

ALZHEIMERIN TAUTI

Lääkkeetön hoito

ja lääkehoito

Pirkko Jäppinen & Tiina Teittinen

Opinnäytetyö, syksy 2011

Diakonia ammattikorkeakoulu

Diak Itä, Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

TIIVISTELMÄ

Jäppinen, Pirkko & Teittinen, Tiina. Alzheimerin tauti. Lääkkeetön hoito ja lääkehoito. Pieksämäki, syksy 2011, 115 s., liitteitä 3.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa produktiivisena perehdytyskansio Alzheimerin taudista, sen lääkkeettömistä hoitokeinoista ja lääkehoidosta palvelutalo Abelin hoitohenkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyö muodostuu perehdytyskansiossa ja produktiivisen raporttiosasta. Opinnäytetyönä tuotettu perehdytyskansio sisältää lääkehoidon seuranta- ja arviointilomakkeen.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja tavoitteena oli kehittää palvelutalo Abelin hoitohenkilökunnan hoitotyön ammattiosaamista. Perehdytyskansion tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta Alzheimerin taudista, lääkkeettömistä hoitotyön menetelmistä ja lääkehoidosta. Tavoitteena oli myös vahvistaa hoitohenkilökunnan taitoa käyttää näitä menetelmiä hoitotyössä. Hoitotyöntekijöiden tulisi hankkia näyttöön perustuvaa tietoa käyttämiensä auttamiskeinojen tueksi.

Alzheimerin tauti on yleisin demensiasairauksista ja se on tyypillisin vaiheita hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus. Siihen liittyy aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien valikoiva vaurioituminen. Taudinkuvaa hallitsee kognitiivisen toiminnan lisääntyvä heikentyminen. Muistitoiminnot ovat kaikissa vaiheissa vaikeimmin vaurioitunut kognitiivisen toiminnan osa-alue.

Lääkkeettömällä hoidolla voidaan parantaa muistisairaana elämää ja kompensoida puutteita sekä tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. Lääkkeettömässä hoitomuodossa kiinnitetään huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen, koska hoitajan ja potilaan välinen suhde on eräs merkittävä tekijä käytösoireiden syntyisessä ja esiintymisessä.

Alzheimerin taudin keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain. Lääkehoito vähentää ja hidastaa Alzheimerin tautia sairastavan potilaan toimintakyvyn heikkenemistä sekä helpottaa käytösoireiden hoitoa ja vähentää niiden ilmaantumista. Alzheimerin taudin ensisijaiseksi lääkkeeksi suositetaan asetyylkoliiniesteraasin estäjää tai memantiinia.

Avainsanat: Alzheimerin tauti, lääkkeetön hoito, lääkehoito, lääkehoidon seuranta, lääkehoidon arviointi, näyttöön perustuva hoitotyö, produktio.

ABSTRACT

Jäppinen, Pirkko; Teittinen, Tiina: Alzheimer's disease. Nonpharmacologic therapy and medical care.

Pieksämäki, fall 2011, 115 p. 3 appendices.

Diaconia University of applied Sciences. Degree programme in nursing. Degree Bachelor of nursing.

The aim of this thesis was to produce an orientational file about Alzheimer's disease and its nonpharmacologic therapy supported by medical care for the staff of carecenter Abel. Information based on evidence about these subjects was charted in this scholarly thesis. This scholarly thesis is formed of two pieces, an orientational file and a report of the production. The orientational file includes a follow-up and an evaluation form concerning the treatments.

There was an occupational need for this scholarly thesis and its goal was to improve the professionalism among the staff of carecenter Abeli. One task of this orientational file was to better the staff's knowledge about AD, its nonpharmacologic methods of treatment and medical care. Also one objective was to improve staff's skills to use these methods in careing. Caregivers should acquire evidence based information to support the treatments that they are using.

Alzheimer's disease is the most common form of dementia and it is the most typical brain disease that progresses steadily in slow phases. The selective damaging of brain regions and neurochemical systems are one of the symptoms and those symptoms are dominated by an increased weakening of the cognitive activities of the brain.

By using nonpharmacologic therapies the quality of life of the patients who are suffering from memory loss can improve. By using these treatments patients deficiencies can be compensated and the remaining functions can be supported. In drug free treatments it is important to better the interaction skills of the caretakers, because the interrelationship between the caretaker and the patient is one of the most significant matters in the forming of behavior problems.

In the mid or difficult stage of Alzheimer's, pharmacological treatment should be started as soon as possible. The pharmacological treatment decreases and slows down the weakening of the patient's functions and makes behavior problems less emerging and easier to treat. The primary medicines in treating Alzheimer's disease are cholinesterase inhibitors and memantine.

Key words: Alzheimer's disease, non pharmacologic therapy, medical care, follow-up of medical care, evaluation of medical care, production.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA	8
2.1 Lääkkeettömän hoidon ja lääkehoidon lähtökohdat.....	8
2.2 Näyttöön perustuva hoitotyö	10
2.3 Toiminnallinen opinnäytetyö	11
3 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TARKOITUS	12
3.1 Toteutusympäristö ja asiakkaat	12
3.2 Opinnäytetyön aiheen valinta ja alkukartoitus.....	12
3.3 Opinnäytetyön tarkoitus	13
3.4 Eettisiä näkökulmia.....	14
4 ALZHEIMERIN TAUTI	15
4.1 Mistä Alzheimerin taudissa on kyse?.....	15
4.2 Alzheimerin taudin riskitekijöitä.....	15
4.3 Alzheimerin taudilta suojaavia tekijöitä	16
4.4 Arviointimittareita	16
5 ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEET.....	19
5.1 Oireeton ja varhainen Alzheimerin tauti	19
5.2 Lievä Alzheimerin tauti.....	20
5.3 Keskivaikkea Alzheimerin tauti	21
5.4 Vaikea Alzheimerin tauti	23
6 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISESSA.....	25
6.1 Muistisairaahan henkilön kohtaaminen	25
6.2 Muistisairaahan hoitamisen taito	26
7 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKKEETÖN HOITO.....	29
7.1 Lääkkeettömän hoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle	29
7.2 Lääkkeettömän hoidon toteutus ja arviointi.....	29
7.3 Käyttäytymistä muokkaava terapia	30
7.4 Psykososiaaliset ja psykomotoriset hoitomuodot	31
7.5 Tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet hoitomuodot.....	31
7.6 Virikkeitä painottavat hoitomuodot	32
7.7 Hoitoympäristö.....	33
7.8 Toimintamalleja erilaisten käytösoireiden lievittämiseksi.....	34

8 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKEHOITO	36
8.1 Lääkehoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle	36
8.2 Lääkehoidon toteutus	36
8.3 Iäkkään muistisairaana lääkehoidossa huomioitavaa.....	38
8.4 Alzheimerin taudin keskeisimmät lääkkeet	39
8.5 Alzheimerin taudin käytösoireiden lääkehoito.....	40
8.5.1 Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden lääkehoito	41
8.5.2 Psykoosioireiden lääkehoito.....	44
8.5.3 Muut käytösoireiden hoitoon soveltuvat lääkkeet	45
9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN JA ARVIOINTI	47
9.1 Opinnäytetyön laatimisprosessin vaiheet.....	47
9.2 Perehdytyskansion arviointi ja palautteet	48
10 POHDINTA	50
10.1 Opinnäytetyön aiheen tarkastelua	50
10.2 Opinnäytetyön jatkotutkimuksen ja -kehittelyn aiheita	51
10.3 Tulevaisuuden painopisteitä ja haasteita.....	52
LÄHTEET.....	54
LIITTEET	59
LIITE 1 Alkukartoituslomake	59
LIITE 2 Palautelomake	60
LIITE 3 ALZHEIMERIN TAUTI. Lääkkeetön hoito ja lääkehoito – Perehdytyskansion Palvelutalo Abeliin	61

1 JOHDANTO

Muistisairaiden määrä kasvaa tulevaisuudessa ja puhutaankin jo kansantaudista. Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan Suomessa on jopa 120 000 henkilöllä lievästi heikentynyt kognitiivinen toiminta ja noin 85 000 henkilöä kärsii keskivaikeista dementia-oireista. Vuosittain Suomessa ilmaantuu noin 13 000 uutta dementia-asteista muistisairaus tapausta. Työikäisistä etenevä muistisairaus on arvioitu olevan noin 7 000–10 000 henkilöllä. Merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. Usein muistisairaus liittyy vanhuuteen ja opinnäytetyössä perehdymme Alzheimerin tautiin, joka on Suomessakin yleisin etenevä muistisairaus, johon ei ole käytettävissä parantavaa tai sairautta pysäyttävää hoitoa. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Alzheimerin tauti on yleisin demenciasairauksista. Se on tyypillisin vaiheita hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus ja siihen liittyy aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen (valikoiva) vaurioituminen. Varhaisimmat oireet ovat uuden muistiaineksen mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeudet. Kognitiivisen (tiedonkäsittelyn) toiminnan lisääntyvä heikentyminen hallitsee taudinkuvaa, jossa muistitoiminnot ovat kaikissa vaiheissa vaikeimmin vaurioituneita kognitiivisen toiminnan osa-alueita. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–122.)

Lääkkeettömillä hoidoilla voidaan monin eri tavoin vaikuttaa muistisairaana elämään. Niiden avulla voidaan esimerkiksi kompensoida muistisairaana puutteita ja tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. Lääkkeettömissä hoitomuodoissa kiinnitetään huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen, koska hoitajan ja potilaan välinen suhde on eräs merkittävä tekijä esimerkiksi käytösoireiden syntymisessä ja esiintymisessä. (Koponen & Saarela 2006, 501–504.)

Lääkehoito on iso ja tärkeä osa hoitotyön osaamista ja vanhusten lääkehoidon kehittäminen, lääkehaittojen ehkäisy ja uusien lääkkeettömien hoitomuotojen käyttäminen on tärkeää. Huolellisesti suunniteltu ja toteutettu lääkehoito parantaa hoidon laatua, turvallisuutta ja luotettavuutta. Asiakkaan ja omaisten on mahdollista osallistua hoidon toteutukseen paremmin, kun lääkehoidon toimintamalli on selkeästi ja avoimesti kirjattuna, hoidon vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Hyvin toteutuneella lääke-

hoidolla voidaan parantaa asiakkaan elämänlaatua, osallistumista oman hoidon toteuttamiseen ja myös asiakkaan elinaika saattaa pidentyä. (Käypä hoito -suositus 2010; Karvinen 2011, 34–37.)

Toimiva seuranta- ja arviointijärjestelmä on muistipotilaiden hoidon onnistumisen kulmakivi. (Karppi, Rahkonen, Rissanen, Puuronen, Kalliopohja & Suhonen 2010, 1838.) Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä perehdytyskansio, joka sisältää tietoa Alzheimerin taudista ja sen hoitoon liittyvistä menetelmistä sekä lomake lääkehoidon seurantaan ja arviointiin. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää palvelutalo Abelin hoitohenkilökunnan ammattiosaamista Alzheimerin taudin lääkkeettömien hoitokeinojen ja lääkehoidon osalta laatimalla heidän käyttöönsä perehdytyskansio sekä lääkehoidon seuranta- ja arviointilomake.

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja kartoitimme suunnittelun pohjaksi palvelutalo Abelin hoitohenkilökunnan toiveita ja tiedontarpeita, jotka liittyivät Alzheimerin tautiin ja sen hoitokeinoihin. Palvelutalo Abeli on yksityisen Pieksämäen Palveluasunnot Ry:n ylläpitämä vanhusten ja vammaisten palvelutalo. Abelin palvelutalossa on 50 palveluasuntoa ja 9 tehostetun palveluasumisen asuntoa.

Opinnäytetyö kehittää myös omaa ammattiosaamistamme, antaa meille tietoa erilaisista muistisairaiden oireista ja hoidoista, joita voimme hyödyntää tulevaisuudessa työskennellessämme ikääntyvien parissa. Koulutusohjelmassamme olemme oppimassa nimenomaan vanhusten hoitotyötä ja halusimme liittää siihen myös opinnäytetyön kautta saatavan tiedon ja kokemuksen.

Hoitajat voivat kouluttautumisella ja omalla ammattitaidollaan parantaa muistisairaana elämänlaatua hoitokodeissa. Selkeät näyttöön perustuvat hoitokäytännöt ja menetelmät tukevat hoitajien ammatillista osaamista sekä lisäävät hoitosuhteen luottamuksellisuutta. Henkilökunnan tietotaidon lisääntymisen myötä vanhusten hoidon laatu paranee ja monipuolistuu sekä vanhusten elämänlaatu paranee.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA

2.1 Lääkkeettömän hoidon ja lääkehoidon lähtökohdat

Alzheimerin taudissa lääkkeettömällä hoitokeinoilla voidaan monin eri tavoin parantaa muistisairaana elämää. Hoitokeinojen käyttäminen lähtee paitsi hoitajien asennemuutoksesta ja myös menetelmiin perehtymisestä ja lisääntyvästä käyttämisestä. Viimeisten 20 vuoden aikana on jonkin verran tutkittu lääkkeettömien hoitojen vaikutuksia muistisairaiden hoidossa, vanhusten toimintakyvyn ja elämänlaadun edistämässä sekä hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Monien lääkkeettömien hoitojen myönteiset vaikutukset on osoitettu, mutta tutkimustietoa lääkkeettömistä hoidoista on edelleen huomattavasti vähemmän kuin lääkehoidon tutkimustietoa. Dementoituneiden psykososiaalisten ryhmähoitojen on osoitettu vähentävän dementiaa sairastavien psykoosilääkkeiden ja muiden psyykelääkkeiden käyttöä sekä parantavan heidän elämänlaatuaan. Vaikka psyykelääkkeiden käyttö on vähentynyt, dementoituneiden käytösoireet eivät ole lisääntyneet. Useiden dementiaa sairastavien käytösoireet ovat vähentyneet hyvän psykososiaalisen hoidon ansiosta. Lääkkeettömillä hoidoilla on erittäin vähän haittavaikutuksia, mikä myös puoltaa niiden käyttämistä ja soveltamista. Monia niistä sovelletaan ryhmähoitoina, minkä johdosta niiden toteuttaminen ei ole erityisen kallista. Alzheimerin taudista käytämme tässä työssä jatkossa sen virallista lyhennettä AT. (Kivelä 2006.)

Valta (2008) kertoo tulevaisuuden haasteena olevan muistisairaiden hoidon kehittämisen ja käytäntöjen muuttamisen. Puurunen toteaa projektityössään, että Alzheimerin taudin lääkehoidossa käytettävät lääkkeet ovat osa oireenmukaista hoitoa. Varhaisessa vaiheessa aloitetulla lääkehoidolla näyttäisi voitavan hidastaa Alzheimerin taudin etenemistä ja helpottaa sairauteen liittyviä oireita kuten käytösoireita. (Puurunen 2007. 3.) Käypä hoito (2010) -suosituksen mukaan lääkehoidon ensisijaisina tavoitteina ovat potilaan kognition ja omatoimisuuden ylläpitäminen, tilan vakiinnuttaminen ja käytösoireiden lievittäminen. Käypä hoito (2010) -suosituksen mukaan asiakasta ja lääkehoidon hoitovastetta tulee seurata säännöllisesti 6–12 kuukauden välein. Ahosen (2011) tutkimuksen mukaan monisairaiden iäkkäiden hoidossa tulee pyrkiä hallittuun monilääkitykseen, jonka tärkeä osa on säännöllinen lääkityksen arviointi ja seuranta. Iäkkäillä Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla on usein muita pitkäaikaissairauksia, joiden hoi-

dossa joudutaan käyttämään useita lääkkeitä. Lääkityksen arvioinnissa lääkkeiden määrän vähentäminen ei tule olla itsetarkoitus. (Ahonen 2011.)

