**Kliiniline küsimus nr 12b (farmakoloogiline ravi)**

Kas Alzheimeri tõvega patsientidel, kellel esineb psüühika- ja käitumishäireid, kasutada sümptomite leevendamiseks mittefarmakoloogilisi sekkumisi vs. **farmakoloogilist ravi (psühhotroopsed ravimid, neuroleptikumid, antidepressandid uinutid, rahustid)** vs. samaaegselt mittefarmakoloogilisi sekkumisi ja farmakoloogilist ravi?

Kriitilised tulemusnäitajad:
patsiendi käitumis- ja psüühikahäirete vähenemine, patsiendi ohutuse tagamine, patsiendi ohjamisvajaduse ennetus, patsiendi elukvaliteet, patsiendi asutushoolduse vajaduse edasilükkamine, lähedase/omastehooldaja/hooldaja elukvaliteet, lähedase/omastehooldaja/hooldaja koormatus.

**Huvide konflikt:** töörühm on kinnitanud, et töörühmaliikmed on deklareerinud peamised huvid või huvide puudumise antud küsimuses

|  |
| --- |
| **Töörühma soovitus:** 1. Psüühika- ja käitumishäirete ilmnemisel AT haigel, tuleks esmalt välistada somaatiline põhjusravimi kõrvaltoime või väliskeskkonnast tingitud faktorid. 2. Psüühika- ja käitumishäirete ravis tuleks AT haigetel võimalusel esmalt rakendada mittefarmakoloogilisi ravimeetodeid, kuigi nende tõenduspõhisus on nõrk. **Nende sekkumiste ebaefektiivseks osutumisel tuleb kaaluda farmakoloogilise ravi alustamist.** 3. Psüühika- ja käitumishäirete raviks kasutavatest mittefarmakoloogilistest meetoditest kaaluda multisensoorset stimulatsiooni, muusikateraapiat, omastehooldajate ja personali õpetamist.**4. Farmakoloogilist sekkumist soovitatakse alustada koheselt paralleelselt mittefarmakoloogiliste sekkumistega juhtudel, kui:****- esineb kliiniliselt oluline depressioon, ilma või koos suitsidaalsete mõtetega****(eelistada SSRI-sid, SNRI-sid ja mirtasapiini)****- psühhoos, millega kaasneb oht patsiendi või teiste inimeste vigastamisele****(esmavalikuna eelistada risperidooni, olansapiini, kvetiapiini)****- agiteeritus, millega kaasneb oht patsiendi või teiste inimeste vigastamisele****(eelistada atüüpilised antipsühhootikume; võib kaaluda tsitalopraami kasutamist)****5. Käitumis- ja psüühikahäire ravis on eelistatud monoteraapia, kuid kliinilisel vajadusel kaaluda antidepressandi kombineerimist antipsühhootikumiga.****6. Antipsühhootilise ravi jätkamise vajadust ja ravimite kõrvaltoimeid tuleb regulaarselt üle hinnata (vähemalt iga 2-3 kuu järel) *eesmärgiga antipsühhootilist ravi vähendada või lõpetada******(töörühma soovitus).*****7. Väljendunud ärevusega patsientidel või protseduuride eelselt võib vajadusel kasutada lühiajaliselt bensodiasepiine (eelistada lorasepaami või oksasepaami).** |
| **Patsient/sihtrühm** | Alzheimeri tõve diagnoosiga patsiendid, kel esineb psüühika- ja käitumishäired. |
| **Sekkumine** | Psühhofarmakoloogiline ravi  |
| **Tegur** | **Otsus** | **Selgitus** |
| **Väga hea või keskmise kvaliteediga tõendusmaterjal**(kas tõendusmaterjal on väga kvaliteetne?)*(Mida kõrgem on tõendusmaterjali kvaliteet, seda tugevam on soovitus)*  | □ Jahx Ei | Väga hea kvaliteediga tõendusmaterjali on vähe. Mõne ravimigrupi või ravimi kohta on tulemused - kuigi uuringud on olnud väikese valimiga ning ebaühtlase kvaliteediga - üheselt mõistetavad (nt koliinesteraasi inhibiitorid, valproaat); teiste kohta aga vastuolulised (nt erinevad antipsühhootikumid: üksikud uuringud on leidnud kliiniliselt olulist efekti agitatsiooni, agressiivsuse ja psühhoosi eevendamisel, osa uuringutest aga neid tulemusi ei kinnita. Paistab olevat preparaadi-spetsiifline toime – risperidoon, olansapiin, aripiprasool ja võimalik, et annusest sõltuvalt ka kvetiapiin, on tõenäolisemalt efektiivsed). Antidepressantidega on läbi viidud uuringuid väga vähe ja tõenduspõhisus nende kasutamiseks on nõrk, pigem kliinilisel praktikal ja ekspertarvamustel põhinev soovitus. Bensodiasepiinide efektiivsus e kohta on vähe andmeid, uinutite efektiivsust ei ole Alzheimeri patsientidel uuritud.