

Lapse tervise juhendi käsitus

Töörühma protokoll nr.

kuupäev	9.november kl 14.00 – 17.20
Koht	Sotsiaalministeerium, Gonsiori 29
Osalejad	Töörühm: Anne Minka, Katrin Poom, Tiina Käi, Tiina Tõemets, Sirje Sammul, Mari Laan, Marge Mahla, Helina Pedak, Reet Laidoja, Vivian Arusaar, Liis Toome, Triinu Tänavsuu, Pille Andresson, Heli Grünberg, Katrin Kippar. Sekretariaat: Maarja Karu, Kai Teeäär, Liisa Saare, Siret Läänelaid, Kutsutud: Kati Valma lastekaitsetöötaja, Liis Reiter RTO-s, Maret Lepplaan (TÜK)
Puudujad	Riin Naestema, Sirje Kõvermägi, Le Vallimägi, Külli Friedemann, Marit Kuusk Irma Nool, Marje Oona.
Juhatajad	Anne Minka ja Ulla Raid
Protokollija	Mare Toompuu
Päevakord:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huvide deklareerimine ja töörühma otsustusvõime kinnitamine. 2. Kliiniline küsimus 8 3. Ülevaade soovitude kinnitamise tabelist 4. Kliiniline küsimus 1 5. Kliiniline küsimus 2 6. Kliiniline küsimus 5
Vastuvõetud otsused:	Marge Mahla arvata töörühmast välja ja ämmaemandana on töörühmas Eesti Ämmaemandate Ühingu esindajana Sirje Kõvermägi. Kati Valma kaasatud ekseperdina töörühma koosolekule.
Peamised arutelu teemad ja edasised tegevused	<p>Huvide deklareerimine ja töörühma otsustusvõime kinnitamine Huvide deklaratsioonid on üle vaadatud, meetmete kasutamine ei ole vajalik. Kohal on 12 töörühma liiget, mistõttu puudub koosolekul kvoorum ja soovitusi kinnitada ei saa. Töörühma koosseisu osas leiti, et kuna töörühmas ei ole ametlikult asendusliikmeid, siis jääb Eesti Ämmaemandate Ühingu esindajaks Sirje Kõvermägi. Marge Mahla arvatakse töörühmast välja. Vivian Arusaar on töörühmas kui ämmaemand, aga mitte Eesti Ämmaemandate Ühingu esindajana. Kokku on töörühmas 19 liiget. Kati Valma jääb osalema eksperdina spetsiifiliste küsimuste juures.</p> <p>Kliiniline küsimus 8 Kõrvaarstide poolt osales küsimuse arutelus dr Mare Lepplaan, kes on ühtlasi ka audioloog. M. Karu andis ülevaate tõendusmaterjalidest. Kuulmislanguus on leitav ka kooliealistel lastel ka nendes riikides, kus toimib hästi vastsündinute kuulmiskriining. See tähendab, et suur osa kuulmislanguusest tekib peale sündi ja võib süveneda. Skriiningaudiomeetria on kuulmislanguuse avastamiseks tundlik ja toimiv meetod. Küsimuseks on see, et teeksime soovitude skriiningaudiomeetria suhtes, mida võiksid hakata tegema perearstid, siis kas see on perearstide meelest</p>

Eestis tehtav ning mis võiks olla vanusgrupp ja kas peaks tegema korduvalt? Samuti milline peaks olema aparatuur ja mis see omakorda kaasa tooks?

M. Lepplaane arvates on kuulmisskriining teostatav ja vajalik, samas süsteem peab hästi toimima, kõrvaarstile edasi suunamine, tulemuste salvestamine, aparatuur peab toimima ja olema iga-aastaselt kalibreeritud, mis on üsna kulukas perearstikeskusele. Perearstid kes uuringut teevad, peavad oskama tagasisidet anda lapsevanematele. Kui kõik vajalikud lülid saaks toimima ja kompetents on olemas, siis oleks kuulmisskriining väga vajalik. On lapsi, kes on sünnitusmajas läbinud kuulmisskriiningu (puhas toonaudiomeetria, mida tehakse erinevatel helisagedustel). Kui laps toonaudiomeetriat ei läbi, siis nt iirlastel, siis laps kaks korda ei ole läbinud testi, siis suunatakse edasi. Saab teha ka tümpanomeetriat.

