

Problematika duševnega zdravja na primarni ravni – kako prepoznati depresivno epizodo

Problems of mental health at primary care level
– how to recognise a depressive episode

Janez Rifel, Janko Kersnik

Univerza v Ljubljani,
Medicinska fakulteta,
Katedra za družinsko
medicino, Poljanski nasip
58, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

Janez Rifel, dr. med.
Univerza v Ljubljani,
Medicinska fakulteta,
Katedra za družinsko
medicino, Poljanski nasip
58, 1000 Ljubljana

Ključne besede:

primarna raven
zdravstvene oskrbe,
depresija, zdravstveni
sistem, diagnostika,
zdravljenje

Key words:

primary care, depression,
health sistem, diagnoze,
therapy

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010;
79: 544–547

Prispelo: 25. sept. 2009,
Sprejeto: 9. apr. 2010

Izvleček

Vsak program duševnega zdravja mora obravnavati tudi področje primarnega zdravstvenega varstva. Nobena raven zdravstvenega varstva ne more popolnoma zadovoljiti vseh potreb prebivalstva. Potrebna je stalna podpora, sodelovanje, supervizija, izmenjevanje informacij in izobraževanje med posameznimi ravni. Ljudje z duševnimi težavami morajo biti dejavno udeleženi pri izboljšanju lastnega stanja.

Večino oseb z depresijo zdravijo družinski zdravniki in samo petina jih je napotenih na sekundarno raven zdravstvene oskrbe. Večino ljudi z blagimi duševnimi motnjami ob prvem obisku v ambulanti sicer spregledajo, vendar ravno dobra dostopnost in kontinuiteta storitev zagotavljata, da se odkrije in zdravi večina motenj, ki potrebujejo formalno obliko zdravljenja.

Abstract

Each and every mental health program has to include primary care. No single service setting can meet all mental health needs of the population. Support, supervision, collaboration, information-sharing and education across different levels of care are essential to any system. People with mental disability need to be involved in their own recovery and this must be reinforced at each level of care.

Family physicians treat the majority of depressed patients, only one fifth of the patients are referred to the secondary care. Physicians fail to recognize most of the patients with mild symptoms at their first visit. Good physical accessibility and continuity of care ensure that the majority of disorders that require a formal form of treatment are recognized and treated.

Problematika duševnega zdravja na primarni ravni

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je oblikovala model, ki opisuje optimalno mešanico storitev za ohranjanje duševnega zdravja.¹ Piramida optimalne mešanice ukrepov za krepitev duševnega zdravja predlaga povezovanje različnih storitev za ohranjanje duševnega zdravja s primarno ravni zdravstvenega varstva. Model temelji na načelu, da nobena raven ne more popolnoma zadovoljiti vseh potreb prebivalstva, zato je potrebna stalna podpora, sodelovanje, supervizija, izmenjevanje informacij in izobraževanje med posameznimi ravni. Piramida tudi poudarja, da morajo biti ljudje z duševnimi težavami dejavno udeleženi

pri izboljšanju lastnega stanja in to se mora dogajati na vseh ravneh piramide (Slika1).

Večina oskrbe duševno-zdravstvenih potreb se opravi s samopomočjo ali z neformalnimi oblikami pomoči (na primer društva, verske organizacije, šole). Ko je potrebna dodatna pomoč, se vključijo formalne strukture, najprej primarno zdravstveno varstvo, nato skupnostna in bolnišnična obravnava ter na vrhu piramide specialistična oskrba in dolgotrajna oskrba.

Psihiatrične bolnišnice in specialistična oskrba predstavljajo največji strošek, hkrati pa so to najmanjkrat potrebne storitve, čeprav se ravno te storitve v nekaterih državah najpogosteje uporabljajo. Na nasprotni strani so samopomoč in neformalne oblike skupnostne pomoči, kjer je veliko potreb, ki

pa se lahko oskrbijo s sorazmerno nizkimi stroški.

