

Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi
TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI TÖÖKOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 6

Kuupäev	18. oktoober 2016
Koht	VIDEOKOOSOLEK Eesti Haigekassa, Lastekodu 48 I korruse saal ja Puusepa 8, TÜK ruum D208 vahel
Algus	kl 13.00
Lõpp	kl 16.15
Osalejad	Töörühma liikmed: Ülla Linnamägi, Pille Taba (alates 14.35), Katrin Gross-Paju (alates 14.30), Helgi Kolk (alates 14.03), Angelika Armolik, Maritta Loog, Helen Lasn (alates 14.30), Kristi Tamela (alates 14.30), Miret Tuur, Tiina Unukainen, Mari-Liis Laanetu, Äli Roose, Jelena Leibur, Teija Toivari, Ivi Normet (alates 13.28) Sekretariaadi liikmed: Ülle Krikmann, Siret Oja, Terje Matsalu, Piret Väljaots (alates 15:00), Tiina Sats (EHK) Täiendavalt osalesid: Anneli Truhanov (EHK koordinaator)
Puuduvad liikmed	Töörühmast puudusid: Kadri Andresen, Margus Ennok Sekretariaadist puudusid: Anu Varep
Juhatas	Ülla Linnamägi, Ülle Krikmann
Protokollis	Anneli Truhanov, Terje Matsalu
Päevakord	1. Korralduslikud küsimused 2. Küsimus nr 1 (Siret Oja): <i>Kas kõikidel patsientidel, kellel esineb enda või lähedaste sõnul või tervishoiutöötaja hinnangul kognitiivne häire, tuleb esmasel vastuvõtule pöördumisel dementsussündroomi tuvastamiseks küsitleda lähedasi/hooldajaid struktureeritud intervjuu alusel vs. teha sõeltestid vs. küsitleda lähedasi/hooldajaid struktureeritud intervjuu alusel ja teha sõeltestid?</i> 3. Küsimus nr 14 (Ülle Krikmann): <i>Kas kõik dementsussündroomiga patsiendid tuleb Alzheimeri tõve diagnoosi kinnitamiseks suunata vastava valdkonnaga süvendatult tegeleva erialaspetsialisti (neuroloog, geriaater, psühhiaater) ambulatoorsele vastuvõtule vs. haiglauringutele vs. mitte?</i> 4. Küsimus nr 10 (Piret Väljaots): <i>Kas kõikidel ravi saavatel Alzheimeri tõvega patsientidel teostada ravitulemuse hindamiseks kordusuuringud kindla aja järel vs. mitte?</i> - <i>Igapäevategevustega toimetuleku hindamine</i> - <i>sõeltestid (nt vaimse seisundi miniuuring)</i> - <i>neuropsühholoogiline hindamine</i> - <i>funktsionaalsed visualiseerivad uuringud</i> 5. Küsimus nr 8 (Piret Väljaots): <i>Kas Alzheimeri tõvega patsiendi ööpäevaringsele (dementsussündroomiga patsientidele mõeldud) asutushooldusele suunamise otsustamisel kasutada kindlaid kriteeriume vs. mitte?</i> 6. Küsimus nr 9 (Ülle Krikmann): medikamentoosse ravi algoritm 7. Küsimuse nr 16 ja nr 8 soovitude kinnitamine 8. Järgmiste koosolekute ajakava täpsustamine
Ülevaade toimunud aruteludest	Kell 13.15 oli kohal 13 töörühma liiget, seega oli kvoorum koos.

1. Korralduslikud küsimused:

Haigekassa koordinaator Anneli Truhanov esitas ülevaate sellest, kui paljudele käsitlusala küsimustele on soovitusel koostatud ja kinnitatud. Järgmise kahe koosolekuga peaks töörühm kinnitama kõikide küsimuste soovitusel. Sekretariaat peaks uue aasta algusest hakkama tegelema ravijuhendi teksti kokkukirjutamisega. Lepiti kokku novembri ja detsembri töörühma koosoleku ajad ning kellaajad – vastavalt 22.11 kl 12-16 ning 16.12 kl 12-16. Detsembris toimuval töörühma koosolekul peab soovitusel sõnastused ära ühtlustama ja samuti vaatama üle soovitusel tugevused - seda just töörühma praktiliste soovitusel osas.

