

Alzheimeri diagnostika ja ravi
Töörühma e-koosoleku protokoll nr. 12

Kuupäev	26. september 2017
Koht	videokoosolek Lastekodu 48 I korrus ja TÜK Puusepa 8 D208
Algus	15.15
Lõpp	17.45
Osalejad	Töörühma liikmed: Ülla Linnamägi, Pille Taba, Katrin Gross-Paju, Helgi Kolk, Jelena Leibur, Margus Ennok, Angelika Armolik, Maritta Loog, Kristi Tamela, Miret Tuur, Tiina Unukainen, Mari-Liis Laanetu, Äli Roose, Ivi Normet Sekretariaadi liikmed: Ülle Krikmann, Terje Matsalu
Puuduvad töörühma liikmed	Kadri Andresen, Teija Toivari, Helen Lasn
Juhataja	Ülla Linnamägi
Protokollija	Anneli Truhanov
Päevakord	Avaliku arvamuse parandusettepanekute arutelu
Ülevaade toimunud arutelust	1. Avalikult arutelult tulnud ettepanekud olid koondatud ühte dokumenti ning töörühma liikmed arutasid ükshaaval kõik kommentaarid läbi ning kujundasid oma vastuse, kas ravijuhendi teksti paranduses sisse viia või mitte. EHK koordinaator kujundab töörühma arutelust vastuseprojektid ning edastab need sekretariaadi ja töörühma juhtidele ülevaatamiseks. 2. Elu Dementsusega MTÜ liikmed vaatasid sekretariaadi poolt koostatud patsiendijuhendi üle. Lepiti kokku, et kõik parandusettepanekud edastatakse kirjalikult sekretariaadi juhile ning sekretariaat teeb patsiendijuhendis muudatused. 3. Hiljemalt 16. oktoobril esitatakse ravijuhend retsensentidele hindamiseks, tähtaeg 30. oktoober. Töörühm koguneb 31. oktoobril kell 15.00 retsensentide parandusettepanekuid arutama. Samuti vaadatakse üle sekretariaadi poolt parandatud patsiendijuhend.
Vastuvõetud otsused	Vt lõplikud avaliku arvamuse vastused Lisa 1.

Lisa 1. Avalikult aramuselt tulnud ettepanekud ja töörühma vastused

Kommentaari esitaja	Kommentaar	Ametlik e-kirja teel edastatud vastus
Eesti Patsientide Liit	Patsientide Liit ei ole pädev parimate spetsialistide poolt koostatud ravijuhendi sisu hindama. Siiski julgeme edastada paar mõtet, mis tavalugejana tekkis:	
	1. Täna on probleemiks, et paljudel juhtudel jääb dementsus kerges faasis tähelepanuta, kuna patsiendid on õppinud oma toimetulematust endisel tasemel maskeerima. UTTV-s on Täienduskonverentsi Kliinik 2017 all "Kõne ja neelamishäirete" sessioon: http://www.uttv.ee/naita?id=25243, kus 51. minutil tutvustab logopeed Liisa Kolk oma magistritööd samal teemal. Võib-olla oleks mõistlik tulevikus kaasata töögruppi (näiteks patsiendijuhendi koostamisel) ka kliiniline logopeed, kuna ka käesoleva ravijuhendi sissejuhatuses on logopeedi kui ravimeeskonna liiget nimetatud.	Logopeedi kaasamine töörühma – töörühm on erinevatel etappidel pakkunud logopeedide esindajatele võimalust osaleda ravijuhendi koostamise aruteludel, mida on logopeedid ka kasutanud. Lisaks on logopeedide ühingul, nagu kõigil teistel seltsidel/ühingutel, olnud võimalus oma arvamuse edastamiseks avaliku arutelu käigus ja nad on seda ka kasutanud.
	2. Juhendi soovitus N 28 lk. 19: "Ravi lõpetamist kaaluda: - kui patsient ja/või tema seaduslik esindaja otsustab ravi lõpetada; - kui patsient keeldub ravimitest või ei ole võimalik tagada raviskeemi järgimist..." Võiks kaaluda paremat sõnastust - kuna patsiendi tahe on ülim. Kui ta nii on otsustanud ja teda pole võimalik ümber veenda, siis tulebki ravi lõpetada. Kui patsient keeldub	Soovitus nr 28: ravi lõpetamine – nii nagu meditsiiniõigus ette näeb, peab ravi alustamisel kui ka lõpetamisel lähtuma patsiendi (või tema esindaja) teavitatud nõusolekust. Töörühm on sõnastanud selle soovitusena „Ravi lõpetamist kaaluda...” kuna ravi lõpetamise otsus on osapoolte kokkulepe ja

