



## **Ravijuhendi „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis“ töörühma koosolek nr 1**

19.02.2020 kell 11.00–15.15

TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, ruum 4061, Ravila 19, Tartu

**Osaesid** töörühma kaaskujatajad Ülle Võhma, Vanda Kristjan ja liikemad Anu Susi, Anu Aluoja, Alice Kivistik, Sirje Sammül

**Ei osalenud** töörühma liikmed Liis Kristiin Vaßer, Innar Tõru, Pille Ööpik.

Koosolekul osales töörühma 9 liikmest 6 – sisuliste otsuste tegemiseks ei olnud kvoorum koos. Koosoleku materjalid saadetakse koosolekul mitteosalenud töörühma liikmetele läbivaatamiseks ning elektroonseks kinnitamiseks.

Koosolekut juhatas püsisekretariaadi esindaja Kaja-Triin Laisaar, protokollis püsisekretariaadi esindaja Kairit Linnaste.

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. Huvide deklareerimine**

Huvide deklaratsioonide esitamise kontrollimine, kohapealne allkirjastamine. Võimalike huvide konfliktide arutelu, soovitus edaspidiseks võimaliku huvide konflikti äratundmiseks.

#### **2. Sissejuhatus ravijuhendi koostamise tööprotsessi**

- Töörühma liikmete tutvustus

Töörühma moodustavad suures osas algse juhendi töörühma liikmed. Siiri Tera asemel osaleb töörühmas Põhja-Eesti Regionaalhaigla vaimse tervise õde Liis Kristiin Vaßer. Eesti Haigekassat esindab Alice Kivistik.

Hetkel on töörühmast puudu patsientide esindaja. Töörühma liikmete sõnul, kes on oma patsientidele töörühmas osalemise ettepaneku teinud, on käsitletavat häiret delikaatsed ja inimesed ei soovi osaleda, kuna nende nimeotsing internetis seostab nad käesoleva ravijuhendiga. Püsisekretariaat on proovinud ühendust saada ka ühe avaliku elu tegelasega, kes on oma diagnoosist meedias avalikult rääkinud. Töörühm leidis, et võimalusel peaks ka kaasama tema. Püsisekretariaat jätkab tööd patsientide esindaja leidmiseks.

- Tööprotsessi tutvustus (K.-T. Laisaar ja K. Linnaste)
- Metoodika tutvustus, sh muudatused võrreldes algse ravijuhendi koostamisega (K.-T. Laisaar)

#### **3. Käsitlusalala koostamine**

Käsitlusala koostamisel võeti aluseks algse juhendi käsitlusala ning enne koosolekut töörühma liikmetelt laekunud arvamused selle kohta, millised küsimused vajavad läbivaatamist/avamist ning kas on teemasid, mille kohta oleks vaja esitada uus küsimus.

Töörühm arutles ning otsustas, et algses käsitlusalas:

- Pealkiri ei vaja muutmist.
- Sihtrühm ei vaja muutmist.
  - Töörühm arutas, kas sihtrühmas peaks ära nimetama ka 'teiste erialade esindajad', kuid jõuti järeldusele, et peamise sihtgrupi moodustavad siiski perearstid ja pereõed ning teiste spetsialistide üksnes üldiselt nimetamine ei omaks lisaväärtust. Samas ei oleks ka mõttekas hakata üles lugema kõiki erialasid, mille esindaja võib seda juhendit kasutada. Ravijuhend on avalik ning seda võib lugeda/kasutadaiga tervishoiutöötaja vm spetsialist ning ka tavainimene (sh patsient).
- Hõlmatud isikud/patsiendid ja alarühmad ei vaja muutmist.
- Ravijuhendis käsitletavat teemade (lühikirjeldus käsitlusala sissejuhatuses) osas arutati, kas oleks vaja täpsustada infot riskirühmade kohta. Et diferentsiaaldiagnostika tabelit (Tabel 2) on plaanis täiendada kõige olulisemaks peetud riskitegurid (alkoholi ja/või teiste ainete tarvitamise infoga), otsustati ravijuhendi teksti riskirühmade kohta infot mitte lisada. Muus osas otsustati käsitletavaid teemasid juhendi ajakohastamisel mitte muuta.
- Ravijuhendis mittekäsitletavat teemad ei vaja muutmist.
- Asjakohased juhendid:
  - Sekretariaat vaatab üle käesoleva juhendi haakumise Eestis koostatud juhenditega "Alkoholarvitamisehäirega patsiendi käsitlus", "Täiskasvanute unehäirete esmane diagnostika", "Lapse tervise jälgimise juhend" ning "Eesti toitumis- ja liikumissoovitused". Kui nende juhendite soovitused haakuvad käesoleva juhendi ajakohastamisel avatud küsimustega, tuuakse see käesolevas juhendis välja.
- Tulemusnäitajate loetelu vaadatakse läbi. Töörühm pakub elektroonselt välja asjakohased tulemusnäitajad ning neid hinnatakse ühiselt ning valitakse välja konkreetsete soovituste juures kasutatavad näitajad. Mh otsustada, kas tulemusnäitajana lisada EMO külastuste arvu (mil täpsustamata ärevushäire ära märgitud) vähenemine; kas kõrvale jätta üldsuremuse vähenemine.
- Ravijuhendi struktuuris ja käsitletavat teemade osas olulisi sisulisi muudatusi ei tehta v.a avatakse konkreetset ajakohastamist vajavad küsimuste ning nendele vastates võivad muutuda ka vastavad soovitused.
- Lühendid, mis juhendis varasematele lisaks välja tuua, selguvad töö käigus.
- Mõisted, mis tuleb lisada varasematele, selguvad samuti töö käigus. Käesoleval koosolekul otsustati, et mõistete loetellu tuleb lisada 'ärevushäire', 'paanikahäire', 'tõenduspõhine psühhoteraapia', 'kliiniline intervjuu'.

### 3.1. Kliiniliste küsimuste avamise vajaduse hindamine

Koosolekule eelnevalt oli töörühma liikmetelt küsitud (elektroonselt) tagasiside küsimuste avamise/taaskäsitlemise vajaduse kohta. Informatsioon oli koondatud ühte faili, mille põhjal toimus koosolekul kõigi kommentaaride ja ettepanekute arutelu. Järgnevalt on esitatud töörühma arutelu ja otsused küsimuste kaupa.

### Kliiniline küsimus nr 1 – ei vaja avamist

*Kas kõigil ärevushäire kahtlusega patsientidel (sugu, vanus, haridus), tuleb lisaks anamneesile diagnoos täpsustada muu meetodiga?*

Küsimuses nimetatud muud meetodid on olulised ärevushäire diferentsiaaldiagnostikas. Algses juhendis käsitletud teiste haiguste vm ärevuse põhjuste läbivaatamisel (juhendis Tabel 2) leidis töörühm, et tabelisse on vaja lisada 'psühhoaktiivsete ainete tarvitamine'. See, kas tabelis esitatud info on kasutajale paremini kättesaadav/leitav juhendi tekstis või tasub see tõsta juhendi lisade hulka, otsustatab töörühm töö käigus.

Et lastel ja noorukitel piirdub perearsti/-õe roll ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmisega ning ärevushäire kahtlusel on vaja patsient edasi suunata lastepsühhiaatri juurde, arutas töörühm suunamise teemat. Leiti, et pika järjekorra tõttu on lastel/noorukitel raske lastepsühhiaatri juurde pääseda. Selgus, et Eestis on käimas lastepsühhiaatrite e-konsultatsiooni piloteerimise projekt. Täiskasvanud patsientide jaoks on eelmisel aastal loodud psühhiaatri e-konsultatsiooni võimalus, mida järjest enam kasutatakse. Patsiendi psühhiaatri juurde suunamise teemat (võimalusi) arutab töörühm lähemalt tervishoiukorraldusliku küsimusena.

