

Tahtest olenematul ravil viibivate orgaaniliste psüühikahäiretega, skisofreenia ja sõltuvushäiretega patsientide ravi kvaliteet. Kokkuvõte kliinilisest auditist

Kärt Uppin – TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinik

Eesti Haigekassa raviarvete andmebaasi alusel viibis aastatel 2014–2016 tahtest olenematul ravil 5274 isikut. Kolm ja rohkem korda vajas haiglaravi 10 aasta jooksul (2006–2016) 2279 isikut.

Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt ravitakse isikut tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras tema tahtest olenemata (edaspidi tahtest olenematu ravi) juhul, kui isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida, haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut ning muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane (1).

Kuivõrd selline ravile võtmine riivab tõsiselt inimese põhiõigusi, on vabariigi õiguskantsler esitanud varem haigekassale päringu, kas ja kuidas on hinnatud psühhiaatriliste teenuste osutamise kvaliteeti.

Haigekassa korraldas psühhiaatria erialal viimati 2010. aastal kliinilise auditi „Statsionaarse psühhiaatrilise ravi kvaliteet ja põhjendatus“, mille käigus leiti

mitmeid puudusi (2). Sellest tulevalt algatas Eesti Haigekassa koostöös Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Psühhiaatrite Seltsiga 2018. aastal uue auditi, mille tulemusi on allpool tutvustatud.

AUDITI EESMÄRK

Auditi eesmärk oli hinnata Eesti haiglate akuutpsühhiaatrilistes üksustes ravil viibivate patsientide ravi kvaliteeti. Eesmärgi täitmiseks seati järgmised ülesanded:

- hinnata teenuse osutamisel psühhiaatrilise abi seaduse nõuete täitmist;
- saada ülevaade tahtest olenematul ravil viibivate patsientide profiilist;
- tuua välja juhud, kui patsiendile oleks võinud osutada mõnda muud teenust;
- anda hinnang levinumate diagnoosidega (F00–F09, F10–F19.9 ja F20–F29) patsientide ravitaktikale.

AUDITI ALUSEKS OLNUD JUHENDMATERJALID

Auditi tulemuste analüüsil kasutati psühhiaatrilise abi seadust (1),

haigekassa kliinilise auditi „Statsionaarse psühhiaatrilise ravi kvaliteet ja põhjendatus“ kokkuvõtet (2), NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ravijuhendit „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ (3), tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise korda (4) ja alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitluse Eesti ravijuhendit (5).

AUDITI KÄIGUS KOGUTUD ANDMED

Auditi käigus koguti hindamiskriteeriumeid rakendades järgmisi andmeid ja tutvuti järgmiste dokumentidega:

- 1) patsientide üldandmed;
- 2) akuutpsühhiaatrilisesse üksusesse jõudmisele eelnenud tegevused (võõrutus/rehabilitatsioon, nõustamine, psühhoterapia, spordi- ja toitumisprogrammides osalemine, ravi, protseduurid);
- 3) anamnees ja hospitaliseerimise andmed (uuritud, analüüsid);
- 4) psüühika- ja käitumishäirete diagnoosidega patsientide haig-

laravi (sh ohjeldamine; tahtest olenematu ravi kohta otsuse koostamine);

- 5) ettevalmistused haiglaajärgseks käsitluseks;
- 6) korduvad hospitaliseerimised;
- 7) ravimid haiglast väljakirjutamisel;
- 8) depooravi skisofreeniahaigetel aasta enne haiglaravile sattumist kuni auditi perioodi lõpuni raviarvete alusel osutatud teenuste 492R ja 219R alusel ning realiseeritud depooravi preparaate retseptide alusel;
- 9) asutuse sisekord.

AUDITI VALIM

Perioodil 01.01.–31.12.2017 viibis tahtest olenematu raviga 1674 isikut, kellel oli põhidiagnoosina välja pandud diagnoos F00–F29. Juhuslikustatud valikuga kaasati lõplikusse valimisse ja analüüsi 350 isikut. Kokku auditeeriti viie haigla (Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinik; Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinik; Ahtme Haigla; Viljandi Haigla psühhiaatriakliinik; Pärnu Haigla psühhiaatriakliinik) 406 haiguslugu.

