

Tehkem targad valikud

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Teadmiste ja tehnoloogia areng on enneolematult avardanud diagnoosimis- ja ravi võimalusi, kuid samal ajal nõuab see rohkem raha. Paratamatult vananev rahvastik vajab tulevikus veel enam meditsiiniabi, aga samas proportsioonis meditsiinile raha eraldada pole võimalik. Kuidas edasi?

Üks võimalus on olemasolevate vahendite otstarbekam rakendamine – mitte teha vähe põhjendatud näidustustel teste ja protseduure ning määrata ravimeid.

USA andmeil kulutatakse seal pea 30% tervishoiuvahenditest mittevajalikele testidele, protseduuridele, arstivisiitidele, hospitaliseerimistele ja muudele teenustele, mis ei paranda tervist, vaid võivad seda isegi kahjustada (1).

Ameerika sisemeditsiini organisatsioon (*American Board of Internal Medicine Foundation*) algatas 2012. aastal kampaania „Valides targalt“ („*Choosing Wisely*“), millega püütakse innustada erialaseltse määrama kindlaks oma erialal need tegevused, mis on enamasti mittevajalikud, seega raiskavad ja potentsiaalselt kahjustavad. Näiteks põhjustab liigsete radioloogiliste uuringute tegemine suure kiirguskoormuse, liigne antibiootikumide määramine soodustab mikroobide resistentsuse kujunemist. Käesoleva aasta teise poole seisuga on kampaaniaga liitunud enam kui 60 USA meditsiiniorganisatsiooni. Analoogset kampaaniat on alustatud ka teistes riikides, sh Euroopas. Rõhutatakse, et kampaania eesmärk ei ole kulude kokkuhoid ega tõestus, et meditsiinis saab läbi ka vähema rahahulgaga, vaid eelkõige püüd hoiduda tege- mast haigele kahju (2).

Senini koostatud nimekirjades on mittevajalike sekkumistena osutatud 29%-l juhtudest mittevajalikele radioloogiliste uuringutele, 21%-l kardioloogilistele uuringutele, 12%-l mittevajalike ravimite määramisele ja 18%-l väheolulistele testi- dele (3).

Ülediagnoosimise ja -ravimise peamised põhjused arvatakse peituvat sajandite jooksul juurdunud traditsioonides ja meditsiinilises kultuuris. Arste on õpetatud oma patsiendi heaks tegema kõik, mis võimalik, nad tunnetavad personaalset vastutust ka iga „vea“ või soovimatu tulemuse eest oma patsiendi ravimisel. Lääne kultuuriruumis valitseb täisleppimatus arsti eksimuste suhtes haige ravimisel (4).

Valitseb arusaam, et haige rahulolu sõltub temale tehtavate uuringute ja protseduuride arvust, paljude eriarstide konsultatsioonidele suunamisest, sellega kindlustab ka arst end võimalike eksimuste vastu. See aga toob kaasa suure iatrogeniaohu, piiratud vahendite otstarbetu kasutamise, piiratud vahendite otstarbetu kasutamise, mistõttu teised, võib-olla raskemad haiged, jäävad ravita (5).

Vajalik on mõjutada arstkonda ja ühiskonda tervikuna meditsiini liigest kasutamisest hoiduma. Rõhutatakse arsti ja patsiendi vaba dialoogi vajadust (2).

Soovitatakse arsti ja patsiendi vestluses saada konsensus järgmistes küsimustes:

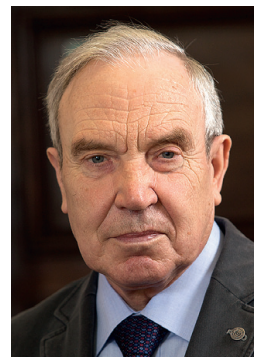
- kas haigele on kindlasti see uuring või protseduur vajalik;
- millised on kaasuvad riskid;
- kas on teisi lihtsamaid ja ohutumaid võimalusi diagnoosimiseks ja raviks;
- millised on tagajärjed, kui arst arutluse all olevaid teste-protseduure ei tee;
- kui palju see kõik maksab.

Nende küsimuste arutamiseks peab arstil jaguma aega ja teadmisi.

KIRJANDUS

1. De Boer MJ, van der Wall EE. Choosing wisely or beyond the guidelines. *Neth Heart J* 2013;21:1–2.
2. Hurley R. Can doctors reduce harmful medical overuse worldwide. *BMJ* 2014;349:g4289.
3. Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB. Choosing wisely – the politics and economics of labeling low-value services. *N Engl J Med* 2014;370:589–92.
4. Hoffman JR, Kanzaria HK, Johnson RW. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. *BMJ* 2014;349:g5702.
5. Gunadilake SB. Overdiagnosis and overtreatment. *Ceylon Med J* 2014;59:734.

vaino.sinisalu@eestiarst.ee



Väino Sinisalu