

# KÜSIMUS

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

SIHTRÜHM:	ATH diagnoosiga laps või nooruk
SEKKUMINE:	mittemedikamentoosne sekkumine koos medikamentoosse raviga
VÕRDLUS:	muud kombinatsiooni
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Stimulandiga monoterapia efektiivsus; Stimulant+mittestimulant kombinatsioonravi efektiivsus; Käitumuslik teraapia+stimulant kombinatsioonravi efektiivsus; Käitumusliku teraapia+KKT+otsese oskuste treeningu multikomponentse ravi efektiivsus; Käitumusliku teraapia efektiivsus; Kognitsiooni parandava treeningu efektiivsus; Vanemate käitumusliku teraapia vs stimulantravi efektiivsus; Kombinatsioonravi vs stimulantravi efektiivsus; Alternatiivse vs stimulantravi efektiivsus; Vanemate käitumusliku treeningu efektiivsus; Koolipõhiste sekkumiste efektiivsus; Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus; Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus; Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus; Neurofeedbacki vs farmakoterapia efektiivsus; Kognitiivse treeningu vs platseebo efektiivsus; Kognitiivse treeningu vs platseebo efektiivsus; Farmakoterapia vs lapse käitumuslik teraapia+vanema ja õpetaja treeningu efektiivsus; Kombinatsioonravi efektiivsus; Vanematele suunatud sekkumiste efektiivsus; Vanematele suunatud sekkumiste efektiivsus; Kognitiivse treeningu efektiivsus; Kognitiivse treeningu efektiivsus; Kognitiivse treeningu efektiivsus; Sotsiaalsete oskuste treeningu kõrvaltoimed;

# HINNANG

## Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAJUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ei</li><li><input type="radio"/> Pigem ei</li><li><input type="radio"/> Pigem jah</li><li><input checked="" type="radio"/> jah</li><li><input type="radio"/> Varieerub</li><li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li></ul>	<p>Koostatava ravijuhendi (RJ) jaoks kaardistati ja hinnati AGREE II instumendiga kolm Euroopa- või rahvusvahelise erialaorganisatsiooni poolt koostatud RJ-t, et leida teaduslik tõendusmaterjal tööühma poolt püstitatud kliinilistele küsimustele vastamiseks ja soovitude andmiseks. AGREE II hinnangute alusel olid kaasamiseks piisava kvaliteediga kaks juhendit:</p> <p>1) Ühendkuningriigi (NICE) juhend: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management NICE guideline Published: 14 March 2018;</p> <p>2) Ameerika (AAP) juhend: Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M et al (2019) Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics.</p> <p>NICE ravijuhend soovib alla 5-aastasel lastel diagnoositud ATH raviks vanematele suunatud treeningprogrammi esmavalikuna ning soovib mitte kasutada ravimit ilma teise spetsialisti otsuseta. Ravimeid soovitatakse alates 5. eluaastast ainult, kui ATH sümptomid põhjustavad olulisi püsivaid kahjustusi vähemalt 1 domeenis peale keskkondlike muutuste rakendamist, kui laps ja nende vanemad/hooldajad on arutanud läbi informatsiooni ATH kohta, on teostatud baashindamine. Soovitatakse kaaluda kognitiiv-käitumisteraapiat lastel ATH diagnoosiga, kes on saanud kasu ravimitest, kuid kelle sümptomid põhjustavad siiski olulist kahjustust vähemalt 1 domeenis (sotsiaalsed oskused kaaslastega, probleemilahendus, enesekontroll, aktiivse kuulamise oksus, tunnetega toimetulek ja nende väljendamine).</p> <p>AAP ravijuhend soovitatakse ordineerida eelkooliealistele lastele (4-6a) tõenduspõhise käitumusliku vanemate treeningud ja/või käitumusliku klassiruumi sekkumisi. Metüülfenidaati võib kaaluda kui need käitumuslikud sekkumised ei taga olulist paranemist ja püsib mõõdukas kuni raske häire 4-5 aastase lapse funktsioneerimises. Kohtades, kus tõenduspõhised käitumuslikud sekkumised ei ole kättesaadavad, peab arst kaaluma riske alla 6-aastasel lapsel ravimiga alustamiseks ravi hilinemisega seotud kahju ees.</p>	

