juhtida.

Dr Alar Irs: Väga üllatav on, et südamehaiguste puhul, mille vastu süüakse ära enamik arenenud riikides tarbitud ravimitest, on väga vähe usaldusväärseid andmeid selle kohta, mis patsientide ravisoostumust õigupoolest mõjutab. Tundub, et enam-vähem üheselt on kindlaks tehtud, et isoleeritud sekkumistest ainsana parandab veidi ravisoostumust üleminek kaks või kolm korda päevas võetavalt ravimilt üks kord päevas võetavale ravimile, ent kas lisaks tarbitud tablettide määra tõstmisele mõjutab see ka arteriaalse vererõhu väärtust ja ravi tulemusi kliiniliselt olulisel määral, ei ole selge (8).

Olen suhteliselt pessimistlik ses osas, et ravisoostumust võiks revolutsioonilisel moel mõjutada ravimite omadused, nt veel vähe-

mate kõrvaltoimetega ravimirühmade lisanudumine. 4–5 praegu esmavalikuna kasutusel olevat ravimirühma on väga hästi talutavad, mõne rühma puhul on ohutusprofiil kliinilistes uuringutes vaata et parem platseebost. Kümmeaastat tagasi ennustati, et ARBde kasutusele võtmine lahendab ravisoostumuse probleemi (9). Seda pole juhtunud, kuigi ARBde väljakirjutamine on rohke ja kõrvaltoimed harvad.

Lõpuni kindel ei ole ka lootus, et kombinatsioonpreparaadid tagavad paremad ravitulemused kui üksikomponentide eraldi võtmine. Hiljutine metaanalüüs (10) päädis järeldusega, et kombinatsioonpreparaatide kasutamine võrreldes samade ravimite eraldi võtmisega parandas oluliselt ravisoostumuse määra, ent muutused arteriaalse vererõhu saavutatud väärtustes ja kõrvaltoimete sageduses ei olnud statistiliselt olulised.

Kaldun arvama, et on üks suur valdkond, mille mõjutamisest võiks kasu olla, on haigusest endast ja selle ravi edukusest arusaamise arendamine nii arstide kui ka patsientide hulgas. Ravisoostumatust vaadatakse liiga sageli kui patsiendipoolset pahategu. Enamasti on see tervishoiusüsteemis tegemata jäänud töö tulemus – sellest arusaamine päädis mõni aeg tagasi üleskutsega lõpetada patsientide süüdistamine ja vaadata, mida tervishoiutöötajad ise saaksid ette võtta (11).

KUIDAS PARANDADA RAVISOOSTUMUST ARTERIAALSE HÜPERTENSIOONI KORRAL?

Et ebapiisav raviga soostumine on väga kompleksne probleem, siis saab nii arteriaalse hüpertensiooni kui ka teiste haiguste korral patsientide ravisoostumust parandada just nähtuse taga olevate tegurite mõjutamisega. Kõigepealt on oluline mõista, et sellisel juhul ei ole kindlasti tegemist ühe patsiendi üksikprobleemiga ning ravisoostumuse parandamiseks tuleks lisaks patsiendile endale kaasata nii palju kui vähegi võimalik ka temaga tegelevaid meedikuid, lähedasi ja perekonnaliikmeid, samuti tervishoiukorralduses peituvaid võimalusi, nüüdisaegseid tehnoloogilisi lahendusi jms. Üheskoos tuleb jõuda patsiendi senise

käitumise muutumiseni, mille taga on veendumus ja arusaam ravirežiimi täpse järgimise hädatarvilikkusest ning vajadusest konsulteerida kohe meedikutega, kui ravimite kasutamisel tekivad tõrked ja probleemid. Seda võib oma sisult vaadelda ühe praktilise õppimise ülesandena, mis ühel õnnestub lihtsamini ning teisel vaevalisemalt, kuid ometi peavad lisaks patsientidele enestele ka meedikud ja haigete lähikondsed panustama selle ülesande võimalikult heale ja kiirele sooritusele. Kindlasti vajab hea ravisoostumus tänapäeval lisaks kohusetundele ja allumisele senisest märksa enam patsiendipoolset ravist tuleneva kasu ja tagajärgede mõistmist, mis omakorda eeldab meedikutelt väga head suhtlemisvõimet ja kogu süsteemilt piisavat aega, et patsient saaks rahulikult oma kõikidele raviga seotud küsimustele ammendava vastuse nii ravi alguses kui ka siis, kui määratud ravist on kõrvale kaldunud.

