

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТОВАРИСТВО НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І  
НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "УКРАЇНСЬКА ЛІГА РОЗВИТКУ  
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ"

## **ДЕМЕНЦІЯ**

АДАПТОВАНА КЛІНІЧНА НАСТАНОВА,  
ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

**Склад  
мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання  
медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах  
доказової медицини хворим на деменцію**

Міщенко Тамара Сергіївна	керівник відділу судинної патології головного мозку Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неврологія»;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н.;
Бачинська Наталія Юріївна	керівник відділу клінічної фізіології та патології нервової системи Державної установи «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», голова Української Асоціації з проблем хвороби Альцгеймера, д.м.н., професор;
Зінькова Ольга Леонідівна	заступник генерального директора з медсестринства Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3»;
Кожина Ганна Михайлівна	завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, д.м.н., професор;
Марута Наталія Олександрівна	заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу неврозів і граничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», голова Експертної проблемної комісії МОЗ та НАМН України «Психіатрія. Медична психологія», д.м.н., професор;
Матвієць Людмила Григорівна	асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
Міщенко Владислав Миколайович	провідний науковий співробітник відділу нейропсихокібернетики Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», к.м.н.;

Моїсеєнко Раїса Олександрівна	проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, перший заступник голови ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», заступник голови з клінічних питань,;
Пінчук Ірина Яківна	директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія, Психіатрія»;
Поліщук Микола Єфремович	завідувач кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор;
Саноцький Януш Євгенович	завідувач неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні, к.м.н.;
Фломін Юрій Володимирович	завідувач Інсультного центру Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг»», доцент кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, к.м.н.;
Чабан Олег Созонтович	завідувач кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор;
Царенко Анатолій Володимирович	доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, кандидат медичних наук, доцент, заступник Голови правління ВГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги»;
Шестопалова Людмила Федорівна	керівник відділу медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», д.психол.н., професор.

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Державний експертний центр МОЗ України є членом

**Guidelines International Network**  
(Міжнародна мережа настанов)



**ADAPTE (Франція)**  
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



**Рецензенти:**

Волошин Петро Власович	директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», Лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки і техніки України, д.м.н., професор;
Пшук Наталія Григорівна	завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д.м.н., професор.

**Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2019 рік**

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АСhЕ	Ацетилхолінестераза
СhЕi	Інгібітори холінестерази
в/м	Внутрішньом'язово
ІМАО	Інгібітори моноамінооксидази
КН	Клінічна настанова
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛКП	Легке когнітивне порушення
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МРТ	Магнітно-резонансна
НАМН України	Національна академія медичних наук України
ПКП	Помірне когнітивне порушення
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну
СМР	Спинномозкова рідина
ХА	Хвороба Альцгеймера
ШПД	Швидко прогресуюча деменція
DLB	Деменції з тільцями Леві
NHS	Національна служба охорони здоров'я (Великобританія)

## СИНТЕЗ НАСТАНОВИ

За прототип Адаптованої клінічної настанови «Деменція» взято Клінічну настанову NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015).

### Додаткові докази включені з інших джерел:

1. Consensus Statement "Dementia 2010" of the Austrian Alzheimer Society
2. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2014
3. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4), 2012
4. Everybody's Business - Integrated mental health services for older adults: a service development guide, NHS 2005

### *Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови за темою «Деменція»*

*Впродовж останніх десятиліть у всьому світі для забезпечення якості і ефективності медичної допомоги, для створення якісних клінічних протоколів (Clinical Pathway) та/або медичних стандартів (МС) як третинне джерело доказової медицини використовуються клінічні настанови (КН).*

*Клінічна настанова (Clinical practice guidelines) – це документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.*

Відповідно до положень наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313, створення КН в Україні здійснюється шляхом адаптації вже існуючих клінічних настанов, які розроблені на засадах доказової медицини у відомих світових центрах - NICE (Англія), SIGN (Шотландія), AHRQ (США), HEN WHO (ВООЗ), NZGG (Нова Зеландія) та ін. Клінічні настанови, які розроблені на науковій основі, мають основні ознаки, що відповідають назві, визначенню та змісту клінічних настанов, а саме:

- наявність переліку членів мультидисциплінарної робочої групи;
- наявність зовнішніх рецензентів;
- визначення дати перегляду клінічної настанови;
- наявність шкали рівнів доказів у клінічній настанові;
- список періоджерел літератури (статті за результатами рандомізованих клінічних досліджень, мета-аналізи, огляди літератури) тощо.

Адаптована клінічна настанова «Деменція» підготовлена мультидисциплінарною робочою групою МОЗ України на основі оригінальної Клінічної настанови NICE «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» 2015 року, яка була попередньо оцінена групою експертів за допомогою Опитувальника AGREE. Результати оцінки задокументовані і зберігаються у робочих матеріалах групи. Механізм адаптації передбачає внесення в оригінальний текст настанови, який залишається незмінним, Коментарів робочої групи, у яких відбивається можливість виконання тих чи інших положень КН в реальних умовах вітчизняної системи охорони здоров'я, доступність медичних втручань, наявність зареєстрованих в Україні ліків, що зазначені у КН, відповідність нормативної бази щодо організаційних засад надання медичної допомоги тощо.

Запропонована адаптована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі. Адаптована клінічна настанова «Деменція», відповідно до свого визначення, має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, слугує інформаційною підтримкою щодо найкращої медичної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних заса. Впровадження КН з діагностики, профілактики та лікування деменції дозволить ввести в практику охорони здоров'я України доказові підходи ведення пацієнтів, які страждають на цю патологію.

Клінічна настанова – це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і вторинну медичну допомогу.

На основі Адаптованої клінічної настанови «Деменція» робоча група розробила Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Деменція», в якому використані доказові положення Адаптованої клінічної настанови щодо ефективності медичних втручань, які також слугували основою для визначення індикаторів якості надання медичної допомоги пацієнтам з деменцією.

Представлена адаптована клінічна настанова має бути переглянута не пізніше 2019 р. мультидисциплінарною робочою групою за участю головного позаитатного спеціаліста МОЗ України, практикуючих лікарів, які надають первинну і вторинну медичну допомогу, науковців, організаторів охорони здоров'я, представників громадських організацій, які зацікавлені у підвищенні якості медичної допомоги, та ін.

**NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015)**

Дана клінічна настанова NICE була змінена з метою включення документа «Донепезил, галантамін, ривастигмін і мемантін для лікування хвороби Альцгеймера (практичні рекомендації NICE № 217)», який був опублікований в березні 2011 р. Оновлена інформація знаходиться в розділах 1.6.2, 1.6. 3 і 1.7.2. Інша частина настанови залишилася без змін.

Дана настанова була створена у співпраці з Інститутом удосконалення соціальної допомоги.

Деменція являє собою прогресуючий і в значній мірі незворотний клінічний синдром, який характеризується значним ураженням психічних функцій. Хоча багато людей з деменцією зберігають позитивні риси особистості та особисті якості, але в міру погіршення стану вони можуть відчувати деякі або всі перелічені нижче проблеми: втрата пам'яті, погіршення мови, порушення орієнтації, зміни особистості, труднощі в повсякденній діяльності, нехтування власними потребами, психіатричні симптоми (наприклад, апатія, депресія або психоз) і нехарактерна поведінка (наприклад, агресія, порушення сну або розгальмована статева поведінка, хоча останнє не є типовою рисою деменції).

Деменція характеризується виникненням комплексних потреб і, особливо на більш пізніх етапах, високим рівнем залежності і захворюваності. Ці потреби у догляді часто кидають виклик навичкам і здібностям осіб, які здійснюють догляд, і співробітникам служб соціальної допомоги. У міру погіршення стану люди з деменцією можуть поставити перед особами, які здійснюють догляд, і співробітниками служби соціальної допомоги складні проблеми, включаючи агресивну поведінку, неспокійний стан і безцільне ходіння, труднощі з прийомом їжі, нетримання, маячні ідеї і галюцинації, а також труднощі з переміщенням, які можуть призвести до падінь і переломів. Вплив деменції на людину може посилюватися особистими обставинами, такими як зміна фінансового статусу і місця проживання або втрата близької людини.

Дана настанова дає конкретні рекомендації щодо хвороби Альцгеймера, деменції з тільцями Леві (DLB), лобно-скроневої деменції, судинної деменції і змішаних типів деменції, а також рекомендації, які застосовуються для всіх типів деменції. Деменція при хворобі Паркінсона має ряд схожих рис з DLB. Хоча доказова база для деменції при хворобі Паркінсона не вивчалась окремо в контексті даної настанови, рекомендації по DLB можуть бути корисні при розгляді варіантів лікування деменції при хворобі Паркінсона. [1]

Дана настанова пропонує рекомендації з виявлення, лікування і догляду за людьми з деменцією і підтримки осіб, які здійснюють догляд за ними. Завдання, пов'язані з цими процесами, включають первинну і вторинну медичну допомогу та соціальну допомогу. Скрізь, де можливо і доцільно, різні установи повинні співпрацювати, щоб максимізувати користь для людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними.

**Consensus Statement "Dementia 2010" of the Austrian Alzheimer Society**

**Градація наукових доказів і клінічних рекомендацій**

**1. Наукові докази**

1a: Дані з декількох рандомізованих контрольованих досліджень та/або мета-аналізів

1b: Дані з одного рандомізованого контрольованого дослідження

2a: Дані щонайменше з одного методологічно точного контрольованого, але не рандомізованого дослідження

2b: Дані з одного методологічно точного квазі-експериментального дослідження. Втручання поза контролем дослідників (наприклад, спостереження за використанням)

3: Дані з методологічно точного неекспериментального спостережного дослідження (наприклад,

звіти про випадки, епідеміологічні дослідження)

4: Дані із заяв експертів

## 2. Клінічні рекомендації

A: Рекомендовано з високим ступенем клінічної надійності

B: Рекомендовано з помірним ступенем клінічної надійності

C: Рекомендовано на основі індивідуальних обставин

D: Не може бути клінічно рекомендовано на основі існуючих даних

### Епідеміологія

Захворюваність на деменцію, її поширеність збільшуються з віком. За даними на 2000 рік, в Австрії на деменцію страждали близько 90 500 чоловік. Нещодавні демографічні дані показують зростання захворюваності на деменцію в більшій мірі, ніж передбачалося кілька років тому [2-4].

Хвороба Альцгеймера є найбільш частою формою деменції (60-80%), за нею йде васкулярна деменція (10-25%) і деменція з тільцями Леві (7-25%). Інші форми деменції зустрічаються рідше, їх кількість не перевищує 10%. Часто зустрічаються змішані форми [5]. Пацієнти з деменцією потребують тривалого догляду, тому їх часто поміщають в будинки престарілих. Згідно з даними літератури, поширеність деменції в будинках престарілих становить від 39 до 87% [6]. Це веде до значних економічних витрат, які в основному лягають на плечі населення працездатного віку. Розрахунки, засновані на метааналізах, показують, що в Австрії щорічно витрачається близько 1,1 мільярда євро на надання допомоги хворим на деменцію [8], при цьому медичні витрати становлять лише чверть цієї суми.

### NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015)

#### Підхід до надання допомоги з пацієнтом у центрі уваги

Дана настанова пропонує найбільш актуальні рекомендації з надання допомоги людям з деменцією і підтримки осіб, які здійснюють догляд за ними. Існує широкий консенсус щодо того, що в основі надання належної допомоги людям з деменцією лежать принципи пацієнторієнтованого підходу, які відображені в багатьох рекомендаціях, представлених у цій настанові. Принципи проголошують: [2]

- людську цінність людей з деменцією, незалежно від віку чи когнітивних порушень та осіб, які здійснюють догляд за ними;
- індивідуальність людей з деменцією, з їх унікальною особистістю і життєвим досвідом серед факторів, що впливають на їх відповідь на деменцію;
- значимість майбутньої людини з деменцією;
- значущість відносин і взаємодій людини з деменцією з іншими людьми і їх потенціал у підтримці гарного самопочуття.

Четвертий принцип підкреслює, що імперативом у догляді за людьми з деменцією є облік потреб осіб, які здійснюють догляд, будь то члени сім'ї та друзі або найняті співробітники служби соціальної допомоги, а також облік способів надання їм підтримки та оптимізації їх внеску в догляд за особою з деменцією. Такий підхід отримав назву «орієнтований на відносини».

#### Дієздатність та деменція

Лікування і догляд повинні враховувати потреби і переваги пацієнтів. Люди з деменцією повинні мати можливість у партнерстві з лікарями приймати обґрунтовані рішення щодо допомоги та лікування. Якщо пацієнти не мають можливості приймати рішення, фахівці в галузі охорони здоров'я повинні слідувати Рекомендаціям Департаменту охорони здоров'я з отримання згоди і зводу правил, що додається до Закону про дієздатність. В Уельсі фахівці в галузі охорони здоров'я повинні слідувати рекомендаціям по отриманню згоди від Уряду Уельсу.

#### Участь інших осіб

Погляди людей з деменцією на те, хто повинен і не повинен брати участь у наданні їм допомоги, важливі і повинні поважатися. З дозволу людини з деменцією особи, які здійснюють



догляд, і родичі повинні мати можливість брати участь у прийнятті рішень щодо допомоги та лікування. Якщо людина не має можливості вирішувати, хто повинен і не повинен брати участь, фахівці в галузі охорони здоров'я та співробітники соціальної служби повинні діяти в його / її інтересах, спираючись на положення Закону про дієздатність від 2005 року.

Персонал установ медико-соціальної допомоги повинен враховувати думку осіб, які здійснюють догляд, і родичів, що описують поведінку, яка може відповідати деменції. Ця інформація, в поєднанні з оцінкою зацікавленої особи, допомагає поставити діагноз і прийняти рішення про надання допомоги. Вона також допомагає в оцінці здатності людини приймати рішення. Люди з деменцією повинні як і раніше мати можливість приймати обгрунтовані рішення про ті аспекти їх відходу й особистому житті, щодо яких вони зберегли дієздатність.

Налагоджена комунікація між постачальниками медико-соціальної допомоги та людьми з деменцією та їхніми родинами, а також особами, які здійснюють догляд, має велике значення для того, щоб люди з деменцією могли отримувати інформацію і підтримку, якої вони потребують. Інформація на основі фактичних даних повинна бути запропонована у формі, адаптованої до потреб особистості. Лікування, догляд та інформація повинні бути культурно прийнятними і пропонуватися у формі, доступній для людей, які мають особливі потреби, такі як фізичні, когнітивні або сенсорні порушення, або тих, хто не може спілкуватися або читати.

Особам, які здійснюють догляд, і родичам також необхідно надати інформацію та підтримку, якої вони потребують, а особам, які здійснюють догляд, слід запропонувати оцінку їх власних потреб.

### **Ключові пріоритети при впровадженні Відсутність дискримінації**

- Людям з деменцією не повинно бути відмовлено в допомозі та догляді у зв'язку з їх діагнозом, віком (як занадто молодим, так і занадто літнім) або супутніми проблемами із здатністю до навчання.

#### **Дійсна згода**

- Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні упевнитися в отриманні дійсної згоди від людей з деменцією. Необхідно поінформувати людину щодо наявних варіантів і переконатися в тому, що він / вона розуміє, що примус відсутній, і в тому, що з плином часу його / її згода залишається в силі. Якщо людина не має можливості прийняти рішення, слід дотримуватися положень Закону про дієздатність від 2005 р.

#### **Особи, які здійснюють догляд**

- Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні забезпечити дотримання прав осіб, які здійснюють догляд, на отримання оцінки потреб згідно із Законом про осіб, які здійснюють догляд, і дітей-інвалідів від 2000 року, Закону про осіб, які здійснюють догляд (про рівні можливості) від 2004 р.

- Особам, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, які зазнають психологічного стресу і негативних психологічних наслідків, повинна бути запропонована психологічна терапія, включаючи когнітивну поведінкову терапію, що проводиться за допомогою практикуючого фахівця.

#### **Координація та інтеграція медико-соціальної допомоги**

- Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні координувати і інтегрувати роботу всіх установ, що беруть участь в лікуванні та догляді за людьми з деменцією і особами, які здійснюють догляд за ними, включаючи узгодження службових інструкцій і процедур. Спільне планування повинне включати одержувачів допомоги на місцях і осіб, які здійснюють догляд, з метою висвітлення та вирішення проблем, характерних для кожного населеного пункту.

- Керівники та координатори служби соціальної допомоги повинні забезпечити узгоджене надання медико-соціальної допомоги людям з деменцією, що включає:

- план комплексної допомоги, затверджений службами медико-соціальної допомоги, який враховує мінливі потреби людини з деменцією і особи, яка здійснює догляд;

- призначення конкретних співробітників служби медичної та/або соціальної допомоги для реалізації плану з надання допомоги;
- схвалення плану з надання допомоги людиною с деменцією та/або особами, які здійснюють догляд;
- офіційний перегляд плану з надання допомоги з частотою, узгодженою зі співробітниками, які беруть участь у наданні допомоги, і людиною с деменцією та/або особами, які здійснюють догляд, і занесення даних в офіційні документи. [3]

#### **Допомога при порушенні пам'яті**

• Оцінка порушення пам'яті (яка може бути надана клінікою оцінки пам'яті або громадськими організаціями у сфері психічного здоров'я) повинна бути єдиною рекомендацією для всіх людей з передбачуваною деменцією.

#### **Структурна візуалізація для діагностики**

• Структурну візуалізацію слід застосовувати для оцінки людей, у яких підозрюють наявність деменції, для виключення інших патологій головного мозку і сприяння діагностуванню підтипу деменції. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є кращим методом для ранньої діагностики та виявлення підкіркових судинних змін, хоча може використовуватися і комп'ютерна томографія (КТ). Для людей з помірною та важкою формою деменції, яким вже поставлений діагноз, візуалізація не завжди необхідна. Слід звернутися за консультацією до фахівця з інтерпретації результатів сканування людей з порушенням навченості.

#### **Проблемна поведінка**

• Людям з деменцією, у яких розвиваються когнітивні симптоми, що викликають пригнічений стан, або у яких з'являється проблемна поведінка, необхідно на ранньому етапі запропонувати оцінку імовірнісних факторів, які можуть призвести до такої поведінки, загострити його або послабити. Оцінка повинна бути комплексною і включати:

- фізичний стан;
- депресію;
- можливий невиявлений біль або дискомфорт;
- побічні ефекти препаратів;
- особисту інформацію, включаючи релігійні переконання та культурну ідентичність;
- фізіологічні чинники;
- фізичні фактори навколишнього середовища;
- поведінковий і функціональний аналіз, виконаний спеціалістами, які мають особливі навички, у співпраці з особами, які здійснюють догляд, і співробітниками соціальної служби.

• Необхідно розробити, задокументувати і регулярно переглядати індивідуалізовані плани з надання допомоги, які допомагають особам, які здійснюють догляд, і іншому персоналу поводитися належним чином в ситуаціях прояви проблемної поведінки. Частоту переглядів даних планів слід узгодити з особами, які здійснюють догляд, і зацікавленим персоналом, і внести в офіційні документи.

#### **Навчання**

• Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні гарантувати всьому персоналу, котрий працює з літніми людьми, а також волонтерам, доступ до навчання (підвищення кваліфікації) у сфері догляду за людьми з деменцією, яке відповідає їх посадовим функціям і обов'язкам.

#### **Потреби, пов'язані з психічним станом, в лікарнях швидкої допомоги**

• Управління лікарень швидкої допомоги та лікарень загального типу повинні планувати і надавати допомогу, орієнтовану на конкретні потреби, а також на психічне і фізичне здоров'я людей з деменцією, які звертаються до установи швидкої допомоги з якої-небудь причини.

### **1. Настанова**

Наступна настанова ґрунтується на доказових даних щодо лікування та догляду за людьми з деменцією. Тим не менш, існують обмеження для поточної доказової бази. Ми маємо досить обмежені дані щодо диференціальних відповідей конкретних людей на спеціальне лікування, про

довгострокові переваги і фармакологічних і психологічних інтервенцій, а також про якість життя і соціальному функціонуванню при застосуванні всіх інтервенцій. Повний текст настанови надає докладну інформацію про методи і докази, що використовуються для розробки настанови (див. Розділ 5).

Настанова дає науково обґрунтовані рекомендації з діагностики деменції, а також з лікування та догляду за людьми з цим станом. Дані підходи включають в себе психологічне, фармакологічне втручання, а також втручання на рівні обслуговування і самопомоги.

## **1.1 Принципи надання допомоги людям з деменцією**

### **1.1.1 Особистісне різноманіття, рівність і мова**

1.1.1.1 Людям з деменцією не повинно бути відмовлено в допомозі та догляді в зв'язку з їх діагнозом, віком (як занадто молодим, так і занадто літнім) або супутніми проблемами зі здатністю до навчання.

1.1.1.2 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні з повагою ставитися до людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними.

1.1.1.3 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні виявляти особливі потреби людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними, що впливають з особистісного різноманіття, включаючи стать, етнічну приналежність, вік (більш молодий або більш літній), релігію й особисту гігієну. Плани з надання допомоги повинні враховувати дані потреби і задовольняти їх.

1.1.1.4 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні виявляти особливі потреби людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними, пов'язані зі станом здоров'я, фізичною недієздатністю, сенсорними порушеннями, труднощами в спілкуванні, проблемами з прийомом їжі, незадовільною гігієною порожнини рота і проблемами зі здатністю до навчання. Плани з надання допомоги повинні враховувати дані потреби і задовольняти їх.

1.1.1.5 Співробітники служби медико-соціальної допомоги, особливо в стаціонарних приміщеннях, повинні виявляти і, по можливості, забезпечувати реалізацію переваг людей з деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, включаючи раціон харчування, сексуальність і релігію. Плани з надання допомоги повинні враховувати дані переваги і реалізовувати їх.

1.1.1.6 Люди, у яких підозрюють наявність деменції у зв'язку з появою доказів функціонального та когнітивного погіршення, але які не демонструють достатнього погіршення пам'яті для постановки діагнозу, не повинні бути позбавлені доступу до додаткової допомоги.

1.1.1.7 Якщо мова або придбаний розлад мови є перешкодою для отримання або розуміння суті допомоги, лікування та догляду, співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні надати людині з деменцією та/або особі, яка здійснює догляд за ним:

- інформацію вашою мовою та/або в доступному форматі;
- незалежних перекладачів;
- психологічні інтервенції мовою пацієнта.

### **1.1.2 Люди більш молодого віку з деменцією**

1.1.2.1 У людей більш молодого віку з деменцією є особливі вимоги, тому для задоволення їхніх потреб необхідно розробити спеціалізовану багатопрофільну допомогу на додаток до існуючої допомоги людям з деменцією для задоволення їхніх потреб в оцінці, діагностиці та лікуванні.

### **1.1.3 Люди з порушенням здатності до навчання**

1.1.3.1 Співробітники служби медико-соціальної допомоги, що працюють в умовах надання допомоги людям більш молодого віку, які знаходяться в групі ризику розвитку деменції, наприклад, ті, які обслуговують людей з порушеннями здатності до навчання, повинні пройти навчання з метою підвищення рівня інформованості з питання деменції.

1.1.3.2 Люди з порушеннями здатності до навчання і особи, які здійснюють догляд за ними,

повинні мати доступ до консультацій фахівців і відповідної допомоги.

#### **1.1.4 Етичні питання, згода і прийняття попередніх рішень**

1.1.4.1 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні упевнитися в отриманні дійсної згоди від людей з деменцією. Необхідно поінформувати людину про існуючі варіанти і переконатися в тому, що він / вона розуміє, що примус відсутній, і в тому, що з плином часу він / вона як і раніше дає згоду. Якщо людина не має можливості прийняти рішення, слід дотримуватися положень Закону про дієздатність від 2005 року.

1.1.4.2 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні інформувати людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними, про можливість отримання юридичної підтримки та допомоги волонтерів і заохочувати їх застосування. За необхідності, такі послуги повинні бути доступні як людям з деменцією, так і особам, які здійснюють догляд за ними, незалежно одна від однієї.

1.1.4.3 Людям з деменцією повинна бути надана можливість в конфіденційному порядку передавати інформацію співробітникам служби медико-соціальної допомоги, які беруть участь у догляді за ними. Фахівцям слід обговорити з людиною отримання інформації, призначеної для спільного використання з колегами та/або іншими установами. Тільки у виняткових обставинах конфіденційна інформація може бути розкрита третім особам без згоди людини. Однак, у міру погіршення стану, коли людина стає більш залежною від сім'ї або інших осіб, які здійснюють догляд, рішення про спільне використання інформації повинні прийматися в контексті Закону про дієздатність від 2005 року і зводу правил до нього. Якщо інформація буде використовуватися спільно з іншими особами, це має відбуватися тільки в інтересах людини з деменцією.

1.1.4.4 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні обговорити з людиною з деменцією, у той час коли він / вона все ще залишається дієздатним, а також з особою, що здійснює догляд за ним / нею, застосування:

- попередніх заяв (які дозволяють людям заявити про те, що повинно піти за втратою ними здатності приймати рішення або спілкуватися);
- попередніх рішень про відмову від лікування; [4]
- довіреності, дія якої не припиняється внаслідок визнання довірителя недієздатним (юридичного документа, що дозволяє людям вказати в письмовій формі, кого вони призначають приймати певні рішення для них, якщо вони не можуть прийняти їх самостійно, включаючи рішення з питань здоров'я і добробуту); [4]
- бажаного місця реалізації заходів плану з надання допомоги (що дозволяє людям документувати рішення про вибір заходів майбутньої допомоги і місця, де людина хотіла б померти). [5]

#### **1.1.5 Вплив деменції на особисті взаємини**

1.1.5.1 На момент постановки діагнозу і за наявності показань надалі вплив деменції на відносини, у тому числі сексуальні відносини, необхідно оцінювати з делікатністю. За наявності показань людям з деменцією та/або їх партнерам та/або особам, які здійснюють догляд, повинна бути надана інформація про надання допомоги на локальному рівні.

#### **1.1.6 Ризик зловживання і недбалості**

1.1.6.1 Оскільки люди з деменцією уразливі відносно випадків зловживання і недбалості, всі співробітники служби медико-соціальної допомоги, які надають їм допомогу і підтримку, повинні одержувати інформацію і проходити навчання з питання захисту повнолітніх і дотримуватися місцевої міжвідомчої політики в даній сфері.

#### **1.1.7 Ведення та координація надання допомоги**

1.1.7.1 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні гарантувати, що допомога людям з деменцією та підтримка осіб, які здійснюють догляд за ними, планується і надається в рамках ведення / координації допомоги. [6]

1.1.7.2 Керівники та координатори служби соціальної допомоги повинні гарантувати, що плани з надання допомоги засновані на оцінці історії життя людини з деменцією, соціальних і сімейних обставинах, перевагах, а також потребах, пов'язаних зі станом фізичного і психічного здоров'я і поточному рівні функціонування і здібностей.

1.1.7.3 Керівники та координатори служби соціальної допомоги повинні забезпечити узгоджене надання медико-соціальної допомоги людям з деменцією, що включає:

- план комплексної допомоги, затверджений службами медико-соціальної допомоги, що враховує мінливі потреби людини з деменцією і особи, яка здійснює догляд за ним;
- призначення конкретних співробітників служби медичної та/або соціальної допомоги для реалізації плану з надання допомоги;
- схвалення плану з надання допомоги людиною з деменцією та/або особами, які здійснюють догляд за ним;
- офіційний перегляд плану з надання допомоги з частотою, узгодженою зі співробітниками, які беруть участь у наданні допомоги, і людиною з деменцією та/або особами, які здійснюють догляд за нею, і занесення даних до офіційних документів. [7]

### **1.1.8 Механізми фінансування надання медико-соціальної допомоги**

1.1.8.1 Керівники / координатори служби соціальної допомоги повинні пояснити людям з деменцією та особам, які здійснюють догляд за ними, що вони мають право на отримання прямих виплат та індивідуального фінансування (за наявності). При необхідності людям з деменцією та особам, які здійснюють догляд за ними, повинна бути запропонована додаткова підтримка в отриманні та управлінні фінансами.

1.1.8.2 Люди з деменцією і особи, які здійснюють догляд за ними, повинні бути проінформовані про різницю між допомогою, що надається Національною службою охорони здоров'я (NHS), і допомогою, що надається місцевими соціальними службами (службами по роботі з повнолітніми), щоб вони могли приймати обґрунтовані рішення про те, чи відповідають вони вимогам для отримання регулярної медичної допомоги NHS.

### **1.1.9 Навчання та підвищення кваліфікації співробітників служби медико-соціальної допомоги**

1.1.9.1 Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні гарантувати як усьому персоналу, котрий працює з літніми людьми, так і волонтерам, доступ до навчання (підвищення кваліфікації) у сфері догляду за людьми з деменцією, відповідному їх посадовим функціям і обов'язкам.

1.1.9.2 При розробці освітніх програм для різних співробітників служби медико-соціальної допомоги тренери повинні враховувати наступні елементи, об'єднані у відповідності з потребами співробітників, які навчаються (якщо співробітники здійснюють догляд за людьми з порушеннями здібностей до навчання, учбовий пакет повинен бути скоректований відповідним чином).

- Ранні ознаки і симптоми, що вказують на деменцію і її основні підтипи.
- Еволюція різних типів деменції, основні ознаки і симптоми, прогресування і прогноз, а також наслідки для людини з деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ним / нею, сімейні та соціальні зв'язки.
- Оцінка і фармакологічне лікування деменції, включаючи прийом препаратів і моніторинг побічних ефектів.
- Застосування принципів пацієнторієнтованого підходу в роботі з людьми з деменцією і особами, які здійснюють догляд за ними; особливу увагу необхідно приділяти шанобливому ставленню до життя кожної людини та індивідуалізації його діяльності, враховуючи релігійні переконання і духовну та культурну ідентичність, а також розумінню проблемної поведінки як способу інформування про наявність незадоволеної потреби.
- Значення і використання комунікативних навичок для роботи з людьми з деменцією і особами, які здійснюють догляд за ними; особливу увагу необхідно приділяти ініціюванню

спілкування, невербального спілкування та використання мови як політкоректного позитивного засобу, що враховує можливості людини.

- Методи активного сприяння для підтримки людей, які можуть і не підтримувати контакт з відповідними службами.
- Чіткий опис функціональних обов'язків різних співробітників служби медико-соціальної допомоги, персоналу та закладів, що беруть участь у наданні допомоги людям з деменцією, і основні рекомендації щодо їх спільної роботи з метою надання комплексної допомоги.
- Знайомство з положеннями та процедурами політики забезпечення захисту повнолітніх, включаючи повідомлення про проблеми або зловживання службовим становищем і, зокрема, контактну інформацію осіб, до яких слід звертатися в таких випадках.
- Концепція паліативного догляду.

1.1.9.3 Керівники локальної служби психічного здоров'я та порушення навченості повинні встановити канали для консультацій і спілкування для будинків престарілих та інших установ для людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними.

1.1.9.4 Групи зв'язку з місцевої служби охорони психічного здоров'я та порушення здібностей до навчання повинні пропонувати регулярні консультації та навчання для фахівців у галузі охорони здоров'я в лікарнях швидкої допомоги, які забезпечують надання допомоги людям з деменцією. Така діяльність повинна плануватися управлінням лікарень швидкої допомоги у співпраці зі службами психічного здоров'я, соціальної допомоги та проблем порушення здібностей до навчання.

1.1.9.5 Доказові освітні інтервенції, такі, як програмне забезпечення для прийняття рішень та практичні семінари, [8] призначені для вдосконалення діагностики та ведення деменції необхідно впроваджувати і робити широкодоступними при наданні первинної медичної допомоги.

### **1.1.10 Створення середовища для людей з деменцією**

1.1.10.1 При організації та/або купівлі житла для людей з деменцією або їх переміщенні до будинку престарілих керівники служби медико-соціальної допомоги повинні гарантувати, що умови проживання задовольняють потребам людей з деменцією [9] і відповідні положення законів про боротьбу з дискримінацією інвалідів від 1995 і 2005 року, оскільки згідно з визначенням Законів деменція вважається інвалідністю.

1.1.10.2 При організації та/або купівлі житла для людей з деменцією або їх переміщенні до будинку престарілих керівники служби медико-соціальної допомоги повинні гарантувати, що умови проживання забезпечують надання допомоги. Особливу, але не виняткову увагу слід приділити: освітленню, оформленню кольором, покриттю підлоги, допоміжним технологіям, вивіскам, проектуванню саду і безпечному доступу до зовнішнього середовища.

1.1.10.3 При наданні та/або купівлі житла для людей з деменцією або їх переміщенні до будинку престарілих керівникам служби медико-соціальної допомоги слід звернути пильну увагу на розмір кімнат, склад проживаючих і професійну структуру персоналу для забезпечення ефекту підтримки та терапевтичного впливу середовища. приділити: освітленню, колірному оформленню, підлоговому покриттю, допоміжним технологіям, вивіскам, проектуванню саду і безпечному доступу до зовнішнього середовища.

### **1.1.11 Допомога людям з деменцією в установах швидкої допомоги**

1.1.11.1 Управління лікарень швидкої допомоги та лікарень загального типу повинні планувати і надавати послуги, орієнтовані на конкретні потреби допомоги та догляду, а також на психічне і фізичне здоров'я людей з деменцією, які звертаються до установи швидкої допомоги з якої-небудь причини.

1.1.11.2 Управління лікарень швидкої допомоги повинні забезпечити всім людям з передбачуваною або наявною деменцією, які користуються допомогою в умовах стаціонару, оцінку з боку служби зв'язку, що спеціалізується на лікуванні деменції. Надання допомоги в умовах лікарень швидкої допомоги необхідно планувати у співпраці персоналу лікарень управління, груп

зв'язку, відповідних фахівців соціальної служби з людиною з передбачуваною або наявною деменцією та особами, які здійснюють за ним / нею догляд.

### **1.2 Комплексна медико-соціальна допомога**

1.2.1.1. Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні використовувати настанову Департаменту охорони здоров'я «Стосується кожного. Комплексні послуги з охорони психічного здоров'я для літніх людей: настанова з розвитку послуг» разом з даною настановою як шаблон для планування, впровадження та надання:

- Первинної медичної допомоги;
- Домашнього догляду;
- Основної і спеціалізованої денної допомоги;
- Притулку в нестандартній ситуації;
- Допоміжних технологій і віддаленої допомоги;
- Основної і спеціалізованої допомоги в установах проживання з доглядом;
- Проміжної допомоги та реабілітації;
- Догляду в лікарнях загального типу;
- Спеціалізованих послуг з психічного здоров'я, включаючи суспільні групи психічного здоров'я, служби з оцінки пам'яті, психотерапію і допомогу в умовах стаціонару.

#### **Коментар робочої групи:**

*Повний текст документа Департаменту охорони здоров'я «Стосується кожного. Комплексні послуги з охорони психічного здоров'я для літніх людей: настанова з розвитку послуг» наведений у додатку з метою інформувати широку спільноту в Україні стосовно підходів до забезпечення гідної якості життя особам похилого віку, які мають порушення здоров'я, у Великобританії.*

1.2.1.2. Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні координувати та інтегрувати роботу всіх установ, що беруть участь в лікуванні та догляді за людьми з деменцією і особами, які здійснюють догляд за ними, включаючи узгодження службових інструкцій і процедур. Спільне планування повинно включати локальних одержувачів допомоги та осіб, які здійснюють догляд, з метою висвітлення та вирішення проблем, характерних для кожного населеного пункту.

1.2.1.3 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні забезпечити для людей з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними, отримання актуальної інформації щодо послуг для надання медико-соціальної допомоги на локальному рівні, включаючи незалежні і волонтерські організації, і отримання доступу до таких послуг.

### **1.3 Фактори ризику, профілактика і виявлення на ранньому етапі**

#### **1.3.1 Фактори ризику, скринінг і генетичне консультування**

1.3.1.1 Не слід проводити скринінг всього населення щодо ризику розвитку деменції.

1.3.1.2 У людей середнього та похилого віку необхідно розглянути судинні та інші змінювані фактори ризику розвитку деменції (наприклад, куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія і підвищений вміст холестерину) і, при необхідності, застосувати відповідне лікування.

1.3.1.3 Фахівці у галузі охорони здоров'я, які працюють з людьми, деменція яких обумовлена генетичною причиною (наприклад, сімейною аутосомно-домінантною хворобою Альцгеймера або лобно-скроневою деменцією, церебральної аутосомно-домінантною артеріопатією з підкірковими інфарктами і лейкоенцефалопатією [CADASIL] або хворобою Гентінгтона), повинні запропонувати їм та їхнім родичам пройти генетичне консультування.

1.3.1.4 Регіональні генетичні служби повинні забезпечити генетичне консультування для людей, деменція яких, найімовірніше, обумовлена генетичною причиною, і їх родичів.

1.3.1.5 У разі відсутності підозри на генетичну причину розвитку деменції, включаючи

деменцію з пізнім початком, не слід проводити генотипування за клінічними причинами.

### 1.3.2 Превентивні заходи

1.3.2.1 Для первинної профілактики розвитку деменції не слід призначати наступні інтервенції в якості спеціального лікування:

- статини;
- замісну гормональну терапію;
- вітамін Е;
- нестероїдні протизапальні препарати.

1.3.2.2 Для вторинної профілактики деменції слід розглянути судинні та інші змінювані фактори ризику розвитку деменції (наприклад, куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія і підвищений вміст холестерину) і, за необхідності, застосувати відповідне лікування.

### 1.3.3 Виявлення деменції на ранньому етапі

1.3.3.1 Персоналу служби первинної допомоги слід розглянути можливість направлення людей, у яких з'являються ознаки помірного когнітивного порушення (ПКП), [10] для оцінки службою оцінки порушення пам'яті з метою виявлення деменції на ранньому етапі, оскільки у понад 50% людей з ПКП пізніше розвивається деменція.

1.3.3.2 Фахівці, які проводять медичний огляд в рамках надання допомоги людям з порушеннями здатності до навчання, повинні бути інформовані про підвищений ризик розвитку деменції в даній групі. Фахівці, які проводять медичний огляд в інших групах високого ризику, наприклад, людей, які перенесли інсульт, і людей з неврологічними захворюваннями, наприклад, хворобою Паркінсона, також повинні бути інформовані про можливості розвитку деменції.

1.3.3.3 Служби оцінки порушення пам'яті, що виявляють людей з ПКП (включаючи осіб без порушень пам'яті, які можуть бути відсутніми на ранніх стадіях деменції неальцгеймерного типу), повинні пропонувати моніторинг зниження когнітивної функції та інших ознак можливої деменції з метою планування надання допомоги на ранній стадії.

## Consensus Statement "Dementia 2010" of the Austrian Alzheimer Society

### Діагноз

Діагноз деменції ґрунтується на анамнезі, даних клінічної картини і додаткових обстежень. Критерії для встановлення діагнозу деменції при хворобі Альцгеймера вимагають наявності передчасного і значного порушення короткочасної пам'яті (зокрема, порушення запам'ятовування нової інформації) і принаймні одної підтримуючої ознаки. До підтримуючих ознак відносять структурну МРТ (особливу увагу слід приділити атрофії гіпокампу), позитронно-емісійну томографію (ПЕТ) і молекулярні маркери  $\tau$ -протеїну, фосфо- $\tau$ -протеїну та амілоїду  $\beta$ -42 [9]. Діагноз повинен бути встановлений якомога раніше, оскільки це допоможе визначити причини деменції, які потенційно можна усунути, тактику подальшого лікування та догляду. Як правило, прижиттєвий діагноз деменції при хворобі Альцгеймера є ймовірним або вірогідним. Точність клінічної діагностики становить 80-90% [10, 11].

Діагностична цінність таких методів, як магнітно-резонансна спектроскопія, викликані потенціали, кількісні ЕЕГ-методи, виявлення специфічних протеїнів у сечі і сироватці, пуїллометрія, нюхові тести і біопсія слизової оболонки носа, залишається неясною (D). Біопсія мозку інформативна, але трудомістка і може бути використана тільки у виняткових випадках (4, C).

## NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015)



## **1.4 Діагностика та оцінка деменції**

### **1.4.1 Розпізнавання**

1.4.1.1 Діагноз деменції слід ставити тільки після всебічної оцінки, що включає:

- збір анамнезу;
- оцінку когнітивної функції і психічного стану;
- фізикальний огляд та інші необхідні дослідження;
- огляд препаратів з метою виявлення та мінімізації використання лікарських засобів, у тому числі безрецептурних засобів, які можуть негативно вплинути на когнітивні функції.

1.4.1.2 Людей, які проходять оцінку на можливість деменції, слід запитати, чи хочуть вони знати свій діагноз і з ким вони хотіли б поділитися даною інформацією.

1.4.1.3 Клінічна оцінка когнітивних здібностей у пацієнтів з підозрою на деменцію повинна включати вивчення уваги і концентрації, орієнтації, короткочасної і довготривалої пам'яті, праксису, мови та виконавчої функції. В рамках даної оцінки повинно проводитися формальне пізнавальне тестування з використанням стандартизованого інструменту. Для цієї мети часто використовувалася Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE), проте, в даний час з'явився ряд альтернативних варіантів, наприклад Тест когнітивного порушення, що складається з 6 пунктів (6-CIT), Оцінка когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG) і 7-хвилинний скринінг. Фахівці, інтерпретують результати таких випробувань, повинні повною мірою враховувати інші фактори, що впливають на виконання тестів, включаючи рівень освіти, кваліфікацію, попередній рівень функціонування і навичок, мову і будь-які сенсорні порушення, психічні захворювання або фізичні / неврологічні проблеми.

1.4.1.4 Офіційне нейропсихологічне тестування повинно стати частиною оцінки у випадках легкої або сумнівної деменції.

1.4.1.5 Під час діагностики деменції і на регулярній основі згодом необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових психіатричних особливостей, пов'язаних з деменцією, включаючи депресію і психоз, для забезпечення оптимального ведення співіснуючих захворювань.

### **1.4.2 Лабораторні дослідження**

1.4.2.1 Базове обстеження при деменції повинно проводитися під час її появи, зазвичай в рамках надання первинної медичної допомоги. Воно повинно включати:

- рутинну гематологію;
- біохімію (включаючи електроліти, кальцій, глюкозу і тестування ниркової та печінкової функцій);
- тестування функції щитовидної залози;
- рівні вітаміну B12 і фолату в сироватці.

1.4.2.2 При проведенні лабораторних досліджень людей з підозрою на деменцію немає необхідності рутинного проведення серології на сифіліс та ВІЛ. Можливість проведення таких аналізів слід розглядати тільки для людей, ризик для яких обумовлений анамнезом або клінічною картиною.

1.4.2.3 За можливості розвитку делірії необхідно провести аналіз середньої порції сечі.

1.4.2.4 Необхідність таких досліджень як рентгенографія грудної клітки або електрокардіографія визначають клінічні прояви.

1.4.2.5 Аналіз спинномозкової рідини не є частиною програми рутинних досліджень при діагностиці деменції.

### **1.4.3 Діагностика підтипів**

1.4.3.1 Діагностика підтипу деменції повинна проводитися фахівцями в галузі охорони здоров'я з досвідом диференціальної діагностики з використанням міжнародних стандартизованих критеріїв (див. Таблицю 1).

**Таблиця 1: Критерії діагностики деменції**

Тип деменції	Діагностичні критерії
Хвороба Альцгеймера	Перевага критеріїв: NINCDS / ADRDA. Альтернативи включають ICD-10 і DSM-IV
Судинна деменція	Перевага критеріїв: NINDS-AIREN. Альтернативи включають ICD-10 і DSM-IV
Деменція з тільцями Леві	Критерії міжнародного консенсусу для деменції з тільцями Леві
Лобно-скронева деменція	Критерії Лунд-Манчестер, критерії NINDS для лобно-скроневої деменції
DSM-IV - Настанова з діагностики та статистичного обліку психічних розладів, четверте видання; ICD-10 - Міжнародна класифікація хвороб, десята редакція; NINCDS / ADRDA - Національний інститут з вивчення неврологічних і комунікативних порушень та інсульту, і Асоціація вивчення хвороби Альцгеймера і супутніх захворювань; NINDS-AIREN - Відділення нейроепідеміології Національного інституту з вивчення неврологічних порушень та інсульту - Міжнародна асоціація по дослідженню та навчанню в області неврологічних наук.	

1.4.3.2 Структурну візуалізацію слід застосовувати для оцінки людей, у яких підозрюють наявність деменції, для виключення інших патологій головного мозку і сприяння діагностиці підтипу деменції. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є кращим методом для ранньої діагностики та виявлення підкіркових судинних змін, хоча може використовуватися і комп'ютерна томографія (КТ). Для людей з помірною та важкою формою деменції, яким вже поставлений діагноз, візуалізація не завжди необхідна. Слід звернутися за консультацією фахівця при інтерпретації результатів сканування людей з порушенням здібності до навчання.

1.4.3.3 Для диференціації між хворобою Альцгеймера, судинною деменцією і лобно-скроневою деменцією, якщо діагноз знаходиться під сумнівом, слід використовувати однофотонну емісійну комп'ютерну томографію (SPECT) з гексаметилпропіленаміноксिमом (НМРАО). Люди з синдромом Дауна протягом усього життя можуть демонструвати SPECT-відхилення, схожі на відхилення при хворобі Альцгеймера, тому в даній групі застосування даного тесту недоцільне.

1.4.3.4 У відсутності доступу до НМРАО SPECT, слід розглянути можливість застосування позитронно-емісійної томографії з 2- [18F] -фтор-2-деокси-D-глюкозою (FDG PET) для диференціації між хворобою Альцгеймера, судинною деменцією і лобно-скроневою деменцією, якщо діагноз знаходиться під сумнівом.

1.4.3.5 Dopaminergic iodine-123-radiolabelled 2 $\beta$ -carbomethoxy-3 $\beta$ - (4-iodophenyl) -N (3-fluoropropyl) portropane (FP-CIT) SPECT слід використовувати для постановки діагнозу у людей з передбачуваною деменцією з тільцями Леві (DLB), якщо діагноз знаходиться під сумнівом.

**Коментар робочої групи:**

*Обстеження, зазначені в пунктах 1.4.3.3 - 1.4.3.5, рутинно в Україні не доступні.*

1.4.3.6 Аналіз спинномозкової рідини слід застосовувати при підозрі на хворобу Крейтцфельда-Якоба або інші форми швидко прогресуючої деменції.

1.4.3.7 Немає необхідності використовувати електроенцефалографію в якості рутинного дослідження у людей з деменцією.

1.4.3.8 Слід розглянути можливість використання електроенцефалографії при підозрі на делірій, лобно-скроневу деменцію або хворобу Крейтцфельда-Якоба, або при оцінці присутності епілепсії у людей з деменцією.

1.4.3.9 Слід розглянути можливість біопсії мозку для діагностичних цілей тільки у певних людей, деменція яких, як передбачається, обумовлена потенційно оборотним станом, яке не може бути діагностовано іншим способом.

#### 1.4.4 Змішані типи деменції

1.4.4.1 Багато випадків деменції можуть мати змішану патологію (наприклад, хвороба Альцгеймера і судинна деменція або хвороба Альцгеймера і DLB). Якщо в цій настанові не вказано інше, такі випадки слід вести відповідно до захворювання, яке вважається домінуючою причиною виникнення деменції.

#### 1.4.5 Спеціальні служби для оцінки деменції

1.4.5.1 Оцінка порушення пам'яті (яка може бути надана клінікою оцінки пам'яті або громадськими організаціями у сфері психічного здоров'я) повинна бути єдиною рекомендацією для всіх людей з передбачуваною деменцією.

1.4.5.2 Служби оцінки порушення пам'яті повинні пропонувати оперативну допомогу для раннього виявлення деменції і надавати повний спектр послуг з оцінки, діагностики, лікування та реабілітації для задоволення потреб людей з різними типами і формами деменції, а також потреб осіб, які здійснюють догляд за ними, і родини. Служби оцінки порушення пам'яті повинні забезпечити комплексний підхід до надання допомоги для людей з деменцією і підтримці осіб, які здійснюють догляд за ними, у партнерстві з місцевими службами медико-соціальної допомоги та громадськими організаціями.

#### 1.4.6 Задоволення потреб, що виникають у зв'язку з діагнозом «деменція»

1.4.6.1 Діагностика деменції є складним завданням як для людей з деменцією та членів їх сімей, так і для фахівців у галузі охорони здоров'я, тому фахівці в галузі охорони здоров'я повинні мати достатню кількість часу для обговорення діагнозу і його наслідків з людиною з деменцією, а також членами їх сімей (як правило, тільки за згодою особи з деменцією). Фахівці в галузі охорони здоров'я повинні враховувати, що людям з деменцією та членам їх сімей, можливо, буде потрібна постійна підтримка для того, щоб справлятися з труднощами, що виникли після постановки діагнозу.

1.4.6.2 Після постановки діагнозу співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні, якщо стан людини з деменцією явно не вказує на зворотній, надати йому і його родині письмову інформацію про наступне:

- ознаки і симптоми деменції;
  - перебіг захворювання та перспективи;
  - варіанти лікування;
  - допомога і догляд на місцевому рівні;
  - групи підтримки;
  - джерела фінансування та юридична підтримка;
  - медико-правові питання, включаючи керування автомобілем;
  - джерела інформації на місцевому рівні, включаючи бібліотеки та волонтерські організації.
- Будь-які поради і надана інформація повинні бути задокументовані.

1.4.6.3 Фахівці в галузі охорони здоров'я, регулярно проводять діагностику деменції і обговорюють цю проблему з людьми з таким станом і особами, які здійснюють догляд, повинні розглянути можливість навчання або клінічного наставництва для менш досвідчених колег.

### Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2014

#### Вставка 1. Діагностичні критерії та визначення

Ухвалення критеріїв для деменції від усіх причин, запропонованих робочою групою НІА-АА в 2011 році.<sup>8</sup>

Ухвалення критеріїв для ймовірної і можливої ХА, запропонованих робочою групою НІА-АА в 2011 році.<sup>8</sup>

- **Діагностичні критерії ймовірної ХА**

- Ймовірна ХА діагностується, коли відповідає критеріям деменції і симптоми мають поступовий початок протягом місяців до років, не раптом за години або дні, і є погіршення пізнання. Крім того, початкові і найбільш очевидні когнітивні порушення, як правило, амнестичні (пов'язані з порушеннями в навчанні та згадуванні недавно отриманої інформації) або, рідше неамнестичні (коли дефіцит мови є найбільш помітним, наприклад, з труднощами підбираються слова). Дефіцит також відбувається в інших областях, таких як зорово-просторова орієнтація (впізнавання особи або об'єкту) і виконавчі функції (мислення, судження, вирішення проблем). Діагноз ймовірної ХА не слід застосовувати, коли є істотні супутні захворювання судин головного мозку.

- **Діагностичні критерії можливої ХА**

- Діагноз можливої ХА ставлять, коли хвороба відповідає критеріям ХА (щодо природи когнітивних порушень), але перебіг хвороби є атиповим (наприклад, існує раптове когнітивне порушення, і когнітивне зниження не є поступовим) або, коли хвороба відповідає критеріям ХА, але є докази змішаних проявів, таких як супутні цереброваскулярні хвороби або пацієнт має клінічні ознаки деменції з тільцями Леві, має інші супутні захворювання (медичні або неврологічні) або застосовує ліки, які можуть істотно впливати на когнітивні можливості.

Ухвалення критеріїв ЛКП робочою групою НІА-АА в 2011<sup>10</sup>

- ЛКП діагностуються, коли є побоювання щодо зниження когнітивної функції за повідомленням пацієнта, інформатора або лікаря та існує об'єктивне свідчення когнітивного дефіциту в 1 або більше доменів (звичай пам'ять) і, найголовніше, зберігається незалежність функціональних здібностей. Диференціація деменції від ЛКП спирається на тому, чи є значний вплив на здатність функціонувати на роботі або в звичайному повсякденному житті. Це є клінічним судженням. Подальша оцінка розглядає патогенез ЛКП з упором на виключення судинних, травматичних і медичних причини та розгляд генетичних факторів ХА

Ухвалення в 2011 році Американською асоціацією серця та американською Асоціацією інсульту рекомендацій з діагностики судинних когнітивних порушень.<sup>13</sup>

НІА-АА- Національний інститут старіння та асоціація Альцгеймера

**Нові діагностичні критерії і визначення.** Комітет в 2011 році схвалив критерії НІА-АА і визначення деменції,<sup>8</sup> ХА<sup>9</sup> і легких когнітивних порушень (ЛКП) через ХА.<sup>10,15</sup> Важливим для сімейного лікаря є те, що діагноз залишається принципово клінічним навіть з новітніми технологіями, призначеними для використання медичними професіоналами у всіх закладах без використання новітнього психоневрологічного тестування, нейровізуалізації або досліджень спинномозкової рідини (СМР). У той час, як деякі зміни в основних клінічних критеріях засновуються на глибокому розумінні типових клінічних проявів, істотні риси (набуті порушення дифузного когнітивного дефіциту достатнього для перешкоджання повсякденній функції у відсутності марення або серйозної депресії) залишаються незмінними. Діагноз найбільш поширеної форми ХА (амнестичної) характеризується дефіцитом в епізодичній пам'яті (здатність осмислення нової інформації і згадування недавно отриманої інформації). Нові визначення також визнають, що погіршення пам'яті не завжди буває через когнітивний дефіцит у пацієнтів з ХА. Набагато рідше бувають деякі неамнестичні прояви за участю патофізіологічного процесу ХА. Неамнестичні форми ХА можуть включати дефіцит в мові, порушення зорово-просторової орієнтації, виконавчу здатність функціонування. Діагноз вимагає, щоб ці дефіцити виникали не менше, ніж в 2 доменах.

Визначення та критерії досліджень, які включають біомаркери, такі як рівні  $\beta_{1-42}$ ,  $\tau$  амілоїду в СМР і гіперфосфорильованного  $\tau$  та нейровізуалізацію амілоїду головного мозку, були схвалені рекомендацією та залишалися в межах арени дослідження. Термін НІА-АА *доклінічна ХА*, що відноситься до когнітивно нормальних осіб з аномальними рівнями амілоїдів мозку (що

виявляються або позитронно-емісійною томографією, або вимірюванням СМР) був відхилений як передчасний.<sup>9</sup> Діагностичні критерії НІА-АА щодо ЛКП через ХА рекомендується використовувати в спеціалізованій клінічній практиці з обережністю.<sup>10</sup> У 2011 році були схвалені рекомендації Американської асоціації серця та американською асоціацією інсульту з діагностики судинних когнітивних порушень.<sup>13</sup>

## **Вставка 2. Рекомендації**

### ***Нейровізуалізація***

- На додаток до раніше рекомендованих показань щодо структурної візуалізації, необхідно проведення комп'ютерно томографічного сканування або магнітно-резонансної томографії для оцінки людини з когнітивними порушеннями і непідозрюваним цереброваскулярним захворюванням, якщо це змінить клінічне ведення
- Коли вони стикаються з результатами тестів амілоїду, отриманих за межами Канади, лікарі повинні бути дуже обережні у своїй інтерпретації. Використовуваний самостійно, цей тест не може діагностувати ХА або ЛКП, або диференціювати нормальне від аномального старіння. Рекомендується консультація зі спеціалістом в області деменції, знайомого з цим тестом. Також пацієнтам рекомендується не проводити такі дослідження.

### ***Рідкі біомаркери***

- Вимірювання рівнів  $\beta_{1-42}$  і  $\tau$  амілоїду в СМР не рекомендується для клінічної практики

### ***Ранній початок деменції***

- Всіх пацієнтів з раннім початком деменції слід направляти в клініку пам'яті, бажано з доступом до генетичного консультування
- Лікарі повинні бути чутливими до спеціальних питань, пов'язаних з раннім початком деменції, зокрема, враховуючи втрату роботи і доступ до послуг підтримки, які підходять для цієї вікової групи

### ***ШПД\****

- Показано, що ШПД визначається як стан, який розвивається протягом 12 місяців після появи перших когнітивних симптомів (клас 2С)
- Після виключення марення осіб з підозрою на ШПД рекомендується направляти до лікарів з досвідом роботи з ШПД і мати доступ до діагностичних засобів, здатних здійснювати комплексний діагностичний процес (клас 2С)
- У людей з ХА показано, що зниження на 3 або більше пунктів при міні дослідженні ментального стану через 6 місяців, яке ідентифікує групу з гіршим прогнозом, є сигналом для дослідження супутніх захворювань та перегляду фармакологічного лікування (клас 2В)

\* Клас 1А – це сильна рекомендація, заснована на високоякісних доказах; клас 1В – це сильна рекомендація, заснована на доказах помірної якості; клас 2А – це слабка або умовна рекомендація на основі високоякісних доказів; клас 2В – це слабка чи умовна рекомендація на основі доказів помірної якості; і клас 2С є слабкою або умовною рекомендацією, заснованою на доказах низької або дуже низької якості.

***Нейровізуалізація.*** Хоча нейровізуалізація не вимагається у всіх осіб з когнітивними розладами відповідно з попередніми рекомендаціями, вона показана у багатьох пацієнтів, які звернулися до сімейного лікаря. Важливим для сімейного лікаря є додаткове показання для структурної нейровізуалізації: комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної візуалізації в оцінці людини з когнітивними порушеннями, *якщо наявність непідозрюваної цереброваскулярної хвороби змінить клінічне ведення.*

Позитронно-емісійна томографія, форма метаболічної візуалізації амілоїду, (3

використанням фтордезоксиглюкози F 18), функціональна магнітно-резонансна візуалізація і магнітно-резонансна спектроскопія призначені тільки для спеціалізованих клінічних і дослідницьких закладів.

CCCDTD4 рекомендує, щоб сімейні лікарі, коли стикаються з результатами таких досліджень, отриманих за межами Канади, були вкрай обережними при їх інтерпретації, оскільки ці тести самостійно не можуть діагностувати ХА або ЛКП, або диференціювати нормальне від аномального старіння. Рекомендується консультація у спеціаліста з досвідом роботи з деменцією, знайомого з технікою візуалізації.

**Рідкі біомаркери.** Відкриття того, що рівень  $\beta_{1-42}$  амілоїду в СМР нижчий у людей з ХА, призвело до численних досліджень з вимірювання цього білка у осіб на різних стадіях деменції. На противагу цьому, рівні білка  $\tau$  в СМР і гіперфосфорильованого  $\tau$  підвищені в осіб з ХА та інших неврологічних станах. У той час як це є важливими розробками, практичним меседжем сімейним лікарям є те, що вимірювання рівнів  $\beta_{1-42}$  амілоїду і білка  $\tau$  не має клінічної користі в Канаді, хоча це є частиною обсерваційних і терапевтичних протоколів досліджень.

**Ранній початок деменції.** Деменція, яка почалася до 65 років, представляє унікальний виклик. Оскільки це рідкісний стан, більшість спеціалістів, крім тих, у кого є досвід у деменції, рідко зустрічають таких пацієнтів. У випадку раннього початку ХА, аутосомно-домінантні генетичні мутації (пресеніліну 1 і 2, амілоїдного білка-попередника) можуть бути використані і питання генетичного консультування і тестування суворі. Початок симптомів у працездатному віці піднімає важливі питання щодо продовження роботи, надання допомоги, страхування, допомоги з інвалідності та пенсії.

Практичним меседжем для сімейного лікаря є те, що, враховуючи рідкість стану, всі пацієнти з раннім початком деменції повинні бути направлені до спеціалістів з досвідом в цій галузі і з доступом до генетичного консультування, якщо це можливо. Це розширює попередні рекомендації з критеріїв для направлення до спеціалістів.<sup>5</sup> Сімейні лікарі повинні бути чутливими до спеціальних питань, пов'язаних з раннім початком деменції, особливо щодо втрати роботи і доступу до послуг підтримки, які підходять для цієї вікової групи.

**Швидко прогресуюча деменція.** Швидко прогресуюча деменція є рідкісним захворюванням з великою кількістю можливих причин. Швидко прогресуюча деменція погано визначена в літературі. Незважаючи на те, що хвороба Крейтцфельда-Якоба є важливою причиною (і обов'язковим для повідомлення станом в Канаді), необхідно подбати про визначення захворювань, які потенційно піддаються лікуванню, такі як непідозрювана судинна хвороба, оборотний структурний патогенез (26% ШПД), інфекції, і імунологічно опосередковані порушення.<sup>12</sup> Спираючись на докази з серії випадків, були запропоновані стандартне визначення і підхід до дослідження.

Основним меседжем для сімейного лікаря є те, що ШПД є станом, який розвивається протягом 12 місяців після появи перших когнітивних симптомів. Осіб з підозрою на ШПД необхідно направити своєчасно до лікарів, які мають досвід в ШПД, мають доступ до діагностичних засобів і можуть організувати всебічне діагностичне дослідження.

Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4), 2012

**Таблиця 1. Тести для діагностики деменції**

<b>Обов'язкові діагностичні тести (1, А)</b>	<b>Необов'язкові діагностичні тести (1, С)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анамнез (суб'єктивний, об'єктивний, сімейний, соціальний)</li> <li>- Неврологічний статус</li> <li>- Психіатричний статус (виявлення психотичних і поведінкових порушень)</li> <li>- Соматичний статус</li> <li>- Нейропсихологічні тести<sup>1</sup> (когнітивні тести,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ЕЕГ</li> <li>- Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) (катаболізм, транспортери дофаміну) - ПЕТ (метаболізм глюкози, амілоїди)</li> <li>- Транспортери дофаміну (ОФЕКТ або ПЕТ)<sup>2</sup></li> <li>- Генетичне обстеження<sup>3</sup> (апопротеїн Е, аутосомно-домінантні мутації, CADASIL-синдром</li> </ul>

<p>шкали оцінки депресії, виявлення поведінкових порушень)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Лабораторні параметри (гемограма, електроліти (Na, K, Cl, Ca, PO<sub>4</sub>), параметри функцій нирок і печінки, цукор крові, параметри функцій щитовидної залози (TSH, T<sub>4</sub>), вітамін B12 / фолієва кислота)</li> <li>- КТ, краще МРТ (стан кори мозку, патерни атрофії)</li> <li>- Лабораторні параметри (гемограма, електроліти (Na, K, Cl, Ca, PO<sub>4</sub>), параметри функцій нирок і печінки, цукор крові, параметри функцій щитовидної залози (TSH, T<sub>4</sub>), вітамін B12 / фолієва кислота)</li> <li>- КТ, краще МРТ (стан кори мозку, патерни атрофії)</li> </ul>	<p>(синдром церебральної аутосомно-домінантної артеріопатії з субкортикальними інфарктами і лейкоенцефалопатією), хвороба Гентінгтона)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Аналіз біологічних рідин<sup>4,5</sup> (τ-протеїн, фосфо-τ-протеїн, пептид амілоїд β-42, 14-3-3 протеїн)</li> <li>- Серологічні тести (RW, ВІЛ), паратгормон, антинейрональні антитіла, тиреоїдні антитіла (ТАК (антитіла до тиреоглобуліну) / МАК (мікросомальні тиреоїдні антитіла))</li> </ul>
---	---

*Примітки.* <sup>1</sup> Для скринінгу і спостереження за прогресуванням деменції рекомендується використання тесту міні-обстеження психічного стану (Mini-Mental State Examination, MMSE). Однак у випадку деменції легкого або важкого ступеня, а також при фронтотемпоральній деменції результати MMSE є сумнівними. У таких випадках більш інформативними є шкали для об'єктивної оцінки та інші нейропсихологічні обстеження. Використання більш складних тестів або шкал (МОСА (Монреальський тест когнітивної оцінки), SLUMS (тест оцінки психічного стану університету Сент-Луїса) та ін.) для диференціальної діагностики і спостереження за прогресуванням деменції залишають на розсуд фахівців. Для клінічної оцінки тяжкості деменції рекомендується використовувати опитувальники, наприклад клінічну рейтингову шкалу деменції (Clinical Dementia Rating, CDR) [12].

<sup>2</sup> Мультицентрове дослідження показало чутливість (77,7%) і специфічність (90,4%) ПЕТ з метою диференціальної діагностики у пацієнтів, хворих на деменцію з тільцями Леві і без таких [13]. Посмертна вибірка 20 пацієнтів з деменцією показала чутливість (88%) і специфічність (100%) для прижиттєвого використання ОФЕКТ для диференціальної діагностики деменції з тільцями Леві і хвороби Альцгеймера [14]. Зокрема, використання цього методу рекомендується, якщо діагноз деменції з тільцями Леві не може бути встановлений на підставі клінічних критеріїв (наприклад, відсутній синдром Паркінсона).

<sup>3</sup> Може бути призначено проведення прогностичних діагностичних тестів для осіб з високим ризиком аутосомно-домінантних захворювань в сімейному анамнезі, але це не рекомендується з причин етичного характеру. Генетичний скринінг статусу апопротеїна Е (ApoE) не рекомендовано з причини низького ступеня специфічності і чутливості [15-17].

<sup>4</sup> У випадках неясного діагнозу додатково показано дослідження біологічних рідин на діагностичні маркери. Комбінована оцінка τ-протеїну, фосфо-τ-протеїну та амілоїду β-42 в біологічних рідинах демонструє специфічність в межах 85-90% для диференціальної діагностики хвороби Альцгеймера з іншими формами захворювань.

<sup>5</sup> Високий ступінь діагностичної надійності може бути досягнута шляхом поєднаного застосування двох методів - визначення біологічних маркерів і МРТ [18, 19].

## ТАБЛИЦЯ 2.

### Рекомендації щодо раннього початку деменції

- Вартість генетичного консультування і тестування повинні бути покриті за рахунок державного фінансування.
- Враховуючи рідкість раннього початку деменції, національний реєстр для осіб, схильних до ризику, носіїв мутації і симптоматичних пацієнтів сприятиме терапевтичним дослідженням.
- Цей реєстр має бути підтриманий за рахунок державного фінансування.

#### **Коментар робочої групи:**

*В Україні генетичне тестування для пацієнтів з раннім початком деменції не здійснюється. Реєстр пацієнтів, схильних до ризику деменції, носіїв мутацій і з проявами деменції відсутній.*

## ТАБЛИЦЯ 3.

### Рекомендації щодо швидко прогресуючої деменції (ШПД)

- Передбачається, що особи з підозрою на ШПД, повинні бути направлені до лікарів, які мають досвід і доступ до засобів діагностики, здатних забезпечити організовану та всеосяжну

діагностичну процедуру (клас 2С).

- Діагностична стратегія повинна посилити виявлення потенційно виліковних станів, таких як інфекції, імунно опосередковані і токсичні метаболічні причини (клас 2В).

ТАБЛИЦЯ 4.

**Рекомендації СССДТД2 щодо необхідності КТ, якщо:**

- вік менше 60 років
- швидке (наприклад, 1 або 2 місяці) незрозуміле зниження пізнавальної здатності чи функціонування
- "коротка" тривалість деменції (менше 2 років)
- нещодавня та значна травма голови
- незрозумілі неврологічні симптоми (наприклад, нові випадки сильного головного болю або судом)
- історія раку (особливо локалізацій і типів, які метастазують в мозок)
- використання антикоагулянтів або історія кровотеч
- історія нетримання сечі і порушення ходи на початку деменції (що можна знайти при нормальній гідроцефалії)
- будь-який новий знак локалізації (наприклад, геміпарез або рефлекс Бабинського)
- незвичайні або атипові когнітивні симптоми або клінічна картина (наприклад, прогресивна афазія)
- порушення ходи

ТАБЛИЦЯ 5.

**Рекомендації щодо візуалізації ФДГ-ПЕТ та ОФЕКТ rCBF**

- Для пацієнта з діагнозом деменції, який пройшов рекомендовану базову клінічну і структурну оцінку, зображення мозку і був оцінений фахівцем з деменції, але чий базовий патологічний процес досі неясний, що запобігає адекватному клінічному лікуванню, рекомендуємо, щоб фахівець мав 18F-ФДГ-ПЕТ для диференціальних цілей діагностики (клас 1В).
- Якщо такий пацієнт не може бути практично направлений на ФДГ-ПЕТ, ми рекомендуємо виконати дослідження ОФЕКТ rCBF для диференціальних цілей діагностики (клас 2С).

**Коментар робочої групи:**

*В Україні можливість зазначених досліджень відсутня.*

ТАБЛИЦЯ 6.

**Рекомендації щодо структурної томографії, КТ і МРТ**

- Ми рекомендуємо МРТ голови за умови, що радіолог/нейрорадіолог та/або когнітивний спеціаліст (невролог, геріатр або геріатричний психіатр) можуть інтерпретувати закономірності атрофії та інші особливості, які можуть надати додаткову діагностичну та прогностичну цінність на думку спеціаліста (клас 2В).
- Стандартизація клінічного визначення МРТ послідовностей деменції рекомендується в канадських центрах, які мають радіологів та когнітивних спеціалістів з досвідом в оцінці когнітивних розладів, зокрема, коли повторні МРТ можуть забезпечити додаткову діагностичну та прогностичну інформацію та інформацію з безпеки (клас 2В).
- На додаток до раніше перерахованих показань для структурної візуалізації, при оцінці особи з когнітивними порушеннями слід проводити КТ або МРТ, якщо наявність неочікуваних цереброваскулярних захворювань змінить клінічне ведення.
- За наявності в клініці ми рекомендуємо когнітивним спеціалістам використовувати комп'ютерні зображення головного мозку для навчання осіб з когнітивними порушеннями про зміни в мозку. Це знання може посилити прихильність до лікування судинних факторів ризику та зміни способу життя для поліпшення здоров'я мозку (клас 3С).

ТАБЛИЦЯ 7.

**Рекомендації щодо функціональної МРТ (фМРТ)**

- Ми не рекомендуємо використання фМРТ для клінічного дослідження пацієнтів з когнітивними



скаргами (клас 1B).

- Подальші дослідження повинні використовувати стандартизований протокол отримання зображень та експериментальної парадигми, аби дозволити об'єднання даних (клас 1C; R).
- Необхідні подальші дослідження з великою кількістю учасників і більш тривалий період спостереження, аби зробити висновки щодо цінності фМРТ в ранньому виявленні деменції та прогнозуванні переходу від помірних когнітивних порушень до хвороби Альцгеймера (клас 1B; R).
- Необхідні подальші дослідження з великою кількістю учасників і більш тривалим періодом спостереження, аби зробити висновки щодо цінності фМРТ при диференціюванні між деменцією з хворобою Альцгеймера і без неї, такою як ЛСД і деменцією з тільцями Леві (клас 1B; R).
- Необхідні подальші дослідження з великою кількістю учасників і більш тривалий період спостереження, аби зробити висновки щодо цінності фМРТ в оцінці змін в активації мозку у відповідь на втручання, такі як когнітивне навчання та фармакотерапія (клас 1C; R).
- Необхідні подальші дослідження з великою кількістю учасників і більш тривалий період спостереження, аби зробити висновки щодо цінності фМРТ активації картування мозку при різних нервово-психічних і поведінкових симптомах в контексті доклінічної та клінічної деменції, таких як депресія, апатія і психоз, що допоможе в розробці конкретних методів лікування цих симптомів (клас 2C).

#### ТАБЛИЦЯ 8.

##### **Рекомендації щодо ПЕТ-амілоїд-скринінгу**

- Незважаючи на те, що амілоїд-візуалізація є перспективною технікою в оцінці деменції, є багато невідомих факторів, які можуть вплинути на її діагностичну застосовність, і тому ми рекомендуємо, що її використання в даний час обмежувалося дослідженнями (рівень 1C, R).
- Амілоїд-візуалізація в даний час не затверджена в Канаді. Якщо амілоїд-візуалізація стане доступною для канадських лікарів у майбутньому, вона не повинна розглядатися як рутинне випробування, і ми рекомендуємо її розглядати як доповнення до комплексної оцінки складних атипичних симптомів при направленні до клінік пам'яті третинного рівня, якщо необхідний більш точний клінічний діагноз (клас 1B).
- Якщо цей метод стане доступним для канадських лікарів у майбутньому, ми рекомендуємо не використовувати його в когнітивно нормальних осіб або для початкового дослідження когнітивних скарг (клас 1B).
- Коли лікарі стикаються з результатами тестів амілоїду, отриманих за межами Канади, вони повинні бути дуже обережні в їх інтерпретації, тобто при використанні лише цього тесту не можна діагностувати хворобу Альцгеймера, помірні когнітивні порушення або диференціювати нормальне старіння від ненормального, і ми рекомендуємо їм консультуватися з фахівцем з деменції, знайомим з цією технікою.
- В даний час немає клінічних показань для амілоїд-візуалізації у когнітивно нормальних осіб, при початковому дослідженні когнітивних скарг, диференціюванні деменції з хворобою Альцгеймера від інших Аβ-асоційованих деменцій (наприклад, деменції з тільцями Леві, САА), диференціюванні між різними клінічними варіантами хвороби Альцгеймера (наприклад, класична амнестична хвороба Альцгеймера проти РСА або ІvPPA) і диференціюванні між причинами деменції, не пов'язаними з хворобою Альцгеймера (наприклад, молекулярні підтипи FTLD).
- У дослідницьких установах з можливостями проведення амілоїд-візуалізації дослідники повинні заохочуватися розробляти проекти, які в подальшому підтверджуватимуть клінічне та наукове застосування цієї техніки, та оцінювати її готовність для перенаправлення медичної допомоги (R).
- Розробникам дизайну досліджень настійно рекомендується використовувати цю техніку, аби: (1) зменшити неоднорідність їхнього популяції з помірними когнітивними порушенням; (2) визначити когорту, що, швидше за все, відповість на препарат з анти-амілоїдними властивостями; і (3) дослідити пацієнтів, які, ймовірно, здобудуть хворобу Альцгеймера протягом відносно короткого періоду часу (R).
- Тестування та тривале спостереження безсимптомних осіб або пацієнтів з суб'єктивними когнітивними порушеннями, що не відповідають критеріям помірних когнітивних порушень, або

осіб, схильних до ризику (наприклад, носії мутації гена, сімейний анамнез хвороби Альцгеймера, ApoE ε4) має бути обмежене рамками досліджень (R).

- Подальші дослідження повинні вивчати (1) природну еволюцію амілоїду і його роль в патофізіології хвороби Альцгеймера та інших деменцій, (2) його використання в якості потенційного сурогатного маркера анти-амілоїдних терапій, (3) вартість нових 18F амілоїдних трейсерів, і повинні (4) виконати ПЕТ кореляції патології і (5) порівняти амілоїд-візуалізацію з КСФ біомаркерів хвороби Альцгеймера, а також зниженими маркерами дегенерації (R).

#### ТАБЛИЦЯ 9

##### **Рекомендації щодо МР-спектроскопії**

- Магнітно-резонансна спектроскопія показує перспективу для прогнозування у осіб з легкими когнітивними порушеннями, які, ймовірно, прогресуватимуть до деменції. Тим не менш, у даний час це не рекомендується для клінічного використання з метою диференціювання або діагностики деменції у людей з помірними когнітивними порушеннями (клас 2C; R).
- <sup>1</sup>H MRS залишається перспективним методом для ідентифікації суб'єктів з помірними когнітивними порушеннями, які згодом переростуть у деменцію. Повинні бути проведені подальші мультицентрові тривалі дослідження, щоб встановити нормативні значення. Такі дослідження мають використовувати стандартизовані критерії реєстрації, критерії діагностики, методи збору даних і включати в себе автоматизований аналіз спектрів, який включає правильне попереднє знання кривих метаболітів (R).
- Уніфіковані методи збору та аналізу даних <sup>1</sup>H MRS повинні бути розроблені в координації з рекомендаціями Міжнародного товариства магнітного резонансу в медицині (R).
- Майбутні дослідження <sup>1</sup>H MRS, аби продемонструвати клінічну ефективність, повинні використовувати 3 Тесла МРТ, де це можливо, аби підвищити якість даних (R).

#### ТАБЛИЦЯ 10.

##### **Рекомендації щодо інших засобів нейровізуалізації**

- Візуалізаційні біомаркери нейро-запалення або τ-патології у пацієнтів з деменцією, не рекомендуються в клінічній практиці.
- Незважаючи на те, зростає кількість літератури, що підтримує використання пресинаптичних візуалізаційних агентів допаміну для диференціації тілець Леві з хворобою Альцгеймера, ці агенти поки не рекомендуються для клінічної практики.

#### **NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015)**

##### **1.5 Стимулювання і підтримка незалежності людей з деменцією**

1.5.1.1 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні сприяти стимулюванню і підтримці незалежності людей з деменцією, включаючи їх пересування. Плани з надання допомоги повинні сфокусуватися на заходах повсякденної діяльності (ADL), що максимізують незалежність дій, що поліпшують функціонування, адаптують і розвивають навички та мінімізують потреби в допомозі. При складанні планів з надання допомоги необхідно враховувати мінливі потреби людей з різними типами деменції. Плани з надання допомоги завжди повинні включати:

- постійний склад співробітників;
- збереження звичного середовища;
- мінімізацію переміщень;
- гнучкість для адаптації до змінюваних здібностей;
- оцінку та рекомендації з планування надання допомоги щодо ADL й тренування навичок ADL за допомогою трудотерапевта;
- рекомендації з оцінки та планування допомоги щодо навичок самостійного користування

туалетом; у разі нетримання необхідно оцінити всі можливі причини і спробувати застосувати відповідні варіанти лікування до того, як визнати нетримання хронічним;

- зміни середовища з метою стимулювання незалежного функціонування, включаючи допоміжні технології в супроводі рекомендацій трудотерапевта та/або клінічного психолога;
- фізичні вправи у супроводі оцінки та консультацій фізіотерапевта (за необхідності);
- підтримку бажання людей перебувати у себе вдома і брати участь у діяльності, що доставляє їм задоволення.

1.5.1.2 При розробці плану з надання допомоги для людини з порушенням навченості, якому вперше поставили діагноз «деменція», слід враховувати тестування з використанням оцінки моторних і процесуальних навичок (AMPS) [11]. Опитувальник на наявність деменції у людей із затримкою в розумовому розвитку (DMR) [12] та коротка шкала Дальтона для оцінки праксису (BPT) [13] можуть використовуватися для моніторингу змін функцій з плином часу.

## **1.6 Втручання для когнітивних симптомів і збереження функціонування людей з деменцією**

### **1.6.1 Нефармакологічні інтервенції для когнітивних симптомів і збереження функціонування**

1.6.1.1 Людям з легкою і помірною формою деменції всіх типів слід надати можливість участі в структурованій групі програми когнітивної стимуляції. Таку участь може запропонувати ряд співробітників служби медико-соціальної допомоги в умовах відповідної підготовки та нагляду незалежно від препарату, призначеного для лікування когнітивних симптомів деменції.

#### **Коментар робочої групи:**

*Перші клініки пам'яті з'явилися у 1980-х роках у Великій Британії та США (Van der Cammen et al. The Memory Clinic. A new approach to the detection of dementia. 1987) як нові моделі сервісу для людей з порушеннями когнітивних функцій, передусім пам'яті, пов'язаних із розвитком деменції. З того часу у країнах Європи, США, Канаді та інших розвинених країнах світу заснована та успішно працює велика кількість центрів - клінік пам'яті для дослідження, лікування та реабілітації когнітивних порушень (Bier et al. Measuring the impact of cognitive and psychosocial interventions in persons with mild cognitive impairment with a randomized single-blind controlled trial: rationale and design of the MEMO+ study. 2014; Flak et al. The Memory Aid study: protocol for a randomized controlled clinical trial evaluating the effect of computer-based working memory training in elderly patients with mild cognitive impairment (MCI). 2013; Bergamaschi et al. One-year repeated cycles of cognitive training (CT) for Alzheimer's disease. 2015; Styliadis et al. Neuroplastic effects of combined computerized physical and cognitive training in elderly individuals at risk for dementia: an eLORETA controlled study on resting states). Основним завданням таких спеціалізованих центрів різної форми власності є дослідження когнітивної сфери. Завдяки використанню спеціальних нейропсихологічних та інших методик клініки пам'яті можуть встановлювати особливості когнітивного дефіциту, оцінювати рівень функціональних можливостей індивіду (загальна та інструментальна повсякденна активність), тощо. Отримані дані використовуються у медичній практиці для встановлення або уточнення діагнозу когнітивних порушень різного ступеню та генезу, встановлення рівня функціонального стану та об'єму необхідної медичної, психологічної та соціальної допомоги. Показано, що вартість та якість послуг, які надаються пацієнтам у клініках пам'яті, у порівнянні із загальнопсихіатричними закладами, була меншою. Крім того, клініки пам'яті пропонують більший міждисциплінарний і комплексний сервіс до і після діагностичного консультування, мультиваріантний скринінг причин деменції, ширше використання структурованих інструментів оцінки пацієнтів та стану осіб, які здійснюють за ними догляд. Таким чином, клініки пам'яті пропонують комплексний сервіс без додаткових витрат, порівняно із вторинним рівнем медичної допомоги (Rubinsztein et al. A memory clinic vs traditional community mental health team service: comparison of costs and quality. 2015).*

*Центри пам'яті забезпечують когнітивну, психосоціальну реабілітацію людей із когнітивними порушеннями та надають консультативні послуги їх доглядачам або опікунам.*

Рандомізоване дослідження підтвердило вірогідний позитивний вплив на психосоціальний стан доглядачів пацієнтів з деменцією після звернення їх саме у клініки пам'яті в порівнянні з тими, хто не звертався до цих закладів (Logiudice et al. *Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial.* 1999). Дослідження, проведене у ЄС, продемонструвало, що наявність клініки пам'яті не тільки сприяє ранньому зверненню пацієнтів з початковими когнітивними порушеннями, але й зменшує стигму, пов'язану із використанням медичних послуг психіатричних служб (Vernooij-Dassen et al. *Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma.* 2005).

Клініки пам'яті проводять нефармакологічні процедури, направлені на покращення когнітивних функцій, емоційного стану, поведінки та психосоціальної адаптації людей із когнітивними порушеннями. Склад клініки пам'яті передбачає роботу мультидисциплінарної команди, до якої можуть входити лікарі, спеціалісти з нейронаук, психологи, психотерапевти, соціальні працівники, реабілітологи та інші спеціалісти, основними функціями яких є надання всебічної допомоги людям з когнітивними порушеннями та їхнім доглядачам або опікунам (Hodges et al. *Memory disorders in psychiatric practice*). За наявності у своєму штаті лікаря, який має належну підготовку та досвід в одній із таких областей біомедичних наук як когнітивна неврологія, неврологія, психогеріатрія, психіатрія, психотерапія, нейропсихологія, нейрофізіологія, медична фізіологія, можуть надаватись послуги медичного характеру, пов'язані із клінічною діагностикою та лікуванням, медичною реабілітацією когнітивних та супутніх (коморбідних) порушень. Більшість проведених досліджень стверджують, що використання клінік пам'яті як особливого мультидисциплінарного сервісу, значно спрощує та покращує ранню діагностику деменції та пов'язаних із нею станів (Vernooij-Dassen et al. *Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma.* 2005; Streams et al. *Diagnosis-seeking at subspecialty memory clinics: trigger events.* 2003; Logiudice et al. *Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial.* 1999; Luce et al. *How do memory clinics compare with traditional old age psychiatry services?* 2001; Høgh et al. *A multidisciplinary memory clinic in a neurological setting: diagnostic evaluation of 400 consecutive patients.* 1999; Moniz-Cook et al. *The role of memory clinics and psychosocial intervention in the early stages of dementia.* 1997.)

Таким чином, клініки пам'яті можуть забезпечити високоспеціалізовану нейропсихологічну діагностику, проводити вичерпну оцінку функціонального стану людей, що мають когнітивні порушення, а також надавати ефективну та сучасну когнітивну та психосоціальну реабілітацію та лікування когнітивних порушень. Люди із порушеннями пам'яті та інших когнітивних функцій можуть безпосередньо звертатись за консультативною допомогою, лікуванням та реабілітацією у такі спеціалізовані центри, робота яких буде сприяти значному покращенню якості допомоги, якості життя пацієнтів та їх близьких людей, а також зменшенню втрат суспільства від деменції, яка є одна з найдорожчих хвороб суспільства (2015 *Alzheimer's disease facts and figures.* Alzheimer's Association).

Водночас відзначимо, що на момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови клініки пам'яті в Україні відсутні.

## **1.6.2 Фармакологічні інтервенції для когнітивних симптомів хвороби Альцгеймера** [14]

1.6.2.1 Три інгібітори ацетилхолінестерази (AChE), донепезил, галантамін і ривастигмін, рекомендуються в якості варіантів ведення легкої і помірної форми хвороби Альцгеймера в ситуаціях, зазначених у розділах 1.6.2.3 та 1.6.2.4.

1.6.2.2 Мемантин рекомендується в якості варіанту ведення хвороби Альцгеймера для людей з:

- Помірною формою хвороби Альцгеймера, які не переносять інгібітори AChE або мають протипоказання до їх застосування, або
- Важкою формою хвороби Альцгеймера.

Лікування повинно проводитися згідно з пунктом 1.6.2.3.

1.6.2.3 Лікування повинне здійснюватися з дотриманням таких умов:

- Тільки фахівці в галузі надання допомоги пацієнтам с деменцією (тобто, психіатри, включаючи тих, які спеціалізуються у сфері порушення навченості, невропатологи і лікарі, які спеціалізуються на догляді за людьми похилого віку) повинні ініціювати лікування. Щодо вихідного стану пацієнта необхідно враховувати думку осіб, які здійснюють догляд.

- Лікування слід продовжувати тільки тоді, коли воно має позитивний ефект на когнітивні, глобальні, функціональні або поведінкові симптоми.

- Пацієнтів, які продовжують лікування, необхідно регулярно оглядати з використанням когнітивної, глобальної, функціональної і поведінкової оцінки. У разі відсутності на місцях узгоджених протоколів для спільної допомоги лікування повинно бути розглянуто групою відповідних фахівців. Щодо стану пацієнта в період контрольного спостереження необхідно враховувати думку осіб, які здійснюють догляд.

1.6.2.4 При призначенні інгібітора АСhЕ (донепезилу, галантаміну або ривастигміну) лікування слід почати з препарату з найменшою вартістю придбання (враховуючи необхідну добову дозу і ціну однієї дози). Однак, за необхідності, можна призначити альтернативний інгібітор АСhЕ, беручи до уваги профіль небажаних явищ, очікування відносно комплаєнтності, супутні патології, можливість взаємодії препаратів і профіль дозування.

1.6.2.5 При використанні шкал оцінки для визначення ступеня тяжкості хвороби Альцгеймера фахівці в галузі охорони здоров'я повинні брати до уваги фізичну недієздатність, сенсорні порушення, порушення навченості або проблеми зі спілкуванням, які можуть вплинути на результати, і вносити будь коригування, які вони вважатимуть необхідними. Фахівці в галузі охорони здоров'я повинні також пам'ятати про необхідність забезпечення рівності доступу до лікування для пацієнтів різних етнічних груп, особливо, пацієнтів з різним культурним багажем.

1.6.2.6 При оцінці ступеня тяжкості хвороби Альцгеймера і потреб у лікуванні фахівцям в області охорони здоров'я не слід покладатися виключно на оцінку когнітивної функції в ситуаціях, в яких це є недоречним. Наприклад,

- якщо оцінка когнітивної функції не є, або не є сама по собі, клінічно підходящим інструментом для оцінки тяжкості деменції конкретного пацієнта через порушення навченості або інших порушень (наприклад, сенсорних порушень), мовних або інших труднощів у спілкуванні або рівня освіти, або

- якщо застосування інструменту мовою, якою пацієнт володіє досить вільно для того, щоб використовувати його для оцінки тяжкості деменції, не є можливим, або

- якщо існують інші подібні причини того, що використання результату оцінки когнітивної функції або окремо результату не підходить для оцінки тяжкості деменції.

1.6.2.7 Для людей з порушеннями навченості інструменти, що використовують для оцінки тяжкості деменції, повинні бути чутливі до рівня їх дієздатності. Варіанти включають:

- Кембріджську шкалу оцінки когнітивної функції (CAMCOG) [15]

- Модифіковану шкалу оцінки психічних порушень у літніх людей (CAMDEX) [16]

- DMR

- Шкалу оцінки тяжкості деменції при синдромі Дауна (DSDS), [17] яка може підійти для діагностики у людей з порушеннями навченості, які не страждають від синдрому Дауна.

### **1.6.3 Фармакологічні інтервенції для когнітивних симптомів деменції неальцгеймерного типу і ПКП**

1.6.3.1 Інгібітори ацетилхолінестерази і мемантин не слід призначати для лікування когнітивного зниження у людей з судинною деменцією, за винятком використання в рамках клінічних досліджень, організованих належним чином.

1.6.3.2 Інгібітори ацетилхолінестерази не слід призначати для людей з ПКП, за винятком використання в рамках клінічних досліджень, організованих належним чином.

## **Consensus Statement "Dementia 2010" of the Austrian Alzheimer Society**

### **Медикаментозна терапія когнітивних симптомів**

#### **1. Хвороба Альцгеймера**

### **1.1. Хвороба Альцгеймера легкого / помірного ступеня тяжкості (MMSE 11-26 балів)**

***Інгібітори холінестерази рекомендовані в якості препаратів вибору для лікування деменції при хворобі Альцгеймера легкого / помірного ступеня тяжкості (1a, A).***

Продемонстрована ефективність донепезилу (5-10 мг / добу), галантаміну (16-24 мг / добу) і ривастигміну (6-12 мг / добу) по відношенню до когнітивних функцій і повсякденної активності при застосуванні протягом 6-12 місяців [20-32 ] (1a). За даними Кокранівського огляду, метааналіз 13 досліджень підтвердив ефективність інгібіторів холінестерази для лікування деменції легкого та помірного ступеня тяжкості при хворобі Альцгеймера [33].

***Аби поліпшити комплаєнс, рекомендується призначати всю добову дозу інгібіторів холінестерази один раз на день (1a, A).***

Всі дані про прийом інгібіторів холінестерази свідчать про дуже високий комплаєнс. В Австрії ця проблема взагалі не вивчалася. Міжнародні дослідження показують, що лише невелика частина пацієнтів приймають препарати проти деменції щодня протягом трьох місяців; аналіз комплаєнса після закінчення цього терміну показав, що тільки 40% пацієнтів приймали інгібітори холінестерази 80 днів. Через рік після початку лікування регулярно приймають інгібітори холінестерази тільки близько 20% пацієнтів [34].

Комплаєнс залежить від ряду факторів, серед яких наявність когнітивних порушень, поведінкові порушення, в тому числі депресія, побічні ефекти препарату, недостатня довіра до препарату, недостатнє усвідомлення захворювання, складність запропонованого режиму.

Складність запропонованого режиму є одним з найбільш значущих чинників, що впливають на комплаєнс, тому надзвичайно важливо віддавати перевагу препаратам, які застосовуються один раз на добу [35-39].

***Інгібітори холінестерази потрібно приймати тривало (2a, A) та уникати великих перерв у лікуванні (2b, A).***

Субаналіз подвійних сліпих досліджень показав, що у пацієнтів з короткими перервами у лікуванні показники функціонального стану були вище, ніж у тих, хто робив більш тривалі перерви в лікуванні.

***У випадках, якщо показник по MMSE  $\leq 10$  балів, не можна припиняти застосування інгібіторів холінестерази (1a, A).***

У подвійних сліпих рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях донепезилу у пацієнтів з показниками 1-10 балів за MMSE продемонстровано поліпшення пізнавальних функцій і повсякденного функціонування в порівнянні з плацебо [41-43]. В даний час в Європі проходить затвердження терапія інгібіторами холінестерази при тяжкій деменції. Недоступні дані для інших інгібіторів холінестерази. Ми припускаємо, що цей клас препаратів також ефективний і у випадках тяжкої деменції при хворобі Альцгеймера; однак процитовані докази з рівнем 1a існують тільки для донепезилу.

***Рекомендується замінити препарат у випадках непереносимості (A) і розглянути цю можливість при поганій ефективності (C).***

Інгібітори холінестерази мають різні фармакологічні характеристики. Тому, можливо, має сенс замінити один препарат іншим у випадках непереносимості або неефективності.

***Неясними є докази переваги одних інгібіторів холінестерази над іншими (1b, B).***

Існують відкриті безпосередні порівняння донепезилу і галантаміну, а також донепезилу і ривастигміну [33]. У рандомізованому дослідженні порівнювалися донепезил і ривастигмін впродовж двох років, було продемонстровано відсутність відмінностей [44].

***Мемантин рекомендується для пацієнтів з помірно важкою деменцією при хворобі Альцгеймера (MMSE 11-19 балів) (1a, B).***

***У випадку непереносимості інгібіторів холінестерази пацієнтам з легким / помірним ступенем деменції при хворобі Альцгеймера рекомендується мемантин (MMSE 11-19 балів - 1a, 20-22 бали - 1b, B).***

***Якщо передбачається погана ефективність інгібіторів холінестерази, також рекомендується їх змінити на мемантин у пацієнтів з легким / помірним ступенем деменції при хворобі Альцгеймера (2b, B).***

Мемантин був схвалений Європейським агентством з оцінки медикаментів для лікування хвороби Альцгеймера помірного ступеня тяжкості (11-19 балів за MMSE) у жовтні 2005 року.

### **1.2. Важкі форми деменції при хворобі Альцгеймера (MMSE 1-10 балів)**

*Мемантин і донепезил рекомендуються в якості препаратів вибору при лікуванні важкої деменції (1a, A).*

*Європейське агентство з оцінки лікарських засобів дало позитивний висновок тільки для мемантину. Всю добову дозу мемантину, так само як і інгібіторів холінестерази, рекомендується застосовувати одномоментно один раз на день для поліпшення комплаєнса (1b, A).*

*Слід віддавати перевагу комбінованій терапії з використанням мемантину та інгібіторів холінестерази у пацієнтів з важкою або помірно важкою деменцією при хворобі Альцгеймера (MMSE 5-14 балів) (1b, A).*

Рандомізоване дослідження Tariot і співавт. [49] продемонструвало, що ефективність комбінації мемантину і донепезилу перевершує ефективність монотерапії донепезилом. Крім того, у відкритих дослідженнях [50, 51] показано, що комбінована терапія була більш ефективною, ніж монотерапія. У дослідженні [52] продемонстрований позитивний ефект комбінованої терапії в порівнянні з використанням інгібіторів холінестерази впродовж декількох років.

### **1.3. Інші препарати для лікування деменції**

В даний час в Австрії доступні такі препарати:

#### *Церебролізін*

*Церебролізін може застосовуватися при непереносимості або передбачуваній неефективності лікування у випадках легкої і помірно важкої деменції після спроб лікування пацієнта інгібіторами холінестерази або у випадках помірної тяжкості деменції після лікування мемантином (1a, B). Слід врахувати, що Церебролізін повинен вводитися внутрішньовенно.*

Окремі дослідження з невеликим або середнім числом розглянутих випадків, які так чи інакше відповідають сучасним вимогам дизайну досліджень, показали, що призначення препарату Церебролізін® внутрішньовенно призвело до поліпшення по окремих нейропсихологічних тестах, поліпшувалася загальна клінічна картина і повсякденне функціонування в порівнянні з плацебо (1a) [53]. У дослідженні, яке було опубліковане в 2006 році, 279 пацієнтам Церебролізін призначався в дозах 10, 30 і 60 мл 5 днів на тиждень протягом 4 тижнів, а в подальшому 2 рази на тиждень протягом 8 тижнів [54]. Після 24 тижнів значуще поліпшення пізнавального функціонування спостерігалось для дози 10 мл. Загальна клінічна картина для всіх трьох доз була значно краще, ніж у групі плацебо, а значуще поліпшення нейропсихіатричних симптомів зазначалося для дози 60 мл. Дизайн дослідження відповідав такому при випробуваннях визначення дози.

#### *Гінкго білоба*

*Гінкго білоба може застосовуватися при непереносимості або передбачуваній ефективності лікування у випадках легкої і помірно важкої деменції після спроб лікування пацієнта інгібіторами холінестерази або у випадках помірної тяжкості після мемантину (1a, B).*

У контрольованому дослідженні змішаної популяції пацієнтів з хворобою Альцгеймера і судинною деменцією, а також в аналізі підгрупи, що включала пацієнтів з хворобою Альцгеймера, була показана ефективність гінкго білоба відносно нейропсихологічного функціонування та інших клінічних симптомів. Вплив на загальну клінічну картину був незначним [55]. Ефективність препарату підтверджена і в інших дослідженнях [56-59].

#### *Гідергін, ніцерголін, пірацетам і піритинол*

*Використання гідергіна, ніцерголіну, пірацетаму та піритинолу не може бути рекомендовано для пацієнтів з хворобою Альцгеймера.*

Існують позитивні результати ефективності цих препаратів у пацієнтів з деменцією без диференціації її причини. Неможливо зробити заяву про їх ефективність при хворобі Альцгеймера (D).

### **Коментар робочої групи:**

*Лікарський засіб гідергін на момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови в Україні не зареєстрований.*

#### *Селегілін і вітамін E*

В одному дослідженні вітамін E і селегілін показали уповільнюючий ефект на прогресування хвороби Альцгеймера (1b). Подальші дослідження не продемонстрували клінічної ефективності [63].

#### **1.4. Фактори ризику**

*Лікування супутніх судинних факторів ризику у пацієнтів з хворобою Альцгеймера позитивно впливає на перебіг захворювання (B) [3, 64, 65].*

#### **1.5. Харчові добавки**

*Відсутні докази клінічної ефективності лецитину або нікотинамідадениндинуклеотида (НАД). Їх застосування не рекомендується (D).*

#### **1.6. Естрогени, нестероїдні протизапальні засоби і статини**

*Естрогени, нестероїдні протизапальні засоби і статини в даний час не можуть бути рекомендовані для профілактики і лікування хвороби Альцгеймера (D) [66].*

## **2. Легкі когнітивні порушення (ЛКН)**

*Для пацієнтів з легкими когнітивними порушеннями (ЛКН) в даний час неможливо рекомендувати який-небудь препарат для попередження конверсії ЛКН в деменцію при хворобі Альцгеймера. Генотипування ApoE4 для виявлення уразливої групи осіб не виправдано серед пацієнтів з ЛКН (1a, D).*

## **3. Профілактика деменції при хворобі Альцгеймера**

### **3.1. Судинні фактори ризику**

*У ряді епідеміологічних обсерваційних досліджень, зокрема у пацієнтів середнього віку, показано, що вплив на судинні фактори ризику веде до зниження ризику хвороби Альцгеймера (2a-3, B), тоді як дані про модифікацію способу життя є менш однозначними (3, B).*

#### *Артеріальний тиск*

Більшість проведених тривалих когортних досліджень вказують на підвищений ризик деменції при хворобі Альцгеймера та інших деменцій у разі високого артеріального тиску систоли [68], але про підвищений ризик повідомлялося навіть у випадках легкого підвищення систолічного артеріального тиску <140 мм рт.ст. [69]. Рандомізоване контрольоване дослідження SYST-EUR (Систолічна гіпертензія в Європі) за участю більш ніж 3000 пацієнтів у віці старше 60 років продемонструвало, що лікування АГ сприяє зниженню ризику деменції. Однак метааналіз чотирьох наступних досліджень не показав значущого зниження ризику деменції після антигіпертензивного лікування [70].

Недавнє обсерваційне дослідження, що включало більше 800 000 осіб, показало, що використання блокаторів рецепторів ангіотензину пов'язано зі значимим зниженням ризику виникнення та прогресування деменції при хворобі Альцгеймера і деменції взагалі в порівнянні з використанням інгібітора АПФ лізиноприлу [71].