Vaadati läbi küsimusele vastuseks antud soovitused ja otsustati, et küsimus ei vaja avamist.

### Kliiniline küsimus nr 2 – ei vaja avamist

*Kas kõigil ärevushäire kahtlusega patsientidel (sugu, vanus, haridus) kasutada diagnoosimisel anamneesile lisaks diagnostilised intervjuud vs enesehinnangulised testid vs muu (vt 1)?*

Töörühm leidis, et kliinilist küsimust ei ole vaja avada, kuid arutati mitmeid sellega seotud küsimusi.

Arutati mõistete 'anamnees', 'diagnostiline intervjuu', 'kliiniline intervjuu' ja 'stuktureeritud intervjuu' kasutamist ja leiti, et antud juhendi kontekstis on kõige kohasem on 'kliiniline intervjuu'. Töörühm otsustas, et juhendile peab tegema uue lisatäiskasvanute stuktureeritud intervjuu olulisemate küsimustega kohta (analoogselt juhendi lisale 2). Selleks vaatab töörühm ühiselt mhüle küsimused, mis on esitatud GAD2 ja GAD7 küsimustikes ning MINI küsimustikus. Lastele ja noorukitele esitatavad küsimused on juba algse juhendi lisas 2 ära toodud. Üle vaadatakse ka need küsimused. Töörühm leidis, et hetkel lõpuks kokku lepitavad abistavad anamnestilised küsimused peaksid olema ära toodud hetkel loodavas perearsti otsustustoe programmis. Töörühm tuleb nende küsimuste ja otsustustoe teema juurde tagasi ajakohastatava juhendi rakenduskava koostades.

Töörühm leidis, et kindlaks on vaja teha, kas algses juhendis lastele soovitatud SCARED küsimustiku eestikeelne versioon on hetkel kättesaadav ja kasutusvalmis. Algses juhendis on selle kohta öeldud: „SCARED test on tõlgitud eesti keelde, aga äraldikepunktide testimine Eesti kontekstis on töös. Need töötab välja Tallinna Ülikooli töörühm. Lisainfo eestikeelse testi kasutamisvalmiduse kohta [www.ravijuhend.ee](http://www.ravijuhend.ee)”. Sama oluline on, et küsimustik oleks kättesaadav ka vene keeles.

Küsimustikest on algses juhendis soovitatud veel ka EEK-2 – antud praktiline soovitus (nr 29): “Seisundi dünaamika hindamisel on soovitatav kasutada abistavaid küsimustikke (nt EEK-2). Ühe haigusepisoodi vältel kasutage sama küsimustikku.”, samas ei ole öeldud, kas seda ka kohe ärevushäire diagnoosimisel kasutada. Töörühm otsustas, et kui jõutakse taasavatud kliiniliste küsimusti arutelu juurde, siis arutatakse, kuidas võib EEK-2'ist ärevushäire diagnoosimise käigus patsientide teatavaks eelsõelumiseks kasu olla. Kaalutakse vastava praktilise soovitus andmist. Lisaks andis töörühm sekretariaadile ülesande välja selgitada, kas NICE'i ärevushäire juhendis on midagi öeldud EEK-2'le sarnaste küsimustike kohta.

### Kliiniline küsimus nr 3 – vajab avamist

*Kas ärevushäirega patsientide ravimisel kasutada esmaseks mittefarmakoloogilist vs farmakoloogilist ravi?*

Töörühm leidis, et kliiniline küsimus vajab avamist, et uurida esmase ravina kombineeritud sekkumis(t)e kasutamist. Töörühm leidis, et täpsustada on vaja mittefarmakoloogilise sekkumise mõiste – mida käesolevas juhendis selleks loetakse. Muuhulgas soovib töörühm teada, kas psühhoteraapias on lisaks kognitiiv-käitumisteraapiale on aja jooksul veel mõne sekkumise tulemuslikkuse kohta on aja jooksul tõendusmaterjali lisandunud.