	<p>Algklassi kuni keskkoolieas lastele (6-12a) soovitatakse ATH raviks FDA poolt heakskiidetud ravimeid koos käitumusliku vanemate treeninguga ja/või käitumuslike klassiruumi sekkumisega (eelistatud mõlemad). Hariduslikud sekkumised ja individuaalsed juhised, muuhulgas koolikeskkond, klassi asetus, juhiste asukoht ja käitumuslik toetus, on oluline osa igas raviplaanis ja sageli sisaldavad individuaalset haridusprogrammi või rehabilitatsiooniplaani.</p> <p>Noorukitele (12-18a) ATH diagnoosiga soovitatakse raviks FDA poolt heakskiidetud ravimeid nooruki nõusolekul. Julgustatakse kättesaadavuse korral ordineerima tõendus põhiseid treeningsekkumisi ja/või käitumuslike sekkumisi. Hariduslikud sekkumised ja individuaalsed juhised, sh koolikeskkond, klassi asetus, juhiste asukoht ja käitumuslik toetus, on olulised osad igast raviplaanist ja sageli sisaldavad individuaalset haridusprogrammi või rehabilitatsiooniplaani.</p>	
--	--	--

## Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tühine</li> <li>● Väike</li> <li>○ keskmine</li> <li>○ Suur</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Töögrupi esitatud küsimusele tõendatud vastete leidmiseks võeti aluseks 11 MA/SÜ-d. Enamus uuringud käsitlesid lapsi vahemikus 3-19 aastat, väiksematele vanusevahemikele suunatud uuringud on eraldi välja toodud. Enamus olid randomiseeritud uuringud, jälgimisuuringud on eraldi märgitud.</p> <p><b>Medikamentoosse sekkumise efektiivsus</b>  Stimulandiga monoterapia leiti olevat efektiivsem platseebost, käitumuslikust teraapiast, kognitiivsest treeningust. Kombinatsioonravi stimulant koos mittestimulandiga oli efektiivsem käitumuslikust teraapiast, kognitiivsest treeningust, <i>neurofeedback</i>ist (aga ka eraldi kummagi ravimgrupi efektiivsusest üksinda). Kõikide sekkumistega võrreldes oli stimulandiga monoterapia OR &gt; 2. Kombinatsioonis käitumusliku teraapiaga oli stimulantravi efektiivsem kognitiivsest treeningust ja <i>neurofeedback</i>ist (aga ka eraldi kummagi ravimgrupi efektiivsusest üksinda). Ka siin oli kombinatsioonravi OR &gt;2. (Catala-Lopez 2017)</p> <p>Kombinatsioonis vanemate käitumusliku treeninguga ei erinenud selle mõju stimulantravist üksinda (ES = 0,256; p = 0,140). Stimulantravi oli efektiivsem alternatiivsetest sekkumistest, mille all käsitleti kognitiivset treeningut, hipoteraapiat, fluoksetiini, kaneeli aroomiteraapiat, EEG <i>biofeedback</i>i, liivamänguteraapiat (ES = -0,151; p = 0,314). (Yang 2021)</p> <p>Võrreldes lapse käitumusliku teraapia koos vanema ja õpetaja treeninguga, oli farmakoteraapia efektiivsem tähelepanu parandamises (p = 0,013) (Goode 2018).</p> <p>Farmakoteraapia üksinda ja kombinatsioonis käitumusliku teraapiaga oli efektiivne lastel vanuses 6-11 aastat ATH sümptomite vähendamises kuni 24 kuud. Hilisemal jälgimisel kuni 36 erinevust omavahel või käitumisteraapiaga üksinda, platseeboga ei esinenud (Parker 2013).</p> <p>Kui võrreldi metüülfenidaati üksinda, metüülfenidaati koos <i>neurofeedback</i>iga ja <i>neurofeedback</i>i üksinda, ei leitud nende gruppide vahel olulist erinevust (p = 0,031) (Goode 2018).</p> <p><b>Mittefarmakoteraapilise sekkumise efektiivsus</b>  <b>Käitumuslik teraapia</b>  Jälgimisuuringutega leiti väike kuni keskmine mõju ATH sümptomite leevendamises 10-19-aastastel lastel (kesmine ES = 0,34 – 0,49) (Sibley 2014).</p> <p><b>Kognitiivne treening</b>  Leiti <i>neurofeedback</i>i, EEG <i>biofeedback</i>i ja töömälutreeningu väike mõju ATH sümptomitele (ES = 0,06) (Sibely 2014).</p> <p>Ei leitud GogMed RoboMemo programmi mõju vanemate ja õpetajate poolt hinnatud ATH sümptomitele (kesmine muutus vastavalt 27 vs 28 ja 20,1 vs 22,6), samas 1 jälgimisuuring GogMed sekkumisega leidis 4 kuu pärast oluliselt paremad hindamisskaalade skoorid vanemate poolt hinnatuna</p>	<p>Väikelaste puhul on efektiivsem vanematele suunatud teraapia. Noorukite puhul on tõendus parem kognitiiv-käitumustiku sekkumise puhul.</p> <p>Neurofeedbacki ja kognitiivse treeningu tõhusus üldisele toimetulekule ei ole tõendatud. Sekkumine ei laiene igapäevaelu.</p> <p>Soovitud mõju varieerub kogu sihtrühmast.</p>