Igaks juhiks mõelda ka jaanuari 2. nädalaks üks koosoleku aeg. Töörühma koosolek tuleb planeerida veebruari lõppu või märtsi algusesse, kus tuleks esimene ravijuhendi versioon lugemisele.

2. Küsimus nr 1: sekretariaadi liige Siret Oja esitas ülevaate antud teemat käsitlevatest ravijuhendite soovitusel ning süstemaatilistest ülevaadetest. Küsimust käitletakse kõigis AGREE-ga hinnatud ravijuhendites, kõige põhjalikumalt EFNS, NICE ja California juhendites. Kõigis ravijuhendites tuuakse välja anamneesi olulisus dementsussündroomi tuvastamisel, seejuures anamnees tuleb võtta nii patsiendilt kui hooldajalt/lähedaselt. Struktureeritud intervjuud ravijuhendites ega süstemaatilistes ülevaadetes ei kajastata - käitletakse vaid anamneesi ning objektiivset leidu. Töörühmale jääb ebaselgeks, miks kliinilise küsimuse nr 1 sõnastuses on välja toodud "struktureeritud intervjuu", kui piisab "anamneesist", mistõttu asendatud "struktureeritud intervjuu" sõnaga "anamnees".

Olulisteks aspektideks anamneesi kogumisel on häiritud kognitiivsed sfäärid, informatsioon haiguse kulu kohta, igapäevatoimingutega (ADL) hakkamasaamine, perekondlik taust, tarvitavad ravimid, kaasnevad mitte kognitiivsed sümptomid.

Ravijuhendid soovitusel patsiendi objektiivsel uurimisel keskenduda üldisele füüsilisele läbivaatusele, neuroloogilisele staatusele ning psühhiaatrilisele hindamisele. Kognitiivse funktsiooni hindamisel arvestada patsiendi vanust, haridustaset ning testide sooritamist piiravaid tegureid (nt kuulmislangus). Tuuakse konkreetselt välja, milliseid kognitiivseid funktsioone tuleb hinnata. Skriiningtestide eesmärgiks on kognitiivse funktsiooni hindamine ning nende patsientide leidmine, kellel on vaja lisaks neuropsühholoogilist hindamist. Kõikidele patsientidele ei ole vaja teha neuropsühholoogilisi teste.

Kõige sagedamini kasutatav kognitiivse häire skriiningtest on Vaimse Seisundi miniuuring (Mini Mental Screening Examination, MMSE). Testi puuduseks on see, et keeleoskus ning haridustase mõjutavad skoori. Kõrgelt haritud patsientidel tuleks *cut-off score* tõsta 24-lt punktilt 27-le punktile.

Süstemaatiliste ülevaadete põhjal on MMSE sensitiivsus 0,85 ja spetsiifilisus 0,9 ehk väga head, tulemuste hindamisel tuleks arvestada individuaalseid ja kliinilisi aspekte (Creavin et al., 2016). Montreal Cognitive Assessment test (MoCA) kasutamise tõenduspõhisus on väiksem kui MMSE-l, mistõttu seda ei soovitata esmasandil kasutada (Davis et al., 2015). Mini-Cog test koosneb 3 sõna meenutamisest ning kellajoonistamise testist. Uuringuid selle testi kasutamise kohta on vähe, mistõttu ei saa tõenduspõhist soovitusel anda (Fage et al., 2015). Kellajoonistamise testi puuduseks tuuakse välja, et test on liiga lihtne ega ole varase algusega dementsuse hindamisel hea. Testi võib kombineerida MMSE-ga (Pinto et al., 2009).

Cordell et al., (2013) Alzheimeri assotsiatsiooni ülevaate kognitsioonihäire tuvastamisest esmasandil - soovitatakse skriiningteste ning anamneesi kogumist lisaks pereliikmetelt.