Erilaiset lait ja asetukset, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (1994) ja henkilörekisterilaki, velvoittavat hoidon suunnittelemiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden säilyttämisestä (2001) velvoittaa, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laadultaan riittävät tiedot. Kirjaamisella turvataan hoitoa koskevan tiedon siirtyminen, hoidon jatkuvuus, sillä lisätään potilasturvallisuutta, parannetaan hoidon suunnittelua ja tavoitteellisuutta sekä parannetaan henkilökunnan oikeusturvaa. (Aejmelaeus, Kan, Kattajisto & Pohjola 2007, 63.)

Kivelän (2006) tekemässä Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä todetaan, että hoitotyön peruskoulutukseen tulee sisältyä nykyistä enemmän lääkkeiden vaikutusmekanismeja, vanhusten lääkehoitoja, lääkkeiden haittavaikutuksia ja niiden tunnistamista sekä lääkkeiden antotapoja koskevaa koulutusta. Myös lääkkeiden myönteisten, toivottujen vaikutusten ja haittavaikutusten tunnistamisen opetteleminen on tärkeää. (Kivelä 2006, 108.) Seikola (2011) on tutkinut kotihoidon hoitajien koulutustarpeita liittyen iäkkäiden lääkehoitoihin LOST-alueella (Lohja, Siuntio, Inkoo, Karjalohja). Tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät tärkeimpinä koulutettavina asioina lääkkeiden farmakokinetiikka, lääkkeiden erityispiirteet ja vaikutukset, haittavaikutukset, yhteensopivuus ja yhteisvaikutukset. Lääkehoidon käytännön taidoissa tärkeimmiksi koulutusaiheiksi nousi esiin lääkehoidon seuranta, lääkkeiden jakaminen, annostelu, antaminen sekä lisäksi muistisairaudet ja niiden oireet. (Seikola 2011, 117–130.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima valtakunnallinen Turvallinen lääkehoito-opas (2006) ohjaa lääkehoidon toteuttamista julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Lääkehoidon toteuttamista eri toiminta- ja /tai työyksikössä valvovat lääninhallitukset sekä kunnat. Yksikössä toteuttavan lääkehoidon tulee perustua lääkehoitosuunnitelmaan. Suunnitelman tulee sisältää muun muassa kuvauksen yksikön lääkehoidon toimintatavoista, osaamisen varmistamisesta, henkilöstön vastuista ja velvollisuuksista, lääkkeiden jakamisesta ja antamisesta, lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista, dokumentoinnista, tiedonkulusta sekä seuranta- ja palautejär-

jestelmistä. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota myös avoimeen, oppimista korostavan toimintakulttuurin luomiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

2.2 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö määritellään parhaan ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa. Näyttö, johon toiminta, tulos ja arviointi perustuvat, voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: tieteellisesti havaittuun tutkimustyöhön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–9.)

Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö tarkoittaa tutkimuksen avulla, tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta hoidettavan ihmisen terveyteen ja elämänlaatuun. Kyseistä tietoa tuottavat yleensä tutkijat, mutta sen pitää olla myös yhteiskunnassa laajasti saatavilla. Tämä merkitsee, että tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä voivat käyttää arvioinnissa erityisesti ammattilaiset, mutta jossain määrin myös potilaat. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–9.)

Hyväksi havaittu toimintanäyttö tarkoittaa näyttöä, joka perustuu terveydenhuollon organisaatiossa yleensä laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. Kyseinen näyttö ei välttämättä kata tutkimustiedon tieteellisiä kriteereitä, mutta on kuitenkin systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–9.)

Kokemukseen perustuva näyttö tarkoittaa kahdenlaista asiaa. Ensiksi se on alan ammattilaisten käytännön kokemuksen kautta toteamaa vaikuttavuutta. Tällainen kokemus on esimerkiksi sairaanhoitajalla silloin, kun hän tukeutuu toiminnassaan aikaisemmin hyväksi havaittuun toimintaan huolimatta siitä, ettei kykene selvästi erittelemään, miksi näin tekee. Toiseksi se on potilaan kokemus siitä, että hoito on vaikuttavaa ja vastaa juuri hänen tarpeisiinsa. Ammattilaisen koettu näyttö perustuu kokemuksiin useista hoitotilanteista. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–9.)

Hoitotyöntekijöiden tulisi hankkia näyttöön perustuvaa tietoa käyttämiensä auttamiskeinojen tueksi. Näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi, jossa tutkimustuloksia ja muuta asiantuntija- ja asianosaistietoa hyödynnetään käytännössä. Se korostaa menettelyä, jossa tehdään oikeita asioita (hoitotyön auttamismenetelmät) oikealla tavalla (toimintaprosessit) oikealle potilaalle oikeaan aikaan. Näyttään perustuva kliininen käytäntö on parhaan ajan tasalla olevan tiedon tarkkaa, arvioitua, punnittua ja systemaattista käyttöä jokaisen asiakkaan hoitomenetelmien valinnassa. (Hallila 2005, 8–13.)

2.3 Toiminnallinen opinnäytetyö

Kehittämispainotteisesta opinnäytetyöstä voidaan käyttää nimitystä toiminnallinen opinnäytetyö, joka voi olla kehittämishanke tai tuotekehittelyä. Toiminnallinen opinnäytetyö on käytännönläheinen prosessi, jolla kehitetään tai ohjeistetaan työyhteisöjen käytännön toimintoja ja palveluita tai suunnitellaan uusia tuotteita. Tuotekehittelynä eli produktiona toteutettu toiminnallinen opinnäytetyön on yleensä kertaluontoinen ja ajallisesti sovitun mittainen prosessi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä hankkeelle laaditaan hankesuunnitelma, kustannusarvio ja toteutus aikataulu. Hankesuunnitelman seuranta, arviointi ja laaditun aikataulun noudattaminen on hankkeen eettisen työotteen noudattamista. Toiminnalliset opinnäytetyöt ovat yleensä työelämälähtöisiä, joissa molemmat sitoutuvat pitkäjänteiseen työskentelyyn. Yhteistyön laajuudesta ja sisällöstä voidaan tehdä erillinen yhteistyösopimus. Yhteistyö voi olla myös epävirallista kuten erilaisia tapaamisia ja keskustelutilaisuuksia. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää hankkeen tuotoksen ja kirjallisen raporttiosan, jonka laatimista tukee opiskelijoiden pitämä oppimispäiväkirja. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33–34.)

Ammattikorkeakouluasetuksen mukaan opinnäytetyön kautta opiskelija osoittaa valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan ammattiin liittyvissä asiantuntija tehtävissä. Opinnäytetyön prosessin tarkoituksena on muun muassa tukea ja vahvistaa opiskelijan ammatillista kasvua sekä tutkivan työotteen kehittymistä. Lisäksi tarkoituksena on vahvistaa opiskelijan tutkimus- ja keittämistaitoja, kehittämishankkeiden hallintaa sekä taitoja tehdä erilaisia aineostoja tai tuotteita esimerkiksi opetuspaketteja tai palveluoppaita. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 23.)

3 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TARKOITUS

3.1 Toteutusympäristö ja asiakkaat

Palvelutalo Abeli on yksityisen Pieksämäen Palveluasunnot Ry:n ylläpitämä vanhusten ja vammaisten palvelutalo. Abelin palvelutalossa on 50 palveluasuntoa ja 9 tehostetun palveluasumisen asuntoa, jotka ovat dementia-ryhmäkodissa. Asukkaita koko talossa asuu 68–70 henkilöä. Palvelutalo Abelin asukkaiden sairauksien kartoituksessa vuoden 2010 kesällä selvisi, että palvelutalossa asuvista asukkaista 12 asukasta sairasti AT:a. Heillä oli AT:n lisäksi myös muita sairauksia esimerkiksi diabetes.

3.2 Opinnäytetyön aiheen valinta ja alkukartoitus

Opinnäytetyömme on työelämänlähtöinen. Aluksi opinnäytetyömme aiheeksi ehdotettiin palvelutalo Abelin dementia-ryhmäkodin vanhusten lääkehoito ja lääkehoidon toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvän toimintamallin kehittäminen. Aihe todettiin kuitenkin liian laajaksi, koska asukkailla on monia erilaisia sairauksia ja niiden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä oli paljon. Kokoonnuimme lokakuussa 2010 opinnäytetyön merkeissä henkilökunnan kanssa yhteispalaveriin, jossa päätettiin valita opinnäytetyön aiheeksi AT (Alzheimerin tauti) ja sen lääkehoito. Aiheeseen lisättiin myöhemmin AT:n lääkkeettömät hoitomuodot. Samassa yhteispalaverissa laadittiin kirjallinen yhteistyösopimus, jossa arvioitiin muun muassa opinnäytetyön kustannukset, niiden jakautuminen ja nimettiin palvelutalo Abelin kaksi työntekijää yhteyshenkilöiksi opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti myös se, että toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee palvelutalo Abelissa ja haluaa omalta osaltaan olla kehittämässä dementia-potilaiden hoidon laatua palvelutalossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli perehtyä AT:iin liittyviin näyttöön perustuviin tutkittuihin ja hyväksytyihin hoitomenetelmiin, hoitosuosituksiin sekä toimintatapoihin ja tuottaa perehdytyskansio edellä mainituista aiheista hoitohenkilökunnalle työvälineeksi käytännön työhön. Koko opinnäytetyömme muodostuu produktiivisesta (perehdytyskansio) ja siihen liittyvästä kirjallisesta raportista.

Selvittääksemme opinnäytetyömme aiheen laajuutta, sisältöä ja tavoitteita laadimme hoitohenkilökunnalle alkukartoituslomakkeen.(LIITE 1.) Vuoden 2010 lokakuussa kävimme Abelissa yhteispalaverissa opinnäytetyön aiheesta ja samalla jaoimme alkukartoituslomakkeen henkilökunnalle täytettäväksi. Kartoitukseen osallistui 9 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Heistä kolme oli lähihoitajia, kaksi kodinhoitajaa, kaksi perushoitajaa, yksi sairaanhoitaja ja yksi sosionomi. Työntekijät olivat 30–60-vuotiaita, suurin osa 50–60 vuotiaita (8/9). Työkokemusta oli suurimmalla osalla (6/9) yli viisi vuotta.

Alkukartoituksen tuloksista kävi ilmi, että vastanneista 8 halusi tietoa AT:n vaiheista ja oireista. Vastanneista 7 piti tärkeänä saada tietoa AT:n lääkehoidosta, lääkkeettömistä hoitomuodoista sekä lisätietoa lääkehaittojen ja yhteisvaikutusten seurannasta ja arvioinnista. Vähän yli puolet (n=5) vastanneista koki tiedon lääkevasteen seurannasta ja arvioinnista tärkeäksi. Kyselyn tulokset vahvistivat käsitystämme aiheen tärkeydestä ja henkilökunnan ammattitaidon päivittämisen ja lisäämisen tarpeellisuudesta.

3.3 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyömme suunnittelun pohjaksi kartoitimme palvelutalo Abelin hoitohenkilökunnan toiveita sekä tiedontarpeita liittyen AT:iin ja sen hoitokeinoihin. Opinnäytetyön myötä kehitämme paitsi omaa ammattiosaamistamme myös Abelin henkilökunnan ammattiosaamista AT:ia sairastavan ikäihmisen hoitotyössä AT:in lääkkeettömien hoitokeinojen ja lääkehoidon osalta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa henkilökunnan käyttöön AT:ita ja sen hoitokeinoista koottu tietopaketti, perehdytyskansio, joka tukee dementiapotilaiden kuntouttavan hoitotyön mallia. Luomme myös AT:n lääkehoidon seurantaan ja arviointiin liittyvän seurantalomakkeen, koska sellaista työvälinettä ei palvelutalo Abelissa ole vielä käytössä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä perehdytyskansio, joka sisältää:

1. tietoa Alzheimerin taudista
2. Alzheimerin taudin hoitoon liittyviä lääkkeettömiä hoitokeinoja ja lääkehoitoa
3. lomakkeen lääkehoidon seurantaan ja arviointiin.

3.4 Eettisiä näkökulmia

Eettisesti on tärkeää sopia ja laatia työyksikössä toteutettavan hoitotyön ja lääkehoidon yhteinen toimintamalli, jota kaikki noudattavat. Hoitotyön tuloksia tulee arvioida ja seurata työyksikön sisällä. Lisäksi on eettisesti tärkeää valita menetelmiksi luotettavat tietolähteet ja mittarit, joihin toimintamallin suunnitelma perustuu. Arvioinnissa ja seurannassa on hyvä käyttää valtakunnallisesti yleisesti käytettäviä mittareita ja testejä, jotta hoidon tulokset ovat vertailukelpoisia ja kansallisella tasolla laadukkaasti toteutettuja. Toimintamallin perustana voidaan käyttää erilaisia toimintakykymittareita (MMSE, Cerad, Rava) sekä Käypä hoito -suosituksia. Hyvin suunnitellut sekä yhteisesti sovitut hoitokäytännöt ja hoitoketjut tukevat eettisyyttä. Samoin sitä tukevat toimintamallin kriittisten kohtien varmistaminen erilaisilla tarkistuslistoilla ja seurantalomakkeilla. Huolellisesti suunniteltu ja toteutettu lääkehoito parantaa hoidon laatua ja luotettavuutta. Selkeät hoitokäytännöt tukevat hoitajien ammatillista osaamista ja lisäävät hoitosuhteen luottamuksellisuutta. (Karvinen 2011, 34–37.)

4 ALZHEIMERIN TAUTI

4.1 Mistä Alzheimerin taudissa on kyse?

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireiden aiheuttajana voi olla useita etiologisia ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. (Erkinjuntti ym. 2010, 86.) AT on yleisin dementiasairauksista. Se on tyypillisin vaihein hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus ja siihen liittyy aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen vaurioituminen. Ensimmäisiä oireita ovat uuden muistiaineksen mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeudet. Taudinkuvaa hallitsee kognitiivisen (tiedonkäsittelyn) toiminnan lisääntyvä heikentyminen ja muistitoiminnot ovat vaikeimmin vaurioituneita kognitiivisen toiminnan osa-alueita. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–123; Sulkava 2010, 123.)

