

Kliiniline küsimus nr 3

Kas kõiki 0-7 aastaseid lapsi hinnata rutiinselt standardiseeritud testiga (nt SNAP-IV) aktiivsus-tähelepanuhäire varajaseks avastamiseks võrreldes hindamata jätmisega?

Kriitilised tulemusnäitajad: tervisehäirete vähenemine, ravi- ja tervishoiukulude vähenemine, testi tundlikkus ja spetsiifilisus

Süsteematilised ülevaated

Kokkuvõte süstemaatilistest ülevaadetest

ADHD on neurobioloogiline arenguhäire (*neurodevelopmental disorder*), mille algus on tavaliselt lapseas. Seda iseloomustab püsiv muster tähelepanu nõrkusest ja/või hüperaktiivsusest-impulsiivsusest, mis pole vastavuses arenguliste normidega ning mõjutab isiksuslikku, akadeemilist, perekondlikku ja sotsiaalset funktsioneerimist.

ADHD etioloogia on keerukas ning rolli mängivad mitmed geneetilised, neurobioloogilised ja keskkondlikud riskifaktorid, mis avalduvad indiviiditi erinevalt. Esinemissagedus varieerub ning sõltub lapse vanusest, soost ja komorbiidsusest.

ADHD on krooniline häire ning sel on mõju toimetulekule ja suhetele kodus, koolis ja tööl. ADHD suurendab teiste vaimse tervise probleemide riski, vigastuste (s.h. eksponeeritus vägivalle, riskikäitumisele) ja enneaegsete surmade riski. Selle tulemusel on ADHD-ga isikute elukvaliteet tugevasti häiritud kogu elu vältel. Uus diagnostiliste kriteeriumite kogum DSM-5 nihutab sümptomite võimaliku algusaja varasemalt 6 eluaastalt 12 eluaasta juurde. Sellega saavad tähelepanu patsiendid (valdavalt tüdrukud), kellel on esiplaanil tähelepanuhäire sümptomid, mis ei pruugi varem avalduda funktsionaalse häirena. Vanusega seotult sümptomid vähenevad, kuid ei kao. Funktsionaalsed häired peavad avalduma vähemalt kahes erinevas keskkonnas.

Hinnanguskaalad on üksnes üks hindamisprotsessi komponentidest ning NICE juhendid soovivad, et diagnoosi kinnitamiseks on vaja terviklikku kliinilist ja psühhosotsiaalset hindamist, mitte ainult hinnanguskaala tulemusi. See on nii seepärast, et hinnanguskaalade sensitiivsus ja spetsiifilisus on väiksem kui terviklikul diagnostilisel hindamisel ja nende kasutamisel on suur variatiivsus hindajate seas. Paljud hinnanguskaalad kirjeldavad sümptomeid ilma viiteta sümptomite raskusastmele või vastavusele eakohase käitumisega.

Keskmine vanus ADHD diagnoosimisel on 7 elua.

Sümptomid avalduvad esmakordselt tavaliselt 3-6 a.v.

Asjaolu, et laps on impulsiivne või hüperaktiivne, ei tähenda tingimata, et tal on ADHD.

Kuni 4 a.v. lastest ~40% kohta on lapse vanemal või õpetajal kaebus tema tähelepanu osas. Tähelepanematus ei ole tingimata ADHD tunnus, vaid võib peegeldada muid häireid – nt. kõnehäireid, kuulmislangust jms. Kuigi tähelepanu nõrkus on eelkooliealiste laste hulgas sagedane, ei viita see tingimata häirele ja on enamasti tüüpilise arengu variant. „Häirunud“ tähelepanu avastamine kooli-eelikute seas on keerukas ja samuti ka tähelepanutestide normeerimine selles vanusegrupis. Suuremat hulka lapsi pole ADHD suhtes uuritud enne kooliminekut, kuid AAP juhendite alusel võib ADHD diagnoosimine olla võimalik 4 a.v. lastel.

