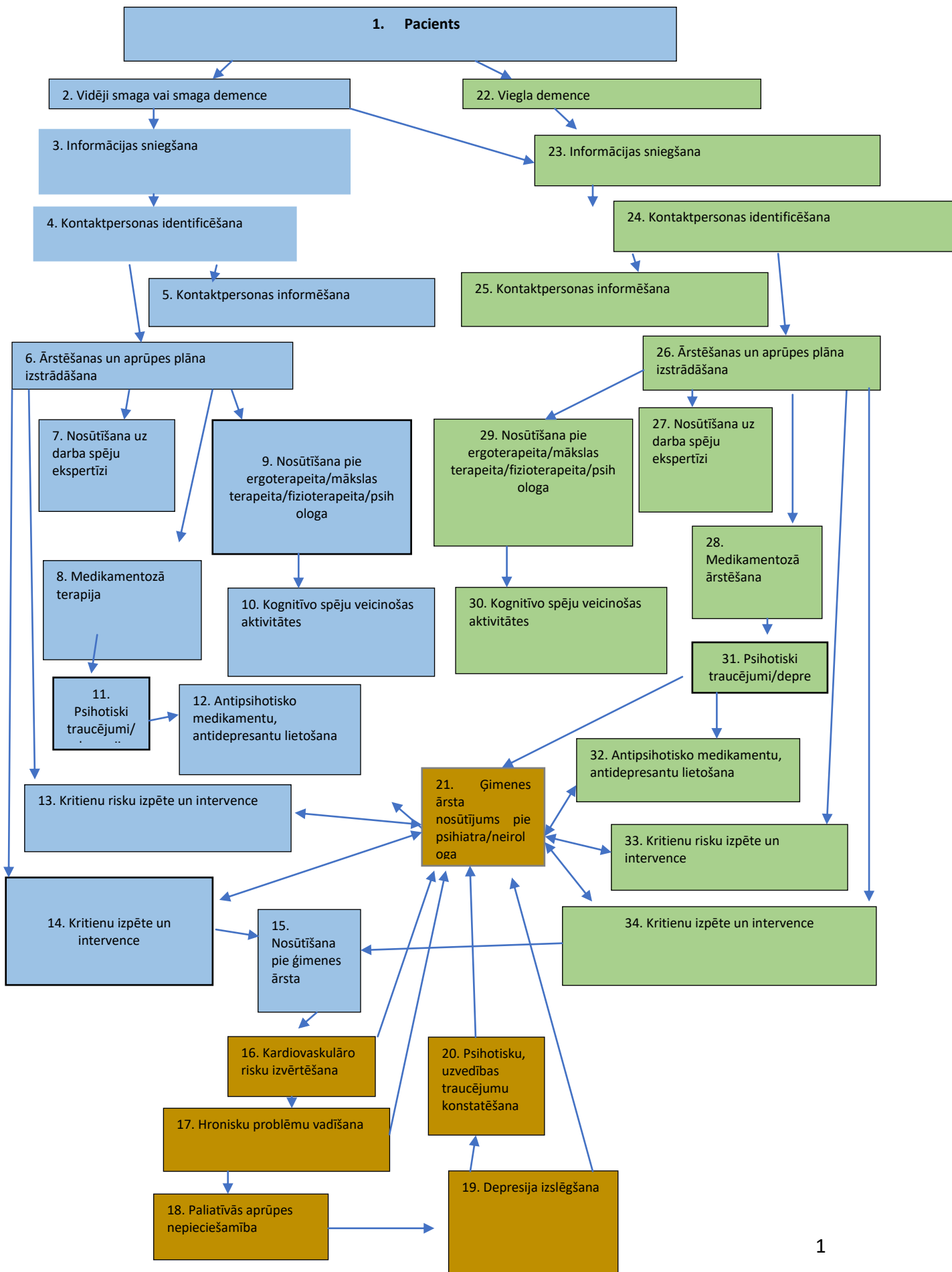


Klīniskais ceļš

Alcheimera demences pacientu vadīšana, ārstēšana un aprūpe



Autors psihiatrs prof.Māris Taube

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un prof.Māra Taubes vadībā: psihiatrs Ņikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof.Ieva Bite; psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

Klīniskā ceļa “Alcheimera demences pacientu vadīšana, ārstēšana un aprūpe” apraksts

1. **Pacients.** Klīniskais ceļš sākas ar situāciju, kad jau ir uzstādīta Alcheimera demences diagnoze pacientam klīniskā ceļa un algoritma “Demences novērtēšana un diagnostika” ietvaros, pacients atrodas sekundārās aprūpes etapā pie psihiatra vai neirologa (skatīt klīnisko ceļu/algoritmu “Demences novērtēšana un diagnostika”).
2. **Vidēji smaga vai smaga demence.** Pacientam klīniskā ceļa/algoritma “Demences novērtēšana un diagnostika” ietvaros ir noteikta Alcheimera demences diagnoze, kā arī noteikts tās smagums (skatīt klīnisko ceļu/algoritmu “Demences novērtēšana un diagnostika”). Pacientam noteikta vidēji smaga vai smaga demence.
3. **(arī 23.) Informācijas sniegšana.** Informācijas sniegšana pacientam un viņa tuviniekiem (neirologs/psihiatrs).

