

Kuidas „tekib“ ravijuhendisse soovitus?

Kaja-Triin Laisaar – Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Eesti Arstide Päevadel 2022 korraldati ravijuhendite sessioonis taas üle juhendis antavate soovitude koostamise põhimõtted ning anti vastus ühele sagedasemale küsimusele, mille juhendite kasutajad on esitanud: kuidas saab tugevale teaduslikule tõendusmaterjalile tuginedes anda nõrga soovitude või siis vastupidi madala tõendatuse astme korral olla soovitus tugev?

Ravijuhendit hakatakse koostama praktikutel (arstid, õed ja teised tervisevaldkonna spetsialistid) patsiendikäsitluse kohta tekkinud küsimuste põhjal. Küsimused või ka kahtlused tekivad, kui praktikutel ei ole igapäevatöö kõrvalt mahti end uuema teaduskirjanduse ja -saavutustega pidevalt kursis hoida ja tundub, et parimale tõendusmaterjalile tuginemise asemel hakkab maad võtma harjumus. Või siis on põhjuseks see, kui väikeses Eestis lähenetakse mõnele haigusele või seisundile piir- või koolkonniti väga erinevalt ja ei ole selge, milline on parim praktika. Seega on ravijuhendi eesmärk panna paika ühised mängureeglid. Ravijuhend ei tähenda, et kadumas on arstikunst ehk patsiendi eripära arvestav erialaste teadmiste sünteesi ja seeläbi kohandatud kliiniliste otsuste tegemise olulisus, kuid kindlasti on juhend toeks otsuse tegemisel esmakordses, ootamatus või ka konkreetse praktiku töös harvemini eettulevas kliinilises situatsioonis.

Kui küsimused, millele ravijuhend vastuse peab andma, panevad paika praktikud, siis neile ka vastavad ehk ravijuhendi soovitud koostavad praktikud. Iga juhendi jaoks luuakse vastava haiguse või seisundiga kokku puutuvate erialade ja patsientide esindajatest tööühm.

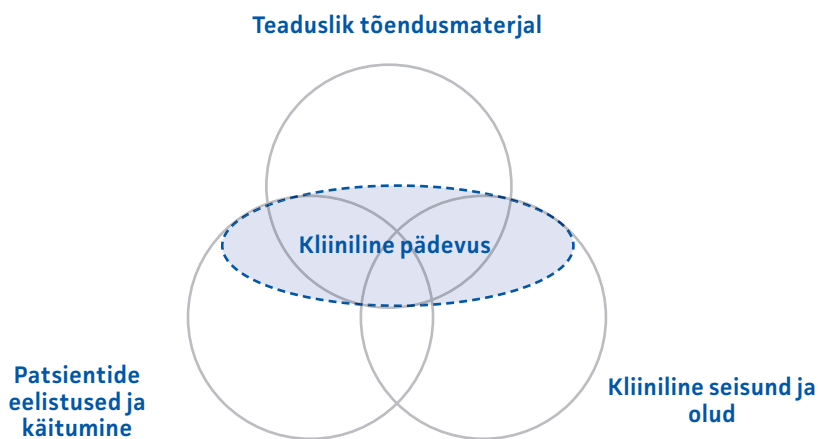
Ravijuhendi iga soovitude puhul lähtub tööühm tõenduspõhise meditsiini kontseptsioonist (vt joonis 1). Selle kohaselt tugineb pädev praktik oma töös teaduslikule tõendusmaterjalile ehk kasutab tõendatult efektiivseid võtteid ja vahendeid, samas arvestab aga ka oma patsientide eelistusi, väärtushinnanguid ja neist tulenevaid käitumismustreid. Samuti annab ta endale aru, millises kliinilises seisundis (nt haiguse arengujärgus) on tema patsient, ning võtab arvesse ja kasutab maksimaalselt ära tervishoiusüsteemi võimalusi.

Ravijuhendi tööühm kaalub juhendit koostades iga soovitude

puhul läbi tunduvalt enam aspekte kui vaid teaduskirjandusest saadava info – sarnaselt tõenduspõhise meditsiini kontseptsiooniga tugineb ka tööühm kolmele komponendile (vt joonis 2).

Kui teadusuuringud on näidanud mingi sekkumise kasu või kahju ja selle suurust, siis tööühm hindab alati ka seda, kui võrd tugev see tõendus on. Näiteks, kui kliiniline uuring ei ole meetoodiliselt hästi planeeritud või läbi viidud, siis olgu selle tulemus milline tahes, ei saa seda kuigivõrd usaldada.

Kui on teada, et mitte kõik patsiendid ei suutu sekkumise erinevatesse vormidesse (nt igapäevane



Joonis 1. Tõenduspõhise meditsiini kontseptsioon.

- Tõendusmaterjali põhjal sekkumise soovitud ja soovimatu mõju (kasu-kahju) tasakaal
- Tõendusmaterjali kvaliteet
- Patsientide väärtushinnangud ja eelistused
- Kulud (ressursikasutus)
- Õigluse (võrdsuse) põhimõte
- Vastuvõetavus
- Teostatavus


Joonis 2. Ravijuhendis soovitude koostamise kriteeriumid.

tabletravi kodus vs. kord nädalas tervishoiuasutusse ravimi infusioonina manustamiseks kohaletulek) ühtviisi, võib üksnes tõendusmaterjalile tuginedes osa patsientide tahet ravis aktiivselt kaasa lüüa oluliselt pärssida.

