

Depressiooni ravimine esmatasandil

Pille Ööpik¹, Anu Aluoja^{1,2}, Ruth Kalda¹, Heidi-Ingrid Maarooš¹ – ¹TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool, ²TÜ psühhiaatrikliinik

depressioon, perearstid, antidepressandid

Depressioon on üks sagedasem krooniline retsiveeruv psühhiaatiline häire esmatasandi arstiabi kasutajatel. Töös uuriti perearstide ravimieelistusi depressiooni ravimisel koos eelistuse põhjendusega ning võrreldi perearstide ja psühhiaatrite määratud ravimeid. Selgus, et perearstid diagnoosisid üle poole ambulatoorselt diagnoositud depressioonidest ja nad määrasid 65% antidepressantidest. Perearstid eelistasid depressiooni ravida selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSRI) rühma kuuluvate ravimitega, mis moodustasid 76,8% nende määratud antidepressantidest. Perearstide ravimieelistused olid kooskõlas patsiendile spetsiifilise ravimi ratsionaalse valiku teguritega.

Depressioon on üks sagedasem psühhiaatiline häire: 11,1% Eesti täiskasvanutest kannatab depressiooni all (1). Euroopas esineb depressiooni kuni 10%-l elanikkonnast ja 25%-l esmatasandi arstiabi kasutajatest esineb depressiooni sümptomeid (2, 3). Depressioon on krooniline ja retsiveeruv häire: oma sageduselt üldarstias on ta krooniliste haiguste seas teisel kohal hüpertensiooni järel ja enamus patsiente (73%), kellel on diagnoositud depressioon, kogevad rohkem kui ühe depressiivse episoodi oma elua jooksul (4, 5).

Alates 1950. aastatest kasutatakse depressiooni raviks antidepressante. Depressiooni ravis toimus suur muudatus uue ravimirühma – selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSRI) – kasutusele võtmisega. Alates 1988. aastast võeti kasutusele fluoksetiin, 1991. aastast sertraliin ja 1992. aastast paroksetiin. Kuigi rohkem kui 80% depressiooni põdevatest patsientidest alluvad ravile vähemalt ühe antidepressiivse ravimiga, on üks konkreetne ravim siiski efektiivne vaid 50–60%-l patsientidest (6). Ravi antidepressantidega on kindlalt tõhus raske depressiooni korral (6, 7). Eestis määravad patsientidele depressiooni ravi valdavalt psühhiaatrid (PS) ja perearstid (PA). Eestis tehtud uuringud tõestavad, et patsiendi esmase kontakti isik on perearst, kuigi psühhiaatri poole on võimalik pöörduda ka ilma saatekirjata (8).

Eesmärk: teada saada, milliseid ravimeid perearstid eelistavad depressiooni raviks ja millistel põhjustel ning milliseid ravimeid perearstid määravad patsientidele depressiooni raviks võrreldes psühhiaatrite määratud ravimitega.

Meetod

Uuringus on kasutatud kahte erinevat meetodit.

1. Perearstide arvamusuuring. Kahe kuu jooksul 2002. aastal tehti perearstide seas arvamusuuring. Küsimustiku oli spetsiaalselt selleks uuringuks koostanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool, et ette valmistada osalemist Euroopa Liidu 5. raamprogrammi raames korraldatavas PREDICT projektis. Projekti eesmärgiks on selgitada patsiendi tervise ja elustiili mõju depressiooni tekkele; hinnata depressiooni haigestumust perearsti patsientide hulgas; analüüsida depressiivsete häirete tekke ja püsimise sotsiaal-majanduslikke, kliinilisi, personaalseid ja perekondlikke riskitegureid. See on osa suuremast depressiooniuuringust, mille eesmärgiks on välja selgitada perearstide motivatsioon ja valmisolek ravida depressiooni põdevaid patsiente. Selles analüüsitakse perearstide ravimieelistust depressiooni ravis ja eelistuse põhjendusi. Küsimustik sisaldas lisaks ka küsimusi perearstide kohta: praktilise asukoht (maa/linn), arsti vanus, sugu, perearstina

töötamise staaž. Uuringus paluti osalema 500 perearsti (89% perearsti erialaga arstidest Eestis), kellel oli perearsti kutse, leping Eesti Haigekassaga 2002. aastaks ja kes kuulusid Eesti Perearstide Seltsi. Neist 205 perearsti olid nõus uuringus osalema.

