

WHO ekspert: Eesti on teinud ravijuhendite vallas ära suure töö

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) rahvusvaheline ekspert Suzanne Hill, kelle juhtimisel valmis nii Eesti ravijuhendi koostamise käsiraamat kui ka esimene selle järgi koostatud ravijuhend, ütles Med24 toimetajale Marina Lohkile antud intervjuus, et Eesti on teinud lühikese aja ära väga suure töö.



Suzanne Hill

Tulite Eestisse hindama ravijuhendite koostamist. Nagu ma aru saan, ei olnud meil kuni 2011. aastani veel kindlaid reegleid selle kohta, kuidas ravijuhendeid koostada.

Tegelikult oli Eestis käsiraamat olemas juba viis-kuus aastat varem, kuid vähesed teadsid, kuidas seda kasutada. Mõned erialaühingud olid alustanud oma juhendite väljatöötamist. Ühel hetkel jõudsid haigekassa ja Tartu Ülikool tõdemuseni, et käsiraamat on aegunud ega vasta parimale rahvusvahelisele tavale. Siis tõotasime kahe aasta jooksul välja uue käsiraamatu, samuti toimus palju koolitusi selle kohta, kuidas seda kasutada. Alates sellest ajast on väljatöötamisel 15 ravijuhendit. Ma arvan, et kolm või neli on valmis ning see on suurepärane tulemus nii lühikese aja jooksul.

Mida me näeme nüüd, on see, et käsiraamatut kasutatakse, see on rahvusvahelisel tasemel ja eeskujuks paljudele teistele riikidele, kes tahaksid ravijuhendite väljatöötamist üle võtta, kuid ei ole seda veel teinud, sest nad on mures oma võimete ja ressursside pärast. Nii et meile WHO on see väga oluline mudel selle kohta, kuidas riigid saavad liikuda tõendus põhise meditsiini ja tõendus põhise arstiabi poole, ilma et sellega peaks tegelema 500 inimest.

Kas saaksite tuua näiteid riikidest, kus ravijuhendeid on koostatud käsiraamatu järgi juba pikemat aega? Kuidas see töötab ja kuidas on mõjutanud tervishoiu kvaliteeti?

Tõenäoliselt on praegu parim ravijuhendite koostaja Suurbritannia riiklik tervise ja tervishoiu kvaliteedi instituut (National Institute for Health and Care Excellence, NICE). Nad on koostanud ravijuhendeid Eesti omaga üsna sarnase käsiraamatu

järgi – tõenäoliselt on Eesti oma isegi veidi ajakohasem kui aus olla – võib-olla kümme aastat. Nad alustasid oma ravijuhendite koostamist täie hooga umbes 2000. aastal ja ma hindasin seda 2002. aastal.

Nad olid mures erinevuste pärast Inglismaa eri piirkondades pakutavas arstiabis. Samas ei leidnud nad, et kui arstid kasutavad ravijuhendeid, siis aja jooksul kasvab teadlikkus parimatest teaduslikest tõenditest. Ravijuhendites on need tõendid kokku võetud ja antud nõu, milliseid valikuid patsiendiga arutada, andes seeläbi raamistiku jagatud otsuste tegemiseks. Riikides nagu Suurbritannia, kellel on hea kvaliteediga ravijuhendid, näeme seda, et aja jooksul – ja see sõltub alati ajast – toimub ravi kvaliteedis ja tervisenäitajates muutus paremuse poole.

On väga oluline aru saada, et ravijuhendite järgimine ei ole arstidele otseselt kohustuslik. Arstid peavad teadma juhenditest ja nende sisust, nii et nad saavad patsiendiga võimalusi arutada, kuna tegemist on parimate ravialternatiivide kokkuvõttega. Tõsi, kui seal on tugevad soovitusel, siis peaks enamik patsiente saama seal välja toodud ravi ja sellest loobumine peab olema selgelt põhjendatud.

Üldjuhul teeb enamik arste, kes järgivad ravijuhendeid, oma patsientide suhtes sagedamini õigeid otsuseid kui need arstid, kes ütlevad, et nad ei hooli ravijuhenditest. Paljudel on ravijuhendid juba mobiiltelefonis ja nad vaatavad neid sealt – ma arvan, et see on üks järgmistest sammudest Eestis, liikuda raamatust edasi elektroonilistesse seadmetesse.

Mida tehakse teistes riikides selleks, et arstid tõepoolest järgiks ravijuhendeid?

Enamikul riikidest, kus on ravijuhendid, ja me saame rääkida Inglismaast, Austraaliast,

Šotimaast või Skandinaavia maadest, on süsteem, mille abil koguda arstide või apteekrite arvutitest infot selle kohta, mida kirjutatakse välja, tellitakse uuringuteks või mida apteekrid väljastavad. Kogu selle info puhul kasutatakse patsientide isikustamata andmeid, nii et patsientide privaatsus on kaitstud.