Valimi moodustasid 72 orgaanilise psüühikahäire, 92 sõltuvushäire ning 186 skisofreeniaspektri häire diagnoosiga patsienti. Skisofreeniaspektri ja sõltuvushäiretega patsientide keskmine vanus oli 41 aastat; orgaaniliste psüühikahäiretega patsientidel 64 aastat. Mehi oli valimis kõikides rühmades veidi rohkem (54–56%).

TULEMUSED

Kõige pikemalt vajasid haiglaravi skisofreenia (keskmiselt 56 päeva), skisoafektiivse häire (43 päeva), esmase psühhootilise haigestumise (41 päeva) ja residuaalse või hilise alkoholist tingitud psüühikahäirega (36 päeva) patsiendid.

Kõigis haigusrühmades olid analüüsid, aju visualiseerivad uuringud ning psühholoogilised uuringud tehtud eesmärgipäraselt, vaid üksikutel juhtudel nägid auditeerijad vajadust mõneks uuringuks, mis oli jäänud tegemata. Kirjalikud

raviplaanid olid valdavalt haiguslugudes olemas. Antipsühhootilist ravi oli määratud enamasti soovistest lähtudes. Välja tuleb tuua, et paljudel juhtudel oli bensodiasepiin või uinuteid määratud regulaarselt kestusega üle nelja nädala (orgaaniliste häirete grupis 8-le, sõltuvushäirete grupis 4-le, skisofreeniaspektri häirete grupis 50 patsiendile). Uinutite ning rahustite pikaajaline ja kombineeritud kasutamine ei ole soovitatav ega põhjendatud, kuna see põhjustab kognitiivse võimekuse halvenemist.

Võimalused saada psühhosotsiaalset ravi, mille alla kuuluvad erinevad psühhoteraapiad, igapäevaelu toetamine, tegevusteraapia, loovteraapia, aga ka perenõustamised, sotsiaaltöötaja konsultatsioonid jne, olid haiglates erinevad. Ühes auditeeritud haiglas oli kõigi rühmade peale kokku saanud psühhosotsiaalset ravi vaid üks patsient, mistõttu on tõenäoline, et seal ei ole need teenused kättesaadavad.

Võrreldes 2010. aasta auditiga on paranenud olukord tahtest olenematu ravi otsuste vormistamisel. Selliste otsuste dokumentatsioon oli enamasti korrektselt vormistatud, erinevused tulenesid maakohtute kohtupraktikast, mistõttu olid kohtu nõutavad dokumendid haiglates erinevad. 23 juhul 350st puudus siiski õigel ajal vormistatud teise psühhiaatri arvamus (seaduse järgi peab see olema tehtud 24 tunni jooksul) (4).

Ohjeldusmeetmete rakendamine oli valdavalt hästi dokumenteeritud ja selle dokumenteerimise kord on haiglates olemas. Täpsustamist vajaks, miks oli ühes auditeeritud haiglas ohjeldamiste hulk kõikides diagnoosigruppides oluliselt suurem kui teistes.

Juhend haige agressivsuse hindamiseks ja sellega toimetulekuks oli auditi ajal olemas vaid ühes haiglas. Nüüdseks on agressivsuse hindamise skaala *DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression)* valideerimisel Tartu Ülikooli Kliinikumi, Pärnu Haigla, Viljandi Haigla ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinikutes.

Peaaegu üheski haigusloos ei olnud dokumenteeritud patsiendi osalemist spordi- või toitumisprogrammid, vähe oli dokumenteeritud elustiilinõustamist, mida kahtlemata meie haiglates igapäevaselt tehakse.

