**Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi**

**TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI TÖÖKOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kuupäev** | **11. mai 2016** |
| **Koht** | VIDEOKOOSOLEK Lembitu 10, Tallinn, EHK ja Puusepa 8, Tartu, TÜK ruum D208 vahel |
| **Algus****Lõpp** | kl 13.10kl 16.00 |
| **Osalejad** | Töörühma liikmed: Ülla Linnamägi, Jelena Leibur, Helgi Kolk, Angelika Armolik, Äli Roose, Miret Tuur, Maritta Loog, Helen Lasn, Mari-Liis Laanetu, Ivi NormetSekretariaadi liikmed: Ülle Krikmann, Siret Oja, Anu Varep, Täiendavalt osalesid: Reet Vinkel (EHK) |
| **Puuduvad liikmed** | Töörühmast puudusid: Pille Taba, Katrin Gross-Paju, Kadri Andresen, Teija Toivari, Kristi Tamela, Tiina UnukainenSekretariaadist puudusid: Piret Väljaots, Tiina Sats (EHK) |
| **Juhatas** | Ülla Linnamägi, Reet Vinkel |
| **Protokollis** | Ülle Krikmann |
| **Päevakord** | 1. Huvide deklareerimine, töörühma liikmete koosseisus muudatused
2. Ravijuhendite soovituste koostamise metoodika – Reet Vinkel
3. 16.kl.küsimuse varem sõnastatud soovituste arutelu, täiendava materjali esitamine - R.Vinkel, H.Lasn
4. 3. kl.küsimus arutelu - Terje Matsalu
5. 7.kl.küsimuse varem sõnastatud soovituste arutelu, täiendava materjali –mõisted- arutelu – Siret Oja.
6. 9. kl.küsimuse varem sõnastatud soovituste arutelu, täiendava materjali –raviplaastrivormi kõrvalmõjud - arutelu – Ülle Krikmann
7. Muud teemad Järgmise töökoosoleku kuupäeva ja kl.küsimuste kokkuleppimine
 |
| **Ülevaade toimunud aruteludest** | 1. Kohal on 10 töörühma liiget. Töörühma kvoorumi kokkusaamiseks on vajalik ¾ liikmete kohalolu ehk 12 liiget. Tutvustatud 2 uut töörühma liiget- patsiendi esindaja Ivi Normet ja psühhiaater Mari-Liis Laanetu, kes on esitanud huvide deklareerimise vormi. Huvide konflikti ei esine. Töörühmast on lahkunud dr T.Toomsoo. Huvide konflikte ei ole ühelgi töörühma ega sekretariaadi liikmel. **2 Ravijuhendite soovituste koostamise metoodika –** R.Vinkel tutvustas lühidalt RJ käsiraamatu järgi soovituste sõnastamise alused:GRADE meetodil on kaks peamist etappi: tõendusmaterjali hindamine (AGREE II, AMSTAR) ja uuringutulemustest kokkuvõtte koostamine. Sekretariaat teeb ette neutraalse soovituse, mis on töökoosoleku arutelu lähtepunktiks (SoKo - vorm) Töörühm arutab esimesena **soovituse suunda** (kas teha vs. mitte), siis selle **soovituse tugevus** (tugev vs. tingimisi). Soovituse tugevus näitab seda, mil määral saab olla kindel, et soovituse järgimisest tulenevad oodatavad mõjud ületavad soovimatuid mõjusid. Soovitud mõjud võivad olla nt kasulikud tervisetulemid, väiksem koormus ja suurem kokkuhoid. Soovimatud mõjud on kahjud ja kasvavad kulud. **Tugeva soovituse** sõnastuses kasutatakse: Peab…, vajalik on…, kindlasti teha… jne. **Nõrga soovituse** sõnastuses kasutatakse: Võiks …, pigem kasutada… jne.SEKRETARIAAT võiks hinnata täiendavalt AGREEga NICE dementsuse juhendit (2006, uuendatud 2015), vastavad hindamislingid olemas One Drives **3. Kliiniline küsimus nr 16. täiendava materjali arutelu ja soovituste sõnastamine***Kas kõikidel Alzheimeri tõvega (AT) patsientidel piirata relva kasutusloa pikendamist, mootorsõiduki juhtimisõigust ohutuse tagamiseks vs. mitte?