

Kliinilise auditi „Ärevushäire käsitus esmatasandil“ kokkuvõte

1. Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on ärevushäirete levimus 3,6% ning see on naistel kõrgem võrreldes meestega (4,6% vs 2,6%) ([World Health Organization, 2017](#)).

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 ([King M et al. 2008](#)).

Eesti Haigekassa andmetel diagnoosisid perearstid Eestis esmase diagnoosina generaliseerunud ärevushäiret (F41.1) 2004. aastal 385 isikul ja 2017. aastal 310 isikul. Esmast paanikahäiret (F41.0) diagnoositi esmatasandil 2004. aastal 135 isikul ja 2017.aastal 168 isikul.

Ärevushäirega patsientidel on lisaks tervise probleemidele, sageli raskusi ka oma sotsiaalse ja tööalase elu korraldamisega ning kõik see tekitab kulusid tervishoiule ([King M et al. 2008](#); [Kujanpää T 2016](#)).

Ravijuhend „*Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis*“ avaldati aastal 2014 ([Eesti ravijuhend 2014](#)). Ravijuhendi rakenduskava nägi ette, et algatatakse kliiniline audit hindamaks ravijuhendi soovitude jälgimist.

Antud kliinilise auditi korraldamine oli oluline, kuna ärevushäired on esmatasandil levinud ja ravijuhendi „*Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis*“ rakenduskava nägi ette ravijuhendi soovitude jälgimiseks auditit.

2. Auditi korraldus

Eesti haigekassa esitas hankekutse kliinilise auditi (edaspidi audit) läbiviimiseks. Eesti Perearstide Selts esitas Eesti Haigekassale hankepakkumise ja Eesti Haigekassa kinnitas, et pakkumine vastas esitatud nõuetele. Seejärel sõlmisid Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Selts auditi läbiviimiseks lepingu nr 1.3-2.2/113.

Eesti Perearstide Seltsi volitatud auditeerijad:

- 1) Kadri Suija (perearst) (juhtauditeerija);
- 2) Ülle Võhma (psühhiaater);
- 3) Tatjana Meister (perearst);
- 4) Katrin Kivisto (perearst);
- 5) Pille Ööpik (perearst);
- 6) Liis Puis (üldarst);
- 7) Ülle Lomp (perearst).

Eesti Haigekassa esindajad:

- 1) Ravikvaliteedi talituse peaspetsialist Tiina Unukainen – auditi üldkoordineerimine, andmeanalüüs;
- 2) Infrastruktuuri talituse peaspetsialist Priit Lund - andmesisestusplatvormi loomine;
- 3) Ravikvaliteedi talituse analüütik Sirli Joonas – andmeanalüüs.

3. Auditi eesmärk

Auditi eesmärk oli hinnata esmaselt diagnoositud generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlust perearstiabis.

4. Kasutatud juhendmaterjalid

Hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti järgmistest juhendmaterjalidest:

- Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis. Eesti Ravijuhend 2014.
- Generalised anxiety disorder and panic disorder and panic disorder in adults: management. NICE 2011.
- RHK-10 V peatükk (Psüühika- ja käitumishäired – kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised).

5. Valimi moodustamine

Antud auditi valim moodustati 2015. ja 2016. aastal perearsti poolt esmaselt diagnoositud ärevushäirega patsientidest. Selleks otsiti Eesti Haigekassa andmebaasist isikuid, kellel oli perioodil 01.09.2015 - 31.12.2016 vähemalt üks perearstiabi raviteenuse arve põhidiagnoosiga F41.0 või F41.1.

Valimisse jäid patsiendid, kellel ei olnud varasemalt ärevushäiret diagnoositud. Selle tagamiseks tehti kontroll Eesti Haigekassa andmebaasi alusel kuni aastani 2004.

Ajavahemikul 01.09.2015-31.12.2016 diagnoositi 390 isikul perearsti poolt ärevushäire esmase diagnoosina.

Juhuvaimi alusel jäid valimisse 380 patsiendi andmed. Valimist jäid välja 36 patsiendi ravidokumendid. Põhjused, miks osa ravidokumente jäid auditeerimata, olid alljärgnevad:

- diagnoosimisel eksiti isiku nimega;
- sissekanne ravidokumentides puudus;

- tehnilised põhjused (nt valimi moodustamisel tekkis eksimus, kus osa esialgselt planeeritud raviasutusi jäi lõppvalimisse kaasamata).

