

Patsiendikeskne käsitus – samm edasi tõenduspõhise meditsiini kontseptsiooni arengus

Väino Sinisalu – Eesti Arst



Väino Sinisalu

Möödunud sajandi üheksakümnendatel juurdus kliinilises meditsiinis uus paradigma – tõenduspõhisus. Selle kohaselt peavad arstlikud otsused kliinilises meditsiinis põhinema platseeboga kontrollitud kvaliteetsete juhulikutatud uuringute andmetel ning olema kombineeritud arsti kliinilise kogemuse ja patsiendi vajadustega (1). See käsitusviis juurdus kiiresti ja muutus üldtunnustatud standardiks.

Uuringute andmete süstematiseerimisel ja kergesti kättesaadavateks tegemisel oli suur osa Cochrane'i süstemaatilistel andmebaasidel. Uuringute andmetele toetudes on koostatud rohkesti nii kohalikke kui ka rahvusvahelisi ravijuhendeid. Ravijuhendid on kahe aastakümne jooksul täitnud eesmärgi tagada patsiendi kvaliteetne käsitus ja ravi, ühtlustada arusaamu haiguste olemuse ja ravi kohta. Hea näide sellest on Briti Rindkeraarstide Ühingu (*British Thoracic Society*) 1990. aastal valminud astma ravijuhend, mis ühtlustas arusaamu inhaleeritavate kortikoidide kasutamisel ning selle tulemusel vähenes oluliselt haigestumus ja suremus. Aastate jooksul on kogunenud väga palju positiivseid näiteid ravijuhendite osa kohta paremate ravitulemuste saamisel.

Paraku on aeg aga näidanud ka seda, et tõenduspõhise meditsiini põhimõtted ei ole praktikas universaalselt kasutatavad kõikidel juhtudel. Selle kontseptsiooni kriitikute arvates on kitsaskohad järgmised (1):

1. Ka hästi planeeritud ja korrektselt läbi viidud kliinilised uuringud annavad statistiliselt keskmisi andmeid, mis alati ei sobi rakendamiseks konkreetsele haigele. Eriti hinnatakse ravimiuringute korral tulemust sageli mingite kokkulepitud näitajate alusel, mis aga alati ei iseloomusta kliinilist tulemust.
2. Seoses rahvastiku vananemisega on ühe haige puhul tihti tegu mitme haigusega, ja kui sellisele patsiendile rakendada iga

haiguse kohta soovitatud ravijuhendit, koormatakse teda paljude ravimitega, mille omavahelist sobivust ei saa alati hinnata. Samuti tehakse rohkesti kliinilisi teste ning uuringuid. Kõigel sellel võib aga olla soovitud vastupidine tulemus.

3. Ilmselt on koostatud nii palju ja mahu- kaid ravijuhendeid, et nendes ei ole enam võimalik adekvaatselt orienteeruda. Ühes 2005. aasta Ühendkuningriigi üldhaiglas tehtud auditi kohaselt hospitaliseeriti sinna erakorraliselt ööpäeva jooksul 18 haiget 44 diagnoosiga. Nende käsitlemiseks oleks pidanud läbi lugema 3679 lehekülge asjassepuutuvaid riiklikke ravijuhendeid. Hinnanguliselt oleks sellele kulunud 122 tundi (2).
4. Tõenduspõhise meditsiini tähelepanu on viimastel aastatel nihkumas haiguste käsitlemiselt haigestumise riskide hindamisele. See võib endaga kaasa tuua rohkesti uuringuid, hulgaliselt valepositiivseid ja valenegatiivseid tulemusi. Kokkuvõtvalt on see suur koormus nii patsiendile kui ka rahaline koormus meditsiinisüsteemile.
5. Mõneti on ületähtsustatud ravijuhendite osatähtsus. Neid ei saa vaadelda kui kokaraamatuid, milles kirjapandut tuleb täht-tähelt jälgida, nendest kinnipidamist ei tohi pidada ravikvaliteedi näitajaks.

Tõenduspõhise meditsiini edasine arendus peaks olema patsiendikeskne. Keskseks küsimuseks peaks olema, milline on parim arstlik käsitus konkreetsele haigele, arvestades tema seisundit ja eripära.

Järjest enam leiab kirjandusest viiteid sellele, et tõeliselt tõenduspõhised on kliinilised otsused siis, kui lisaks teaduslike uuringute tulemustele arvestatakse neis haige isiklike vajadusi, eelistusi ja väärtushinnanguid. Mõiste „patsiendikeskne meditsiin“ võttis kasutusele inglise psühhoanalüütik Erin Balint 1969. aastal, kirjeldades viisi, kuidas läheneda psühhosomaatiliste sündroomidega haigetele.

Sellise käsitlusviisi korral tuleb kindlasti välja selgitada patsiendi eelistused ja ootused oma ravi suhtes ning tegurid, mis võiksid mõjutada tema paranemist. Haige soovib ju personaalset kontakti, adekvaatset selgitust oma seisundi kohta ja arstipoolset empaatiat. Kui arstil pole haigega head kontakti, määrab ta rohkem analüüse ja uuringuid, suunab haiget sagedamini konsultatsioonidele ja haiglaravile. Haige, kel on adekvaatne info oma haiguse ja uuringutulemuste ning ravivõimaluste kohta, paraneb paremini ja tema funktsionaalne võimekus taastub kiiremini (4).