Käyttöoireilla tarkoitetaan muistisairaudesta johtuvia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Oireina ovat muun muassa aggressio, ahdistuneisuus, apatia, depressio, harha-aistimukset, harhaluulot, itsensä vahingoittaminen, kuljeskelu, poikkeava motorinen käytös ja karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuutuminen, tavaroiden keräily ja kätkeminen sekä ärtyneisyys. Yleisiä käyttöoireita ovat lisäksi levottomuus, psykoottiset oireet (näkö- ja kuuloharjat), persoonallisuuden muutokset (saituus, mustasukkaisuus, pelokkuus), uni-valverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käyttöoireet (hyper- tai hyposeksuaalisuus). Kun tauti etenee, käyttöoireiden esiintyvyys lisääntyy, käyttöoireet vaikeutuvat ja omatoimisuus heikkenee. Oirekuva voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin: oireeton eli prekliininen vaihe, varhainen AT, lievä AT, keskivaikea AT ja vaikea AT. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 86; Käypä hoito -suositus 2010.)

4.2 Alzheimerin taudin riskitekijöitä

Pienellä osalla (1–2 %) kaikista AT:a sairastavista on autosomissa vallitseva periytyvä sairaus. Periytyvän AT:n taustalla on tunnistettu kolmen eri geenin virheet. Satunnainen

AT on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tunnistettu useita. Monissa tutkimuksissa varmistettuja riskitekijöitä ovat ikä, suvussa esiintynyt dementia, Downin syndrooma ja apolipoproteiini E:n (ApoE) alleeli ϵ 4. Todennäköisiä riskitekijöitä ovat aivovammat, matala koulutustaso, runsas alkoholinkäyttö ja aiemmin sairastettu masennus. Perinteiset sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, kuten korkea verenpaine, diabetes, suuri kolesterolipitoisuus, ylipaino ja metabolinen oireyhtymä ovat tuoreiden tutkimusten mukaan myös AT:n todennäköisiä riskitekijöitä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–122.) Vielä kesken olevassa Finger-tutkimuksessa todetaan, että AT:n riskitekijöitä ovat aivoverisuonisairaudet, verenpainetauti, korkea kolesteroli, ylipaino, diabetes, homokysteini (rikkipitoinen aminohappo), tupakointi, masennus ja päänvammat. (Valkonen 2011, 7.)

4.3 Alzheimerin taudilta suojaavia tekijöitä

Väestön ikääntyessä on arvioitu, että 50 vuoden kuluessa AT-potilaiden määrä tulee jopa nelinkertaistumaan. Monipuolinen aivojen käyttäminen kaikissa ikävaiheissa, aivojen suojaaminen vammoilta, terveellinen monipuolinen ravinto, liikunta sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisy ovat suositeltavia dementiaoireiden ja AT:n ehkäisyssä. (Soininen & Kivipelto 2010, 453.) Antioksidanttien, kalaöljyjen ja kahvin kohtuullinen käyttäminen sekä verenpainetautiin ja korkeaan kolesteroliin aloitetut lääkitykset ovat myös AT:ta suojaavia tekijöitä. (Valkonen 2011, 7.)

4.4 Arviointimittareita

Muistiongelmien ilmetessä tai muistisairauden edetessä muistisairaana ja hänen läheisensä tai hoitajan haastattelulla selvitetään potilaan aiempi älyllisen toiminnan taso ja siinä tapahtuneet muutokset. Muistin ja tiedonkäsittelyn arvioinnissa ja seurannassa hyödynnetään usein lyhyitä seulontatestejä. Henkilön toimintakykyyn ja selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä arvioidaan arviointi- ja toimintakykymittareiden avulla ja saatava tieto käytetään asiakkaan hoidon suunnittelussa sekä hoidon toteutuksessa parhaalla mahdollisella tavalla. Hyviä ja käyttökelpoisia arviointitestejä ja mittareita (Erkinjuntti 2010; Käypä hoito suositus 2010) on monenlaisia. Esittelemme työssämme muutamia testejä,

joita on käytössä muun muassa palvelutalo Abelissa ja paikkakuntamme ikäihmisten neuvolassa.

ADCS (Alzheimer Disease Co-operative Study) -ADL (Activities of Daily Living) mittarilla arvioidaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Jokainen päivittäinen toiminto kuvataan mittarissa tarkasti ja haastateltavaa pyydetään kuvaamaan tutkittavan seviytymistä näissä toiminnoissa. Haastateltavan on oltava henkilö, joka tuntee tutkittavan hyvin. Tavoitteena on selvittää tutkittavan todellista suoriutumista viimeisen neljän viikon aikana. (Käypä hoito -suositus 2010.)

MMSE (Mini-Mental State Examination) -asteikkoa voidaan käyttää vaikeamman, dementia-asteisen, häiriön seulonnassa silloin, "kun kaupan tuttu kassa havaitsee jo ongelman". MMSE-tulos on aina viitteellinen, sillä koulutus, harjaantuneisuus ja kielelliset kyvyt vaikuttavat tulokseen. Pelkkä testitulos ei sulje pois vaikeampaa, jo dementia-asteista häiriötä. Testeissä saatua pistemäärää verrataan maksimitulokseen eli 30 pisteeseen. Jos MMSE-testin tulos on yli 26/30, dementiaa ei yleensä ole. Silti potilaalla voi olla alkava Alzheimerin tauti. MMSE-kaavake sisältää kysymyksiä orientoitumisesta aikaan ja paikkaan sekä lyhyitä esimerkiksi muistia, keskittymistä ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. MMSE:lla saadaan karkea yleiskäsitys potilaan mahdollisesta kognitiivisesta eli muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisestä. (Käypä hoito -suositus 2010.)

CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) -tehtäväsarjan tehtävät arvioivat sekä välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnan ohjausta sekä kielellistä sujuvuutta. Tehtäväsarja ottaa huomioon ne keskeiset muistin ja tiedonkäsittelyn osa-alueet, jotka heikkenevät erityisesti etenevien muistisairauksien alkuvaiheissa. Tärkein lisä MMSE:tä ajatellen on tehtäväsarjassa muistitehtävänä oleva sanaluettelon kertaava oppiminen ja viivästetty mieleen palautus. Tärkein testin antama tieto on se, miten kertauksen avulla opittu asia (kymmentä sanaa opetellaan kolmeen kertaan) säilyy mielessä viiveen ajan. Normaalit ikääntyneet pystyvät yleensä palauttamaan vähintään 80 prosenttia oppimistaan sanoista noin viiden minuutin kuluttua. Jo varhaisessa AT:ssa tämä niin sanottu säilytysprosentti jää selvästi pienemmäksi. CERAD:n muut kuin muistitehtävät syventävät kuvaa kognitiivisista vaikeuksista. Siten myös muut kuin AT:iin liittyvät dementiaoireyhtymät tulevat esille varhaisessa vaiheessaan. (Käypä hoito -suositus 2010.)

RAVA-mittari koostuu 12 kysymyksestä (näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja käytös), joilla mitataan päivittäisen avun tarvetta. RAVA- arvioinnin yhteydessä mitataan asiakkaan tarvitsemaa hoidon ja hoivan tarvetta. Mittauksen avulla saadaan tietoa siitä, kuinka paljon asiakas vaatii hoitotyöntekijöiden panostusta vuorokautta tai työvuoroa kohti. Hoitoisuuden arvioinnin tekee hoitaja asteikolla 0–10. (Heinonen, Latvateikari, Mäkinen, Soininen & Viljanen 2008, 10.)

Geriatrisella depressioasteikolla eli GDS (Global Deterioration Scale) –asteikolla tutkitaan AT:n etenemistä ja vaikeusastetta. GDS on suunniteltu helpottamaan vanhuusiän depressioiden tunnistamista erityisesti terveyskeskuksissa. Useihin tutkimuksiin perustuva skaala sopii depressiivisten potilaitten seulontaan ja hoidon seurantaan. Depressioseula sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan KYLLÄ/EI-vastauksin. Kysymykset esitetään suullisesti ja kysymysten läpikäyminen on nopeaa. Seulan tulos on suuntaa antava. Jos tuloksena on yli 6 pistettä, depressiota tulisi epäillä. (Dementiahoitoyhdistys. i.a.).

NPI (Neuropsychiatric inventory) on dementiapotilaiden käytösoireiden arviointiin ja mittaamiseen käytetty monioiremittari. NPI soveltuu hyvin dementoituneiden potilaiden käytösoireiden yleismittariksi oireiden esiintyvyyttä ja hoidon tehoa arvioitaessa ja oireiden etenemistä seurattaessa. Se kattaa kaksitoista dementoivien sairauksien yhteydessä usein tavattavaa käytösoiretta. NPI:n suorittaminen kestää yleensä 15–20 minuuttia. (Käypä hoito -suositus 2010.)

5 ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEET

Kun potilaalla epäillään AT:ia, lääkärin on selvitettävä potilaan peruskapasiteetti ja saavutettu henkinen suorituskkyky (koulumenestys, koulutustaso, mahdolliset erityisvaikeudet, kuten lukihäiriö, työhistoria), yleinen terveydentila, aivojen toimintaa heikentävät tekijät, lääkitys ja päihteidenkäyttö. Lisäksi tehdään arvio muistioireista, käytösoireista, toimintakyvystä ja tilan vaikeusasteesta. Tehtäviä laboratoriotutkimuksia ovat verenkuva, glukoosi, natrium, kalium, kalsium, kilpirauhasen, maksan ja munuaisten toimintakokeet ja B₁₂-vitamiini sekä harkinnanvaraisesti lipidit ja lasko. Elektrokardiografia (EKG) eli aivosähkökäyrä otetaan, kun harkitaan asetyylikoliiniesteraasin estäjä (AKE)-lääkityksen aloitusta. Aivojen magneettikuvaus (MK) on ensisijainen tutkimus etsittäessä muistisairauden tunnusomaisia piirteitä. (Käypä hoito -suositus 2010.)

5.1 Oireeton ja varhainen Alzheimerin tauti

AT:n elämänskaari on pitkä ja ensimmäiset muutokset aivoissa alkavat kehittyä jo 20–30 vuotta ennen kuin tauti voidaan diagnosoida. (Valkonen 2011, 7). Suurin osa potilaista on oireettomia, mutta osalla voidaan jo tässä vaiheessa todeta lievä kognitiivinen heikentyminen, mild cognitive impairment (MCI). Tarkoissa neurologisissa tutkimuksissa voidaan osoittaa lievää heikentymistä tapahtuma (episodisen) muistin tehtävissä henkilöillä, joilla on merkittävä riski sairastua AT:iin. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 130–131.)

Varhaisessa AT:ssa tunnusomaisia oireita ovat lisääntyvät muistivaikeudet, asiakokonaisuuksien oppimisen vaikeutuminen, uusien nimien muistamisen työläys, vieraan kielen hallitsemisen vaikeus, hidastuminen ja epävarmuus työssä, vaikeudet erityisesti vaativissa ja uusissa tilanteissa, harrastusten ja tapahtumien seuraamisen vähentyminen sekä stressioireet ja uupumus. Oireet liittyvät muistin kannalta tärkeän alueen, sisemmän ohimolohkon, vaurioon, joka alkaa näkyä myös magneettikuvauksessa entorinaalisen kuorikerroksen ja hippokampuksen atrofiana (volyymin laskuna). (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134–136; Käypä hoito -suositus 2010.)

Tässä vaiheessa saattaa käytösoireina esiintyä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja lisääntyntä ärtyneisyyttä. Aluksi henkilö itse tiedostaa selkeästi muistitoimintojen muutoksia ja pystyy kuvaamaan niitä. Tilan edetessä ja sairaudentunnon heikentyessä muistisairas yleensä kuvaa muistivaikeuksia olevan vähän ja pyrkii vähättelemään niitä. Vaikka muistiongelmia vähätellään, useimmat ovat jo lisänneet muistitukien (kalenterien, päiväyrien) käyttöä. Läheisten mielestä muistivaikeudet ovat jatkuvia ja pahentuneet vähitellen ajan kuluessa. Muistivaikeudet aiheuttavat ajoittain avun tarvetta, kuten muistuttamista ja tarkistamista. Lähiomaiset ovat lisänneet yhteydenottoja tarkistaakseen asioiden sujumista, vaikka muistisairas pystyy asumaan vielä yksin. Työkykyisyys alkaa heikentyä riippuen työn vaativuudesta ja muiden vaativien tehtävien hoidossa saattaa esiintyä vaikeuksia. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134–136.)

Oppimisen työläys ja unohtamisen korostuminen (episodisen muistin oire), ilmaantuvat useimmille jo varhaisessa vaiheessa. Osa sairastuneista luokituu tässä vaiheessa vielä MCI-ryhmään ja osalla potilaista voi olla jo lievä AT:n dementia. Oireet liittyvät muistin kannalta tärkeän alueen, sisemmän ohimolohkon, vaurioon ja se alkaa näkyä magneettikuvauksessa. Neuropsykologisissa tutkimuksissa voidaan havaita selvää heikkenemistä erityisesti kielellisen muistin tehtävissä, kuten loogisen kertomuksen, sanapari- tai sanalistan viivästetyssä mieleenpalautuksessa. Merkittävä muutos on mieleen painetun materiaalin unohtaminen. Opiteun aineksen viivästetty mieleenpalautus on selvästi heikentynyt, eivätkä annetut vihjeet paranna odotetusti suoritusta. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134–136.)

5.2 Lievä Alzheimerin tauti

Lievässä AT:n vaiheessa tapahtuu laajempialainen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen ja tämä vaikeuttaa omatoimisuutta. Muistin lisäksi myös muut kognition osa-alueet alkavat heiketä, erityisesti toiminnan ohjaus, havaintotoiminnot ja kielellinen ilmaisu, jolloin sanoja on entistä vaikeampi löytää ja nimetä. Prefrontaalialueen toimintahäiriö hidastaa toiminnanohjausta ja prosessointia ja sujuvuus sekä aloitekyky heikenevät. Kognitiivisten toimintojen muutokset vaikeuttavat suoriutumista monimutkaisissa toiminnoissa, kuten taloudellisten asioiden hoidossa, rahankäytössä tai vieraassa

ympäristössä liikkumisessa. Somaattisena oireena saattaa ilmetä laihtumista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126; Käypä hoito -suositus 2010.)

Uusien asioiden mieleenpainaminen ja oppiminen ovat heikentyneet jo niin paljon, että siitä on päivittäistä haittaa. Asioiden suunnittelemisen vaikeutuminen näkyy taloudenhoidossa. Ilman muistilappuja kaupassa käydään toistuvasti, koska osa tavaroista unohdetaan. Kaappiin ostetaan samoja tavaroita ja ruokalajit vähenevät. Uusien lääkeohjeiden opettelu on vaikeaa, vastaanottoajat saattavat unohtua, puhelinkeskustelut ja sopimiset omaisten kanssa katoavat mielestä. Samojen asioiden toistaminen tai kysely on jokapäiväistä. Potilas muistaa kohtalaisesti yksittäisiä tapahtumia, mutta niiden keskinäinen aikajärjestys sekaantuu. Muistioireiden lisäksi potilailla on muita kognitiivisia ongelmia, erityisesti kielellisiä vaikeuksia kuten sanahakua sekä aloite- ja keskittymiskyvyttömyyttä, suunnitelmallisuuden ja toiminnanohjauksen ongelmia. Keskittymisvaikeuksien takia potilaan on vaikea seurata keskustelua suuressa ihmisjoukossa. Orientaatio alkaa heikentyä, mikä tulee esille epävarmuutena lähimenneisyyden asioiden tapahtumisjärjestyksestä ja taipumuksena eksyä vieraassa ympäristössä. Potilas tarvitsee toistuvaa usein jo päivittäistä ohjausta ja valvontaa, mutta selviytyy vielä yksin kotona. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 136–137; Käypä hoito -suositus 2010.)