***R.Vinkel** esitas Maanteameti õigusosakonna juhataja vastuse ning EHK juristide poolt esitatud kehtivad seadusaktid:K-T Ruus: “Kui tervisekontrolli tegija saadab Maanteeametile otsuse (tervisetõendi), et juhil on mootorsõiduki juhtimine vastunäidustatud, siis Maanteeamet vormistab isikule juhtimisõiguse peatamise otsuse, mis toimetatakse isikule kätte. Seejärel isiku juhtimisõigus peatatakse. Meie ei oska hinnata, millise haiguse korral isik ei tohi sõidukit juhtida, viimast oskavad, kas perearst, töötervishoiuarst või liiklusmeditsiinikomisjon”Liiklusseaduse § 101 lg 6 p2 kohaselt võib muudel juhtudel, kui § 101 lg 2-5 sätestatud juhtudel läbida tervisekontrolli arsti korraldusel juhul, kui arstliku läbivaatuse käigus selgub, et juhi terviseseisund ei vasta kehtestatud tervisenõuetele.Liiklusseaduse § 102 (4) Mootorsõidukijuhi ja juhtimisõiguse taotleja tervisetõendi andmed tuleb perearstil või liiklusmeditsiini komisjonil edastada Maanteeametile reaalajas tervise infosüsteemi kaudu**§ 124.**  (4) Mootorsõiduki juhtimisõigus peatatakse, kui mootorsõidukijuhi terviseseisund ei vasta käesoleva seaduse § 101 lõike 10 alusel kehtestatud tervisenõuetele.****§ 129.**** Mootorsõiduki juhtimisõiguse taastamine(3) Kui isikul on mootorsõiduki juhtimisõigus peatatud terviseseisundi halvenemise tõttu liiklusmeditsiini komisjoni otsuse alusel, muutub tema tervisetõend kehtetuks ning isik saab juhtimisõiguse taastada juhul, kui liiklusmeditsiini komisjoni otsuse aluseks olev asjaolu on ära langenud. Juhtimisõiguse taastamiseks tuleb isikul läbida käesoleva seaduse §-s 101 sätestatud tervisekontroll, mille alusel talle väljastatakse uus tervisetõend.**Relvaseaduse § 35-1** reguleerib soetamisloa ja relvaloa taotleja tervisekontrolli, luba väljastatakse 5-ks aastaks. Tervisetõendi varem peatumist pole määruses reguleeritud.**Helen Lasn -** täiendas omalt poolt: Perearst, töötervishoiuarst või liiklusmeditsiinikomisjon võivad anda välja mootorsõiduki jaoks vajaliku tervisetõendi ja ainult nemad saavad ka seda tühistada. Hetkel on kaalumisel arendada TIS süsteemi nõnda, et ka eriarstil oleks õigus anda oma info kiiremini kas perearstile või Maanteeametile. Praegu digilugu ei toeta eriarsti poolt patsiendi kohta märgitud info kohest märkamist või info jõudmist perearstile. Maanteeamet näeb vaid otsust perearstilt JAH/EI vormis u 1 kord kuus nende andmebaasis neid otsuseid ka uuendatakse. Nemad meditsiiniliste diagnoosidega ei tegele.Rootsis on süsteem analoogne, kus arst teavitab ka patsienti juhtimisõiguse piiramisest. Kui patsient nõus pole, siis suunatakse Rootsis ta edasi uuesti autoko**Töörühma arutelu**Seaduste järgi on inimesel kohustus, et nad peaksid seadusi täitma, sh. liiklusohutuse aspektist. Eriarstil on võimalus anda patsiendile kätte teatis, mis patsiendi poolt edastatakse perearstile nt. ”On ilmnenud taksitused, mis ei võimalda autoga turvaliselt liigelda”, Aga patsient ei pruugi seda paberil teatist perearstile edastadagi. Me mõistame, et on vaja jõuda lausa seadusemuudatuseni, kuid seda me ravijuhendiga reguleerida ei saa. Me ei pea kirjeldama siin seda tervisetõendi tühistamise protsessi kulgu. Küll aga on oluline sõnastada, et patsienti ja pereliikmeid peab informeerima autojuhtmisõiguse piiramise vajadusest.Eelmisel koosoleku koostatud ja sõnastatud soovitused: * Kerge kognitiivse defitsiidi korral, et hinnata potentsiaalset patsiendi ohutust liikluses ning ohutut relva käsitlemist, tuleb rakendada neuropsühholoogilisi teste 6-12 kuu intervalliga vastava klinitsisti (geriaater, neuroloog jne) poolt;
* Alzheimeri tõvega patsiendi puhul auto juhtimisõiguse ja relva kasutamisõigust piirava otsuse tegemise kaalumisel raviarsti poolt tuleb informeerida patsienti ja tema lähedasi.
