



Depresija kot javnozdravstveni problem



Vsebina

- Pomen depresije
- Problemi
 - Metodološki problemi (vzorčenje)
 - Utilizacija službe
 - Neprepoznavanje
 - Primarno in sekundarno zdravstveno varstvo
- Študija ODIN
- Študija Predict-D
- Zaključki in predlogi za seminar



KAJ JE DEPRESIJA

- Kronična nenalezljiva bolezen
- Zelo pogosta
- Kronični potek z remisijami
- Težave se pogosto manifestirajo kot somatske
- Obstaja uspešno zdravljenje
- Velik javnozdravstveni problem



Izhodišče

WHO global burden of disease studies
2001 – Depresija

- Četrty največji vzrok za breme bolezni
- Z evaluiranimi intervencijami lahko zmanjšamo za 10-30%
- Zaenkrat zelo slabo odkrivanje in zdravljenje (kot pri večini kroničnih nenalezljivih bolezni)



Pomen

- Depresija je vzrok za tretjino izgubljenih dni z dela in za petino vseh obiskov pri zdravniku v osnovni zdravstveni dejavnosti. Pogosto je zamaskirana v obliki somatskih simptomov, zato se zdravi somatska prezentacija depresije, ne pa depresija sama.
- Oboleli za depresijo imajo podobno povečano umrljivost in slabšo kakovost življenja kot druge kronične bolezni.
- To pomeni: velika finančna izguba , dve tretjini le-te gre na račun izgube produktivnosti.
- Vsaj 80% samomorov naj bi bilo pripisljivih depresiji



Posledice bolezni

- Relaps je pogost v prvih 5 to 10 letih od prve prezentacije, s pogosto remisijo in pogosto preostalo zmanjšano sposobnostjo.
- 12-mesečna remisija je od 80% do manj kot 50%, kar kaže na metodološke težave raziskav.



Razlogi za metodološke težave

- Pristranost v izboru :
 - Populacija (celotna, deli)
 - Obiskovalci ambulate
 - Zdravljeni bolniki (pristranost proti resneje bolnim)
 - Bolniki na sekundarni in terciarni ravni



80% remisija: primer

- Dvostopenjski dizajn. V prvi fazi so naredili skrining za psihiatrično bolezen pri 1994 zaporednih obiskovalcih v 25 ambulantah. Naključno so izbrali 292 bolnikov za drugostopenjski intervju. Pacienti s psihiatričnimi simptomi ($n = 201$) so bili ponovno ocenjevani čez 1 leto in čez 3 1/2 let.
- Ob kontroli večina ni imela nobenih težav.
- **Pravilo je bila delna remisija, ne pa popolna ozdravitev**, veliko pacientov je imelo težave.

Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, vanden Brink W Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability. Arch Gen Psychiatry. 1993 Oct;50(10):759-66.



50% remisija: primer

- 100 bolnikov, obiskovalcev ambulant, ki so imeli nepsihotične psihiatrične težave, so spremljali eno leto.
- Ocena je bila narejena na začetku in čez eno leto.
- Začetna ocena resnosti psihiatrične obolevnosti in ocena kakovosti družbenega življenja sta bila edina prediktorja duševnega stanja čez eno leto.
- Socialni ukrepi so prispevali k hitrejšemu izboljšanju stanja.
- Bolniki s kroničnimi psihiatričnimi težavami so bili starejši, telesno bolni in so dobili več psihofarmakov.

Mann AH, Jenkins R, Belsey E. The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. Psychol Med. 1981 Aug;11(3):535-50



WHO

- WHO študija o depresivnih boleznih v različnih kulturah se je začela leta 1972. Kohorte bolnikov so bile v Baslu, Montrealu, Nagasakiju, Teheranu in Tokiju. Bolnike so ocenjevali na osnovi standardiziranih metod socialnega in kliničnega funkcioniranja.
- **Kontrola čez 10 let** je gledala klinični potek, stike z zdravstveno službo, samomorilnost in socialno funkcioniranje pri 79% bolnikov.
- **Več kot tretjina (36%)** je bila ponovno hospitalizirana v tem obdobju, polovica od njih (18%) je imela zelo neugoden klinični potek.
- Od vseh bolnikov jih je petina (22%) imela vsaj eno epizodo, ki je trajala več kot 1 leto, 10% pa 2 leti.
- **Uspešen samomor je izvršilo 11% bolnikov**, dodatnih 14% je poskusilo samomor.

