

Kokkuvõte kliinilisest auditist „Alaseljavaluga patsiendi diagnostika ja ravi kvaliteet esmatasandil”

Mari Soots, Mariliis Tiidermann, Helve Kansil, Hepp Nigol,
Urmas Takker

Alaseljavalu on kogenud elu jooksul 84–90% inimestest (1). Perearsti külastavatest tööealistest meestest kuni 7% ning naistest kuni 6% pöörduvad arsti poole seljavalu tõttu ja neile väljastatakse 15% kõigist ajutist töövõimetust kinnitavatest dokumentidest (2). Eesti Haigekassa andmetel oli aastal 2015 radikulopaatiaga (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) kood M54.1) ja nimmevaluga (RHK kood M54.5) seotud ravijuhte 75 577. Üle poolte (61%) ravijuhtudest oli üldarstiabis ja 18% neuroloogias, 10% ravijuhtudest oli taastusravis. Kuna alaseljavalu on kogenud elu jooksul suur hulk inimesi ja esmalt pöörduvad patsiendid eelkõige perearsti poole, siis oli oluline hinnata alaseljavalu käsitlust esmatasandil. Audititellis Eesti Haigekassa ja auditit viisid läbi Eesti Perearstide Seltsi volitatud auditeerijad.

AUDITI EESMÄRK

Auditit eesmärk oli hinnata ägeda alaseljavaluga 20–55aastaste patsientide käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule aastal 2014. Auditeerimise käigus hinnati alaseljavaluga patsiendi kohta kogutud anamneesi informatiivsust esmasel pöördumisel (sh seda, kas on välistatud potentsiaalselt ohtlikud ja/või spetsiifilised alaseljavalu põhjused); koostati ülevaade perearstide tehtavatest uuringutest; hinnati ravisoovituste tõendus põhisust; selgitati, kui kiiresti on taastunud mittespetsiifilise ägeda alaseljavaluga patsientide töövõime ja kas seda on mõjutanud psühhosotsiaalsed tegurid.

AUDITI ALUSEKS OLNUD JUHENDID JM MATERJALID

Hindamiskriteeriumide väljatöötamise aluseks olid Euroopa ravijuhend (3), Soome käsitusjuhend (4) ja eksperdiarvamus (2).

AUDITI VALIM

Valik auditeeritavatest perearstikeskustest moodustati juhuvalimina. Planeeritud 30 perearstikeskuse asemel auditeeriti 29 asutust, kuna 1 keskus jättis ravidokumentidid tähtajaks esitamata. Igast perearstikeskusest valiti juhuvalikuna 8–10 haigusjuhtu järgmistel eeldustel:

- 1) patsiendil oli 2014. aastal diagnoositud esimest korda põhidiagnoosina dorsalgia (RHK-10 kood M54); radikulopaatia (RHK-10 kood M54.1); ishias (RHK-10 kood M54.3); lumbaago ishiasega (RHK-10 kood M54.4); nimmevalu (RHK-10 kood M54.5); muu seljavalu (RHK-10 kood M54.8) või täpsustamata seljavalu (RHK-10 kood M54.9);
- 2) patsient oli 20–55aastane;
- 3) patsiendil ei olnud eelneva 10 aasta jooksul kordagi esinenud eespool nimetatud diagnoose.

Lõplikku andmeanalüüsi jäid 243 patsiendi andmed. Valimis oli 51,4% naisi (n=125) ja 48,6% mehi (n=118). Patsientide keskmine vanus oli 39 eluaastat.

Üldiselt jäid haiguslood valmist välja järgmistel põhjustel:

- 1) kodeering RHK-10 alusel ei olnud täpne;
- 2) patsiendil oli äge alaseljavalu diagnoositud esmasena mitu korda aasta jooksul;
- 3) loetamatu käekiri.

LÜHIKOKKUVÕTE AUDITI TULEMUSTEST

Anamneesi informatiivsus

Anamnees on olulisim osa alaseljavaluga haige uurimisel. Käsitusjuhendite (3, 4) alusel on oluline, et esimesel arstiviisiidil oleks hinnatud valu algus (millal ja kuidas algas), valu kestus, valu lokaliseerimine ja kiirgumine, valu intensiivsus ning tund-

likkuse või mootorikahäire esinemine või puudumine. Küsida tuleb, kas tegemist oli traumaga ning milliseid funktsioonipiiranguid seljavalu põhjustab töö ja igapäevaelus. Lisaks peaks tervisekaardilt olema leitav teave alaseljavalu riskitegurite kohta (selga koormav töö või hobi, ülekaal, suitsetamine, ravimikasutus, tuumor anamneesis). Anamneesist peab selguma, kas on mõeldud alaseljavalu potentsiaalselt ohtlikele või spetsiifilistele põhjustele.