Andmeanalüüsi jäid 344 patsiendi andmed. Nendest mehi oli 28% (n=96) ja naisi 72% (n=248). Valimis olnud patsientide keskmine vanus oli 38 eluaastat. Meeste keskmine vanus oli 36 eluaastat ja naistel 39 aastat.

6. Tulemused

6.1. Ärevushäire sümptomid

Kliinilisse auditisse kaasatud isikute (n=344) tervisekaartide läbivaatamisel selgus, et ärevushäirele viitavaid sümptomeid oli kirjeldatud 300 patsiendi tervisekaardis (87% üldvalimi isikutest).

Ärevushäire diagnoos eeldab sümptomite esinemist teatud aja jooksul. Antud auditis raames läbivaadatud tervisekaartide alusel kirjeldasid arstid ärevuse sümptomite kestust 53%-s tervisekaartidest (n=182). Nendes kaartides, kus leidis infot kaebuste kestuse kohta (n=182), vastas kaebuste kestus RHK-10 kriteeriumitele 58% -l juhtudest (n=106).

Antud valimis oli enesekohaseid küsimustikke kasutatud 29% juhtudest (n=99), levinuim küsimustik, mida oli kasutatud, oli EEK-2 (99% juhtudest).

Meeleoluhäirete kohta oli informatsiooni 25% haiguslugudest (n=85), enamasti oli sissekande alusel tegemist varasemalt diagnoositud depressiooniga. Valdav enamus ehk 92% haiguslugudest (n=317) ei sisaldanud informatsiooni sõltuvust tekitavate ainete (kokaiin, alkohol jne) tarvitamise kohta.

Antud auditis raames läbivaadatud tervisekaartidest oli pooltes (49%, n=167) arsti poolne sissekanne patsiendi varasematele kehalistele haigustele või tehtud uuringutele. Kaasuvate kehaliste haiguste kohta oli informatsiooni 19% (n=67) ja viiteid eriarstide konsultatsioonidele käesolevate sümptomite tõttu 20% haiguslugudest (n=68). Enamikes ravilugudes (93%, n=320) puudus info ärevust tekitavate ravimite kasutamise/mittekasutamise kohta.

Esmasel ärevushäire diagnoosimisel oli kirjeldatud patsiendi objektiivset läbivaatust perearsti poolt 58%-l juhtudest (n=200). 43%-le isikutest (n=147) teostati perearstikeskuses mingi laboratoorne uuring. Informatsiooni patsiendi toimetuleku ja töövõimelisuse kohta oli kolmandikus (31%, n=105) kaartides. Töövõimetuslehele jäi esmasel ärevushäire diagnoosimisel 17% isikutest (n=59)

6.2. Ärevushäire ravi

Antud auditi raames läbivaadatud 344 ravikaardist leidis info patsiendile esimesel visiidil eneseabivõtete tutvustamise kohta 61-s haigusloos (18%).

Psühhoteraapia soovitamise kohta oli märges 127 patsiendi ravikaardis (37%). Teraapiafondi raames sai psühhoteraapia teenust 82 patsienti, mis on 24% antud valimi isikutest.

Auditeeritud 130-st perearstikeskusest oli 57 (44%) kasutanud teraapiafondi raames psühhoteraapiasse suunamist. Vaatasime, kas statistiliselt erines psühholoogile suunamine linnas ja väljaspool linna asuvates perearstikeskustes. Auditi valimis oli väljaspool linna asuvaid perearstikeskusi 83 ja linnas 47. Kokku 43 linna perearstikeskust ja 16 väljaspool linna asuvat perearstikeskust kasutas võimalust suunata patsient psühholoogile. Analüüsist selgus, et statistilist erinevust suunamisel lähtuvalt perearstikeskuste asukohast ei olnud ($p=0,05$). Statistilise erinevuse hindamiseks kasutasime z-testi ja andmeanalüüsiks kasutati rakendustarkvara STATA (versioon 14.2), kus statistiliselt oluliseks lugesime erinevuse, kus p väärtus oli $<0,05$.

Meie valimi patsientidest suunati esmasel visiidil perearsti poolt mujale ravile 145 ärevushäirega isikut (42%), neist 76 (53%) psühhologi, 64 (44%) psühhiaatri ja 26 (18%) mõne muu spetsialisti vastuvõtule. Edasisuunamise põhjus oli välja toodud 98-s tervisekaardis (29%).

