

Kliinilise auditi "Alaseljavaluga patsiendi diagnostika ja ravi kvaliteet esmatasandil"

Kokkuvõte

1. Sissejuhatus

Alaseljavalu on kogunud elu jooksul 84-90% inimestest (1). Enamikul juhtudel on alaseljavalu tekkinud lihaspingest või vigastusest. Mõnikord võib alaseljavalu olla seotud ka tõsisema ja spetsiifilisema haigusega (2). Kuni 7% tööelistest meestest ja kuni 6% naistest pöörduvad perearsti juurde seljavalu tõttu. 15% ajutist töövõimetuse dokumentidest väljastatakse seljavaluga patsientidele (3).

Eesti Haigekassa andmetel oli aastal 2015 radikulopaatiaga (M54.1) ja nimmevaluga (M54.5) seotud ravijuhte 75 577. Üle poolte (61%) ravijuhtudest oli üldarstiabis ja 18 % neuroloogias. Alla veerandi (10%) ravijuhtudest oli taastusravis.

Kuna alaseljavalu on kogunud elu jooksul suur hulk inimesi ja esmalt pöörduvad patsiendid eelkõige perearsti poole, siis oli oluline hinnata alaseljavalu käsitlust esmatasandil.

2. Auditi korraldus

Kliinilise auditi "Alaseljavaluga patsiendi diagnostika ja ravi kvaliteet esmatasandil " viisid läbi järgmised Eesti Perearstide Seltsi esindajad:

- 1) Doktor Mari Soots (juhtauditeerija);
- 2) Doktor Helve Kansi;
- 3) Doktor Hepp Nigol;
- 4) Doktor Urmas Takker;
- 5) Arst-resident Mariliis Tiidermann.

Eesti Haigekassa esindajad olid järgmised:

- 1) Ravikvaliteedi talituse spetsialist Tiina Unukainen- auditi üldkoordineerimine;
- 2) Infrastruktuuri talituse peaspetsialist Priit Lund- andmesisestusplatvormi loomine;
- 3) Ravikvaliteedi talituse analüütik Sirli Joonas- andmeanalüüs.

3. Auditi eesmärk

Auditi eesmärk oli hinnata ägeda alaseljavaluga 20.-55. aastaste patsientide käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule.

Auditi ülesanded olid järgmised:

- hinnata alaseljavaluga patsiendi kohta kogutud anamneesi informatiivsust esmasel pöördumisel (sh kas on välistatud potentsiaalselt ohtlikud või spetsiifilised alaseljavalu põhjused);
- kaardistada perearstide poolt tehtavad objektiivsed uuringud alaseljavaluga pöördumisel;
- kirjeldada kas ja milliseid laboratoorseid ja radioloogilisi uuringuid on patsientidele teostatud;
- hinnata patsientide ravisoovituste tõenduspõhisust;
- kaardistada, kui kiiresti on taastunud mittespetsiifilise ägeda alaseljavaluga patsientide töövõime ja kas seda on mõjutanud psühhosotsiaalsed tegurid.

4. Auditi valim

4.1 Auditeeritud perearstikeskused

Valik auditeeritavatest perearstikeskustest moodustati juhuvalimina. Algselt planeeriti auditeerida 30 perearstikeskust, kuid kahjuks jättis Võrumaa OÜ Perearstikeskus tähtaegselt ravidokumentid esitamata. Seega auditeeriti 29 perearstikeskust.

Igast perearstikeskusest valiti juhuvalimina aasta 2014 jooksul 8-10 haigusjuhtu. Tabelis 1 on esitatud auditeeritud perearstikeskused, haigusjuhtude arv ja maakond, kus vastav perearstikeskus asub.

Lõplikku valimisse jäi 243 haiguslugu.