#### *Гіперліпідемія*

В епідеміологічних дослідженнях показана кореляція між гіперліпідемією та розвитком деменції в майбутньому; підвищені рівні холестерину в сироватці крові в середньому віці розглядаються як основний фактор ризику хвороби Альцгеймера [68]. Проте два великих рандомізованих контрольованих дослідження не продемонстрували впливу статинів на виникнення деменції [72-73].

#### *Тютюнопаління*

На противагу раннім дослідженням «випадок - контроль» довготривалі дослідження продемонстрували значимо більш високий ризик деменції при хворобі Альцгеймера і деменцій



інших типів у курців тютюну [74]. За даними сукупного аналізу чотирьох європейських популяційних досліджень (28000 учасників), підвищений ризик деменції існує тільки у тих, хто продовжує палити, але не в тих, хто курив у минулому [75]. Недостатньо чітких даних про те, що припинення паління знижує ризик хвороби Альцгеймера.

#### *Дієта*

Епідеміологічні дослідження показують підвищений ризик деменції при великому споживанні жирів взагалі і низькому споживанні омега-3 жирних кислот [75]. Нещодавно довготривале дослідження встановило, що середземноморська дієта [77], а ще раніше - дієта, багата рибою [68], є основою для зниження ризику хвороби Альцгеймера. Унаслідок недостатності доказів рандомізованих контрольованих випробувань неможливо дати чіткі рекомендації про дієту для первинної профілактики деменції.

#### *Фізична активність*

Висока фізична активність знижує ризик розвитку деменції в майбутньому [78-80].

#### *Розумова активність*

У довготривалих дослідженнях розумова активність була пов'язана зі зниженням ризику всіх видів деменції [81-83].

#### *Вживання алкоголю*

Епідеміологічні дослідження показують позитивний ефект помірного вживання вина (250-500 мл/день в порівнянні з більшими чи меншими кількостями) на ризик виникнення хвороби Альцгеймера та інших деменцій [84]. Однак рекомендації, що стосуються вживання алкоголю, повинні даватися обмежено у світлі відомих ризиків для здоров'я надмірного споживання алкоголю і небезпеки отруєння.

#### *Черепно-мозкові травми (ЧМТ)*

Тривале дослідження за участю ветеранів війни, які були госпіталізовані з приводу ЧМТ, виявило підвищений ризик хвороби Альцгеймера у людей з ЧМТ середнього та важкого ступеня в порівнянні з тими, хто госпіталізувався з інших причин [85].

### **3.2. Препарати для профілактики хвороби Альцгеймера**

*Існує достатньо доказів протективних ефектів нестероїдних протизапальних засобів (3D) [86], вітамінів (1b, D) [87], статинів (3, D) [88] і гінкго білоба (1b, D).*

*Відсутні докази протективної дії естрогенів і/або прогестерону [90, 91] щодо розвитку деменції (3, D).*

## **4. Судинні деменції**

### **4.1. Фактори ризику та вторинна профілактика**

*Рекомендується вторинна профілактика інсультів, яка знижує рівні рецидивів нових інсультів (A, 1a).*

*Залишається неясним, якою мірою вона впливає безпосередньо на пізнавальні функції пацієнтів.*

### **4.2. Медикаментозна терапія**

*Донепезил і мемантин є препаратами вибору при васкулярній деменції, але вони не впливають на загальну клінічну картину (1a, B).*

Ефективність та безпека донепезилу продемонстрована в двох дослідженнях [92, 93] і була недавно підтверджена [94]. 1219 пацієнтів з судинною деменцією, які відповідають критеріям NINDS-AIREN, на період тривалістю 24 тижні були включені в одну з трьох груп (плацебо, донепезил 5 мг / добу, донепезил 10 мг / добу).

Від 6-го до 24-го тижня в обох групах лікування показано статистично значуще поліпшення когнітивних функцій і повсякденної активності в порівнянні з групою плацебо. Найбільш виражений позитивний ефект мемантину на пізнавальне функціонування відзначався в групі з ураженням дрібних судин мозку [95-97].

*Галантамін може бути рекомендований з меншим ступенем надійності, ймовірно, він також ефективний при змішаних формах деменції (1b, B).*

*Ривастигмін може бути рекомендований при змішаних формах деменції з меншим ступенем надійності (2b, C) і також з меншою кількістю доказів ефективності (2b, C).*

*Німодипін показав короточасні ефекти на окремі пізнавальні функції (2b, C).*

*Гінкго білоба демонструє ефективність відносно окремих когнітивних функцій в популяції зі змішаною деменцією, у тому числі і у пацієнтів з васкулярною деменцією (2b, C).*

*В одному дослідженні при прийомі препарату Церебролізин ® показано значуще поліпшення пізнавальних функцій і клінічної картини (1b, C).*

У подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні у 242 пацієнтів прийом препарату Церебролізин ® показав значуще поліпшення по субшкалі оцінки пізнавальних функцій при хворобі Альцгеймера (ADAS-Cog). Також були відзначені поліпшення при аналізі у тих, хто відповів на лікування, за шкалою клінічного інтерв'ю на основі враження про зміни (Clinician's Interview Based Impression of Change, CIBIC +). В даний час ці результати опубліковані та очікують реплікації [102].

## **5. Деменція з тільцями Леві**

*Ривастигмін рекомендується при деменції з тільцями Леві (1b, A).*

Крім невеликих пілотних досліджень, ефективність ривастигміна (12 мг / день) була продемонстрована у великому плацебо-контрольованому дослідженні тривалістю 20 тижнів у 120 пацієнтів. У пацієнтів, які лікувалися ривастигміном, показані значущі поліпшення, що відносяться до апатії, тривоги, сплутаності і галюцинацій, в порівнянні з плацебо. Поліпшення загальних клінічних проявів і показників MMSE не було значущим в порівнянні з групою плацебо [103].

*Донепезил може бути рекомендований з меншим ступенем надійності, ніж ривастигмін (2b, C).*

Ця заява ґрунтується тільки на дослідженнях випадків.

## **6. Деменція при хворобі Паркінсона**

*Ривастигмін рекомендується в якості препарату вибору у пацієнтів з деменцією при хворобі Паркінсона (1b, A).*

Велике плацебо-контрольоване подвійне сліпе дослідження у 514 пацієнтів продемонструвало значуще поліпшення пізнавальних, поведінкових функцій і загальної клінічної картини. За уніфікованою шкалою оцінки хвороби Паркінсона не відзначалося погіршення моторних функцій, однак пацієнти, які лікувалися ривастигміном, частіше, ніж пацієнти групи плацебо, повідомляли про тремор як побічний ефект [106].

Є невелике плацебо-контрольоване перехресне дослідження використання донепезилу для лікування деменції при хворобі Паркінсона. Застосування 10 мг донепезилу призводило до поліпшення оцінок за шкалою міні-обстеження психічного стану (MiniMental State Examination, MMSE), в той же час нейропсихіатричне обстеження не показало значущих відмінностей. Також при прийомі інгібітора холінестерази не було погіршення моторних функцій за уніфікованою шкалою оцінки хвороби Паркінсона [107].

*Донепезил і мемантин є препаратами другої лінії вибору для лікування деменції при хворобі Паркінсона (1b, B).*

## **7. Фронтотемпоральна дегенерація**

*Інгібітори холінестерази не рекомендуються для лікування деменцій при фронтотемпоральній дегенерації (2a, D).*

*Селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СИЗС) можуть надавати позитивні ефекти на афективні симптоми при таких формах деменції, отже, вони рекомендовані (3, B).*

*Мемантин є препаратом другої лінії терапії (3, C).*

<b>NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015)</b>
--

### **1.7 Втручання для некогнітивних симптомів і проблемної поведінки у людей з деменцією**

Некогнітивні симптоми включають галюцинації, маячні ідеї, неспокій, значне збудження і супутню агресивну поведінку. «Проблемна поведінка» охоплює широкий спектр труднощів, з якими часто стикаються люди з деменцією і які можуть вплинути на тих, хто здійснює догляд за ними. Вона може включати агресію, збудження, безцільне ходіння, сексуальне розгальмовування, апатію і агресивну мовну діяльність, наприклад крик.

#### **1.7.1 Нефармакологічні інтервенції для ведення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки**

1.7.1.1 Людям з деменцією, у яких розвиваються некогнітивні симптоми, що викликають у них значний стрес, або у яких розвивається проблемна поведінка, необхідно на ранньому етапі запропонувати оцінку імовірнісних факторів, які можуть призвести до такої поведінки, загострити її або послабити. Оцінка повинні бути комплексною і включати:

- фізичний стан;
- депресію;
- біль можливий чи такий, що не виявився, або дискомфорт;
- побічні ефекти препаратів;
- особисту інформацію, включаючи релігійні переконання та культурну ідентичність;
- фізіологічні чинники;
- фізичні фактори навколишнього середовища;

- поведінковий і функціональний аналіз, виконаний спеціалістами, які мають особливі навички у співпраці з особами, які здійснюють догляд, і працівниками соціальної служби.

Необхідно розробити, задокументувати і регулярно переглядати індивідуалізовані плани з надання допомоги, що допомагають особам, які здійснюють догляд, і іншому персоналу поводитися належним чином в ситуаціях прояви проблемної поведінки. Частоту переглядів слід узгодити з особами, які здійснюють догляд, і зацікавленим персоналом, і внести до офіційних документів.

1.7.1.2 Для людей з усіма типами та ступенями тяжкості деменції з супутнім збудженням слід розглянути питання щодо надання доступу до інтервенцій, підібраних згідно з перевагами, навичками і можливостями пацієнта. Оскільки люди можуть реагувати на один варіант лікування краще, ніж на інший, необхідно контролювати відповідь на кожен варіант і відповідним чином адаптувати план з надання допомоги. Підходи, які можуть розглядатися, залежно від наявності включають в себе:

- ароматерапію;
- мультисенсорну стимуляцію;
- терапевтичне застосування музики та/або танців;
- анімалотерапію;
- масаж.

Дані інтервенції можуть бути представлені цілим рядом співробітників служби медико-соціальної допомоги та волонтерів в умовах відповідної підготовки і нагляду. Некомерційний сектор відіграє особливу роль у реалізації даних підходів. Співробітники служби медико-соціальної допомоги в NHS і соціальної служби, включаючи будинки престарілих, повинні працювати разом з метою забезпечення доступу до даних варіантів, оскільки існують певні докази їх клінічної ефективності. Для підтвердження їх економічної ефективності необхідні додаткові дослідження.

#### **1.7.2 Фармакологічні інтервенції для некогнітивних симптомів і проблемної поведінки [14]**

1.7.2.1 Людям з деменцією, у яких розвиваються некогнітивні симптоми або проблемна поведінка, слід пропонувати фармакологічну інтервенцію тільки у випадку важкого стресу або безпосереднього ризику шкоди для хворого або інших людей. Слід якомога швидше застосувати

оцінку і підготувати план з надання допомоги, що включає ведення поведінкової проблеми (див. Рекомендацію 1.7.1.1). У випадку, якщо стрес та/або збудження протікають в менш важкій формі, слід застосувати інтервенції, описані в рекомендаціях 1.7.1.2, 1.8.1.2 і 1.8.1.3, до розгляду можливості застосування фармакологічної інтервенції.

1.7.2.2 Людям з хворобою Альцгеймера, судинною деменцією або деменцією змішаного типу з легкими і помірними некогнітивними симптомами не слід призначати антипсихотичні препарати через можливе підвищення ризику розвитку небажаних цереброваскулярних явищ і смерті. [18]

1.7.2.3 Людям з DLB з легкими і помірними некогнітивними симптомами не слід призначати антипсихотичні препарати, оскільки вони знаходяться в групі ризику розвитку важких небажаних реакцій.

1.7.2.4 Людям з хворобою Альцгеймера, судинною деменцією або деменцією змішаного типу з важкими некогнітивними симптомами (психозом та/або неспокійною поведінкою, що викликають значний стрес) може бути запропоновано лікування із застосуванням антипсихотичного препарату, але тільки після дотримання наступних умов.

- Необхідно повною мірою обговорити з людиною з деменцією та/або особами, які здійснюють догляд, можливі переваги і ризики лікування. Особливу увагу слід приділити оцінці цереброваскулярних факторів ризику та обговорити можливе збільшення ризику інсульту / транзиторної ішемічної атаки і можливих небажаних ефектів на когнітивну функцію.

- Слід регулярно оцінювати і документувати зміни когнітивної функції. За необхідності можна розглянути застосування альтернативного препарату.

- Слід виявляти, вимірювати і реєструвати виявлені симптоми.

- Необхідно регулярно оцінювати і реєструвати зміни виявлених симптомів.

- Необхідно враховувати вплив супутніх захворювань, таких як депресія.

- Слід робити вибір антипсихотичного препарату після індивідуального аналізу співвідношення користь-ризик.

- Спочатку слід використовувати низьку дозу з подальшим збільшенням.

- Слід обмежувати лікування в часі і регулярно оцінювати його ефекти (кожні 3 місяці або відповідно до клінічної необхідності).

У людей з DLB фахівці в галузі охорони здоров'я повинні уважно стежити за появою тяжких небажаних реакцій, особливо реакцій нейролептичної чутливості (що виявляються у вигляді розвитку або погіршення тяжких екстрапірамідних рис після лікування в діапазоні прийнятних доз або погіршення фізичного стану в гострій і важкій формі після призначення антипсихотичних препаратів, для появи яких немає ніякої іншої очевидної причини).

1.7.2.5 Людям з легкою і помірною формою хвороби Альцгеймера з некогнітивними симптомами та/або проблемною поведінкою, що спричиняють людині значний стрес або потенційну шкоду, може бути запропоновано застосування інгібітора ацетилхолінестерази в ситуаціях, позначених в розділах 1.6.2.3 та 1.6.2.4, а саме:

- якщо нефармакологічний підхід є неприйнятним або неефективним, і

- якщо застосування антипсихотичних препаратів є неприйнятним або неефективним.

1.7.2.6 Людям з помірною формою хвороби Альцгеймера з некогнітивними симптомами та/або проблемною поведінкою (згідно з розділом 1.7.2.5), які не переносять інгібітори ацетилхолінестерази або мають протипоказання до їх застосування, також як і людям з важкою формою хвороби Альцгеймера, може бути запропоновано застосування мемантину в ситуаціях, зазначених у розділі 1.6.2.3, а саме:

- якщо нефармакологічний підхід є неприйнятним або неефективним, і

- якщо застосування антипсихотичних препаратів є неприйнятним або неефективним.

1.7.2.7 Людям з DLB з некогнітивними симптомами, що спричиняють людині значний стрес або викликають проблемну поведінку, може бути запропоновано застосування інгібітора ацетилхолінестерази.

1.7.2.8 Людям з судинною деменцією, у яких розвиваються некогнітивні симптоми або проблемна поведінка, не слід призначати інгібітори ацетилхолінестерази, за винятком

використання в рамках клінічних досліджень, організованих належним чином.

### **1.7.3 Проблемна поведінка, що вимагає термінового лікування. Управління ризиками**

Контроль проблемної поведінки стає пріоритетом, якщо насильство, агресія і надмірне збудження загрожують безпеці людини з деменцією або іншим людям.

1.7.3.1 Співробітники служби медико-соціальної допомоги, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, повинні виявляти, контролювати і впливати на фактори зовнішнього середовища, фактори фізичного здоров'я і фізіологічні чинники, які можуть збільшити ризик розвитку проблемної поведінки, особливо насильства та агресії, і ризик заподіяння шкоди собі або іншим. Дані фактори включають:

- перенаселеність;
- відсутність конфіденційності;
- недостатню активність;
- неналежне ставлення персоналу;
- недостатнє спілкування між людиною з деменцією і персоналом;
- конфлікти між персоналом і особами, які здійснюють догляд;
- слабку клінічну настанову.

1.7.3.2 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні пройти підготовку, щоб бути готовими до розвитку проблемної поведінки і відповідним чином впливати на прояви насильства, агресії і надмірного збудження, включаючи техніки деескалації, а також методи фізичного обмеження.

1.7.3.3 Фахівці в галузі охорони здоров'я, які використовують препарати для ведення насильства, агресії і надмірного збудження у людей з деменцією, повинні:

- пройти навчання з метою правильного застосування лікарських засобів для контролю поведінки, особливо бензодіазепінів і антипсихотичних препаратів;
- бути готовими оцінювати ризики, пов'язані з фармакологічним контролем насильства, агресії і надмірного збудження, особливо у людей зі зневодненням або фізичним захворюванням;
- розуміти кардіореспіраторні ефекти прийому бензодіазепінів і антипсихотичних препаратів в гострих ситуаціях і необхідність титрування дози для досягнення ефекту;
- визнавати важливість нагляду за людьми, які отримують дані препарати, в положенні для профілактики аспірації блювотних мас, моніторингу пульсу, кров'яного тиску й дихання;
- ознайомитися і пройти навчання щодо застосування реанімаційного обладнання;
- проходити щорічну перепідготовку з методів реанімації;
- розуміти значення підтримки вільної прохідності дихальних шляхів.

### **Принципи фармакологічного контролю насильства, агресії і надмірного збудження**

1.7.3.4 Для людей з деменцією, що знаходяться в групі значного ризику нанесення шкоди собі або іншим людям через насильство, агресію і надмірне збудження, необхідні заходи слід робити в безпечному середовищі з низьким рівнем стимуляції, відокремлено від інших споживачів послуг.

1.7.3.5 Фармакологічне лікування для контролю насильства, агресії і надмірного збудження слід використовувати скоріше для заспокоєння людини з деменцією і зменшення ризику насильства і шкоди, ніж для лікування основного психіатричного захворювання. Фахівці в галузі охорони здоров'я повинні прагнути до оптимальної реакції, при якій збудження або агресія знижується без седації.

1.7.3.6 Слід вести насильницьку поведінку без призначення високих доз або комбінації препаратів, особливо у випадку похилого віку або ослабленого стану. Необхідно застосовувати мінімальну ефективну дозу.

1.7.3.7 Слід з обережністю використовувати препарати для контролю поведінки, особливо, якщо до людини з деменцією було застосоване фізичне обмеження, через такі ризики як:

- втрата свідомості замість седації;
- надмірна седація з втратою концентрації уваги;
- розрив відносин між людиною з деменцією, особами, які здійснюють за ним догляд, і

групою медико-соціальної допомоги;

- питання, пов'язані з віком і фізичним і психічним здоров'ям.

1.7.3.8 Людям з деменцією, які отримали ненавмисний седативний ефект, та особам, які здійснюють за ними догляд, необхідно запропонувати можливість обговорювати свої переживання і отримувати чітке обґрунтування рішення використовувати строкову седацію. Це слід внести до офіційних документів.

#### **Спосіб застосування препарату**

1.7.3.9 За необхідності фармакологічного контролю насильства, агресії і надмірного збудження слід віддавати перевагу пероральним препаратам перед парентеральними.

1.7.3.10 За необхідності застосування саме парентерального лікування для контролю насильства, агресії і надмірного збудження слід вибирати внутрішньом'язовий (в/м) шлях введення, оскільки він більш безпечний, ніж внутрішньовенний. Внутрішньовенне введення слід використовувати тільки у виняткових випадках.

1.7.3.11 Після парентерального лікування для контролю насильства, агресії і надмірного збудження необхідно стежити за основними показниками життєдіяльності. Артеріальний тиск, пульс, температуру і частоту дихання необхідно реєструвати з частотою, узгодженою з мультидисциплінарною групою до того, як людина з деменцією знову стає активною. Якщо людина спить, необхідне застосування більш інтенсивного моніторингу.

#### **Внутрішньом'язові засоби для контролю поведінки**

1.7.3.12 Якщо для контролю поведінки потрібне застосування препаратів внутрішньом'язово, слід використовувати лоразепам, галоперидол або оланзапін. По можливості, слід використовувати один засіб замість комбінації препаратів.

1.7.3.13 За необхідності досягнення швидкої транквілізації слід розглянути можливість застосування комбінації внутрішньом'язово галоперидолу і внутрішньом'язово лоразепаму.

1.7.3.14 Застосування внутрішньом'язово діазепаму та внутрішньом'язово хлорпромазину не рекомендується для ведення проблемної поведінки у людей з деменцією.

1.7.3.15 При використанні внутрішньом'язово галоперидолу (або будь-якого іншого в/м стандартного антипсихотика) для контролю поведінки фахівці в галузі охорони здоров'я повинні стежити за дистонією та іншими екстрапірамідними побічними ефектами. Якщо побічні ефекти викликають стресовий стан, особливо в разі гострих дистонічних реакцій, слід розглянути можливість застосування антихолінергічних агентів. При використанні антихолінергічних агентів фахівці в галузі охорони здоров'я повинні стежити за погіршенням когнітивної функції.

#### **Коментар робочої групи:**

*На момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови лікарський засіб лоразепам в Україні не зареєстрований, оланзапін в Україні не зареєстрований для внутрішньом'язового застосування.*

### **Consensus Statement "Dementia 2010" of the Austrian Alzheimer Society**

#### **Е. Лікарська терапія некогнітивних симптомів**

**Лікування некогнітивних симптомів психотропними препаратами показано тільки у випадках, якщо інші заходи не дали бажаного результату (А).**

Е1. Препарати для лікування поведінкових порушень при деменції, викликаній різними причинами

Е.1.1. Інгібітори холінестерази

*Інгібітори холінестерази ефективні для лікування поведінкових порушень і психотичних симптомів і рекомендуються з цією метою (1а, А). Монотерапія інгібіторами холінестерази часто є недостатньою. Часто інгібітори холінестерази необхідно поєднувати з антипсихотичними препаратами (А).*

Е.1.2. Мемантин

*Мемантин є ефективним для лікування поведінкових порушень, зокрема агресії / ажитації, і рекомендується з цією метою (1a, A).*

Існують дослідження, які описують ефективність мемантину в зменшенні або усуненні дратівливості, ажитації і психозів протягом 3-6 місяців [45, 120, 121]. Нещодавнє подвійне сліпе рандомізоване дослідження показало, що у пацієнтів з помірно важким і важким ступенем хвороби Альцгеймера, які лікувалися донепезилом, прийом мемантину показував значиму редукцію ажитації / агресії і дратівливості [122].

#### Е.1.3. Антипсихотичні препарати

*Виразність таких симптомів як галюцинації, маячні ідеї зменшується після застосування антипсихотичних препаратів при всіх типах деменції (1a, A).*

*Призначення антипсихотичних препаратів у пацієнтів з деменцією потрібно починати з малих доз (A), які можна підвищувати тільки поступово (3, A); спочатку дозу необхідно коригувати щотижня, а потім щомісяця (3, A).*

##### Е.1.3.1. Нові антипсихотичні препарати

*Рисперидон є препаратом вибору при психотичних симптомах і поведінкових порушеннях у пацієнтів з деменцією (1a, A).*

Рисперидон є ефективним для лікування психічних симптомів (галюцинації, маячні ідеї) і поведінкових порушень (агресивна поведінка, ажитація, параноїдна налаштованість). Це єдиний атипичний антипсихотик, який для цих цілей офіційно схвалений в Австрії: «Рисперидон показаний для лікування тяжких поведінкових порушень у пацієнтів з деменцією, тільки якщо ці симптоми створюють ризик для пацієнта або його оточення або при неефективності інших засобів». Рекомендованою дозою є 0,5-2 мг на день; залежно від дози можуть виникати екстрапірамідні побічні ефекти.

*Оланзапін (1a), арипіразол (1a), кветіапін (1b), зипразидон (2b) і клозапін (1b) ефективні при психотичних симптомах у пацієнтів з деменцією [127], але в Австрії вони не зареєстровані для цих показань.*

*Антипсихотичні препарати, що характеризуються відносно меншим ступенем блокади дофамінових рецепторів (кветіапін, клозапін), ймовірно, є більш корисними при деменції з тільцями Леві і при хворобі Паркінсона, але в даний час не представляється можливим дати загальні рекомендації з причини недостатньої кількості великих контрольованих досліджень (2a, C).*

##### Е.1.3.2. Давно застосовувані антипсихотичні засоби

*Використання галоперидолу як препарату другої лінії після введення нових антипсихотичних препаратів може бути рекомендовано тільки в окремих випадках (1a, C).*

*У низьких дозах галоперидол продемонстрував ефективність відносно поведінкових порушень при деменції при хворобі Альцгеймера або васкулярній деменції [130]. Також описані важкі побічні ефекти і випадки смерті після призначення галоперидолу. Галоперидол викликає важкі екстрапірамідні моторні побічні ефекти і порушення когнітивних функцій.*

##### Е.1.3.3. Безпека антипсихотичних препаратів при лікуванні деменції

*При прийомі нових антипсихотичних препаратів цереброваскулярні розлади (транзиторні ішемічні порушення, інсульти) розвиваються частіше, ніж при прийомі плацебо (1a). Нові антипсихотичні препарати характеризуються слабким, але значним збільшенням ризику смерті в порівнянні з плацебо (1a).*

*Давно застосовувані і нові антипсихотичні препарати характеризуються схожим профілем (1a).*

В останні роки все більше обговорювалося співвідношення «користь - ризик» при використанні нових антипсихотичних препаратів для лікування поведінкових порушень у пацієнтів з деменцією. І FDA, і Європейське агентство з оцінки лікарських засобів попереджають, що нові антипсихотичні засоби обумовлюють більш високу частоту виникнення серцевої недостатності, церебральної смертності в порівнянні з плацебо. Ці попередження стосуються оланзапіна, рисперидону, а з квітня 2005 року і всіх нових антипсихотичних препаратів. Кілька метааналізів підтвердили цей підвищений ризик [131, 132].

Давно застосовувані нейролептики (галоперидол) характеризуються схожим цереброваскулярним ризиком і підвищеною смертністю [133]. Отримані дані привели до невпевненості в тому, як слід лікувати клінічно значущі поведінкові порушення при деменції.

Е.1.3.4. Загальні рекомендації, що стосуються лікування антипсихотичними препаратами деменції у пацієнтів з урахуванням дискусії про безпеку

*Антипсихотичні препарати слід використовувати, тільки якщо симптоми є серйозними, а інші заходи, в тому числі виключення соматичних причин або будь-якого зв'язку з одночасно використовуваними медикаментами, показали неефективність (А).*

#### Е.1.4. Антидепресанти

*У пацієнтів з деменцією і депресією в якості препаратів вибору (А) рекомендуються СИЗЗС (2b) або оборотний ІМАО-А моклобемід (1b). Комбінація інгібіторів зворотного захоплення серотоніну з моклобемідом може викликати важкі побічні ефекти, отже, не рекомендується (А).*

*Міртазапін може бути рекомендований при депресії у пацієнтів з деменцією (2b, В).*

*Тразодон при прийомі в низьких дозах (50-150 мг) у вечірній час покращує сон у пацієнтів з деменцією (2b, В).*

*Якщо використання інших лікарських засобів з більш доведеною ефективністю не дало результату, можна призначити низькі дози венлафаксину, мілнаціпрама, дулоксетину, есциталопраму і ребоксетіна (3, С). Додавання СИЗЗС до терапії інгібіторами холінерастери у пацієнтів з деменцією в окремих випадках може поліпшити поведінкові порушення (1b, С).*

#### **Коментар робочої групи:**

*На момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови лікарський засіб мілнаціпрам в Україні не зареєстрований, лікарський засіб ребоксетін зареєстрований за міжнародною непатентованою назвою пароксетин.*

#### Е.1.5. Бензодіазепіни

*За наявності симптомів тривоги та ажитації можна пробувати використовувати бензодіазепіни (оксазепам, лоразепам, альпрозалам) [3], приділяючи увагу побічним ефектам (м'язова слабкість, двоїння в очах, схильність до падінь, сонливість, парадоксальні реакції із затьмаренням свідомості) і враховуючи співвідношення «ризик - користь» (С).*

*Ймовірно, бензодіазепіни призначають частіше, ніж це необхідно, причиною призначень часто є нерозпізнані симптоми депресії [136]. Бензодіазепіни можуть погіршувати пізнавальні здібності у пацієнтів з деменцією [137]. Слід пам'ятати, що при призначенні високих доз може виникати розгальмування [138].*

*Бензодіазепіни не слід призначати для лікування галюцинацій або маячних ідей (А).*

*Бензодіазепіни з високим ризиком накопичення препарату (період напіввиведення препарату та/або активних метаболітів перевищує 24 години), наприклад діазепам і флунітразепам, не слід призначати особам похилого віку з деменцією (D).*

*Золпідем (В), зокрема, є ефективним снодійним препаратом, оскільки володіє коротким періодом дії. Певною мірою можуть бути використані релаксуючі або седативні побічні ефекти деяких антидепресантів або нейролептиків (А).*

*Протиепілептичні препарати (вальпроєва кислота, карбамазепін, габапентин) також в окремих випадках можуть бути використані в ажітованих пацієнтів з деменцією, але вони не є препаратами вибору (С).*

#### **Коментар робочої групи:**

*На момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови лікарський засіб альпрозалам в Україні не зареєстрований.*



### **1.8 Втручання для супутніх емоційних розладів у людей з деменцією**

#### **1.8.1 Психологічні інтервенції для людей з деменцією з депресією та/або занепокоєнням**

1.8.1.1 Пакети з надання допомоги людям з деменцією повинні включати оцінку та моніторинг депресії та/або занепокоєння.

1.8.1.2 Для людей з деменцією, у яких розвинулися депресія та/або занепокоєння, в якості складової лікування слід розглянути можливість застосування когнітивної поведінкової терапії, яка може мати на увазі активну участь особи, яка здійснює догляд.

1.8.1.3 Для людей з деменцією, у яких розвинулися депресія та/або занепокоєння, повинен бути доступний ряд індивідуально підібраних інтервенцій, таких як ремінісцентна терапія, мультисенсорна стимуляція, анімалотерапія і фізичні вправи.

#### **1.8.2 Фармакологічні інтервенції для людей з деменцією з депресією**

1.8.2.1 Людям з деменцією, які також мають серйозний депресивний розлад, повинно бути запропоновано лікування антидепресантами. Лікування має бути ініційовано співробітниками, які пройшли спеціальну підготовку, які повинні слідувати клінічній настанові NICE «Депресія: управління депресією при наданні первинної та вторинної медичної допомоги» [19] після ретельної оцінки співвідношення користь-ризик. Слід уникати застосування антидепресантів з антихолінергічним ефектом, оскільки вони можуть негативно вплинути на когнітивну функцію. На початку лікування слід пояснити необхідність комплаєнтності, вказати час до початку дії і описати ризик синдрому відміни.

#### **Коментар робочої групи:**

*На момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови затверджені медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при депресії.*

### **1.9 Стаціонар для людей з деменцією**

1.9.1.1 За можливості допомога при деменції повинна бути надана на рівні спільноти людей з деменцією, проте за певних обставин можна розглянути можливість психіатричної госпіталізації, в тому числі, якщо:

- людина з деменцією демонструє серйозні прояви і потребує переміщення до спеціалізованої установи заради його / її власного здоров'я та безпечності та/або безпеки інших людей (в деяких випадках це може стосуватися людей, на яких поширюється дія Закону про психічне здоров'я від 1983)

- оцінка в умовах спільноти неможлива, наприклад, у випадку, якщо людина з деменцією страждає від комплексу фізичних і психіатричних проблем.

#### **Коментар робочої групи:**

*На момент підготовки даної адаптованої клінічної настанови є Закон України «Про психіатричну допомогу».*

### **1.10 Паліативна допомога, полегшення болю і догляд в кінці життя для людей з деменцією**

#### **1.10.1 Паліативна допомога і питання кінця життя**

Допомога у разі деменції повинна включати паліативну допомогу з моменту постановки діагнозу до смерті. Вона повинна прагнути підтримувати якість життя людей з деменцією і дозволити їм померти з гідністю в місці за їх вибором, а також підтримувати осіб, які здійснюють догляд, під час їх втрати, які можуть і очікувати смерті, і навіть піти за померлою людиною. [20]

1.10.1.1 Співробітники служби медико-соціальної допомоги, які працюють з людьми з деменцією і особами, які здійснюють догляд за ними, повинні дотримуватися підходу паліативної допомоги. Вони повинні враховувати фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби, щоб

максимально підвищити якість життя людини з деменцією і його сім'ї.

1.10.1.2 Фахівці в області паліативної допомоги, інші співробітники служби медико-соціальної допомоги та уповноважені представники повинні гарантувати, що вмираючі люди з деменцією мають такий же вільний доступ до паліативної допомоги, як і люди без деменції.

1.10.1.3 Групи первинної медичної допомоги повинні гарантувати оцінку потреб людей з деменцією, які близькі до смерті, в паліативній допомозі та передачу отриманої інформації в межах групи, а також співробітникам служби медико-соціальної допомоги.

1.10.1.4 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні заохочувати людей з деменцією їсти і пити пероральним способом так довго, як це можливо. Повинні бути доступні оцінка та консультації фахівця, що стосуються ковтання та годування при деменції. Також можуть бути корисні рекомендації щодо харчування. У випадку, якщо дисфагія вважається тимчасовим явищем, слід розглянути можливість нутритивної підтримки, включаючи штучне (зондове) годування, проте штучне годування не слід застосовувати у людей з важкою формою деменції, у яких дисфагія або небажання їсти є проявом тяжкості захворювання. При прийнятті рішення про збереження або скасування нутритивної підтримки необхідно керуватися етичними [21] і правовими [22] принципами.

1.10.1.5 Якщо людина з важкою формою деменції страждає від лихоманки, особливо, на термінальних стадіях, слід застосувати клінічну оцінку. Може бути достатньо застосування простих анальгетиків, жарознижуючих і механічних засобів охолодження. На термінальних стадіях деменції в якості паліативних заходів можна розглянути можливість застосування антибіотиків, проте це вимагає індивідуальної оцінки.

1.10.1.6 Встановлений порядок в лікарнях і установах довгострокового перебування, в центрах сестринського догляду або безперервної медичної допомоги повинен відображати той факт, що серцево-легенева реанімація навряд чи буде успішною у випадках зупинки серця у людей з серйозною формою деменції.

1.10.1.7 За відсутності дійсного і застосовного попереднього рішення про відмову від реанімації, рішення реанімувати повинно враховувати будь-які висловлені побажання або переконання людини з деменцією, разом з позицією осіб, які здійснюють догляд, і мультидисциплінарної групи. Рішення має бути прийнято відповідно до настанови, розробленої реанімаційною радою Великої Британії [23] і, якщо людина є недієздатною, то відповідно до положень Закону про дієздатність від 2005 р таке рішення повинно бути внесено до історії хвороби і планів з надання допомоги.

### **1.10.2 Полегшення болю**

1.10.2.1 Якщо людина з деменцією демонструє незрозумілі зміни в поведінці та/або ознаки стресу, співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні оцінити вираженість болю, використовуючи за необхідності наглядові інструменти для оцінки болю. Тим не менш, слід розглянути й інші можливі причини.

1.10.2.2 Лікування болю у людей з важкою формою деменції повинно включати як фармакологічні, так і нефармакологічні заходи. Нефармакологічне лікування необхідно застосовувати з урахуванням анамнезу і переваг людини.

## **1.11 Підтримка та втручання для осіб, які здійснюють догляд за людьми з деменцією**

### **1.11.1 Оцінка потреб осіб, які здійснюють догляд**

1.11.1.1 Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні забезпечити дотримання прав осіб, які здійснюють догляд, на отримання оцінки потреб згідно із Законом про осіб, які здійснюють догляд, і дітей-інвалідів від 2000 року, Закону про осіб, які здійснюють догляд (про рівні можливості) від 2004 [24]

### **1.11.2 Інтервенції**

1.11.2.1 Фахівці, які проводять оцінку осіб, що здійснюють догляд, повинні прагнути до виявлення психологічного стресу і психосоціального впливу на особу, яка здійснює догляд. Це має бути безперервним процесом і включати будь-який період після поступлення людини з деменцією до установи проживання з доглядом.

1.11.2.2 Плани з надання допомоги особам, які здійснюють догляд за людьми з деменцією,

повинні включати ряд індивідуально підібраних інтервенцій. Вони можуть складатися з декількох компонентів, включаючи:

- Індивідуальне або групове навчання психологічній самодопомозі;
- Групи підтримки, які складаються з осіб, які здійснюють догляд, з урахуванням потреб конкретних людей в залежності від стадії деменції людини, про яку піклуються, та інших характеристик;
- Підтримка та надання інформації по телефону і через інтернет;
- Навчальні курси з питань деменції, догляду та пільг, а також спілкування й вирішення проблем, що стосуються допомоги людям з деменцією;
- Залучення інших членів сім'ї, а також фахівця в галузі первинної медичної допомоги до участі у сімейних зустрічах.

1.11.2.3 Слід приділяти увагу залученню людей з деменцією до навчання психологічній самодопомозі, участі у зустрічах груп підтримки та інших заходів для осіб, які здійснюють догляд.

1.11.2.4 Співробітники служби медико-соціальної допомоги повинні забезпечити надання особам, які здійснюють догляд, такої підтримки, як, наприклад, транспорт або короткі перерви, для того, щоб вони могли брати участь в інтервенціях.

1.11.2.5 Особам, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, що відчують психологічний стрес і негативний психологічний вплив, необхідно запропонувати психотерапію, включаючи когнітивну поведінкову терапію, проведену досвідченим фахівцем.

### **1.11.3 Практична допомога та підтримка**

1.11.3.1 Керівники служби медико-соціальної допомоги повинні забезпечити особам, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, доступ до цілого ряду послуг перепочинку / короткої перерви. Вони повинні задовольняти потреби як особи, яка здійснює догляд (з точки зору розташування, гнучкості та своєчасності), так і особи з деменцією, і повинні включати, наприклад, денний догляд, цілодобовий догляд, розміщення дорослих і короткострокове та/або нічне переміщення до установи проживання з доглядом. Для доступу до даних послуг необхідно надати транспорт, якщо він не передбачений у власному будинку людини.

1.11.3.2 Послуги перепочинку / короткої перерви будь-якого виду повинні характеризуватися змістовною і терапевтичною активністю, підбраною для конкретної людини з деменцією і запропонованою в середовищі, що відповідає його потребам. По можливості дані послуги слід забезпечувати у власному будинку людини.

## **Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2014**

**Симптоматичне лікування.** Оновлення щодо фармакологічного симптоматичного лікування було рекомендовано для хвороби Альцгеймера (ХА), деменції Паркінсона, депресії, збудження, агресії при ХА.

На підставі переконливих випробувань, які показують, що інгібітори холіноестерази (ChEIs) є ефективними при інших станах, крім легкої до помірної ХА, ці препарати повинні бути розглянуті при ХА з компонентом цереброваскулярних захворювань (найпоширеніший тип деменції змішаного патогенезу), деменції Паркінсона і всіх стадіях ХА. Ці препарати не рекомендуються для лікування чисто судинної деменції (рідкісний стан) або нервово-психічних симптомів. Немає чітких доказів, що один препарат ChEI є більш ефективним, ніж інший, тому вибір повинен ґрунтуватися на інших факторах. У той час, як комбінована терапія ChEIs і мемантином є раціональною на основі поєднання різних механізмів їх дії і безпеки, очевидних переваг цієї комбінації немає. Настанова пропонує відхилення ChEIs. Несприятливі події, насамперед, пов'язані зі шлунково-кишковими побічними ефектами, а також головний біль і запаморочення на мемантині.<sup>16</sup> (Вставка 3).

**Вставка 3. Симптоматичне лікування:** Клас 1А – це сильна рекомендація, заснована на високоякісних доказах; клас 1В – це сильна рекомендація, заснована на доказах помірної якості; клас 2А – це слабка або умовна рекомендація на основі високоякісних доказів; клас 2В – це

слабка чи умовна рекомендація на основі доказів помірної якості; і клас 2C є слабкою або умовною рекомендацією, заснованою на доказах низької або дуже низької якості

### **Фармакологічне лікування**

- Багато випадків деменції мають більше одного стану, які сприяють причинності, найчастіше – це поєднання ХА з іншою патологією головного мозку. Ведення цих пацієнтів має ґрунтуватися на тих діагнозах, які є переважаючими причинами, що сприяють ХА (клас 1B)
- ChEIs рекомендуються в якості варіанту лікування ХА з компонентом цереброваскулярної хвороби (клас 1B)
- ChEIs рекомендуються в якості варіанту лікування деменції, пов'язаної з хворобою Паркінсона (клас 1A)
- Усі 3 ChEIs продемонстрували ефективність у лікуванні від легкої до важкої ХА. Пробний ChEIs рекомендується для більшості пацієнтів з ХА (клас 1A)
- Існує недостатньо доказів, які є непослідовними, на основі яких можна представити рекомендацію за чи проти застосування наявних в даний час ChEIs для лікування судинної деменції (клас 2B)
- Прямі порівняння не показали різницю між ChEIs (клас 2B). Вибір засобу для застосування повинен ґрунтуватися на профілі небажаних ефектів, простоті щодо застосування, відомостях про нього і відмінності між засобами щодо їх фармакокінетики та інших механізмів дії.
- Комбінована терапія ChEI і мемантином є раціональною (оскільки препарати мають різні механізми дії) і є безпечними, але є недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти цієї комбінації (клас 2B)
- Через зростаючу центральну і периферичну холінергічну стимуляцію ChEIs можуть:
  - збільшити ризик шлунково-кишкової кровотечі, особливо у пацієнтів з виразковою хворобою або у тих, хто приймає протизапальні препарати;
  - іноді викликати брадикардію або блокаду серця у хворих з або без серцевої недостатності;
  - загострювати астму або інші захворювання легенів;
  - бути причиною обструкції відтоку сечі;
  - збільшувати ризик нападу; або
  - пролонгувати ефекти сукцинілхоліну (міорелаксанти)
- Пробне застосування антидепресантів можна розглядати, якщо пацієнт має неадекватну відповідь на немедикаментозні втручання або має важкий депресивний розлад, важку дистимію або важку емоційну лабільність (клас 2A)
- Вальпроат не повинен застосовуватися при ХА і збудженні та агресії (клас 1A)
- Належних доказів, щоб рекомендувати за чи проти використання ChEIs або мемантину для лікування психоневрологічних симптомів, немає (клас 2B)
- Немедикаментозні втручання при збудженні та агресії при деменції включають розпізнання і лікування посилюючих факторів (медичних, психіатричних, посередників, навколишнього середовища)
- Рисперидон, оланзапін і арипіпразол слід розглядати при деменції з важким збудженням, агресією, психозом, де існує ризик нанесення шкоди пацієнту або іншим особам. Потенційна користь від усіх антипсихотичних препаратів повинна бути зважена проти ризиків, таких як цереброваскулярних несприятливих подій та смерті (рівень 2A)
- У даний час немає достатніх доказів, щоб рекомендувати за чи проти використання кветіапіну в лікуванні важкого збудження, агресії, психозів, пов'язаних з деменцією (ступінь 2B)
- Існує достатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або тразодону в лікуванні збудження (ступінь 2B)

### **Припинення застосування ChEIs**

- Через відомі побічні ефекти і вартість препаратів для тривалої терапії припинення застосування ChEIs слід розглядати і збалансувати проти можливого погіршення когнітивних функцій і більшим функціональним погіршенням (клас 2B). Показано, що застосування ChEIs може бути припинене, коли є наступне:

- Пацієнт, особа, яка здійснює догляд, або інша особа, уповноважена приймати рішення, вирішує припинити застосування ChEIs після зважування ризиків та користі від продовження або припинення
- Пацієнт не дотримується лікування, і продовження призначення марне.
- Показники когнітивного, функціонального або поведінкового погіршення пацієнта вищі при лікуванні в порівнянні з показниками до лікування.
- Пацієнт відчуває нестерпні побічні ефекти, які, безумовно, або, можливо, пов'язані з ChEIs
- Супутні захворювання пацієнта роблять подальше застосування засобу неприпустимо ризикованим або марним (наприклад, термінальна стадія хвороби)
- Деменція у пацієнта прогресує до стадії (наприклад, стадія 7 за Global Deterioration Scale), де немає користі від продовження терапії.
- Показано, що доза буде знижуватися до припинення засобу. Якщо застосування припинено через очевидну відсутність ефективності, рекомендується спостерігати пацієнта протягом наступних 1-3 місяців для підтвердження спостережуваного зниження. Якщо це відбувається, то розглядається відновлення терапії (клас 2C)

Нефармакологічне лікування слід розглядати перед початком медикаментозної терапії у людей з деменцією зі збудженням чи агресією, а користь усіх антипсихотичних ліків слід зважувати проти їх суттєвих ризиків (інсульт та смерть). Рисперидон, оланзапін і арипіпразол слід розглядати у людей з деменцією при сильному збудженні, агресії та психозі, якщо існує ризик нанесення шкоди пацієнту або іншим особам.

Роль інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, тразодону і кветиапіну неясні в лікуванні збудження.

Вальпроат не повинен застосовуватися у пацієнтів з ХА зі збудженням та агресією. Нова інформація про токсичність, прискорення втрати об'єму головного мозку, більшим когнітивним порушенням і аналогічним ризиком смерті, отримана у пацієнтів з деменцією на антипсихотичних препаратах, призвела до сильної рекомендації щодо застосування вальпроату в цьому контексті.

**NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care» (2015)**

## **2. Пояснення щодо сфери застосування настанови**

Настанови NICE розробляються відповідно до області застосування, яка визначає, які питання охоплює або не охоплює дана настанова. Інформація, що стосується області застосування даної настанови, доступна на сайті.

Ця настанова поширюється на людей з хворобою Альцгеймера, судинною деменцією, деменцією з тільцями Леві, деменцією на тлі хвороби Паркінсона, підкірковою деменцією, лобно-скроневою деменцією і змішаною корковою і підкірковою деменцією, а також на їх сім'ї або осіб, які здійснюють догляд, і всіх співробітників служби медико-соціальної допомоги, які беруть участь у наданні допомоги, лікуванні та догляду за людьми з деменцією, їхніми сім'ями та особами, які здійснюють догляд, включаючи:

- співробітників служби медико-соціальної допомоги, що мають прямий контакт з людьми з деменцією в лікарні, співтоваристві, на дому, в групах підтримки, в умовах установи проживання з доглядом;
- співробітників служби медико-соціальної допомоги, що працюють в NHS, в службах комплексної медико-соціальної допомоги, службах обов'язкової допомоги, а також у волонтерських і незалежних організаціях.

Дана настанова не розглядає:

- лікування та ведення хвороби Крейтцфельдта-Якоба;
- фізичне лікування органічного захворювання, яке іноді асоціюється з різними формами деменції, наприклад, лікування конвульсій або порушень моторної функції;
- лікування фізичного нездужання, яке зазвичай зустрічається у літніх людей, особливо

людей з деменцією, наприклад, серцево-судинних і неврологічних розладів, за винятком випадків, коли лікування таких захворювань може змінити прогресування деменції.

### **Про розробку даної настанови**

NICE доручив Національному центру зі співробітництва у сфері психічного здоров'я Великобританії разом з Інститутом удосконалення соціальної допомоги (SCIE) розробити дану настанову. Центр і SCIE призначили групу з розробки настанови (див. Додаток А), яка розглянула докази і розробила рекомендації. За процесом розробки настанови спостерігала незалежна Комісія з оцінки настанови (див. Додаток В).

Більше інформації про те, як розроблялися клінічні настанови NICE, знаходиться на веб-сайті NICE. Брошура «Як розробляються клінічні настанови NICE: огляд для учасників, громадськості та NHS» доступна за посиланням.

### **3. Впровадження**

Комісія з питань охорони здоров'я оцінює дотримання NHS-організаціями основних і експериментальних стандартів, встановлених Департаментом охорони здоров'я в документі «Стандарти в галузі поліпшення здоров'я населення», випущеному в липні 2004 р. Впровадження клінічних настанов є частиною експериментального стандарту D2. Основний стандарт C5 каже, що при плануванні роботи NHS-організаціям слід спиратися на настанову, затверджену на національному рівні.

Комісія з інспекції надання соціальної допомоги (CSCI) використовує практичні настанови SCIE для обґрунтування і розробки стандартів інспекції.

NICE і SCIE розробили інструменти для допомоги організаціям у впровадженні даної настанови (перераховані нижче).

- Слайди, що виділяють ключові повідомлення для обговорення на локальному рівні.
- Інструменти оцінки витрат:

Звіт за витратами, пов'язаними з впровадженням, призначений для розрахунку економічної ефективності на державному рівні.

Схема оцінки витрат, призначена для розрахунку економічної ефективності на локальному рівні.

- Рекомендації щодо впровадження настанови і державні ініціативи з підтримки такого впровадження на локальному рівні.
- Критерії аудиту для моніторингу реалізації рекомендацій на локальному рівні.

### **4. Рекомендації з подальших досліджень**

Групою з розробки настанови були зроблені наступні рекомендації з подальших досліджень, що базуються на розгляді доказів, з метою поліпшення настанов NICE і SCIE, а також удосконалення надання допомоги людям з деменцією. Ефективний догляд за людьми з деменцією (входить в стандарт №7 Національної системи служб для літніх людей) має велике значення, особливо тому, що зі старінням населення буде зростати частка людей з деменцією. Таким чином, проведення подальших досліджень є необхідним для створення більш обґрунтованої доказової бази з метою оновлення даної настанови.

#### **4.1 Інгібітори ацетилхолінестерази і мемантін для лікування психотичних симптомів при деменції**

Чи ефективно застосування інгібітора ацетилхолінестерази (донепезил, галантамін або ривастигмін) та/або мемантину у людей з деменцією, в яких розвиваються тяжкі некогнітивні симптоми (психоз та/або неспокійна поведінка, що викликають значний стрес), у поліпшенні якості життя та ослабленні некогнітивних симптомів / проблемної поведінки в порівнянні із застосуванням плацебо протягом 6 місяців, і чи є лікування деменції та/або її підтипів економічно ефективним?

#### **Чому це так важливо**

До 75% людей з деменцією можуть зіткнутися з проблемою розвитку некогнітивних симптомів / проблемної поведінки. Вони є основною причиною стресу для осіб, які здійснюють

догляд, і часто призводять до направлення людини з деменцією в спеціалізовану установу. Кілька досліджень показали, що інгібітори ацетилхолінестерази можуть послабити некогнітивні симптоми деменції; проте, економічна ефективність даних препаратів у лікуванні людей з деменцією з важкими некогнітивними симптомами не була встановлена.

