



Ravijuhendi seireindikaatorid

- 1 Peaaju KT- või MRT-uuringu tegemine kognitsioonihäirete diferentsiaaldiagnostikas
- 2 Funktsionaalsete ja molekulaarsete visualiseerivate uuringute tegemine Alzheimeri tõvega patsientidele
- 3 Ravitulemuse jälgimine vähemalt 1 kord aastas
- 4 Tegevusteraapia teenuse osutamine Alzheimeri tõvegapatsientidele
- 5 Atsetüülkoliinesteraasi inhibiitori või memantiiniga ravi alustamine Alzheimeri tõvega patsientidel
- 6 Samaaegselt mitme psühhotroopse ravimi tarvitamine

Peaaju KT- või MRT-uuringu tegemine kognitsioonihäirete Diferentsiaaldiagnostikas

Definitsioon	Indikaator mõõdab kognitsioonihäire või dementsussündroomiga patsientide osakaalu, kellel on diferentsiaaldiagnostika käigus tehtud peaaju KT- või MRT-uuring.
Põhjendus	<p>Ravijuhendi soovitus 7: Kõigile kognitsioonihäirega patsientidele tehke diferentsiaaldiagnostikaks KT- või MRT-uuring. Vastunäidustuste puudumisel eelistage MRT-uuringut KT-uuringule.</p> <p>Kognitsioonihäirete ja dementsuse kahtluse korral on peaaju KT- või MRT-uuring oluline samm, mis aitab selgitada sümptomite võimalikku põhjust ja välistada seisundid, mis vajavad teistsugust käsitlust või kiiret sekkumist. Uuring annab ülevaate aju ehitusest ning toetab diagnoosi täpsustamist ja erinevate dementsuse vormide eristamist. Kui peaaju KT- või MRT-uuring jääb tegemata, võib oluline info jääda puudu ning suureneb risk, et diagnoos põhineb ebapiisaval hinnangul. MRT võimaldab üksikasjalikumalt hinnangut aju muutustele ja on võimalusel eelistatud, samas kui KT on sobiv alternatiiv juhtudel, kus MRT ei ole võimalik. Indikaator võimaldab hinnata, kas peaaju KT- või MRT-uuring on kognitsioonihäirega patsientide käsitluses järjepidevalt kasutusel ning kas diagnostika toimub piisavalt põhjalikult ja õigeaegselt.</p>
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Kvaliteedi dimensioon	Mõjus, ohutus, õigeaegsus ja kättesaadavus
Kasutajate sihtrühmad	Neuroloogia, psühhiaatria, radioloogia, esmatasand
Andmete esitamise vaated	Aastad, asutuste liik
Andmeallikad	Raviarved
Andmekogumise meetodika	<p>Tuvastatakse täiskasvanud patsiendid (≥ 19 a), kellel on uuritava aastal (01.01–31.12) ambulatoorsel või statsionaarsel raviarvel registreeritud Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomiga seotud põhidiagnoos vastavalt RHK-10 koodidele F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, G30, G30.0, G30.1, G30.8, G30.9.</p> <p>Uuringusse kaasatakse isikud, kellel esineb nimetatud diagnoosiga vähemalt üks raviarve uuritava aastal ning kelle arve väljastanud eriarstiks on psühhiaater (E320) või neuroloog (E230).</p>

