

# Raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levimus ning majanduslik mõju

**Sten Anspal**  
**Marko Sõmer**

## Tänu sõnad

Autorite siiras tänu kuulub uuringus kasutatud andmete päringutega töötanud riigiasutuste töötajatele:

- Inge Ringmets (Haigekassa)
- Anneli Nappus (Sotsiaalkindlustusamet)
- Martin Pretke (Sotsiaalkindlustusamet)
- Heidi Lillemägi (Maksu- ja tolliamet)
- Liina Kaasik (Maksu- ja tolliamet)
- Terje Lasn (TEHIK)
- Margit Paulus (Töötukassa)

Palju tänu uuringus konsultandina osalenud Dr. Ülle Vöhma'le Põhja-Eesti Regionaalhaiglast.

Ükski ülalnimetatutest ei ole vastutav võimalike vigade eest uuringuaruandes.

Uuringu läbiviimist rahastas UAB "Johnson & Johnson".

# Sisukord

TABELITE LOEND .....	4
JOONISTE LOEND.....	5
<b>1. SISSEJUHATUS .....</b>	<b>7</b>
<b>2. MATERJALID JA MEETODID.....</b>	<b>9</b>
2.1 UURINGU POPULATSIOON .....	9
2.2. ANDMEALLIKAD .....	9
2.3. RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONI HINDAMINE .....	10
2.4. VALIMI KIRJELDUS.....	11
2.4.1. <i>Diagnoositud depressioon</i> .....	11
2.3.2. <i>Depressiooni ravi</i> .....	13
2.3.3. <i>Antidepressantide retseptid</i> .....	17
<b>3. TULEMUSED.....</b>	<b>20</b>
3.2. DEPRESSIOONI HAIGESTUMUS.....	20
3.3. DEPRESSIOONI RAVI .....	21
3.3.1. <i>Ravi saamine</i> .....	21
3.3.2. <i>Raviskeemid</i> .....	22
3.3.3. <i>Levinumad raviskeemid toimeaine järgi</i> .....	25
3.3.4. <i>Depressiooni raviperioodid</i> .....	27
3.4. RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONI (TRD) LEVIMUS .....	29
3.5. VÄLTIMATU PSÜHHIAATRILINE ABI, ENESEKAJUSTAMINE JA SUITSIIDSUS .....	31
3.5.1. <i>Vältimatu psühhiaatriline abi ja enesekahjustamine</i> .....	31
3.4.1. <i>Suitsiidid</i> .....	33
3.6. RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONI MAJANDUSLIK KOORMUS .....	39
3.6.1. <i>Uurimismeetod</i> .....	39
3.6.2. <i>Arstibikulud</i> .....	40
3.6.3. <i>Vähenenud töövõimega seotud kulud</i> .....	41
3.6.4. <i>Töötusega seotud kulud</i> .....	42
3.6.5. <i>Töine tulu ja maksutulu</i> .....	43
3.5.6 <i>Kulud ja saamatajäänud tulu kokku</i> .....	45
3.5.7 <i>Suitsiidide kulu</i> .....	46
<b>KOKKUVÕTE .....</b>	<b>48</b>
<b>KIRJANDUS.....</b>	<b>50</b>
<b>LISA A. RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONI MÄÄRATLUS.....</b>	<b>52</b>
<b>LISA B. TABELID .....</b>	<b>57</b>

## Tabelite loend

TABEL 1. DEPRESSIOONI DIAGNOOSI MAKSIMAALNE RASKUSASTE ESMASE DEPRESSIOONI DIAGNOOSI RASKUSASTME JÄRGI .....	13
TABEL 2. RAVID VASTAVALT RAVITÜÜPIDELE PERIOODIL 2009–2019 .....	23
TABEL 3. KÕIGE LEVINUMAD RAVISKEEMID MONOTERAAPIAS, KOMBINATSIOONRAVIS JA AUGMENTEERITUD RAVIS .....	24
TABEL 4. VÄLTIMATU PSÜHHIAATRILISE ABI JUHTUMID .....	32
TABEL 5. SUITSIIDID DEPRESSIOONIPATSIENTIDE SEAS .....	34
TABEL 6. SUITSIIDIDE KUMULATIIVNE ESINEMUS RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONIGA PATSIENTIDE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA PATSIENTIDE SEAS.....	35
TABEL 7. DIAGNOOSITUD DEPRESSIOONI ESINEMUS POPULATSIOONIS. KÕIK ESMADIAGNOOSITUD JUHTUMID PERIOODIL 2009–2019 .....	57
TABEL 8. DEPRESSIOONI RAVI (ANTIDEPRESSANTRAVI VÕI KOMBINEERITUD RAVI) DIAGNOOSITUD DEPRESSIOONI JUHTUMITE KORRAL. KÕIK ESMADIAGNOOSITUD JUHTUMID PERIOODIL 2009–2019.....	57
TABEL 9. RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONI LEVIMUS RAVI SAAVATE DEPRESSIOONIPATSIENTIDE SEAS. ESMASE DIAGNOOSI AASTA JÄRGI PERIOODIL 2009–2019.....	58
TABEL 10. LEVINUMAD RAVID JA RAVIKOMBINATSIOONID ATC-KOODI JÄRGI .....	59
TABEL 11. PATSIENDI TUNNUSTE JAOTUS RAVIRESISTENTSE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA PATSIENTIDE VALIMIS, MIDA KASUTATI COXI VÕRDELISTE RISKIDE MUDELIS .....	60
TABEL 12. TRD RISKITEGURID (LOGISTILINE REGRESSIOON JÄRJEPIDEVAT RAVI SAANUD DEPRESSIOONIPATSIENTIDE VALIMI BAASIL, SÕLTUV TUNNUS RAVIRESISTENTSE DEPRESSIOONI ESINEMINE VAATLUSALUSE PERIOODI JOOKSUL).....	61

## Jooniste loend

JOONIS 1. ESMANE DEPRESSIOONI DIAGNOOS AASTATE LÖIKES .....	11
JOONIS 2. ESMANE DEPRESSIOONI DIAGNOOS KUUDE LÖIKES .....	12
JOONIS 3. ESMANE DEPRESSIOONI DIAGNOOS AASTATE, VANUSE JA SOO JÄRGI .....	12
JOONIS 4. ESMANE DEPRESSIOONI DIAGNOOS AASTATE JA RASKUSASTMETE JÄRGI.....	13
JOONIS 5. RAVI ESMASE DEPRESSIOONI DIAGNOOSI SAAMISE AASTA JÄRGI (RAVI DIAGNOOSILE JÄRGNEVA AASTA VÕI AASTATE JOOKSUL) .....	14
JOONIS 6. RAVI ESMASE DEPRESSIOONI DIAGNOOSI SAAMISE AASTA JA DEPRESSIOONI RASKUSASTME JÄRGI (RAVI JA MAKSIMAALNE RASKUSASTE DIAGNOOSILE JÄRGNEVA AASTA VÕI AASTATE JOOKSUL). .....	15
JOONIS 7. ESMANE DEPRESSIOONI DIAGNOOS AASTATE JA PSÜHHIAATRI POOLT MÄÄRATUD RAVIDE JÄRGI (PSÜHHIAATRI POOLT MÄÄRATUD RAVI DIAGNOOSILE JÄRGNEVA AASTA VÕI AASTATE JOOKSUL). .....	16
JOONIS 8. RAVI ESMASE DIAGNOOSI JA JÄRGNEVATE AASTATE JÄRGI .....	17
JOONIS 9. ERINEVATE TOIMEAINETEGA ANTIDEPRESSANTIDE ARV AASTATE JOOKSUL PEALE ESIMEST ANTIDEPRESSANDI RETSEPTI .....	18
JOONIS 10. 2019. AASTAL DIAGNOOSITUD VÕI RAVI SAANUD PATSIENTIDE ESMASE DIAGNOOSI AASTA. ....	20
JOONIS 11. DEPRESSIOONI HAIGESTUMUS ELANIKKONNA SEAS. KÕIK ESMADIAGNOOSITUD JUHUD PERIOODIL 2009–2019 .....	21
JOONIS 12. DEPRESSIOONI RAVI (ANTIDEPRESSANTRAVI, PSÜHHOTERAAPIA VÕI KOMBINEERITUD RAVI) DIAGNOOSITUD DEPRESSIOONI JUHTUDE SEAS. KÕIK ESMADIAGNOOSITUD JUHUD PERIOODIL 2009–2019 .....	22
JOONIS 13. 15 KÕIGE LEVINUMAT RAVISKEEMI AASTATEL 2010–2019 .....	25
JOONIS 14. 15NE KÕIGE LEVINUMA RAVISKEEMI KUMULATIIVNE MUUTUS PERIOODIL 2009–2019 .....	26
JOONIS 15. KÕIGE LEVINUMAD DEPRESSIOONI DIAGNOOSIGA RETSEPTID INIMESE KOHTA ARSTI ERIALA JÄRGI (KÕIK DEPRESSIOONI DIAGNOOSIGA RETSEPTID).....	27
JOONIS 16. RAVIPERIOODIDE ARV ESMASE RAVI AASTA JÄRGI .....	28
JOONIS 17. RAVIPERIOODIDE PIKKUSED. ....	29
JOONIS 18. RAVIPAUSIDE PIKKUSED. ....	29
JOONIS 19. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI LEVIMUS PIISAVAT RAVI SAANUD DEPRESSIOONIPATSIENTIDE SEAS ESMASE DIAGNOOSI AASTA JÄRGI PERIOODIL 2009–2019 .....	30
JOONIS 20. RAVIKATSETE ARV PÄRAST TRD MÄÄRAMIST. ....	31
JOONIS 21. POTENTIAALSETE RISKITEGURITE RISKISUHTED DEPRESSIOONIPATSIENTIDE ENESEKAJUSTAMISE RAVIS.....	33
JOONIS 22. SUITSIIDIDE KUMULATIIVNE ESINEMUS DEPRESSIOONIPATSIENTIDE SEAS .....	36
JOONIS 23. POTENTIAALSETE RISKITEGURITE RISKISUHTED SUITSIIDIGA DEPRESSIOONIPATSIENTIDE SEAS .....	37
JOONIS 24. RISKITEGURITE RISKISUHTED ÜLDSUREMUSEGA DEPRESSIOONIPATSIENTIDE SEAS .....	38
JOONIS 25. AASTASED ARSTIABIKULUD GRUPPIDE LÖIKES. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPID VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA .....	41
JOONIS 26. PUUDETOETUSTE KULUD AASTAS GRUPPIDE LÖIKES. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPID VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA .....	42
JOONIS 27. TÖÖTUSEGA SEOTUD TOETUSTE KULUD AASTAS GRUPPIDE LÖIKES. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPID VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA .....	43
JOONIS 28. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPPIDE TÖÖTULU SAAMISE TÕENÄOSUS VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA.....	43
JOONIS 29. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPPIDE KESKMINE AASTANE TÖÖTULU VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA.....	44
JOONIS 30. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPPIDE POOLT MAKSTAV KESKMINE TULUMAKS AASTAS VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA.....	45
JOONIS 31. RAVIRESENTSE DEPRESSIOONI, APA/TE JA RAVILE ALLUVA DEPRESSIOONIGA GRUPPIDE KOGUKULUD JA -TULUD VÕRRELDES KONTROLLGRUPIGA.....	46
JOONIS 32. AD TOIMEAINE PERIOODID .....	52
JOONIS 33. AD TOIMEAINETE PERIOODIDE KOMBINATSIOONID .....	53
JOONIS 34. PSÜHHOTERAAPIA PERIOODID .....	53
JOONIS 35. DEPRESSIOONI RAVI PERIOODID .....	54

JONIS 36. PSÜHROLEPTIKUMI PERIODID .....	55
JONIS 37. PIISAVAD RAVIKATSED.....	55

# 1. Sissejuhatus

Depressioon on levinud haigus, mis mõjutab enam kui 264 miljonit inimest üle kogu maailma [1]. Depressioon võib kujuneda tõsiste tagajärgedega terviseseisundiks, eriti kui tegemist on pikaajalise, mõõduka, raskekujulise või raviresistentse vormiga. Kõige raskematel juhtudel võib depressioon viia enesetapuni. On riike, kus depressioonist tulenevad enesetapud on teatud vanuserühmades üheks sagedasemaks surma põhjuseks.

Raviresistentsel depressioonil (*treatment-resistant depression, TRD*) on erinevaid definitsioone, millest levinuim on see, et patsient ei ole piisavalt paranenud vähemalt kahe antidepressandi ravikuuri tulemusena. Raviresistentse depressiooni levimust depressiooni diagnoosiga patsientide seas ei ole Eestis hinnatud. Põhjamaades jäävad TRD levimuse hinnangud depressioonipatsientide seas 5,75–14% vahele ([2], [3]) ning USAs vastavalt hiljutistele uuringutele 6,6–20% vahele [4]. Ungari registriandmete põhjal hiljuti läbi viidud uuringus [5] saadi raviresistentse depressiooni hinnanguliseks levimuseks 8,3%.

On laialdaselt teada, et depressiooniga seonduvad märkimisväärsed kulud nii üksikindiviidile kui ka ühiskonnale tervikuna, seda nii vähenenud elukvaliteedi, suitsiidide tõttu kaotatud eluaastate, töövõime vähenemise, suurenenud tervishoiu- ja sotsiaaltoetuste kulutuste kui ka inimese enda ja tema lähedaste heaolu vähenemise näol ([6], [7], [8], [9], [10], [11]). Kõigi nende kulude – tervishoiukulud, saamata jäänud maksud ja palk ning suuremad sotsiaalhoolekande kulud – majanduslik dimensioon võib riigiti suuresti erineda tervishoiu- ja sotsiaalkaitse süsteemide eripärade tõttu. Seetõttu ongi vaja hinnata kulusid Eesti riigile spetsiifiliselt, kuna see aitab meil paremini otsustada, kuidas täpselt kasutada meie sotsiaalhoolekande piiratud ressursse. Kuigi Eestis on varasemalt viidud läbi uuringuid vaimse tervise sekkumiste kulu-tõhususe kohta ([12]) ja depressioonipatsientide raviteenuste kasutamise kohta ([13]), puuduvad meil siiani depressiooniga seotud majanduslike mõjude hinnangud. Samuti pole Eestis hinnatud raviresistentse depressiooni levimust depressioonipatsientide seas ega selle seost suitsiidsusega.

Käesoleva vaatlusuuringu eesmärkideks on hinnata registriandmete põhised raviresistentse depressiooni levikut Eesti depressioonipatsientide seas, kirjeldada raviresistentse depressiooniga patsientide raviskeeme, hinnata suitsiidide esinemissagedust nii raviresistentse kui ka ravile alluva depressiooniga patsientide seas ning analüüsida üldiselt depressiooniga ja konkreetselt raviresistentse depressiooniga seotud kulusid sellistest aspektidest nagu saamata jäänud töötulu ja maksud ning kulutused töötusega seotud toetustele.

Olemasolevad andmed depressiooni levimuse ja mõjude kohta Eestis on ebapiisavad: depressiooni levimust on küll hinnatud, kuid eraldi hinnangud raviresistentse depressiooni kohta puuduvad. Hinnanguid ei ole ka depressiooniga seotud suitsiidide esinemise kohta Eestis. Samuti pole Eestis varem tehtud uuringuid selle kohta, kuidas depressioonipatsiendid kasutavad tervishoiuressursse ja millised on depressiooni majanduslikud mõjud. Seda uuringulünka täidetakse, analüüsides Eesti riiklikest registritest pärinevaid registriandmeid.

Uuringu täpsemad eesmärgid on:

- hinnata raviresistentse depressiooni levimust täiskasvanud depressioonipatsientide seas,
- võrrelda raviresistentse ja ravile alluva depressiooniga patsientide suitsiidsust,
- kirjeldada patsientide depressiooniravis kasutatavaid raviskeeme,
- hinnata Eesti raviresistentse depressiooniga patsientide populatsiooni kulu riigile (saamata jäänud töötulu ja maksud, töötusega seotud toetused, tervishoiukulud) võrreldes ravile alluva depressiooniga patsientidega ning sobitatud võrdlusgrupiga, kes depressiooni ei põe.





## 2. Materjalid ja meetodid

### 2.1 Uuringu populatsioon

Uuringu valim sisaldab kõiki inimesi, kes vähemalt korra perioodil 2009–2019 vastasid järgmistele tingimustele:

- omasid haigekassa kindlustust,
- olid 18-aastased või vanemad,
- neile oli vähemalt korra kirjutatud välja retsept või nad said raviteenust, mille puhul oli retseptile või raviarvele märgitud depressioon (F32.X või F33.X) kui põhi- või kaasuv diagnoos.

Valimist **jäid välja** inimesed, kes olid alates 2004. aastast<sup>1</sup> saanud vähemalt ühe retsepti või raviarve, mille puhul kas põhi- või kaasuv diagnoos sisaldas vähemalt ühte järgmistest:

- F20.x (Skisofreenia),
- F22.x (Püsivad luululised häired),
- F23.x (Äge ja mööduv psühhoosiline episood),
- F24.x (Indutseeritud luululine häire),
- F25.x (Skisoafektiivsed häired),
- F28.x (Muud mitteorgaanilised psühhoosid),
- F29.x (Täpsustamata mitteorgaaniline psühhoos),
- F30.x (Maniakaalne episood e. mania),
- F31.x (Bipolaarne meeleoluhäire),
- F38.x (Muud meeleoluhäired), või
- F39.x (Täpsustamata meeleoluhäire),

sõltumata nende vanusest või ravikindlustusstaatuses antud ajahetkel.

Samuti jäid meie valimist välja inimesed, kes olid saanud depressiooni diagnoosiga (F32.X või F33.X) retsepti või raviteenuse enne uuringuperioodi 2009–2019, st 2004–2008 (haigekassa andmed, mille kohta saab päringuid esitada, algavad aastast 2004). Seega sisaldab meie valim inimesi, kes said oma esmase depressiooni diagnoosi ja ravi aastatel 2009–2019, aga mitte neid, kes said depressiooni diagnoosi viie aasta jooksul enne uuringuperioodi. Kõiki patsiente jälgiti 31. detsembrini 2019. aastal või nende surmani, olenevalt sellest, mis leidis aset esimesena.

Ülaltoodud tingimustest lähtuvalt saadi andmed 125 939 inimese kohta. Kuna sinna hulka kuulub suur arv inimesi, kes ei saanud regulaarset või järjepidevat ravi (nt nad olid saanud ainult ühekordse antidepressandi retsepti või retsepte ebakorrapäraste vahedega), piirdusid mõned analüüsid alamvalimiga, kus oli ainult 43 477 inimest, kes said piisavat depressiooniravi (piisava depressiooniravi määratlust on täpsemalt kirjeldatud järgmises alapeatükis).

### 2.2. Andmeallikad

Kasutati andmeid järgmistest registritest:

1. Haigekassa registrid:
  - a. retseptide mikroandmed (st üksikisiku tasemel seostatavad), sh kõik märgitud diagnoosid, retsepti väljastamise kuupäev, ravimi ostu kuupäev, ravimi ATC-kood, ravimi kogus, ettenähtud annus

---

<sup>1</sup> Haigekassa andmed, mille kohta oli võimalik päringuid esitada algavad aastast 2004.

- b. raviarvete mikroandmed, sh kõik märgitud diagnoosid, iga diagnoosi tüüp (peamine, kaasuv või välispõhjus), algus- ja lõpukuupäev, arsti eriala, raviteenuse kood
2. TAI Surma põhjuste register:
- a. surma põhjuste mikroandmed (liigitatud suitsiidina/muuna).

Majandusliku kulu hindamiseks kasutati andmeid alltoodud registritest. Nendest allikatest saadud andmed ei olnud üksikisiku tasemel mikroandmed, vaid gruppide koondandmed (grupid määratleti vanuserühma, soo, depressiooni esmase diagnoosi kuupäeva ja raviresistentsuse põhjal).

3. Haigekassa registrid:
- a. Koondandmed (grupi tasemel) raviteenuste ja ravimite keskmiste kulude kohta depressiooni põdevate ja mitte põdevate inimeste seas perioodi 2009–2019 iga aasta kohta. Andmed sisaldavad järgmist:
    - i. depressiooniravimite (ATC-kood N06AXXX) kulud;
    - ii. muud ravimi kulud;
    - iii. psühhiaatriateenuste kulud (teraapia, akuutpsühhiaatria, statsionaarne psühhiaatriline ravi);
    - iv. ambulatoorse ravi kulud;
    - v. statsionaarse ravi kulud;
    - vi. muud eriarstiabi kulud;
    - vii. õendusabi kulud;
    - viii. muude raviteenuste kulud;
    - ix. raseduse ja sünnituse kulud;
4. Sotsiaalkindlustusameti registrid:
- a. Sotsiaaltoetust saanute arv ning toetuste keskmine summa depressioonipatsientide ning kontrollgrupi seas (sobitatud vanusegrupi ja soo alusel) perioodi 2009–2019 iga aasta kohta. Siia alla kuuluvad järgmised toetused:
    - i. töövõimetuspension,
    - ii. sotsiaalkindlustusmaks, mille riik maksab töötava puudega inimese eest,
    - iii. puudega vanurite toetused.
5. Töötukassa registrid:
- a. Töötushüvitist või töövõimetoetust saanute arv ning toetuste keskmine summa depressioonipatsientide ning kontrollgrupi seas (sobitatud vanusegrupi ja soo alusel) perioodi 2009–2019 iga aasta kohta. Arvesse on võetud järgmised toetused:
    - i. töövõimetoetus,
    - ii. töötuskindlustushüvitis,
    - iii. töötutoetus.
6. Maksu- ja Tolliameti registrid:
- a. Töötamise tõenäosus ning aasta keskmine töötasu depressioonipatsientide ning kontrollgrupi seas (sobitatud vanusegrupi ja soo alusel) perioodi 2009–2019 iga aasta kohta.

### **2.3. Raviresistentse depressiooni hindamine**

Depressioon defineeriti uuringus raviresistentseks, kui 365 päeva jooksul peale esimese ravi algust oli viidud läbi vähemalt kolm erinevat piisava kestusega ravikatset (defineeritud allpool). Tõlgendades ravi teistkordset vahetamist kahe varasema ebaõnnestumisena, on depressioon liigitatud raviresistentseks kolmanda ravikatse alguskuupäevast alates. Kõik ravikatsed pidid olema järjestikused ning viidud läbi sama raviperioodi jooksul. Depressiooni raviperioode defineeriti kui ajaperioode, mis hõlmasid järjestikuseid ravikatseid, mille vahele ei jäänud rohkem kui 90 päeva. Seega, kui patsiendil oli kaks järjestikust raviepisoodi, millele järgnes 3-kuuline paus, mille järel ta sai uuesti ravi, siis loeti kaks esimest kolmandast ravist

erinevasse raviperioodi kuuluvaks ning patsiendi depressiooni ei liigitatud raviresistentseks. Raviresistentse depressiooni tingimustele vastavaks loeti vaid juhud, mil vajalikud kolm ravikatset kuulusid ühte ja samasse raviperioodi.

Iseseisva ravikatsena defineeriti piisav ravi, mille käigus saadi kas antidepressandiga (AD) monoteeraapiat, antidepressantide kombineeritud teraapiat, psühhoteeraapiat või augmenteeritud ravi (psühholoogiliste ravimitega augmenteeritud ehk täiendatud mono- või kombinatsioonravi), mis kestis vähemalt 6 nädalat. Lisaks sellele pidi piisava ravikatses periood sisaldama vähemalt kahte realiseeritud ravimiretsepti (või psühhoteeraapia puhul vähemalt kahte teraapia seanssi). Kombinatsioon- või augmenteeritud ravi puhul pidi ravikatses sisaldama vähemalt kaht retsepti iga raviskeemi komponendi kohta. Antud tingimus oli vajalik selleks, et vältida juhtumeid, kus ravikatsed jäid lõpule viimata ravimi kõrvalmõjude tõttu. On muidugi võimalik, et mõni ravikatses lõpetati peale esimest retsepti, kuna ravim ei andnud soovitud tulemusi (ning peaks seega olema arvestatud nende ravide hulka, mis liigituvad raviresistentsuseni viivate ravide alla). Kahjuks aga ei võimalda andmed eristada selliseid juhtumeid juhtumitest, kus patsient kasutab ravimit päeva või kaks ja lõpetab seejärel kasutamise kõrvalmõjude tõttu. Seetõttu rakendati kahe retsepti reeglit, et kindlasti oleks arvesse võetud ainult tegelikud ja asjakohased ravikatsed.

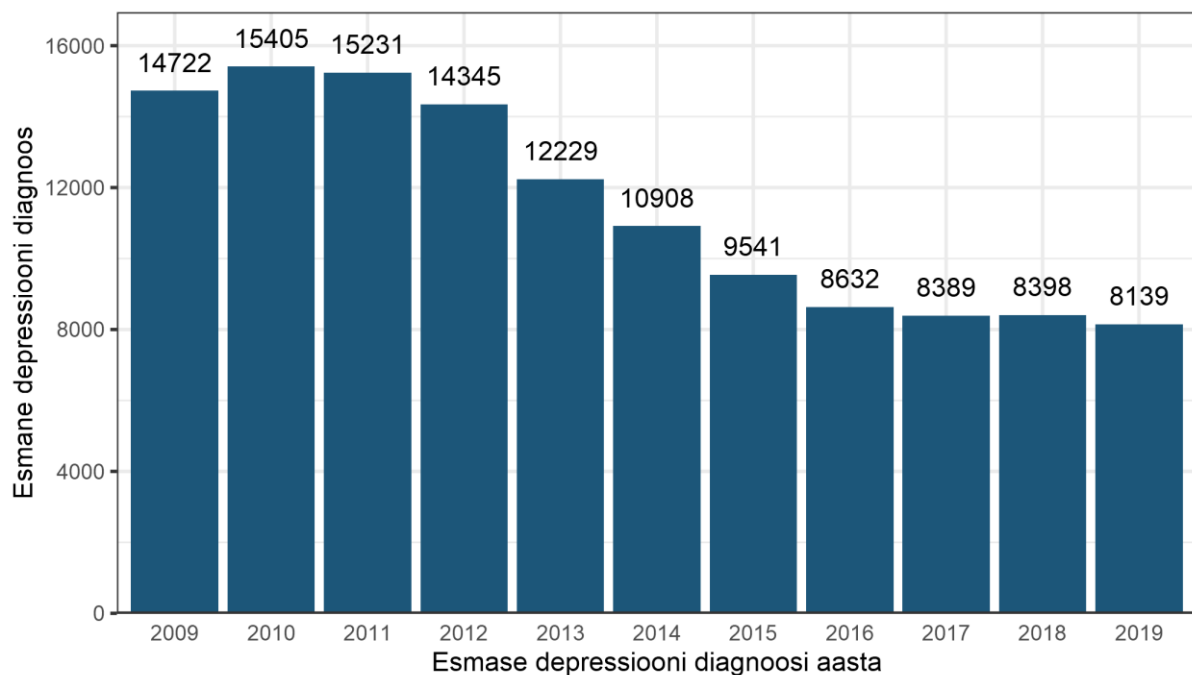
Põhjalikum ülevaade raviresistentse depressiooni määratlemise protsessist on toodud Lisas A.

