

Kokkuvõte kliinilisest auditist „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“

Liis Puis, Kadri Suija, Pille Ööpik, Ülle Lomp, Tatjana Meister, Katrin Kivisto

Maailma Terviseorganisatsiooni 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). Põhinedes Tervise Arengu Instituudi andmebaasile diagnoosisid arstid 2000. aastal 4780 ja 2013. aastal 5566 uut haigusjuhtu meeleoluhäirete (F30-39) grupis. Seega võrreldes aastaga 2000 oli aastal 2013 diagnoositud 16,4% võrra rohkem haigusjuhte. Eesti Haigekassa andmebaasi alusel diagnoosisid perearstid aastal 2015 põhidiagnoosina depressiooni (F32) ja korduvat depressiooni (F33) 31 855 patsiendil. Aastast 2011 on Eestis perearstide jaoks loodud „*Depressiooni ravijuhend perearstidele*“ (3). Siiani ei ole hinnatud, kuidas esmatasandil diagnoositakse ja ravitakse esmast depressiooni ning mil määral järgitakse nimetatud ravijuhendit. Tuginedes eelpool mainitule ja sellele, et perearst on tihti esimene arst, kelle poole patsient meeleolulangusele viitavate sümptomitega pöördub, oli vajalik hinnata depressiooni diagnostikat ja ravi esmatasandil. Audititellis Eesti Haigekassa ja selle viisid läbi Eesti Perearstide Seltsi poolt volitatud auditeerijad. Audititellimiskriteeriumitele andis hinnangu ka Eesti Psühhiaatrie Selts.

Auditi eesmärk ja ülesanded

Auditi eesmärk oli hinnata esmase unipolaarse depressiooni diagnostikat ja ravi täiskasvanutel esmatasandi arstiabis. Audititellimise ülesanneteks oli anda hinnang depressiooni põhi- ja lisasümptomite dokumenteerimisele, depressiooni raskusastme kajastamisele haigusloos, muude oluliste tegurite kajastamisele seoses depressiooniga, depressiooni ravitaktikale ja patsientide ravitulemuste jälgimisele.

Auditi aluseks olnud ravijuhendid ja materjalid

Kliinilise audititellimise „*Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil*“ hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti järgmisest juhendmaterjalist: „*Depressiooni ravijuhend perearstidele*“ (3); NICE „*Depression in adults*“ (4); Rahvusvaheliste Haiguste Klassifikatsiooni (RHK-10) diagnostilised kriteeriumid (5).

Auditi valim

Valik auditeeritavatest perearstikeskustest moodustati juhuvalimina ning auditeeriti 35 perearstikeskust. Algses valmis oli 36 perearstikeskust, kuid kahjuks jättis üks perearstikeskus tähtaegselt ravidokumentid esitamata. Igast perearstikeskusest valiti juhuvalimina 2015. aasta jooksul diagnoositud haigusjuhud. Haigusjuhtude valikul olid järgmised eeldused: patsientidel oli aastal 2015 diagnoositud esmakordselt põhidiagnoosina unipolaarne depressioon (diagnoosi koodid: F32, F32.0, F32.1, F32.2) ning patsientidel ei olnud andmebaasis eelneva 11 aasta jooksul kordagi eelpoolnimetatud diagnoosikoode. Lõplikku andmeanalüüsi jäid 240 patsiendi andmed. Valimis oli 66% naisi ja 34% mehi. Patsientide keskmine vanus oli 44 eluaastat.

Lühikokkuvõtte auditi tulemustest

Depressiooni diagnoos on kliiniline ning põhineb Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. versioon (RHK-10) kriteeriumitel. Depressiooni diagnoosimiseks peab esinema vähemalt kaks põhi- ja kaks lisasümptomit valdava osa ajast ning seda vähemalt kahe nädala vältel (va üliägeda alguse ja/või üliraske sümptomaatika korral) (5). Põhisümptomiteks on: 1) meeleolu alanemine; 2) huvide ja elurõõmu kadumine; 3) energia vähenemine. Lisasümptomiteks on: 1) alanenud enesehinnang ja eneseusaldus; 2) süü- ja väärtusetustunne; 3) trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku; 4) enesekahjustuse- või suitsiidmõtted või –teod; 5) häiritud uni; 6) isumuutus; 7) tähelepanu- ja kontsentratsioonivõime alanemine (5).