Neirologs specializētā neiroloģijas dienas stacionārā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), psihiatrs gerontopsihiatrijas klīnikā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*) sniedz šādu detalizētu informāciju pacientam un viņa tuviniekiem:

- A. Diagnoze, slimības norise, prognoze, ārstēšanas iespējas.
- B. Drošības jautājumi (medikamentu lietošana, droša vide, apmaldīšanās riska mazināšana, uzraudzība – regulāra vai nē).
- C. Sociālās palīdzības iespējas (kur var saņemt, kādi galvenie pakalpojumu veidi, iedrošināt tos izmantot).
- D. Juridiskie, rīcībspējas un neatliekamas palīdzības un/vai palīdzības sniegšanas pret pacienta gribu jautājumu izskaidrošana (mantojums, testaments, agresivitāte, nespēja par sevi parūpēties, dzīvību apdraudošas situācijas).
- E. Palīdzības iespējas pašiem tuviniekiem, atbildības sloga sadalīšana radnieku, aprūpes personāla starpā.
- F. Profilakses pasākumi pašiem tuviniekiem, ņemot vērā ģenētisko slimības risku (skatīt klīnisko algoritmu “Demences riska mazināšana dzīves laikā”).

Pacientam un/vai tuviniekiem sniedzamā informācija:

- Pacientam ir iespējams palīdzēt, demences nav parasta novecošana.
- Palīdzēt var gan bez medikamentu, gan ar medikamentu palīdzību.
- Specifiski medikamenti būtu jāuzsāk lietot nekavējoties, nepieciešams izskaidrot to lomu, pieejamību (valsts kompensācijas iespējas), arī izmaksas (acetilholīnesterāzes inhibitori, neiroleptiķi, antidepresanti).
- Pacients nav izmanījies vai kļuvis slikts cilvēks, viņa uzvedību, diemžēl, nosaka saslimšana.
- Pacientam var būt pazemināts garastāvoklis, uztraukums, dusmas, pat agresivitāte – tās ir slimības izpausmes.

- Jācenšas pēc iespējas ņemt vērā, uzklausīt pacienta vēlmes, domas.
- Iedrošināt pacientu, pozitīvi motivēt, nestrīdēties ar pacientu, nedusmoties uz viņu.
- Sekot līdzi – vai pacientam nav aizcietējumi, caureja, patvaļīga urinācija. Vajadzības gadījumā, izmantot palīgierīces (autiņbiksītes), vārdiski atgādināt pacientam par nepieciešamību iet uz tualeti.
- Tuviniekiem runāt ar pacientu lēnāk, nesteidzināt, skatīties uz pacientu, precizēt – vai pacients sapratis, piemēram, lūgt atkārtot teikto.
- Nesteidzināt pacientu ģērbjoties, ļaut izvēlēties drēbes, ieplānot vairāk laiku.
- Veicināt, lai pacients ir fiziski aktīvs – pastaigājas, iet laikā, tiekas ar citiem cilvēkiem.
- Tuviniekiem jāreķinās, ka pacients var nenovērtēt savas spējas, var apmaldīties, var kļūdīties, lietojot zāles. Jāņem vērā, ka pacients, iespējams, jau lieto zāles citu veselības problēmu (piemēram, paaugstināts asinsspiediens) risināšanai.
- Nepieciešams jau šobrīd nodrošināt uzraudzību (apmeklē kāds katru dienu) pacientam, salikt zāles speciālos trauciņos, pārbaudīt – vai pacients pareizi lieto.
- Jāizvērtē situācija mājās – vai nevar kaut kur pakrist, vai nav kādas mēbeles, kur var aizķerties, pakļāji, kur paklupt, vairoties no kritienu riska. Jābūt pietiekami labam apgaismojumam mājās, pēc iespējas vienkāršākai sadzīves elektroierīču lietošanai.
- Jāizvērtē tālruna lietošanas spējas – lai pacients var vienkārši piezvanīt (ieprogrammēts tuvnieka tālrunis ātro zvanu piekļuvē).
- Sarežģītu darbību veikšanai (piemēram, lielāki naudas maksājumi) nepieciešama palīdzība.
- Iespējams, būs nepieciešama sociālo dienestu palīdzība, nevajag kautrēties izmantot jebkuru palīdzību. Jau sākt noskaidrot iespējas – dienas centri, sociālās aprūpes iestādes.
- Tuviniekiem vajadzētu savā starpā izrunāt – kā varēs organizēt palīdzību, nevajag vienam uzņemties visu atbildību, bet to sadalīt tuvinieku starpā.
- Tuviniekiem izvērtēt juridiskos jautājumus (testamenti, finanšu saistības u.c.), jo jāreķinās, ka slimība var progresēt, nav zināms – cik ātri tas notiks.
- Tuviniekiem pašiem jā rūpējas par savu veselību, jāizmanto pieejamais atbalsts, jā rūpējas par savu veselību (mērena fiziska aktivitāte, Vidusjūras diēta, asinsspiediena, holesterīna kontrole u.c.), ņemot vērā ģenētiska slimības riska varbūtību.

SVARĪGI! Informācijas apjoms atkarīgs no pacienta funkcionēšanas līmeņa. Piemēram, ja nav tualetes apmeklējumu problēmas, informācija par šo jautājumu sniedzama tikai tuviniekiem, kā brīdinājums par nākotnē iespējamām problēmām.

4. **(arī 24.) Kontaktpersonas identificēšana.** Neirologs vai psihiatrs vienojas ar pacientu un tuviniekiem par vienu atbildīgo kontaktpersonu (*šobrīd nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā šobrīd šīs funkcijas, savas kapacitātes ietvaros, pilda ģimenes ārsta māsa un ģimenes ārsts, primāri orientējoties uz pacienta virzību veselības aprūpes sistēmas iestādēs*) (ģimenes ārsta māsa labākā gadījumā, specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas sociālais darbinieks vai psihiatrijas māsa), kas turpmāk koordinēs pacienta ārstēšanas un sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

5. **Kontaktpersonas** (*šobrīd šīs funkcijas, savas kapacitātes ietvaros, pilda ģimenes ārsta māsa un ģimenes ārsts, primāri orientējoties uz pacienta virzību veselības aprūpes sistēmas iestādēs*) **informēšana**. Neurologs vai psihiatrs informē atbildīgo kontaktpersonu par tās pienākumiem:

