



---

# AKTIIVSUS- JA TÄHELEPANUHÄIRE DIAGNOOSIMISE NING RAVI PÕHIMÕTTED

**Eesti ravijuhend**

---

RJ-F/69.1-2023

## Ravijuhendi töörühma liikmed

Irja Ivarinen (juht)	Psühhiaater, PSI Laste ja noorukite psühhiaatria keskus OÜ
Kerstin Kõiva	Psühhiaater, SA Tallinna Lastehaigla
Liina Haring	Psühhiaater, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik; psühhiaatria kaasprofessor, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituut
Lille Uibo	Psühhiaater, E.G.U. Erapraxis OÜ
Helen Pikkat	Kliiniline psühholoog, AS Arstikeskus Confido
Katrin Kaljula	Kliiniline psühholoog, OÜ Sensus ETC
Maire Suurkivi	Perearst, Viru Perearstid OÜ
Ruth Estrin	Pereõde, Rapla Perearstikeskus OÜ
Liina Hürden	Vaimse tervise õde, AS Arstikeskus Confido
Tanel Peets	Patsientide esindaja (alates jaanuar 2023)
Karl Hammerberg	Patsientide esindaja (kuni detsember 2022)

## Sekretariaadi liikmed

Liisa Leppik (juht)	Lastepsühhiaater, SA Viljandi Haigla
Hedda Lippus	Psühhiaatria arst-resident, Tartu Ülikool
Mailis Liiv	Lastepsühhiaater, SA Tallinna Lastehaigla laste vaimse tervise keskus
Marie Lugenberg	Laste- ja noorukitepsühhiaatria arst-resident, Tartu Ülikool
Minni Saapar	Neuroteaduste doktorant, Tartu Ülikool
Lilith Napp	Farmatseut, Farmalpluss OÜ
Kadi Kallavus (metoodiline tugi)	Ravijuhendite metoodikanõunik, Tartu Ülikool

Ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide koondandmed, tõenduse kokkuvõtte tabelid, soovitude kokkuvõtte tabelid ja koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil [www.ravijuhend.ee](http://www.ravijuhend.ee).

**Soovituslik viitamine:** Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ning ravi põhimõtted. Tervisekassa. 2023.

**Otsingusõnad:** ATH, aktiivsus- ja tähelepanuhäire, ATH ravi, ATH diagnoosimine, ADHD

© Tervisekassa 2023  
Lastekodu 48, Tallinn 10113

[www.ravijuhend.ee](http://www.ravijuhend.ee)  
[info@tervisekassa.ee](mailto:info@tervisekassa.ee)

ISBN 978-9916-608-77-7  
ISBN 978-9916-608-78-4 (html)

# Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ning ravi põhimõtted

Eesti ravijuhend

---

---



---






RJ-F/69.1-2023

## Ravijuhend on valminud Tervisekassa rahastusel ja „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) järgi ([www.ravijuhend.ee](http://www.ravijuhend.ee)).<sup>1</sup>

### Tõendatuse astmed ja nende määratlus

Määratlus	Hinnang
Töörühm on väga kindel, et tegelik mõju on hinnangulisele mõjule lähedal.	Kõrge
Töörühm on mõju hinnangus mõeldukalt kindel: tegelik mõju on tõenäoliselt lähedane hinnangulisele mõjule, kuid võib sellest ka märgatavalt erineda.	Mõeldukas
Töörühm ei ole mõjuhinnangus eriti kindel: tegelik mõju võib märgatavalt erineda hinnangulisest mõjust.	Madal
Töörühm ei ole mõjuhinnangus üldse kindel: on tõenäoline, et tegelik mõju erineb hinnangulisest mõjust märgatavalt.	Väga madal

### Soovituse tugevus ja tingmärk

<b>Tugev positiivne soovitus</b> 	Tugeva soovitusel on ravijuhendi koostajad kindlad, et soovitusel järgimise oodatavad tulemused kaaluvad üles ebasoodsa mõju. Soovitus võib olla sekkumise poolt või vastu. Nõrga soovitusel arvavad töörühma liikmed, et selle täitmise oodatavad tulemused ületavad ebasoodsat mõju, kuid nad ei ole selles kindlad.
<b>Nõrk positiivne soovitus</b> 	Ebakindlust võib põhjustada
<b>Nõrk negatiivne soovitus</b> 	<ul style="list-style-type: none"><li>- kõrge või mõelduka astme tõendusmaterjali puudumine;</li><li>- vastuolulised hinnangud kasu ja kahju kohta;</li><li>- ebakindlus või erinevused selles, kuidas üksikisikud tervisetulemeid väärtustavad;</li><li>- vähene tervisekasu;</li><li>- selline tervisekasu, mis ei ole kulusid väärt (k.a soovitusel rakendamise kulud).</li></ul>
<b>Tugev negatiivne soovitus</b> 	Soovitusel usaldusväärse huvides peab ravijuhendi töörühm kaaluma kõiki teadaolevaid tegureid ja põhjendama oma otsuste põhjuseid üksikasjalikult. Kindel soovitus antakse vaid juhul, kui sekkumine või ravim vastab Eesti tervishoiusüsteemi suutlikkuse nõuetele.
<b>Praktiline soovitus</b> 	Ravijuhend võib sisaldada suuniseid ehk praktilisi soovitusi, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel ja eksperdiarvamusel ning võivad olla praktikas abiks prima ravitulemuse saavutamisel.

<sup>1</sup> Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat 2020. Eesti Haigekassa 2021.

# Sisukord

<b>Lühendid</b> .....	<b>7</b>
<b>Mõisted</b> .....	<b>9</b>
<b>Sissejuhatus</b> .....	<b>10</b>
<b>Ravijuhendi koostamise vajadus</b> .....	<b>11</b>
<b>Ravijuhendi käsitusala ja sihtrühm</b> .....	<b>12</b>
<b>Ravijuhendi koostamine</b> .....	<b>13</b>
Tõendusmaterjali sünteesimine ja soovitude koostamine.....	13
<b>Ravijuhendi soovitude loetelu</b> .....	<b>15</b>
<b>Ravijuhendi soovitused koos tõenduse lühikokkuvõttega</b> .....	<b>24</b>
ATH esmane hindamine.....	24
ATH esmane hindamine lastel ja noorukitel.....	24
ATH esmane hindamine täiskasvanutel.....	27
ATH hindamine, diagnoosi püstitamine ja raviplaani koostamine (laste) pühhiaatrilises meeskonnas.....	29
ATH hindamine ja diagnoosimine lastel ja noorukitel.....	29
Raviplaani koostamine lastele ja noorukitele.....	31
ATH hindamine ja diagnoosimine täiskasvanutel.....	31
Raviplaani koostamine täiskasvanutele.....	33
ATH ravi.....	34
ATH medikamentoosse ravi üldpõhimõtted.....	34
Ravi alustamise ja sobiva ravimiannuse tiitrimise põhimõtted.....	34
Alla 6-aastaste laste ravi.....	36
Laste ja noorukite ravimite valiku järjestus.....	37
Laste ja noorukite ravimite kombineerimine.....	39
Laste ja noorukite ravipaus.....	41
Laste ja noorukite ravi jätkamine ning jälgimine.....	41
Ravimite valiku järjestus täiskasvanutel.....	42
Ravimite kombineerimine täiskasvanutel.....	44
Täiskasvanute ravivajaduse hindamine ja ravi lõpetamine.....	46

Mittemedikamentoosne ravi.....	46
Lapsed ja noorukid.....	46
Täiskasvanud.....	47
Eluviisisoovitused.....	48
<b>Lisa 1. ATH-ga patsiendi käsitluse algoritm .....</b>	<b>50</b>
<b>Lisa 2. ATH ravimid ja nende annustamine.....</b>	<b>52</b>
<b>Kasutatud kirjandus .....</b>	<b>59</b>

## Lühendid

<b>ACDS</b>	Täiskasvanute ATH hindamiskaala, ingl <i>Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale</i>
<b>ADHD-RS</b>	Täiskasvanute ATH hindamiskaala, ingl <i>ADHD Rating Scale-IV</i>
<b>ASRS</b>	Täiskasvanute ATH enesekohane küsimustik 18 küsimusega, ingl <i>Adult ADHD Self-Report Scale</i> ; uuendatud versioon 6 küsimusega, ingl <i>Adult ADHD Self-Report Scale for DSM-5</i>
<b>ATH</b>	Aktiivsus- ja tähelepanuhäire, ingl <i>attention deficit hyperactivity disorder</i>
<b>BADDS</b>	Täiskasvanute ATH enesekohane küsimustik, ingl <i>Brown Attention-Deficit Disorder Scale</i>
<b>BCFPI</b>	Lastel ja noorukitel esinevate psüühika- ja käitumishäirete hindamisvahend, intervjuu lapsevanemaga, ingl <i>Brief Child and Family Phone Interview</i>
<b>CAARS</b>	Täiskasvanute ATH enesekohane küsimustik, ingl <i>The Conners' Adult ADHD Rating Scales</i>
<b>Conners 3</b>	Laste ja noorukite ATH enesekohane ja lapsevanema küsimustik, ingl <i>The Conners 3rd Edition™</i>
<b>DIVA</b>	Täiskasvanute ATH diagnostiline intervjuu, versioon 2.0, ingl <i>Diagnostic Interview for ADHD in Adults, 2.0 version</i> ; uuendatud versioon DIVA-5, ingl <i>Diagnostic Interview for ADHD in Adults, 3rd edition, DIVA-5</i>
<b>KKT</b>	Kognitiiv-käitumisteraapia, ingl <i>cognitive behaviour therapy</i>
<b>NPV</b>	Negatiivne ennustusväärtus; tõenäosus, et negatiivse diagnostilise testi tulemuse saanul ei ole uuritavat omadust (nt haigust), ingl <i>negative predictive value</i>
<b>PPV</b>	Positiivne ennustusväärtus; tõenäosus, et diagnostilise testiga positiivse tulemuse saanul on uuritav omadus (nt haigus), ingl <i>positive predictive value</i>
<b>QbTest</b>	ATH hindamisvahend, ingl <i>The Quantified Behavioral Test</i>

<b>RJNK</b>	Ravijuhendite Nõukoda
<b>SoKo</b>	Soovituse kokkuvõte, ingl <i>evidence to decision</i>
<b>SNAP-IV</b>	Laste ja noorukite ATH küsimustik lapsevanemale ja õpetajale, ingl <i>Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale, IV version</i>
<b>TõKo</b>	Tõenduse kokkuvõte, ingl <i>summary of findings</i>
<b>5-15R</b>	Laste arengu ja käitumise hindamise küsimustik lapsevanemale, ingl <i>Five-To-Fifteen-Revised</i>



## Mõisted

<b>Alfa-2 adrenoretseptori agonist</b> (ingl <i>alpha 2-adrenergic agonist</i> )	Kesknärvisüsteemis noradrenaliini sünaptilist ülekannet mõjutav ravim, mitte psühhostimulant
<b>Psühhostimulant</b> (ingl <i>psychostimulant</i> )	Kesknärvisüsteemi stimuleeriv ravim, mis suurendab eeskätt kognitiivset aktiivsust
<b>Selektiivne noradrenaliini tagasihaarde inhibiitor</b> (ingl <i>selective norepinephrine reuptake inhibiitor</i> )	Kesknärvisüsteemis noradrenaliini sünaptilist ülekannet mõjutav ravim, mitte psühhostimulant
<b>Spetsiifilisus</b> (ingl <i>specificity</i> )	Diagnostilist testi iseloomustav näitaja; tõenäosus, et uuritaval, kel ei ole uuritavat omadust (haigust), on diagnostiline test negatiivne ehk testiga ei tuvastata omaduse olemasolu
<b>Toimeainet prolungeeritud vabastav ravimivorm</b> (ingl <i>prolonged-release dosage form</i> )	Ravimivorm, millest vabaneb toimeaine aeglasemalt kui samal teel manustatud toimeainet konventsionaalselt vabastavast ravimivormist
<b>Toimeainet modifitseeritud vabastav ravimivorm</b> (ingl <i>modified-release dosage form</i> )	Ravimivorm, millest vabaneb toimeaine kindlal ajal, kindla kiirusega või kindlas seedetrakti osas
<b>Tundlikkus</b> (ingl <i>sensitivity</i> )	Diagnostilist testi iseloomustav näitaja; tõenäosus, et uuritaval, kel on uuritav omadus (haigus), on diagnostiline test positiivne ehk testiga tuvastatakse omaduse olemasolu

## Sissejuhatus

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) on lapse- ja noorukieas üks sagedasemaid psüühikahäireid. Häire algab tavaliselt varases lapseas ja püsib enamasti kogu kooliea vältel, 30–50%-l juhtudest ka täiskasvanueas (1). Eestis ei ole ATH epidemioloogilisi uuringuid tehtud, kuid Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel esineb ATH umbes 8%-l alla 18-aastastest lastest, poistel sagedamini kui tüdrukutel (2). Kuni 75%-l ATH-ga lastest võib esineda ka teisi psüühikahäireid, näiteks depressiooni, ärevus-, käitumis- ja autismispektri häiret ning õpivilumuste spetsiifilist häiret. ATH ravimata jätmisega kaasneb suur risk järjepidevaks akadeemiliseks alasoorituseks, haridustee katkemiseks, tööelu, pere- ja sõprussuhete ebaõnnestumiseks ning psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamiseks.

Täiskasvanute seas arvatakse ATH levimuseks olevat kuni 7% (3). Lapseas diagnoositud ATH-ga täiskasvanutest teadvustab vaid 15% häire püsimist ka täiskasvanueas. ATH-ga isikutel esineb võrreldes üldrahvastikuga elu jooksul enam probleeme: madalam haridustase on neist 30%-l (vs. 10%-l üldrahvastikust), düssotsiaalne isiksushäire 18%-l (vs. 2%-l), depressioon 33–39%-l (vs. 12%-l), sõltuvusaineid kuritarvitab 50–55% (vs. 27%) (4, 5, 6). Kuni 30%-l depressiooni, ärevushäirete või sõltuvusprobleemidega patsientidest on ATH sümptomid (7, 8).

## Ravijuhendi koostamise vajadus

Eestis pole ATH tõendus põhiseid ravijuhendeid seni avaldatud. Ravijuhendi koostamise eesmärk on koondada tõendus põhine teave ATH diagnoosimise ja ravi parandamiseks, medikamentoosse jätkuravi võimekuse loomiseks esmatasandil ja ravivalikute suurendamiseks.

ATH-d diagnoosib psühhiaater, laste ja noorukite puhul üldjuhul vastava kõrvaleriala omandanud psühhiaater. ATH varasemaks avastamiseks nii lapse kui ka täiskasvanueas on esmatasandi arstibis oluline võtta laiemalt kasutusele sõelinstrumentid. Seni on puudunud ühtlustatud käsitlus ATH esmakordseks diagnoosimiseks täiskasvanueas, mistõttu on diagnoos ja vajalik ravi sageli hilinevad. Esmatasandi arstibis tuleb parandada ravivõimaluste kättesaadavust nii esmaste psühhosotsiaalsete sekkumiste kui ka jätkuravi osutamisel.

## Ravijuhendi käsitusala ja sihtrühm

Ravijuhend on mõeldud kasutamiseks psühhiaatritele, perearstidele, õdedele, psühholoogidele, üldarstidele ja muudele eriarstidele.

