

Prof Holger Schünemann: Veel aastakümneteks jääb teadusel rajanevate meditsiiniliste otsuste tegemise peamiseks aluseks patsiendirühmal põhinev üldistamine

Kanada McMasteri Ülikooli kliinilise epidemioloogia ja biostatistika professor Holger Schünemann on nõustanud Eesti Haigekassa ja WHO käivitatud ravijuhendite süsteemi moderniseerimist. Ta esines 14. novembril 2011 Tartus TÜ arstiteaduskonna aastapäeval Eesti ravijuhendite käsiraamatu uue versiooni esitlemise konverentsil plenaarettekandega tõenduspõhise meditsiini (TPM) peamistest arengujoontest ning andis sellel teemal ka intervjuu Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile.

Millised on olnud kõige olulisemad tähised TPMi arengus?

Kõige olulisem on ilmselt see, et praktiseerivad arstid on üha enam mõistnud, et nad peaksid oma raviotsuste tegemisel lähtuma tõenduspõhisest materjalist, mille üheks olulisemaks vormiks on teaduskirjanduse süstemaatiline ülevaade. Patsientide eneste väärtused ja eelistused mängivad järjest olulisemat rolli nende otsuste tegemisel ning TPM on aidanud kõigil osapooltel mõista otsuste tegemist mõjutavaid tegureid. TPM on aidanud välja töötada otsustusmudeleid, kus peame vaatama tervet rühma tervisenäitajaid ja mitte piirduma vaid ühega neist. Niisamuti aitab tõenduspõhine käsitus arvestada kogu populatsiooni andmete alusel sekkumiste võimalikke riske. Tõenduspõhine vaatenurk on samuti välja toonud selle, et mõned meie seisukohad evivad märksa suuremat tõsikindlust kui teised ning oluline on tõendite eristamine nende usaldusväärsuse alusel, näiteks kas meie tegevuse aluseks on uuringud, mis on väga hästi korraldatud, või uuringud, kus on kallutatuse risk suur.

Tänapäeval on patsiendid üha teadlikumad ja enam kaasatud otsustusprotsessi. Kuidas kasvab patsiendi autonoomia arvestamine muudab arsti otsuste tegemist?

Kirjeldatud muutus on seotud info kasvava kättesaadavusega ja iseäranis internetiga, mis on täielikult muutnud arsti ja patsiendi



Prof Holger Schünemann

Foto: Andres Tennus

suhtlust, seda eriti nooremates ja paremini informeeritud patsiendirühmades. Teraeutilise suhte seisukohast tähendab see, et arst peab olema patsiendist paremini informeeritud. Niisamuti tekib automaatne patsientidest lähtuv nõudlus: kui nende teadmised kasvavad, siis arst peab teadma patsientidest veelgi rohkem. Sellega kaasneb ka risk, et patsientide teadlikkust on mõjutanud näiteks reklaamid. USAs on patsientidele lubatud retseptiravimite reklaam, mis ühelt poolt suurendab tarbetut nõudlust, kuid teisalt parandab nende teadlikkust ja aitab paremini potentsiaalseid patsiente üles leida.

Uus veebilehekülg
ravijuhendite
koostamisest Eestis
www.ravijuhend.ee

Milline on populatsiooni andmetel põhineva tõenduspõhise ja konkreetse isiku andmetel põhineva personaalse meditsiini suhe?

See on hea küsimus, sest aitab selgitada ühte levinud väärarusaama tõenduspõhisest meditsiinist. Minu arvates ongi tõenduspõhine käsitlus personaalne meditsiin. Personaalseks meditsiiniks peetakse meditsiini, kus kasutatakse palju geneetilisi teste ja muud, et arvestada konkreetse patsiendi bioloogiliste iseärasuste ja nendest tulenevate riskiteguritega. Tõenduspõhine meditsiin ühendab patsiendi isiklikud väärtused ja eelistused ning individualiseerib otsustusprotsessi konkreetset juhul. Täiesti personaalne meditsiin ei ole kättesaadav enamikule inimestest maailmas ja veel aastakümneteks jääb otsuste tegemise peamiseks aluseks patsiendirühmal põhinev üldistamine. Otsus põhineb ikkagi kvaliteetsel tõendusel – olgu selleks siis rühm inimesi või üksikisik.

Mida Te vastate neile arstidele, kes ütlevad, et tõenduspõhine meditsiin kaotab individuaalse lähenemise patsiendile, või neile, kes väidavad, et arsti oskustes on siiski ka tubli annus kunsti?