- A. Pirmā tiešā tikšanās un pacienta vajadzību novērtēšana.
- B. Iepazīšanās ar izstrādāto ārstēšanas un aprūpes plānu (vēlams, ka kontaktpersona bijusi/tiks iesaistīta plāna izstrādē).
- C. Sadarbība ar pacienta ģimenes locekļiem, kopīga lēmumu pieņemšana.
- D. Informācija par dažādiem pieejamiem pakalpojumiem (īslaicīga sociālā palīdzīga, ilgstoša sociālā aprūpe, dienas centri Alcheimera demenču pacientiem, sociālā darbinieka vizīte mājās, pakalpojums “siltas pusdienas mājās”, valsts atbalsts, kur vērsties sociālajā dienestā, kāda veida dokumentācija nepieciešama).
- E. Regulāra (reizi 6 mēnešos) ārstēšanas un aprūpes plāna pārskatīšana (sadarbībā ar neirologu/psihiatru un ģimenes ārstu).

Svarīgi! Kontaktpersona (*šobrīd šīs funkcijas, savas kapacitātes ietvaros, pilda ģimenes ārsta māsa un ģimenes ārsts, primāri orientējoties uz pacienta virzību veselības aprūpes sistēmas iestādēs*) (vislabāk ģimenes ārsta māsa, vai specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas sociālais darbinieks vai psihiatrijas māsa) nodrošina visas informācijas aprites koordinēšanu, visa informācija pieejama pie ģimenes ārsta; kontaktpersona pacientam pieejama, ja pacients arī atrodas dažādās aprūpes formās vai maina tās (piemēram, mājās, ilgstošā sociālās aprūpes iestādē, īslaicīgi stacionārā).

6. **Ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādāšana**. Neurologs vai psihiatrs izstrādā ārstēšanas un aprūpes plānu (ģimenes ārsta un speciālistu apmeklējumu laiki, ārstēšanas rezultātu izvērtēšana, pacienta neatkarības līmenis, nepieciešamā palīdzība, aprūpētāju, ģimenes locekļu iesaiste, sociālo pakalpojumu izmantošanas plāns, apjoms, dokumentu sagatavošana (ja attiecināms) darba spēju ekspertīzei, medikamentu lietošanas uzraudzība).

7. **Nosūtīšana uz darba spēju ekspertīzi**. **Svarīgi!** Ja pacients tiek izmeklēts un uzstādīta Alcheimera demences diagnoze specializētā neiroloģijas dienas stacionārā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), vai neiroloģijas profila stacionārā nodaļā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), tad neurologs nosūta pacientu darba spēju izvērtēšanai (ja tas nepieciešams).

Ja pacients tiek izmeklēts un uzstādīta Alcheimera demences diagnoze gerontopsihiatrijas klīnikā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), psihiatriska profila dienas stacionārā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) vai psihiatriska profila stacionārā nodaļā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), tad psihiatrs nosūta pacientu darba spēju izvērtēšanai (ja tas nepieciešams).

8. **Medikamentozā ārstēšana**. Neurologs vai psihiatrs uzsāk medikamentozo terapiju Alcheimera demences ārstēšanai (*šobrīd nepieciešamie medikamenti nav iekļauti valsts kompensējamo zāļu sarakstā*).

- A. Acetilholīnesterāzes inhibitori (piemēram, donepizils, galantamīns, rivastigmīns, ipidakrīns) monoterapijā **jāuzsāk** uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas vieglas vai vidēji smagas Alcheimera demences gadījumos.
- B. Jāuzsāk terapija ar lētāko acetilholīnesterāzes inhibitoru, bet var izvēlēties alternatīvu acetilholīnesterāzes inhibitoru, ņemot vērā blakusparādības, blakus saslimšanas, zāļu mijiedarbību, devas.

- C. Monoterapija ar memantīnu **ir jāuzsāk**, ja:
 1. pacients slimo ar vidēji smagu Alzheimerā demenci, nepanes vai ir kontraindikācijas pret acetilholīnesterāzes inhibitoriem **vai**
 2. pacients slimo ar smagu Alzheimerā demenci.
- D. Ja pacients jau lieto acetilholīnesterāzes inhibitorus un konstatēta vidēji smaga Alzheimerā demence, **var pievienot** terapijai memantīnu.
- E. Memantīns **jāpievieno** acetilholīnesterāzes inhibitoriem, ja pacientam ir konstatēta smaga Alzheimerā demence.
- F. Acetilholīnesterāzes inhibitoru uzsākšanu ordinē neirologs vai psihiatrs.
- G. Ja pacients jau lieto acetilholīnesterāzes inhibitorus un rekomendācijas nosaka nepieciešamību uzsākt memantīna terapiju, to **var uzsākt** ģimenes ārsts.

Svarīgi! Tikai Alzheimerā demences smagums nav kritērijs acetilholīnesterāzes inhibitoru lietošanas pārtraukšanai.

- H. Tikai ar vienīgo mērķi kavēt Alzheimerā demences progresēšanu nenozīmēt pret diabēta medikamentus, prehipertensijas medikamentus, statīnus, nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus.

9. **Nosūtīšana pie ergoterapeita mākslas terapeita/ fizioterapeita/ psihologa.**

Neirologs vai psihiatrs ārstēšanas un aprūpes plāna ietvaros nosūta pacientu (nav nepieciešams rakstisks nosūtījums, jo speciālisti ir pieejami specializētā neiroloģijas dienas stacionārā vai gerontopsihiatrijas klīnikā) pie ergoterapeita, mākslas terapeita (vizuālā, deju kustību, mūzikas, drāmas terapija), fizioterapeita, psihologa (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) – nav visiem speciālistiem jābūt, bet vismaz trim dažādiem.