SZO zato državam daje šest priporočil, in sicer:

- naj zmanjšajo število psihiatričnih bolnišnic,
- naj vzpostavijo skupnostne oblike obravnave duševnega zdravja,
- naj razvijejo duševno-zdravstvene storitve v splošnih bolnišnicah,
- naj umestijo oskrbo duševnega zdravja v primarno raven zdravstvene oskrbe,
- naj vzpostavijo neformalne skupnostne oblike duševno-zdravstvene pomoči,
- promovirajo samopomoč.¹

Psihiatrične bolnišnice so najmanj popularna oblika porabe omejenih virov denarja zaradi svojih visokih stroškov, slabih izidov zdravljenja in kršenja človekovih pravic. Zmanjševanje števila bolniških postelj oziroma deinstitucionalizacija mora biti načrtovan in postopen prehod od prevladujočega institucionalnega modela na model, ki omogoča zdravljenje in oskrbo v skupnostnih oskrbah, splošnih bolnišnicah in najpomembneje s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva. Te strukture pa morajo dobro delovati, preden se sploh začne proces deinstitucionalizacije. Veliko držav je že naredilo napako, ker niso poskrbele za optimalno delovanje primarnega zdravstvenega varstva in ostalih struktur, preden so zaprle institucije. To je vodilo do povečanih problemov marginalizacije, brezdomstva in poslabšanja psihiatričnih bolezni pri ljudeh z duševnimi motnjami.¹

Umestitev obravnave duševnega zdravja v primarno raven zdravstvene oskrbe je odločilna sestavina učinkovitega sistema. Bistvene storitve na tej ravni so zgodnje odkrivanje duševnih motenj, vodenje stabilnih psihiatričnih bolnikov, napotitev na druge ravni, ko je to potrebno, in seveda promocijske in preventivne dejavnosti. Duševno-zdravstvene storitve na primarni ravni zelo izboljšajo njihovo fizično dostopnost, saj so zdravstveni delavci na primarni ravni blizu ljudem. Poleg tega se vsako osebo obravnava holistično, kot osebo, ki ima pridružene še morebitne druge duševne in telesne bolezni. Obisk in obravnava pri družinskem zdravniku je pogosto manj stigmatizirajoča kot

obrnava pri psihiatru. Klinične smernice kažejo, da se večina pogostih duševnih motenj lahko obravnava in zdravi na primarni ravni. V situacijah, ko primanjkuje strokovnjakov na področju duševnega zdravja, integriran pristop z vključevanjem primarne ravni zviša verjetnost, da se bodo bolniki s težavami sploh začeli zdraviti.

Umestitev duševnega zdravja v primarno raven zahteva skrbno usposabljanje in supervizijo zdravstvenih delavcev. Delavci morajo biti opremljeni z znanjem in spretnostmi, ki jim omogočajo izvajanje oskrbe. Izobraževanje s področja duševnega zdravja mora biti del osnovnega izobraževanja pred strokovnim izpitom kot tudi del kontinuiranega medicinskega izobraževanja. Poleg tega sta potrebni tudi primerna podpora in supervizija. Ker zdravstveni delavci pogosto dvomijo v svoje sposobnosti, poleg druge oskrbe, niso motivirani za oskrbo duševnega zdravja, zato sta bistveni stalna podpora in pomoč.¹

Kjer ni vključene oskrbe duševnega zdravja na primarni ravni, je vedno več pritiskov na višje ravni oskrbe. Bolniki so, prvič, nepravilno napoteni na višjo raven, kjer bi se morali ukvarjati z bolj zapletenimi primeri, in, drugič, kjer ni zgodnjega odkrivanja problemov, zdravljenja ali preventive in promocije, resneje zbolijo več ljudi, ki potrebujejo zdravljenje na višjih ravneh.¹

V Sloveniji obstoječe strukture z veliko težavami obravnavajo probleme, povezane z duševnim zdravjem, in težko sledijo izzivom glede potreb prebivalstva.²

Prepoznavanje depresivnih epizod

Večino bolnikov z depresijo zdravijo družinski zdravniki in samo petina bolnikov z depresijo je napotenih na sekundarno raven zdravstvene oskrbe.³ Po drugi strani so raziskave pokazale, da družinski zdravniki spregledajo do 70 % primerov depresije.³⁻⁵ Delež neprepoznanih depresij je večji pri blažjih depresijah. Čim težja je depresija, tem bolj verjetno je, da jo bo zdravnik zaznal.^{3,6,7}

Raziskave so poskušale identificirati demografske dejavnike, ki vplivajo na to, da zdravnik prepozna depresijo pri bolniku.