Haiglaajärgne ravi oli määratud valdavale osale patsientidest nii skisofreenia kui ka orgaaniliste häiretega rühmas ning 66%-le sõltuvushaigetest ning see on hea tulem. Edasist abi andev spetsialist oli määratud skisofreeniahaigetele 80%-l juhtudest, orgaanilise psüühikahäirega patsientidele 81%-l juhtudest ning 63%-le sõltuvushäirega patsientidest. Skisofreenia ravi puhul on see teenuse kvaliteedi näitajaks ning see peaks olema 100%.

Kahjuks on jätkuvalt probleemataoline ühe haigla osaliselt venekeelne ning puudulik dokumentatsioon. Sellele on tähelepanu juhitud ka 2010. aasta auditis.

Orgaaniliste psüühikahäiretega patsientide rühmas (72 patsienti) sattusid vähemalt pooled psühhiaatriahaiglasse elus esimest korda, vajades tahtest olenematus korras käsitlust. Põhilise osa haigetest moodustasid dementsuse, orgaanilise psühhootilise ning orgaanilise deliiriumiga patsiendid. Kui psühhootiline seisund ja deliirium on oma olemuselt ravitavad seisundid ning nende patsientide haiglas viibimine on igati näidustatud, siis dementsus ei ole tänapäeval ravitav ning eeldab mingist ajahetkest alates pidevat hooldust. 72-st auditeeritud juhust oli 26 juhul diagnoositud dementsus, nendest 9 patsiendil kajastusid diagnoosis kaasuvad sümptomid, mis võisid vajada ravi, ülejäänutel mitte. Selle alusel saab öelda, et 17 patsienti pidanuks saama mõnd muud teenust, mitte viibima tahtest olenematu raviga.

Orgaanilise psüühikahäire aluseks on peaaegu haigus/kahjustus või süsteemne haigus/kahjustus, mis diagnoositakse autonoomselt. Kui tegemist pole otseselt ajuhaigusega, siis peab olema välja toodud diagnoosina haigus, mis psüühikahäire

põhjustab. Nii näiteks võib deliiriosne seisund tekkida positsioonisündroomi järel või põletikulise protsessi puhusel ja luululine häire kaasnedes pikaajalise epilepsiaga. Orgaaniline isiksusehäire on sage tekkima ajutraumade järel. Auditist selgus, et veerandil patsientidest oli psüühikahäire aluseks olev haigus diagnoosina jäänud välja toomata, isegi kui seda oli ravitud ning seda haigusloos kirjeldatud.

Alkoholi kasutamist oli dokumenteeritud pooltel juhtudel, see arv võinuks kindlasti olla suurem. Eelneva toimetuleku hindamisel selgus, et 57% patsientidest sai enne hospitaliseerimist toetust lähedastelt või tugiteenuseid pakkumatelt spetsialistidelt. 22% patsientidest elas üksinda ja tugivõrgustik neil puudus, 17% patsientidest said ööpäevaringset hooldust ja 4%-l juhtudest andmed eelneva toimetuleku kohta puudusid. Haiglates tehti enamikul juhtudest koostööd kas pere või kohaliku omavalitsusega. 3 patsienti suunati edasi hooldushaiglasse või aktiivravahaiglasse ja 2 hooldekodusse. Mitmel juhul algatati teovõime hindamine ning edasine hoolekandetasutus suunamine.

Dementsete patsientide ravivajadus psühhiaatrikliinikutes vajaks edaspidi täiendavat hindamist, seda nii tahtest olenematus korras kui ka ravinõusolekuga juhtudel. Praeguses vananevas ühiskonnas kasvab järjest isikute hulk, kelle kehaline seisund on suhteliselt hea, kuid põhiprobleem on süvenev dementsus. Need patsiendid on liikuvad ja aktiivsed, kuid oma tegevuses sihipäratud, mistõttu nõuab nende hooldamine tavapärasest mõnevõrra erinevaid tingimusi. Praegused tavahooldekodud hooldavad enamasti pigem lamavaid somaatilisi haigeid, mistõttu juhtub sageli, et hooldekodusse dementsuse tõttu viidud isik soovib sealt lahkuda, ei allu personali juhistele või käitub agressiivselt ning hooldekodud keelduvad sellistest patsientidest.