10. **Kognitīvo spēju veicinošas aktivitātes.** Intervences, lai veicinātu pacienta kognitīvās funkcijas, neatkarību un labklājību (ergoterapeits, mākslas terapeits, fizioterapeits, psihologs)

- A. Kognitīvo un sociālo spēju stimulācijas aktivitātes, vēlams grupā (jēgpilnas pastaigas, muzeju apmeklējumi) vieglas un vidēji smagas demences gadījumos.
- B. Kognitīva rehabilitācija (*valsts finansēta ergoterapija, pieejama psihiatriska profila dienas stacionāros, stacionāros, dienas centros*) vieglas un vidēji smagas demences gadījumos.

Svarīgi! Nenožīmēt Ginseng (žņņšņa sakne), E vitamīnu, herbālus produktus, kognitīvus treniņus, interpersonālu terapiju, ne invazīvas smadzeņu stimulācijas metodes.

11. **Psihotiski traucējumi/ depresija.** Pacientam konstatēti psihotiski traucējumi, depresijas simptomi (ne kognitīvie traucējumi)

12. **Antipsihotisko medikamentu, antidepresantu lietošana.** Psihiatrs uzsāk citu (ne kognitīvo) traucējumu korekciju Alzheimerā demences pacientiem.

- A. Pirms terapijas uzsākšanas, izvērtēt vai ažitācijas, agresijas, distresa, psihotisku simptomu cēlonis nav sāpes, delīrijs, nepietiekama aprūpe
- B. Antipsihotisko medikamentu lietošanu uzsākt, ja (jāpiepildās vismaz vienam nosacījumam):
 1. pastāv bīstamība, ka tiks nodarīts kaitējums pašam pacientam vai citiem,
 2. pacientam ir ažitācija, halucinācijas vai murgi, kas rada pacientam distresu.
- C. Pirms antipsihotisko medikamentu uzsākšanas, izrunāt ar tuviniekiem ieguvumus un riskus.

- D. Lietot vismazāko iespējamo antipsihotisko medikamentu devu pēc iespējas īsāku laiku, pārskatīt terapiju ik 6 mēnešus (pārskata psihiatrs).
- E. Pārtraukt antipsihotiskos medikamentus, ja nav efekta, izdiskutējot ar tuviniekiem.
- F. Nelietot valproātus ažitācijas vai agresijas ārstēšanai.
- G. Nozīmēt regulāri antidepresantus tikai tad, ja ir informācija par pirms tam bijušām psihiskās veselības problēmām (depresiju). Ja nepieciešams nozīmēt antidepresantus, sākotnēji izvēlēties selektīvos sarotonīna atpakaļsaistīšanās inhibitorus (SSAI).
- H. Nenozīmēt melatonīnu miega problēmu risināšanai pacientam ar Alcheimera demenci.

Ja pacientu uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) nosūtījis ģimenes ārsts konkrētas problēmas risināšanai (19; 20; 21. punkts), tad pacients pēc problēmas atrisināšanas tiek nosūtīts (u27 forma, psihiatrs/neirologs) atpakaļ pie ģimenes ārsta.

13. **Kritienu risku izpēte un intervence.** Neirologs vai psihiatrs izvērtē kritienu riska multifaktoriālus cēloņus un iejaukšanās iespējas, kā arī lemj par pacienta nosūtīšanu pie noteikta speciālista. Psihiatrs vai neirologs nosūta pie nepieciešamā speciālista, nav jāraksta nosūtījums, speciālisti pieejami uz vietas, piesaistāmi kā konsultanti.

Ja pacientu uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) nosūtījis ģimenes ārsts konkrētas problēmas risināšanai (17; 21. punkts), tad pacients pēc problēmas atrisināšanas tiek nosūtīts (u27 forma, psihiatrs/neirologs) atpakaļ pie ģimenes ārsta.

14. **Kritienu izpēte un intervence.** Speciālisti (fiziterapeits/internists/ergoterapeits/acu ārsts) izvērtē kritienu risku savas kompetences ietvaros, uzsāk intervences.

- A. Kritienu vēstures izpēte, precizēšana (psihiatrs vai neirologs).
- B. Gaitas, balansa, mobilitātes, muskuļu spēka novērtēšana un treniņi (fizioterapeits).
- C. Osteoporozes riska novērtēšana (internists).
- D. Novērtēt personas funkcionālās spējas, bailes no kritieniem (ergoterapeits)
- E. Redzes kvalitātes izvērtēšana un speciālistu iesaiste, ja nepieciešams (acu ārsts).
- F. Kognitīvo spēju izvērtēšana, neiroloģiska izvērtēšana (psihiatrs, neirologs).
- G. Urīna nesaturēšanas nopietnības izvērtēšana (internists).
- H. Bīstamo mājas situāciju izvērtēšana, uzlabojumu veikšana (pirms pacienta atgriešanās mājās no stacionāra, dienas stacionāra (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*), ieteikumu sniegšana (ergoterapeits kopā ar ģimeni).
- I. Kardiovaskulārās sistēmas izmeklēšana, medikamentu pārskatīšana korekcija (internists vai kardiologs).
- J. Psihotropo medikamentu lietošanas izvērtēšana (atcelšana, mazināšana, maiņa) (psihiatrs).

Ja pacientu uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) nosūtījis ģimenes ārsts konkrētas problēmas risināšanai (17; 21.

