

ALZHEIMERI TÕBI, DIAGNOOS JA RAVI

Soovituse sõnastus	Küsimus seoses mõju hinnanguga
Dementsussündroomi kahtluse korral tuleb koguda põhjalik anamnees nii patsienti kui ka tema hooldajat/lähedasi küsitledes.	Kuluneutraalne.
Alzheimeri tõve diagnoosimisel tuleb teha üld- ja neuroloogiline läbivaatus ning/või esmane psühhiaatriline hindamine, et välistada kognitsioonihäiret põhjustavad muud haigused.	Kasutatakse teenusekoodi 7616. Tekib lisakulu, kuna 2015. aastal diagnoositutest (G30.0-G30.9 ja F00.1-F00.9) sai aastatel 2015-2016 vastavat teenust 38% diagnoositutest (207 inimest 540-st).
Kõigil kognitsioonihäire kahtlusega patsientidel tuleb teha sõeltestimine valideeritud testi abil (MMSE).	Kas sõeltestimine ei tähenda t võrreldes praeguse praktikaga täiendavaid teenuseid. Sisuliselt tähendab see perearsti ja pereõe ajakulu, kuna sõeltestimist teostatakse perearsti juures.
Neuropsühholoogiline uuring teha pigem kerge, küsitava või varase algusega dementsusega patsientidele, et diferentseerida Alzheimeri tõbe teistest dementsustest.	Kasutatakse teenusekoodi 7616. Tekib lisakulu, kuna 2015. aastal diagnoositutest (G30.0-G30.9 ja F00.1-F00.9) sai aastatel 2015-2016 vastavat teenust 38% diagnoositutest (207 inimest 540-st).
Kõikidele dementsussündroomi kahtlusega patsientidele on soovitatav diferentsiaaldiagnostikaks ja võimalike kognitiivset funktsiooni halvendavate kaasuvate haigusseisundite tuvastamiseks teha järgnevad laboratoorsed vereanalüüsid: - hemogramm - TSH - vitamiin B12 - foolhape - maksa- ja neerufunktsiooni näitajad - kaalium, naatrium ja kaltsium.	Vastavad analüüsid ei ole esmavaliku pakettis. Perearsti uuringufondi täitmine võib suurened.
Kui kliinilise hindamise tulemusena tekib kahtlus infektsioonist põhjustatud kognitiivse häire suhtes, on soovitatav teha süüfilise ja HIV-i ning vajadusel borrelioosi seroloogilised sõeltestid. Ravimimürgistuse kahtluse korral teha vastavad spetsiifilised testid.	Vastavad analüüsid ei ole esmavaliku pakettis. Perearsti uuringufondi täitmine võib suurened.
Kõigil haigetel, kel kahtlustatakse Alzheimeri tõbe, tuleb teha KT- või MRT-uuring. Vastunäidustuste puudumisel eelistada MRT-uuringut KT-uuringule.	Tekib lisakulu.
Tüüpilise kulu ja progresseerumiskiirusega Alzheimeri tõvega patsientidele korduvaid visualiseerivaid uuringuid mitte teha.	Kuluneutraalne, kuna hetkel korduvaid visualiseerivaid uuringuid ei tehta.
Liikvori ja/või EEG rutiinset uurimist Alzheimeri tõve diagnostikas pigem mitte teha.	Kuluneutraalne, kuna hetkel elektroentsefalograafilist rutiinset uurimist ei tehta.
Liikvori ja/või EEG uuring on näidustatud atüüpilise Alzheimeri tõve ja/või kiiresti progresseeruva dementsusega patsientidel.	Kuluneutraalne.