	<p>KT- või MRT-uuringu tegemise hindamiseks kontrollitakse, kas patsiendile on perioodil 24 kuud enne või 12 kuud pärast vastava eriarsti raviepisoodi algust tehtud peajuu KT- või MRT-uuring, kasutades järgmisi tervishoiuteenuse koode: 79200, 79201, 79202, 79203, 79224, 79301, 79302, 79303, 79250, 79252, 79253, 7990, 7991.</p> <p>Uuring loetakse tehtuks, kui patsiendil on eelkirjeldatud ajavahemikus vähemalt üks nimetatud radioloogiline uuring, olenemata sellest, kas teenuse osutajaks on haigla eriarstiabi osutaja või mõni muu radioloogiateenuse pakkuja.</p>
Valim	Kõik täiskasvanud patsiendid (≥ 19 a), kellel on uuritava aastal vähemalt üks ambulatoorne või statsionaarne raviarve Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomi põhidiagnoosiga ning kelle raviepisoodi juhib psühhiaater või neuroloog.
Lugeja (X)	X - kõik isikud, kellele on 24 kuu jooksul enne või 12 kuu jooksul pärast esmast eriarsti raviepisoodi tehtud vähemalt üks peajuu KT- või MRT-uuring mõne ülalnimetatud tervishoiuteenuse koodiga
Nimetaja (Y)	Y - kõik valimisse kuuluvad patsiendid, olenemata sellest, kas neile on KT- või MRT-uuring tehtud.
Indikaatori arvutamise valem	$\frac{X}{Y} \times 100\%$
Välja arvatud	-
Vaatlusperiood	Üks kalendriaasta
Eesmärkväärtus	(Sihttase määramata)
Tulemuste hindamise sagedus	1x aastas
Lisateave	<p>Alzheimer's Association. (2024). <i>Alzheimer's Association clinical practice guideline for the diagnostic evaluation, testing, counseling, and disclosure of adults with cognitive impairment</i>. Alzheimer's & Dementia. https://doi.org/10.1002/alz.14333</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence. (2018). <i>Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers</i> (NICE guideline NG97). https://www.nice.org.uk/guidance/ng97</p> <p>London Dementia Clinical Network. (2018). <i>Neuroimaging for dementia diagnosis: Guidance from the London Dementia Clinical Network</i>. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/old-age/neuroimaging-for-dementia---guidance-from-london-dementia-clinical-network.pdf</p> <p>Jack, C. R., Jr., et al. (2018). <i>NIA-AA research framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease</i>. Alzheimer's & Dementia, 14(4), 535–562. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018</p>

American College of Radiology. (2022). *ACR Appropriateness Criteria® Dementia*.

<https://acsearch.acr.org/docs/3111292/Narrative>

Mortimer AM, Likeman M, Lewis TT. *Neuroimaging in dementia: a practical guide*. *Pract Neurol*. 2013 Apr;13(2):92- 103.

<https://doi.org/10.1136/practneurol-2012-000337>

Funktsionaalsete ja molekulaarsete visualiseerivate uuringute tegemine Alzheimeri tõvega patsientidele

Definitsioon	Indikaator näitab Alzheimeri tõvega 19–64-aastaste patsientide osakaalu, kellele tehakse esimese raviepisoodi järgselt 12 kuu jooksul diferentsiaaldiagnostika eesmärgil funktsionaalne või molekulaarne visualiseeriv uuring (FDG-PET või perfusiooni-SPET).
Põhjendus	<p>Ravijuhendi soovitus 13: Atüüpilise kuluga Alzheimeri tõve patsientidele tehke diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil FDG-PET-uuring või SPET-perfusiooniuuring</p> <p>Nooremas eas algava või ebatüüpilise kuluga Alzheimeri tõve korral ei pruugi sümptomid ja tavapärased uuringud anda piisavalt selget vastust haiguse olemuse kohta. Sellistes olukordades aitab FDG-PET- või perfusiooni-SPET-uuring hinnata aju talitlust ning eristada Alzheimeri tõbe teistest mäluhäireid põhjustavatest haigustest, mille kulg ja ravivajadus võivad olla erinevad. Täpsem diagnoos on eriti oluline nooremaealiste patsientide puhul, kuna see mõjutab nii raviotsuseid, edasist jälgimist kui ka patsiendi ja tema lähedaste toimetulekut. Kui vajalik uuring jääb tegemata, võib diagnoos püsida ebaselge või ekslik, mis omakorda viib sobimatu ravi või tarbetu viivituseeni. Indikaator võimaldab hinnata, kas keerukamate Alzheimeri tõve juhtude korral kasutatakse sihitud ja põhjendatud diagnostikat ning kas vajalikud uuringud on patsientidele õigeaegselt kättesaadavad.</p>
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Kvaliteedi dimensioon	Mõjus, õigeaegsus ja kättesaadavus
Kasutajate sihtrühmad	Neuroloogia, psühhiaatria, radioloogia, esmatasand
Andmete esitamise vaated	Aastad, asutuste liik
Andmeallikad	Raviarved
Andmekogumise meetodika	<p>Tuvastatakse täiskasvanud patsiendid vanuses 19–64 aastat, kellel on uuritava aastal (01.01–31.12) ambulatoorsel või statsionaarsel raviarvel registreeritud Alzheimeri tõvega seotud põhidiagnoos RHK-10 koodidega F00.0 või G30.0, ning kelle arve väljastanud eriarstiks on psühhiaater (E320) või neuroloog (E230).</p> <p>Uuringusse kaasatakse isikud, kellel esineb nimetatud diagnoosiga vähemalt üks raviarve uuritava aastal ning kellele seejuures ei ole varem</p>