- punkts), tad pacients pēc problēmas atrisināšanas tiek nosūtīts (u27 forma, psihiatrs/neirologs) atpakaļ pie ģimenes ārsta.
15. **Nosūtīšana pie ģimenes ārsta.** Psihiatrs vai neirologs nosūta pacientu (27u forma) pie ģimenes ārsta, kad veiktas visas iepriekš aprakstītās specializētā neiroloģijas dienas stacionārā vai gerontopsihiatrijas klīnikā paredzamās darbības.
16. **Kardiovaskulāro risku izvērtēšana.** Ģimenes ārsts izvērtē kardiovaskulāro slimību riska faktoros (paaugstināts asinsspiediens, holesterīna līmenis paaugstināts, diabēts, smēķēšana, aptaukošanās, sirds slimības risks (sāpes krūtīs, infarkts), iepriekš bijis insults, tranzitoras išēmiskas lēkmes).
Ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista, ja konstatēti iepriekš uzskaitītie kardiovaskulārie riski (nosūta pie kardiologa).
Ģimenes ārsts iesaka pārtraukt smēķēšanu, ārstēt hipertensiju, diabētu, iesaka svara samazināšanas diētu.
17. **Hronisku problēmu vadīšana.** Ģimenes ārsts veic hronisku problēmu vadīšanu pacientiem ar Alcheimera demenci.
- A. Novērtēt, vai pacients nejūt sāpes (izmainās uzvedība, kas liecina par sāpēm), pretsāpju terapija, izvērtējot iespējamās blaknes.
 - B. Kritienu riska novērtējums (aktīvi jautāt par krišanas epizodēm, jautāt tuviniekiem, novērtēt objektīvi pacienta gaitu, stabilitāti, kardiovaskulāro slimību risku, psihotropo medikamentu lietošanu, izglītēt pacientus, tuviniekus par krišanas risku, tā novēršanu). Ja gada laikā atkārtoti vismaz 12 kritieni – nosūtīt pacientu uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru, gerontopsihiatrisku klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*), pie neirologa vai psihiatra (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) kritienu riska multifaktoriālai izpētei (sekundārās aprūpes līmenis) un pasākumu veikšanai kritienu profilaksei.
 - C. Cukura diabēta kontrole (ģimenes ārsts).
 - D. Inkontinences kontrole, novēršana un ārstēšana (mirabegrons lietojams pacientiem kuriem antimuskarīna medikamenti ir kontraindicēti vai ir nepieņemamas to blakusparādības).
 - E. Ja nepieciešama pacienta stacionēšana kādu veselības problēmu paasinājumu dēļ, izvērtēt vai tas patiešām nepieciešams, vai nav iespējams risinājums ambulatori, ņemt vērā ieguvumus un zaudējumus:
 - Iespējamā dezorientācija slimnīcā.
 - Paredzama ilgāka uzturēšanās slimnīcā.
 - Iespējamās letalitātes riska pieaugums.
 - Citu slimību pievienošanās pēc izrakstīšanas no slimnīcas (infekcijas u.c.).
 - Delīrija risks.
 - Negatīvā institucionālā, svešā vide.
18. **Paliatīvās aprūpes nepieciešamība.** Ģimenes ārsts veic darbības, ja nepieciešama paliatīva aprūpe:
- Iesaistīt tuviniekus lēmuma pieņemšanā, izvērtējot labāko iespējamo risinājumu pacientam, tuviniekiem, aprūpētājiem.
 - Izvērtēt nepieciešamo atbalstu pacientiem ēšanā un dzeršanā.
 - Respektēt personas vēlmes.
 - Nodrošināt maksimāli iespējamo palīdzību visu diennakti (tuvinieku iesaiste, iespējas nodrošināt kopēju, institucionāla aprūpe).

- Respektēt pacienta vēlmes, censties izvairīties no neplānotas hospitalizācijas, ja pacienta vēlme ir nomirt mājās apstākļos.

19. **Depresijas izslēgšana.** Ģimenes ārsts novērtē vai pacientam nav pazemināts garastāvoklis, depresijas pazīmes.

Svarīgi! Depresijas diagnostikai izmantojams PHQ – 2 vai PHQ – 9 depresijas novērtēšanas tests. PHQ – 2 un PHQ – 9 pieejami latviešu un krievu valodās, pieejami ģimenes ārstu praksēs.

Pseudodemences un demences atšķirības

Pseudodemence	Demence
Ātri meklē palīdzību	Novēloti, simptomi ilgi
Ātrāka simptomu attīstība	Lēnāk attīstās
Anamnēzē informācija par depresiju	Nav informācijas par psihiskiem traucējumiem
Pacients sūdzas par koncentrēšanās grūtībām	Pacients nesūdzas
Garastāvoklis stabili pazemināts	Mainīgs noskaņojums, var būt pacilāts
Tipiskas pacienta atbildes: “es nezinu”, “tas ir tik grūti”	Pacients atbild, komunicē, bet kļūdaini atbild
Sākotnēji pazemināts garastāvoklis	Sākotnēji atmiņas grūtības

Ja ģimenes ārsts konstatē depresijas pazīmes (skatīt 19. punktu), tad nosūta pacientu pie psihiatra uz gerontopsihiatrisku klīniku (27u forma) (sekundārās aprūpes līmenis) (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*); kā pagaidu risinājums līdz klīniku izveidei – nosūta pie psihiatra uz ambulatoro pieņemšanu (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*).

20. **Psihotisku, uzvedības traucējumu konstatēšana.** Ģimenes ārsts izvērtē uzvedības traucējumus/psihiatriskus simptomus (uztraukums, traucējumi vairāk naktī, ažitācija, agresija, halucinācijas, murgi, trauksme, nekontrolējami emociju izvirdumi); tos konstatējot var uzsākt ārstēšanu vai konsultēties ar/nosūtīt uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku (sekundārās aprūpes līmenis) (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) vai kā pagaidu risinājums līdz klīniku izveidei - pie psihiatra uz ambulatoro pieņemšanu (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*).