Algses juhendis on ravi puhul esimesena välja toodud eneseabivõtted. Töörühm arutas, et kui ajakohastatakse patsiendile mõeldud infomaterjale, siis peaks kaaluma, kas oleks vaja täpsemalt kirjeldada eneseabivõtteid. Selleks peab sekretariaat mh välja selgitama, mida ütleb teaduskirjandus füüsilise aktiivuse mõju kohta ärevusele, kas/millistest keha-taju harjutustest võiks abi olla, kas on spetsiifilisi toitumissoovitusi ärevale patsiendile, millised elukorralduslikud tegurid (mh tööaeg) omavad ärevusele suurimat mõju.

Töörühm leidis, et kui hakatakse koostama ajakohastatud juhendi rakenduskava, arutatakse ka perearstikeskuste juurde ärevushäiregapatsientidele selliste (tugi)gruppide loomise võimalusi, kus koos juhendajaga õpitakse koos lõdgastusharjutusi, -võtteid jmt.

### Kliiniline küsimus nr 4 – ei vaja avamist

*Kas kõikidel ärevushäirega patsientidel tuleks kasutada mittefarmakoloogilist ravi vs mitte kasutamine?*

Töörühm otsustas, et see kliiniline küsimus ei vaja avamist, sest kõigil patsientidel soovitatakse mittefarmakoloogilist ravi kasutada. Küll vajab täpsustamist, mida mittefarmakoloogilise ravi mõiste (mis sinna alla kuulub), kuid sellega tegeletakse juba eelmist kliinilist küsimust (nr 3) avades.

### Kliiniline küsimus nr 5 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsientidel kasutada eneseabi vs psühhoteraapiat vs muu?*

Töörühm leidis, et kuna eneseabivõtted on niikunni soovitatavad, siis ei vastandu need psühhoteraapiale. Psühhoteraapia kui mittefarmakoloogilise ravimeetodi kasutamist ja kombineerimist käsitletakse juba kliinilise küsimuse nr 3 avamisel. Täpsustada on aga vaja psühhoteraapia mõiste – et milliseid meetoideid käesolevas juhendis selle alla loetakse.

### Kliiniline küsimus nr 6 – vajab avamist

*Kas ärevushäirega patsientidel kasutada farmakoloogilist ravi koos mittefarmakoloogilise raviga vs mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ravi?*

Kliiniline küsimus vajab analoogselt esmast ravi puudutavad kliinilise küsimusega nr 3 avamist (vt arutelu eespool). Teadusliku jm tõendusmaterjali otsingnende kahe küsimuse jaoks osaliselt kattub.

### Kliiniline küsimus nr 7 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsientidel kasutada farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemisel antidepressante vs anksiolüütikume?*

Kliiniline küsimus ei töörühma hinnangul avamist, sest raviseisukoht (ärevushäirega patsientidel farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemisel eelistada antidepressante anksiolüütikumidele) ei ole muutunud.

Kliiniline küsimus nr 8 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsientidel kasutada esmavalikuna ravimrühma X antidepressante vs ravimrühma Y antidepressante?*

Kliiniline küsimus ei vaja avamist, sest tööühma hinnangul ei ole konkreetsete antidepressantide kasutamise (eelistuste) seisukohad muutunud.

Kliiniline küsimus nr 9 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsientide farmakoloogilises ravis kasutada monoterapia vs kombinatsioonravi?*

Tööühm leidis, et küsimuse sõnastus on olnud ebatäpne – kombinatsioonravi all on silmas peetud polüfarmakoterapiat. Viimast terminit on kasutatud ka antud soovitusel. Küsimus ei vaja avamist, sest monofarmakoterapialt polüfarmakoterapiale ülemineku seisukohad ei ole muutunud.

Kliiniline küsimus nr 10 – ei vaja avamist.