[Thornicroft G](#), [Sartorius N](#). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. Psychol Med. 1993;23(4):1023-32.



Populacijski vzorec

- Ljudje na določenem področju z diagnozo resne depresije (vzorec 423 ljudi) so intervjuirali in kategorizirali čez 1 leto.
- Veliko ljudi se ni izboljšalo, stanje je bilo slabo.

Sargeant JK, Bruce ML, Florio LP, Weissman MM.

Factors associated with 1-year outcome of major depression in the community. Arch Gen Psychiatry. 1990 Jun;47(6):519-26.



Populacijski vzorec 2

- Populacijski pregled **404 depresivnih mater, ki so bile zaposlene**. Večino so intervjuirali trikrat v obdobju treh let.
- Kroničnost poteka (trajanje več kot 12 mesecev) je bila močno povezana s težavami v otroštvu (indiferentnost staršev, nasilje v družini, spolno nasilje) in s trenutnimi medosebnimi težavami.
- Pomanjkanje pozitivnih izkušenj v času študije je bilo povezano s kroničnostjo poteka.
- Najpomembnejši dejavnik so bili dejavniki iz otroštva.

Brown GW, Moran P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. Br J Psychiatry. 1994 Oct; 165(4):447-56



KOMENTARJI?



Utilizacija

- Neustrezna uporaba zdravstvene službe je resen problem, zlasti v manj razvitih državah, kjer je služb malo.
- V zelo razvitih državah je večji problem neustrezna utilizacija.



Utilizacija

- Ocene prevalence depresije so bile 17.6%.
- Ne glede na to, da so težve resne, je bil stik s psihiatrično službo minimalen.

Surtees PG, Sashidharan SP, Dean C. Affective disorder amongst women in the general population: a longitudinal study. Br J Psychiatry. 1986 Feb;148:176-86.



WHO utilizacija

- 14 držav (6 manj razvitih, 8 bolj).
- Osebni intervjuji na domu pri 60 463 odraslih.
- Prevalenca depresije je bila zelo različna, od 4.3% v Šanghaju do 26.4% v ZDA
- 35.5% do 50.3% resnih problemov v razvitih državah in 76.3% do 85.4% v manj razvitih se sploh ni zdravilo v 12 mesecih pred intervjujem.

[Demyttenaere K](#), et al, Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.



WHO 2

- Osebni intervjuji pri 84 850 odraslih.
- Uporaba zdravstvene službe je bila od 2% v Nigeriji do 18% v ZDA.
- Delež uporabe je bil povezan z bruto nacionalnim dohodkom, porabljenim za zdravstvo.
- Resnost bolezni je bila povezana z uporabo zdravstvene službe, kljub temu je bil odstotek ljudi, ki so se zdravili od 11% (Kitajska) do 61% (Belgija).
- Največji vir oskrbe je bila osnovna zdravstvena dejavnost. Od obolelih jih je imelo vsaj eno kontrolo od 70% pacientov v Nemčiji do 95% v Italiji. Kakovostna oskrba je bila od 10% v Nigeriji do 42% v Franciji.
- Moški, poročeni, manj izobraženi zelo stari in zelo mladi so bili slabše zdravljeni.

Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet: [370, 9590](#), 8 841-850



KOMENTARJI?



Neprepoznavanje

- Ve se, da neprepoznavanje depresije in njeno nezadostno zdravljenje pripeva k slabim učinkom. Veliko študij je bilo narejeno, ki so gledale ta problem.
- Na splošno se ljudje z duševnimi motnjami redko zdravijo, tudi če so stopili v stik z zdravstveno službo.
- Stanje se popravlja in vse več depresivnih ljudi se tudi zdravi, zlasti zato, ker so na voljo učinkovita zdravila.
- Interes farmacevtske industrije za depresijo je zelo velik.