2. Depressiooni raviks määratud ravimite analüüs. Selleks küsisime Eesti Haigekassast andmeid 2003. aastal perearstide ja psühhiaatrite poolt depressiooni raviks määratud ja patsientide poolt välja ostetud ravimite kohta ning depressiooni esmise diagnoosimise sagedust. Andmed saadi diagnoosikoodidega F32-F33 haigekassasse laekunud retseptide ning raviarvetel kajastunud diagnooside alusel. Depressiooni diagnoositakse lähtuvalt RHK-10 klassifikatsioonist. Kuna haigekassale laekuvad vaid soodustingimustel apteegist väljastatud ravimite retseptid, oli võimalik saada andmeid antidepressantide (ANDP), antipsühhootikumide (ANPS) ja meeleolustabilisaatorite (MST) kohta. Haigekassasse laekunud retseptide alusel arvasime psühhofarmakon- ja antidepressantravimi-visiidid. Psühhofarmakonid rühmitati kirjanduses toodud klassifikatsiooni kohaselt (9, 10). Samas on määratletud psühhofarmakon- ja antidepressantravimi-visiit kui visiit, mille tulemusena määrati depressiooni raviks üks psühhofarmakon ja üks antidepressant.

Statistiline analüüs

1. Perearstide vastuste analüüs. Ravimite eelistuse leidmiseks märgiti ravimi nimetamise kord ühega ja hiljem liideti iga ravimi nimetamise korrad kokku.

Ravimite eelistuse põhjuste analüüsil kasutati sisu-analüüsi meetodit (11). Vastustes märgistati kõik ravimite eelistust väljendavad laused. Seejärel liigitati ühetähenduslikud väljendused ühte kategooriasse ning anti kategooriatele selle sisu järgi nimetused.

2. Määratud ravimite analüüsil kasutati sagedusjaotustabeleid. Seoste statistilist olulisust hinnati hii-ruut-testiga.

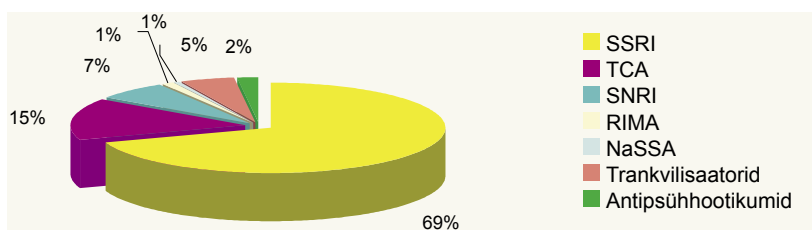
Tulemused ja arutelu

Vastanute keskmine vanus oli 45,8 (± 8,5) aastat, keskmine tööstaaž 19,4 (± 8,6) aastat. 84 (41%) perearsti töötas maal ja 122 (59%) töötas linnas. Perearstidest 188 (92%) olid naised ja 17 (8%) mehed.

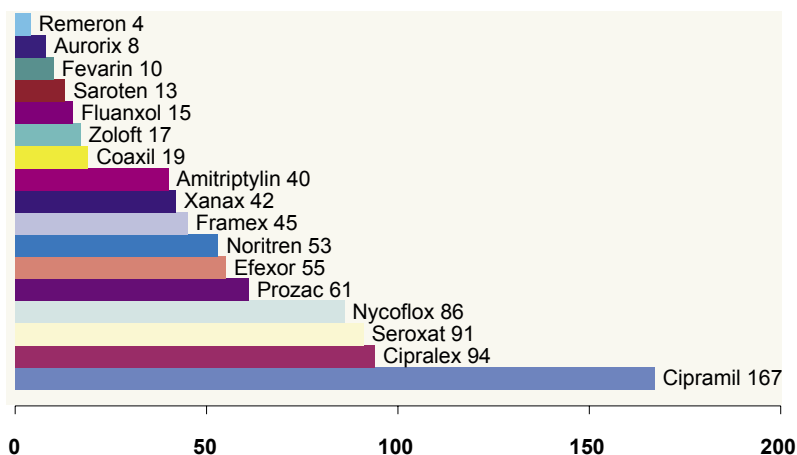
1. Perearstide poolt depressiooni raviks eelistatud ravimid ja nende eelistuse põhjendus.

