

Kokkuvõte kliinilisest auditist „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“

Liis Puis¹, Kadri Suija², Pille Ööpik², Ülle Lomp³, Tatjana Meister²,
Katrín Kivisto⁴

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul kannatab maailmas depressiooni all ligi 400 miljonit inimest ja depressioon on üks peamisi töövõimetuse põhjuseid (1). Eestis on depressiooni hinnanguline levimus 5,6% (2). Tervise Arengu Instituudi andmeil diagnoosisid arstid 2000. aastal 4780 ja 2013. aastal 5566 uut haigusjuhtu meeleoluhäirete (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni diagnoosikoodid F30–39) grupis. Seega oli aastaga 2000 võrreldes 2013. aastal diagnoositud 16,4% võrra rohkem meeleoluhäiretega (F30–39) haigusjuhte. Haigekassa andmebaasi andmeil diagnoosisid perearstid aastal 2015 põhidiagnoosina depressiooni (F32) ja korduvat depressiooni (F33) 31 855 patsiendil. Aastast 2011 on Eestis kasutusel „Depressiooni ravijuhend perearstidele“ (3). Siiani ei ole hinnatud, kuidas esmatasandil diagnoositakse ja ravitakse esmast depressiooni ning mil määral järgitakse nimetatud ravijuhendit. Tuginedes eespool mainitule ja sellele, et perearst on tihti esimene arst, kelle poole patsient meeleolulangusele viitavate sümptomitega pöörduv, oli vaja hinnata depressiooni diagnoosimist ja ravi esmatasandil. Audititellis Eesti Haigekassa ja selle viisid läbi Eesti Perearstide Seltsi volitatud auditeerijad. Audititellimise kriteeriumitele andis hinnangu ka Eesti Psühhiaatriate Selts.

AUDITI EESMÄRK JA ÜLESANDED

Auditi eesmärk oli hinnata esmase unipolaarse depressiooni diagnoosimist ja ravi täiskasvanutel esmatasandi arstiabis. Audititellimise ülesanne oli anda hinnang depressiooni põhi- ja lisasümptomite dokumenteerimisele, depressiooni raskusastme kajastamisele haigusloos, muude oluliste tegurite kajastamisele haiguslugudes seoses

depressiooniga, depressiooni ravitaktikale ja ravitulemuste jälgimisele.

AUDITI ALUSEKS OLVUD RAVIJUHENDID JA MATERJALID

Kliinilise audititellimise „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“ hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti depressiooni ravijuhendist perearstidele (3); Ühendkuningriigis kasutusel olevast täiskasvanute depressiooni ravijuhendist (4); rahvusvaheliste haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) diagnostilistest kriteeriumitest (5).

AUDITI VALIM

Valik auditeeritavatest perearstikeskustest moodustati juhuvalimina ning auditeeriti 35 perearstikeskust. Algses valimis oli 36 perearstikeskust, kuid kahjuks jättis üks perearstikeskus tähtajaks ravidokumentid esitamata. Igast perearstikeskusest valiti juhuvalimina 2015. aasta jooksul diagnoositud haigusjuhud. Haigusjuhtude valikul pidid olema täidetud järgmised eeldused: patsientidel oli aastal 2015 diagnoositud esimest korda põhidiagnoosina unipolaarne depressioon (diagnoosikoodid F32, F32.0, F32.1, F32.2) ning nende kohta ei leidunud andmebaasis eelneva 11 aasta jooksul nimetatud diagnoosikoode. Lõplikku andmeanalüüsi jäid 240 patsiendi andmed. Valimis oli 66% naisi ja 34% mehi. Patsientide keskmine vanus oli 44 eluaastat.

LÜHIKOKKUVÕTE AUDITI TULEMUSTEST

Depressiooni diagnoos on kliiniline ning põhineb RHK-10 kriteeriumitel. Depressiooni diagnoosimiseks peab esinema vähemalt kaks põhi- ja kaks lisasümptomit valdavas osas ööpäevas ning seda vähemalt kahe nädala vältel (v.a üliägeda alguse ja/või üliraske sümptomaatika korral) (5).

¹ Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond,

² Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,

³ Perearst Ülle Lomp OÜ,

⁴ Perearst Katrín Kivisto OÜ

Põhisümptomid on

- 1) meeleolu alanemine;
- 2) huvide ja elurõõmu kadumine;
- 3) energia vähenemine.