USA CDC andmetel aastatel 2012-2014 oli laste hulk, kellel vanuses 5-17 elua. diagnoositi ADHD, 10,2%, poiste seas ADHD esinemissagedus 14,1% ja samal ajal tüdrukute seas 6,2%.

Tõendatult esmane ravivalik ADHD-ga kooli-eelikute puhul on vanema juhendamine käitumisteraapiast (*parental training*), nt. *Positive Parenting Program* ja *The Incredible Years*. Paljud kooliealised lapsed reageerivad hästi sekkumistele koolis, nad võivad vajada individuaalset õppekava.

Viited

Kokkuvõtte (abstract või kokkuvõtlikum info)	Viide kirjandusallikale
Esimene süstemaatiline ülevaade Cochrane alusel 12 andmebaasi uuringutest (403 inglise keelset kontroll-grupiga eelretsenseeritud uuringut aastatest 1980-2011 k.a.) sekkumise/raviviiside võrdlemiseks ning pikaajaliste (≥2 aastat) funktsionaalsete muutuste võrdlemiseks. Raviks oli	Arnold LE <i>et al</i> Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. PLoS One. 2015 Feb 25;10(2)

<p>farmakoloogiline, mitte-farmakoloogiline või kombineeritud sekkumine. Paranemine sekkumise järgselt on statistiliselt oluline kõikide sekkumisviiside korral võrreldes ravieelsete tulemustega või ilma ravita ADHD grupi tulemustega. Kõige suurem osa (83% juhtudest) pikaajalistest ja positiivsetest muutustest saavutati kombineeritud raviga. Suurim positiivne muutus oli akadeemilise toimimise, enesehinnangu ja sotsiaalse funktsioneerimise valdkonnas. Paranemine ei sõltunud vanusest sekkumise alguses ega ravi kestvusest.</p>	<p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25714373#</p>
<p>12 andmebaasi alusel hinnati 351 eelretsenseeritud uuringut ajavahemikul 1980-2010. Tulemusi hinnati 9 peamise kategooria alusel: akadeemiline sooritus, antisotsiaalne käitumine, liikluskäitumine, ravimite tarvitamine/sõltuvus, ülekaalulisus, tööhõive, teenuste kasutamine ja sotsiaalne funktsioneerimine. Tulemustes järgmised trendid: ilma ravita ADHD isikutel on halvemad pikaajalised tulemused kõikides valdkondades võrrelduna ilma ADHD-ta isikutega. ADHD ravi parandab pikaajalisi tulemusi enam kui ravita jätmise, kuigi ei pruugita saavutada normaalset taset.</p>	<p>Shaw M <i>et al</i> A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. <i>BMC Medicine</i> 2012 10:99</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22947230</p>
<p>Meta-analüüs 55 uuringust andmebaasides ajavahemikul 1980-2011, milles kasutati üksnes vanema juhendamist käitumisteraapia võtetest (<i>parent behavior training</i> e. PBT). Käitumisteraapial on ADHD riskiga eelkooliealiste ravis suurim tõendatud efektiivsus.</p>	<p>Charach A <i>et al</i> Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. <i>Pediatrics</i>. 2013 May;131(5):1584-604</p> <p>http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/e1584.long</p>
<p>Meta-analüüs andmebaasides leiduvatest esinemissageduse näitajatest 175 uuringus, kui kasutati erinevaid diagnostilisi kriteeriume (DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV) erinevates riikides. Esinemissagedus 7.2% (95% usaldusväärsusega) ning puudusid statistiliselt olulised erinevused erinevate kriteeriumite vahel.</p>	<p>Thomas R <i>et al</i> Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>Pediatrics</i>. 2015 Apr;135(4):994-1001</p> <p>http://pediatrics.aappublications.org/content/135/4/e994.long</p>
<p>Süsteemaatiline ülevaade 86 uuringust laste ja noorukite kohta (~164 tuhat isikut). Diagnostiliste alatüüpide analüüs tõi esile, et kõige levinum on tähelepanuhäire alatüüp, kuid kombineeritud alatüüp saab kõige enam juurdepääsu ravile. Ei leitud olulist erinevust riigiti või regiooniti. Seega kinnitus ADHD kategooria valiidsus ja kummutati hüpotees, et tegemist on kultuurilise konstruktiga (nt spetsiifiline USA-s).</p>	<p>Willcutt EG The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. <i>Neurotherapeutics</i>. 2012 Jul;9(3):490-9</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22976615</p>
<p>Taani laste epidemioloogiline uuring (Copenhagen Child Cohort CCC 2000 hõlmas 6090 last, kes sündisid 2000 aastal), kus andmed laste vaimse tervise ja arengu kohta pärinesid õdede koduviitidest. 18%-l 1:6 a.v. lastest leiti vaimse tervise probleeme. Neurobioloogilised häired (s.h. ADHD) seostusid pre- ja perinataalsete bioloogiliste riskidega. Lapse emotsionaalsed, käitumuslikud, söömise ja unega seotud probleemid on omakorda</p>	<p>Skovgaard AM Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study <i>Danish Medical Bulletin [Dan Med Bull]</i>, 2010 Oct; Vol. 57(10), pp. B4193</p>

