



## **Ravijuhendi „Aktiivsus-ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosimise ning ravi põhimõtted“ töörühma koosolek nr 10**

16.03.2023 kell 13.00–17.00

Tallinnas (TÜ Tallinna esinduses) ja MS Teamsis

Osalesid töörühma liikmed: Irja Ivarinen (juht), Kerstin Kõiva, Liina Haring, Lille Uibo, Helen Pikkat, Katrin Kaljula, Maire Suurkivi, Ruht Estrin, Liina Hürden, Tanel Peets.

Osalesid sekretariaadi liikmed: Liisa Leppik, Mailis Liiv, Marie Lugenberd, Lilith Napp, Minni Saapar, Kadi Kallavus.

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul osalesid kõik töörühma liikmed.

### **Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte**

#### **1. Huvide deklaratsioonid, eelmise koosoleku protokollis kinnitamine**

Töörühma ega sekretariaadi liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone täiendada.

#### **2. Ravimite kättesaadavuse arutelu**

Arutati ATH ravimite küsimust. Lisdeksamfetamiinil, deksamfetamiinil ja klonidiinil ei ole müügiluba. Tervisekassa seisukoht on, et nende soovitus ei ole rakendatavad ning müügiloo ravimeid sisaldavate soovitus juures oleme väga ebakindlal pinnal, kuna meil puudub igasugune teadmised või mõju avaldamise võimalus konkreetse ravimifirma äriplaanide suhtes. Töörühma seisukoht on, et ravimite valik peab ATHga inimestele laienema.

Pikatoimelist klonidiini ei ole Euroopas saada. Lühitoimeline klonidiin on väga odav (10 eurot või anna selle), aga on ilma müügiloo. Kättesaadav on ta küll, vaid ravimi kirjutamisel peab märkima linnukese, et ei ole müügiloo ravim.

Guanfatsiini soodusravimite loetellu lisamise taotlus on Seltsi poolt käimas. Lisdeksamfetamiini puhul on vaja seltsil taotlus teha. Tervisekassa esindaja tuleb ravimite soovitustest rääkida ning püsisekretariaadi esindaja suhtleb vahepeal Ravimiametiga, et teada saada, milline võimalus oleks saada müügiloo ravimeid.

#### **3. Kliinilise küsimuse nr 14 tõendusmaterjali arutelu ja soovitus koostamine**

Küsimus: Kas ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kasutada pidevat ravi või ravipausi parema ravitulemuse saamiseks?

NICE ravijuhendis käsitletakse seda teemat ja soovitatakse vaadata üle ATH ravi vähemalt 1 kord aastas. Soovitatakse prooviperioode ravimi lõpetamisega või annuse vähendamisega, kui kasude ja kahjude üldise tasakaalu hinnang peab seda kohaseks. Kui otsustatakse ravimiga jätkata, peab selle põhjus olema dokumenteeritud. Ameerika AAP ravijuhendis seda teemat ei käsitleta.

Tõendusmaterjalina võeti aluseks üks metaanalüüs ja neli juhuslikustatud kontrolluuringut. Tõendatuse aste oli madal või väga madal. Uuringud ei käsitlenud otseselt ravipausi, vaid ravi katkestamist. Seega on tõendus kaudsem ravipausi osas. Vastuse sai sellele, et peab hindama korra aastas. Pideva ravi puhul oli tõendusmaterjali põhjal soovitud mõju keskmine või suur. Pideval ravil oli soovimatud mõjud (mis on loogiline). Kõrvaltoimeid peab arvestama individuaalselt.

Mõned lapsed ei võta nädalavahetusel ja suvel ravimeid, mõned võtavad. See on pere otsus. Kahjuks ei ole ravipausi kohta head tõendust. Samas ei ole ravipausi vastu tõendust. Pidev ravimite võtmine stimulantide puhul hakkab toimima kohe, aga tegelikku funktsioneerimise paranemise hindamiseks on vaja seda hinnata mõne aja möödudes.

On vanemaid, kellel ei tekita ravipausi küsimus mingeid vastuväiteid. Samas on vanemaid, kellel tekitab see ebakindlust. Mõned lapsed ja noored teevad seda hea meelega. Enamasti võetakse ravimeid selleks, et koolis/tööl paremini hakkama saada. Ravimid küll aitavad õppida, ent aegajalt on tore olla ka ATH laps, kes on talle iseloomulikku hoogsust ja entusiasmi täis. Kindlasti on juhtumeid kus on vaja ravimit pidevalt võtta. Ravipausi tegemise kohta on mõned mitteaajakohased arusaamad, nt et ravipausi ei tohi teha või peab tegema seoses kasvu, tolerantsuse või ravivastusega.