Lisasümptomid on 1) alanenud enesehinnang ja eneseusaldus; 2) süü- ja väärtusetusetunne; 3) trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku; 4) enesekahjustuse- või suitsiidimõtted või -teod; 5) häiritud uni; 6) isumuutus; 7) tähelepanu- ja kontsentratsioonivõime halvenemine (5).

Depressiooni põhisümptomeid oli kirjeldatud auditeeritud ravidokumentidest 70%-l tervisekaartidel, seega kolmandikul kaartidest põhisümptomeid kirjeldatud polnud. Kõige sagedamini oli põhisümptomitest märgitud alanenud meeleolu (73%), järgnesid energia vähenemine (49%) ning huvide ja elurõõmu kadumine (42%). Depressiooni lisasümptomeid oli kirjeldatud 80% tervisekaartidel. Kõige sagedamini oli ära märgitud häiritud uni (83%). Paljudel juhtudel polnud depressiooni diagnoosimiseks vajalikke sümptomeid üldse kirjeldatud ning jäi mulje, et depressiooni diagnoosi kasutati n-ö hädaabi diagnoosina mõne ravimi (rahustid ja uinutid) väljakirjutamiseks mõnel muul põhjusel. Probleem võib olla ka selles, et perearstidel jääb visiidi käigus aega väheseks ning kõike ei jõuta dokumenteerida. Kuna aga depressiooni puhul on tegemist kliinilise diagnoosiga, mis põhineb anamneesil (ja vajaduse korral lisauuringute kaasabil somaatilise haiguse välistamisel), on patsiendi täpsete kaebuste dokumenteerimine väga oluline. Korrektsest diagnoosist saavad alguse õiged ravivalikud. Depressiooni diagnoosimiseks ei kasutata küll rutiinselt laboratoorseid ega instrumentaalseid uuringuid, aga ei tohi unustada, et depressiooni või depressiooni sümptomitega sarnaseid sümptomeid võivad põhjustada ka mitmed somaatilised haigused. Seetõttu on patsiendi objektiivne läbivaatus ning vajaduse korral tehtavad laboratoorsed ja instrumentaalsed uuringud tihti vajalikud. Auditeeritud ravidokumentidest tuli välja, et lisauuringuid oli diagnoosimise etapil tehtud 32%-l patsientidest. Enim olid kasutusel laboratoorsed uuringud (88%), järgnesid piltdiagnostika (21%), EKG (44%), uriinianalüüs (22%).

Toetava meetodina meeleolahäire hindamisel ja söeluuringu eesmärgil võib kasutada patsientidel ka nn enesekohaseid küsimus-

titikke, mis on kasulikud ka sümptomite dünaamika hindamisel. Auditis selgus, et depressiooni diagnoosimise ja ravi hindamise käigus oli 35%-l juhtudest kirjeldatud enesekohase küsimustiku kasutamist. Neist levinuim oli emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2) (92%).

Väga oluline on, et iga depressiivse patsiendi puhul tuleb selgitada ka suitsiidimõtete olemasolu ning tavaliselt vastab patsient otsesele küsimusele ka ausalt (3, 6). Enesetapumõtete kohta küsimine on väga oluline just seetõttu, et suitsiidiohtlik patsient tuleb suunata erakorraliselt psühhiaatri juurde ning seejärel vajaduse korral haiglaravile (3, 4). Suitsiidimõtteid oli hinnatud 7%-l meie vaadeldud ravikaartidel.

Depressioonikaebuste kestust oli kirjeldatud konkreetselt 42%-l ravidokumentidest, samal ajal 9%-l dokumentidest oli kirjeldatud patsiendi sümptomite kestust alla kahe nädala, mis on vastuolus diagnoosi kriteeriumitega. Lisaks esines mitmetel kaartidel ebamäärasust sümptomite kestuse kirjeldamisel (nt „kestnud alates pensionieast“).

Auditi käigus läbivaadatud ravikaartidest oli depressiooni raskusastet (kerge, mõõdukas, raske) kirjeldatud 37%-l. Kuna ravivalikud sõltuvad paljuski depressiooni raskusastmest, tuleks see kindlasti määrata. Patsiendi töövõimelisust ja toimetulekut oli kirjeldatud 46%-l dokumentidest. Depressioon on aga teadaolevalt oluline töövõimekaotuse põhjustaja ning WHO andmetel tõuseb depressioon 2020. aastaks teisele kohale töövõimekaotuse põhjustajana (3). Patsiendi psühhosotsiaalset staatust (perekonnaseis, suhted, töö, sõbrad, harrastused) oli kirjeldatud 66%-l ravikaartidest. Küsimused, mis puudutavad patsiendi suhteid lähedaste inimestega, on olulised, kuna aitavad arstil hinnata patsiendi toetusvõrgustikku.