#### **4.2 Когнітивна стимуляція та/або інгібітори ацетилхолінестерази при хворобі Альцгеймера**

Чи ефективно з клінічної та економічної точки зору застосування когнітивної стимуляції (діяльності, що включає когнітивну обробку; зазвичай використовується в соціальному контексті і проводиться в групі з акцентом на отримання задоволення від діяльності), інгібіторів ацетилхолінестерази (донепезил, галантамін або ривастігмін) або комбінованого лікування у людей з хворобою Альцгеймера в поліпшенні когнітивної функції, глобального функціонування, ADL та якості життя в порівнянні із застосуванням плацебо протягом 6 місяців?

##### **Чому це так важливо**

Не було проведено рандомізованих досліджень, які б прямо порівнювали когнітивну стимуляцію із застосуванням інгібіторів ацетилхолінестерази, а кілька рандомізованих досліджень порівнювали комбіноване лікування і монотерапію із застосуванням інгібітора ацетилхолінестерази у людей з легкою та помірною формою хвороби Альцгеймера. Наявні докази дозволяють припустити, що когнітивна стимуляція ефективна у людей з деменцією, але порівняти величину її ефекту з величиною ефекту інгібіторів ацетилхолінестерази дуже важко.

#### **4.3 Психологічні втручання для осіб, які здійснюють догляд за людьми з деменцією**

Чи є психологічна інтервенція економічно ефективною для осіб, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, у порівнянні зі звичайним лікуванням?

##### **Чому це так важливо**

Особи, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, є однією з найбільш уразливих груп осіб, які здійснюють догляд, і часто демонструють високий рівень стресу, почуття провини, депресію та інші психологічні проблеми. Вони часто ігнорують свої власні потреби на користь тих, про кого вони піклуються. Вони втрачають сили, мають погане фізичне здоров'я і відчувають себе ізольованими. Сучасні дослідження дозволяють припустити, що психологічні інтервенції можуть бути ефективними, проте для того, щоб встановити їх економічну ефективність, доказів недостатньо. Стимулювання хорошого психічного здоров'я літніх людей (багато людей, які здійснюють догляд, є подружжям людей з деменцією), що входить в стандарт № 7 Національної системи служб для літніх людей, має життєво важливе значення, особливо тому, що зі старінням населення буде зростати частка людей з деменцією. Підтримка осіб, які здійснюють догляд, є пріоритетом в Англії та Уельсі згідно з документами стратегії підтримки осіб, які здійснюють догляд. Таким чином, проведення подальших досліджень є необхідним для створення більш обґрунтованої доказової бази з метою оновлення даної настанови.

#### **4.4 Вплив навчання персоналу на проблемну поведінку**

Чи призводить навчання медперсоналу підходу з пацієнтом в центрі уваги до людей з деменцією до поліпшення проблемної поведінки і зменшення кількості призначень препаратів, призначених для контролю такої поведінки у людей з деменцією, які потребують 24-годинного догляду, у порівнянні з поточною практикою?

##### **Чому це так важливо**

Згідно з рекомендаціями по призначенню препаратів, опублікованими Королівським коледжем психіатрів, існують дані щодо неналежного використання антипсихотичних препаратів у людей з деменцією. Частка людей з деменцією з проблемною поведінкою зростає з поширенням деменції, тому дане питання має особливе значення для людей, які потребують 24-годинного догляду.

## **5. Інші редакції даної настанови**

### **5.1 Повний текст настанови**

Повний текст настанови «Деменція: підтримка людей з деменцією та осіб, які здійснюють за ними догляд, в області медико-соціальної допомоги» містить детальну інформацію про методи і докази, що використовуються для розробки настанови. Дана настанова опублікована Національним центром зі співробітництва у сфері психічного здоров'я Великобританії.

### **5.2 Інструмент для навігації по NICE**

Рекомендації даної настанови були включені в Інструмент для навігації по NICE.

### **5.3 Інформація для громадськості**

NICE розробив інформацію для громадськості, яка надає пояснення до цієї настанови.

Ми рекомендуємо NHS і третім сторонам, включаючи волонтерські організації, використовувати дану інформацію в своїх власних матеріалах про підтримку людей з деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними.

## **6. Супутні настанови NICE і SCIE**

### **Клінічні настанови NICE**

- Хвороба Паркінсона: діагностика та ведення при наданні первинної та вторинної медичної допомоги. *Клінічна настанова NICE № 35 (2006).*
- Депресія: ведення депресії при наданні первинної та вторинної медичної допомоги. *Клінічна настанова NICE № 23 (2004).* Замінено Клінічною настановою NICE № 90.
- Падіння: оцінка та профілактика падінь у людей похилого віку. *Клінічна настанова NICE № 21 (2002).*

### **Практичні рекомендації NICE**

- Донепезил, галантамін, ривастигмін (огляд) і мемантін для лікування хвороби Альцгеймера (обзор практических рекомендаций NICE № 111). *Практичні рекомендації NICE № 217 (2011).*

### **Практичні настанови SCIE**

- Оцінка потреб психічного здоров'я у людей похилого віку. *Практична настанова SCIE № 3 (2006).*
- Впровадження Закону про осіб, які здійснюють догляд (про рівні можливості) від 2004 року *Практична настанова SCIE № 9 (2005).*

### **Науково-дослідні підсумки SCIE**

- Допомога по спілкуванню з людьми з деменцією. *Науково-дослідні підсумки SCIE, № 3 (2005).*

## **7. Оновлення настанови**

Клінічні настанови NICE оновлюють в міру необхідності з урахуванням важливої нової інформації. Ми перевіряємо наявність нових доказів через 2 і 4 роки після публікації для того, щоб вирішити, чи варто оновлювати весь текст або тільки частину настанови. Якщо в якийсь момент з'являться відомості щодо нових важливих даних, ми можемо прийняти рішення про більш швидке оновленні деяких рекомендацій.

### **Коментар робочої групи:**

*В Україні адаптовані клінічні настанови оновлюються в міру оновлення доказової інформації, але не рідше одного разу на 3 роки.*



### Посилання до настанови:

- [1] Інші рекомендації щодо фізичного лікування хвороби Паркінсона ви можете знайти в клінічній настанові NICE на веб-сторінці Хвороба Паркінсона.
- [2] Kitwood T.M. (1997) *Перегляд проблеми деменції: людина понад усе*. Buckingham: Open University Press; Brooker D. (2004) Що таке пацієнторієнтований підхід до надання допомоги при деменції? *Reviews in Clinical Gerontology* 13: 215–22.
- [3] Терміни проведення перегляду планів з надання допомоги встановлюються настановою «Методи планування медичної допомоги» і документом «Рівноправний доступ до допомоги - настанова за критеріями відбору осіб для отримання соціальної допомоги для повнолітніх».
- [4] Згідно з положеннями Закону про дієздатність від 2005 р
- [5] План кращої допомоги
- [6] Управління / координація допомоги включає чотири елементи: координацію всеосяжної оцінки, узгодження плану з надання допомоги, організацію заходів з надання послуг та облік мінливих потреб в рамках процесу оцінки.
- [7] Терміни проведення перегляду планів з надання допомоги встановлюються настановою «Методи планування медичної допомоги» і документом «Рівноправний доступ до допомоги - настанова за критеріями відбору осіб для отримання соціальної допомоги для повнолітніх».
- [8] Див. Наприклад, статтю Downs M, Turner S, Bryans M et al. (2006) Ефективність освітніх інтервенцій у поліпшенні виявлення та ведення деменції при наданні первинної медичної допомоги: кластерне рандомізоване контрольоване дослідження. *British Medical Journal* 332: 692-6.
- [9] Див. Наприклад, статтю Judd S, Marshall M, Phippen P (редактори) (1997) *Дизайн досліджень деменції*. Лондон: Hawker.
- [10] Помірне когнітивне порушення являє собою синдром, який визначається як зниження когнітивних здібностей до рівня нижче очікуваного згідно з віком і рівнем освіти конкретної людини, не надає істотного впливу на повсякденне життя. Це не діагноз деменції якогось типу, хоча в деяких випадках воно може привести до деменції.
- [11] AMPS повинен проводити фахівець, який пройшов офіційне навчання її використання.
- [12] Evenhuis HM, Kengen MMF, Eurlings HAL (1990) Опитувальник на наявність деменції у людей із затримкою в розумовому розвитку (DMR). Сваммердам, Нідерланди: Hooge Burch.
- [13] Dalton AJ, Fedor BL (1998) Виникнення диспраксії у старіючих людей із синдромом Дауна: лонгітюдні дослідження. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 23: 13-24.
- [14] Даний розділ включає рекомендації з практичних рекомендацій NICE № 217, опублікованих в березні 2011 р Практичні рекомендації № 217 замінюють практичні рекомендації № 111 та рекомендації щодо медикаментозного лікування когнітивних симптомів хвороби Альцгеймера в Клінічній настанові NICE № 42.
- [15] Hon J, Huppert FA, Holland AJ et al. (1999) Нейропсихологічна оцінка літніх людей з синдромом Дауна: епідеміологічне дослідження з використанням Кембриджської шкали оцінки когнітивної функції (CAMCOG). *British Journal of Clinical Psychology* 38: 155-65.
- [16] Ball SL, Holland AJ, Huppert FA et al. (2004) Модифікована шкала CAMDEX є валідним і надійним інструментом для використання в діагностиці деменції у дорослих з синдромом Дауна. *Journal of Intellectual Disability Research* 48: 611-20.
- [17] Gedye A (1995) Шкала оцінки деменції для настанови по синдрому Дауна. Ванкувер: Gedye Research and Consulting.
- [18] У березні 2004 р Комітет з безпеки лікарських засобів Управління з регулювання лікарських засобів та продукції медичного призначення видав попередження щодо безпеки, що стосується

атипових антипсихотичних препаратів рisperidonу та оланзапіну, вказуючи на те, що такі препарати не слід застосовувати для лікування поведінкових симптомів деменції.

[19] Клінічна настанова NICE № 23 [Замінено на Клінічна настанова NICE № 90]

[20] Інформація про належну практику, джерела і інструменти для надання допомоги в кінці життя.

[21] Див. Генеральна медична рада (2002) «Збереження і відміна лікування, що продовжує життя: належна практика і прийняття рішень».

[22] Див. Закон про дієздатність від 2005 р

[23] Див. «Рішення, пов'язані з серцево-легеневою реанімацією: спільну заяву».

[24] Див. «Впровадження Закону про осіб, які здійснюють догляд (про Рівні можливості) від 2004 р.» Практична настанова SCIE № 5 (2005).

## Література:

- Aarsland, D., Andersen, K., Larsen, J.P., et al. (2003) Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: an 8-year prospective study. *Archives of Neurology*, 60, 387–392.
- Adamson, J. (2001) Awareness and understanding of dementia in African/Caribbean and South Asian families. *Health and Social Care in the Community*, 9, 391–396.
- Addington-Hall, J. (1998) *Reaching Out: Specialist Palliative Care for Adults with Non-Malignant Diseases*. Occasional Paper 14. London: National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services.
- Adoh, T.O. & Woodhouse, J.M. (1994) The Cardiff acuity test used for measuring visual acuity development in toddlers. *Vision Research*, 34, 555–560.
- Aggarwal, N., Vass, A.A., Minardi, H.A., et al. (2003) People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and of the provision of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 187–197.
- Agich, G.J. (2003) *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long-Term Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- AGREE Collaboration (2003) Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 18–23.
- Ahronheim, J.C., Morrison, R.S., Morris, J., et al. (2000) Palliative care in advanced dementia: a randomized controlled trial and descriptive analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 3, 265–273.
- Akhondzadeh, S., Noroozian, M., Mohammadi, M., et al. (2003) *Salvia officinalis* extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind, randomized and placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28, 53–59.
- Akkerman, R.L. & Ostwald, S.K. (2004) Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a 9-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19, 117–123.
- Albinsson, L. & Strang, P. (2003) Differences in supporting families of dementia patients and cancer patients: a palliative perspective. *Palliative Medicine*, 17, 359–367.
- Allan, K. (2001) *Communication and Consultation: Exploring Ways for Staff to Involve People with Dementia in Developing Services*. Bristol: Policy Press.
- Alm, N., Astell, A., Ellis, M., et al. (2004) A cognitive prosthesis and communication support for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 117–134.
- Altman, D.G. (1998) Confidence intervals for the number needed to treat. *British Medical Journal*, 317, 1309–1312.
- Altmann, P., Cunningham, J., Dhanesha, U., et al. (1999) Disturbances of cerebral function in people exposed to drinking water contaminated with aluminium sulphate: retrospective study of the Camelford water incident. *British Medical Journal*, 319, 807–811.
- Alvarez-Fernández, B., García-Ordoñez, M., Martínez-Manzanares, C., et al. (2005) Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 363–370. Alzheimer's Society (2000) *Food for Thought*. Alzheimer's Society, London.
- Alzheimer's Society (2004) *Drugs for the Treatment of Alzheimer's Disease: Submission to the National Institute for Clinical Excellence (NICE) June 2004*. London: Alzheimer's Society. Available at: [www.alzheimers.org.uk/News\\_and\\_Campaigns/Campaigning/accesstodrugs.htm](http://www.alzheimers.org.uk/News_and_Campaigns/Campaigning/accesstodrugs.htm)
- Alzheimer's Society (2005) *Memo to the House of Commons Health Select Committee on Continuing Care*. London: Alzheimer's Society.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn, revised) DSM III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn, text revision) DSM IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Aminoff, B.Z. & Adunsky, A. (2004) Dying dementia patients: too much suffering, too little palliation. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19, 243–247.
- Ancoli-Israel, S., Gehrman, P., Martin, J.L., et al. (2003) Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. *Behavioural Sleep Medicine*, 1, 22–36.
- Andreasen, N. & Blennow, K. (2005) CSF biomarkers for mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 107, 165–173.
- Annerstedt, L. (1993) Development and consequences of group living in Sweden. A new mode of care for the demented elderly. *Social Science and Medicine*, 37, 1529–1538.
- Annerstedt, L. (1994) An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 6, 372–380.
- Annerstedt, L. (1997) Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 8, 136–142. Anonymous (2002) A Carer's Voice. *Caring*, 18 July 2002.
- Arber, A. & Gallagher, A. (2003) Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *International Journal of Palliative Nursing*, 9, 166–172.
- Areosa Sastre, A. & Grimley Evans, J. (2003) Effect of the treatment of Type II diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD003804.
- Arksey, H., Jackson, K., Croucher, K., et al. (2004) Review of Respite Services and Short-Term Breaks for Carers of People with Dementia. London: NCCSDO. Available at: [www.sdo.lshtm.ac.uk/sdo482003.html](http://www.sdo.lshtm.ac.uk/sdo482003.html)
- Audit Commission (2000) *Forget Me Not: Mental Health Services for Older People*. London: Audit Commission.
- Awoke, S., Mouton, C.P. & Parrott, M. (1992) Outcomes of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term-care facility: futile therapy? *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 593–595.
- Aylward, E.H., Burt, D.B., Thorpe, L.U., et al. (1997) Diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 152–164.
- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A.K., et al. (2004) Multiple cognitive deficits during the transition to Alzheimer's disease. *Journal of Internal Medicine*, 256, 195–204.
- Bailey, E. (2002) Article posted in Reflections on Community Care website, 7 February 2002. Available at: [www.communitycare.co.uk/articles/2002/02/07/34999/reflections.html?key=REFLECTIONS](http://www.communitycare.co.uk/articles/2002/02/07/34999/reflections.html?key=REFLECTIONS).
- Baines, S., Saxby, P. & Ehlert, K. (1987) Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*, 151, 222–231.
- Bains, J., Birks, J.S. & Denning, T.D. (2002) Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003944.
- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L.A., et al. (1997) Snoezelen: its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 213–218.
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., et al. (2001) A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 81–96.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C.C., et al. (2003) Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 465–477.
- Baldwin, R., Pratt, H., Goring, H., et al. (2004) Does a nurse-led mental health liaison service for older people reduce psychiatric morbidity in acute general medical wards? A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 33, 472–478.
- Balfour, J.E. & O'Rourke, N. (2003) Older adults with Alzheimer disease, comorbid arthritis and prescription of psychotropic medications. *Pain Research and Management*, 8, 198–204.
- Ball, K., Berch, D.B., Helmers, K.F., et al. (2002) Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2271–2281.
- Ball, S.L., Holland, A.J., Huppert, F.A., et al. (2004) The modified CAMDEX informant interview is a valid and reliable tool for use in the diagnosis of dementia in adults with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 611–620.
- Ballard, C., Bannister, C., Solis, M., et al. (1996a) The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *Journal of Affective Disorders*, 36, 135–144.
- Ballard, C., Fossey, J., Chithramohan, R., et al. (2001) Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 323, 426–427.
- Ballard, C., Powell, I., James, I., et al. (2002a) Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 140–145.
- Ballard, C., Margallo-Lana, M., Juszcak, E., et al. (2005) Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *British Medical Journal*, 330, 874.
- Ballard, C.G., Patel, A., Solis, M., et al. (1996b) A one-year follow-up study of depression in dementia sufferers. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 287–291.
- Ballard, C.G., O'Brien, J.T., Reichelt, K., et al. (2002b) Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 553–558.
- Ballard, E.L. (1995) Attitudes, myths, and realities: helping family and professional caregivers cope with sexuality in the Alzheimer's patient. *Sexuality and Disability*, 13, 255–270.
- Bamford, C., Lamont, S., Eccles, M., et al. (2004) Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 151–169.

- Barber, R., Gholkar, A., Scheltens, P., et al. (1999) Medial temporal lobe atrophy on MRI in dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 52, 1153–1158.
- Barker, S.B. & Dawson, K.S. (1998) The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49, 797–801.
- Barnes, C., Mercer, G., Shakespeare, T. (1999) *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Barrowclough, C. & Fleming, I. (1986) *Goal Planning with Elderly People: How to Make Plans to Meet an Individual's Needs: a Manual of Instruction*. Manchester: Manchester University Press.
- Bates, J., Boote, J. & Beverley, C. (2004) Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 644–658.
- Bauld, L., Chesterman, J. & Judge, K. (2000) Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. *Health and Social Care in the Community*, 8, 316–324.
- Bayer, A. (1994) Carers have different priorities. *The Journal of Dementia Care*, 2, 14–15.
- Bayer, A. (2006) Death with dementia – the need for better care. *Age and Ageing*, 35, 101–102.
- Beattie, A., Daker-White, G., Gilliard, J., et al. (2005) 'They don't quite fit the way we organise our services' – results from a UK field study of marginalised groups and dementia care. *Disability and Society*, 20, 67–80.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001) *Principles of Biomedical Ethics* (5th edn). Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, N., Irvine, A.B., Seeley, J., et al. (2005) Website-based internet multimedia program for family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 45, 793–801.
- Beck, C., Heacock, P., Mercer, S.O., et al. (1997) Improving dressing behaviour in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 46, 126–132.
- Beck, C., Cody, M., Souder, E., et al. (2000) Dementia diagnostic guidelines: methodologies, results, and implementation costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1195–1203.
- Beck, C.K., Vogelpohl, T.S., Rasin, J.H., et al. (2002) Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nursing Research*, 51, 219–228.
- Benamer, T.S., Patterson, J., Grosset, D.G., et al. (2000) Accurate differentiation of parkinsonism and essential tremor using visual assessment of [123I]-FP-CIT SPECT imaging: the [123I]-FP-CIT study group. *Movement Disorders*, 15, 503–510.
- Benbow, S.M., Marriott, A., Morley, M., et al. (1993) Family therapy and dementia: review and clinical experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 717–725.
- Berlin, J.A. (2001) Does blinding of readers affect the results of meta-analyses? *Lancet*, 350, 185–186.
- Bianchetti, A., Scurrati, A., Zanetti, O., et al. (1995) Predictors of mortality and institutionalization in Alzheimer disease patients 1 year after discharge from an Alzheimer dementia unit. *Dementia*, 6, 108–12.
- Biessels, G.J., Staekenborg, S., Brunner, E., et al. (2006). Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *Lancet Neurology*, 5, 64–74.
- Bird, M., Alexopoulos, P. & Adamowicz, J. (1995) Success and failure in five case studies: use of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 305–311.
- Bird, M., Caldwell, T. & Korten, A. (2004) *Alzheimer's Australia Early Stage Dementia Support and Respite ('Living with Memory Loss') Project: First Report on the National Evaluation*. New South Wales: Southern Area Health Service.
- Birks, J. & Grimley-Evans, J. (2002) Ginkgo Biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003120.
- Bischkopf, J., Busse, A. & Angermeyer, M.C. (2002) Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 403–414.
- Black, D.A. (1987) Mental state and presentation of myocardial infarction in the elderly. *Age and Ageing*, 16, 125–127.
- Black, S., Roman, G.C., Geldmacher, D.S., et al. (2003) Efficacy and tolerability of donepezil in vascular dementia: positive results of a 24-week, multicenter, international, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Stroke*, 34, 2323–2330.
- Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582.
- Bond, J., Cuddy, R., Dixon, G., et al. (1999) The financial abuse of mentally incompetent adults: a Canadian study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11, 23–38.
- Bonnie, R.J. & Wallace, R.B. (2003) *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington DC: National Academic Press.
- Boothby, H., Blizard, R., Livingston, G., et al. (1994) The Gospel Oak Study stage III: the incidence of dementia. *Psychological Medicine*, 24, 89–95.
- Boothby, L.A. & Doering, P.L. (2005) Vitamin C and Vitamin E for Alzheimer's disease. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39, 2073–2080.
- Bosanquet, N., May, J. & Johnson, N. (1998) *Alzheimer's Disease in the United Kingdom: Burden of Disease and Future Care*. Health Policy Review Paper No. 12. London: University of London, Health Policy Unit.
- Bottino, C.M., Carvalho, I.A., Alvarez, A.M., et al. (2005) Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 861–869.
- Bourgeois, M.S., Burgio, L.D., Schulz, R., et al. (1997) Modifying repetitive verbalizations of community-dwelling patients with AD. *The Gerontologist*, 37, 30–39.
- Bourgeois, M.S., Dijkstra, K., Burgio, L., et al. (2001) Memory aids as an augmentative and alternative communication strategy for nursing home residents with dementia. *Augmentative and Alternative Communication*, 17, 196–210.
- Bourgeois, M.S., Camp, C., Rose, M., et al. (2003) A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 361–378.

- Boustani, M., Peterson, B., Hanson, L., et al. (2003) Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 138, 927–937.
- Bower, H.M. (1967) Sensory stimulation and the treatment of senile dementia. *Medical Journal of Australia*, 1, 1113–1119.
- Bowes, A. & Wilkinson, H. (2003) 'We didn't know it would get that bad': South Asian experiences of dementia and the service response. *Health and Social Care in the Community*, 11, 387–396.
- Brane, G., Karlsson, I., Kihlgren, M., et al. (1989) Integrity-promoting care of demented nursing home patients: psychological and biochemical changes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 165–172.
- Brennan, P.F., Moore, S.M. & Smyth, K.A. (1995) The effects of a special computer network on caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Research*, 44, 166–172.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., et al. (1994) Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 211–217.
- British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2004) *British National Formulary (BNF) 48*. London: British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2005) *British National Formulary (BNF) 50*. London: British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Brodaty, H. & Gresham, M. (1989) Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. *British Medical Journal*, 299, 1375–1379.
- Brodaty, H. & Peters, K.E. (1991) Cost effectiveness of a training program for dementia carers. *International Psychogeriatrics*, 3, 11–22.
- Brodaty, H., Pond, D., Kemp, N.M., et al. (2002) The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 530–534.
- Brodaty, H., Ames, D., Snowdon, J., et al. (2003a) A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 134–143.
- Brodaty, H., Draper, B.M., Millar, J., et al. (2003b) Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 63–72.
- Brodaty, H., Draper, B.M. & Low, L.F. (2003c) Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Medical Journal of Australia*, 178, 231–234.
- Brodaty, H., Green, A. & Koschera, A. (2003d) Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657–664.
- Brook, P., Degun, G. & Mather, M. (1975) Reality orientation, a therapy for psychogeriatric patients: a controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 127, 42–45.
- Brooke, P. & Bullock, R. (1999) Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 936–940.
- Brooker, D. (2005) Dementia care mapping: a review of the research literature. *The Gerontologist*, 45, 11–18.
- Brooker, D. & Woolley, R. (2006) Enriching opportunities for people living with dementia: the development of a blueprint for a sustainable activity-based model. *Aging and Mental Health*, in press.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., et al. (1998) The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health*, 2, 60–70.
- Brown, L., Tucker, C. & Domokos, T. (2003) Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health and Social Care in the Community*, 11, 85–94.
- Buchanan, J.A. & Fisher, J.E. (2002) Functional assessment and non-contingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 99–103.
- Buckman, R. (1996) Talking to patients about cancer. *British Medical Journal*, 313, 699–700.
- Bucks, R.S., Ashworth, D.L., Wilcock, G.K., et al. (1996) Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age and Ageing*, 25, 113–120.
- Burgio, L., Stevens, A., Guy, D., et al. (2003) Impact of two psychosocial interventions on white and African American family caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 43, 568–579.
- Burgio, L.D. & Burgio, K.L. (1990) Institutional staff training and management: a review of the literature and a model for geriatric, long-term care facilities. *International Journal of Aging & Human Development*, 30, 287–302.
- Burgio, L.D., Stevens, A., Burgio, K.L., et al. (2002) Teaching and maintaining behavior management skills in the nursing home. *The Gerontologist*, 42, 487–496.
- Burns, A., Byrne, J., Ballard, C., et al. (2002) Sensory stimulation in dementia. *British Medical Journal*, 325, 1312–1313.
- Burt, D.B. & Aylward, E.H. (2000) Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. Working Group for the Establishment of Criteria for the Diagnosis of Dementia in Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 175–180.
- Butterworth, M. (1995) Dementia: The family giver's perspective. *Journal of Mental Health*, 4, 125–132.
- Cahn-Weiner, D.A., Malloy, P.F., Rebok, G.W., et al. (2003) Results of a randomized placebo-controlled study of memory training for mildly impaired Alzheimer's disease patients. *Applied Neuropsychology*, 10, 215–223.
- Cameron, M., Lonergan, E. & Lee, H. (2003) Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004032.
- Canadian Study of Health and Ageing (1994) Risk factors for Alzheimer's disease in Canada. *Neurology*, 44, 2073–2080.
- Cantley, C., Steven, K. & Smith, M. (2003) 'Hear What I Say': Developing Dementia Advocacy Services. Newcastle upon Tyne: Dementia North/Northumbria University.

- Cantley, C., Woodhouse, J. & Smith, M. (2005) Listen to us: Involving People with Dementia in Planning and Developing Services. Newcastle upon Tyne: Dementia North/Northumbria University.
- Care Services Improvement Partnership & Department of Health (2005) Moving On: Key Learning from Rowan Ward. Available at: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/50/23/04115023.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/50/23/04115023.pdf).
- Cash, M. (2003) Assistive technology and people with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 313–319.
- Cedazo-Minguez, A. & Cowburn, R.F. (2001) Apolipoprotein E: a major piece in the Alzheimer's disease puzzle. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 5, 254–266.
- Ceravolo, R., Volterrani, D., Gambaccini, G., et al. (2004) Presynaptic nigro-striatal function in a group of Alzheimer's disease patients with parkinsonism: evidence from a dopamine transporter imaging study. *Journal of Neural Transmission*, 111, 1065–1073.
- Challis, D. & Hughes, J. (2002) Frail old people at the margins of care: some recent research findings. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 126–130.
- Challis, D., Mozley, C.G., Sutcliffe, C., et al. (2000) Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and Ageing*, 29, 255–260.
- Challis, D., Von Abendorff, R., Brown, P., et al. (2002) Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 315–325.
- Chalmers, J., Todd, A., Chapman, N., et al. (2003) International Society of Hypertension (ISH): statement on blood pressure lowering and stroke prevention. *Journal of Hypertension*, 21, 651–663.
- Chandler, J.M., Duncan, P.W., Kochersberger, G., et al. (1998) Is lower extremity strength gain associated with improvement in physical performance and disability in frail, community-dwelling elders? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 24–30.
- Chang, C.Y. & Silverman, D.H. (2004) Accuracy of early diagnosis and its impact on the management and course of Alzheimer's disease. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, 4, 63–69.
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., et al. (2004) Effects of cognitivecommunication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 1149–1163.
- Chen, J.H., Lamberg, J.L., Chen, Y.C., et al. (2006) Occurrence and treatment of suspected pneumonia in long-term care residents dying with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 290–295.
- Cheston, R. (1996) Stories and metaphors: talking about the past in a psychotherapy group for people with dementia. *Ageing and Society*, 16, 579–602.
- Cheston, R. & Jones, K. (2000) A place to work it all out together. *The Journal of Dementia Care*, 8, 22–24.
- Cheston, R., Jones, K. & Gilliard, J. (2003a) Group psychotherapy and people with dementia. *Aging and Mental Health*, 7, 452–461.
- Cheston, R., Jones, K. & Gilliard, J. (2003b) Remembering and forgetting: group work with people who have dementia. In *Dementia Care* (eds. T. Adams & J. Manthorpe). London: Arnold.
- Chibnall, J.T., Tait, R.C., Harman, B., et al. (2005) Effect of acetaminophen on behavior, well-being, and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1921–1929.
- Chong, M.S. & Sahadevan, S. (2003) An evidence-based clinical approach to the diagnosis of dementia. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 32, 740–748.
- Chu, P., Edwards, J., Levin, R., et al. (2000) The use of clinical case management for early stage Alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 15, 284–290.
- Chui, H. & Zhang, Q. (1997) Evaluation of dementia: a systematic study of the usefulness of the American Academy of Neurology's practice parameters. *Neurology*, 49, 925–935.
- Chui, H.C., Victoroff, J.I., Margolin, D., et al. (1992) Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's disease diagnostic and treatment centers. *Neurology*, 42, 473–480.
- Chung, J.C., Lai, C.K., Chung, P.M., et al. (2002) Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003152.
- Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B.W., et al. (1999) Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37, 16–22.
- Cipher, D.J. & Clifford, P.A. (2004) Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 741–748.
- Clare, L. (2003) Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with earlystage dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 75–83.
- Clare, L. (2004) Awareness in early-stage Alzheimer's disease: a review of methods and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 177–196.
- Clare, L. & Woods, R.T. (2004) Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385–401.
- Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G., et al. (2003) Cognitive rehabilitation as a component of early intervention in Alzheimer's disease: a single case study. *Aging and Mental Health*, 7, 15–21.
- Clarfield, A.M. (2003) The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2219–2229.
- Clarke, C.L. (1999) Family care-giving for people with dementia: some implications for policy and professional practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 712–720.

- Clayton, J., Fardell, B., Hutton-Potts, J., et al. (2003) Parenteral antibiotics in a palliative care unit: prospective analysis of current practice. *Palliative Medicine*, 17, 44–48.
- Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., et al. (2002) Pain assessment in nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. London: The Mental Health Foundation.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998) The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The Gerontologist*, 38, 199–208.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L., et al. (2003) Cognitive Impairment in Older People: its Implications for Future Demand for Services and Costs. PSSRU Discussion paper 1728. London: London School of Economics.
- Compton, S.A., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997) Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 632–635.
- Conroy, S.P., Luxton, T., Dingwall, R., et al. (2006) Cardiopulmonary resuscitation in continuing care settings: time for a rethink? *British Medical Journal*, 332, 479–482.
- Cook, A.K.R., Niven, C.A. & Downs, M.G. (1999) Assessing the pain of people with cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 421–425.
- Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., et al. (2003) Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43, 678–689.
- Cooper, B. & Holmes, C. (1998) Previous psychiatric history as a risk factor for late-life dementia: a population-based case control-study. *Age and Ageing*, 27, 181–188.
- Cooper, S.A. (1997) High prevalence of dementia among people with learning disabilities not attributable to Down's syndrome. *Psychological Medicine*, 27, 609–616.
- Copeland, J.R., Davidson, I.A., Dewey, M.E., et al. (1992) Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 230–239.
- Corbeil, R.R., Quayhagen, M.P. & Quayhagen, M. (1999) Intervention effects on dementia caregiving interaction: a stress-adaptation modeling approach. *Journal of Aging Health*, 11, 79–95.
- Cornwall County Council (2005) Dementia Carers Consultation Survey 2005 Report. Health and Adult Social Care Overview and Scrutiny Committee.
- Cosin, L.Z., Mort, M., Post, F., et al. (1958) Experimental treatment of persistent senile confusion. *International Journal of Social Psychiatry*, 4, 24–42.
- Council of Europe (2003) Convention for Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms as Amended by Protocol 11. Strasbourg: Council of Europe. Also available at: [www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/D5CC24A7-DC13-4318-B457-5C9014916D7A/0/EnglishAnglais.pdf](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/D5CC24A7-DC13-4318-B457-5C9014916D7A/0/EnglishAnglais.pdf)
- Cruts, M., van Duijn, C.M., Backhovens, H., et al. (1998) Estimation of the genetic contribution of presenilin-1 and -2 mutations in a population-based study of presenile Alzheimer disease. *Human Molecular Genetics*, 7, 43–51.
- Cummings, J.L. (2000) Cholinesterase inhibitors: a new class of psychotropic compounds. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 4–15.
- Curtis, L. & Netten, A. (2005) Unit Costs of Health and Social Care 2005. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.
- Dalton, A.J. & Fedor, B.L. (1998) Onset of dyspraxia in aging persons with Down syndrome: longitudinal studies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 13–24.
- Davey, B., Levin, E., Iliffe, S., et al. (2005) Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 22–34.
- Davies, E. (2004) What are the palliative care needs of older people and how might they be met? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
- Davies, H.D., Zeiss, A. & Tinkenberg, J.R. (1992) 'Til death do us part: intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30, 5–10.
- Davies, H.D., Zeiss, A.M., Shea, E.A., et al. (1998) Sexuality and intimacy in Alzheimer's patients and their partners. *Sexuality and Disability*, 16, 193–203.
- Davies, S. & Nolan, M. (2003) 'Making the best of things': relatives' experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society*, 23, 429–450.
- Davies, S. & Nolan, M. (2004) 'Making the move': relatives' experiences of the transition to a care home. *Health and Social Care in the Community*, 12, 517–526.
- Davis, T. & Davis, S. (2005) Our views on rehabilitation. In *Perspectives on Rehabilitation and Dementia* (ed. M. Marshall), pp. 86–90.
- Davis, L.L., Burgio, L.D., Buckwalter, K.C., et al. (2004) A comparison of in-home and telephone-based skill training interventions with caregivers of persons with dementia. *Journal of Mental Health and Aging*, 10, 31–44.
- Davis, R.N., Massman, P.J. & Doody, R.S. (2001) Cognitive intervention in Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15, 1–9.
- Day, K., Carreon, D. & Stump, C. (2000) The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *The Gerontologist*, 40, 397–416.
- De Craen, A.J., Gussekloo, J., Vrijisen, B., et al. (2005) Meta-analysis of nonsteroidal antiinflammatory drug use and risk of dementia. *American Journal of Epidemiology*, 161, 114–120.

- De Deyn, P.P., Rabheru, K., Rasmussen, A., et al. (1999) A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology*, 53, 946–955.
- De Deyn, P.P., Carrasco, M.M., Deberdt, W., et al. (2004) Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 115–126.
- De Deyn, P.P., Jeste, D.V., Swanink, R., et al. (2005) Aripiprazole for the treatment of psychosis in patients with Alzheimer's disease: a randomized, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 463–467.
- De Lepeleire, J. & Heyrman, J. (1999) Diagnosis and management of dementia in primary care at an early stage: the need for a new concept and an adapted procedure. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20, 215–228.
- De Lepeleire, J., Heyman, J. & Buntinx, F. (1998) The early diagnosis of dementia: triggers, early signs and luxating events. *Family Practice*, 15, 431–436.
- De Lepeleire, J., Aertgeerts, B., Umbach, I., et al. (2004) The diagnostic value of IADL evaluation in the detection of dementia in general practice. *Aging and Mental Health*, 8, 52–57.
- Deb, S., De Silva, P.N., Gemmell, H.G., et al. (1992) Alzheimer's disease in adults with Down's syndrome: the relationship between regional cerebral blood flow equivalents and dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 340–345.
- Deb, S., Mathews, T., Holt, G. & Bouras, N. (2001) *Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Deberdt, W.G., Dysken, M.W., Rappaport, S.A., et al. (2005) Comparison of olanzapine and risperidone in the treatment of psychosis and associated behavioral disturbances in patients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 722–730.
- Deeks, J.J. (2002) Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes. *Statistics in Medicine*, 21, 1575–1600.
- DeKosky, S. (2003) Early intervention is key to successful management of Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 17, S99–S104.
- Dementia Plus (2003) *Twice a Child II: Service Development for Dementia Care for African-Caribbean and Asian Older People in Wolverhampton*. Wolverhampton: Dementia Plus.
- Department for Constitutional Affairs (DCA) (2005) *Mental Capacity Act 2005: Draft Code of Practice*. Available at: [www.dca.gov.uk/consult/codepractise/draftcode/0506b.pdf](http://www.dca.gov.uk/consult/codepractise/draftcode/0506b.pdf)
- Department of Health (2001a) *Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century*. London: Department of Health.
- Department of Health (2001b) *National Service Framework for Older People*. London: Department of Health.
- Department of Health (2001c) *Seeking Consent: Working with Older People*. London: Department of Health. Available at: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/70/20/04067020.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/70/20/04067020.pdf)
- Department of Health (2001d) *Reference Guide to Consent for Examination or Treatment*. London: Department of Health. Available at: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/90/79/04019079.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/90/79/04019079.pdf)
- Department of Health (2002) *Care Homes for Older People: National Minimum Standards*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2003) *Fair Access to Care Services: Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care*. London: Department of Health.
- Department of Health (2004) *Advice on the Decision of the European Court of Human Rights in the Case of HL v UK (the 'Bournemouth' Case)*. Gateway Ref 4269. Available at: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/79/92/04097992.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/79/92/04097992.pdf) and from the National Assembly for Wales (Welsh Health Circular WHC (2005) 005).
- Department of Health (2005a) *Building Telecare in England*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005b) *Action on Elder Abuse: Report on the Project to Establish a Monitoring and Reporting Process for Adult Protection Referrals Made in Accordance with 'No Secrets'*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006a) *A New Ambition for Old Age – Next Steps in Implementing the National Service Framework for Older People*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006b) *NHS Reference Costs 2005*. London: Department of Health.
- Department of Health/Care Services Improvement Partnership (2005) *Everybody's Business – Integrated Mental Health Services for Older Adults: a Service Development Guide*. London: Department of Health.
- Department of Health/Home Office (2000) *No Secrets: Guidance on Developing and Implementing Multi-Agency Policies and Procedures to Protect Vulnerable Adults from Abuse*. London: Department of Health.
- DerSimonian, R. & Laird, N. (1986) Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 7, 177–188.
- Desmond, D.W., Tatemichi, T.K., Paik, M., et al. (1993) Risk factors for cerebrovascular disease as correlates of cognitive function in a stroke-free cohort. *Archives of Neurology*, 50, 162–166.
- Detweiler, M.B., Trinkle, D.B. & Anderson, M.S. (2002) *Wander gardens: expanding the dementia treatment environment*. *Annals of Long-Term Care*, 10, 68–74.
- Diwan, S. & Phillips, V.L. (2001) Agitation and dementia-related problem behaviors and case management in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 13, 5–21.
- Doll, R. (1993) Review: Alzheimer's disease and environmental aluminium. *Age and Ageing*, 22, 138–153.
- Donaldson, C., Tarrrier, N. & Burns, A. (1997) The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 62–68.
- Donaldson, C., Tarrrier, N. & Burns, A. (1998) Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 248–256.



- Done, D.J. & Thomas, J.A. (2001) Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: a cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 816–821.
- Dooley, N.R. & Hinojosa, J. (2004) Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58, 561–569.
- Dougall, N.J., Bruggink, S. & Ebmeier, K.P. (2004) Systematic review of the diagnostic accuracy of 99mTc-HMPAO-SPECT in dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 554–570.
- Dowling, G.A., Mastick, J., Hubbard, E.M., et al. (2005) Effect of timed bright light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 738–743.
- Downs, M., Turner, S., Bryans, M., et al. (2006) Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: a cluster randomised controlled study. *British Medical Journal*, 332, 692–696.
- Drummond, M.F. & Jefferson, T.O. (1996) Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ*, 313, 275–283.
- Drummond, M.F., Mohide, E.A., Tew, M., et al. (1991) Economic evaluation of a support program for caregivers of demented elderly. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 7, 209–219.
- Ducharme, F., Levesque, L., Lachance, L., et al. (2005a) 'Taking care of myself': efficacy of an intervention programme for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 4, 23–47.
- Ebell, M.H., Becker, L.A., Barry, H.C., et al. (1998) Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 805–816.
- Eccles, M., Freemantle, N. & Mason, J. (1998) North of England evidence based guideline development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. *British Medical Journal*, 316, 1232–1235.
- Eisdorfer, C., Czaja, S.J., Loewenstein, D.A., et al. (2003) The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *The Gerontologist*, 43, 521–531.
- Elie, M., Cole, M.G., Primeau, F.J., et al. (1998) Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 204–212.
- Ellershaw, J. & Wilkinson, S. (2003) *Care of the Dying. A Pathway to Excellence*. Oxford: Oxford University Press.
- Elmståhl, S., Annerstedt, L. & Åhlund, O. (1997) How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 47–52.
- Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I.L., Hentinen, M., et al. (2001) Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1282–1287.
- Erkinjuntti, T. (2002) Broad therapeutic benefits in patients with probable vascular dementia or Alzheimer's disease with cerebrovascular disease after treatment with galantamine. *European Journal of Neurology*, 9, 545.
- Erkinjuntti, T., Inzitari, D., Pantoni, L., et al. (2000) Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials. *Journal of Neural Transmission. Supplementum*, 59, 23–30.
- Erkinjuntti, T., Kurz, A., Gauthier, S., et al. (2002) Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *The Lancet*, 359, 1283–1290.
- Etminan, M., Gill, S. & Samii, A. (2003a) Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on risk of Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Medical Journal*, 327, 128.
- Etminan, M., Gill, S. & Samii, A. (2003b) The role of lipid-lowering drugs in cognitive function: a meta-analysis of observational studies. *Pharmacotherapy*, 23, 726–730.
- Evenhuis, H.M. (1996) Further evaluation of the Dementia Questionnaire for Persons with Mental Retardation (DMR). *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 369–373.
- Evenhuis, H.M., Kengen, M.M.F. & Eurlings, H.A.L. (1990) *Dementia Questionnaire for Mentally Retarded Persons*. Zwammerdam, The Netherlands: Hooge Burch Institute for Mentally Retarded Persons.
- Evers, M.M., Purohit, D., Perl, D., et al. (2002) Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatric Services*, 53, 609–613.
- Fabiszewski, K.J., Volicer, B. & Volicer, L. (1990) Effect of antibiotic treatment on outcome of fevers in institutionalized Alzheimer patients. *The Journal of the American Medical Association*, 263, 3168–3172.
- Fahy, M., Wald, C., Walker, Z., et al. (2003) Secrets and lies: the dilemma of disclosing the diagnosis to an adult with dementia. *Age and Ageing*, 32, 439–441.
- Fear, T. (2000) Male and female care: a different experience? *The Journal of Dementia Care*, 8, 28–29.
- Feigin, V., Ratnasabapathy, Y. & Anderson, C. (2005) Does blood pressure lowering treatment prevent dementia or cognitive decline in patients with cardiovascular and cerebrovascular disease? *Journal of the Neurological Sciences*, 229–230, 151–155.
- Feinberg, M.J., Ekberg, O., Segall, L., et al. (1992) Deglutition in elderly patients with dementia: findings of videofluorographic evaluation and impact on staging and management. *Radiology*, 183, 811–814.
- Feldman, H., Gauthier, S., Hecker, J., et al. (2001) A 24-week, randomized, doubleblind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology*, 57, 613–620.
- Ferrario, E., Cappa, G., Molaschi, M., et al. (1991) Reality Orientation Therapy in institutionalized elderly patients: preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 12, 139–142.
- Ferrell, B.A., Ferrell, B.R. & Osterweil, D. (1990) Pain in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 409–414.

- Ferrell, B.A., Ferrell, B.R. & Rivera, L. (1995) Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 591–598.
- Finnema, E., Droes, R.M., Ettema, T., et al. (2005) The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 330–343.
- Finucane, T.E., Christmas, C. & Travis, K. (1999) Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 1365–1370.
- Fioravanti, M. & Flicker, L. (2001) Nicergoline for dementia and other age associated forms of cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003159.
- Fisher, A.G. (2003) *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 2: User Manual (5th edn)*. Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Fleminger, S., Oliver, D.L., Lovestone, S., et al. (2003) Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease: the evidence 10 years on; a partial replication. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 857–862.
- Fontana Gasio, P., Krauchi, K., Cajochen, C., et al. (2003) Dawn-dusk simulation light therapy of disturbed circadian rest-activity cycles in demented elderly. *Experimental Gerontology*, 38, 207–216.
- Forette, F., Seux, M.L., Staessen, J.A., et al. (1998) Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *The Lancet*, 352, 1347–1351.
- Fossey, J., Ballard, C., Juszcak, E., et al. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 332, 756–761.
- Frampton, M., Harvey, R.J. & Kirchner, V. (2003) Propentofylline for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002853.
- Fried, T.R., Gillick, M.R. & Lipsitz, L.A. (1995) Whether to transfer? Factors associated with hospitalization and outcome of elderly long-term care patients with pneumonia. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 246–250.
- Friel McGowan, D. (1993) *Living in the Labyrinth: a Personal Journey Through the Maze of Alzheimer's*. San Francisco, CA: Elder Books.
- Fulford, K.W.M. (2004) Facts/values. Ten principles of values-based medicine. In *The Philosophy of Psychiatry: a Companion* (ed. J. Radden). Oxford: Oxford University Press.
- Fung, W.Y. & Chien, W.T. (2002) The effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 134–144.
- Gangulai, M., Ratcliff, G. & Chandra, V., et al. (1995) A Hindi version of the MMSE: the development of a cognitive screening instrument for a largely illiterate rural elderly population in India. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 367–377.
- Garand, L., Buckwalter, K.C., Lubaroff, D., et al. (2002) A pilot study of immune and mood outcomes of a community-based intervention for dementia caregivers: the PLST intervention. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 156–167.
- Gedye, A. (1995) *Dementia Scale for Down Syndrome: Manual*. Vancouver, BC: Gedye Research and Consulting.
- Geerlings, M.I., Ruitenberg, A., Witteman, J.C., et al. (2001) Reproductive period and risk of dementia in postmenopausal women. *The Journal of the American Medical Association*, 285, 1475–1481.
- Gely-Nargeot, M.C., Derouesne, C., Selmes, J., et al. (2003) European survey on current practice and disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease. A study based on caregivers' reports. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 1, 45–55.
- General Medical Council (GMC) (1998) *Seeking Patients' Consent: the Ethical Considerations*. London: GMC. Also available at: [www.gmc-uk.org/guidance/current/library/consent.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/current/library/consent.asp)
- General Medical Council (GMC) (2002) *Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Treatments: Good Practice in Decision-Making*. London: GMC. Available at: [www.gmc-uk.org/guidance/current/library/index.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/current/library/index.asp)
- General Medical Council (GMC) (2004) *Confidentiality: Protecting and Providing Information*. London: GMC. Also available at: [www.gmcuk.org/guidance/current/library/confidentiality.asp](http://www.gmcuk.org/guidance/current/library/confidentiality.asp)
- Geppert, C.J. (1998) The long bereavement: ageing from a social point of view. *Age and Ageing*, 27, 5–9.
- Gerdner, L.A., Buckwalter, K.C. & Reed, D. (2002) Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research*, 51, 363–374.
- Gibson, F. (2004) *The Past in the Present: Using Reminiscence in Health and Social Care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Gibson, F., Whittington, D., et al. (1995) *Day Care in Rural Areas*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Gibson, S. (2005) A personal experience of successful doll therapy. *The Journal of Dementia Care*, 13, 22.
- Gifford, D.R., Holloway, R.G. & Vickrey, B.G. (2000) Systematic review of clinical prediction rules for neuroimaging in the evaluation of dementia. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2855–2862.
- Gilleard, C. (1984) *Living with Dementia: Community Care of the Elderly Mentally Infirm*. London: Croom Helm.
- Gilleard, C.J. (1996) Family therapy with older clients. In *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (ed. R.T. Woods). Chichester: J. Wiley and Sons.
- Gilliard, J., Means, R., Beattie, A., et al. (2005) Dementia care in England and the social model of disability: lessons and issues. *Dementia*, 4, 571–586.
- Gillick, M.R. (2000) Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *The New England Journal of Medicine*, 342, 206–210.
- Gillies, B. & Johnston, G. (2004) Identity loss and maintenance: commonality of experience in cancer and dementia. *European Journal of Cancer Care*, 13, 436–442.
- Gillies, B.A. (2000) A memory like clockwork: accounts of living through dementia. *Aging and Mental Health*, 4, 366–374.