Skriiningtestidena sobivad Memory Impairment Screen (MIS), General Practitioner Assessment of Cognition (GPAOC), Mini-Cog. Sobivad ka MMSE ja MoCA. Diagnostiliste raskuste korral tuleks suunata patseint kas korduvale konsultatsioonile või kognitiivse häirega tegeleva spetsialisti juurde. Boustani et al (2003) süstemaatiline ülevaade rõhutab skriiningtestide olulisust, kuna vaid anamneesi ja kliinilise uurimise põhjal jääb ligi 50% kerge kuni mõõduka dementsusega patsientidest diagnoosita. Olarazan et al (2016) metaanalüüsi põhjal soovitatakse esmatasandil anamneesi ning objektiivse leiu fikseerimist, ning esmase kognitsioonitesti läbiviimist. Dementsusega tegeleva spetsialisti rolliks on diagnoosi kinnitamine, dementsuse tüübi täpsustamine ning vajadusel lisauuringute tegemine. Esmatasandil soovitatakse kasutada MIS, MMSE, fototesti (kirjeldatakse fotol toimuvat), verbaalse voolavuse testi (1 minuti jooksul nimetab patsient loomi või näiteks P-tähega algavaid sõnu).

Töörühm arutas:

Soovitus 1.1: Dementsussündroomi kahtlusel tuleb võtta põhjalik anamnees nii patsiendilt kui ka tema hooldajalt/lähedaselt;

MMSE ja MoCA olemasolu eesti ja vene keeles: MoCA on valideeritud nii eesti kui vene keeles; MMSE ei ole valideeritud (autoriõiguse probleem), kuid edasi-tagasi tõlge on tehtud ning on nii eesti kui vene keeles Eestis laialdaselt kasutusel. Töörühm jäi arvamusele, et esmatasandil kasutada kognitiivse häire skriiningtestina MMSE-d, kuna MoCA-l ei ole esmatasandi uuringuna tõendus põhjusel, lisaks on MMSE laialdasemat kasutusel ning arstide seas tuntum. Anamneesi kogumisel tuleb kindlasti – mitte "vajadusel" - küsitleda ka patsiendi hooldajat või lähedast (kas- või naabrit, kes patsiendiga on kokku puutunud).

Töörühm kinnitas tugeva soovitusel.

Soovitus 1.2: Alzheimeri tõve diagnoosimisel tuleb teostada üld- ja neuroloogiline läbivaatus ning esmane psühhiaatriline hindamine välistamaks kognitsiooni häire põhjuseks olevad muud haigused;

Töörühm arutas, mida hõlmab endas objektiivne leid - eeskätt neuroloogiline ning psühhiaatriline, lisaks üldisele kehalisele - ja kes peaks läbi viima neuroloogilise ning psühhiaatrilise hindamise. Töörühma arvamus on, et objektiivne läbivaatus tuleb läbi viia esmatasandil, sealhulgas perearsti vastuvõtul. Tõstatus küsimus, kas perearstid on suutelised neuroloogilist ja psühhiaatrilist hindamist läbi viima. Perearstid kinnitasid, et lihtsamaid neuroloogilisi ja psühhiaatrilisi hindamisi nad teevad, aga ravijuhendi soovitus peab andma suunise, millele tuleks psüühika hindamisel tähelepanu pöörata (näiteks luulu, depressiooni ja ärevuse esinemine). Töörühm otsustas, et ravijuhendi tekstis kirjutatakse täpsemalt lahti, millele tuleb psüühilise seisundi hindamisel tähelepanu pöörata ja mida küsida.

Töörühm kinnitas tugeva soovitusel.