Ehkki kliinilise otsuse tegemisel ei pea praktik esimese asjana mõtlema sekkumise rahalisel küljele, ei saa sellega seotut kindlasti ka eirata. Patsiendi jaoks võib kulu tähendada näiteks omaosalust ravimi ostmisel, sekkumiseks tervishoiuasutusse kohaletulekut vms. Tervishoiusüsteemi poolt vaadatud tähendab kulude kaalumise seda, kas Eesti riigi rahakott ikka võimaldab tänase seisuga pakkuda uusimat ja efektiivseimat sekkumist kõigile, keda see aidata võiks, või tuleb piirduda nendega, kellel häda kõige suurem, sest vastasel korral ahenevad mõne teise haigusega patsientide ravivõimalused.

Õigluse ja võrdsuse põhimõte tähendab, et kui eelneva info ja kriteeriumite kaalumise järel on tööühmal juba üsna selge, millise soovitus suunas liigutakse, siis tuleb korraks veel kord aeg maha võtta ja mõelda ka sellele, et ega sellist soovitus andes mõnda patsientide alarühma vaeslapse ossa ei jäeta. Näiteks, kui tööühm tahaks soovitada mõnd sekkumist, mis mingil põhjusel Eestis kõigile patsientidele siiski kättesaadav ei ole, siis võib-olla tuleb anda hoopis kaks veidi erinevat soovitus, et kaetud saaks võimalikult suure osa patsientide vajadused.

Vastuvõetavuse ja teostatavuse all peetakse silmas tervishoiusüsteemi, sh tervishoiutöötajate jt spetsialistide vaatenurka: kas soovitatava sekkumise läbiviimiseks on Eestis piisavalt spetsialiste (sh kõigis piirkondades), kas neil on vajalik väljaõpe ja seega valmisolek uut sekkumist rakendada hakata. Samuti hinnatakse, kas vastav sekkumine on ikka Eestis kättesaadav (nt uus ravim müügiloa saanud ja turul), kas on

| | | |
|----|---|--|
| 27 |  | <p>Püsiva astmaga rasedal patsiendil, kellel ei esine obstruktsiooni ja inhaleeritava glükokortikosteroidi väikse annusega ei ole saavutatud astma kontroll, eelistage püsivaks inhaleeritava glükokortikosteroidi annuse suurendamist (väiksest keskmiseni) inhaleeritava glükokortikosteroidi ja pikatoimelise β_2-agonisti kasutamisele</p> <p>Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste</p> |
|----|---|--|

Joonis 3. Kliinilise soovitus nr 27 ravijuhendist „Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil”. (<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/221/taiskasvanute-astma-kasitus-esmatasandil>).

olemas on vajalik aparatuur vm vahendid ja tingimused.

Nüüdseks on välja kujunenud ka kindel formaat, kuidas ravijuhendis soovitus esitatakse. Esiteks on igal soovitusel suund – see on kas millegi poolt või vastu. Praktikud eelistavad „poolt“-soovitusi, sest igapäevatoos on eelkõige abi sellest, mida tuleks teha, mitte pikast nimekirjast asjadest, mida ei ole mõtet või ei tohi teha.

Teiseks jagatakse kliinilised soovitus tugevateks ja nõrkadeks. Nõrk ei tähenda seda, et selline soovitus oleks mingilgi moel vähem väärtuslik, vaid üksnes seda, et asi ei ole must-valge. Kui tugevas soovitus kasutatakse sõnu „tehke“, „määrake“ vms, siis nõrgas soovitus võidakse ära nimetada rohkem kui üks sekkumine, kasutades sõnu „eelistage“, „soovitage“ vms. Ka nõrga soovitusiga antakse praktikule parim võimalik soovitus, kuid eelistatud või esimesena soovitatud sekkumine päris kõigil patsientidel mingil põhjusel ei pruugi praktikas toimida.

Kolmandaks on soovitus järel tavaks välja tuua see, kui tugev oli soovitus aluseks olev teaduslik tõendusmaterjal – milline on soovitus tõendatuse aste (kõrge, mõõdukas, madal, väga madal).

Järgnevalt on näitena esitatud üks kliiniline soovitus astmaga patsientide käsitus juhendist (vt joonis 3). See soovitus peaks olema arusaadav ka kontekstist (ravijuhendist) väljatõstetuna ja ka neile, kes

igapäevatoos selliste patsientidega kokku ei puutu.

See soovitus tugineb madala astme tõendusele ning tegemist on nõrga soovitusel. Eesti ravijuhendis on aga ka selliseid nõrku soovitusi, mis tuginevad tugevale tõendusele, ning tugevaid soovitusi, mille tõendatuse aste on madal. Kui tõenduse ja soovitus tugevus/nõrkus kokku ei lange, on juhendite kasutajatel ikka ja jälle tekkinud küsimus, kuidas siis nii saab olla. Selline esmapilgul vastuolu tekib näiteks juhul, kui usaldusväärne teaduslik tõendusmaterjal näitab küll uue huvipakkuva sekkumise eeliseid senis(t)e sekkumis(t)e ees, kuid kaaludes läbi ka kõik muud eespool välja toodud soovitus koostamisel arvesse võetavad kriteeriumid, siis neist ühe või mitme tõttu nõrgeneb soovitus tugevus. Näiteks ei saa juhul, kui uus tõhus ravim ei ole Euroopa Liidus veel müügiluba saanud, soovitada ravijuhendis, et määrake kõigile vastavatele patsientidele see ravim. Või vastupidi, kui teaduslik tõendusmaterjal ei ole kuigi tugev, kuid tegemist on näiteks eluohtliku olukorraga, kus mittetegutsemine on patsiendile selgelt ohtlikum, aitab tööühma hinnangul praktikut üksnes väga selge ja ühemõtteline soovitus.

Tuleb veel kord rõhutada, et tugev soovitus ei ole parem kui nõrk – ravijuhendi tööühm kaalub iga soovitus alati väga hoolega läbi ning annab praktikule vastavas olukorras tegutsemiseks parima võimaliku soovitus.