	ravimitest, siis on võimalik jätkata mittefarmakoloogilise raviga.	peab tekkima diskussiooni käigus. Töörühm otsustas soovitus sõnastust mitte muuta.
	Nagu oleme ka varem teada andnud, siis usume, et oskaksime paremini panustada patsiendijuhendi kohta ettepanekute tegemisele. Sestap loodame, et saadate meile kommenteerimiseks käesoleva ravijuhendi baasil koostatava patsiendijuhendi.	Patsiendijuhendi kommenteerimine – töörühm ja patsiendijuhendi koostajad tänulikud kõigi ettepanekute eest, mis ravi- ja patsiendijuhendi teemal tehakse. Alzheimeri tõve patsiendijuhendi esimene versioon on valmis. Ravijuhendi sekretariaat korrigeerib seda Elu Dementsusega MTÜ ettepanekutest lähtuvalt ning teise versiooni valmimisel võime selle lisaks ka Teile edastada, et saaksite omapoolseid ettepanekuid lisada.
Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon ja Eesti Geriaatrite Selts	Ravijuhend on hästi loetav ja loogiline ning hästi kasutatav nii perearstidele kui teistele eriarstidele, kaasa arvatud geriaatrid . Eriti meeldisid igapäevatöös kasutatavad lihtsad juhised lisades.	
	Mõnes kohas võib-olla ei olnud sõnastus kõige paremini arusaadav või oli see mitmetõlgendatav. Ehk on järgnevates mõtetes on miski, mille rakendamine võiks arusaadavust veelgi parandada.	

	ÜLDIST Tekstis on valdava „ravijuhend“ või „juhend“ mõnes kohas ka „ravijuhis“ või „juhis“. See otseselt ei tee lugemist arusaamatuks, kuid paneb mõtlema, kumb on siis õige (ilmselt ravijuhend). Soovitav on vältida sildistava tähenduse „dementne“ kasutamist, soovitatav on kasutada „dementsusega inimene /dementsusega isik“.	Tekstis on valdava „ravijuhend“ või „juhend“, mõnes kohas ka „ravijuhis“ või „juhis“ – töörühm tänab tähelepaneku eest, ravijuhendi tekst ühtlustatakse ja kasutatakse mõistet „ravijuhend“. Soovitav on vältida sildistava tähenduse „dementne“ kasutamist – töörühm otsustas ravijuhendi tekstis läbivalt kasutada mõistet „dementsusega patsient“.
	LÜHENDID Sageli kasutatakse ADL ja BADL sünonüümidega, teiseks mõisteks IADL; kuid põhimõtteliselt võib ju ka nii jagada, et ADL jaguneb kaheks interRAI – hooldusvajadusega isiku igakülgse hindamise meetodika [interRAI on brändinimi, seda uuema käsitlemise järgi enam rohkem lahti ei sõnastata; ka geriaatrilise hindamise meetod pole enam sobiv selgituseks, sest sellesse süsteemi kuulub näiteks ka laste seisundi hindamise vahendeid]	Sageli kasutatakse ADL ja BADL sünonüümidega, teiseks mõisteks IADL – töörühm otsustas ravijuhendi teksti korrigeerida, jääb ADL. interRAI – töörühm otsustas parandusettepanekut mitte arvestada.
	Lk.20 soovitus 32 ... esinevad psühhootilised sümptomid ... Kas dementsuse puhul räägime psühhoosist või pigem deliiriumist (kuna neid häireid põhjustavad orgaanilised muutused)?	Soovitus 32 „... esinevad psühhootilised sümptomid ...“ – töörühm selgitab, et dementsusel on nii deliirium kui ka psühhoos, kuid käesoleva soovitus kontekstis on käsitletud psühhoosi orgaanilise haiguse baasil.

	Lk. 51 soovitus 41.Alzheimeri tõvega patsientide hoolduse korraldamisel pakkuda vajaduspõhist hooldust individuaalse plaani alusel (nt interRAI-, rehabilitatsiooni plaan, geriaatrilinehindamine). - Kas poleks õigem : ...Inter RAI metoodika alusel teostatud geriaatriline hindamine - rehabilitatsiooni plaani eesmärk on olnud eelkõige rehabiliteerimine tööturule ,mitte hoolduse korraldamineKõrvalise abi hindamiseks kasutatakse praktikas BADL-i ja IADL-i piiranguid, samuti hinnatakse käitumuslike probleemide esinemist. Kas selle lausega on mõeldud , et milliste igapäevaelu toimingutega inimene iseseisvalt toime ei tule ? See lause jääb arusaamatuks	Soovitus 41 „....Alzheimeri tõvega patsientide hoolduse korraldamisel pakkuda vajaduspõhist hooldust individuaalse plaani alusel (nt interRAI-, rehabilitatsiooni plaan, geriaatrilinehindamine)“ – töörühm otsustas selguse eesmärgil ravijuhendi teksti korrigeerida.
	Lk. 55 Kirjas on „AT-patsientide dementsussündroomi tuleb pidada raskeks orgaaniliseks psüühikahäireks ...“, kuid Alzheimeri tõbi (ja dementsussündroom ka teistest põhjustest) on ju neuroloogiline häire?	Lk. 55 on kirjas „AT-patsientide dementsussündroomi tuleb pidada raskeks orgaaniliseks psüühikahäireks ...“, kuid Alzheimeri tõbi (ja dementsussündroom ka teistest põhjustest) on ju neuroloogiline häire? – töörühm selgitab, et välja toodud tekst on kirjutatud liiklusseaduse kontekstis, mille kohaselt tuleb demetsuse mõistet pidada raskekujuliseks psüühikahäireks.

