



Ravijuhendi „Aktiivsus-ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosimise ning ravi põhimõtted“ töörühma koosolek nr 12

18.05.2023 kell 13.00–17.00

Tallinnas 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 Lugenberg, 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. Rakendustegevuste arutelu

Tervisekassa esindaja Laura-Liisa Liivamägi tegi ülevaate rakenduskavast. SNAP on vähemalt mingis osas valideerimisel. SNAPi puhul on valideeritud 18küsimusega õpetajate versioon. Oleks vaja teada, mis näitajatega toimub see vahend Eesti lastevanematel. ASRS-5 ja DIVA skaalad on valideerimata ja selle kohta saaks taotleda innovatsioonifondist toetust (aga seal on omaosalus). BCFPI on hankes olemas ja pakkumused on tulnud. QbTesti kohta peaks läbi mõtlema selge kommunikatsioonistrateegia, kuidas seda vastusoovitust kommunikeerida. Psühhiaatrite seltsi sees arutatakse seda teemat. Tervisekassa maksab kognitiivse funktsiooni uuringu eest, mille raames kasutatakse QbTesti. Seega maksab Tervisekassa selle testi kasutamise eest. Tervisekassa esindaja andis ülevaate arendustegevustest, mille raames luuakse testide platvorm, kus on kõik valideeritud testid kättesaadavad. Töörühm kiidab algatust, aga leiab, et peaks panustama rohkem testide valideerimisse.

Ravimite osas arutati, et metüülfenidaadi pikatoimelist varianti kasutatakse lastel üsna palju ning sellel võiks olla soodustus.

Töörühm leiab, et ravijuhendi üks eesmärk on ravivaliku laiendamine. Ravimite Eestisse saamine on psühhiaatritel olnud pikk ja keeruline protsess. Klonidiini (ei ole müügiluba) puhul on tegemist väga odava preparaadiga ning väikelastel kasutatakse seda palju. Müügiloa taotlemine on pikk ja kallis protsess. Psühhiaatrid on nõus tegema eraldi taotlust ravimi väljakirjutamisel, aga see võiks olla müügilooaga. Klonidiin oli kunagi müügilooaga, aga Tervisekassa esindaja leiab, et see näitab, et ravimifirma teadlik otsus. Klonidiin oli ette nähtud ravimina EMO kohvris kiirabis, muud näidustust ei ole olnud. Ravimiametisse tehtud päringu vastuseks sai töörühm, et Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts on teinud taotluse parenteraalne ravimvormi 0,01%; 0,015% kasutamiseks diagnoosikoodidega I10; R03.0; vastavalt insuldi ravijuhendile. Pikatoimelise klonidiini osas peaks suhtlust Ravimiametiga

suhtlema, sest varem või hiljem see Euroopasse tuleb, kuna tõendus on selle kohta hea. Kui mõelda raha peale, siis guanfatsiin on kallid ja konidiin on odav, siis võiks kasutada odavamalt, kui see mõnele lapsele väga hästi sobib.

Lisdeksamfetamiiniga (pikatoimeline, peagi müügiluba olemas) võib olla nii, et ravivastus on hea, aga pikendatud toime ei ole patsiendile talutav, siis võiks sobida deksamfetamiiniga (ei ole müügiluba), mis on sama toimeaine. Lisdeksmafetamiin laguneb organismis deksamfetamiiniks, aga selle toime ei pruugi sobida (liiga pikk). Kui lisdeksamfetamiin ei sobi, siis praegu saaks kasutada metüülfenidaati, millega ei pruugi olla nii hea ravivastus. Deksamfetamiini tarvitavad mujalt Euroopast tulnud inimesed, keda Eesti psühhiaatrid jälgivad.

Guanfatsiini puhul esitab Eesti Psühhiaatrite selts peagi taotluse soodustingimuste muutmiseks. Sellele järgneb lisdeksamfetamiini taotlus. Lühitoimelise metüülfenidaadi taotluse koostamine ei ole veel täpselt paigas.