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kindlustunne kasude ning** **kahjude ja koormuse tasakaalu suhtes****(kas on kindlustunne?)***Mida suurem on erinevus* *soovitavate ja soovimatute* *tagajärgede vahel ning kindlustunne selle erinevuse suhtes, seda tõenäolisem on tugev* *soovitus. Mida väiksem on* *tegelik kasu ja mida väiksem* *on kindlustunne selle kasu* *suhtes, seda tõenäolisem on* *tingimuslik/nõrk soovitus* | □ Jahx Ei | Kuna kõik psühhotroopsed ravimid on eakatel ja eriti dementsetel inimestel seotud mitmete oluliste kõrvaltimetega, soovitavad kõik 7 läbivaadatud ravijuhendit kasutada neid teise valikuna peale mittefarmakoloogiliste meetodite ebaefektiivseks osutumist, ning võimalikult madalas annuses võimalikult lühikese aja jooksul. Antipsühhootikumide kasutamine on seotud suurenenud insuldi riski ning suremusega eakatel, bensodiasepiinide tarvitajatel kirjeldatakse kognitiivse funktsiooni kiiremat halvenemist. Farmakoloogilist ravi soovitatakse kasutada konkreetsetel juhtudel (kui esineb kliiniliselt oluline depressioon; psühhoos või psühhoosita agiteeritus, millega kaasneb oht patsiendile või teistele inimestele), eeldatav efektiivsus on „mõõdukas“.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kindlus või sarnasus väärtustes (kas on kindlustunne?)***Mida suurem on varieeruvus* *või ebakindlus patsiendi väärtuste ja eelistuste suhtes, seda tõenäolisem on tingimuslik või nõrk* *soovitus.* | □ Jahx Ei | Leitud uuringutes ei ole välja toodud patsientide eelistusi. | Töörühm otsustas, et patsiendile pakub rohkem väärtust ....................................................................................................................................... Ja vähem väärtust.................................................................................................................................................................................... |
| **Ressursi tähendus (kas tarbitud ressursid olid väärt** **oodatavat kasu)***Mida suurem on sekkumise* *kulu võrreldes kaalutava alternatiiviga ja muud otsusega* *seotud kulud, st mida rohkem* *ressursse tarbitakse, seda* *tõenäolisem on tingimuslik/**nõrk soovitus.* | x Jah□ Ei**võimalik** | Psühhotroopsete ravimite kasutamisega seotud kulu ei ole ravijuhendites ega uuringutes välja toodud. Kuna neuropsühhiaatrilised häired on Alzheimeri tõvega patsientidel väga sagedased (haiguse jooksul kogeb neid kuni 93% patsientidest), ning need on oluliseimaks põhjuseks, miks patsient paigutatakse hooldusasutusse; ning kuna ravimata neuropsühhiaatrilised häired kipuvad süvenema ning on seotud ka kiirema kognitiivse funktsiooni langusega, on võimalik,et ettevaatliku ja hoolikalt läbimõeldud psühhofarmakonide ravikuuriga hoitakse ära suuremat kulu ehk patsiendi hooldusasutusse paigutamist. Samas võivad ravimite kõrvaltoimed põhjustada hospitaliseerimist vajavaid probleeme ning seega ka olla seotud suurema ressursi tarbimisega. |
| **Soovituse üldine tugevus** *Mida suurem on sekkumise* *kulu võrreldes kaalutava alternatiiviga ja muud otsusega* *seotud kulud, st mida rohkem* *ressursse tarbitakse, seda* *tõenäolisem on tingimuslik/**nõrk soovitus.* | Kaalutav alternatiiv = mittefarmakoloogiline sekkumine, mile läbiviimiseks on vaja koolitatud spetsialiste, ning millel tõenäoliselt on suurem ajaresurss (omaste ja patsiendi õpetamine). Probleemiks on ravimite kõrvaltoimed, mis võivad viia hospitaliseerimiseni. **Uncertain trade-offs** = it is not clear whether the intervention does more good than harm. |