Esmasel visiidil määrati farmakoteraapia antidepressandiga 100-le isikule (29%). Antidepressanti ei olnud määratud 244 (71%) juhul. Levinumad selgitused antidepressandi mittemääramise kohta olid: määratud mingi muu ravi (78%), patsient ei soovinud (12%), suunatud psühhiaatrile (11%).

Antidepressandi valikul eeltoodud 100 patsiendi seas oli 57% juhtudest esmavalikuks SSTI ($n=57$), SNTI oli esmavalikuks 12% juhtudest ($n=12$), 34% juhtudest kasutati muid antidepressante ($n=34$). Muudest antidepressantidest olid kasutusel tianeptiin ($n=13$), agomelatiin ($n=9$), vortiooksetiin ($n=4$), mirtasapiin ($n=2$), amitriptüülin ($n=2$), bupropioon ($n=1$). Uurisime ravimi kasutamist 6 kuud peale esmast ärevushäire diagnoosimist ja selgus, et antidepressanti kasutas siis 100-st patsiendist 34 (34%).

Esmasel visiidil määrati patsiendile bensodiasepiine 30% juhtudest ($n=104$), neist 58-l juhul oli (57%) alprasolaam, 40-l juhul (40%) diasepaam, 11-l juhul (11%) bromasepaam, 1-l juhul (1%)

oksasepaam. Uurisime bensodiasepiini kasutamist 6 kuud peale esmast diagnoosimist ja selgus, et bensodiasepiini kasutas 104-st patsiendist 25 (24%).

Esmasel visiidil määrati uinuteid kokku 20-l juhul (6%). Uinutitena määrati 15-l juhul zopiklooni, 3-l juhul zolpideemi, 1-l juhul midasolaami ja 1-l juhul ei olnud ravimi nimetust välja toodud.

6.3. Järelvisiidid

Ravikaartide läbivaatamisel selgus, et järelvisiidile kutsuti 158 patsienti (46% üldvalimi patsientidest). Antidepressantravi ravi saanustest kutsuti tagasi 64%, bensodiasepiini saanustest 43%.

Esimesele järelvisiidile tuli 207 patsienti (60% üldvalimi isikutest). Neist 127 (61%) patsienti tuli järelvisiidile 1-2 nädalat pärast esmast visiiti, 35 patsienti (17%) tuli 3-4 nädala jooksul, 12 patsienti (6%) 5-6 nädala, 7 patsienti (3%) 7-8 nädala pärast ja 26 patsienti (13%) tulid järelvisiidile rohkem kui 8 nädalat pärast esmast visiiti.

Esimesele järelvisiidile tulnud patsientidest 71% (n=147) ravikaardis oli märke sümptomite dünaamika kohta. Patsiendi poolt ravisoovituste täitmise kohta oli informatsiooni 53% ravikaartidest (n=110). Farmakoteraapia sobivuse (kõrvaltoimed) kohta oli informatsiooni 26% ravikaartidest (n=53) ja farmakoteraapia toimimise kohta 32% kaartidest (n=66). Samal ajal muu ravi toimimise kohta oli informatsioon 47-s kaardis (23%). Tagasikutse teisele järelvisiidile sai sissekannete alusel 41% patsientidest (n=85).

Teisele järelvisiidile tuli 95 patsienti (46% esimesel järelvisiidil käinud isikutest). Neist 46 isikut (49%) tulid 1-2 nädala jooksul, 26 isikut (28%) 3-4 nädala jooksul, 3 isikut (3%) 5-6 nädala ja 1 patsient (1%) 7-8 nädala jooksul ning 18 isikut (19%) rohkem kui 8 nädalat pärast eelmist visiiti.

Sümptomite dünaamika kohta oli märke 81% ravikaartidest (n=76). Ravisoovituste täitmise kohta oli märke 55% kaartidest (n=52). Farmakoteraapia sobivuse (kõrvaltoimed) kohta oli infot 32% kaartidest (n=30). Farmakoteraapia toimimise kohta on informatsioon 46% ravikaartidest (n=43) ning muu ravi toimimise kohta oli märke 20% kaartidest (n=18). Tagasikutse uuele visiidile sai 46 patsienti (48% teisel visiidil käinutest).

7. Tulemused

Antud auditi raames läbivaadatud 130 perearstikeskuse 344 patsiendi ravikaardi alusel võib öelda, et ärevushäirete diagnoosimise, ravi ja jälgimise on varieeruvusi. Üks peamisi tähelepanekuid oli puudulik ravidokumentatsiooni täitmine, mistõttu on raske hinnata ja ka raske aru saada erinevate tegevuste põhjendatusest ja arsti mõttekäigust

Pooltes kaartides puudus info kaebuste kestuse kohta, mis on diagnoosimisel oluline kriteerium.