* Diagnoosi pannud raviarst informeerib patsienti ja tema lähedasi kavatsusest algatada auto juhtimisõiguse peatamine läbi vastava teavitussüsteemi Maanteeametile (ning perearstile).

**KL.küs 16 uued sõnasatud soovitused (kvoorumi tõttu kinnitamata)**16-1 Kerge dementsussündroomiga Alzheimeri tõvega patsiendi puhul ohutuse hindamiseks liikluses ning relva käsitlemisel tuleb rakendada neuropsühholoogilisi teste 6 kuni 12 kuu intervalliga vastava klinitsisti (geriaater, neuroloog, psühhiaater jne) poolt; - **hea tava soovitus** (KINNITAMATA)16-2 Mõõduka ja raske dementsussündroomiga Alzheimeri tõvega patsiendi puhul mootorsõiduki juhtimisõiguse ja relva kasutamisõiguse peatamiseks algatusotsuse tegemisel raviarsti poolt tuleb informeerida patsienti ja tema lähedasi, - **hea tava soovitus** (KINNITAMATA)Järgmisel koosolekul veel ülevaadata allolev soovitus, samuti uurida täiendavalt kehtivaid reegleid uuele liikluseksamile suunamisel või märkida soovituste selgituste osas ravijuhendis allolev mõttekäik (analoog Rootsiga)...* 1. Dementsussündroomiga ATõve haigetel, kes pole nõus mootorsõiduki juhtimisõigusest loobuma, soovitada suunamist spetsialisti (raviarst, perearst) otsuse alusel uuesti liikluseksamit (teooria osa?) sooritama – hea tava soovitus (KINNITAMATA)

**Lisaks**:* Uurida täiendavalt kehtivaid normatiive, mil moel toimub praegu uuesti liikluseksamile suunamine (A.Varep). Dementsussündroomiga patsient ei teeks just teooriat ära...
* Ravijuhendi kokku kirjutamisel märkida soovituse selgitusse, et me soovitame eriarstil/perearstil „Mootorsõiduki juhtimisõigust ja relvaloa kasutamist puudutavad vestlused patsiendi ja lähedastega peavad olema kirjalikult dokumenteeritud ja sisaldama patsiendi seniste sõidumustrite uurimist, transpordi vajadust ja potentsiaalseid alternatiive“
* (05.04. koosolekust jäi lisakohustusena) Koostatava ravijuhendi rakenduskava osana koostatakse patsiendijuhend ning lühem infoleht dementsuse sümptomitest ja haiguse progressist ning sellega kaasnevatest ohtudest (s.h. autojuhtimine), et oleks kaetud patsiendi ja tema lähedaste nõustamine

**4 Kliinilise küsimuse nr 3 tõendusmaterjali kokkuvõtte arutelu ja soovituste sõnastamine** *Kas kõikidele dementsussündroomi kahtlusega isikutele on vajalik teha kõik diferentsiaaldiagnostilised laboratoorsed analüüsid vs. mitte? biokeemia, B12, kilpnäärme analüüsid, borrelioos, HIV, süüfilis***Kokkuvõte ravijuhendites leiduvast:** Soovitused on konsesuse, ekspertsoovituste ning hea kliinilise tava tasemel. Iga dementsuse juhtumi korral soovitatakse teha vereanalüüsid, mille eesmärgiks on:1. kaasuvate haigusseisundite tuvastamine, mis halvendavad kognitiivset funktsiooni (nt elundi puudulikkus, infektsioon) 2. potentsiaalselt ravitava kognitiivse häire põhjuste tuvastamineVereanalüüse soovitatakse teha mitte ainult dementsuse diagnoosimisel, vaid ka juhtudel, kui dementsel inimesel tekib järsk kognitiivse funktsiooni halvenemine või käitumis- ning psüühikahäire. Ravijuhendites tuuakse välja järgnevad analüüsid: täisvere analüüs, ESR, folaat, kaltsium, glükoos, maksa- ning neerufunktsiooni näitajad. Mainitakse ka elektrolüüte ja homotsüsteiini.Riskigrupis olevatel inimestel, kelle puhul tekib kliinilise läbivaatuse käigus kahtlus metaboolsele, infektsioossele või ravimimürgistusega seotud kognitiivsele häirele, soovitatakse määrata ka süüfilise