## 2.4. Valimi kirjeldus

### 2.4.1. Diagnoositud depressioon

Esmakordsete depressiooni diagnooside arv on viimase kümne aasta jooksul vähenenud (Joonis 1). Kui 2010. aastal määrati rohkem kui 15 000 esmakordset depressiooni diagnoosi, siis 2019. aastaks oli neid peaaegu poole võrra vähem.

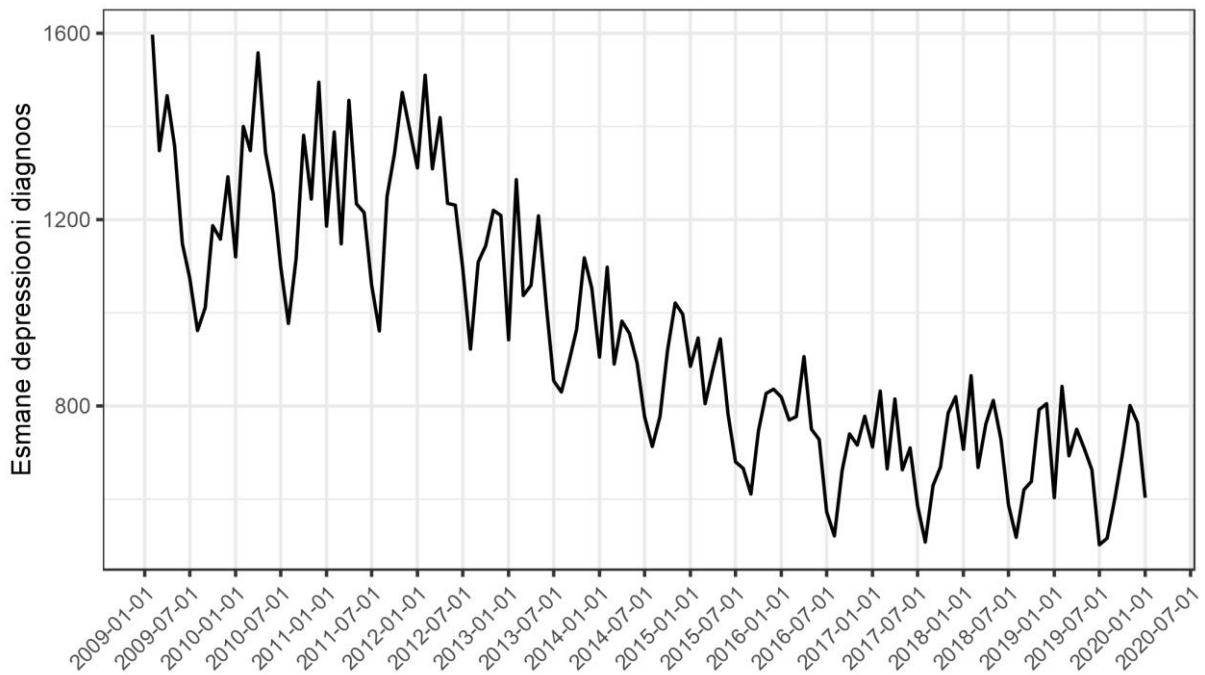
Joonis 1. Esmase depressiooni diagnoos aastate lõikes



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Diagnooside määramist iseloomustab tugev sesoonsus (Joonis 2) – suvekuudel on diagnooside arv oluliselt madalam.

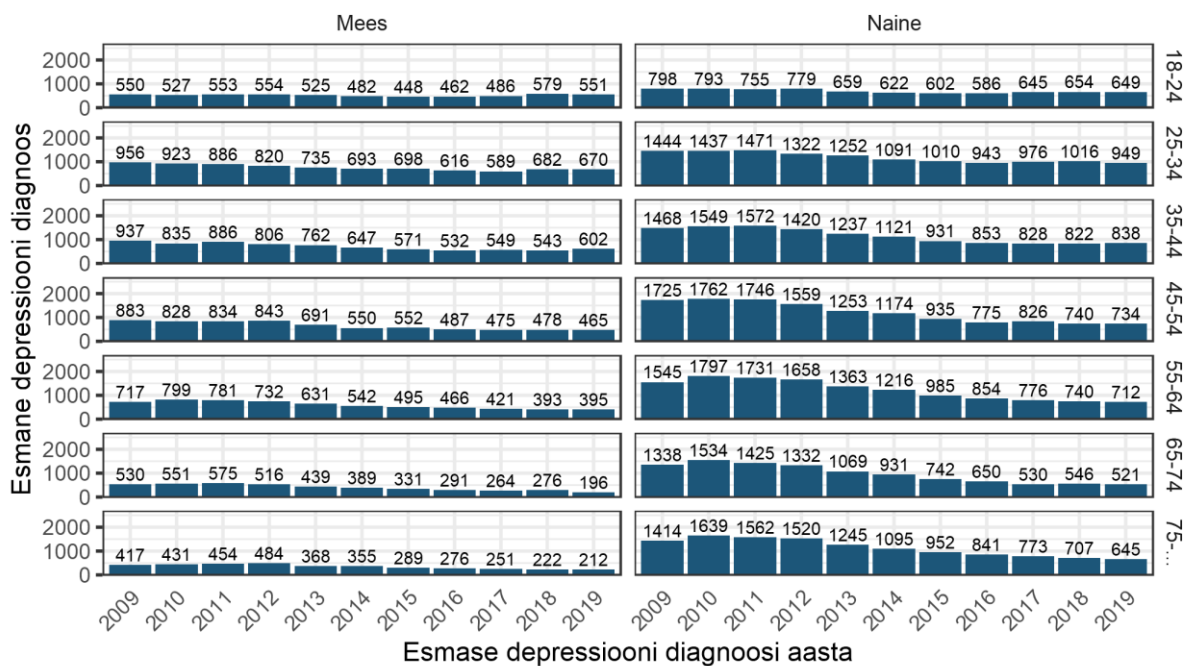
Joonis 2. Esmane depressiooni diagnoos kuude lõikes



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Igas vanusegrupis esines diagnoositud depressiooni rohkem naistel (Joonis 3). Eriti selgelt on see näha vanemates vanuserühmades. Nii meeste kui ka naiste puhul on üle aastate tõusnud noorte osakaal uute depressioonijuhtude seas. Kuna üldiselt on uute diagnooside arv languses, siis väljendab noorte osakaalu tõus pigem depressiooni uute diagnooside arvu vähenemist vanemates vanuserühmades, samas kui nooremate põlvkondade puhul on see viimastel aastatel absoluutarvuna jäänud enam-vähem konstantseks.

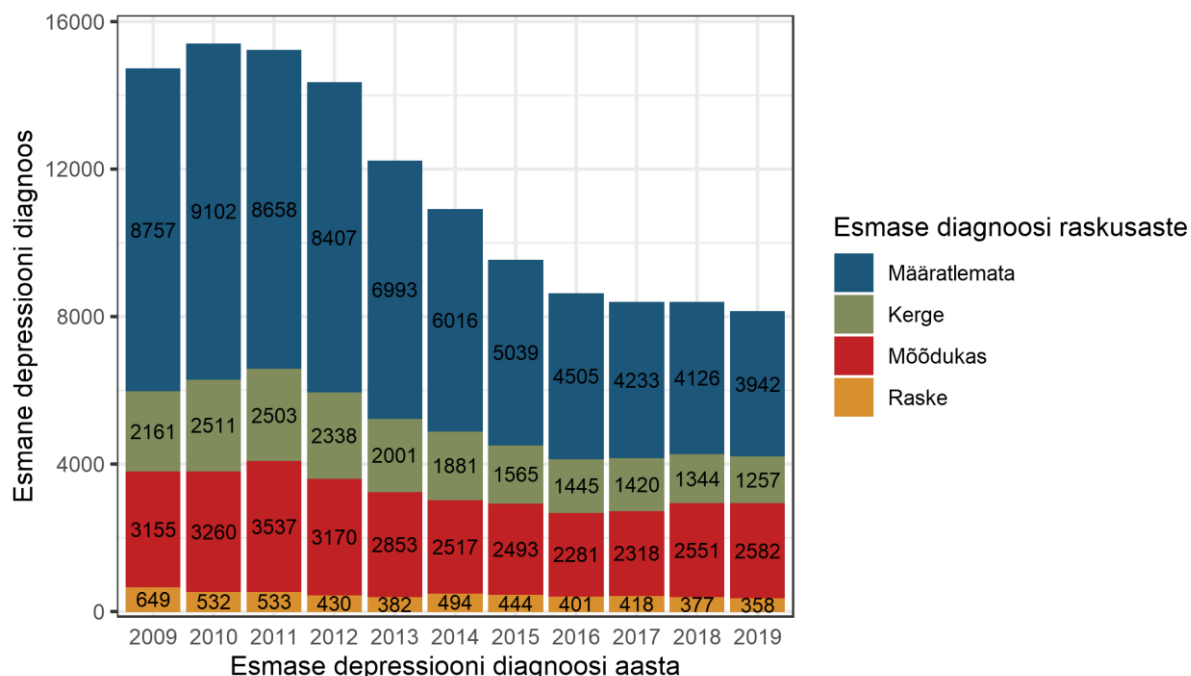
Joonis 3. Esmane depressiooni diagnoos aastate, vanuse ja soo järgi



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Ligi pooltel 2019. aastal uute depressioonijuhtudest polnud määratletud diagnoosi raskusastet, kuid varasemalt oli selliste juhtude osakaal suurem (Joonis 4). Uute depressioonijuhtude diagnoosimise vähenemine ongi eelkõige toimunud just määratlemata raskusastmega juhtude arvelt.

Joonis 4. Esmase depressiooni diagnoos aastate ja raskusastmete järgi



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Inimesele esmakordse diagnoosiga määratud depressiooni raskusaste ei pruugi jääda tema kõrgeimaks raskusastmeks, kuna haigus võib aastate jooksul süveneda. Samas, andmete põhjal paistab, et enamasti haigus aja jooksul ei süvene (Tabel 1). Näiteks kergekujulise depressiooniga patsientidest ainult 15%-l esineb hiljem sellest kõrgem raskusaste.

Tabel 1. Depressiooni diagnoosi maksimaalne raskusaste esmase depressiooni diagnoosi raskusastme järgi

Esmase diagnoosi raskusaste	Diagnoosi maksimaalne raskusaste				Kokku:
	Kerge	Mõõdukas	Raske	Määratlemata	
Kerge	84,6%	12,5%	2,9%		100%
Mõõdukas		93,5%	6,5%		100%
Raske			100,0%		100%
Määratlemata	5,1%	10,1%	3,0%	81,8%	100%

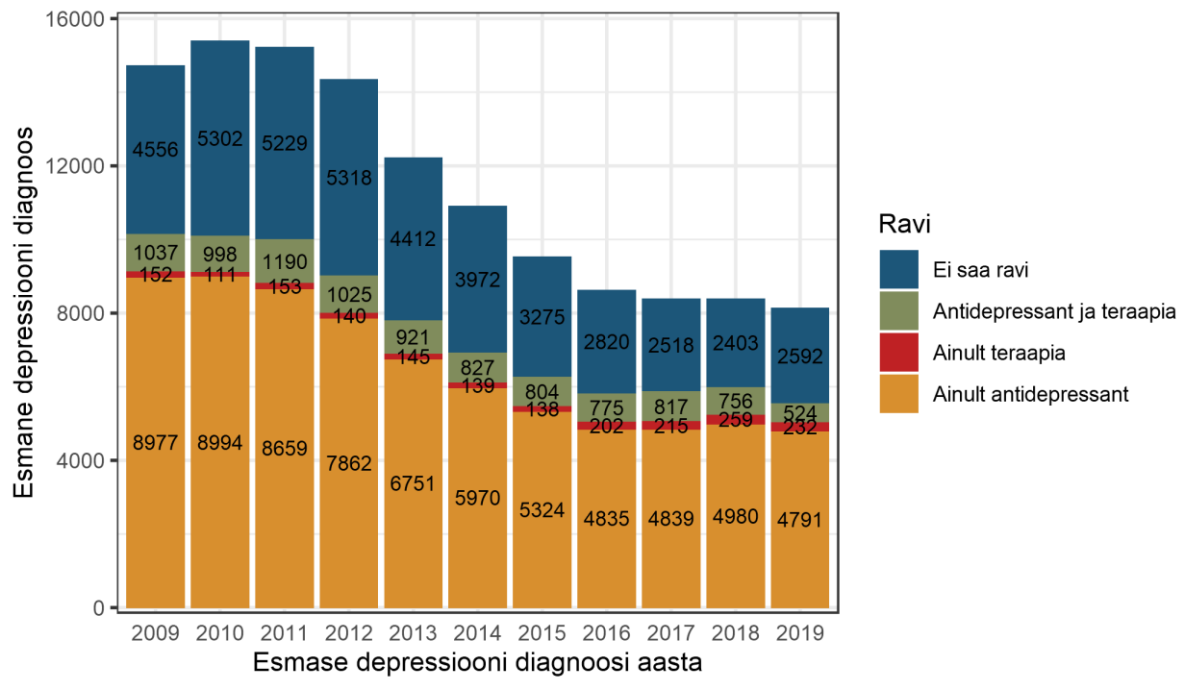
Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

### 2.3.2. Depressiooni ravi

Depressiooni raviks kasutatakse antidepressantravi (AD-ravi) (monoteraapiana, kombineeritud teraapiana või augmenteerituna) või psühhoterapiat. Kuigi ühekordset antidepressandi retsepti või psühhoterapia seansi ei saa pidada piisavaks raviks (piisav ravi eeldab piisava kestuse ja piisava annusega ravi), annab perioodil 2009–2019 depressiooni diagnoosi saanud patsientidele pakutud ravivõimaluste võrdlemine

meile üldpildi erinevatest ravimeetoditest. Umbes 30% depressiooni diagnoosiga patsientidest ei saa mingisugust ravi depressiooni vastu (Joonis 5). Seda nii diagnoosi määramise aastal kui ka kõigil järgnevatel aastatel. Umbes 60% saavad antidepressante ning ainult 8–10% saavad psühhoteraapiat või psühhoteraapiat antidepressantidega kombineeritult. Aastate jooksul on vaid psühhoteraapial põhinev ravi muutunud mõnevõrra levinumaks ravivormiks, kuid võrreldes AD-raviga moodustab see siiski vaid murdosa.

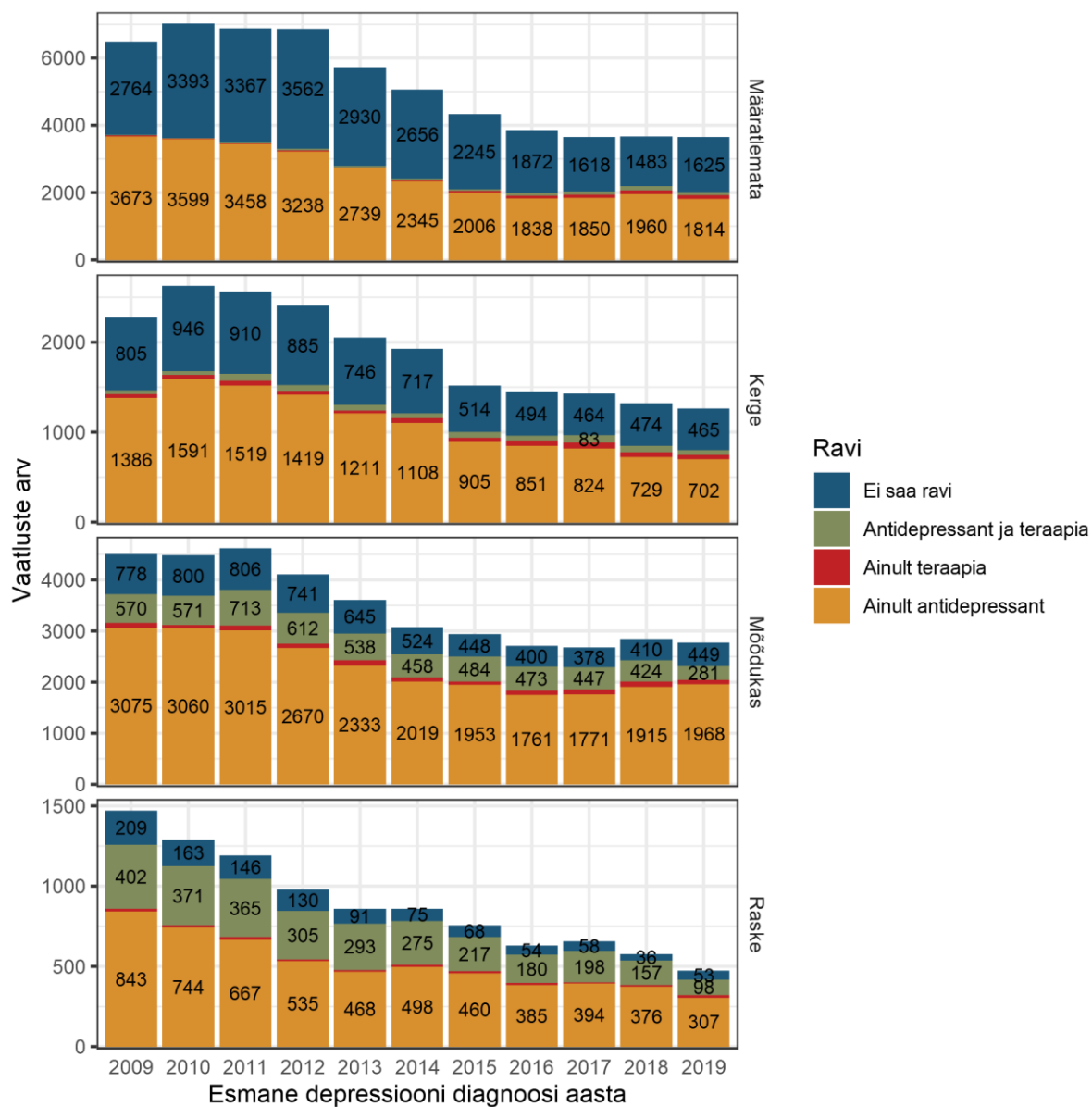
Joonis 5. Ravi esmase depressiooni diagnoosi saamise aasta järgi (ravi diagnoosile järgneva aasta või aastate jooksul)



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Patsiendid, kes ei saa ravi, on üldjuhul diagnoositud määratlemata või kerge depressiooniga (joonis 6).

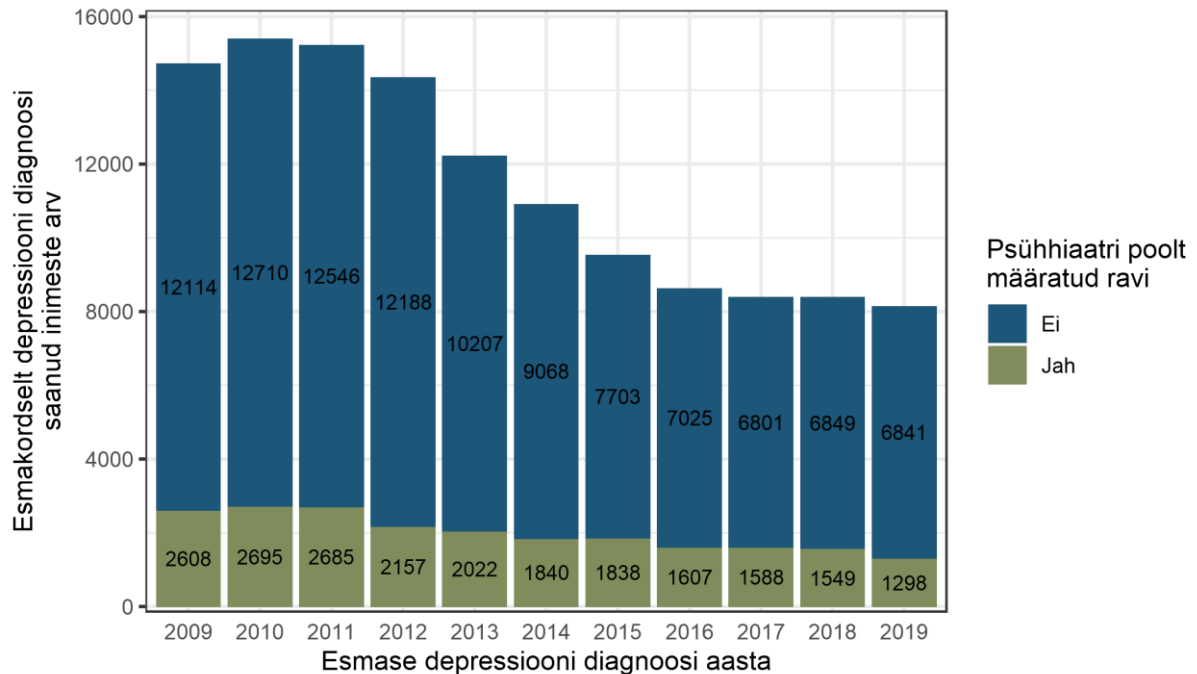
Joonis 6. Ravi esmase depressiooni diagnoosi saamise aasta ja depressiooni raskusastme järgi (ravi ja maksimaalne raskusaste diagnoosile järgneva aasta või aastate jooksul).



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Umbes 18% depressiooni diagnoosiga patsientidest saavad psühhiaatrilist ravi (psühhiaatri poolt määratud teraapia või AD-ravi) (Joonis 7). Psühhiaatrilist ravi saavate patsientide osakaal kõigist ravi saajatest on püsinud aastast aastasse samas suurusjärgus.

Joonis 7. Esmase depressiooni diagnoosi aastate ja psühhiaatri poolt määratud ravide järgi (psühhiaatri poolt määratud ravi diagnoosile järgneva aasta või aastate jooksul).

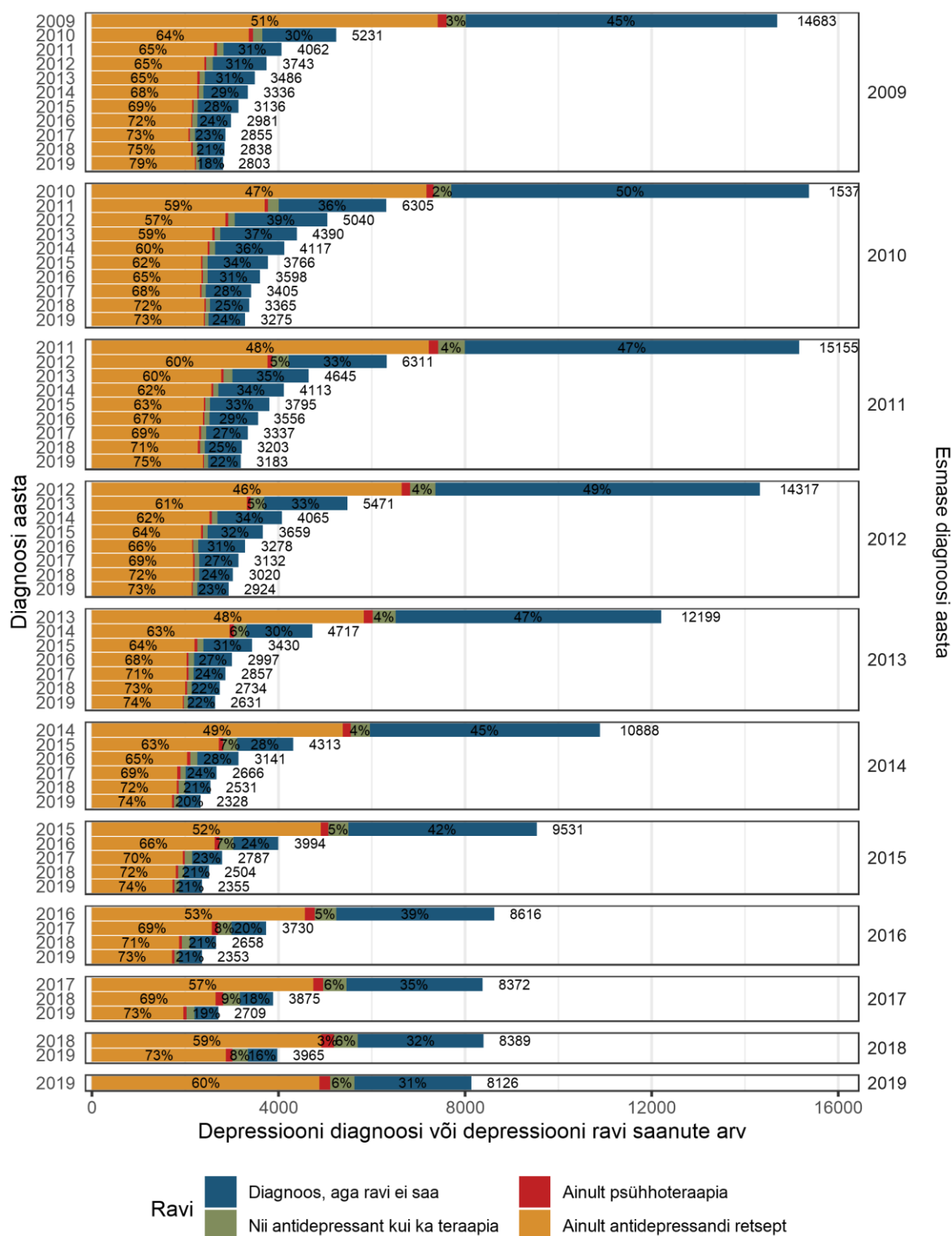


Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

AD-ravi võib kesta väga pikalt. Samuti on juhtumeid, kus raviga ei alustata kohe peale esmast diagnoosi. Aastal 2009 depressiooni diagnoosi saanud patsientidest umbes 45% ei saanud esimesel aastal mingit ravi (Joonis 8), kuid kümne aasta jooksul on see osakaal märkimisväärselt vähenenud. Aastal 2019 depressiooni diagnoosi saanud patsientidest ei saanud esimesel aastal ravi 31%. Umbes pooled ravi saavatest patsientidest jätkavad raviga aasta peale diagnoosi saamist ning umbes kolmandik jätkab ravi ka peale seda. Huvitav on, et ka järgnevate aastate jooksul ei vähene ravi jätkavate inimeste osakaal märkimisväärselt.