ApoE4 genotüübi rutiinset määramist mitte teha.	Kuluneutraalne, kuna hetkel ApoE4 genotüübi rutiinset määramist ei tehta.
Tüüpilise Alzheimeri tõvega patsientidele ei ole funktsionaalsed ega molekulaarsed visualiseerivad uuringud näidustatud.	Pigem tekib väike kokkuvõide.
Atüüpilise kuluga Alzheimeri tõvega patsientidele tuleb teha diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil FDG-PET-uuring või SPET-perfusiooniuuring.	Tekib lisakulu.
Aju funktsionaalne kuvamine (FDG-PET, SPET) võib olla vajalik neil kognitiivse häirega patsientidel, kel on kaasvalt raske psühhiaatriline häire või kellel on kognitsiooni testimine raskendatud.	Tekib lisakulu.
Amüloidvalgu visualiseerimine on lisauuringuna näidustatud atüüpilise kuluga Alzheimeri tõvega patsientidel.	Tekib lisakulu (PET).
Kerge ja mõõduka dementsusega patsientidele on soovitatavad kognitiivsele stimulatsioonile suunatud sekkumised. Multikomponentne individuaalne lähenemine on tõhusam kui rühmateraapia.	Tekib lisakulu.
Igapäevase toimetuleku säilitamiseks on kõigile Alzheimeri tõvega patsientidele soovitatav regulaarne keheline aktiivsus ja tegevusteraapia.	Tekib lisakulu.
Muusikateraapiat võib kasutada Alzheimeri tõvega patsientide elukvaliteedi säilitamiseks, aga sel ei ole positiivset efekti kognitsioonile.	Pole hetkel loetus loovteraapia teenust, seda rahastatakse rehabilitatsiooni teenuste alt, lisakulu ravikindlustuse eelarvele ei teki.
Validatsioonimeetodit pigem mitte kasutada Alzheimeri tõvega patsientide kognitsiooni säilitamiseks ega parandamiseks, kuna puudub tõendus põhjus.	Kuluneutraalne.
Ohutuse tagamiseks tuleb regulaarselt hinnata patsiendi seisundit ja vastavalt konkreetsele juhtumile kohandada füüsilist keskkonda.	Ei kaasne lisakulu, kuna füüsilist keskkonda kohandavad lähedased.
Alzheimeri tõvega patsientide hooldajate toetamisel tuleb pakkuda: - mäluhäirega toimetuleku õpetamist haigele ja tema lähedastele - kognitiiv-käitumisteraapiat.	Kasutatakse teenusekoode 7601, 7602, 7603. Tekib lisakulu, kuna 2015. aastal diagnoositutest (G30.0-G30.9 ja F00.1-F00.9) sai aastatel 2015-2016 vastavat teenust 8% diagnoositutest (41 inimest 540-st). NB! Juhul kui teenus kajastub hooldaja arvel, siis seda pole antud andmeanalüüsis arvestatud.
Alzheimeri tõvega patsientide lähedaste/hooldajate toetamisel võib kasutada: - kogemusnõustamist - praktilist hoolduskoolitust.	
Kerge dementsusega Alzheimeri tõvega patsientidel alustada parema ravitulemuse saavutamiseks ravi atsetüülkoliinesteraasi inhibiitoritega, tõstes raviannust maksimaalselt talutava annuseni.	
Olenemata dementsuse raskusastmest võib atsetüülkoliinesteraasiinhibiitorite kõrvaltoimete mittetalumise korral vahetada ravi memantiini vastu.	
Mõõduka dementsusega Alzheimeri tõvega patsientidel tuleb ravi alustada kas atsetüülkoliinesteraasi inhibiitoriga või memantiiniga, seejärel jätkata nende kombinatsioonraviga.	