	<p>dokumenteeritud sama diagnoosiga raviepisoodi (st tegemist on esimese sellise raviga).</p> <p>Funktsionaalsete ja molekulaarsete visualiseerivate uuringute tegemise hindamiseks kontrollitakse, kas patsiendile on 12 kuu jooksul pärast neuroloogi või psühhiaatri raviepisoodi algust tehtud vähemalt üks FDG-PET- või SPET-perfusiooniuring, kasutades järgmisi tervishoiuteenuse koode: 79450 (PET-uuring FDG-ga), 79451 (PET lisauuring FDG-ga), 79401 (peaaju staatiline stsintigraafia ja/või SPET), 79402 (peaaju SPET HMPAO-ga).</p> <p>Uuring loetakse tehtuks, kui patsiendil on nimetatud ajavahemikus vähemalt üks vastav PET- või SPET-teenus ambulatoorse või statsionaarse ravi raames, sõltumata teenuse osutaja tüübist.</p>
Valim	Kõik 19–64-aastased patsiendid, kellel on uuritava aastal vähemalt üks ambulatoorne või statsionaarne raviarve Alzheimeri tõve põhidiagnoosiga F00.0 või G30.0 ning kelle esimese sellise raviepisoodi arve on väljastanud psühhiaater või neuroloog.
Lugeja (X)	X – isikud, kellele on 12 kuu jooksul pärast esmast neuroloogi või psühhiaatri raviepisoodi tehtud vähemalt üks funktsionaalne või molekulaarne visualiseeriv uuring (FDG-PET või SPET-perfusiooniuring) koodidega 79450, 79451, 79401 või 79402.
Nimetaja (Y)	Y - kõik valimisse kuuluvad patsiendid, olenemata sellest, kas neile on vastav FDG-PET- või SPET-uuring tehtud.
Indikaatori arvutamise valem	$\frac{X}{Y} \times 100\%$
Välja arvatud	-
Vaatlusperiood	Üks kalendriaasta
Eesmärkväärtus	(Sihttase määramata)
Tulemuste hindamise sagedus	1 x aastas
Lisateave	<p>Scottish Health Technologies Group. (2024). <i>FDG-PET imaging in the diagnosis of dementia</i>. SHTG Recommendation 26. https://shtg.scot/media/2504/20241212-dementia-fdg-pet-vs-spect-v10.pdf</p> <p>Guedj, E., et al. (2022). <i>EANM procedure guidelines for brain [18F]FDG PET imaging using dedicated PET and PET/CT</i>. <i>European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging</i>, 49(3), 632–651. https://doi.org/10.1007/s00259-021-05603-w</p> <p>Shivamurthy, V. K. N., Tahari, A. K., Marcus, C., & Subramaniam, R. M. (2015). <i>Brain FDG PET and the diagnosis of dementia</i>. <i>AJR American Journal of Roentgenology</i>, 204(1), W76–W85. https://doi.org/10.2214/AJR.13.12363</p>

Minoshima, S., et al. (2016). *SNMMI procedure standard/EANM practice guideline for amyloid PET imaging of the brain*. *Journal of Nuclear Medicine*, 57(8), 1316–1322.

<https://doi.org/10.2967/jnumed.116.174615>

Alzheimer's Association Appropriate Use Criteria Workgroup. (2025). *Updated appropriate use criteria for amyloid and tau PET*. *Alzheimer's & Dementia*.