testid, borrelia seroloogia, HIV, toksikoloogia. EFNS juhistes (nii 2007 kui 2010) on kirjas, et ei ole tõenduspõhiseid andmeid selle kohta, et ülalnimetatud haigusseisundite ravi parandab kognitiivset funktsiooni. American Academy of Neurology soovitab rutiinsetest analüüsidest vaid TSH-d ning vitamiin B12. Süstemaatilisi ülevaateid ning meta-analüüse on viimase 10 aasta jooksul avaldatud väga vähe – teemakohastest vaid subkliinilise hüpotüreoosi, kõrvalkilpnäärme haigusseisundite ning homotsüsteiini kohta. Rohkem on avaldatud läbilõikeuuringuid, prospektiivseid vaatlusuuringuid ja juhuanalüüse, vähem randomiseeritud uuringuid. *Clarfield, AM* 2003 meta-analüüsi põhjal on potentsiaalselt ravitavate dementsuste osakaal vähenenud (13,2% -> 9%; nii metaboolsed kui struktuursed põhjused on kokku arvestatud) tänu heale üldmeditsiinilisele käsitlusele, mistõttu leitakse rohkem metaboolseid nihkeid, depressiooni ning struktuurseid ajupatoloogiaid üles varem, kui need rasket kognitiivset defitsiiti põhjustavad. Väga väike osa potentsiaalselt ravitavatest dementsustest on adekvaatse raviga täielikult (0,3%) või osaliselt (0,3%) taaspöörduvad. Suurema tõenäosusega on kognitiivne defitsiit ravitav noorematel inimestel (20-60a), kellel on anamnees pigem lühike (alla 2 aasta).Süstemaatilises ülevaates (Ilianna Lourida et al 2015a) uuriti seost nii primaarse kui sekundaarse hüperparatüreoosi ning kognitiivse düsfunktsiooni ja dementsuse vahel. Leiti 27 madala või mõõduka kvaliteediga uuringut. Primaarse hüpertüreoosi kirurgilise ravi efekti hindas 13 uuringut, millest selgeid järeldusi teha ei saa – mõnes uuringus puudub kontrollgrupp, patsiente on jälgitud lühikese aja jooksul peale primaarse hüperparatüreoosi kirurgilist ravi. Uuringud on väga heterogeensed, kasutatud on mitmeid erinevaid kognitiivseid teste hindamaks kognitiivse funktsiooni erinevaid domeene. Tulemused on erinevates uuringutes vastuolulised ning raskesti võrreldavad. Prospektiivses uuringus (n=514) leiti, et kõrgenenud PTH tasemega inimestel on 2-kordselt tõusnud risk kognitiivse häire või dementsuse kujunemiseks. 36%-l valimist oli juba algselt kognitiivne häire, mistõttu ei pruugi PTH tõusu ja kognitiivse häire kujunemise seos olla põhjuslik. Teistes uuringutes leiti mõningaid seoseid kõrgenenud PTH ja kehvema üldise kognitiivse võimekuse ning täidesaatvate funktsioonide häire vahel. Kokkuvõttes on mõningaid viiteid, et eksisteerib seos kõrgenenud PTH ja kognitiivse düsfunktsiooni vahel, kuid uuringute tulemused on vastuolulised.2014a (Blanc F et al. J Alzheimers Dis. 2014) prospektiivses uuringus vaadati neuroborrelioosi ja dementsuse vahelist seost. Uuriti 1594 patsienti, kellest 20-l diagnoositi neuroborrelioos (positiivse intratekaalse anti-borrelia antikehade indeksi põhjal). Neist 7-l (0,44%) peale antibakteriaalset ravi dementsus kas stabiliseerus või tekkis kerge kognitiivse funktsiooni paranemine. 13-l patsiendil (0,81%) kognitiivne funktsioon halvenes vaatamata antibakteriaalsele ravile – neil diagnoositi jälgimisperioodi lõpuks (5.0 ± 2.9) neurodegeneratiivne dementsus). Kokkuvõttes soovitatakse dementsetel inimestel, kel seerumis on borrelia-vastased antikehad, teha liikvorianalüüs borrelia-vastaste antikehade indeksi määramiseks**Töörühm arutas ning sõnastas järgmised soovitused (KVOORUMI puudumisel KINNITAMATA)*** 1. Kõikidele dementsussündroomi kahtlusega isikutele on soovitav diferentsiaaldiagnostikaks ning kognitiivset funktsiooni potentsiaalselt halvendavate kaasuvate haigusseisundite tuvastamiseks teha järgnevad laboratoorsed analüüsid:
* Hemogramm,