Analüüsidest vastuseid küsimusele, milliseid ravimeid eelistatakse kasutada depressiooni raviks, selgus, et perearstide eelistuseks on valdavalt antidepressandid – eeskätt selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSRI), aga ka tritsüklilised antidepressandid (TCA), selektiivsed noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNRI), trankvilisaatorid ja antipsühhootikumid (ANPS). Vähem mainiti selektiivseid monoaminooksüdaasi inhibiitoreid (RIMA) ning noradrenergilisi ja spetsiifilisi serotoninergilisi närviülekanne mõjutavaid antidepressante (NaSSA) (vt jn 1).

Perearstidel paluti loetleda konkreetsed ravimid, mida nad eelistavad kasutada. Kõige eelistatumaks



Joonis 1. Perearstide poolt depressiooni raviks eelistatud ravimite rühmad (lühendid on toodud tekstis).



Joonis 2. Depressiooni raviks perearstide poolt eelistatud ravimid.

ravimiks oli Cipramil, mida nimetati teistest ligi kaks korda enam. Cipramilile järgnesid peaaegu võrd-selt Cipralex, Seroxat ja Nycoflox (vt jn 2).

Tabel 1. Perearstide põhjendus ravimite eelistuse kohta

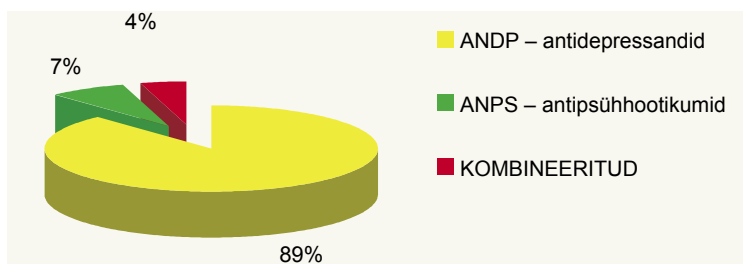
Põhjus	Ravim
Ravimi efektiivsus	
Hea efekt	Cipramil, Cipralex, Seroxat, Prozac, Framex
Hea efekt vanuritel	Amitriptylin, Saroten, Noritren
Kõrvaltoimed	
Hea taluvus	Cipramil, Cipralex, Seroxat, Efexor
Vähe kõrvaltoimeid	Cipramil, Cipralex, Seroxat, Nycoflox, Prozac, Efexor
Meestele sobivam	Prozac, Zoloft
Toime	
Kiire toime	Cipramil, Cipralex, Seroxat, Efexor, Coaxil, Fluancol
Manustamisviisi ja lihtsus	
Sobiv ravimivorm (lahus)	Prozac
Väike raviannus	Cipralex
Vajaduse korral väiksem algannus	Seroxat
Kaasuv kaebus	
Paanikahood ja ärevus	Seroxat, Efexor, Coaxil
Bulliimia raviks	Prozac
Unetus	Noritren, Remeron
Krooniline valu	Noritren, Saroten
Somaatilised kaebused, sõltuvus-häired	Coaxil, Remeron
Hind	
Odav	Nycoflox, Noritren, Framex, Amitriptylin, Fluanxol, Saroten
Muu	
Palju infot	Cipramil, Cipralex

Küsimusele, miks nad neid ravimeid eelistavad, nimetasid perearstid erinevaid põhjuseid, mis on rühmade kaupa toodud tabelis 1.

Kirjanduse andmetel (12) on antidepressantide ratsionaalse selektsiooni tegurid, mis aitavad valida patsiendile spetsiifilist ravimit, järgmised: patsientide ravisoostumus, ravimite kõrvaltoimed, manustamisviisi lihtsus, varasem raviefekt, ohutus, depressiooni alatüüp, neurotransmitterite eripära (serotoniin või noradrenaliin), perekondlikud aspektid (kuidas on veresugulased reageerinud antidepressantidele), ravimi kontsentratsioon veres (on tähtis TCA puhul, muutes selle kasutamise SSRIst keerukamaks) ja hind (12). Erinevates uuringutes on lisaks välja toodud arvestamine kaasuvate psüühiliste häiretega, spetsiifiliste kliiniliste sümptomitega, erinevate ravimite omavahelise koosmõjuga ja eelneva haigusliku seisundiga (13, 14). Meie perearstid töid nendest teguritest välja ravimi kõrvaltoimed, manustamise lihtsuse, kaasuva kaebuse ja hinna. Lisaks peavad meie perearstid oluliseks ravimi toime kiirust, varasemat kogemust ravimi efektiivsuse kohta ja rohke info olemasolu ravimi kohta.