Käyttöoireista tyypillisimpiä ovat masennus, lisääntynyt ärtyvyys, apatia ja tunne-elämän latistuminen. Osalle potilaista ilmaantuu lisääntyvää epäluuloisuutta ja paranoidista ajattelua, joista tyypillisimpiä ovat varastamisepäilyt ja mustasukkaisuus. Monet potilaat laihtuvat, vaikka ravitsemustila on hyvä. Yleistä motorista hidastumista voi tapahtua ja osalle voi tulla apraksiaa silmän seurantaliikkeissä. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas ei kykene seuraamaan esineen liikettä, vaan silmät jäävät tuijottamaan suoraan eteenpäin tai potilas kääntää katseen suoraan ääriasentoon. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 136–137; Käypä hoito -suositus 2010.)

5.3 Keskivaikea Alzheimerin tauti

Potilaan sairaudentunto on selvästi heikentynyt, eikä hän enää tunnista selviytymisvaikeuksiaan. Lähimuisti on jo erittäin heikko, minkä takia tavarat ovat jatkuvasti kadoksissa ja potilas kyselee toistuvasti samoja asioita. Hän ei muista katsomiensa televisio-

ohjelmien sisältöä tai lukemiaan asioita. Muistituet eivät auta, koska potilas ei muista tarkistaa muistiin kirjoittamiaan asioita. Kielellisten vaikeuksien takia lähes kaikilla potilailla on sananhakua ja monimutkaisen puheen ymmärtämistä vaikeuksia. Keskittymiskyky on heikko ja tavallisenkin keskustelun seuraaminen tuottaa vaikeuksia, joten aktiivinen osallistuminen keskusteluun vähenee. Orientaatiovaikeudet lisääntyvät, aika-orientaatio on usein vahvasti häiriintynyt ja eksymistäipumusta saattaa esiintyä nyt tutussakin ympäristössä. Hahmottamisvaikeuksien (agnosia) takia potilaalla saattaa olla vaikeuksia tunnistaa ympäristöä tai tuttuja kasvoja, jopa omia kasvoja peilistä. Kätevyden vaikeus (apraksia) lisääntyy, minkä seurauksena kyky käyttää välineitä heikenee. Pukeutuminen, parranajo tai hampaiden harjaus onnistuu vain ohjattuna. Vaatteiden valinta itsenäisesti ei onnistu ja usein myös vaatteiden pukemisessa tarvitaan ohjautusta. Parrasta saattaa osa jäädä ajamatta. Suunnitelmallisuuden ja kätevyden häiriöiden takia potilas ei enää kykene valmistamaan aterioita ja myös kodinkoneiden käytössä on vaikeuksia. Oikeustoimi- ja testamenttikelpoisuus ovat rajoittuneet. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 131–132 ; Käypä hoito -suositus 2010.)

Vaikka potilaan persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt ovat suhteellisen hyvin säilyneet, käytösoireita ilmaantuu jatkuvasti lisää. Niiden tausta on moninainen. Ne voivat johtua vaikeista kognitiivisista oireista, käyttäytymistä ja emootiota säätelevien alueiden vaurioista, lääkityksestä ja lisäsairauksista tai ympäristötekijöistä. Tämän lisäksi myös persoonallisuudella on vaikutusta ja vaikeisiin kognitiivisiin oireisiin liittyvät väärintulkinnat yleistyvät. Hahmotusvaikeudesta johtuvat kasvojen tunnistamisvaikeudet johtavat seurusteluun oman peilikuvan kanssa tai epäilyihin siitä, että aviopuoliso onkin vieras ihminen. Hahmottamisvaikeuksien, orientaatiohäiriön ja vaikean muistioireen aiheuttama ajassa taaksepäin siirtyminen saattaa johtaa ongelmaan, jolloin omaa asuntoa ei tunnusteta kodiksi. Tämä johtaa pyrkimykseen lähteä ”omaan kotiin”, erityisesti pimeään vuorokaudenaikaan. Hahmottamisvaikeuksiin ja päättelykyvyn heikkouksiin voi liittyä se, että esimerkiksi televisiossa esitettävät asiat tulkitaan tapahtuvaksi omassa olohuoneessa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 138; Käypä hoito -suositus 2010.)

Nykyisyyden ja menneisyyden asiat sekoittuvat entistä enemmän, omasta mielen sisällystä tulevat asiat muuttuvat todeksi ja huoneistossa saattaa vierailta tuntemattomia tai jo kuolleita henkilöitä. Harhaluuloisuus on yleisintä juuri keskivaikeassa AT:ssa ja sitä esiintyy 20–50 %:lla potilaista. Kadotetut tavarat on varastettu ja oma puoliso on vaih-

dettu. Myös mustasukkaisuusparanoia on tavallista. Lisääntyvä epävarmuus ja pelko yksinjäämisestä johtavat omaiseen takertumiseen ja jatkuvaan perässä kävelyyn. Masennus ja pelkotilat ovat yleisiä. Apatia lisääntyy ja päivät saattavat kulua sängyssä maaten tai tuolissa istuskellen, ellei ulkopuolista kannustusta toimintaan ole. Tilan läheisessä vaikeaa AT:tia psykomotorinen levottomuus lisääntyy, alkaa esiintyä katastrofireaktioita, sisäinen uni-valverytmi häviää ja johtaa päivätorkutteluun sekä yölliseen valvoskeluun. Tällöin alkaa esiintyä myös niin sanottuja auringonlaskuilmioita, joilla tarkoitetaan illansuussa ilmaantuvaa levottomuutta. Lisäsairaudet, sopimaton lääkitys ja ympäristön muutokset aiheuttavat helposti sekavuustiloja. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 132–133; Käypä hoito -suositus 2010.)

Omatoimisuus on selkeästi alentunut, eikä potilas pysty enää itsenäisesti toimimaan kodin ulkopuolella. Hän tarvitsee päivittäistä apua ja valvontaa. Yksin asuminen ei onnistu, sillä edenneessä keskivaikeassa AT:ssa potilasta tarvitsee valvoa suurin piirtein saman verran kuin 5–7 -vuotiasta lasta. Henkilö selviää vain lyhyitä aikoja yksinään. Taudin lähestyessä vaikeaa vaihetta apraktinen kävelyn epävarmuus ja tasapainoheijasteiden heikentyminen on yleistä ja kaatumisvaara lisääntyy. Osalle kehittyy ekstrapyramidaalioireita kuten jäähmyyttä, hitautta ja kasvojen ilmeettömyyttä. Paratonia on yleistä ja se tarkoittaa raajaan reflektorisesti syntyvää jäähmyyttä ja liikkeen vastustusta. Somaattiset oireet ovat edelleen vähäisiä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 132–133; Käypä hoito -suositus 2010.)

5.4 Vaikea Alzheimerin tauti

Osalla keskivaikeassa vaiheessa ja osalla vaikeassa vaiheessa olevista muistisairaista ohimolohkojen sisäosat ovat lähes täysin tuhoutuneet. (Käypä hoito 2010.) Muisti toimii vain satunnaisesti, kielellisten vaikeuksien takia puheen tuotto ja ymmärtäminen on vähäistä, orientaatio ja keskittymiskyky ovat heikot, hahmottaminen ja kätevyys ovat vaikeasti häiriintyneet. Käyttöoireita on moninaisia ja niitä esiintyy lähes kaikilla. Apatiaa todetaan yli 90 %:lla potilaista. Katastrofireaktiot, vastustelu, agitaatio ja levoton vaeltelu ovat yleisiä. Masennusta esiintyy edelleen, mutta se saattaa ilmetä ahdistuneisuutena ja levottomana käyttäytymisenä. Potilasta on ohjattava tai konkreettisesti autettava kaikissa perustoiminnoissa. Konkreettista apua tarvitaan ensin pukeutumisessa,

peseytymisessä ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa, seuraavaksi wc-toiminnoissa ja lopulta syömisessä. Avun ja valvonnan tarve on samanlainen kuin 2–4-vuotiaalla lapsella eikä potilasta voi jättää yksin. Tässä vaiheessa lähes kaikilla muistisairailta todetaan somaattisia neurologisia oireita. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 133; Käypä hoito -suositus 2010.)

Apraksisiin tai ekstapyramidaalisiin häiriöihin liittyvät kävelyhäiriöt lisäävät kaatuilutaipumusta. Apraktisessa kävelyhäiriössä liikkeellelähtö on vaikeaa jalkojen tottelemattomuuden takia ja kävely muuttuu lyhytaskeliseksi ja leveäraiteiseksi. Ekstrapyramidaalisessa häiriössä kävely saattaa olla hidasta, lyhytaskelista, raajat ovat jähmeät ja kasvot ilmeettömät. Osalle potilaista kehittyy myös lihasjäykkyys (spastisiteetti), vilkastuneet jänneheijasteet ja positiivinen Babinskin heijaste. Primaariheijasteet (tarttumisrefleksi, turparefleksi, imemisrefleksi) tulevat esille, minkä takia potilas tarrautuu esimerkiksi ovenkahvoihin eikä pysty irrottamaan otettaan. Osalla potilaista esiintyy säpsähtelyä ja raajojen nytkähtelyä (myoklonusta) sekä epileptisiä kohtauksia. AT:n loppuvaiheessa jäljellä on vain yksittäisiä ilmaisuja, raajat jäykistyvät, ja kävelykyky katoaa. Potilas on pidätyskyvytön ja syötettävä, mutta nielemiskyky säilyy pitkään. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 133–134; Käypä hoito -suositus 2010.)

6 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISESSA

6.1 Muistisairaahan henkilön kohtaaminen

Topon (2007) ym. tutkimuksessa havaittiin, että vuorovaikutuksen määrällä ja laadulla on merkitystä. Mitä pidemmälle dementoiva sairaus on edennyt, sen haasteellisemmaksi vuorovaikutus tulee. Päivittäisessä hoitajan ja muistisairaahan välisessä yhteistyössä olennaista on paitsi se, mitä tehdään, myös se, miten se tehdään. Muistisairaahan kannalta onnistuneissa tilanteissa häntä kuunneltiin ja odotettiin, että hän reagoi tilanteeseen, häntä ei kuormitettu liian haasteellisilla kysymyksillä ja vuorovaikutustilanteissa hänen tunnetilansa kyettiin ottamaan huomioon. Näissä tilanteissa korostui se, että hoitaja käytti luovasti yksittäistä muistisairasta koskevia tietojaan sekä dementoivia sairauksia koskevaa tietämystään. Jos hoitajalla ei ole taitoja olla vuorovaikutuksessa dementiaoireisten kanssa ja ymmärtää heidän tilannettaan, voi ammattitaidoton toiminta lisätä muistisairaahan oireilua ja fyysisten rajoitteiden käyttöä. Myös muistisairaahan kokema kipu voi aiheuttaa oireilua. Tämä voi jäädä huomaamatta, koska sairastuneen kyky ilmaista sanallisesti kipuaan ja pyytää siihen apua on heikentynyt. Kun hoitajat saavat koulutusta dementoituneen hoidosta, vastakkainasetteluja hoitajien ja muistisairaiden välillä esiintyy vähemmän ja hoitajat ymmärtävät paremmin muistisairauden aiheuttamia oireita ja muistisairaahan itsensä näkökulmaa. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 113.)

Paljon kiistellään siitä, kuinka muistisairaahan epätodellisiin puheisiin pitäisi vastata. Pitäisikö niitä myötäillä vai pitäisikö ne oikaista ja voiko valkoisia valheita käyttää? Tällaisten kysymysten edessä on erityisen tärkeää ymmärtää muistisairauden luonne ja sen psyykkiset vaikutukset. Näissä tilanteissa ”oikean” vastauksen suunta löytyy, kun käsitetään, että muistisairas ilmaisee erilaisia tunteitaan. Tunne voi olla huoli, pelko, epäonnistunut olo, yksinäisyys tai rakkauden kaipuu. Kommunikoinnissa vastataan tunteeseen eikä siihen konkreettiseen asiaan, jota dementoituva ilmaisee. On olennaista, että hoitajalla on taito aistia tunteita ja toimia niiden mukaan. Huolta ilmaisevalle muistisairaalle pitää viestittää, että asiat ovat hyvin ja että hän on oikeassa paikassa. Hoitaja voi sanoa auttavansa ja pitävänsä huolta. Tärkeintä eivät ole selitykset, vaan puheesta muodostuva

tunnelma. Muistisairas aistii herkästi hoitajan suhtautumisen. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

AT:a sairastava voi tehdä tai sanoa jotain uudelleen ja uudelleen esimerkiksi hän voi toistaa sanaa tai kysymystä jatkuvasti. Useimmissa tapauksissa kyse on lohdun, turvallisuuden tai tuttuuden hakemisesta. Tällöin hoitaja voi yrittää selvittää, mikä käyttäytymisen aiheuttaa. Toisaalta hoitaja voi myös pyrkiä selvittämään, mitä muistisairas tuntee toistaessaan tiettyä sanaa tai kysymystä. Toistamisen tilalle voi yrittää tarjota muuta tekemistä tai muistisairaalle voi näyttää kuvaa tai muistilappua, jos niillä on vielä merkitystä muistisairaalle ja niistä löytyy vastaus ongelmaan. (Alzheimer’s Association i.a.) Muistisairas saattaa ilmaista pelkojaan sanomalla, että joku lyö häntä tai tappaa hänet. Tällaisissa tilanteissa hoitajan on tärkeintä kertoa, että muistisairas on turvassa ja että hänestä huolehditaan. Tärkeintä hoitajan on viestittää, että hän on läsnä turvana ja auttajana. Muistisairaahan epätodellinen puhe ei aina ilmennä huolta ja pelkoa, vaan se saattaa kertoa myös halusta kokea onnistumista, mielihyvää ja rakkautta. Äitiä kaivatessaan muistisairas ehkä haluaa lähelleen huolehtijan ja auttajan, joka välittää. Hoitaja voi omilla, tilanteeseen sopivilla keinoilla vastata näihin tarpeisiin. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

6.2 Muistisairaahan hoitamisen taito

Muistisairaahan elämänhistorian tunteminen antaa hoitajalle avaimet muistisairaahan maailmaan ja se on dementoituvan hyvän hoidon perusta. Elämänhistorian tunteminen auttaa hoitajaa käsittämään dementoituvan käyttäytymisen perimmäisen viestin. Persoonallisuus, ihmissuhteet, ja tapa suhtautua elämään ja käsitellä asioita heijastuvat muistisairaahan kokemuksiin ja käyttäytymiseen. Elämänhistorian tunteminen voi auttaa löytämään sopivia hoitomenetelmiä, joiden avulla tuttuus, turvallisuus ja onnistumisen tunne lisääntyvät. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