Tabel 1. Auditeeritud perearstikeskused, ravijuhud ja maakonnad

Perearstikeskus	Auditeeritud ravijuhtude arv	Maakond
Saku Tervisekeskus OÜ	9	Harjumaa
Merelahe Perearstikeskus	9	Harjumaa
Muuga Perearstikeskus	8	Harjumaa
Kai Lauter OÜ	8	Hiiumaa
Perearst Eve Herodes OÜ	8	Raplamaa
OÜ Perearst Ülle Runnel	9	Pärnumaa
Rapla Perearstikeskus	8	Raplamaa
Perearst Mare Lõunat OÜ	8	Läänemaa

OÜ Ülejõe Perearst	9	Pärnumaa
OÜ Perearst Ingrid Tamm	7	Saaremaa
OÜ Elolem	7	Saaremaa
Perearst Männik OÜ	10	Jõgevamaa
Perearst Tiina Rästas	7	Jõgevamaa
Mare Torn OÜ	9	Põlvamaa
Ljubov Kurusk OÜ	10	Põlvamaa
OÜ Laadi & Kõrgesaar	8	Valgamaa
Perearst Eve Rebane OÜ	9	Valgamaa
OÜ Mustla Perearstikeskus	10	Viljandimaa
OÜ Perearst Margit Kivaste	10	Viljandimaa
OÜ Elva Kesklinna Perearstikeskus	10	Tartumaa
OÜ Tartu Kesklinna Perearstikeskus	6	Tartumaa
Rakvere Laste Tervisekeskus OÜ	8	Lääne-Virumaa
OÜ Tapa Perearstikeskus	8	Lääne-virumaa
Türi Tervisekeskus	10	Järvamaa
OÜ Ahtme Perearstikeskus	9	Ida-Virumaa
OÜ Perearst Svetlana Sinkina	9	Ida-Virumaa
Tereza Maskina	6	Järvamaa
Perearstide Keskus Neeme OÜ	6	Ida-Virumaa
OÜ Perearst Viivika Allas	8	Võrumaa

4.2 Haigusjuhtude valik

1) Patsientidel oli aastal 2014 diagnoositud esmakordselt põhidiagnoosina dorsalgia (M54); radikulopaatia (M54.1); ishias (M54.3); lumbaago ishiasega (M54.4); nimmevalu (M54.5); muu seljavalu (M54.8) või täpsustamata seljavalu (M54.9).

2) Patsient oli 20 kuni 55 aastane.

3) Patsiendil ei olnud eelneva 10 a. jooksul kordagi esinenud eelpool nimetatud diagnoose.

5. Ülevaade valimist välja jäänud haiguslugudest

Haiguslood jäid valmist välja järgmistel põhjustel:

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

6. Auditi juhendmaterjalid

Auditi hindamiskriteeriumite koostamisel kasutati järgmiseid juhendmaterjale:

- 1) Ando Vaheri artikkel „Alaseljavaluga haige käsitluse põhimõtted“ (1);
- 2) Soome käsitusjuhend- Alaselkäkipu Käypä hoito -suositus 27.04.2015
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20001> (5);
- 3) European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur SpineJ(2006) 15 (Suppl.2): S169-S191 (4).

7. Auditi hindamiskriteeriumid

- 1) Anamnees

Järgnevalt on esitatud ülevaade, milliseid aspekte hindasime ja kaardistasime anamneesi osas.

Hindasime info olemasolu: alaseljavalu alguse-, kestuse-, valu lokalisatsiooni ja kiirgumise-, valu intensiivsuse-, funktsionaalsete piirangute- ja patsiendi riskitegurite kohta.

Kaardistasime infot trauma ja potentsiaalselt ohtlike alaseljavalu põhjuste kohta (*Cauda equina sündroom*).

- 2) Objektiivne uuring

Järgnevalt on esitatud ülevaade, milliseid aspekte hindasime ja kaardistasime objektiivse uuringu osas.

Hindasime kliinilise uuringu osas objektiivse uuringu teostamist, lülisamba vaatluse ja funktsiooni (liikuvuse hinnangut), lülisamba palpatsiooni/perkussiooni, spondülogrammi teostamist.

