

Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi
TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI TÖÖKOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 2

Kuupäev	05. aprill 2016
Koht	Videokoosolek: Lembitu 10, Tallinn, (Haigekassa) ja Tartu Põllu 1 (Haigekassa)
Algus	kl 12.10
Lõpp	kl 15.15
Osalejad	Töörühma liikmed: Ülla Linnamägi, Jelena Leibur, Äli Roose, Miret Tuur, Helgi Kolk, Maritta Loog, Kadri Andresen (Skype), Maritta Loog, Helen Lasn, Tiina Unukainen Sekretariaadi liikmed: Ülle Krikmann, Siret Oja, Anu Varep, Tiina Sats (EHK) Täiendavalt osalesid: Reet Vinkel (EHK)
Puuduvad liikmed	Töörühmast puudusid: Pille Taba, Katrin-Gross Paju, Liina Vahter, Angelika Armolik, Toomas Toomsoo, Teija Toivari, Kristi Tamela Sekretariaadist puudusid: Terje Matsalu, Piret Väljaots
Juhatas	Ülla Linnamägi, Reet Vinkel
Protokollis	Ülle Krikmann
Päevakord	- Huvide deklareerimine, töörühma liikmete koosseisus muudatused - Anu Varep- 16. kliinilise küsimuse arutelu - Siret Oja – 7.kliinilise küsimuse arutelu. - Muud küsimused
Ülevaade toimunud aruteludest	1 Kohal on 10 töörühma liiget. Töörühma kvoorumi kokkusaamiseks on vajalik $\frac{3}{4}$ liikmete kohalolu ehk 12 liiget. Töörühma juht informeerib võimaliku kahe töörühma liikme vahetusest. Samuti on avaldanud soovi liituda töörühmaga patsiendi esindajana ning Alzheimeri tõve organisatsiooni algataja Ivi Normet. Töörühma koosseisu muudatused kinnitatakse 3. mai 2016 RJNK koosolekul Huvide konflikte vastavalt novembris 2015 esitatud huvide deklareerimise vormile ei ole ühelgi töörühma ega sekretariaadi liikmel. Sekretariaadi juht on esitanud täiendatud huvide deklaratsiooni. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovitude sõnastamine 2 Anu Varep. Kliiniline küsimus nr 16. <i>Kas kõikidel Alzheimeri tõvega (AT) patsientidel piirata relva kasutusloa pikendamist, mootorsõiduki juhtimisõigust ohutuse tagamiseks vs. mitte?</i> Süsteemaatilisi ülevaateid palju ei olnud. Kokkuvõtvalt: üldiselt tuuakse süstemaatilistes uuringutes välja, et puuduvad kindlad hindamismeetoded ning üksmeel autosõiduuskuse ja dementsuse diagnoosi puhul. Tuuakse küll välja erinevad <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR) astmed, millest lähtuvalt peaks hakkama tegema soovitusi autojuhtimise loobumisest, aga kindlaid reegleid selle kohta pole (v.a USA). Üldiselt peetakse vajalikuks omastehooldajate, arstide nõustamist. Hindamiseks neuropsühholoogilised testid, on-road test. Riikideülene regulatsioon puudub dementsuse kohta. Osaliselt on soovitus, kus kerge dementsuse puhul tuleks tervisekontrolli läbida sagedamini ning mõõduka ja raske dementsuse korral on keelatud auto juhtimine. Hetkel Eestis pole ka arstidel kohustust teavitada dementsuse diganoosist vastavaid ameteid (politsei, maanteeamet)

Kui juhtimisõigust puudutava otsuse tegemine langeb omastehoolajate õlule, siis on vajalik perede nõustamine aspektides, milline on haiguse kulg ja millised on ohud autoga sõitmisel ning ka patseindi enda või omaste kirjalik kinnitus, et neid on informeeritud autojuhtimisriskidest.

Tulirelvade kohta on vähem materjali ja üldiselt uuritakse seda koos juhilubade teemaga kui turvalisuse küsimust.

R. M. Dubinsky, A. C. Stein et al.(2000) uuringute tulemusel, et juhtimine oli kergelt häiritud nendel võimaliku ATga autojuhtidel, kelle *Clinical Dementia Rating* oli 0,5 (samas ei erinenud see palju nt 16-21 aastaste ning alkoholi joobes sõitnud populatsioonist). AT patsiendid, kelle CDR oli 1, tekitavad olulist ohtu liiklusohutusele. AT patsientide kohta, kes ei ole juhtimisõigusest loobunud, on selge tõendusmaterjal (klass I ja klass II uuringud), et suureneb risk õnnetusteks. Eriti CDR 1 puhul

M. A. Reger, R. K. Welsh et al (2004) uuringu järeldus on: Kui kognitiivsed funktsioonid halvenevad, siis halveneb ka sõiduoskus. Tulemused näitavad, et neuropsühholoogilised testid on olulised sõiduoskuse ennustamisel. Samas ei näita need, millisel dementsuse astmel patsient ei ole sobilik autot juhtima.