L. Puusepa nim. Neuroloogide Selts	Käesolev ravijuhend on väga hästi õnnestunud ja leiab kindlasti laialdasemat kasutuselevõttu kõigi poolt, kes teemaga kokku puutuvad. Varem loetud ravijuhenditega võrreldes on AD juhend tunduvalt praktilisem, ja see võiks olla läbi loetud ja tänu väga asjakohastele lisadele ka igapäevaselt töölaual mitmete erialade arstidel. Siiski kaks teemat aruteluks tugeva soovitusel asendamiseks 'pigem'-soovitusel, mis puudutavad diagnostikat molekulaarsete visualiseerivate uuringutega ja AD spetsiifilist ravi AChE inhibiitorite ja memantiiniga:	
	1) Soovitus nr.13, mis puudutab funktsionaalseid ja molekulaarseid visualiseerivaid uuringuid. Praktilisest küljest on eesmärgiks eristada AD ja FTD. See eristamine on vajalik vaid selleks, et kasutada AChE inhibiitoreid või mitte. Ma pakuks "Tugev soovitus teha" asemel välja "Soovitus pigem teha".	Soovitus nr.13: pakuks "Tugev soovitus teha" asemel välja "Soovitus pigem teha" – ravijuhendi soovitusel tegemisel ja nende tugevuse määramisel on töörühm lähtunud tõendusmaterjali kvaliteedist. Soovitus 13 lähtub uuringu tegemise, mitte ravi määramise vajadusest. Tugev soovitusel antakse kõigi atüüpilise kuluga Alzheimeri tõvega patsientidele diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil FDG-PET-uuring või SPET-perfusiooniuuring tegemiseks, mitte kõigile Alzheimeri tõvega patsientidele. Töörühm otsustas soovitusel tugevust mitte muuta.

	2) Soovitused nr.23, 25 ja 26. AChE inhibiitorite toime on statistiliselt hästi tõestatud, kuid kliiniliselt oluline efekt on marginaalne. Kaasuvad (arvestades efekti vähesust) arvestatavad kõrvaltoimed. Nii nagu juhendis on õieti märgitud, võib tekkida olukord, kus reaalselt ravi üle otsustajad (sugulased, hooldajad) võiva alahinnata kõrvalnähte ja ülehinnata kasu (sageli kuuleme inimestelt erinevate ravimite puhul väidet "äkki ikka on kasu"). Seega pakuks jälle asendada "Tugv soovitus teha" gradatsiooniga "Soovitus pigem teha".	Soovitused nr.23, 25 ja 26: pakuks "Tugev soovitus teha" asemel välja "Soovitus pigem teha" – ravijuhendi soovituste tegemisel ja nende tugevuse määramisel on töörühm lähtunud tõendusmaterjali kvaliteedist. Nii nagu meditsiiniõigus ette näeb, peab ravi alustamisel kui ka lõpetamisel lähtuma patsiendi (või tema esindaja) teavitatud nõusolekust, seega peab nii ravi alustamise kui ka lõpetamise otsus olema osapoolte kokkulepe ja peab tekkima diskussiooni käigus. Töörühm otsustas soovituse tugevust mitte muuta.
Eesti Logopeedide Ühing	Sissejuhatus: Kas oleks võimalik ravijuhendis täpsustada logopeedi rolli? Vt. rohkem siit: http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935289&section=Roles_and_Responsibilities	Kas oleks võimalik ravijuhendis täpsustada logopeedi rolli? – töörühm leidis, et ravijuhendis ei ole vaja täpsustada logopeedi rolli kuna logopeedide kaasamine toimub juhupõhiselt, nende teenuste kasutamine toimub vastavalt nende teenuste kirjeldustele, mis on kättesaadavad haigekassa kodulehelt (https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/TTL/2016_08_12_logopeedia_teenuste_juhend_kodulehel_e.pdf; https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/perears tid/teraapiafondi_juhend_perearstidele.pdf). Käesolev juhend keskendub olulistele diagnostilistele aspektidele.

	Soovitus 4: Afaasia esinemise korral oleks vajalik ka logopeedi konsultatsioon. Palun lisada lause "Töörühm soovib otsustada patsiendi neuropsühholoogilisele uuringule suunamise konkreetse juhtumi põhiselt." järele lause "Afaasia esinemise korral suunata AT patsient logopeedi konsultatsioonile.".	Soovitus 4, afaasia esinemise korral oleks vajalik ka logopeedi konsultatsioon – töörühm täpsustab, et soovitused tulenevad tõenduspõhistest andmetest, kus logopeedi rolli otseselt välja ei tulnud. Eeltoodud põhjusel ei saa soovitusel lisada logopeedi konsultatsiooni nõuet. Raviarst otsustab patsiendi edasi suunamise juhupõhiselt ning ravijuhend ei välista logopeedilist ravi afaasia korral.
	Soovitus 31: Palun täpsustada, milline on nendes tegevustes logopeedi roll?	Soovitus 31, logopeedi roll nendes tegevustes – töörühmale jääb arusaamatuks ELÜ kommentaar kuna soovitus 31 on seotud psüühika- ja käitumishäiretega, pole otseselt seotud logopeedi funktsiooniga.
	Soovitus 38: Vajalik on logopeedi neelamisalane konsultatsioon. Palun lisada lause "Düsfaagia raskendab ravimite manustamist." järele lause "Neelamisprobleemide korral suunata patsient logopeedi konsultatsioonile.".	Soovitus 38: Vajalik on logopeedi neelamisalane konsultatsioon – töörühm leidis, et logopeedi kaasamise üle otsustab raviarst ning tegevused toimuvad vastavalt nende teenuste kirjeldustele, mis on kättesaadavad haigekassa kodulehelt (vt punkt 1).
	Lisa 3: Kas spetsiifiliste lisauuringute all mõeldakse ka logopeedilist uuringut? Võiks lisada.	Lisa 3: spetsiifiliste lisauuringud – töörühm täpsustab, et lisa 3 nimetatud spetsiifiliste uuringute all ei ole mõeldud logopeedilisi uuringuid.

