**Kliiniline küsimus nr 14**

**Kas kõik dementsussündroomiga patsiendid tuleb Alzheimeri tõve diagnoosi kinnitamiseks suunata vastava valdkonnaga süvendatult tegeleva erialaspetsialisti (neuroloog, geriaater, psühhiaater) ambulatoorsele vastuvõtule vs. haiglauuringutele vs. mitte?**

Tulemusnäitajad: Alzheimeri tõve varajane diagnoosimine, ravitavate dementsuste välistamine, patsiendi stress, vastava tervishoiuteenuse vajaduse ja mahu prognoos.

**Kokkuvõte**

Ravijuhendid:

Teemat on käsitletud Australia, California, ENFS, NICE, Kanada ravijuhendid. Kõigis ravijuhendites tuuakse välja medikamentoosse ravi soovitused, perekonna nõustamine.

Austraalia juhend (2016): Inimesed, kel on kahtlus dementsuse diagnoosile, tuleb suunata dementsusega tegelevatele teenustele või spetsialistide juurde (näiteks mälukliinik, neuroloog, geriaater, psühhiaater). Juhend rõhutab isikule suunatud käsitlust (person-centered care) - igat juhtumist käsitletakse individuaalselt ja selgitatakse probleemid ja vajadused ning pakutakse sobivad teenused isikule ja tema perele; on soovitatud suhtuda hoolivalt dementsusega isikutesse ja individuaalset lähenemist. Oluline, et peredel on ligipääs dementsetele mõeldud teenustele. Dementsetega tegelevad töötajad peavad olema vastava läbinud koolituse. Koolitus peab andma oskuse effektiivselt suhelda dementsete inimestega, et ennetada käitumis- ja psühhiaatrilisi probleeme.

California juhend (2008): Juhend on suunatud esmatasandi spetsialistidele, soovitused on antuda vastavalt ALZ staadiumitele – varases perioodis, haiguse mõõdukas astmes ja elu lõpu perioodil. Haiguse varases perioodis tuleb kindlasti selgitada juriidilisi, juhtumisõigusega seotud küsimusi nii haigetele kui nende sugulastele. Lisaks ravimitele pakkuda ka kognitsiooni mõjutavaid mittefarmakoloogilisi tegevusi. Oluline seisundi hindamine keskmiselt 6 kuu kaupa, kliiniliste komplikatsioonide puhul sagedamini.

NICE juhend (2014): Juhend rõhutab, et ei tohi dementsuse diagnoosiga inimest diskrimineerida, samuti tuleb nendele arusaadaval moel saavutada nõusolek uuringuteks, tegevusteks. Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajad peaksid tegema integreeritud koostööd. Mäluhäire kahtlusel tuleb suunata inimene mälukliinikusse või spetsialisti juurde, teostada strukturaalsed ajuuuringud, et välja lülitada teised patoloogiad, samuti on vajalik hinnata objektiivselt füüsilist tervist ja psühhiaatrilisi nähtusid.

EFNS (Hort et al): juhend annab soovituse AD diagnoosimisel tuleb haigele ning teha hooldajale teha ALZ diagnoos teatavaks, avalikuks (B tase). Hooldajatele ja ALZ haigetele pakkuda infot ja koolitust (A tase) Ei ole ühtki soovitust ambulatoorselt või statsionaaris käsitluse kohta. Oluline on õige/korrektne diagnoos.

Kanada (CCCDTD4) juhend: Soovitus suunata mälukliinikusse kindlasti nooremas eas (alla 65 a) tekkinud dementsusega patsiendid, vajadusel võimaldades geneetilist konsultatsiooni. Suunata spetsialisti juurde ka kiiresti arenenud dementsusega juhud.

**Soovitused:**

1. Dementsussündroomi kahtlusel tuleb saata inimene dementsusega tegeleva spetsialisti juurde (neuroloog, psühhiaater, geriaater) või mälukliinikusse
2. Juhendid ei käsitle ambulatoorset või stastionaarseid uuringuid, vajalik on isikule suunatud individuaalne lähenemine, et saavutada korrektne diagnoos.

**Süstemaatilised ülevaated**

1. Haberstroh J, Optimal management of Alzheimer’s disease patients: Clinical guidelines and family advice. 2010

Ülevaade juhenditest – Ameerika Psühhiaatrite Seltsi –APA; AAN; NICE; EFNS juhenditest kokkuvõtted, kus üheski ei käsitleta haiguse diagnoosimiseks haigete hospitaliseerimist. Kõikides juhendites rõhutatakse patsientide keskset lähenemist ja oluline on hooldajate-pereliikmete nõustamine ja informeerimine.

**Viited**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kokkuvõtte (abstract või kokkuvõtlikum info)** | **Viide kirjandusallikale** |