Kuna uuringutes ei käsitletud pideva ravi ja ravipausi võrdlust, siis ei saa anda vastust selle võrdluse kohta. Tõendus soosib pidevat ravi võrreldes ravi katkestamisega. Ei mõjuta võrdsust, kui lähtutakse patsiendi vajadustest ja soovidest. Pidev ravi on pigem vastuvõetav.

#### **Koostati soovitused:**

ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel eelistage pidevat ravi. *Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste*

ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel hinnake ravivajadus üle kord aastas. *Praktiline soovitus*

#### **4. Tervishoiukorralduslike küsimuste arutelu**

THK küsimused 2 ja 3:

2. Millised on ATH diagnoosimise põhimõtted/tegevused kõigis vanuserühmades (lapsed, noorukid, täiskasvanud)?

- Täiendavad uuringud, nt neuropsühholoogiline uuring
- Analüüsid ja uuringud
- Uimastite tarvitamise määra tuvastamine (ASSIST)

3. Kes püstitab ATH diagnoosi lastel, noorukitel ja täiskasvanutel?

I järk on hindamine. Eesmärk on, et esmane pöördumine on perearsti juurde. Arutati läbi, mis tegevused võiksid toimuda esmasel pöördumisel ja skriinimisel. Need loetletakse üles ravijuhendi lisas – patsiendi käsitluse algoritmis ja antakse ka vastavad soovitused. EKG võiks olla vajadusel, vajaduse kriteeriumid pannakse kirja. Tehtud võiks olla mõõdikuga hindamine, kirjas peaks olema patsiendi kaebused ja toimetulekuraskuse iseloom; iseloomustus/kokkuvõte lasteaiast/koolist; somaatilise seisundi hindamine. Analüüsi (aneemia, kilpnäärme patoloogia, B12 ja D-vitamiini vaeguse välistamiseks) peaks perearst tegema kliinilisel näidustusel ja kui neid ei ole tehtud. EEG jäeti soovitusel välja.

Kui ATH kahtlus on suur, siis on vajalik suunamine psühhiaatrilise abi süsteemi läbi e-konsultatsiooni.

Väikelapseas (alla 6aastased) peaks suunama Rajaleidjasee (vm õppenõustamiskeskusesse), peaks vaatama, millises keskkonnas neid lapsel oleks toimetulek parem ehk peaks olema proovitud psühhoedukatsiooni programmid. Nad ei vaja otseselt psühhiaatrit, aga on ka neid juhte (kui ATH kahtlus on suur), kus on vaja edasi suunata. Alates 6. eluaastast peaks tegema hindamised ja koguma info ning psühhiaatrilise suunama.

II järk on hindamine ja diagnoosi püstitamine ning raviplaani koostamine psühhiaatrilises meeskonnas. See, kellele esmalt tegelema hakkab, on iga meeskonna oma töökorralduse küsimus. Tegema peaks kliinilise intervjuu, mis on vaja teha nii lapse/nooruki kui tema hooldajaga. Töörühm leppis kokku, mis info kliinilise intervjuu käigus koguda. See pannakse soovitusse kirja:

- käesolevad kaebused,
- ATH sümptomite esinemine:
  - millised sümptomid esinevad?
  - kas sümptomid avalduvad käitumises harva või tihti?
  - kas esinevad sümptomid põhjustavad raskusi, kui jah, siis milliseid?
  - mis vanuses sümptomid avaldusid ja milline on olnud sümptomite avaldumise dünaamika?
- üldine toimetulek, millistes valdkondades esinevad raskused (toimetulek lasteaias/koolis, suhted pereliikmetega, sõprussuhted, käitumishäire/kriminaalne käitumine, vaba aja veetmine),
- kaasuvate psüühikahäirete esinemine,
- uimastite, sh alkoholi tarvitamine,
- perekonna, keskkonna ja elustiiliga (nt uni, toitumine, liikumine, ekraaniaeg) seotud olulised asjaolud.

Tõenduspõhise kognitiivse funktsiooni uuring võib anda täiendavat diferentsiaaldiagnostiliselt olulist infot, aga see ei ole rutiinselt vajalik ATH diagnoosi püstitamiseks.

Ei tule eraldi diagnoosi püstitamise peatükki, sest selle kohta on vaid üks lause – diagnoosi püstitab psühhiaater. Tuleb ravi planeerimise peatükk. Ravi planeerimise esimeses etapis on tagasiside ja psühhoedukatsioon.

## **5. Edasine töö**

Järgmiseks koosolekuks valmistatakse ette ravi planeerimise osa ning koosolekul vaadatakse ka eluviiside peatüki info üle.