Oleks hea, kui tehtaks toonaudiomeetriat ja tümpanomeetriat kombinatsioonis. Sosintesti asemel võiks teha kõneteste. Tümüpanomeetria hind ca 2000 eurot, kalibreerimine ca 1000 eurot.

Töörühmas arutati, et mõistlik oleks teha kuulumistest – tümpanomeetria - küsimustik vanematele, seejärel saab otsustada eriarstile edasi suunamist.

L. Toome arvates kuulmisskriininguga alustades oli eesmärk oli 38 elukuud ehk selle teostamisel 3-4 eluaasta vahel avastati kuulumishäired ilma aparadita Vanemad saavad selleks ajaks aru, et lapsel on kuulumisprobleemid. Võiks jääda vastsündinute skriining ja riskiteguritega skriining.

R. Laidoja arvates võik teha kõnetesti, tümpanomeetria, sosinkõne ja kellel võimalus - toonaudiomeetria.

M. Laane arvates ühise küsimustiku võiks kõigile teha.

Töörühmas leiti, et vajalik on selgitada välja lapse kuulumislangusega seotud riskifaktorid. Riskifaktoritega laps tuleks suunata edasi erialaspetsialistile.

Riskifaktoriteta lastel tuleks selgitada välja lapse kuulumisharjumisi koostöös lapse ja lapsevanemaga. Heli hargi kasutamist ei soovita kasutada, kuna on subjektiivne. Sosinkõne võiks olla komplektis muudega, sest kuulmine keeruline protsess. Kõnetestid on paremad kui sosinkõne.

Kõnetestid on Eestile valideeritud. Litsentsi osas tuleb enne otsustamist uurida, mis tingimustel seda saaks kasutada. Vaja ka venekeelset valideeritud teste vene lastele.

M. Lepplaan saadab töörühmale küsimustikud teatud vanuses lastele (küsimustik lapsevanemale).

Töörühma arutelu leiti, et 5 ja 7 aastasele lapsele võiks teha: anamnees, vestlus lapsega, otoskoopia, sosinkõne või kõnetest. Täpsustada riskifaktoreid.

Ettepanek soovituste sõnastuseks:

Selgitage kõikide alates 5 aastaste laste kuulumislangusega seotud riskifaktorid. Riskifaktoriteta lastel selgitage lapse kuulumisharjumusi koostöös lapsevanemaga.

Testige kõiki üle 5-7 aastaseid lapsi kuulumislanguse avastamiseks anamneesi (vestlus lapsega), sosinkõne või kõnetestid ja kasutage otoskoopi.

Erialaspetsialisti (KNK arst, audioloog) juurde suunake laps juhul, kui anamneesi ja/või läbivaatuse alusel jääb kahtlus kuulmislangusele või kõne areng on hilistunud.

Riskifaktorite ilmnemisel (kas ainult??) suunake laps erialasepetsialistile (audioloogile).

Ülevaade soovitude kinnitamise tabelist – U. Raid.

Küsimus 6 - sõnastust vaja täpsustada.

Küsimus 7 - täpsustada testid kõõrdsilmsuse uurimise suhtes, täpsustada silmatabel.

Maarja täpsustab ja sinna saab sõnastuse.

Küsimus 9 – kui kõik töörühma liikmed vastavad, siis on korras.

Küsimus 11 – vajalik täpsustada.