<p>riskifaktoriks laps-vanem suhte häirumisele ning on bioloogiliste riskide peamine mediaator. Esmakordselt näidati üldpopulatsiooni uuringus, et juba 1:6 a.v. lastel on väljendunud vaimse tervise probleemid. Uuring rõhutab vaimse tervise skriinimise potentsiaali.</p>	
<p>Kohort-uuring 5249 lapse kohta, kes sündisid 1993.a. Pelotas, Brasiilias ja keda jälgiti kuni 18-19 a.v. saamiseni. Uuring toob esile oletuse, et on 2 trajektoori ADHD puhul: algus lapseas ja algus noorukieas. DSM-III ja DSM-IV ja DSM-IV-TR kriteeriumiks, et sümptomaatika algus peab olema enne 7. elua.; DSM-5 kriteerium, et sümptomid peavad avalduma enne 12. elua. 11 a.v. lapsi hinnati SDQ alusel, kusjuures äralõikepunkt 8 tagas 85,7% sensitiivsuse ja 67,4% spetsiifilisuse. Lastel ADHD 393-l e. 8,9% ja noorukitel 492-l e. 12,2%. ADHD laste seas meessoost indiviidide ülekaal (63,9%, kogu grupis 47,9%), ADHD noorukite seas naissoost indiviidide ülekaal (61%, kogu grupis 49,6%) ning see erinevus püsis isegi siis, kui elimineeriti komorbiidsuse mõju. ADHD laste grupist 15,3% püsis sümptomaatika ka noorukieas, 73,3% polnud sümptomaatika, 11,5% ei olnud hiljem leitavad. 87% noorukite ADHD grupist polnud ADHD sümptomeid lapseas. ADHD noorukite seas rohkem liiklusõnnetusi, vägivaldakaritegusid, vahistamisi ja komorbiidsust teiste vaimse tervise probleemidega. ADHD lastel ja noorukitel on rohkem suitsiidkatseid. Hoolimata sellest, et on ADHD noorukeid, kelle sümptomaatika ei ole avaldunud lapseas, saab ometi rääkida <i>neurodevelopmental</i> häirest, mille algus on hilisem.</p>	<p>Caye A <i>et al</i> Attention-deeficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood. Evidence From a British Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome JAMA Psychiatry, 2016; 73(7):705-712</p>
<p>Sünnikohort-uuringuga Uus-Meremaal (Dunedin) jälgiti 38 a. vältel 1037 last kes sündisid 1972.-73.a. ADHD esinemissagedus lapseas oli 6%, noorukitel 3%, kuid gruppide kattuvus oli väike. 90%-l ADHD noorukitest puudusid ADHD sümptomid lapseas.</p>	<p>Moffitt TE <i>et al</i> Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence form a four-decade longitudinal cohort study. A J Psychiatry 2015; 172(10):967-977</p>
<p>Esimene ulatuslik rahvuslik detailne uuring selle kohta, kuidas ADHD diagnoositakse (hõlmas 2014 a. andmeid ADHD lastest ja 2011-2012 a. andmeid laste tervise uuringust). Pooled ADHD lastest diagnoositakse esmatasandil (pediaater), 9/10 juhul kasutatakse hinnanguskaalasi ja 8/10 juhul kasutatakse teist informanti lisaks lapsevanemale. ADHD diagnoosiga lastest ¾ diagnoositakse vanuses <9. elua., neist omakorda 1/3 <6. elua. Esmane kaebus lapse käitumise kohta tavaliselt lapsevanemal. Kui esmane dgn psühhiaatril, siis need lapsed on nooremad kui 6 a.v.</p>	<p>Visser SN <i>et al</i> Diagnostic Experiences of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Centers for Disease Control and Prevention National Health Statistics Reports 2015; No 81:1-7</p>
<p>ADHD esinemissagedus sõltub kriteeriumidest, mida rakendatakse sümptomaatika hindamisel.</p>	<p>McKeown RE <i>et al</i></p>