Ravijuhendis keskendutakse kuni 18-aastastele lastele ja noorukitele ning täiskasvanutele.

Ravijuhendis käsitletakse järgmiseid teemasid:

- ATH esmane hindamine,
- ATH diagnoosimine,
- medikamentoosne ravi,
- mittemedikamentoosne ravi.

Ravijuhendis ei käsitleta:

- kaasuvate haiguste (sh käitumis- ja teiste psüühikahäirete) diagnostikat ja ravi,
- ATH-ga rasedate ravi,
- ATH spetsiifiliste ravimite väärkasutamisest tingitud seisundite diagnostikat ja ravi.

Ravijuhendi soovitustes lähtutakse tõendus põhiste uuringute tulemustest ja kliinilisest praktikast. Ravijuhend ei asenda tervishoiutöötaja individuaalset vastutust teha õigeid raviotsuseid konkreetsest patsiendist lähtudes. Kõik soovitused ei pruugi kõigile patsientidele sobida.

## Ravijuhendi koostamine

Ravijuhendi teemaalgatuse esitas Eesti Psühhiaatrite Selts 1. oktoobril 2021. Teema võeti 2022. aasta tööplaani, moodustati ravijuhendi töörühm ja sekretariaat (koosseisud on esitatud ravijuhendi alguses). Töörühma kaasati asjakohaste kutsealade esindajad. Ravijuhendite nõukoda (RJNK) kinnitas töörühma liikmete koosseisu 19. aprillil 2022. Töörühm kogunes esimest korda 13. mail 2022. RJNK kinnitas käsitlusala lõpliku versiooni 30. mail 2022. Käsitlusala sisaldas 14 PICO-formaadis kliinilist küsimust ja kaheksat tervishoiukorralduslikku küsimust (esitatud ravijuhendi käsitlusalas).

Ravijuhendi käsitlusala, täisversioon, tõenduse kokkuvõtte (TõKo) ja soovitude kokkuvõtte (SoKo) tabelid, rakenduskava, koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ning koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil [www.ravijuhend.ee](http://www.ravijuhend.ee).

Ravijuhendi koostamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) (9) põhimõtetest. Kliiniliste küsimuste arutamiseks ja soovitude sõnastamiseks, tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamiseks ning juhendi muude materjalide (lisad, rakenduskava ja patsiendimaterjal) arutamiseks pidas töörühm kokku 13 koosolekut. Lisaks toimusid koosolekute vahel töörühma ja sekretariaadi liikmetega veebiarutelud. Iga koosoleku alguses vaadati läbi töörühma ja sekretariaadi liikmete võimalike huvide konfliktide deklaratsioonid ning veenduti otsustajate kallutamatuses. Koosolek oli otsustusvõimeline, kui kohal oli vähemalt 3/4 töörühma liikmetest. Koosolekute otsused olid üksmeelsed.

Kui juhendi soovitud ei olnud ravijuhendi koostamise ajal võimalik täielikult rakendada, lisati soovituse juurde märged „[RAKENDUSPIIRANG]“. Rakenduspiirangu põhjus on kirjas soovituse all olevas selgitavas tekstis.

Enne ravijuhendi lõplikku kinnitamist retsenseerisid ravijuhendit välised eksperdid ja ravijuhend läbis avaliku tagasisideringi. Pärast kinnitamist uuendatakse ravijuhendit asjakohase informatsiooni lisandumisel või viie aasta pärast.

Koos ravijuhendiga koostati patsiendi infomaterjal.

## Tõendusmaterjali sünteesimine ja soovitude koostamine

Ravijuhendi koostamiseks otsiti tõendusmaterjali „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) (9) juhiste järgi. Esmalt otsiti ATH-d käsitlevaid tõenduspõhiseid ravijuhendeid. Leitud juhendite kvaliteeti hinnati struktureeritud

töövahendiga AGREE II. Igat ravijuhendit hindas teineteisest sõltumatult kaks sekretariaadi liiget, olulisi hinnangute lahknevusi ei esinenud.




Pärast AGREE II-ga hindamist jäi sõelale kaks ravijuhendit:




- 1) Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2019;
- 2) Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019.

Töösse kaasatud ravijuhendites vaadati läbi koostatava juhendi käsitlusala haakuvad soovitusel, nende aluseks olnud teaduslik tõendusmaterjal ning muud soovitusel suunda ja tugevust mõjutanud tegurid. Tõendusmaterjali kokkuvõtte koostamiseks tehti lisaks süstemaatilised otsingud andmebaasis PubMed. Kaasati süstemaatilisi ülevaateid, metaanalüüse ja üksikuuringuid, eelistades jälgimisuuringutele juhuslikustatud kontrolluuringuid. Ravijuhendi koostamisel kasutatud teadusartiklid on juhendi tekstis viidatud.





Iga kliinilise küsimuse kohta koostas sekretariaat TõKo tabeli ja valmistas ette SoKo tabeli, kasutades veebipõhist tarkvara GRADEpro. Peale huvipakkuva sekkumise kohta teadusuuringutest leitud kasu ja kahju ning tõendusmaterjali kvaliteedi kaalumise võttis tööühm kliinilise soovitusel koostamisel arvesse ka patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid, sekkumise vastuvõetavust kõigile seotud pooltele ning soovituselga kaasneda võivat patsientide ebavõrdsesse olukorda jätmist. Lisaks arvestati võimaluste ja ressursidega (sh ravimite kättesaadavusega) soovitatava tegevuse rakendamiseks Eestis. Soovitusel suuna ja tugevuse otsustas ning soovitusel sõnastas tööühm üksmeelselt nii teadusliku tõendusmaterjali kui ka teiste eelnimetatud kriteeriumite põhjal. Kõik tabelid on kättesaadavad ravijuhendite veebilehel [www.ravijuhend.ee](http://www.ravijuhend.ee).

## Ravijuhendi soovitude loetelu




ATH esmane hindamine lastel ja noorukitel		
1		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega lapse või nooruki esmasel pöördumisel dokumenteerige järgmine info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patsiendi kaebused ja toimetulekuraskuste iseloom;</li> <li>• elustiili (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg, uimas-tite tarvitamine) ja psühhosotsiaalse keskkonnaga (nt pere koosseis, muutused elukorralduses, kollektiivis käimine) seotud aspektid;</li> <li>• küsimustiku SNAP-IV tulemused;</li> <li>• lasteaia või kooli iseloomustus;</li> <li>• somaatiline seisund: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mõõtkte pikkust, kaalu, vererõhku ja pulssi;</li> <li>- tehke lisaanalüüsid (aneemia, kilpnäärme patoloogia; B12, foolhappe ja D-vitamiini vaeguse välistamiseks);</li> <li>- kontrollige kuulmis- ja nägemislanguse olemasolu, vajaduse korral suunake enne psühhiaatri vastuvõttu audioloogile, optometristile või oftalmoloogile;</li> <li>- tehke vajaduse korral EKG* (vt lk 23).</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
2		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega 6–17-aastasel lapsel või noorukil võite kasutada ATH väljaselgitamiseks lisaks kliinilisele hindamisele küsimustikku SNAP-IV 26.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
3		<p>Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega alla 6-aastasel lapsel ilmnevad ATH tunnused, suunake ta õppenõustamiskeskusesse (nt Rajaleidja keskus).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>




4		<p>Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega üle 6-aastaselt lapsel või noorukil püsib esmase hindamise järel ATH kahtlus, suunake ta edasi psühhiaatrilise abi süsteemi (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
<p><b>ATH hindamine, diagnoosi püstitamine ja raviplaani koostamine (laste)psühhiaatrilises meeskonnas</b></p>		
<p><b>ATH esmane hindamine täiskasvanutel</b></p>		
5		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega täiskasvanu esmasel pöördumisel dokumenteerige järgmine info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patsiendi kaebused ja toimetulekuraskuste iseloom,</li> <li>• elustiili (uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg, uimastite tarvitamine) ja psühhosotsiaalse keskkonnaga (nt pere koosseis, muutused elukorralduses, töötamine, õppimine) seotuse aspektid,</li> <li>• küsimustiku ASRS-5 tulemused,</li> <li>• somaatiline seisund: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mõõtke pikkust, kaalu, vererõhku ja pulssi;</li> <li>- tehke lisaanalüüsid (aneemia, kilpnäärme patoloogia; B12, foolhappe ja D-vitamiini vaeguse välistamiseks);</li> <li>- tehke vajaduse korral EKG* (vt lk 25).</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
6		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega täiskasvanul võite kasutada ATH väljaselgitamiseks lisaks kliinilisele hindamisele küsimustikku ASRS-5.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>







7		<p>Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega varasema diagnoosita täiskasvanul püsib esmase hindamise järel ATH kahtlus, suunake ta edasi psühhiaatrilise abi süsteemi (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
<b>ATH hindamine ja diagnoosimine lastel ja noorukitel</b>		
8		<p>ATH kahtlusega 6–17-aastase lapse või nooruki puhul võib väljaõppe läbinud spetsialist teha ATH olemasolu edasiseks täpsustamiseks enne kliinilist intervjuud BCFPI.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
9		<p>ATH kahtlusega lapse ja nooruki puhul tuleb teha kliiniline intervjuu nii tema enda kui ka tema hooldajaga.</p> <p>Kui andmed on ebapiisavad või neid ei ole varem kogutud, küsige kliinilise intervjuu käigus järgmise kohta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• praegused kaebused;</li> <li>• ATH sümptomid, sh nende <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaldumise sagedus,</li> <li>- põhjustatud raskused (kui esinevad, siis millised),</li> <li>- avaldumise vanus ja kulg;</li> </ul> </li> <li>• üldine toimetulek, olukord lasteaias või koolis, suhted pereliikmete ja eakaaslastega, käitumisprobleemid, kriminaalne käitumine, vaba aja veetmine;</li> <li>• kaasuvate psüühikahäirete esinemine;</li> <li>• uimastite, sh alkoholi ja nikotiini tarvitamine;</li> <li>• perekonna, keskkonna ja elustiiliga (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg) seotud olulised asjaolud.</li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
10		<p>ATH kahtlusega 6–17-aastasel lapsel või noorukil pigem ärge kasutage ATH diagnoosimise vahendina QbTesti.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>







## Raviplaani koostamine lastele ja noorukitele

11		<p>ATH diagnoosiga lapse ja nooruki raviplaani koostamisel:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tehke ATH teemal psühhohariduslik nõustamine;</li><li>• andke tagasisidet kaasuvate psüühikahäirete kohta;</li><li>• tutvustage ravivõimalusi ning täpsustage lapse või nooruki ja tema hooldaja ravimeetodite eelistusi;</li><li>• andke konkreetsed soovitused edasise ravi kohta.</li></ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
<h3>ATH hindamine ja diagnoosimine täiskasvanutel</h3>		
12		<p>ATH kahtlusega täiskasvanu puhul võib väljaõppe läbinud spetsialist kasutada lisaks kliinilisele intervjuule sümptomite hindamiseks intervjuud DIVA 2.0*.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> <p><i>* Ravijuhendi koostamise ajal oli kättesaadav tõendusmaterjal vaid DIVA 2.0 kohta, aga kliinilises kasutuses on uuem versioon DIVA-5.</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
13		<p>ATH kahtlusega täiskasvanu puhul koguge võimaluse korral lähedastelt (lapsevanem, sugulane, elukaaslane, sõber) lisainfot lapsea, toimetulekuraskuste iseloomu ja nende raskusastme kohta. Kui see pole võimalik, tuleb hindamisel tugineda patsiendilt saadud infole.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>


14		<p>Kui andmed on ebapiisavad või neid ei ole varem kogutud, küsige ATH kahtlusega täiskasvanu kliinilise intervjuu käigus järgmise kohta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• praegused kaebused,</li> <li>• ATH sümptomid, sh nende <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaldumise sagedus,</li> <li>- põhjustatud raskused (kui esinevad, siis millised),</li> <li>- avaldumise vanus ja kulg;</li> </ul> </li> <li>• varasem toimetulek lasteaias ja koolis;</li> <li>• üldine toimetulek: õpingud, karjäär, suhted pereliikmete, partneri ja sõpradega, käitumisprobleemid, kriminaalne käitumine, vaba aja veetmine;</li> <li>• kaasuvate psüühikahäirete esinemine;</li> <li>• uimastite, sh alkoholi ja nikotiini tarvitamine;</li> <li>• perekonna, keskkonna ja elustiiliga (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg) seotud olulised asjaolud.</li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
15		<p>ATH kahtlusega täiskasvanul pigem ärge kasutage ATH diagnoosimise vahendina QbTesti.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
<b>Raviplaani koostamine täiskasvanutele</b>		
16		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanu raviplaani koostamisel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tehke ATH teemal psühhohariduslik nõustamine;</li> <li>• andke tagasisidet kaasuvate psüühikahäirete kohta;</li> <li>• tutvustage ravivõimalusi ja täpsustage täiskasvanu ravi-meetodite eelistusi;</li> <li>• andke konkreetsed soovitused edasise ravi kohta.</li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

<b>ATH ravi</b>		
<b>Alla 6-aastaste laste ravi</b>		
17		<p>Alla 6-aastasel ATH diagnoosiga lapsel võite kasutada medikamentooset ravi juhul, kui mittemedikamentoosse raviga püsivad olulised toimetulekuraskused kahes või enamis keskkonnas.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
<b>Laste ja noorukite ravimite valiku järjestus</b>		
18		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kasutage esmavaliku ravimina metüülfenidaati.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><i>Täpsemaid juhiseid sobiva ravimi ja selle annustamise kohta vt lisast 2.</i></p>
19		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kaaluge lisdeksamfetamiini kasutamist, kui metüülfenidaadi kehakaalupõhise annusega ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
20		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kaaluge deksamfetamiini kasutamist, kui ATH sümptomid alluvad lisdeksamfetamiinile, kuid inimene ei talu ravimi pikendatud toimet.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
21		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kaaluge atomoksetiini, guanfatsiini või klonidiini kasutamist, kui metüülfenidaadi ja lisdeksamfetamiini kehakaalupõhise annusega ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud või ravimid ei ole talutavad.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>

<b>Laste ja noorukite ravimite kombineerimine</b>		
22		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil eelistage stimulandi kombinatsiooni <math>\alpha</math>-agonistiga (guanfatsiin või klonidiin).</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
<b>Laste ja noorukite ravipaus</b>		
23		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil eelistage pidevat ravi.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
<b>Laste ja noorukite ravi jätkamine ning jälgimine</b>		
24		<p>ATH diagnoosiga last ja noorukit, kelle ravimiannus toimib, jälgige perearstikeskuses iga kuue kuu tagant. Kandke kasvukõverale pikkus ja kaal ning dokumenteerige pulss ja vererõhk.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
<b>Laste ja noorukite ravivajaduse hindamine ning ravi lõpetamine</b>		
25		<p>ATH diagnoosiga lapse ja nooruki ravivajadust hinnake üle kord aastas.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
<b>Ravimite valiku järjestus</b>		
26		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul kaaluge esmavaliku ravimina metüülfenidaati või lisdeksamfetamiini.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>