Muistisairas ponnistelee epäonnistumisen tunteita vastaan joko syrjäänvetäytymällä tai käyttäytymällä aggressiivisesti. Hän saattaa esimerkiksi kieltäytyä lähtemästä ulos tai ottamasta vieraita vastaan tai jopa lyödä. Tällöin hän voi pitää toisen ihmisen kohtelua määräävänä tai epäkunnioittavana. Kun muistisairaahan ihmisen itsetunto heikkenee, hä-

nen itseluottamuksensa murenee. Selviytymättömyyden tunne on pelottava. Toisen ihmisen läheisyys helpottaa tilannetta, joten muistisairas saattaa hakea hoitajalta turvaa esimerkiksi takertuvalla käytöksellä. Aggressiivisesti hoitotilanteissa käyttäytyvä muistisairas yleensä pyrkii suojaamaan reviiriään tai ilmaisemaan omaa tahtoaan, aikuisuuttaan ja mahtiaan. Kiireetön, levollinen lähestyminen tuntuu vähemmän pelottavalta. Muistisairaana on tärkeää kokea hoitaja luotettavaksi, koska hän aistii oman tilanteensa hallitsemattomuuden. Monimutkainen ja selittävä puhe ahdistaa muistisairasta ja puheen mekaanisuus voi lisätä hänen turvattomuuttaan. Selkeän arvostava, lupaa ja mielipiteitä kysyvä asennoituminen tukee muistisairaana omanarvontunnetta ja siten ehkäisee aggressiivista käyttäytymistä. Esimerkiksi kysymykset ”Ruoka on valmista. Tulisitteko syömään?” ja ”Minulla olisi nyt aikaa auttaa teitä peseytymään. Sopsisiko se?” viestittävät henkisen reviirin eli tilan antamisesta. Tämä on erityisen tärkeää niille, jotka ovat elämänsä aikana tottuneet olemaan ihmissuhteissa päätöksentekijöinä tai ohjaajina. Sekavina ja kaottisina hetkinä ilmaantunut aggressiivisuus voi laueta, jos hoitaja lempeästi mutta päättäväisesti ottaa tilanteen hallintaansa. (Aejmelaesus ym. 2007, 226–227.)

Muistisairaana ihmisen toimintakykyä, itsenäistä liikkumista ja elämän mielekkyyttä voidaan tukea erilaisilla aktiivisen arjen toiminnoilla. Dementiayksiköiden asiakkaat ovat useimmiten sairautensa keksivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa, ja helposti ajatellaan, ettei perinteisesti virikkeelliseksi mielletty toiminta, kuten jumppa, askartelu ja pelit, enää onnistu. Mielekäs arki on kuitenkin paitsi viihtyvyyttä lisäävää, myös kuntoutumista edistävää yksilöllisesti tavoitteellista toimintaa. Kannustamalla aktiiviseen toimintaan pyritään esimerkiksi fyysisten ja sosiaalisten taitojen ylläpitämiseen ja parantamiseen sekä itsetuntoa kohentaviin onnistumisen kokemuksiin. (Granö, Hyvärinen-Meler, Härmä, Högström, Kaijane, Kallioma & Telaranta 2009, 14.)

Mielekkään arjen osana hoitajan on tärkeää huomioida yksilöllisessä vuorovaikutuksessa tapahtuva aktivointi, esimerkiksi halaaminen, hieronta, muistelu, leikinlasku tai vaikka ulkonäöstä huolehtiminen. Hoitaja voi kannustaa aktiivisuuteen tavallisissa arjen toiminnoissa, kuten pukeutumisessa, syömisessä ja peseytymisessä. Hoitoympäristössä on hyvä olla helposti saatavilla erilaisia liikkumiseen ja tekemiseen houkuttelevia välineitä, joita voidaan käyttää ennalta valmistelematta, kun sopiva hetki tulee. Muistisairaana ihmisen aktiivinen arki voi sisältää perinteisesti kuntoutukseksi miellettyä fyysistä toimintaa, kuten liikuntaa, tasapainokuntoutusta tai kuntosaliharjoittelua. Se voi olla

myös ryhmälle suunniteltua, erillisissä tiloissa tapahtuvaa toimintaa, kuten maalaamista, musiikkia, draamaa tai tanssia. (Granö ym. 2009, 14.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö huomioi muistisairaahan ihmisen levon tarpeen ja oman rauhan tärkeyden. Osastolla on hyvä järjestää levähdyspaikkoja, jotka mahdollistavat rauhoittumisen. Muistisairaalle täytyy suoda mahdollisuus osallistua omien voimavarojensa mukaisesti. Näin hänelle syntyy osallisuuden kokemus ja tunne, että hän pystyy vaikuttamaan omaan elämäänsä ja ympäristönsä tapahtumiin. Erilaisen toiminnan seuraaminen aktivoi aivoja, vaikka siihen ei muutoin aktiivisesti osallistuisikaan. Muistisairaille tulee tarjota mahdollisuus kieltäytyä ja jättäytyä yhteisen toiminnan ulkopuolelle. (Granö ym. 2009, 14.)

7 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKKEETÖN HOITO

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että dementiapotilaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista pitää välttää. Hoitoyhteisön ja -ympäristön avulla voidaan kompensoida puutteita ja tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. Laajemmin tarkasteltuna lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, opastusta ja ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista. (Koponen & Saarela 2006, 501–504.)

7.1 Lääkkeettömän hoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle

Koposen ja Saarelan (2010) mukaan lääkkeettömillä hoidoilla voidaan tukea muistisairaahan toimintakykyä, sosiaalista kanssakäymistä, kontaktinottokykyä ja häntä voidaan aktivoida toimintaan. (Koponen & Saarela 2010, 488.) Lääkkeettömän hoidon tavoitteena on pyrkiä mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään käytösoireiden syntyä. On havaittu, että muistisairaasta pelottavilta tuntuvat, loukkaavat tai häkellyttävät toimet saattavat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Käytösoireista kärsivän ihmisen hoito on ensisijaisesti lääkkeetöntä, mikä tarkoittaa käytösoireiden mahdollisimman tarkkaa havainnointia ja analysointia sekä oireita aiheuttavien ja ylläpitävien olosuhteiden muuttamista. (Koponen & Saarela 2006, 501–502). Vuoren ja Heimosen (2007) mukaan lääkkeettömän hoidon taustafilosofiana on käyttäytymisen ymmärtäminen viesteinä ihmisen sisäisestä mielen maailmasta ja pahasta olost.

7.2 Lääkkeettömän hoidon toteutus, arviointi ja seuranta

AT:ssa lääkkeetöntä hoitoa tarvitaan pääasiassa käytösoireiden hoidossa. (Koponen 2011, 17). Lääkkeettömät hoitokeinot ovat ensisijaisia useimpien käytösoireiden hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2010). Lääkkeettömissä hoitomuodoissa kiinnitetään huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen. Muistisairaahan voimavarat ylittävässä tilanteessa syntyvä kauhu ja kiihtymys lievittyvät usein, kun poti-

laan huomio taitavasti kiinnitetään muuhun asiaan. (Koponen & Saarela 2006, 501–504). Hoitointervention räätälöinti ja monialaisuus näyttävät lisäävän sen vaikuttavuutta. Käyttöoireiden lievityksessä voidaan käyttää tunne- ja virikeorientoituneita terapioidia, käyttäytymisterapioiden sovelluksia, ryhmätoimintoja sekä tilanteen mukaan toteutettua ongelmanratkaisun tukemista. (Koponen 2011, 17–18.)

Koponen (2011) toteaa, että käyttöoireiden arvioinnissa pyritään selvittämään, liittyykö oire fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan, onko sillä yhteyttä potilaan ympäristöön, tai johtuuko se vuorovaikutuksen vaikeuksista. Käyttöoireita pitää hoitaa, kun ne rasittavat muistisairasta tai heikentävät kykyä huolehtia itsestä tai vaikuttavat sosiaaliseen vuorovaikutukseen tai toimintakykyyn. Hoito on tärkeää myös silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita muistisairaalle itselleen tai muille. Jos oireet ovat lieviä, noin kuukauden ajan tehty tehostettu seuranta voi selventää oireiden laatua. Samalla itsestään väistyvien oireiden poistumiselle jää aikaa. (Koponen 2011, 17.) Käyttöoireiden säännöllinen kartoittaminen ja hoito ovat oleellinen osa muistisairaahan seurantaa. (Käypä hoito -suositus 2010).

7.3 Käyttäytymistä muokkaava terapia

Käyttäytymistä muokkaavat interventiot ovat tuloksellisia silloin, kun ne ovat käytös- tai oirekohtaisia. Tämä mahdollistuu kun käyttäytymistä kuvataan ja määritellään mahdollisimman tarkasti. Käyttäytymisen kuvauksen jälkeen arvioidaan ei-toivottua käyttäytymistä edeltävät tekijät ja havainnoidaan käyttäytymisen seurauksia. Edeltävät tapahtumat laukaisevat tietyn käyttäytymisen ja seuraukset voivat vahvistaa sitä. Ei-toivottua käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä pyritään poistamaan tai ainakin karsimaan. Itse oirekäyttäytymistä pyritään vähentämään kohdistamalla siihen mahdollisimman vähän huomioita. Potilaaseen kohdistettujen vaatimusten ja odotusten tulee vastata hänen toimintatasoaan ja käytöksen muokkaaminen on sekä yhteisöön että vuorovaikutukseen vaikuttamista. Käyttäytymistä muokkaavan terapian avulla fyysinen levottomuus, aggressiivisuus ja verbaalisesti (sanallisesti) kiihtynyt käyttäytyminen vähenevät. (Koponen & Saarela 2006; 501–504.)

7.4 Psykososiaaliset ja psykomotoriset hoitomuodot

Psykomotorisia aktivointiohjelmia on dementiapotilaiden hoidossa käytetty kohentamaan tiedollisia suorituksia ja vähentämään agitaatiota. Käyttökelpoisia toimintoja ovat yksinkertaiset aktiviteetit, joissa käytetään hyväksi pelejä ja liikunnallisia elementtejä (isot/pienet pallot, pöytäkiekko) Tavoitteena on kontaktikyvyn tukeminen, aktivointi, sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. (Koponen & Saarela 2010, 487–488.)

7.5 Tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet hoitomuodot

Muistisairaiden hoidossa käytetyissä tunne-elämää tukevissa ja kognitiivisesti suuntautuneissa hoitomuodoissa korostetaan tukea antavaa ja turvallisuutta lisäävää vuorovaikutusta. On olennaista pyrkiä säilyttämään jatkuvuus dementoituneen kokemusmaailmassa. Hoitava henkilö voi yrittää saada kosketusta muistisairaahan mielenmaailmaan. Hän voi esimerkiksi tutustua dementiapotilaan omiin tai hänen omaistensa kokemuksista koostuviin kirjoituksiin ja kuunnella potilaan kertomuksia haastattelussa tai ryhmätilanteissa. Hoitaja saa tietoa seuraamalla potilaan sanallista ilmaisua ja kokeilemalla käyttäytymistä stimuloivia rooliharjoituksia eläytymällä potilaan tilanteeseen. Tunne-elämää tukevat hoitomuodot voivat olla hyödyllisiä dementoitumisen alkuvaiheissa, jolloin sopeutumisvaikeuksien lievittämiseksi tukea antava ja puutteiden korostamista välttävä hoito-ote on tärkeä. Potilasta rohkaistaan puhumaan kokemuksistaan ja turhautumisistaan hyväksyvässä ilmapiirissä. (Koponen & Saarela 2010, 487–488.)

Masentuneille dementiapotilaille suositellaan tunnekokemuksia painottavaa psykoterapeuttista vuorovaikutusta, johon voi sisältyä rauhoittavaa muistelua, miellyttäviä tapahtumia, luovia ja stimuloivia terapioita, kuten taideterapiaa, sekä erilaisia liikuntamuotoja. Muisteluterapia voi lyhytkestoisesti vaikuttaa mielialaan ja käyttäytymiseen. Muistelussa vältetään tunneperäisiä konflikteja aiheuttavia aiheita ja pyritään siihen, että potilas kokisi mielihyvää, jolloin hänen identiteettinsä vahvistuisi. Muistelussa voidaan tukea sopeutumista pohtimalla, mistä kaikesta elämässä on jo selviytytty. (Koponen & Saarela 2010, 487–488.)

TunteVa-toimintamalli on muistisairaahan kohtaamiseen kehitetty vuorovaikutusmenetelmä. TunteVa-vuorovaikutuksessa on kyse muistisairaahan henkilön arvostavasta kuuntelemisesta ja kohtaamisesta ja se auttaa ymmärtämään muistisairaahan maailmaa. Toimintamalli ohjaa vuorovaikutusta sellaiseen suuntaan, mikä tukee muistisairasta ihmistä. (Arola, 2010.) Ennen TunteVa-toimintamallista käytettiin käsitettä validaatioterapia. Validaatioterapia perustuu ihmisen tavalle käsitellä menneisyyden tapahtumia uudelleen mielikuvien avulla. Mielikuvat, joissa iäkäs dementoituva ihminen elää, on hänen sisäinen todellisuutensa ja validaatioterapiassa tätä todellisuutta pidetään validina eli luotettavana. (Aejmelaesus, ym. 2007, 241–242.)

Validaatioterapian tavoitteena on omanarvontunnon palauttaminen, stressin vähentäminen, oman olemassaolon oikeutuksen tunteen saavuttaminen ja menneisyyden selvittämättömien ristiriitojen ratkaiseminen. Terapian avulla pyritään myös rauhoittavien lääkkeiden ja fyysisten pakotteiden käytön vähentämiseen. Sanallinen ja sanaton kommunikaatio voivat lisääntyä, samoin liikuntakyky ja fyysisen hyvinvointi. Keskeistä validaatioterapiassa on, että työntekijä ei koskaan valehtele muistisairaalle. Hänen sanojaan ei oiota eikä sanomisia korjailta, jottei hän kokisi epäonnistumista tai nolatuksi tulemisen tunnetta. Kontaktin luomisessa dementoituvaan ilmeiden, eleiden, kosketuksen ja äänensävyyn merkitys korostuu. Dementoituva havaitsee helposti näissä ilmenevät ristiriidat. Dementoituvan puheesta haetaan avainsanoja, joita voidaan toistaa, jolloin hänelle tulee tunne, että hänen asiansa otetaan todesta. ”Miksi?” kysymystä vältetään, koska se edellyttää vastauksessa syy-seuraussuhteiden ymmärtämistä, johon dementoituva ei enää kykene. (Aejmelaesus ym. 2007, 241–242.)