Arvestades ärevushäirete komorbiidsust ja kattuvust teiste häirete ja haigustega, on eriti esmasel diagnoosimisel oluline mõelda diferentsiaaldiagnostilistele aspektidele. Seega on arusaadav, et umbes pooltele patsientidele teostati laboratoorseid uuringuid. Samas informatsiooni anamneesi oluliste täpsustuste kohta (nagu kaasuvad kehalised haigused, kasutatavad ravimid, sõltuvust tekitavate ainete kasutamine, psühhootilised sümptomid) leidus kuni veerandis sissekannetest.

Esmasel visiidil määrati enamusele patsientidest mingi ravi: kolmandik said soovitusel psühhoteraapia osas, kolmandikule määrati antidepressant ja kolmandik said raviks bensodiasepiini. Soovitusi eneseabivõtete osas enamasti patsientidele esmasel visiidil ei jagatud. Veidi alla poole patsientidest said edasisuunamise mujale, enamasti psühholoogile või psühhiaatrile.

Järelvisiidile kutsuti umbes pooled patsiendid. Neist enamik said järelvisiidile kuu aja jooksul, mis vastab ravijuhendite soovitusel. Järelvisiididel hinnati peamiselt sümptomite dünaamikat, ravi kõrvaltoimete ja toimimise kohta leidus informatsiooni vaid kolmandikus kaartidest.

Antud auditi raames läbivaadatud 130 perearstikeskuse 344 patsiendi ravikaardi alusel võib öelda, et ärevushäirete diagnoosimise, ravi ja jälgimise osas on varieeruvusi. Üks peamisi tähelepanekuid oli puudulik ravidokumentatsiooni täitmine, mistõttu on raske hinnata ja ka raske aru saada erinevate tegevuste põhjendatusest ja arsti mõttekäigust

Pooltes kaartides puudus info kaebuste kestuse kohta.

Arvestades ärevushäirete komorbiidsust ja kattuvust teiste häirete ja haigustega, on eriti esmasel diagnoosimisel oluline mõelda diferentsiaaldiagnostilistele aspektidele. Seega on arusaadav, et umbes pooltele patsientidele teostati laboratoorseid uuringuid. Samas informatsiooni anamneesi oluliste täpsustuste kohta (nagu kaasuvad kehalised haigused, kasutatavad ravimid, sõltuvust tekitavate ainete kasutamine, psühhootilised sümptomid) leidus kuni veerandis sissekannetest.

Esmasel visiidil määrati enamusele patsientidest mingi ravi: kolmandik said soovitusel psühhoteraapia osas, kolmandikule määrati antidepressant ja kolmandik said raviks bensodiasepiini. Soovitusi eneseabivõtete osas enamasti patsientidele esmasel visiidil ei jagatud. Veidi alla poole patsientidest said edasisuunamise mujale, enamasti psühholoogile või psühhiaatrile.

Järelvisiidile kutsuti umbes pooled patsiendid. Neist enamik said järelvisiidile kuu aja jooksul, mis vastab ravijuhendite soovitusel. Järelvisiididel hinnati peamiselt sümptomite dünaamikat, ravi kõrvaltoimete ja toimimise kohta leitud informatsiooni vähe.

8. SOOVITUSED

8.1 Tervishoiuteenuse osutajatele

- Rohkem peaks tähelepanu pöörama sissekannetele. Soovitav on anamneesi, objektiivselt nähtava ja raviotsuste põhjenduse dokumenteerimine nii, et arsti mõttekäik oleks jälgitav ja arusaadav.
- Oluline on teada ärevushäirete diagnoosimise kriteeriume ja diagnoosi püstitamisel nendest ka lähtuda. Ravivalikutes tuleks lähtuda tõenduspõhiste ravijuhendite soovitustest. Perearstil on oskusi ja võimalusi ärevushäirete diagnoosimiseks ja raviks.
- Ärevushäirete ravi esimene valik on patsiendile häire olemuse selgitamine ja eneseabivõtete tutvustamine. Kui need pole andnud soovitud tulemust, siis lisatakse psühhoteraapia või farmakoteraapia antidepressantidega.
- Ärevushäirega patsiendid vajavad jälgimist. Tähtis on järjepidevus patsiendi paranemise hindamisel, ärevushäire ravi ei tohiks piirduda ühekordse visiidi ja retsepti kirjutamisega.