Depressiooni põhisümptomeid oli kirjeldatud meie poolt hinnatud ravidokumentidest 70% tervisekaartides, seega kolmandikes kaartides põhisümptomeid kirjeldatud polnud. Kõige enam oli märgitud põhisümptomitest alanenud meeleolu (73%), järgnesid energia vähenemine (49%) ja huvide ning elurõõmu kadumine (42%). Depressiooni lisasümptomeid oli kirjeldatud 80% tervisekaartides. Viimastest levinuim oli 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) välja kirjutamiseks 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 vajadusel lisauuringute kaasabil somaatilise haiguse väljalülitamisel), siis 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 sümptomidele sarnaseid sümptomeid võivad

põhjustada ka mitmed somaatilised haigused. Seetõttu on patsiendi objektiivne läbivaatus ning vajadusel tehtavad laboratoorsed ja instrumentaalsed uuringud tihti vajalikud. Auditeeritavatest ravidokumentidest tuli välja, et lisauuringuid oli diagnoosimise etapil tehtud 32% patsientidest. Enim olid kasutusel laboratoorsed uuringud (88%), järgnesid piltdiagnostika (21%), EKG (44%), uriinianalüüs (22%).

Toetava meetodina meeleoluhäire hindamisel ja sõeluuringu eesmärgil võib kasutada patsientidel ka enesekohaseid küsimustikke, mis on kasulikud ka sümptomite dünaamika hindamisel. Auditis selgus, et depressiooni diagnoosimise ja ravi hindamise käigus oli 35% juhtudest kirjeldatud enesekohase küsimustiku kasutamist. Neist levinuim oli Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik (EEK-2) (92%).

Väga oluline on, et iga depressiivse patsiendi puhul tuleb puudutada ka suitsiidmõtete küsimust ning tavaliselt vastab patsient otsesele küsimusele ka ausalt (3,6). Enesetapumõtete kohta küsimine on väga oluline just seetõttu, et suitsiidohtlik patsient tuleb suunata erakorraliselt psühhiaatri juurde ning seejärel vajadusel haiglaravile (3,4). Suitsiidmõtteid oli hinnatud 7% meie poolt hinnatud ravikaartides.

Depressiooni kaebuste kestust oli kirjeldatud konkreetselt 42% ravidokumentides, samal ajal 9% dokumentides oli patsiendi sümptomite kestus alla kahe nädala, mis on vastuolus diagnoosi kriteeriumitega. Lisaks esines mitmetes kaartides ebamäärasust sümptomide kestuse kirjeldamisel (nt „pensionieast“).

Antud auditi raames läbivaadatud ravikaartidest oli depressiooni raskusastet (kerge, mõõdukas, raske) kirjeldatud 37% ravikaartides. Kuna ravivalikud sõltuvad paljuski depressiooni raskusest, siis tuleks see kindlasti määrata. Patsiendi töövõimelisust ja toimetulekut oli kirjeldatud 46% dokumentides. Depressioon on aga teadaolevalt oluline töövõimekaotuse põhjustaja ning Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel tõuseb depressioon 2020. aastaks teisele kohale töövõimekaotuse põhjustajana mõõdetuna DALYdes (*disability adjusted life years*) (3). Patsiendi psühhosotsiaalset staatust (pereseis, suhted, töö, sõbrad, harrastused) oli kirjeldatud 66% 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% ravikaartides. Kuna depressiooni korral on kaasuvate psüühikahäirete (ka sõltuvust tekitavate ainete (kuri-)tarvitamine) esinemise tõenäosus üsna kõrge, on vajalik selle

kohta küsida ning vajadusel planeerida lisasekkumised (4). Arvestades depressiooni ja ärevushäirete sagedast koosinemist hinnati ka ärevussümptomite kirjeldamist patsientide ravidokumentides ja selgus, et 58% dokumentides oli kirjeldatud patsiendil depressiooniga koos ka ärevuse sümptomeid. Lisaks ärevusega kaasnevatele sümptomitele oli 32% ravidokumentides kirjeldatud veel patsiendil esinevaid muid sümptomeid. Viimastest olid levinuimad liiges-, lihas- ning peavalud.

Depressiooni raviks kasutatakse sõltuvalt patsiendist ja haiguse raskusastmest farmakoteraapiat, psühhoteraapiat, toetavaid ravisekkumisi (sh eneseabi) ning vajadusel suunatakse patsient edasi psühhiaatri konsultatsioonile või haiglasse. Auditi käigus ilmnis, et esimesel visiidil oli alustatud farmakoteraapiat antidepressandiga 58% patsientidest. Kõige rohkem ehk 63% 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% patsientidest ja uinuteid 14%. Veerandis kaartidest (25%) oli arsti märke patsiendile antud muude soovitusete kohta, nagu näiteks eluviiside muutmise soovitused (trenn, vaba aeg jm). Hinnatud patsientidest 37% oli suunatud edasi, neist 55% psühhiaatritele, 50% psühholoogile ja 11% mõne teise eriarsti juurde (neuroloog, endokrinoloog, kardioloog). Mõned patsiendid olid suunatud korraga mitme spetsialisti juurde. Samal ajal enesekahjustuse- või suitsiidmõtetega ja -tegedega patsientidest (n=14) oli edasi suunatud 8.