<https://doi.org/10.1002/alz.14338>

Ravitulemuse jälgimine vähemalt 1 kord aastas

Definitsioon	Indikaator mõõdab Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomiga patsientide osakaalu, kellel on pärast donepesiili või memantiinravi alustamist toimunud vähemalt üks eriarsti järelkontroll aastas ravitulemuse hindamiseks.
Põhjendus	<p>Ravijuhendi soovitus 26: Ravitulemuse jälgimiseks tuleb sõeluuringutega vähemalt üks kord aastas hinnata kognitiivset võimekust, igapäevategevustega toimetulekut ja psüühikahäireid.</p> <p>Alzheimeri tõbi ja teised dementsussündroomid on ajas süvenevad seisundid, mille korral ravi eesmärk on sümptomite leevendamine ja toimetuleku säilitamine võimalikult kaua. Donepesiili või memantiini kasutamisel on oluline regulaarselt hinnata, kas ravist on kasu, kas kõrvaltoimeid esineb ning kuidas muutuvad patsiendi mälu, igapäevane toimetulek ja käitumine. Vähemalt kord aastas toimuv eriarsti järelkontroll võimaldab teha põhjendatud otsuseid ravi jätkamise, kohandamise või lõpetamise kohta ning ennetada olukordi, kus ebaefektiivne või sobimatu ravi jääb märkamatuks. Regulaarne jälgimine toetab ka hooldus- ja tugivajaduse õigeaegset hindamist ning aitab patsiendil ja lähedastel paremini kohaneda haiguse kuluga. Indikaator võimaldab hinnata, kas kognitiivse ravi alustamisele järgneb sisuline ja järjepidev ravitulemuse hindamine, mis on kvaliteetse ja eesmärgipärase dementsusravi oluline osa.</p>
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Kvaliteedi dimensioon	Mõjus, õigeaegsus ja kättesaadavus
Kasutajate sihtrühmad	Neuroloogia, psühhiaatria, esmatasand
Andmete esitamise vaated	Aastad, psühhiaater vs neuroloog
Andmeallikad	Raviarved, Retseptikeskus
Andmekogumise meetodika	Tuvastatakse täiskasvanud patsiendid (≥ 19 a), kellel on uuritava aastal (01.01–31.12) ambulatoorsel või statsionaarsel raviarvel registreeritud Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomiga seotud põhidiagnoos RHK-10 koodidega F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, G30, G30.0, G30.1, G30.8, G30.9 ning kelle arve väljastanud eriarstiks on psühhiaater (E320) või neuroloog (E230).

	<p>Ravitulemuse jälgimise indikaatorisse kaasatakse patsiendid, kellel on alates neuroloogi/psühhiaatri raviepisoodi algusest 12 kuu jooksul välja kirjutatud donepesiili või memantiini retsept, seejuures loetakse ravijälgimise kohustusega populatsiooniks kõik patsiendid, kellel on alustatud ravi nimetatud ravimitega.</p> <p>Ravitulemuse jälgimise hindamiseks kontrollitakse, kas nimetatud populatsioonis on vähemalt üks neuroloogi või psühhiaatri eriarsti vastuvõtt hiljemalt ühe aasta kuni kahe aasta jooksul pärast diagnoosi saamist, kasutades tervishoiuteenuse koodi 3002 (esmane vastuvõtt), 3004 (korduv vastuvõtt), 3201 (kaugvastuvõtt) ja 3203–3204 (psühhiaatri kaugvastuvõtu periooditeenused).</p> <p>Uuring loetakse tehtuks, kui patsiendil on eespool kirjeldatud perioodil vähemalt üks vastav eriarsti vastuvõtu teenus, mille käigus on ravitulemust võimalik hinnata (kognitsioon, igapäevatoimetulek, psüühikahäired).</p>
Valim	Kõik ≥19-aastased patsiendid, kellel on uuritava aastal Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomi põhidiagnoosiga (F00., G30.) neuroloogi või psühhiaatri arve ning kellel on alustatud ravi donepesiili või memantiiniga.
Lugeja (X)	X – isikud, kellel on 12–24 kuu jooksul pärast diagnoosi saamist vähemalt üks neuroloogi või psühhiaatri vastuvõtt (koodid 3002, 3004, 3201, 3203, 3204), mis vastab ravitulemuse jälgimise nõudele vähemalt kord aastas.
Nimetaja (Y)	Y - kõik valimisse kuuluvad patsiendid, olenemata sellest, kas nõutud ajavahemikus eriarsti vastuvõttu toimus
Indikaatori arvutamise valem	$\frac{X}{Y} \times 100\%$
Välja arvatud	-
Vaatlusperiood	Üks kalendriaasta
Eesmärkväärtus	(Sihttase määramata)
Tulemuste hindamise sagedus	1 x aastas
Lisateave	<p>Atri, A., Hendrix, J. A., Carrillo, M. C., et al. (2025). <i>Alzheimer's Association clinical practice guideline for the diagnostic evaluation, testing, counseling, and disclosure of suspected Alzheimer's disease and related disorders (DETeCD-ADRD): Primary care recommendations</i>. Alzheimer's & Dementia. https://doi.org/10.1002/alz.14333</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence. (2018). <i>Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers</i> (NICE guideline NG97). https://www.nice.org.uk/guidance/ng97</p> <p>Nourhashémi, F., et al. (2010). <i>Follow-up for Alzheimer patients: European expert consensus</i>. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du</p>

Vieillessement, 8(4), 213–220.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20126960/>

Therapeutic drug monitoring for dose optimization in Alzheimer's disease: A randomized controlled trial of donepezil and memantine. (2024). *Journal of Alzheimer's Disease.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40034344/>

NHS England & Improvement. (2024). *Access to personalised dementia care planning in primary care.* *British Journal of General Practice*, 74(743), e543–e552.