Kaardistasime objektiivse uuringu osas järgmiseid aspekte:

- teste motoorika hindamiseks;
- kasutatud venitusteste (näiteks Laségue test);

- normaalsete ja patoloogiliste reflekside testimist;
- hinnangut tundlikkushäirete esinemisele;
- tehtud laboratoorseid analüüse.

3) Soovitused patsiendile

Soovituste osas patsiendile jälgisime, kas patsienti on informeeritud alaseljavalu olemusest ning patsiendi informeeritus aktiivse eluviisi säilitamise osas.

Hindasime, milline ravivorm on patsiendile määratud.

4) Patsientide järgnevad visiidid

Patsiendi järgnevate visiitide osas hindasime valu muutuse monitooringut, funktsiooni muutust ja psühhosotsiaalsete tegurite (*nn. kollaste lippude*) esinemist.

8. Lühikokkuvõte auditi tulemustest

Ägeda alaseljavaluga esmaselt perearsti poole pöördunud patsientide kohta kogutud anamnees oli umbes pooltel juhtudel informatiivne, välistatud olid potentsiaalselt ohtlikud seljahaigused, patsiendi edasine käsitus vastas soovitatud põhimõtetele. Kuid pooltel juhtudel oli dokumenteerimine puudulik. Dokumenteeritud anamneesi põhjal ei saa otsustada, kas patsiendi edasine käsitus on põhimõtetele vastav.

Suuremal osal juhtudest oli teostatud objektiivne uuring, kuid tuleb tõdeda, et liiga suurel osal ei olnud objektiivset uuringut üldse tehtud (21,8% koguvahimist). Enamasti hinnati lülisamba funktsiooni ning liikuvust ja ligikaudu pooltel juhtudel palpeeriti/perkuteeriti lülisammast. *Laségue test* oli tehtud pigem harva. Lülisamba vaatlust ja alajäsemete sensorimotoorset funktsiooni hinnati harva.

Ravisoovituste järgi peab objektiivne uuring olema teostatud kõigil juhtudel tõsise seljahaiguse ja radikulopaatia/närvijuure kompressiooni väljalülitamiseks/avastamiseks. *Laségue testi* võiks kasutada sagedamini, kuna õigesti läbiviidud *Laségue test* on kõige täpsem test närvijuure kompressiooni identifitseerimisel. Röntgenülesvõtteid esmasel kontaktil tehti liiga sageli (23,9% juhtudest) – ägeda mittespetsiifilise seljavalu korral pildidiagnostiliste uuringute tegemine rutiinselt ei ole soovitatud.

Patsientidele antud ravisoovitustes oli esikohal suukaudne medikamentoosne ravi, vähem oli soovitatud aktiivset eluviisi ja selgitatud alaseljavalu olemust (18,1% koguvaimist).

Ägeda alaseljavalu valikravim on paratsetamool, alles teise valikuna soovitatakse lisada valuraviskeemi NSAID ja/või lihasrelaksant. Eelistatud on suukaudsed ravimvormid. Medikamentoosne valuravi määrati 197-l juhul 243-st. Suukaudne ravi määrati 174 -l juhul, lokaalne 73-l juhul, lihasesse süstituna 19-l juhul. Rektaalset ravimvormi ei kasutatud. Auditeeritud ravidokumentides on paratsetamooli soovitatud 21-l juhul koos NSAID preparaatidega. Ainult paratsetamooli ei ole soovitatud kordagi.

Patsientide vaevused olid tihti seotud eelkõige oskamatusena ja/või teadmatusena kasutada ergonoomilisi töövõtteid. Kui perearst ei tea vastavaid venitus- või jõuharjutusi soovitada, saab suunata füsioterapeudi vastuvõtule. Auditi tulemusel selgus, et edasi suunati 35 patsienti, neist 3 füsioterapeudi juurde. Alates aastast 2016 on perearstil võimalik kasutada teraapiafondi võimalusi patsientide suunamiseks füsioterapeudi juurde.