Elo Saue (ELMÜ liige)	Lühenditesse lisada T.pallidum Ab – Treponema pallidum`i vastased antikehad.	töörühm otsustas ravijuhendisse paranduse sisse viia.
	Tekstis muudatused:	
	Neurosüüfilisest põhjustatud dementsuse juhte on vähe kirjeldatud. Töörühm soovib kliinilisele kogemusele toetudes kahtluse korral teha esmalt süüfilise sõeltest seerumist (treponemaalne test: T. Pallidum`i IgM ja IgG antikehad). Muuta järgmiselt: Neurosüüfilisest põhjustatud dementsuse juhte on vähe kirjeldatud. Töörühm soovib kliinilisele kogemusele toetudes kahtluse korral teha esmalt süüfilise treponemaalne sõeltest seerumist (T.pallidum Ab).	töörühm otsustas ravijuhendisse paranduse sisse viia.

	Neurosüüfilise diagnoosimiseks on vaja määrata liikvorist T. Pallidum'i vastased antikehad ning antikehade indeks. Ei kirjeldaks, vastuoluline lause- ES. Neurosüüfilise diagnoosimiseks on TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay) indeksi otsustuspiir > 70 (27). Muuta järgmiselt: Neurosüüfilise diagnoosimiseks on vaja määrata liikvorist TPHA uuring (Treponema pallidum haemagglutination assay) ja vajadusel arvutada TPHA indeks (Vienna 2000), mille otsustuspiir neurosüüfilise diagnoosimiseks on > 70 (27).	töörühm otsustas ravijuhendisse paranduse sisse viia
	P.S. Viited www.elmy.ee -> Töörühmad - > Urogenitaalsete infektsioonide diagnostika töörühm -> Avaldatud materjalid; lisatud ELMÜ liimete poolt koostatud süüfilise laboratoorse diagnostika algoritm 2014 aastast.	
Eesti Laborimedistii ni Ühing (ELMÜ)	soovitus 5: Hemogramm 5-osalise leukogrammiga; maksarakkude kahjustuse ja neerufunktsiooni näitajad. Loetelu sulgudes: ALAT, ALP, kreatiniin, eGFR	töörühm otsustas muuta ravijuhendis hemogrammi ja maksarakkude kahjustuse termineid. Samas leidis töörühm, et loetelu lisamine ei ole põhjendatud kuna seda ei toeta sekretariaadi poolt läbi töötatud tõendusmaterjal

	Soovituse 6 selgitav tekst: soovitatav sõnastus: treponemaalne test: T.pallidum Ab (sõeltestis on koos IgG ja IgM, positiivse sõeltesti korral määratakse kinnitaval uuringul IgG ja IgM eraldi). Positiivne skriiningtesti tulemus tuleb kinnitada immunoblot- või ELISA uuringuga. T.pallidum. Neurosüüfilise kahtluse saab liikvorist määrata CSF-T.pallidum IgG. Neurosüüfilise diagnoosimiseks on kättesaadav ka T pallidum IgG indeks (CSF/S T pallidum IgG ind), mille otsustuspiir on <1,3 on negatiivne, 1,3-1,5 piiripealne, >1,5 positiivne. B.burgedorferi.	töörühm leidis, et kõik välja toodud parandused on väga asjakohased ja need viiakse ravijuhendisse sisse. Samas leidis töörühm, et keeletoimetajaga vajab täpsustamist „T.pallidum” ja B. burgedorferi täpne kirjaviis.
	Soovituse 6 selgitavas tekstis uuringu kokkuvõte: dementsuseid patsiente asemel dementseid patsiente.	töörühm parandab kirjavea
	Soovituse 7 selgitava teksti lõpus mediaalses osa asemel mediaalse osa	töörühm parandab kirjavea
Eesti Õdede Liit	Ravijuhend on vajalik ja kergendab kindlasti antud diagnoosiga patsientidele õigete õendustoimingute teostamisel vajalikku õendusabi.	Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi juhendi töörühma ja sekretariaadi liikmed tänavad juhendile antud tagasiside eest!