- Gitlin, L.N., Winter, L., Corcoran, M., et al. (2003) Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *Gerontologist*, 43, 532–546.
- Gitlin, L.N., Hauck, W.W., Dennis, M.P., et al. (2005) Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *The Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60, 368–374.
- Gjerdingen, D.K., Neff, J.A., Wang, M., et al. (1999) Older persons' opinions about life-sustaining procedures in the face of dementia. *Archives of Family Medicine*, 8, 421–425.
- Glasby, J. (2004) Social services and the Single Assessment Process: early warning signs? *Journal of Interprofessional Care*, 18, 129–139.
- Gold, G., Bouras, C., Canuto, A., et al. (2002) Clinicopathological validation study of four sets of clinical criteria for vascular dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 82–87.
- Golding, E. (1989) MEAMS: The Middlesex Elderly Assessment of Mental State. Titchfield: Thames Valley Test Company.
- Goldwasser, A.N., Auerbach, S.M. & Harkins, S.W. (1987) Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 25, 209–222.
- Gormley, N., Lyons, D. & Howard, R. (2001) Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 30, 141–145.
- GRADE Working Group (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 328, 1490–1497.
- Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Hoefnagels, W.H., et al. (2003) Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: a pilot study. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation, and Health*, 23, 155–164.
- Graham, C., Ballard, C. & Sham, P. (1997a) Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 931–936.
- Graham, C., Ballard, C. & Sham, P. (1997b) Carers' knowledge of dementia and their expressed concerns. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 470–473.
- Grant, B. (1993) Does Alzheimer's have Chris? *Intouch*, May 1993.
- Green, R.C., Cupples, L.A., Kurz, A., et al. (2003) Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. *Archives of Neurology*, 60, 753–759.
- Groene, R.W. (1993) Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having Senile Dementia of the Alzheimer's Type. *Journal of Music Therapy*, 30, 138–157.
- Guo, Z., Cupples, L.A., Kurz, A., et al. (2000) Head injury and the risk of AD in the MIRAGE study. *Neurology*, 54, 1316–1323.
- Gustafson, D., Rothenberg, E., Blennow, K., et al. (2003) An 18-year follow-up of overweight and risk of Alzheimer disease. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1524–1528.
- Hachinski, V.C., Iliff, L.D., Zilhka, E., et al. (1975) Cerebral blood flow in dementia. *Archives of Neurology*, 32, 632–637.
- Hanks, N. (1992) The effects of Alzheimer's disease on the sexual attitudes and behaviors of married caregivers and their spouses. *Sexuality and Disability*, 10, 137–151.
- Hardy, J. (1996) New insights into the genetics of Alzheimer's disease. *Annals of Medicine*, 28, 255–258.
- Harris, L., Weir, M. (1998) Inappropriate sexual behaviour in dementia: a review of the treatment literature. *Sexuality and Disability*, 16, 205–216.
- Harvey, R.J., Skelton-Robinson, M. & Rossor, M.N. (2003) The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 74, 1206–1209.
- Heart Protection Study Collaborative Group (HPSCG) (2002) MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 360, 7–22.
- Hebert, R., Lindsay, J., Verreault, R., et al. (2000) Vascular dementia: incidence and risk factors in the Canadian study of health and aging. *Stroke*, 31, 1487–1493.
- Hebert, R., Levesque, L., Vezina, J., et al. (2003) Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S58–S67.
- Heiser, S. (2002) People with dementia reveal their views of homecare. *The Journal of Dementia Care*, 10, 22–24.
- Heiss, W.D., Kessler, J., Mielke, R., et al. (1994) Long-term effects of phosphatidylserine, pyritinol, and cognitive training in Alzheimer's disease. A neuropsychological, EEG, and PET investigation. *Dementia*, 5, 88–98.
- Henschel, F., Kreis, M., Damian, M., et al. (2005) The clinical utility of structural neuroimaging with MRI for diagnosis and differential diagnosis of dementia: a memory clinic study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 645–650.
- Herrmann, N., Mamdani, M. & Lanctot, K. L. (2004) Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1113–1115.
- Higgins, J.P.T. & Thompson, S.G. (2002) Quantifying heterogeneity in a metaanalysis. *Statistics in Medicine*, 21 (11), 1539–1558.
- Hillman, J., Skoloda, T.E., Angelini, F., et al. (2001) The moderating effect of aggressive problem behaviors in the generation of more positive attitudes toward nursing home residents. *Aging and Mental Health*, 5, 282–288.
- HMSO (1983) Mental Health Act 1983. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Hofman, A., Rocca, W.A., Brayne, C., et al. (1991) The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *International Journal of Epidemiology*, 20, 736–748.

- Hofman, A., Ott, A., Breteler, M.M., et al. (1997) Atherosclerosis, apolipoprotein E and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam Study. *The Lancet*, 349, 151–154.
- Hogervorst, E., Yaffe, K., Richards, M., et al. (2002) Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003122.
- Hoglund, K., Wiklund, O., Vanderstichele, H., et al. (2004) Plasma levels of betaamyloid(1–40), beta-amyloid(1–42), and total beta-amyloid remain unaffected in adult patients with hypercholesterolemia after treatment with statins. *Archives of Neurology*, 61, 333–337.
- Holden, U.P. & Woods, R.T. (1995) *Positive approaches to dementia care* (3rd edn). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Holland, A.J., Hon, J., Huppert, F.A., et al. (1998) Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 493–498.
- Holmes, C., Fortenza, O., Powell, J., et al. (1997) Do neuroleptic drugs hasten cognitive decline in dementia? Carriers of apolipoprotein E epsilon 4 allele seem particularly susceptible to their effects. *British Medical Journal*, 314, 1411; author reply 1412.
- Holmes, C., Wilkinson, D., Dean, C., et al. (2004) The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology*, 63, 214–219.
- Holmes, J. & House, A. (2000) Psychiatric illness predicts poor outcome after surgery for hip fracture: a prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 30, 921–929.
- Holmes, J., Pugner, K., Phillips, R., et al. (1998) Managing Alzheimer's disease: the cost of care per patient. *British Journal of Health Care Management*, 4, 332–337.
- Holtkamp, C.C., Kragt, K., Van Dongen, M.C., et al. (1997) Effect of snoezelen on the behaviour of demented elderly. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28, 124–128.
- Hon, J., Huppert, F.A., Holland, A.J., et al. (1999) Neuropsychological assessment of older adults with Down's syndrome: an epidemiological study using the Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG). *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 155–165.
- Hope, R.A. & Fairburn, C.G. (1990) The nature of wandering in dementia: a community based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 239–245.
- Horgas, A.L. & Tsai, P.F. (1998) Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 47, 235–242.
- House of Commons Health Committee (2004a) *Elder Abuse: Second Report of Session 2003–2004*. London: The Stationery Office.
- House of Commons Health Committee (2004b) *Palliative Care: Fourth Report of Session 2003–2004*. Available at: [www.publications.parliament.uk/](http://www.publications.parliament.uk/)
- Howard, R., Ballard, C., O'Brien, J., et al. (2001) Guidelines for the management of agitation in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 714–717.
- Hsich, G., Kenney, K., Gibbs, C.J, et al. (1996) The 14-3-3 brain protein in cerebrospinal fluid as a marker for transmissible spongiform encephalopathies. *New England Journal of Medicine*, 335, 924–930.
- Huang, H.L., Shyu, Y.I., Chen, M.C., et al. (2003) A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 337–345.
- Hubbard, G., Downs, M.G. & Tester, S. (2003) Including older people with dementia in research: challenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 7, 351–362.
- Hughes, J.C. & Louw, S.J. (2002) Confidentiality and cognitive impairment: professional and philosophical ethics. *Age and Ageing*, 31, 147–150.
- Hughes, J.C. & Robinson, L. (2005) General practice perspectives: co-ordinating end-of-life care. In: *Palliative Care in Severe Dementia* (ed. J.C. Hughes). Dinton: Quay Books.
- Hughes, J.C., Hedley, K. & Harris, D. (2005a) The practice and philosophy of palliative care in dementia. In *Palliative Care in Severe Dementia* (ed. J.C. Hughes). Dinton: Quay Books.
- Hughes, J.C., Robinson, L. & Volicer, L. (2005b) Specialist palliative care in dementia. *British Medical Journal*, 330, 57–58.
- Hurley, A.C., Volicer, B.J. & Volicer, L. (1996) Effect of fever-management strategy on the progression of dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10, 5–10.
- Husband, H.J. (1999) The psychological consequences of learning a diagnosis of dementia: three case examples. *Aging and Mental Health*, 3, 179–183.
- Husband, H.J. (2000) Diagnostic disclosure in dementia: an opportunity for intervention? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 544–547.
- Illiffe, S., Wilcock, J., Austin, T., et al. (2002) Dementia diagnosis and management in primary care: developing and testing educational models. *Dementia*, 1, 11–23.
- Illiffe, S., Wilcock, J. & Haworth, D. (2006) Obstacles to shared care for patients with dementia: a qualitative study. *Family Practice*, 23, 353–362.
- Innes, A., Blackstock, K., Mason, A., et al. (2005) Dementia care provision in rural Scotland: service users' and carers' experiences. *Health and Social Care in the Community*, 13, 354–365.
- Jack, C.R. Jr., Petersen, R.C., Xu, Y.C., et al. (1999) Prediction of AD with MRI-based hippocampal volume in mild cognitive impairment. *Neurology*, 52, 1397–1403.
- Jacobson, S. & Jerrier, H. (2000) EEG in delirium. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5, 86–92.

- Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., et al. (1996) Assessing the quality of reports of randomised clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1–12.
- Jagust, W., Thisted, R., Devous, M.D. Sr., et al. (2001) SPECT perfusion imaging in the diagnosis of Alzheimer's disease: a clinical-pathologic study. *Neurology*, 56, 950–956.
- Jeffrey, D. (2001) Collusion in doctor-patient communication. Specialist palliative care staff could act as treatment brokers. *British Medical Journal*, 322, 1063.
- Jellinger, K.A. (2004) Head injury and dementia. *Current Opinion in Neurology*, 17, 719–723.
- Jick, H., Zornberg, G.L., Jick, S.S., Seshadri, S., et al. (2000) Statins and the risk of dementia. *The Lancet*, 356, 1627–1631.
- Johansen, A., White, S. & Waraisch, P. (2003) Screening for visual impairment in older people: validation of the Cardiff Acuity Test. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 36, 289–293.
- Jones, J. (1997) 'Thank God for Careline'. *Signpost*, 2, 11–13.
- Jones, R.W. (2000) *Drug Treatment in Dementia*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Jonkman, E.J. (1997) The role of the electroencephalogram in the diagnosis of dementia of the Alzheimer type: an attempt at technology assessment. *Neurophysiologie Clinique*, 27, 211–219.
- Jönsson, L., Eriksson Jönhagen, M., Kilander, L., et al. (2006) Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 449–459.
- Jorm, A.F. (2000) Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review. *Gerontology*, 46, 219–227.
- Jorm, A.F. & Jacomb, P.A. (1989) The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19, 1015–1022.
- Jorm, A.F. & Jolley, D. (1998) The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*, 51, 728–733.
- Jorm, A.F., Korten, A.E. & Henderson, A.S. (1987) The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 465–479.
- Judd, S., Marshall, M., Phippen, P. (eds.) (1997) *Design for Dementia*. London: Hawker.
- Kabir, Z.N. & Herlitz, A. (2000) The Bangla adaptation of Mini Mental State Examination (BAMSE): an instrument to assess cognitive function in illiterate and literate individuals. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 441–450.
- Kao, C.H., Wang, P.Y., Wang, S.J., et al. (1993) Regional cerebral blood flow of Alzheimer's disease-like pattern in young patients with Down's syndrome detected by 99Tcm-HMPAO brain SPECT. *Nuclear Medicine Communications*, 14, 47–51.
- Katz, I.R., Jeste, D.V., Mintzer, J.E., et al. (1999) Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 107–115.
- Kay, D.W., Forster, D.P. & Newens, A.J. (2000) Long-term survival, place of death, and death certification in clinically diagnosed pre-senile dementia in northern England. Follow-up after 8–12 years. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 156–162.
- Keady, J. & Gilliard, J. (2002) Testing times: the experience of neuro-psychological assessment for people with suspected Alzheimer's disease. In *The Person with Alzheimer's Disease: Pathways to Understanding the Experience* (ed. P.B. Harris). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Keady, J., Nolan, M.R. & Gilliard, J. (1995) Listen to the voices of experience. *Journal of Dementia Care*, 3, 15–17.
- Keady, J., Woods, B., Hahn, S., et al. (2004) Community mental health nursing and early intervention in dementia: developing practice through a single case history. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13, 57–67.
- Kerr, D. & Wilkinson, H. (2005) *In the Know: Implementing Good Practice, Information and Tools for Anyone Supporting People with a Learning Disability and Dementia*. York: Pavilion Publishing/Joseph Rowntree Foundation.
- Kertesz, A. (2002) Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomized trial. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2, 503–504.
- Kihlgren, M., Bråne, G., Karlsson, I., et al. (1992) Long-term influences on demented patients in different caring milieus, a collective living unit and a nursing home: a descriptive study. *Dementia*, 3, 342–349.
- Kipling, T., Bailey, M. & Charlesworth, G. (1999) The feasibility of a cognitive behavioural therapy group for men with mild/moderate cognitive impairment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 189–193.
- Kirchner, V., Elloy, M.D., Silver, L.E., et al. (2000) Dementia: The cost of care for behaviourally disturbed patients living in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1000–1004.
- Kitwood, T. & Benson, S. (1995) *The New Culture of Dementia Care*. London: Hawker Publications.
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992) Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing and Society*, 12, 269–287.
- Kitwood, T.M. (1997) *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.
- Kivipelto, M., Ngandu, T., Fratiglioni, L., et al. (2005) Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 62, 1556–1560.
- Klunk, W.E., Engler, H., Nordberg, A., et al. (2004) Imaging brain amyloid in Alzheimer's disease with Pittsburgh Compound-B. *Annals of Neurology*, 55, 306–319.
- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., et al. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effective analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 574–580.
- Knopman, D.S., DeKosky, S.T., Cummings, J.L., et al. (2001) Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1143–1153.

- Kolanowski, A.M., Litaker, M. & Buettner, L. (2005). Efficacy of theory-based activities for behavioral symptoms of dementia. *Nursing Research*, 54, 219–228.
- Koltai, D.C., Welsh-Bohmer, K.A. & Smechel, D.E. (2001) Influence of anosognosia on treatment outcome among dementia patients. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 455–475.
- Koppel, R. (2002) Alzheimer's Disease: The Cost to U.S. Businesses in 2002. Pennsylvania: Social Research Corporation and Department of Sociology, University of Pennsylvania.
- Kuhn, D.R. (1994) The changing face of sexual intimacy in Alzheimer's disease. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and other Dementias*, 9, 7–14.
- Kuhn, D., Kasayka, R.E. & Lechner, C. (2002) Behavioral observations and quality life among persons with dementia in 10 assisted living facilities. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17, 291–298.
- Kuusisto, J., Koivisto, K., Kervinen, K., et al. (1994) Association of apolipoprotein E phenotypes with late onset Alzheimer's disease: population based study. *British Medical Journal*, 309, 636–638.
- LaFrance, N.D., Parker, J.R., Smith, M.D., et al. (1998) Dynamic susceptibility contrast MR imaging for the evaluation of probable Alzheimer disease: a costeffectiveness analysis. *Academic Radiology*, 5, S231–S233.
- Lai, C.K., Chi, I. & Kayser-Jones, J. (2004) A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16, 33–49.
- Larson, E.B., Reifler, B.V., Sumi, S.M., et al. (1986) Diagnostic tests in the evaluation of dementia. A prospective study of 200 elderly outpatients. *Archives of Internal Medicine*, 146, 1917–1922.
- Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., et al. (1999) Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology*, 52, 78–84.
- Lawton, M.P., Liebowitz, B. & Charon, H. (1970) Physical structure and the behavior of senile patients following ward remodeling. *Aging and Human Development*, 1, 231–239.
- Leibson, C.L., Rocca, W.A., Hanson, V.A., et al. (1997) Risk of dementia among persons with diabetes mellitus: a population-based cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 145, 301–308.
- Letenneur, L. (2004) Risk of dementia and alcohol and wine consumption: a review of recent results. *Biological Research*, 37, 189–193.
- Li, G., Higdon, R., Kukull, W.A., et al. (2004) Statin therapy and risk of dementia in the elderly: a community-based prospective cohort study. *Neurology*, 63, 1624–1628.
- Lichtenberg, P.A., Kemp-Havican, J., MacNeill, S.E., et al. (2005) Pilot study of behavioral treatment in dementia care units. *The Gerontologist*, 45, 406–410.
- Liddel, J., Williamson, M. & Irwig, L. (1996) *Method for Evaluating Research and Guideline Evidence*. Sydney: New South Wales Health Department.
- Lindesay, J., Jagger, K., Mlynik-Szmid, A., et al. (1997) The Mini Mental State Examination (MMSE) in an elderly immigrant Gujarati population in the United Kingdom. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1155–1167.
- Lindsay, J., Herbert, R. & Rockwood, K. (1997) The Canadian Study of Health and Aging: risk factors for vascular dementia. *Stroke*, 28, 526–530.
- Lintern, T., Woods, R.T. & Phair, L. (2002) Before and after training: a case study of intervention. In *Dementia Topics for the Millennium and Beyond* (ed. S. Benson). London: Hawker Publications.
- Lippa, C.F., Swearer, J.M., Kane, K.J., et al. (2000) Familial Alzheimer's disease: site of mutation influences clinical phenotype. *Annals of Neurology*, 48, 376–379.
- Litvan, I., Bhatia, K.P., Burn, D.J., et al. (2003) Movement Disorders Society Scientific Issues Committee report: SIC Task Force appraisal of clinical diagnostic criteria for Parkinsonian disorders. *Movement Disorders*, 18, 467–486.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., et al. (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1996–2021.
- Lloyd-Williams, M. (1996) An audit of palliative care in dementia. *European Journal of Cancer Care*, 5, 53–55.
- Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., et al. (2000) Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, 54, S4–S9.
- Loewenstein, D.A., Acevedo, A., Czaja, S.J., et al. (2004) Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 395–402.
- Lonergan, E., Luxenberg, J. & Colford, J. (2002) Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002852.
- Lonn, E., Bosch, J., Yusuf, S., et al. (2005) The HOPE and HOPE-TOO Trial Investigators. Effects of long-term vitamin E supplementation on cardiovascular events and cancer: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 293, 1338–1347.
- López-Arrieta, J.M. & Birks, J. (2002) Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000147.
- Low, L.F. & Anstey, K.J. (2006) Hormone replacement therapy and cognitive performance in postmenopausal women – a review by cognitive domain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 66–84.
- Lowin, A., Knapp, M. & McCrone, P. (2001) Alzheimer's disease in the UK: comparative evidence on cost of illness and volume of health services research funding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1143–1148.
- Luchins, D.J. & Hanrahan, P. (1993) What is appropriate health care for end-stage dementia? *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 25–30.

- Luchsinger, J.A., Tang, M.X., Shea, S., et al. (2003) Antioxidant vitamin intake and risk of Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 60, 203–208.
- Lyketsos, C.G., Lindell Veiel, L., Baker, A., et al. (1999) A randomized, controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 520–525.
- Lyketsos, C.G., Del Campo, L., Steinberg, M., et al. (2003) Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Archives of General Psychiatry*, 60, 737–746.
- McAllister, C.L. & Silverman, M.A. (1999) Community formation and community roles among persons with Alzheimer's disease: a comparative study of experiences in a residential Alzheimer's facility and a traditional nursing home. *Qualitative Health Research*, 9, 65–85.
- McCallion, P., Toseland, R.W., Lacey, D., et al. (1999) Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 39, 546–558.
- McCarthy, M., Addington-Hall, J. & Altmann, D. (1997) The experience of dying with dementia: a retrospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 404–409.
- McCracken, A.L. & Fitzwater, E. (1989) The right environment for Alzheimer's: which is better – open versus closed units? Here's how to tailor the answer to the patient. *Geriatric Nursing*, 10, 293–294.
- McCurry, S.M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., et al. (2005) Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 793–802.
- McGeer, E.G. & McGeer, P.L. (1999) Brain inflammation in Alzheimer disease and the therapeutic implications. *Current Pharmaceutical Design*, 5, 821–836.
- McGilton, K.S., Rivera, T.M. & Dawson, P. (2003) Can we help persons with dementia find their way in a new environment? *Aging and Mental Health*, 7, 363–371.
- McGuire, R.C. (1998) A case study in cost-effectiveness analysis for computer technology used in support of caregivers with Alzheimer's disease patients. In *Information Systems Innovations for Nursing: New Visions and Ventures* (eds. S. Moorhead & C. Delaney). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maciejewski, C. (1999) A focus group for carers of people with young onset dementia. *Signpost*, 4, 13–15.
- McKeith, I., Del Sur, T., Spano, P., et al. (2000a) Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *The Lancet*, 356, 2031–2036.
- McKeith, I., Mintzer, J., Aarsland, D., Burn, D., et al. (2004) Dementia with Lewy Bodies. *Lancet Neurology*, 3, 19–28.
- McKeith, I.G., Galasko, D., Kosaka, K., et al. (1996) Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47, 1113–1124.
- McKeith, I.G., Ballard, C.G., Perry, R.H., et al. (2000b) Prospective validation of consensus criteria for the diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 54, 1050–1058.
- McKeith, I.G., Dickson, D.W., Lowe, J., et al. (2005) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65, 1863–1872.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., et al. (1984) Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939–944.
- McKhann, G.M., Albert, M.S., Grossman, M., et al. (2001) Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Archives of Neurology*, 58, 1803–1809.
- McKillop, J. & Wilkinson, H. (2004) Make it easy on yourself! Advice to researchers from someone with dementia on being interviewed. *Dementia*, 3, 117–125.
- McMahon, P.M., Araki, S.S., Neumann, P.J., et al. (2000) Cost-effectiveness of functional imaging tests in the diagnosis of Alzheimer disease. *Radiology*, 217, 58–68.
- McMahon, P.M., Araki, S.S., Sandberg, E.A., et al. (2003) Cost-effectiveness of PET in the diagnosis of Alzheimer disease. *Radiology*, 228, 515–522.
- McNamee, P., Bond, J. & Buck, D. (2001) Costs of dementia in England and Wales in the 21st century. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 261–266.
- McShane, R., Keene, J., Gedling, K., et al. (1997) Do neuroleptic drugs hasten cognitive decline in dementia? Prospective study with necropsy follow up. *British Medical Journal*, 314, 266–270.
- Magnusson, L., Hanson, E. & Borg, M. (2004) A literature review study of information and communication technology as a support for frail older people living at home and their family carers. *Technology and Disability*, 16, 223–235.
- Mahoney, D.F., Tarlow, B.J. & Jones, R.N. (2003) Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: findings from the REACH for TLC intervention study. *The Gerontologist*, 43, 556–567.
- Malouf, R. & Areosa Sastre, A. (2003) Vitamin B12 for cognition. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004394.
- Malouf, R., Grimley Evans, J. & Areosa Sastre, A. (2003) Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004514.
- Manfredi, P.L., Breuer, B., Wallenstein, S., et al. (2003) Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 700–705.
- Mann, T. (1996) *Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care within the NHS*. London: Department of Health.
- Mann, D.M., Iwatsubo, T., Ihara, Y., et al. (1996) Predominant deposition of amyloid beta 42(43) in plaques in cases of Alzheimer's disease and hereditary cerebral hemorrhage associated with mutations in the amyloid precursor protein gene. *The American Journal of Pathology*, 148, 1257–1266.

- Manthorpe, J. & Iliffe, S. (2005) Timely responses to dementia: exploring the social work role. *Journal of Social Work*, 5, 191–203.
- Manthorpe, J., Iliffe, S. & Eden, A. (2003) The implications of the early recognition of dementia for multiprofessional teamworking: conflicts and contradictions in practitioner perspectives. *Dementia*, 2, 163–179.
- Manthorpe, J., Penhale, B., Pinkney, L., et al. (2004) A Systematic Literature Review in Response to Key Themes Identified in the Report of the House of Commons Select Committee on Elder Abuse (2004). Available at: [www.prap.group.shef.ac.uk/hoc.pdf](http://www.prap.group.shef.ac.uk/hoc.pdf)
- Manthorpe, J., Perkins, N., Penhale, B., et al. (2005) Select questions: considering the issues raised by a Parliamentary Select Committee Inquiry into elder abuse. *Journal of Adult Protection*, 7, 19–32.
- Marcusson, J., Rother, M., Kittner, B., et al. (1997) A 12-month, randomized, placebo-controlled trial of propentofylline (HWA 285) in patients with dementia according to DSM III-R. The European Propentofylline Study Group. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 8, 320–328.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., et al. (2000) Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 557–562.
- Marshall, M. (2000) *Astrid: A Social and Technological Response to Meeting the Needs of Individuals with Dementia and their Carers*. London: Hawker Publications.
- Marshall, M. (2001) Care settings and the care environment. In *A Handbook of Dementia Care* (ed. C. Cantley). Buckingham: Open University Press.
- Marshall, M. (2004) *Perspectives on Rehabilitation and Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Martikainen, J., Valtonen, H. & Pirttila, T. (2004) Potential cost-effectiveness of a family-based program in mild Alzheimer's disease patients. *The European Journal of Health Economics*, 5, 136–142.
- Martin-Cook, K., Remakel-Davis, B., Svetlik, D., et al. (2003) Caregiver attribution and resentment in dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 366–374.
- Martin-Cook, K., Davis, B.A., Hynan, L.S., et al. (2005) A randomized, controlled study of an Alzheimer's caregiver skills training program. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20, 204–210.
- Marzinski, L.R. (1991) The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused nonverbal elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 17, 25–28.
- Mather, J.A., Nemecek, D. & Oliver, K. (1997) The effect of a walled garden on behavior of individuals with Alzheimer's. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12, 252–257.
- Mathuranath, P.S., Nestor, P.J., Berrios, G.E., et al. (2000) A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 55, 1613–1620.
- Mayeux, R., Ottman, R., Tang, M.X., et al. (1993) Genetic susceptibility and head injury as risk factors for Alzheimer's disease among community-dwelling elderly persons and their first-degree relatives. *Annals of Neurology*, 33, 494–501.
- Means, R. (2000) Residential and institutional provision for older people. In *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (ed. M. Davies). Oxford: Blackwell Publishers.
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (2004) Summary of clinical trial data on cerebrovascular adverse events (CVAEs) in randomised clinical trials of risperidone conducted in patients with dementia. Available at [www.mhra.gov.uk](http://www.mhra.gov.uk).
- Meehan, K.M., Wang, H., David, S.R., et al. (2002) Comparison of rapidly acting intra-muscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology*, 26, 494–504.
- Melin, L. & Gotestam, K.G. (1981) The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviours of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 47–51.
- Mellor, C. & Glover, S. (2000) In partnership with carers. *Journal of Dementia Care*, 8, 14.
- Mental Health Foundation (2006) *Feeding Minds: the Impact of Food on Mental Health*. London: Mental Health Foundation.
- Meulen, E.F., Schmand, B., Van Campen, J.P., et al. (2004) The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 700–705.
- Mielke, R. & Heiss, W.D. (1998) Positron emission tomography for diagnosis of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Journal of Neural Transmission. Supplementum*, 53, 237–250.
- Miller, E.R. 3rd, Pastor-Barriuso, R., Dalal, D., et al. (2005) Meta-analysis: high-dosage vitamin E supplementation may increase all-cause mortality. *Annals of Internal Medicine*, 142, 37–46.
- Milne, A., Hatzidimitriadou, E. & Chryssanthopoulou, C. (2004) Carers of older relatives in long term care: support needs and services. *Generations Review*, 14, 4–9.
- Mintzer, J., Greenspan, A., Caers, I., et al. (2006). Risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer disease: results from a prospective clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 280–291.
- Mishima, K., Hishikawa, Y. & Okawa, M. (1998) Randomized, dim light controlled, crossover test of morning bright light therapy for rest-activity rhythm disorders in patients with vascular dementia and dementia of Alzheimer's type. *Chronobiology International*, 15, 647–654.
- Mitchell, S.L., Kiely, D.K. & Hamel, M.B. (2004a) Dying with advanced dementia in the nursing home. *Archives of Internal Medicine*, 164, 321–326.
- Mitchell, S.L., Morris, J.N., Park, P.S., et al. (2004b) Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings. *Journal of Palliative Medicine*, 7, 808–816.



- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Coon, D.W., et al. (2004a) Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 850–856.
- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Haley, W.E., et al. (2004b) Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 27–34.
- Moniz-Cook, E., Agar, S., Silver, M., et al. (1998) Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 149–158.
- Moniz-Cook, E., Stokes, G. & Agar, S. (2003) Difficult behaviour and dementia in nursing homes: five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 197–208.
- Moniz-Cook, E., Woods, R.T. & Richards, K. (2001) Functional analysis of challenging behaviour in dementia: the role of superstition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 45–56.
- Monteleoni, C. & Clark, E. (2004) Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. *British Medical Journal*, 329, 491–494.
- Moore, K.D. (1999). Dissonance in the dining room: a study of social interaction in a special care unit. *Qualitative Health Research*, 9, 133–155.
- Moore, M.J., Zhu, C.W. & Clipp, E.C. (2001) Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, S219–S228.
- Morgan, D.G. & Stewart, N.J. (1998) High versus low density special care units: impact on the behavior of elderly residents with dementia. *Canadian Journal on Aging*, 17, 143–165.
- Morgan, S. (2000) The Impact of a Structured Life Review Process on People with Memory Problems Living in Care Homes. Unpublished DClinPsy thesis, University of Wales, Bangor.
- Moroney, J.T., Tang, M.X., Berglund, L., et al. (1999a) Low-density lipoprotein cholesterol and the risk of dementia with stroke. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 254–260.
- Moroney, J.T., Tseng, C.L., Paik, M.C., et al. (1999b) Treatment for the secondary prevention of stroke in older patients; the influence of dementia status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 824–829.
- Morris, J.C. (2005) Dementia update 2005. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19, 100–117.
- Morrison, R.S. & Siu, A.L. (2000) Survival in end-stage dementia following acute illness. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 47–52.
- Mortimer, J.A., French, L.R., Hutton, J.T., et al. (1985) Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease. *Neurology*, 35, 264–267.
- Mosconi, L. (2005) Brain glucose metabolism in the early and specific diagnosis of Alzheimer's disease. FDG-PET studies in MCI and AD. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 32, 486–510.
- Moulin-Romsee, G., Maes, A., Silverman, D., et al. (2005) Cost-effectiveness of 18Ffluorodeoxyglucose positron emission tomography in the assessment of early dementia from a Belgian and European perspective. *European Journal of Neurology*, 12, 254–263.
- Mozley, C.G., Huxley, P., Sutcliffe, C., et al. (1999) 'Not knowing where I am doesn't mean I don't know what I like': cognitive impairment and quality of life responses in elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 776–783.
- MRC/CFAS (1998) Cognitive function and dementia in six areas of England and Wales: the distribution of MMSE and prevalence of GMS organicity level in the MRC CFA Study. *The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS)*. *Psychological Medicine*, 28, 319–335.
- MRC/CFAS (2001) Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS)*. *The Lancet*, 357, 169–175.
- Murman, D.L., Chen, Q., Powell, M.C., et al. (2002) The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology*, 59, 1721–1729.
- Murman, D.L., Kuo, S.B., Powell, M.C., et al. (2003) The impact of parkinsonism on costs of care in patients with AD and dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 61, 944–949.
- Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S., et al. (1999) EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II – a qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 662–667.
- Namazi, K.H. & DiNatale Johnson, B. (1992) Dressing independently: a closet modification model for Alzheimer's disease patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 7, 22–28.
- National Council for Palliative Care (2006) Exploring Palliative Care for People with Dementia: a Discussion Document. London: National Council for Palliative Care.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004a) Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London: National Institute for Clinical Health and Excellence. Available at: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004b) Falls: the Assessment and Prevention of Falls in Older People. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at: [www.nice.org.uk/guidance/CG21](http://www.nice.org.uk/guidance/CG21).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006) Statins for the Prevention of Cardiovascular Events. Technology Appraisal 94. Available at: [www.nice.org.uk/TA094](http://www.nice.org.uk/TA094).

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011) Alzheimer's Disease – Donepezil, Galantamine, Rivastigmine and Memantine. Technology Appraisal 217. Available at: [www.nice.org.uk/TA217](http://www.nice.org.uk/TA217). (This is an update of NICE TA111 which was an update of TA019.)
- Neal, M. & Barton Wright, P. (2003) Validation therapy for dementia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001394.
- Neary, D., Snowden, J.S., Gustafson, L., et al. (1998) Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, 1546–1554.
- Nestor, P.J., Scheltens, P. & Hodges, J.R. (2004) Advances in the early detection of Alzheimer's disease. *Nature Reviews. Neuroscience*, 5, S34–S41.
- Netten, A. (1993) *A Positive Environment? Physical and Social Influences on People with Senile Dementia in Residential Care*. Aldershot: Ashgate.
- Newcastle, North Tyneside and Northumberland Mental Health NHS Trust Drugs and Therapeutics Committee (2006) *Guidance on Physical Health Monitoring of Patients on Psychotropic Drugs*.
- Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Trust (2006) *Diagnostic Services Tariff 2005*. Personal communication.
- Nightingale, S., Holmes, J., Mason, J., et al. (2001) Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *The Lancet*, 357, 1264–1265.
- Nobili, A., Riva, E., Tettamanti, M., et al. (2004) The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: a randomized controlled pilot study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18, 75–82.
- Nolan, B.A. & Mathews, R.M. (2004) Facilitating resident information seeking regarding meals in a special care unit: an environmental design intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 12–16.
- Nolan, B.A., Mathews, R.M. & Harrison, M. (2001) Using external memory aids to increase room finding by older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16, 251–254.
- Nunez, M., Hasselbalch, S., Heun, R., et al. (2003) Donepezil-treated Alzheimer's disease patients with apparent initial cognitive decline demonstrate significant benefits when therapy is continued: results from a randomised, placebo-controlled trial. Poster presented at the Second Annual Dementia Congress, September 12–14, 2003. Washington, DC.
- Nygaard, H.A. & Jarland, M. (2005) Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 730–737.
- O'Brien, J.T., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., et al. (2003) Vascular cognitive impairment. *The Lancet Neurology*, 2, 89–98.
- O'Brien, J.T., Colloby, S., Fenwick, J., et al. (2004) Dopamine transporter loss visualized with FP-CIT SPECT in the differential diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Archives of Neurology*, 61, 919–925.
- Oborne, C.A., Hooper, R., Li, K.C., et al. (2002) An indicator of appropriate neuroleptic prescribing in nursing homes. *Age and Ageing*, 31, 435–439.
- Oddy, R. (2003). *Promoting Mobility for People with Dementia: a Problem Solving Approach*. London: Age Concern England.
- Olin, J., Schneider, L., Novit, A., et al. (2000) Hydergine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000359.
- Olin, J.T., Fox, L.S., Pawluczyk, S., et al. (2001) A pilot randomized trial of carbamazepine for behavioral symptoms in treatment-resistant outpatients with Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 400–405.
- Olsson, A., Csajbok, L., Ost, M., et al. (2004) Marked increase of beta-amyloid (1–42) and amyloid precursor protein in ventricular cerebrospinal fluid after severe traumatic brain injury. *Journal of Neurology*, 251, 870–876.
- Onder, G., Zanetti, O., Giacobini, E., et al. (2005) Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 450–455.
- Opie, J., Doyle, C. & O'Connor, D.W. (2002) Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 6–13.
- Orgogozo, J.M., Rigaud, A.S., Stoffler, A., et al. (2002) Efficacy and safety of memantine in patients with mild to moderate vascular dementia: a randomized, placebo-controlled trial (MMM 300). *Stroke*, 33, 1834–1839.
- Orrell, M., Howard, R., Payne, A., et al. (1992) Differentiation between organic and functional psychiatric illness in the elderly: an evaluation of four cognitive tests. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 263–275.
- Ott, A., Breteler, M.M., Van Harskamp, F., et al. (1995) Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam Study. *British Medical Journal*, 310, 970–973.
- Ott, A., Breteler, M.M., De Bruyne, M.C., et al. (1997) Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study. *Stroke*, 28, 316–321.
- Ott, A., Slooter, A.J., Hofman, A., et al. (1998) Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: The Rotterdam Study. *The Lancet*, 351, 1840–1843.
- Ott, A., Stolk, R.P., Van Harskamp, F., et al. (1999) Diabetes mellitus and the risk of dementia: The Rotterdam Study. *Neurology*, 53, 1937–1942.
- Parsons, M. (2001) *Living at home*. In *A Handbook of Dementia Care* (ed. C. Cantley). Buckingham: Open University Press.
- Passini, R., Pigot, H., Rainville, C., et al. (2000) Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type. *Environment and Behavior*, 32, 684–710.
- Patel, N., Mirza, N., Linblad, P., et al. (1998) *Dementia and Minority Ethnic Older People: Managing Care in the UK, Denmark and France*. Lyme Regis: Russell House Publishing.
- Patel, P., Goldberg, D. & Moss, S. (1993) Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. II: The prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 481–491.

- Paton, J., Johnston, K., Katona, C., et al. (2004) What causes problems in Alzheimer's disease: attributions by caregivers. A qualitative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 527–532.
- Patwardhan, M.B., McCrory, D.C., et al. (2004) Alzheimer's disease: operating characteristics of PET – a meta-analysis. *Radiology*, 231, 73–80.
- Pearce v United Bristol Healthcare NHS Trust [1998] 48 BMLR 118.
- Pedersen, N.L., Gatz, M., Berg, S., et al. (2004) How heritable is Alzheimer's disease late in life? Findings from Swedish twins. *Annals of Neurology*, 55, 180–185.
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., et al. (1999) Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303–308.
- Petersen, R.C., Thomas, R.G., Grundman, M., et al. (2005) Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine*, 352, 2379–2388.
- Petrovitch, H., White, L.R., Izmirlian, G., et al. (2000) Midlife blood pressure and neuritic plaques, neurofibrillary tangles, and brain weight at death: the HAAS. Honolulu-Asia Aging Study. *Neurobiology of Aging*, 21, 57–62.
- Petracca, G., Teson, A., Chemerinski, E., et al. (1996) A double-blind placebocontrolled study of clomipramine in depressed patients with Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8, 270–275.
- Petracca, G.M., Chemerinski, E. & Starkstein, S.E. (2001) A double-blind, placebocontrolled study of fluoxetine in depressed patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 13, 233–240.
- Phillips, C.D., Sloane, P.D., Hawes, C., et al. (1997) Effects of residence in Alzheimer disease special care units on functional outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1340–1344.
- Pieroni, K. & Mackenzie, L. (2001) How can we know what it's like? *The Journal of Dementia Care*, 9, 12.
- Pinfold, V., Farmer, P., Rapaport, J., et al. (2004) Positive and Inclusive? Effective Ways for Professionals to Involve Carers in Information Sharing. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). NCCSDO.
- Pinner, G. & Bouman, W.P. (2003) What should we tell people about dementia? *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 335–341.
- Pinkney, L., Manthorpe, J., Perkins, N., et al. (2005) The many guises of elder abuse. *Community Care*, 10–16 March, 36–37.
- Plassman, B.L., Havlik, R.J., Steffens, D.C., et al. (2000) Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology*, 55, 1158–1166.
- Poirier, J., Davignon, J., Bouthillier, D., et al. (1993) Apolipoprotein E polymorphism and Alzheimer's disease. *The Lancet*, 342, 697–699.
- Pool, J. (2002) *The Pool Activity Level Instrument for Occupational Profiling of People with Cognitive Impairment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Porsteinsson, A.P., Tariot, P.N., Erb, R., et al. (2001) Placebo-controlled study of divalproex sodium for agitation in dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 58–66.
- Poser, S., Zerr, I., Schroeter, A., et al. (2000) Clinical and differential diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease. *Archives of Virology. Supplementum*, 16, 153–159.
- Potkins, D., Bradley, S., Shrimanker, J., et al. (2000) End of life treatment decisions in people with dementia: carers' views and the factors which influence them. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1005–1008.
- Pratt, R. & Wilkinson, H. (2003) A psychosocial model of understanding the experience of receiving a diagnosis of dementia. *Dementia*, 2, 181–199.
- Prince, M., Cullen, M. & Mann, A. (1994) Risk factors for Alzheimer's disease and dementia: a case-control study based on the MRC elderly hypertension trial. *Neurology*, 44, 97–104.
- Proctor, G. (2001) Listening to older women with dementia: relationships, voices and power. *Disability and Society*, 16, 361–376.
- Proctor, R., Burns, A., Stratton-Powell, H., et al. (1999) Behavioural management in nursing and residential homes: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 354, 26–29.
- Pulsford, D., Rushforth, D. & Connor, I. (2000) Woodlands therapy: an ethnographic analysis of a small-group therapeutic activity for people with moderate or severe dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 650–657.
- Purtilo, R.B. & Ten Have, H.A.M.J. (2004) *Ethical Foundations of Palliative Care for Alzheimer Disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pusey, H. & Richards, D. (2001) A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 107–119.
- Qazi, A., Shankar, K. & Orrell, M. (2003) Managing anxiety in people with dementia. A case series. *Journal of Affective Disorders*, 76, 261–265.
- Quayhagen, M.P., Quayhagen, M., Corbeil, R.R., et al. (2000) Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions. *International Psychogeriatrics*, 12, 249–265.
- Rabe, A., Wisniewski, K.E., Schupf, N., et al. (1990) Relationship of Down's syndrome to Alzheimer's disease. In *Application of Basic Neuroscience to Child Psychiatry* (eds S.I. Deutsch, A. Weizman & R. Weizman). New York: Plenum Press.
- Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., et al. (1999) Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: an analysis of a one-year longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 323–329.
- Rait, G., Morley, M., Lambat, I., et al. (1997) Modification of brief cognitive assessments for use with elderly people from the South Asian sub-continent. *Aging & Mental Health*, 1, 356–363.

- Rait, G., Burns, A., Baldwin, R., et al. (2000) Validating screening instruments for cognitive impairment in older South Asians in the United Kingdom. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 54–62.
- Randolph, C. (1998) *The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS)*. London: Harcourt Assessment.
- Rands, G., Orrel, M. & Spector, A. (2000) Aspirin for vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001296.
- Rea, T.D., Breitner, J.C., Psaty, B.M., et al. (2005) Statin use and the risk of incident dementia: the cardiovascular health study. *Archives of Neurology*, 62, 1047–1051.
- Reed, P.S., Zimmerman, S., Sloane, P.D., et al. (2005) Characteristics associated with low food and fluid intake in long-term care residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, 74–80.
- Regnard, C. & Huntley, M.E. (2005) Managing the physical symptoms of dying. In *Palliative Care in Severe Dementia* (ed. J.C. Hughes). Dinton: Quay Books.
- Reifler, B.V., Teri, L., Raskind, M., et al. (1989) Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 45–49.
- Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., et al. (2003) Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1333–1341.
- Resuscitation Council (UK). Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: A Joint Statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. Available from [www.resus.org.uk/pages/dnar.htm](http://www.resus.org.uk/pages/dnar.htm)
- Retz, W., Gsell, W., Munch, G., et al. (1998) Free radicals in Alzheimer's disease. *Journal of Neural Transmission. Supplementum*, 54, 221–236.
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., et al. (2000) Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 444–452.
- Richardson, B., Kitchen, G. & Livingston, G. (2002) The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 335–341.
- Robb, S.S., Stegman, C.E. & Wolanin, M.O. (1986) No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. *Nursing Research*, 35, 113–118.
- Robert, P.H., Verhey, F.R., Byrne, E.J., et al. (2005) Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *European Psychiatry*, 20, 490–496.
- Roberts, J., Browne, G., Milne, C., et al. (1999) Problem-solving counseling for caregivers of the cognitively impaired: effective for whom? *Nursing Research*, 48, 162–172. Robinson, L., Hughes, J., Daley, S., et al. (in press) End-of-life care and dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*.
- Rocca, W.A., Hofman, A., Brayne, C., et al. (1991) Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980–1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalence Research Group. *Annals of Neurology*, 30, 381–390.
- Rockwood, K., Mintzer, J., Truyen, L., et al. (2001) Effects of a flexible galantamine dose in Alzheimer's disease: a randomised, controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71, 589–595.
- Rogers, J.C., Holm, M.B., Burgio, L.D., et al. (1999) Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1049–1057.
- Roman, G.C., Tatemichi, T.K., Erkinjuntti, T., et al. (1993) Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international Workshop. *Neurology*, 43, 250–260.
- Rosen, A. & Proctor, E.K. (eds.) (2003) *Developing Practice Guidelines for Social Work Interventions: Issues, Methods, and Research Agenda*. New York: Columbia University Press.
- Rosen, J., Mulsant, B.H., Kollar, M., et al. (2002) Mental health training for nursing home staff using computer-based interactive video: a 6-month randomized trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 3, 291–296.
- Rosen, W.G., Terry, R.D., Fuld, P.A., et al. (1980) Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias. *Annals of Neurology*, 7, 486–488.
- Rosen, W.G., Mohs, R.C. & Davis, K.L. (1984) A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 1356–1364.
- Roth, M., Huppert, F.A., Mountjoy, C.Q., et al. (1998) *CAMDEX-R: The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rovio, S., Kareholt, I., Helkala, E.L., et al. (2005) Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 4, 705–711.
- Rovner, B.W., Steele, C.D., Shmueli, Y., et al. (1996) A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 7–13.
- Rowland, J.T., Basic, D., Storey, J.E., et al. (2006) Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) and the Folstein mini mental state examination (MMSE) for diagnosis of dementia in a multicultural cohort of elderly persons. *International Psychogeriatrics*, 18, 111–120.
- Royal College of Psychiatrists (2001) *DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation)*. Occasional Paper OP 48. London: Gaskell Press.

- Royal College of Psychiatrists (2005a) *Who Cares Wins – Improving the Outcome for Older People Admitted to the General Hospital: Guideline for the Development of Liaison Mental Health Services for Older People*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Royal College of Psychiatrists (2005b) *Forgetful but not Forgotten: Assessment and Aspects of Treatment of People with Dementia by a Specialist Old Age Psychiatry Service*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Royal College of Psychiatrists (2006a): *Good Psychiatric Practice: Confidentiality and Information Sharing (CR133)*. London: Royal College of Psychiatrists. Also available at: [www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr133.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr133.aspx)
- Royal College of Psychiatrists (2006b) *Atypical Antipsychotics and Behavioural and Psychiatric Symptoms of Dementia: Prescribing Update for Old Age Psychiatrists*. Available at: [www.rcpsych.ac.uk/PDF/BPSD.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/BPSD.pdf)
- Runciman, P. (2003) Family carers' experiences: reflections on partnership. *Nursing Older People*, 15, 14–16.
- Ryan, A.A. & Scullion, H.F. (2000) Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1187–1195.
- Sabat, S.R. (2001) *The Experience of Alzheimer's Disease: Life Through a Tangled Veil*. Oxford: Blackwell.
- Sacco, R.L., Adams, R., Albers, G., et al. (2006) Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37, 577–617.
- Salloway, S., Ferris, S., Kluger, A., et al. (2004) Efficacy of donepezil in mild cognitive impairment: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology*, 63, 651–657.
- Sampson, E.L., Ritchie, C.W., Lai, R., et al. (2005) A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *International Psychogeriatrics*, 17, 31–40.
- Sampson, E.L., Gould, V., Lee, D., et al. (2006) Differences in care received by patients with and without dementia who died during acute hospital admission: a retrospective case note study. *Age and Ageing*, 35, 187–189.
- Samus, Q.M., Rosenblatt, A., Steele, C., et al. (2005) The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, 19–26.
- Sanders, D.S. (2004) Quality improvements in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding, in patients with dementia: is there an effective strategy for the United Kingdom? *Rapid Responses, British Medical Journal*. At: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/329/7464/491>
- Sanders, D.S., Anderson, A.J. & Bardhan, K.D. (2004) Percutaneous endoscopic gastrostomy: an effective strategy for gastrostomy feeding in patients with dementia. *Clinical Medicine*, 4, 235–241.
- Saunders, P.A., Copeland, J.R., Dewey, M.E., et al. (1991) Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men. Findings from the Liverpool longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 213–216.
- Scahill, R.I., Schott, J.M., Stevens, J.M., et al. (2002) Mapping the evolution of regional atrophy in Alzheimer's disease: unbiased analysis of fluid-registered serial MRI. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99, 4703–4707.
- Schellenberg, G.D., Anderson, L., O'dahl, S., et al. (1991) APP717, APP693 and PRIP gene mutations are rare in Alzheimer's disease. *American Journal of Human Genetics*, 49, 511–517.
- Scherder, E., Oosterman, J., Swaab, D., et al. (2005) Recent developments in pain in dementia. *British Medical Journal*, 330, 461–464.
- Schindel-Martin, L., Morden, P., Cetinski, G., et al. (2003) Teaching staff to respond effectively to cognitively impaired residents who display self-protective behaviors. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 273–281.
- Schmand, B., Smit, J.H., Geerlings, M.I., et al. (1997) The effects of intelligence and education on the development of dementia. A test of the brain reserve hypothesis. *Psychological Medicine*, 27, 1337–1344.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., et al. (1999) EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I – Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651–661.
- Schneider, J., Hallam, A., Murray, J., et al. (2002) Formal and informal care for people with dementia: factors associated with service receipt. *Aging & Mental Health*, 6, 255–265.
- Schneider, J., Hallam, A., Kamrul Islam, M., et al. (2003) Formal and informal care for people with dementia: variations in costs over time. *Ageing and Society*, 23, 303–326.
- Schneider, L.S., Pollock, V.E. & Lyness, S.A. (1990) A meta-analysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 553–563.
- Schneider, L.S., Dagerman, K.S. & Insel, P. (2005) Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of the American Medical Association*, 294, 1934–1943.
- Schnelle, J.F., Alessi, C.A., Simmons, S.F., et al. (2002) Translating clinical research into practice: a randomized controlled trial of exercise and incontinence care with nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1476–1483.
- Scholey, K.A. & Woods, B.T. (2003) A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 175–185.
- Schrijnemaekers, V.J., Van Rossum, E., Candel, M.J., et al. (2002) Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 926–937.