Nekatere raziskave so pokazale, da je več verjetnosti, da se pravilno ugotovi diagnoza depresije pri ženskah, slabše izobraženih ljudeh, starejših in pri ljudeh, ki so se ločili ali so ovdoveli. Druge raziskave niso pokazale razlik.⁸

Znani sta dve vprašanji, ki se uporabljata za presejanje. (Ti vprašanji sta:) Ali ste bili v zadnjem mesecu (2 tednih) pogosto žalostni, depresivni ali obupani in ali ste v zadnjem mesecu (2 tednih) pogosto opazili, da ste izgubili zanimanje za večino stvari, pri katerih ste sicer uživali. Vprašanji sta zelo visoko občutljivi, saj je pozitiven odgovor na vsaj enega od teh dveh vprašanj pogoj za diagnozo depresivne epizode. Specifičnost pa je približno 60 %.⁹

V Sloveniji je bila na primarni ravni opravljena ena študija, ki je preverjala ukrepanje ob depresivnem bolniku in odločitve glede zdravljenja. Uporabljena je bila vinjeta s primerom bolnice. Več kot 90 % zdravnikov je prepoznalo duševno motnjo pri simuliranem bolniku, 61 % se je odločilo za pravilno ukrepanje.¹⁰

Na Katedri za družinsko medicino smo v letih 2003 in 2004 opravili dve raziskavi, v katerih smo merili prevalenco depresije pri obiskovalcih ambulant družinske medicine.¹¹⁻¹³ V Presečno študijo o delu zdravnikov splošne medicine je bilo vključeno 42 ambulant, skupno 12596 oseb. V raziskavi PREDICT-D je sodelovalo 74 ambulant in 1121 oseb. Kar se tiče depresije, je bila glavna razlika med raziskavama ta, da smo v Presečni študiji zdravnike prosili, naj za vsakega bolnika zabeležijo vse trenutne diagnoze, ki jih ima, pri raziskavi PREDICT-D pa smo prisotnost depresije ugotovili z validiranim vprašalnikom CIDI. (CIDI pomeni Composite International Diagnostic Interview).⁸

V Presečni študiji smo ugotovili prevalenco depresije 2,9 % (3,8 % pri ženskah in 1,8 % pri moških). V raziskavi PREDICT-D je bila prevalenca velike depresije po merilih DSM-IV 5,8 % (6,5 % pri ženskah in 4,4 % pri moških). Po merilih MKB-10 pa je bila prevalenca depresije v raziskavi PREDICT-D 14,5 % (16,4 % pri ženskah in 11,2 % pri moških).

Ko smo primerjali obe raziskavi, smo ugotovili, da so zdravniki v Presečni študiji

pogosteje spregledali bolje izobražene bolnike z depresijo. Ta razlika je bila statistično značilna.⁸

Zaključek

Vsak program duševnega zdravja mora obravnavati tudi področje primarnega zdravstvenega varstva. SZO priporoča vključitev oskrbe ljudi z duševno zdravstvenimi težavami v primarno raven zdravstvene oskrbe kot eno bistvenih komponent zdravstvenega sistema.

V razvitih državah družinski zdravniki že sedaj zdravijo štiri petine vseh bolnikov s pogostimi duševnimi motnjami. Večino ljudi z blagimi duševnimi motnjami ob prvem obisku v ambulanti spregledajo, vendar ravno dobra dostopnost in kontinuiteta storitev zagotavlja, da se odkrije in zdravi večina motenj, ki potrebujejo formalno obliko zdravljenja.

Literatura:

1. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO; London: Wonca; 2008. Dosegljivo na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf.
2. Švab V, Tomori M. Mental health services in Slovenia. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48: 177-88.
3. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 3-12.
4. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002; 325: 1016-7.
5. Greer J, Halgin R, Harvey E. Global versus specific symptom attributions: predicting the recognition and treatment of psychological distress in primary care. *J Psychosom Res* 2004; 57: 521-7.
6. Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 97-105.
7. Karlsson H, Joukamaa M, Lehtinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 354-8.
8. Rifel J, Švab I, Ster MP, Pavlic DR, King M, Nazareth I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 96.
9. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 1144-6.
10. Car J, Kersnik J, Švab I, Rotar-Pavlič D. Ugotavljanje in zdravljenje depresije v slovenski družinski

- medicini. Vinjeta s simulacijo primera. *Zdrav Var* 2006; 45: 90–95.
11. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 362–7.
 12. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 1368–76.
 13. Švab I, Petek-Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav Var* 2005; 44: 183–92.