

Kokkuvõte kliinilisest auditist „Ärevushäire käsitus esmatasandil“

Liis Puis¹, Kadri Suija², Ülle Võhma³, Tatjana Meister⁴, Katrin Kivisto⁵, Pille Ööpik², Ülle Lomp⁶, Tiina Unukainen⁷, Sirli Joonas⁷

Esmatasandi auditiks valiti erinevatest ärevushäiretest välja generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire, mille kohta on 2014. aastal ilmunud perearstidele ravijuhend. Esmatasandi spetsialistidel on vaimse tervise valdkonnas erinev ettevalmistus ning seetõttu võib diagnostiline ja terapeutiline käsitus olla väga erinev (1). Käsitlust aitavad ühtlustada just ravijuhendid.

Generaliseerunud ärevushäiret iseloomustab üldistunud ja püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljendunud (2). Paanikahäire põhiliseks iseärasuseks on korduvad rasked ärevushood ehk paanikahood, mis ei ole seotud kindla olukorra või muude välistingimustega ning seetõttu on subjektile ootamatud ja prognoosimatud (2).

Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on ärevushäirete levimus 3,6% ning see on naistel sagedasem võrreldes meestega (4,6% vs. 2,6%) (3). Eestis on perearsti poole pöördujate hulgast üldistunud ärevushäire sümptomitega 10,2% naisi ja 5,5% mehi ning paanikahäire sümptomitega 8,0% naisi ja 5,5% mehi (4).

Eesti Haigekassa andmetel diagnoosisid perearstid Eestis esmase diagnoosina generaliseerunud ärevushäiret (F41.1) 2017. aastal 310 isikul. Esmast paanikahäiret (F41.0) diagnoositi esmatasandil samal aastal 168 isikul.

AUDITI EESMÄRK JA ÜLESANDED

Auditi eesmärk oli hinnata esmaselt diagnoositud generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlust perearstiabis. Auditis hinnati iga patsiendi tervisekaartide alusel ärevushäire sümptomite esinemist ja häire diagnoosimist, esmast ravi ja jälgimist.

AUDITI ALUSEKS OLNUD RAVIJUHENDID JA MATERJALID

Hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti järgmistest juhendmaterjalidest (artiklis ei ole allpool eraldi viiteid alljärgnevale juhenditele välja toodud):

- Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis. Eesti ravijuhend, 2014 (5).
- *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), 2011 (6).
- Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) V peatükk (psüühika- ja käitumishäired – kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised) (2).

AUDITI VALIM

Auditi valim moodustati 2015. ja 2016. aasta patsientidest, kellel perearst oli esimest korda diagnoosinud ärevushäiret (põhidiagnoos F41.0 või F41.1). Juhuslikkuse alusel jäid valimisse 380 patsiendi andmed ning lõplikus analüüsis olid 344 patsiendi andmed. Nendest oli mehi 28% ja naisi 72%. Patsientide keskmine vanus oli 38 eluaastat.

LÜHIKOKKUVÕTTE AUDITI TULEMUSTEST

Sümptomid ja diagnoosimine

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimine põhineb RHK-10 kriteeriumitel. Diagnoos on kliiniline ning põhineb anamneesil. Ärevushäire diagnoosimiseks ei kasutata lühiküsimustikke ega enesekohaseid küsimustikke. Viimaste kasutamine võib olla arstile abiks häirete sõelumisel või kliinilise intervjuu tegemisel, aidates välja valida need patsiendid, kes vajavad süvendatud uurimist ärevushäire

¹ Tartu Ülikooli Kliinikum,

² Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,

³ Põhja-Eesti

Regionaalhaigla,

⁴ Dr. Monika Vask OÜ,

⁵ Perearst Katrin Kivisto OÜ,

⁶ Perearst Ülle Lomp OÜ,

⁷ Eesti Haigekassa

suhtes. Samuti võivad need aidata sümptomite dünaamika hindamisel.