Soovitus 1.3: Kõigil kognitsioonihäire kahtlusega patsientidel tuleb läbi viia sõeltestimine valideeritud instrumendi abil (MMSE – Mini Mental State Examination);

Töörühm korrigeeris soovitusel sõnastust: esmase valideeritud testina tuuakse ära MMSE, teisi skriiningteste otsustatakse soovitusel mitte mainida, kuna puudub hea tõendus põhjus nende kasutamise kohta esmatasandil (nt MoCA). Diskuteeriti selle üle, kas kliiniline küsimus nr 1 puudutab esmatasandit või kognitiivse häirega patsiendi esmast kontakti arstiga. Töörühm otsustas, et punkt käib esmase kontakti kohta, olenemata tasandist (nt perearst, erialaarst). Kuna MMSE validatsiooni kohta ei ole ametlikku dokumentatsiooni, teeb Ü.Linnamägi Haigekassale ettepaneku see ära teha.

Töörühm kinnitas tugeva soovituset.

3. Küsimus nr 14: sekretariaadi juhataja Ülle Krikmann esitas ülevaate antud teemat käsitlevate AGREE-ga hinnatud ravijuhendite soovistest, süstemaatilisi ülevaateid sel teemal ei leitud. Austraalia 2016.aasta juhendis soovitatakse dementsuse kahtluse suunata patsient dementsusega tegeleva spetsialisti vastuvõtule (Mälukliinik, neuroloog, geriaater, psühhiaater). Patsiendi käsitus peaks olema individuaalne ning vastavalt patsiendi probleemidele pakkuda talle ja tema perekonnale sobivaid teenuseid. Rõhutatakse hoolivat suhtumist. Dementsusega tegelevad inimesed peaksid olema välja koolitatud tema käitumisega hakkamasaamisega ning temaga suhtlemisega, et ennetada käitumis- ja psüühikahäireid: see peaks olema Mälukliiniku ülesanne. California 2008.aasta ravijuhend on suunatud vaid esmatasandi spetsialistidele ega ole Eesti esmatasandile kohaldatav. See-eest on juhend väga sisukas ning esitab soovistud Alzheimeri tõvega patsiendi käsitluseks vastavalt haiguse staadiumitele. Ravijuhendis on palju tähelepanu pööratud ka juriidilistele probleemidele, mis kognitiivse häirega kaasnevad: näiteks autojuhtimisõigus. Patsiendi haiguskulgu soovitatakse jälgida iga 6 kuu järel, vajadusel ka sagedamini.

NICE 2014.aasta ravijuhend soovib mäluhäire kahtluse suunata patsiendi Mälukliinikusse või spetsialisti juurde, kes korraldab objektiivsete läbivaatuste ning jälgimise dünaamikat. Sotsiaal- ja tervishoiuteenuse pakkuja teevad Mälukliinikus koostööd.

EFNS juhise ei anna konkreetset juhtnööri, milline spetsialist ja mis tasandil peaks Alzheimeri tõbe diagnoosima, kuid see spetsialist peab andma piisavalt informatsiooni patsiendile ning tema lähedastele ja vajadusel ka koolitama omastehoolajaid, et nad saaksid paremini patsiendiga hakkama.

Nimetatud ravijuhendid ei käsitle küsimust, kas saata patsient ambulatoorsele vastuvõtule või tuleks teda uurida koheselt statsionaarse ravi tingimustes. Mäluhäire diagnostikaks tuleb patsient suunata mäluhäirega tegeleva spetsialisti juurde.

Kanada ravijuhend soovib teatud juhtudel suunata mäluhäirega patsiendi koheselt mäluhäirega tegeleva spetsialisti juurde: kui tegemist on noore patsiendiga ning kui esineb kiirelt progresseeruv dementsus (6 kuu jooksul esineb kognitsiooni progresseeruv halvenemine). Dementsussündroomi kahtluse tuleb suunata patsient dementsuega tegeleva spetsialisti juurde (neuroloog, geriaater või psühhiaater) või mälukliinikusse.

Töörühm arutas: Ü. Linnamägi tegi ettepaneku, et töörühma praktilise soovitusena tuleks kõik varase algusega (nooremalt kui 65-aastaselt), kiire kuluga ning atüüpilised juhtumid suunata statsionaarselt uuringutele. Töörühm jäi selle ettepanekuga nõusse. Eesti tingimustes võiksid mäluhäiretega tegelevad spetsialistid olla juba varem mainitud erialade esindajad – neuroloog, psühhiaater, geriaater.