<p>Hinnati laste hulka Lõuna-Carolina ja Oklahoma koolides vanuses 4-13 elua., kes vastasid ADHD kriteeriumidele DSM-IV ja DSM-5 järgi. DSM-5 rakendamisel esinemissagedus tõusis 9%-lt 11%-ni (varem pidid sümptomid avalduma enne 6 a.v. saamist). Selge vähenemine esinemissageduses, kui rakendati rohkemaid diagnostilisi kriteeriume.</p>	<p>The Impact of Case Definition on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Prevalence Estimates in Community-Based Samples of School-Aged Children <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> 2015;54(1):53-61</p>
<p>NSCH rahvuslik telefoniküsitlus juhuslikul läbilõikevalimil (>95 tuhat intervjuud vanematega) aastatel 2003–2004, 2007–2008 ja 2011–2012. Keskmiselt 8 a.v. said dgn ADHD kerge sümptomaatikaga lapsed. Keskmiselt 7 a.v. said dgn ADHD mõõduka sümptomaatikaga lapsed. Keskmiselt 5 a.v. said dgn ADHD väga väljendunud sümptomaatikaga lapsed. Tõsisema sümptomaatikaga lapsed jõuavad diagnoosini varem, valdavalt psühhiaatri vahendusel.</p>	<p>Visser S. <i>et al</i> Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD disorder: United States, 2003–2011. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i>. 2014,53(1):34–46.e2</p>
<p>247 õpilast 10-st koolist. Hinnati, milline on parim viis, kuidas jõuab informatsioon koolist meedikuteni. Avatud küsimuse abil hindasid õpetajad, et igal viiendal lapsel on ADHD, standardiseeritud lõikepunktiga kitsa (<i>narrow-band</i>) küsimustiku abil oli selliseid õpilasi 11,3%; standardiseeritud laia küsimustiku abil (<i>broad-band</i>) oli selliseid õpilasi 5,3%. Mõlema instrumendi psühhomeetrilised omadused on head ning nende täitmine on lihtne; ka on mõlemad vabavaralisena kättesaadavad. Diagnostiliselt parim oli kitsa küsimustiku kasutamine. Seega, skriiningstrateegia kasutamisest oleneb see, millised on tulemused. Laia küsimustikuna oli kasutusel SDQ õpetaja versioon, milles on 5 küsimust ADHD kohta, kuid see ei sobi skriinimiseks koolis, sest rohkelt on vale-negatiivseid juhtumeid, tundlikkus tähelepanuhäire suhtes on madal. SNAP-IV on laialdaselt kasutusel nii kliinilises kui ka haridussüsteemis ning eristab käitumuslike probleemidega lapsi hästi nendest lastest, kellel selliseid probleeme pole; ka hinnatakse selle instrumendiga raviga seotud sümptomaatika muutusi.</p>	<p>Kieling RR Searching for the best approach to assess teachers' perception of inattention and hyperactivity problems at school. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> 2014,23:451-459</p>
<p>Retrospektiivne kirjeldav uuring: kuues Euroopa riigis vaadati läbi 779 pt haiguslood, kes said ADHD diagnoosi aastatel 2004-2007 ja kelle ravi kestis vähemalt 2 aastat. Euroopa riigid varieeruvad diagnostilise lähenemise ja komorbiidsuse hindamise poolest ning sümptomite kontrolli alla saamise ja raviga rahulolu poolest. Kuigi üldised epidemioloogilised näitajad ei erinenud oluliselt, siis kasutati erinevaid diagnostilisi kriteeriume ja sümptomite raskusastet hinnati erinevalt. ICD-10 alusel diagnoosides suurem tõenäosus samaaegselt tähelepanuhäire ja hüperaktiivsuse sümptomiteks kui DSM alusel diagnoosides. 39% lastest ei saanud käitumisteraapiat seletamatutel asjaoludel, 80%-l juhtudest alustati sekkumist tabletiraviga.</p>	<p>Setyawan J <i>et al</i> Variations in Presentation, Diagnosis and Management of Children and Adolescents with ADHD Across European Countries. <i>J Attent Disord</i>, 2015</p>