Ühes oma olukorra mõistmisega soosib paremat ravisoostumust kindlasti ka patsiendi tõeline osalemine iseenda raviprotsessis. Arteriaalse hüpertensiooni puhul tähendab see kindlasti panustamist teistele mittefarmakoloogilistele vererõhku langetavatele võtetele, olgu nendeks siis muutused eluviisis, toitumises ja töökorralduses. Niisamuti peaks patsient ise pidevalt jälgima oma vererõhku ning tegema sellest õiged käitumuslikud järeldused ravi ja eluviisi adekvaatsuse kohta. Oluliseks täienduseks patsiendi omaosaluse tagamiseks on kujunenud moodsal infotehnoloogial põhinevad vahendid, mis registreerivad, analüüsivad ja tuletavad meelde patsiendi soovitatavat ja tegelikku raviskeemi. Neid vahendeid ja võimalusi tuleks praegusaial kindlasti soovitada, et tagada parem ravisoostumus.

Nüüdsel tõendus põhise meditsiini ajastul tuleks ravisoostumuse paremaks mõistmiseks teha ka Eestis rohkem nähtust ennast mitmekülgselt avavaid teadusuuringuid, mille tulemused oleksid nõutava usaldusväärsusega ning mida saaks kasutada seejärel kliinilises praktikas. Puudutagu need tööd siis sobivate ravisoostumust iseloomustavate mõistete ja stan-

dardite loomist, nähtuse levikut ja iseärasusi erinevate haiguste ning nende kombinatsioonide korral vms. Küllap annab arteriaalse hüpertensiooni ravisoostumuse põhjalikum uurimine teadmisi nii ravisoostumuse kohta üldiselt kui ka konkreetsemalt haiguse enda ravi tõhustamiseks.

Prof Margus Viigimaa: Väga oluliseks ravisoostumust parandavaks teguriks on arsti hea kontakt patsiendiga ja haige teadlikkuse parandamine. Probleemiks on, et patsiendil üldjuhul ei ole mingeid olulisi enesetunde häireid. Samas võivad vererõhu langetamine ja võimalikud ravimi kõrvaltoimed ravi algaasis enesetunnet isegi halvendada.

Patsientide hinnatundlikkus on Eestis aastaid olnud probleemiks seoses ravisoostumusega. Oleme pidanud paljude patsientide juures lisaks meditsiinilistele näidustustele mõtlema ka haige sotsiaalsele taustale ja võimele vajalikke ravimeid välja osta. Seda enam, et hüpertensioonipatsiendid vajavad sageli lisaks lipiidisaldust vähendavaid ravimeid, diabeediravimeid, südameisheemiatõve ja südamepuudulikkuse ravimeid. Õnneks on Eestis elatustase kiiresti tõusnud (küll mõõduka langusega praeguse majandussurutise perioodil) ja hüpertensiooni ravi pidevalt odavnenu ning see on oluliselt parandanud ravisoostumust.

Dr Alar Irs: Mina loodaksin ravisoostumuse või -koostöö paranemisele sel juhul, kui tervishoiusüsteemi fookus muutub peamiselt ägedate seisundite episoodiliselt leevendamisele patsientide pikaajalise käsitlemise suunas, nt jälgides kroonilise ravi edukust ja motiveerides tervishoiutöötajaid sellesse panustama. Samuti tuleks, nagu alguses öeldud, pöörata suuremat tähelepanu olukorrale, kus patsiendid liiguvad erinevate arstiabitasantide vahel, sest siis on ravi järjepidevuse katkemise oht kõige suurem.