<https://bmjopen.bmj.com/content/14/7/e082083>

Tegevusteraapia teenuse osutamine Alzheimeri tõvega patsientidele

Definitsioon	Indikaator näitab Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomiga patsientide osakaalu, kellele on diagnoosijärgsel perioodil osutatud vähemalt üks tegevusteraapia või füsioteraapia teenus igapäevase toimetuleku ja funktsionaalse võimekuse toetamiseks.
Põhjendus	<p>Ravijuhendi soovitus 17: Patsientide igapäevase toimetuleku säilitamiseks on soovitatav regulaarne keheline aktiivsus ja tegevusteraapia.</p> <p>Alzheimeri tõve ja teiste dementsussündroomide korral on lisaks ravimravile oluline toetada patsiendi igapäevast toimetulekut ja liikumisvõimet, et säilitada iseseisvus võimalikult kaua. Tegevusteraapia aitab hoida ja kohandada igapäevaseid oskusi, toetab harjumuspärast eluviisi ning vähendab nii patsiendi kui ka lähedaste koormust. Füsioteraapia ja regulaarne liikumine aitavad säilitada lihasjõudu, tasakaalu ja üldist kehalist võimekust, mis omakorda vähendab kukkumiskahju ja soodustab paremat enesetunnet. Kui sellised teenused jäävad osutamata, võib igapäevane toimetulek halveneda kiiremini ning suurendada hooldusvajadust. Indikaator võimaldab hinnata, kas diagnoosijärgselt pööratakse piisavat tähelepanu mittemedikamentoossetele sekkumistele, mis on dementsusega patsientide elukvaliteedi ja inimkeskse ravi oluline osa.</p>
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Kvaliteedi dimensioon	Mõjus, inimkesksus
Kasutajate sihtrühmad	Neuroloogia, psühhiaatria, esmatasand, taastusravi
Andmete esitamise vaated	Aastad
Andmeallikad	Raviarved
Andmekogumise meetodika	Tuvastatakse täiskasvanud patsiendid (≥ 19 a), kellel on uuritava aastal (01.01–31.12) neuroloogi või psühhiaatri ambulatoorsel või statsionaarsel raviarvel Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomiga seotud põhidiagnoos RHK-10 koodidega F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, G30, G30.0, G30.1, G30.8, G30.9, kus arve väljastanud eriarst on psühhiaater (E320) või neuroloog (E230). Uuringusse kaasatakse iga isiku esimene selline raviepisood uuritava aastal.

	<p>Tegevusteraapia teenuse osutamise hindamiseks kontrollitakse, kas patsiendile on alates diagnoosi saamisest tehtud vähemalt üks tegevusteraapia või füsioteraapia teenus, kasutades koode 7053 (tegevusteraapia individuaalne, 30 min), 7054 (tegevusteraapia 2–3 haigel samal ajal, 30 min), 7061 (tegevusteraapia kodus), 7050 (füsioteraapia individuaalne, 30 min), 7052 (füsioteraapia grupis, 30 min), 7060 (füsioteraapia igapäevases keskkonnas), 7062 (füsioteraapia esmatasandi tervisekeskuses individuaalne, 30 min) ja 7064 (füsioteraapia esmatasandi tervisekeskuses grupis, 30 min).</p> <p>Uuring loetakse tehtuks, kui patsiendil on diagnoosijärgsel perioodil vähemalt üks ülaltoodud teenus, sõltumata teenuse osutamise kohast (kodus, haiglas, tervisekeskuses).</p>
Valim	Kõik ≥19-aastased patsiendid, kellel on uuritava aastal neuroloogi või psühhiaatri arve Alzheimeri tõve või muu dementsussündroomi põhidiagnoosiga (F00., G30.) ning kelle puhul arvesse võetakse esimene selline raviarve.
Lugeja (X)	X – isikud, kellele on diagnoosijärgsel perioodil osutatud vähemalt üks tegevusteraapia või füsioteraapia teenus koodidega 7053, 7054, 7061, 7050, 7052, 7060, 7062 või 7064.
Nimetaja (Y)	Y – kõik valimisse kuuluvad patsiendid, olenemata sellest, kas neile on kirjeldatud tegevusteraapia või füsioteraapia teenust osutatud.
Indikaatori arvutamise valem	$\frac{X}{Y} \times 100\%$
Välja arvatud	-
Vaatlusperiood	Üks kalendriaasta
Eesmärkväärtus	(Sihttase määramata)
Tulemuste hindamise sagedus	1 x aastas
Lisateave	<p>Smallfield, S., & Rheault, W. (2024). <i>Occupational therapy practice guidelines for adults living with Alzheimer's disease and related neurocognitive disorders</i>. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 78(1), 7801205010. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38306186/</p> <p>NICE. (2018). <i>Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97)</i>. National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng97</p> <p>Bennett, S., Laver, K., Machado, F. R., Lett, J., & Clemson, L. (2019). <i>Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: A systematic review and meta-analysis</i>. <i>BMJ Open</i>, 9(11), e026308. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308</p>