Sõltuvust tekitavate ainete (alkohol, narkootilised ained, psühhotroopsed ained) tarvitamise kohta oli märge 11%-l ravikaartidest. Kuna depressiooni korral on kaasuvate psüühikahäirete (ka sõltuvust tekitavate ainete (kuri-)tarvitamise) esinemise tõenäosus üsna suur, tuleb selle kohta küsida ning vajaduse korral planeerida lisasekkumised (4). Arvestades depressiooni ja ärevushäirete sagedast koosinemist, hinnati ka ärevussümptomite kirjeldamist patsientide ravidokumentides. Selgus,

et 58%-l dokumentidest oli kirjeldatud depressioonisümpptomitega koos ka ärevussümpptomeid. Lisaks ärevusega kaasnevatele sümptomitele oli 32%-l ravidokumentidest kirjeldatud veel patsiendil esinevaid muid sümpptomeid. Viimastest olid levinuimad liigese-, lihase- ning peavalud.

Depressiooni raviks kasutatakse sõltuvalt patsiendist ja haiguse raskusastmest farmakoterapiat, psühhoterapiat, toetavaid ravisekkumisi (sh eneseabi) ning vajaduse korral suunatakse patsient edasi psühhiaatri konsultatsioonile või haiglasse. Auditi käigus ilmnes, et esimesel visiidil oli alustatud farmakoterapiat antidepressandiga 58%-l patsientidest. Kõige rohkem ehk 63%-l juhtudest kirjutati välja selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSRI-d). Järgnesid tianeptiin (31%), mirtasapiin (22%), agomelatiin (22%), selektiivsed noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNRI) (7%), amitriptüliin (4%), noradrenaliini ja dopamiini tagasihaarde inhibiitorid (2%). Bensodiasepiine oli esmasel visiidil määratud 38%-l patsientidest ja uinuteid 14%-l. Veerandil kaartidest (25%) oli ka arsti märge patsiendile antud muude soovitude kohta, näiteks eluviisi muutmise kohta (treening, vaba aja veetmine jm). Hinnatud patsientidest 37% oli suunatud edasi, neist 55% psühhiaatri, 50% psühholoogi ja 11% mõne teise spetsialisti juurde (neuroloog, endokrinoloog, kardioloog). Mõned patsiendid olid suunatud korraga mitme spetsialisti juurde. Samal ajal oli 14-st enesekahjustuse- või suitsiidimõtetega ja -tegudega patsiendist edasi suunatud 8 isikut.

Antidepressante saavad patsiendid vajavad hoolikat jälgimist depressiooni süvenemise ja suitsiidimõtete tekkimise suhtes, eriti ravi alguses ja ka siis, kui annust suurendatakse või vähendatakse (3). Ravi alguses peab patsient sagedasti külastama arsti, selleks et hinnata ravi tõhusust, suitsiidimõtte olemasolu, ravimi kõrvaltoimedeid ja talle osutatavat psühhosotsiaalset toetust (3). Depressiooni ägedas faasis peaks farmakoterapiat saav patsient tulema vastuvõtule iga 1–2 nädala järel ning probleemide tekkides (nt ravimi kõrvaltoimed) peaks tal olema võimalus arstiga ka varem ühendust saada (3, 4).

Auditi käigus hinnati kokku kolme järelvisiiti. Esimesel järelvisiidil käis 57% valimi patsientidest ning neist 73% patsiendi ravikaardil oli kirjeldatud sümptomatika

dünaamikat. Farmakoterapiat toimivuse/mittetoimivuse kohta oli info 50%-l ravikaartidest ning andmeid kõrvaltoimete esinemise/mitteesinemise kohta võis lugeda vähem kui pooltelt ravikaartidelt. Teisel järelvisiidil käis 47% esimesel visiidil käinutest. Sümpptomeid oli hinnatud 81%-l juhtudest, farmakoterapiat toimivuse/mittetoimivuse kohta oli info 63%-l kaartidest ning kõrvaltoimete esinemise või puudumise kohta oli märge pooltel kaartidel. Kolmandal järelvisiidil käis 45% teisel visiidil käinutest. Sümpptomeid oli hinnatud 83%-l juhtudest ning farmakoterapiat tulemuste kohta oli info 63%-l kaartidest ning kõrvaltoimedeid puuduvat infot võis leida 43%-l juhtudest.