Neprepoznavanje: primer 1

- Prevalenca duševnih bolezni v ambulantni je bila 33.2%. Zdravnik je to ocenil na 14.1%. Najpogostejše bolezni so bile depresija, anksioznost in z alkoholom povezane diagnoze.
- Prisotnost duševnih bolezni in uporaba zdravstvene oskrbe ob kontroli je bila odvisna od demografskih značilnosti in od izhodiščnega psihiatričnega stanja.

Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dunn G. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. Br J Psychiatry. 1997 Jun; 170:529-35.



Neprepoznavanje: primer 2

- >10,000 ljudi s psihiatričnimi simptomi so intervjuirali v VB.
- Manj kot 14% se jih je zdravilo zaradi teh težav. V zadnjem letu se jih je oglasilo pri zdravniku tretjina. Od njih je manj kot 30% dobilo kakršnokoli zdravljenje.
- Skupno je 9% ljudi s težavami prejelo zdravila in 8% svetovanje ali psihoterapijo.
- Dostop do zdravljenja je bil odvisen od zaposlitve, stanu in starosti, ampak najpomembnejša determinanta je bila resnost težav. Spol in socialni status ni vplival na to, ali so se zdravili ali ne.

[Bebbington P](#), et al. Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. Int Rev Psychiatry. 2003 Feb-May;15(1-2):108-14



Nacionalna študija, VB

- V VB so naredili nacionalne študije psihiatrične obolevnosti v 1993 in 2000. Uporabili so standardizirane intervjuje pri ljudeh, starih od 16-64 let.
- Uporaba zdravil se je podvojila pri tistih, ki so se zdravili. Celotna prevalenca duševnih motenj se praktično ni spremenila.

[Brugha TS](#), et al. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. Br J Psychiatry. 2004 Nov;185:378-84.



KOMENTARJI?

- Zdravniki ne znajo odkrivati?
- Propaganda nepotrebnega zdravljenja?
- ?



Osnovno zdravstvo: sekundarnemu

- Depresivni bolniki, ki se zdravijo na primarnem nivoju imajo enake učinke kot tisti, ki se zdravijo na sekundarnem.



Primarno: sekundarno

- 59 žensk so sprejeli zaradi hude depresije, spremljali so jih še 9 mesecev po odpustu. Merili so popolno remisijo in depresivnost. Samo 54% jih je bilo v remisiji.

[Andrew B](#), [Hawton K](#), [Fagg J](#), [Westbrook D](#). Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients? Br J Psychiatry. 1993 Dec;163:747-54.



Pregled literature

- Pregled študij, ki so imele kontrole pri odrasli populaciji.
- Ozdravitev se je povečevala s časom: vsaj polovica se je za kratek čas popravila v 6 mesecih, velika večina se je v daljšem obdobju. Samo četrtnina se je popravila in ostala zdrava 10 let po zdravljenju.
- Četrtnina je doživela relaps v času enega leta, tri četrtine vsaj enkrat v desetletnem obdobju.
- Desetina bolnikov je imela perzistentno depresijo.

Piccinelli M, Wilkinson G. Outcome of depression in psychiatric settings.
Br J Psychiatry. 1994 Mar;164(3):297-304.



Možnosti na primarnem nivoju

- Samo zdravljenje s psihofarmaki ne izboljša zdravstvenega stanja



KOMENTARJI?



ŠTUDIJA ODIN

- 1996: EU financira the Outcome of Depression International Network (ODIN) študijo.
- 2 cilja:
 - Pridobiti podatke o prevalenci, dejavnikih tveganja
 - Oceniti vpliv različnih intervencij.
- Gre za prvo populacijsko študijo, ki je bila tudi randomizirana kontrolna.

DOWRICK C, et al. From epidemiology to intervention for depressive disorders in the general population: the ODIN study World Psychiatry. 2002 October; 1(3): 169–174.



ŠTUDIJA ODIN

- Tisti, ki so bili depresivni, so bili naključno določeni v tri skupine:
 - *Individualna interventcija: Problem Solving Treatment (PST).*
 - *Skupinska intervencija: the Coping with Depression Course (CWD).*
 - *Kontrolna skupina.*



ŠTUDIJA ODIN

- Skupina 1 in 2 so bili ob kontroli bolje kot kontrole.
- Rezultati:
 - Skupina 1: 40% neozdravljenih
 - Skupina 2: 44%
 - Kontrole: 56%



JE MOŽNA PRIMARNA PREVENTIVA?