Joonis 8. Ravi esmase diagnoosi ja järgnevate aastate järgi



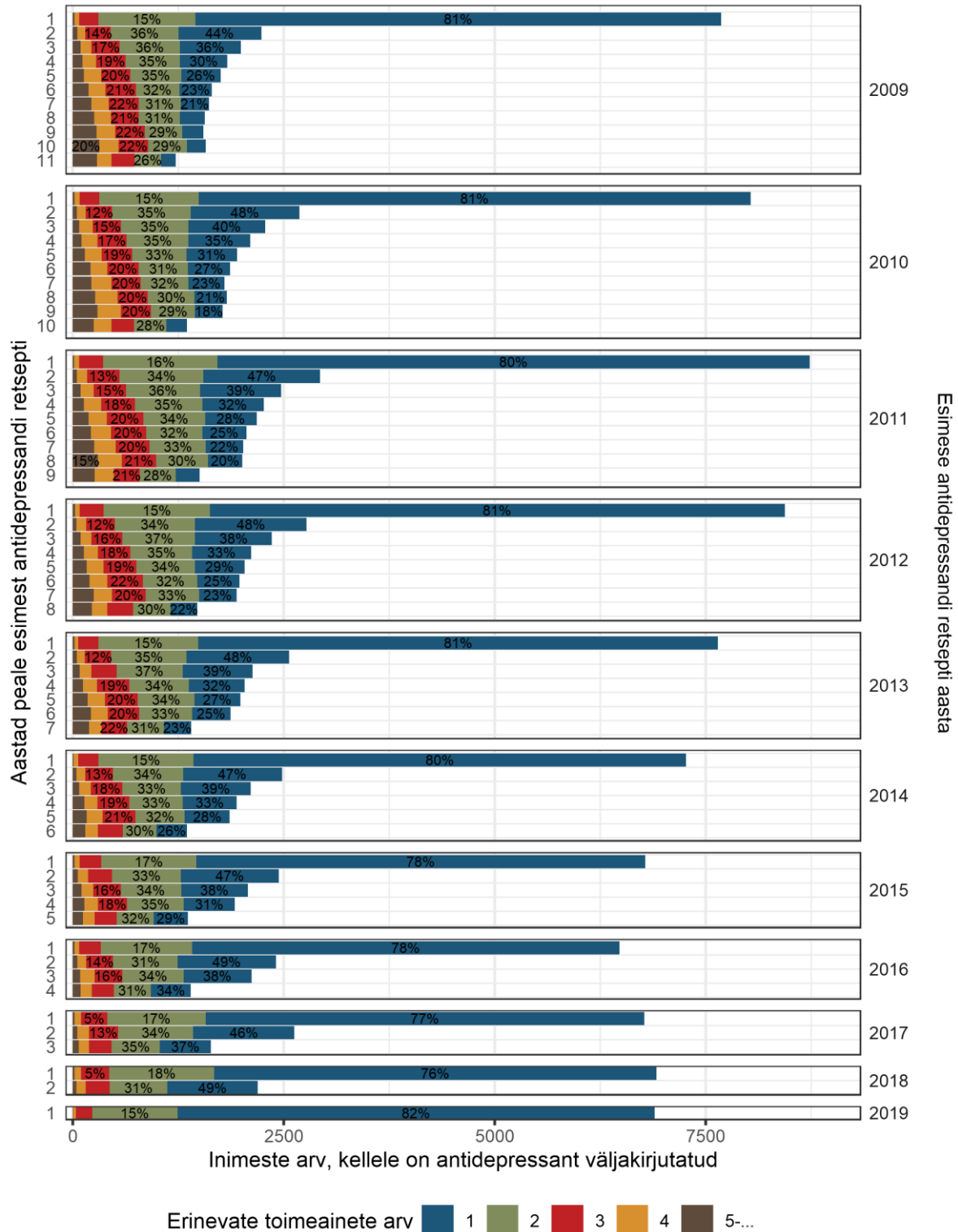
Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

### 2.3.3. Antidepressantide retseptid

Kuigi üldiselt saab erinevate toimeainetega antidepressante suhteliselt suur protsent patsientidest (nt ligi pooled 2009. aastal diagnoositud patsientidest, kes said AD-ravi, on 2019. aastaks saanud rohkem kui ühte toimeainet), ei toimu toimeaine vahetamine enamasti esmase diagnoosi aastal (Joonis 9). Esimese aasta

jooksul peale raviga alustamist, kirjutatakse 95%-le patsientidest välja ainult üks või kaks erinevat toimeainet. Aja jooksul kasvab antidepressandi vahetamise või raviskeemi teise antidepressandi lisamise tõenäosus. Näiteks 81% patsientidest, kellel diagnoositi depressioon ja kes said AD-ravi aastal 2009, said esimesel aastal peale ravi algust ainult ühte tüüpi antidepressanti. Ainult 44% nendest, kes jätkasid AD-ravi järgneval aastal, jätkasid sama antidepressandi kasutamist. Kolmandal aastal langes see näitaja 36%-le jne.

Joonis 9. Erinevate toimeainetega antidepressantide arv aastate jooksul peale esimest antidepressandi retsepti



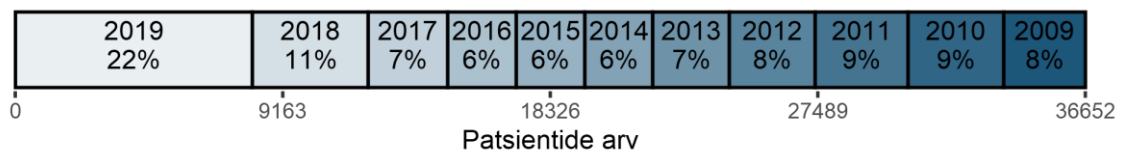
*Allikas: Haigekassa, autorite arvutused*

### 3. Tulemused

#### 3.2. Depressiooni haigestumus

Kuna antud uuringu andmed hõlmavad ainult uusi depressiooni juhtumeid perioodist 2009–2019, ei ole meil võimalik otse hinnata depressiooni üldist levimust elanikkonna seas, sest meil puudub info varem diagnoositud juhtumite kohta. Kuna depressioon võib olla pikaajaline ja korduv häire, tuleb eeldada, et vähemalt mõned enne 2009. aastat diagnoositud juhtumid olid jätkuvalt aktiivsed ja asjakohased ka peale 2009. aastat ning mõned neist on seda kuni tänaseni. Näiteks kõigest 2019. aastal diagnoositud või ravi saanud patsientidest ainult 22% olid saanud oma esmase diagnoosi sellel aastal (Joonis 10).

*Joonis 10. 2019. aastal diagnoositud või ravi saanud patsientide esmase diagnoosi aasta.*



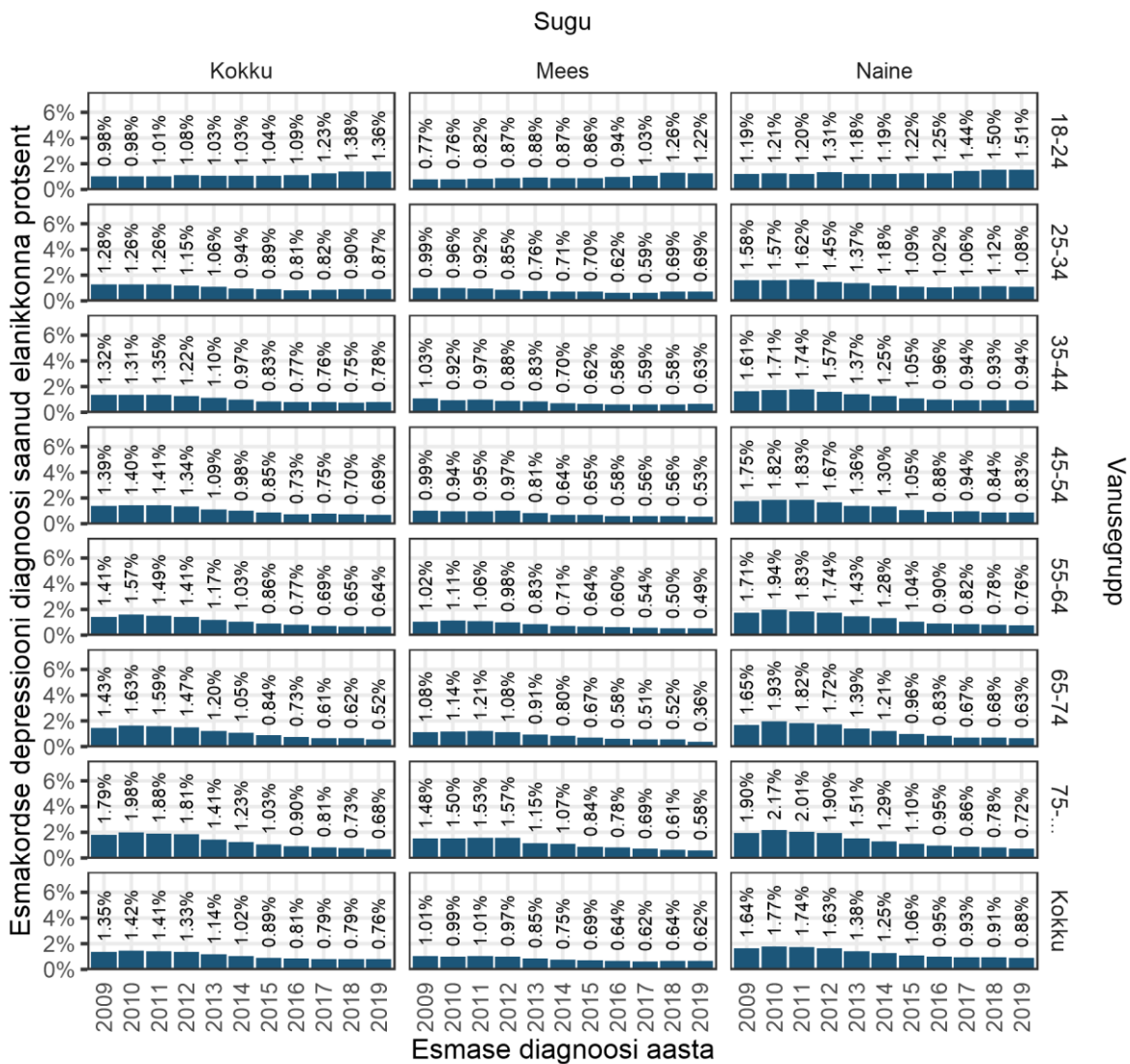
*Allikas: Haigekassa, autorite arvutused*

Uuringu valim on seega eeskätt uute haigestunute kohort (kuid mitte sajaprotsendiliselt, sest on võimalik, et valimis on ka patsiente, kellel esines depressiooni enne kui andmeid 2004. aastal koguma hakati, kuid mitte ajavahemikus 2004–2008).

Depressiooni haigestumus on iga aastaga vähenenud (Joonis 11 ja Tabel 1). Aastal 2010 oli üldine haigestumus 1,42% elanikkonnast ja 2019. aastaks oli see langenud 0,76%-le, mis tähendab ligi 50%-list langust. Ainukeseks erandiks on noorim vanuserühm, 18–24-aastaste seas on nii meeste kui ka naiste haigestumus aastate jooksul märkimisväärselt kasvanud.

Üldine langus on suurem olnud naiste seas ja vanemates vanuserühmades. Sellele vaatamata oli ka 2019. aastal naistel märkimisväärselt suurem tõenäosus saada depressiooni diagnoos kui meestel. Vanuserühmade lõikes on osakaalud olnud vähem stabiilsed – kui 2010. aastal oli depressiooni haigestumus 65-aastaste ja vanemate seas kõrgem kui keskealiste seas, siis 2019. aastaks oli olukord vastupidine.

Joonis 11. Depressiooni haigestumus elanikkonna seas. Kõik esmadiagnoositud juhud perioodil 2009–2019



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

### 3.3. Depressiooni ravi

#### 3.3.1. Ravi saamine

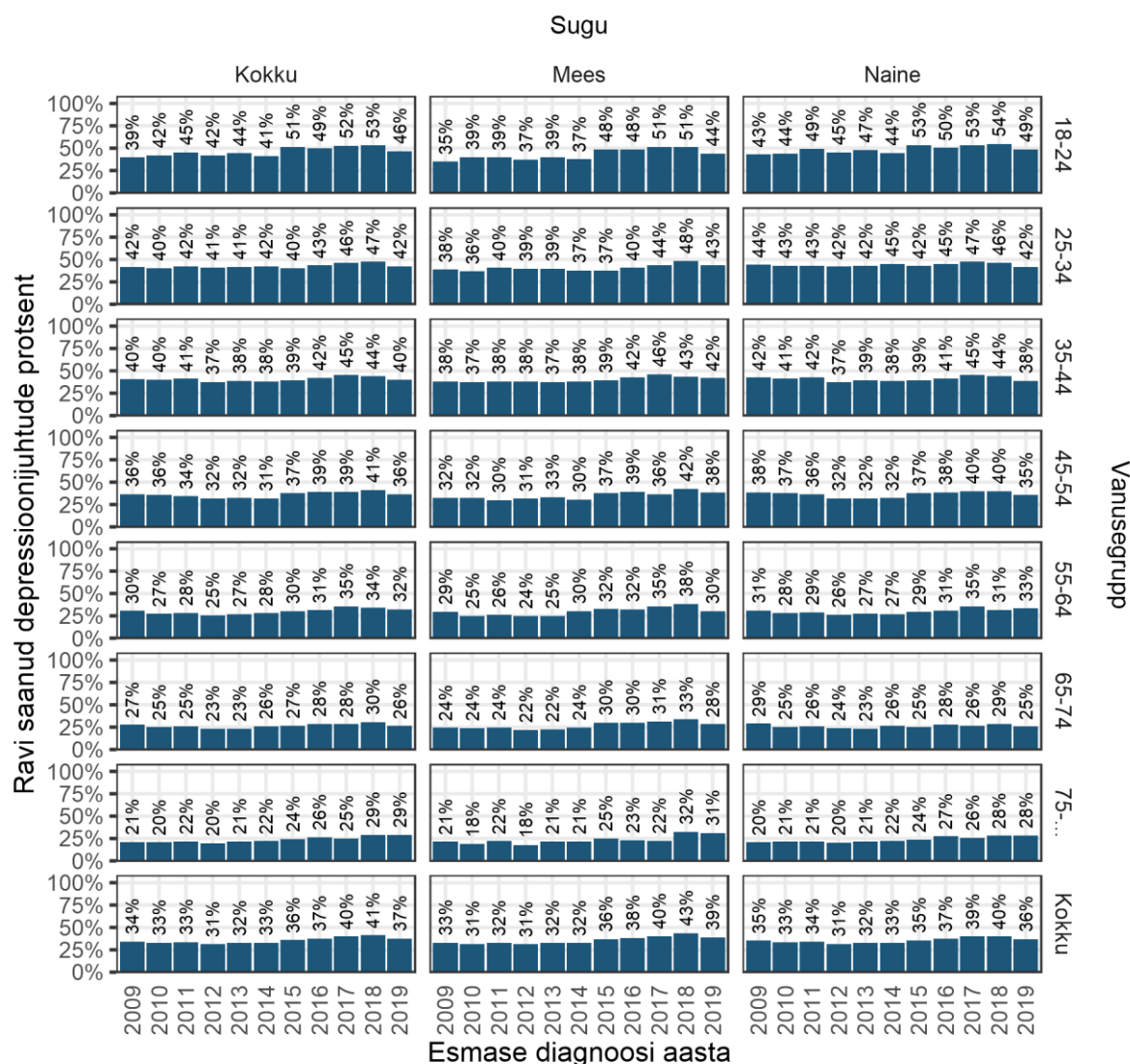
Kuigi ligi kahele kolmandikule depressiooni diagnoosiga patsientidele on määratud mingisuguses vormis antidepressantide või psühhoteraapia ravi, ei saa kõik nende seast ravi, mida võiks pidada piisavaks ravikatseks, st piisava kestusega ja piisava annusega ravikatseks. Käesoleva uuringu kontekstis on loetud piisavaks depressiooniravi katseks AD monoterapia, AD kombinatsioonravi, psühhoteraapia või augmenteeritud antidepressantravi, mis vastab järgmistele tingimustele:

- kestab vähemalt 6 nädalat, mille jooksul patsient saab
- vähemalt kaks retsepti (kombineeritud või augmenteeritud antidepressantravi korral kaks retsepti kombinatsiooni iga elemendi kohta) või
- psühhoteraapia korral osaleb vähemalt kahel teraapiaseansil.

Ligi kolmandik depressiooni diagnoosiga patsientidest saab piisavat ravi (osakaal varieerub aastast aastasse 31% ja 41% vahel) (Joonis 12 ja Tabel 8). Ravi saamise tõenäosus on märkimisväärselt kõrgem noorematel

patsientidel. Nais- ja meespatsientide vahel ei esine siin suuri erinevusi. Ravi saamise tõenäosus on aastate jooksul mõnevõrra kasvanud.

Joonis 12. Depressiooni ravi (antidepressantravi, psühhoterapia või kombineeritud ravi) diagnoositud depressiooni juhtude seas. Kõik esmadiagnostitud juhud perioodil 2009–2019



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

### 3.3.2. Raviskeemid

Depressiooni raviskeemid võivad sisaldada AD-ravi või psühhoterapiat ning toimuda monoterapias, kombineeritud või augmenteeritud ravi vormis. Monoterapias korral kasutatakse raviks ühte antidepressanti või psühhoterapiat. Kombinatsioonravi korral kombineeritakse raviskeemis samaaegselt kas erinevat tüüpi antidepressante (erinevate toimeainetega) või ühte (või enamat) antidepressanti ja psühhoterapiat. Augmenteeritud ravi tähendab, et AD monoterapiat või kombinatsioonravi augmenteeritakse ehk täiendatakse psühholeptikumitega (mis siinkohal hõlmab kõiki ATC-grupi N05 ravimeid). Augmentatsioon eeldab AD-ravi, seega psühhoterapia koos psühholeptikumidega ei kvalifitseeru augmenteeritud teraapiaks, samas kui antidepressandi ja psühholeptikumiga kombineeritud psühhoterapia seda on.

Erinevaid depressiooni raviskeeme analüüsitakse vastavalt üldiste antidepressantide klasside levimusele:

- selektiivse serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSRI) ATC-koodiga N06AB

- mitte-selektiivse monoamiini tagasihaarde inhibiitorid (MRI) ATC-koodiga N06AA
- monoamiini oksüdaasi A inhibiitorid (MAO-A) ATC-koodiga N06AG
- monoamiini oksüdaasi inhibiitorid, mitteselektiivne (MAOI) ATC-koodiga N06AF
- muud antidepressandid ATC-koodiga N06AX

Enamik raviskeeme põhineb SSRI-l ja muud tüüpi antidepressantidel (Tabel 2). Teatud määral kasutatakse ka psühhoteraapiat ja MRI-d, samas kui MAO-A ja MAOI kasutamine on praktiliselt olematu. Valdav enamik inimesi saab peale esmast diagnoosi esmase ravina monoterapiat. Teised raviskeemid põhinevad rohkem kombineeritud või augmenteeritud teraapiatel. Suure tõenäosusega lisatakse teiseses raviskeemis algsele skeemile juurde mõni uus antidepressant, psühholoogiline või psühhoteraapia.

Tabel 2. Ravid vastavalt ravitüüpidele perioodil 2009–2019

<b>Esmane ravi</b>	<b>Kokku (esmane ravi)</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Kombinatsioonravi</b>	<b>Augmenteeritud ravi</b>
SSRI	24646	23644	747	282
MRI	1718	1495	176	59
MAO-A	0	0	0	0
MAOI	0	0	0	0
Muu	14714	13648	855	241
Psühhoteraapia	3230	3126	104	3
<b>Teisene ravi</b>	<b>Kokku (teisene ravi)</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Kombinatsioonravi</b>	<b>Augmenteeritud ravi</b>
SSRI	6570	3061	2173	1464
MRI	524	216	195	133
MAO-A	1	1	0	0
MAOI	0	0	0	0
Muu	5897	3188	1981	902
Psühhoteraapia	2663	513	2150	52
<b>Kõik ravid</b>	<b>Kokku (kõik ravid)</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Kombinatsioonravi</b>	<b>Augmenteeritud ravi</b>
SSRI	35279	28058	4609	3241
MRI	2817	1858	673	430
MAO-A	5	5	0	0
MAOI	0	0	0	0
Muu	26421	18922	5352	3062
Psühhoteraapia	7226	3906	3320	231

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Kõige levinumad kombineeritud ravid on SSRI-d kombinatsioonis teiste SSRI-de ja muude antidepressantidega või muud antidepressandid kombinatsioonis teiste muude antidepressantidega (Tabel 3). Samuti on üsna levinud psühhoteraapia kombinatsioonis SSRI-de ja muude antidepressantidega. Järjekordselt on näha, et kombinatsioonravi kasutamine esmase raviskeemina ei ole väga sagedane, kuid juhul kui seda kasutatakse, siis on see enamasti SSRI ja muu antidepressandi kombinatsioon. Teise ravina on kõige levinumad kombinatsioonid psühhoteraapia koos muude antidepressantidega või SSRI-dega.

Tabel 3. Kõige levinumad raviskeemid monoterapias, kombinatsioonravis ja augmenteeritud ravis

<b>Esmane ravi</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Augmentatsioonravi</b>	<b>SSRI</b>	<b>MRI</b>	<b>MAO-A</b>	<b>MAOI</b>	<b>Muu</b>	<b>Psühhoterapia</b>
SSRI	23644	282	11	123	0	0	553	67
MRI	1495	59	123	1	0	0	53	1
MAO-A	0	0	0	0	0	0	0	0
MAOI	0	0	0	0	0	0	0	0
Muu	13648	241	553	53	0	0	223	40
Psühhoterapia	3126	3	67	1	0	0	40	0
<b>Teisene ravi</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Augmentatsioonravi</b>	<b>SSRI</b>	<b>MRI</b>	<b>MAO-A</b>	<b>MAOI</b>	<b>Muu</b>	<b>Psühhoterapia</b>
SSRI	3061	1464	46	119	0	0	764	1315
MRI	216	133	119	3	0	0	62	26
MAO-A	1	0	0	0	0	0	0	0
MAOI	0	0	0	0	0	0	0	0
Muu	3188	902	764	62	0	0	390	874
Psühhoterapia	513	52	1315	26	0	0	874	0
<b>Kõik ravid</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Augmentatsioonravi</b>	<b>SSRI</b>	<b>MRI</b>	<b>MAO-A</b>	<b>MAOI</b>	<b>Muu</b>	<b>Psühhoterapia</b>
SSRI	28058	3241	127	403	0	0	2423	1877
MRI	1858	430	403	13	0	0	253	64
MAO-A	5	0	0	0	0	0	0	0
MAOI	0	0	0	0	0	0	0	0
Muu	18922	3062	2423	253	0	0	1494	1557
Psühhoterapia	3906	231	1877	64	0	0	1557	0

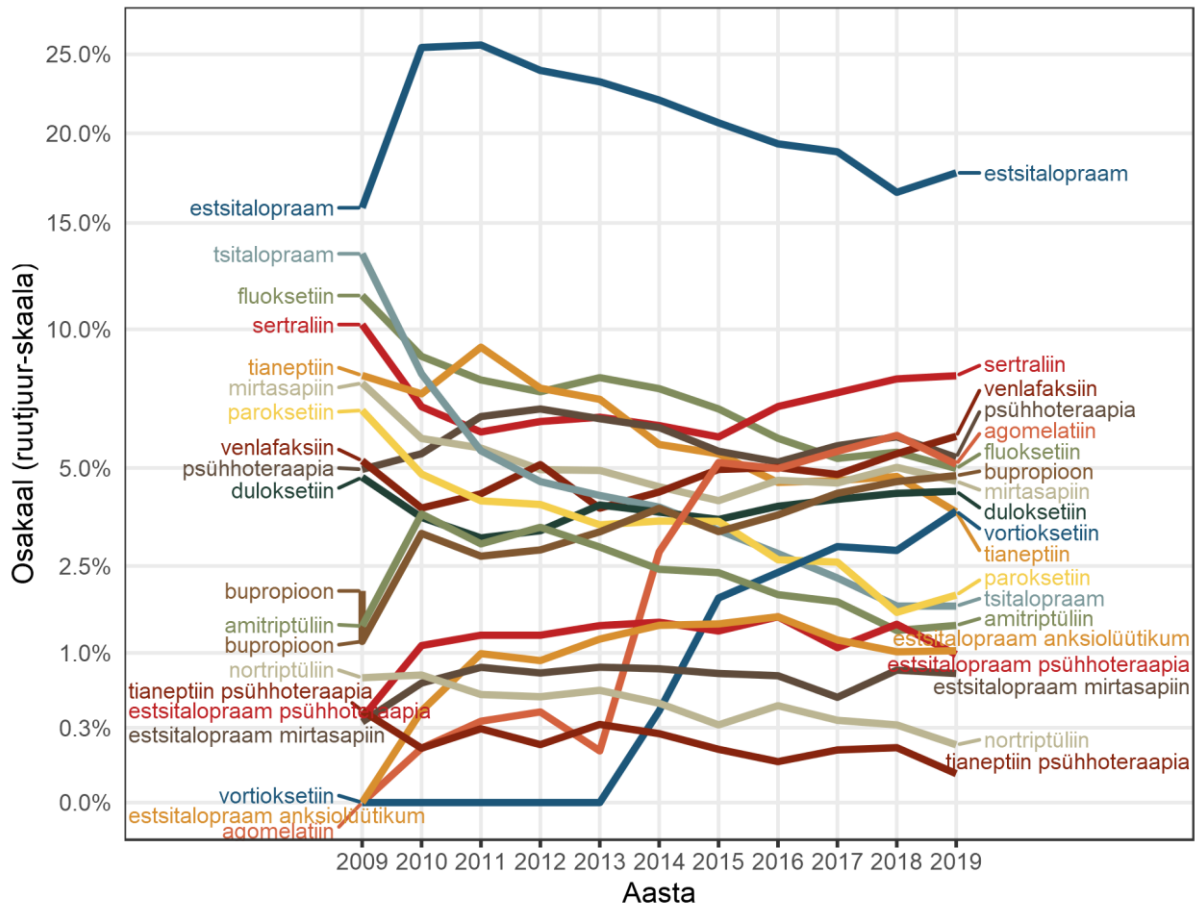
Allikas: Haigekassa, autorite arvutused



### 3.3.3. Levinumad raviskeemid toimeaine järgi

Ülekaalukalt populaarseim raviskeem depressiooni raviks aastatel 2009–2019 on olnud antidepressant ravi estsitalopraamiga (N06AB10), mis moodustab 17–25% kõigist raviskeemidest (Joonis 13 ja Tabel 10 Lisas B).