27		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul kaaluge deksamfetamiini kasutamist, kui ATH sümptomid alluvad lisdeksamfetamiinile, kuid inimene ei talu ravimi pikendatud toimet.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
28		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul kaaluge atomoksetiini kasutamist, kui metüülfenidaadi ja lisdeksamfetamiini adekvaatse annusega ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud või ravimid ei ole talutavad.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
29		<p>Kui ATH diagnoosiga noorukile määratud monoteeraapia on efektiivne, siis jätkake sellega ka täiskasvanueas.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
30		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul pigem ärge kasutage bupropiooni ega guanfatsiini enne, kui ta ei ole proovinud lisdeksamfetamiini, metüülfenidaadi ja atomoksetiini, sest uuringud ei ole soovitud efekti näidanud.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
<b>Täiskasvanute ravimite kombineerimine</b>		
31		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul võite kasutada kombinatsioonravi, kui monoteeraapiaga ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud või ravimid ei ole talutavad.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
32		<p>Kui ATH diagnoosiga noorukile määratud kombineeritud ravi on efektiivne, siis jätkake sellega ka täiskasvanueas.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

## Täiskasvanute ravi jätkamine ja jälgimine


33		ATH diagnoosi ja toimiva ravimiannusega täiskasvanu seisundit hinnake perearstikeskuses kord aastas. <i>Praktiline soovitus</i>
----	---	--

## Mittemedikamentoosne ravi

### Lapsed ja noorukid

34		ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil võite kasutada medikamentooset ravi koos tõenduspõhise mittemedikamentoosse raviga, et saavutada parem ravitulemus. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	---

## Täiskasvanud

35		ATH diagnoosiga täiskasvanul võite kasutada medikamentooset ravi koos tõenduspõhise mittemedikamentoosse raviga, et saavutada parem ravitulemus. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	---

## Ravijuhendi soovitused koos tõenduse lühikokkuvõttega




### ATH esmane hindamine


ATH kahtluse korral kasutatakse nii lastel kui ka täiskasvanutel mitmesuguseid sõelinstrumente, et selgitada välja, kes vajavad ATH olemasolu hindamiseks lisauuringuid ja psühhiaatri vastuvõtule suunamist. Laste ja noorukite sõelinstrumentidest uuriti ravijuhendi koostamisel küsimustiku SNAP-IV (*Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale, IV version*) versioone, mille küsimuste arv erineb. Küsimustik on mõeldud 6–17-aastaste laste sümptomite hindamiseks: sellega mõõdetakse sümptomite või käitumisviiside ilmnemise sagedust (10). Täiskasvanute sõelinstrumentidest uuriti nelja küsimustikku, millega tehakse samuti kindlaks sümptomite esinemise sagedus: 18 küsimusega ASRS-v1.1 (*Adult ADHD Self-Report Scale*), selle uuendatud versioon, 6 küsimusega ASRS-5 (*Adult ADHD Self-Report Scale for DSM-5*), 40 küsimusega BADDS (*Brown Attention-Deficit Disorder Scale*) ja 18 küsimusega ADHD-RS (*ADHD Rating Scale-IV*).

### ATH esmane hindamine lastel ja noorukitel

ATH kahtlusega lastel ja noorukitel on soovitatav pöörduda esmalt perearstikeskusesse, kus kogutakse vajalik info, et otsustada, kas ta tuleb suunata ATH lisahindamiseks psühhiaatri vastuvõtule. ATH sümptomite esinemise hindamiseks lastel ja noorukitel tuleks kasutada lapsevanemale ja õpetajale mõeldud küsimustikku SNAP-IV.



1		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega lapse või nooruki esmasel pöördumisel dokumenteerige järgmine info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patsiendi kaebused ja toimetulekuraskuste iseloom;</li> <li>• elustiili (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg, uimastite tarvitamine) ja psühhosotsiaalse keskkonnaga (nt pere koosseis, muutused elukorralduses, kollektiivis käimine) seotud aspektid;</li> <li>• küsimustiku SNAP-IV tulemused;</li> <li>• lasteaia või kooli iseloomustus;</li> <li>• somaatiline seisund: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mõõtkte pikkust, kaalu, vererõhku ja pulssi;</li> <li>- tehke lisaanalüüsid (aneemia, kilpnäärme patoloogia; B12, foolhappe ja D-vitamiini vaeguse välistamiseks);</li> <li>- kontrollige kuulmis- ja nägemislanguse olemasolu, vajaduse korral suunake enne psühhiaatri vastuvõttu audioloogile, optometristile või oftalmoloogile;</li> <li>- tehke vajaduse korral EKG* (vt lk 23).</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
2		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega 6–17-aastaselt lapsel või noorukil võite kasutada ATH väljaselgitamiseks lisaks kliinilisele hindamisele küsimustikku SNAP-IV 26.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
3		<p>Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega alla 6-aastaselt lapsel ilmnevad ATH tunnused, suunake ta õppenõustamiskeskusesse (nt Rajaleidja keskus).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

4		<p>Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega üle 6-aastaselt lapsel või noorukil püsib esmase hindamise järel ATH kahtlus, suunake ta edasi psühhiaatrilise abi süsteemi (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
---	---	---

\* Tehke EKG juhul, kui esineb

- anamneesis kaasasündinud südamerike või on tehtud varasem kardiaalne operatsioon;
- lähisugulaste hulgas südamehaigusele viitavat äkksurma enne 40. eluaastat;
- pingutuse korral eale ebatüüpilist õhupuudust;
- pingutuse, ehmatus või tugeva müra korral minestamist;
- järsult algavat ja lõppevat kiiret regulaarset südamepekslemist (põgusad südame lisalöögid on tavaliselt ektoopilised ega vaja lisauurimist);
- valu rinnus, mis oletatavasti on kardiaalset päritolu;
- südamepuudulikkuse nähte;
- kahinat südame auskultatsioonil;
- kõrgenenud vererõhk (alates 16. eluaastast ja täiskasvanutel RR > 130/85 mm Hg, lastel kuni 15. eluaastani  $\geq 95$  protsentiili vererõhu normväärtusest).

Tõendus selle kohta, et küsimustikud aitavad tunda ära laste ATH sümptomeid (tundlikkus, spetsiifilisus, PPV, NPV), pärineb viiest üksikuuringust (11, 12, 13, 14, 15). Uuringute põhjal võib hinnata küsimustiku SNAP-IV 26 tundlikkuse heaks (70–96,5%) ning spetsiifilisuse nõrgemaks (26–82%), kuid rahuldavaks. Vaid ühes kaasatud uuringust kasutati SNAP-IV 26-t just sõelinstrumentina. Spetsiifilised võrdlused SNAP-IV 18- ja 26-küsimuseliste versioonide vahel puudusid ning uuritavaid tulemusnäitajaid SNAP-IV 18 kohta ei leitud.

Töörühm arvestas lisaks teaduslikule tõendusele ka küsimustiku täitmise ajakulu (erinevus kahe versiooni vahel on väga väike), selle kasutuselevõtu lihtsust Eestis ning positiivset hoiakut nii spetsialistide kui ka patsientide seas.

Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega alla 6-aastaselt lapsel ilmnevad ATH tunnused, siis peaks töörühma hinnangul suunama lapse õppenõustamiskeskusesse (nt Rajaleidja keskusesse). Õppenõustamise käigus selgitakse välja lapse õppimise või käitumisega seotud probleemid ning nõustatakse teda ümbritsevaid täiskasvanuid, kuidas toetada lapse arengut ja toimetulekut, korraldada tema õpet ja kasvatust ning milliseid tugiteenuseid ta püsivalt vajab.



## Rakenduspiirang


SNAP-IV küsimustik ei ole Eestis valideeritud, osaline valideerimisprotsess on käimas. Kui eestikeelne küsimustik on kättesaadav, lisatakse see ravijuhendile. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 1 TõKo ja SoKo tabelit.

### ATH esmane hindamine täiskasvanutel

Keskendumisprobleemidega täiskasvanutel on ATH kahtluse esilekerkimisel soovitatav pöörduda esmalt perearstikeskusesse, kus kogutakse vajalik info, et otsustada, kas täiskasvanu tuleb ATH lisahindamiseks suunata edasi psühhiaatri vastuvõtule. ATH sümptomite hindamiseks tuleks täiskasvanutel kasutada enesekohast küsimustikku ASRS-5.

5		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega täiskasvanu esmasel pöördumisel dokumenteerige järgmine info:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• patsiendi kaebused ja toimetulekuraskuste iseloom,</li><li>• elustiili (uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg, uimastite tarvitamine) ja psühhosotsiaalse keskkonnaga (nt pere koosseis, muutused elukorralduses, töötamine, õppimine) seotuse aspektid,</li><li>• küsimustiku ASRS-5 tulemused,</li><li>• somaatiline seisund:</li><li>• mõõtte pikkust, kaalu, vererõhku ja pulssi;</li><li>• tehke lisaanalüüsid (aneemia, kilpnäärme patoloogia; B12, foolhappe ja D-vitamiini vaeguse välistamiseks);</li><li>• tehke vajaduse korral EKG* (vt lk 25).</li></ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
6		<p>Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega täiskasvanul võite kasutada ATH väljaselgitamiseks lisaks kliinilisele hindamisele küsimustikku ASRS-5.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>

7		<p>Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega varasema diagnoosita täiskasvanul püsib esmase hindamise järel ATH kahtlus, suunake ta edasi psühhiaatrilise abi süsteemi (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
---	---	---

\* Tehke EKG juhul, kui esineb

- anamneesis kaasasündinud südamerike või on tehtud varasem kardiaalne operatsioon;
- lähisugulaste hulgas südamehaigusele viitavat äkksurma enne 40. eluaastat;
- pingutuse korral eale ebatüüpilist õhupuudust;
- pingutuse, ehmatus või tugeva müra korral minestamist;
- järsult algavat ja lõppevat kiiret regulaarset südamepekslemist (põgusad südame lisalöögid on tavaliselt ektoopilised ega vaja lisaurimist);
- valu rinnus, mis oletatavasti on kardiaalset päritolu;
- südamepuudulikkuse nähte;
- kahinat südame auskultatsioonil;
- kõrgeenenud vererõhk (alates 16. eluaastast ja täiskasvanutel RR > 130/85 mm Hg, lastel kuni 15. eluaastani  $\geq$  95 protsentiili vererõhu normväärtusest).

Tõendus selle kohta, et küsimustikud aitavad tunda ära täiskasvanute ATH sümptomeid (tundlikkus, spetsiifilisus, PPV, NPV), pärineb kümnest valideerimisuuringust (7, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Tõendust otsiti nelja tööühma huvitanud küsimustiku kohta: ASRS-v1.1, ASRS-5, BADDs ja ADHD-RS-IV. Viimase tundlikkuse ja spetsiifilisuse kohta tõendust ei leitud. ASRS-5 tundlikkus on uuringute põhjal vahemikus 84–96% ja spetsiifilisus 72–96% (19, 20, 21, 22, 25). ASRS-v1.1 tundlikkus ja spetsiifilisus varieerusid uuringute lõikes (7, 16, 17, 18). BADDs-i kohta leidis vaid üks valideerimisuuring, kus leiti, et tundlikkus ja spetsiifilisus on mõõdukad (23). Küsimustiku ASRS-5 PPV oli vahemikus 67–91% (17, 18) ja NPV 84% (18). ASRS-v1.1 puhul oli PPV 50% ja alla selle ning NPV oli hea (19, 20). BADDs-i ja ADHD-RS-IV PPV oli madal (24).

Tööühm arvestas lisaks teaduslikule tõendusele ka seda, kui ajamahukas on küsimustike haldamine, millist ettevalmistust see kasutajalt eeldab, kas küsimustikud on enesekohaselt täidetavad ja milline on nende maksumus.

### *Rakenduspiirang*

*Küsimustik ASRS-5 ei ole Eestis valideeritud ega eestikeelsena kättesaadav. Niipea kui hindamisvahend on kättesaadav, lisatakse see ravijuhendile. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.*



Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 2 TõKo ja SoKo tabelit.


## ATH hindamine, diagnoosi püstitamine ja raviplaani koostamine (laste)psühhiaatrilises meeskonnas

ATH esinemise võimalusega tuleb arvestada igas vanuserühmas ja pöörata tähelepanu asjaolule, et ATH sümptomitest tingitud käitumise eripärad avalduvad vanuserühmades erinevalt. Diagnoosimisel tuleb arvestada inimese vajaduste, kaasuvate seisundite, sotsiaalse, perekondliku ja õppe- või tööalase olukorra ning kehalise tervisega. (26)

## ATH hindamine ja diagnoosimine lastel ja noorukitel

ATH-d diagnoosib psühhiaater. Diagnoos põhineb kliinilisel intervjuul lapse või nooruki ja tema hooldajaga, vajaduse korral ka lisahindamisvahenditega kogutud infol (26). Tõenduspõhise kognitiivse funktsiooni uuring võib anda täiendavat diferentsiaaldiagnostiliselt olulist infot, kuid ei ole ATH diagnoosi kinnitamise eelduseks.

8		<p>ATH kahtlusega 6–17-aastase lapse või nooruki puhul võib väljaõppe läbinud spetsialist teha ATH olemasolu edasiseks täpsustamiseks enne kliinilist intervjuud BCFPI.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
9		<p>ATH kahtlusega lapse ja nooruki puhul tuleb teha kliiniline intervjuu nii tema enda kui ka tema hooldajaga.</p> <p>Kui andmed on ebapiisavad või neid ei ole varem kogutud, küsige kliinilise intervjuu käigus järgmise kohta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• praegused kaebused;</li><li>• ATH sümptomid, sh nende<ul style="list-style-type: none"><li>- avaldumise sagedus,</li><li>- põhjustatud raskused (kui esinevad, siis millised),</li><li>- avaldumise vanus ja kulg;</li></ul></li><li>• üldine toimetulek, olukord lasteaias või koolis, suhted pereliikmete ja eakaaslastega, käitumisprobleemid, kriminaalne käitumine, vaba aja veetmine;</li><li>• kaasuvate psüühikahäirete esinemine;</li><li>• uimastite, sh alkoholi ja nikotiini tarvitamine;</li><li>• perekonna, keskkonna ja elustiiliga (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg) seotud olulised asjaolud.</li></ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

10		<p>ATH kahtlusega 6–17-aastaselt lapsel või noorukil pigem ärge kasutage ATH diagnoosimise vahendina QbTesti.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	--

Tõendus ATH diagnoosimisel kasutatavate hindamisvahendite tundlikkuse, spetsiifilisuse, PPV ja NPV kohta pärineb kuuest jälgimisuuringust (27, 28, 29, 30, 31, 32). Töörühma huvitasid järgmised hindamisvahendid: intervjuu BCFPI (*Brief Child and Family Phone Interview*), küsimustik 5-15R (*Five-To-Fifteen-Revised*) ning küsimustik Conners 3 (*The Conners 3rd Edition™*) ja QbTest (*The Quantified Behavioral Test*).