Auditeerimisel selgus, et suur osa haigusjuhte jäi valimist välja, sest oli tegemist RHK10ne alusel ebatäpse kodeeringuga või alaseljavalu ei olnud patsiendil elus esmakordne juhtum. Diagnoosi panemisel oleks korrektne kasutada RHK-10 neljakohalist kodeeringut, mis annaks seljavalu täpsema lokaliseerimise- nimmevalu, valu lülisamba rinnaosas jne. Kolmekohaline kodeering, M54, on väga üldine.

Samuti tuleks alaseljavalu diagnoosimisel kasutada õigeid diagnoosi täpsustusi : "+" elus esmakordselt diagnoositud ja "0" täpsustamata haigusjuhtude korral.

Ägeda mittespetsiifilise alaseljavaluga patsient oli põhiliselt perearstide ravil ja jälgimisel. Eriarstile suunati üldjuhul põhjendatult radikulaarse või mõne muu patoloogia kahtlusega, mõnikord jäi edasisuunamise põhjus/põhjendatus arusaamatuks.

5. Ettepanekud

1) Tervishoiuteenuse osutajatele

Tervisekaartidesse tehtavad sissekanded peavad olema informatiivsemad, kajastama nii anamneesi, objektiivset leidu kui ravisoovitusi sh soovitus patsientidele. Ravidokumentatsioonis kajastada lisaks eelnevale info, kellega patsiendil toimus esmane kontakt (arsti või õega).

Diagnoosi panemisel oleks korrektne kasutada RHK-10 neljakohalist kodeeringut, mis annaks seljavalu täpsema lokalisatsiooni- nimmevalu, valu lülisamba rinnaosas jne. Kolmekohaline kodeering, M54, on väga üldine.

Samuti tuleks alaseljavalu diagnoosimisel kasutada õigeid diagnoosi täpsustusi : "+" elus esmakordselt diagnoositud ja "0" täpsustamata haigusjuhtude korral.

2) Sotsiaalministeeriumile

Auditeerimisel selgus, et suur osa haigusjuhte jäi valimist välja, sest oli tegemist RHK10ne alusel ebatäpse kodeeringuga või alaseljavalu ei olnud patsiendil elus esmakordne juhtum.

Kodeerimise ühtlustamiseks on vajalik koolitus ja /või juhendmaterjali väljatöötamine.

Kvaliteetne töötervishoiualane nõustamine aitaks ennetada alaseljavalu teket. Seega Sotsiaalministeeriumil jätkuvalt arendada töötervishoiuvaldkonda.

3) Eesti Perearstide Seltsile, Eesti Haigekassale

Mittespetsiifilise alaseljavalu käsitusjuhend esmatasandile on vajalik. Hetkel puudub ametlik käsitusjuhend, mistõttu on seljavaluga patsiendi käsitus perearstide poolt väga erinev. Juhend, mis oleks elektroonilisena integreeritud perearsti/pereõe töölauale, aitaks ühtlustada patsiendi käsitlust esmatasandil. Mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendi esmane kontakt on tihti pereõega, seetõttu oleks vajalik korraldada selleteemalisi koolitusi ka pereõdedele märkamaks potentsiaalselt ohtlike alaseljavalu sümptomeid.

Vajalikud oleksid võimlemisharjutuste juhised ägeda ja kroonilise mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendile nii paberkandjal kui elektroonilise variandina.

6. Kasutatud kirjandus

1. Vaher A. Alaseljavaluga haige käsitlese põhimõtted. Eesti Arst 2010.
2. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. Neurol Clin 2007.
3. Spine-health. Lower back pain health. (<http://www.spine-health.com/conditions/lower-back-pain>).
4. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur SpineJ(2006) 15 (Suppl.2): S169-S191.
5. Alaselkäkipu Käypä hoito -suositus
27.04.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>