- Schrijnemaekers, V.J., Van Rossum, R., Candel, M.J., et al. (2003) Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S50–S57.
- Schulz, R. & Beach, S.R. (1999) Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 2215–2219.
- Scott, H.D., Laake, K. (2001) Statins for the prevention of Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003160.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2001) SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook. Edinburgh: SIGN.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2006) Management of Patients with Dementia: a National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN.
- Seddon, D. & Robinson, C.A. (2001) Carers of older people with dementia: assessment and the Carers Act. *Health and Social Care in the Community*, 9, 151–158.
- Seltzer, M.M., Litchfield, L.C., Kapust, L.R., et al. (1992) Professional and family collaboration in case management: a hospital-based replication of a communitybased study. *Social Work in Health Care*, 17, 1–22.
- Sengstaken, E.A. & King, S.A. (1993) The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 541–544.
- Seshadri, S., Beiser, A., Selhub, J., et al. (2002) Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 346, 476–483.
- Shega, J.W., Levin, A., Hougham, G.W., et al. (2003) Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 315–320.
- Shelton, P., Schraeder, C., Dworak, D., et al. (2001) Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease demonstration, Illinois site. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1600–1605.
- Shepherd, J., Blauw, G.J., Murphy, M.B., et al. (2002) Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 360, 1623–1630.
- Shimada, H., Uchiyama, Y. & Kakurai, S. (2003) Specific effects of balance and gait exercises on physical function among the frail elderly. *Clinical Rehabilitation*, 17, 472–479.
- Shumaker, S.A., Legault, C., Kuller, L., et al. (2004) Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: women's health initiative memory study. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2947–2958.
- Sidaway v Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital [1984] 1 All ER 1018, CA; [1985] 1 All ER 643, HL.
- Silverman, D.H., Gambhir, S.S., Huang, H.W., et al. (2002) Evaluating early dementia with and without assessment of regional cerebral metabolism by PET: a comparison of predicted costs and benefits. *Journal of Nuclear Medicine*, 43, 253–266.
- Simpson, R.G. (1997) Carers as equal partners in care planning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 345–354.
- Singleton, A.B., Wharton, A., O'Brien, K.K., et al. (2002) Clinical and neuropathological correlates of apolipoprotein E genotype in dementia with Lewy bodies. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 14, 167–175.
- Sink, K.M., Holden, K.F. & Yaffe, K. (2005) Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *The Journal of the American Medical Association*, 293, 596–608.
- Sival, R.C., Haffmans, P.M., Jansen, P.A., et al. (2002) Sodium valproate in the treatment of aggressive behavior in patients with dementia: a randomized placebo controlled clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 579–585.
- Skea, D. & Lindesay, J. (1996) An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 233–241.
- Skoog, I., Lernfelt, B., Landahl, S., et al. (1996) 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *The Lancet*, 347, 1141–1145.
- Skoog, I., Hesse, C., Aevansson, O., et al. (1998) A population study of apoE genotype at the age of 85: relation to dementia, cerebrovascular disease and mortality. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 37–43.
- Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Preisser, J.S., et al. (1998) Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 862–869.
- Small, B.J., Mobly, J.L., Laukka, E.J., et al. (2003) Cognitive deficits in preclinical Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica. Supplementum*, 179, 29–33.
- Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F., et al. (2001) Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1010–1013.
- Smith, A.P. & Beattie, B.L. (2001) Disclosing a diagnosis of Alzheimer's disease: patient and family experiences. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 28, S67–S71.
- Smith, F., Francis, S.A., Gray, N., et al. (2003) A multi-centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. *Health and Social Care in the Community*, 11, 138–145.
- Smith, K. (1991) Advocacy. Home truths. *Nursing the Elderly*, 3, 10–12.
- Snowdon, D.A., Kemper, S.J., Mortimer, J.A., et al. (1996) Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *The Journal of the American Medical Association*, 275, 528–532.
- Snowdon, D.A., Greiner, L.H., Mortimer, J.A., et al. (1997) Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. *JAMA*, 277, 813–7.

- Social Care Institute for Excellence (2005) Practice Guide 5: Implementing the Carers (Equal Opportunities) Act 2004. London: Social Care Institute for Excellence. Available at: [www.scie.org.uk/publications/practiceguides/carers-guidance/files/pg5.pdf](http://www.scie.org.uk/publications/practiceguides/carers-guidance/files/pg5.pdf)
- Social Care Institute for Excellence (2006) Practice Guide 2: Assessing the Mental Health Needs of Older People. London: Social Care Institute for Excellence. Available at: [www.scie.org.uk/publications/practiceguides/practiceguide02/index.asp](http://www.scie.org.uk/publications/practiceguides/practiceguide02/index.asp)
- Social Policy on Ageing Information Network (2001) The Underfunding of Social Care and its Consequences for Older People. London: Help the Aged.
- Soliman, A. & Butterworth, M. (1998) Why carers need to educate professionals. *The Journal of Dementia Care*, 6, 26–27.
- Sorensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002) How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356–372.
- Souetre, E., Thwaites, R.M. & Yeardley, H.L. (1999) Economic impact of Alzheimer's disease in the United Kingdom. Cost of care and disease severity for non-institutionalised patients with Alzheimer's disease. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 51–55.
- Spain, P.E., Raaijmakers, J.G. & Jonker, C. (2003) Alzheimer's disease versus normal ageing: a review of the efficiency of clinical and experimental memory measures. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 216–233.
- Sparks, D.L., Sabbagh, M.N., Connor, D.J., et al. (2005) Atorvastatin for the treatment of mild to moderate Alzheimer disease: preliminary results. *Archives of Neurology*, 62, 753–757.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., et al. (1999) Developing an evidence based therapy programme. *The Journal of Dementia Care*, 7, 28–32.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., et al. (2003) Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 248–254.
- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J., et al. (2003) Quality in Qualitative Evaluation: a Framework for Assessing Research Evidence. London: Government Chief Social Researcher's Office. Available at: [www.policyhub.gov.uk/docs/qqe\\_rep.pdf](http://www.policyhub.gov.uk/docs/qqe_rep.pdf)
- Sperlinger, D. & Furst, M. (1994) The service experiences of people with presenile dementia: a study of carers in one London borough. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 47–50.
- Sperlinger, L. & McAuslane, D. (1994) I Don't Want You to Think I'm Ungrateful . . . But it Doesn't Satisfy What I Want. Monograph from the Department of Psychology, St. Helier NHS Trust, Sutton Hospital, Surrey.
- Spillantini, M.G., Bird, T.D. & Ghetti, B. (1998) Frontotemporal dementia and Parkinsonism linked to chromosome 17: a new group of tauopathies. *Brain Pathology*, 8, 387–402.
- Spruyt, O. & Kausae, A. (1998) Antibiotic use for infective terminal respiratory secretions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15, 263–264.
- Stalker, K., Duckett, P. & Downs, M. (1999) *Going with the Flow: Choice, Dementia and People with Learning Difficulties*. Brighton: Pavilion Publishing/Joseph Rowntree Foundation.
- Standridge, J.B. (2005) Current status and future promise of pharmacotherapeutic strategies for Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6, 194–199.
- Stanley, D. & Cantley, C. (2001) Assessment, care planning and care management. In *A Handbook of Dementia Care* (ed. C. Cantley). Buckingham: Open University Press.
- Stevens, T., Livingston, G., Kitchen, G., et al. (2002) Islington study of dementia subtypes in the community. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 270–276.
- Stewart, R., Prince, M. & Mann, A. (1999) Vascular risk factors and Alzheimer's disease. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 809–813.
- Stokes, G. (2004) 'What have I done to deserve this?': understanding 'aggressive resistance'. *The Journal of Dementia Care*, 12, 30–31.
- Stolley, J.M., Reed, D. & Buckwalter, K.C. (2002) Caregiving appraisal and interventions based on the progressively lowered stress threshold model. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17, 110–120.
- Stoub, T.R., Bulgakova, M., Leurgans, S., et al. (2005) MRI predictors of risk of incident Alzheimer disease: a longitudinal study. *Neurology*, 64, 1520–1524.
- Street, J.S., Clark, W.S., Gannon, K.S., et al. (2000) Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Archives of General Psychiatry*, 57, 968–976.
- Strittmatter, W.J., Saunders, A.M., Schmechel, D., et al. (1993) Apolipoprotein E: high-avidity binding to beta-amyloid and increased frequency of type 4 allele in late-onset familial Alzheimer disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 90, 1977–1981.
- Summersall, J. & Wight, S. (2005) When it's difficult to swallow: the role of the speech therapist. In *Palliative Care in Severe Dementia* (ed. J.C. Hughes). Dinton: Quay Books.
- Sunderland, T., Hill, J.L., Mellow, A.M., et al. (1989) Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 725–729.
- Sutherland, S. (1999) Report of the Royal Commission on Long Term Care for the Elderly. London: HMSO.
- Sutton, L.J. (1994) What it is to Lose One's Mind. Paper presented at 10th International Conference of Alzheimer's Disease International, University of Edinburgh.
- Szekely, C.A., Thorne, J.E., Zandi, P.P., et al. (2004) Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the prevention of Alzheimer's disease: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 23, 159–169.
- Tabet, N. & Feldman, H. (2002) Indomethacin for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

- Tabet, N., Birks, J., Grimley-Evans, J., et al. (2000) Vitamin E for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002854.
- Tang, M.X., Maestre, G., Tsai, W.Y., et al. (1996) Relative risk of Alzheimer disease and age-at-onset distributions, based on ApoE genotypes among elderly African Americans, Caucasians, and Hispanics in New York City. *American Journal of Human Genetics*, 58, 574–584.
- Tappen, R.M. (1994) The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. *Research in Nursing and Health*, 17, 159–165.
- Tappen, R.M., Roach, K.E., Applegate, E.B., et al. (2000) Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14, 196–201.
- Tariot, P.N., Erb, R., Podgorski, C.A., et al. (1998) Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 54–61.
- Tariot, P.N., Solomon, P.R., Morris, J.C., et al. (2000) A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology*, 54, 2269–2276.
- Tariot, P.N., Cummings, J.L., Katz, I.R., et al. (2001a) A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1590–1599.
- Tariot, P.N., Schneider, L.S., Mintzer, J.E., et al. (2001b) Safety and tolerability of divalproex sodium in the treatment of signs and symptoms of mania in elderly patients with dementia: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Current Therapeutic Research*, 62, 51–67.
- Tariot, P.N., Schneider, L., Katz, I.R., et al. (2006) Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 767–776.
- Tatemichi, T.K., Desmond, D.W., Mayeux, R., et al. (1992) Dementia after stroke: baseline frequency, risks, and clinical features in a hospitalized cohort. *Neurology*, 42, 1185–1193.
- Tatemichi, T.K., Desmond, D.W., Paik, M., et al. (1993) Clinical determinants of dementia related to stroke. *Annals of Neurology*, 33, 568–575.
- Taulbee, L.R. & Folsom, J.C. (1966) Reality orientation for geriatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 17, 133–135.
- Teri, L. (1994) Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 66–74.
- Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, J., et al. (1997) Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 159–166.
- Teri, L., Logsdon, R.G., Peskind, E., et al. (2000) Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology*, 55, 1271–1278.
- Teri, L., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., et al. (2003) Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2015–2022.
- Teri, L., McCurry, S.M., Logsdon, R., et al. (2005a) Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 45, 802–811.
- Teri, L., Huda, P., Gibbons, L., et al. (2005b) STAR: a dementia-specific training program for staff in assisted living residences. *The Gerontologist*, 45, 686–693.
- Testad, I., Aasland, A.M. & Aarsland, D. (2005) The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 587–590.
- The Nuffield Institute for Health (2002) *Exclusivity or Exclusion? Meeting Mental Health Needs in Intermediate Care*. Leeds: The Nuffield Institute for Health.
- The PROP Group (2005) *Some views of people with dementia*. In *Perspectives on Rehabilitation and Dementia* (ed. M. Marshall), pp. 82–85. London: Jessica Kingsley Publishers.
- The Stationery Office (TSO) (2005) *Mental Capacity Act 2005*. Norwich: The Stationery Office.
- Thomas, K. (2003) *Caring for the Dying at Home. Companions on the Journey*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Thompson, R.S., Hall, N.K., Szpiech, M., et al. (1997) Treatments and outcomes of nursing-home-acquired pneumonia. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 10, 82–87.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P. & Orrell, M. (2002) Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 93–97.
- Thorgrimsen, L., Spector, A., Wiles, A., et al. (2003) Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003150.
- Timlin, A., Gibson, G., Curran, S., et al. (2005) *Memory Matters: a Report Exploring Issues Around the Delivery of Anti-Dementia Medication*. Huddersfield: The University of Huddersfield.
- Tinker, A. (2000) *Eldercare*. In *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (ed. M. Davies). Oxford: Blackwell Publishers.
- Torrington, J. (2006) What has architecture got to do with dementia care? Explorations of the relationship between quality of life and building design in two EQUAL projects. *Quality in Ageing*, 7, 38–48.
- Toseland, R.W., Diehl, M., Freeman, K., et al. (1997) The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 16, 31–50.
- Tracy, C.S., Drummond, N., Ferris, L.E., et al. (2004) To tell or not to tell? Professional and lay perspectives on the disclosure of personal health information in community-based dementia care. *Canadian Journal on Aging*, 23, 203–215.



- Tyrell, J., Cosgrave, M., McCarron, M., et al. (2001) Dementia in people with Down's syndrome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1168–1174.
- Tzourio, C., Anderson, C., Chapman, N., et al. (2003). Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1069–1075.
- Valenzuela, M.J. & Sachdev, P. (2005) Brain reserve and dementia: a systematic review. *Psychological Medicine*, 35, 1–14.
- Van Der Steen, J.T., Ooms, M.E., Van Der Wal, G., et al. (2002) Pneumonia: the demented patient's best friend? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1681–1688.
- Van Dongen, M., Van Rossum, E., Kessels, A., et al. (2003) Ginkgo for elderly people with dementia and age-associated memory impairment: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 367–376.
- Van Hout, H., Vernooij-Dassen, M., Bakker, K., et al. (2000) General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Education and Counseling*, 39, 219–225.
- Verghese, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., et al. (2003) Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348, 2508–2516.
- Visser, F.E., Aldenkamp, A.P., Van Huffelen, A.C., et al. (1997) Prospective study of the prevalence of Alzheimer-type dementia in institutionalized individuals with Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 101, 400–412.
- Volicer, L., Rheume, Y. & Brown, J. (1986) Hospice approach to the treatment of patients with advanced dementia of the Alzheimer type. *The Journal of the American Medical Association*, 256, 2210–2213.
- Volicer, L., Collard, A., Hurley, A., et al. (1994) Impact of special care unit for patients with advanced Alzheimer's disease on patients' discomfort and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 597–603.
- Waite, J. (2002) Keep taking the medicine? Age and Ageing, 31, 423–425.
- Wald, C., Fahy, M., Walker, Z., et al. (2003) What to tell dementia caregivers – the rule of threes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 313–317.
- Walker, A.E., Livingston, G., Cooper, C.A., et al. (2006) Caregivers' experience of risk in dementia: The LASER-AD Study. *Aging and Mental Health*, 10, 532–538.
- Walker, E., Dewar, B., Ridell, H. (1999) Guidelines to Facilitate the Involvement of Lay Carers in the Care Planning of the Person with Dementia in Hospital. Edinburgh: The Royal Bank of Scotland Centre for the Older Person's Agenda. Queen Margaret University College.
- Walker, M.P., Ayre, G.A., Cummings, J.L., et al. (2000) Quantifying fluctuation in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, and vascular dementia. *Neurology*, 54, 1616–1625.
- Walker, Z., Costa, D.C., Walker, R.W., et al. (2002) Differentiation of dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease using a dopaminergic presynaptic ligand. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 73, 134–140.
- Wallis, G.G., Baldwin, M. & Higginbotham, P. (1983) Reality orientation therapy – a controlled trial. *The British Journal of Medical Psychology*, 56, 271–277.
- Wancata, J., Musalek, M., Alexandrowicz, R., et al. (2003) Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*, 18, 306–313.
- Wang, H.X., Fratiglioni, L., Frisoni, G.B., et al. (1999) Smoking and the occurrence of Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal data in a population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 149, 640–644.
- Ware, C.J., Fairburn, C.G. & Hope, A.H. (1990) A community-based study of aggressive behaviour in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 337–342.
- Warren, J.D., Schott, J.M., Fox, N.C., et al. (2005) Brain biopsy in dementia. *Brain*, 128, 2016–2025.
- Watkins, R., Cheston, R., Jones, K., et al. (2006) 'Coming out' with Alzheimer's disease: changes in awareness during a psychotherapy group for people with dementia. *Aging and Mental Health*, 10, 166–176.
- Watson, R., Manthorpe, J., Stimpson, A. (2002) More Food for Thought. A report submitted to the Alzheimer's Society. Available at: [www.qrd.alzheimers.org.uk/pdf\\_files/FFTreport.pdf](http://www.qrd.alzheimers.org.uk/pdf_files/FFTreport.pdf)
- Wentzel, C., Rockwood, K., MacKnight, C., et al. (2001) Progression of impairment in patients with vascular cognitive impairment without dementia. *Neurology*, 57, 714–716.
- Whalley, L.J., Thomas, B.M., McGonigal, G., et al. (1995) Epidemiology of presenile Alzheimer's disease in Scotland (1974–1988) I: non-random geographical variation. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 728–731.
- White, N., Scott, A., Woods, R.T., et al. (2002) The limited utility of the mini mental state examination in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care. *The British Journal of General Practice*, 52, 1002–1003.
- Wilcock, G., Mobius, H.J., Stoffler, A., et al. (2002) A double-blind, placebo-controlled multicentre study of memantine in mild to moderate vascular dementia (MMM500). *International Clinical Psychopharmacology*, 17, 297–305.
- Wilkinson, D., Doody, R., Helme, R., et al. (2003) Donepezil in vascular dementia: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology*, 61, 479–486.
- Wilkinson, H. & Milne, A.J. (2003) Sharing a diagnosis of dementia – learning from the patient perspective. *Aging and Mental Health*, 7, 300–307.
- Wilkinson, H., Kerr, D., Cunningham, C., et al. (2004) Home for Good?: Preparing to Support People with Learning Difficulties in Residential Settings When They Develop Dementia. Brighton: Pavilion Publishing.
- Williams, M.A., Fleg, J.L., Ades, P.A., et al. (2002) Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients or 75 years of age): an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. *Circulation*, 105, 1735–1743.

- Williams, J.G., Huppert, F.A., Matthews, F.E., et al. (2003) Performance and normative values of a concise neuropsychological test (CAMCOG) in an elderly population sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 631–644.
- Wilson, R.S., Mendes De Leon, C.F., Barnes, L.L., et al. (2002) Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 742–748.
- Wiltfang, J., Lewczuk, P., Riederer, P., et al. (2005) Consensus paper of the WFSBP Task Force on Biological Markers of Dementia: the role of CSF and blood analysis in the early and differential diagnosis of dementia. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6, 69–84.
- Wimo, A., Nelvig, A., Nelvig, J., et al. (1993) Can changes in ward routines affect the severity of dementia? A controlled prospective study. *International Psychogeriatrics*, 5, 169–180.
- Winblad, B., Bonura, M.L., Rossini, B.M., et al. (2001a) Nicergoline in the treatment of mild-to-moderate Alzheimer's disease: a European multicentre trial. *Clinical Drug Investigation*, 21, 621–632.
- Winblad, B., Engedal, K., Soininen, H., et al. (2001b) A 1-year, randomized, placebocontrolled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. *Neurology*, 57, 489–495.
- Woodbridge, K. & Fulford, K.W.M. (2004) *Whose Values? A Workbook for Values-Based Practice in Mental Health Care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Woods, R.T. (1979) Reality orientation and staff attention: a controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 502–507.
- Woods, R.T. (1999) Promoting well-being and independence for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 97–105.
- Woods, R.T. (2001). Discovering the person with Alzheimer's disease: cognitive, emotional and behavioural aspects. *Aging and Mental Health*, 5, S7–S16.
- Woods, R.T. (2003) Evidence-based practice in psychosocial intervention in early dementia: how can it be achieved? *Aging & Mental Health*, 7, 5–6.
- Woods, R.T., Portnoy, S., Head, D., et al. (1992) Reminiscence and life review with persons with dementia: which way forward? In *Care Giving in Dementia: Research and Applications* (eds. G. Jones & B. Miesen), pp. 137–161. London: Tavistock/Routledge.
- Woolham, J. & Frisby, B. (2002) How technology can help people feel safe at home. *The Journal of Dementia Care*, 10, 27–28.
- Working Group for the Faculty of the Psychiatry of Old Age of the Royal College of Psychiatrists, Royal College of General Practitioners, British Geriatric Society & Alzheimer's Society (2004) *Summary Guidance for the Management of Behavioural and Psychiatric Symptoms in Dementia and the Treatment of Psychosis in People with History of Stroke/TIA*.
- World Health Organization (1990) *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004) *Better Palliative Care for Older People* (eds. E. Davies & I. J. Higginson). Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2006) WHO's Pain Ladder. At: [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/print.html](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/print.html)
- Worm, C., Vad, E., Puggaard, L., et al. (2001) Effects of a multicomponent exercise program on functional ability in community-dwelling, frail older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 414–424.
- Wright, F. (2003) Discrimination against self-funding residents in long-term residential care in England. *Ageing and Society*, 23, 603–624.
- Wright, L.K., Litaker, M., Laraia, M.T., et al. (2001) Continuum of care for Alzheimer's disease: a nurse education and counseling program. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 231–252.
- Yale, R. (1995) *Developing Support Groups for Individuals with Early Stage Alzheimer's Disease: Planning, Implementation and Evaluation*. London: Health Professions Press.
- Yip, A.G., Green, R.C., Huyck, M., et al. (2005) Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and Alzheimer's disease risk: the MIRAGE Study. *BMC Geriatrics*, 5, 2.
- Zakzanis, K.K., Graham, S.J. & Campbell, Z. (2003) A meta-analysis of structural and functional brain imaging in dementia of the Alzheimer's type: a neuroimaging profile. *Neuropsychology Review*, 13, 1–18.
- Zandi, P.P., Anthony, J.C., Khachaturian, A.S., et al. (2004) Reduced risk of Alzheimer disease in users of antioxidant vitamin supplements: the Cache County Study. *Archives of Neurology*, 61, 82–88.
- Zarit, S.H., Femia, E.E., Watson, J., et al. (2004) Memory Club: a group intervention for people with early-stage dementia and their care partners. *The Gerontologist*, 44, 262–269.
- Zhang, M.Y., Katzman, R., Salmon, D., et al. (1990) The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: impact of age, gender and education. *Annals of Neurology*, 27, 428–437.
- Zigman, W.B., Schupf, N., Devenny, D.A., et al. (2004) Incidence and prevalence of dementia in elderly adults with mental retardation without down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 126–141.
- Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H., et al. (2006) Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6. Available at: [www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3)
- Zweig, S.C. (1997) Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders in the nursing home. *Archives of Family Medicine*, 6, 424–429.

Додаток  
до адаптованої клінічної настанови  
«Деменція»

## СТОСУЄТЬСЯ КОЖНОГО

**Комплексні послуги з охорони психічного здоров'я  
для літніх людей: настанова з розвитку послуг**

[www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)

Листопад 2005

### **Зміст**

#### **Перелік скорочень**

#### **Передмова**

#### **Введення**

#### **Підстави для розробки всеосяжної служби психічного здоров'я похилого віку**

- 1) Залучення користувачів послуг і їх опікунів
- 2) Пропаганда здорового способу життя
- 3) Оцінка і планування догляду
- 4) Розвиток культурно- відповідних послуг
- 5) Розвиток трудових ресурсів
- 6) Системний в цілому підхід до введення в експлуатацію комплексних послуг
- 7) Лідерство: чемпіони, керівники і лідери

#### **Первинний догляд та медико-соціальна допомога**

- 1) Первинна медична допомога
- 2) Догляд на дому
- 3) Денна служба
- 4) Побутові умови
- 5) Допоміжні технології і дистанційна діагностика
- 6) Медичне обслуговування та налаштування

#### **Проміжний догляд**

#### **Догляд за людьми в багатoproфільній лікарні**

#### **Інші спеціалізовані психіатричні служби**

- 1) інтегровані спільноти групи психічного здоров'я
- 2) Послуги з оцінки пам'яті
- 3) Психологічні методи лікування
- 4) Стаціонарний догляд

#### **Спеціальні групи**

- 1) Молоді люди з деменцією
- 2) Люди похилого віку з обмеженими можливостями навчання
- 3) Психіатрична допомога для літніх в'язнів

#### **Вираз вдячності**

#### **Список літератури**

#### **Додатки**

- Політичний контекст: деякі ключові чинники політики
- Оцінка послуги

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ПЗЛЛ	психічне здоров'я літніх людей
СМНТ	об'єднана команда психічного здоров'я
CPA	програмний підхід по догляду
CSCI	комісія з інспекції по соціальному догляду
CSIP	послуги по догляду за поліпшенням
DRE	забезпечення расової рівності
FACS	рівний доступ до медичних послуг
NHS	Національна система охорони здоров'я
NSF	Програми національних служб
PCP	план зосереджений на особистості
PSA	угода державної служби
SAP	єдиний процес оцінки

## ПЕРЕДМОВА

Ця настанова з розвитку послуг визначає ключові компоненти сучасної служби психічного здоров'я літніх людей (ПЗЛЛ).

Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що суспільство може бути визначено за тим, як воно ставиться до своїх літнім громадян.

Ми можемо представити це в макеті служби охорони психічного здоров'я наших літніх людей. Тому двоїсті принципи гідності і поваги були основною філософією для цієї настанови.

Як, відповідно до мети, має виглядати служба психічного здоров'я для літніх людей?

Наша служба:

- визнає гідність окремих користувачів послуг. Поважає і цінує їх різноманітність, а також визнає їх важливу роль в процесі планування та розвитку послуг.
- заснована на повазі по відношенню до всіх тих людей, які займаються цими послугами, не тільки тих, хто їх використовує, але і тих, хто підтримує та осіб, які здійснюють догляд.
- надає практичні поради та інформаційні послуги користувачам і їх опікунам, а також з розробки стабільно високої якості, комплексного пакету догляду та підтримки, яка зводить до мінімуму бюрократію.
- гарантує, що кращі і найбільш ефективні методи лікування широко і послідовно доступні.
- відкрита для всіх. Вона відповідає на основі потреби людей і гарантує, що люди похилого віку не піддаються дискримінації, а їх потреби в галузі охорони психічного здоров'я будуть вирішені.

### Захист і підтримка осіб похилого віку

Наша служба є єдиною, де безпека користувачів послуг має першорядне значення. Вона забезпечує захист і підтримку вразливим людям, що є їх правом, а також зводить до мінімуму число випадків самогубства в окремих осіб і груп, які піддаються ризику.

Тут працюють належним чином підготовлені і відданих справі працівники, відповідні навчальні системи, які можуть надавати всебічне і цілісне обслуговування у відповідності із віком.

Коротше кажучи, люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я заслуговують на види послуг, які ми хотіли б надавати для членів нашої сім'ї і в кінцевому рахунку для нас самих.

## ВСТУП

Коли ми стаємо старшими, ми хочемо мати гарне здоров'я і якість життя. Ми хочемо, щоб нас поважали і ми продовжували вносити цінний внесок в розвиток суспільства. Люди незалежно від віку або минулого хочуть зберегти свою гідність: мати самоповагу, а також, щоб зберіглась їх сутність і незалежність. Робота в галузі охорони здоров'я і догляду необхідна там, де з'являється

психічне і / або фізичне захворювання, щоб підтримати людей в збереженні їхньої людської гідності, самостійності та незалежності.

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я також хочуть здійснювати контроль над своїм життям і робити вибір, в тому числі щодо вибору допомоги. Вони також повинні бути в змозі довіряти медперсоналу у допомозі своєму психічному та фізичному стану.

#### **Важливість осіб, які здійснюють догляд**

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я можуть мати підвищену потребу в медичній допомозі. Це часто забезпечується членами їх родини, більшість з яких самі є старими. Незважаючи на існування компенсацій за доглядом, він може бути виснажливим фізично і емоційно для людей, а також мати негативний вплив на них у фінансовому відношенні. Дослідження служби управління національної статистики показали, що одна третина осіб, які здійснюють догляд, мають проблеми психічного здоров'я, в той час як дві третини осіб, які доглядають понад 50 годин на тиждень, повідомляють, що їх здоров'я було порушено.

Доглядачі можуть бути ізольованими і в меншій мірі здатними брати участь у зайнятості та соціальної діяльності, якими вони раніше користувалися. Первинна медична допомога, соціальні послуги та добровільні організації відіграють ключову роль в підтримці осіб, які здійснюють догляд. Це може включати в себе основні заходи щодо зміцнення здоров'я, забезпечуючи належне і своєчасне інформування, створення груп підтримки осіб, які здійснюють догляд, а також короткочасна госпіталізація особи похилого віку замість допомоги особи, що доглядає. Доглядачі мають право на оцінку своїх власних потреб і повинні мати можливість розраховувати безперервність догляду за собою, а також людини, за якою вони дбають.

Наша мета полягає в гарантуванні задоволені потреб літніх людей із проблемами психічного здоров'я та їх супроводжуючих, при цьому не стикаючись із дискримінацією або перешкодами для доступу. Справжня вартість не в змозі впоратися з цією проблемою і є непотрібним особистим тягарем для людей похилого віку, їх опікунів і членів сім'ї. Проте, в рішенні цих питань існують також фінансові та експлуатаційні вигоди, про які буде йти мова.

Беручи до уваги потреби в галузі психічного здоров'я, потреби літніх людей повинні бути невід'ємною частиною будь-якої стратегії, спрямованої на підвищення загальної ефективності охорони здоров'я і соціального обслуговування. Працюючи разом, щоб поліпшити догляд і лікування людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я, ми повинні:

- поліпшити результати для користувачів послуг і їх опікунів
- домогтися економії за рахунок підвищення ефективності медичних і соціальних послуг, і
- встановити національні пріоритети: скоротити невідкладні ліжко-дні, щоб люди могли жити самостійно в домашніх умовах, а також знизити рівень самогубств (Додаток 1).

#### **Стосується кожного: ціла системна проблема**

Консервативні оцінки проблем психічного здоров'я у літніх людей припускають поширеність їх можливо у 40% людей, які відвідують своїх лікарів загальної практики<sup>3</sup>, 50% пацієнтів стаціонарного лікування в багатопрофільних лікарнях<sup>4</sup>, та 60% проживаючих в будинках престарілих<sup>5,6,7,8,9</sup>.

Дві третини ліжок практичної охорони здоров'я займають люди віком 65 років або старші<sup>10</sup> і до двох третин окремих стаціонарних груп або вже мають проблеми з психічним здоров'ям, або будуть мати їх розвиток під час стаціонарного лікування<sup>4</sup>.

У суспільстві в цілому, депресія присутня в близько 15% літніх осіб<sup>11</sup> і недоумство вражає 5% людей старше 65 років і 20% більше 80 років<sup>12</sup>.

У найближчі десять років число людей старших 65 років збільшиться на 15%, а тих, хто старше 85 років на 27%<sup>13</sup>. Психічні проблеми зі здоров'ям, зокрема, депресії і недоумства, є більш поширеними і мають гірший результат в 60% літніх людей, які страждають від тривалого захворювання<sup>14</sup>.

У дослідженні вартості хвороб, прямі витрати на хворобу Альцгеймера перевищують загальну вартість інсульту, раку і захворювань серця<sup>15</sup>. В 2003/4 практична охорона здоров'я витратила близько 43% бюджету своїх лікарень і громадських служб охорони здоров'я (£ 16,471 млн) на людей у віці старше 65. В тому ж році соціальні служби витратили майже 44%

свого бюджету (близько £ 7,38 млн) на людей старше 65 років і ці цифри будуть зростати.

### **Розвиток служб охорони психічного здоров'я літніх людей**

Незважаючи на значні досягнення Програм національних служб (National Service Frameworks - NSF) для психічного здоров'я і людей похилого віку, була досягнута домовленість в оглядах та доповідях NSF та національної інспекції<sup>16,17,18,19,20</sup>, що існують певні проблеми в забезпеченні кращої служби охорони психічного здоров'я для літніх людей. Літні люди із проблемами психічного здоров'я не отримують переваг від деяких служб надання допомоги для більш молодих дорослих, а також розробки в галузі надання послуг для літніх людей не завжди в повній мірі задовольняють потреби психічного здоров'я людей.

У липні 2005 року для відзначення початку нової програми Департамент охорони здоров'я опублікував *Забезпечення безпеки поліпшенню психічного здоров'я літніх осіб*<sup>21</sup>, з метою об'єднати єдине психічне здоров'я людей похилого віку з подальшим поліпшенням якості надання послуг для літніх людей із проблемами психічного здоров'я.

Національні системи надання послуг літнім людям і з психічного здоров'я сприяли розвитку подвійних принципів:

- надання недискримінаційних послуг для психічного здоров'я та догляду, що надаються на основі потреб, а не віку і
- цілісний, спрямований на осіб літнього віку підхід із наданням послуг в галузі охорони здоров'я та догляду, які спрямовані на психічні, а також фізичні потреби в галузі охорони здоров'я.

Видання наголосило на необхідності спільної роботи, з метою підвищення кваліфікації та компетентності персоналу у всіх основних установах з метою підвищення виявлення і лікування проблем психічного здоров'я, а також для прийняття відповідних інвестицій в підтримку всеосяжного фахівця служби охорони психічного здоров'я для літніх людей.

### **Про настанову з розвитку послуг**

Публікація цього посібника з розвитку послуг є наступним кроком у поліпшенні послуг в області психічного здоров'я і догляду за людьми похилого віку. Він ґрунтується на моделі обслуговування, викладені в *National Service Framework* для людей похилого віку та принципів, що просуваються в забезпеченні безпеки кращого психічного здоров'я для літніх людей, при описі основи і ключових елементів всеосяжної служби охорони психічного здоров'я похилого віку.

Ми сподіваємося, що ця практична настанова буде інформативною щодо введення в експлуатацію послуги, а також буде корисною для практиків сфери охорони здоров'я і соціальної допомоги у розвитку їх розуміння того, як послуги можуть краще задовольняти потреби літніх людей із проблемами психічного здоров'я. Термін «проблема психічного здоров'я» використовується як термін короткого існування, але це означає про спрощення цього питання. Цей термін включає тривожні розлади, розлади настрою, такі як депресія і манія, зловживання алкоголем і наркотиками, психотичні та психічні розлади, такі як шизофренія, гостра сплутаність свідомості (делірій) і недоумство.

Інші корисні підходи до введення в експлуатацію послуг ПЗЛЛ можна знайти серед комплексних веб-ресурсів, які підписалися під цією настановою. Ці ресурси ([www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)) призначені для людей, залучених до послуг з планування і для охорони здоров'я і соціальної практики.

Вони включають в себе:

- настанову з найкращої практики і прикладів практики, які стосуються кожного розділу, а також посилання на відповідні програми,
- короткий опис шести ключових повідомлень для комісарів із введення в експлуатацію контрольного списку на основі цього посібника,
- попередні медичні економічні дані і деякі обмежені дані співставного аналізу даних (додаток 2).

Спрямування угоди державної служби

Є цілий ряд відповідних ключових політичних стимулів, які з'явилися після NSF для літніх людей (вони викладені в Додатку 1) та поліпшення послуг ПЗЛЛ допоможе їх здійснити. Зокрема, ознайомтеся з:

- Угода державної служби (PSA), спрямована на досвід пацієнта/користувача та підтримку людей з довгостроковими умовами.
- «Біла книга» щодо поліпшення здоров'я та догляду із надання комунальних послуг для населення.

- *Independence, Well-being and Choice*
- *Opportunity Age*
- *Commissioning a Patient-led NHS*
- *Community Care (Delayed Discharges Etc) Act 2003.*

Закон про охорону психічного здоров'я було реалізовано в квітні 2007 року і буде поширювати принципи розширення можливостей і законодавчого вибору та надання послуг адвокатів для людей, які не володіють достатніми ресурсами, і мають обмежені розумові здібності.

### **Як ми створили цю настанову**

З огляду на складні потреби і вимоги до обслуговування людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я, матеріал в цьому посібнику може бути організовано в ряді напрямків.

Структура сервісних доменів була обрана, оскільки було визнано, що вони будуть легко впізнавані для NHS, соціальної допомоги та місцевими органами влади. Проте, цей підхід викликав деякі проблеми щодо розміщення послуг між секціями фахівців та основним напрямком. Він також потенційно послаблює розуміння того, як компоненти взаємопов'язані між собою, і тому скрізь, де це можливо, настанова з розвитку послуг відображає взаємозв'язок між цими доменами послуг.

### **Реалізація**

Існують різні ініціативи, спрямовані на підтримку та поширення даної настанови, в тому числі ряд регіональних нарад з метою підвищення обізнаності про місцеві проблеми і розвиток освітніх ресурсів для основного персоналу.

Надаватиметься постійна підтримка для здійснення в рамках Партнерства Послуги по догляду за поліпшенням (CSIP) програми з охорони психічного здоров'я літніх людей, як у національному так і через своїх вісім регіональних центрів розвитку. CSIP є частиною Управління Послуги по догляду за літніми людьми Департаменту охорони здоров'я та його основна мета полягає в підтримці покращень у сфері послуг.

Комісія з охорони здоров'я і Комісії з інспекції по соціальному догляду (CSCI) буде використовувати цей посібник, щоб інформувати інспекцію служби. Вона також буде мати важливе значення для всіх NHS трастів та фондів первинної медичної допомоги, коли вони беруть на себе самооцінку з дотриманням основних стандартів (і прогрес до стандартів розвитку) в стандартах для поліпшення здоров'я.

### **Удосконалення практики на лінії фронту**

Наш гід не приступив до розробки нової політики - вона спрямована на поліпшення практики безпосередніх виконавців. Ми, зближуючи існуючі роботи, пов'язані з психічним здоров'ям літніх людей, підтримуємо розвиток більш послідовних і узгоджених послуг. Ми також виділяємо гарні практичні ресурси, які можуть бути корисними для комісарів, постачальників, споживачів послуг та осіб, які здійснюють догляд.

Складний характер психічного здоров'я літніх людей вимагає цілої відповіді системи, яка зачіпає аспекти охорони здоров'я і соціального забезпечення, фізичного і психічного здоров'я, основних і спеціалізованих послуг.

Нам потрібне чітке керівництво, яке охоплювало б систему охорону здоров'я, соціальні послуги, місцеві органи влади та громадські організації, щоб координувати і направляти поліпшення в галузі охорони здоров'я та догляду за людьми похилого віку з проблемами психічного здоров'я. Це керівництво буде об'єднувати проблеми віку і цілісних послуг, а також забезпечить доставку ефективних і стійких результатів.

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я не повинні губитися між нашими службами, але повинні отримувати вигоду від найкращого недискримінаційного та комплексного підходу стосовно психічного здоров'я та інших послуг для літніх людей.

### **Підстави для розробки всеосяжної служби психічного здоров'я для людей похилого**

**віку****1) Залучення користувачів послуг і їх опікунів  
Обґрунтування**

Люди похилого віку хочуть, щоб їхні погляди на їх потреби, цілі, баланс ризику проти незалежності, а також їх переваги від підходів лікування та догляду відігравали центральну роль в оцінці і плануванні догляду.

Залучення в процес прийняття рішень про медичну допомогу є відправною точкою для розвитку відносин, заснованих на засадах партнерства між людиною і доглядачем, і є першим кроком у наданні особистісно-орієнтованої послуги.

Люди похилого віку, особливо із проблемами психічного здоров'я, часто не в повній мірі можуть брати участь в процесі прийняття рішень про їх особисте лікування. Вони часто піддаються стигматизації, стереотипним поглядам і припущенням щодо літніх людей, а саме про нездатність висловлювати свої погляди при наявності проблем психічного здоров'я.

Ми повинні кинути виклик цій дискримінаційній практиці. Люди похилого віку, які використовують служби охорони психічного здоров'я, можуть поліпшити розробку і надання цих послуг таким же чином, як і інші громадяни. Вони також мають рівне право коментувати їх допомогу, але, можливо, потребуватимуть підтримки і новаторські підходи, щоб бути ефективними в усіх цих областях.

**Привітання захисникам**

Погляд доглядачів "грають важливу роль в їх власному праві, але можуть відрізнятись від поглядів людей із проблемою психічного здоров'я". Думки осіб, які здійснюють догляд, і користувачів послуг повинні бути зрозумілі і дієві. Адвокати, які підтримують і допомагають людям знайти свій голос, можуть оскаржити послугу, але повинні представляти інтереси хворої людини.

Послуга для літніх людей із проблемами психічного здоров'я не може стати дійсно орієнтованою на людей без урахування думки користувачів та їх доглядачів у всіх аспектах планування послуг, розвитку та надання допомоги. Цей ключовий принцип лежить в основі роботи Національної служби психічного здоров'я і людей похилого віку, а також є офіційним обов'язком організацій NHS<sup>22</sup>.

**Ключові повідомлення**

Залучення осіб, які здійснюють догляд і людей, які користуються послугами, є складним і важким завданням. Попри те, що користувач і доглядач займає центральне місце в поліпшенні якості в області охорони здоров'я і соціальної допомоги, є ще багато чого, що належить зробити. В цілому, спостерігається більший прогрес у залученні осіб, які здійснюють догляд, ніж в залучення людей з проблемами психічного здоров'я. (Див. ресурси для користувачів послуг і залучення осіб, які здійснюють догляд в [www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk))

Залучення не слід розглядати в якості одноразової діяльності, а як процес, який стає частиною роботи персоналу та організації. Догляд за хворою людиною має ґрунтуватись навколо потреб індивіда.

Служби охорони психічного здоров'я для літніх людей повинні:

- тренувати персонал на всіх рівнях відповідних методів комунікації
- пропонувати відповідну підтримку, поради та інформацію для того, щоб люди могли приймати обґрунтовані рішення, що стосуються їх лікування, підтримки і способи їх надання
- цінити та поважати обов'язки та права громадян; і
- сприяти на основі потреб, гнучкому сервісу, який може змінюватись відповідно до унікальних потреб людей.

Наступні питання будуть визначати успіх діяльності залучення:

**Організаційна прихильність**

Культура організації визначатиме успіх щодо подальшої участі ініціатив. Старші менеджери повинні взяти на себе зобов'язання і визнавати необхідність інвестицій для розвитку та підтримки вказаного процесу.

Для взаємодії користувачів послуг та осіб, які здійснюють догляд, повинні бути створені



процедури і процеси, які регулярно за принципом зворотнього зв'язку сприяють прийняттю правильного рішення.

### **Розподіл ресурсів**

Фінанси на надання послуг повинні бути закладені до бюджету, який би покривав робочий час співробітників, їх кишенькові витрати і будь-яку іншу участь осіб. Повинно бути розглянуте питання щодо внесків, які би йшли на потреби користувачів і осіб, які здійснюють догляд за ними.

### **Навчання**

Ефективна участь вимагає навчання персоналу і користувачів і осіб, які здійснюють догляд. Спільне навчання заохочується, і може бути корисним при підтримці співпраці між громадським сектором та державними службами. Співробітники повинні бути інформовані про етичні питання, пов'язані зі спілкуванням, погоджені із користувачами послуг.

### **Тимчасові витрати**

Участь вимагає часу. Так, як і забезпечення достатнього організаційного часу для підтримки заходів, служба повинна надавати користувачам і доглядачам достатньо часу, щоб підготуватися і зрозуміти свою участь.

### **Зворотній зв'язок і визнання**

Користувачі і вихователі повинні знати, що їх участь не є символічною і має бути прийнята всерйоз. Давати їм чіткі параметри очікування і мати від них зворотній зв'язок про результати - навіть якщо нічого не зміниться - важливо, оскільки люди повинні відчувати, що їх внесок оцінений.

## **2) Пропаганда здорового способу життя**

### **Обґрунтування**

Досягнення і підтримка хорошого психічного здоров'я є необхідною умовою для повноцінного подальшого життя. А здоров'я визначається як "емоційна і духовна стійкість, що дозволяє нам насолоджуватися життям і пережити біль, розчарування і печаль. Це позитивне відчуття благополуччя і віра у власну та іншу, гідність і цінність"<sup>23</sup>.

Для літніх людей, зокрема, фізичне здоров'я і психічне здоров'я нерозривно пов'язані між собою. Дискримінація за ознакою віку і психічного здоров'я, в прямих і непрямих формах, являє собою основний фактор ризику для благополуччя людей похилого віку, якому повинно бути кинуте виклик із метою подальшого його викорінення. Важливість зміцнення здоров'я в пізньому житті не повинна бути зменшена стереотипними поглядами дряхлості та залежності літніх людей.

### **Планування зміцнення психічного здоров'я**

Покращення психічного здоров'я необхідно планувати впродовж всього життя. Воно повинно включати в себе фізичне здоров'я і психічне благополуччя і бути орієнтоване як на все населення похилого віку, а також на тих, у кого є проблеми з психічним здоров'ям. Пропаганду здорового способу життя слід розглядати як єдине ціле, що включає в себе підтримку хорошого психічного здоров'я, профілактику проблем, догляд і лікування, а також відновлення. Депресія, найбільш поширена проблема психічного здоров'я на більш пізніх етапах життя, може мати кращий результат лікування при своєчасній співпраці спеціалістів<sup>24</sup>.

### **Проблеми психічного здоров'я літніх людей**

Певні перехідні періоди можуть погіршити стійкість і механізм виживання літніх людей, наприклад, вихід на пенсію, переїзд, госпіталізація, і життєві події із змінами і втратами, такі як важка втрата або хвороби.

Проте, кумулятивний ефект щоденних проблем можуть також зумовити погіршення психічного здоров'я літніх людей. Низькорівневі профілактичні послуги, такі як допомога в домашньому господарстві, садівництві, пральні, а також технічне обслуговування та ремонт будинку, можуть допомогти поліпшити якість життя людей і тримати їх незалежними<sup>25</sup>.

Отримані докази з розслідування психічного здоров'я і благополуччя в подальшому житті, спільний проект концерну Age та Фонду психічного здоров'я, продемонстрував п'ять тем, які мають особливе значення для психічного здоров'я і благополуччя в більш пізньому житті<sup>26</sup>: якими стали активність, суспільні відносини, соціальні мережі, рівень життя і фізичне здоров'я. Ці чинники важливі для здорових та нездорових фізично і психічно людей, що живуть у себе вдома

або знаходяться під доглядам, або вони є самі вихователями.

### **Ключові повідомлення**

Локальні партнери повинні підготувати спільну стратегію щодо зміцнення психічного здоров'я літніх людей, як для населення в цілому, так і для груп ризику. Воно повинно включати увагу до потреб осіб, які здійснюють догляд за людьми із проблемами психічного здоров'я. Місцеві стратегії попередження самогубств повинні включати дії, спрямовані на літніх людей, де ризик самогубства високий. Стратегія повинна охоплювати наступні області:

#### **Надання інформації**

Люди похилого віку і співробітники медичних закладів, які займаються доглядом за людьми, повинні мати легкий доступ до інформації про ряд заходів по зміцненню здоров'я і відпочинку, запропонованих на місцевому рівні, і можливості їх транспортування.

#### **Фізичне здоров'я**

Люди похилого віку отримують переваги від фізичних вправ - будь то в тренажерному залі або праця в саду – покращена дієта та харчування, відсутність паління і обмеження вживання алкоголю. Вони повинні бути підтримані в цих заходах здорового способу життя з інформацією і пропозиціями про те, де та як отримати більш детальну консультацію.

Людам похилого віку з проблемами психічного здоров'я повинні бути запропоновані, і в разі потреби надана можливість використовувати програми по зміцненню здоров'я і профілактиці захворювань, таким же чином, як і інші люди, без дискримінації або перепон до доступу. Місцеві партнери повинні забезпечувати належну підтримку основних напрямків діяльності по зміцненню здоров'я і профілактиці захворювань серед людей із проблемами психічного здоров'я, до яких можуть залучатись тренери NHS і громадські доглядачі.

#### **Суспільні відносини**

Місцеві партнери повинні відігравати провідну роль в боротьбі з подвійними негативними стереотипами психічних захворювань і старіння і в сприянні позитивного ставлення. Потрібно проводити навчання для всіх співробітників комунальних послуг. Співробітникам необхідно використовувати мову, яка не буде дискримінаційною, включаючи і позитивний результат. Роль літніх людей в громадському суспільстві повинна бути відзначена і засоби масової інформації можуть ефективно цьому сприяти.

#### **Залишатись активним**

Перебування розумово і фізично активним дає спрямованість і особисту цінність для людей, а також дозволяє робити ефективний внесок в їх громадах. Участь в діяльності також може надати можливість для соціальних контактів. Хоббі та дозвілля, безперервне навчання, а також волонтерська діяльність, зайнятість, а також участь в на рівні місцевої служби повинні бути підтримані.

#### **Соціальні мережі**

Люди похилого віку можуть страждати від ізоляції від різних причин, таких як важка втрата, розлучені сім'ї, відсутність зайнятості, брак фінансових ресурсів, низький рівень транспортних послуг і поганий вплив стану здоров'я. Партнери повинні забезпечити можливість вибрати і брати участь в різноманітних заходах, стимулюючих один до одного і/або груповий діяльності у всіх налаштуваннях для людей похилого віку.

#### **Рівень життя**

Всі люди мають потребу у фінансовій безпеці і літні люди, особливо з проблемами психічного здоров'я, можуть бути особливо уразливі. Вихід на пенсію і пенсійне планування, консультування з питань пільг та інших фінансових питань, повинні бути доступні. Можливості для надання консультативної допомоги пільг в галузі охорони здоров'я та соціальної програми повинні бути вивчені. Достатній рівень житлово-побутових умов і низький рівень профілактичних послуг можуть поліпшити якість життя.

### **3) Оцінка і планування догляду**

#### **Обґрунтування**

Люди похилого віку, які звертаються за допомогою агентств по наданню охорони здоров'я і догляду, хочуть всеосяжної цілісної оцінки та план догляду за ними, який зводить до мінімуму

дублювання і включає в себе потреби ключових осіб, що забезпечують догляд. Люди похилого віку також повинні знати, до кого звернутися і коли просити про допомогу. Кілька фахівців з різних установ можуть брати участь у догляді та лікуванні людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я і координація їх вкладу є серйозною проблемою.

#### **Ефективне планування догляду**

Відповідно до моделі NHS і умов довгострокового соціального забезпечення<sup>27</sup>, планування догляду повинно задовольняти потреби людей по всьому спектру підтримуваних заходів з загального догляду, лікування та догляду із конкретним захворюванням та ведення випадків для найбільш вразливих груп населення зі складними потребами догляду.