I.Normet tõi välja, et ravijuhend peaks andma suunise, millised patsiendid peaksid olema perearsti juurest edasi suunatud ja milliseid jälgib ainult perearst. Psühhiaater peaks mängu tulema siis kui on vaja välistada psühhiaatrilisi haigusi või kui patsiendil kaasuvad psühhiaatrilised haigused. Esmase kontaktina psühhiaatrit soovitada on segadust tekitav. Lisaks kas kõik Eesti neuroloogid on mäluspetsialistid. Töörühm korregeeris soovistuse sõnastust, lisades praktilise soovitusena need dementsuse juhud, kes on kindlasti vaja spetsialisti juurde edasi saata ja ülejäänud osas jääb perearstile vabadus otsustada keda saata ja keda mitte, võttes arvesse pikki eriarsti järjekordi jne.

	Kõiki spetsialiste ei ole vaja läbi käia, aga spetsialisti valikul tuleb lähtuda peamistest sümptomitest. Tallinnas ja Tartus on mälukliinik olemas, aga seda mitte klassikalises mälukliiniku tähenduses. Mälukliiniku mõiste jätmise soovitus sõnastusse tekitas töörühmas palju diskussiooni, sest see on hetkel Eestis reguleerimata (defineerimata). Samas on see rahvusvaheliselt väga levinud ja töörühma osad liikmed toetasid selle jätmist soovitusse kuna see parandab inimeste teadlikkust. Mälukliinikuks saab pidada Eestis Lääne-Tallinna Keskhaiglat ja Tartu Ülikooli Kliinikumi, aga ravijuhendis ei saa sellist asja välja tuua. Mälukliinikuks saab pidada sellist kohta, kus on teadaolevalt pädev neuropsühholoog, see on kriteeriumiks. Töörühma osad liikmed pakkusid asendusena mõistet „dementsuse pädevuskeskus“ või „mäluhäirete pädevuskeskus“ Töörühm kinnitas praktilised soovitused sõnastuses (tõendus põhisisu pärineb vaid ravijuhenditest, mistõttu ei saa kinnitada "tugevat" soovitusi): 14.1 Dementsussündroomi kahtlusel suunata dementsusega tegeleva neuroloogi, psühhiaatri, geriaatri konsultatsioonile või mälukliinikusse; 14.2 Spetsialisti juurde tuleb suunata varase algusega (alla 65a), kiire ja/või ebatüüpilise kuluga dementsuse juhud. 4. Küsimuse nr 16 soovituste kinnitamine (augustis on soovitused jäänud kinnitama, kuna kvooriumit ei olnud koos). A.Truhanovi algatusel korrigeeriti soovitus 16.1 sõnastust ning asendati sõna "klinitsist" "spetsialistiga". 16.2 soovitus juures rõhutas A.Truhanov, et sõidutestide kordamist soovitades tuleks arvestada ka kulu patsiendile ja tema perekonnale. P.Taba selgitas, et patsiendil ei ole kohustust minna sõidutestide kordama, vaid võib otsustada autojuhtimisest loobumise kasuks. Soovitus ei kohusta korduvat testi teha. Sellega olid ka teised töörühma liikmed nõus. 16.3 soovitus juures tekkis küsimus, kes on mootorsõiduki juhtimisõiguse ja relva kasutamiseõiguse peatamist algatav raviarst. H.Lasni sõnul saab teha perearst uue tervisetõendi ning sellega eelneva tõendi kehtetuks tunnistada, olenemata sellest, kes on eelneva välja andnud. Töörühm kinnitas soovitused sõnastuses: 16.1 Kerge dementsussündroomiga Alzheimeri tõvega patsiendil tuleb ohutuse hindamiseks lii kluses ning relva käsitlemisel rakendada neuropsühholoogilisi teste 6 kuni 12 kuu intervalliga vastava spetsialisti (geriaater, neuroloog, psühhiaater) poolt. 16.2 Töörühm soovitab vajadusel teostada sõidutest, et hinnata Alzheimeri tõvega patsiendi sõiduvõimekust. 16.3 Mõõduka ja raske dementsussündroomiga Alzheimeri tõvega patsiendi mootorsõiduki juhtimisõiguse ja relva kasutamiseõiguse peatamise algatab raviarst ning teavitab sellest patsienti ja tema lähedasi.
--	--

5. Küsimus nr 10: sekretariaadi juhataja Ü. Krikmann esitas ülevaate ravijuhendite soovitustest selle kohta, millise ajavahemiku järel on vaja Alzheimeri patsiente jälgida ning kordusuuringuid teostada ravitulemuse hindamiseks.