Nii 5-15R kui ka Conners 3 puhul ei õnnestunud töörühma huvitavate psühhomeetriliste näitajate kohta teaduslikku tõendusmaterjali leida. Uuringutes leiti BCFPI intervjuu alaskaalade – tähelepanupuudulikkuse alaskaala ja tähelepanupuudulikkuse ja hüperaktiivsuse alaskaala – olevat suur sensitiivsus ning kõrge PPV ning tagasihoidlik, kuid rahuldav spetsiifilisus ja NPV. QbTesti kohta on avaldatud üksikud psühhomeetrilisi näitajaid kajastavad uuringud, millest kahe põhjal olid nii tundlikkuse, spetsiifilisuse, PPV kui ka NPV tulemused suure varieeruvusega ning madalad (28, 29). Rootsi laste seas tehtud uuringus märgiti, et tulenevalt QbTesti PPV-st oli nende hulgas, kelle testitulemus oli positiivne, ATH tõenäosus 76–86%, ning tulenevalt NPV-st nende seas, kelle testitulemus oli negatiivne, ATH mitteeesinemise tõenäosus vaid 37–50% (28). QbTesti valepositiivse tulemuse risk on seega suur ja valenegatiivse tulemuse risk väga suur, mistõttu ei saa töörühm soovitada testi kasutamist hindamisvahendina. QbTesti tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatusega. Kui seda teevad kliinilise pädevuseta isikud või ei anta patsiendile tulemuste kohta piisavat tagasisidet, võib see põhjustada patsiendile asjatut vaeva.

Töörühm võttis soovituse sõnastamisel lisaks tõendusmaterjalile arvesse patsientide ootusi teenuse kättesaadavusele ja hindamisvahendi maksumust nii asutusele kui ka patsiendile.


### *Rakenduspiirang*

*BCFPI intervjuu ei ole Eestis valideeritud ja ei ole seega eestikeelsena kättesaadav. Niipea kui hindamisvahend on kättesaadav, lisatakse see ravijuhendile. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.*

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 3 TõKo ja SoKo tabelit.


## Raviplaani koostamine lastele ja noorukitele




Raviplaani koostab ATH diagnoosi kinnitanud psühhiaater või psühhiaatriline meeskond. Alustada tuleb lapse või nooruki ja tema hooldaja ATH-alasest psühhohariduslikust nõustamisest, mis võimaldab nii lapsel või noorukil kui ka tema hooldajal edasiste raviotsuste tegemisel teadlikumalt kaasa rääkida ning tagab parema ravisoostumuse. Samuti on soovitatav koos lapse või nooruki ja tema hooldajaga täpsustada, keda tuleks ATH diagnoosist teavitada, et tagada tema toimetulekuks vajalik tugi.

11		<p>ATH diagnoosiga lapse ja nooruki raviplaani koostamisel:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• viige läbi ATH-alane psühhohariduslik nõustamine,</li><li>• andke tagasisidet kaasuvate psüühikahäirete kohta,</li><li>• tutvustage erinevaid ravivõimalusi, täpsustage lapse/nooruki ja tema hooldaja ravimeetodite eelistusi ning andke konkreetsed soovitused edasise ravi osas.</li></ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
----	---	---

## ATH hindamine ja diagnoosimine täiskasvanutel

Täiskasvanute ATH esmakordse diagnoosi kinnitab psühhiaater. Diagnoosimine põhineb kliinilisel intervjuul, mille käigus täpsustatakse nii lapse- kui ka täiskasvanueas esinenud ATH sümptomid, ja vajaduse korral lisahindamisvahenditega kogutud teabel. Lapseeas esinenud ATH-le iseloomulike sümptomite ja toimetulekuraskuste meenutamine võib olla täiskasvanule endale keeruline, mispärast võib info täpsustamiseks kaasata diagnoosimisprotsessi tema lähedasi. Tõendus põhise kognitiivse funktsiooni uuring võib anda täiendavat diferentsiaal-diagnostiliselt olulist infot, kuid ei ole ATH diagnoosi kinnitamise eelduseks.

12		<p>ATH kahtlusega täiskasvanu puhul võib väljaõppe läbinud spetsialist kasutada lisaks kliinilisele intervjuule sümptomite hindamiseks intervjuud DIVA 2.0*.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p> <p><i>* Ravijuhendi koostamise ajal oli kättesaadav tõendusmaterjal vaid DIVA 2.0 kohta, aga kliinilises kasutuses on uus versioon DIVA-5.</i></p> <p><b>[RAKENDUSPIIRANG]</b></p>
----	---	---

13		<p>ATH kahtlusega täiskasvanu puhul koguge võimaluse korral lähedastelt (lapsevanem, sugulane, elukaaslane, sõber) lisainfot lapseea, toimetulekuraskuste iseloomu ja nende raskusastme kohta. Kui see pole võimalik, tuleb hindamisel tugineda patsiendilt saadud infole.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
14		<p>Kui andmed on ebapiisavad või neid ei ole varem kogutud, küsige ATH kahtlusega täiskasvanu kliinilise intervjuu käigus järgmise kohta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• praegused kaebused,</li> <li>• ATH sümptomid, sh nende <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaldumise sagedus,</li> <li>- põhjustatud raskused (kui esinevad, siis millised),</li> <li>- avaldumise vanus ja kulg;</li> </ul> </li> <li>• varasem toimetulek lasteaias ja koolis;</li> <li>• üldine toimetulek: õpingud, karjäär, suhted pereliikmete, partneri ja sõpradega, käitumisprobleemid, kriminaalne käitumine, vaba aja veetmine;</li> <li>• kaasuvate psüühikahäirete esinemine;</li> <li>• uimastite, sh alkoholi ja nikotiini tarvitamine;</li> <li>• perekonna, keskkonna ja elustiiliga (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg) seotud olulised asjaolud.</li> </ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
15		<p>ATH kahtlusega täiskasvanul pigem ärge kasutage ATH diagnoosimise vahendina QbTesti.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

Tõendus ATH diagnoosimise kohta pärineb kuuest jälgimisuuringust, milles otsiti tõendust hindamisvahendite tundlikkuse, spetsiifilisuse, PPV ja NPV kohta (33, 34, 35, 36, 37, 38). Töörühma huvitasid järgmised vahendid: ACDS, CAARS, DIVA 2.0 intervjuu ja QbTest. ACDS-i kohta ühtegi asjakohast uuringut ei leitud. CAARS-i tundlikkus oli vahemikus 16–91% ja spetsiifilisus 56–88% (33, 34, 35), PPV ja NPV jäid kahe uuringu põhjal vahemikku 20–75% ja 65–81% (33, 34). DIVA tundlikkus varieerus 80–90% ja spetsiifilisus 72,9–77% vahel, PPV ning



NPV olid vastavalt vahemikus 13–80,6% ja 85,4–99% (36, 37). QbTesti tundlikkus oli 68% ja spetsiifilisus 48% (38). QbTesti PPV ja NPV kohta info puudus.

Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et diagnostilise hindamisvahendina on intervjuu DIVA 2.0 parema tundlikkuse ja spetsiifilisusega ning kulutõhusam kui CAARS ja QbTest. DIVA 2.0 saab teha ka veebi vahendusel, mis parandab selle kättesaadavust ja suurendab patsientide võrdsust. Tõendusmaterjal on DIVA 2.0 kohta, aga praegu on juba kasutusel DIVA-5. Valideerimisel peab kasutama intervjuu kõige viimast versiooni. CAARS ja QbTest ei ole hinna tõttu kõigile keskustele ühtviisi kättesaadavad, mispärast võib nende kasutamise soovitus põhjustada patsientide ebavõrdset kohtlemist. Töörühm võttis soovitude koostamisel arvesse, et QbTesti tundlikkus ja spetsiifilisus ei ole diagnostilise hindamisvahendina kasutamiseks piisavad.


### *Rakenduspiirang*

*DIVA intervjuu ei ole Eestis valideeritud ja ei ole seega eestikeelsena kättesaadav. Niipea kui hindamisvahend on kättesaadav, lisatakse see ravijuhendile. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.*

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 4 TõKo ja SoKo tabelit.

## **Raviplaani koostamine täiskasvanutele**

Raviplaani koostab ATH diagnoosi kinnitanud psühhiaater või psühhiaatriline meeskond. Alustada tuleb täiskasvanu ATH-alasest psühhohariduslikust nõustamisest, mis võimaldab tal edasiste raviotsuste tegemisel teadlikumalt kaasa rääkida ja tagab parema ravisoostumuse.

16		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanu raviplaani koostamisel:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tehke ATH teemal psühhohariduslik nõustamine;</li><li>• andke tagasisidet kaasuvate psühhikahäirete kohta;</li><li>• tutvustage ravivõimalusi ja täpsustage täiskasvanu ravi-meetodite eelistusi;</li><li>• andke konkreetset soovitusi edasise ravi kohta.</li></ul> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
----	---	--

## ATH ravi

ATH ravi on nii eelkoolialiste, koolialiste, noorukite kui ka täiskasvanute puhul multimodaalne: kombineeritakse medikamentooset ja mittemedikamentooset ravi, lähtudes iga patsiendi tervisevajadustest ning eelistustest, aga ka tervishoiukorralduslikest võimalustest.

## ATH medikamentoosse ravi üldpõhimõtted

Esmavaliku ravimi otsus tehakse kehtiva ravijuhendi põhjal. Ravi peamine eesmärk on parandada inimese toimetulekut, vähendades ATH põhisümptomeid. Ravimite soovitamisel ning määramisel tuleb lisaks nende efektiivsusele ja kõrvaltoimetele arvestada ka patsiendi ravisoostumust, farmakokineetilisi erisusi, väärkasutamise riski ning võimalusi ravi juhtimiseks ja jälgimiseks. (26, 39)

Medikamentoosne ravi on 6-aastaste ja vanemate laste ning täiskasvanute puhul tavaliselt esimene valik. Alla 6-aastaste laste puhul on eelistatud mittemedikamentoosne ravi: eeskätt vanematele antud soovitusel lapse käitumise muutmiseks. Kui need annavad hea tulemuse, otsustatakse lisaravi vajaduse üle selle põhjal, kas sümptomid või toimetulekuraskused püsivad. Kui mittemedikamentoosne ravi aga ei tööta, võib ka alla 6-aastaste laste puhul proovida medikamentooset ravi, kuigi ametlik näidustus selleks on alates 6. eluaastast. (26, 39)

ATH ravimitena on Eestis kasutusel nii psühhostimulandid (metüülfenidaat, lisdeksamfetamiindimesülaat) kui ka mittestimulandid (atomoksetiin, guanfatsiin, klonidiin).

## Ravi alustamise ja sobiva ravimiannuse tiitrimise põhimõtted

Ravimi tiitrimise faasis peab ATH sümptomite ning kõrvaltoimete esinemist hindama enne ja pärast iga doosimuutust. Ravimiannust tiitritakse lubatud maksimaalse annuse piires, kuni saavutatakse optimaalne ravitulemus: sümptomid on leevenenud, toimetulek paranenud ja kõrvaltoimed vastuvõetavad. Ravimiannust peaks aeglasemalt tiitrima ja seisundit sagedamini hindama, kui patsiendil esineb lisaks ATH-le

- psüühikahäire või
- kehaline haigus (nt südamehaigus, epilepsia).

ATH ravimid on üldjuhul hästi talutavad, kõrvaltoimed on tavaliselt kerged ja lühiajalised, esinedes enamasti ravi alustamisel ja ravimiannuse suurendamisel.

Psühhostimulantide kasutamisel on sagedamad kõrvaltoimed söögiisu vähenemine, uinumisraskused, südame löögisageduse ja vererõhu tõus, peavalu, kõhuvalu, ärrituvus, meeleolumuutused ja uimasus. Psühhostimulantide määramisel tuleb hinnata ka ravimi väärkasutamise riski. Atomoksetiini sagedamad kõrvaltoimed on unisus, söögiisu vähenemine, iiveldus ja oksendamine. Lisaks on atomoksetiiniravi ajal täheldatud maksaensüümide väärtuste suurenemist ja suitsiidimõtete esinemist. Alfa-2 agonistide, guanfatsiini ja klonidiini sagedamad kõrvaltoimed on unisus, uimasus, väsimus, peavalu, südame löögisageduse ja vererõhu langus.

**Tabel 1.** ATH ravimite sagedamad kõrvaltoimed (10)

Organisüs- teem	Kõrvaltoime	Psühho- stimulant	Atomokse- tiin	Guanfatsiin, klonidiin
Kardiovasku- laarsüsteem	- pulsi ja vererõhu langus	–	–	+
	- pulsi ja vererõhu tõus	+	+	ravi järsul katkestamisel
Gastrointesti- naalsüsteem	- söögiisu vähenemine	+	+	harv
	- kõhukinnisus või - lahtisus	+	+	+
	- suukuivus	+	+	+
	- GI ärritusnähud	+	+	+
	- iiveldus/ oksendamine	+	+	+
Närvisüsteem ja psühhiaatri- lised häired	- ärevus	+	harv	harv
	- pearinglus	+	–	–
	- düsfooria/ärrituvus	+	+	ebatüüpiline
	- peavalu	+	+	+
	- uinumisraskus	+	+	harv
	- unisus	–	+	+
	- tagasilöögiefekt ( <i>rebound effect</i> )	+	–	–
- tikid	+	ebatüüpiline	–	
Muud	- kaalulangus	+	+	–
	- seksuaaldüsfunkt- sioon	ebatüüpi- line	+	–
	- nahalööve	+	+	harv


Kui ravimi tiitrimise faasis avalduvad kõrvaltoimed, siis jätkatakse

- vähe väljendunud kõrvaltoimete korral annuse suurendamist esialgse skeemi alusel,
- mõõdukalt või tugevalt väljendunud kõrvaltoimete korral sama annusega pikema aja vältel või vähendatakse annust ja jätkatakse selle suurendamist pärast kõrvaltoimete taandumist. (26, 39)

Ravimiannuse tiitrimist jälgib psühhiaater või psühhiaatrilises meeskonnas töötav õde, kellel on vajaduse korral võimalus konsulteerida ravi määranud psühhiaatriga. Kui ravimi tiitrimise faasis toimuvad visiidid kaugvastuvõtuna, siis jälgib patsiendi kehakaalu, pulssi ja vererõhku sel ajal perearstikeskuses õde. Visiitidel on vaja dokumenteerida raviefekti ja kõrvaltoimete esinemine, kehakaal ning pulsi ja vererõhu väärtused.

### Alla 6-aastaste laste ravi

ATH ravimid on Eestis ametlikult näidustatud alates 6. eluaastast. 5-aastaste ATH diagnoosiga laste puhul on esmavalik vanemate nõustamine ja keskkonna kohandamine, vajaduse korral on tulnud ravim määrata ametliku näidustusega (*off-label*) (26, 100). 5-aastastele lastele võib olla vaja määrata ATH ravim, kui mittemedikamentoosne ravi on ebaefektiivne, kuid ravimite kasutamisel võivad ilmned soovimatud kõrvaltoimed (26, 100). 5-aastaste laste ATH ravimitena on Eestis kasutusel nii psühhostimulandid (metüülfenidaat, lisdeksamfetamiindimesülaat) kui ka mittestimulandid (atomoksetiin, guanfatsiin, klonidiin).