8.2 Eesti Perearstide Seltsile ja Eesti Haigekassale

- Vajalik oleks tõenduspõhiste kirjalike eneseabivõtete materjalide välja töötamine, mida saaks anda kaasa patsiendile. Head kirjalikud materjalid võimaldavad anda kiirelt esmast informatsiooni häire ravi kohta.
- Vajalik oleks ravidokumentatsiooni täitmise ühtlustamiseks koolitus ja/või juhendmaterjali väljatöötamine. Auditeerimise käigus selgus, et sissekanded olid lakoonilised ja sageli väheinformatiivsed, tihti puudusid diagnoosi püstitamiseks vajalikud andmed.

- Vajalik on juhendmaterjal ja koolitus psühhoteraapiasse suunamise ja selle valiku kriteeriumite täpsustamiseks. Auditis selgus, et teraapiafondi kaudu psühhoteraapiasse suunamist kasutas alla poole perearstikeskustest.
- Psühhoteraapia on esmavaliku ravina ärevushäirete ravis tõhus. Tuleks tagada patsientidele paremad võimalused tõenduspõhise psühhoteraapia kättesaadavuseks üle Eesti (näiteks laiendada teraapiafondi võimalusi ja tingimusi, vaimse tervise spetsialistid perearstikeskustesse).
- Arvestades ärevushäirete sagedust ja ravi pikaajalisust (6-12 kuud), tuleks tagada perearstile ja tema meeskonnale piisav ajaline ja rahaline ressurss antud töö järjepidevaks läbiviimiseks.
- Väga oluline on psühhiaatri konsultatsiooni võimalus, eriti raviresistentsetel juhtudel, kaksikdiagnoosidega patsiendi korral ning suitsiidohtliku patsiendi erakorraliseks suunamiseks.
- Auditit tagasisideüritusel arstidelt tulnud tagasiside alusel oleks vajalik koolitus kuidas suhelda äreva patsiendiga (agressiivsus, läbipõlemine).

8.3 Sotsiaalministeeriumile, Haiglate Liidule

- Vaimse tervise häirete ennetus- ja sekkumisprogrammide, sh eneseabivõtete tutvustamine elanikkonnale. Näiteks riiklikult hallatavad veebilehed patsientidele, kust leiab informatsiooni ärevushäirete ja nende ravi kohta, tervist edendavad meediakampaaniad.
- Vaimse tervise õdede koolitamine ja neile töökohtade leidmine perearstiabis. Viimane võiks aidata kaasa paremale haigete jälgimisele.
- Psühhoteraapia kättesaadavuse parandamine esmatasandil, sh kliiniliste psühholoogide koolitamine.

9. KASUTATUD KIRJANDUS

Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: [World Health Organization; 2017](#) (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>)

[King M](#), Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, Bello'n-Saamen'õ JA, Moreno B, S'vab I, Rotar D, Rifel J, Maaroos HI, Aluoja A, Kalda R, Neeleman J, Geerlings MI, Xavier M, Caldas de Almeida M, Correa B, Torres-Gonzalez F. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry* 2008;192:362–367.

[Kujanpää T](#). Generalized anxiety disorder and health care utilization. University of Oulu, 2016

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis. [Eesti ravijuhend 2014](#) .

Generalised anxiety disorder and panic alised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. [NICE 2011](#)

[RHK-10 V peatükk](#) (Psüühika- ja käitumishäired – kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised). <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

10. Auditi ajakava

Nr	Tegevus	Kliiniline audit <i>„Ärevushäire käsitus esmatasandil“</i>
		Tähtaeg
1	Eeltöö auditi eesmärgi täpsustamiseks (andmete kogumine, varasemate analüüside läbitöötamine, erialadega suhtlemine)	Detsember 2016
2	Läbirääkimiste pidamine	Detsember 2016
3	Auditeerimislepingute sõlmimine	Juuni 2017
4	Auditi lõppeesmärgi sõnastamine, hindamiskriteeriumite koostamine ja kinnitamine	Juuni 2017
5	Auditi valimi koostamine	Juuni 2017
6	Andmete sisestuskeskkonna loomine ja testimine	Juuli 2017
7	Auditeeritavate teavitamine ja juurdepääsuõiguste taotlemine	August 2017
8	Andmete kogumine	Detsember 2017
9	Andmete kvaliteedi kontroll ja töötlemine	November 2017
10	Aruande väljastamine auditeeritutele ja nende tagasiside	Veebruar 2018
11	Auditi arutelu auditeeritute, auditeerijate ja haigekassa osalemisega	Märts 2018
12	Auditi tulemuste avalikustamine haigekassa kodulehel	Märts 2018
13	Artikli koostamine avaldamiseks Eesti Arstis	Juuni 2018