	Õendustegevusse annab ravijuhend suunised, et Alzheimeri tõvega patsientide ja nende hooldajate toetamisel on võimalik tugineda käesolevale ravijuhendile. Üheselt on arusaadav, et igapäevase toimetuleku säilitamiseks on kõigile Alzheimeri tõvega patsientidele soovitatav regulaarne kehaline aktiivsus ja tegevusteraapia. Tugineda juhendile Alzheimeri tõvega patsientide hooldajate toetamisel toimetuleku õpetamist haigetele ja tema lähedastele. Õenduses on oluline, et patsientide õendustegevuse korraldamisel pakkuda vajaduspõhist hooldust individuaalse plaani alusel.	
	Inter RAI instrumendiga hindamine mõõdab nii meditsiinilisi kui ka sotsiaalseid valdkondi, arvestamaks patsiendi hakkamasaamist. Mõistlik on hindamiseks kasutada hindamise kliinilisi protokolle (CAP), selgitamaks õenduse või sotsiaalhoolduse vajadust.	
	Täiendusi "Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi" ei ole	
Eesti Perearstide Selts	punkt 7- kahtlusele teha CT või MRT uuring- hetkeseisuga perearstil selline võimalus puudub, aga loodame edaspidi võimaluse tekkimist- läbirääkimised radioloogide ja haigekassaga käib	Soovitus 7: KT või MRT uuringu tegemine perearstide poolt – töörühm on teadlik vastuolust ravijuhendi soovitusel ja tegelike võimalustega. Töörühm toetab igati KT ja/või MRT kättesaadavaks tegemist perearstidele, mistõttu on ravijuhendi rakenduskavas toodud välja punkt, mis käsitleb haigekassale sellekohase taotluse esitamist. Nagu Te oma pöördumises kirjutate, siis on

		läbirääkimised EPS, EHK ja radioloogide seltsi vahel juba aset leidmas.
	punkt 21 ja 22- kahjuks kognitiivse käitumisteraapia kättesaadavus Eestis väga piiratud	Soovitused 21 ja 22 ning 30-31: kognitiivse käitumisteraapia kättesaadavus ning mittefarmakoloogiliste ravivõimaluste kättesaadavus – soovituste tegemisel on tuginetud rahvusvahelisele tõendusmaterjalile ning töörühm on seisukohal, et ravijuhend peab olema ettevaatav. Loodetavasti on tegemist areneva valdkonnaga, mistõttu otsustas töörühm ravijuhendi teksti täiendada, lisades, millised spetsialistid omavad pädevust kognitiivse käitumisteraapia läbiviimiseks.
	punkt 30-31 mittefarmakoloogilise ravivõimalused samuti suhteliselt kättesaadavad	
	punkt 43- juhtimisoskuse väljaselgitamise proovisõit- kes teeb?	Soovitus 43: juhtimisoskuse väljaselgitamise proovisõit – tegemist on töörühma praktilise soovitusena, seadusandlus seda hetkel ei toeta, mistõttu saab see toimuda vaid patsiendi või tema lähedaste initsiatiivil. Proovisõidu tegemiseks saab patsient või tema lähedased pöörduda autokoolide poole.

	punkt 44- juhtimisõiguse peatamine- palun konkreetsemalt lahti kirjutada kuidas on võimalik ilma patsiendi nõusoleku ja tervisedeklaratsiooni tätmata peatada juhtimisõigust	Soovitus 44: juhtimisõiguse peatamine – ravijuhendi sekretariaat pöördus selles küsimuses Maanteeameti poole täiendavate selgituste saamiseks. Maanteeameti poolt edastati juhised, mis võimaldavad perearstil juhtimisõiguse peatada ja need on ka ravijuhendis toodud. Toome need siin veelkord välja: patsiendi perearst informeerib täiendavalt patsienti ning tema lähedasi juhtimisõiguse peatamise kavatsusest tervises seisundi halvenemise tõttu ja edastab patsiendi mootorsõiduki juhtimisõiguse peatamise otsuse Maanteeametile terviseinfo süsteemi kaudu (vastavalt liiklusseaduse § 124 lg 5). Mootorsõiduki juhtimisõigus peatatakse, kui mootorsõidukijuhi tervises seisund ei vasta liiklusseaduse § 101 lõike 10 alusel kehtestatud tervisenõuetele. Mootorsõiduki juhtimisõigus peatub siis, kui Maanteeamet otsuse inimesele kätte toimetab.
	Algoritmides märgitud spetsialistid- geriaater ja neuropsühholoogi kättesaadavus Eestis peaaegu olematu.	Algoritmides märgitud spetsialistid: geriaater ja neuropsühholoogi kättesaadavus Eestis peaaegu olematu – töörühm ei nõustu hinnanguga, et neuropsühholoogide kättesaadavus Eestis on olematu. Töörühma hinnangul on teenus sisu poolest tagatud praktiliselt kõikides suuremates keskustes ja maakondades. Geriaatreid on lähiaastatel