	<p>(Goode 2018). Leiti mõõdukas efekt üldistele ATH sümptomitele (SMD = 0,37; 95% CI 0,09 – 0,66; p = 0,01) ja tähelepanupuudulikkusele (SMD = 0,47; 95% CI 0,14 – 0,80; p &lt; 0,01), aga mitte hüperaktiivsusele ja impulsiivsusele. Sensitiivsusanalüüsidega selle sekkumise mõju vähenes ebaoluliseni, jääb kahtlus selle mõju esinemisele koos ravimiga. Töömälutreeningul ei leitud mõju, küll aga mitmeprotsessilisel treeningul (SMD = 0,79; 95% CI 0,46 – 1,12; p &lt; 0,00001). (Cortese 2015)</p> <p><b>Sotsiaalsete oskuste treening</b> Sekkumisel leiti lühiajaline mõju õpetajate poolt hinnatud ATH sümptomitele (SMD = -0,26), kuid pikaajalisel järelkontrollil (2a pärast) mõju ei leitud (SMD = -0,11). Vanemate poolt hinnatud ATH sümptomitele leiti sekkumisel mõju nii lühiajaliselt (SMD = -0,54) kui ka pikemaajalisel järelkontrollil (2a) (SMD = -1,36). Uuritavate endi ja ka vaatelejate poolt hinnatud ATH sümptomite osas sekkumine mõjus ei olnud (vastavalt SMD = -0,77 ja SMD = -3,15). (Storebo 2019)</p> <p><b>Vanematele suunatud käitumuslik teraapia</b> Jälgimisuuringutega hinnati sekkumise mõju mõõdukaks (ES = 0,31) (Fabiano 2015). Võrreldes platseboga oli vanemate treeningprogrammi, vanem+laps treeningprogrammi ja vanema treening+kooli konsultatsiooniprogrammi sekkumistel oluline mõju kuni 6-aastaste laste puhul (SMD = 0,61; 95% CI = 0,40 – 0,83; p &lt; 0,001) (Mulqueen 2015). Vanematele suunatud sekkumiste osas on leitud mõõdukas vähenemine ATH sümptomitele nii üksinda (SMD = 0,68; 95% CI 0,32 – 1,04; p &lt; 0,001) kui ka koos stimulantraviga (SMD = 0,77; 95% CI 0,35 – 1,19; p = 0,004) (Coates 2015), samas võrreldes stimulantraviga ei leitud nende sekkumiste vahel olulist erinevust (ES = -0,030; 95% CI -0,331–0,270; p = 0,842) (Yang 2021).</p> <p><b>Käitumuslike teraapiate kombinatsioon</b> Käitumuslik teraapia koos KKT ja oskuste treeninguga oli efektiivne vanemate poolt hinnatud ATH sümptomite leevendamises noorukitel (12-18a), kuid mitte õpetajate poolt hinnatud. Leiti, et grupi-KKT vähendas suuremal määral vanemate poolt hinnatud ATH sümptomeid (MD = -9,11; 95% CI -11,48 – -6,75; d = 8,4; p &lt; 0,001). (Chan 2016)</p> <p><b>Koolipõhised sekkumised</b> Jälgimisuuringutega hinnati sekkumise mõju mõõdukaks (ES = 0,39) (Fabiano 2015).</p> <p><b>Elukvaliteet</b> Ei käsitletud üheski uuringus tulemusnäitajana.</p> <p><b>Kokkuvõttes on antud tulemuste tõendatuse aste väga madal.</b></p>	
--	---	--

## Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suur</li> <li>○ keskmine</li> <li>○ Väike</li> <li>● Tühine</li> <li>○ Varieerub</li> <li>○ Ei oska öelda</li> </ul>	<p>1 MA-s sisaldus 2 uuringut, mis hindas sotsiaalsete oskuste treeningu kõrvaltoimeid, mida ei esinenud (Storebo 2019).</p> <p>3 uuringus oli kirjeldatud farmakoloogiliste sekkumiste kõrvaltoimeid.</p> <p>1 analüüs oli kokku raporteeritud 96 korral tõsiseid kõrvaltoimeid (32 uuringus kokku 9212 uuritavaga) ja 256 korral ärevust (21 uuringus kokku 2961 uuritavaga), neid tulemusi hinnati ebaoluliseks. Kõrvaltoimetest tingitud ravi lõpetamist raporteeriti 740 juhul (105 uuringus kokku 18 863 uuritavaga). Väga madala kvaliteediga tõendatusega saab väita, et stimulandid, mittestimulandid ja kombinatsioonravi on kõik olnud hästi talutavad võrreldes platseboga (vastavalt OR = 2,38; 95% CI 1,45–3,99 vs OR = 3,11; 95% CI 1,99–5,08 vs OR = 4,54; 95% CI 1,10–20,41). Kõrvaltoimetena on esitatud anoreksiat, kaalulangust, unehäireid, unetust. (Catala-Lopez 2017)</p>	<p>Tühine soovimatu mõju on mittemedikamentoosse sekkumise puhul. Ravimite soovimatu mõju on teada varasematest küsimustest. Medikamentoosse sekkumise ja mittemedikamentoosse sekkumise kombinatsiooni kõrvaltoimed ei erine ainult medikamentoosse ravi kõrvaltoimetest.</p>

	<p>1 analüüsisist raporteeriti farmakoloogilise ravi kõrvaltoimed, milleks olid vähenenud isu, peavalu, ärrituvust, kõhuvalu, iiveldus, unetus, kaalulangus, vererõhutõus, iiveldus, väsimus, oksendamine, somnolentsus. (Chan 2016)</p> <p>1 analüüsisist raporteeriti 3 uuringu alusel kõrvaltoimeid mittefarmakoloogilise ja farmakoloogilise ravi kombinatsioonis, nendeks olid kaalulangus, iiveldus, düspepsia, kõhuvalu, unetus, hüpersomnia, uinumiskäitumised, isutus (Goode 2018).</p>	
--	--	--

## Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Väga madal</li> <li>○ madal</li> <li>○ keskmine</li> <li>○ väga</li> <li>○ kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p><b>Kokkuvõttes on antud tulemuste tõendatuse aste väga madal.</b> Töögrupi esitatud küsimusele tõendatud vastete leidmiseks võeti aluseks 11 MA/SÜ-d. Ka metaanalüüsides hinnati tõendus madalaks või väga madalaks. Peamiseks probleemiks oli raskus psühhosotsiaalsete sekkumiste pimendamisel, mida osades uuringutes peeti võimatuks tagada.</p> <p>Kõige suurema valimiga olid Yang 2021 uuring kokku 9883 uuritavaga ja Catala-Lopez 2017 uuring kokku 8916 uuritavaga. Storebo 2019 uuring käsitles 1379 uuritavat. 1 uuringu analüüsi valimi suuruseks oli 916, 3 uuringul 600-655. 2 uuringu valimid 120-226. 3 uuringul jäid valimid alla 100 ning 4 uuringu täpne valim jäi ebaselgeks.</p>	

## Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ oluline ebakindlus või varieeruvus</li> <li>○ võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus</li> <li>● oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub</li> <li>○ oluline ebakindlus või varieeruvus puudub</li> </ul>	<p>Eraldi süstemaatilist otsingut uuringute leidmiseks, mis käsitlevad kuivõrd inimesed peamiseid tulemeid/tulemusnäitajaid väärtustavad, ei tehtud.</p>	<p>Raske on näha põhjusi miks lapsevanem peaks selliste lähenemiste vastu olema. Üks võimalik põhjus on maksumus. Võimalik, et laps/noor ise ei soovi teraapias käia.</p>

## Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõttu viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust</li> <li>• pigem soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Farmakoloogilised sekkumised stimulantiga olid üldiselt efektiivsemad kui mittefarmakoloogilised sekkumised, mis soosib pigem farmakoloogilist sekkumist. Kombinatsioonis oli efektiivne sitmulantravi koos käitumusliku teraapiaga ja seda ka võrreldes stimulantraviga üksinda. Farmakoteraapia on suuremal määral seostatav soovimatu mõju ehk kõrvaltoimetega.</p>	<p>Stimulantravi+teraapia on efektiivsem, sest ATH laps või nooruk vabab suunamist ja juhendamist, oskuste õpetamist, jms, mida stimulant üksi ei taga. Samuti vajavad vanemaid harimist häirest, oskusi realistlike ootuste sõnastamiseks, lapse päevakava loomiseks, jms.</p>
---	---	---

## Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>• suur kulu</li> <li><input type="radio"/> keskmine kulu</li> <li><input type="radio"/> mitteamestatav kulu ja sääst</li> <li><input type="radio"/> keskmine sääst</li> <li><input type="radio"/> suur sääst</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Eraldi vajaminevate ressursside uuringuid ei otsitud ning kaasatud uuringutes ressursivajaduse teemat ei käsitletud.</p>	<p>Kombineeritud ravi kättesaamine on Eestis erinev: mõned lapsed saavad kasutada REHA teenuseid, teised peavad teraapiat otsime erakliinikutest.</p> <p>Kulu on suur, sest peamiselt on tegemist individuaalteraapiaga, vajalik on rohkemate inimeste väljaõpe, kättesaadavuse suurendamine. Peaks olema riiklikult kõigile kättesaadav. Noortel täiskasvanutel ja noorukitel võib olla käitumuslik grupiteraapia efektiivsem kui individuaalteraapia.</p> <p>Pikas perspektiivis hoitakse kulusid kokku.</p>

## Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Väga madal</li> <li><input type="radio"/> madal</li> <li><input type="radio"/> keskmine</li> <li><input type="radio"/> väga</li> <li>• kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p>Eraldi vajaminevate ressursside uuringuid ei otsitud ning kaasatud uuringutes ressursivajaduse teemat ei käsitletud.</p>	

## Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> soosib võrdlust</li><li><input type="radio"/> pigem soosib võrdlust</li><li><input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust</li><li><input type="radio"/> pigem soosib sekkumist</li><li><input type="radio"/> soosib sekkumist</li><li><input type="radio"/> Varieerub</li><li><input checked="" type="bullet"/> kaasatud uuringud puuduvad</li></ul>	Kulutõhusust käsitlevaid uuringuid ei otsitud.	

## Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> vähendab võrdsust</li><li><input type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust</li><li><input type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust</li><li><input checked="" type="bullet"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust</li><li><input type="radio"/> suurendab võrdsust</li><li><input type="radio"/> Varieerub</li><li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li></ul>	Tervisevõimaluste võrdsust käsitlevaid uuringuid ei otsitud.	<p>ATH spetsiifilist mittefarmakoloogilise sekkumist teevad vähesed spetsialistid.</p> <p>Mittefarmakoloogilise ravi võimalused tervikuna on Eestis piiratud, tõenäoliselt ka tulevikus pikemas perspektiivis mittefarmakoloogilise ravi võimalused koonduvad pigem suurematesse keskustesse (linnaadesse).</p> <p>On patsiente, kes medikamentoosse raviga saavad osalise raviefekti. Mittemedikamentoosse ja medikamentoosse ravi kombinatsiooni kasutamisel võib olla raviefekt ja tegelik toimetulek paremad. Suurem hulk patsiente saavad samaväärse raviefekti võrrelduna nende patsientidega, kes saavad ainult medikamentooset ravi ja saavad piisava efekti.</p>

## Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ei</li><li><input type="radio"/> Pigem ei</li><li><input checked="" type="bullet"/> Pigem jah</li><li><input type="radio"/> jah</li><li><input type="radio"/> Varieerub</li><li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li></ul>	Vastuvõetavust käsitlevaid uuringuid ei otsitud.	<p>Tõenäoliselt on haridusasutustele vastuvõetav, sest laps õpib paremini ja jälgib reeglid paremini. Koolipsühholooge juba koolitatakse.</p> <p>Tervishoiutöötajatele on vastuvõetav. Kokkuvõttes on sekkumine kõigile tõenäoliselt vastuvõetav, kuid rakendamine toob kindlasti lisakulutusi.</p>

## Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ei</li> <li><input type="radio"/> Pigem ei</li> <li><input checked="" type="radio"/> Pigem jah</li> <li><input type="radio"/> jah</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li> </ul>	Teostatavust käsitlevaid uuringuid ei otsitud.	<p>Teostatavust piirab eeskätt spetsialistide puudus.</p> <p>Sageli saavad lapsed stimulantravi üksi, kuid ei saa erinevatel põhjustel kõrvale teraapiat (rahalisel võimalusel, spetsialistide puudus, vanema vähene huvi, jms).</p> <p>Eestis on spetsialistide puudus, sh olemasolevatel spetsialistidel puudub ATH spetsiifiliste mittemedikamentoosete sekkumiste väljaõpe</p> <p>Vanemlusprogramm „Imelised aastad” on Eestis olemas, aga see ei ole ATH-spetsiifiline.</p>

## OTSUSTE KOKKUVÕTE

PROBLEEM	OTSUS						
	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	<b>Väike</b>	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmine	Väike	<b>Tühine</b>		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	<b>Väga madal</b>	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	<b>oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub</b>	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	<b>pigem soosib sekkumist</b>	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	<b>suur kulu</b>	keskmine kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			<b>kaasatud uuringud puuduvad</b>
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	<b>kaasatud uuringud puuduvad</b>
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	<b>tõenäoliselt suurendab võrdsust</b>	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda

**OTSUS**

<b>VASTUVÕETAVUS</b>	Ei	Pigem ei	<b>Pigem jah</b>	jah		Varieerub	Ei oska öelda
<b>TEOSTATAVUS</b>	Ei	Pigem ei	<b>Pigem jah</b>	jah		Varieerub	Ei oska öelda

## SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise vastu <input type="radio"/>	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise poolt <input type="radio"/>	Tugev soovitus teha <input type="radio"/>
--	--	--	--	--

## VIIDETE KOKKUVÕTE