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я можуть бути пов'язані з двома процесами оцінки: єдиний процес оцінки (SAP)<sup>10</sup> і програмний підхід по догляді (CPA)<sup>28</sup>. Якщо у них є здатність до навчання, вони можуть бути підтримані, щоб розробити план, зосереджений на особистості (PCP)<sup>29</sup>. Міністерство охорони здоров'я в даний час розглядає можливість подальшого розвитку SAP, CPA і PCP, щоб забезпечити один інструмент для використання з усіма людьми зі складними потребами.

#### **Підхід програми по догляді**

CPA був введений в 1991 році в якості основи для забезпечення систематичної оцінки та планування догляду для потреб охорони здоров'я і соціального захисту людей, прийнятих в спеціалізовані служби охорони психічного здоров'я. Це забезпечує міждисциплінарний підхід до надання громадської допомоги після психіатричного прийому і запроваджує систему для задоволення різних потреб. CPA залучає користувачів і осіб, які здійснюють догляд в плануванні догляду, з ключовим працівником, відповідального за здійснення нагляду та перегляду плану догляду, визнаючи, що потреби людини змінюються. Попереднє планування на випадок надзвичайних ситуацій дозволяє швидке втручання при погіршенні психічного здоров'я людини.

#### **Єдиний процес оцінки**

Єдиний процес оцінки (SAP) для літніх людей, що обслуговуються медичними і соціальними послугами, була вперше запропонована в плані NHS в 2000<sup>30</sup>. Метою SAP є забезпечення орієнтованого на людину підходу для оцінки і догляду планування для літніх людей, у всіх ділянках і установах, незалежно від організаційних кордонів.

Чотири рівня оцінки (контакт, огляд, доступ фахівця і суміжних спеціалістів) були введені, у відповідності до оцінки складності потреб людини. Інформація повинна бути зібрана, збережена для (за згодою) спільного використання в короткій формі. Коли займається більш ніж один професіонал, необхідний тісний зв'язок і координація краще всього може бути виконана професіоналом. Єдиний процес оцінки повинен дозволити ідентифікувати потенційно уразливих літніх людей, пов'язуючи з використанням дорослого захисту і довгострокового управління умовами.

Послуги перебувають на різних позиціях в інтеграції фахівців CPA і є більш загальні методології SAP. Деякі з них підтримують CPA в якості окремої оцінки фахівця і рамки планування догляду, інші намагаються включити ключові елементи CPA в якості складової частини оцінки фахівців і планування догляду в рамках SAP.

#### **Ключові повідомлення**

CPA, оцінки SAP і PCP мають ряд загальних моментів:

- вони повинні помістити користувача в центрі оцінки і планування медичної допомоги. Думка користувача послуг щодо своїх власних здібностей і бажаних результатів повинні займати центральне місце в процесі
- вони спрямовані на поліпшення стандартів оцінки і планування догляду із загальним способом через агентства і в закладах надання допомоги
- вони є рамки для міждисциплінарної / міжвідомчої роботи, які допомагають координувати ролі і обов'язки різних фахівців по всій охороні здоров'я, соціальному забезпеченню та інших відповідних організацій
- рівень і тип оцінки повинні бути пропорційні потребам, а інформація повинна бути загальною та обгрунтованою

- особи, які здійснюють догляд, мають право на оцінку їх власних прав. Їхні потреби і побажання можуть суттєво відрізнятися від користувачів, але одні й ті ж принципи повинні застосовуватися.

СРА має додаткові гарантії для людей з високим ризиком і ключові особливості СРА слід враховувати при проведенні оцінок всіх спеціалізованих служб і планів по догляду. Якщо у користувача служби, якого сприймає система планування догляду, змінюється ім'я і процес, наприклад, при переході від догляду за молодого дорослого в службі охорони психічного здоров'я до служби літніх людей, вони повинні дати адекватне пояснення і запевнення стосовно нової системи. Обидві служби повинні прагнути мати наскрізне планування догляду під час передачі обслуговування.

Якщо перший контакт літньої людини відбувся не зі спеціалістом надання послуг, звіт по огляду і поточний короткий запис повинні бути передані під час звернення до спеціаліста служби охорони психічного здоров'я. Фахівці із охорони психічного здоров'я повинні додати, а не повторювати цю інформацію, і додавати її в свої процеси оцінки і планування допомоги. Крім того, інформація, отримана від участі фахівців служби, повинна подаватися назад в SAP. Ті ж принципи застосовні і до планування і зосереджені на особистості.

Надходження до лікарні або інших незнайомих місць може посилити проблеми з психічним здоров'ям. Передача інформації щодо оцінки та планування догляду від спільноти до лікарні поліпшить оцінку і планування догляду в команді стаціонару. Мета повинна полягати в тому, щоб повернути людину до себе додому, як тільки це стане можливо без непотрібних затримок.

#### **Спеціаліст охорони психічного здоров'я осіб похилого віку**

У невеликої частки літніх людей буде виникати необхідність обстежуватись та лікуватись у фахівця охорони психічного здоров'я осіб похилого віку. Рішення щодо звернення до вказаного спеціаліста повинно бути прийнято базуючись на інформації і розумінні попереднього психічного стану людини та благополуччя. Це буде включати в себе і розмову з тими людьми, які добре знають цю людину, і результати будь-яких досліджень, які могли б визначити гостру фізичну причину для цієї проблеми.

Там, де потреби людини стосуються переважно психічного здоров'я, пов'язані (наприклад, із важким гострим психічним захворюванням, психотичні епізоди, або хвороби, що вимагають госпіталізацію до психіатричного відділення), то фахівець служби буде відігравати провідну роль в оцінці і плануванні подальшого догляду. Повинно бути включене фізичне обстеження пацієнта та зроблені відповідні плани для задоволення потреб людини.

Там, де потреби людини переважно пов'язані із проблемами фізичного та психічного здоров'я, можна керуватись даними первинного та загального огляду, SAP повинна бути завершена скринінгом психічного здоров'я.

#### **Координація догляду**

Люди похилого віку хочуть знати, до кого можна звернутися за порадою в будь-який час і бути впевненими у безперервності та плануванні догляду. Пріоритетом є безперервність медичної допомоги, а не надання її лише однією людиною, який має бути відповідальним за чесь благополуччя постійно. Після того, як чийсь потреби стають чітко визначеними, має бути згода щодо того, хто координує догляд. Це може включати і передачу ролі координатора (іноді тимчасово). У цих умовах повинен бути тільки один координатор; комусь, можливо, доведеться бути осторонь і передати роль іншому колезі. Тісний зв'язок між професійними колегами, а також із користувачем послуг має важливе значення для забезпечення того, щоб кожен знав, що відбувається.

План догляду повинен включати в себе механізми огляду результатів. Потреби (і побажання) можуть змінюватися з плином часу і механізми координаційного догляду повинні це відображати.

#### **Попередні заяви**

Попередні заяви або директиви (плани, зроблені користувачем послуг на випадок їх хвороби і неможливості приймати самостійне рішення) є корисним способом у допомозі будувати плани на майбутнє, і люди повинні бути підтримані в їх розробках там, де це необхідно.

Згода обмінюватися інформацією повинна бути отримана від літньої людини. Якщо вони не в змозі дати згоду, то рішення про обмін інформацією, можливо, доведеться приймати в їх інтересах і інтересах тих, хто тісно бере участь в їх турботі. Доступ до незалежного захисту повинен бути для найкращого забезпечення інтересів цієї особи.

#### **4) Розвиток культурно- відповідних послуг**

##### **Обґрунтування**

Широко відомо, що люди з проблемами психічного здоров'я, представники чорних і етнічних меншин і людей похилого віку в якості окремих груп відчувають соціальне відчуження. З цього випливає, що чорні і етнічні меншини літніх людей з проблемами психічного здоров'я є особливо вразливою групою ризику соціальної ізоляції, що може привести до депресії, а також загострює інші проблеми з психічним здоров'ям, які можуть стати невилікованими.

На жаль, доступ до служб охорони психічного здоров'я для чорних і етнічних меншин, осіб похилого віку та їх опікунів залишається проблематичним. Бар'єри включають в себе питання мови, знання про те, що наявні послуги, а також відносини і практики постачальників послуг, а також культурні чинники в сприйнятті і розумінні психічних захворювань.

##### **Служба допомоги чорним і етнічним меншинам**

Традиційно, була думка, що чорні і етнічні меншин не бажають користуватися послугами, так як вони вважають за краще піклуватися про самих старійшин. Проте, дослідження показують, що ідея про те, що розширена сім'я буде піклуватися про своїх старійшин може бути міфом і що у багатьох випадках реальність така, що сімейні мережі поширюються через континент <sup>31</sup>.

Аналогічним чином, чорні і етнічні меншини часто описуються як важкодоступні групи. Альтернативною є те точка зору, що цим спільнотам важко отримати доступ до надання послуг.

Число людей похилого віку з чорного та етнічних меншин, різко зросло за останні кілька десятиліть, і, за прогнозами, продовжить рости. Чорні та етнічні меншини літніх людей із проблемами психічного здоров'я та їх опікунів повинні мати доступ до відповідних послуг. Там повинен бути баланс між забезпеченням доступу до основних послуг і розуміння характеру і ступеня необхідності в спеціальних послугах.

Забезпечення расової рівності в психіатричній допомозі (DRE) <sup>32</sup> являє собою план дій для досягнення рівності та боротьби з дискримінацією в сфері послуг з охорони психічного здоров'я в Англії для всіх людей чорної меншини і етнічного статусу, в тому числі ірландського, Середземномор'я і Східної Європи походження.

Останні публікації, які повідомили DRE, включають в себе:

- Всередині Зовні: Поліпшення психічного здоров'я послуги для чорної і етнічних меншин у Великобританії <sup>33</sup> і
- Забезпечення расової рівності: основа для дії <sup>34</sup>.

DRE є лише одним з компонентів більш широкої програми дій забезпечення рівності в області охорони здоров'я і соціальної допомоги. Наприклад, є національні стандарти, місцеві дії <sup>35</sup> підтримує Департамент поточних стандартів догляду та планування структури охорони здоров'я. Основні стандарти включають в себе:

- медичні організації повинні кинути виклик дискримінації, заохочувати до рівності і поваги прав людини; і
- організації повинні дати можливість всім членам населення отримати доступ до послуг у рівній мірі.

DRE буде підтримувати здійснення десяти пунктів плану дії расової рівності <sup>36</sup> сера Nigel Crisp's в NHS, а також допоможе NHS довіряти виконувати свої зобов'язання за расовими відносинами (поправка) 2000<sup>37</sup>.

Важливо, що ініціативи расової рівності включають літніх людей із проблемами психічного здоров'я; однак, також може виникнути необхідність в конкретних ініціативах, спрямованих на літніх людей з проблемами психічного здоров'я, де це дасть кращі результати для них.

Важливо, щоб ініціативи расової рівності включали літніх людей з проблемами психічного здоров'я; однак, також може виникнути необхідність в конкретних ініціативах, спрямованих на літніх людей з проблемами психічного здоров'я, де це дасть кращі результати для них.

### **Ключові повідомлення**

Для того, щоб забезпечити, що чорні і етнічні меншини літніх людей із проблемами психічного здоров'я мають доступ до відповідних та ефективних послуг, плани розвитку повинні бути засновані на трьох будівельних блоках, виділених в рамках DRE:

- більш підходящі і чуйні послуги - виконується за рахунок дій із розвитку організацій і трудових ресурсів (наприклад: в культурному курсі персоналу) і поліпшення клінічних послуг шляхом встановлення контрольних показників і моніторингу доречності послуг
- залучення спільноти - виконується через більш здорову громаду і заходи по залученню громад в послугах із планування. (Наявність конкретних працівників в області розвитку ОРМН спільноти могли б підтримати це) і
- більш повна інформація - від поліпшення моніторингу етнічної приналежності, більш ефективно поширення інформації і передового досвіду, а також поліпшення знань про ефективні послуги.

Цілісний системний підхід, який включає в себе добровільні, законодавчі та інші незалежні організації, а також чорні та етнічні меншини літніх людей з проблемами психічного здоров'я та їх опікунів, ймовірно, будуть найбільш ефективним.

Цільові місця реалізації, які були створені по всій країні, щоб допомогти знайти і покращити стан пацієнтів похилого віку, повинні також забезпечити їх найбільш скоріший період звернення.

І нарешті, різноманітність слід вітати і відзначати як позитивну силу місцевих громад - за рахунок зміцнення довіри, заохочення участі та побудови відносин довіри, солідарності і дружби.

### **5) Розвиток трудових ресурсів**

#### **Обґрунтування**

Може бути кілька областей, в яких індивідуальні якості, компетенції та кваліфікації робочої сили мають більше значення, ніж в догляді за людьми похилого віку з проблемами психічного здоров'я. Часто представляючи зі складною поєднаною проблемою захворюваності та різноманітних потреб літніх людей та їх вихователів, виникають потреби у підтримці та догляді від цілого ряду установ і в самих різних обставинах.

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я знаходяться в рамках всієї системи охорони здоров'я і соціального забезпечення:

- серед типових амбулаторних хворих лікаря загальної практики 40 % людей матимуть проблеми психічного здоров'я, і в 20-25% людей проблема психічного здоров'я буде єдиною причиною відвідування лікаря <sup>3</sup>
- консервативні оцінки показують, що 60-70% людей в будинках для людей похилого віку мають недоумство і 40% страждають депресією <sup>5,6,7,8,9</sup>; і
- до 60% людей у віці від 65 років і старше мають або будуть мати проблеми психічного здоров'я під час госпіталізації до багатопрофільної лікарні <sup>4</sup>.

Люди похилого віку повинні мати можливість розраховувати, що всі співробітники, з якими вони вступають в контакт, мають базове розуміння їх потреб в області психічного здоров'я, включаючи опікунів, і що, коли вони будуть потребувати спеціалізовану медичну допомогу, співробітники зможуть впоратися.

### **Ключові повідомлення**

Розвиток трудових ресурсів: освіта та професійна підготовка

Необхідно розробити послідовну і зв'язну стратегію в цілому системи розвитку трудових ресурсів, освіти і професійної підготовки служб охорони психічного здоров'я літніх людей, які будуть:

- задовольняти конкретні культурні потреби старійшин всередині чорних і етнічних меншин
- забезпечувати, щоб співробітники мали відповідні письмові та усні мовні навички для ефективного спілкування з користувачами послуг
- підвищувати кваліфікацію всіх співробітників, що працюють в загальних та спеціалізованих областях, щоб краще відповідати вимогам літніх людей з проблемами психічного здоров'я в усіх напрямках

- забезпечувати співробітників, що працюють з людьми похилого віку, високим рівнем обізнаності щодо проблем психічного здоров'я: домашні доглядачі, громадські патронажні сестри, працівники з догляд на дому, співробітники, що працюють по догляду за людьми похилого віку в палатах, співробітники відділень швидкої допомоги повинні отримувати більш поглиблену підготовку і розвиток

- включати 10 основних загальних можливостей в до і після дипломної освіти і професійної підготовки для всіх співробітників охорони психічного здоров'я (див ресурси на [www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)).

- вивчати роботу по-новому і з новими ролями - наприклад, за допомогою мультидисциплінарних команд зв'язку з участю випускників працівників первинної ланки, підтримка, час і відновлення робочих сил і працівників общинного розвитку

- враховувати потреби лідерства, як з точки зору підготовки, так і нових ролей і

- відображати взаємодію з персоналом / місцевими закладами вищої освіти і координувати всі ресурси.

### **Залучення і утримання**

На додаток до проблеми залучення правильного персоналу в те, що часто можуть бути і фізично і розумово вимогливими ролі догляду, послуги повинні розвивати і утримувати тих, хто вже є в роботі. Завдання включають в себе:

- забезпечення можливостей для отримання освіти після реєстрації і запровадження правильних курсів у майбутньому

- забезпечення регулярного контролю і підтримки можливостей для всіх співробітників, особливо тих, які працюють в складних умовах, наприклад: будинки престарілих, постійна турбота, зухвала поведінка підопічних / команди

- сприяння комплексному здоров'ю і працездатності, соціальної допомоги та послуг, які спрямовані на задоволення потреб літньої людини, забезпечуючи по-справжньому гнучкі та індивідуальні підходи до лікування. Це, ймовірно, включати в себе роботу в рамках організаційних і відомчих меж і може включати спільне фінансування.

### **Кадрове планування**

Всі області необхідні для дотримання узгодженого плану спільної робочої сили в рамках процесу місцевого планування розвитку. Вкрай важливо, щоб цей стратегічний план залучав якомога більше відповідних організацій, користувачів/доглядачів і професійних зацікавлених сторін, що беруть участь у наданні такої послуги.

Це повинно також включати в себе провайдерів освіти і професійної підготовки. Запропонована шестистадійна циклічна модель, повністю описана в психіатричних послугах *Mental Health Services – Workforce Design and Development*<sup>38</sup> і наголошує на необхідності співпраці всієї системи і необхідності планувати трудові ресурси невід'ємною частиною розвитку як нових, так і існуючих послуг.

### **б) В цілому системний підхід до введення в експлуатацію комплексних послуг**

#### **Обґрунтування**

Пуск в експлуатацію "Процес визначення, забезпечення і моніторингу послуг для задоволення потреб на стратегічному рівні. Відноситься до всіх послуг, чи вони надаються місцевим органом влади, службою охорони здоров'я, іншими державними органами або приватними або добровільним секторами."<sup>39</sup>

Введення в експлуатацію є циклічним процесом, який включає в себе:

- розуміння ринку - відображення, аналіз та прогнозування попиту і пропозиції для задоволення поточних і тих, що розвиваються, потреб

- партнери системи вирівнювання - забезпечується угодою про те, що повинно бути досягнуто, щоб задовольнити попит

- спільне стратегічне планування - за участю всіх партнерів систем і користувачів послуг в розробці планів і стратегій для досягнення цілей

- застосування ресурсів - в рамках всієї системи для досягнення найкращого ефекту, щоб максимізувати досягнення узгоджених стратегічних цілей і

- аналіз і оцінка - для того, щоб скорегувати або повторно надати для задоволення мінливих потреб.

### **Ключові повідомлення**

Застосування більш якісних послуг в галузі психічного здоров'я для літніх людей, покращує якість життя і допомагає задовольнити ключові цілі PSA (Додаток 1) і стандарти (Додаток 2).

Подібна практика відкриває широкі можливості для розвитку більшої кількості послуг на базі комплексних та персоніфікованих громад. Це новий напрямок зв'язку з подіями в Білій книзі щодо поліпшення первинних громад і громад в області охорони здоров'я і медичних послуг. Незалежність благополуччя і вибору, а також управління довгостроковими умовами мають відношення до реалізації даної настанови. Добровільні організації відіграють роль не лише захисту людей із проблемами психічного здоров'я, але і забезпечення підтримки або наданні послуг.

### **Комплекс заходів із початку функціонування системи**

Ефективний комплекс заходів із початку функціонування служби надання допомоги ПЗЛЛ вимагає, щоб партнери по медичній та соціальній допомозі, в тому числі незалежного сектора економіки, некомерційного сектора, користувачів та осіб, які здійснюють догляд, мають узгоджене бачення майбутніх послуг і стратегії для її здійснення.

Стратегія введення в експлуатацію повинна бути чітко окресленою для популяції, якій вона служить і потреб, які були визначені для цієї групи населення в даний і в найближчий час, у проміжній та віддаленій перспектив. Мають бути виділені відповідні ресурси для направлення та задоволення цих потреб.

Успіх стратегії буде залежати від усіх організацій, які об'єднуються разом для погодження:

- коштів і процесу, необхідних для встановлення рівня нереалізованих потреб місцевого населення
- достовірні дані, на основі яких здійснюються закупівлі об'єднаними/міжвідомчими службами послуг
- загальне визначення «введення в експлуатацію», окреслені чіткі ролі, функції і механізми управління організацій, які беруть участь
- бюджети і ресурси, доступні для інвестування
- закупівельних пріоритетів та планів для їх досягнення (включаючи згоду з будь-яким необхідним скороченням капіталовкладень в існуючі послуги)
- методи аналізу та оцінки для майбутнього планування обслуговування і введення в експлуатацію та
- географічна когерентність в наданні послуг.

Існують різні способи, в яких системи можуть працювати разом, щоб забезпечити широкий спектр послуг для задоволення місцевих потреб населення. До них відносяться:

- механізми єдиного відомства із закупівель
- спільні або міжвідомчі механізми закупівель
- партнерські угоди, наприклад, із використанням статті 31 Закону про здоров'я <sup>41</sup> з об'єднанням бюджетів і узгоджених обов'язків забезпечення
- інтегровані послуги, включаючи реструктуризацію існуючої системи надання послуг.

Важливо відзначити, що всі чотири способи не повинні бути відтворені в якомусь певному порядку, так як і не всі вони повинні бути прийняті. Одна організація може отримати деякі послуги, які в достатній мірі задовольняють місцеві потреби задовільно і не є частиною спільної угоди або угоди про партнерство.

Завчасно до створення механізмів введення в експлуатацію, необхідно, щоб залучені сторони знали, як ця діяльність вписується в заявлені цілі і бажані результати стратегії введення в експлуатацію. Одна конкретна задача полягає в досягненні стратегічного балансу інвестицій для забезпечення профілактичних послуг низького рівня для населення в цілому поряд з тими людьми, потреби яких формуються на високому рівні.

### **Ресурси для надання допомоги при введенні в експлуатацію**

Для допомоги введення в експлуатацію соціальних послуг та послуг в області охорони здоров'я, які відповідають потребам людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я, доступними є



ряд відмінних ресурсів. До них відносяться ті, що стосуються питань роботи комплексного медичного і соціального догляду, стислий виклад шести ключових повідомлень для представників і введення в експлуатацію контрольного переліку послуг на основі цього посібника з розвитку ([www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)). Також надаються деякі попередні медико-економічні і вихідні дані порівняльного аналізу, з більшими великими даними, очікуваних від цих послуг, які повністю беруть участь в фінансових послугах та послугах штабних навчань (додаток 2).

Національний інститут психічного здоров'я Англії (NIMHE) бере участь в поточній роботі створення 10 вагомих внесків <sup>42</sup> у Модернізації Агентства щодо її актуальності у службі охорони психічного здоров'я.

## **7) Лідерство: чемпіони, керівники і лідери**

### **Обґрунтування**

NFS для літніх людей, приділяючи велику увагу ролі чемпіона, створили мережу чемпіонів літніх людей. Але всі ті, хто працює або несе відповідальність за психічне здоров'я літніх людей, є потенційно чемпіонами. Деякі користувачі беруть участь в плануванні послуг, деякі з них в добровільному секторі, деякі з них на першій лінії персоналу із доставки послуг, а також інші управлінські та лідерські ролі на місцевому, регіональному або національному рівні.

Реалізація даної настанови допоможе деяким найбільш вразливим людям в суспільстві, деяким з найбільш складними проблемами: схильними до стигматизації, соціальної ізоляції, із невизначеними та нерозпізнаними фізичними і психічними проблемами зі здоров'ям.

Потреби літніх людей з проблемами психічного здоров'я перехрещуються із медичною та соціальною допомогою, фізичним і психічним здоров'ям, базовими і спеціалізованими службами.

Щоб дістатися дійсно персоніфікованої, орієнтованої на потреби служби здоров'я і соціальної допомоги, необхідно подолати існуючі значні культурні, організаційні та системні перешкоди. Досягнення спільної мети вимагає сильного і стійкого лідерства, плідної співпраці із метою подальшого подолання традиційних та організаційних професійних кордонів та способів їх роботи. Стратегічні відносини повинні бути побудовані і спрямовані на спільну дію користувачів послуг і осіб, які здійснюють догляд. Добровільні організації відіграють найважливішу роль в забезпеченні потреб користувачів послуг.

Характер роботи, пов'язаної з вимогами по охороні психічного здоров'я літніх людей, привертає деяких з найбільш виняткових і відданих справі працівників. Вони хочуть працювати в сильних багатопрофільних і міжвідомчих групах, які обслуговують населення. Потужне керівництво необхідно для стимуляції інновації та прагнення до поліпшення якості, а також для розширення можливостей співробітників в сфері послуг реалізувати свій потенціал.

## **Первинний догляд та медико-соціальна допомога**

### **1) Первинна медична допомога**

#### **Обґрунтування**

Люди похилого віку під час виникнення потреб зазвичай бачать первинну медичну допомогу, як один з найбільш доступних заходів. Вони та їхні родини і доглядачі можуть мати відносини з рядом членів команди протягом певного періоду часу.

Ці співробітники часто зручно розміщені, щоб допомогти людині визначити свої власні потреби і свої власні цілі в контексті свого життя якомога повніше в місцевому співтоваристві.

Люди похилого віку хочуть, щоб їх труднощі вирішувались цілісно, а також, щоб співробітники первинної ланки медичної допомоги були в змозі допомогти їм орієнтуватися в спектрі можливостей місцевих послуг по зміцненню здоров'я. Якщо проблеми є складними або терміновими, люди хочуть своєчасної консультації фахівця і подальшого відповідного направлення. Роль спостерігачів повинна бути визнана важливою для благополуччя людини похилого віку. Вони повинні мати підтримку і повноваження для забезпечення належного догляду.

Проблеми психічного здоров'я є загальними в первинній ланці охорони здоров'я: з типовими операціями в закладах загальної медичної практики 40% людей будуть мати проблеми психічного здоров'я, і в 20-25% пацієнтів проблема психічного здоров'я буде єдиною причиною для відвідування лікаря<sup>3</sup>. Депресія є найбільш частою причиною самогубств серед літніх людей<sup>43</sup>. Багато літніх людей, які здійснюють самогубство, мали недавній контакт з лікарем загальної практики або членом команди первинної ланки, проте психічне захворювання часто лишається недіагностованим, а лікування не завжди найбільш ефективним<sup>44</sup>. З цих причин, всі співробітники первинної ланки медичної допомоги потребують адекватної навчальної підготовки з питань охорони психічного здоров'я в подальшому житті.

### **Моделі надання послуг**

У більшості випадків команди первинної медичної допомоги забезпечують більшу частину допомоги, яка потрібна людям. Конкретні завдання первинної медичної допомоги лежать у:

- пропаганді здорового способу життя (див. розділ в цій настанові), і допомагати людям більш ефективно піклуватися про себе та їх стан
- визнанні проблем психічного здоров'я
- розробці плану по догляду та постійної участі для більшості, включаючи підтримку сім'ї осіб, які здійснюють догляд і
- визначенні напрямку спеціалізованої служби для невеликого числа, які мають особливо складні потреби або які створюють високий рівень ризику, з постійною взаємною допомогою. Співпраця між первинними і спеціалізованими представниками надання послуг, як відомо, дають кращі результати лікування для літніх людей з проблемами<sup>24</sup> психічного здоров'я.

Все частіше кваліфіковані працівники первинної ланки медичної допомоги виконують завдання, які раніше виникали тільки у сфері спеціалізованих послуг вторинної медичної допомоги. Навчені працівники первинної медичної допомоги зі знаннями у сфері охорони психічного здоров'я можуть відігравати ключову роль у підтримці кращого психічного здоров'я для літніх людей. Вони повинні допомогти надати інформацію про психічні розлади і місцеві послуги, а також здійснювати пряму психологічну роботу з клієнтами. Спільнота сестер-доглядальниць, чия роль полягає у введенні людей зі складними потребами догляду, будуть координаторами по догляду для багатьох людей з проблемами психічного здоров'я. З'являються лікарі загальної практики з особливим інтересом в області психічного здоров'я літніх людей. Всі ці події вимагають тісної координації з локальними фахівцем надання основних послуг.

### **Ключові елементи**

#### **Визначення психічних захворювань**

Хоча багато людей більшою мірою стали обізнаними щодо існування проблеми з психічним здоров'ям, як і раніше залишаються бути схильними до значних невігластв і мати пов'язані з цим стигми серед населення в цілому. Часто люди не звертаються за допомогою або навіть не визнають, що вони хворі.

Існує мало доказів для рутинного скринінгу проблем психічного здоров'я у людей похилого віку. Тому розпізнавання буде відбуватися тільки випадково в результаті планового огляду.

Персоналу по первинному догляду необхідно зберігати пильність щодо можливості виникнення проблем з психічним здоров'ям, як причину виникнення труднощів або ускладнень інших фізичних захворювань. Вони повинні бути знайомі з загальними проблемами психічного здоров'я на більш пізніх етапах життя, а також заохочувати людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я, щоб звернутися за допомогою. Навчальні програми для персоналу повинні включати в себе компоненти по визнанню та реагуванню на проблеми психічного здоров'я в подальшому житті. Прості скринінг-тести відповідної первинної медичної допомоги та інші медичні і основні налаштування соціальної допомоги повинні бути узгоджені та скеровані місцевими службами фахівців.

### **Розробка плану по догляду та поточному веденню догляду**

Існуючий Департамент керівництва охорони здоров'я передбачає існування протоколів для догляду та ведення літніх людей із проблемами психічного здоров'я, погоджених із вторинною медичною допомогою та користувачами послуг. Вони повинні включати в себе рекомендації по веденню найбільш поширених проблем психічного здоров'я в подальшому житті- депресія і слабоумство. Вони повинні охоплювати виявлення, первинну оцінку, початкове ведення та керівництво для направлення в спеціалізовані служби. Заходи по реалізації для підготовки і поширення інформації, а також перевірки для оцінки їх використання також мають там бути.

Загальні принципи постійного догляду включають в себе:

- освіта, інформування та підтримка людей із проблемами психічного здоров'я та осіб, які здійснюють догляд їх таким чином, щоб залучати їх в своїх рішеннях в галузі охорони здоров'я. Вони також можуть включати в себе участь в експертній програмі пацієнта або експертних програм осіб, що надають допомогу
- перенаправлення користувачів служби і доглядальниці до інших джерел
- здійснення цілісного підходу
- роботу із організацією узгодженою законом і добровільним медичним та соціальним обслуговуванням, у співпраці з особами, які здійснюють догляд
- відповідна постійна оцінка і втручання при фізичних супутніх захворювань, сенсорних дефіцитах і інших видах інвалідності
- забезпечення літніх людей отримати максимальну вигоду від своїх ліків, і приймати їх належним чином. Включає в себе людей, які страждають на депресію і приймають адекватний курс антидепресантів і осіб із когнітивними порушеннями
- оперативне перенаправлення пацієнтів, які потребують спеціалізованої психіатричної допомоги.

### **Ведення пацієнтів із тривалими порушеннями психічного здоров'я**

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я не тільки часто мають довгостроковий стан їх психічних захворювань, але також, більш імовірно, будуть мати інші довготривалі патологічні стани. Люди з тривалими психологічними станами, більш імовірно, страждають психічним захворюванням, які погіршує їх прогноз. Витрати на допомогу людям, що мають більше одного тривалого патологічного стану, в шість разів вище тих, які витрачаються лише на один патологічний психічний стан <sup>42</sup>.

Дані щодо покращення ведення довготривалих станів вказують на зниження тиску лікарняних послуг за рахунок зменшення захворюваності, зниження прийому і скорочення терміну перебування; скорочення встановленого бюджету, скорочення невідкладних візитів допомоги та відвідувань лікарень <sup>42</sup>.

Люди похилого віку з серйозними проблемами психічного здоров'я, включаючи слабоумство, відносяться до числа найбільш уразливих людей, що живуть в суспільстві і часто, ймовірно, вимагають ведення конкретних клінічних випадків через виникнення дуже складних потреб (рівень третій допомоги в NHS і соціальної допомоги довгострокового умов <sup>27</sup>). Реєстр літніх людей, які страждають психічними захворюваннями, може призвести до більш цілісної і координованої первинної медичної допомоги і допоможе уникнути непотрібної госпіталізації в лікарню або догляду на дому.

### **Доступ до психологічної терапії**

У популяції осіб, яким надається первинна медична допомога, існує велика кількість літніх людей зі значними психологічними проблемами. Попит на психологічне, а не медикаментозне лікування, ймовірно, зростає в міру накопичення знань про його ефективність. Варіанти лікування повинні включати доступ до психологічної терапії в первинній медичній допомозі, які не повинні бути визначені за віком.

## Направлення до фахівців

Людам із проблемами психічного здоров'я слід звертатися до експертних консультацій фахівців, а також у періоди, коли:

- існують діагностичні питання, які потребують роз'яснення
- є відсутність відповіді на початкову тактику лікування
- небезпечний стан або ризик є особливо серйозними
- проблеми є складними і
- правові питання вимагають участі спеціалістів.

Ефективне використання основних і спеціалізованих послуг потребує постійної відповідальності за людей з проблемами психічного здоров'я. Проте, користувачі і доглядачі часто хочуть безперервності ключових працівників, і передача догляду з координацією обов'язків повинні звести до мінімуму перебої в плануванні догляду.

## 2) Догляд на дому

### Обґрунтування

Люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я, як правило, хочуть продовжувати жити у своєму власному домі якомога довше. Але іноді цілий ряд практичних труднощів, а також проблеми фізичного і психічного здоров'я можуть обмежити їхню незалежність і збільшити ризик для самих себе або інших.

У той час як люди вважають за краще залишатися жити вдома, їм повинна бути запропонована підтримка, щоб вони могли жити повним життям, наскільки це можливо. Допомога повинна бути заснована на плані догляду, який ставить бажання людини по-перше, і визнає роль членів сім'ї, які здійснюють догляд. Догляд на дому, також відомий як медична допомога на дому або підтримка з боку громади, пропонує важливу особисту підтримку тим, хто живе в своїх власних будинках. Комісія з соціальної інспекції надання допомоги в даний час перевіряє і контролює всі послуги по догляду на дому.

### Спектр послуг по догляду на дому

Більшість послуг по догляду на дому пропонують допомогу з особистої гігієни (миття, одягання) і з повсякденної діяльності (приготування їжі, похід до магазинів), але співробітники можуть бути обмежені в часі, і в завершенні завдання. Є все більше число спеціалізованих служб за місцем проживання, часто з акцентом особливо на людей, що страждають деменцією. Вони були неоціненні в поліпшенні якості медичної допомоги.

Тому є значні можливості для розвитку послуг із догляду на дому, які можуть задовольнити потреби літніх людей із проблемами психічного здоров'я, робота з реабілітаційними послугами, щоб надати їм можливість залишатися вдома і знижуючи необхідність госпіталізації, тривалість терміну перебування в стаціонарі, а також сестринський догляд.

Як і з іншими користувачами послуг по догляду на дому, люди з психічними проблемами зі здоров'ям і їх опікуни будуть оцінені щодо їх відповідальності за оплату послуг по догляду на дому. Місцеві органи влади зобов'язані оцінити потребу людини і розглянути питання про їх права на отримання підтримки відповідно до критеріїв *Рівного доступу до медичних послуг* (FACS). Це може означати, що надання послуг буде сфокусоване на високих рівнях потреби, а не на пропаганді здорового способу життя та профілактичних послугах. Послуги з підтримки, щоб дозволити користувачам зберегти свою незалежність, можливо, не завжди будуть доступні.

### Моделі обслуговування

Більшість людей із проблемами психічного здоров'я доглядаються вдома службою допомоги або за підтримки сім'ї. Підтримка низького рівня, тоді, коли людина продовжує займатися плаванням, доглядає свій будинок або сад, як правило, може мати вирішальне значення для підтримки людей з проблемами психічного здоров'я та їх опікунів в своїх будинках.

Спеціалізовані послуги по догляді на дому дозволяють навченому і досвідченому персоналу запропонувати свою допомогу в гнучкій формі, що дозволить змінити настрої людей, який може бути пов'язаний з поганим станом психічного здоров'я.

Пряма фінансова допомога найчастіше застосовується у випадках з людьми похилого віку задля забезпечення догляду за ними. Люди похилого віку з психічними хворобами можуть потребувати додаткової підтримки в організації догляду за ними, урегулювання фінансових питань та уникнення можливих зловживань щодо їх експлуатації. Користь індивідуалізованих бюджетів, коли люди скоріше отримують певну суму грошей на рахунок, а не готівкою, може надати можливість людям з психічними захворюваннями забезпечити більш індивідуалізований та гнучкий підхід до догляду за ними, з уникненням відповідальності додаткової зайнятості.

### **Ключові елементи**

З огляду на високу поширеність проблем психічного здоров'я у літніх людей, а також асоціація психічного здоров'я з довгостроковими умовами, висока частка одержувачів допомоги на дому матимуть проблеми з психічним здоров'ям. Дуже важливо для співробітників мати адекватне розуміння загальних проблем психічного здоров'я, наслідків втрати і втрати працездатності, сенсорних порушень та мати хороші навички спілкування, особливо з людьми з когнітивними порушеннями. Це особливо важливо, якщо служби повинні взяти на себе роль в підтримці людей з проблемами психічного здоров'я в умовах кризи.

Персонал по догляді на дому часто співпрацює із людьми, які хочуть жити у себе вдома, незважаючи на певний ризик, і як персонал, так і користувачі послуг можуть потребувати підтримки в реалізації цього вибору.

У більш традиційних формах підтримки, фахівці з догляду на дому відвідують людину протягом заданого періоду часу для виконання конкретного завдання. Навіть у цій обмеженій ролі, коли візити у часі є обмеженими, ізольовані літні люди часто цінують можливість соціальної взаємодії.

Найкращу модель матимуть спеціалізовані домашні доглядачі, які працюючи разом із людьми, спонукають їх бути якомога більш незалежними, а не створюють завдання для них. Вони будуть мати особистісно-зосереджений підхід, а не підхід, орієнтований на завдання, працюючи творчо для задоволення поточних потреб кожної людини, які можуть змінюватися з дня на день. Вони можуть відвідати їх в період відпочинку або в день догляду, щоб зберегти триваючий догляд.

Послуги на дому повинні мати добрі робочі відносини зі спеціалізованими ресурсами, такими як групи здоров'я душевнохворих літніх людей і общинних реабілітаційних команд, які можуть координувати і контролювати план лікування, так що доступ до консультативної допомоги та підтримки є легко доступним, якщо потреби людей змінюються. Професійні консультації із лікування допоміжними засобами і пристосування до власності має життєво важливе значення.

Зростає рух у забезпеченні доступу до 24-годинної, сім днів на тиждень підтримки по догляді на дому, щоб звести до мінімуму необхідність непотрібної госпіталізації і реагувати на кризові ситуації. Приклади включають в себе посилення на проміжну допомогу, громадські послуги на основі відповіді, пов'язані із віддаленою технічною допомогою оповіщення та схеми переадресації у відділах A & E. Люди з проблемами психічного здоров'я повинні мати такий же доступ до закладу паліативних послуг по догляді до кінця життя, як і інший догляд на дому буде невід'ємною частиною цього процесу.

### **3) Денна служба**

#### **Обґрунтування**

Люди похилого віку, як правило, хочуть залишитися частиною їх місцевих громад. Ряд громадських ресурсів, таких як обід у клубах, центри соціально-медичної допомоги, домашні служби підтримки і конкретні соціальні групи спрямовані на зниження соціальної ізоляції, підтримання соціальних контактів і мають ключову функцію у запобіганні проблем психічного здоров'я.

Термін «денна служба» описує весь спектр медичної допомоги, яка спрямована на підтримку

людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я, щоб жити настільки незалежно із хорошою якістю життя, наскільки це можливо. Денна служба допомоги пропонує для людей, які є соціально ізольованими, допомогти зберегти довіру літньої людини, почуття власної гідності і соціальних навичок. Вони можуть також надавати конкретні заходи для підтримки незалежного життя, а також забезпечити перепочинок для осіб, які здійснюють догляд. Денна служба допомоги повинна бути гнучкою і зосереджена на потребах людей і їх опікунів. Їх слід розглядати в контексті соціальної інтеграції та зміцнення здоров'я.

Денна служби діляться на дві основні категорії:

- для людей з низькими та помірними потребами, які можуть отримати доступ до служби надання послуг для літніх людей або для людей з проблемами психічного здоров'я та
- фахівець денного догляду для людей з помірними та важкими проблемами психічного здоров'я.

Послуги повинні бути доступні на основі потреб, а не віку. Це особливо важливо для людей з функціональними психічними розладами, які, можливо, отримують підтримку з боку служб охорони психічного здоров'я молодших дорослих; вони не повинні бути передані службі обслуговування літньої людини просто тому, що вони досягають певного віку.

### **Моделі обслуговування**

Надання послуг цілісної служби денної допомоги буде спиратися на чіткі шляхи та напрямки процесів, які дозволяють людям отримати відповідну оцінку, догляд і лікування. Регулярний огляд індивідуальних потреб має важливе значення, щоб переконатися, що люди отримують правильний догляд в потрібному місці. У всіх установках цілісний підхід слід зробити для підтримки хорошого здоров'я.

Основна увага приділяється можливості використовувати комунальне господарство відповідно до їх інтересів і залишатися активними учасниками в їх місцевому співтоваристві. Спеціаліст з персоналу може допомогти людям влаштуватися і підтримувати некваліфікований персонал.

Основні елементи обслуговування можуть включати в себе:

- діапазон відпочинку і соціальної діяльності
- ресурси, такі як консультації та інформацію
- можливості для взаємної підтримки
- освіту і підтримку постачальникам, щоб вони могли зрозуміти людей з помірними проблемами психічного здоров'я та внести необхідні корективи в організації медичної допомоги, щоб забезпечити включення і
- підготовка персоналу у виявленні та підтримці людей з помірними проблемами психічного здоров'я і які знають, як отримати доступ до послуг, якщо їх стан погіршується.

### **Денний догляд на дому**

Працівники служби можуть задовольнити потреби людини в їх власному будинку і так підтримувати незалежні життєві навички. Це може бути більш корисним для певних груп: людей з особливими потребами, пов'язаних з харчуванням або релігією, або людей з деменцією, які втратили оточення своїх близьких. Денний догляд в домашніх умовах також може бути корисним в більшій кількості сільських громад, хоча і не повинен бути заміною надання необхідного транспортування.

Основні елементи обслуговування можуть включати в себе:

- навчені робітники служби, які можуть підтримувати людей з цілою низкою проблем психічного здоров'я
- практична допомога для участі в обраних заходах
- підтримка особистості у виконанні повсякденної діяльності, а також заохочення її незалежності; і
- навчені приймаючі сім'ї, які організують догляд в домашніх умовах.

### Спеціалізовані денні центри

Спеціаліст денної служби забезпечує догляд за людьми з більш помірними і важкими потребами, які можуть потребувати конкретної особистої підтримки в повсякденній діяльності, в тому числі людей з функціональними психічними розладами такими, як депресія, тривога і шизофренія; і люди з помірною та важкою деменцією. Центри повинні мати гнучкі години роботи, будучи в змозі запропонувати допомогу у вихідні дні і в вечірній час, якщо це потрібно.

Ці послуги часто надаються на постійній основі, і можуть бути запроваджені законодавчо для добровільних або незалежних організацій, які працюють в тісному контакті з фахівцями служб охорони психічного здоров'я, які можуть забезпечити підтримку і навчання. Вони забезпечують середовище, яке є терпимим до людей, які можуть мати незвичайну поведінку. Вони також забезпечують постійну оцінку потреби, перепочинку і підтримку осіб, які здійснюють догляд, надаючи консультації та інформацію.

Основні елементи обслуговування можуть включати в себе:

- оцінку потреб щодо їх догляду, включаючи
- план лікування, зосереджений на людині, який враховує сильні сторони людини, підтримує людину, щоб бути якомога більш незалежними в аспектах повсякденного життя, але також чутливою до задоволення потреб їх інвалідності, надаючи особисту підтримку в разі потреби
- забезпечення змістовного заняття з урахуванням анамнезу і переваг людини, для подальшої практичної допомоги та підтримки
- надання підтримки осіб, які здійснюють догляд за рахунок відстрочки, інформації та консультацій; і
- постійна оцінка і огляд.

### Денні стаціонари / лікувальні послуги

Денні стаціонари/лікувальні послуги мають на меті запропонувати інтенсивне міждисциплінарне оцінювання та лікування для людей похилого віку зі складними потребами психічного здоров'я, щоб зменшити потребу в госпіталізації у лікарню або допомогти відновитися після госпіталізації.

Їм має бути притаманний суттєвий акцент на реабілітації як у випадку з людьми, які присутні на сесійній основі, так і з тими, які отримують лікування на дому. Втручання, як правило, будуть обмежені у часі та закінчатися, коли людина може бути інтегрована у систему спеціалізованого денного догляду або надання основних послуг або виписана для подальшої curaції своїм лікарем загальної практики.

Основні елементи обслуговування можуть включати в себе комплексну розширену мультидисциплінарну оцінку психічного здоров'я, при якій будуть взяті до уваги будь-які фактори ризику. Також має бути план лікування, котрий включає в себе ряд індивідуальних та групових психологічних втручань, таких як консультаційні сесії, управління тривогою, когнітивно-поведінкова терапія та стратегія груп, члени яких мають досвід подолання депресії та втрати.

Навчання та рекомендації мають бути надані людьми, які здійснюють догляд, та персонал також повинен слідкувати за лікуванням медикаментами, спрямованими на стан психічного здоров'я.

Команда повинна також мати можливість відвідувати і лікувати людей на дому або в умовах, коли вони отримують підтримку. Частина ролі команди у роз'яснювальній роботі полягає в наданні підтримки співробітникам служби догляду в основних послугах для того, щоб підтримувати людей з проблемами психічного здоров'я в суспільстві, а також допомогти співробітникам по виявленню і відповідним чином направленню людей, якщо вони потребують спеціалізованої психіатричної допомоги.

Як розширення концепції персоналу денного стаціонару, що підтримує основний догляд удень, слід розглянути можливість гнучкого поєднання моделі денного догляду спеціалістами та денного стаціонару/лікування. Це дозволить краще поєднати допомогу медичну та соціальну у плануванні і більш безперешкодне надання послуг з точки зору користувача.

#### 4) Побут

##### Підгрунття

Люди похилого віку хочуть будинки, які можуть задовольнити їх змінені потреби. Гідне житло є критично важливим для психічного благополуччя людей.

У доповіді Групи соціального відчуження і ODPM «Excluded Older People»<sup>45</sup> («Відлюдники похилого віку») відзначено, що літні люди піддаються більшому ризику депресії, коли знаходяться в ізоляції або страждають від хронічних захворювань, і що особливо люди з проблемами психічного здоров'я мають, ймовірно, житлові проблеми. Саме тому вкрай важливо надійне планування житла для літніх людей з проблемами психічного здоров'я та їх доглядальників.

Люди в більш пізньому віці можуть потребувати допомогу:

- у збереженні існуючого житла або припинити бути бездомними
- у недопущенні соціальної ізоляції
- у доступі до житла, догляді та підтримці, які максимізують незалежність, незалежно від того, чи житло надається державою або шляхом самофінансування;
- шукати якнайшвидше відповідне житло, яке може бути адаптоване навколо людини, оскільки вони стають розумово чи фізично більш вразливими

Літні люди з проблемами психічного здоров'я повинні мати доступ до тих же опцій житла і підтримки, як й інші: підтримка людей фінансуванням, короткотермінового проживання, підтримка з обслуговуванням житла або житло, що у довгостроковій перспективі може стати постійним.

##### Моделі обслуговування

##### Системи захищеного житла

Існує безліч моделей захищеного житла або пенсійного житла. Вони поділяють характеристики забезпечення простого в управлінні житла з додатковими послугами, щоб дати людині можливість жити самостійно. Наглядач або менеджер системи, як правило, готовий надати пораду і підтримку, а також може допомогти організувати будь-які необхідні послуги. Система сигналізації надає людям впевненості, що допомога доступна в разі надзвичайної ситуації.

Перехід до захищеного житла або пенсійного житла може допомогти підтримувати соціальні контакти і зменшити відчуття самотності і почуття уразливості, що деякі люди відчувають у своїх власних будинках. Є багато різних типів захищеного житла у веденні різних організацій.

Системи зазвичай складаються з 15-60 автономних одиниць розміщення і можуть бути застосовані до людей, які хотіли б жити самостійно, але потребують підтвердження того, що допомога під рукою, якщо є надзвичайна ситуація. Таке розміщення може бути корисним для людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я.

##### Житло додаткового догляду

Це система проживання, розроблена з урахуванням потреб більш немічних людей похилого віку у стані здорового глузду і з різними рівнями надання медичної допомоги/підтримки з доступом на місці. Вона також може бути відома як дуже захищене житло, частина два з половиною, близький догляд, сприяння у проживанні або пенсійні села. Департамент охорони здоров'я виділив 147 млн £ (2004-08), щоб збільшити надання в оренду і продаж житла додаткового догляду.

За цих моделей люди живуть у своїй власній квартирі або бунгало, яке забезпечує особистий простір і приватне життя. Деякі люди можуть купити їх у власність, якщо вони хочуть інвестувати. Будинки, як правило, розроблені з урахуванням потреб вельми залежних людей у плані розумових здібностей. У готелі є пральня, ресторан/їдальня, служба підтримки у домашніх справах, персональний догляд, засоби доступу спільноти до цілодобової підтримки з боку команд охорони здоров'я і соціального забезпечення.

Деякі системи мають діапазон ступеню розвитку охорони здоров'я і проміжних послуг з догляду. Багато з них мають зв'язок з місцевим співтовариством психічного здоров'я і послугами по



благополуччю для підтримки літніх людей з проблемою психічного здоров'я.

З огляду на зростаючу кількість людей, які страждають на деменцію, такі системи все частіше будуть розміщувати людей з деменцією, як у житлових приміщеннях, спеціально призначених для задоволення їх потреб, так і в житлових приміщеннях, які можуть бути адаптовані до зростаючих потреб людей, у яких розвивається деменція у процесі життя.

Існує цілий ряд можливих моделей житла додаткового догляду, щоб задовольнити потреби людей, що страждають на деменцію, і читачу надається посилання на ресурс, який супроводжує цей посібник ([www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)).