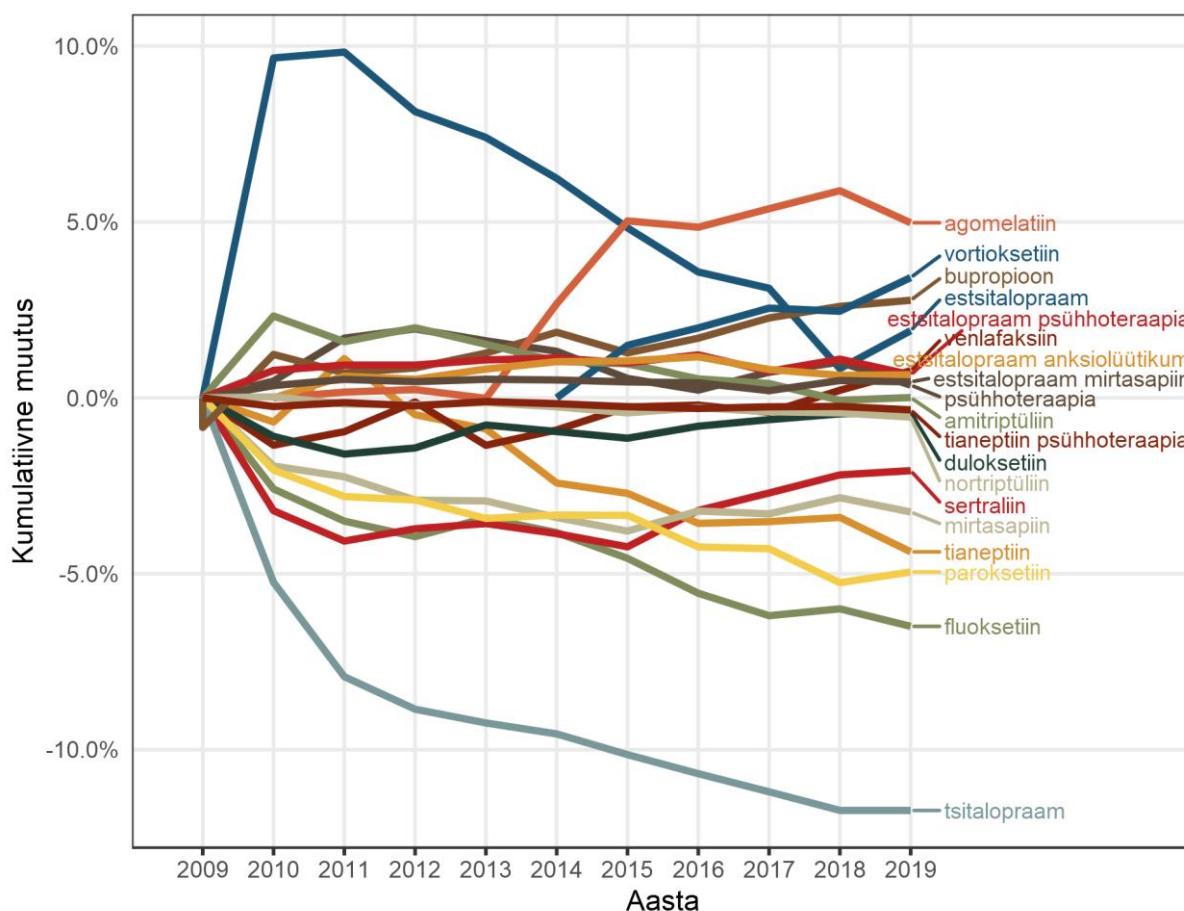
Joonis 13. 15 kõige levinumat raviskeemi aastatel 2010–2019



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Kuigi AD-ravi estsitalopraamiga (N06AB10) on aastate vältel olnud kõige populaarseim raviskeem, on selle kasutus perioodil 2010–2019 oluliselt vähenenud (Joonis 14). Samuti on üldises järjestuses langenud märkimisväärselt AD-ravi tsitalopraamiga (N06AB04), mis oli 2009. aastal populaarsuselt teine ravi. Kui aastate jooksul on SSRI-põhised ravid mõnevõrra vähenenud, on muude antidepressantide (ATC-koodid N06AX) kasutamine järjest kasvanud, eelkõige agomelatiin (N06AX22) ja vortioksetiin (N06AX26).

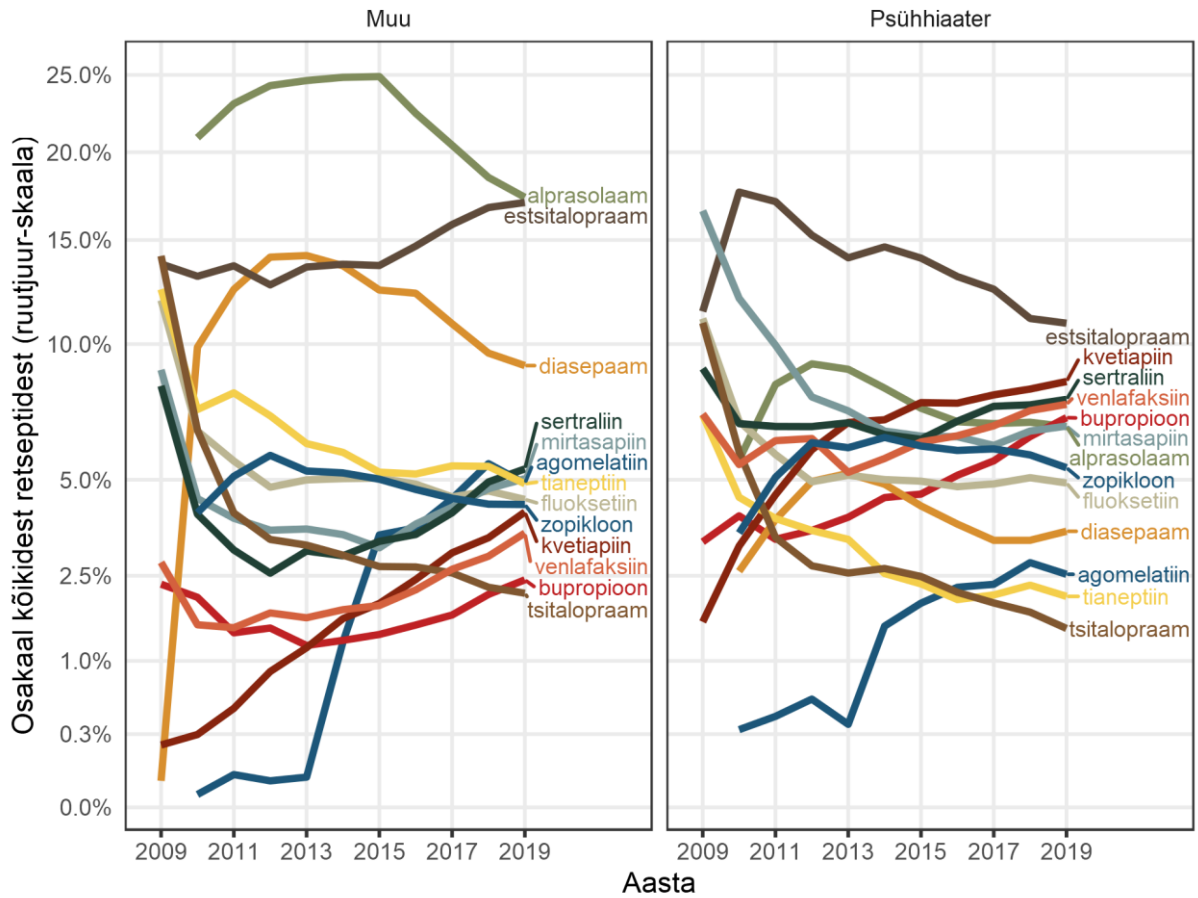
Joonis 14. 15ne kõige levinuma raviskeemi kumulatiivne muutus perioodil 2009–2019



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Joonis 15 näitab psühhiaatrite ja muude arstide poolt depressiooni diagnoosi puhul kõige sagedamini välja kirjutatud retsepte (nii antidepressante kui ka psühholeptikume). Psühhiaatritega võrreldes määravad muud arstid sagedamini anksiolüütikume (eriti ravimeid, mis baseeruvad alprasolaamil (N05AB12) ja diasepaamil (N05AB01)). Seda võib seletada faktiga, et psühhiaatrid tegelevad pigem raskete juhtumitega, mis vajavad suuremal määral antidepressantravi. Raviskeemides kõige levinuma antidepressandi, estsitalopraami (N06AB10), kasutamine on kasvamas muude arstide seas, samas kui psühhiaatrite seas on selle kasutus vähenemas.

Joonis 15. Kõige levinumad depressiooni diagnoosiga retseptid inimese kohta arsti eriala järgi (kõik depressiooni diagnoosiga retseptid)



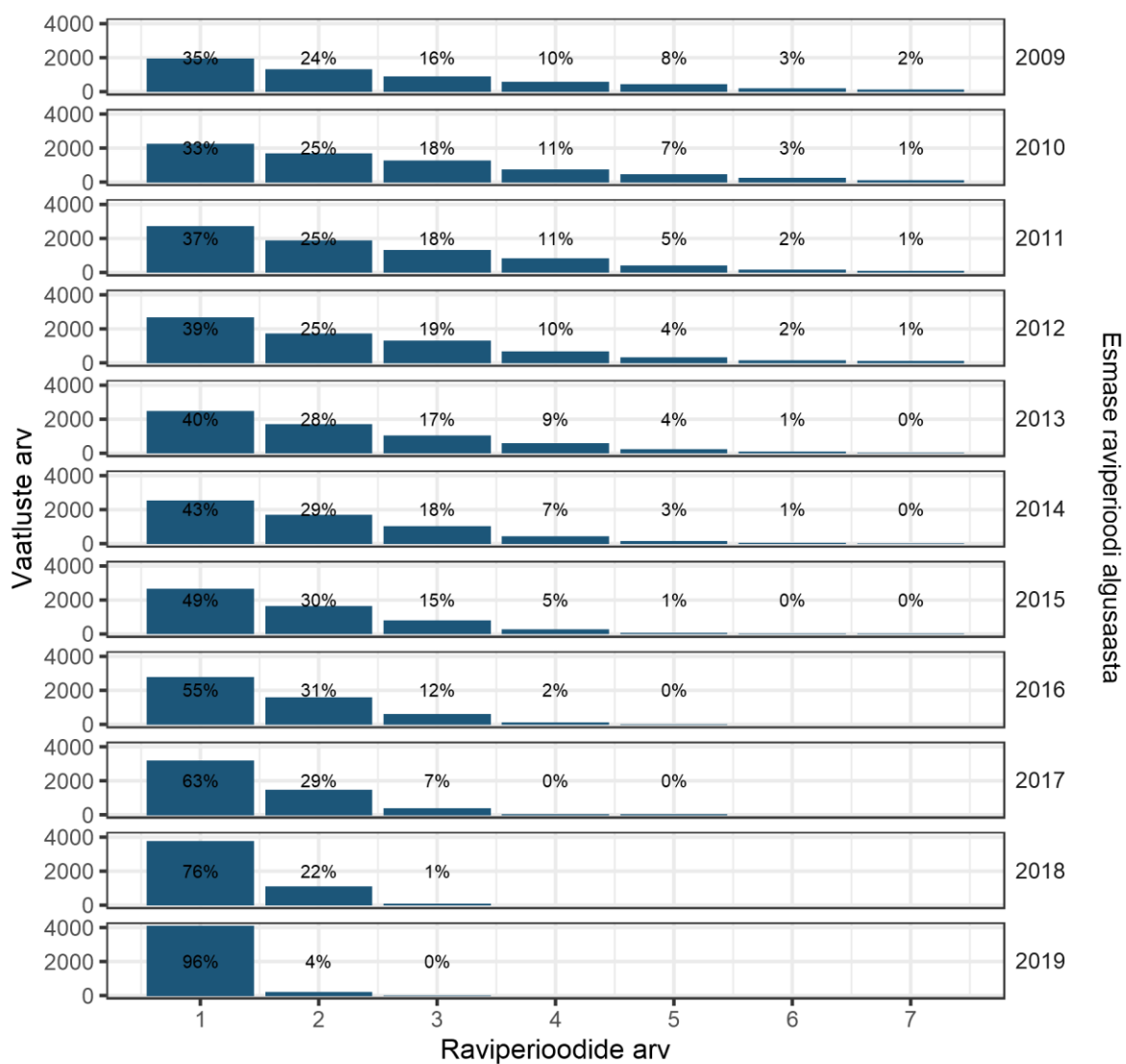
Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

### 3.3.4. Depressiooni raviperioodid

Patsiendil võib olla mitmeid raviperioode, mille vahel on ravipausid. Depressiooni raviperioodid hõlmavad järjestikuseid ravikatseid, mille vahe ei ole suurem kui 90 päeva. Kui esimese ravikatse lõpu ja järgmise alguse vahe oli suurem kui 90 päeva, loeti teine katse uue raviperioodi alguseks.

Enamik depressioonipatsiente, kes on saanud piisavat ravi, on seda saanud mitme raviperioodi vältel. Näiteks nendest patsientidest, kes alustasid ravi 2009. aastal, oli vaid 35%l 2019. aastaks olnud ainult üks raviperiood (joonis 16).

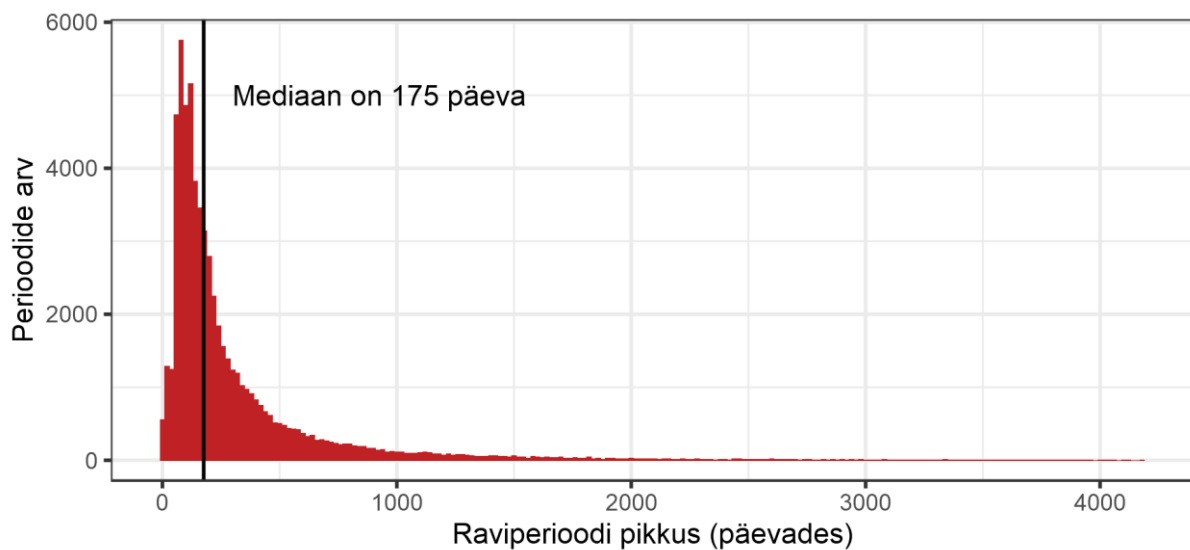
Joonis 16. Raviperioodide arv esmase ravi aasta järgi.



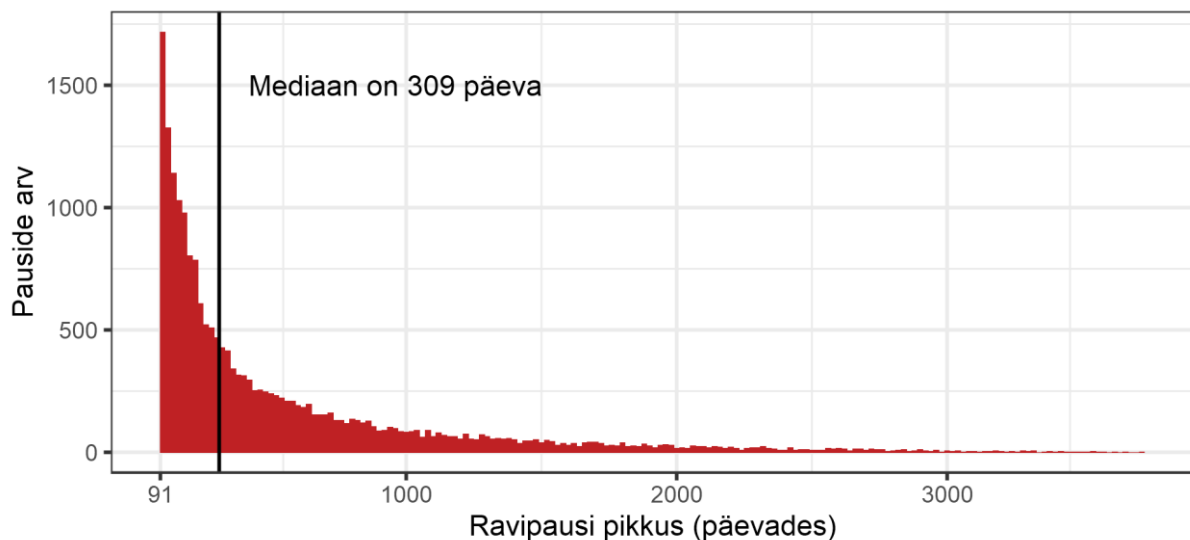
Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Raviperioodi pikkuse mediaan oli 175 päeva (joonis 17), ravipauside mediaan oli 309 päeva (joonis 18).

Joonis 17. Raviperioodide pikkused.



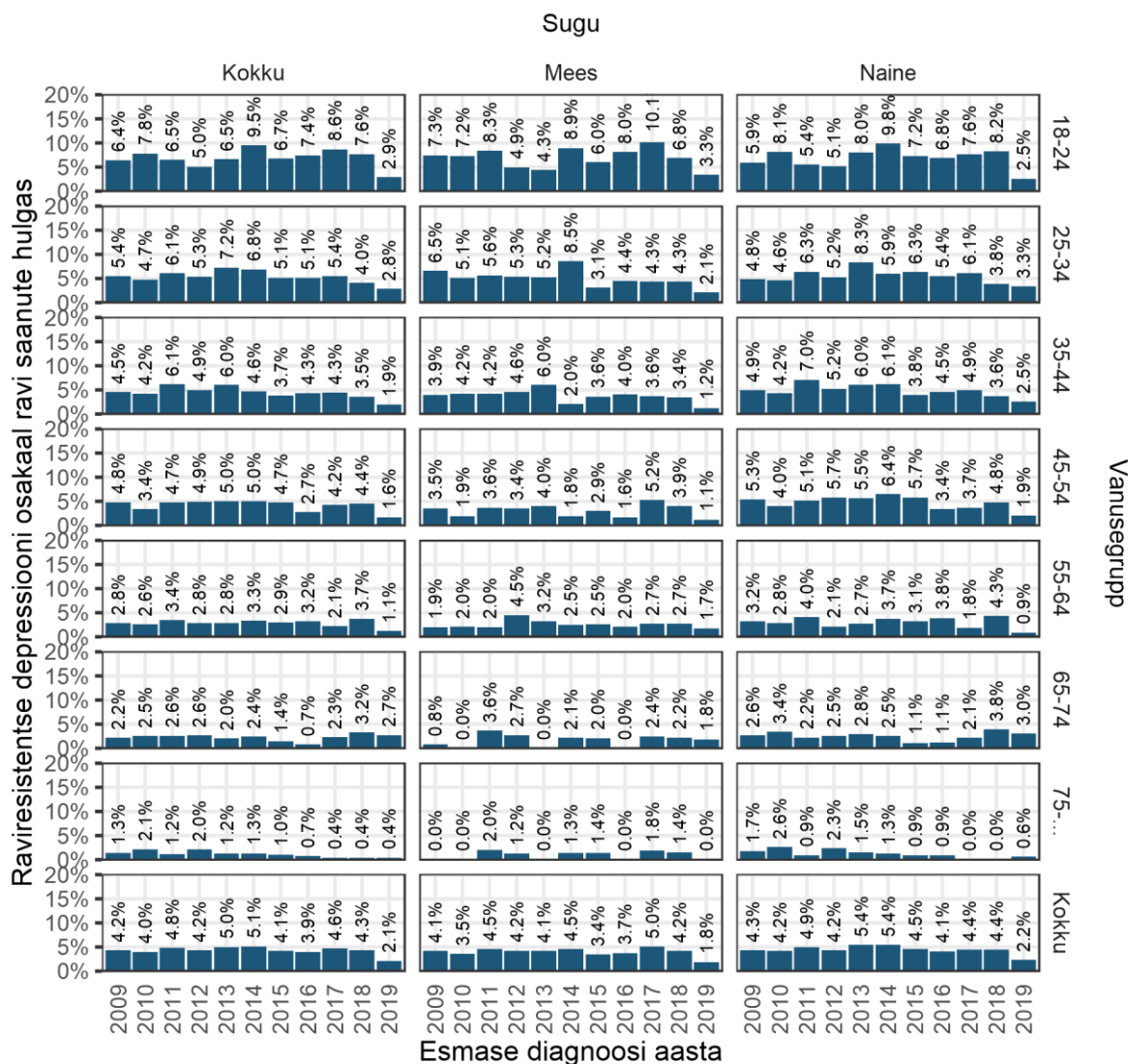
Joonis 18. Ravipauside pikkused.



### 3.4. Raviresistentse depressiooni (TRD) esinemus

Raviresistentse depressiooni keskmine esinemus piisavat ravi saavate depressioonipatsientide seas on 4–5% (Joonis 19 ja Tabel 9 Lisas B). Kuigi sugude vahel ei esine siin silmatorkavaid erinevusi, väljendub selge seos vanuse ja raviresistentse depressiooni vahel. Noorematel inimestel on oluliselt suurem raviresistentse depressiooni soodumus. Kuigi üldine trend on ilmne, on ka näha, et aastate jooksul varieerub raviresistentse depressiooni esinemus alagruppides üsna palju. See on aga paratamatu, kuna raviresistentse depressiooniga patsientide arv nendes alagruppides on üsna väike (Tabel 9 Lisas B).

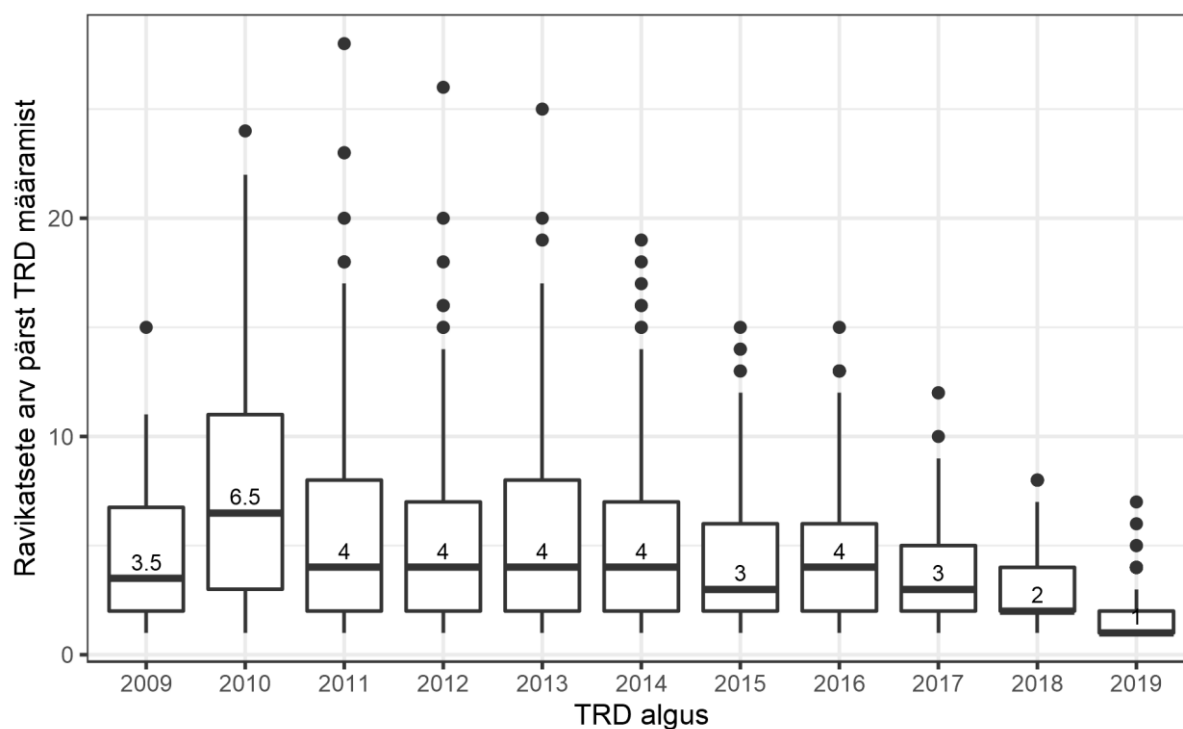
Joonis 19. Raviresistentse depressiooni esinemus piisavat ravi saanud depressioonipatsientide seas esmase diagnoosi aasta järgi perioodil 2009–2019



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Patsient määratletakse TRDKs alates kolmandast järjestikusest ravikatsest. See aga ei pruugi olla patsiendi viimane ravikatse. TRD määramise järgsete ravikatsete mediaanväärtused erinevad mõneti TRD määramise aastate lõikes, kuid keskmiselt on selleks väärtuseks 4 (joonis 20). Samas mõnel juhul võib järgnevaid ravikatseid olla ka üle 20-ne.

Joonis 20. Ravikatsete arv pärast TRD määramist.



TRD seost erinevate psühholoogiliste ja somaatiliste riskiteguritega on kirjeldatud lisas B (tabel 12).

### 3.5. Vältimatu psühhiaatriline abi, enesekahjustamine ja suitsiidsus

#### 3.5.1. Vältimatu psühhiaatriline abi ja enesekahjustamine

Depressiooniga seotud vältimatu psühhiaatrilise abi defineerimine registriandmete põhjal on mõnevõrra raskendatud, kuna alati ei ole selge, kas abivajaduse peamine põhjus on depressioon või mõni muu kaasuv haigusseisund (nt alkoholism). Meie uuringu kontekstis defineeriti „vältimatu psühhiaatrilise abina“ raviteenused, kus:

- osutatud raviteenus kuulub klassi „akuutpsühhiaatria“ (Haigekassa teenuse kood 2058) ja põhidiagnoosiks on depressioon, või
- välispõhjuseks on märgitud enesekahjustamine (RHK-10 koodid X60 kuni X84) ja depressioon on üks raviarvele märgitud diagnoosidest (kuid mitte tingimata põhidiagnoos).

Variandi b) puhul ei piiratud ainult nende juhtudega, kus depressioon on märgitud põhidiagnoosiks, kuna paljudel juhtudel on põhidiagnoosi märged seotud konkreetse kehavigastusega (kõige sagedamini mürgistus).

Alltoodud tabelis on toodud vaatlusperioodi iga aasta kohta välja vältimatut psühhiaatrilist abi vajanud unikaalsete isikute arv. Samuti on arvuliselt eraldi välja toodud need, kes on saanud akuutpsühhiaatrilisi teenuseid ja need, keda on ravitud enesekahjustamise tõttu. Esimeses veerus olevad arvud on väiksemad kui teise ja kolmanda veeru summa, kuna mõned inimesed on saanud antud aasta jooksul mõlemat tüüpi teenuseid.

Tabelist nähtub, et vältimatut psühhiaatrilist abi saanud depressioonipatsientide absoluutarv on perioodil 2009–2019 suurenenud. Selle põhjuseks on see, et kasutatud andmestik sisaldab ainult inimesi, kelle

esmane depressiooniravi leidis aset aastal 2009 või peale seda, mis tähendab, et uuringuga hõlmatud depressioonipatsientide arv kasvab aastast aastasse. Samas ei ole vältimatut psühhiaatrilist abi saanud patsientide osakaal suurenenud ei kõigi depressiooniga patsientide ega ka raviresistentse depressiooniga patsientide valimis.

Tabel 4. Vältimatu psühhiaatrilise abi juhtumid

Aasta	Vältimatu abi, kokku	..sh akuut-psühhiaatria	..sh enesekahjustus kui välispõhjus + depressioon ühe diagnoosina	Vältimatu abi patsiendid/kõik depressiooni-patsiendid	Vältimatu abi patsiendid/raviresistentse depressiooniga patsiendid
2009	75	29	56	1,14%	0%
2010	92	45	64	0,98%	5,26%
2011	94	30	76	0,81%	0,58%
2012	97	48	73	0,76%	1,75%
2013	106	50	70	0,82%	1,68%
2014	128	70	91	0,94%	2,23%
2015	120	56	86	0,88%	1,45%
2016	110	50	73	0,78%	1,52%
2017	139	76	87	0,94%	1,98%
2018	160	98	95	1,01%	1,87%
2019	151	80	93	0,9%	1,54%

Enesekahjustamise tõttu ravi saamise ja erinevate riskitegurite vaheliste seoste uurimiseks kasutati Coxi võrdeliste riskide mudelit. Selgitavate tunnustena kasutati järgmisi: vanuserühm (vanus esmasel depressiooni diagnoosil), sugu, depressiooni maksimaalne raskusaste vaatlusperioodil, kas inimene oli vaatlusperioodi jooksul saanud vältimatut psühhiaatrilist abi, raviresistentne depressioon, alkoholi kuritarvitamisest tingitud häire (RHK-10: F10), muu aine kuritarvitamisest tingitud häire (F11–F19) ning ärevushäired (F40–F41). Samuti võeti arvesse järgmised kaasuvad somaatilised haigused (ajas varieeruvate tunnustena):

- astma (J45–J46),
- vähk (C00–C97),
- krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (J41–J44),
- suhkurtõbi (E10–E14),
- südame isheemiatõbi (I20–I25),
- insult (I60–I66).