Marques, C. L. S., et al. (2019). *Physical therapy in patients with Alzheimer's disease: A systematic review*. *Fisioterapia em Movimento*, 32, e003215.
<https://doaj.org/article/4e83bec86fb2437c9a269363de2abcc4>

Uceda-Portillo, C., Aranda-Valero, S., & Moruno-Mirallas, P. (2024). *Occupational Therapy Interventions to Improve the Quality of Life of Older Adults with Dementia Living in Nursing Homes: A Systematic Review*. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(9), 896.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12090896>

NIHR Evidence. (2019). *Occupational therapy at home may benefit people with dementia and their carers*. NIHR Evidence.
<https://evidence.nihr.ac.uk/alert/occupational-therapy-at-home-may-benefit-people-with-dementia-and-their-carers>

Atsetüülkoliinesteraasi inhibiitori või memantiiniga ravi alustamine Alzheimeri tõvega patsientidel

Definitsioon	Indikaator mõõdab osakaalu Alzheimeri tõvega patsientidest, kellel on 12 kuu jooksul pärast esmast diagnoosi alustatud ravi atsetüülkoliinesteraasi inhibiitori ja/või memantiiniga.
Põhjendus	<p>Ravijuhendi soovitused 22, 23, 24: Kerge dementsusega Alzheimeri tõvega patsientidel alustage ravi atsetüülkoliinesteraasi inhibiitoriga, tõstes ravimi annust maksimaalselt talutava annuseni. Mõõduka dementsusega Alzheimeri tõvega patsientidel alustage ravi atsetüülkoliinesteraasi inhibiitoriga või memantiiniga, seejärel jätkake nende kombinatsioonraviga. Raske dementsusega Alzheimeri tõvega patsientidel alustage ravi memantiiniga või atsetüülkoliinesteraasi inhibiitoriga, seejärel jätkake nende kombinatsioonraviga.</p> <p>Alzheimeri tõve korral on ravimravi eesmärk aeglustada kognitiivse ja igapäevase toimetuleku langust ning leevendada käitumuslikke sümptomeid vastavalt haiguse raskusastmele. Atsetüülkoliinesteraasi inhibiitorid ja memantiin on ravimid, mille kasutamine eeldab, et diagnoosile järgneb õigeaegne raviotsus ning ravi alustatakse siis, kui sellest on patsiendile tõenäoliselt kasu. Kui ravi jääb diagnoosijärgselt alustamata, võib patsiendi seisund halveneda kiiremini ning võimalus ravist kasu saada jääda kasutamata. Ravi alustamine esimese 12 kuu jooksul loob aluse ravivastuse jälgimiseks, annuste kohandamiseks ja edasisteks otsusteks ravi jätkamise või muutmise kohta. Indikaator võimaldab hinnata, kas Alzheimeri tõve farmakoloogiline ravi rakendub juhendipõhiselt ja õigeaegselt pärast diagnoosi, toetades seeläbi järjepidevat ja eesmärgipärast käsitlust.</p>
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Kvaliteedi dimensioon	Mõjus, ohutus
Kasutajate sihtrühmad	Neuroloogia, psühhiaatria, esmatasand
Andmete esitamise vaated	Aastad, asutuse liik
Andmeallikad	Retseptikeskus, raviarved
Andmekogumise meetodika	Tuvastatakse Alzheimeri esmasdiagnoosiga täiskasvanud patsiendid (≥ 19 a), kellel on uuritaval aastal (01.01–31.12) neuroloogi (E230) või psühhiaatri (E320) ambulatoorne või statsionaarne raviarve, mille