7.6 Virikkeitä painottavat hoitomuodot

Virikkeitä painottavissa hoitomuodoissa, esimerkiksi virkistystoiminnassa ja askartelussa sekä musiikki-, tanssi-, taide- ja lemmikkieläinterapiassa pyritään muistisairaalle tuottamaan mielihyvän kokemuksia. Musiikkiterapiassa vaikeastikin muistisairaahan henkilöt saattavat reagoida musiikkiin, erityisesti rytmiin, ja jatkuvaan ärsykevirtaan. Kyky kokea musiikin avulla tunne-elämyksiä ei katoa kognitiivisten taitojen heikentyessä. Musiikkiterapian avulla voidaan ohjata ja kehittää reagointia ja käyttäytymistä ja se lisää muistisairaahan aktiivista osallistumista ja vähentää levotonta käyttäytymistä. Mu-

siikkiterapia voi helpottaa oman kehon hahmottamisessa ja edistää mielihyvän kokemista ja vuorovaikutusta. Kun musiikkia käytetään hoitokeinona, painotetaan musiikkivälinnoissa dementoituneen yksilöllistä ja persoonallista luonnetta. (Koponen & Saarela 2010, 489.)

Päivittäisten toimintojen harjoittaminen voi kohentaa laitoshoidossa olevien muistisairaiden kykyjä huolehtia itsestään. Aktiviteetit ja opastus voivat tukea toiminnallisuutta ja vähentää käytöshäiriöitä. Suunnitelluilla toimintaohjelmilla on laitosympäristössä myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden toimintakyvyn säilymiseen. (Koponen & Saarela 2010, 489.)

7.7 Hoitoympäristö

Ympäristöllä on iso merkitys etenevää muistisairautta sairastavan ikäihmisen selviytymiselle. Kodin tunnelma on tärkeä dementoituneelle henkilölle ja siksi hänen elämänsä historiaansa liittyvät tiedot kannattaa selvittää. Turvallisuuden lisäämiseen voidaan tarvita hoitajien ja teknologian avulla toteutettua valvontaa. Selkeän, orientoivan ja turvallisen hoitoympäristön kehittämisen, tilojen toiminnallisuuden aikaansaamisen sekä itsensä vahingoittamisen estämisen tulisi ohjata tilaratkaisuja ja sisustussuunnittelua. Tilojen tulee mahdollistaa vapaa liikkuminen ja toiminta ilman hoitajien jatkuvaa ohjausta sekä sallia ulkoilu luonnon läheisyydessä. Tutkimusten mukaan dementoituneen toimintakykyä tukevassa fyysisessä ympäristössä on tilaa liikkua ja olla yhdessä muiden kanssa. Hyvä tila on hallittavissa ja tarjoaa hahmottamista tukevia vihjeitä. Toimiva fyysinen ympäristö on hyvä elää ja se on ärsyketasoltaan sopiva. Hyvä hoitoympäristö on kodinomainen, siinä otetaan huomioon dementoituneen yksilöllisyys ja yksityisyys ja se on yksikkönä riittävän pieni. (Mäkinen, Kruus-Niemelä & Roivas 2009, 13–14.)

Turvallisuutta tukeva ympäristö koostuu fyysisestä ja henkisestä reviiristä, kunnioituksesta ja arvostuksesta, itsenäisyydestä, luottamuksesta ja todellisuuden hahmottamisesta, rauhallisuudesta, vakuuttavasta huolenpidosta, aidosta suhtautumisesta, johdonmukaisuudesta ja vaihtoehtojen antamisesta. Oman arvontunnetta tukeva ympäristö muodostuu itsekunnioituksesta, itseluottamuksesta, oman kelvollisuuden ja kyvykkyyden kokemuksista ja oman elämän arvon ja merkityksen kokemuksista, onnistumisen tuntei-

den tukemisesta, huomaamattomasta avustamisesta, myönteisestä palautteesta sekä dementoituneelle tärkeän ja riittävän fyysisen tilan antamisesta. (Mäkinen ym. 2009, 13–14.)

7.8 Toimintamalleja erilaisten käytösoireiden lievittämiseksi

Kun oireena on kovaääninen huuto, tulee ensisijaisesti selvittää, ettei muistisairaana huu-tojen aiheuttajana ole masennus, kipu, hoitamaton sairaus tai fyysinen epämukavuus. On myös esitetty, että virikkeettömyys voisi olla yhtenä syynä häiritsevään äänekkyy-teen. Hoitokokeiluissa on kiinnitetty huomiota yhteisön ja ympäristön ali- tai ylistimu-laatioon. Voimakasta ympäristömelua ei tulisi olla. Meluhaittojen välttämiseksi voidaan seinille ripustaa ryijyjä tai muita melua vähentäviä tekijöitä. Myös tukevat matot ovat hyödyllisiä. Television, radion, ovikellojen ja puhelinten äänenvoimakkuudet kannattaa säätää mahdollisimman hiljaisiksi. Hiljainen taustamusiikki voi vähentää levottomuut-ta. Kuultavaksi voidaan tuottaa nauhoitettuja ääniä, esimerkiksi aaltojen kohinaa ”val-koisena meluna”. Hoidon ansiosta äänekkyyys voi vähentyä jonkin verran. Ellei huuto-oire lievyt, voidaan ympäristöä muokkaamalla pyrkiä pienentämään oireen rasitusvai-kutusta muistisairaana ympäristöön. (Koponen & Saarela 2010, 489–490.)

Uni-valverytmin häiriöstä kärsivien hoidossa voi päiväunien ja vuoteessa vietetyn ajan vähentämisestä sekä kirkasvaloaltistuksesta olla hyötyä. Uni-valverytmin häiriössä kir-kasvaloaltistuksen vaikutuksesta unirytmien on todettu kohentuneen. Valohoidolla ei kuitenkaan ole vaikutusta niiden muistisairaiden agitaatioon (kiihottamiseen), joiden uni-valverytmi on normaali. (Koponen & Saarela 2010, 489–490.)

Liiallista vaeltelua voi ilmetä AT:n kaikissa vaiheissa. Kannattaa miettiä, onko henkilön epätarkoituksenmukaisessa liikehdinnässä kuitenkin jokin mielekäs tai mielekkyyttä lisäävä sisältö. Kävelyyn liittyy vähemmän vaaratekijöitä, jos se tapahtuu ympäristössä, jossa ulko-ovella huomataan henkilön poistuminen. Tilojen tunnistamista helpottavat merkinnät voivat lisätä muistisairaana turvallisuutta ja vähentää vaeltelua. Jos muistisai-ras vaeltaa tyytyväisenä, on viisainta varmistaa, että kulkureitti on turvallinen. (Kopo-nen & Saarela 2010, 489–490.)

Harhaluuloja on noin joka kolmannella AT:a sairastavalla henkilöllä. Tyypillisiä harhaluuloja ovat esimerkiksi varastamis-, myrkytys-, ja hylkäämisharhaluulot, ”Talo, jossa asun, ei ole minun kotini” -harhaluulo ja parisuhteeseen liittyvät harhaluulot. Henkilö voi myös tehdä virhetulkintoja, kun hän näkee peilin tai television ja hän voi uskoa, että henkilöt eivät ole niitä, joita heidän väitetään olevan. Näissä tilanteissa voidaan perehtyä muistisairaahan elämänhistoriaan. On myös hyvä selvittää, onko ympäristössä käytösoireeseen altistavia tekijöitä. Peilit kannattaa poistaa ja televisiota voidaan mahdollisuuksien mukaan katsoa yhdessä tai laittaa se kiinni. Aistiharhojen poissulkemiseksi kannattaa tarkistaa somaattinen terveydentila ja lääkitys. Henkilö- ja ympäristömuutoksien välttäminen ja selkeiden päivärutiinien järjestäminen saattaa ehkäistä harhaluulojen syntymistä. (Sulkava, Viramo, Eloniemi-Sulkava 2007, 31.)

8 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKEHOITO

8.1 Lääkehoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle

AT:n taudin lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain, kun taudin diagnoosi on selvinyt. Varhain aloitetulla lääkehoidolla voidaan vähentää ja hidastaa AT potilaan toimintakyvyn heikkenemistä, helpottaa käytösoireiden hoitoa ja siirtää niiden ilmaantumista. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 477–480.) AT:n ensisijaiseksi lääkkeeksi suositetaan asetyylikoliiniesteraasin estäjää (AKE) tai memantiinia. Pitkälle edenneessä AT:ssa AKE:n estäjän rinnalle liitetään usein memantiini. (Käypä hoito -suositus 2010.)

8.2 Lääkehoidon toteutus

AT:ssa lääkehoito tulee aloittaa pienellä aloitusannoksella ja sitä lisätään hitaasti suurempaan siedettyyn annokseen. Ikäihmisillä aloitus annos suositeltua pienempi ja lisäykset hoitotasolle tehdään hitaasti. (Pirttilä ym. 2010, 477–480.)

Ennen AT:n lääkehoidon aloitusta asiakkaalle tehdään seuraavat tutkimukset (Pirttilä ym. 2010, 477–480.):

- tehdään aivojen kuvantaminen esimerkiksi MK (magneettispektroskopia)
- selvitetään potilaan kliiniset taustatiedot
- tehdään laboratoriotutkimuksia (PVK, La, Krea, K, Na, Kol) sekä RR ja Ekg
- tehdään muistitesti; kognitiivinen muistitesti (CERAD) tai muistiseula tai laaja neuropsykologinen testi sekä masennustesti (GDS)
- tehdään toimintakykytesti; RAVA tai ADL
- varmistetaan, että lääkehoito toimii ja potilaan saa lääkkeensä säännöllisesti esimerkiksi hoitaja huolehtii lääkkeen säännöllisestä ottamisesta.

Lääkehoito edellyttää aina kokonaistilanteen säännöllistä seuranta ja moniammatillista yhteistyötä. AT:ssa lääkehoidon arviointi ja hoitovasteen seuranta aloitetaan heti lääke-

hoidon alusta. (Pirttilä ym. 2010, 477–480; Kivelä & Räihä 2007, 56–58; Käypä hoito -suositus 2010.):

- AT:n lääkehoidon aloituksessa ja psyykkelääkkeiden sekä vaikeiden käytösoireiden hoidossa lääkärin seurantakäynnit ovat 1–3 kuukauden kuluttua, jolloin tarkistetaan lääkkeen siedettävyyttä ja annosmuutosten sujuvuus. Jatkuvässä lääkehoidossa lääkärin tapaamisväliksi suositellaan 6–12 kuukautta.
- Lääkkeen hoitovastetta arvioidaan 6 kuukauden kuluttua, jolloin arvioidaan potilaan tilan vakiintumista ja lääkkeen siedettävyyttä. Vasteen arvioinnissa ja seurannassa käytetään diagnoosivaiheen mittareita (CERAD), toimintakyky- (ADL, Rava), masennusseula testiä ja seurantalomaketta. Lääkehoidon tehon arviointi perustuu oireiden ja toimintakyvyn muutoksiin hoidon aikana.
- Käytösoireiden arvioinnissa ja seurannassa käypä hoito suosituksen mukaan voidaan käyttää neuropsykiatrista haastattelua (NPI). Asiakasta ja omaisia haastatellaan voinnin muutoksista sekä huomioidaan muut toimintakykyyn vaikuttavat akuutit sairaudet.
- Lääkehoidon kesto ja lääkehoidon vasteen kesto arvioidaan yksilöllisesti. Mikäli lääkehoito todetaan soveltuvaksi ja lääkevaste on todettu, arvioinnit tehdään 2 kertaa vuodessa tai tarpeen mukaan useammin.
- Lääkehoito tulee lopettaa tai vaihtaa toiseen, jos lääkkeelle ei tule viitettä hoitovasteesta puolen vuoden kuluttua lääkehoidon aloittamisesta. Lääkehoito tulee lopettaa tilanteissa, jossa asiakkaalla on hallitsemattomia ja voimakkaita kiusaavia haittavaikutuksia, lääkkeen siedettävyyttä on huono tai asiakkaan vointi heikkenee lyhyessä ajassa stabiilin vaiheen jälkeen, muuta selittävää tekijää muutokselle ei löydy tai hoidon valvonta ei onnistu.
- Mikäli asiakkaan vointi lääkehoidon lopetettua heikkenee huomattavasti, suositellaan lääkehoidon uudelleen aloittamista. Lääkehoidon jatkamisen tarve ja lääkehoidon hyöty tulee määrittellä yksilöllisesti, kun potilaan kommunikointi ja omatoiminen syöminen sekä elämää ylläpitävät toiminnot heikkenevät.
- Mikäli lääkehoitoa joudutaan vaihtamaan, voidaan vaihto toteuttaa ilman taukoa. AKE-estäjä vaihdetaan mielellään toiseen vastaavaan AKE-estäjään tai joskus henkilö hyötyy AKE-estäjän ja mematiinin yhteiskäytöstä.

Lääkehoito on eettisesti oikein ja laadukkaasti toteutettu, kun asiakkaan lääke on määrätty oikein perusteiden, hoidon toivottuja vaikutuksia sekä haitta- ja yhteisvaikutuksia seurataan säännöllisesti ja lääkehoito lopetetaan hoitosuosituksen mukaisesti. (Kivelä 2009, 244.) Lääkityksen säännöllisellä seurannalla ja arvioinnilla varmistetaan, että henkilön hoidon kannalta kaikki tarpeelliset lääkkeet ovat käytössä sopivilla annoksilla ja käytössä ei ole sopimattomia tai tarpeettomia lääkkeitä. (Ahonen, 2011.)

8.3 Iäkkään muistisairaana lääkehoidossa huomioitavaa

Iäkkään muistisairaana lääkehoidossa on huomioitava, että lääkeannokset hoitoa aloitettaessa ovat pieniä. Lisäksi muistisairaana lääkehoidossa tulisi välttää antokolinergisesti vaikuttavien lääkeaineiden, trisyklisen masennuslääkkeiden, virtsankarkailun hoidossa käytettävien lääkkeiden ja perinteisten neuroleptien käyttöä. Antikolinerginen oireyhtymä saattaa kehittyä henkilölle, joka käyttää samanaikaisesti monia eri lääkkeitä ja sen oireita ovat sekavuus, ärtyvyys, kiihtyneisyys ja näköharhat. (Huttunen 2008, 283.) Pitkävaikutteiset diabeteslääkkeet (sulfonyyliureat) voivat aiheuttaa levottomuutta ja statiinien on todettu aiheuttavan AT:a sairastaville henkilöille keskushermostohaittoja (levottomuutta, psykoottisia oireita). Vahvojen kipulääkkeiden on todettu puolestaan aiheuttavan muistisairaalle muita herkemmin sekavuutta ja psykoottisia oireita. Muistisairaana sairastavan henkilön verenpainelääkitys on aina tarkistettava ja verenpainetta tulee seurata säännöllisesti, koska ortostaattinen reaktio on varsin tavallinen. Rasvaliukoisten beetasalpaajien haittavaikutuksena voi muistisairaalla ilmetä keskushermosto-oireita ja liian tehokkaan lääkehoidon aiheuttama liiallinen verenpaineen lasku voi aiheuttaa levottomuutta. AT:n ennaltaehkäisyssä estrogeenihoidolla voi olla taudin sairastumisen vaaraa vähentävä vaikutus. Psykoosilääkkeet saattavat lisätä muistisairaiden aivoverenvuodon häiriöitä ja kuolleisuutta. (Viramo & Strandberg 2010, 502–503; Käypä hoito -suositus 2010.)