C. H. Snyder (2005) uuringu kokkuvõte: ainult dementsuse diagnoos ei ole piisav, et määrata sõitja kompetentsust. Keeruline on tunnistada, millal peaks sõitmise lõpetama, sest puuduvad objektiivsed vahendid selle mõõtmiseks. Õige aja ennustamine võib olla arstidele väljakutse, kes peavad leidma tasakaalu patsiendi autonoomsuse ja avaliku turvalisuse vahel, kui patsient otsustab jätkata autojuhtimist. Välja on toodud sõidu hindamise jaoks erinevaid meetodeid: 1)neuropsühholoogiline test – viidatud on Reger (2004) meta-analüüsile. 2) on-road test – hea võimalus ennustada riski, aga tõenduspõhisus on madal. Võiks kasutada nende patsientide peal, kelle CDR on 0,5 või varajases staadiums AT. 3) sõitmise simulatsioon (*driving simulation*) – erinevad uuringud on näidanud, et patsiendid, kes seda kasutasid sattusid 2 korda vähem õnnetusse. 4) perekonna või hooldaja arvamus – kas nemad julgevad veel kõrval istuda

Taanis (Dementia in Europe Yearbook 2014) alates 70 eluaastast peab juhilube uuendama perearstide juures, testimine sisaldab 2 mälu testi (word retrieval, watch drawing test). Uusi tunnistusi on vaja alates vanusest 74 üle aastal kuni vanusesni 80. Pärast 80. eluaastast peab uuendama igal aastal.

Ravijuhenditest

Optimal management of Alzheimer's disease patients: Clinical guidelines and family advice (2010) toodud RJ soovivad **peredele nõustamist**. APA RJ tõenduspõhisus tasemel 1 (oluline kliiniline kindlus), EFNS RJ puhul tase 2 (mõõdukas kliiniline kindlus). Oluline on perede nõustamine erinevates küsimustes kaasa arvatud suurenenud oht mootorsõiduki õnnetusteks. Juhiloa peatamine on paratamatu sündmus milleks nii AT patsient kui ka omastehoolajad peavad valmis olema

Guideline for Alzheimer's Disease Management California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management. (2008) - Varajases staadiumis AT patsiendid (lk 13) – jälgida iga 6 kuu tagant haiguse kulgu. Arutada haiguse mõju töötamisele, autojuhtimisele ja teistele ohutuse küsimustele.

EFNS-ENS Guidelines (2012) Dementsusega inimesed peaksid loobuma autojuhtimisest, kui kergest dementsusest saab mõõdukas. Puudub ühtne seadusandlus Euroopa riikides meditsiinilise info edastamises kolmandatele isikutele

Töörühma arutelu

On ühene seisukoht, et kui on patsiendile pandud mõõdukas ning raske dementsuse aste, siis ei tohiks ta autot juhtida. Kuidas tervisetõendi kehtivuse ajal tekkinud dementsuse tõttu kehtiva juhtimisõiguse peatamise regulatsioon hetkel Eestis on, peab tegema täiendavaid järelepärimisi Maanteeametilt.

Hetkel on kehtivas VV määruses 16.06.2011 nr 80 "Mootorsõidukijuhi ja mootorsõiduki juhtimisõiguse taotleja ning trammijuhi ja trammi juhtimisõiguse taotleja tervisekontrolli tingimused ja kord ning tervisenõuded, sealhulgas meditsiinilised vastunäidustused, mille korral mootorsõiduki ja trammi juhtimine ei ole lubatud" § 4, kus meditsiiniline vastunäidustus tervisetõendi andmiseks on:

6) raskekujuline väljendunud kognitiivse häirega psüühika-, isiksuse- või käitumishäire või mõõdukas või raske vaimne alaareng, mis arsti hinnangul alandab juhtimisvõimet ja mõjutab ohutu sõitmise võimet;

Juhtimisõiguse peatamine –Juhtimisõiguse peatamine on ajutine keeld juhtida mootorsõidukit. Tervise seisund tehakse kindlaks lähtudes isikule väljastatud mootorsõidukijuhi tervisetõendile märgitud andmetest või tervisetõendi väljastaja poolt büroole elektrooniliselt esitatud andmetest.