Tuuakse välja, et tuleks hinnata patsiendi seisundit ja igapäevategevustega toimetulekut, sh kaasnevaid enesehooldusprobleeme ja küsitleda ravimite kõrvaltoimete esinemise osas. Vastavalt vajadusele hinnata neuropsühhiaatriliste sümptomite olemasolu. Patsienti peaks hindama see arst, kes on ravi korraldanud: perearst või spetsialist - kes täpsemalt, seda ravijuhendid välja ei too; see on riigispetsiifiline korraldus.

Sõeltestidest on MMSE kõige informatiivsem ning selle põhjal saab hinnata ravi efektiivsust. Kogu haiguse vältel tuleks iga 6...12 kuu järel hinnata haiguse progressiooni MMSE abil. Ravi alustamise järgselt tuleb patsiendi seisundit sagedamini hinnata: ravidoosi tiitrimise perioodil 2...4 nädala järel ja püsiravi korral iga 6 kuu järel. Mõned ülevaated tõid välja, et neuropsühholoogilist hindamist võiks korrata 6...12 kuu möödudes juhul, kui patsiendil ei esine rasket dementsust (mille korral ei ole võimalik neuropsühholoogilisi teste teha).

Visualiseerivate uuringute kordamine Alzheimeri tõve progressiooni hindamiseks ei ole näidustatud, kui ei ole tekkinud diferentsiaaldiagnostilisi kahtluseid.

Töörühm arutas: töörühm oli seisukohal, et kindla Alzheimeri tõve diagnoosi korral ei ole korduva neuropsühholoogilisi teste, vähemalt mitte täismahus, tarvis teha. Kohustuslik on vaid MMSE, neuropsühholoogilised testid on liiga mahukad. Perearst on võimeline 6-kuulise intervalliga hindama kognitiivseid võimeid ja igapäevategevustega toimetulekut ning lihtsamaid psüühikahäireid. Hiljem läheb jälgimise intervall pikemaks, sest haiguse kulg on teada ja sagedasem hindamine ei anna lisaväärtust.

Visualiseerivate uuringute kohta on töörühm juba varasemalt soovitusel kinnitanud ja ravijuhendi tekstis saab sellele viidata (4.3).

Töörühm kinnitas soovitusel järgmises sõnastuses:

10. Ravitulemuse jälgimiseks tuleb hinnata kognitiivset võimekust (sõeltestid), igapäevategevustega toimetulekut ja psüühikahäireid 6–12 kuu järel.

6. Küsimus nr 8: eelmisel töörühma koosolekul tekitas küsimusi, mida tähendab stressijuhtimisõpetus antud kontekstis. Sekretariaadi liige Piret Väljaots otsis uuringutest välja, mida stressijuhtimisõpetuse all käsitletud oli ning esitas sellest töörühmale ülevaate. Stressijuhtimisõpetus koosneb mitmest komponendist. Erinevates uuringutes on selle all mõeldud näiteks lähedasele informatsiooni andmist ja õpetamist haiguse olemuse, sümptomaatika ning kulu osas, et lähedased oleksid valmis haigusega kaasnevateks muutusteks ja probleemideks. Teine osa stressijuhtimisõpetusest käsitleb stressiga toimetulekustrateegiaid - kuidas toime tulla negatiivsete tunnetega ning vältida läbipõlemist. Uuringutes ei ole võimalik eristada, kus lõppeb stressijuhtimisõpetus ning algab kognitiiv-käitumuslik teraapia, kuna need käivad tihedalt käsikäes. Peamiselt on stressijuhtimisõpetus õpetus haigusest ja toimetulekustrateegiatest. Rajaleidja pakub omastehooldajatele stressijuhtimisõpetust. Stressijuhtimisõpetus on kompleksne ja efektiivsem kui kogemusnõustamine ning praktiline hoolduskoolitus. Inglise keeles on stressijuhtimisõpetus "*psychoeducation*".