II. Eesti Haigekassa andmete analüüs.

Depressiooni diagnoositi kokku 37 029 isikul, sealhulgas ambulatoorselt perearstide poolt 19 521 isikul ja psühhiaatrite poolt 13 444 isikul. Seega diagnoosisid perearstid depressiooni rohkem



Joonis 3. Depressiooni ravi saanud isikute raviviis.

kui pooltel depressiooniga isikutest. Patsiendid tegid perearstide ja psühhiaatrite juurde kokku 70 039 psühhofarmakon-visititi, millest enamiku (89%) moodustasid antidepressant-visitidid. Depressiooni raviks kasutatavad psühhofarmakonid on antidepressandid, trankvilisaatorid ja uinutid, antipsühhootikumid ning meeleolustabilisaatorid (9, 10). Kuna trankvilisaatorid ja uinutid ei kuulu apteegist soodustingimustel väljastatavate ravimite hulka, ei olnud võimalik töös nende määramist arstide poolt analüüsida.

Kokku määrati ambulatoorselt ravi 25 410-le depressioonidiagnoosiga patsiendile. Raviks kasutati valdavalt monoterapiat ning enamikul juhtudest antidepressante (89%). Antipsühhootikume kasutati 7% ja kombineeritud ravi kasutati 4%-l juhtudest (vt jn 3). Kombinatsioonidena kasutati ANDP + ANPS, ANDP + MST, ANPS + MST ja ANDP + ANPS + MST.

Antipsühhootikume ja meeleolustabilisaatoreid kasutati suhteliselt vähe ja üldtunnustatult arvatakse, et neid kasutakse depressiooni ravis eriolukordades, kui on tegemist melanhoolse, atüüpilise või psühhootilise depressiooniga (15). Sama ravimikasutamise tendents on selgunud ka teistes uuringutes, kus depressiooni raviks kasutati 60% antidepressante ning vähem antipsühhootikume ja meeleolustabilisaatoreid (16).

Kuna antidepressandid moodustasid peamise osa perearstide poolt depressiooni raviks määratud ravimitest, siis edaspidises analüüsis keskendusime sellele ravimirühmale. Antidepressant-ravimivisiitidest tehti 65% perearstide ja 35% psühhiaatrite juurde (visiitide arv vastavalt 41 527 ja 22 460) ning

see näitab, et patsiendid usaldavad oma perearsti depressiooni ravimisel. Eestis tehtud rahulolu-uuringutes perearstiabiga selgub, et patsiendid hindavad kõrgelt oma arsti professionaalsust ja määratud ravi efektiivsust (17). Sama tulemus on ka teistes uuringutes, kus 65% depressiooni põdevatest patsientidest hindas oma perearsti teadmisi ja oskusi depressiooni ravida heaks või väga heaks (5) ning kus suur osa ravimivisiitidest on tehtud perearstide juurde, kusjuures see on aastate jooksul järjest kasvanud (16, 18). Antidepressante määrati ambulatoorsel ravil 23 430 isikule. Perearstid määrasid ravimit 16 887 isikule, psühhiaatrid 8027 isikule. Nendest 1483 isikule määrati ravim mõlema poolt. Antidepressante on raviks määratud kokku 71 486 originaali, nendest 65% (46 158) määrasid perearstid ja 35% (25 328) psühhiaatrid. See näitab, et suure osa depressiooni põdevatest patsientidest ravivad perearstid ja tulemus on analoogne Austraalias tehtud uuringuga, kus perearstid määrasid 86% depressiooni raviks määratud antidepressantidest (19).

Pearstid määrasid depressiooni raviks kõige rohkem SSRIid ja teiseks TCAd, ülejäänud antidepressantide ravimirühmi kokku määrasid perearstid alla 3,5% originaalidest (vt tabel 2).

Sarnane tulemus on saadud ka teistes uuringutes, kus SSRI määramine perearstide poolt osutus kõige sagedasemaks (20). Ka psühhiaatrid määrasid rohkem SSRIid võrreldes teiste ravimirühmadega. Analoogne tulemus saadi USAs tehtud uuringus (21).