Eestis puuduvad praegu teenused kinnistes tingimustes agressiivsete või muude kaasuvate sümptomitega

dementsete patsientide hoolduseks, mistõttu satuvad nad paratamatult psühhiaatrikliinikutesse. Vajadus luua ning pakkuda vastava profiiliga hooldusteenust üha kasvab.

Sõltuvushäiretega patsientide rühmas (92 patsienti) oli 18 juhul põhidiagnoosiks F10.0 – äge intoksikatsioon ehk alkoholijooove –, mis ei peaks olema tahtest olenematu hospitaliseerimise peapõhjus. Kahtlemata põhjustavad jooibes inimesed sageli probleeme, käitudes manipuleerivalt või agressiivselt. Jooove aga sellise käitumise peamise põhjusena peaks mööduma siiski arestikambris kaine-nemas korrakaitseaduse § 42 lõike 1 kohaselt, misjärel saaks vajaduse korral teha psühhiaatrilise hinnangu. Alkoholist tingitud psühhootiliste häirete tõttu viibis tahtest olenematu ravil 33 patsienti, 9 juhul oli tegemist residuaalse/hilise alkoholist tingitud psüühikahäirega. 25 juhul esines sõltuvus psühhootilistest ainetest (kannabinoidid, rahustid, hallutsinogeenid jt), 20%-l juhtudest oli tegu esmase hospitaliseerimisega. Sõltuvushäiretega patsientide korduva hospitaliseerimise esines auditeerimisperioodil 11 patsiendil, korduvate hospitaliseerimiste põhjus oli kõigil sõltuvusainete kasutamine. Vaid 11 korral oli sõltuvushaigetele eelnevalt pakutud võõrutusravi või rehabilitatsiooniteenust.

Hospitaliseerimisele eelneval perioodil tuli 60% patsientidest iseseisvalt enda eluga toime, 30%-l juhtudest toetasid patsientide toimetulekut lähedased või said nad tugiteenuseid. 9% patsientidest said ööpäevaringset hooldust. Haiglates pakuti 25%-le haigetel psühhosotsiaalset ravi, kuid see ei ole vastavuses alkoholitarvitamishäirega patsiendi käsitlusjuhendiga (5). Pere ja omavalitsust kaasati raviprotsessi keskeltläbi pooltel juhtudel. Tervislike eluviiside suhtes oli nõustatud 82% patsientidest, neist 36%-le pakuti edasist sõltuvusravi/rehabilitatsiooni, mida peaks aga pakkuma kõigile.

Praegu on käimas Tervise Arengu Instituudi programmi „Kainem ja

tervem Eesti“, mis on oluliselt parandanud sõltuvusravi kvaliteeti. Paraku kestab raviprogramm 2020. aasta lõpuni, selle jätkumine tagaks oluliselt parema sõltuvusravi kvaliteedi.

Skisofreeniaspektri häiretega patsientide rühmas (186 patsienti) oli tegemist esmase psühhiaatrilise haigusjuhuga 31 juhul. 51%-l juhtudest toetasid patsientide toimetulekut enne hospitaliseerimist lähedased või said nad tugiteenuseid, 35%-l juhtudest tulid patsiendid enda eluga iseseisvalt toime, 10% patsientidest vajasis ööpäevaringset hooldust ja 4%-l juhtudest andmed toimetuleku kohta puudusid.

Põhjused, mis viisid haiguse ägenemiseni ja tingisid tahtest olenematu ravi rakendamise, olid skisofreeniahaigetel toetusravi katkestamine või raviskeemi mittejärgimine (60%), alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine (17%), vajaliku sotsiaalse võrgustiku puudumine või sotsiaalteenuste mittekättesaadavus (25%). 12% patsientidest olid raviresistentsed.

