



Ravijuhendi „Aktiivsus-ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosimise ning ravi põhimõtted“ töörühma koosolek nr 4

15.09.2022 kell 13.00–17.00

Tallinn ja MS Teams

Osalesid töörühma liikmed: Irja Ivarinen (juht), Kerstin Kõiva, Liina Haring, Lille Uiibo, Helen Pikkar, Maire Suurkivi, Katrin Kaljula, Ruht Estrin, Karl Hammerberg.

Osalesid sekretariaadi liikmed: Liisa Leppik, Minni Saapar, Hedda Lippus-Metsaots, Mailis Liiv, Kadi Kallavus.

Kutsutud: Lilith Napp

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul osalesid üheksa töörühma liiget, seega oli kvoorum koos ja töörühm otsustusvõimeline.

Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte

1. Tutvustusring, huvide deklaratsioonid

Töökoha peatse vahetuse tõttu uuendatakse töörühma juhi huvide deklaratsioon. Teised töörühma liikmed ega sekretariaadi liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone täiendada.

2. Kliinilise küsimuse nr 1 tõendusmaterjali arutelu ja soovitude kinnitamine

Küsimus: Kas ATH kahtlusega lastel ja noorukitel kasutada sõelumiseks küsimustikku Swanson, Nolan and Pelham scale 18 (SNAP-IV 18) või SNAP-IV 26, et võimalikult varakult avastada ATH?

Sekretariaadi liige Minni Saapar andis ülevaate uuringute valimite vanuselisest koosseisust. Eelmisel koosolekul leidis töörühm, et SNAP-IV 26 küsimustikku, sest selleks on piisavalt tõendust (võrreldes SNAP-IV 18ga). Mõõdiku väljatöötajad soovitatavad mõõdikut kasutada 6–12aastastel, samas on uuringutesse kaasatud 4–17aastaseid ning saadud piisavalt head tundlikkuse ja spetsiifilisuse tulemused. Kuna selle ravijuhendi sihtrühm kuuluvad 5–17aastased (k.a), siis ei näinud töörühm, et olemasoleva tõenduse põhjal ei saaks anda soovitusi kogu sellele sihtrühmale. Ei ole paremat ATH esmase sõelumise küsimustikku 5. aastastele ja 12–17aastastele.

Esialgse soovitusel oli sihtrühma määratletud kui tähelepanu-, keskendumis- ja/või käitumisprobleemidega lapsed ja noorukid, kuid töörühm otsustas jätta soovitusse vaid tähelepanu- ja/või käitumisprobleemid. Soovitusel selgituse kirjutatakse täpsemalt, millistele tunnustele peaks tervishoiutöötaja ATH puhul mõtlema, sh kirjutatakse ka käitumisprobleemidest. Lisaks põhjendatakse väga madalat tõendatuse astet. Ühtlasi tuuakse soovitusel selgituses välja, kellele täitmiseks see mõõdik mõeldud on (lapsevanem ja/või õpetaja).

Kinnitati soovitus: Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega 5-17-aastasel lapsel või noorukil võite kasutada ATH olemasolu esmaseks selgitamiseks lisaks kliinilisele hindamisele SNAP-IV 26 hinnagускаalat. *Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste*

3. Kliinilise küsimuse nr 2 tõendusmaterjali arutelu ja soovituste kinnitamine

Küsimus: Kas ATH kahtlusega täiskasvanutel kasutada sõelumiseks küsimustikku Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) või muud küsimustikku, et tuvastada ATH?

Töörühm jätkas eelmisel korral tõstatunud arutelu, kas lühike mõõdik (ASRS-5) on oma lühiduse tõttu piisav, et esmaseks sõelumiseks kasutada. Uuringute valimisse kuuluvad juba ATHga inimesed ning tõstatati küsimus, et kas tulemused on hästi üldrahvastikule laiendatavad. Samas on ka neid uuringuid, kuhu on kaasatud registripõhiseid andmeid või võetud valim üldrahvastikust. Erinevate probleemide tõttu on uuringud kõigil mõõdikutel väga madala tõendatuse astmega. ASRS-5 eelis on lühidus ja DSM-5 põhisis. Psühhomeetriselised näitajad on sarnased või veidi paremad võrreldes vanema versiooni mõõdikuga (ASRS v 1.1). Samas, kui spetsialist soovib ja tal on rohkem aega, võib ta kasutada pikemat versiooni, sest see ei ole näitajate poolest halvem.