<p>Veebipõhine läbilõike uuring 6-17 a.v. lastega peredes nov.2012-apr.2013 Taanis, Soomes, Prantsusmaal, Saksamaal, Itaalias, Hollandis, Norras, Hispaanias, Rootsis ja UK-s. ADHD diagnostilised ja sekkumispraktikad varieeruvad riigiti. Noorim keskmine vanus diagnoosi saamisel on Prantsusmaal 6.3 aasta ja vanim Rootsis 8.3 aastat. Hooldajatelt saadud andmed sümptomaatika raskusastme kohta varieeruvad riigiti, sõltudes kultuurilistest hoiakutest ja taluvusest hüperaktiivsuse suhtes (näitaja lastest, kellel on tõsine sümptomaatika Itaalias 12% ja Saksamaal ning Hollandis 33%). Käitumisteraapia kasutamine on suurim Itaalias, Saksamaal ja Hispaanias (ühtlasi seostatakse seda parema ravisoostumusega) ja harvem Hollandis, Prantsusmaal ja UK-s.</p>	<p>Flood E <i>et al</i> The Caregiver Perspective on Paediatric ADHD (CAPP) survey: Understanding sociodemographic and clinical characteristics, treatment use and impact of ADHD in Europe. <i>J Affective Disorders</i> 2016; 200:222-234</p>
<p>ADHD lastel on risk paljudeks terviseprobleemideks tulevikus, nende kulutused tervishoiule on 2x suuremad kui ilma ADHD-ta populatsioonis, 1,5x suurem risk sõltuvushäire kujunemiseks (tubakas, alkohol, narkootikumid), impulsikontrolli probleemid toovad kaasa ka ülesõõmishäirete kujunemise, ülekaalu tekkimise, suurendavad riskikäitumist liikluses, olmes (õnnetused, vägivallakuriteod) ja seksuaalsuhetes (sugulisel teel levivad nakkused, soovimatu rasedus), ka suremuse näitajad on selles populatsioonis suuremad.</p>	<p>Schoenfelder EN, Kollins SH ADHD and Health Risk Behaviors: Toward Prevention and Health Promotion. <i>J Pediatr Psychol</i> 2016; 41(7):735-740</p>

Ravijuhendid

Kokkuvõtte ravijuhendites leiduvast

Seixas *et al*, 2012

2012. a. avaldatud süstemaatilises ülevaates rahvusvaheliste ja rahvuslike ADHD ravijuhiste hindamisest AGREE-ga oli vaatluse all oli 13 ravijuhist 10-st erinevast meditsiiniassotsiatsioonist. Erinevad ravijuhised peegeldavad erinevaid riike ja tervishoiusüsteeme, samuti on suunatud erinevatele erialadele alates esmatasandist kuni kolmanda tasandini.