Kliiniline küsimus 1

K. Teeäär tegi tõendusmaterjalide ülevaate. Osad riigid soovivad kognitiivse arengu skriinimist teha kõigile, osad soovivad selektiivselt teha. Selgeid ravijuhiseid kognitiivse arengu tuvastamiseks ei ole eriti leida. Inglismaal kasutavad arengu jälgimise programmi. Ameerikas juhised, mis toovad välja kognitiivse arenguga seotud valdkonnad vanusgruppide kaupa. 9 kuu ja 30 kuu vanuses kõigi laste arengu skriinimine. Nimetatakse ka 18 kuu vanuses. Kanada tugev soovitus, mitte skriinida. Arengu jälgimine, arengu verstapostid, arengu skriinimine – neid mõisteid vaja eristada. PEDS test on lai test, MacArthur kitsas test ja selle on palju versioone. Kasutatakse MacArthuri testi vanuses kuni 30 elukuud. See on Eestis olemas ja valideeritud. Tallinna Lastehaigla logopeedid kasutavad seda, rohkem teadusuuringuteks. MacArthuri test on lühike, väljaõpe kasutamiseks ei ole mahukas ega keeruline. Kahjuks on see ainult kuni 30 elukuule mõeldud. Kõnearengu hilistumise korral ükski ei erista kõnehäiret hilistumisest. Ennustav valiidsus on nõrk. Laste kõne arengu skriinimiseks kasutatakse MacArthur. Sensitiivsus 82% ja spetsiifilisus 86%, vene keelne test ka olemas.

Tiina küsib ja täpsustab MacArthuri testi litsentside osas.

Töörühmas tõstatas küsimus kas kõiki lapsi peab skriinima ja mis vanuses.

L. Toome arvates nähtavate probleemide korral peaks tegema skriiningu. Kõne hilistumisel anda aega, mitte kohe sekkuda, kõnehäire korral sekkuda.

K. Teeääre sõnul pervassiivne skriinimine 1,5 aasta teema, sellega tuleb välja muid arengulisi probleeme. 30 elukuul võiks olla MacArthuri test. Skriiningule peab järgnema kiire sekkumine.

R. Laidoja arvates täna kehtiva juhendi juures peaks normi kirja panema. Praeguses juhendis 2 aastane – kõne arengu hindamine, kas logopeed ja neuroloog jäävad sisse? 3- a juures abivahendid küsimustik, need tuleks täpsustada uue juhendiga. Logopeedide vaba hinnangu materjal katab 4 aastat. Lapsevanem täidab MacArthuri testi.

Riin Naestemale küsimus kas kasutada MacArthuri testi või ELÜ poolt kokku pandud materjali (<http://www.elu.ee/wp-content/uploads/2014/05/K%C3%B5ne-arengu-toetamine-0-4a.jpg>)?

Töörühmas leiti, et kõiki lapsi ei skriini. Kasutada võiks kombineeritud varianti ja piiratud mahus - vabas vormis teeb perearst, MacArthuri testi teeb lapsevanem. Selgitusse lisada: Lapse arengu jälgimine on kliinilise praktika osa.

Ettepanek soovitus sõnastuseks:

Hinnake vaid enneaegseid ja madala sünnikaaluga lapsi ja vanemate kaebuste korral kasutage MacArthurit lastel alla 30 elukuud.

Skriinige last standardiseeritud testiga juhul, kui vanemal on kaebused lapse arengu osas.

kõikidel lastel vanuses alla 30 elukuud.

Negatiivne tulemus skriiningtestis peab tagama juurdepääsu kliinilisele hindamisele lastepsühhiaatri juures ja vajadusel sekkumisele.

Kliiniline küsimus 2

K. Teeäär tegi ülevaate tõendusmaterjalidest. M-CHAT toob välja nii autismispektri häirega kui ka üldise mahajäämusega lapsed.

T. Tõemetsa sõnul on M-CHAT-i puhul normide kogumine Eestis pooleli.

L. Toome leidis, et testid on sobivad, küsimus on pigem selles, kellele neid teha. sekkumine peab ka järgnema peale testi.