	<p>põhidiagnoos on RHK-10 kood F00, F00.1, F00.2, F00.9, G30.3, G30.1, G30.8 või G30.9. Esmadiagnoosiks loetakse andmebaasis alates 2004. aastast kõige esimene vastava põhidiagnoosi, eriala ja teenuse tüübiga raviepisood.</p> <p>Valimist jäetakse välja isikud, kes on 365 päeva jooksul pärast esmasdiagnoosi raviarve kuupäeva surnud.</p> <p>Ravimitega alustamise hindamiseks seotakse esmasdiagnoosi raviepisood ravimiretseptide andmetega ATC-koodide alusel: atsetüülkoliinesteraasi inhibiitorid (donepezil N06DA02, rivastigmiin N06DA03, galantamiin N06DA04) ja memantiin (N06DX01).</p> <p>„Raviga alustamine“ loetakse toimunuks, kui patsiendile on 365 päeva jooksul alates esmasdiagnoosi raviarve kuupäevast välja kirjutatud vähemalt üks ülaltoodud ATC-koodiga retsept ning retsepti staatus on „müüdnud“.</p> <p>„Kombinatsioonravi“ loetakse toimunuks, kui 365 päeva jooksul alates esmasdiagnoosi raviarve kuupäevast on välja kirjutatud ja müüdnud vähemalt üks atsetüülkoliinesteraasi inhibiitori retsept ja vähemalt üks memantiini retsept.</p>
Valim	Kõik ≥19-aastased patsiendid, kellel on uuritava aastal neuroloogi või psühhiaatri esmane Alzheimeri tõve diagnoos (F00.*, G30.1, G30.3, G30.8, G30.9) ning kes ei ole 365 päeva jooksul pärast esmasdiagnoosi surnud.
Lugeja (X)	X – isikud, kellele on 365 päeva jooksul pärast esmasdiagnoosi raviarve kuupäeva välja kirjutatud ja müüdnud vähemalt üks atsetüülkoliinesteraasi inhibiitori või memantiini retsept
Nimetaja (Y)	Y - kõik valimisse kuuluvad esmasdiagnoosiga patsiendid, sõltumata sellest, kas farmakoloogiline ravi alustati või mitte.
Indikaatori arvutamise valem	$\frac{X}{Y} \times 100\%$
Välja arvatud	-
Vaatlusperiood	Üks kalendriaasta
Eesmärkväärtus	(Sihttase määramata)
Tulemuste hindamise sagedus	1 x aastas
Lisateave	<p>National Institute for Health and Care Excellence. (2018). <i>Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease</i> (Technology appraisal TA217). https://www.nice.org.uk/guidance/ta217</p> <p>Kim, Y., et al. (2025). <i>Clinical practice guidelines for dementia</i>. Journal of Clinical Neurology, 21(1), 1–22. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39944527/</p> <p>Northern Lincolnshire Area Prescribing Committee. (2024). <i>Prescribing</i></p>

framework for acetylcholinesterase inhibitors and memantine in dementia (SCF Dementia 2024).

<https://www.northernlincolnshireapc.nhs.uk/shared-care-guidelines/>

Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust. (2020). *Guidelines for the pharmacological management of dementia*.

<https://www.hpft.nhs.uk/media/5079/guidelines-pharmacological-management-of-dementia-220920.pdf>

NHS Somerset ICB. (2022). *Acetylcholinesterase (AChE) inhibitors or memantine for dementia – shared care protocol*.

<https://nhssomerset.nhs.uk/news/document/final-shared-care-protocol-for-dementia-october-2022-v4-4-final/>

American Academy of Neurology. (2018). *Pharmacologic treatment of dementia: Quality measure*.