Pearstid ja psühhiaatrid määrasid erinevaid antidepressantide rühmi erinevalt. Võrreldes psüh-

Tabel 2. Pearingstide ja psühhiaatrite määratud antidepressandid ravimirühmade järgi (lühendid on toodud tekstis)

Antidepressandi ravimirühm	PA määratud originaalid, n (%)	PS määratud originaalid, n (%)
SSRI	35466 (76,8)	17243 (68,1)
TCA	8924,1 (19,3)	5683,7 (22,4)
SNRI	1310,3 (2,5)	1336,8 (5,3)
NaSSA	326,5 (0,7)	734,6 (2,9)
RIMA	81,6 (0,2)	161,5 (0,6)
NRI	49,3 (0,1)	168,6 (0,7)
Kokku	46157,8 (100)	25328,2 (100)

hiaatritega määrasid perearstid rohkem SSRI, psühhiaatrid aga rohkem kui perearstid TCA, SNRI, NaSSA, RIMA ja NRI ($p = 0,0001$). Pearingstide poolt depressiooni raviks valdavalt SSRI-rühma kuuluvate ravimite kasutamine on kooskõlas depressiooni ravijuhistega. SSRI-rühma antidepressantide eelis teiste ees on nende kasutamise lihtsus ja ohutus, terapeutiline annus saavutatakse sageli ühe tableti manustamisega, kõrvaltoimeid on vähem, samuti ei ole vaja teha vereanalüüse ravimi kontsentratsiooni määramiseks veres (12). Antidepressantide kasutamise uuringus ilmnes selgelt, et perearstid määrasid SSRI-rühma ravimeid alati terapeutilises päevaannuses, mida nad ei teinud TCA ja teistesse ravimirühmadesse kuulunud ravimite puhul, psühhiaatrid seevastu kasutasid TCA-rühma kuuluvaid ravimeid suuremas annuses kui perearstid (19). Uuringutes on leitud, et patsiendid katkestavad ravi TCAga palju sagedamini kui SSRIga (22), millest võib järeldada, et SSRI-ravi kindlustab sagedamini positiivse tulemuse depressiooni ravis. Ravijuhendite alusel kuuluvad komplitseeritud anamneesiga ja kaasuvate psühhiliste häiretega (nt bipolaarsed või psühhootilised depressioonid ja ebatüüpilised depressioonid) patsiendid ravile psühhiaatri juures. Pearingsti kompetentsi kuuluvad kerged ja tavalised rasked depressioonid (23). Sellega on seletatav ka perearstide pisut erinev ravimite väljakirjutamine.

Kuigi nii perearstid kui ka psühhiaatrid määrasid antidepressantidest kõige rohkem fluoksetiini ja estsitalopraami, esines olulisi erinevusi nende poolt toimeaine järgi välja kirjutatud ravimites (vt tabel 3).

Pearingstid määrasid rohkem fluoksetiini, estsitalopraami, tsitalopraami ja nortriptüliini, need

olid üldse sagedamini määratud antidepressandid. Psühhiaatrid määrasid rohkem neid ravimeid, mida koguhulgast vähem määrati. Ainult amitriptüliini määramises ei olnud erinevust. Samuti määrasid psühhiaatrid rohkem harva (alla 1%) määratud ravimeid nagu flufoksamiini (SSRI), imipramiini (TCA), moklobemiidi (RIMA), milnatsipraami (SNRI) ja reboksetiini (NRI). Pearingstide poolt enam määratud ravimid toimeaine järgi kuulusid SSRI-rühma, v.a üks TCA-rühma kuuluv ravim. See näitas veel kord, et perearstid kasutavad sagedamini ja julgemalt SSRI-rühma kuuluvaid ravimeid. Nortriptüliini eelistasid perearstid kasutada vanurite ravimisel.

Pearingstid ja psühhiaatrid määrasid toimeaine järgi 16 erinevat antidepressanti 28 erineva raviminimega. Kõige rohkem määrati Cipralexi (estsitalopraam), Nycofloxi (fluoksetiin), Cipramili (tsitalopraam) ja Seroxati (paroksetiini). Cipralexil, Cipramilil ja Seroxatil nimetasid perearstid ka kõige rohkem eelistuste põhjendusi. Nycofloxi eelistati odava hinna tõttu. Pearingstide nimetatud konkreetsete ravimite eelistuses olid ka need ravimid esimesel kohal. Oma ravimivaliku põhimõtteks nimetasid perearstid teabe olemasolu ravimi kohta ja rõhutasid sealjuures enim määratud ravimeid: Cipralexi ja Cipramili.