Seejärel saab öelda arstile, et vaadake, saja viimase astmapatsiendi puhul kirjutatakse selle ravimi välja ainult pooltele, samas kui teie kolleeg kirjutab selle välja sajast 90-le. Miks see nii on? See süsteem võimaldab jälgida arsti tegevust rutiinsete andmete abil ja anda talle tagasisidet sellisel viisil, et ta saab öelda, et võib-olla ma peaksin muutma seda, mida ma teen, või siis, et mul läheb tõeliselt hästi, ma järgin ravijuhendeid kogu aeg. Ning see on väga oluline, et parandada arusaamist, kas ravijuhenditel on mõju arstiabi kvaliteedile. Ma arvan, et Eesti on heal positsioonil, et alustada seda tüüpi protsessi.

Nii et arstide kaasatus on väga oluline ja mõned siinsed arstid on olnud uskumatult toetavad ja arutlenud, kas me peaksime üht või teist tegema selle pärast, et Euroopa südameühing soovib seda, või peaksime tegema seda, mida me saame teha Eestis. See arutelu on niisama oluline kui ravijuhendite olemasolu ise.

Kuidas võetakse ravijuhendite koostamisel arvesse seda, kui uusimad ja tõhusaimad ravimid on riigile, näiteks Eestile liiga kallid?

See ei ole vaid Eesti mure. Uute ravimite, eriti vähiravimite ja uute hepatiidiravimite hinnad on kogu maailmas suur probleem – need on lihtsalt liiga kõrged ja paljud riigid, ka need, kes on rikkamad kui Eesti, ei saa neid endale lubada. Kuid mida teha ravijuhendite koostamisel? Kõigepealt tuleb läbida peamine protsess, mida kõik teevad – kas on häid tõendeid selle kohta, et uus ravim on tegelikult parem kui praegu kasutatav. Siis on küsimus selles, kui suur on erinevus, kui uus ravim on tõepoolest parem. Ja kui palju on see vahe väärt?

Eesti on hüvitamisotsuste langetamisel sellest lähtunud vähemalt kümme aastat, võib-olla kauem. Nii et väljakutse ravijuhendite väljatöötajatele on teha sama. Arstidele on see sageli kõige raskem, sest neid huvitab oma patsient kõige rohkem ja nemad ei pea esitama arvet kindlustus-

fondile (haigekassale – toim.). Kuid on väga oluline, et arstid saaksid aru, et asi pole ainult tõendite hindamises.

Ravijuhendite väljatöötamisel tuleb arvestada ka hinna, kulutõhususe ja sellega, kui palju see läheb riigile kokku maksma. Näiteks pikendavad vähi puhul paljud uued ravimid elulemust võib-olla ainult nelja nädala võrra ja siis peab tegema otsuse, kas lisanduvad neli nädalat on väärt kaks korda suuremat kulu. Need on otsused, mida Eesti tervishoiusüsteem peab tegema, kuid kõik tervishoiusüsteemid üle maailma seisavad silmitsi täpselt sama küsimusega, sest ravimite hinnad on liiga kõrged.

Kas Teie kirjeldatud juhul, kui ravim pikendab eluiga veel nelja nädala võrra, kuid on kaks korda kallim, jäetakse see ravijuhendist välja?

See on küsimus, millele peavad vastama ravijuhendite koostajad. Ameerika kliinilise onkoloogia ühing ja Euroopa onkoloogia ühing on öelnud, et uued ravimid peaksid pikendama elulemust vähemalt kolm kuud, sest nad peavad seda minimaalselt oluliseks kliiniliseks muutuseks. Need on arutelud, mida peetakse praegu rahvusvaheliselt: kas me tahame ravimeid, mille puhul me peame maksma kaks või kolm korda rohkem, et saada juurde paar nädalat, või tahame öelda, et uued ravimid peaks andma juurde vähemalt kolm kuud.

Need on ilmselgelt väga keerulised otsused, mida peab langetama kohalik ravijuhendite koostajate meeskond – just seetõttu ongi nii oluline, et oleks kohalikud ravijuhendid. Muidugi võib vaadata rahvusvahelisi ravijuhendeid, ja kui need on hea kvaliteediga, siis sellega säästab palju aega. Kuid ikkagi tuleb teha otsused siin, Eestis, oma patsientidest, arstidest, süsteemist ja sellest lähtudes, mida saate endale lubada.

Kas ideaalis peaks alati välja töötama kohalikud ravijuhendid või võib mõned neist siiski lihtsalt kohandada?