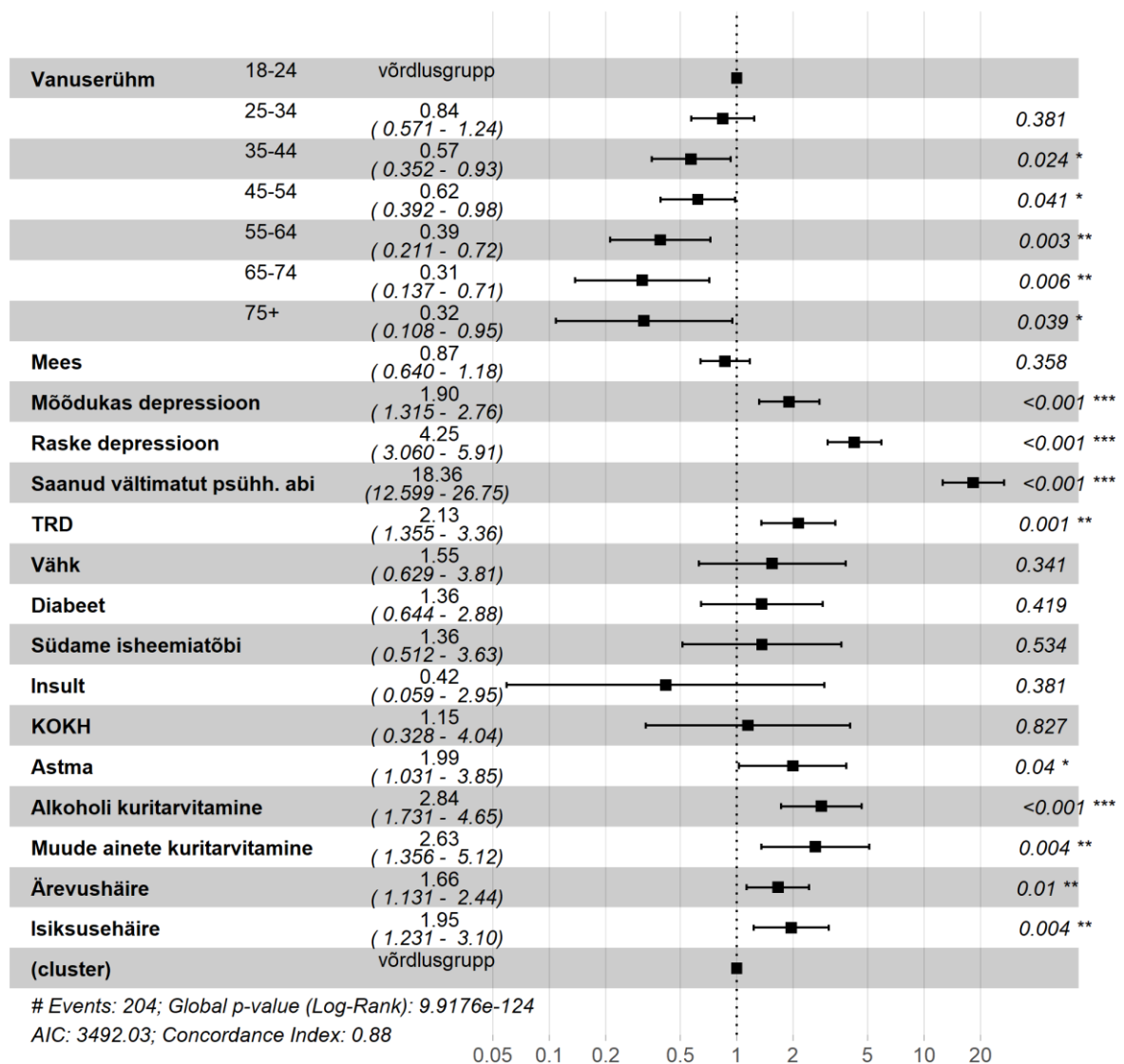
Raskusastme järgi liigitati depressioon mõõdukaks (RHK-10 koodid F32.1, F33.1) või raskeks (F32.2-F32.3, F33.2-F33.3) ning kergelt või määratlemata depressiooni (F32.0, F32.8-F32.9, F33.0, F33.8-F33.9) kasutati võrdlusgrupina. Neid käsitleti ajas mittevarieeruvate tunnustena (st „raske depressioon“ viitab raske depressiooni esinemisele ükskõik millisel uuringuperioodi ajahetkel). Ärevushäiret ning alkoholi ja ainete kuritarvitamist käsitleti ajas varieeruvate tunnustena. Samuti modelleeriti raviresistentset depressiooni ajas varieeruva tunnuseks, st enne raviresistentse depressiooni algusaega kuulusid isikud ravile alluva depressiooni gruppi. Pärast seda kuulus inimene edaspidi raviresistentse depressiooni gruppi. Riskide võrdelisust kontrolliti Grambsch-Therneau testi ning Schoenfeldi jääkliikmete vaatluse abil.

Patsientide taustatunnuste jaotused raviresistentse depressiooni grupis ja ülejäänud gruppides tuuakse välja Lisas B, Tabel 11.



Enesekahjustamise risk väheneb vanuse kasvades: üle 35aastased erinevad statistiliselt oluliselt 18-24aastastest (samas vanematel vanuserühmadel omavahel statistiliselt oluline erinevus puudub). Sugu ei ole riskitegurina statistiliselt oluline. Depressiooni raskusaste on statistiliselt oluline riskitegur, nagu ka raviresistentne depressioon. Ülekaalukalt kõige tähtsam riskitegur on vältimatu psühhiaatrilise abi saamise fakt vaatlusperioodi jooksul. Mõnevõrra üllatavalt esines statistiliselt oluline seos enesekahjustamise ja astma esinemise vahel. Ühegi teise somaatilise haiguse puhul seost enesekahjustamisega ei ilmnunud. Muude statistiliselt olulist mõju omavate riskitegurite hulka kuulusid ärevushäire, alkoholi ja muude ainete kuritarvitamine ning isiksusehäirete esinemine haigusloos.

Joonis 21. Potentsiaalsete riskitegurite riskisuhted depressioonipatsientide enesekahjustamise ravis



### 3.4.1. Suitsiidid

Andmed suitsiidide kohta pärinevad Tervise Arengu Instituudi surma põhjuste registrist. Valim sisaldab andmeid kokku 347 enesetapu kohta, mille sooritasid vaatluse all oleva perioodi jooksul depressiooniravi saanud inimesed. Aastas sooritab enesetapu u 0,2–0,3% depressiooni diagnoosiga patsientidest. Inimeste

seas, kellele on varem osutatud vältimatut psühhiaatrilist abi, on see osakaal palju suurem, ulatudes nt aastal 2019 3,3%-ni (vt Tabel 5).

Tabel 5. Suitsiidid depressioonipatsientide seas

Aasta	Suitsiidid	Suitsiidid/ kõik depressiooni- patsiendid	Suitsiidid/ raviresistentse depressiooniga patsiendid	Suitsiidid/ ravile alluva depressiooniga patsiendid	Suitsiidid/ depressiooni- patsiendid, kellele on osutatud vältimatut abi
2009	12	0,2%	0%	0,18%	2,7%
2010	22	0,2%	0%	0,24%	2,2%
2011	25	0,2%	0%	0,22%	3,2%
2012	34	0,3%	0%	0,27%	3,1%
2013	29	0,2%	0,24%	0,22%	0,9%
2014	33	0,2%	0,186%	0,24%	3,1%
2015	29	0,2%	0,145%	0,21%	1,7%
2016	29	0,2%	0,117%	0,21%	2,7%
2017	49	0,3%	0,198%	0,33%	2,2%
2018	36	0,2%	0,162%	0,23%	06%
2019	49	0,3%	0,35%	0,28%	3,3%

Depressiooni diagnoosiga patsientide suitsiidide esinemissageduse kirjeldamisel tuleb arvestada, et depressiooni diagnoosiga patsiente on võimalik mitmeti defineerida. Kuigi koguvalim koosneb patsientidest, kes said vähemalt ühe retsepti või raviteenuse, mille diagnooside hulgas oli depressioon, ei saanud paljud neist järjepidavat depressiooniravi (nt saadi ainult üks antidepressandi retsept kogu perioodi jooksul või saadi ebaregulaarset ja ebajärjepidevat antidepressantravi). Võrreldes kahte gruppi: neid, kes said järjepidevat ravi ja neid, kes ei saanud, ilmneb, et viimasesse gruppi kuuluvad peamiselt inimesed, kellel on esinenud kerget depressiooni või määratlemata raskusega depressiooni. Teatud aja järjepidevat ravi saanute seas on suurem nende patsientide osakaal, kellel on esinenud mõõdukat või rasket depressiooni. Registriandmete põhjal ei ole võimalik täieliku kindlusega tuvastada, millistel ebajärjepideva ravi juhtudel oli tegemist remissiooniga ja millistel ebapiisava raviga või hoopis ravimata depressiooniga. Sel põhjusel piirduti järgnevas analüüsis ainult nende patsientide valimiga, kes olid saanud järjepidevat ravi vähemalt ühe korra kogu vaatlusaluse perioodi jooksul.

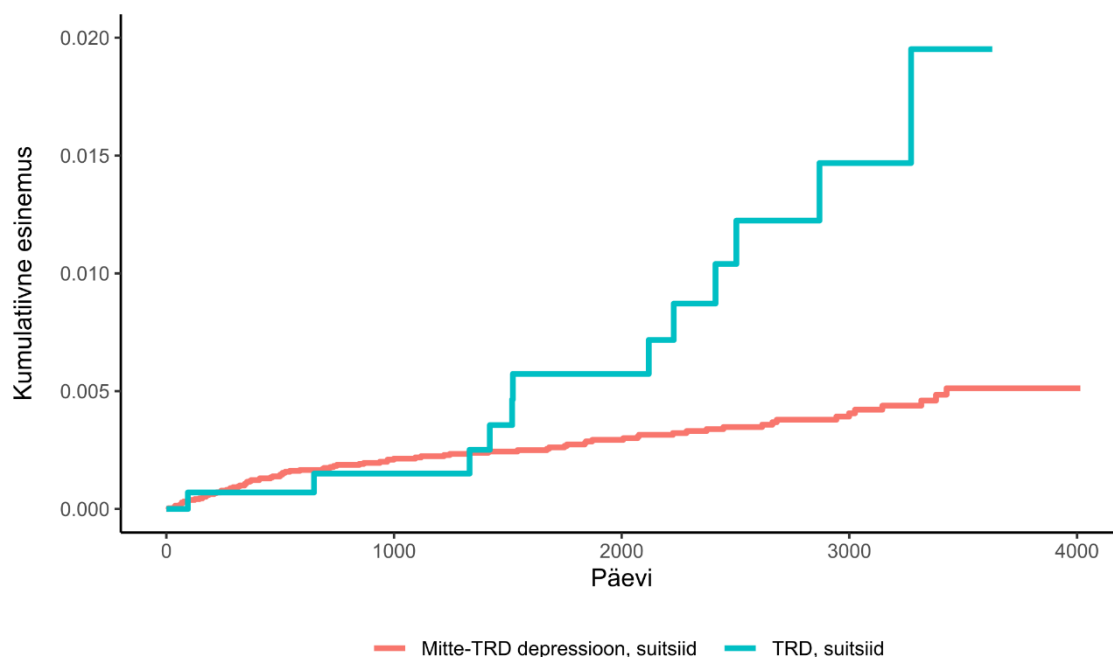
Järgmisena vaatleme suitsiidide kumulatiivset esinemust raviresistentse depressiooniga patsientide ja ravile alluva depressiooniga patsientide seas, võttes seejuures arvesse ka muudest surma põhjustest tulenevaid konkureerivaid riske. Nagu allolevast tabelist näha (Tabel 6), ei ole raviresistentse depressiooniga patsientide suitsiidide kumulatiivne esinemus esimese 180 päeva jooksul peale depressiooni diagnoosi saamist suurem kui ravile alluva depressiooniga patsientidel. Samamoodi ei esine riskide vahel erinevusi 180 kuni 365 päeva jooksul peale esmast diagnoosi. Kui aga vaadata perioodi 365–1825 päeva (ehk viis aastat) alates esimesest diagnoosist, hakkavad ravile alluva ja raviresistentse grupi vahel ilmnema erinevused – viimase grupi puhul on suitsiidide esinemus suurem.

Tabel 6. Suitsiidide kumulatiivne esinemus raviresistentse depressiooniga patsientide ja ravile alluva depressiooniga patsientide seas

Aeg	Suitsiid, ravile alluv depressioon	Suitsiid, raviresistentne depressioon	Muu surmapõhjus, ravile alluv depressioon	Muu surmapõhjus, raviresistentne depressioon
0–180 päeva	0,001	0,001	0,008	0,000
0–365 päeva	0,001	0,001	0,016	0,001
0–1825 päeva	0,003	0,006	0,073	0,026
180–365 päeva	0,001	0,000	0,008	0,001
365–1825 päeva	0,002	0,005	0,057	0,025

Joonis 22 toob välja mõlemas grupis suitsiidide kumulatiivse esinemuse kõverad (kuigi arvesse on võetud muudest surmapõhjustest tulenevat konkureerivat riski, ei ole vastavaid kõveraid siinkohal välja toodud, et tagada suitsiidikõverate paremat nähtavust). Kõverad hakkavad lahknema umbes 1300 päeva ehk 3,5 aastat peale diagnoosi ja erinevused kerkivad eriti esile 2000 päeva (5,5 aastat) peale esmast depressiooni diagnoosi.

Joonis 22. Suitsiidide kumulatiivne esinemus depressioonipatsientide seas



Isikuid riskirühmas

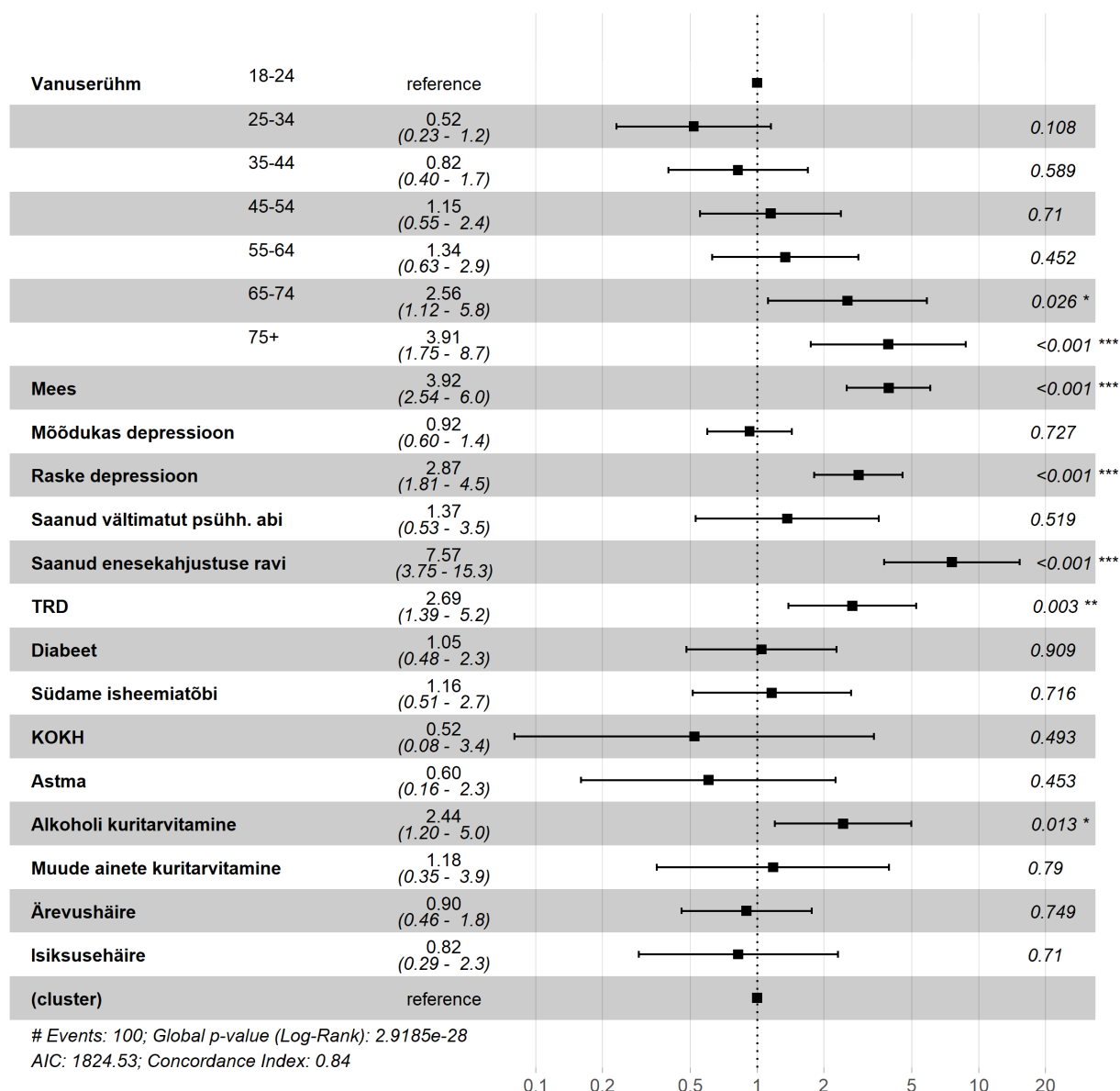
■	29090	20677	13301	6159	64
■	1420	1098	729	319	5

Järgmisena analüüsiti Coxi võrdeliste riskide mudeli abil suitsiidsuse ja erinevate riskitegurite, sh raviresistentne depressioon, vahelist suhet. Vaatluse all on samad riskitegurid nagu enesekahjustamise analüüsis, v.a vähk ja insult (mille põdejate hulgas suitsiidijuhtumid puudusid) ning tunnuseks tuli juurde ravi saamine enesekahjustamise diagnoosiga (arvestati ainult neid enesekahjustamise episoodide, millele 30 päeva jooksul ei järgnenud surm, et vältida kokkulangevust suitsiididega). Kasutada olevate andmete puhul ei olnud võimalik lisada juurde selliseid sotsiaal-majanduslikke tunnuseid nagu töötamine ja töötus või sotsiaaltoetuste saamine, kuna need andmed olid kättesaadavad ainult koondandmetena.

Tulemused näitavad (Joonis 23), et statistiliselt oluline seos enesetapuga, olid tunnustel: vanus üle 65 aasta, meessugu, raske depressioon, enesekahjustamine ja raviresistentne depressioon. Mõõduka depressiooni puhul ei täheldatud kõrgemat suitsiidiriski võrreldes kergekujulise või määratlemata depressiooniga. Samamoodi ei olnud kõrgem suitsiidirisk seotud varasema vältimatu psühhiaatrilise abi saamisega.

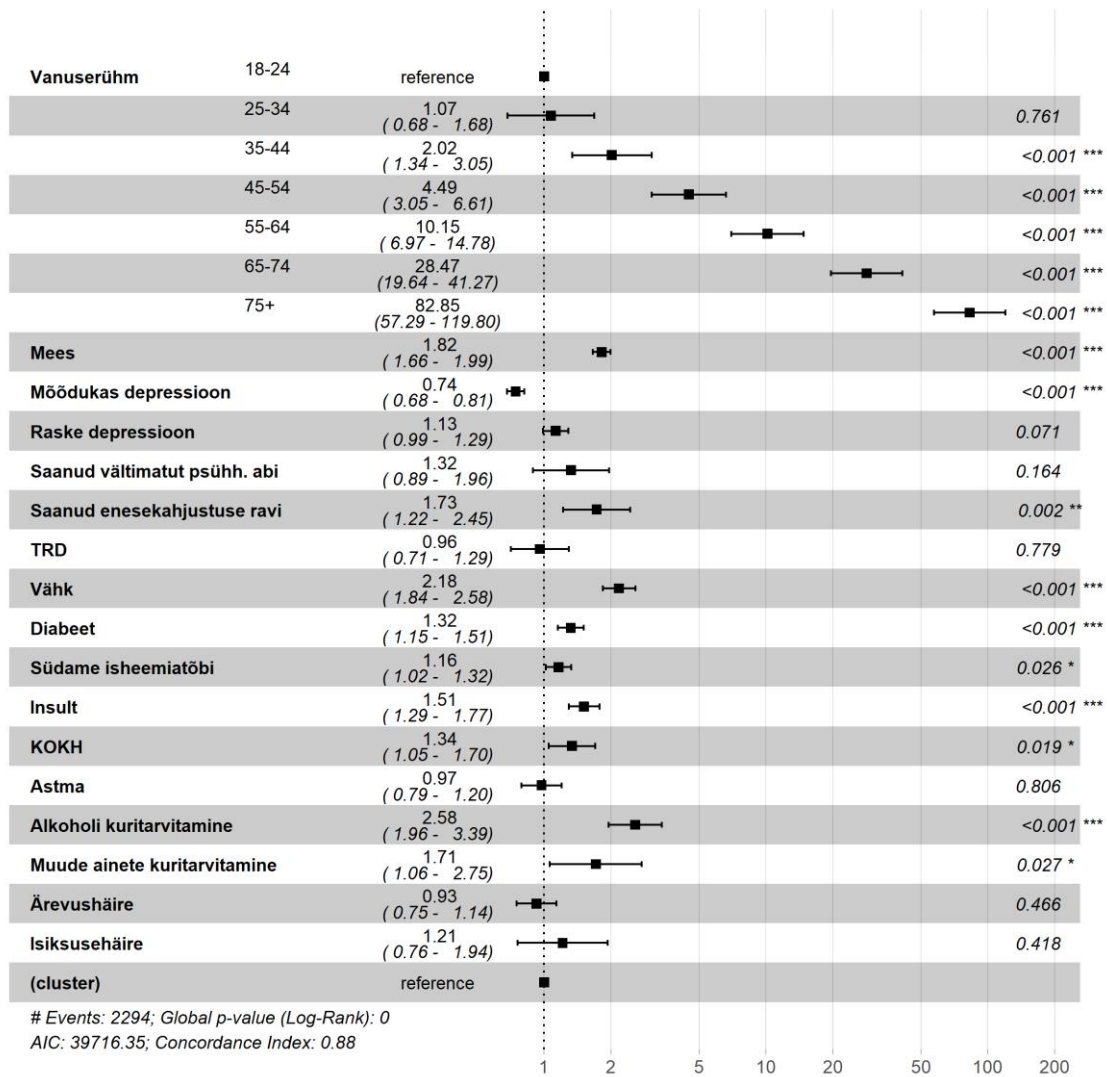
Alates vanusegrupist 25-34 kasvab suitsiidsus vanusega. Tähelepanuväärne on, et see on nii ka siis, kui kaasuvad somaatilised haigused, nagu näiteks kasvaja, millest ühelgi ei ilmnenu statistiliselt märkimisväärset suhet suitsiidsusega, on mudelis arvesse võetud. See viitab sellele, et vanuse ja suitsiidsuse tugeva seose taga on muud tegurid peale tervise seonduvate, nt psühhosotsiaalsed.

Joonis 23. Potentsiaalsete riskitegurite riskisuhted suitsiidiga depressioonipatsientide seas



Samamoodi uuriti üldsuresuse ja ülaltoodud Coxi regressiooni analüüsis kasutatud selgitavate tunnuste vahelist seost. Tulemused näitavad, et mitmel kaasval somaatilisel haigusel (kasvaja, suhkrutõbi, insult, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus) on statistiliselt oluline seos suuresusega (Joonis 24). Samuti on alkoholi ja muude ainete kuritarvitamine üldsuresuse seisukohast statistiliselt oluline riskitegur. Depressiooniga seotud tunnustest omab ainult raske depressiooni esinemine (aga mitte mõõdukas ega raviresistentne depressioon) statistiliselt olulist seost üldsuresusega. Ootuspäraselt on seosed vanuse ja sooga samuti olulised.

Joonis 24. Riskitegurite riskisuhted üldsuremusega depressioonipatsientide seas



## 3.6. Raviresistentse depressiooni majanduslik koormus

### 3.6.1. Uurimismeetod

Riigieelarve seisukohast saab raviresistentse depressiooniga seostada kahte tüüpi kulusid:

- **otsesed kulud** tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile, sh otsesed arstiabikulud, kulutused sotsiaaltoetuste seoses töövõime vähenemisega.
- **kaudsed kulud**, mis on seotud vähenenud maksutuluga, kuna vähenenud töövõime ja toimetulek võivad viia madalamate sissetulekuteni ning lõpuks sissetuleku kadumiseni.

Raviresistentse depressiooni otseste kulude hindamiseks võrreldi raviresistentse depressiooniga patsiente depressiooni mitte põdeva elanikkonnaga ja hinnati mõlema grupi tervishoiukulusid, kulusid vähenenud töövõimega seotud toetustele ja kulusid töötusega seotud hüvitistele. Kulude andmed pärinevad Haigekassast, Töötukassast ja Sotsiaalkindlustusametist.

Kaudsete kulude hindamiseks võrreldi gruppide keskmist töist tulu ja sellega seonduvat maksutulu. Tõise tulu andmed pärinevad Maksu- ja Tolliametist.

Lisaks vaadeldi võrdlusgrupina **patsiente, kes olid saanud akuutpsühhiaatria teenust või kellel oli esinenud tahtlikku enesevigastamist (APA/TE)** ja võrreldi seda depressiooni mitte põdevate inimeste populatsiooniga. APA/TE grupp ja raviresistentse depressiooniga grupp võisid kattuda. Vaatlusaastaks määrati APA/TE gruppi inimesed, kes olid mõnel eelneval aastal saanud kas akuutpsühhiaatrilist abi või ravi, mille välispõhjuseks oli märgitud tahtlik enesekahjustamine ning kellele oli vaatlusaastal diagnoositud depressioon (kuid ei pidanud vaatlusaastal tingimata depressiooniravi saama).

Raviresistentse depressiooni spetsiifiliste mõjude hindamiseks ja konteksti paigutamiseks võrreldi depressiooni mitte põdevate inimeste populatsiooniga kõigi otseste ja kaudsete kulude osas ka ravi saanud depressioonipatsiente, kellel ei olnud esinenud raviresistentset depressiooni ega APA/TE-d ehk ravile alluva depressiooniga patsiente.

Arvestades andmete delikaatset iseloomu ei olnud meil võimalik analüüsida registripõhiseid mikroandmeid kulude kohta. Selle asemel moodustati vaatlusalustest sihtgruppide vanuse ja soo lõikes alamgrupid ning päriti registritest nende alamgruppide koondkulude ja sissetulekute agregeeritud andmed. Antud lahenduse suurimaks miinuseks on see, et puudub võimalus hinnata kulude varieeruvust koondgruppide sees. Seega ei olnud võimalik viia läbi statistilisi teste gruppidevaheliste erinevuste statistilise olulisuse tuvastamiseks. Kuna aga andmed hõlmavad kogu elanikkonda, peaksid nende põhjal tehtavad hinnangud vahetult peegeldama hinnanguid vaatlusalustele nähtustele üldkogumis antud aastal.