		lisandumas, mistõttu loodame, et peagi ka nende kättesaadavus paraneb.
Ida-Tallinna Kesksaigla neuroloogiakes kus	Molekulaarsed visualiseeritavad uuringud – eelistaks soovitus “pigem teha”, mitte “tugev soovitus”	Soovitus nr.13: pakuks "Tugev soovitus teha" asemel välja "Soovitus pigem teha" – ravijuhendi soovitusete tegemisel ja nende tugevuse määramisel on töörühm lähtunud tõendusmaterjali kvaliteedist. Töörühm otsustas soovitusete tugevust mitte muuta.
	Ravi AchE inhibiitoritega – ravi rasketel dementsuse juhtudel võiks olla selgemini märgitud, millal on arstil õigus mitte alustada ravi. On küll välja toodud millal võiks lõpetada. Sama puudutab ka memantiini.	Ravi AchE inhibiitoritega ja memantiiniga: ravi rasketel dementsuse juhtudel võiks olla selgemini märgitud, millal on arstil õigus mitte alustada ravi - nii nagu meditsiiniõigus ette näeb, peab ravi alustamisel kui ka lõpetamisel lähtuma patsiendi (või tema esindaja) teavitatud nõusolekust, seega peab nii ravi alustamise kui ka lõpetamise otsus olema osapoolte kokkulepe ja peab tekkima diskussiooni käigus. Töörühm leidis, et ravijuhendisse ei saa lisada täiendavat soovituset, millal ravi üldse mitte alustada vaid see peab toimuma juhupõhiselt.

	Puudub märke toitumise kohta, mis on täna aktuaalne. Kajastus toitumise osas üldse puudub	Toitumine – töörühm annab teada, et toitumist on plaanis käsitleda peagi koostatavas Alzheimeri tõve patsiendijuhendis.
	Neuroloogiakeskuse arstide arvates on juhend praktiline ja heade lisadega	
Eesti Meditsiinigeneetika Selts	"ApoE4 genotüüpi rutiinselt mitte teha". Apolipoproteiini E 4. alleeli kandlus (ApoE4), preseniliin 1 (PS1) ja preseniliin 2 (PS2) geenmutatsioonid on vaid umbes 50%-l juhtudest perekondliku varase algusega AT põhjuseks. Umbes 13%-l varase algusega AT-haigetel on kindlaks tehtav selge autosomaal-dominantne pärilikkus. ApoE4 genotüüp on seotud hilise algusega AT-ga, kuid see ei pruugi tingimata tähendada haiguse avaldumist. ApoE4 genotüübi rutiinne testimine ei ole soovitatav, kuna nimetatud geenialleeni kandlust võib esineda ka tervetel inimestel (15, 16, 38). Selgitavas tekstis on kirjaviga.	Soovituse 11 selgitavas tekstis kirjaviga - töörühm tänab tähelepaneku eest, teeme ravijuhendi tekstis paranduse.
	Ametliku nomenklatuuri järgi on geeni nimi APOE, millel esinevad alleelid e2, e3 ja e4. Inimese geeninimede lühendid on läbiva suurtähega ja kursiivis.	Ametliku nomenklatuuri järgi on geeni nimi APOE, millel esinevad alleelid e2, e3 ja e4. Inimese geeninimede lühendid on läbiva suurtähega ja kursiivis. – töörühm teeb ravijuhendi tekstis parandused.

	Meie pakutud sõnastus: "APOE genotüüpi rutiinselt mitte määrata." Teine variant oleks „APOE genotüpiseerimist rutiinselt mitte teha“	Meie pakutud sõnastus: "APOE genotüüpi rutiinselt mitte määrata." Teine variant oleks „APOE genotüpiseerimist rutiinselt mitte teha“. – töörühm otsustas soovitus sõnastust parandada esimese pakutud variandiga.
	Lisaks soovitame lisada viite andmebaasile GeneReviews, kus on ka Alzheimeri tõbe puudutav peatükk: Bird TD. Alzheimer Disease Overview. 1998 Oct 23 [Updated 2015 Sep 24]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2017. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1161/	töörühm otsustas välja toodud viite ravijuhendile lisada
Anne-Ly Palosaari	tean et maailmas ja ka eestis räägitakse dementsusest, dementsus aga on mäluhaiguse vorm, mis kujuneb välja ajaga. Kas on võimalik vahetada sõna dementsus välja mälu haiguseks, kuna haiguse algfaasis inimesel ei ole veel suuri raskusi eluga toimetulekuks. Töötan ise Soomes mäluhaigetega ja dementsus sõna kasutatakse siis kui inimesel suuri raskusi igapäevaste toimingutega hakkama saamisel.	Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi juhendi töörühma ja sekretariaadi liikmed tänavad juhendile antud tagasiside eest! Hoolimata sellest, et ravijuhendi töörühma juht vastas Teie kirjale eraldi, arutati Teie poolt tehtud märkused läbi 26.09.2017 toimunud töörühma koosolekul. Esitame siinkohal töörühma seisukohad mõnede Teie poolt püstitatud kommentaaridele ja ettepanekutele.