### **Ключові елементи**

Хороша служба житла для літніх людей з проблемами психічного здоров'я буде краще використовувати послуги облаштування будинку, щоб поліпшити стан і доступність існуючого житла, наприклад після виписки з лікарні. Вона буде працювати з партнерами у системі охорони здоров'я, соціальної допомоги та волонтерських секторів, щоб забезпечити широкий спектр послуг, пов'язаних з підтримкою житла, щоб вразливі верстви населення добре жили в своїх власних будинках.

Хороше обслуговування повинне також мати цілий ряд варіантів житла, щоб дозволити людині похилого віку з проблемами психічного здоров'я переїхати, коли їм потрібно, у будинок, який може бути адаптований навколо людини, оскільки вони стають розумово чи фізично більш уразливими. Це забезпечить більш широкий доступ до обладнання товариства та послуг дистанційно для підвищення ступеня самостійності життя. Захист та інформаційні послуги з боку спеціаліста спільноти з охорони психічного здоров'я повинні фінансуватися через місцеві бюджети на житло, соціальні служби та заклади первинної медичної допомоги.

Служба також повинна мати можливість розвивати підтримку роз'яснювальної роботи серед літніх людей, які залишилися без даху над головою, і які мають в анамнезі проблеми з психічним здоров'ям.

## **5) Допоміжні технології та дистанційна підтримка**

### **Підгрунтя**

Засоби і прилади вже давно використовуються, щоб допомогти людям з обмеженими можливостями жити більш незалежним життям. Зовсім недавно, під терміном «допоміжні технології» стали мати на увазі цілий ряд пристроїв, які були розроблені в результаті технологічних досягнень.

### **Що таке дистанційна підтримка?**

Термін «дистанційна підтримка» іноді використовується для позначення всіх пристроїв, або описати тільки ті засоби, які включають розробки в області комунікаційних технологій; ряд рішень для моніторингу способу життя на відстані, які допомагають людям похилого віку жити більш незалежно.

Дистанційна підтримка все частіше розглядається як частина пакету послуг з догляду із супутніми послугами, такими як догляд на дому і системи сигналізації спільноти/надання рятувального круга, щоб люди могли залишатися у своїх власних будинках з підвищеним рівнем відчуття безпеки, впевненості та незалежності.

Дистанційна підтримка, в найширшому сенсі, була висвітлена Спеціальним комітетом охорони здоров'я на прикладі відстрочених виписок з лікарень, що зробили істотний внесок в розробку альтернатив госпіталізації. Департамент охорони здоров'я виділив £80 млн на період 2006-2008 років для підтримки розвитку підтримки дистанційних послуг в Англії.

Служби соціальних послуг отримують грант на допомогу зміни способу соціальної допомоги та пов'язаних з нею послуг в галузі охорони здоров'я та житлового фонду, що розробляються і доставляються в цілях підвищення незалежності і автономії користувачів послуг.

### **Моделі обслуговування**

Приклади способів, в які допоміжні технології і дистанційна підтримка можуть підтримати літніх людей з проблемами психічного здоров'я включають в себе:

- використання нагадувань/голосових підказок і/або диспенсерів, щоб допомогти у прийманні ліків тим, хто потребує допомоги, щоб зберегти своє психічне здоров'я стабільним і запобігти рецидиву
- запрограмований роз'єднувач для вимкнення плити, якщо вона залишається у робочому стані і/або детектор тепла для створення сигналу при перегріванні
- датчики для вимкнення кранів, коли існує небезпека перетікання води з раковин або ванни
- інфрачервоні датчики, запрограмовані системою управління на автоматичне ввімкнення або вимкнення освітлення у спальні й у ванній кімнаті, коли хтось встає вночі, щоб запобігти падіння або дезорієнтації
- інфрачервоні датчики руху і/або килимки з «відчуттям» тиску, які виявляють рух у будь-якому просторі, щоб попередити персонал, коли хтось встав або неактивний протягом незвично тривалого періоду часу; і
- запрограмовані на час дверні датчики, які будуть віддалено попереджати службу допомоги або члена сім'ї, якщо зовнішні двері відкриті в нічний час.

### **Ключові елементи**

Надання допоміжних технологій, і зокрема, дистанційної діагностики, має пряме відношення до охорони здоров'я, житлово-соціальних послуг. Тому партнерський підхід необхідний для розробки та спільного планування стратегії розвитку системи Дистанційної підтримки. Партнери повинні розглянути, як система Дистанційної підтримки може інтегруватися з дистанційною діагностикою інших місцевих служб і допоміжною інфраструктурою. Для того, щоб бути найбільш ефективною, стратегія Дистанційної підтримки зв'яже дистанційну діагностику в місцевих службах реагування суспільства 24 години на добу / сім днів.

### **Закупівлі та фінансування**

Влада хоче розглянути питання закупівель і фінансування. Варіанти включають в себе: прямі покупки і володіння; лізинг; оренду і самостійної закупки.

Устаткування може бути надане безкоштовно, або розмір оплати може бути розраховано відповідно до обсягу обслуговування і/або обладнання рівномірно розподіленими виплатами або за допомогою національної програми Англії «Рівний доступ до медичних послуг» (FACS).

Вкрай важливо, щоб послуги допомогли розвитку системи Дистанційної підтримки, а не лише очолили її. Дистанційна підтримка не повинна бути заміною для допомоги користувачам послуг в отриманні навичок та впевненості в собі або використовуватися в якості заміни через відсутність персоналу. Швидше за все це має посилити особистісно-орієнтовану допомогу і підтримку. Участь користувачів в процесі планування розвитку системи Дистанційної підтримки має важливе значення.

Введення Дистанційної підтримки є культурним зрушення в роботі на шляху послуг і відбувається швидкий розвиток цих нових технологій. Локальна комунікаційна стратегія буде підтримувати надання інформації та рекомендацій по догляду для персоналу і людей, які могли б отримати вигоду з цих пристроїв.

### **Оцінка потреби в системі Дистанційної підтримки**

Надання відповідного комплексу Дистанційної підтримки і спосіб його реалізації для покращення якості медичного обслуговування для людей з проблемами психічного здоров'я необхідно оцінювати на індивідуальній основі.

Він повинен працювати пліч-о-пліч, а не замінити підтримку фахівців і персоналу служб охорони психічного здоров'я і допоміжних робітників. Це відносно нова галузь для більшості послуг, і навчання буде необхідно проводити для персоналу, щоб мати можливість консультувати і запропонувати широкий вибір можливостей для людини, яка буде використовувати обладнання.

Без адекватної стратегії управління ризиками система Дистанційної підтримки, буде доносити проблеми більш наполегливо до відома влади, і цим може знизити толерантність до ризику. Це повинно охоронятися, і користувач служби бере участь в ухваленні рішень про переваги та ризики самостійного життя.

Існують етичні міркування, що стосуються згоди на обладнання для моніторингу способу життя і пристроїв, які будуть автоматично викликати допомогу, які необхідно враховувати при розгляді питання про розробку локальних протоколів для реалізації сервісу. До уваги читачів пропонується відвідати ресурси на [www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)

## **б) Медичне обслуговування в житлових умовах**

### **Підгрунття**

Догляд в житлових умовах пропонує підтримку людям, які вже не в змозі жити самостійно в суспільстві. Це може бути тому, що їхні проблеми з психічним здоров'ям роблять небезпечними їх для самих себе і / або інших, і вони потребують більш інтенсивного спостереження. Догляд також повинен бути тому, що в недостатній мірі можливе самообслуговування та проведення особистої гігієни, необхідної в їх власному будинку.

Короткі перерви під час перебування в будинках для інвалідів також один із способів забезпечення перепочинку для осіб, які здійснюють догляд, що часто є ключовим компонентом у підтримці їхнього добробуту. Перехід до догляду в житлових умовах повинен дозволити домогтися більш високої якості життя для людини з проблемами психічного здоров'я, а не просто бути полегшенням для сім'ї та осіб, які здійснюють догляд. Цей крок повинен зберегти гідність, права і спроможність жителів приймати рішення про те, як вони живуть своїм життям і турботу, яку вони отримують. Особи, які здійснюють догляд, також можуть мати особливі потреби в цей час, і потребують підтримки.

Тип і стандарти запропонованої медичної допомоги, контролюються Комісією з інспекції по соціальному догляду (CSCI). Цей моніторинг включає в себе загальний догляд в домашніх умовах, спеціалізовані об'єкти і житлові будинки, які забезпечують різні рівні сестринського догляду.

### **Моделі обслуговування**

Будинки по догляду управляються різними агентствами: місцеві органи влади; добровільні організації; і для некомерційних і не некомерційних організацій в незалежному секторі. Деякі будинки по догляду спеціалізуються на догляді за людьми похилого віку з проблемами психічного здоров'я, і вони будуть зареєстровані в CSCI, щоб забезпечити належний догляд.

Тим не менш, багато людей з психічними розладами живуть в будинках престарілих, які не є спеціалізованими. Частка людей з деменцією в будинках для людей похилого віку часто перевищують 60-70% . За оцінками, близько 40% людей, що живуть в будинках престарілих, мали депресію. Управляючі будинків престарілих повинні приймати ці цифри до уваги при плануванні потреб місцевого населення. Існують значні потреби в навчанні персоналу по догляду.

### **Переміщення людей з деменцією**

Труднощі можуть виникнути, якщо потреби людей змінюються і можуть бути очікування того, що вони будуть переведені в спеціалізовані заклади по догляду. Будь-яке рішення про переведення жителя повинно бути зроблено після всебічної оцінки їх потреб і в тісній взаємодії з місцевою інспекцією. Переведення людей з проблемами психічного здоров'я несе в собі ризики і має здійснюватися з обережністю.

Діагноз деменції не обов'язково означає, що людина з деменцією повинна бути переведена в спеціалізований будинок догляду, і CSCI визнає, що люди з деменцією мають цілий ряд потреб в підтримці, і що перехід під спеціалізований нагляд не завжди може бути кращим варіантом.

Навіть незважаючи на це будинки для престарілих не можуть реєструвати людей з деменцією для догляду, це може бути додано в якості зміни в реєстрації протягом дня або двох і не повинно бути саме по собі, що є суттєвою перешкодою для повторного поступлення людини, яка отримала

діагноз деменції, але чиї потреби не змінилися. Найважливішим питанням для потреб людини, щоб бути задоволеними сервісом, який піклується про них, і щоб співробітники були належним чином навчені і кваліфіковані, щоб забезпечити необхідний рівень медичної допомоги. CSCI в даний час переглядає свою політику в цій галузі та розглядає питання про посилення питань про допомогу в неспеціалізованих будинках догляду під їх керівництвом.

### **Ключові елементи**

Загальну мету житлового догляду слід розглядати в контексті житлового будівництва в цілому. Мета повинна полягати в тому, щоб дати можливість людям похилого віку з проблемами психічного здоров'я бути соціалізованими і незалежними, наскільки це можливо: в їх власних будинках, в звичних умовах, або перехід на житло в будинки догляду шляхом надання підтримки в суспільстві.

Комплексна оцінка є необхідною умовою для забезпечення доречності розміщення для задоволення потреб людини та найбільш ефективного використання ресурсів.

Люди повинні бути заохочені мати свої власні речі (в тому числі меблі та, можливо, домашніх тварин) при собі, і співробітники повинні прагнути, щоб дізнатися більше про їх біографії і спосіб попереднього життя, так щоб вони змогли забезпечити персоналізований догляд і заохочувати збереження інтересів і навичок.

Програми діяльності допоможе зменшити депресію. Родичі і колишні вихователі повинні бути заохочені відвідувати і підтримувати свої відносини, і брати участь в їх допомозі, якщо вони хочуть. Розклад відвідувачів може зменшити соціальну ізоляцію. Будинки повинні бути в змозі задовольнити широкий спектр культурних, дієтичних і духовних потреб. Підбір персоналу повинен відображати місцеве населення і посилання повинні бути розроблені з місцевими релігійними громадами.

### **Необхідні навички персоналу**

З урахуванням дуже частого виникнення проблем психічного здоров'я в догляді в неспеціалізованих будинках престарілих, а також суттєвих навичок, необхідних для забезпечення гарної якості особистісно-орієнтованої допомоги, співробітники вимагають навчання і підтримки в тому, що може бути емоційно складною ділянкою роботи. Це є ключовою ділянкою для розвитку робочої сили і для введення в експлуатацію.

Навчання навичкам спілкування особливо важливо для співробітників, що працюють з людьми з деменцією. Карти догляду за пацієнтами з деменцією можуть бути корисним інструментом для оцінки впливу наданої допомоги на резидента, а також як інструмент підвищення кваліфікації персоналу.

Будинки повинні розвивати хороші зв'язки з місцевими спеціалізованими службами, такими як спільноти психічного здоров'я для груп літніх людей. Вони можуть дати пораду та підтримку, інструктаж і навчання. Жителі повинні мати доступ і залучення лікарів загальної практики та інших основних послуг звичайним способом.

### **Проміжний догляд**

#### **Підгрунття**

Люди похилого віку хочуть лікуватися ефективно, якомога ближче до їхніх домівок. Якщо потрібна госпіталізація, вони хочуть повернутися додому, як тільки це буде доречно та отримувати догляд від членів їх сімей.

Термін **проміжний догляд** включає цілий ряд комплексних послуг, мета яких полягає в наступному:

- Сприяння більш швидкому відновленню після хвороби
- Запобігання погіршенням

- Максималізувати залишкові навички та можливість незалежного життя
- Оптимізація вибору та розміщення
- Уникнути непотрібної госпіталізації і підтримувати своєчасну реабілітацію
- Уникати недоречних аспектів по догляду вдома.

Середовище проміжного догляду літньої людини, яка захоче знаходитись переважно у власному будинку, матиме акцент на такому:

- 'реабілітаційний' підхід, який допомагає пацієнтам виконувати завдання самостійно
- припущення про можливість, а не презумпції некомпетентності
- надання структурованого дня, що включає корекційні заходи і заплановані візити додому або до інших установ, що забезпечують догляд на експериментальній основі; і
- нормалізація обстановки. Якщо не представляється можливим забезпечити догляд на дому, застосовують прості заходи, такі як окремі ліжка.

### **Моделі обслуговування**

Важливо розглядати схеми проміжного догляду в якості невід'ємної частини послуг для літніх людей, а не доповнень. Проміжний догляд підтримується NHS та на умовах моделі довготривалого соціального забезпечення. Це функція, а не конкретний набір послуг, і включає в себе підхід до планування догляду, щоб заохотити повернення додому або розміщення в умовах, наближених до домашніх.

Послуги проміжного догляду можуть бути «bed-based» чи «community based». Схеми «bed-based» використовуються, як правило, в негострих ситуаціях NHS, будинках для людей похилого віку або за допомогою творчого використання схем житлового будівництва. Щодо звичайних лікарень, там особливу увагу необхідно буде приділити середовищу палати, що створює складнощі для літніх людей з проблемами психічного здоров'я (які акцентують увагу на макеті, декорі, освітленні та вивісках).

Реабілітація в резиденціях має акцент на домашніх сприятливих умовах, які є більш доступними і зручними для користувачів, ніж у лікарнях. Вона може включати відвідування терапевта або медсестри, зі збереженням доступу до медичного огляду та іншим спеціальним обстеженням в міру необхідності.

Догляд також може бути наданий за місцем проживання пацієнта. Це вимагає послуг на дому, які доступні 24 години на добу, 7 днів на тиждень для ослаблених і вразливих людей похилого віку, в тому числі щоденні схеми лікування. Це має включати в себе оперативні заходи реагування, які можуть забезпечити інтенсивну короткострокову підтримку в умовах кризи, в тому числі транспортування людей додому з A&E.

### **Літні люди з проблемами психічного здоров'я**

Наявні дані свідчать про те, що люди похилого віку з проблемами психічного здоров'я часто виключаються з проміжного догляду, особливо якщо вони мають діагноз деменції. Ця практика заснована на комбінації чинників, в тому числі припущенні, що люди похилого віку з деменцією не можуть отримати вигоду з відновлення та відсутність впевненості і навиків роботи з цією групою.

Дві основні моделі були розроблені у відповідь на ці обставини:

- розвиток у персонала навиків основних послуг при додатковій підтримці фахівця, де основна потреба полягає у фізичній реабілітації, у поєднанні з порушеним психічним здоров'ям; і
- розробка окремих спеціалізованих груп або ресурсів, де основна потреба полягає у проблемі психічного здоров'я.

Перша модель повинна включати в себе:

- базову підготовку всього персоналу для потреб літніх людей з проблемами психічного здоров'я і як з ними працювати. Деякі співробітники можуть мати спеціальні знання і досвід

- доступ до цілого ряду навичок, включаючи лікарів, медсестер, трудотерапії, психології, фізіотерапії та соціальної роботи, управління та підтримки працівників.

### **Ключові елементи**

#### **Оцінка**

Процес Простої Оцінки («Single Assessment Process») повинен лежати в основі всієї діяльності з оцінки для літніх людей, в тому числі проміжного догляду. Професіонали, які можуть внести свій вклад в Оцінку, взаємодіють з медсестрами/консультантами та терапевтичним стаціонаром. Вкрай важливий обмін інформацією між професіоналами, щоб уникнути дублювання і непотрібних затримок. Це має величезне значення, оскільки люди переміщуються між службами і системами, наприклад, через відділення швидкої допомоги або між установами охорони здоров'я і соціального забезпечення.

#### **Гнучкі критерії**

Занадто часто під час розробки критеріїв проміжного догляду виникають питання, наприклад, "пацієнти повинні бути мотивовані, щоб брати участь в реабілітації" або "знати призначення при виписці".

Для літніх людей з проблемами психічного здоров'я, зокрема, ці критерії мають дискримінаційний характер і не допомагають. Критерії повинні бути якомога більш гнучкими і сконцентровані навколо цілей обслуговування. Питання має бути: "Чи може служба задовольнити потреби цієї людини?", а не «ця людина відповідає нашим критеріям?».

#### **Освіта**

Існують міфи, що реабілітація літніх людей з деменцією чи з іншими проблемами психічного здоров'я, такими як депресія не є сферою компетенції загальних служб.

Ключовим принципом під час проміжного догляду людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я повинен бути цілісний підхід до реабілітації як психічного, так і їх фізичного благополуччя.

#### **Попереджуюче чи проактивне втручання**

Існують переконливі докази того, що значна частина людей похилого віку, які повторно потрапили в лікарню невідкладної допомоги, не отримують послуг по догляду.

Ті пацієнти, які мають проблеми психічного здоров'я, ймовірно, будуть в меншій мірі здатні визнати свої власні потреби або виступати за себе. У цій групі будуть пацієнти з певними порушеннями, що означатиме неспроможність просити про допомогу та відсутність розуміння своєї інвалідності.

Трапляється багато випадків, коли людина з деменцією захворіла (але не гостро, щоб потребувати спеціалізованої медичної допомоги, що надається в лікарнях невідкладної допомоги) тільки тому, що важко контактувати з пацієнтом і діагностувати проблему без будь-якої попередньої інформації про його стан здоров'я.

Основні елементи «чуйних» послуг включає в себе проактивний пошук серед літніх людей, які можуть отримати вигоду з проміжного догляду; уникання непотрібних втручань, але коли таке трапляється, можна своєчасно відреагувати на випадки захворювання, що дозволяє швидко пересуватися по системі.

Вихователі та обслуговуючий персонал повинні бути навчені спостерігати і розпізнавати ранні симптоми деяких поширених захворювань, які часто, якщо своєчасно не розпочати лікування, призводять до ускладнень (наприклад, запор, інфекції сечовивідних шляхів).

#### **Підтримка**

Персонал, який надаватиме послуги проміжного догляду, потребуватиме постійної підтримки у вирішенні питань щодо психічного здоров'я. В данній ситуації допоможе співпраця зі спеціалістами у психіатрії похилого віку.

## Догляд за людьми в багатопрофільній лікарні

### Обґрунтування

Фізичні хвороби призводять до страждання людей від проблем з психічним здоров'ям, і літні люди з проблемами психічного здоров'я частіше потрапляють в спеціалізовану лікарню. Літні люди з проблемами психічного здоров'я в багатопрофільній лікарні мають таке ж право на належну турботу, як і люди за її межами.

Останнє включає в себе право на гідність і участь у прийнятті рішень щодо потреби, турботи і мети лікування. Вони хочуть, щоб сім'ї їх опікунів брали участь там, де це доречно, і мали доступ до інформаційно-консультативних послуг за їх необхідності.

Однак когнітивні порушення й інші проблеми з психічним здоров'ям часто залишаються непоміченими в лікарні загального профілю або їх співробітниками, (через відсутність знань або досвіду) які не впевнені в тому, як вести таких хворих. Потреби людей часто недооцінюються і їх тривалість госпіталізації подовжується. Пацієнти, які страждають на слабоумство, можуть залишитись не діагностованими.

Поспішне і неадекватне вирішення переведення літніх людей для постійного догляду у соціальні будинки, а не повернення їх додому, не містить переваг для літньої людини і позбавляє їх можливості для подальшого відновлення і реабілітації. Проте, чим довше людина похилого віку залишається у відділенні інтенсивної терапії, тим більше дезорієнтованою вона може стати і тим більше втрачається навичок для самостійного життя і спроб їх реабілітації.

Систематичний огляд літератури показав, що до 60% людей у віці 65 років і старше мають або будуть мати проблеми психічного здоров'я під час госпіталізації до багатопрофільної лікарні<sup>4</sup>. Ці порушення є незалежними предикторами несприятливого результату з точки зору збільшення смертності і тривалості перебування в лікувальному закладі, втрати незалежних функцій і підвищеної ймовірності переведення для довготривалої терапії у відповідні заклади. Вони також пов'язані зі збільшенням внутрішньолікарняних ускладнень, підвищеної вірогідності повторного прийому і використання послуг медичної та соціальної допомоги. Є дані про те, що проблеми з психічним здоров'ям погано виявляються і лікуються загальним персоналом лікарні.

Більш ефективне управління цими розладами може зменшити їх частоту, зменшити тривалість перебування, збільшити число літніх людей, які повертаються до самостійного життя, а також поліпшити якість життя користувачів послуг.

З огляду на високу розповсюдженість проблем психічного здоров'я в лікарнях загального профілю, їх вплив на якість життя, здоров'я і благополуччя підвищена увага повинна бути приділена базі знань і досвіду всього основного персоналу в лікарнях загального профілю з питань, які пов'язані з психічним здоров'ям літніх людей.

Спеціаліст групи з охорони психічного здоров'я, що працюють в лікарнях загального профілю спрямовані на:

- підтримку і навчання персоналу у виявленні і початковому веденні проблем психічного здоров'я;
- активну роботу з загальними групами по догляду для уникнення непотрібного прийому;
- поліпшення психіатричної допомоги літнім людям, коли вони є амбулаторними хворими;
- зв'язок з громадськими організаціями з метою поліпшення подальшої діяльності і уникнення непотрібних затримок у виписці.

### Моделі надання допомоги

Більшість послуг у Великобританії надають допомогу у вигляді консультацій, а не взаємодії, і не будуть в змозі забезпечити повний спектр послуг з підтримки, зазначених вище. Стиль взаємозв'язку в роботі, за участю мультидисциплінарної групи є найбільш повним і бажаним, хоча і були детально описані декілька моделей<sup>4</sup> і повинні бути пристосовані для обслуговування місцевих потреб.

По суті, консультаційні послуги поділяються на такі три види:

---

- заснований на галузі: направлення до місцевої служби охорони психічного здоров'я і її оцінка зазвичай виконується медичним персоналом психіатричного направлення
- розширення галузі: направлення, зроблені до обцинних груп із охорони психічного здоров'я із підвищеним кадровим забезпеченням (як правило, медсестер)
- допомога немічним або нужденним: направлення до співробітників місцевих палат психічного здоров'я для літніх людей.

Послуги зв'язку включають в себе наступні елементи:

- взаємозв'язок із медсестрою з надання допомоги психічному здоров'ю: направлення до медсестри з психічного здоров'я повного робочого дня, яка зазвичай працює від загальної лікарняної бази і не має інших клінічних обов'язків. Медсестра буде керуватись призначенням консультанта-психіатра, який проходить спеціальні заняття з цією метою.
- взаємозв'язок із психіатром: направлення до психіатра, який зазвичай працює від загальної лікарняної бази і не має інших клінічних обов'язків.
- бригада психіатричної лікарні: направлення до мультидисциплінарної команди психічного здоров'я, що базується в лікарні загального профілю, які можуть забезпечити повний спектр функцій служби взаємозв'язку;
- загальний догляд за підопічним: це стаціонарна палата на загальній території лікарні, де працюють загальний і психіатричний медичний персонал, який спільно управляє клінічною допомогою. Це є корисним доповненням до інших моделей обслуговування, особливо для пацієнтів із проблемами психічного здоров'я в контексті серйозної медичної хвороби.

### **Ключові елементи**

За людей з проблемами психічного здоров'я в лікарнях загального профілю може бути відсутня відповідальність. Уповноважені особи повинні гарантувати, що роль кожного організаційного партнера є визначеною в пошуку психічного благополуччя пацієнтів, а також існування адекватних механізмів надання спеціалізованої допомоги в разі потреби.

### **Ресурси**

Для того, щоб бути найбільш ефективними, службі охорони психічного здоров'я для лікарні загального профілю середнього і великого (300-плюс ліжок) розмірів потрібні послуги в стилі взаємозв'язку з наступними характеристиками:

- багатопрофільні команди із можливістю надання медичного, сестринського, психологічного лікування та трудотерапії
- база в лікарні загального профілю з достатньою кількістю офісів і адміністративною підтримкою
- електронна база даних пацієнта і належні канали зв'язку з лікарнею загального профілю і товариством надання послуг допомоги
- прямий доступ до фахівця за місцем проживання і проміжний догляд
- загальний догляд за підопічним на загальній території лікарні
- комплексне ведення службами охорони психічного здоров'я і лікарнею загального профілю.

### **Функції**

Психіатричні медичні бригади повинні бути в змозі активно співпрацювати і працювати з загальними групами по догляду для підвищення обізнаності про важливість психічного здоров'я та інтеграції охорони психічного здоров'я.

Вони повинні поліпшити знання, навички і в рамках навчальних програм сприяти рутинній оцінці потреб всіх госпіталізацій в галузі охорони психічного здоров'я.

Вони повинні спільно розробляти протоколи для поліпшення ведення нескладних проблем психічного здоров'я. Вони повинні також підтримувати і контролювати загальні групи по догляду



загальних проблем з психічним здоров'ям.

Бригада психічного здоров'я повинна бути в змозі швидко реагувати на запити Оцінки або поради щодо осіб похилого віку з підозрою на проблеми психічного здоров'я, що представляються у відділах А & Е, забезпечують швидку оцінку фахівця, ведення важких і складних проблем психічного здоров'я в палатах.

Вони повинні також сприяти належній практиці у сфері планування виписки для літніх людей з проблемами психічного здоров'я в рамках існуючих координаційних груп виписки із лікарні.

Команда повинна забезпечувати взаємодію між лікарнею загального профілю і психіатричними службами шляхом проведення регулярних зустрічей із високопоставленими клініцистами і менеджерами.

## **Інші спеціалізовані психіатричні служби**

### **1) Інтегровані громадські групи психічного здоров'я**

#### **Обґрунтування**

При необхідності, люди з проблемами психічного здоров'я та їх опікуни очікують доступ до оцінки, консультації і вибору ряду заходів ефективної медичної та соціальної допомоги, щоб допомогти відновленню, максимізувати незалежність і уникнути непотрібної госпіталізації або будинку для літніх людей. Вони хочуть визначеного працівника, якій буде наданий для ведення і підтримки їх впродовж їх хвороби.

Об'єднана команда психічного здоров'я (СМНТ) для літніх людей – це оцінка фахівцем команди багатопрофільної медичної та соціальної допомоги із запропонованим спеціально для літніх людей з проблемами психічного здоров'я лікуванням та доглядом та їх подальший догляд в їх власних будинках і спільнотах. Команда психічного здоров'я є основою сучасної служби охорони психічного здоров'я літніх людей. Одна з її ключових функцій полягає в наданні консультацій та підтримці інших фахівців в області охорони здоров'я і соціальної допомоги, як від основних служб і служб охорони психічного здоров'я для молодих дорослих (в тому числі судово-медичних послуг).

Літнім людям із функціональними психічними розладами, такими як депресія і психотично-психічними захворюваннями, а також людям, які страждають деменцією, слід звертатися до фахівців із експертної оцінки і консультації, а також у періоди, коли:

- існують діагностичні питання, які потребують роз'яснення
- є відсутність реакції на початкову стратегію лікування
- патологічний стан або ризик є особливо серйозними
- проблеми носять комплексний характер
- правові питання вимагають їх участі.

#### **Моделі обслуговування**

Основна відмінність в моделях локальної служби буде полягати в функціях, що команда здійснює. Команда може надати весь спектр домашніх і общинних послуг або доповнюватися однією або декількома групами, забезпечуючи більш специфічні функції.

Найбільш поширені приклади функцій, делегованих близько спеціалізованими групами є:

- оцінка когнітивної функції в службі по оцінці пам'яті
- психологічні методи лікування
- підтримка при переведенні до лікарні загального профілю
- підтримка в будинках престарілих та
- консультування з питань алкоголю і зловживання наркотиками. Підготовка та вимоги до цієї послуги мають бути чітко визначені, оскільки цим часто нехтують і існують вікові бар'єри.

Корисною є концепція інтеграції різних моделей із можливою командою, що складається із співробітників, чії ролі тісно координуються, але які не обов'язково можуть бути локалізовані в одному місці. Співробітники, що працюють в рамках спільноти психіатричної бригади, можуть бути основними членами, в тому числі менеджер команди, які повністю працює в СМНТ, або члени, в яких неповний робочий день, які також працюють в інших галузях охорони здоров'я. Асоційовані члени працюють в тісній співпраці з командою, але їх робота формується з різних джерел.

Основна різниця в моделях обслуговування буде в тому, що послуги досягають функціональної інтеграції зі службами соціальної допомоги (див. ресурси на [www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)), неспеціалізованими послугами реабілітації літніх людей та служби охорони психічного здоров'я для молодих дорослих.

Люди повинні мати доступ до послуг в залежності від потреб, а не віку, їм також повинна бути забезпечена можливість доступу до компонентів з безлічі послуг. На деякі з потреб людей похилого віку можуть краще відповідати в місцевому масштабі служби молодшого дорослого населення або навпаки.

### **Ключові елементи**

Багато в чому медичні бригади психічного здоров'я були піонерами в наданні послуг для літніх людей в їх власних будинках. Це досягнення має бути поширене із гарантуванням того, що всі послуги розглядаються як доступні, з акцентом на цілісне здоров'я і соціальні наслідки для користувачів послуг і осіб, які здійснюють догляд, щоб максимізувати соціальну інтеграцію та відновлення, де це можливо. Користувачі послуг повинні мати можливість робити вибір і керувати своїм власним шляхом надання допомоги, де це можливо, із заохоченням самостійності і незалежності.

Для того, щоб досягти цього, СМНТs необхідно мати:

- легкий доступ, заснований на загальних інформаційних системах так, щоб говорячи з одного місця, людині з команди через призначену лінію буде ініційована належна відповідь від будь-якого члена команди. Інформація та консультація повинні бути доступні 24 години на добу
- деякі забезпечення підтримки вдома 24 години на добу. Це може бути як частиною служби охорони психічного здоров'я молодих дорослих або загальної служби літніх людей
- широке поєднання професійних навичок з медичної та соціальної допомоги, з тим, що результати оцінки індивіда можуть привести до поєднання догляду зі здоров'я і плану соціального догляду
- інформація про доступні послуги із правових і фінансових питань
- ключова система працівників для забезпечення безперервності підтримки користувачів послуг і осіб, які здійснюють догляд.

### **Функція команди**

Команда повинна виступати в якості координатора для направлення від первинної медичної допомоги, вторинних служб, соціальних служб, користувачів та осіб, які здійснюють догляд. Вона повинна мати можливість проводити оцінку з залученням багатопрофільних фахівців на дому, а також забезпечити своєчасну інформацію про проблему людини, доступне лікування і підтримку. Повинен існувати простий метод, щоб повернутися за порадою і допомогою в разі потреби. Плани по догляду повинні бути перевірені і розглянуті, з потребами і цілями центральних користувачів.

Належна команда повинна забезпечити вирішення фізичних потреб людей, а також їхні потреби в галузі охорони психічного здоров'я в координації з реабілітаційними послугами для неспеціалізованих літніх людей. Вона повинна забезпечити постійний догляд, підтримку та лікування для людей похилого віку з більш складними проблемами психічного здоров'я та їх опікунів, забезпечувати підтримку роз'яснювальної роботи серед користувачів інших служб, які мають проблеми з психічним здоров'ям, наприклад: жителів в будинках для людей похилого віку, забезпечити своєчасний доступ до спектра послуг для користувачів та осіб, які здійснюють догляд.

Команда повинна забезпечувати підтримку, консультації та навчання персоналу в межах основних

організацій, які надають допомогу людям похилого віку з проблемами психічного здоров'я, в тому числі добровільних установ і організацій, осіб, які здійснюють догляд, а також користувачів і самих осіб, які здійснюють догляд. Це може мати наслідки для того, як фахівці СМНТ використовують свій час, і для своїх власних потреб у підготовці кадрів.

### **Організація команди**

Команда повинна проводити регулярні наради, і включати в себе, як мінімум, психіатра, медсестру спільноти психічного здоров'я, профпатолога, соціального працівника, а також клінічного психолога.

Команда повинна:

- розподілити ролі відповідно до професійної дисципліни - з певною відповідальністю, але з гнучкістю, визнаючи професійні відмінності і збіги навичок
- поліпшити надання інформації та служби підтримки користувачів в отриманні доступу до належної допомоги з поширенням ролі посередника та навігатора надання послуг. Це, ймовірно, також може скоротити час, що витрачається на адміністрування професійними співробітниками.
- працювати в напрямку мінімуму дублювання оцінки між членами команди, з будь-яким членом команди бути в змозі забезпечити первинну оцінку від імені команди в рамках єдиного процесу оцінки
  - погоджувати, коли і чому споживачі послуг повинні бачити одного конкретного члена команди
  - уточнити питання професійного та управлінського керівництва, відповідальності і підзвітності
  - надавати об'єднану підтримку здоров'я і політики соціальної допомоги, спільного навчання та загальної оцінки та догляду за методологією управління, які підтримують єдиний процес оцінки (SAP) і програми по догляду за підходом (CPA), де це необхідно.

## **2) Послуги з оцінки пам'яті**

### **Обґрунтування**

Людам похилого віку, які стурбовані своєю пам'яттю, необхідний легкий і швидкий доступ до діагностичної оцінки, яка допоможе оцінити сильні сторони, які дозволять відчувати максимальну гідність, та виявити слабкі місця.

Хоча сім'ї та фахівці часто хочуть захистити людину від отримання поганих новин, бути в повній мірі проінформованими про свій діагноз, прогноз і вибір відповідної інформації є правом людини.

### **Догляд за хворими з деменцією**

Якщо діагноз деменції підтверджується, люди хочуть продовжувати відчувати повагу та вносити свій вклад, робити свій власний вибір, де вони здатні, знати, що вони можуть довіряти, і їх сім'ї або опікуни доглядають за ними, тоді, коли вони не мають повний контроль над своїм життям.

Люди з деменцією повинні бути підтримані, щоб зберегти незалежність і жити якомога ближче до дому, наскільки це можливо, і, якщо це їх вибір - бути поінформованими відносно ризиків.

Основна мета служби оцінки пам'яті – допомогти ранньому виявленню і встановленню діагнозу деменції, під час виявлення когнітивних порушень та захворювань, які піддаються лікуванню. Раннє втручання дозволить максимально підвищити якість життя і незалежне функціонування, та визначити ризики та запобігти майбутньому негативному впливу на літніх людей з проблемами пам'яті та тих, яких вони супроводжують. Дуже важливими є інтегровані зі службою оцінки пам'яті послуги раннього втручання.

### **Моделі обслуговування**

Існують дві основні моделі надання послуг для оцінки пам'яті і послуг раннього втручання:

- розширення ролі спільноти команди психічного здоров'я і

- створення окремого ресурсу (зазвичай в клініці пам'яті) в якості фокусу для даної роботи.

Розширення в сфері компетенції СМНТ має перевагу ефективного використання існуючої інфраструктури та інтеграції функцій команди фахівців. Потенційним недоліком, однак, є те, що ранні втручання можуть зайняти друге місце серед нагальних завдань в надзвичайних ситуаціях.

Потенційними недоліками традиційної моделі клініки пам'яті є її зосередженість на лікарні, відсутність інтеграції з місцевими службами, і вузькість втручання. Але всі вони можуть бути вирішені в рамках служби пам'яті з відповідними рівнями підтримки та редизайну. Виділені послуги пам'яті можуть забезпечити рутинну структуровану оцінку, яка покращує діагностичну експертизу і зменшує стигми.

### **Ключові елементи**

Служба оцінки пам'яті повинна:

- там, де це вибір людини, запропонувати домашню оцінку
- в належних випадках надати до- та постдіагностичне консультування
- встановити діагноз деменції, включаючи підтип деменції (наприклад, хвороба Альцгеймера, змішана, судинна, з тільцями Леві, лобно-скронева деменція), де це має лікувальне або прогностичне значення. Для цього буде потрібний доступ до спеціалізованої психометричної оцінки і своєчасної візуалізації головного мозку.
- пояснити діагноз людині з деменцією і будь-яким особам, які здійснюють догляд, надаючи відповідну інформацію про джерела допомоги та підтримки
- давати інформацію про ймовірний прогноз і варіанти допомоги, визначаючи локальні послуги
- надавати консультації та підтримку в момент постановки діагнозу і після того, в разі потреби
- спостереження і огляд тих людей, яких вони спостерігають.
- включити розуміння і будувати стратегії подолання поведінкових і психологічних симптомів при деменції та
- забезпечити медикаментозне лікування деменції та тих поведінкових і психологічних симптомів, які є серйозними, інвалідизуючими або стійкими до немедикаментозної терапії (в тому числі депресія і психоз).

Служба повинна сама або через інші місцеві організації:

- забезпечити особі доступ до основного потоку зміцнення здоров'я та профілактики
- надавати або полегшити надання допомоги
- забезпечити психологічні та соціальні заходи для людей, які страждають деменцією. Це може бути на індивідуальній чи груповій основі, в якості підтримки або для максимального функціонування.
- забезпечити психологічні та соціальні заходи для сімей осіб, які здійснюють догляд. Це може бути на індивідуальній чи колективній основі, в якості підтримки однолітків і / або в наданні консультацій та інформації.
- вирішити причину страхів і занепокоєнь, практичні, правові та фінансові питання, які можуть вплинути на людину з деменцією і осіб, які доглядають за ними
- давати поради по інтерактивним технологіям і допомоги на відстані, щоб люди могли жити як можна більш незалежно
- звести до мінімуму ризик, пропонуючи оцінку домашньої обстановки.
- виділити потенційні зловживання в рамках локальних процедур захисту дорослих
- отримати юридичні консультації з таких питань, як розумові здібності, довіреності та права і пільги
- дати людям легкий доступ до послуг захисту інтересів.

Люди з можливою або наявною деменцією повинні знати, як отримати доступ до служби або

звернутися за порадою знову в разі потреби. Якщо служба відділена від психіатричної бригади, повинні бути тісні робочі відносини, щоб забезпечити на постійній основі спостереження чи легкий доступ до постійної підтримки і консультації в разі потреби.

### **3) Психологічні методи лікування**

#### **Підгрунття**

Психологічне благополуччя є важливим фактором у наданні допомоги людям похилого віку справлятися з щоденними «сутичками», а також сприяє одужанню через розширення прав і можливостей особистості. Користувачі служб охорони психічного здоров'я послідовно розташовують доступ до психологічної терапії у верхній частині їх списку незадоволених потреб: вона вважається корисним доповненням до інших підходів або терапією першого вибору.

Спеціаліст з послуг по психологічній терапії для літніх людей спрямований полегшити психологічний стрес і стимулювати психологічне благополуччя і здоров'я людей похилого віку з проблемами психічного здоров'я, членів їх сімей та осіб, які здійснюють догляд або через пряму роботу з клієнтами або за допомогою навчання, освіти і нагляду за іншими медичними фахівцями і фахівцями соціальної допомоги.

#### **Забезпечення доступності психологічних методів лікування**

Настанова з найкращої практики Департаменту охорони здоров'я держави визнає, що психологічні методи лікування є частиною основної медико-санітарної допомоги, їх слід регулярно розглядати як варіант лікування при оцінці проблем<sup>48</sup> психічного здоров'я.

Настанова конкретно рекомендує, щоб особлива увага приділялася потребам людей похилого віку. Було показано, що вік людини не є важливим фактором при виборі терапії, і потреби, а не вік, повинні визначати доступ до лікування<sup>49</sup>. Люди похилого віку повинні мати доступ до цілого ряду психологічних послуг, для яких існує доказова база, в тому числі оцінки і втручання.

Існує доказ ефективності психологічних втручань у веденні широкого спектру психічних і фізичних умов у літніх людей і їх доглядачів<sup>50</sup>. Ряд настанов Національного інституту клінічної досконалості (NICE) покладаються на належну психологічну допомогу для їх реалізації, в тому числі для депресії, тривоги і посттравматичного стресового розладу.

#### **Моделі обслуговування**

Залежно від місцевих обставин і умов, психологічна інтервенція в рамках спеціалізованої служби охорони психічного здоров'я для літніх людей повинні бути представлена в якості невід'ємного компоненту охорони психічного здоров'я - наприклад, членами спільноти психіатричної бригади або через формальні служби психологічної терапії з чіткими і ефективними шляхами спрямування.

Термін «психологічна терапія» охоплює широкий спектр моделей. До них відносяться психодинамічна, когнітивно-поведінкова, створена на основі мистецтва і системних підходів. Департамент охорони здоров'я надає керівництво по організації і проведенню мульти-професійної психологічної терапії.<sup>48</sup>

#### **Ключові елементи**

Надання психологічної терапії є багатопрофільною професійною справою. Вона може включати в себе психологів, психіатрів, медичних сестер, консультантів, соціальних працівників та інших, які пройшли відповідну підготовку конкретних моделей психологічного втручання. Перелік підходів повинен бути доступним.

Психологічні методи лікування слід регулярно розглядати як варіант лікування при оцінці проблем психічного здоров'я.

Існує зростаюче усвідомлення важливості попередньої оцінки і діагностичного консультування для людей з імовірною деменцією.

Списки очікування не повинні необґрунтовано обмежувати доступ пацієнта. Час очікування для

доступу до інших служб охорони здоров'я може виступати в якості корисних критеріїв оцінки.

Психологічні методи лікування повинні бути також доступні для літніх людей і їх супроводжуючих в рамках основних послуг; наприклад, люди з:

- проблемами психічного здоров'я (в тому числі деменція)
- фізичною інвалідністю
- інсультом
- ослабленням і
- складною формою поведінки.

Всі співробітники, зайняті в службі психологічної терапії, повинні мати формальне клінічне спостереження і безперервний професійний розвиток, запрограмований на власну роботу.

Товариствам із охорони психічного здоров'я рекомендується розробити стратегію клінічної настанови з психологічної терапії та контролювати кількість і якість психологічної терапії в рамках організації. Остання повинна включати в себе послуги для літніх людей.

#### **4) Стационарне медичне обслуговування**

##### **Підгрунтя**

Послуги для літніх людей повинні бути забезпечені як можна ближче до дому людини, наскільки це можливо. Проте, вимагати госпіталізації для лікування проблем психічного здоров'я є незвичним для літніх людей.

В той же час, надходження в стаціонар має важливе значення в деяких випадках для проведення оцінки, лікування і реабілітації людей похилого віку з цілим рядом діагнозів.

Частина людей буде затримана відповідно до законодавства в галузі психічного здоров'я для оцінки або лікування. Багато матимуть потреби складного фізичного та розумового здоров'я.

Стационарні послуги повинні складати частину спектру послуг, які можуть бути адаптовані до потреб окремих осіб. Ймовірно, буде дуже високий рівень потреби у стационарних палатах і палати повинні бути укомплектовані відповідним чином, для забезпечення безпеки і благополуччя споживачів послуг і персоналу.

##### **Моделі обслуговування**

Стационарна допомога необхідна для двох основних груп:

- літні люди, у яких є «органічні» розлади мозку, такі як слабоумство; і
- літні люди з так званими "функціональними" розладами, найбільш поширеним з яких є депресивні захворювання, але і в тому числі люди, які страждають на шизофренію та інші психози.

Окреме надання ліжка-днів для цих двох груп вважається прийнятною клінічною практикою<sup>9,51</sup>, хоча відмінність між органічною і функціональною хворобами є часто невизначеною, і багато людей можуть мати і те й інше. Важливим питанням є забезпечення належного догляду на основі потреб на гнучкій основі.

Турбота про немічних людей похилого віку зі складними потребами в палатах для молодих дорослих, як правило, недоцільна<sup>51</sup>.

Для того, щоб забезпечити наявність ліжка, деякі ліжка часто позначаються тільки для коротких госпіталізацій. Кілька ліжок для короткого перебування також можуть бути запропоновані для пацієнтів, чий потреби не можуть бути задоволені звичайними послугами надання допомоги.

##### **Ключові елементи**

Облаштування палати повинно відображати той факт, що хоча це і клінічна зона, вона також є домом пацієнта протягом тривалого періоду часу. Особливу увагу слід приділяти всім аспектам добробуту, з акцентом на повагу і гідність.

Група допомоги на базі стационару здійснює догляд та підтримку осіб, які доглядають, і надає

корисну інформацію про сильні та слабкі сторони відділення. В наявності повинні бути міцні зв'язки з багатоконфесійними священниками і з зовнішніми організаціями, такими, як групи осіб, які здійснюють догляд, товариство Альцгеймера, піклування віку, місцева школа та релігійні центри.

Якщо люди відчувають нудьгу і ведуть неактивний спосіб життя, їх відновлення може бути ускладнене. Для забезпечення регулярних лікувальних сеансів пацієнтів повинна бути достатня кількість співробітників відповідної професії. Добровольці можуть часто бути корисним доповненням персоналу для такої діяльності.

Люди, які допущені для оцінки та / або лікування, як правило, мають деякі труднощі, які найкращим чином можуть бути скеровані персоналом з цілого ряду дисциплін, які працюють разом. Команда стаціонару повинна мати навички, які б належним чином могли задовольнити потреби повного спектру психічних і загальних медичних проблем, з легкодоступною підтримкою з боку персоналу в інших дисциплінах, які мають конкретний досвід тривалого лікування літніх людей. До них відносяться лікарі-фахівці, спеціалісти із мови, фармацевт, дієтолог, фізіотерапевт, подолог і стоматолог.

Чисельність персоналу по основному догляду та догляду в стаціонарі залежатиме від рівня залежності і потреб групи пацієнтів в будь-який момент часу. Дуже важливо, що інтенсивне і ретельне спостереження може бути надане в разі потреби і що оточення підходить для групи клієнтів. Інші ключові дисципліни будуть медичні, психологічні методи лікування і лікування професійних захворювань співробітників, які повинні займати центральне місце в сприянні відновленню.

Підопічні стаціонарної геронтопсіхіатрії повинні мати своєчасний доступ до повного спектру слідчих і лікувальних послуг. Там, де це доречно, паліативна модель догляду повинна бути доступною для людей з просунутою стадією недоумства, при підтримці в разі потреби консультації від загальних медичних і служб паліативної допомоги.

### **Постійний догляд**

Постійний догляд NHS може надаватися в стаціонарних умовах, хоча все частіше надаються в будинках престарілих. Слідом за судовим рішенням з приводу справи пацієнтки Coughlan, який визнав, що критерії продовження лікування органів охорони здоров'я NHS були занадто суворими, було видано нову настанову, яка вимагала погодження критеріїв соціального догляду при триваючому догляді органів охорони здоров'я із місцевими радами<sup>52</sup>.

У листопаді 2003 року Омбудсмен охорони здоров'я задовольнив скаргу, надану від імені пацієнта з деменцією. Він наголосив на необхідності проведення оцінок задля розгляду питання про психічне здоров'я і психологічну, а також фізичну потребу людей, які страждають на слабоумство, а також необхідність розробки національних критеріїв прийнятності.

Департамент охорони здоров'я працює з широким колом зацікавлених сторін для розробки національної програми для продовження допомоги з метою спрощення процесу оцінки і підвищення узгодженості застосування критеріїв прийнятності.

Люди похилого віку мають право на оцінку допомоги, яка повинна розглядати їх психічне здоров'я, психологічні і фізичні потреби. Перед випискою з лікарні люди повинні мати оцінку щодо необхідного подальшого спостереження та сестринського догляду.

Повинна бути чітка настанова для користувачів послуг і членів їх сімей та осіб, які здійснюють догляд, з критеріями прийнятності та як отримати доступ до NHS тривалого догляду. Потреба в тривалому догляді NHS повинно бути постійною частиною оцінки та планування медичної допомоги.

### **Затримка у наданні подальшої допомоги**

Дослідження показали значну затримку в наданні медичної допомоги до 29%<sup>53</sup> у хворих із слабоумства. Хоча ще належить визначити, чи буде і як поширюється відшкодування на ліжко хворого із психічним захворюванням, багато, що може бути зроблено; в той же час, щоб

загострити планування виписки зі стаціонару і забезпечити громадські ресурси з метою забезпечення своєчасної виписки<sup>54</sup>.

### **Судове рішення у справі "Bournewood"**

Європейський суд з прав людини у справі «Bournewood» висвітлив правові питання, що стосуються обмеження та позбавлення волі людей, які не можуть використати розумові здібності в своїх інтересах.

На момент публікації, остаточна настанова з боку Департаменту охорони здоров'я очікується, хоча розділ ресурсів супроводжуючої веб-сторінки буде оновлюватися ([www.everybodysbusiness.org.uk](http://www.everybodysbusiness.org.uk)). Належна клінічна практика завжди буде включати в себе найближчих родичів та інших при плануванні догляду.