21. **Ģimenes ārsta nosūtījums pie psihiatra/ neirologa.** Ģimenes ārsts kardiovaskulāro risku, hronisku problēmu (kritieni), psihotisku, uzvedības traucējumu, depresijas riska gadījumos nosūta (u27 forma) pie psihiatra/neirologa ārstēšanai vai konsultācijai ar/nosūtīt uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku (sekundārās aprūpes līmenis) (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) vai kā pagaidu risinājums līdz klīniku izveidei - pie psihiatra/neirologa/fizioterapeita/internista/ergoterapeita/acu ārsta (atkarībā no vadošās problēmas) uz ambulatoro pieņemšanu (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*).

22. **Viegla demence.** Pacientam klīniskā ceļa/algoritma “Demences novērtēšana un diagnostika” ietvaros ir noteikta Alcheimera demences diagnoze, kā arī noteikts tās smagums (skatīt klīnisko ceļu/algoritmu “Demences novērtēšana un diagnostika”). Pacientam noteikta viegla demence.

23. **Informācijas sniegšana.** Informācijas sniegšana pacientam un viņa tuviniekiem (neirologs/psihiatrs).

Neirologs vai psihiatrs ambulatorā pieņemšanā sniedz šādu detalizētu informāciju pacientam un viņa tuviniekiem:

- G. Diagnoze, slimības norise, prognoze, ārstēšanas iespējas.

- H. Drošības jautājumi (medikamentu lietošana, droša vide, apmaldīšanās riska mazināšana, uzraudzība – regulāra vai nē).
- I. Sociālās palīdzības iespējas (kur var saņemt, kādi galvenie pakalpojumu veidi, iedrošināt tos izmantot).
- J. Juridiskie, rīcībspējas un neatliekamas palīdzības un/vai palīdzības sniegšanas pret pacienta gribu jautājumu izskaidrošana (mantojums, testaments, agresivitāte, nespēja par sevi parūpēties, dzīvību apdraudošas situācijas).
- K. Palīdzības iespējas pašiem tuviniekiem, atbildības sloga sadalīšana radnieku, aprūpes personāla starpā.
- L. Profilakses pasākumi pašiem tuviniekiem, ņemot vērā ģenētisko slimības risku (skatīt klīnisko algoritmu “Demences riska mazināšana dzīves laikā”).

Pacientam un/vai tuviniekiem sniedzamā informācija:

- Pacientam ir iespējams palīdzēt, demences nav parasta novecošana.
- Palīdzēt var gan bez medikamentu, gan ar medikamentu palīdzību.
- Specifiski medikamenti būtu jāuzsāk lietot nekavējoties, nepieciešams izskaidrot to lomu, pieejamību (valsts kompensācijas iespējas), arī izmaksas (acetilholīnesterāzes inhibitori, neiroleptiķi, antidepresanti).
- Pacients nav izmanījies vai kļuvis slikts cilvēks, viņa uzvedību, diemžēl, nosaka saslimšana.
- Pacientam var būt pazemināts garastāvoklis, uztraukums, dusmas, pat agresivitāte – tās ir slimības izpausmes.
- Jācenšas pēc iespējas ņemt vērā, uz klausīt pacienta vēlmes, domas.
- Iedrošināt pacientu, pozitīvi motivēt, nestrīdēties ar pacientu, nedusmoties uz viņu.
- Sekot līdzi – vai pacientam nav aizcietējumi, caureja, patvaļīga urinācija. Vajadzības gadījumā, izmantot palīgierīces (autiņbiksītes), vārdiski atgādināt pacientam par nepieciešamību iet uz tualeti.
- Tuviniekiem runāt ar pacientu lēnāk, nesteidzināt, skatīties uz pacientu, precizēt – vai pacients sapratis, piemēram, lūgt atkārtot teikto.
- Nesteidzināt pacientu ģērbjoties, ļaut izvēlēties drēbes, ieplānot vairāk laiku.
- Veicināt, lai pacients ir fiziski aktīvs – pastaigājas, iet laikā, tiekas ar citiem cilvēkiem.
- Tuviniekiem jāreķinās, ka pacients var nenovērtēt savas spējas, var apmaldīties, var kļūdīties, lietojot zāles. Jāņem vērā, ka pacients, iespējams, jau lieto zāles citu veselības problēmu (piemēram, paaugstināts asinsspiediens) risināšanai.
- Nepieciešams jau šobrīd nodrošināt uzraudzību (apmeklēt kāds katru dienu) pacientam, salikt zāles speciālos trauciņos, pārbaudīt – vai pacients pareizi lieto.
- Jāizvērtē situācija mājās – vai nevar kaut kur pakrist, vai nav kādas mēbeles, kur var aizķerties, paklāji, kur paklupt, vairoties no kritienu riska. Jābūt pietiekami labam apgaismojumam mājās, pēc iespējas vienkāršākai sadzīves elektroierīču lietošanai.
- Jāizvērtē tālruna lietošanas spējas – lai pacients var vienkārši piezvanīt (ieprogrammēts tuvinieka tālrunis ātro zvanu piekļuvē)
- Sarežģītu darbību veikšanai (piemēram, lielāki naudas maksājumi) nepieciešama palīdzība.

- Iespējams, būs nepieciešama sociālo dienestu palīdzība, nevajag kautrēties izmantot jebkuru palīdzību. Jau sākt noskaidrot iespējas – dienas centri, sociālās aprūpes iestādes.
- Tuviniekiem vajadzētu savā starpā izrunāt – kā varēs organizēt palīdzību, nevajag vienam uzņemt visu atbildību, bet to sadalīt tuvinieku starpā.
- Tuviniekiem izvērtēt juridiskos jautājumus (testamenti, finanšu saistības u.c.), jo jāreķinās, ka slimība var progresēt, nav zināms – cik ātri tas notiks.
- Tuviniekiem pašiem jā rūpējas par savu veselību, jāizmanto pieejamais atbalsts, jā rūpējas par savu veselību (mērena fiziska aktivitāte, Vidusjūras diēta, asinsspiediena, holesterīna kontrole u.c.), ņemot vērā ģenētiska slimības riska varbūtību.