<https://www.aan.com/practice/pharmacologic-treatment-dementia-quality-measure>

Samaaegselt mitme psühhotroopse ravimi tarvitamine

Definitsioon	Indikaator mõõdab Alzheimeri tõvega patsientide osakaalu, kellel esineb uuritavaal aastal vähemalt ühel ajaperioodil samaaegne mitme psühhotroopse ravimi tarvitamine.
Põhjendus	<p>Ravijuhendi soovitus 32: Psüühika- ja käitumishäirete ravis on soovitatav eelistada ühte psühhotroopset ravimit korraga.</p> <p>Alzheimeri tõvega patsientidel esinevad sageli psüühika- ja käitumishäired, mille leevendamiseks kasutatakse psühhotroopseid ravimeid, kuid nende samaaegne kasutamine suurendab märkimisväärselt kõrvaltoimete riski. Mitme ravimi koos tarvitamine võib viia liigsesse sedatsiooni, kukkumisteni, segasusse ja mälu edasise halvenemiseni ning halvendada patsiendi üldist toimetulekut ja ohutust. Kliinilises praktikas kujuneb selline olukord sageli järk-järgult, kui uusi ravimeid lisatakse ilma varasemate ravimite vajadust süstemaatiliselt üle hindamata. Indikaator võimaldab tuvastada, kui sageli esineb Alzheimeri tõvega patsientidel mitme psühhotroopse ravimi samaaegset kasutamist, ning toetab ravimravi ohutuse ja põhjendatuse jälgimist. See aitab suunata tähelepanu olukordadele, kus ravimite valik ja vajadus vajavad uuesti läbivaatamist, et vähendada riske ja toetada patsiendi võimalikult head elukvaliteeti.</p>
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Kvaliteedi dimensioon	Ohutus, mõjus
Kasutajate sihtrühmad	Neuroloogia, psühhiaatria, esmatasand
Andmete esitamise vaated	Aastad, ravimite võrdlus
Andmeallikad	Raviarved, Retseptikeskus
Andmekogumise meetoodika	<p>Tuvastatakse Alzheimeri diagnoosiga täiskasvanud patsiendid (≥ 19 a), kellel on uuritavaal aastal (01.01–31.12) ambulatoorne või statsionaarne raviarve põhidiagnoosiga F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, G30, G30.1, G30.3, G30.8 või G30.9, eriala „kõik“ ja teenuse tüüp ambulatoorne või statsionaarne.</p> <p>Patsiendile välja kirjutatud psühhotroopsete ravimite tuvastamiseks seotakse raviepisood ravimiretseptide andmetega, kasutades järgmisi ATC-rühmi: N05A (antipsühhootikumid), N05B (trankvillisaatorid), N05CF</p>

	<p>(uinutid ja rahustid; selektiivsed bensodiasepiinireseptori agonistid) ja N06A (antidepressandid; kõik loetletud alakoodid vastavalt indikaatori nimekirjale).</p> <p>„Samaaegseks tarvitamiseks“ loetakse olukorda, kus patsiendile on samal kuupäeval välja kirjutatud vähemalt kaks erineva ATC-koodiga psühhotroopset ravimit ülaltoodud rühmadest ja kõigi nende retseptide staatus on „müüdnud“.</p>
Valim	Kõik ≥19-aastased Alzheimeri diagnoosiga patsiendid (F00., G30.), kellel on uuritava aastal vähemalt üks ambulatoorne või statsionaarne raviarve sõltumata erialast.
Lugeja (X)	X – isikud, kellel esineb uuritava aastal vähemalt üks kuupäev, mil on samaaegselt (samal kuupäeval) müüdnud vähemalt kaks erineva ATC-koodiga psühhotroopset ravimit rühmadest N05A, N05B, N05CF või N06A
Nimetaja (Y)	Y - kõik valimisse kuuluvad patsiendid, olenemata sellest, kas neil esineb samaaegset mitme psühhotroopse ravimi tarvitamist.
Indikaatori arvutamise valem	$\frac{X}{Y} \times 100\%$
Välja arvatud	-
Vaatlusperiood	Üks kalendriaasta
Eesmärkväärtus	(Sihttase määramata)
Tulemuste hindamise sagedus	1 x aastas
Lisateave	<p>Jandu, J. S., & Kirkland, S. (2024). <i>Strategies to reduce polypharmacy in older adults</i>. In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574550/</p> <p>Ravona-Springer, R., & Davidson, M. (2014). <i>Considerations in psychotropic treatments in dementia</i>. International Journal of Neuropsychopharmacology, 17(7), 1107–1125. https://doi.org/10.1017/S1461145713000412</p> <p>Mahinrad, S., Sorond, F. A., & Gorelick, P. B. (2023). <i>The role of vascular risk factors in cognitive impairment and dementia and prospects for prevention</i>. Clinics in Geriatric Medicine, 39(1), 123–134. https://doi.org/10.1016/j.cger.2022.07.007</p> <p>Gerlach, L. B., et al. (2025). <i>Benzodiazepine or antipsychotic use and mortality risk among patients with dementia in hospice care</i>. JAMA Network Open https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.37551</p> <p>NICE. (2018). <i>Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97) – Patient decision aid on antipsychotic medicines</i>.</p>

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources>

NHS England (London). (2022). *Appropriate prescribing of antipsychotic medication in dementia: Antipsychotic prescribing toolkit.*

<https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2022/10/Antipsychotic-Prescribing-Toolkit-for-Dementia.pdf>

Zuidema, S. U., Johansson, A., Selbaek, G., Murray, M., Burns, A., Ballard, C., & Koopmans, R. T. C. M. (2015). *A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes: Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice.* *International Psychogeriatrics*, 27(6), 949–965. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000745>

Michigan Medicine. (2021). *Troubling trio: Many with dementia take risky combinations of medicines.*

<https://www.michiganmedicine.org/health-lab/troubling-trio-many-dementia-take-risky-combinations-medicines>