Kõigi gruppide kõigi kulude ja sissetulekute aastased väärtused päriti aastate 2017–2019 kohta.

Iga aasta jaoks koostati raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga ravisaajate grupid:

- **Raviresistentse depressiooni grupid** aastal  $Y$  hõlmasid kõiki patsiente, kelle raviresistentse depressiooni periood algas aastal  $Y$  või aasta enne seda ( $Y - 1$ ).
- **APA/TE grupid** aastal  $Y$  hõlmasid patsiente, kellele on osutatud akuutravi või kes on antud aastal või mõnel varasemal aastal ( $aasta \leq Y$ ) saanud ravi tahtliku enesekahjustamise diagnoosiga (välispõhjuseks RHK-10 koodid X71–X83) ning kes olid saanud aastal  $Y$  retsepte või raviteenuseid, mille üks diagnoosidest oli depressioon.

- **Ravile alluva depressiooniga ravisaajate grupid** aastal *Y* hõlmasid patsiente, kes said aastal *Y* piisavat ravi ja keda ei määratletud antud aastal raviresistentse depressiooni või APA/TE gruppi kuuluvaks.
- **Kontrollgrupp** hõlmas Eesti elanikkonda (üle 18-aastased), kes ei olnud aastatel 2009–2019 saanud depressiooni diagnoosi.

Kõik grupid kihitati vanuse ja soo järgi (lisaks sellele kihitati depressiooni ravi grupid depressiooni raskusastme järgi).

Kontrollgrupi võrdlemisel raviresistentse depressiooni, APA/TE ja depressiooniravi gruppidega kaaluti kontrollgrupp vastavalt soo ja vanuse jaotustele osalusgruppides. Kuna raviresistentse depressiooni, APA/TE ja depressiooni ravi gruppide sooline ja vanuseline jaotus erinesid, kasutati erinevate võrdluste jaoks erinevaid kontrollgrupi kaalusid. See tähendab, et ka kontrollgrupi kulude keskmised väärtused nendes võrdlustes erinevad.

Kõik kulud ja sissetulekud arvestati gruppide keskmiste kulude ja sissetulekutena, hõlmates nii ka grupiliikmed, kellel vastavaid kulusid või sissetulekuid ei esinenud. Hinnangulised aastased kulud ja sissetulekud arvestati kolme aasta (2017–2019) keskmistena, kusjuures aastate 2017 ja 2018 kulud ja sissetulekud korrigeeriti asjakohaste hinnaindeksite abil ja viidi 2019. a. hindadesse. Vähenenud töövõimega inimeste arstiabikulude, sissetuleku, töötusega seotud toetuste (töötutoetus ja töötuskindlustushüvitis) ja nende tööandjatele kehtiva sotsiaalmaksusoodustuse arvestamisel kasutati brutopalgade indeksit. Töövõimetuspensionite ja töövõimetoetuste arvestamisel kasutati pensioniindeksit. Pensionealiste inimeste puudetoetuste väärtusi eraldi ei korrigeeritud, kuna toetuste määrad perioodil 2017–2019 ei muutunud.

### 3.6.2. Arstiabikulud

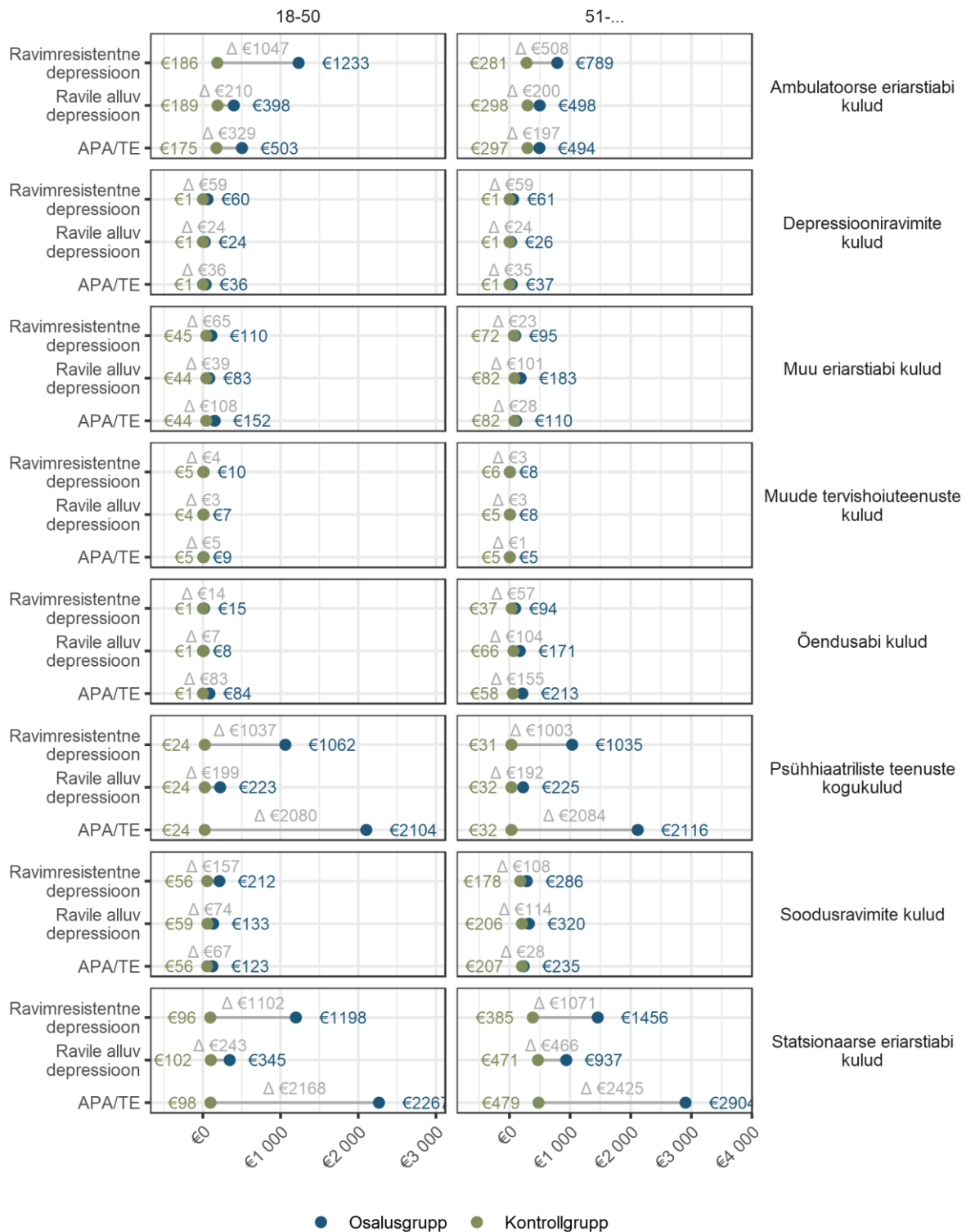
Raviresistentse depressiooniga patsientide aastased arstiabikulud olid märkimisväärselt kõrgemad kui kontrollgrupil (Joonis 25). Eriti selgelt on see näha ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi osas, kuid erinevused on ilmsed pea kõigis kulukategooriates. Raviresistentse depressiooni grupi psühhiaatriateenuste kogukulud olid 1035 eurot patsiendi kohta üle 50-aastaste seas ja 1062 eurot patsiendi kohta nooremate seas. Kontrollgrupi vastavad kulud olid vaid 31 ja 24 eurot. Raviresistentse depressiooniga nooremate patsientide kulud olid enamikes kategooriates mõnevõrra kõrgemad, mis on tähelepanuväärne, kuna kontrollgrupi puhul oli see vastupidi.

Raviresistentse depressiooniga patsientide kulud on märgatavalt kõrgemad ka ravile alluva depressiooni grupiga võrreldes. Ambulatoorse eriarstiabi osas on raviresistentse grupi kulud peaaegu 5 korda kõrgemad kui ravile alluva depressiooniga nooremaealiste grupis ning 2,5 korda kõrgemad vanemaealiste grupiga võrreldes. Statsionaarse eriarstiabi kulude osas on erinevused peaaegu samad. Psühhiaatriateenuste kogukulu on raviresistentse grupi mõlema vanusegrupi puhul ligi 5 korda kõrgem kui ravile alluva depressiooniga grupis.

APA/TE grupi arstiabikulud on kokku veelgi kõrgemad kui raviresistenttsel grupil. Peamiseks põhjuseks on märkimisväärselt kõrgemad statsionaarse eriarstiabi kulud. Ambulatoorse eriarstiabi kulud on APA/TE puhul madalamad kui raviresistenttsel grupil. Samuti on APA/TE patsientide kogukulud psühhiaatriateenuste 2 korda kõrgemad kui raviresistentse depressiooniga patsientidel ning ligi 10 korda kõrgemad kui ravile alluva depressiooniga grupil.



Joonis 25. Aastased arstiabi kulud gruppide lõikes. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga grupid võrreldes kontrollgrupiga



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

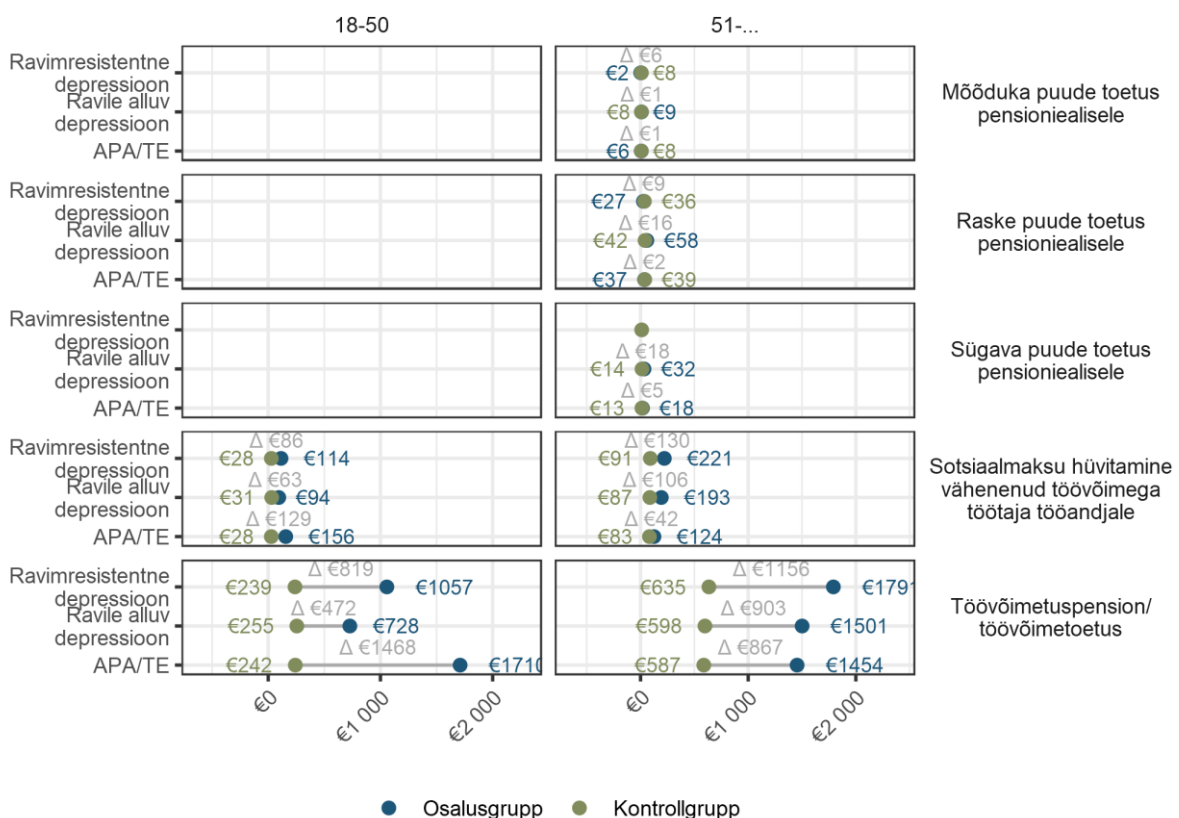
### 3.6.3. Vähenenud töövõimega seotud kulud

Pensioniealiste puudetoetustega seotud kulude puhul ei ole kontrollgrupi ja ravigruppide vahelised erinevused märkimisväärsed (Joonis 26). Sotsiaalmaksuhüvitis vähenenud töövõimega töötaja tööandjatele

on tööandjatele pakutav meede, mis aitab kaasa vähenenud töövõimega inimeste töölevõtmisele. Meetme kulud on raviresistentse depressiooni, APA/TE and ravile alluva depressiooniga gruppidel märkimisväärselt kõrgemad kui kontrollgrupil, kuid ravigruppide vaheliselt on erinevused marginaalsed.

Töövõimetuspension on toetus, mida maksti vähenenud töövõimega või töövõime kaotanud inimestele. Toetust määrati kuni aastani 2016. Aastal 2017 asendati töövõimetuspension töövõimetoetusega, kuid need, kellele oli töövõimetuspension juba määratud, said seda edasi kuni määratud maksmise perioodi lõpuni (kestus sõltus töövõimetus ekspertiisi otsusest). Kuna üleminek ühelt süsteemilt teisele toimus järk-järgult ja mõlemad toetused teenivad sama eesmärki (kuigi määramise hindamisprotsess ning seda korraldavad asutused on erinevad), analüüsis kahte toetust ei eristatud ja neid käsitleti samaväärsena. Vähenenud töövõimega seotud toetuste kulud on raviresistentse depressiooni, APA/TE and ravile alluva depressiooniga gruppidel märkimisväärselt suuremad kui kontrollgrupil. Üldiselt on vanemate depressioonipatsientide kulud kõrgemad, kuid samas on ka kontrollgrupi vanemate inimeste toetuste summa kõrgem kui noorematel inimestel. Raviresistentse depressiooniga patsientide kulu on mõnevõrra kõrgem kui ravile alluva depressiooniga patsientidel. APA/TE grupi noorem põlvkond kasutab toetusi tunduvalt rohkem kui raviresistentse depressiooni ja ravile alluva depressiooni gruppide noored. Vanema põlvkonna puhul on olukord aga vastupidine.

Joonis 26. Puude ja vähenenud töövõimega seotud toetuste kulud aastas gruppide lõikes. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga grupid võrreldes kontrollgrupiga



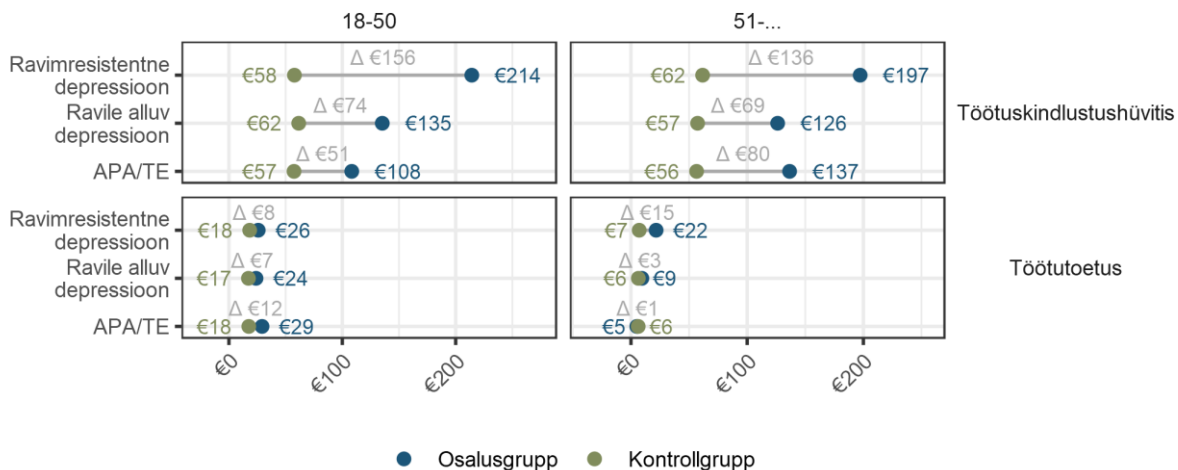
Allikas: Haigekassa, Töötukassa and Sotsiaalkindlustusamet, autorite arvutused

### 3.6.4. Töötusega seotud kulud

Töötutoetuse kulude osas ei paista osalusgruppide vahel ega ka kontrollgrupiga võrreldes olevat märkimisväärselt erinevusi (Joonis 27). Muidugi mängib siin rolli ka see, et antud toetuse summa on üsna väike (ka saajad ei ole palju, kuna toetus on ainult inimestele, kellel pole õigust töötuskindlustushüvitisele või juhul

kui selle maksmise periood on läbi saanud). Samal ajal esinevad töötuskindlustushüvitise kulude osas ravi-gruppide ja kontrollgrupi vahel suured erinevused. Raviresistentse grupi kulud on 3–4 korda suuremad kui kontrollgrupil. Võrreldes ravile alluva depressiooni grupiga on raviresistentse depressiooni grupi kulud märkimisväärselt suuremad (ligi 2 korda). Üllatavalt on APA/TE grupi vastavad kulud võrreldavad ravile alluva depressiooni grupiga.

Joonis 27. Töötusega seotud toetuste kulud aastas gruppide lõikes. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga grupid võrreldes kontrollgrupiga



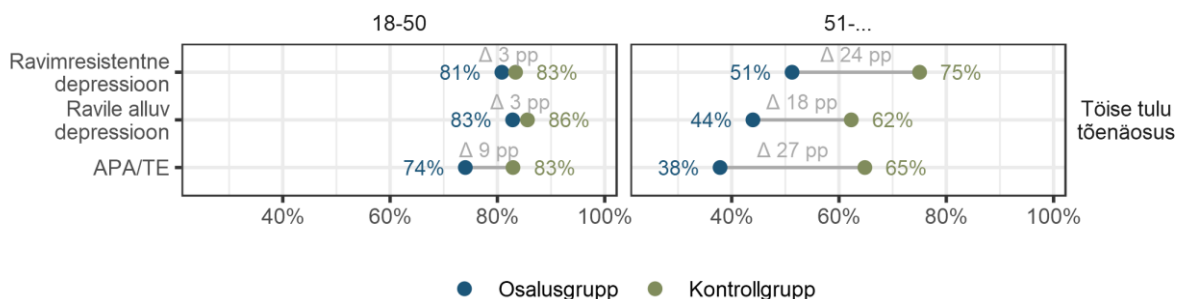
Allikas: Haigekassa ja Töötukassa, autorite arvutused

### 3.6.5. Tõine tulu ja maksutulu

Noorema põlvkonna puhul ei erine tõise tulu saamise tõenäosus kontrollgrupi ja raviresistentse depressiooni või ravile alluva depressiooni gruppide vahel oluliselt (Joonis 28). Samas APA/TE grupi nooremaealistel on kontrollgrupiga võrreldes märkimisväärselt madalam tulu teenimise tõenäosus.

Vanema põlvkonna puhul erinevad aga kõik ravigrupid kontrollgrupist – nende tõise tulu saamise tõenäosus on oluliselt väiksem. Näiteks APA/TE grupi vanemate patsientide seast ainult 38% on saanud mistahes summas tõist tulu. Kontrollgrupi hulgas oli vastav osakaal peaaegu kaks korda suurem – 65%.

Joonis 28. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga gruppide töötulu saamise tõenäosus võrreldes kontrollgrupiga



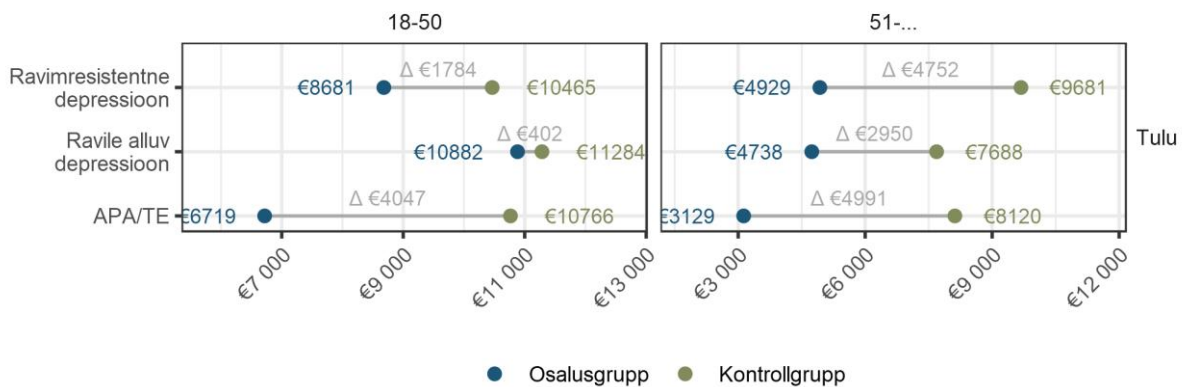
Allikas: Haigekassa, Maksu- ja Tolliameti, autorite arvutused

Kuigi raviresistentse depressiooniga nooremate patsientide tõise tulu saamise tõenäosus ei erinenud oluliselt kontrollgrupi omast, on raviresistentse grupi tõise tulu suurus oluliselt madalam (17% võrra) (Joonis 29). Ravile alluva depressiooniga patsiendid märkimisväärselt oma kontrollgrupist ei erine (erinevus

ainult 3%). Vanema põlvkonna esindajad nii raviresistentse kui ka ravile alluva depressiooni gruppides erinevad kontrollgrupist märkimisväärselt, kusjuures erinevus on suurim jällegi raviresistentse grupi puhul. Erinevusi võib seletada asjaoluga, et nende gruppide tõenäosus töist tulu saada oli kontrollgrupist palju väiksem, sestap ka väiksem tulu kogusumma.

Suurim sissetulekute vahe oli APA/TE grupi ja kontrollgrupi vahel. APA/TE grupi vanemate patsientide sissetulek oli 61% madalam ning noorematel patsientidel 38% madalam kui kontrollgrupil. Ka siin saab erinevusi osaliselt seletada asjaoluga, et APA/TE grupi tõenäosus töist tulu saada oli palju väiksem.

Joonis 29. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga gruppide keskmine aastane töötulu võrreldes kontrollgrupiga



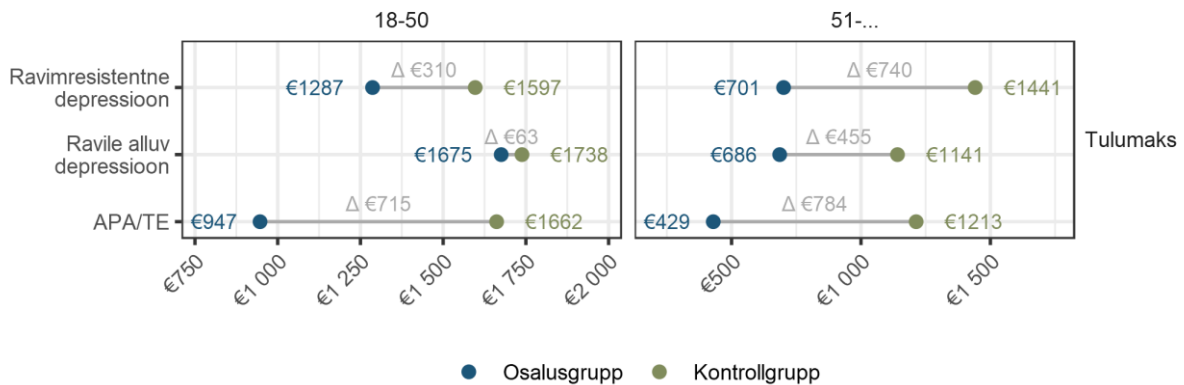
Allikas: Haigekassa, Maksu- ja Tolliamet, autorite arvutused

Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga gruppide kaudne kulu riigile on nende gruppide madalamate töötasude tõttu saamata jääv maksutulu. Eestis on neli põhilist maksuliiki, mille kaudu (tõise) sissetuleku saaja panustab riigi tuludesse. Need on tulumaks, sotsiaalmaks, käibemaks ja töötuskindlustusmaks. Ühtegi neist ei saa otseselt sissetuleku põhjal välja arvestada:

- Kuigi nominaalne tulumaksumäär on 20% brutopalgast, sõltub tegelik määr sissetuleku suurusest, mis määrab aastase maksuvaba miinimumi ja seeläbi ka maksustatava sissetuleku suuruse.
- Nominaalne sotsiaalmaks on 33% brutopalgast (maksab tööandja). Kuid inimesed, kes on liitunud kogumispensionisüsteemiga, panustavad riigieelarvesse ainult 27% oma brutosissetulekust, kuna ülejäänud 6% läheb pensionifondi. Lisaks sellele rakendub sotsiaalmaksu minimaalne kohustus, mis tähendab, et väiksemate palkade puhul võib sotsiaalmaksu määr olla kõrgem kui 33%. Samuti on olemas sotsiaalmaksuhüvitis tööandjatele, kes palkavad vähenenud töövõimega töötaja, mis tähendab, et riik maksab kinni osa sotsiaalmaksust ja üldine sotsiaalmaksumäär võib olla madalam kui 33%.
- See, kui palju käibemaksu peab inimene oma sissetulekust maksma, sõltub sellest, kui palju ta tarbib.
- Töötuskindlustusmaks määr on 2,4% brutopalgast (millest 0,8% maksab tööandja), kuid seda ei peeta kinni täies ulatuses, kui töötaja on pensioniealine (maksta tuleb ainult tööandja osa).

Nendest neljast maksust päriti Maksu- ja Tolliametist andmeid tulumaksuga laekuva tulu kohta (Joonis 25). Üldjoontes jaotub keskmine tulumaks ravigruppide ja kontrollgrupi vahel sarnaselt keskmise sissetuleku jaotusega.

Joonis 30. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga gruppide poolt makstav keskmine tulumaks aastas võrreldes kontrollgrupiga



Allikas: Maksu- ja Tolliameti andmed, autorite arvutused

Gruppide sotsiaalmaksu, käibemaksu ja töötuskindlustusmaksu suurused tuletati gruppide keskmisest töise tulu suurusest. Lähtuti eeldusest, et keskmine efektiivne sotsiaalmaksumäär on 30%, efektiivne käibemaksumäär 15% ja töötuskindlustusmaksu 2,4% palgast.