- Gre za multifaktorsko bolezen, tako kot za bolezni srca in žilja.
- Metode, s pomočjo katere bi napovedovali nastanek depresije, še ni, ne glede na to, da obstajajo znani dejavniki tveganja.



ŠTUDIJA PREDICT-D

KAKO SODELOVATI V RES VELIKEM
PROJEKTU

PREDICT – FW5 projekt (2004-2006)

○ PREDICT

- (Prediction of future episodes of depression in primary medical care
Evaluation of a risk factor profile - Previdevanje nastanka depresije
v osnovnem zdravstvenem varstvu)
- Največji raziskovalni projekt KDM.
- Gre za prospektivno kohortno študijo, s kateri smo poskušali izdelati lestvico, s pomočjo katere bi lahko napovedali nastanek depresije pri sicer asimptomatskih bolnikih.
- Študija je mednarodna, vanjo je bilo vključenih več kot 6500 anketirancev. Slovenija kot partner skrbi za anketiranje 1100 ljudi.
- Logistično je šlo za izjemno zahteven projekt, saj je bilo potrebno vsakega anketiranca obiskati dvakrat letno in se z njim osebno pogovoriti.
- Kljub zahtevnosti se je Slovenija izkazala kot zelo dober partner v tem mednarodnem sodelovanju. Koordinacija študije je bila v rokah dr. Danice Rotar Pavlič, vodja projekta prof. dr. Igor Svab.



Depresija v osnovnem zdravstvu

- Vemo, da je pogosta
 - Vemo, da je pogosto neodkrita
 - Nezdravljena ima lahko resne posledice
 - Zdravljenje v osnovnem zdravstvu je učinkovito
-
- Nič ne vemo o primarni prevenciji
 - Če gre za multifaktorsko bolezen, kot so kardiovaskularne, bi se morda dalo razviti napovedno lestvico



Poznane prevalence

- Depresija 10% -14% (Wright 1994; Shiels 2004)
- Anksioznost - 5-16% (Wittchen et al, 2002)
- Panični napadi – 1.5-13% (Craske et al , 2002)
- Ampak....
- Majhni vzorci
- Samo 1 država



Sklepi

- Veliko depresije je nezdravljene.
- Ne ve se, kateri sociodemografski dejavniki vplivajo na razlike v prevalenci depresije. Lahko gre za neodvisne dejavnike, lahko vplivajo psredno preko dostopnosti.
- Samo klinične intervencije ne bodo rešile problema.
- Potrebno bi bilo uvesti preventivne ukrepe.
- Za to rabimo orodje.

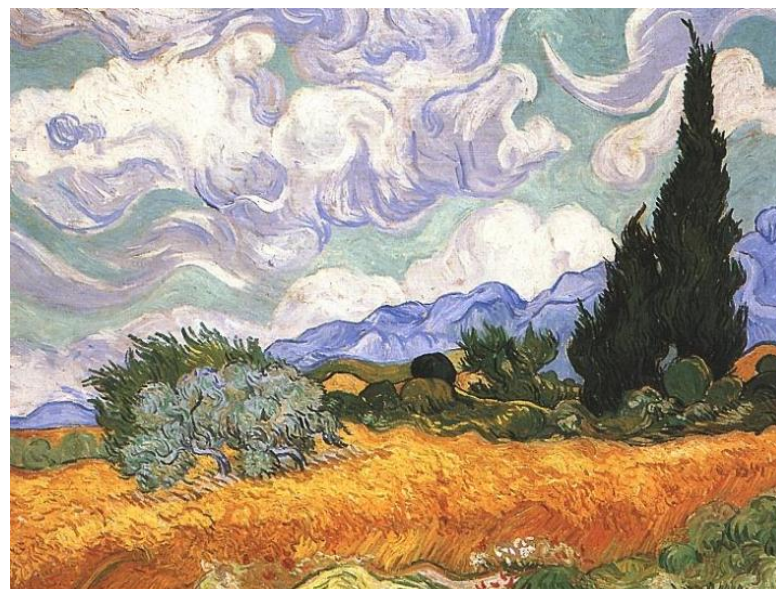
Koncept dejavnikov tveganja

- Poznano je veliko dejavnikov, povezanih z depresijo, ne vemo pa, ali kateri od njih napove depresijo