*Kas kõikidel ärevushäirega patsientide farmakoloogilises ravis kasutada bensodiasepiine üksi või bensodiasepiine koos antidepressantidega?*

Tööühm leidis, et kuna raviseisukohad ei vahepeal muutunud, ei ole vaja kliinilist küsimust avada. Küll aga peab tööühm juhendi ajakohastamise käigus arutada ravivastuse kontrollimise teemat ning praktilise soovitusel andmist selle kohta, kuidas seda teha.

Tööühm vaatab üle ka juhendis oleva ravimite tabeli (Lisa 3) ning vajadusel see korrigeeritakse.

Kliiniline küsimus nr 11 – ei vaja avamist

*Kas kõikidel ärevushäirega patsientide farmakoloogilises ravis kasutada uinuteid vs mittekasutamist?*

Tööühm leidis, et kuna neile teadaolevalt ei ole raviseisukohad vahepeal muutunud, ei ole vaja kliinilist küsimust avada. Siiski paluti sekretariaadil üle vaadata ja informeerida tööühma NICE ja APA soovitusel uinutite kasutamise (kestuse) kohta. Kui selgub, et sealsed tõenduspõhised seisukohad erinevad käesoleva juhendi koostajatele teadaolevast, otsustab tööühm järgmisel koosolekul, kas see küsimus on ikkagi vaja avada.

Kliiniline küsimus nr 12 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsientidel, kellel esmavalikuna määratud ravimpreparaat monoterapia ei ole efektiivne, tuleb suurendada annust vs järgmine ravim samast rühmast vs teisest ravimrühmast?*

Tööühma hinnangul ei ole raviseisukohad vahepeal muutunud, mistõttu ei ole vaja kliinilist küsimust avada.

Küll aga leidis tööühm, et üle on vaja vaadata ravikuuri soovituslik pikkus erinevate ravimirühmade (nt antidepressantide) kasutamisel. Sekretariaat otsib seda infot nii ravimite totemaduste kokkuvõtetest kui NICE ja APA juhendeist. Kui ilmnevad olulised lahknevused Eesti algse juhendis soovitatust, koostatakse sel teemal uue kliinilised küsimused (ravimirühma põhiselt) ravikuuri pikkuse kohta.

Kliiniline küsimus nr 13 – vajab avamist

*Kas ärevushäirega patsientide ravisoostumust ja/või ravivastust hinnata iga kuu vs kaks kuud vs enam kuid?*

Kliiniline küsimus vajab avamist, et välja selgitada, millised on uuemad soovitusel ravisoostumuse hindamise kohta ning millisele tõendusmaterjalile need tuginevad. Samuti vajab arutamist, kas Eestis oleks selleks lisaks retseptrikeskusest järele kontrollimiseks veel mingeid võimalusi. Eriti oluline oleks tööühma hinnangul ravisoostumuse ja -vastuse hindamisel probleemide ennetamine, mille aluseks on nende võimalikult varane äratundmine.

#### Kliiniline küsimus nr 14 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsiendi paranemise hindamisel kasutada enesehinnangulisi küsimustikke vs arstlikku tavapäraselt hinnangut? (Soovitus 28,29)*

Kliinilist küsimust ei ole tööühma hinnangul vaja avada, samas vt arutelu enesehinnanguliste küsimustike kohta eespool kliinilise küsimuse nr 2 juures.

#### Kliiniline küsimus nr 15 – vajab avamist

*Kas ärevushäirega patsiendi igal pöördumisel hinnata ravi kõrvaltoimeid vs mitte hinnata?*

Küsimus haakub kliinilise küsimusega nr 13 (ravivastuse hindamise sagedus) ning vajab tööühma hinnangul avamist, et vaadata üle, millal (kui sageli) on vaja ravi kõrvaltoimeid hinnata.

#### Kliiniline küsimus nr 16 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsiendi ravimite kuritarvitamise kahtlusel lõpetada ravi vs muuta ravi?*

Kliiniline küsimus ei vaja tööühma hinnangul avamist, sest raviseisukohad ei ole aja jooksul muutunud.