17		<p>Alla 6-aastaselt ATH diagnoosiga lapsel võite kasutada medikamentooset ravi juhul, kui mittemedikamentoosse raviga püsivad olulised toimetulekuraskused kahes või enamas keskkonnas.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	---

Tõendus ATH ravimite kasutamise kohta 5-aastastel lastel pärineb ühest metaanalüüsist (40), viiest topeltpimedast juhuslikustatud kontrolluuringust (41, 42, 43, 44, 45) ning neljast jälgimisuuringust (46, 47, 48, 49). On leitud, et stimulandid vähendavad ATH põhisümptomeid, kuid võrreldes käitumusliku teraapiaga on nendel vähene tõendus ja rohkem kõrvaltoimeid (50, 51, 52, 53). Atomoksetiini tarvitamisel vähenesid uuringute põhjal ATH sümptomid, kuid toimetuleku paranemise tulemused olid vasturääkivad (45, 47, 48). Klonidiini ja


guanfatsiini kasutamise tõendus eelkooliealiste laste ravis on äärmiselt piiratud ning kaudne. On leitud, et eelkooliealistel lastel esineb võrreldes kooliealiste lastega ATH ravimite kasutamisel sagedamini kõrvaltoimeid. Samas on kõrvaltoimete raskusaste kerge kuni mõõdukas, raskeid kõrvaltoimeid esineb harva ja tõsiseid kõrvaltoimeid väga harva.




Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et ka igapäevases kliinilises praktikas ei saa 5-aastastel lastel ATH ravimitega väga head efekti ja vanemate valmisolek ravimeid kasutada varieerub. Kuigi ATH ravimitel on eelkooliealiste laste sümptomitele arvestatav toime, räägivad sekkumise vastu sagedased kõrvaltoimed ning vastuolulised andmed üldise toimetuleku paranemise kohta. Soovituse andmisel on töörühm arvestanud, et ravimi määramisega kaasnevad ravi jälgimisega seotud tööjõukulud. Samas võib ravimite kasutamise suurenemisel väheneda tugisikute koormus, kuigi loobuda ei ole neist mõistlik. Ravimite määramise võimalus 5-aastastele lastele ei mõjuta raviteekonnale sisenemise võrdsust, kuid kuna kõik ATH ravimid ei ole soodusravimite nimekirjas, ei pruugi kallimad ravimid olla kõigile kättesaadavad.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 5 TõKo ja SoKo tabelit.

## Laste ja noorukite ravimite valiku järjestus

Lastel ja noorukitel on ATH ravis kasutatavatest ravimitest nii tõendus põhiste kui ka empiiriliste andmete alusel kõige tõhusamaks ja paremini talutavaks osutunud psühhostimulandid. Muid ravimeid kasutatakse nende ATH ravis juhtudel, kui psühhostimulantidega pole saavutatud piisavat ravivastust või kui nende kasutamine on vastunäidustatud, samuti lisaravimina koos psühhostimulantidega.

18		ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kasutage esmavaliku ravimina metüülfenidaati. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> <i>Täpsemaid juhiseid sobiva ravimi ja selle annustamise kohta vt lisast 2.</i>
----	---	---

19		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kaaluge lisdeksamfetamiini kasutamist, kui metüülfenidaadi kehakaalupõhise annusega ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
20		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kaaluge deksamfetamiini kasutamist, kui ATH sümptomid alluvad lisdeksamfetamiinile, kuid inimene ei talu ravimi pikendatud toimet.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
21		<p>ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil kaaluge atomoksetiini, guanfatsiini või klonidiini kasutamist, kui metüülfenidaadi ja lisdeksamfetamiini kehakaalupõhise annusega ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud või ravimid ei ole talutavad.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>

Tõendus laste ja noorukite medikamentoosse ravi kohta pärineb kümnest uuringust, millest kaheksa olid juhuslikustatud kontrolluuringud ning kaks jälgimisuuringud (54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63). Metüülfenidaadi, lisdeksamfetamiindimesülaadi, atomoksetiini ja guanfatsiini kohta on tõendust rohkem ning nende soovitud mõju oli suur. Kõige enam leiti tõendust metüülfenidaadi kohta. Ülejäänud ravimite puhul oli soovitud mõju keskmine. Kuigi uuringute metoodikas oli puudusi, oli metüülfenidaat ATH ravis efektiivne. Seda toetab ka kliiniline praktika. Modafiniili ATH ravis ei kasutata, sest selle tõendus on väga vähene ja praegu pole ravimil näidustust, samuti pole seda alternatiivina soovitatud ravijuhendites. Töörühm leidis, et metüülfenidaadi soovimatu mõju oli väike. Ülejäänud ravimite puhul leidis tõendust vähem ja soovimatu mõju oli kokkuvõttes keskmine.

Töörühm võttis arvesse, et ravimite hinnad varieeruvad ja see võib vähendada ravimite kättesaadavust patsiendile. Kõigi tõendatud ravivõimaluste võrdne kättesaadavus suurendab patsientide hulka, kes leiavad sobiva ravivõimaluse ning kelle elukvaliteet ja sotsiaalne konkurentsivõime tänu sellele paranevad. Ravi ennetab sekundaarsete häirete kujunemist. Kokkuvõttes arvas töörühm, et

kuigi uuringute metoodikas oli puudujäike, parandasid uuringutes kasutatavad ravimid toimetulekut nii patsientide enda kui ka lähedaste hinnangul. Sama näitab ka tööruhma kliiniline kogemus.


### *Rakenduspiirang*

*Lühitoimelisel metüülfenidaadil on müügiluba, aga see ei kuulu Tervisekassa sooduravimite loetellu. Lisdeksamfetamiinil on müügiluba preparaadil Lisdexamfetamine Dimesylate STADA, mis ei ole Eestis kättesaadav. Eestis on kättesaadav müügilooma preparaat Elvanse, mis ei kuulu soodusravimite loetellu, kuid mida Tervisekassa praegu erandkorras taotluse alusel hüvitab. Deksamfetamiinil puudub Eestis müügiluba ja see ei ole kättesaadav. Klonidiinil ei ole Eestis müügiluba, kuid ravim on kättesaadav Ravimiameti taotluse alusel, misjuhul saab retsepti väljastada müügilooma ravimile. Guanfatsiinil on müügiluba, aga ravim ei kuulu Tervisekassa soodusravimite loetellu. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.*

Vaata lähemalt kliiniliste küsimuste nr 6 ja 7 TõKo ning SoKo tabelit.

## **Laste ja noorukite ravimite kombineerimine**

Ligikaudu 91% ATH diagnoosiga lastest ja noorukitest saavutavad psühhostimulantidega optimaalse ravivastuse (64). Kui ravivastus on osutunud psühhostimulandiga ebapiisavaks, jätkatakse ravi mittestimulantide või ATH eri ravimiklasside ravimite kombineerimisega. ATH ravimeid kombineeritakse ka juhul, kui on vaja leevendada kaasuvaid psüühilisi sümptomeid (nt emotsiooniregulatsiooni raskus, agressiivsus) või ravida kaasuvat psüühikahäiret (nt käitumishäire, tikid). Enne mittestimulantide määramist ja ATH ravimite kombineerimist tuleb veenduda, et psühhostimulante on kasutatud piisavas annuses ning arvestatud nende farmakokineetilisi erisusi (st toimeaja tagamist kogu päevaks). Lisaks peab arvestama komorbiidsete psüühikahäirete ebasoodsat mõju ATH põhisümptomitele ning ravitulemustele negatiivset mõju avaldavaid psühhosotsiaalseid ja elustiili faktoreid.

22		ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil eelistage stimulandi kombinatsiooni $\alpha$ -agonistiga (guanfatsiin või klonidiin). <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> <b>[RAKENDUSPIIRANG]</b>
----	---	--

Tõendus ATH ravimite kombineerimise kohta laste ja noorte puhul pärineb ühest väiksemahulisest metaanalüüsist (65), ühest süstemaatilisest ülevaatest (66), viiest juhuslikustatud kontrolluuringust (67, 66, 69, 70, 71), ühest jälgimisuuringust (72) ja ühest haigusjuhtude ülevaatest (73). Mitmes teineteisest sõltumatus juhuslikustatud kontrolluuringus on leitud, et osalise ravivastusega patsiendirühmal, kes said stimulandi kombinatsiooni pikatoimelise guanfatsiini ja klonidiiniga (pikatoimelisel klonidiinil on lühitoimelise ees eelised), on veidi parem ATH sümptomite kontroll ning nad tulevad igapäevaeluga paremini toime kui stimulanti ja platseebot või  $\alpha$ -agonisti ja platseebot saanud rühm. Kõrvaltoimed on  $\alpha$ -agonisti ja stimulandi kombineerimisel enamasti kerged kuni mõõdukad ning võrreldavad monoterapiaga. Vaid stimulandi ja klonidiini kombinatsioonravi saanud rühmas on leitud bradükardiat ja EKG-s PR-intervalli pikenemist. Stimulandi ja pikatoimelise  $\alpha$ -agonisti kombineerimise tõhususe kohta on piisavalt tõendust ning kõrvaltoimed ei ole tõsised.

Stimulandi ja atomoksetiini kombinatsiooni tõhususe ning ohutuse kohta on vähem andmeid ning tulemused on vasturääkivad: on leitud nii kasuliku toime puudumist kui ka sümptomite kontrolli või toimetuleku paranemist (66, 72, 73). Stimulandi ja atomoksetiini kombineerimisel võib esineda vähest vererõhu ja südamelöögisageduse tõusu. Kokkuvõttes ei saa välistada, et mõne patsiendi puhul võib stimulandi ja atomoksetiini kombineerimine anda soodsa tulemuse ning tõenäoliselt on ravikombinatsioon ohutu. Tõendus ei ole aga piisav, et anda kindlat soovitus ning stimulandi ja atomoksetiini kombinatsioonravi määramisel tuleb olla ettevaatlik.

Töörühm võttis soovitude sõnastamisel arvesse, et vaatamata suuremale tõendatusele stimulandi ja guanfatsiini kombineerimise kohta võib mõnele patsiendile sobida eelkõige stimulandi ja atomoksetiini kombinatsioon. Pikema aja jooksul kaasneb ravimite kombineerimisega sääst, kuna elukvaliteedi paranemine kaalub üles ravimitele tehtavad kulutused. Ebavõrdsust vähendaks see, kui soodustus laieneks ka kallimatele ATH ravimitele, sest madalama sissetulekuga perede lastel või noortel võivad just need ravimid osutada eri põhjustel teistest tõhusamaks. Kõigi tõendatud ravivõimaluste võrdne kättesaadavus suurendaks patsientide hulka, kes leiavad sobiva ravivõimaluse, saavad parandada oma elukvaliteeti ja sotsiaalset konkurentsivõimet. Samuti on seekaudu võimalik ennetada sekundaarsete häirete kujunemist.

### *Rakenduspiirang*

*Klonidiinil ei ole Eestis müügiluba, ehkki ravim on kättesaadav Raviameti taotluse alusel, misjuhul saab retsepti väljastada müügiloata. Guanfatsiinil on*




müügiluba, aga ravim ei kuulu Tervisekassa soodusravimite loetellu. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 10 TõKo ja SoKo tabelit.

## Laste ja noorukite ravipaus

ATH medikamentoosse ravi kestuse kohta ei ole üheseid lähenemisi ja soovitusi. Medikamentoosse ravi eesmärk on sageli tagada parem akadeemiline toimetulek. Seepärast soovivad lapsed-noorukid ja nende hooldajad teha ravimi võtmises pause nädalavahetustel ning koolivaheaegadel. Ravipauside tegemist tuleb kaaluda, kui see on lapse või nooruki ja tema hooldaja eelistus, mis parandab ravisoostumust või on vajalik ravimist saadava kasu-kahtu tasakaalu mõttes.

23		ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil eelistage pidevat ravi. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	---

Tõendus ravi pidevuse kohta pärineb ühest metaanalüüsist ja neljast juhuslikustatud kontrolluuringust, milles võrreldi ravimi (metüülfenidaat või lisdeksamfetamiin) võtmise jätkamist selle katkestamisega (11, 74, 75, 76, 77). Uuringud näitavad, et pidev ravi on efektiivsem ATH sümptomite leevendamises ning üldise funktsioneerimise ja elukvaliteedi parandamises. Ravimi katkestamisel ja platseebole üleminekul oli täheldatav seisundi halvenemine ning ATH sümptomite süvenemine kahe nädala jooksul pärast ravi katkestamist (11). Uuringute alusel võib seisund halveneda 40,4–67,5%-l ravimi tarvitamise katkestanud lastest (11, 75).


Töörühm võttis soovituse koostamisel arvesse asjaolu, et uuringutes ei käsitletud spetsiifiliselt ravipausi, vaid ravi katkestamist. Lisaks võeti soovituse koostamisel arvesse ravimite soovimatut mõju, kõrvaltoimete hindamise individuaalset vajadust ning laste ja nende vanemate hoiakuid.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 14 TõKo ja SoKo tabelit.

## Laste ja noorukite ravi jätkamine ning jälgimine


Medikamentoosset ravi saava lapse ja nooruki seisundit peab pärast optimaalse ravimiannuse saavutamist hindama regulaarselt vähemalt iga kuue kuu tagant. Lapse/nooruki seisundi hindamine ja ravi jälgimine toimub perearstikeskuses. Visiitidel tuleb hinnata:

- kasutatava ravimi ja selle annuse efektiivsust sümptomite kontrollimise ning toimetuleku paranemise seisukohast (võimaluse korral paluda tagasisidet lasteasutusest);
- teiste psüühikahäirete teket ravi käigus;
- une- ja söömisprobleemide olemasolu;
- rakendatava psühhosotsiaalse ravi tõhusust koos medikamentoosse raviga.

24		<p>ATH diagnoosiga last ja noorukit, kelle ravimiannus toimib, jälgige perearstikeskuses iga kuue kuu tagant. Kandke kasvukõverale pikkus ja kaal ning dokumenteerige pulss ja vererõhk.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
----	---	--






## Laste ja noorukite ravivajaduse hindamine ning ravi lõpetamine

Ravi jätkamise vajadust peab vähemalt kord aastas hindama psühhiaater või vaimse tervise õde. Hindamise eesmärk on selgitada välja, kas ravimi kasutamise vajadus püsib või on lapse/nooruki eakohane toimetulek kodus, koolis, suhetes täiskasvanute ja eakaaslastega ning huvi- ja vabaajategevuses tagatud ka ilma medikamentoosse ravita. Hindamisel tuleks täpsustada, kas lapse või nooruki senise ravi jooksul on vähendatud planeeritud annuseid või tehtud ravipause ning milline on olnud nende mõju ATH sümptomite avaldumisele ja lapse või nooruki toimetulekule. Ravi jätkamise või lõpetamise otsuse põhjendused tuleb dokumenteerida.

25		<p>ATH diagnoosiga lapse ja nooruki ravivajadust hinnake üle kord aastas.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
----	---	---

## Ravimite valiku järjestus täiskasvanutel

Täiskasvanutel kasutatakse ATH medikamentooses ravis psühhostimulante ja mittestimulantidest atomoksetiini.