Soomes on arstil kindel kohutus teavitada Alzheimeri diagnoosist ka politseid. Kes püstitab diagnoosi, see ka teavitab nii patsienti kui lähedast ning autojuhtimisõigus, ka relvaluba? peatatakse ajutiselt, kuni on tehtud täiendavad neuroloogilised testid. (Poliisi.fi)

Töörühm on formuleeritud GRADE 16 tabelis soovitused. Soovitused jäävad veel kinnitamata.

- Kerge kognitiivse defitsiidi korral, et hinnata potentsiaalset patsiendi ohutust liikluses ning ohutut relva käsitlemist, tuleb rakendada neuropsühholoogilisi teste 6-12 kuu intervalliga vastava klinitsisti (geriaater, neuroloog jne) poolt;
- Alzheimeri tõvega patsiendi puhul auto juhtimisõiguse ja relva kasutamise õigust piirava otsuse tegemise kaalumisel raviarsti poolt tuleb informeerida patsienti ja tema lähedasi.
- Diagnoosi pannud raviarst informeerib patsienti ja tema lähedasi kavatsusest alata auto juhtimisõiguse peatamine läbi vastava teavitussüsteemi Maanteeametile (ning perearstile).

Lisaks:

- Kaasata antud kliinilise küsimuses Soome mäluhäirete RJ
- Koostatava ravijuhendi rakenduskava osana koostatakse patsiendijuhend ning lühem infoleht dementsuse sümptomitest ja haiguse progressist ning sellega kaasnevatest ohtudest (s.h. autojuhtimine), et oleks kaetud patsiendi ja tema lähedaste nõustamine
- H. Lasn uurib täiendavalt Maanteeametist, kuidas toimub praegu juhtimisõiguse peatamine, läbi milliste rakenduste jne.
- EHK konsulteerib omalt poolt juriidilise osakonnaga vastavat õiguslikku regulatsiooni

3 Siret Oja – 9. kliinilise küsimuse täiendav arutelu..

Kas Alzheimeri tõvega patsientide ravi ja hoolduse korraldamisel kasutada patsientide kognitsiooni ja igapäevategevustega toimetuleku säilitamiseks/parandamiseks ning ohutuse tagamiseks all-loetletud mittefarmakoloogilisi sekkumisi vs. mitte? - Kognitiivne treening/rehabilitatsioon; - Tegevusteraapia (igapäevatoimingute treening); - Multikomponentne sekkumine (multicomponent intervention); - loovteraapia; - muusikateraapia; - validatsioonimeetod; - psühhosotsiaalsed sekkumised; - füüsilise keskkonna kohandamine; - tegevus- ja liikumisvabaduse piiramine patsiendi turvalisuse huvides

Töörühm vaatas üle täiendavalt esitatud tõendusmaterjali:

ADL treening (occupational training) ja füüsilised harjutused vähendavad funktsionaalset tagasilangust ja lükkavad edasi asutushooldusesse paigutamist. Samuti parandavad nad hooldaja elukvaliteeti ja vähendavad koormatust. Kerge ja mõõduka dementsusega patsientidel tehtud uuringud ei pruugi olla tõesed raske dementsusega haigetel (1, 10, 18). Ka neljas süstemaatiline ülevaade leidis, et füüsiline aktiivsus (multikomponentne) parandab dementsete patsientide kõnnikiirust, funktsionaalset liikuvust, vastupidavust, jäsemete jõudu ja tasakaalu, mis viib ADL paranemisele. Tulemused ilmnese ka raske dementsusega patsientidel. **Soovitused: multikomponentne füüsiline koormus kõigile dementsetele kestusega 12 nädalat või rohkem, vähemalt 3 korda nädalas, 45-60 minutit korraga (3). Kombineeritud aeroobne ja anareoobne või aeroobne treening eraldi parandavad patsientide kognitsiooni (7).**

Validatsioonimeetod ei ole efektiivne kognitsiooni parandamisel, kuid võib vähendada käitumuslikke probleeme, negatiivset afekti. Efektiivsus on vajalik veel tõestada (2). Cochrane süstemaatilises ülevaates tuuakse välja, et on liiga vähe tõenduspõhist infot, et järeldada validatsioonimeetodi efektiivsust (13).

Reminiscence therapy – parandab kognitsiooni mõningates RCT-des, kuid süstemaatilistes ülevaadetes ei saa tuua välja selget efekti (12). Vähesed viited käitumishäirete paranemisele? (2).