	Töörühm arutas: Mõiste „<i>psychoeducation</i>“ tõlkimine eesti keelde tekitas töörühmas diskussiooni: M.Laanetu sõnul on <i>psychoeducation</i>’il teine tähendus ning eesti keeles kasutatakse vastena psühhoedukatsiooni. See on eestikeelses kirjanduses laialdaselt kasutusel ning tähendab lähedase ja patsiendi õpetamist ning harimist haiguse osas. Stressijuhtimisõpetus on eksitav mõiste. Ü.Krikmann teeb ettepaneku kasutada mõistet "haigusega toimetuleku õpetus". Mõiste sisu seletatakse lahti mõistete rubriigis ning sulgudesse pannakse ingliskeelne vaste. Töörühm koostas järgmised soovitused, mis jäid kvoorumi puudumisel kinnitamata: 8.1 Alzheimeri tõvega patsientide hooldajate toetamisel tuleb kasutada järgmisi sekkumisi: • mäluhäirega toimetuleku õpetus haigele ja tema lähedastele • kognitiiv-käitumisteraapia. 8.2 Alzheimeri tõvega patsientide hooldajate toetamisel võib kasutada järgmisi sekkumisi: • kogemusnõustamine • praktiline hoolduskoolitus. 7. Küsimus 9 - ravi algoritm: praeguses algoritmis on toodud ka toimeained, mis Eestis kättesaadavad ei ole - näiteks koliinesteraasi inhibiitorite seas on Eestis kättesaadav vaid donepesiil. Otsustatakse esimeses järjestuses välja tuua toimeained, mis on Eestis müügil, teistele toimeainetele lisada juurde tähised, kas ravim on ELis kättesaadav (arvestades patsientide vaba liikumist), või Eestis müügioloata. Praeguses algoritmis on ära toodud ravimite annused, kuid raviannus raviperioodi jooksul muutub - see aga algoritmis ei peegeldu. Ollakse eriarvamusel, kas algoritmi peaks konkreetsed annused jätma või mitte. H.Kolk teeb ettepaneku kirjutada ravimite annused ravijuhendi lisse. Perearstid näevad vajadust algoritmi järel, sest nimistus võib olla vähe patsiente ja visuaalne ravi algoritm oleks suureks abiks, samas A.Truhanov ja Ü.Linnamägi arvates ei vaja küsimus algoritmi. Otsustatakse algoritmi täiendada ning arutada algoritmi üle järgmisel koosolekul.
Vastuvõetud otsused:	1. Haigekassa esindaja koostab protokollid, kliiniliste küsimuste materjale esitlevad sekretariaadi liikmed vaatavad protokollid üle ning parandavad/täpsustavad seda. 2. Töörühm kinnitas soovitused küsimustele 1, 14, 10, 16. 3. Küsimusega nr 8 tegelevad sekretariaadi liikmed vaatavad materjalid veelkord üle ja täpsustavad teaduskirjandusest, millest koosnes stressijuhtimisõpetus, sotsiaalne toetus. Inglisekeelsete mõistete vasted Eesti teaduskirjanduses – nt <i>psychoeducation</i>. Tulenevalt teaduskirjanduse kvaliteedist võib vaja olla moodustada mitu soovitust – erineva tugevustastmega. 4. Sekretariaat täiendab küsimuse nr 9. ravi algoritmi ja see esitatakse töörühmale üle vaatamiseks/kinnitamiseks detsembri koosolekul. 5. Detsembris toimub töörühma koosolek 16.12. kell 12.00-16.00, EHK koordinaator koostab doodle järgnevate kuupäevade kohta.