	Kas on võimalik koolitada välja õdesid, kes suudavad teha mäluteste nt MMSE ym. See säästab palju arsti aega ja säästab ka raha. Soomes on olemas muistihoidajad (mäluõed) kes tegelevad patsiendiga enne diagnoosi ja diagnoosi järgselt. Samas se õde on ka yhenduskyki lähedaste koostöös sega koostöös haige võrgustikuga. Olin suvel eestis ja tegin vabtahtliku tööd yhes vanadekodus, sain teada et mälutestidele on eestis pikad järjekorrad. Mäluhaiguse tulles on esmatähtis saada diagnoos ja ravimid.	MMSE testi läbi viimine õdede poolt – töörühm leidis, et tegemist on väga hea mõttega, mistõttu täiendasime ravijuhendi rakenduskava pereõdedele tehtava MMSE läbi viimise koolitusega.
	Tahtsin ka kysida seda, et miks ravijuhendis ei soovitata valitaatiot kasutada ALZ. haigetega. Tegelikult see aitab kõiki mäluhaigeid, kuna põhimõtteliselt minnakse kaasa inimese tundemaailma ja seda kaudu proovitakse leida yhist keelt? Samuti kogemuste põhjal see aitab kaasa rehabilitatsioonile	Validatsioonimeetodi kasutamine Alzheimeri tõvega patsientidel – töörühma poolt läbi vaadatud tõendusmaterjal ei andnud kindlust positiivse soovitusete tegemiseks validatsioonimeetodi kasutamisel. Samas ei ole põhjendatud ka negatiivse soovitusete tegemine. Töörühm otsustas ravijuhendist vastava soovitusete ära võtta ning alles jätta vaid selgitava teksti, kus on välja toodud põhjendus, et tõendusmaterjali puuduse tõttu ei ole võimalik soovitusete teha. Samuti ei pidanud töörühm põhjendatuks töörühma praktilise soovitusete tegemist.
	Saadan ka yhe soomekeelse näite, mida siin kysitakse lähedastelt ja kliendilt ise.	

	https://www.hel.fi/static/sote/itsehoito/lomakkeet/Muistikyselyomaiselle.pdf	
	ja kysimustik kliendile: https://www.hel.fi/static/sote/itsehoito/lomakkeet/Muistikyselypotilaalle.pdf	
	Ja viiamseks kuna mäluhaigus mis kujuneb lõpuks dementiaks viib inimeselt otsustusvõime, kuidas eesti selle juriidilise poolega on. Kas on võimalik nt kui inimene saab diagnoosi samas saada abi ka selles kysimuses.	
Elu dementsusega MTÜ	Ravijuhendit lugedes kinnitus mõtte, et AT patsiendile vajaliku ravi ja hoolduse tagamisel on põhivastutus lähedastel, sest AT on nn interdistsiplinaarne. Küsimused: Kas AT patsientide omastele/lähedastele/hooldajatele tehakse ravijuhendi põhjal abivahend, et osata hinnata haiguse kulgu ja ravivajaduse hindamise vajadust; millal perearsti ja millal eriarsti juurde pöörduda ning millal autoga sõitmist ja relva kasutamist piirata? Kes juhib AT patsiendi ravi kui ta elab hooldusasutuses? Ravijuhendis puudub sotsiaaltöötaja ja tema roll kui oluline abifunktsioon AT patsiendi haigusest tuleneva hooldusvajaduse hindamisel ja tagamisel ning lähedaste abistamisel/toetamisel. Eriti olulised on sotsiaaltöötajad patsientidele, kes on üksikud või lastetud. Ravijuhis on igaljuhul oluline ja usun, et sellest on	Kas AT patsientide omastele/lähedastele/hooldajatele tehakse ravijuhendi põhjal abivahend - patsiendijuhendi koostamise vajadus otsustatakse ravijuhendi teemaalgatuse esitamisel ja Ravijuhendite Nõukojas teema kinnitamisel. Alzheimeri tõve patsiendijuhendi esimene versioon on valmis. Ravijuhendi sekretariaadi juht saadab täiendatud versiooni, siis on võimalus lisada omapoolseid ettepanekuid. Ravijuhendis puudub sotsiaaltöötaja ja tema roll – Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi juhend on ennekõike suunatud perearstidele, aga kindlasti on see vajalik abivahend ka teistele Alzheimeri tõvega patsientidega kokku puutuvatele spetsialistidele.

	tulevikus abi nii arstidel, patsientidel kui ka hooldajatel/omastel	Töörühm ei leia, et ravijuhendis oleks vaja eraldi käsitleda sotsiaaltöötaja rolli, vajadusel võib seda teha patsiendijuhendis.
--	---	---