Snoezelen (multi-sensory stimulation) - ei ole efekti käitumisele, meeleolule, kognitsioonile (15).

Kognitiivne treening on ebaefektiivne dementsedel patsientidel, kel puudub võime õppida vigadest (ei mäleta varasemat) ja viib kõrvaltoimeten (depressioon, ärevus, enesekindluse langus, jne). BAR (brain activating rehabilitation) võiks samastada kognitiivse rehabilitatsiooni ja stimulatsiooniga parandab kognitiivset võimekust ja ADL (4). Gerontoloogiaõdedele suunatud ajakirjas avaldatud süstemaatiline ülevaade toob välja, et kognitiivne treening parandab AT haigete kognitsiooni ja ADL, info abstracti põhjal (5). Ka teine süstemaatiline ülevaade toob välja kognitiivse treeningu positiivse efekti, abstracti põhjal (9).

Muusikateraapia: Süstemaatiline ülevaade, mis hindab muusikateraapia efekti dementsedel, on leitud mõningasi andmeid, et parandab käitumist, meelolu ja kognitsiooni (?), viimased RCT ei omista efekti niivõrd spetsiifiliselt muusikale, vaid lihtsalt kognitiivsele stimulatsioonile meeldiva tegevusega seoses (6). Cochrane ülevaates muusikateraapia efektiivsuse kohta järeldusi teha ei saanud (16).

Patsiendi ohutuse tagamise aspekti käsitles 2 süstemaatiline ülevaade: Toodi välja, et dementsed patsiendi tihti uitavad, ohustades end ja tekitavad väljakutseid hooldajatele. Traditsiooniliselt on kasutatud ravimeid, uste lukustamist, piiranguid (restraints), uued meetodid: peeglid, sirmid, kamuflaaž - ei ole tõendeid, et need vähendaks uitamist. RCT

	uuringuid ei leitud, üksikud eksperimentaalsed uuringud, ühtegi ei ole tehtud patsientide kodus keskkonnas (14, 17). Uuriti ka mittefarmakoloogilisi meetodeid MCI (<i>mild cognitive impairment</i>) haigetel, leiti, et kognitsioonil ja füüsilistel harjutustel on positiivne efekt, kuid tuleb põhjalikumalt uurida (8). Mittefarmakoloogiline ja farmakoloogiline ravi koos on efektiivsem, kuid farmakoloogiline eraldi (11). Kulutõhususe uuringud puuduvad, ei oska hinnata vastuvõetavust rahastajale. Leitud mitmeid randomiseeritud kontrolli uuringuid, millest 5 kvaliteetset ja tasuta täistekstidega uuringut. Töörühm on formuleeritud GRADE 9 tabelis soovitud. Soovitud jäävad veel kinnitamata. 1. Alzheimeri tõvega patsientidele, eriti kerge ja mõõduka dementsuse puhul, on soovitatav kognitsiooni parandamiseks ja säilitamiseks kognitiivse stimulatsioonile suunatud sekkumised, lähtudes individuaalsest seisundist arvestades, et multikomponentne individuaalne lähenemine on mõjusam kui grupiteraapia. 2. Igapäevatoimetuleku säilitamiseks ja asutushooldusele suunamise edasilükkamiseks soovitate regulaarset füüsilist aktiivsust ja igapäevategevuse treeningut kõigile Alzheimeri tõvega patsientidele 3. Mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna farmakoteraapiaga on kognitsiooni säilitamisel efektiivsem kui ainult farmakoteraapia 4. Muusikateraapia ei paranda AT haigete kognitsiooni, kuid säilitab elukvaliteeti. 5. Ei ole tõestatud, et validatsioonimeetod parandab AT haigete kognitsiooni. 6. Ei ole tõestatud, et patsiendi liikumisvabaduse piiramine on tõhus patsiendi ekslemise vähendamiseks ja ohutuse tagamiseks. LISAKS: - Patsiendijuhendisse lisada igapäevase füüsilise koormuse soovitus kõigile dementsetele, vähemalt 3 korda nädalas, 45-60 minutit korraga (3). Kombineeritud aeroobne ja anareoobne või aeroobne treening eraldi parandavad patsientide kognitsiooni - RJ mõistete osas tuua teraapiate selgitused
Vastuvõetud otsused:	Järgmine koosolek: - 11. mai 2016 KELL 14:00 -17.00 Tallinnas, Lembitu 10 - Järgmisel koosolekul tulevad arutelule pooleliolevad küsimused nr 7, 9, 16 . Uue küsimusena kl küs nr 14. - EHK teeb kl küs nr 9. juurde ravimi kulunalaüüsi (soovitus nr 4).