Serotoniinioireyhtymä on harvinainen mutta hengenvaarallinen tila. Oireyhtymässä lääkitys aiheuttaa keskushermostossa liiallisen serotoniniaktiivisuuden eli serotoniinimyrkytyksen. Iäkkäällä henkilöllä on vaara sairastua oireyhtymään, jos hän käyttää kahta tai useampaa serotonergistä lääkettä yhtä aikaa tai yhden lääkkeen annos on liian suuri. (Kivelä & Räihä 2007, 63.) Oireyhtymä voi kehittyä esimerkiksi silloin, kun SSRI-

lääkehoito on yhdistetty trisykliseen masennuslääkkeeseen, buspirooniin, mirtatsapiiniin, venflaksiiniin, karbamatsepiiniin tai särky- ja migreenilääkkeisiin. Serotoniinimyrkytyksen oireita ovat: vatsakouristukset, vaikea ripuli, sekavuus, delirium, kooma, puhehäiriöt, koordinaatiohäiriöt, pakkoliikkeet, takykardia, hypotonia, verenpaineen voimakkaat vaihtelut, hikoilu, ahdistus, sydänverenkierron romahdus (kradiovaskulaarinen kollapsi), ajan- ja paikantajun hämärtyminen (desorientaatio), kohonnut kuume ja refleksien kiihtyminen. Hoitona on lääkityksen välitön lopettaminen sekä oireenmukainen hoito. (Viramo & Strandberg 2010, 502–503; Käypä hoito -suositus 2010; Huttunen 2008, 283,129; Terveyskirjasto 2008; Kivelä & Rähä 2010, 235.)

8.4 Alzheimerin taudin keskeisimmät lääkkeet

AT:ssa tapahtuu muutoksia useissa kemiallisissa viestintäjärjestelmissä. Kolinerginen hermotus saa alkunsa aivojen sisäosista, josta se nousee aivokuorelle ja aktivoi aivokuoren hermosoluja sekä parantaa niiden toimintavalmiutta. Hermosolut siirtävät viestiä toisilleen synapsialueella kemiallisesti. AT:ssa ja useissa muistisairauksissa kolinerginen järjestelmä vaurioituu ja vapautuvan asetyylikoliini välittäjäaineen määrä vähenee. Asetyylikoliini on koliiniesteraasin muoto, joka on hermosolujen synapsiraossa olevaa välittäjäainetta ja se tehostaa solujen toimintaa. (Pirttilä ym. 2010, 466; Käypä hoito -suositus 2010.)

AT:n ensisijaiseksi lääkkeeksi suositellaan asetyylikoliiniesteraasin estäjiä (AKE), joita ovat donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini. Donepetsiili tehostaa aivoissa vaikuttavan asetyylikoliini välittäjäaineen toimintaa, lievittää AT:n oireita ja pyrkii hidastamaan taudin etenemistä. (Käypä hoito suositus 2010). Lääke imeytyy lähes täydellisesti ja huippuvaikutus saavutetaan jo 3–5 tunnin kuluttua. Puoliintumisaika on noin 100 tuntia. Rivastigmiini vähentää asetyylikoliinin pilkkoutumista ja lisää kolinergistä hermovälitystä. Osalla potilaista lääke hidastaa AT:n etenemistä ja lievittää oireita, mutta sen vaikutus lakkaa yleensä jossakin vaiheessa taudin edetessä. Rivastigmiini imeytyy nopeasti ja lähes täydellisesti, mutta ruoka hidastaa imeytymistä. Rivastigmiinia on saatavissa kapseleina, oraaliliuoksena ja depotlaastareina. Galantamiini herkistää nikotiinireseptoreita asetyylikoliinin vaikutuksille ja saa aikaan solun aktivaation pienemmällä asetyylikoliinin määrällä. Galantamiini imeytyy nopeasti ja täydellisesti noin 1–2 tunnin kulu-

essa. Ruoka hidastaa imeytymistä ja lääkkeen puoliintumisaika on noin 6 tuntia. AKE-lääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavaan liittyvät vaikutukset kuten pahoinvointi, oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus. Lisäksi voi esiintyä heitehuimausta, päänsärkyä, väsymystä, unettomuutta, lihaskramppeja, ärtyisyyttä tai psyykkisiä oireita kuten levottomuutta. Lääkkeillä on myös yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. (Käypä hoito -suositus 2010; Pirttilä ym. 2010, 471–473; Tohtori.fi 2011; Terveyskirjasto 2011.)

Memantiini on NMDA- reseptori antagonisti, joka vaikuttaa erityisesti keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa parantamalla potilaan kognitiota sekä toimintakykyä myös taudin vaikeassa vaiheessa. Glutamaatti on yleisin aivojen välittäjäaine, joka kiihdyttää hermosolujen toimintaa. Memantiini vähentää liiallisen glutamaatin haitallisia vaikutuksia aivoissa ja lievittää taudin oireita. Liiallinen glutamaatin määrä häiritsee aivosolujen oppimistapahtumaa, jolla on merkittävä rooli muistijälkien synnyssä. Memantiini on vaihtoehto niille, joille kolinerginen lääkitys ei sovi haittavaikutustenvuoksi. Lääke on yleensä hyvin siedetty ja sen haittavaikutuksia voivat olla esimerkiksi päänsärky, väsymys, uneliaisuus, aistiharhat, huimaus tai sekavuus. Lääke voi nostaa verenpainetta. Lääkettä voidaan käyttää yhdessä donepetsiilin kanssa vähentämään AT:a sairastavan henkilön käytösoireita. Lääkkeellä on yhteisvaikutuksia useiden lääkeaineiden kanssa. (Pirttilä ym. 2010, 473; Puurunen 2007, 28; Kivelä & Räihä 2007, 56; Käypä hoito -suositus 2010.)

8.5 Alzheimerin taudin käytösoireiden lääkehoito

Psykoosilääkehoidosta hyötyy noin puolet (50 %) jopa kaksi- kolmasosaa dementiapotilaista. Epilepsia lääkkeitä ja uudet psykoosilääkkeet aiheuttavat vähemmän neurologisia haittavaikutuksia kuin tavanomaiset psykiatrilääkkeet. Lääkehoitoa suunniteltaessa on aina huomioitava asiakkaan yksilölliset haitta- ja sivuvaikutuksille altistavat tekijät kuten muu lääkehoito. Lääkkeen hoitovastetta tulee esille 2–4 viikon aikana lääkkeen aloittamisesta. Potilaan käytösoireissa tapahtuu muutoksia dementian edetessä, siksi lääkehoidon tarpeellisuutta on arvioitava 3–6 kuukauden välein. Lääkkeettömät hoitokeinot lääkehoidon rinnalla ovat erittäin tärkeitä. (Koponen ja Saarela 2010, 485; Käypä hoito -suositus 2010.) Käytösoireiden lääkehoidon esimerkkejä olemme koonneet opin-

näytetyöhömmö muun muassa Käypä hoito -suositukseen, Koposen & Saarelan, Sulkan sekä Kivelän & Rähän lähteitä käyttäen.

Käyttöoireiden lääkehoidon periaatteet (Viramo ja Strandberg 2010, 503):

1. vain yksi psyykeliäkevalmiste käytössä kerrallaan
2. mahdollisimman pieni annos lyhyen aikaa
3. ongelmaton metabolia eli lääke poistuu aineenvaihdunnan kautta
4. mahdollisimman vähän haitta- ja antikolinergisia vaikutuksia
5. lääkkeen valinnassa huomioitava aina henkilön ikä

8.5.1 Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden lääkehoito

Masennusta esiintyy AT-potilailla usein taudin alkuvaiheessa, kun kognitiiviset oireet ovat lieviä tai keskivaikeita. Masennuslääkkeiden käyttöä dementiaa sairastaville suositellaan vain melko kauan kestäneiden masennustilojen hoitoon. Dementoituneen masennustilaa tulee hoitaa ensisijaisesti lääkkeettömällä hoidolla esimerkiksi empaattisella tuella, osallistumisella, virikkeellisellä tekemisellä, liikunnalla sekä myönteisellä ja arvostavalla asenteella. Jokapäiväiseen elämään liittyvän stressin aiheuttamat ahdistuneisuus- tai jännittyneisyysoireet ei yleensä vaadi lääkehoitoa ja lääkehoito on vain osakonaishoitoa. (Kivelä & Rähä 2007, 60.)

Keskivaikeiden ja vaikeiden masennusoireiden hoitoon käytetään serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI). Yleisimpiä käytettyjä ja kansainvälisesti suositeltuja ovat sitalopraami ja sertraliini ja essitalopraami. SSRI- lääkkeitä sitalopraamia voidaan käyttää masennuksen, ahdistuneisuuden, paniikkihäiriöiden ja erilaisten pelkotiilojen hoitoon, masennuksesta palautumiseen sekä sen uusiutumisen ehkäisyyn. Sertraliinia voidaan käyttää masennuksen, ahdistuneisuuden, pakko-oireisen häiriön tai traumaperäisen stressin hoidossa. Essitalopraamia käytetään masennuksen ja paniikkihäiriöiden hoidossa. SSRI- lääkkeiden annostus on yksinkertainen annostus eli niiden käyttö voidaan aloittaa suoraan hoitoannoksella. Yleensä SSRI- lääkkeen vaikutukset ilmaantuvat 2–4 viikon kuluttua hoidon aloituksesta ja niiden puoliintumisaika on noin 30 tuntia, mutta iäkkäällä henkilöllä huomattavasti pidempi. Lääkkeet ovat hyvin siedettyjä ja toksiset vaikutukset yliannostuksen yhteydessä vähäisiä. Haittavaikutuksina voi esiintyä esimer-

kiksi suun kuivumista, pahoinvointia, ripulia, vapinaa, päänsärkyä, hikoilua, unettomuutta tai uneliaisuutta. Lääke voi aloitusvaiheessa aiheuttaa potilaalle itsetuhoisia ajatuksia tai johtaa jopa itsemurhayrityksiin. Yhteiskäyttö samanaikaisesti muiden lääkkeiden kanssa voi muuttaa niiden vaikutusta ja saattaa aiheuttaa serotoniinioireyhtymän. (Terveyskirjasto 2011; Huttunen 2008, 106–109; Sulkava 2007, 25, 135; Koponen & Saarela. 2010, 492–493; Kivelä & Rähä 2007, 63, 233–235).

Masennusoireiden hoidossa käytetään myös SNRI- lääkkeitä eli selektiivisiä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä (venlafaksiini). Lääkkeet vaikuttavat aivoissa pääasiassa serotoniini, noradrenaliinin ja muiden välittäjäaineiden toimintaan, jotka vaikuttavat osaltaan masennustilan syntymiseen. Venlafaksiini on masennukseen käytetty lääke, joka on tehokas lääke myös kroonisten kiputilojen hoidossa ja soveltuu käytettäväksi vanhuksille. Vaikutukset alkavat noin kahden viikon sisällä lääkehoidon aloituksesta. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat unettomuus, vatsavaivat, ripuli, ruokahaluttomuus, hermostuneisuus, voimattomuus tai verenpaineen nousu. Yhteiskäyttöä tulee välttää MAO- estäjien kanssa. (Huttunen 2008, 109–110; Sulkava 2007, 35; Terveyskirjasto 2011; Koironen 2010; Koponen & Saarela 2010, 492–493.)

Noradrenaliiniset ja spesifiset serotonergiset masennuslääkkeet (NaSSA), esimerkiksi mirtatsapiini, soveltuvat myös muistisairaiden ikäihmisten masennuksenhoitoon. Lääke vaikuttaa keskushermostossa serotoniini ja noradrenaliini välittäjäaineiden toimintaan siten, että masennuksen oireet lievittyvät. Lääkehoito tulee lopettaa asteittain vieroitusoireiden välttämiseksi. Haittavaikutuksina voi esiintyä esimerkiksi turvotusta, päänsärkyä, huimausta, ruokahalun kasvua tai väsymystä. Lisäksi lääke voi kohottaa plasman kolesteroli- ja triglyseridipitoisuutta. Yhteiskäyttöä on MAO- estäjien kanssa vältettävä. Lääke voimistaa alkoholin sekä muiden rauhoittavien lääkeaineiden vaikutusta. (Huttunen 2008, 111–112; Sulkava 2007, 35; Koironen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493.)

Masennustilojen sekä sosiaalisten tilanteiden aiheuttamien pelkotilojen hoidossa käytetään myös MAO- estäjiä (monoamino-oksidaasiestäjiä), joista esimerkkinä moklobemidi. Lääke vaikuttaa aivojen aineenvaihduntatoimintaan, jonka vaikutuksen seurauksena henkilön aloite- ja keskittymiskyky paranevat sekä masennus- ja pelkotilojen oireet lievittyvät. Moklobemidi on hyvin siedetty ja aktivoiva lääke, joka sopii myös vanhuksille.

Haettavaikutuksena voi esiintyä esimerkiksi unettomuutta, päänsärkyä, pahoinvointia, ärtyvyyttä tai huimausta. Masennuksen hoidon alkuvaiheessa saattaa esiintyä taipumusta itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Yhteiskäyttöä SSRI-, SNRI- lääkkeiden tai klomipraamiin kanssa vältettävä, koska yhteiskäyttöön liittyy vaara kehittyä serotoniinioireyhtymä. (Huttunen 2008, 113; Koiranen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493.)

Lyhyt- ja keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja (esim. oksatsepaami, loratsepaami) voidaan käyttää myös iäkkään AT:a sairastavan henkilön masennuksen hoidossa. Oksatsepaami vaikuttaa keskushermostoon ja sitä kautta muualle elimistöön rauhoittaen keskushermostoa. Lääke laukaisee kehon liiallista jännittyneisyyttä sekä lihasjännitystä ja sopii käytettäväksi myös aamuyön heräilyyn. Lääkettä käytetään unilääkkeenä sekä ahdistus- ja jännittyneisyysoireiden lievittämiseen. Hoidon kesto tulisi olla mahdollisimman lyhyt. Loratsepaami vaikuttaa keskushermostoon rauhoittamalla sen kiihtynyttä toimintaa. Lääkettä käytetään lyhytaikaisesti lievittämään vaikeaa ahdistuneisuutta, joka voi liittyä masennukseen. Edellä mainittujen lääkkeiden haettavaikutuksina voi esiintyä tarkkaavuuteen liittyviä häiriöitä, väsymystä, lihasheikkoutta, liikkeen epävarmuutta tai päänsärkyä. Lääkkeet voimistavat muiden rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin vaikutusta. Lääkkeiden teho alkaa heiketä jo muutaman viikon säännöllisen käytön jälkeen ja niiden pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa tottumusta. (Terveyskirjasto 2011; Koiranen 2010; Koponen & Saarela 2010, 492; Huttunen 2008, 172–173.)