26		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul kaaluge esmavaliku ravimina metüülfenidaati või lisdeksamfetamiini.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
27		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul kaaluge deksamfetamiini kasutamist, kui ATH sümptomid alluvad lisdeksamfetamiinile, kuid inimene ei talu ravimi pikendatud toimet.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
28		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul kaaluge atomoksetiini kasutamist, kui metüülfenidaadi ja lisdeksamfetamiini adekvaatse annusega ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud või ravimid ei ole talutavad.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>
29		<p>Kui ATH diagnoosiga noorukile määratud monoteraapia on efektiivne, siis jätkake sellega ka täiskasvanueas.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
30		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul pigem ärge kasutage bupropiooni ega guanfatsiini enne, kui ta ei ole proovinud lisdeksamfetamiini, metüülfenidaati ja atomoksetiini, sest uuringud ei ole soovitud efekti näidanud.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p> <p>[RAKENDUSPIIRANG]</p>

Tõendus täiskasvanute ATH medikamentoosse ravi kohta pärineb kolmest süstemaatilise ülevaatest ja võrgustiku metaanalüüsist (56, 78, 79). Kõige enam leiti uuringuid, mis näitasid lisdeksamfetamiini ja metüülfenidaadi tõhusust täiskasvanute ATH sümptomite leevendamisel. Uuringud näitasid ka atomoksetiini tõhusust võrreldes platseeboga, kuid efekt oli väiksem kui lisdeksamfetamiini ja metüülfenidaadi puhul. Bupropiooni ja guanfatsiini puhul ei ole leitud, et need

täiskasvanute ATH ravis platseebost oluliselt tõhusamad oleksid ning seetõttu ei saa nende kasutamiseks soovitus anda. Tõsiste kõrvaltoimete esinemine oli kõigi nimetatud ravimite puhul haruldane.

Töörühm võttis soovitude koostamisel arvesse, et kuigi tõendatuse aste on madal, leiti uuringutes ravimite positiivne efekt ja kliiniline praktika toetab seda. Veel ei ole tehtud piisavalt häid uuringuid, mis kinnitaksid, et efekt oleks keskmine või suur. Tõsiseid kõrvaltoimeid oli ATH ravimite võtmisel väga vähe.



### *Rakenduspiirang*

*Lühitoimelisel metüülfenidaadil on Eestis müügiluba, aga see ei kuulu Tervisekassa soodusravimite loetellu. Lisdeksamfetamiini preparaatidest on müügiluba Lisdexamphetamine dimesylate STADA-l, mis ei ole Eestis kättesaadav. Eestis on kättesaadav müügiloata preparaat Elvanse, mis ei kuulu soodusravimite loetellu, kuid mida Tervisekassa praegu erandkorras taotluse alusel hüvitab. Deksamfetamiinil puudub Eestis müügiluba ja see ei ole kättesaadav. Klonidiinil ei ole Eestis müügiluba, ehkki ravim on kättesaadav Ravimiameti taotluse alusel, misjuhul saab retsepti väljastada müügiloata. Guanfatsiinil on müügiluba, aga ravim ei kuulu Tervisekassa soodusravimite loetellu. Täpsem info on kirjas rakenduskavas.*

Vaata lähemalt kliiniliste küsimuste nr 8 ja 9 TõKo ning SoKo tabelit.

## **Ravimite kombineerimine täiskasvanutel**

ATH ravis psühhostimulantide ja mittestimulantide kombineerimise kohta täiskasvanute seas on tõenduspõhist infot vähe, seda nii võimalike kõrvaltoimete kui ka raviefektiivsuse puhul.

31		ATH diagnoosiga täiskasvanul võite kasutada kombinatsioonravi, kui monoteraapiaga ei ole ATH sümptomid piisavalt leevenenud või ravimid ei ole talutavad. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
32		Kui ATH diagnoosiga noorukile määratud kombineeritud ravi on efektiivne, siis jätkake sellega ka täiskasvanueas. <i>Praktiline soovitus</i>

Tõendus täiskasvanute kombinatsioonravi kohta pärineb kolmest juhuslikustatud kontrolluuringust ja ühest jälgimisuuringust, kus vaadeldi ravimite efektiivsust ja kõrvaltoimeid (73, 80, 81, 82). Ravimite efektiivsust käsitleti kahes uuringus, mille tulemused ei olnud kooskõlas. Ühes juhuslikustatud uuringus ilmnas, et ravisoostumus on kombinatsioonravi saavate patsientide seas parem kui monoteeraapiat kasutavate patsientide hulgas (82). Teises uuringus ei leitud monoteeraapia ega kombinatsioonravi efektiivsuses erinevusi (73). Kuigi leitud tulemused ei ole üldistatavad, võib arvata, et kombineeritud ravi on efektiivne nende patsientide puhul, kelle sümptomeid monoteeraapia piisavalt ei leevenda. Kõrvaltoimetest räägiti kahes uuringus, kuid kummaski neist ei keskendunud nende esinemise uurimisele, mistõttu on soovimatuid toimeid kajastavate andmete analüüs ebatäielik (73, 80).


Töörühm võttis soovitusel arvesse uuringumaterjali vähesust ja väga madalat tõendatuse astet. Uuringute tulemusi ei saa siinsesse ravijuhendisse eriti hästi üle kanda. Kuna tõendusmaterjali on vähe, on keeruline hinnata soovitud ja soovimatu mõju tasakaalu. Samas leidis töörühm, et olemasolevas tõendusmaterjalis ei ilmne, et kombinatsioonraviga esineks oluline soovimatu mõju.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 11 TõKo ja SoKo tabelit.

## Täiskasvanute ravi jätkamine ja jälgimine

Medikamentooset ravi saava täiskasvanu seisundit peab pärast optimaalse ravimiannuse saavutamist hindama vähemalt kord aastas, sh tuleb hinnata:

- kasutatava ravimi ja selle annuse efektiivsust sümptomite kontrollimise ja toimetuleku paranemise seisukohast;
- teiste psüühikahäirete teket ravi käigus;
- une- ja söömisprobleemide olemasolu,
- psühhosotsiaalse ravi vajadust lisaks medikamentoosle ravile,
- kaalu, pulssi, vererõhku.

33		<p>ATH diagnoosi ja toimiva ravimiannusega täiskasvanu seisundit hinnake perearstikeskuses kord aastas.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
----	---	---

## Täiskasvanute ravivajaduse hindamine ja ravi lõpetamine

Ravi jätkamise vajadust hindab vähemalt kord aastas psühhiaater või vaimse tervise õde. Hindamise eesmärk on selgitada välja, kas ravimi kasutamise vajadus püsib ja kas ravimi kasu-kahju tasakaalu arvestades on ravipausi tegemine põhjendatud. Hindamisel tuleks täpsustada, kas täiskasvanu senise ravi jooksul on vähendatud planeeritud annuseid või tehtud ravipause ning milline on olnud nende mõju ATH sümptomite avaldumisele ja täiskasvanu toimetulekule. Ravi jätkamise või lõpetamise otsuse põhjendused tuleb dokumenteerida.

## Mittefarmakoloogiline ravi


Ravimata ATH toob kaasa palju negatiivseid tagajärgi nii inimesele endale, tema lähedastele kui ka ühiskonnale. Kroonilise häirena vajab ATH individuaalset lähenemist ja multimodaalset käsitlust. Farmakoloogilisel ravil on tähtis osa ATH sümptomite leevendamises, kuid sellele vaatamata võivad jääda püsima raskused akadeemilises edukuses või karjääris, sotsiaalses suhtluses, peresuhetes ja eneseregulatsioonis. Oluline on rakendada vajaduspõhist mittefarmakoloogilist ravi. Näited tõendusmaterjalist mittefarmakoloogilistest ravimeetoditest on kognitiivne käitumisteraapia (KKT), teadvelolekupõhised sekkumised ja dialektiline käitumisteraapia (83). Teised teraapiad ja sekkumised, mis ei vähenda põhisümptomeid, võivad siiski olla kasulikud toimetuleku parandamiseks ning vajalikud tugivõrgustiku harimiseks ja selle liikmete raviprotsessi kaasamiseks (84).

ATH diagnoosiga patsientidele tuleb koostada järjepidev multimodaalne raviplaan, mis hõlmab ATH-teemalist ja psühholoogilist nõustamist, käitumuslikku ravi, oskuste õpet, töö- ning haridusalaseid kohandusi ja tugimeetmeid. Seejuures tuleb arvestada sümptomite raskusastet, toimetulekuraskusi, kaasnevate psüühika- või neuroarenguliste häirete mõju, patsientide isiklike eesmärgede ja tugevusi või kaitsvaid tegureid. (26)

## Lapsed ja noorukid

ATH diagnoosiga laste ja noorukite vanematele ning hooldajatele on soovitatav diagnoosi püstitamise järel võimaldada psühhohariduslikku nõustamist ATH olemusest ja mõjust toimetulekule, samuti pakkuda nõustamist ATH eripärasid arvestavate kasvatusmeetodite teemal. Võimaluse korral võiks kaasata haridusametuse. (26)

Kui ATH adekvaatse medikamentoosse ravi järel püsivad lapsel või noorukil toimetulekut häirivad ATH sümptomid vähemalt ühes eluvaldkonnas, on soovitatav kaaluda KKT-d, mis sisaldab sotsiaalsete, probleemilahenduse, enesekontrolli, emotsiooniregulatsiooni ning aktiivse kuulamise oskuste õpet. (26)

34		ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil võite kasutada medikamentooset ravi koos tõendus põhise mittemedikamentoosse raviga, et saavutada parem ravitulemus. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	--

Tõendus mittemedikamentoosse ravi efektiivsuse ja selle kombineerimise kohta medikamentoosse raviga pärineb 11 metaanalüüsist (57, 85, 86, 87, 88, 89, 89, 90, 91, 92, 93, 94). Kuigi uuringud on väga madala tõendatuse astmega, saab järeldada, et medikamentoosse ravi kombineerimine mittemedikamentooslega võib olla efektiivsem kui kumbki sekkumine üksinda. Medikamentoosse ravi kombineerimine käitumusliku teraapiaga on eelkõige tõhus noorukite puhul (57, 85, 86). Väikelaste puhul on efektiivsem vanematele suunatud käitumuslik teraapia (88, 92, 94).


Töörühm arvestas soovituse koostamisel lisaks teaduslikule tõendusmaterjalile nii tõendus põhiste mittemedikamentoosete sekkumiste tühist soovimatut mõju kui ka nende kättesaadavust ja maksumust.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 12 TõKo ja SoKo tabelit.

## Täiskasvanud

Kui ravimi kasutamisel sümptomid ei taandu ja toimetulekuraskused püsivad vähemalt ühes eluvaldkonnas, võib ATH diagnoosiga täiskasvanutel kombineerida medikamentooset ravi tõendus põhise mittemedikamentoosse raviga, et saavutada parem ravitulemus. (26)

Näidustuse korral võib ATH-ga täiskasvanud patsientide mittemedikamentoosse ravina kasutada struktureeritud toetavat psühholoogilist sekkumist (sh KKT-d). Samuti on vaja patsienti järjepidevalt kontaktvisiite või kaugvastuvõtte tehes jälgida. (26)

35		<p>ATH diagnoosiga täiskasvanul võite kasutada medikamentoosset ravi koos tõenduspõhise mitte-medikamentoosse raviga, et saavutada parem ravitulemus.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	--

Tõendus täiskasvanute mitte-medikamentoosse ravi kohta pärineb neljast metaanalüüsist (83, 95, 96, 97). Veel on üsna vähe kõrge astme tõendusmaterjali, milles võrreldaks medikamentoosset ja mitte-medikamentoosset ravi ja nende kombineerimise raviefekti. Uuringud näitavad, et mitte-medikamentoosne ravi koos medikamentoossega võib olla efektiivsem kui viimane üksi, lisaks viitas üks uuring ka kombineeritud ravi võimalikule paremale ravisoostumusele (96).

Mitte-medikamentoossetest sekkumistest on enim tõendusmaterjali KKT kohta: kahe üksikuuringu põhjal on selle kasutamine koos medikamentoosse raviga efektiivsem kui ainult medikamentoosne ravi (95). Arvestada tuleb ravivastuse võimaliku varieeruvusega: üks kaasatud uuring näitab, et KKT võib olla efektiivsem nooremate vanuserühmade seas (alla 50 a) (83).

Töörühm võttis soovitusel lisaks teaduslikule tõendusmaterjalile arvesse ka mitte-medikamentoossete sekkumiste vähest soovimatut mõju, patsientide soove ja hoiakuid ning teenuste kättesaadavust ja maksumust.

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 13 TõKo ja SoKo tabelit.

## Eluviisisoovitused

ATH-ga inimestel esineb raskusi igapäevaeluga seotud toimingutes. Nad vajavad abi tasakaalustatud elustiili, tervislike harjumuste ja rutiinide kujundamisel, näiteks regulaarse treeningu, järjepideva unehügieeni ja tasakaalustatud söömise osas. Kindel kooli-, töö- ja kodurutiin ning päevakava avaldavad toimetulekule soodsat mõju. (26)

### Toitumine

ATH-ga lastele, noortele ja täiskasvanutele tuleb rõhutada regulaarse ning tasakaalustatud söömise olulisust. Ärge soovitage tõenduspõhise ravi alternatiivina kunstlike värvainete ja lisaainete toidust väljajätmist, eliminatsioonidieete ega rasvhappeid sisaldavaid toidulisandeid. (26)

Küsi söökide või jookide kohta, mis näivad mõjutavat ATH-ga inimese hüperaktiivset käitumist. Kui ilmneb selge seos konkreetse söögi või joogi ning



käitumise vahel, pakkuge võimalust pöörduda toitumisterapeudi või -spetsialisti konsultatsioonile. (26)

### **Kehaline aktiivsus**

Soovitage regulaarset treeningut, mis vähendab stressi ja frustratsiooni, parandab keskendumisvõimet, kognitiivset sooritussuutlikkust, meeleolu ja heaolutunnet ning suurendab endorfiinide vabanemist. On näidatud, et aeroobne treening leevendab ATH põhisüмптоmeid ja ka ärevust, mis on sageli kaasuv probleem. (39)

### **Unehügieen**

Une kirjeldamisel on tähtis mõista une füsioloogilisi muutusi elu jooksul. Anamneesi kogumisel ei tohiks piirduda patsiendi üldiste unekaebustega, vaid uurida järgmise kohta:

- unekaebuse iseloom, kestus, dünaamika, leevendavad ja vallandavad tegurid;
- unehügieen ja -harjumused;
- eluviis;
- ekraaniaeg;
- kehaline aktiivsus;
- söömisharjumused;
- (õppe)töö iseloom;
- kofeiini, uimastite (sh alkoholi ja nikotiini) tarvitamine;
- kaasuvad haigused, tarvitavad ravimid;
- unehäirete pereanamnees.