Hinnang tervisele ja haigusele on ühtmoodi nii meditsiiniline kui ka meditsiiniväline probleem. Selle lahendamisel on võimalik vaid siis edu saavutada, kui lisaks meditsiinipersonalile on kaasatud haiged, nende perekonnad, kohalikud omavalitsused, kodanikuühendused ja teiste erialade eksperdid. Selline kaasamine on kui üleskutse „patsiendi revolutsiooniks“ ja sellega rõhutatakse, et vaid haigusekeskne tervishoiusüsteem on kulukas, killustatud ja paiguti raiskav (5).

Patsiendikeskne käsitlus rajaneb tõhusal oma aja teadmiste põhineval arstlikul tegevusel, haige informeeritusel, raviotsuste vastuvõetavusel haigele ning tema eelistuste, väärtuste ja vajaduste arvestamisel. Eesmärk on haige aktiivne kaasamine raviprotsessi ravimeeskonna liikmena (6).

Üleskutse patsiendikesksele käsitlusele on ju tegelikult vana aastatuhandeid. Andes traditsioonilise Hippokratese vande, kohustuvad noored arstid oma tegevuses seadma esikohale patsiendi huvid. Sageli ei ole aga teaduslikud seletused haigusest ja patsiendi enda haiguse tunnetus kattuvad. Tänapäeva spetsialiseeritud arstiabi võimaldab küll teaduslikult põhjendada, et patsiendil ei ole ühe või teise eriala kompetentsi kuuluvat haigust, mis mingeid vaevusi põhjustaks, kuid samas ei suudeta sageli vastata küsimusele, mis on nende vaevuste põhjuseks. Nii suunatakse patsient ühe spetsialisti juurest teise juurde. Haige selget vastust ei saagi, sest vaevused on tingitud mitme elundisüsteemide kergete häirete koosmõjust, lisaks on haige väsinud või paranemislootuse kaotanud. Pelgalt haigusekeskne käsitlus jääb sellises olukorras abituks (7).

Patsiendikeskne käsitlus põhineb arsti ja patsiendi heal kommunikatsioonil, arstipoolset empaatial ja patsiendipoolset partnerlustundel, mis tagab parema ravikvaliteedi ja patsiendi vaevuste leevendumise ja rahulolu. See aitab vähendada ka kasutuid kulutusi. See on humanistlik, mittekõrgtehnoloogiline

lähenedamine raviprotsessile, millesse vajaduse korral kaasatakse meditsiini kõrgtehnoloogilised lahendused (6).

Patsiendikeskne käsitlus ei vastandu tõenduspõhisele käsitlusele, kuid seab fookusesse patsiendi ja selle kohaselt on ravi kvaliteetne, kui see on sobiv ja vastuvõetav konkreetsele isikule. Tõenduspõhine meditsiin ei ole ajast maha jäänud ega kriisis, nagu arvavad mõned kriitikud. Küll aga peab selle edasine arendamine arvestama järgmisi põhimõtteid:

- tuleb tunnistada, et tegevuse keskpunktis on patsient oma probleemidega;
- tõenduspõhised kliinilised otsused peavad olema esitatud klinitsistile ja patsiendile arusaadavas vormis;
- raviotsused ei tohi tugineda mitte reeglite mehaanilisele järgimisele, vaid tuleb arvestada ka eksperdihinnanguid;
- raviotsused peavad olema patsiendiga läbi arutatud temale arusaadaval viisil;
- vajalik on arsti ja haige tugev partnerlus-suhe;
- kirjeldatud põhimõtteid tuleb järgida ka omavalitsuste ja riigi tasandil.

Igapäevases tegevuses on arst sageli erinevate valikute ees: kas lähtuda oma tegevuses ja otsustes patsiendi soovist või ravijuhendis soovitatust. Tänapäeval on patsient sageli otsinud infot oma haiguse kohta internetist ja tal on kujunenud ka oma arusaam sellest, millist ravi või uuringut ta vajab, ning ta soovib, et arst nii ka teeks. Kuidas toimida siis, kui patsiendi soovitu ei vasta ravijuhendi soovitudele? Patsiendikeskse lähenemise korral peaks arst endale aru andma, millises tõendustasemes on konkreetne soovitus ning poolt- ja vastuargumentid haigega läbi arutama. Mis teha aga siis, kui patsient jääb oma arvamuse juurde? Kindlasti on parem ravitulemus rahulolev patsient kui endaga rahulolev arst, kes on suutnud täpselt järgida ravisoovitusi.

KIRJANDUS

1. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
2. Allen D, Harkins KJ. Too much guidance. *Lancet* 2005;365:1768.
3. Barbes CL. Defining „Patient-Centered Medicine“ *N Engl J Med* 2012;366:782–3.
4. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as partner approach in health care: a conceptual framework for necessary transition. *Acad Med* 2015;Jan20 (epub ahead of print).
5. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ* 2013;346:f2614.
6. Gill PS. Patient engagement: an investigation at a primary care clinic. *Int J Gen Med* 2013;6:85–98.
7. Epstein RM, Street RL. The value and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011;9:100–3.

SAMAL TEEMAL EESTI ARSTIS ILMUNUD

Sinisalu V. Tehkem targad valikud. *Eesti Arst* 2014;93:555.