Generaliseerunud ärevushäiret saab diagnoosida, kui patsiendil esinevad ärevuse primaarsed sümptomid enamikul päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Need sümptomid peaksid sisaldama järgmisi elemente:

- ootusärevus (mure võimaliku ebaedu pärast tulevikus, nagu nõeltel oleku tunne, keskendumisraskused jm);
- lihaspinge (närviline nihelemine, pingepeavalu, värisemine, võimetus lõõgastuda);
- vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia või tahhüpnöe, epigastralne düskomfort, nõrkus, suukuivus jm).

Paanikahäiret saab diagnoosida, kui

- ühe kuu vältel on esinenud mitu tugevat paanikahoogu, mis tekivad olukorras, kus ei ole reaalselt ohtu;
- hood ei ole piiritletud mingi kindla või ettearvatava situatsiooniga (foobse situatsiooniga);
- hoogudevaheline periood on ärevuse sümptomitest suhteliselt vaba, siiski on ootusärevus (hirm uue paanikahoo ees) üsna tavaline.

Paanikahäire korral võib esineda lisaks agorafobia, mille korral ärevuse sümptomite esinemine on seotud teatud olukorraga nagu rahvarohke koht või üksi liikumine, mistõttu foobseid situatsioone välditakse.

Kliinilisse auditisse kaasatud 344 patsiendi tervisekaartidest oli ärevushäirele viitavaid sümptomeid kirjeldatud 300 tervisekaardil ehk 87%-l üldvalimi isikutest. Enim oli kirjeldatud vegetatiivsele hüperaktiivsusele viitavaid sümptomeid, seda 86%-l kaartidest. Ootusärevusele viitavaid sümptomeid võis näha 58%-l tervisekaartidest ning lihaspingele viitavad kaebused olid välja toodud 38%-l tervisekaartidest. 13%-l auditi patsientidest ei olnud esmase diagnoosi püstitamisel kirjeldatud ühtegi vaadeldud häiretele iseloomulikku sümptomit.

Oluline on, et ärevushäire diagnoosimiseks on kõik vajalikud kriteeriumid kirjeldatud ja täidetud. Nii generaliseerunud ärevushäire kui ka paanikahäire diagnoosimine eeldab ka, et sümptomid on püsivad teatud perioodi vältel. Auditi käigus läbivaadatud tervisekaartide alusel kirjeldasid arstid ärevuse sümptomite kestust

53%-l tervisekaartidest. Nendel kaartidel, kus leidis infot kaebuste kestuse kohta, vastas kaebuste kestus RHK-10 kriteeriumitele 58%-l juhtudest. Uuritud valimis oli enesekohaseid küsimustikke kasutatud abistava meetodina 29%-l juhtudest ning 99%-l juhtudest oli selleks emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2).

Ärevushäire diagnoosimine võib olla keerukas, kuna kehalised sümptomid võivad jätta mulje ka kehalisest haigusest. Hollandis korraldati perearstide seas uuring (7), millest selgus, et perearstidel on nii depressiooni kui ka ärevushäiret keerukam diagnoosida teatud patsiendirühmade puhul, kelleks on eakad, erineva kultuuritaustaga ja piiratud suhtlusoskusega ning kroonilise somaatilise haigusega patsiendid. Ärevushäirete diagnoosimiseks ei kasutata küll rutiinselt laboratoorseid ega instrumentaalseid uuringuid, aga ei tohi unustada, et ärevusele iseloomulikke sümptomeid võivad põhjustada ka mitmed somaatilised haigused ja ravimid. Seetõttu on patsiendi objektiivne läbivaatus ning vajaduse korral tehtavad laboratoorsed ja instrumentaalsed uuringud ning eriarstide konsultatsioonid tihti diferentsiaaldiagnostiliselt vajalikud. Ärevushäirega patsiendid kirjeldavad arstile sageli just mittespetsiifilisi kehalisi sümptomeid ning perearstid on nentunud, et kuigi nad tunnevad ära patsientide käitumuslikud muutused ja düstressi, on tihti inimeste sümptomeid raske mahutada mõne konkreetse ärevushäire diagnoosikoodi alla (8). Lisaks on üsna sage ärevushäire komorbiidsus mõne somaatilise haiguse või muu psüühikahäirega ning seetõttu on oluline hinnata kogu patsiendi sümptomaatikat.