Vaadeldavad ravijuhised on avaldatud 11 aasta vältel ja toetuvad andmetele, mis on olnud sel ajal kättesaadavad; see seletab teatavat kronoloogilist variatiivsust soovitustes.

Kõik juhised ühtivad selles, et ADHD diagnoos baseerub põhjalikul kliinilisel intervjuul, mis haarab vaimsete võimete hindamist, raskuste, arengukäigu, komorbiidsuse ja pereanamneesi hindamist, samuti ka kehalisi uuringuid. Kõik ravijuhised näevad ette perekonna intervjuerimist. Kõik juhised nõustuvad selles, et kliiniline intervjuu on ADHD hindamise "kuldstandard", samal ajal, kui standardiseeritud hinnanguskaalad täiustavad hindamise reliaablust, ulatust ja efektiivsust. Kõikides ravijuhistes rõhutatakse ka vajadust kehalise ja psühhiaatrilise komorbiiduse välistamiseks.

Ravijuhiste täitmine kohapeal on väljakutseks erinevatele tervishoiusüsteemidele majandusliku surve, traditsioonide ja kohalike eripärade tõttu, seepärast pole tõenäoline, et suudetaks täita kõiki ravijuhendite soovitusi. On kasulik, kui kohalikud protokollid on kohandatud lokaalsele reaalsusele

NICE ja SIGN ravijuhistel leiti AGREE põhjal olevat ülihea metodoloogiline kvaliteet. Need ravijuhised on koostatud ekspertidelt praktikutele ega ole valitsusasutuste kehtestatud standardid.

NICE, 2009

ADHD-ga laste avastamine

ADHD universaalset sõelumist ei teostata ei lasteaias ega koolis. Kui käitumisprobleemidega või ADHD kahtlusega laps saadetakse HEV koordinaatori juurde, siis lisaks lapse abistamisele peab HEV koordinaator teavitama vanemat kohalikest vanemakoolituse või haridusprogrammidest.

Abistamise järgmisele astmele suunamine haarab haridus-, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialiste (nt PA, pediaater, psühholoog, HEV koordinaator, sotsiaaltöötaja) ning abistamismudelid varieeruvad piirkonniti. Sellise edasisuunamise juures on vajalik informeerida ka lapse perearsti. Kui kahtlus ADHD-le viitavate käitumuslike ja/või tähelepanu probleemide kohta tekib esmatasandil, siis peab perearst hindama probleemi sügavust, selle mõju lapsele endale ja perele ning selle ulatust valdkonniti ning erinevates keskkondades. Kui ADHD-le viitavatel käitumuslike ja/või tähelepanu probleemidel on ebasoodne mõju lapse arengule või pere elukorraldusele, siis peab perearst otsustama kuni 10 nädalat kestva jälgimisperioodi kasuks, suunates samal ajal vanema või hooldaja vanemakoolituse programmi (sellega ei pea ootama ADHD diagnoosi formaalse kinnitamiseni). Kui seejärel püsib veel mõõdukas käitumuslik ja/või tähelepanu probleem, siis peab lapse suunama edasi diagnostikaks lastepsühhiaatrile. Kui lapse käitumuslik ja/või tähelepanu probleem viitab tõsisele häirele, siis tuleb ta otsekohe suunata diagnostikaks edasi lastepsühhiaatrile. Vanemakoolituse grupid on mõeldud käitumuslike probleemidega lastele. Esmatasandi raviarst ei püstita esmast diagnoosi ega alusta ADHD kahtlusel tabletiravi. ADHD kahtlusel tuleb suunata patsient edasisteks uuringuteks lastepsühhiaatri juurde, kes on spetsialist ADHD alal.