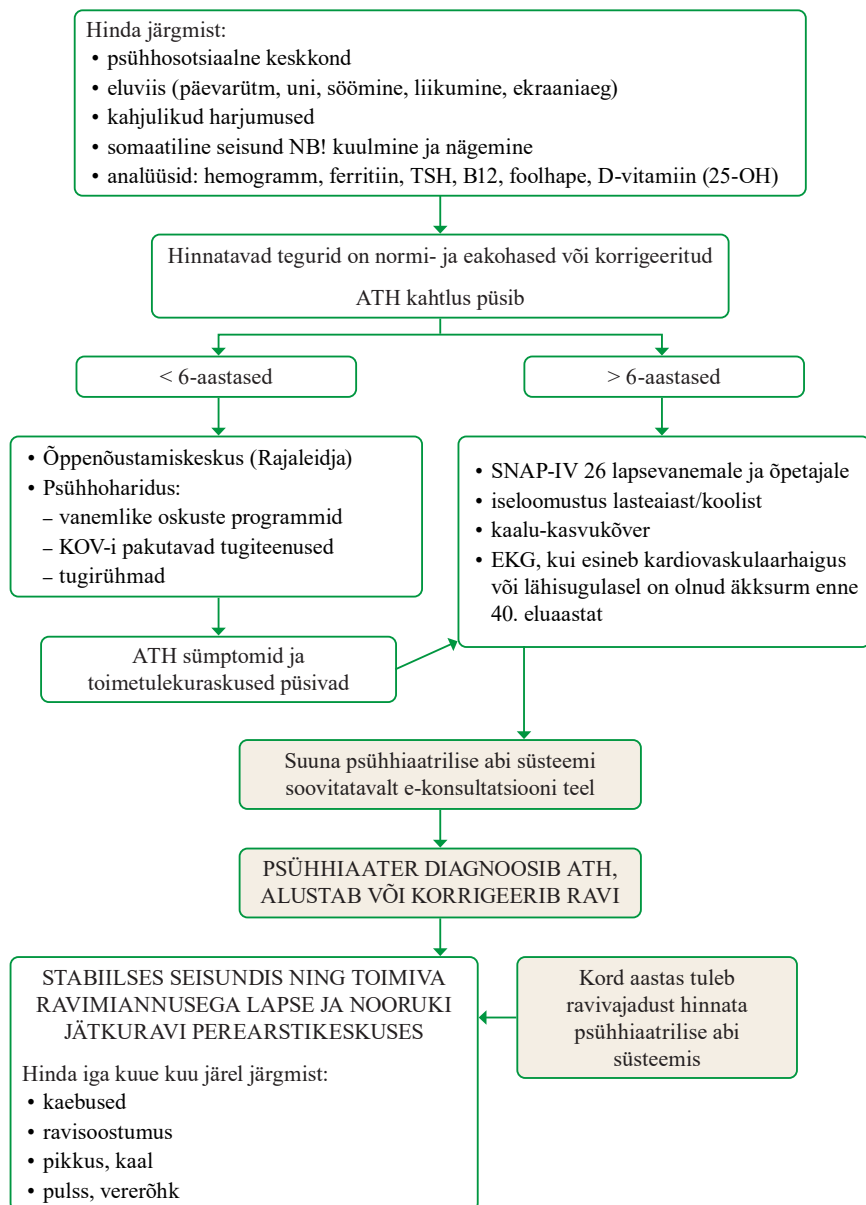
Kaebuste puhul on soovitatav lasta patsiendil täita vähemalt kahe nädala jooksul unepäevikut, mis võimaldab koguda andmeid nii une kvaliteedi kui ka kvantiteedi kohta (98).

Üldised soovitused unekaebuste leevendamiseks on järgmised (99):

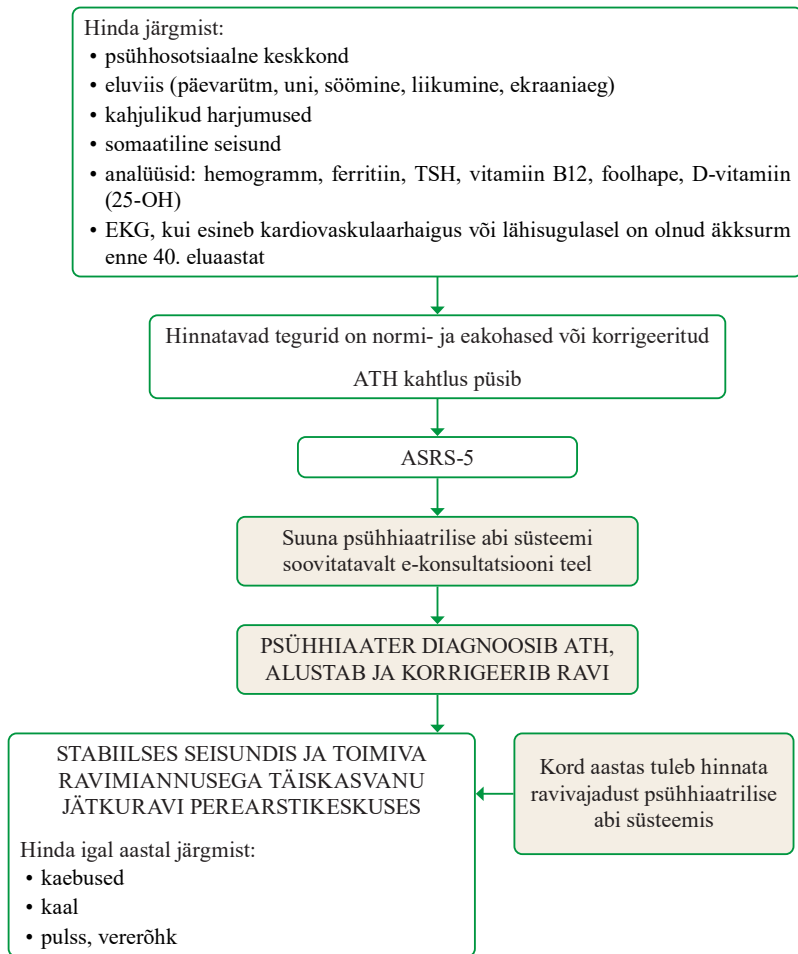
- hoidu paar tundi enne uinumist stimuleerivatest ainetest (k.a kohv ja nikotiin);
- hoidu alkoholist;
- hoidu regulaarsest treeningust hilisel pealelõunal või õhtul;
- eemalda magamistoast elektroonilised seadmed (teler, nutiseadmed);
- ära jälgi kella;
- lõõgastu vähemalt tund enne magamaminekut;
- loo magamistoast vaikne, hämar ja mugav koht;
- säilita regulaarne unegraafik.

# Lisa 1. ATH-ga patsiendi käsitlemise algoritm

## ATH KAHTLUSEGA LAPS JA NOORUK PEREARSTIKESKUSES



## ATH KAHTLUSEGA TÄISKASVANU PEREARSTIKESKUSES



## Lisa 2. ATH ravimid ja nende annustamine

### Lapsed ja noorukid (≥ 6 a)

Toimeaine	Kaubamärk	Ravimivorm	Annustamis- kordade arv päevas	Toime algus	Toime kestus	Algannus / tiitrimise intervall	Tiitrimise annus*	Maksi- maalne annus
<b>Esmavalik: toimeainet prolungeeritult vabastavad psühhostimulandid ja lühikese toimeajaga psühhostimulandid METÜÜLFENIDAAT (esmavaliku psühhostimulant lastel vanuses 6–17 a)</b>								
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Concerta	18, 36, 54 mg tabletid	1	1–2 t	10–12 t	18 mg	18 mg	54 mg
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Medikinet XL	10, 20, 30, 40 mg kapslid	1	1 t	8 t	10 mg	10 mg	60 mg
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Affenid	10, 20, 30, 40 mg kapslid	1	1 t	8 t	10–20 mg	10 mg	60 mg
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Medikinet	5, 10, 20 mg tabletid	2–3	1 t	4 t	5 mg 1–2 korda päevas	5 mg 1–3 korda päevas	60 mg
<b>Teine valik: toimeainet prolungeeritult vabastavad psühhostimulandid ja keskmise toimeajaga psühhostimulandid LISDEKSAMFETAMIIN DIMESÜLAAT (teise valiku psühhostimulant lastel vanuses 6–7 a)</b>								
Lisdeksamfeta- miindimesülaat	Lisdexamfeta- mine dimesüla- te STADA	20, 30, 40, 50, 60, 70 mg kapslid	1	1,5–2 t	12–14 t	20–30 mg	10 mg	60 mg

Lisdeksamfeta- miindimesülaat	Elvanse	20, 30, 50, 70 mg kapsel	1	1–2 t	13 t	30 mg	10–20 mg	70 mg
Deksamfetamiin	(Eestis ei turustata)	5 mg tablett 10, 15 mg kapsel	2–3	Ei ole kohal- datav	4–6 t	2,5–5 mg päevas	2,5–5 mg päevas	40 mg

**Kolmas valik / lisaravimi vajadus: selektiivne noradrenaliini tagasihaarde inhibiitor ja toimeainet prolungeeritult vabastav alfa-2 adrenoretseptori agonist  
ATOMOKSETIIN ja GUANFATSIIN**

Atomoksetiin	Atominox	10, 25, 40, 60 mg kapslid	1–2	3–4 nädala möö- dudes	Ei ole kohal- datav	0,5 mg kg/p	0,8 mg kg/p 7–14 päeva möödudes, seejärel jät- kata 1,2 mg kg/p	Vähem kui 1,4 mg kg/p või 100 mg/p
Guanfatsiin	Intuniv	1, 2, 3 mg tabletid	1	3 nä- dala möö- dudes	Kuni 24 tundi viima- sest annu- sest	1 mg	1 mg 7–14 päeva möö- dudes	4 mg

\* Enamikus ravimi omaduste kokkuvõtetes soovitatakse ravimit tiitrida mitte harvem kui iga seitsme päeva järel; sõltuvalt kliinilisest või taluvusega seotud olukorrast võivad olla vajalikud pikemad tiitrimisannuse suurendamise vahemikud.

## Täiskasvanud (≥ 18 a)

Toimeaine	Kaubamärk	Ravimivorm	Annus- tamis- kordade arv päevas	Toime algus	Toime kestus	Algannus	Tiitrimise annus*	Maksi- maalne annus**
<b>Esmavalik: toimeainet prolungeeritult vabastavad psühhostimulandid</b>								
<i>Metüülfenidaati sisaldavad psühhostimulandid</i>								
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Affened	10, 20, 30, 40, 60 mg kapsel	1	1–2 t	6–8 t	20 mg	10 mg	80 mg
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Medikinet XL	10, 20, 30, 40 mg kapsel	1–2	1–2 t	6–8 t	10 mg	10 mg	80 mg
Metüülfenidaat- vesinikkloriid	Concerta	18, 36, 54 mg tablett	1	1–2 t	10–12 t	18 mg	18 mg	72 mg
<i>Amfetamiini sisaldavad psühhostimulandid</i>								
Lisdeks- amfetamiin- dimesülaat	Elvanse	20, 30, 50, 70 mg kapsel	1	1–2 t	13 t	30 mg	10–20 mg	70 mg
Lisdeks- amfetamiin- dimesülaat	Lisdexamfeta- mine dimesyla- te STADA	20, 30, 40, 50, 60, 70 mg	1	1–2 t	13 t	30 mg	10–20 mg	70 mg

**Teine valik / lisaravimi vajadus: lühikese ja keskmise toimeajaga psühhostimulandid**

Kasutamise näidustus: a) kui ei ole võimalik kasutada prolungeeritult toimeainet vabastavat ravimit või b) on vajadus augmenteerida prolungeeritud ravimivormi toimet varajasel hommiku- või hilisel õhtutunnil

*Metüülfenidaati sisaldavad psühhostimulandid*

Metüülfenidaat-vesinikkloriid	Medikinet	10, 20 mg tablett	2–3	1 t	4 t	5 mg 1–2 korda päevas	5 mg 1–3 korda päevas	60 mg
-------------------------------	-----------	-------------------	-----	-----	-----	-----------------------	-----------------------	-------

*Amfetamiini sisaldavad psühhostimulandid*

Deksamfetamiin	Dexedrine (Eestis ei turustata)	5 mg tablett, 10, 15 mg kapsel	1–3	Ei ole kohaldatav	4 t, 6–10 t	5 mg/p, 10 mg/p	5 mg , 5–10 mg	40 mg
----------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----	-------------------	----------------	--------------------	-------------------	-------

*Selektiivne noradrenaliini tagasihaarde inhibiitor (mittepsühhostimulant)\*\*\**

Atomoksetiin	AtomineX	10, 25, 40, 60 mg kapsel	1	3–4 nädala möödudes	u 24 t	25–40 mg	20 mg 7–14 päeva möödudes	100 mg
--------------	----------	-----------------------------	---	---------------------	--------	----------	------------------------------	--------

\* Enamikus ravimi omaduste kokkuvõtetes soovitatakse ravimit tiitrida mitte harvem kui iga seitsme päeva järel; sõltuvalt kliinilisest või taluvusega seotud olukorrast võivad olla vajalikud pikemad tiitrimisannuse suurendamise vahemikud.

\*\* Eesmärk on kasutada väikseimat toimivat annust, millega sümptomid taanduvad.

\*\*\* Kasutusel ka monoterapiana.

## Psühhostimulandid

Psühhostimulandid on toimeaine alusel jaotatud kahte rühma: metüülfenidaati ja amfetamiini sisaldavad preparaadid.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire medikamentoosses ravis on nii lastel kui ka täiskasvanutel esmavaliku ravimiteks pikatoimelised psühhostimulandid. Tuleb silmas pidada, et raviefekti puudumine ühe toimeaine suhtes ei tähenda sarnast raviefekti ka teise suhtes. Seepärast on enne ravi jätkamist mittepsühhostimulantidega soovitatav kasutada eri toimeainega psühhostimulante.

Pikatoimelisi psühhostimulante tuleb eelistada lühitoimelistele, kuna esimestega saavutatakse parem kontroll häire sümptomite üle päeva jooksul. Ravimit on üldjuhul vaja manustada kord päevas. See parandab ravisoostumust ja nende kuritarvitamise oht on lühitoimelistele preparaatidega võrreldes märkimisväärselt väiksem.

Lühitoimelisi psühhostimulante võib kasutada siis, kui sümptomite kontroll on vaja saavutada vaid mõneks tunniks, ravi esmakordsel alustamisel psühhostimulantidega ning vajaduse korral pikatoimelisele preparaadile lisatuna.