SVARĪGI! Informācijas apjoms atkarīgs no pacienta funkcionēšanas līmeņa. Piemēram, ja nav tualetes apmeklējumu problēmas, informācija par šo jautājumu sniedzama tikai tuviniekiem, kā brīdinājums par nākotnē iespējamām problēmām.

24. **Kontaktpersonas identificēšana.** Neirologs vai psihiatrs vienojas ar pacientu un tuviniekiem par vienu atbildīgo kontaktpersonu (*šobrīd nav iekļauta valsts apmaksā sistēmā*) (ģimenes ārsta māsa labākā gadījumā, vai psihiatrijas māsa), kas turpmāk koordinēs pacienta ārstēšanas un sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanu.
25. **Kontaktpersonas informēšana.** Neirologs vai psihiatrs informē atbildīgo kontaktpersonu par tās pienākumiem (klātienē vai pa tālruni):
- F. Pirmā tiešā tikšanās un pacienta vajadzību novērtēšana.
 - G. Iepazīšanās ar izstrādāto ārstēšanas un aprūpes plānu (vēlams, ka kontaktpersona bijusi/tiks iesaistīta plāna izstrādē).
 - H. Sadarbība ar pacienta ģimenes locekļiem, kopīga lēmumu pieņemšana
 - I. Informācija par dažādiem pieejamiem pakalpojumiem (īslaicīga sociālā palīdzīga, ilgstoša sociālā aprūpe, dienas centri Alcheimera demencu pacientiem, sociālā darbinieka vizīte mājās, pakalpojums “siltas pusdienas mājās”, valsts atbalsts, kur vērsties sociālajā dienestā, kāda veida dokumentācija nepieciešama).
 - J. Regulāra (reizi 6 mēnešos) ārstēšanas un aprūpes plāna pārskatīšana (sadarbībā ar neirologu/psihiatru un ģimenes ārstu).

Svarīgi! Kontaktpersona (vislabāk ģimenes ārsta māsa vai psihiatrijas māsa) nodrošina visas informācijas aprites koordinēšanu, visa informācija pieejama pie ģimenes ārsta; kontaktpersona pacientam pieejama, ja pacients arī atrodas dažādās aprūpes formās vai maina tās (piemēram, mājās, ilgstošā sociālās aprūpes iestādē, īslaicīgi stacionārā).

26. **Ārstēšanas un aprūpes plāna izstrādāšana.** Neirologs vai psihiatrs izstrādā ārstēšanas un aprūpes plānu (ģimenes ārsta un speciālistu apmeklējumu laiki, ārstēšanas rezultātu izvērtēšana, pacienta neatkarības līmenis, nepieciešamā palīdzība, aprūpētāju, ģimenes locekļu iesaiste, sociālo pakalpojumu izmantošanas plāns, apjoms, dokumentu sagatavošana (ja attiecināms) darba spēju ekspertīzei, medikamentu lietošanas uzraudzība).
27. **Nosūtīšana uz darba spēju ekspertīzi. Svarīgi!** Ja pacients tiek izmeklēts un uzstādīta Alcheimera demences diagnoze neirologa ambulatorajā pieņemšanā, tad neirologs nosūta pacientu darba spēju izvērtēšanai (ja tas nepieciešams). Ja pacients tiek izmeklēts un uzstādīta Alcheimera demences diagnoze psihiatra ambulatorajā pieņemšanā, tad psihiatrs nosūta pacientu darba spēju izvērtēšanai (ja tas nepieciešams).

28. **Medikamentozā ārstēšana.** Neirologs vai psihiatrs uzsāk medikamentozo terapiju Alzheimerā demences ārstēšanai (*šobrīd nepieciešamie medikamenti nav iekļauti valsts kompensējamo zāļu sarakstā*).

- I. Acetilholīnesterāzes inhibitori (piemēram, donepizils, galantamīns, rivastigmīns, ipidakrīns) monoterapijā **jāuzsāk** uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas vieglas vai vidēji smagas Alzheimerā demences gadījumos.
- J. Jāuzsāk terapija ar lētāko acetilholīnesterāzes inhibitoru, bet var izvēlēties alternatīvu acetilholīnesterāzes inhibitoru, ņemot vērā blakusparādības, blakus saslimšanas, zāļu mijiedarbību, devas.
- K. Monoterapija ar memantīnu **ir jāuzsāk**, ja:
 - 1.pacients slimo ar vidēji smagu Alzheimerā demenci, nepanes vai ir kontrindikācijas pret acetilholīnesterāzes inhibitoriem **vai**
 - 2.pacients slimo ar smagu Alzheimerā demenci.
- L. Ja pacients jau lieto acetilholīnesterāzes inhibitorus un konstatēta vidēji smaga Alzheimerā demence, **var pievienot** terapijai memantīnu.
- M. Memantīns **jāpievieno** acetilholīnesterāzes inhibitoriem, ja pacientam ir konstatēta smaga Alzheimerā demence.
- N. Acetilholīnesterāzes inhibitoru uzsākšanu ordinē neirologs vai psihiatrs.
- O. Ja pacients jau lieto acetilholīnesterāzes inhibitorus un rekomendācijas nosaka nepieciešamību uzsākt memantīna terapiju, to **var uzsākt** ģimenes ārsts.

Svarīgi! Tikai Alzheimerā demences smagums nav kritērijs acetilholīnesterāzes inhibitoru lietošanas pārtraukšanai.