Kokkuvõte kliinilise auditi „Ärevushäire käsitus esmatasandil“ tagasisideüritusest

Kliinilise auditi „Ärevushäire käsitus esmatasandil“ tagasisideüritus toimus 07.03.2018 Tartus. Üritusel osales 25 spetsialisti.

Tagasisideürituse päevakava oli alljärgnev:

- 1) Sissejuhatus- Eesti Haigekassa ravikvaliteedi talituse juht Sirje Kree;
- 2) Valimi moodustamine- Eesti Haigekassa ravikvaliteedi talituse peaspetsialist Tiina Unukainen;
- 3) Ülevaade kliinilise auditi „Ärevushäire käsitus esmatasandil“ tulemustest- juhtauditeerija doktor Kadri Suija;
- 4) Arutelu, rühmatöö.

Arutelupunktid rühmatööks olid alljärgnevad:

1. Mis läheb hästi/mis toimib ärevushäirega patsiendi käsitluses perearstikeskuses?
2. Mida peaks muutma ärevushäirega patsiendi käsitluses perearstikeskuses?
3. Milliseid ettepanekuid teete Sotsiaalministeeriumile, Eesti Haigekassale, Terviseametile ja teistele osapooltele parendamiseks ärevushäirega patsiendi käsitlust süsteemis?

Dokumenteerimine

Üritusel osalejad leidsid, patsiendid aina rohkem pöörduvad oma murega perearsti poole ja perearstid tunnevad oma patsiente.

Kindlasti on oluline tagada elementaarsed dokumenteerimise nõuded ja kui ravijuhendid soovitusi pole võimalik lähtuvalt patsiendi individuaalsetest eripäradest järgida, siis peab see olema dokumenteeritud.

Terviseameti esindaja rõhutas, et põhjalikum dokumenteerimine kaitseb eelkõige arsti.

Eneseabi patsiendile

Kindlasti on oluline patsiendile soovitada eneseabivõtteid ja kõik patsiendid ei vajagi alati farmakoloogilist ravi.

Üritusel osalejad nentisid, et hetkel kehtiv patsiendijuhend on liiga pikk ja patsiendid vajavad lühemat infovoldikut.

Soovitati Eesti Haigekassa, Tervise Arengu Instituudil läbi viia meediakampaaniaid ärevushäire laiemaks teadvustamiseks.

Teraapiafond

Perearstid selgitasid teraapiafondiga seonduvaid probleeme. Toodi näiteid, kus ravi alustab psühhiaater ja patsiendile tagatakse ka psühhiaatri suunamisel mõned korrad psühholoogi

teenus. Seejärel soovitatakse patsiendil minna perearsti juurde, kes peaks omakorda suunama patsiendi psühholoogi juurde. Selline korraldus omakorda tekitab kõigis osapooltes segadust. Leiti, et vajalik on infomaterjal- millistes tingimustel ikkagi patsiendi teraapiafondist suunatakse kliinilise psühholoogi juurde.

Osa perearstikeskuseid ei kasuta teraapiafondi võimalusi ning Eesti Haigekassa peaks analüüsima põhjuseid.

Koolitused

Perearstid vajavad koolitusi ärevushäirega patsientide abistamiseks ning kindlasti võiks koolitustel käsitleda teemat, kuidas käituda agressiivsete patsientidega.

Psühhiaatriline abi

Doktor Ülle Vöhma selgitas, et ärevushäirega patsient peab saama esimesel võimalusel abi ning pöörduma eelkõige oma perearsti poole. Põhja-Eesti Regionaalhaiglas on korraldus, kus ärevushäirega ja depressioonis patsiente võtab võimalusel vastu ka vaimse tervise õde, kes hindab patsiendi seisundit ning tihti soovitatakse patsiendil minna ka perearsti juurde.

Tagasisideüritusel tehti ettepanek, et kohtuda võiksid Eesti Perearstide Selts, Eesti Psühhiaatrite Selts ja Eesti Haigekassa aruteluks, kuidas soodustada ärevushäirega patsiendi käsitlust eelkõige esmatasandil.