Ägeda alaseljavaluga esmaselt perearsti poole pöördunud patsientide kohta kogutud anamnees oli umbes pooltel juhtudel informatiivne, kuid pooltel juhtudel oli dokumenteerimine puudulik. Kõige paremini oli dokumenteeritud valu lokaliseerimine ja kiirgumine (87,7%). Pooltel juhtudel oli olemas info valu alguse, kestuse ja funktsioonipiirangute kohta, kolmandikul juhtudest valu intensiivsuse ja riskitegurite esinemise kohta. Kõige harvem (11,1%) oli teave mootorikahäire esinemise või puudumise kohta.

Objektiivne uuring

Anamneesi ja objektiivse läbivaatuse eesmärk esmasel visiidil on välistada raske seljahaigus ja närvijuure kompressioon. Kui see on välistatud, siis võib alaseljavalu käsitleda kui mittespetsiifilist alaseljavalu. Objektiivse läbivaatuse eesmärk on avastada võimalikud nn punased lipud (eelkõige neuroloogilised sümptomid, sh *cauda equina* sündroom) ja panna võimalikult spetsiifiline diagnoos. Ainuüksi anamneesil on radikulopaatia ja anküloseeriva spondüliidi puhul tundlikkus ja spetsiifilisus väike (3). Objektiivne läbivaatus võimaldab hinnata ka patsiendi funktsionaalset seisundit ja valu intensiivsust. Kõik see omakorda mõjutab patsiendi käsitlemist ja prognoosi ning aitab teha paremaid otsuseid patsiendi edaspidisel käsitlemisel. Seega on oluline, et lisaks piisavalt informatiivse anamneesi võtmisele oleks objektiivne läbivaatus tehtud kõigil juhtudel (3, 4).

Auditeeritud ravidokumentides oli objektiivne läbivaatus tehtud vaid 78,2%-l juhtudest. Kõige sagedamini (61,9%) hinnati lülisamba liikuvust; pooltel juhtudest lülisammast palpeeriti ja/või perkuteeriti. Lasègue'i test tehti kolmandikul juhtudest. Alajäsemete mootorika ja tundlikkuse häiret hinnati harva, vastavalt 20,1%-l ja 12,7%-l juhtudest. Kõõlusperioostaalreflekse oli hinnatud 13,5%-l juhtudest. Patsiendi esma-

kordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule ägeda seljavalu tõttu tehti röntgeniülesvõtte lülisambast aga üllatavalt sageli – 23,9%-l juhtudest. Laboratoorseid analüüse oli tehtud 21,7%-l juhtudest: kõige sagedamini uroinfektsiooni, seejärel põletikulise protsessi välistamiseks, mõnikord ka kaasuva patoloogia tõttu. Kahjuks enamasti vereanalüüsi tellimise põhjendust ei olnud dokumenteeritud, mistõttu arsti mõttekäiku ei olnud võimalik jälgida ega analüüsi tegemise põhjendatust hinnata.

Soovitused patsiendile, ravitulemuste jälgimine

Ravisoovitustest on ravijuhendites esikohal patsiendi informeerimine alaseljavalu olemusest (3, 4). Auditeeritud ravidokumentides oli patsiendi informeerimine alaseljavalu olemusest ja aktiivse eluviisi säilitamisest väga halvasti dokumenteeritud. Ravisoovitustest oli esikohal hoopis medikamentoosne valuravi: veidi üle pooltel juhtudest suukaudne, 37%-l lokaalne ja 10%-l intramuskulaarne. Ravijuhendites on ägeda alaseljavalu valikravim paratsetamool. Mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (NSAID) soovitatakse määrata, kui paratsetamool ei anna loodetud toimet ning vajaduse korral võib eespool nimetatud ravimeid kombineerida nõrga opiaadi või lihaslõõgastiga (3), kusjuures eelistatud on suukaudsed ravimivormid.

Auditeeritud ravidokumentides ainult paratsetamooli ei ordineeritud kordagi, kõige sagedamini kasutati NSAIDe, eelkõige diklofenakki nii suu kaudu, lokaalselt kui ka lihasesisesi. Mõnedel juhtudel kasutati täiendava ravina ka tsentraalse toimega lihaslõõgastit või nõrka opioidi. Muudest ravivõtetest soovitati seljajarjutusi ligi pooltel juhtudest, massaaži 10 juhul ja muid võtteid (ujumine, kiropraktika jm) 32 juhul.

Ägeda mittespetsiifilise alaseljavaluga patsient oli põhiliselt perearstide ravil ja jälgimisel. Eriarsti vastuvõtule suunati (n = 31) üldjuhul põhjendatult radikulaarse või mõne muu patoloogia kahtluse tõttu, üksikutel juhtudel jäi edasisuunamise põhjus ja/või põhjendatus arusaamatuks.

Töövõimetusleht oli mittespetsiifilise alaseljavalu diagnoosiga väljastatud kolmandikul juhtudest (n = 77), neist omakorda üle 14 päeva kestnud töövõimetuslehti oli 28. Üldjuhul oli patsientide paranemisprotsess ootuspärane – lühiaegse töövabastuse

järel naasti tööle. Üle kuu aja kestnud haiguslehtede puhul oli paaril korral tege- mist radikulaarse sündroomiga. Esines ka juhtumeid (n = 9), kus paranemisprotsessi ja töövõimetuslehe pikkust mõjutasid psüh- hosotsiaalsed tegurid ehk nn kollased lipud.