Začetek: pomlad 2001

- e-mail
- Obisk
- Ponudba za sodelovanje
- Predlog drugih partnerjev
- Ali sploh vem, v kaj se spuščam?
- Pisanje prijave



EU projekt

- 5th framework
- Odločitev za sodelovanje 2002
- Financiranje 3 leta
- 10% denarja po koncu projekta
- Zelo zahtevna administracija





ŠTUDIJA PREDICT-D: Cilji

- Raziskati tveganje za nastanek depresije pri obiskovalcih ambulant družinske medicine
- Razviti in validirati multifaktorsko orodje, ki bi bilo uporabno v družinski medicini.

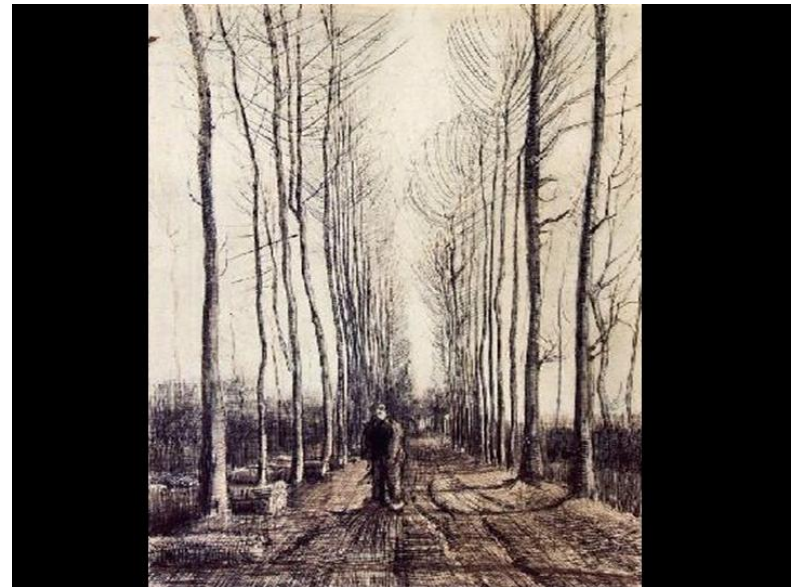


PREDICT-D partnerstvo

- Michael King, Irwin Nazareth, Scott Weich, Carl Walker, Richard Morris
- Francisco Torres-González, Berta Moreno-Küstner
Juan A Bellón-Saameño
- Igor Švab, Danica Rotar, Janez Rifel
- Heidi-Ingrid Maaroos, Anu Aluoja, Ruth Kalda
- Jan Neeleman, Mirjam I Geerlings
- Miguel Xavier, Idalmiro Carraça, Manuel Caldas
de Almeida
- Sandra Saldivia, Benjamin Vicente, Pedro Rioseco

Design

- Prospektivna kohortna študija
- Izbor sodelujočih bolnikov in prvi intervju
- Follow-up pri 6, 12 in 24 mesecih (3 države)
- Osebni intervjuji (1 ura!)
- 1100 pacientov iz vsake države



Vprašalnik

- Individualni dejavniki tveganja
- Okoljski dejavniki tveganja
- CIDI
- Število obiskov pri zdravniku letno



Pilotska študija

- Minimum 40 udeležencev
- Prevod v angleščino in nazaj
- Testiranje zanesljivosti



Flow Chart





Ambulante in države

- **25 v VB**
- **9 centrov v Andalucii**
- **74 ambulant v Sloveniji (nacionalni vzorec)**
- **23 ambulant v Estoniji**
- **7 velikih ambulant v Utrachtu**
- **2 zdravstvena doma v Lizboni**
- **78 ambulant v krajih Concepción in Talcahuano v Čilu.**