Toimeaine	Metüülfenidaat-vesinikkloriid
Kaubamärk, ravimivorm	<b>Concerta</b> , toimeainet prolongeeritud vabastav tablett
Toimeaine vabanemise suhe: kohene/viivisega (%)	22/78
Raviefekti kestus	Kuni 12 tundi
Säilitusannus	Lapsed $\geq 6$ a: 18–54 mg päevas sõltuvalt lapse kehakaalust (1–1,2 mg ravimit kg kohta) Täisealised $\geq 18$ a: 18–54 mg päevas
Ravimi manustamine	Concerta tablett tuleb sisse võtta hommikul koos klaasitäie veega. Tablett tuleb alla neelata tervelt, seda ei tohi närida, murda ega purustada. Tablette võib võtta koos toiduga (sh suure rasvasisaldusega hommikusöögiga) või ilma toiduta
Ravimi tarvitamise lõpetamine	Ravi planeeritud lõpetamise korral tiitrida annus alla, vähendades seda iga 3–7 päeva järel järgmiselt: 54 mg => 36 mg => 18 mg



Toimeaine	Metüülfenidaat-vesinikkloriid
Kaubamärk, ravimivorm	<b>Medikinet XL</b> , toimeainet modifitseeritud vabastav kõvakapsel
Toimeaine vabanemise suhe: kohene/viivisega (%)	50/50
Raviefekti kestus	6–8 tundi
Säilitusannus	Lapsed $\geq 6$ a: 10–60 mg päevas sõltuvalt lapse kehakaalust (1–1,2 mg ravimit kg kohta)  Täisealised $\geq 18$ a: 20–80 mg päevas, päevane annus jaotada kaheks
Ravimi manustamine	Medikinet XL kapsel tuleb sisse võtta söögi ajal või pärast sööki, see on pikema toime saavutamiseks väga oluline. Kapsli võib alla neelata tervena koos klaasitäie veega või avada, puistates sisu väikesele kogusele (teelusikatäis) õunapüreele või jogurtile. Toit ei tohi olla soe, sest see võib mõjutada graanulite eriomadusi. Kogu ravimi-toidusegu tuleb viivitamata ära süüa ja mitte panna hilisemaks kasutamiseks hoiule. Kapslit ja selle sisu ei tohi purustada ega närida.  Lapsed võtavad Medikinet XL-i hommikusöögi ajal või pärast seda. Täiskasvanud võtavad Medikinet XL-i hommiku- ja lõunasöögi ajal või pärast seda
Ravimi tarvitamise lõpetamine	Ravi planeeritud lõpetamise korral tiitrida annus alla, vähendades ravimikoormust mitte rohkem kui 10 mg võrra iga 3–7 päeva järel

Toimeaine	Metüülfenidaat-vesinikkloriid
Kaubamärk, ravimivorm	<b>Affenid</b> , toimeainet modifitseeritud vabastav kõvakapsel
Toimeaine vabanemise suhe: kohene/viivisega (%)	50/50
Raviefekti kestus	6–8 tundi
Säilitusannus	Lapsed $\geq 6$ a: 10–60 mg päevas sõltuvalt lapse kehakaalust (1–1,2 mg ravimit kg kohta)  Täisealised $\geq 18$ a: 20–80 mg päevas
Ravimi manustamine	Affenidi kapsel tuleb soovituslikult sisse võtta söögi ajal või pärast sööki. Kapsli võib alla neelata tervena koos klaasitäie veega või avada, puistates sisu väikesele kogusele (teelusikatäis) õunapüreele või jogurtile. Toit ei tohi olla soe, sest see võib mõjutada graanulite eriomadusi. Kogu ravimi-toidusegu tuleb viivitamata ära süüa ja mitte panna hilisemaks kasutamiseks hoiule. Kapslit ja selle sisu ei tohi purustada ega närida.  Lapsed võtavad Affenidi hommikusöögi ajal või pärast seda. Täiskasvanud võtavad Affenidi kord päevas, tavaliselt hommikul
Ravimi tarvitamise lõpetamine	Ravi planeeritud lõpetamise korral tiitrida annus alla, vähendades ravimikoormust mitte rohkem kui 10 mg võrra iga 3–7 päeva järel

## Kasutatud kirjandus

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psych*; 2007.
2. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*; 2017.
3. Kessler RC. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psych*; 2006.
4. WebMD Editorial Contributors. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). ([www.webmd.com/add-adhd/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd](http://www.webmd.com/add-adhd/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd)).
5. Moyer P. Women with ADHD less likely to be diagnosed and more symptomatic than men. American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting May 21–26, 2005, Atlanta, Georgia.
6. Greenhill L, Benton T, Tirmizi S. Attention deficit/ hyperactivity disorder: a common diagnosis? *Medscape Psychiatry & Mental Health*; 2003.
7. Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*; 2005.
8. Stephen ET. Highlights of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *News Media Briefing. Medscape Psychiatry & Mental Health*; 2005.
9. Estonian Health Insurance Fund. Estonian Handbook of Guidelines Development 2020. Tallinn: Estonian Health Insurance Fund; 2021.
10. CADDRA Canadian ADHD Resource Alliance. Scoring Instructions for the SNAP-IV-C Rating Scale. ([www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011SNAPInstructions.pdf](http://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011SNAPInstructions.pdf)).
11. Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, et al. Maintenance of efficacy of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: randomized-withdrawal study design. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2014.
12. Luo J, Huang H, Wang S, et al. A Wearable Diagnostic Assessment System vs. SNAP-IV for the auxiliary diagnosis of ADHD: a diagnostic test. *BMC Psychiatry*; 2022.
13. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, et al. The Validity of the SNAP-IV in Children Displaying ADHD Symptoms. *Assessment*; 2020.

14. Alda JA, Serrano-Troncoso E. Attention-deficit hyperactivity disorder: agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. *Actas Esp Psiquiatr*; 2013.
15. Costa DS, de Paula JJ, Malloy-Diniz LF, et al. Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. *Jornal de Pediatria*; 2019.
16. Brevik EJ, Lundervold AJ, Haavik J, et al. Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. *Brain and Behavior*; 2020.
17. Van de Glind G, Van den Brink W, Koeter MW, et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug and alcohol dependence. Drug and Alcohol Dependence*; 2013.
18. Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Board Fam Med*; 2012.
19. Üstün B, Adler LA, Rudin C, et al. Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*; 2017.
20. Ballmann C, Kölle MA, Bekavac-Günther I, et al. Evaluation of the German Version of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5 as a Screening Tool for Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care. *Front Psychol*; 2022.
21. Genç HA, Yorguner N, Bulut S, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the adult ADHD Self-Report Screening Scale for DSM-5. *Balkan Med J*; 2021.
22. Baggio S, Bayard S, Cabelguen C, et al. Diagnostic Accuracy of the French Version of the Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5 (ASRS-5). *J Psychopathol Behav Assess*; 2021.
23. Kakubo SM, Mendez M, Silveira JD, et al. Translation and validation of the Brown attention-deficit disorder scale for use in Brazil: identifying cases of attention-deficit/hyperactivity disorder among samples of substance users and non-users. *Cross-cultural validation study. Sao Paulo Med J*; 2018.
24. Kooij JJS, Boonstra AM, Swinkels SH, et al. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *J Atten Disord*; 2008.

25. Somma A, Adler LA, Gialdi G, et al. The Validity of the World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition in Adolescence. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2021.
26. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline [NG87]. 2019.
27. Andersson M, Bäckström M, Ivarsson T, et al. Validity of the Brief Child and Family Phone Interview by comparison with Longitudinal Expert All Data diagnoses in outpatients. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*; 2020.
28. Hult N, Kadesjö J, Kadesjö B, et al. ADHD and the QbTest: Diagnostic Validity of QbTest. *J Atten Disord*; 2018.
29. Johansson V, Norén Selinus E, Kuja-Halkola R, et al. The Quantified Behavioral Test Failed to Differentiate ADHD in Adolescents with Neurodevelopmental Problems. *J Atten Disord*; 2021.
30. Boyle MH, Cunningham CE, Georgiades K, et al. The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*; 2009.
31. Gomez R, Vance A, Watson S, et al. ROC Analyses of Relevant Conners Short Forms, CBCL, and TRF Scales for Screening ADHD and ODD. Assessment; 2021. ([www.webmd.com/add-adhd/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd](http://www.webmd.com/add-adhd/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd)).
32. Izzo VA, Donati MA, Novello F. The Conners 3-short forms: Evaluating the adequacy of brief versions to assess ADHD symptoms and related problems. *Clin Child Psychol Psychiatry*; 2019.
33. Harrison G, Nay S, Armstrong IT. Diagnostic Accuracy of the Conners' Adult ADHD Rating Scale in a Postsecondary Population. *Journal of Attention Disorders*; 2019.
34. Abbass K, Corbisiero S, Stieglitz RD. Development and psychometric properties of the ADHD SCL-90-R screening scale for adult ADHD. *J Clin Psychol*; 2020.
35. Christiansen H, Kis B, Hirsch O, et al. German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS) II: reliability, validity, diagnostic sensitivity and specificity. *Eur Psychiatry*; 2012.
36. Semeijn EJ, Michielsen M, Comijs HC, et al. Criterion Validity of an Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Screening List for Screening ADHD in Older Adults Aged 60-94 years. *Am J Geriatr Psychiatry*; 2013.

37. Pettersson R, Söderström S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *J Atten Disord*; 2018.
38. Brunkhorst-Kanaan N, Verdenhalven M, Kittel-Schneider S, et al. The Quantified Behavioral Test-A Confirmatory Test in the Diagnostic Process of Adult ADHD?. *Front Psychiatry*; 2020.
39. Caddra - Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines. 4.1 Edition. CADDRA; 2020.
40. Charach A, Carson P, Fox S, et al. Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*; 2013.
41. Van der Veen-Mulders L, Van den Hoofdakker BJ, Nauta MH, et al. Methylphenidate Has Superior Efficacy Over Parent-Child Interaction Therapy for Preschool Children with Disruptive Behaviors. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2018.
42. Childress AC, Kollins SH, Foehl HC, et al. Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Flexible-Dose Titration Study of Methylphenidate Hydrochloride Extended-Release Capsules (Aptensio XR) in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2020.
43. Childress AC, Findling RL, Wu J. Lisdexamfetamine Dimesylate for Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2020.
44. Childress AC, Lloyd E, Jacobsen L. Efficacy and Safety of Lisdexamfetamine in Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2022.
45. Kratochvil CJ, Vaughan BS, Stoner JA. A double-blind, placebo-controlled study of atomoxetine in young children with ADHD. *Pediatrics*; 2011. Koeter MW, et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug and alcohol dependence. Drug and Alcohol Dependence*; 2013.
46. Childress AC, Lloyd E, Johnson SA Jr. A Long-Term, Open-Label Safety and Tolerability Study of Lisdexamfetamine Dimesylate in Children Aged 4-5 Years with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2022.
47. Ghuman JK, Aman MG, Ghuman HS. Prospective, naturalistic, pilot study of open-label atomoxetine treatment in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2009.

48. Kratochvil CJ, Vaughan BS, Mayfield-Jorgensen ML. A pilot study of atomoxetine in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2007.
49. Vaidyanathan S, Rajan TM, Chandrasekaran V, et al. Pre-school attention deficit hyperactivity disorder: 12 weeks prospective study. *Asian J Psychiatr*; 2020.
50. Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2006.
51. Wigal T, Greenhill L, Chuang S, et al. Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2006.
52. Swanson J, Greenhill L, Wigal T, et al. Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2006. *Disord*; 2008.
53. Abikoff HB, Vitiello B, Riddle MA, et al. Methylphenidate effects on functional outcomes in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2007. *Psychopharmacol*; 2021.
54. Ichikawa H, Miyajima T, Yamashita Y, et al. Phase II/III Study of Lisdexamfetamine Dimesylate in Japanese Pediatric Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY*; 2020.
55. Shang CY, Shih HH, Pan YL, et al. Comparative Efficacy of Methylphenidate and Atomoxetine on Social Adjustment in Youths with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2020.
56. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*; 2018.
57. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*; 2017.
58. Liu Q, Zhang H, Fang Q, et al. Comparative efficacy and safety of methylphenidate and atomoxetine for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Meta-analysis based on head-to-head trials. *J Clin Exp Neuropsychol*; 2017.

59. Padilha SCOS, Virtuoso S, Tonin FS, et al. Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2018.
60. Luan R, Mu Z, Yue F, He S. Efficacy and Tolerability of Different Interventions in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry*; 2017.
61. Jain R, Segal S, Kollins SH, Khayrallah M. Clonidine extended-release tablets for pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2011.
62. Kaalund-Brok K, Houmann TB, Hebsgaard MB, et al. Outcomes of a 12-week ecologically valid observational study of first treatment with methylphenidate in a representative clinical sample of drug naïve children with ADHD. *PLoS One*; 2021.
63. Carucci S, Balia C, Gagliano A, et al. Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*; 2021.
64. Hodgkins P, Shaw M, Coghill D, et al. Amphetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: complementary treatment options. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2012.
65. Hirota T, Schwartz S, Correll CU. Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2014.
66. Treuer T, Gau SS, Méndez L. A systematic review of combination therapy with stimulants and atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder, including patient characteristics, treatment strategies, effectiveness, and tolerability. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2013.
67. Van Stralen JPM. A Controlled Trial of Extended-Release Guanfacine and Psychostimulants on Executive Function and ADHD. *J Atten Disord*; 2020 Jan.
68. McCracken JT, McGough JJ, Loo SK. Combined stimulant and guanfacine administration in attentiondeficit/hyperactivity disorder: A controlled, comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2016.
69. Palumbo DR, Sallee FR, Pelham WE. Clonidine for attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Efficacy and tolerability outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2008.
70. Kurlan R, Goetz CG, McDermott MP. Treatment of ADHD in children with tics. *Neurology*; 2002.



71. Connor DF, Barkley RA, Davis HT. A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. *Clin Pediatr (Phila)*; 2000.
72. Ozbaran B, Kose S, Yuzuguldu O. Combined methylphenidate and atomoxetine pharmacotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. *World J Biol Psychiatry*; 2015.
73. Clemow DB, Mason OW, Sarkis EH. Atomoxetine monotherapy compared with combination therapy for the treatment of ADHD: a retrospective chart review study. *Expert Rev Neurother*; 2015.
74. Tsujii N, Okada T, Usami M, et al. Effect of Continuing and Discontinuing Medications on Quality of Life After Symptomatic Remission in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*; 2020.
75. Matthijssen AM, Dietrich A, Bierens M, et al. Continued benefits of methylphenidate in ADHD after 2 years in clinical practice: a randomized placebo-controlled discontinuation study. *Am J Psychiatry*; 2019.
76. Matthijssen AM, Dietrich A, Bierens M, et al. Effects of Discontinuing Methylphenidate on Strengths and Difficulties, Quality of Life and Parenting Stress. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 2020.
77. Banaschewski T, Johnson M, Lecendreux M et al. Health-related quality of life and functional outcomes from a randomized-withdrawal study of long-term lisdexamfetamine dimesylate treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drugs*; 2014.
78. Elliott J, Johnston A, Husereau D, et al. Pharmacologic treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS ONE*; 2020.
79. Chierrito de Oliveira D, Guerrero de Sousa P, Borges dos Reis C, et al. Safety of Treatments for ADHD in Adults: Pairwise and Network Meta-Analyses. *Journal of Attention Disorders*; 2019.
80. Roesch B, Corcoran M, Haffey M, et al. Pharmacokinetics of coadministration of guanfacine extended release and methylphenidate extended release. *Drugs R D*; 2013.
81. Roesch B, Corcoran ME, Fetterolf J, et al. Pharmacokinetics of coadministered guanfacine extended release and lisdexamfetamine dimesylate. *Drugs R D*; 2013.
82. Bahn GH, Seo K. Combined Medication with Stimulants and Non-stimulants for Attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*; 2021.

83. Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, et al. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychol Med*; 2020.
84. Cortese S, Coghill D. Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evid Based Ment Health*; 2018.
85. Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *JAMA*; 2016.
86. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, et al. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*; 2014.
87. Yang KH, Lane HY, Chang YC, et al. Exploring the Effects of Pharmacological, Psychosocial, and Alternative/Complementary Interventions in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Regression Approach. *Int J Neuropsychopharmacol*; 2021.
88. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, et al. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*; 2015.
89. Storebø OJ, Elmoose Andersen M, Skoog M, et al. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*; 2019.
90. Goode AP, Coeytaux RR, Maslow GR, et al. Nonpharmacologic Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics*; 2018.
91. Parker J, Wales G, Chalhoub N, et al. The long-term outcomes of interventions for the management of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. *Psychol Res Behav Manag*; 2013.
92. Mulqueen JM, Bartley CA, Bloch MH. Meta-analysis: parental interventions for preschool ADHD. *J Atten Disord*; 2015.
93. Coates J, Taylor JA, Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*; 2015.
94. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2015.
95. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*; 2018.

96. López-Pinar C, Martínez-Sanchís S, Carbonell-Vayá E, Fenollar-Cortés J, Sánchez-Meca J. Long-Term Efficacy of Psychosocial Treatments for Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Front Psychol*; 2018.
97. De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evid Based Ment Health*; 2017.
98. Ravijuhendite nõukoda. Täiskasvanute unehäirete esmane diagnostika, RJ-G/28.1-2018. 2019.
99. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: WB Saunders; 1989.
100. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019.