Auditist ilmes, et kaasuvate kehaliste haiguste kohta oli infot 19%-s ja viiteid eriarstide konsultatsioonidele käesolevate sümptomite tõttu 20%-s haiguslugudest. Enamikul ravikaartidest polnud kirjas, kas patsient tarvitab ravimeid, mis võiksid põhjustada või süvendada ärevust. Ärevushäire esmasel diagnoosimisel oli perearst kirjeldanud patsiendi objektiivset läbivaatust 58%-l juhtudest, 43%-le isikutest tehti mõni laboratoorne uuring. Viimasest levinuimad olid kliinilise vere, kilpnäärme funktsiooni ja veresuhkru analüüs. Instrumentaalseid uuringuid, näiteks EKG, spirograafia, röntgenoloogiline uurimine, vererõhu Holteri uuring ja ultraheliuuring, tehti harva. Põhjus, miks mitmel kaardil ei

leidunud infot laboratoorsete ja instrumentaalsete uuringute, krooniliste haiguste, ravimite ega erialaspetsialistide konsultatsioonide kohta, võis olla ka selles, et perearst on oma nimistu patsientide lugudega hästi kursis ning konsultatsioonid või hiljuti tehtud analüüsid võisid olla tehtud mõnel eelneval visiidil, mille andmeid auditi käigus ei küsitud.

Meeleoluhäirete kohta oli infot 25%-s haiguslugudest, enamasti oli sissekande alusel tegemist varem diagnoositud depressiooniga. Valdav osa haiguslugudest ei sisaldanud teavet sõltuvust tekitavate ainete tarvitamise kohta. Patsiendi aruselgust ehk psühhootiliste sümptomite esinemist või puudumist oli kirjeldatud 3%-l juhtudest.

Ärevushäire pärssib sageli sotsiaalset ja tööalast toimetulekut. Info patsiendi toimetuleku ja töövõimelisuse kohta oli kolmandikul kaartidest ning töövõimetuslehele jäi esmasel ärevushäire diagnoosimisel 17% isikutest.

Ravi

Ärevushäire ravi algab patsiendile ärevushäire olemuse, ägestavate ja leevendavate tegurite, ravivõimaluste, prognoosi ning taasägenemise märkide selgitamisest. Vajaduse korral kaasatakse teisi spetsialiste (psühhiaater, psühholoog jt). Esimese võimalusena peaks kõikidele patsientidele soovutama eneseabivahendeid, ning kui ärevuse sümptomid pole väga tugevad ega häiri oluliselt igapäeva elu, võib algul alustada vaid sellest. Mittefarmakoloogilistest vahenditest on kasutusel peamiselt kognitiiv-käitumisteraapia. Psühhoterapiat võib kasutada iseseisva ravina või kasutada koos farmakoterapiaga.

Ärevushäire farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemise korral tuleb alustada antidepressantidega. Esmavaliku preparaadid on selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSTI) või serotoniini-noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNTI). Ravikuur peab pärast esmast ravivastust kestma vähemalt 6, võimaluse korral 12 kuud. Kui vaja, võib kaaluda ravimite lisamist teistest ravimirühmadest (bensodiasepiinid, antikongulsandid, atüüpilised antipsühhootikumid). Bensodiasepiine võib vajaduse korral kombineerida antidepressantidega kuni 6 nädalat ravi alguses. Psühhoterapia ja farmakoterapia on võrdselt tõhusad, ühe eelistamises teisele on

olulised patsiendi eelistused, ravi sobivus ja kättesaadavus.