Antipsühhootikumide määrati 2959 isikule, perearsti vastuvõtul käis 1921 isikut, psühhiaatri vastuvõtul 1105 isikut ning nii perearsti kui ka psühhiaatri vastuvõtul käis nendest 67 isikut. Antipsühhootikumidest on 59% (5170) määranud perearstid ja 41% (3599) psühhiaatrid. Ka teistes uuringutes on leitud, et antipsühhootikumide ravimivisiitides olulist erinevust ei ole (16). Antipsühhootikumidest määrati depressiooni raviks melperooni, flupentiksooli, tioridasiini, haloperidooli, kloorproteksiini, sulpiridi,

Tabel 3. Perearstide ja psühhiaatrite poolt sagedamini määratud antidepressandid toimeaine järgi (lühendite seletused tekstis)

Toimeaine (antidepressantide rühm)	PA määratud originaalid, n (%)	PS määratud originaalid, n (%)
Fluoksetiin (SSRI)	12650 (27,4)	5882 (23,2)*
Estsitalopraam (SSRI)	11705 (25,4)	5231 (20,6)*
Tsitalopraam (SSRI)	6911 (15,0)	2523 (9,96)*
Nortriptüliin (TCA)	3845 (8,3)	1126 (4,4)*
Paroksetiin (SSRI)	3120 (6,8)	2840 (11,2)*
Amitriptüliin (TCA)	2 882 (6,2)	1570 (6,2)**
Tianeptiin (TCA)	1514 (3,3)	1233 (4,9)*
Venlafaksiin (SNRI)	1257 (2,7)	2140 (4,9)*
Sertraliin (SSRI)	902 (1,9)	610 (2,4)*
Klomipramiin (TCA)	551 (1,2)	1630 (6,4)*
Mirtasapiin (NaSSA)	327 (0,7)	735 (2,9)*

tsüklopentiksooli, amisulpridiini, klosapiini ja risperidooni.

Meeleolustabilisaatoreid määrati kokku 166 isikule. Perearsti juures käis 63 isikut, psühhiaatri juures 106 ja mõlema juures 2 isikut; perearstid määrasid 42% (298) ravimitest ja psühhiaatrid 58% (358). Meeleolustabilisaatoritest määrati depressiooni raviks triheksüfenidüüli, karbamasepiini, valproaati ja gabapentiini. Perearstid määrasid väga vähe meeleolustabilisaatoreid, nagu selgub ka teistes uuringutes (16), sest nende ravimite kasutamise vajadus depressioonis esmatasandi arstiabis ei ole olulise tähtsusega.

Kokkuvõte

Eesti perearstide arvamusuuringust ja ravimite välja kirjutamise analüüsist selgus, et eelistus ja tegelik ravimite määramine ei erine SSRI, TCA ja SNRI osas. Perearstide poolt välja toodud ravimite eelistuse põhjused on depressiooni ravis tunnustatud ratsionaalse ravimi selektsiooni teguritena. Perearstid määrasid psühhofarmakonidest depressiooni

raviks valdavalt antidepressante ja väga vähe antipsühhootikume ning meeleolustabilisaatoreid. Ka ravijuhised soovivad erijuhtudel kasutada ANPSi ja MSTd. Antidepressantidest määrasid perearstid rohkem SSRI-rühma kuuluvaid ravimeid, mida nad nimetasid ka oma eelistuses, kuna neid ravimeid on lihtsam ordineerida ja neil on vähem kõrvaltoimeid, need annavad sagedamini hea raviefekti ja neid võib julgemalt kasutada. Psühhiaatrid määrasid rohkem teisi ravimirühmi ja ravisid depressiooni mitmekesisemalt, kuna nende ravida on ka keerulisema depressiooniga patsiendid. Siiski määrasid ka psühhiaatrid kõige rohkem SSRI-rühma ravimeid. Oluline oli antidepressantide määramisel ravimi kohta saadud info. Eesti perearstid ravisid depressiooni rahvusvaheliselt tunnustatud ravijuhiste järgi ja nende raviminomenklatuuri kasutus ei erinenud psühhiaatrite omast.

Tänuavaldus

Uurimistööd on toetanud Eesti Teadusfond (grant nr 5696).