R. Laidoja arvates vanemad ise saavad teha testi, see ei ole keeruline.

K. Teeääre sõnul tehakse 6 kuu möödudes teine test.

T. Tõemetsa sõnul on M-CHAT-i puhul ajavahemik 24-36 kuud. Raport on leitav Sotsiaalministeeriumi kodulehel uuringu kohta.

Tiina lisab raporti Onedrive kliinilise küsimuse alla.

K. Teeääre arvates peaks testi tegema kõikidele lastele.

Ettepanek soovitus sõnastuseks:

Pervasiivsete arenguhäirete varajaseks avastamiseks sõeluge kõiki 2 aastaseid (18-36 kuud) lapsi M-CHAT R/F testiga.

Juhul, kui skriiningu tulemus on positiivne, peab samaaegselt toimuma kohene suunamine varajase sekkumise programmi ning suunamine autismi täpsemaks diagnostikaks.

Kliiniline küsimus 5

Viimane kord küsimust käsitledes jäi kõlama, et peab hindama riske ja mõtlema, kelle juurde koju minna.

L. Saare märkis, et tõendusmaterjalides räägiti riskigruppide vigastuste kontekstis – noored emad, kui alko-narkoprobleemid anamneesis. Soomes ja Rootsis tehakse rohkem koduviisi. Tulemustest tuli välja, et peamiselt koduviisid suurendavad

	<p>rinnaga toitmise pikkust. Samuti vähendas koduviit EMO-sse pöördumisi ja vigastusi.</p> <p>V. Arusaare arvates kodus peab käima riskigruppide puhul.</p> <p>L. Toome märkis, et koduviiti teeb keegi perearsti meeskonnast.</p> <p>Töörühmas arutati mille alusel tuleb riske hinnata. Leiti, et soovitus tuleks vältida sõna riskigrupp, et mitte pere sildistada. Samuti leiti, et riskigruppe ei saa täpselt kirja panna. Pigem oleks need elu- ja sotsiaalse anamneesi alusel.</p> <p>Võiks selgitusse panna kelle juurde on vaja vaatama minna.</p> <p>Töemets põhjendas koduviidi vajadust universaalselt, et vältida sildistamist ning jõuda tõhusamalt riskis elavate lasteni. Tervishoiutöötaja koduviit on neutraalne ja toetab positiivse kasvutingimuse ja kontakti loomist vanematega.</p> <p>Ettepanek: Kõiki koduviite peaks kasutama võimalusena hinnata kõigile perekonna liikmetele olulisi turvalisuse probleeme nii kodus kui väliskeskkonnas ning edendada turvalisusalast haritust.</p> <p>Suuremat turvalisust vajavad – noored emad, alko- ja/või narkoprobleemidega pered, majanduslikult nõrgestatud seis (pikaajaline töötus), traumad/vägivald, vaimupuudega või psühhiaatrilise diagnoosiga ema, alles piirkonda kolinud pere, pered kes ei tule vastuvõtule esimese 2 nädala jooksul.</p> <p>Dubleerimise vältimine. Ämmaemand ja lasteõe koduviit --> kuidas saab teada?</p> <p>Küsimust arutatakse edasi 22. novembri töörühma koosolekul.</p> <p>Liisa teeb Soome kohta ülevaate. Täpsustada mis ajal koju peaks minema.</p> <p>Ettepanek soovituste sõnastuseks: <i>Külastage kodus sünnijärgselt (vanus?) peresid, kes on eelnevalt hinnatud (mis instrumendiga hinnatud ? SEEK /alternatiivid?)</i></p> <p><i>Visiit koos nõustamisega (täpsem sisu kokku leppida).</i></p> <p><i>Vanemliku programmi kasutamine?</i></p>
Järgmine koosoleku aeg	22. novembril Mäos Sämmi Grillis kl 13.00- 18.00. Buss Sotsiaalministeeriumi eest väljub kl 11.30, tartlastele on korraldatud transport autodega.
	<p>Protokollija: Mare Toompuu</p> <p>Juhataja: Ulla Raid ja Anne Minka</p>