Antidepressante saavad patsiendid vajavad hoolikat jälgimist depressiooni süvenemise ja suitsiidmõtete tekkimise suhtes, eriti ravi alguses ja siis, kui annust suurendatakse või vähendatakse (3). Ravi alguses on patsiendile vajalikud sagedased arsti vastuvõttud selleks et hinnata ravi tõhusust, suitsiidmõtteid, ravimi kõrvaltoimeid ja psühhosotsiaalset toetust (3). Akuutravifaasis peaks farmakoteraapiat saav patsient olema jälgitud ja hinnatud iga ühe kuni kahe nädala järel ning probleemide tekkimisel (nt kõrvaltoimed) peaks tal olema võimalus arstiga ka varem ühendust saada (3,4). Antud auditi raames hinnati kokku kolme järelvisiiti. Esimesel järelvisiidil käis 57% valimi patsientidest ning neist 73% patsiendi ravikaardis oli kirjeldatud sümptomaatika dünaamikat. Farmakoteraapia toimivuse/mittetoimivuse kohta oli info 50% ravikaartides ning kõrvaltoimete esinemise/mitteesinemise kohta võis lugeda vähem kui pooltest ravikaartidest. Teisel järelvisiidil käis 47% esimesel visiidil käinutest. Sümptomeid oli hinnatud 81% juhtudest, farmakoteraapia toimivuse/mittetoimivuse kohta oli info 63% kaartides ning kõrvaltoimete esinemise või puudumise kohta oli märke pooltes kaartides.

Kolmandal järelvisiidil käis 45% teisel visiidil käinutest. Sümptomeid oli hinnatud 83% juhtudest ning farmakoteraapia tulemuste kohta oli info 63% kaartides ning kõrvaltoimeid puudutavat infot võis leida 43% juhtudest.

Soovitused tervishoiuteenuse osutajatele

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

Auditeerijate järeldused ja soovitused Sotsiaalministeeriumile, Terviseametile, Eesti Haigekassale ja Eesti Perearsti 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 kasutamise põhimõtteid. Samuti on vajalikud ravidokumentatsiooni täitmise ühtlustamiseks koolitused ja/või juhendmaterjali väljatöötamine.
2. Täienduskoolitused/juhendmaterjalid. Kasulikud oleksid erinevad täiendkoolitused, mis tuletaksid meelde selle häire diagnoosimise ja ravi põhiaspekte ning viiksid perearste kurssi uuemate suundadega (6). Väga vajalik on tagada perearstile erinevate juhendite kättesaadavus ühtsest kohast (6). On arusaadav, et kõike ei jõua ühe visiidi käigus läbi rääkida, seega on kasulik, kui patsient saaks kodus kaasa lugemiseks materjale, milles oleks info haiguse olemuse ja erinevate ravivõimaluste kohta, nii eneseabivõtete kui ka arsti poolt määratavate. Vajalikud on koolitused ja juhendmaterjalid nii arstidele kui patsientidele.
3. Tervishoiukorralduslikud muudatused. Arvestades depressiooni sagedust ja ravi pikaajalisust, tuleks tagada perearstile ja tema meeskonnale (pereõde) piisav ajaline ja

rahaline ressurss antud töö järjepidevaks läbiviimiseks. Väga oluline on psühhiaatri konsultatsiooni võimalus ja et oleks informatsioon ning võimalus suitsiidohtliku patsiendi erakorraliseks suunamiseks. Ravi parema järjepidevuse huvides peaksid olema perearstile kättesaadavad psühhiaatri konsultatsiooni otsused ja epikriisid. See võib olla üheks põhjuseks, miks antud auditi ravikaartides puudusid järgnevate visiitide tulemused, võimalik, et seda viis läbi psühhiaater. Väga oluline on informatsiooni liikumine perearstilt psühhiaatrile ja tagasi perearstile.

Kokkuvõte

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kuigi auditit läbi viies võis leida esmase depressiooniga patsiendi käsitlusel mõningaid puudujääke, on need kõik parandatavad ning loodame, et antud ülevaade andis ettepanekuid, mida muuta ja parandada. Oli hea näha, et paljudes ravikaartides hinnati patsienti kui tervikut ning ei piiratud vaid depressiooni sümptomide kirjeldamisega, vaid hinnati 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. Depressioon Eestis: levimus, seotud tegurid ja tervishoiuteenuste kasutamine; 2014.
3. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, Aluoja A, Vasar V, Suija K, Ööpik P. Depressiooni ravijuhend perearstidele. Eesti Arst 2011; 90(9):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. 2010
5. RHK-10 V peatükk (Psüühika- ja käitumishäired – kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised).
6. Henfrey H. The management of patients with depression in primary care: an audit review. Psychiatria Danubina 2015; 27:201-4