OSNOVNI PODATKI



Response rate

- 59% kontaktiranih je pristalo (44-87%)
- 2/3 so bile ženske
- 16,7% žensk in 13,7% moških je imelo manjkajoče podatke



Demografija

	Skupaj (%)	Razpon
Poročeni	66,7	50,2 (Estonija) – 73,3 (Portugalska)
Ne živijo sami	90,1	85,7 (Nizozemska) – 94,5 (Portugalska)
Višja izobrazba	22,1	35,6 (UK) – 97,0 (Portugalska)
Zaposleni	51,5	35,2 (Estonija) - 59,6 (Nizozemska)
Imigranti	7,3	1,7 (Estonija) – 22,0 (Slovenija)



Prevalenca depresije in anksioznosti

	total (%)	range
Depresija ženske	13,9	11,4 (NL) – 18,4 (SP)
Depresija moški	8,5	4,0 (SI) – 11,2 (SP)
Anksioznost ženske	10,0	3,0 (SI) – 20,1 (SP)
Anksioznost moški	5,0	2,0 (NL) – 9,9 (SP)
Panični napadi ženske	9,2	3,4 (NL) – 13,3 (PT)
Panični napadi moški	5,6	3,1 (NL) – 8,8 (UK)



Depresija: ženske

- Standardizirano na demografske podatke
 - UK 1.00
 - Španija 0.95 (0.61, 1.44)
 - **Slovenija 0.34 (0.21,0.55)**
 - Nizozemska 0.63 (0.37,1.10)
 - Portugalska 1.07 (0.62,1.88)



Depresija: moški

○ Standardizacija

- UK 1.00
- Španija 0.62 (0.31, 1.17)
- Slovenija 0.26 (0.12, 0.56)
- Nizozemska 0.25 (0.11, 0.53)
- Portugalska 0.38 (0.17, 0.81)



Anksioznost: ženske

- UK 1.00
- Spain 1.13 (0.64, 2.00)
- Slovenia 0.21 (0.11,0.41)
- The Netherlands 0.33 (0.14,0.74)
- Portugal 0.51 (0.27,0.96)



Anksioznost: moški

- UK 1.00
- Spain 0.90 (0.42, 1.94)
- Slovenia 0.24 (0.09, 0.65)
- The Netherlands 0.27 (0.09, 0.83)
- Portugal 0.32 (0.11, 0.97)



Panični napadi: ženske

- UK 1.00
- Spain 0.69 (0.42, 1.12)
- Slovenia 0.66 (0.41, 1.11)
- The Netherlands 0.30 (0.15, 0.61)
- Portugal 0.88 (0.48, 1.61)



Panični napadi: moški

- UK 1.00
- Spain 0.30 (0,13, 0.70)
- Slovenia 0.37 (0.16, 0.86)
- The Netherlands 0.20 (0.08,0.54)
- Portugal 0.57 (0.24, 1.37)



Sklepi

- Prevalenca je po državah zelo različna
- Depresija
 - M 8.5% range 4.4-12.7%
 - F 13.9% range 6.5-18.4%
- Anksioznost
 - M 5% range 2-9.9%
 - F 10% range 3-20.1%)
- Panični napadi
 - M 5.6% range 3.1-8.8%
 - F 9.2% range 3.1-13.3%



Slovenija: VB

- Depresija

- Ženske – 3x manj v Sloveniji
- Moški – 4x manj v Sloveniji

- Anksioznost

- Ženske – 5 x manj
- Moški – 4x manj

- Panični napadi

- Moški – 3x manj



IDEJE?

Zakaj ima Slovenija tako nizko prevalenco in tako visok odstotek samomorov?