Korduvat hospitaliseerimist aasta jooksul vajab 22 patsienti. Neist 12 viibisid ravil 2 korral, viis 3 korral, kolm 4 korral ja kaks 5 korral. Probleemiks on kujunenud suur hulk patsiente, kellel puudub arusaam oma haigusest ja ravi vajalikkusest ning kes haiglast lahkudes lõpetavad antipsühhootilise ravi, mistõttu haigusseisund kiiresti ägeneb. Seetõttu satuvad nad sageli haiglaravile, nende töövõime, toimetulekut igapäevaeluga ning elukvaliteeti langevad oluliselt, mistõttu vajavad nad peagi hoolekannet. Praegu ei ole võimalik hoolekandetasutuses tagada ravi patsientidele, kes sellest keelduvad. Auditist oli korduvalt hospitaliseeritute hulgas samuti mitmeid erihooldusel viibivaid patsiente, kes keeldusid hooldusasutuses ravist. Kui see aga toob kaasa pideva ühiskonnale ohtliku käitumise, peaks mõtlema ambulatoorse tahtest olenematu ravi võimalusele, selle asemel et nende vabadusi veel rohkem piirata, viies nad veel tugevamalt kontrollitud keskkonda kohtumääruse alusel.

Skisofreeniahaigetel oli hinnatud ja dokumenteeritud psühhoaktiivsete ainete tarvitamist vaid 81 juhul, 44%-l patsientidest.

Varem diagnoositud kehaliste haiguste ravi jätkamine tahtest olenematu ravi ajal oli heal tasemel, samuti olid patsiendid saanud seisundist lähtuvat muude somaatiliste haiguste ravi, kuid alati ei kajastunud see lõppdiagnoosis.

NICE ravijuhendi järgi võib määrata kombineeritud antipsühhootilist ravi lühiajaliselt. Ravimi annus peaks vastama ravimi omaduste kokkuvõttes välja toodud juhiste, sellest erinev annustamine peaks olema haigusloos põhjendatud. 84%-l juhtudest vastas ravi ravijuhendile. Kahel juhul oli patsient saanud korraga suures annuses kolme antipsühhootikumi. Kahel juhul oli dokumenteeritud, et patsient antipsühhootilist ravi ei saanud, ning ühel juhul, et patsient sai kaht antipsühhootikumi mitteantipsühhootilises annuses (3).

Regulaarne ravi depoopreparaatidega oli määratud enne hospitaliseerimist 19 patsiendile (10% valimist). Atüüpiliste depoo-antipsühhootikumidega sai 186 patsiendist hospitaliseerimisele eelnenud perioodil ravi 4 isikut (2% valimist). Tüüpiliste depooravimitega sai regulaarseks hinnatavat ravi 15 patsienti (8% valimist). Depooravi preparaate kasutamine oli valimis olnud isikutel tagasihoidlik, arvestades vähest ravisoostumist. Ravi depoopreparaatidega oleks põhjendatud olnud 20–25%-l patsientidest.

Ravimite kõrvaltoimete esinemine oli dokumenteeritud 31%-s haiguslugudest. NICE ravijuhendi kohaselt peab jälgima nii seisundi muutusi kui ka kõrvaltoimete võimalikku esinemist (akatiisia, liigutushäired, kehakaalu ja vööümbermõõdu muutus, EKG leid jt) regulaarselt kõigil patsientidel, kellele manustatakse antipsühhootikume, ning dokumenteerima need ilmingud. Seega jääb teadmata, kas kõrvaltoimete esinemist 69%-l haigetest hinnati või mitte. 37 juhul oli kasutatud kõrvaltoimeid korrigeerivat ravi.

Antikolinergiliste ainete kasutamine toob pikemas perspektiivis kaasa kognitiivse suutlikkuse nõrgenemise, mistõttu nende ravimite pikemaegne kasutamine ei ole soovitatav.

Enne haiglast väljakirjutamist on tähtis arendada koostööd patsiendi omaste ning tugiteenuseid pakkuvate spetsialistidega, et tagada igapäevane toimetulek, parandada elukvaliteeti ning vältida rehospitalseerimist. 56% patsientidest said psühhosotsiaalset ravi ja kontakt peredega oli heal tasemel, samas oli suhtlus tugiteenuseid pakkuvate omavalitsustega vähene. Enamikule patsientidest määrati haiglast väljakirjutamisel ravi ning nad suunati edasist abi andva spetsialisti juurde, mis on üks skisofreenia ravi kvaliteedi näitaja.