#### Kliiniline küsimus nr 17 – ei vaja avamist

*Kas ärevushäirega patsiendi farmakoloogiline ravi antidepressandiga määrata 12 kuud vs kauem?*

Kliiniline küsimus ei vaja tööühma hinnangul avamist, sest algses juhendis sellele vastuseks antud soovitus, et ravikuur peab kestma vähemalt 6 kuud, ilma et kuuri üldist kestus oleks määratletud, kehtib ka praegu. Tööühma liikmete hinnangul liigutakse pigem pikemate ravikuuride suunas, kuid sellele trendile algne soovitus vastu ei räägi.

#### Kliinilised küsimused nr 18 & 19 – vajavad avamist

*Kas ärevushäirega patsiendi farmakoloogiline ravi kuur anksiolüütikumiga määrata 3 kuud või kauem?*

*Kas ärevushäirega patsiendi farmakoloogiline episoodiline ravi anksiolüütikumiga määrata 3 kuud või kauem?*

Tööühma hinnangul on need kaks küsimust omavahel seotud ning vajavad mõlemad avamist, sest anksiolüütikumide episoodilise ja ravikuurina kasutamise osas on seisukohad aja jooksul muutunud. Tööühma hinnangul selgub vastava teadusliku tõendusmaterjali läbivaatamisel ka nii episoodilise ravi ja ravikuuri optimaalne ja/või vajalik minimaalne kestus.

### **3.2. Tervishoiukorralduslike küsimuste avamise vajaduse hindamine**

1. Millised ärevushäirega patsiendid kuuluvad ravile ja jälgimisele perearsti juures?
2. Millal tuleb ärevushäirega patsient suunata psühhiaatri konsultatsioonile ja e-konsultatsioonile (nt ravivastuse puudumine 3 kuu jooksul, ravimite sõltuvuse tekkimisel ravi lõpetamiseks ja/või muutmiseks)?

3. Kas on mõni ärevushäirega patsientide alarühm, keda peaks ravima ja jälgima psühhiaater?
4. Kas kõigile patsientidele on võrdselt kättesaadavad efektiivsed mittefarmakoloogilise ravi meetodid Eestis?

Töörühm leidis, et kõiktervishoiukorralduslikud küsimused tuleb üle vaadata, sh kindlasti psühhiaatri e-konsultatsiooni kord ja võimalused. Samuti on vaja kaardistada mittefarmakoloogiliste ravivõimaluste kättesaadavuse hetkeseis Eestis.

#### **4. Kokkuvõte**

Töörühm otsustas avada kuus kliinilist küsimust (nr 3,6,13,15,18,19). Samuti vaadatakse avatud kliiniliste küsimuste jaoks kogutud tõendusmaterjali valguses ja Eesti tervishoiusüsteemi hewtkekorraldust ja -võimalusi arvesse võttes üle kõik neli algset tervishoiukorralduslikku küsimust. Ajakohastatud juhendi rakenduskavas esitatakse Eesti Haigekassale konkreetseid rakendustegevuste ettepanekud (mhpsühhiaatri e-konsultatsiooni, perearsti ja õe otsustustuge, patsientide grupitundide teemal).

Töörühma koosoleku materjalid esitatakse koosoleku järgselt kõigile töörühma liikmetele läbivaatamiseks ja kinnitamiseks (elektroonselt).

#### **5. Juhendi koostamise edasine ajakava**

Ravijuhendite Nõukoja järgmine koosolek toimub 03.03.2020. Püsisekretariaat ja töörühm annavad endast kõik, et selleks ajaks oleks ajakohastatud käsitusala töörühma poolt kinnitatud ning valmis esitamiseks Ravijuhendite Nõukoja kinnitamiseks.

Kõigi eelduste kohaselt koguneb töörühm aprilli alguses, mai alguses, juuni alguses ning suve lõppu / sügise algusesse jääb veel vähemalt üks koosolekut. Püsisekretariaadi esindaja lepib koosolekute ajad töörühmaga kokku esimesel võimalusel doodle-küsitluse abil.

*Täiendatud protokoll valmis 28.02.2020*