### 3.5.6 Kulud ja saamatajäänud tulu kokku

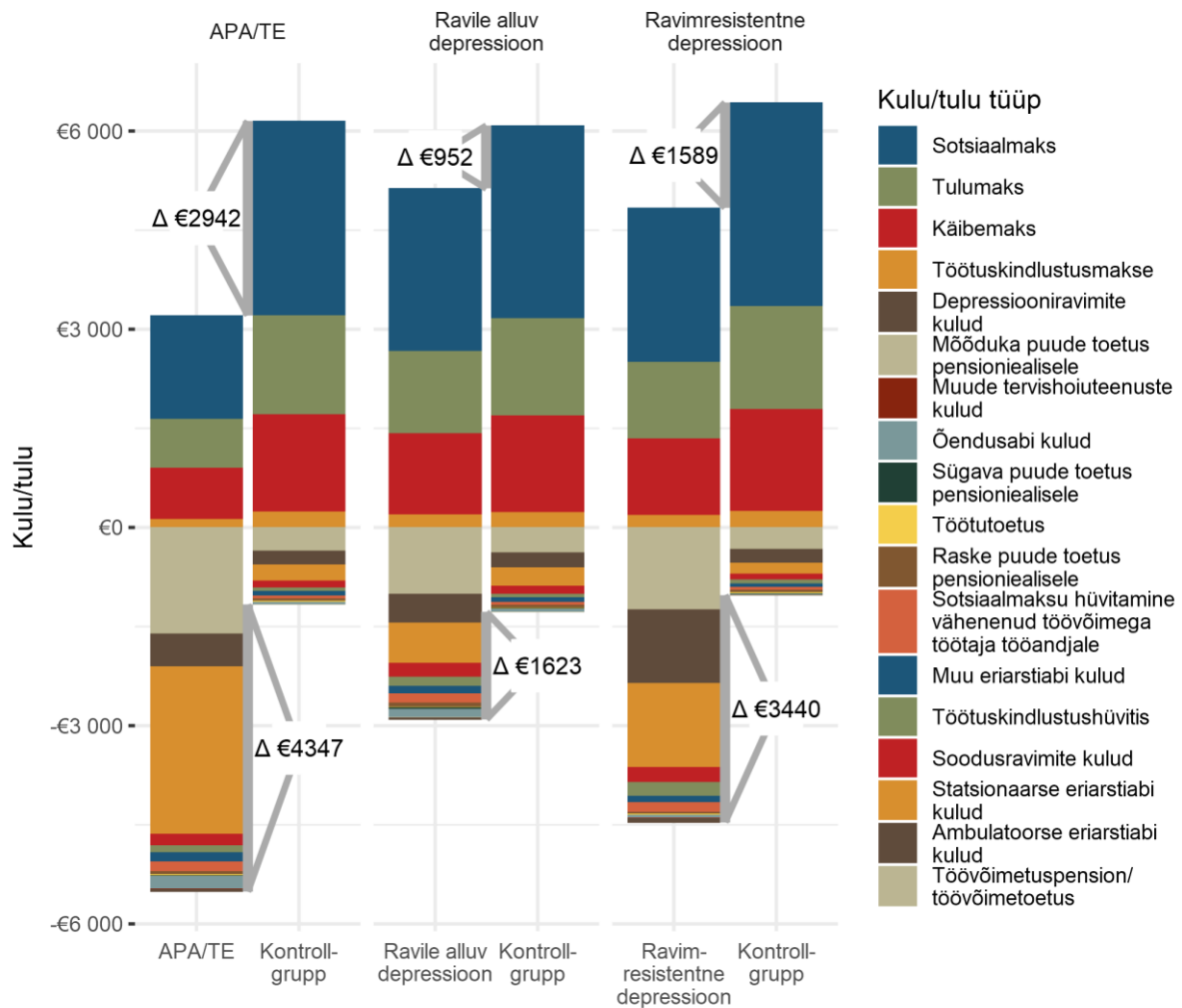
Joonis 31 on näidatud depressiooniga seonduva väiksema töise tulu tõttu riigil saamata jäänud tulu ja depressiooniga seonduv kulu sotsiaal- ja tervishoiusüsteemile kõigi ülal täpsemalt kirjeldatud kategooriate lõikes.

Raviresistentse depressiooniga inimeste keskmine aastane maksutulu riigile oli 1589 euro võrra väiksem kui kontrollgrupis. Samal ajal on selle sihtgrupi kulud inimese kohta 3440 euro võrra suuremad kui kontrollgrupis. See tähendab, et raviresistentse depressiooniga inimese kogukulud on aastas kokku keskmiselt 5029 eurot.

Ravile alluva depressiooniga inimeste aastane keskmine tulusus on 952 eurot väiksem kui nendega võrreldaval kontrollgrupil, kulud aga on 1623 eurot suuremad kui kontrollgrupil. Kokku on ravile alluva depressiooniga grupis kogukulud 2575 eurot patsiendi kohta.

APA/TE grupi tulusus on 2942 eurot inimese kohta madalam ja kulud 4347 eurot kõrgemad kui kontrollgrupil. Seega on kogukuluks 7289 euro patsiendi kohta.

Joonis 31. Raviresistentse depressiooni, APA/TE ja ravile alluva depressiooniga gruppide kogukulud ja -tulud võrreldes kontrollgrupiga



Allikas: Haigekassa, Maksu- ja Tolliamet, Töötukassa ning Sotsiaalkindlustusamet, autorite arvutused

### 3.5.7 Suitsiidide kulu

Enesetappude kulu hindamiseks kasutati ülalkirjeldatust erinevat lähenemist. Suitsiidi puhul ei ole asjakohane vaadelda kulu vaid ühel representatiivsel aastal, vaid hinnata tuleks kogu elamata jäänud eluaastate kaoga kaasnevat kahju. Sealjuures võib ainuüksi riigi kulude põhine vaade luua eksitava mulje suitsiidi ühiskondlikust kulust: näiteks vanemaealiste puhul ei pruugi maksutulu kaotus olla suur ja kitsalt rahalisest vaatest võib riigi jaoks tekkida isegi sääst vanaduspensionide kulude arvelt. Suitsiidi ühiskondlik kulu on aga laiem, hõlmates lisaks majanduslikele kuludele ka isikliku heaolu kaotust ja lähedaste kaotusvalu.

Seetõttu kasutame suitsiidide kulu kvantifitseerimiseks maksevalmiduse hinnangute põhise lähenemist. Aluseks on võetud OECD soovitusel suurem riski majandusliku väärtuse määratlemiseks keskkonna-, tervise- ja transpordipoliitikas (OECD 2012), millest soovib surmajuhtumite kulu hindamisel juhendada ka Euroopa Komisjoni poolt heakskiidetud käsiraamat (CE Delft 2019).

OECD soovitusel tuleks surmajuhtumitele rahalise kulu omistamisel EL-27 riikides lähtuda baasväärtusest 3,6 mln USD (2005. aasta hindades). Iga konkreetse EL liikmesriigi ja vaatlusaasta jaoks tuleb

seada väärtust korrigeerida vastavalt SKP per capita erinevustele, arvestades sealjuures ostujõu erinevusi. See tähendab, et selle väärtuse ülekandmisel Eesti oludesse tuleb teha kaks korrigeerimist:

- Kuna Eesti SKP inimese kohta on EL keskmisest madalam, tuleb inimelu statistilist väärtust vastavalt korrigeerida madalamaks. Kuna baasväärtus on 2005. aasta hindades, tuleb teha korrigeerimine vastavalt Eesti SKP per capita proportsioonile EL-27 SKP-st aastal 2005.
- Kuna soovime hinnata inimelu statistilist väärtust mitte 2005. aasta seisuga, vaid võimalikult tänapäevases vääringus, tuleb seda omakorda kohandada, arvestades Eesti SKP kasvu 2020. aastaks võrreldes 2005. aastaga.

Vastavalt OECD juhendile kasutame korrigeerimiseks valemit

$$VSL'_p = VSL_s \left( \frac{Y_p}{Y_s} \right)^\beta,$$

kus  $VSL'_p$  on statistilise inimelu väärtus vaatlusaluse riigi (antud juhul Eesti) jaoks,  $VSL_s$  on inimelu referentsväärtus (antud juhul EL-27 2005 jaoks),  $Y_p$  ja  $Y_s$  SKP per capita (PPP) vastavalt vaatlusriigis ja referentspiirkonnas. Koefitsient  $\beta$  on elastsuskoefitsient, mis väljendab vaatlusriigi jaoks kohandatud inimelu statistilise väärtuse seost SKP erinevusega vaatlus- ja referentsriigi vahel. Kui  $\beta = 1$ , on kohandatud väärtus täpselt proportsionaalne SKP per capita erinevustega vaatlus- ja referentsriigis. Erinevate uuringute kohaselt on selle parameetri tavapärane väärtus vahemikus 0,7...0,9. OECD soovituslik väärtus parameetrile  $\beta$  on 0,8, mille kasutamisel soovitatakse teha ka tundlikkusanalüüs väärtusega 0,4.

Ülalkirjeldatud meetodikat kasutades saame inimelu statistilise väärtuse hinnanguks 2020. aasta hindades **4,6 mln eurot** ( $\beta = 0,8$ ), tundlikkusanalüüsi alampiiriga ( $\beta = 0,4$ ) **2,15 mln eurot**. See sisaldab nii majanduslikku kulu, tulu ja tarbimise kaotust kui ka subjektiivse heaolu vähenemist.

Lisaks ülaltoodud arvutustele inimelu väärtuse soovitusliku hinnangu Eestile ülekandmiseks on käesolevas uuringus suitsiidide kulu hindamiseks tehtud veel tundlikkusanalüüs lähtuvalt suitsiidi sooritanud inimeste vanuselise jaotusest. Maksevalmiduse uuringutes on leitud, et maksevalmidus surmajuhtumi ärahoidmise eest varieerub sõltuvalt inimese vanusest: noorte inimeste puhul on maksevalmidus kõrgem. OECD üldiselt ei soovita inimelu väärtuse eapõhist kohandust, kuna sellealaseid uuringutulemusi ei peeta lõplikult tõendatuks (sellegipoolest nähakse lastele suunatud interventsioonide puhul ette inimelu väärtuse suurendamist koefitsiendiga 1,5-2).

Teisalt on käesoleva uuringu andmetest näha, et suitsiidi toime pannud depressioonipatsientide hulgas on Eestis küllaltki kõrge vanemaealiste osakaal. Aldy ja Viscusi (2003) on leidnud, et vanemaealiste puhul on maksevalmidus surmajuhtumi vältimise eest madalam (vanusegrupis 45-54 93% keskmisest hinnangust, vanusegrupis 55-62 69% keskmisest). Seetõttu on siinkohal täiendava tundlikkusanalüüsina tehtud arvutused ka vanusega korrigeeritud inimelu statistilise väärtuse kohta, kasutades vanusegrupis 45-54 väärtust 93% baasväärtusest ning vanusegrupis 55 ja enam väärtust 69% baasväärtusest. Arvestades suitsiidi toime pannud depressioonipatsientide vanusjaotust, kujuneb nendel eeldustel suitsiidi kuluks **3,8 mln eurot** ( $\beta = 0,8$ ), alampiiriga (kasutades koefitsienti  $\beta = 0,4$ ) **1,8 mln eurot**.

Kokkuvõttes on seega depressioonipatsiendi suitsiidi keskmine kulu Eestis **4,6 mln eurot** 2020. aasta hindades (seada OECD standardsoovituste põhistel eeldustel; tundlikkusanalüüs kõige konservatiivsemaid eeldusi kasutades **1,8 mln eurot**).

Eelnevast lähtudes oli depressioonipatsientide poolt Eestis 2019. aastal toime pandud suitsiidide kogukulu **226 mln eurot** (kõige konservatiivsemaid eeldusi kasutava tundlikkusanalüüsi hinnang 87 mln eurot).

## Kokkuvõte

Uuringu eesmärgiks oli hinnata raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levikut ja majanduslikku koormust (riigieelarve seisukohast) Eestis, kasutades selleks riiklike registrite andmeid inimeste kohta, kes said esmakordse depressiooni diagnoosi aastatel 2009–2019.

Uuritud perioodi jooksul vähenes depressiooni haigestumus 1,35%-lt 2009. aastal 0,76%-le 2019. aastal. Languse taga on haigestumuse vähenemine keskealiste ja eakate vanusegrupis. 18–24-aastaste vanusegrupis uuritud perioodi jooksul langust ei toimunud ja haigestumus hoopis kasvas 0,98%-lt 1,36%-le.

Mitte kõik depressiooni diagnoosi saanud ei saa piisavat, st piisava kestusega ja ravimi korral piisavas annuses depressiooniravi. Piisavat ravi saanud patsientide osakaal kõigist esmaste diagnoosidega patsientidest kõikus uuritud perioodil 31% ja 41% vahel.

Defineerides depressiooni raviresistentsena, kui 365 päeva jooksul pärast esimese ravi algust on viidud läbi vähemalt kolm erinevat piisava pikkusega ravikatset, hinnati raviresistentse depressiooni esinemust uute depressioonipatsientide seas. Tulemused näitavad, et vaatlusaluse perioodi jooksul depressiooni diagnoosi saanute hulgas kujunes raviresistentne depressioon välja 4,2 protsendil patsientidest. Raviresistentset depressiooni esineb rohkem noorte kui keskealiste ja eakate patsientide seas.

Vältimatut psühhiaatrilist abi vajanud patsientide arv kõikus 0,76% ja 1,14% vahel. Raviresistentse depressiooniga patsientide seas oli see arv ligi 1,5–2 korda kõrgem.

Umbes 0,2–0,3% depressioonipatsientidest sooritavad igal aastal enesetapu. Coxi võrdeliste riskide mudeli abil leiti, et raviresistentsel depressioonil on seosed nii enesekahjustamise tõttu saadud raviga kui ka suitsiidsusega. Analüüs tõi samuti välja, et enesekahjustamise puhul on riskiteguriteks depressiooni raskusaste ning alkoholi ja muude ainete kuritarvitamine. Enesetapu riskitegurid olid enesekahjustamise esinemine haigusloos, depressiooni raskusaste ja alkoholi kuritarvitamine.

Majandusliku koormuse poole pealt keskenduti uuringus depressiooni ja konkreetset raviresistentse depressiooniga seotud kuludele riigieelarve seisukohast. Depressiooni majanduslik koormus väljendub otsekuludes tervishoiusüsteemi (ravimite ja muude ravikuuride kulud) ja sotsiaalsüsteemi jaoks (sotsiaaltoetuste kulud), kuid ka kaudsetes kuludes, mis väljenduvad töö ja sissetuleku kaotuses ning seega maksutulude vähenemises. Kuludest, mis jäävad inimeste endi kanda, on vaadeldud ainult töise sissetuleku kaotust ning välja jäävad sellised aspektid nagu patsientide suhtelise heaolu kaotus, eluaastate kaotus, hoolduskoormus lähedastele jne.

Tulemused näitavad, et depressiooni ja eriti raviresistentse depressiooniga kaasnevad märkimisväärsed kulud. Suurenenud kulutuste ja saamata jäänud maksude näol on ühe tavalise raviresistentse depressiooniga patsiendi kulud riigile umbes 5000 eurot aastas (vanusegrupi ja soo alusel sobitatud depressiooni mitte põdevate inimeste kontrollgrupiga võrreldes), millest umbes kolmandiku moodustab saamata jäänud maksutulu ja kaks kolmandikku kõrgemad kulutused arstiabile ning töövõimekaoga seotud toetused.

Nende patsientide kulud, kes on saanud akuutpsühhiaatrilist ravi või ravi enesekahjustamise tõttu, on veelgi suuremad – üle 7000 euro. Ligi 60% sellest kulust moodustavad kõrgemad kulutused arstiabile ja töövõimekaoga seotud toetused ning eriti kulutused statsionaarsele eriarstiabile.

Isegi „tavapäraste“ depressioonipatsientide puhul, kes ei vasta raviresistentse depressiooni määratlusele ega pole saanud vältimatut psühhiaatrilist abi, on näha erinevusi (suurusjärgus 2500 eurot ehk pool raviresistentse depressiooni kuludest) võrreldes depressiooni mitte põdevate inimeste kontrollgrupiga. Sarnaselt raviresistentse depressiooniga patsientidele moodustab ka „tavapärasel“ kuludest umbes kaks kolmandikku kõrgemad kulutused arstiabile ja sotsiaaltoetustele (kusjuures suurim kulukategooria on



töövõimekaoga seotud toetused) ning ülejäänu moodustavad töise tulu ja tarbimise pealt saamata jäänud maksud.

Depressioonipatsientide suitsiidide kulu puhul lähtuti OECD poolt soovitatavast inimelu statistilisest väärtusest, mis põhineb maksevalmiduse hinnangutel. Kandes OECD poolt soovitatud väärtuse üle Eesti 2020. aasta hindadesse, leiti suitsiidijuhtumi keskmiseks kuluks 4,6 miljonit eurot (see sisaldab nii majanduslikku kulu riigile ja isikule endale kui ka heaolu kaotust laiemalt).

## Kirjandus

- [1] S. L. James, D. Abate, K. H. Abate, K. M. Abay, C. Abbafati, N. Abbasi, H. Abbastabar, F. Abd-Allah, J. Abdela, A. Abdelalim ja I. Abdollahpour, „Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.“ *Lancet*, kd. 392, nr 10159, pp. 1789-1858, 2018.
- [2] F. H. Gronemann, M. B. Jorgensen ja M. Nordentoft, „Incidence of, risk factors for, and changes over time in treatment-resistant depression in Denmark: a register-based cohort study,“ *Journal of Clinical Psychiatry*, kd. 79, nr 4, 2018.
- [3] J. Reutfors, T. M. Andersson, P. Brenner, L. Brandt, A. DiBernardo, G. Li, D. Hägg, L. Wingård ja R. Bodén, „Mortality in treatment-resistant unipolar depression: A register-based cohort study in Sweden,“ *Journal of affective disorders*, kd. 238, pp. 674-679, 2018.
- [4] D. A. Mrazek, J. C. Hornberger, C. A. Altar ja I. Degtiar, „A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013,“ *Psychiatric services*, kd. 65, nr 8, pp. 977-987, 2014.
- [5] P. Döme, P. Kunovszki, P. Takács, L. Fehér, T. Balázs, K. Dede, S. Mulhern-Haughey, S. Barbreau ja Z. Rihmer, „Clinical characteristics of treatment-resistant depression in adults in Hungary: Real-world evidence from a 7-year-long retrospective data analysis,“ *Plos one*, kd. 16, p. e0245510, 2021.
- [6] C. Benson, H. Szukis, J. J. Sheehan, L. Alphs ja H. Yuce, „An evaluation of the clinical and economic burden among older adult medicare-covered beneficiaries with treatment-resistant depression,“ *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, kd. 28, p. 350–362, 2020.
- [7] J. Lin, H. Szukis, J. J. Sheehan, L. Alphs, B. Menges, M. Lingohr-Smith ja C. Benson, „Economic burden of treatment-resistant depression among patients hospitalized for major depressive disorder in the United States,“ *Psychiatric Research and Clinical Practice*, kd. 1, p. 68–76, 2019.
- [8] K. Bang Madsen, L. Vogdrup Petersen, O. Plana-Ripoll, K. L. Musliner, J.-C. Philippe Debost, F. Hordam Gronemann, P. B. Mortensen ja T. Munk-Olsen, „Early labor force exits in patients with treatment-resistant depression: an assessment of work years lost in a Danish nationwide register-based cohort study,“ *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, kd. 10, p. 2045125320973791, 2020.
- [9] D. H. Jaffe, B. Rive ja T. R. Denee, „The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study,“ *BMC psychiatry*, kd. 19, p. 1–11, 2019.
- [10] K. M. Johnston, L. C. Powell, I. M. Anderson, S. Szabo ja S. Cline, „The burden of treatment-resistant depression: a systematic review of the economic and quality of life literature,“ *Journal of affective disorders*, kd. 242, p. 195–210, 2019.
- [11] L. Zhang, G. Li, G. Wang, Q. Zhang, A. DiBernardo, K. Lee, C. Benson ja J. Reutfors, „The Economic Burden Among Patients with Treatment Resistant Depression in US Claims Data,“ *Value in Health*, kd. 21, p. S183, 2018.

- [12] M. Reinap, T. Lai, S. Janno, T. Tamme ja M. Tamm, „Vaimse tervise interventsioonide majandusliku kulutõhususe hindamine,“ 2005.
- [13] A. Kleinberg, Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services, Tartu: University of Tartu Press, 2014.
- [14] C. B. Nemeroff, „Prevalence and management of treatment-resistant depression,“ *Journal of Clinical Psychiatry*, kd. 68, p. 17, 2007.
- [15] G. Cortese ja P. K. Andersen, „Competing risks and time-dependent covariates,“ *Biometrical Journal*, kd. 52, p. 138–158, 2010.
- [16] P. C. Austin, A. Latouche ja J. P. Fine, „A review of the use of time-varying covariates in the Fine-Gray subdistribution hazard competing risk regression model,“ *Statistics in medicine*, kd. 39, p. 103–113, 2020.
- [17] N. Kubitz, M. Mehra, R. C. Potluri, N. Garg ja N. Cossrow, „Characterization of treatment resistant depression episodes in a cohort of patients from a US commercial claims database,“ *PLoS One*, kd. 8, p. e76882, 2013.

## Lisa A. Raviresistentse depressiooni määratlus

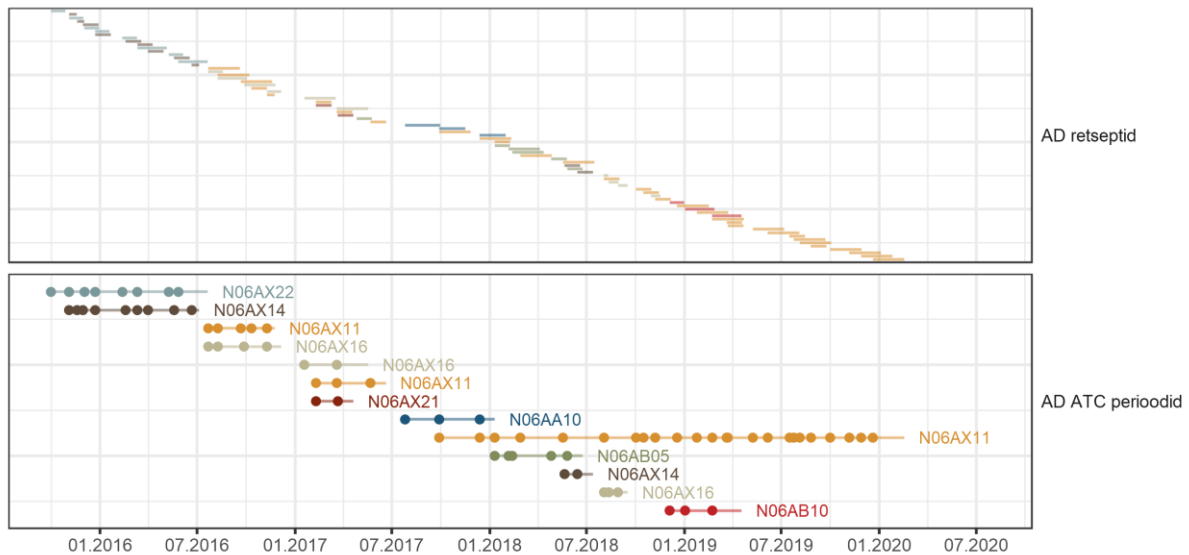
Ravi kestus konstrueeriti kõigile antidepressandi (AD) ja psühholeptikumi (PL) retsepti juhtudele:

$$\text{ravi kestus päevades} = \frac{\text{pakendi suurus}}{\text{annuse suurus} \times \text{päevane annus}} \times \text{välja kirjutatud pakendid}$$

Retsepti alguspunktiks loeti retsepti väljaostmise ehk realiseerimise kuupäeva, mitte retsepti väljakirjutamise kuupäeva.

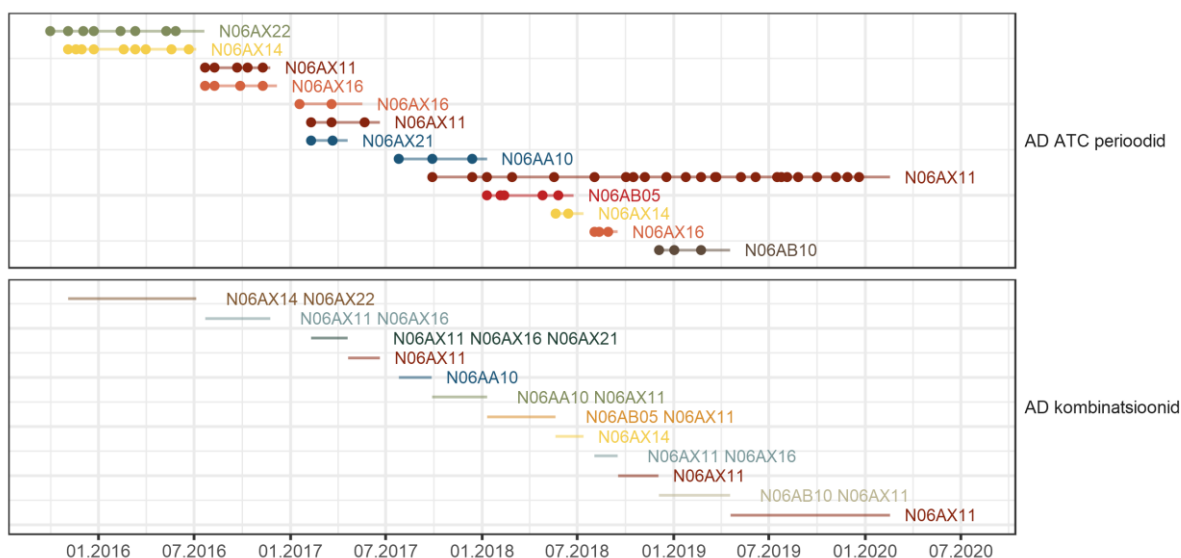
AD retseptide põhjal konstrueeriti **AD toimeaine perioodid** (Joonis 32) teatud toimeainetega järjepideva ravi kohta. AD toimeaine perioodid hõlmavad kõigi sama toimeainega individuaalsete AD retseptide raviperioode. Arvesse mineva raviperioodi jaoks peavad AD toimeaine perioodid koosnema vähemalt kahest antud toimeaine retseptist, vähemalt üks neist retseptidest peab olema depressiooni diagnoosiga ning perioodi kestus peab olema vähemalt 42 päeva. Ühe retsepti lõpust teise retsepti alguseni jääv vahe ei tohi olla pikem kui 30 päeva. Kui vahe venis pikemaks, siis loeti retsepte kahte erinevasse AD toimeaine perioodi kuuluvaks. Kõik retseptid, mis kirjutati välja enne inimese esmase depressiooni diagnoosi kuupäeva, jäeti arvestustest välja.

Joonis 32. AD toimeaine perioodid



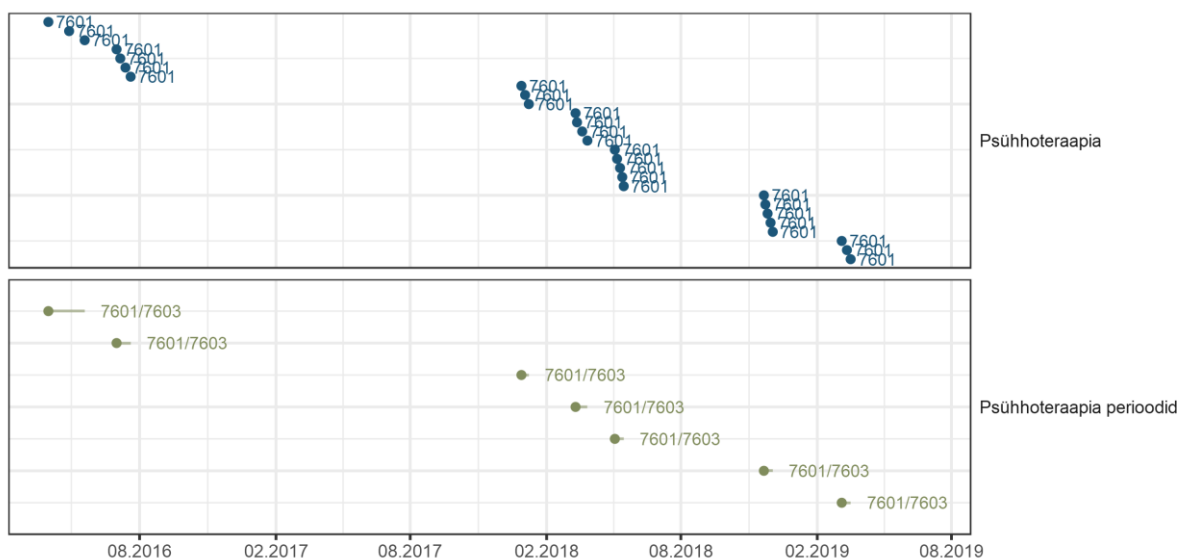
Kui kaks või rohkem AD toimeaine perioodi omavahel kattuvad, siis moodustavad nende ühisosad **AD toimeainete kombinatsiooni** (Joonis 28) ning seda loetakse kombineeritud ravi perioodiks. Et kombinatsioon kvalifitseeruks piisavaks raviks, peab kombinatsiooni erinevate elementide kattuvuse periood kestma vähemalt 42 päeva. Kombinatsioon peab sisaldama vähemalt kahte retsepti iga panustava AD toimeaine perioodi kohta või võib sisaldada ühte retsepti, kui antud AD toimeaine perioodile eelnevad ja järgnevad retseptid on enne ja pärast kombinatsiooniperioodi.