Viiendikul ravikaartidest leidis info patsiendile esimesel visiidil eneseabivõtete tutvustamise kohta. Psühhoterapia soovitamise kohta oli märge 37%-l ravikaartidest. Auditeeritud 130 perearstikeskusest oli 57 (44%) kasutanud teraapiafondi raames psühhoterapiasse suunamist. Statistilist erinevust analüüsiti, kasutades z-testi, suunamisel psühhoterapiasse lähtuvalt perearstikeskuste asukohast (maakohast või linnast).

Andmeanalüüsiks kasutati rakendustarkvara STATA (versioon 14.2). Statistilist erinevust suunamisel lähtuvalt perearstikeskuste asukohast ei olnud ($p = 0,05$). Meie valimi patsientidest suunas esmasel visiidil perearst mujale ravile 42% (psühholoogi, psühhiaatri või muu spetsialisti juurde). Esmasel visiidil määrati ravi antidepressandiga 29%-le. Antidepressandi valikul oli 57%-l juhtudest esmavalikuks SSTI, SNTI oli esmavalikuks 12%-l juhtudest, 34%-l juhtudest kasutati muid antidepressante. Esmasel visiidil määrati patsiendile bensodiasepiine 30%-l juhtudest. Teisi ravimeid oli määratud vähestel juhtudel. Uinuteid võib lühiajaliselt juurde määrata kaasuva unehäire korral ning uinuti oli ravikaartide alusel määratud 6%-le patsientidest. Polüfarmakoterapiat (erinevad kombinatsioonid) määrati 18%-l juhtudest. Perearstid olid märgete põhjal mõnede patsientidele soovitanud ka beetablokaatoreid, toidulisandeid, ravimtaimi, kehalist aktiivsust, puhkust, taastusravi, alkoholi vältimist, päevarežiimi ja toitumise korrigeerimist.

Jälgimine

Ärevushäire ravi on pikaajaline ja ravitulemuste jälgimine tähtis. Soovituslik on hinnata ravivastust, ravisoostumust ja kõrvaltoimeid igal visiidil. Ravi alguses on patsiendil vaja sageli arsti külastada, et hinnata ravi tõhusust, suitsiidimõtteid, ravimi kõrvaltoimeid ja toimetulekut. Patsiente, kellel alustatakse antidepressantravi, peaks esialgu kutsuma visiidile sagedamini. Kui saabub esmane seisundi stabiliseerumine ja probleeme ravis ei esine, võib visiitide sagedust vähendada.

Ravikaartide läbivaatamisel selgus, et järelvisiidile kutsuti 46% patsientidest, esimesele järelvisiidile tuli aga 60%. Vahe võib olla tingitud ka sellest, et ravikaardile ei

pruugita alati märkida, kas patsient kutsuti tagasi või mitte. 61% neist patsientidest tuli esimesele järelvisiidile 1–2 nädala möödudes, ülejäänud hiljem. Patsiendile antud ravisoovituste täitmise kohta oli info 53%-l, kõrvaltoimete esinemise kohta 26%-l ja farmakoteraapia toimimise või mittetoimimise kohta 32%-l ravikaartidest. Teisele järelvisiidile tuli 46% esimesel viisiidil käinutest, neist 49% tuli 1–2 nädala jooksul pärast esmast visiiti, ülejäänud hiljem. Sümptomite dünaamika kohta oli märge 81%-l, ravisoovituste täitmise kohta 55%-l, kõrvaltoimete kohta oli infot 32%-l, farmakoteraapia toimimise kohta 46%-l ning muu ravi toimimise kohta 20%-l kaartidest. Tagasikutse uuele viisiidile sai 48% teisel viisiidil käinutest.

JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Üheks peamiseks tähelepanekuks oli kohati ravidokumentatsiooni lakooniline täitmine, mis teeb auditeerimise keeruliseks, sest hinnata saab vaid kirjapandut, mis ei pruugi alati korreleeruda arsti mõttekäiguga. Samas tuleb mõista, et perearstile on tema nimistu patsiendid tuttavad ja alati pole kogu infot mõistlik üles kirjutada. Oma roll on ka vähesel ajalisel ressursil. Oleks hea, kui kirjeldataks põhjalikult patsientide kogu sümptomaatikast ja selle kestust, sest vaid nii on õige panna välja nimetatud diagnoosid.

Vaja on teha vastavaid koolitusi ja koostada juhendeid, mille abil oleks hea meeles hoida, kuidas ravidokumentatsiooni korralikult täita ja diagnoosi püstitada. Abiks võivad olla ka erinevad elektroonilised lahendused, näiteks digitaalsed töölehed, struktureeritud sissekande süsteem. Austraalias perearstide seas korraldatud uuring näitas, et kliinilised auditid suurendavad arstide teadlikkust vaimsetest probleemidest. Koolitused aitavad kaasa sellele, et esmatasandi arstid saaksid adekvaatsemalt tegeleda psüühiliste probleemidega ning sealjuures tunda ennast kindlama ja kompetentsemana (9).

Kuna visiidi kestus on üsna lühike, on hea, kui perearstidel oleks jagada patsiendile infovoldikuid, mis muu hulgas sisaldaksid ka õpetusi eneseabi kohta. Positiivne on see, et

generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire kohta on olemas väga põhjalik patsiendijuhend, mis on vabalt kättesaadav ravijuhendite kodulehel (www.ravijuhend.ee).

Kuna psühhoterapial on oluline roll patsiendi ravis, on vaja tagada piisavad võimalused patsientide sinna suunamiseks. Rohkem on vaja ka vaimse tervise ödesid, kes aitaksid kaasa patsientide jälgimisele ja toetamisele. Lisaks on raviprotsessis oluline, et perearst saaks vajaduse korral hõlpsasti konsulteerida psühhiaatriga, et tagada patsiendile parim ravi.

KOKKUVÕTE

Audit tõi välja olulised aspektid, mida tulevikus parandada ja millega tööd teha. On hea, et olemas on ravijuhend, millele diagnoosimisel ja ravimisel tugineda, ning oli näha, et seda olid perearstid ka teinud. Tulevikus võiks korraldada rohkem erinevaid koolitusi, et parandada tänapäeva ühiskonnas üha sagedasemate psüühilise terviseprobleemide käsitlust ning õppida paremini toetama ja nõustama vastava häire all kannatavaid patsiente.

KIRJANDUS

1. Tello-Bernabe E, Sanz-Cuesta T, del Cura-González I, et al. Effectiveness of a clinical practice guideline implementation strategy for patients with anxiety disorders in primary care: cluster randomized trial. *Implement Sci* 2011;6:123. doi: 10.1186/1748-5908-6-123.
2. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. 10 versioon. V peatükk (Psüühika- ja käitumishäired – kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised). Tartu: Tartu Ülikool; 1993. <http://www.kliinikum.ee/psyhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>.
3. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
4. King M, Nazareth I, Levy G, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry* 2008;192:362–367.
5. Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobia-ga või ilma) käsitlus perearstiabis. Eesti Ravijuhend 2014. [https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/Arevuse_ravijuhend_tooversioon_konsulteerimiseks_07032014\(3\).pdf](https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/Arevuse_ravijuhend_tooversioon_konsulteerimiseks_07032014(3).pdf).
6. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. NICE 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>.
7. Van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by family physicians; a focus group study. *BMC Family Practice* 2009;10:52. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-52>.
8. Ford E, Champion A, Chalmers DA, Habash-Bailey H, Cooper M. "You don't immediately stick a label on them": a qualitative study of influences on general practitioners' recording of anxiety disorders. *BMJ Open* 2016;6:e010746.
9. Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Med J Aust* 2001;175:42–7.