* TSH,
* vitamiin B12,
* foolhape,
* maksa- ning neerufunktsiooni näitajad,
* K, Na, Ca **- hea tava soovitus** (KINNITAMATA)
	1. Riskigrupis olevatel inimestel, kelle puhul tekib kliinilise läbivaatuse tulemusena kahtlus infektsioonist põhjustatud kognitiivsele häirele, on soovitav tehasüüfilise, borrelioosi, HIV-i seroloogilised sõeltestid või ravimimürgistuse kahtlusel vastavad spetsiifilised testid. **- hea tava soovitus** (KINNITAMATA)

**5 Kl.küsimuse 7. täiendav arutelu ja soovituste sõnastamine.***Kas Alzheimeri tõvega patsientide ravi ja hoolduse korraldamisel kasutada patsientide kognitsiooni ja igapäevategevustega toimetuleku säilitamiseks/parandamiseks ning ohutuse tagamiseks all-loetletud mittefarmakoloogilisi sekkumisi vs. mitte? - Kognitiivne treening/rehabilitatsioon; - Tegevusteraapia (igapäevatoimingute treening); - Multikomponentne sekkumine (multicomponent intervention); - loovteraapia; - muusikateraapia; - validatsioonimeetod; - psühhosotsiaalsed sekkumised; - füüsilise keskkonna kohandamine; - tegevus- ja liikumisvabaduse piiramine patsiendi turvalisuse huvides* Töörühm vaatas üle täiendavalt esitatud tõendusmaterjali mõistete kohtaning vaatas üle 05.04. koosolekul sõnastatud soovitused1. Alzheimeri tõvega patsientidele, eriti kerge ja mõõduka dementsuse puhul, on soovitav kognitsiooni parandamiseks ja säilitamiseks kognitiivse stimulatsioonile suunatud sekkumised, lähtudes individuaalsest seisundist arvestades, et multikomponentne individuaalne lähenemine on mõjusam kui grupiteraapia.
2. Igapäevatoimetuleku säilitamiseks ja asutushooldusele suunamise edasilükkamiseks soovitame regulaarset füüsilist aktiivsust ja igapäevategevuse treeningut kõigile Alzheimeri tõvega patsientidele
3. Mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna farmakoteraapiaga on kognitsiooni säilitamisel efektiivsem kui ainult farmakoteraapia
4. Muusikateraapia ei paranda AT haigete kognitsiooni, kuid säilitab elukvaliteeti.
5. Ei ole tõestatud, et validatsioonimeetod parandab AT haigete kognitsiooni.
6. Ei ole tõestatud, et patsiendi liikumisvabaduse piiramine on tõhus patsiendi ekslemise vähendamiseks ja ohutuse tagamiseks.

**Töörühm arutas ning sõnastas järgmised soovitused (KVOORUMI puudumisel KINNITAMATA)**7-1 . Alzheimeri tõvega patsientidele, eriti kerge ja mõõduka dementsuse puhul, on soovitavad kognitiivsele stimulatsioonile suunatud sekkumised lähtuvalt individuaalsest seisundist arvestades, et multikomponentne individuaalne lähenemine on mõjusam kui grupiteraapia - **soovitus pigem teha**. (KINNITAMATA)7-2. Igapäevatoimetuleku säilitamiseks ja asutushooldusele suunamise edasilükkamiseks soovitame regulaarset füüsilist aktiivsust ja tegevusteraapiat kõigile Alzheimeri tõvega patsientidele - **soovitus pigem teha** (KINNITAMATA)7-3 . Mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna farmakoteraapiaga on kognitsiooni säilitamisel efektiivsem kui ainult farmakoteraapia - **soovitus pigem teha** (KINNITAMATA)7-4 . Muusikateraapia ei paranda Alzheimeri tõvega haigete kognitsiooni, kuid säilitab elukvaliteeti - **soovitus pigem teha**. (KINNITAMATA)7-5 . Ei ole tõestatud, et