See arusaam on seotud ravijuhendite mittemõistmisega. Ravijuhendid on abivahend meditsiinilistele otsustajatele. See on abivahend, mis ei vähenda iga arsti või patsiendi mõju ning otsustusvõimet. Ravijuhendis peaks soovitude kaudu välja tooma need tegurid, mis selgelt mõjutavad otsustamist. Mittemõistmise põhjuseks on see, et paljud arstid ei suuda ennast kogu aeg kursis hoida viimase erialase teaduskirjandusega, lisaks on mitmeid kordi kinnitust saanud see, et paljud arstid ei suuda piisaval määral kasutada meditsiinistatistikat.

Kui palju on võimalik meditsiinilist mõtlemist üle anda arvutitele? Millised on infotehnoloogia ja meditsiini sügavama lõimumise perspektiivid?

Arvutitega saab meditsiinis teha mitmeid asju: saab pakkuda arstidele otsusetuge ja luua patsientidele nende individuaalsusega arvestavaid abivahendeid. Teine oluline areng on seotud kogutud andmetega, sest nende alusel on tulevikus võimalik kohe saada süstemaatilisi ülevaateid patsientidest kõikjalt maailmas. Paraneb ka meie võime töödelda seda infot ja samuti muuta kriitilise tähtsusega uuringute materjal kohe kõigile kättesaadavaks. Kindlasti on tõenduspõhisel käsitlusel oluline roll telemeditsiiniteenuste arendamisel.

Teil on isiklik kogemus nii Saksamaa, Kanada kui ka Eesti tervishoiusüsteemiga. Mis on nende riikide peamised erinevused tõenduspõhise meditsiini osas?

Nendest kolmest riigist on Eesti ja Saksamaa sarnased nii arstide ettevalmistuse kui ka suhtumise poolest

TPMi. Siiski ei tasu alahinnata keeleküsimumust, sest kvaliteetne meditsiini teaduskirjandus on avaldatud inglise keeles ja seda on suure mahu tõttu võimatu piisaval hulgal tõlkida ning see loob omakorda mitmeid barjääre. Oluline on silmas pidada ka tervishoiu rahastamist, sest kõigis kolmes riigis mängib olulist rolli mittetulunduslik lähenemine tervishoiule ning see on hea ravi tagamisel kriitilise tähtsusega. Kanada on olnud maailma juhtiv riik TPMi juurutamisel, samuti teadmusjuhtimises. Eesti väiksusest hoolimata on tal mitmeid eeliseid ning piiratud võimalustest hoolimata tuleks teil senisest enam tähelepanu pöörata kohanemisele kiiresti muutuvate oludega ning vajalikud muudatused tempokalt läbi viia.

Miks peab arvestama kohalikke olusid kliiniliste ravijuhendite väljatöötamisel?

Selleks on mitu põhjust: väärtused ja eelistused erinevad patsiendirühmiti ning neid mõjutavad nii kultuur kui ka näiteks erinev valmidus aktsepteerida terviseriske. Peamine erinevus tuleb aga siiski ressursidest. Haiguste erineva leviku tõttu pööravad riigid ka erinevat tähelepanu sellele, mida rakendada ja mida mitte. Paljude sekkumiste hind on turumajanduslik ja riigiti väga erinev. Näiteks antiagregeerivate ravimite hind võib ühes riigis olla ühe meditsiiniõe kuupalk, teises riigis viie õe aastapalk ja kolmandas riigis kolmekümne õe aastapalk. Hindade erinevuse tõttu peab juhendites arvestama lokaalse eripäraga.

Kuidas TPM muudab arstide õppeprotsessi?

Minu arvates on see juba muutnud õppeprotsessi. TPM ja kliiniline epidemioloogia ning probleempõhine õpe on arenenud rööbiti. Probleempõhine õpe on levinud just anglosaksi maade ülikoolides, kuid ka mujal, näiteks Skandinaavias. Need kaks arengut on toimunud paralleelselt, kuid seostuvad omavahel interaktiivselt ja panevad rohkem rõhku otsuste tegemisele ja ka elukestvalem arstiõppele.

Millisele küsimusele peaks heast kliinilisest ravijuhendist vastuse saama?

Praktilistest ravijuhenditest peaks saama vastuse peamisele küsimusele: mida soovitada patsiendile, kes oma seisundiga vastab teatud tingimustele. Lisaks peamisele küsimusele on ka n-õ taustaküsimused, mis on seotud haigusest arusaamisega, näiteks info selle kohta, kuidas viirus rakku siseneb. Ravijuhendites peaks olema käsitletud ka seda, mis on suurimad haiguse esinemise variatsioonid ja ravi erinevused ning millises osas on meie teadmised haiguse kohta lünklikud või puudulikud. Samuti võiks ravijuhendites juhtida tähelepanu sellele, kus esineb liigset ravimist või teatud ravivõtete ülekasutamist, et arst oleks teadlik ka sellest.