Tervisekassa leiab, et ei saa soovitada midagi, mis ei ole tegelikult kättesaadav. See on eksitav nii arsti kui patsiendi jaoks. Kui inimene elab nn poole kohaga kahes riigis ja saab teisest riigist ravimi kätte, siis see ei pea olema Eestis kättesaadav. Ravimifirmad kasutavad ravijuhendeid hoovana läbirääkimistel. Töörühm leiab, et ei tehta ravijuhendit senise töö kokkuvõttena, vaid et parandada „homseid“ ravivõimalusi. Töörühm leiab, et patsientide heaolu ja eetilisi aspekte arvestades ei saa ainult raha ja selle kokkuhoiust lähtuda. Töörühm leiab, et nende ravimite juurde, millel ei ole müügiluba, võiks panna tärn. Tervisekassa esindaja on selle hetkel nõus, sest järgmine arutelu toimub nõukoja koosolekul koos Tervisekassa ravimiosakonna esindajaga, kus seda sama teemat arutatakse.

Arutati hetkepraktikat laste ja noorukite ravivajaduse hindamise kohta. Hetkel toimub see vajaduspõhiselt ja lähtuvalt patsiendi seisundist. Juhendis nüüd antakse soovitus jälgida regulaarselt perearsti poolt ning ravivajaduse hindamine kord aastas psühhiaatrilises meeskonnas. Hetkel on kogu jälgimine psühhiaatrilise abi süsteemis. Konsultatsiooni vormi osas ei ole tähtsustust (kas e-konsultatsioon või muu), peasi, et kontakt luuakse.

3. Ravijuhendi mustandi täiendamine

Arutati patsiendimaterjali koostamise üle. Töörühm leidis, et patsientidele võiks koostada lühimaterjali, voldiku olulisematest sammudest. Töörühm koostab mustandi.

Kogu juhend käidi läbi ja vastati töörühma kommentaaridele. Vajadusel lühendati ja täpsustati teksti. Olulisemate muudatuste arutelud on siin esitatud.

Ravijuhendis on ATH olemasolu esmaseks selgitamiseks kaks mõõdikut ASRS-5 ja ASRS v 1.1. Esimene neist on pikem, viimane lühem versioon. Töörühm arutas, et tegelikult peaks praktilise töö lihtsustamiseks ja raha kokkuhoidmiseks olema soovituses vaid üks mõõdik. Pakutakse välja, et selleks võiks olla lühiversioon ASRS-5. Arutatakse ka, et kas lühiküsimustik võib välja jätta inimesi, kellel tegelikult on ATH. ASRS-5 on uuem ja sellel on parem tõendus. Otsustati, et jääb lühem variant.

DIVA 2.0 on ravijuhendi soovitusel, aga olemas on juba uuem, DIVA 5.0. Tõendust selle kohta veel ei ole, sest see on niivõrd uus mõõdik, aga seda võiks ravijuhendis mainida. Otsustati seda teha.

Soovituste kastisesse pandi viited lisamaterjalidele.

Koostati praktiline soovitus toimiva ravi jätkamise kohta täiskasvanueas: Kui ATH diagnoosiga noorukile määratud monoterapia on efektiivne, siis jätkata seda ka täiskasvanuikka jõudes.

Otsustati, et toimiva raviannusega täiskasvanute jälgimise kohta ei anta soovitust, kuhu on hindamise tegevused lahti kirjutatud. Selgitavas tekstis kirjutatakse üles, mida võiks hinnata. Arutati, kuidas teha nii, et ei juhtuks olukorda, kus patsient käib nii psühhiaatri kui perearsti juures ehk toimuks topelthindamine. Rõhutatakse, et peaks olema stabiilne seisund ehk toimiv raviannus. Dokumenteerimist ei mainita.

Mittefarmakoloogiliste sekkumise soovitustele lisati „tõenduspõhised“, sest sekkumisi ilma tõenduspõhisuseta on ka.

Vaadati üle eluviisi soovitused ja täpsustati tekste, mis on koostatud teiste ravijuhendite eeskujul. Und puuduvat teksti täiendatakse.

Vaadati üle ravimite lisad.

4. Edasine töö

Täiendatakse eluviisi soovitusi. Koostatakse patsiendimaterjal. Koostatakse perearstidele mõeldud patsiendi käsitlemise algoritmid. Kõik materjalid vaatab veel töörühm enne avalikkusele välja saatmist üle. Avalikkusele saadetakse juuni alguses. Juunis on veel üks töörühma koosolek, kus tagasisidet arutatakse.