- P. Tikai ar vienīgo mērķi kavēt Alzheimerā demences progresēšanu nenozīmēt pretdiabēta medikamentus, prethipertensijas medikamentus, statīnus, nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus.

29. **Nosūtīšana pie ergoterapeita mākslas terapeita/ fizioterapeita/ psihologa.** Neirologs vai psihiatrs ārstēšanas un aprūpes plāna ietvaros nosūta pacientu pie ergoterapeita, mākslas terapeita (vizuālā, deju kustību, mūzikas, drāmas terapija), fizioterapeita, psihologa (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) – nav visiem speciālistiem jābūt, bet vismaz trim dažādiem.

30. **Kognitīvo spēju veicinošas aktivitātes.** Intervences, lai veicinātu pacienta kognitīvās funkcijas, neatkarību un labklājību (ergoterapeits, mākslas terapeits, fizioterapeits, psihologs)

- A. Kognitīvo un sociālo spēju stimulācijas aktivitātes, vēlams grupā (jēgpilnas pastaigas, muzeju apmeklējumi) vieglas un vidēji smagas demences gadījumos.
- B. Kognitīva rehabilitācija (*valsts finansēta ergoterapija, pieejama psihiatriska profila dienas stacionāros, stacionāros, dienas centros*) vieglas un vidēji smagas demences gadījumos.

31. **Psihotiski traucējumi/ depresija.** Pacientam konstatēti psihotiski traucējumi, depresijas simptomi (ne kognitīvie traucējumi)

32. **Antipsihotisko medikamentu, antidepresantu lietošana.** Psihiatrs uzsāk citu (ne kognitīvo) traucējumu korekciju Alzheimerā demences pacientiem.

- A. Pirms terapijas uzsākšanas, izvērtēt vai ažitācijas, agresijas, distresa, psihotisku simptomu cēlonis nav sāpes, delīrijs, nepietiekama aprūpe
- B. Antipsihotisko medikamentu lietošanu uzsākt, ja (jāpiepildās vismaz vienam nosacījumam):
 - 1. pastāv bīstamība, ka tiks nodarīts kaitējums pašam pacientam vai citiem,

2. pacientam ir ažitācija, halucinācijas vai murgi, kas rada pacientam distresu.

- C. Pirms antipsihotisko medikamentu uzsākšanas, izrunāt ar tuviniekiem ieguvumus un riskus.
- D. Lietot vismazāko iespējamo antipsihotisko medikamentu devu pēc iespējas īsāku laiku, pārskatīt terapiju ik 6 mēnešus (pārskata psihiatrs).
- E. Pārtraukt antipsihotiskos medikamentus, ja nav efekta, izdiskutējot ar tuviniekiem.
- F. Nelietot valproātus ažitācijas vai agresijas ārstēšanai.
- G. Nozīmēt regulāri antidepresantus tikai tad, ja ir informācija par pirms tam bijušām psihiskās veselības problēmām (depresiju). Ja nepieciešams nozīmēt antidepresantus, sākotnēji izvēlēties selektīvos sarotonīna atpakaļsaistīšanās inhibitorus (SSAI).
- H. Nenozīmēt melatonīnu miega problēmu risināšanai pacientam ar Alzheimeru demenci.

Ja pacientu pie psihiatra nosūtījis ģimenes ārsts konkrētas problēmas risināšanai (19; 20; 21. punkts), tad pacients pēc problēmas atrisināšanas tiek nosūtīts (u27 forma, psihiatrs/neirologs) atpakaļ pie ģimenes ārsta.

33. **Kritienu risku izpēte un intervence.** Neirologs vai psihiatrs izvērtē kritienu riska multifaktoriālus cēloņus un iejaukšanās iespējas, kā arī lemj par pacienta nosūtīšanu pie noteikta speciālista (u27 forma).

Ja pacientu pie psihiatra/neirologa nosūtījis ģimenes ārsts konkrētas problēmas risināšanai (17; 21. punkts), tad pacients pēc problēmas atrisināšanas tiek nosūtīts (u27 forma, psihiatrs/neirologs) atpakaļ pie ģimenes ārsta.

34. **Kritienu izpēte un intervence.** Speciālisti (fiziterapeits/internists/ergoterapeits/acu ārsts) izvērtē kritienu risku savas kompetences ietvaros, uzsāk intervences.

- A. Kritienu vēstures izpēte, precizēšana (psihiatrs vai neirologs).
- B. Gaitas, balansa, mobilitātes, muskuļu spēka novērtēšana un treniņi (fizioterapeits).
- C. Osteoporozes riska novērtēšana (internists).
- D. Novērtēt personas funkcionālās spējas, bailes no kritieniem (ergoterapeits)
- E. Redzes kvalitātes izvērtēšana un speciālistu iesaiste, ja nepieciešams (acu ārsts).
- F. Kognitīvo spēju izvērtēšana, neiroloģiska izvērtēšana (psihiatrs, neirologs)
- G. Urīna nesaturēšanas nopietnības izvērtēšana (internists).
- H. Bīstamo mājas situāciju izvērtēšana, uzlabojumu veikšana (pirms pacienta atgriešanās mājās no stacionāra, dienas stacionāra (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*), ieteikumu sniegšana (ergoterapeits kopā ar ģimeni).
- I. Kardiovaskulārās sistēmas izmeklēšana, medikamentu pārskatīšana korekcija (internists vai kardiologs).
- J. Psihotropo medikamentu lietošanas izvērtēšana (atcelšana, mazināšana, maiņa) (psihiatrs).

Ja pacientu pie psihiatra/neirologa nosūtījis ģimenes ārsts konkrētas problēmas risināšanai (17; 21. punkts), tad pacients pēc problēmas atrisināšanas tiek nosūtīts (u27 forma, psihiatrs/neirologs) atpakaļ pie ģimenes ārsta.