validatsioonimeetod parandab Alzheimeri tõvega haigete kognitsiooni - **soovitus pigem mitte teha**. (KINNITAMATA) 7-6. Ei ole tõestatud, et patsiendi liikumisvabaduse piiramine on tõhus patsiendi ekslemise vähendamiseks ja ohutuse tagamiseks - **soovitus pigem mitte teha**. (KINNITAMATA)**LISAKS:** * RJ mõistete osas küsida täiendavalt Tallinna Ülikoolilt teraapiate selgitusi, mida nemad kasutavad (Jelena Leibur)
* (05.04 kooslekult jäi) Patsiendijuhendisse lisada igapäevase füüsiline koormuse soovitus kõigile dementsetele, vähemalt 3 korda nädalas, 45-60 minutit korraga (3). Kombineeritud aeroobne ja anareoobne või aeroobne treening eraldi parandavad patsientide kognitsiooni

**6 Kl.Küsimuse nr 9. täiendava materjali arutelu ning soovituste sõnastamine***Kas Alzheimeri tõvega patsientide ravis kasutada parema ravitulemuse saavutamiseks atsetüülkoliini esteraasi inhibiitorit vs. memantiini vs. kombinatsioonravi?*Ü.Krikmann otsis täiendavat materjali ravimite kõrvaltoimetest. Plaastrid on 24h.Rivastigmiini uuringutes oli kõrge protsent kõrvaltoimeid, 51% kuni 91% ravimi gruppides võrrelduna 46% kuni 76% kontrollgruppides Peamised kõrvaltoimed oli gastrointestinaalsed.9,5 mg/24h plaastrid põhjustasid vähem kõrvaltoimeid kui kapslid (12 mg/päevas). 1 Galantamiin kahes uuringus omas ka kõrvaltoimeid võrreldes kontrollgrupiga 79-84% versus 62-70%.1Rivastigmiiniga doosist sõltuvad gastrointestinaalsed kõrvaltoimeid olid olemas, plaastrid kõrgema doosiga ei parandanud taluvust. Järgnevas avatud uuringus patsiendid, kel tiitriti doos 4,6 mg/24 h kuni 13,3 mg/24 h plaastritele raporteerisid sarnase sagedusega kõrvaltoimeid nagu need, kel oli kohe 13,3 mg/24h. Hnsen RA ülevaate artikli põhjal on donepesiili sagedasemad kõrvaltoimeid on iiveldus (19 %), oksendamine(13 %), kõhulahtisus (11 %), pearinglus (10 %), ja kaalulangus (9 %).3Donepesiili sagedasemad kõrvaltoimed kolinomimeetilsied: isutus 8% versus platseebo 4%, Iiveldus 6% versus platseebo 2%, oksendamine 8% versus platseebo 4%, kõhulahtisus 10% versus platseebo 4%.**Töörühm arutas ning vaatas üle eelmisel koosolekul sõnastatud soovitused (KVOORUMI puudumisel KINNITAMATA)*** 1. Parema ravitulemuslikkuse saavutamiseks tuleb alustada Alzheimeri tõvega patsiendi ravi haiguse varases staadiumis koliinesteraasi inhibiitoritega (donepesiil, galantamiin, rivastigmiin), tõstes raviannust maksimaalset talutava annuseni. –**tugev soovitus teha** (KINNITAMATA)
	2. Olenemata haiguse staadiumist koliinesteraasi inhibiitorite kõrvaltoimete esinemisel tuleb vahetada ravi memantiini ravi vastu. – **tugev soovitus teha** (KINNITAMATA)
	3. Mõõduka ja raske Alzheimeri diagnoosi korral on soovitav kasutada kombinatsioonravi (atsetüülkoliinesteraasi inhibiitor koos memantiiniga) – **soovitus pigem teha** (KINNITAMATA)

Täiendavalt otsustada järgmisel töökoosolekul, kas lisada selguse mõttes järgnev soovitus* 1. Mõõduka ja raske Alzheimeri diagnoosi korral võib ravi alustada ka memantiiniga – **hea tava suunis**

Lisaks:* teha ravimite kasutamise kohta tabel-algoritm (29.02.töökoosolekust).
 |
| **Vastuvõetud****otsused:** | Järgmine koosolek: * **30. august 2016 KELL 12 -16.00** videokonverentsina Tallinna ja Tartu vahel
* Sekretariaat arvetsab materjalide ettevalmistamisel, et töökoosolekud toimuvad kord kuus ning ühel koosolekul on korraga käsitlusel 3 teemat (minimum 2 teemat)
 |