IZDELAVA LESTVICE



Lestvica: 10 faktorjev

- starost;
- spol;
- Dosežena izobrazba;
- Depresija v anamnezi;
- Družinska anamneza psiholoških težav;
- Telesno in duševno zdravje na SF 12;
- Ni pomoči pri težavah na delu;
- Diskriminacija;
- Država



C-index

Country	c-index*	95% CI
All European	0.756	0.705, 0.808
UK	0.793	0.746, 0.840
Spain	0.833	0.775, 0.891
Slovenia	0.761	0.690, 0.833
Estonia	0.852	0.799, 0.905
The Netherlands	0.747	0.693, 0.800
Portugal	0.790	0.767, 0.813

Čile: 0.710 (95% CI 0.670, 0.749).

znan tudi kot Area under the Relative Operating Characteristic (ROC) Curve of sensitivity against 1-specificity. Popoln test ima c enak 1.00

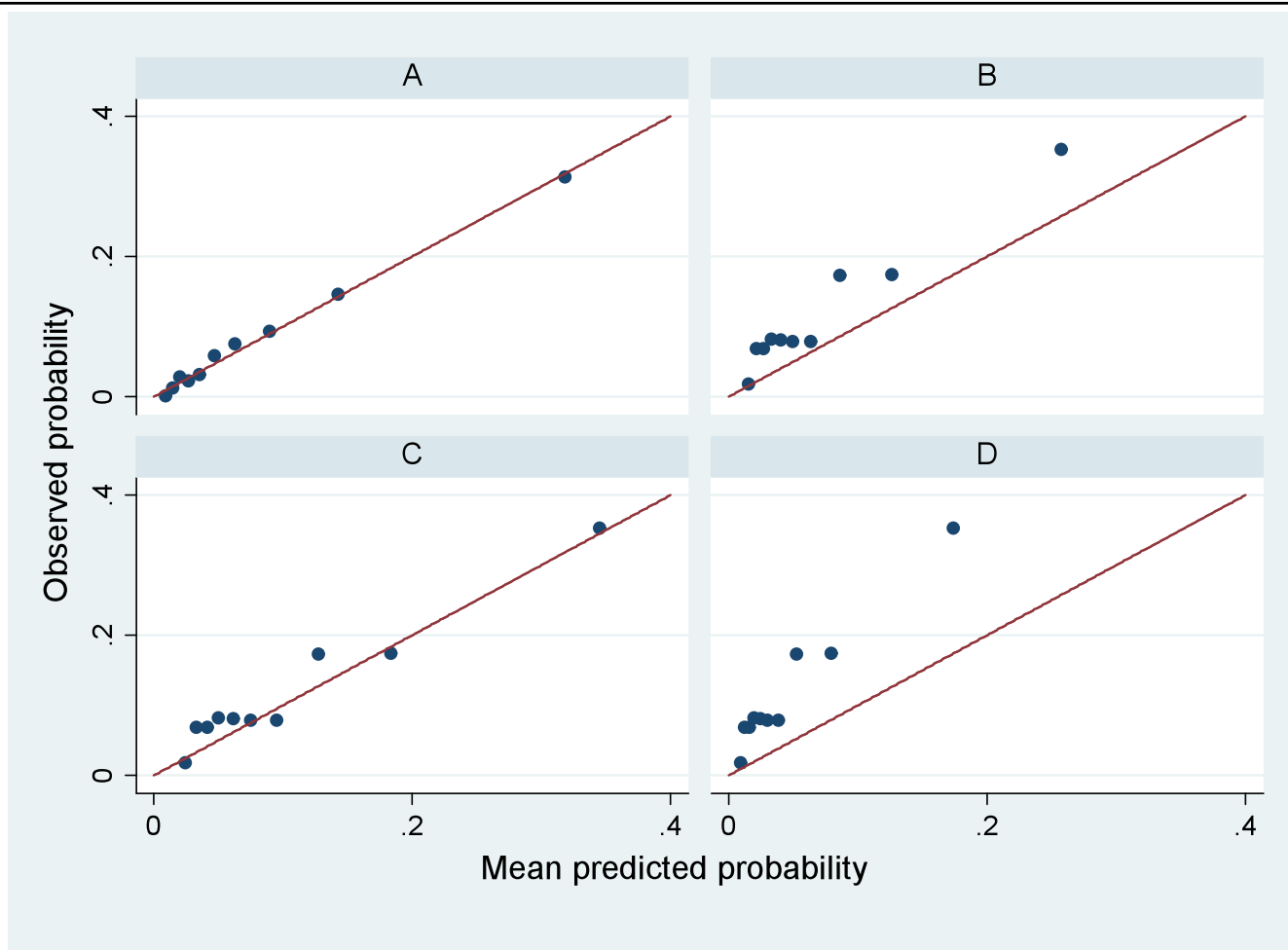


Hedge's g

Country	Hedges g	95%CI
All European	1.28	(1.17, 1.40)
UK	1.02	(0.78, 1.27)
Spain	1.19	(0.97, 1.41)
Slovenia	1.40	(1.06, 1.75)
Estonia	1.09	(0.76, 1.42)
The Netherlands	1.55	(1.25, 1.85)
Portugal	0.99	(0.73, 1.25)
Chile	0.87	(0.69, 1.04)