Kinnitati soovitus: Tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega täiskasvanul võite kasutada ATH olemasolu esmaseks selgitamiseks lisaks kliinilisele hindamisele ASRS-5 või ASRS v 1.1 hinnagускаalat. *Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste*

4. Kliinilise küsimuse nr 3 tõendusmaterjali arutelu ja soovituste kinnitamine

Küsimus: Kas ATH diagnoosimisel lastel ja noorukitel kasutada diagnostilise instrumendina Connersi 3-e või 5–15-e või QB-testi või The Brief Child and Family Phone Interview'i (BCFPI)?

Sekretariaadi liige L. Leppik tutvustas teadusuuringutest pärinevat tõendust kolme töörühma huvitanud instrumendi kohta. Kokkuvõttes oli psühhomeetriselisi näitajaid kajastavate uuringuid vähe. Conners 3e pika versiooni ja 5-15R instrumendi kohta vastav tõendus puudus. 5-15R ei ole ATH spetsiifiline.

QbTesti näitajad tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajad olid madalad ja uuringute tõendatuse aste väga madal. QbTest ei ole ATH diagnostiline instrument. Uuringus ei leitud, et QbTest annaks lisaväärtuse ATH diagnostikas. Uuringus leiti, et QbTest kasutamist võib kaaluda ATH ravi efekti hindamiseks, kui SNAP vanema-õpetaja skaala annab piiripealse tulemuse. Valepositiivsete ja valenegatiivsete testitulemuse risk on suur. Maksumus u 30 eurot kasutuskord.

Conners 3 on tasuline ja hinnad on kõrged. Conners 3-SF (lühivorm) psühhomeetriselisi näitajaid kajastavate uuringute hulk oli väga väike, vaid kaks viimase kümne aasta jooksul tehtud uuringut.

Parimate psühhomeetriseliste tulemustega oli BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview). Tegemist on vaimse tervise spetsialisti skriiningmeetodiga ehk nn teise astme skriinininstrumendiga, mida kasutab koolitatus spetsialist. Seda kasutatakse ka ravi jälgimisel. Kasutatakse ka laiemalt kui ATH hindamiseks (6 domeeni). Teostatav distantisilt, ei eelda patsiendilt võimalust sõita meditsiiniastutusse.

Kinnitati soovitused:

ATH kahtlusega 6-17-aastaselt lapsel või noorukil võite kasutada ATH olemasolu edasiseks täpsustamiseks lisaks kliinilisele hindamisele Brief Child and Family Phone Interview´d (BCFPI). *Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste*

ATH kahtlusega 6-17-aastaselt lapsel või noorukil ärge pigem kasutage ATH diagnoosimisel The Quantified Behavioral Testi (QbTest). *Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste*

5. Kliinilise küsimuse nr 12 arutelu

Küsimus: Kas ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kasutada mittemedikamentooset sekkumist koos medikamentoosse raviga või ainult medikamentooset ravi või ainult mittemedikamentooset sekkumist parema ravitulemuse saamiseks?

Sekretariaadi liige, kes hakkab küsimusele vastuse andmiseks tõendust otsima, soovis täpsustada, millele keskenduma peaks. Töörühm ei soovi eraldi välja toodud sekkumiste kohta tõendust vaid tahab teada, mida uuringutes välja tuuakse. Samuti ei soovita ainult ravimite kohta tõendust. Otsida siis süstemaatilisi ülevaateid, kus on võrreldud sekkumine vs medikamentoosne ravi või ainult mittemedikamentoossed sekkumine. ATH sümptomid kui tulemusnäitaja huvitab samuti töörühma ja seda võiks vaadata ravimi/sekkumise efektiivsuse all.

5. Edasine töö

Järgmiseks koosolekuks, 13.10.2022, valmistatakse ette järgmiste kliiniliste küsimuste tõendusmaterjal.