SOOVITUSED TERVISHOIUTEENUSE OSUTAJATELE

1. Dokumenteerimise tõhustamine. Ravikaartides olevad sissekanded olid lakoonilised. Soovitav on anamneesi, objektiivse leiu ja raviotsuste põhjenduse dokumenteerimine nii, et arsti mõttekäik oleks jälgitav ja arusaadav.
2. Tõenduspõhisuse järgimine. Oluline on teada depressiooni diagnoosimise kriteeriumeid ja diagnoosi püstitamisel nendest ka lähtuda. Ravivalikud peaksid lähtuma ravijuhendites toodud soovitudest või olema muul moel põhjendatud.
3. Järjepidevuse tagamine. Tähtis on järjepidevus patsiendi paranemise hindamisel, depressiooni ravi ei tohi piirduda ühekordse visiidi ja ravimiresepti kirjutamisega.

AUDITEERIJATE JÄRELDUSED JA SOOVITUSED SOTSIAALMINISTEERIUMILE, TERVISEAMETILE, EESTI HAIGEKASSALE JA EESTI PEREARSTIDE SELTSILE

1. Dokumenteerimise arendamine. Auditeerimise käigus selgus, et sissekanded olid lakoonilised ja sageli väheinformatiivsed, tihti puudusid diagnoosi püstitamiseks vajalikud andmed. Soovitav on rakendada dokumenteerimise lihtsustamiseks ja aja kokkuhoidmiseks struktureeritud sissekande süsteemi põhimõtteid. Samuti on vajalikud ravidokumentatsiooni täitmise ühtlustamiseks koolitused ja/või juhendmaterjali väljatöötamine.
2. Täienduskoolitused, juhendmaterjalid. Kasulikud oleksid erinevad täiendus-

koolitused, mis tuletaksid meelde selle häire diagnoosimise ja ravi põhiaspekte ning viiksid perearste kurssi uuemate suundadega (6). Väga vajalik on tagada perearstile erinevate juhendite kättesaadavus ühest kohast (6). On arusaadav, et kõike ei jõua ühe visiidi käigus läbi rääkida, seega on kasulik, kui patsient saab koju kaasa lugemiseks materjale, milles oleks info haiguse olemuse ja erinevate, nii eneseabivõtete kui ka arsti määratavate ravivõimaluste kohta. Vajalikud on koolitused ja juhendmaterjalid nii arstidele kui ka patsientidele.

3. Tervishoiukorralduslikud muudatused. Arvestades depressiooni sagedust ja ravi pikaajalisust, tuleks tagada perearstile ja tema meeskonnale (pereõde) piisav ajaline ja rahaline ressurss järjepidevaks tööks. Väga oluline on psühhiaatri konsultatsiooni ja suitsiidohtliku patsiendi erakorralise haiglaravi võimalus.
4. Ravi parema järjepidevuse huvides peaksid olema perearstile kättesaadavad psühhiaatri konsultatsiooni otsused ja epikriisid. See võib olla üheks põhjuseks, miks auditeeritud ravikaartidel puudusid järgnevate visiitide tulemused, sest on võimalik, et patsiendid käisid psühhiaatri vastuvõtul. Väga oluline on

info liikumine perearstilt psühhiaatrile ja tagasi perearstile.

KOKKUVÕTE

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kuigi auditiga leiti esmase depressiooniga patsiendi käsitlusel mõningaid puudujääke, on need kõik parandatavad. Oli hea näha, et paljude ravikaartide põhjal oli patsienti käsitletud terviklikult ega olnud piiratud vaid depressiooni sümptomite kirjeldamisega, vaid oli hinnatud ka sagedase kaasuva häire – ärevuse – sümptomeid ja patsiendi psühhosotsiaalset tausta.

KIRJANDUS

1. Mental disorders. World Health Organization; 2014. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>).
2. Kleinberg A. Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services. *Dissertationes medicinae Universitatis Tartuensis* 216. Tartu: University of Tartu Press; 2014.
3. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, et al. Depressiooni ravi-juhend perearstidele. *Eesti Arst* 2011;90:431–46.
4. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>.
5. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. 10 versioon. V peatükk (Psüühika- ja käitumishäired – kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised). Tartu, 1993. <http://www.kliinikum.ee/psyhiaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>.
6. Henfrey H. The management of patients with depression in primary care: an audit review. *Psychiatry Danubina* 2015;27:201–4.