AUDITEERIJATE SOOVITUSED

Soovitused tervishoiuteenuse osutajale

Tervisekaartidesse tehtavad sissekanded peavad olema informatiivsemad, kajastades lühidalt kogu vajalikku infot nii anamneesi, objektiivse leiu kui ka ravisoovituste kohta.

Objektiivne läbivaatus tuleb teha kõigil juhtudel, kusjuures esimesel arstivisiidil piisab lühidast objektiivse seisundi hindami- sest raske seljahaiguse ja radikulopaatia ning närvijuure kompressiooni välistamiseks ja/ või avastamiseks (2–4). Lasègue'i testi võiks kasutada sagedamini, sest õigesti läbiviidud Lasègue'i test on kõige täpsem test närvi- juure kompressiooni väljaselgitamisel (4).

Ägeda mittespetsiifilise seljavalu korral ei ole soovitatud rutiinselt piltagnostilisi uuringuid teha, kuna see ei paranda ravi tõhusust ega mõjuta prognoosi. Lülisamba röntgeniuring on näidustatud juhul, kui planeeritakse kirurgilist ravi või kui on kahtlus süsteemse haiguse suhtes. Mõnini- gate ravijuhendite alusel on röntgeniüles- võtte tegemine seljavalu kestuse korral üle 4–6 nädala fakultatiivne (3, 4).

Laboratoorsed uuringud ei ole tavapä- raselt alaseljavaluga haigel vajalikud. Kui jääb kahtlus tõsise või spetsiifilise haiguse esinemise suhtes, siis on soovituslik määrata laboratoorse analüüsiga settereaktsiooni kiirus, C-reaktiivne valk, hemoglobiin, hematokrit ja leukogramm ning teha uriini- analüüs (2).

Ägeda alaseljavalu valikravim on parat- setamool, alles teise valikuna soovitatakse lisada valuraviskeemi NSAID ja/või lihas- lõõgasti ja/või nõrk opioide. Eelistatud on suukaudsed ravimivormid (3, 4).

Diagnoosi panemisel on korrektne kasu- tada RHK-10 neljakohalist kodeeringut, mis annaks seljavalu täpsema lokaliseerimise. Samuti tuleks alaseljavalu diagnoosimisel kasutada õigeid diagnoosi täpsustusi: plussmärki esimest korda diagnoositud, miinusmärki korduvalt diagnoositud ja 0-tähist täpsustamata haigusjuhtude korral.

Soovitused Sotsiaalministeeriumile

Auditeerimisel selgus, et suur osa haigus- juhte jäi valimist välja, kuna oli RHK-10 alusel oli kodeering ebatäpne või alaselja- valu ei olnud patsiendil elus esmakordne juhtum. Kodeerimise ühtlustamiseks on vajalik koolitus ja/või juhendmaterjali väljatöötamine.

Tööst tingitud seljavalude põhjuste ja nende vältimise selgitamises ei saa pere- arstid olla tõhusad, kuna perearstid ei ole teadlikud patsientide töötingimustest ega saa tööandjatele teha ettekirjutusi ergo- noomika parandamiseks või pikkade sund- asendeid nõudvate töösüklite vältimiseks. Töötervishoiu(arsti) ülesanne peaks olema anda soovitusi, kuidas vältida muskuloskele- taalse süsteemi ülekoormusprobleeme, mille üheks väljenduseks on ka seljavalu. Perearst saab vaid nõustada patsienti individuaalselt teatud õigeid töövõtteid kasutama, ta võib julgustada profülaktilisi liikumisharjutusi tegema ning aidata aru saada diagnoosi olemusest. Seega on alaseljavalu enne- tamiseks oluline järjepidevalt arendada töötervishoiu valdkonda.

Soovitused Eesti Perearstide Seltsile

Mittespetsiifilise alaseljavalu käsitlusjuhend esmatasandile on vajalik. Praegu puudub ametlik käsitlusjuhend, mistõttu seljavalu- ga patsiendi käsitlus perearstidel on väga erinev. Juhend, mis oleks elektroonilisena integreeritud perearsti ja pereõe töölauale, aitaks ühtlustada patsiendi käsitlust esma- tasandil. Mittespetsiifilise alaseljavaluga patsient pöörduv esmalt tihti pereõe poole, seetõttu oleks vaja korraldada selleteemalisi koolitusi ka pereõdedele, et nad oskaksid märgata potentsiaalselt ohtlikke alaseljavalu sümptomeid.

Vajalikud on võimlemisharjutuste juhised ägeda ja kroonilise mittespetsiifilise alasel- javaluga patsiendile nii paberil kui ka elekt- roonilise variandina.

KIRJANDUS

1. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin* 2007;25:353–71.
2. Vaher A. Alaseljavaluga haige käsitluse põhimõtted. *Eesti Arst* 2010;89:32–9.
3. European guidelines for the management of acute nonspeci- fic low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl 2):S169–S191.
4. Alaselkäkipu. Käypä hoito –suositus. 27.04.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>.