Raske dementsusega Alzheimeri tõvega patsientidel tuleb ravi alustada memantiiniga või atsetüülkoliinesteraasi inhibiitoriga ja seejärel jätkata nende kombinatsioonraviga.	
Ravitulemuse jälgimiseks tuleb sõeltestidega hinnata kognitiivset võimekust, igapäevategevustega toimetulekut ja psüühikahäireid. Seda tuleb teha 6–12-kuise intervalliga.	Kuluneutraalne.
Ravi lõpetamist kaaluda: - kui patsient ja/või tema seaduslik esindaja otsustab ravi lõpetada - kui patsient keeldub ravimitest või ei ole võimalik tagada raviskeemi järgimist - kui patsiendil on kaasuvad haigused, mis muudavad ravimite edasise kasutamise riskantseks või asjatuks, nt terminaalset haige - kui dementsus progresseerub tasemele, kus ravi jätkamisest ei ole enam kliiniliselt olulist kasu või see põhjustab haigele vaevusi.	Pigem tekib väike kokkuhoid.
Alzheimeri tõvega patsientidel tuleb psüühika- ja käitumishäirete ilmnemisel nende tekke võimaliku põhjusena välistada somaatilised haigused, ravimi kõrvaltoime(d) või väliskeskkonnast tingitud tegurid.	Kuluneutraalne.
Alzheimeri tõvega patsientide psüühika- ja käitumishäirete ravis tuleb võimalusel esmalt rakendada mittefarmakoloogilisi ravimeetodeid. Kui see osutub ebatõhusaks, kaaluda farmakoloogilise ravi alustamist.	Pigem tekib väike kokkuhoid.
Psüühika- ja käitumishäirete raviks kasutatavatest mittefarmakoloogilistest meetoditest eelistada omastehooldajate ja personali õpetamist, muusikateraapiat ja multisensorset stimulatsiooni.	Lisakulu arvestatud teiste soovituste all
Farmakoloogilist ravi soovitatakse alustada kohe paralleelselt mittefarmakoloogilise sekkumisega, kui: - esineb kliiniliselt oluline depressioon, ilma või koos suitsidaalsete mõtetega (eelistada SSRI-sid, SNRI-sid ja mirtasapiini) - esinevad psühhootilised sümptomid, millega kaasneb oht patsiendi või teiste inimeste vigastamisele (esmavalikuna eelistada risperidooni, olansapiini, kvetiapiini) - esineb agiteeritus, millega kaasneb oht patsiendi või teiste inimeste vigastamisele (eelistada atüüpilisi antipsühhootikume; samuti võib kaaluda tsitalopraami kasutamist).	
Käitumis- ja psüühikahäire ravis on eelistatud monoteeraapia.	
Atüüpiliste neuroleptikumidega ravi jätkamise vajadust ja ravimite kõrvaltoimeid tuleb regulaarselt hinnata (vähemalt kahe-kolme kuu järel), et antipsühhootilist ravi vähendada või lõpetada.	

Väljendunud ärevusega patsientidel ja/või enne protseduure võib vajadusel lühiajaliselt kasutada bensodiasepiine (eelistada lorasepaami või oksasepaami).	
Kerge ja mõõduka dementsusega haigetele, nagu ka kognitiivsete häiretega patsientidele, on näidustatud elukvaliteeti parandavad raviprotseduurid: nt kae operatsioon, kuuldeaparaat, reieluu proksimaalsete murdude kirurgiline ravi, hambaravi, suuhooldus jm.	Kuluneutraalne.
Palliatiivse ravi osutamisel Alzheimeri tõvega haigetele on oluline hinnata ka mitteverbaalset eneseväljendust, et tagada patsientide heaolu ja mugavus.	Kuluneutraalne.
Terminaaelses staadiumis Alzheimeri tõve haigetele palliatiivse ravi osutamisel kaaluda antibakteriaalse ravi, sondi- ja/või veenisisesse ravi mittealustamist ja/või selle lõpetamist.	Pigem tekib väike kokkuhoid.
Dementsussündroomi kahtluse korral suunata patsiendid neuroloogi ja/või psühhiaatri ja/või geriaatri konsultatsioonile.	Kuluneutraalne, teostatakse juba praegu.
Kiirkorras (kümne päeva jooksul) tuleb spetsialisti juurde suunata patsiendid, kellel on varase algusega (alla 65 a) dementsus ning kiire ja/või ebatüüpilise kuluga dementsus.	Kuluneutraalne.
Alzheimeri tõvega patsientide hoolduse korraldamisel pakkuda vajaduspõhist hooldust individuaalse plaani alusel (nt interRAI-, rehabilitatsiooni plaan, geriaatriline hindamine).	Kuluneutraalne.
Kerge dementsussündroomiga Alzheimeri tõvega patsientidele tuleb ohutuse hindamiseks liicluses ja relva käsitlemisel teha neuropsühholoogilised testid 6–12-kuulise intervalliga vastava spetsialisti (neuroloog, psühhiaater, geriaater) otsusel.	Kuluneutraalne.
Vajadusel teha juhtimisoskuse väljaselgitamiseks proovisõit, et hinnata Alzheimeri tõvega patsiendi sõiduvõimekust liicluses.	Kuluneutraalne.

Mõõduka ja raske dementsussündroomiga Alzheimeri tõvega patsiendi mootorsõiduki juhtimisõiguse ja relva kasutamiseõiguse peatamise algatab raviarst ning teavitab sellest patsienti ja tema lähedasi.	Kuluneutraalne.
---	-----------------