ADHD on valiidne kliiniline häire, mida tuleb eristada kaasnevatest häiretest (väga sageli komorbiidne häire) ja ADHD erineb normotüpsusest hüperaktiivsuse/impulsiivsuse kõrge taseme ja/või tähelepanu nõrkuse tõttu, mis toob kaasa märgatavaid häireid psühholoogilises, sotsiaalses ja/või hariduslikus või tööalases toimimises, mis avaldub mitmetes valdkondades ja keskkondades ning on püsiv. ADHD diagnoosi püstitab psühhiaater, kellel on ekspertiis ADHD diagnoosimiseks põhjalike kliiniliste ja psühhosotsiaalsete uuringute järel. --- ADHD diagnoos ei tohi toetuda üksnes hinnanguskaalale või vaatlusandmetele, kuigi hinnanguskaalad nagu Conners'i skaala või Tugevuste ja raskuste küsimustik on väärtuslikud täienduseks ja vaatlusandmed nt. koolist on kasulikud, kui on kahtlusi sümptomite osas.

SIGN, 2009

ADHD kahtlusega puutub esmaselt kokku kas esmatasandi tervishoiutöötaja või haridus- või sotsiaaltöötaja. Esialgse hindamise juures on vaja koguda informatsiooni otsustamiseks edasisuunamine spetsialisti juurde. Mainitud on mõnesid hinnanguskaalasid, kuid mitte esialgse hindamise kontekstis.

AAP, 2011

Esmatasandi arst peaks algatama ADHD hindamise kõigi 4-18 a. vanuste laste ja noorukite kohta, kellel on akadeemilisi või käitumuslike probleeme ning sümptomeid tähelepanu nõrkusest, hüperaktiivsusest või impulsiivsusest (Tugev soovitus).

ADHD diagnoosimiseks peab esmatasandi arst hindama, kas on täidetud DSM kriteeriumid (s.h. dokumenteerima häire esinemise rohkem kui ühes keskkonnas). Informatsiooni peab hankima vanematelt ja õpetajatelt. Ka peab esmatasandi arst välistama nende sümptomite teised alternatiivsed põhjused (Tugev soovitus).

Hindamisel ADHD suhtes peab esmatasandi arst silmas pidama teisi seisundeid, mis võivad esineda koos ADHD-ga, s.h. emotsionaalseid, käitumuslike, arengulisi ja kehalisi (Tugev soovitus).

Esmatasandi arst peab ära tundma ADHD kui kroonilise häire ja käsitlema ADHD-ga lapsi kui erivajadusega lapsi. Erivajadustega laste jälgimine peab toimuma samuti kui kroonilise haige jälgimine (Tugev soovitus).

ADHD-ga lapse ravisoovitused varieeruvad sõltuvalt patsiendi vanusest:

Kooli-eelses eas lastele (4–5 a.v.) peab perearst esmase tõenduspõhise ravivalikuna soovutama käitumisteraapiat (Tugev soovitus).

Algkooli-ealistele lastele (6–11 a.v) peaks perearst määrama sobiva ADHD ravimi (Tugev soovitus) ja/või käitumisteraapia, eelistatult mõlemad (Tugev soovitus).