Joonis 33. AD toimeainete perioodide kombinatsioonid



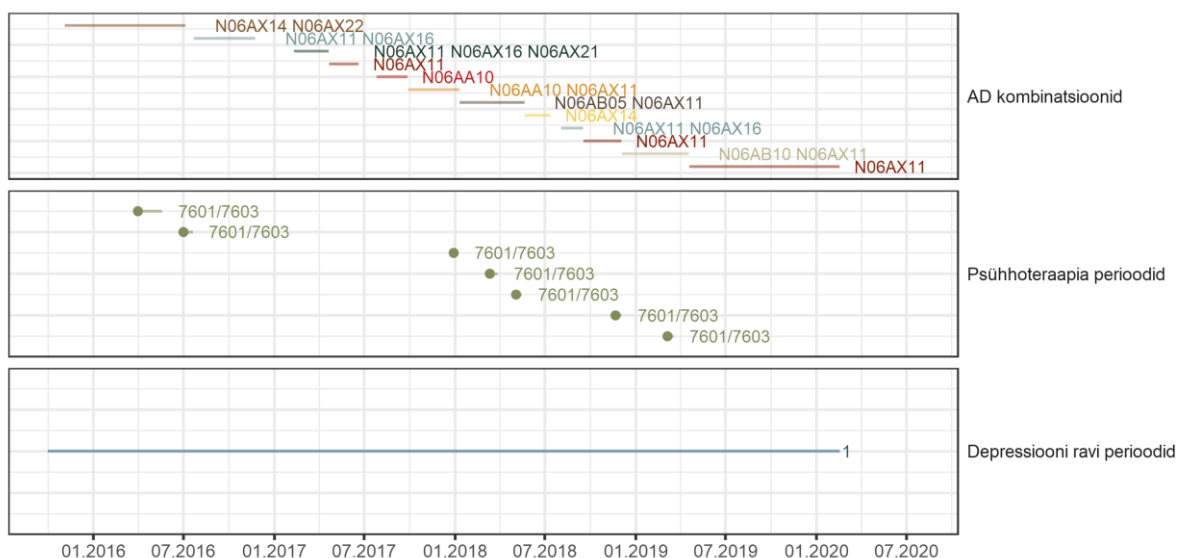
**Psühhoteeraapia perioode** (Joonis 29) defineeritakse kui perioode, kus patsient saab järjestikuseid psühhoteeraapia ravikuure. Psühhoteeraapia periood peab sisaldama vähemalt kahte erinevat teraapiaseanssi, mille vahel ei tohi olla rohkem kui 30 päeva.

Joonis 34. Psühhoteeraapia perioodid



**Depressiooni ravi perioode** (Joonis 30) defineeritakse kui perioode, mis ühendavad järjestikuseid AD toimeaine perioode või psühhoteeraapia perioode, millele eelneb vähemalt 90 ilma ravita päeva. Raviperioodid seovad omavahel kokku erinevad raviskeemid, mis moodustavad järjepideva raviprotsessi. Kui inimene ei saa üle 3 kuu mingisugust ravi, siis loetakse raviprotsess peatatuks ja igasuguse ravi saamine peale seda 3 kuud märgib järgmise depressiooni ravi perioodi algust.

Joonis 35. Depressiooni ravi perioodid

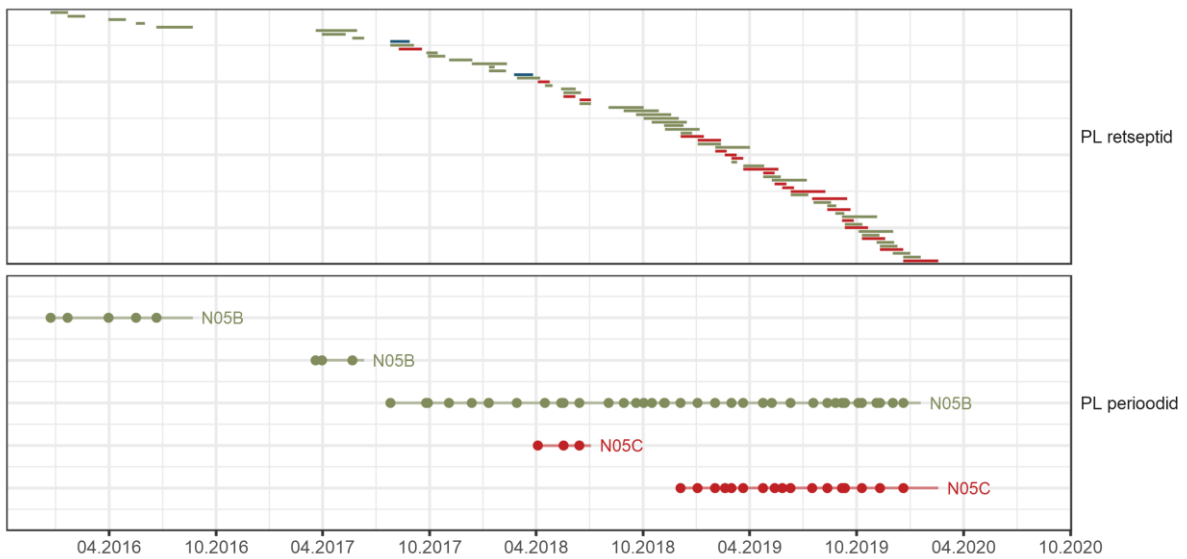


**Psühholeptikumi (PL) perioode** (Joonis 31) arvutatakse selleks, et arvestada välja augmenteeritud teraapia katsed, kus AD-ravi on augmenteeritud psühholeptikumi raviga. Psühholeptikumide klassis eristati kolme alaklassi: antipsühhootilised ained (N05A), anksiolüütikumid (N05B) ning uinutid/rahustid (N05C). Mõned psühholeptikumid jäeti andmetest välja, kuna nende kasutamist ei saanud pidada depressiooni raviskeemi osaks. Väljajätmise kriteeriumid olid järgmised:

- kõik anksiolüütikumide ja uinutite/rahustite retseptid, mis osteti välja 42 päeva jooksul peale raviperioodi algust;
- kvetiapiini (N05AH04) retseptid, mille päevane annus oli väiksem kui 75mg;
- olansapiini (N05AH03) retseptid, mille päevane annus oli väiksem kui 5mg;
- kõik levomepromasiini (N05AA02), kloorprotikseeni (N05AF03), kloorpromasiini (N05AA01) ja zuklopentiksooli (N05AF05) retseptid.

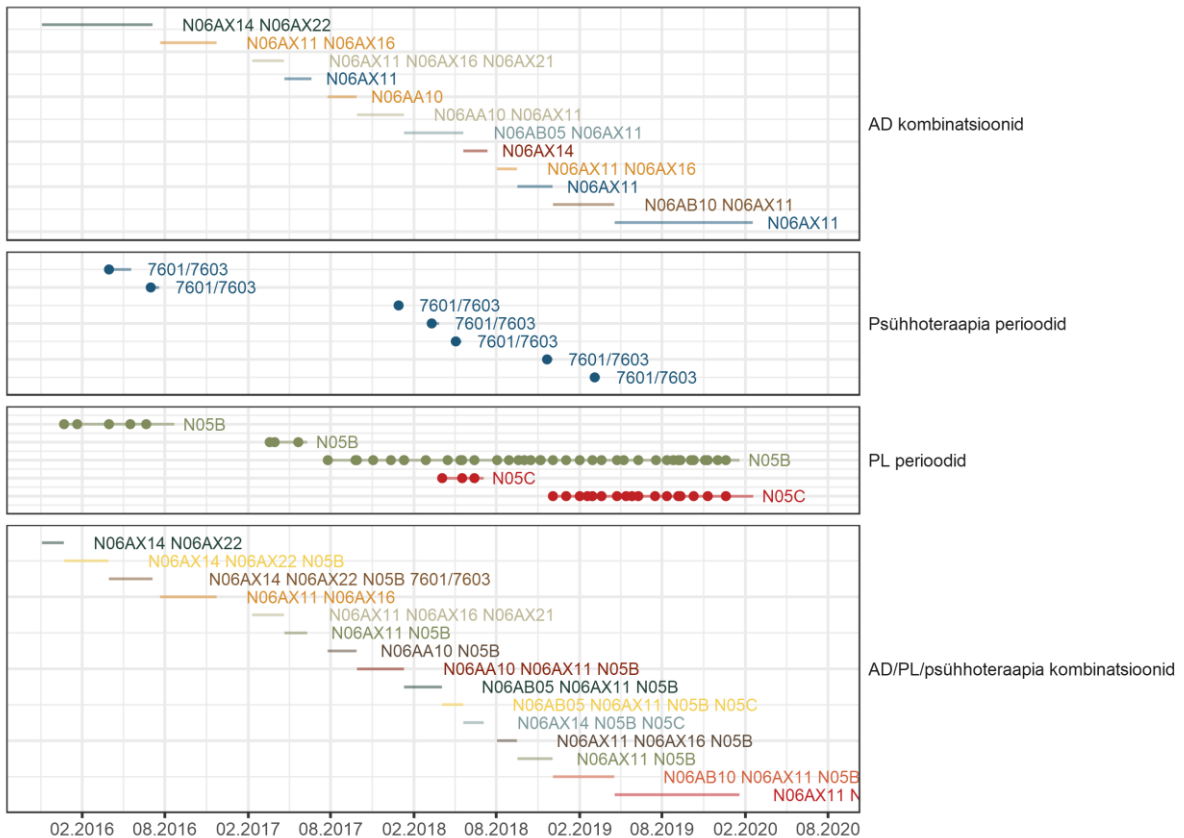
PL perioodid tuletati AD perioodidega sama loogika järgi. Perioodid peavad sisaldama vähemalt kahte psühholeptikumi spetsiifilisealaklassi retsepti, kusjuures vähemalt üks neist retseptidest peab olema seotud depressiooni diagnoosiga ning perioodi kestus peab olema vähemalt 42 päeva. Ühe retsepti lõpust teise retsepti alguseni jääv vahe ei tohi olla pikem kui 30 päev.

Joonis 36. Psühhooleptikumi perioodid



**Piisavad ravikatsed** (Joonis 37) moodustuvad erinevate AD perioodide ja AD kombinatsiooni perioodide, psühhoteraapia perioodide ning PL perioodide ühendamise tulemusena. Ainult esimest psühhoteraapia perioodi igas depressiooni ravi perioodis käsitletakse eraldi raviskeemina või AD raviskeemi muutusena. Samaaegseid AD- ja PL-ravisid loetakse augmenteeritud teraapiaks ainult juhul, kui nende kooskasutamise periood on pikem kui 42 päeva. Erinevaid PL perioode (mis ei ole kombinatsioonis AD-ravi perioodidega) ei loeta ravikatseteks.

Joonis 37. Piisavad ravikatsed



Viimasena määratletakse **raviresistentse depressiooni** staatus. Arvesse võetakse erinevad raviskeemid, mis toimuvad depressiooni ravi perioodi esimese aasta jooksul. Kui raviskeemi muutus põhineb mõne ravimi katkestamisel (nt kui esimene raviskeem on N06AX11 N06AX16 N05B ja sellele järgneb raviskeem N06AX11 N05B, siis skeemi muutus põhineb ravimi N06AX16 katkestamisel), siis ei loeta muutust raviskeemi muutuseks. Kui depressiooni ravi perioodi esimese aasta jooksul esineb rohkem kui kaks raviskeemi, loetakse patsiendil olevat raviresistentne depressioon ning kolmanda ravi algust loetakse siis raviresistentse depressiooni alguspunktiks.

Kui patsiendil on rohkem kui üks depressiooni ravi periood, määratakse raviresistentsus iga raviperioodi kohta eraldi, kuid järgnevates analüüsides võetakse arvesse ainult esmakordset raviresistentseks liigitumise juhtu.



## Lisa B. Tabelid

Tabel 7. Diagnoositud depressiooni esinemus populatsioonis. Kõik esmadiagnoositud juhtumid perioodil 2009–2019

Vanus (esmise diagnoosi ajal)	Sugu	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
18-24	Naised	798	793	755	779	659	622	602	586	645	654	649
18-24	Mehed	550	527	553	554	525	482	448	462	486	579	551
18-24	Kokku	1348	1320	1308	1333	1184	1104	1050	1048	1131	1233	1200
25-34	Naised	1444	1437	1471	1322	1252	1091	1010	943	976	1016	949
25-34	Mehed	956	923	886	820	735	693	698	616	589	682	670
25-34	Kokku	2400	2360	2357	2142	1987	1784	1708	1559	1565	1698	1619
35-44	Naised	1468	1549	1572	1420	1237	1121	931	853	828	822	838
35-44	Mehed	937	835	886	806	762	647	571	532	549	543	602
35-44	Kokku	2405	2384	2458	2226	1999	1768	1502	1385	1377	1365	1440
45-54	Naised	1725	1762	1746	1559	1253	1174	935	775	826	740	734
45-54	Mehed	883	828	834	843	691	550	552	487	475	478	465
45-54	Kokku	2608	2590	2580	2402	1944	1724	1487	1262	1301	1218	1199
55-64	Naised	1545	1797	1731	1658	1363	1216	985	854	776	740	712
55-64	Mehed	717	799	781	732	631	542	495	466	421	393	395
55-64	Kokku	2262	2596	2512	2390	1994	1758	1480	1320	1197	1133	1107
65-74	Naised	1338	1534	1425	1332	1069	931	742	650	530	546	521
65-74	Mehed	530	551	575	516	439	389	331	291	264	276	196
65-74	Kokku	1868	2085	2000	1848	1508	1320	1073	941	794	822	717
75	Naised	1414	1639	1562	1520	1245	1095	952	841	773	707	645
75	Mehed	417	431	454	484	368	355	289	276	251	222	212
75	Kokku	1831	2070	2016	2004	1613	1450	1241	1117	1024	929	857
Kokku	Naised	9732	10511	10262	9590	8078	7250	6157	5502	5354	5225	5048
Kokku	Mehed	4990	4894	4969	4755	4151	3658	3384	3130	3035	3173	3091
Kokku	Kokku	14722	15405	15231	14345	12229	10908	9541	8632	8389	8398	8139

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Tabel 8. Depressiooni ravi (antidepressantravi või kombineeritud ravi) diagnoositud depressiooni juhtumite korral. Kõik esmadiagnoositud juhtumid perioodil 2009–2019

Vanus (esmise diagnoosi ajal)	Sugu	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
18-24	Naised	340	345	369	352	313	275	319	293	343	355	315
18-24	Mehed	191	208	217	204	207	180	217	224	248	294	241
18-24	Kokku	531	553	586	556	520	455	536	517	591	649	556
25-34	Naised	631	612	631	553	532	489	428	424	459	470	394
25-34	Mehed	367	336	358	322	288	258	259	249	257	329	289
25-34	Kokku	998	948	989	875	820	747	687	673	716	799	683
35-44	Naised	618	640	667	523	482	428	364	352	371	361	322

Vanus (esmise diagnoosi ajal)	Sugu	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
35-44	Mehed	355	312	337	306	284	244	224	226	251	234	250
35-44	Kokku	973	952	1004	829	766	672	588	578	622	595	572
45-54	Naised	657	657	626	495	397	375	348	297	328	294	258
45-54	Mehed	285	265	247	263	226	166	205	189	173	203	176
45-54	Kokku	942	922	873	758	623	541	553	486	501	497	434
55-64	Naised	476	502	495	429	374	324	286	261	275	232	234
55-64	Mehed	211	196	204	179	156	162	160	148	149	150	118
55-64	Kokku	687	698	699	608	530	486	446	409	424	382	352
65-74	Naised	383	383	369	314	246	243	187	180	140	156	132
65-74	Mehed	127	131	140	112	98	94	98	87	82	92	55
65-74	Kokku	510	514	509	426	344	337	285	267	222	248	187
75	Naised	289	345	335	306	266	239	225	228	198	197	181
75	Mehed	88	79	99	85	79	76	72	63	55	71	65
75	Kokku	377	424	434	391	345	315	297	291	253	268	246
Kokku	Naised	3394	3484	3492	2972	2610	2373	2157	2035	2114	2065	1836
Kokku	Mehed	1624	1527	1602	1471	1338	1180	1235	1186	1215	1373	1194
Kokku	Kokku	5018	5011	5094	4443	3948	3553	3392	3221	3329	3438	3030

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Tabel 9. Raviresistentse depressiooni levimus ravi saavate depressioonipatsientide seas. Esmase diagnoosi aasta järgi perioodil 2009–2019

Vanus (esmise diagnoosi ajal)	Sugu	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
18-24	Naised	20	28	20	18	25	27	23	20	26	29	8
18-24	Mehed	14	15	18	10	9	16	13	18	25	20	8
18-24	Kokku	34	43	38	28	34	43	36	38	51	49	16
25-34	Naised	30	28	40	29	44	29	27	23	28	18	13
25-34	Mehed	24	17	20	17	15	22	8	11	11	14	6
25-34	Kokku	54	45	60	46	59	51	35	34	39	32	19
35-44	Naised	30	27	47	27	29	26	14	16	18	13	8
35-44	Mehed	14	13	14	14	17	5	8	9	9	8	3
35-44	Kokku	44	40	61	41	46	31	22	25	27	21	11
45-54	Naised	35	26	32	28	22	24	20	10	12	14	5
45-54	Mehed	10	5	9	9	9	3	6	3	9	8	2
45-54	Kokku	45	31	41	37	31	27	26	13	21	22	7
55-64	Naised	15	14	20	9	10	12	9	10	5	10	2
55-64	Mehed	4	4	4	8	5	4	4	3	4	4	2
55-64	Kokku	19	18	24	17	15	16	13	13	9	14	4
65-74	Naised	10	13	8	8	7	6	2	2	3	6	4
65-74	Mehed	1	0	5	3	0	2	2	0	2	2	1
65-74	Kokku	11	13	13	11	7	8	4	2	5	8	5

Vanus (esmise diagnoosi ajal)	Sugu	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
75	Naised	5	9	3	7	4	3	2	2	0	0	1
75	Mehed	0	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0
75	Kokku	5	9	5	8	4	4	3	2	1	1	1
Kokku	Naised	145	145	170	126	141	127	97	83	92	90	41
Kokku	Mehed	67	54	72	62	55	53	42	44	61	57	22
Kokku	Kokku	212	199	242	188	196	180	139	127	153	147	63

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Tabel 10. Levinumad ravid ja ravikombinatsioonid ATC-koodi järgi

Ravi	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N06AB10	15,80%	25,46%	25,63%	23,93%	23,20%	22,04%	20,63%	19,37%	18,91%	16,63%	17,71%
N06AB03	11,48%	8,89%	7,97%	7,53%	8,06%	7,65%	6,92%	5,92%	5,29%	5,48%	4,98%
N06AB06	10,20%	7,00%	6,13%	6,48%	6,63%	6,34%	5,97%	7,00%	7,50%	8,01%	8,13%
N06AX14	8,14%	7,46%	9,26%	7,67%	7,26%	5,73%	5,43%	4,58%	4,63%	4,75%	3,77%
7601/7603	4,96%	5,43%	6,65%	6,92%	6,58%	6,28%	5,51%	5,18%	5,69%	5,97%	5,32%
N06AX11	7,86%	5,92%	5,61%	4,95%	4,93%	4,45%	4,07%	4,64%	4,56%	5,02%	4,61%
N06AX16	5,22%	3,87%	4,26%	5,10%	3,87%	4,31%	4,96%	5,01%	4,81%	5,43%	5,99%
N06AB04	13,45%	8,21%	5,52%	4,60%	4,21%	3,90%	3,31%	2,77%	2,25%	1,73%	1,72%
N06AX21	4,72%	3,63%	3,13%	3,30%	3,95%	3,77%	3,58%	3,92%	4,11%	4,27%	4,33%
N06AB05	6,87%	4,82%	4,07%	3,97%	3,44%	3,54%	3,53%	2,63%	2,58%	1,62%	1,92%
N06AX12	2,00%	3,23%	2,71%	2,85%	3,27%	3,87%	3,28%	3,70%	4,27%	4,60%	4,77%
N06AX22						2,81%	5,16%	4,98%	5,51%	6,02%	5,11%
N06AX26							1,87%	2,36%	2,93%	2,84%	3,79%
N06AA09	1,39%	3,72%	2,99%	3,38%	2,91%	2,43%	2,36%	1,93%	1,80%	1,32%	1,40%
N06AB10 7601/7603		1,10%	1,25%	1,25%	1,40%	1,45%		1,54%		1,42%	
N06AX81	1,16%										
N06AB10 N05B			0,99%	0,90%	1,19%	1,40%	1,42%		1,18%		1,03%
N06AB10 N06AX11		0,64%	0,82%	0,75%	0,82%						
N06AA10	0,70%	0,73%									
N06AX14 7601/7603	0,38%										
<b>Kokku</b>	<b>94,33%</b>	<b>90,11%</b>	<b>86,99%</b>	<b>83,58%</b>	<b>81,72%</b>	<b>79,97%</b>	<b>78%</b>	<b>75,53%</b>	<b>76,02%</b>	<b>75,11%</b>	<b>74,58%</b>

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Märkus: kood 7601/7603 tähistab psühhoterapia seansse

Tabel 11. Patsiendi tunnuste jaotus raviresistentse ja ravile alluva depressiooniga patsientide valimis, mida kasutati Coxi võrdeliste riskide mudelis

	Ravile alluv depressioon (N=29090)	Raviresistentne depressioon (N=1420)	Kokku (N=30510)
<b>Vanus</b>			
18-24	4122 (14,2%)	325 (22,9%)	4447 (14,6%)
25-34	6101 (21,0%)	359 (25,3%)	6460 (21,2%)
35-44	5590 (19,2%)	286 (20,1%)	5876 (19,3%)
45-54	4781 (16,4%)	224 (15,8%)	5005 (16,4%)
55-64	3801 (13,1%)	131 (9,2%)	3932 (12,9%)
65-74	2486 (8,5%)	61,0 (4,3%)	2547 (8,3%)
75+	2204 (7,6%)	34,0 (2,4%)	2238 (7,3%)
<b>Sugu</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,334 (0,472)	0,313 (0,464)	0,333 (0,471)
<b>Möödukas</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,575 (0,494)	0,853 (0,354)	0,588 (0,492)
<b>Raske</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,141 (0,348)	0,449 (0,498)	0,155 (0,362)
<b>Enesekahjustamise esinemine</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0103 (0,101)	0,0577 (0,233)	0,0126 (0,111)
<b>Vältimatu psühhiaatrilise abi esinemine</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,00883 (0,0936)	0,0514 (0,221)	0,0108 (0,103)
<b>Raviresistentne depressioon</b>			
Keskmine (standardhälve)	0 (0)	1,00 (0)	0,0465 (0,211)
<b>Kasvaja</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0248 (0,156)	0,0204 (0,141)	0,0246 (0,155)
<b>Suhkurtõbi</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0435 (0,204)	0,0310 (0,173)	0,0429 (0,203)
<b>Südame isheemiatõbi</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0334 (0,180)	0,0303 (0,171)	0,0333 (0,179)
<b>Insult</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0190 (0,137)	0,00775 (0,0877)	0,0185 (0,135)
<b>Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0125 (0,111)	0,0113 (0,106)	0,0124 (0,111)
<b>Astma</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0284 (0,166)	0,0401 (0,196)	0,0289 (0,168)
<b>Alkoholi kuritarvitamine</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0317 (0,175)	0,0725 (0,259)	0,0336 (0,180)
<b>Muude ainete kuritarvitamine</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,00973 (0,0982)	0,0345 (0,183)	0,0109 (0,104)
<b>Ärevushäire</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0966 (0,295)	0,247 (0,432)	0,104 (0,305)
<b>Isiksusehäire</b>			
Keskmine (standardhälve)	0,0178 (0,132)	0,0782 (0,269)	0,0206 (0,142)

Tabel 12. TRD riskitegurid (logistiline regressioon järjepidevat ravi saanud depressioonipatsientide valimi baasil, sõltuv tunnus raviresistentse depressiooni esinemine vaatlusaluse perioodi jooksul)

Tunnus	OR <sup>1</sup>	95% CI <sup>1</sup>	p-väärtus
Vanuserühm			
18-24	—	—	
25-34	0.91	0.78, 1.08	0.3
35-44	0.80	0.68, 0.96	0.014
45-54	0.64	0.53, 0.77	<0.001
55-64	0.52	0.41, 0.65	<0.001
65-74	0.42	0.31, 0.56	<0.001
75+	0.31	0.21, 0.45	<0.001
Mees	0.81	0.71, 0.91	<0.001
Mõõdukas depressioon	7.10	5.51, 9.32	<0.001
Raske depressioon	18.7	14.4, 24.7	<0.001
Saanud enesekahjustuse ravi	1.72	1.26, 2.33	<0.001
Saanud vältimatut psühh. abi	1.70	1.22, 2.33	0.001
Vähk	1.01	0.67, 1.47	>0.9
Diabeet	0.89	0.63, 1.22	0.5
Südame isheemiatõbi	1.26	0.88, 1.76	0.2
Insult	0.66	0.33, 1.17	0.2
KOKH	0.97	0.54, 1.61	>0.9
Astma	1.19	0.88, 1.59	0.2
Alkoholi kuritarvitamine	1.20	0.94, 1.52	0.13
Muude ainete kuritarvitamine	1.48	1.04, 2.07	0.025
Ärevushäire	1.81	1.58, 2.07	<0.001
Isiksusehäire	1.91	1.50, 2.40	<0.001
Dementsus	1.04	0.43, 2.12	>0.9
PTSH	2.00	1.19, 3.22	0.006
Unetus	1.43	1.20, 1.70	<0.001
Söömishäire	1.40	0.95, 2.00	0.077
Obsessiiv-kompulsiivne häire	2.49	1.41, 4.20	<0.001
Uneapnoe	1.58	0.99, 2.46	0.049
Väsimus	1.39	0.82, 2.23	0.2
Hüperlipideemia	1.58	1.25, 1.97	<0.001
Kilpnäärme haigusseisundid	1.32	1.03, 1.66	0.023

<sup>1</sup>OR = šansside suhe, CI = usaldusintervall