Professor Holger Schünemann, kes kuulub ka meie hindamismeeskonda, on leiutanud uue sõna, et kirjeldada protsessi, mis on justkui kohandamine ja justkui omaenda juhendite väljatöötamine kellegi teise juhendite põhjal – ta nimetab seda *adoption*'iks, mis on kombinatsioon inglise sõnadest *adoption* (ülevõtmine) ja *development* (välja-

töötamine). Nii et siin on küsimus, mis on kõige paremad juhendid maailmas, mis on tehtud hästi ja erapooletult, ilma et selle eest oleks maksnud farmaatsiatööstus. Kas me saame aru, kuidas need on koostatud, kas neis on kirjeldatud kõiki kasutegureid ja ohte, mis meid huvitavad. Kui jah, siis kas peaksime kasutama neid juhendeid selle pärast, et meil on samasugused patsiendid, samasugused arstid ja samasugune süsteem ning ainus erinevus seisneb kuludes, mille kohta me saame teha kohalikke otsuseid. Teised riigid, näiteks huvitavad kohad nagu Saudi Araabia, teevad nii. On erinevaid viise, kuidas seda teha.

Kuidas näete Eesti olukorda täpselt, kui kaugel me ravijuhenditega oleme?

Ma ei suuda uskuda, kui palju on muutunud viie aastaga. Kui palju koolitusi on tehtud, kui palju arste on protsessi kaasatud; tõik, et perearstid kasutavad kolme uut tüüpi ravijuhendit – see on lihtsalt hämmastav progress. Ja kui mõelda süsteemi muutusele, siis tavaliselt võtab see aega kümme aastat, siin on see aga toimunud napilt nelja aastaga. Ma arvan, et see on Eesti puhul üsna tüüpiline – kui te midagi alustate, siis ei saa pidama.

Üks huvitavaid asju WHO jaoks on see, mida me saame õppida teie kogemusest, et aidata teisi riike, kes püüavad teha sama asja. Nii et üks põhjustest, miks siin toimuv mind nii väga huvitab, ei ole mitte ainult püüd nõu anda, vaid püüd õppida sellest, mida olete suutnud teha, ja saada aru, miks on see nii hästi töötnud ja kuidas saame võtta teie kogemuse ja viia selle nii teie lähemate kui ka kaugemate naabriteni. Sest nagu ma ütlesin, see on üleilmne küsimus, kuidas rakendada ellu parimad tõendid ja kuidas olla võimeline nende parimate tõendite rakendamise eest samal ajal ka maksma. Mul on väga huvitav aru saada, kuidas Eestil

on õnnestunud oma mõtlemisviise muuta ja nii kiiresti edasi liikuda.

Kas oskate siis öelda, kuidas meil on õnnestunud nii kaugele jõuda?

Pühendumine on väga oluline. Ma arvan, et kindlustusfond on olnud väga pühendunud arstiabi kvaliteedi parandamisele. Tähtis on ka arstide kaasatus ning kindlustusfondi ja akadeemilise keskuse, Tartu ülikooli arstiteaduskonna koostöö. Ma arvan, et üks teie eelistest on see, et olete väike riik, teil saab tekkida selline koostöö. Kuid samas on üks väikese riigi puudusi see, et inimesed peavad tegema korruga paljusid asju – igaühel on siin vähemalt kolm ametit! (Otsetõlge: igaüks kannab siin vähemalt kolme mütsi! – toim.) Kuid see on ka eelis ja te peate seda kasutama. Minu jaoks on see väljakutse, kas ma saan viia teie kogemuse suurematesse riikidesse ja saada seal koostöö toimima, sest ma arvan, et asi on koostöös ja üleriigilises kaasatuses.

Mis on järgmised sammud Eestis?

Me pakume kindlustusfondile, ministerriumile ja WHO regionaalbüroole välja oma soovitusel, kuidas jätkata süsteemi arendamist. Homme valmib raport. Ja siis on küsimus pühendumises. Me võime anda palju tehnilisi soovitusi, kas teha ravijuhendeid nii või naa, kas kaasata rohkem või vähem inimesi, maksta rohkem või vähem, kuid ma arvan, et kõige olulisem on tagada pühendumus.

Kas Teil on juba olemas ülevaade sellest, kui palju Eestis ravijuhendeid kasutatakse?

Meil on olemas mõningane eelinfo. Meil on head tagasisidet ja meil on mõned inimesed, kes ütlevad, et pole iial ravijuhenditest kuulnud, kuid seda juhtub alati. Aga üldiselt ma arvan, et tagasiside on olnud üsna positiivne. Hästi tehtud, Eesti!

ARSTIDE LIIDU TEADAANNE

Eesti Arstide Päevad 2016 toimuvad Pärnus Strand SPA & Konverentsihotellis 5. ja 6. mail.

Info www.arstideliit.ee.

Arstide päevade ametlik meediapartner on ajakiri Eesti Arst.