ETTEPANEKUD

Tuleb parandada ravi dokumenteerimise kvaliteeti ja psühhosotsiaalse ravi kättesaadavust ning pöörata suuremat tähelepanu sõltuvusainete kasutamise ja kõrvaltoimete hindamisele ning elustiilinõustamisele. Eesmärk peaks olema laiem sõltuvusravi osutamise võimekus, Tervise Arengu Instituudi programm „Kainem ja tervem Eesti“ peaks jätkuma.

Probleemiks on kujunenud sobiva sotsiaaltenuse puudumine erinevate ravirühmade tarvis. Puuduliku ravisoostumusega psühhoosihaigete ravi toimub vabatahtlikkuse alusel, ravita jäämisel aga ägeneb psühhoosihaige seisund kiiresti, haige muutub taas ohtlikuks ning vajab uut hospitaliseerimist tahtest olenematus korras. Sellises olukorras võiks lahenduseks olla kas ambulatoorne tahtest olenematu ravi (ambulatoorne sundravi on Eestis olemas) või siis võimalus tsiviilkohtumenetluse seadustiku § 540 kohaselt peatada tingimuslikult juba rakendatud kinnisesse asutusse paigutamine. Tingimuseks peaks olema kohustus ravimeid edasi tarvitada. Praegu rakendatakse kõne all olevat punkti sotsiaalhoolekandeseadusest lähtudes erihoolekandeteenuse puhul.

Probleemiks on dementsetele isikutele sobivate teenuste vähesus,

vaja oleks tugevdatud järelevalvega hooldusteenust agressiivse käitumisega dementsussündroomiga patsientidele.

Parandada tuleb teise põlvkonna depooravimite kättesaadavust. Uute depoopreparaatidega on saavutatav parem ravisoostumus ja seeläbi väheneks korduva haiglaravi vajadus neil patsientidel, kellel on olemas vähemasti osaline ravisoostumus, kuid kes kipuvad unustama igapäevase suukaudse ravi võtmise ja kellele ka omaksed ei suuda seda meelde tuletda. Kuna ravimid on kallid (ampulli maksumus on keskketlābi 220–250 eurot), rahastab praegu haigekassa neid ravimeid teenusepõhiselt. Vajalik on eksperdikomisjoni otsus, et see on patsiendile parim võimalik ravi, ning ravim kompenseeritakse teenusena raviasutuse haigekassa lepingu arvelt. Seetõttu on praegu neid ravimeid määratud vaid väga valitud patsientidele piiratud hulgas.

KOKKUVÕTE

Auditi tulemusel võib tõdeda, et patsientide tahtest olenematu ravi käsitlus on Eestis üldiselt heal tasemel, mõnedel juhtudel on vajaka jäämisi dokumenteerimisel, mida saab edaspidi parandada. Patsientide huvides on oluline parandada psühhosotsiaalseid lähenemisi ja depooravimite kättesaadavust. Samuti on vaja luua uusi teenuseid ning täiendada õiguslikke aluseid, et võimaldada paindlikumat ja vähem piiravat ravi.

TÄNUAVALDUS

Auditi läbiviimine eeldab mitmel tasandil sujuvat koostööd. Tänan südamest kõiki auditeerijaid, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi esindajaid ning psühhiaatriklinikeid, kes andsid oma panuse auditi valmimisele.

KIRJANDUS

1. Psühhiaatrilise abi seadus. <https://www.riigiteataja.ee/akt/992425>.
2. Kliiniline audit „Statsionaarse psühhiaatrilise ravi kvaliteet ja põhjendatus“. <https://www.haigekassa.ee/auditite-kokkuvotted-2007-2013>.
3. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>.
4. Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise kord. <https://www.riigiteataja.ee/akt/25280>.
5. Alkoholitavitamise häirega patsiendi käsitluse Eesti ravijuhend. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/1/alkoholitavitamise-hairega-patsiendi-kasitus#e83928ff>.