Kirjandus

1. Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, Vasar V, Luuk K. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord* 2004;78:27–35.
2. Satcher D. Global mental health: its time has come. *JAMA* 2001;285:1697.
3. Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. Report No 1. The prevalence of psychiatric morbidity among adults aged 16–64 living in private households in Great Britain. London: HMSO; 1995.
4. Wells KB, Strum R, Sherbourne CD, Meredith LS. *Caring for depression*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1996.
5. Schwenk TL, Evans DL, Laden SK, Lewis L. Treatment outcome and physician-patients communication in primary care patients with chronic, recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1892–901.
6. Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush AJ. Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research practice guidelines. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1121–7.

7. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;2776:26-30.
8. Maarooos HI, Meisaar K. Does equal availability of geographical and human resources guarantee access to family doctors in Estonia. *Croatian Medical Journal* 2004; 45:567-72.
9. Physician's Desk Reference. Montvale, NJ. Medical Economics Co Inc; 1997.
10. Hall D, Jr. Current clinical strategies. *Handbook of psychiatric drugs*. Laguna Hills, Calif: Current Clinical Strategies Publishing; 1997.
11. Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks a.o.: Sage Publications; 1994. p.643.
12. Gitlin MJ. Pharmacological treatment of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, eds. *Handbook of depression*. New York, London: The Guilford Press; 2002. p.360-82.
13. Zimmermann M, Posternak M, Friedman M, Attiullah N, Baymiller S, Boland R, et al. Which factors influence psychiatrists' selection of antidepressants? *Am J Psychiatry* 2004;161:1285-9.
14. Cohen LJ. Rational drug use in the treatment of depression. *Pharmacotherapy* 1997;17:45-61.
15. Isometsä E. Depressioon. Lönnqvist J, Heikkinen M, Hendriksson M, Marttunen M, Partonen T. *Psühhiaatria*. Tallinn. AS Medicina 2000. lk.111-30.
16. Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olafson M, Zirin DA, Thomson J, et al. Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry and other medical specialties. *JAMA* 1998;279:526-31.
17. Pölluuste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients' perspective: acceptability and satisfaction. *CMJ* 2004;45:582-7.
18. Harman J, Crystal S, Walkup J, Olfson M. Trends in elderly patients' office visits for the treatment of depression according to physician speciality: 1985-1999. *J Behav Health Ser Res* 2003;30:332-41.
19. McManus P, Mant A, Mitchell P, Britt H, Dudley J. Use of antidepressants by general practitioners and psychiatrists in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:184-9.
20. Wilson I, Duszynski K, Mant A. A 5-year follow-up of general practice patients experiencing depression. *Fam Practice* 2003;20:685-9.
21. Petersen T, Dording C, Neault NB, Kornbluh R, Alpert JE, Nierenberg AA, et al. A survey of prescribing practices in the treatment of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26:177-87.
22. Katon W, Von Korff M, Lin E, Buch T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant in primary care. *Med Care* 1992;30:67-76.
23. Depression Guideline Panel. Clinical practice guideline: depression in primary care, 2: treatment of major depression. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1993. AHCPR publication 93-0551.

Summary

Treatment of depression in primary care in Estonia

Depression is among most frequent chronic psychiatric disorders in primary care. Most patients with depression have experienced more than one depressive episode in their lifetime. Effective pharmacological treatments for depression have been available for more than 40 years. The aim of the study was to study the preferences and rationale of family doctors (FD) in pharmacological treatment of depression and to examine the antidepressant prescribing patterns of psychiatrists and FDs. FDs indicated selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) as their first-line treatment preference. The most common factors that influenced antidepressant selection were the effect, ease of administration, presence of specific clinical symptoms, presence of co-morbid psychiatric disorders and price of medicaments. Sixty-five percent

of antidepressant prescriptions made in primary care management were initiated by FDs. SSRIs were the FDs' most frequent initial choice of antidepressant (76.8%) followed by tricyclic antidepressants (TCAs) (19%). FDs prescribed more SSRIs than psychiatrists, and psychiatrists prescribed other antidepressants more frequently compared with FDs. FDs and psychiatrists prescribed similar antidepressants for treatment of depression.

The most commonly used medication prescribed by FDs and psychiatrists was fluoxetine. Estonian FDs treat depression according to internationally accepted guidelines and their prescribing patterns are similar to those of psychiatrists, which demonstrates the FDs' good knowledge of depression treatment.

Pille.Oopik@ut.ee