predvidene verjetnosti so bile logaritmično transformirane in primerjane med depresivnimi in ne-depresivnimi v naslednjih 12 mesecih.

Srednja napovedana verjetnost: dejanska depresija



A: Evropa

B,C D: Evropski podatki, uporabljeni v Čilu:

B: povprečje 6 evropskih držav

C: ob uporabi španskih koeficientov

D: ob uporabi slovenskih koeficientov



Primeri interpretacije

Tveganje 5%

- 47 letni Španec
- Osnovna šola
- Brez težav na delu
- SF 12 mental score 62
- SF12 physical scale score 44
- Brez depresije v anamnezi
- Družinska anamneza psiholoških težav
- Brez diskriminacije

Tveganje 24%

- 62 letna Angležinja
- Visokošolska izobrazba
- Težave na delu
- SF12 mental score 45.6
- SF12 physical scale score 52.8
- Depresija v anamnezi
- Družinska anamneza psiholoških težav
- Diskriminacija na več kot 1 področju

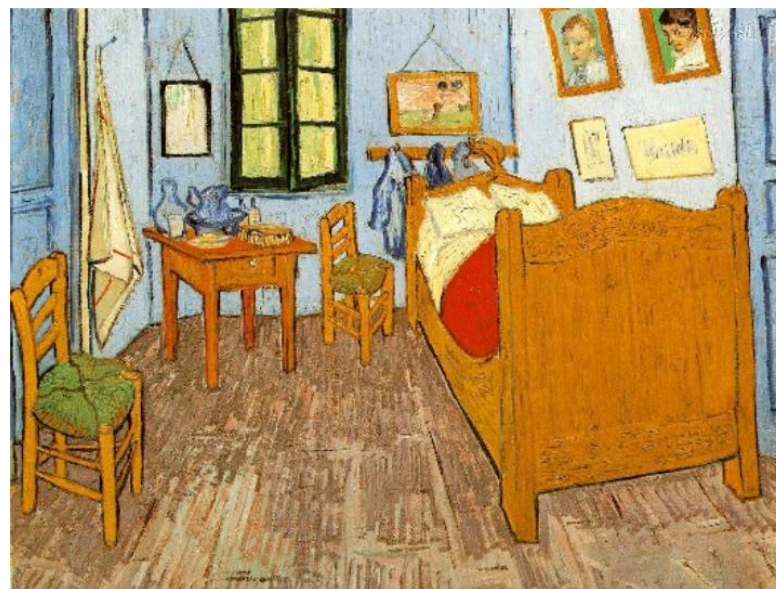


Prednosti in omejitve študije

- Velik vzorec
- Standardizirana metodologija
- Relativno nizek response rate v VB in na Nizozemskem
- Težave pri rekrutiranju v teh državah

Problemi

- EU birokracija
- Samo 3 leta
- Veliko sodelujočih
- Dogovor o publiciranju
- Veliko časa
- Veliko denarja



Ostali rezultati

- “Kolateralni rezultati”
 - Alkohol
 - Anksioznost
 - Panični napadi
- Prijateljstva in zaupanje
- Izvrstna metoda učenja



Kaj pa zdaj?

- Drugi dejavniki (genetika)?
- Uporabnost v praksi?





SEMINAR

- Problem: depresija se v osnovnem zdravstvu največkrat pojavlja kot ena od bolezni.
- Kako je s komorbidnostjo pri depresiji?
- Katere bolezni so tu najpogostejše?
- Kako so metodološko pristopili k temu problemu?
- Kakšni so rezultati?
- Predlog študije?