Mis puudutab arteriaalse hüpertensiooni farmakoterapia soovitude järgimist, siis mulle tundub, et seda tagaksid lisaks hoolikale individuaalselt sobiva ravimi valimi-

sele pärast selle leidmist järgmised asjaolud: 1) arsti arusaamine haiguse olemusest ja ravieesmärkidest – kui arst ei ole veendunud ravijuhendis toodud eesmärkide paikapidavuses, ei ole loota, et ta suudab motiveerida patsienti; 2) patsiendi arusaamise taseme hindamine ja sellele vastava kommunikatsioonistiili valimine, kaasates vajaduse korral pere liikmeid. See, et patsiendid ei saa tegelikult aru, mida arst neile rääkis, on pigem reegel kui erand (12). Patsiendi innukas noogutamine ei kinnita kahjuks sõnumi kohalejõudmist, kindlam viis on paluda patsiendil selgitada, mismoodi tema arsti või õe eelnenud selgitustest aru sai; 3) ravi vajalikkuse põhjendamise patsiendile, (arvuliste) ravieesmärkide selgitamine ja kokkuleppimine; 4) ravi võimalike kõrvaltoimete selgitamine patsiendile, varjamata ja vähendamata neid sealjuures, vaid arutades neid kontekstis ravist saadava kasuga ja selgitades, mida teha, kui kõrvaltoime peaks ilmema; 5) majanduslikult vastutustundlik ravi määramine – ei ole mingit põhjust sundida patsiente maksma sadu kroone kuus aastatepikkuse ravi eest, kirjutades välja ravimi kaubanimelga retsepte või madala kompenseerimismääraga ravimeid, kui täpselt sama toime- ja ohutusprofiiliga ravim on ravikindlustatud isikutele märksa suurema soodustusega saadaval;

6) koos patsiendiga sobiva ravi võtmise meelepidamist toetava abivahendi leidmine, olgu selleks ravipäevik või spetsiaalne ravimikarp (ingl *pillbox*) – need on apteegist saadaval või mõne kommikarbi sisemusest lihtsalt kohandatavad; 7) kodune vererõhuväärtuste jälgimine ja kirjapanek paar-kolm korda nädalas – see on üks vähestest meetoditest (koos järgnevaga), millel on tõestatud ravisoostumust parandav toime (13); 8) viimaks, eriti ravi algusperioodil, on oluline ravisoostumuse jälgimine, nt meditsiiniõe ennetav telefonikonsultatsioon. Seda tegevust hakkab ilmselt toetama ka digiretseptisüsteem, kui suudetakse luua selle andmeid kasutav väljakirjutamis- ja ravijälgimistarkvara.

Kui ravisoostumust peetakse ravitulemuste tagamisel oluliseks (ja raske oleks vastupidist põhjendada), siis tuleks seda süstemaatiliselt jälgida, kasutades vähemalt kaudseid, haldus- andmebaasidest kättesaadavaid andmeid ning anda tervishoiutöötajatele tagasisidet nende patsientide ravisoostumuse kohta, nt võrreldes vastava piirkonna või eriala näitajate keskmiste tulemustega.

margus.viigimaa@regionaalhaigla.ee
alar.irs@ravimiamet.ee
andres.soosaar@eestiarst.ee

KIRJANDUS

1. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO; 2003. Saadaval http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
2. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health* 2008;11:44–47.
3. Berger ML, Binglefors K, Hedblom EC, Pahos CL, Torrance GW: Health care cost, quality and outcomes. ISPOR book of terms. Lawrenceville: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; 2003.
4. Düsing R, Lottermoiser K, Mengden T. Compliance with drug therapy – new answers to an old question. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:1317–21.
5. Haynes RB, Mattson ME, Chobanian AV, et al. Management of patient compliance in the treatment of hypertension. Report of the NHLBI Working Group. *Hypertension* 1982;4:415–23.
6. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2004;164:722–32.
7. Tamblyn R, Reidel K, Huang A, et al. Increasing the detection and response to adherence problems with cardiovascular medication in primary care through computerized drug management systems: a randomized controlled trial. *Med Decis Making* 2010;30:176–88.
8. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, et al. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm* 2006;12:239–45.
9. Lindholm LH. The problem of uncontrolled hypertension. *J Hum Hypertens* 2002; Suppl 3:S3–8.
10. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents. A meta-analysis. *Hypertension* 2010;55:399.
11. Hyman DJ, Pavlik VN. Poor hypertension control: let's stop blaming the patients. *Cleve Clin J Med* 2002;69:793–9.
12. Baroletti S, Dell'Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation* 2010;121:1455–8.
13. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151:687–95.