AACAP, 2007

Soovitused skriininguks. 1. ADHD skriining peaks olema osa iga patsiendi vaimse tervise hindamisest [MS]. ADHD skriinimiseks tuleb küsitleda ADHD suhtes spetsiifiliste valdkondade kohta (tähelepanu nõrkus, impulsiivsus, hüperaktiivsus) ning uurida, kas need sümptomid häirivad

funktsioneerimist. Neid skriiningküsimusi tuleb küsida hoolimata kaebuste iseloomust. Hinnanguskaalad ja spetsiifilised küsimustikud peavad olema tervisekeskuse materjalide hulgas, mida vanem enne visiiti täidab. Kui hinnanguskaalal on mõni skoor kliinilistes väärtustes, siis tuleb läbi viia täiendav hindamine. --- Kui patsiendi seisund ei allu ettenähtud ravile, siis tuleb käivitada ADHD diagnoosi ümberhindamine. Sel juhul tuleb kõne alla suunamine lastepsühhiaatri vastuvõtule.

ESCAP, 2004

Esmatasandil on esmaseks vastutuseks avastada ADHD sümptomid. Selleks on hinnanguskaalad vanematelt ja iseloomustused õpetajatelt hindamaks, et need on tõepoolest probleemiks, mitte üksnes vähese unega seotud või käitumuslik probleem. Peab hindama ka kehalist tervist, et nende sümptomite taga poleks kehalist haigust, peab kontrollima kuulmist ja välistama epilepsia. --- Pole tõenäoline, et üksinda töötav esmatasandi arst suudaks läbi viia igakülgset hindamist ilma multidistsiplinaarse sisendita.

EPS, 2014

Eesti Psühhiaatrie Seltsi koostatud ATH ravijuhises ei kajastu esmatasandi rolli häire avastamisel ega toimetuleku jälgimisel.

Kokkuvõttes

Erinevad ravijuhised kajastavad esmatasandi rolli ADHD avastamisel ja raviotsuses erinevalt.

Kõige suurem vastutus nii avastamise, diagnoosimise kui ka kergematel juhtudel ravimise eest lasub esmatasandil Ameerikas (AAP, AACAP).

Euroopas nähakse esmatasandi arsti vastutuseks ADHD sümptomite avastamist (ESCAP) ja andmete kogumist hinnanguskaalade ja õpetajate iseloomustuse kaudu (ESCAP); samas on viide multidistsiplinaarse lähenemise vajadusele.

Maailmas kõige aktsepteeritumates soovitusetes on perearst see, kes saab teavet lapse käitumuslikest ja/või tähelepanu probleemidest HEV koordinaatorilt, suunab pere kergematel juhtudel vanemakoolitusprogrammi (ei ole eeldatud kinnitatud ADHD diagnoos) ning raskematel juhtudel lastepsühhiaatrile diagnostikaks (NICE).

Eesti ATH ravijuhendis pole esmatasandi arsti rolli kohta häire avastamise juures ühtki viidet. Ka pole Eestis reglementeeritud mõlemasuunaline koostöö haridus- ja tervishoiusüsteemi vahel ning perearstil pole võimalusi suunamiseks käitumisteraapiasse (vanemakoolitusprogrammidesse).

Konkreetsed hindamiskaalad – Conners ja Tugevuste ja raskuste küsimustik on loetletud näitena NICE juhendis.

1. Seixas M, Weiss M, Müller U. Systematic review of national and International guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder – J Psychopharmacol 26(6) 753-765, 2012
2. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, adolescents and adults. NICE Clinical guideline, 2009
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-975625063621>
3. Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>
4. ADHD: Clinical Practice Guideline for the diagnosis, Evaluation, and Treatment on Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in Children and Adolescents. American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline, 2011
<http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1007>
5. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CADDRA, 2011

[http://www.caddra.ca/practice-guideshould not be undertakenlines/download](http://www.caddra.ca/practice-guideshould_not_be_undertakenlines/download)

6. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007 - J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46:7, July 2007
https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/practice_parameters/jaacap_adhd_2007.pdf
7. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – First upgrade. Taylor E. et al. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004; 13 Suppl 1:17-30
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15322953>
8. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravijuhis. Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014
9. ADHD Rating Scale-5 for Children and Adolescents: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, Robert Reid Guilford Publications, 2016