	Kas pere- ja eriarstidel plaanitakse teha selle järgimine kohustuslikuks? Siiani on näiteks kliinilised psühholoogid pidanud tegema dementsuse diagnostika kontekstis päris palju esmatasandi tööd - patsiendi ja lähedaste intervjuerimine, kaebuste ja anamneesi täpsustamine, psühhosotsiaalse olukorra ja igapäevase toimetuleku kindlakstegemine. Kognitiivseid testimisi sõeltestide näol ka reeglina kliinilise psühholoogi juurde saabumisel ei ole tehtud. Neuropsühholoogid teevad eakate kontekstis vähem laiapõhjalisi uuringud ja rohkem vestluseid ning lihtsat kognitiivset testimist, mis võiks spetsialisti juurde saabumisel juba varasemalt tehtud olla. Sageli ei ole need atüüpilised ega varajase kuluga juhtumid, vaid standardsed olukorrad mõõduka kuni raske dementsuse näol, kus rohkem abi oleks perele tegelikult tegevusterapeutidelt ja sotsiaaltöötajalt. Ravijuhendis suurepäraselt kirjeldatud tegevuste järjepidevus ja omaksvõtt sõltub ainuüksi sellest, kas ravijuhendi tegevused on informeeriva iseloomuga, soovituslikud või täiesti kohustuslikud ja kuidagi ka tsentraalselt jälgitavad. Kas on mõeldud, kuidas ületada igipõline probleem, kus sageli ei ole kliinilistes juhtnöörides soovitatud tegevuste läbiviimiseks arsti või õe vastuvõtul piisavalt aega ja siis peab eelmise inimese tegemata töö tegema ära järgmine spetsialist.	Kas pere- ja eriarstidel plaanitakse teha selle järgimine kohustuslikuks? – Ravi rahastamise lepingu üldtingimused sätestavad, et tervishoiuteenuse osutaja kohustub tagama kindlustatud isikule arstiteaduse üldisele tasemele vastavate teenuste osutamise, lähtudes heade kliiniliste tavade põhimõtetest ja kasutades Eestis aktsepteeritud või rahvusvaheliselt tunnustatud tõenduspõhiseid ravistandardeid, mis on patsiendi tervist enim säästvad, kulutõhusad ning mille osutamiseks on saadud patsiendi nõusolek. Oma kontrollitegevustes (kliinilised auditid, sihtvalikud) lähtub haigekassa Eestis heaks kiidetud või rahvusvahelistelt tunnustatud ja Eestis kasutusel olevatest ravijuhenditest.
--	--	---

	Omastehooldajana jäi silma soovitus 21 Alzheimeri tõvega patsientide hooldajate toetamisel tuleb pakkuda: - mäluhäirega toimetuleku õpetamist haigele ja tema lähedastele, - kognitiiv-käitumisteraapiat. Milline spetsialist peaks selle eest vastutama - perearst, eriarst, sotsiaaltöötaja ? Kas antud spetsialist peab seda ise tegema või suunab abivajaja ja/või omastehooldaja järgmise spetsialisti juurde ? Kas sellised teenused on käesoleval hetkel saadavad? Ravijuhendi baasil teha abivahend omastele (hooldajatele) on väga hea mõte, sest dementse isiku hooldamise eest vastutavadki ainult lähedased (va muidugi omasteta dementsed). Eriti on see vajalik, kui dementset isikut hooldatakse kodus, mida küll riik ei soosi. Aga kui Alzheimeri tõve ja dementsuse olemusest võib leida üsna palju kirjandust ja MTÜ "Elu Dementsusega" annab oma panuse üldsuse teavitamisel antud teemadel (FB, tugigrupid), siis puudu on üks praktiline juhend (voldik), kust leida vastused hooldajatoetuse, puude määramise, hooldaja pensionstaazi, eestkoste jms küsimustes. Praegu on see info killustatud erinevate ametkondade vahel - perearst, sots.kindlustusamet, KOV-ide sots.osakonnad.	Soovitus 21: kognitiivse käitumisteraapia kättesaadavus – soovitude tegemisel on tuginetud rahvusvahelisele tõendusmaterjalile ning töörühm on seisukohal, et ravijuhend peab olema ettevaatav. Loodetavasti on tegemist areneva valdkonnaga, mistõttu otsustas töörühm ravijuhendi teksti täiendada, lisades, millised spetsialistid omavad pädevust kognitiivse käitumisteraapia läbiviimiseks.
--	--	--

	Lisatud magistritöö "IMPROVEMENT OPPORTUNITIES FOR ALZHEIMER'S DISEASE SCREENING AND DIAGNOSTICS IN ESTONIA: FAMILY PHYSICIANS' PERCEPTIONS" järelused: • Perearstid vajavad koolitusi, et Alzheimer'i diagnostikat paremini korraldada. • Perearstid vajavad konkreetset ravijuhendit. Hetkel on ravijuhendid perearstikeskuste töö jaoks liiga mahukad ja nad lihtsalt ei leia üles, mis nad tegema peaks. • Soovitati kasutusele võtta perearstide jaoks checklisti põhine juhend, mis muudaks selgeks, mis protsesse neilt üldse oodatakse. • Perearstid ei tee iga kord Mini-Mental Testi, kui neilt seda oodatakse. • Perearstid ei suuna kõiki patsiente edasi, kes seda vajaks (eriti puudutab see ilmselt keskustest kaugemal asuvaid arste). • Perearstid arvavad, et pole võimalik alati patsiendi lähedaselt anamneesi võtta. • Praegused ravijuhendi soovitused ei leia täies mahus perearstide poolt kasutust, peamine põhjus on perearstide aeg, kuid tundub, et perearstid ei näe neil protsessidel enamasti ka ravi puudumise tõttu üldse tähtsust.	
--	---	--