AT:a sairastavan henkilön masennusoireiden sekä muiden psyykkisten häiriöiden kuten depression liittyvän ahdistusoireiden hoidossa voidaan käyttää buspironia tai propranololia. Buspironi on käyttökelpoinen yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa ja se vaikuttaa noradrenaliini, dopamiini ja serotoniini välitteiseen hermotoimintaan. Propranololi on beetasalpajiin kuuluva lääke, jota voidaan käyttää ahdistuksen hoidossa sekä masennuslääkkeiden aiheuttaman levottomuuden hoidossa. Yleisimpiä haettavaikutuksia näillä lääkkeillä ovat muun muassa huimaus, päänsärky, pahoinvointi, ripuli, hikoilu, unettomuus, ja väsymys. Käyttöön liittyy serotoniinioireyhtymän kehittymisen riski, joten samanaikaista käyttöä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kanssa tulee välttää. (Huttunen 2008, 176, 185, 127; Sulkava 2007, 35; Terveyskirjasto 2011; Lääkeinfo.fi 2009; Koponen & Saarela 2010, 492.)

8.5.2 Psykoosioireiden lääkehoito

Psykoosilääkkeitä käytetään vaikeimpien psykoottisten oireiden, levottomuuden tai aggressiivisuuden lyhytaikaisessa hoidossa ja ne ovat tehokkaita harha-ajatusten sekä aistiharhojen hoidossa. Henkilöillä, joilla on esimerkiksi verenpainelääkitys tai alhainen verenpaine voivat psykoosilääkkeet lisätä jonkin verran aivoverenkiertohäiriötä tai kuoleman vaaraa. Psykoosilääkkeitä tulisi käyttää vain rajoitetun ajan. Ilta-annoksena lääkkeet tukevat uni-valverytmiä. Lääkehoidon tarve tulee arvioida säännöllisesti. (Koponen & Saarela 2010, 496; Kivelä & Räihä 2007, 59; Käypä hoito -suositus 2010.)

Risperidoni on melko yleisesti käytetty lääke ja vaikuttaa aivoissa dopamiini- ja serotoniini välittäjäaineiden toimintaan. Se on tehokas AT:iin liittyvien vaikeiden käytösoireiden kuten harhaluulojen, aggression, levottomuuden ja aistiharhojen hoidossa. Risperidonia voidaan käyttää dementiaa sairastavien potilaiden unettomuuden, myöhäisillan levottomuuden tai sekavuuden hoitoon. Ketiapiini vaikuttaa aivojen dopamiini- ja serotoniini välittäjäaineiden toimintaan ja sitä voidaan käyttää voimakkaiden aggressioiden tai psykoottisten käytöshäiriöiden hoitoon. Lääke ei tehoa vaikeaa AT:ia sairastavien potilaiden levottomuuteen. Lääkehoidon alussa voi esiintyä lievää uneliaisuutta, jonka vuoksi ketiapiinia voidaan käyttää myös dementiapotilaiden unettomuuden hoitoon. Olantsapiini vaikuttaa keskushermostossa eri välittäjäaineiden toimintaan kohottamalla potilaan mielialaa ja vähentämällä harhaisia ajatuksia. Lääke on todettu tehokkaaksi dementiaan liittyvän voimakkaan aggression hoidossa. Haloperidoli vaikuttaa henkilön keskushermostoon siten, että aivojen ylikiihottunut toiminta rauhoittuu. Lääke on tehokas dementiaan liittyvän aggressiivisuuden hoidossa. Lääkettä suositellaan käytettäväksi tilapäisesti äkillisten voimakkaasti aggressiivisten tilanteiden hallinnassa. Suurehkot haloperidoli annokset voivat aiheuttaa haittavaikutuksena tarkkaavuuden häiriötä, lihasten nykäyksiä tai kouristuksia sekä vapinaa. Potilaan tilan seuranta on tärkeää. (Käypä hoito -suositus 2010; Huttunen 2008, 63; Kivelä & Räihä 2007, 59–60; Sulkava 2010, 135; Terveyskirjasto 2011; Tohtori.fi 2011; Koponen & Saarela 2010, 496.)

8.5.3 Muut käytösoireiden hoitoon soveltuvat lääkkeet

AT potilaista noin kolmanneksella on apatiaoireita, jotka haittaavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Dementian käytösoireisiin, varsinkin apatiaan ja levottomuuteen auttavat usein AT:n hoitoon käytettävät lääkkeet kuten AKE-estäjät (donepetsiili, rivastigmiini, galantamiini). Ahdistuksen hoidossa voidaan käyttää myös dopaminergisiä lääkkeitä. Näistä esimerkkinä levodopa, joka lisää aivoissa dopamiini välittäjäaineen määrää korjaamalla asetyylikoliinin ja dopamiinin määrän epätasapainoa. Haittavaikutuksina voi esiintyä esimerkiksi närästystä, pahoinvointia tai suun kuivumista. Lääkettä ei pidä käyttää sydäninfarktin jälkeen. Bromokriptiini on Parkinsonin tauti lääke, jota voidaan käyttää apatian hoidossa. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi pahoinvointi, huimaus, väsymys, oksentelu, ummetus, uneliaisuus ja harvoin nukahtamista kesken päivän askareiden. Amantadiini tunnetaan paremmin influenssalääkkeenä, mutta dopaminergisen vaikutuksen vuoksi sitä käytetään kroonisten sairauksien sekä uupumuksen ja väsymyksen lievittämiseen. Sen haittavaikutuksista tavallisimpia ovat huimaus, unettomuus, keskittymiskyvynpuute ja päänsärky. (Koironen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493.)

Uniongelmat ovat AT:ssa melko yleisiä. Bentsodiatsepiineista lyhyt- ja keskipitkävaikutteisia johdoksia (vaikutuksen puoliintumisaika 6–12 tuntia) voidaan käyttää AT:ia sairastavan vanhuksen nukahtamisvaikeuksina ilmenevän unettomuuden hoitoon. Lääkehoito tulee kuitenkin toteuttaa pienillä annoksilla. Usein käytettyjä lääkeaineita ovat oksatsepaami, loratsepaami ja tematsepaami. Tematsepaami rauhoittaa keskushermoston toimintaa, helpottaa uneen vaipumusta sekä vähentää ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Pitkävaikutteinen diatsepaami vaikuttaa keskushermostoon vähentäen ahdistuneisuutta, tuskaisuutta ja suuremmat lääkeannokset vaikuttavat lihaksia rentouttavasti. Sitä voidaan käyttää jännitys-, levottomuus- ja tuskatilojen sekä tilapäisen unettomuuden hoidossa. Diatsepaami imeytyy rasvaliukoisuutensa vuoksi nopeasti ja huippupitoisuus plasmassa saavutetaan jo 30–60 minuutissa, mutta sen puoliintumisaika on pitkä noin 20–50 tuntia. Erityisesti iäkkäämmillä ihmisillä lääke voi vaikuttaa muistiin, aiheuttavat väsymystä sekä lisätä kaatumisriskiä. Näiden lääkkeiden haittavaikutuksia ovat esimerkiksi väsymys, vatsavaivat, päänsärky, huimaus tai painajaiset. Lääkkeillä on myös yhteisvaikutuksia useiden eri lääkeaineiden kanssa. (Terveyskirjasto 2011;

Lääkeinfo.fi 2006; Sulkava 2007, 49; Sulkava 2010, 134; Koponen & Saarela 2010, 497, 492; Huttunen 2008, 171–176.)

AT potilaan unettomuuden hoitoon soveltuvat myös syklopyrrolonit (tsolpideemi, tsopikloni). Tzolpideemin nukahtamista helpottava vaikutus ilmenee nopeasti ja sen puoliintumisaika on vain noin 2,5 tuntia. Tsopikloni soveltuu nukahtamislääkkeeksi ja se imeytyy nopeasti. Sen vaikutusaika on lyhyt ja puoliintumisaika on noin 3,5–7 tuntia. Lääke on melko hyvin siedetty. Molemmilla lääkkeillä haittavaikutuksina voi esiintyä esimerkiksi väsymystä, huimausta, suun kuivumista tai pahoinvointia. Yhtäjaksoinen hoitoaika ei saisi ylittää 2–4 viikkoa. (Huttunen 2008, 213–214; Lääkeinfo.fi 2009; Koironen 2010; Koponen & Saarela 2010, 493; Terveyskirjasto 2011.)

Melatoniini on ihmisen elimistön oma hormoni ja sitä tuottaa aivojen käpylisäke. Rakenteeltaan se muistuttaa serotoniinia. Melatoniinia kutsutaan aikabiologiseksi unilääkkeeksi. Melatoniinin erityis lisääntyy pimeän tulon jälkeen ja on voimakkaimmillaan kello 02–04 välillä. Hormonin erittyminen vähenee yön loppupuolella ja se on yhteydessä elimistön kykyyn rytmittää uni-valverytmiä ja valopimeä rytmiä. Melatoniini vaikuttaa unettavasti ja helpottaa nukahtamista. Lääke on tarkoitettu käytettäväksi lyhytaikaiseen unettomuuden hoitoon ensisijaisesti yli 55 vuotiailla henkilöillä. Haittavaikutukset ovat harvinaisia, mutta joskus voi esiintyä päänsärkyä, nielutulehdusta, selkäkipua tai voimattomuutta. (Huttunen 2008, 214; Terveyskirjasto 2011; Kivelä & Rähkä 2007, 72.)

Dementiapotilaista noin 50–60 %:lla ilmenee levottomuutta (agitaatio-oireet) ja aggressiivista käyttäytymistä dementian myöhäisvaiheen oireina. Levottomuusoireet kuormittavat usein merkittävästi muita kanssa ihmisiä tai asuinkumppaneita ja kestävät usein pitkään. Levottomuuden ja aggressioiden hoidossa mielialan tasaajina käytettäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi ahdistuslääkkeet (oksatsepaami, loratsepaami), masennuslääkkeet (sitalopraami, tratsodoni), epilepsialääkkeet (okskarbatsepiini, valproaatti), psykoosilääkkeet (haloperidoni, risperidoni, klotsepiini, ketiapiini) tai beetasalpaajat (propranoli). Lievissä, tiettyihin tilanteisiin liittyvissä oireissa voidaan antaa pieni annos bentsodiatsepiinia esilääkkeen tapaisesti. (Koponen & Saarela 2010, 492, 495; Sulkava 2007, 23; Käypä hoito -suositus 2010; Huttunen 2008, 148–152; Terveyskirjasto 2011.)

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN JA ARVIOINTI

9.1 Opinnäytetyön laatimisprosessin vaiheet

Opinnäytetyömme alustava tutkimuslupa anottiin Pieksämäen Palveluasunnot Ry:n hallitukselta jo toukokuussa vuonna 2010 ja hallitus myönsi tutkimusluvan meille. Opinnäytetyömme aihe tarkentui myöhemmin. Lokakuussa 2010 vahvistetun yhteistyösopimuksen ja alkukartoituksen jälkeen laadimme opinnäytetyöllemme hankesuunnitelman ja aikataulun. Tarkempi hankesuunnitelma laadittiin marraskuussa 2010 ja se esiteltiin yhteistyökumppanille sekä oppilaitokselle erillisessä opinnäytetyöseminaarissa joulukuussa 2010, jossa se myös hyväksyttiin. Opinnäytetyön prosessin etenemisestä teimme muistiinpanoja omaan oppimispäiväkirjaamme. Yhteistapaamisista työyhteisön edustajien kanssa laadimme muistiot, joihin kirjattiin yhteisissä tapaamisissa sovitut asiat ja päätökset. Muistiot lähetimme jakeluna sovituille yhdyshenkilöille.

Etsimme teoriatietoa AT:sta, sen lääkkeettömistä hoitokeinoista ja lääkehoidosta jo syksyn 2010 aikana, mutta tammikuussa 2010 aloitimme laajemman aineiston keräyksen. Silloin aloitimme myös seuranta -ja arviointilomakkeen suunnittelun. Etsimme ja kokosimme tietoa opinnäytetyötämme varten aiheeseen liittyvistä luotettavista kotimaisista ja ulkomaisista kirjalähteistä, väitöskirja- ja pro gradu tutkimuksista, internetistä sekä muista AT:iin liittyvistä julkaisuista. Tiedonkeräysvaiheessa kävimme tutustumassa ikäihmisten neuvolaan, haastattelimme työntekijöitä sekä tutustuimme muistihoitajan käyttämiin työvälineisiin ja -menetelmiin. Saimme ikäihmisten neuvolasta luotettavaa näyttöön perustuvaa tietoa ja opastusta yleisimmin käytetyistä hoitokeinoista ja -menetelmistä sekä arviointiin soveltuvista mittareista. Tietoa kokosimme myös luotettavista internet lähteistä kuten Käypä hoito -suositukset, terveysportti ja lääkeinfo sivustoilta. Opinnäytetyössä käytettyjen kirjalähteiden kirjoittajat ovat tunnettuja AT:n ja muistisairauksien asiantuntijoita. Perehdytyskansioon valikoitunut teoriatieto ja siinä esitellyt lääkkeettömät menetelmät ja -mittarit sekä lääkkeet valitsimme näitä lähteitä käyttäen. Vuoden 2011 tammikuussa kävimme Abelissa yhteyshenkilöiden kanssa ideoimassa opinnäytetyön tuotoksen mallia. Eräänä vaihtoehtona oli esillä muun muassa seinätauluina toteutettu tuotosversio, joka todettiin myöhemmin hankalaksi toteuttaa ja kustannuksiltaan kalliimmaksi. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa sekä perinteisenä pape-

riversiona (perehdytyskansio) sekä sähköisenä lukupakettina, joka on Abelissa helppo päivittää. Perehdytyskansion alustava versio koottiin vuoden 2011 helmi- ja maaliskuun aikana.

Opinnäytetyön perehdytyskansio toimitettiin Palvelutalo Abeliin vuoden 2011 huhtikuussa tutustumista, koekäyttöä, arviointia ja palautteen antamista varten. Touko- ja kesäkuun vaihteessa vuonna 2011 keräsimme hoitohenkilökunnalta arviointia ja palautetta kansioista palautelomakkeilla. (LIITE 2) Henkilökunnalle suunnattu palautelomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä perehdytyskansion sisällöstä, käytettävyydestä ja ulkoasusta. Palautekyselyn avulla pyrimme selvittämään, vastasiko perehdytyskansion sisältö työntekijöiden tiedontarpeita, oliko kansio riittävän selkeä ja helppolukuinen. Saatujen palautteiden perustella teimme kansioon liittyviä korjauksia ja tarkennuksia vuoden 2011 kesän aikana.

Opinnäytetyömme raporttiosan kokoaminen aloitettiin kesällä 2011. Raporttiosan laatisemassa käytimme omia oppimispäiväkirjan muistiinpanoja ja yhteistapaamisten muistioita. Syyskuussa 2011 kokosimme opinnäytetyön yhdeksi kokonaisuudeksi, joka jätettiin oppilaitokselle esitarkastukseen lokakuussa 2011. Opinnäytetyö esiteltiin oppilaitoksen esittelyseminaarissa marraskuussa 2011, jolloin saimme siitä myös palautetta. Korjauksia koko opinnäytetyöhömmä teimme marraskuun aikana ja lopullinen opinnäytetyö luovutettiin oppilaitokselle marraskuun 2011 lopussa. Palvelutalo Abelille luovutetaan lopullinen opinnäytetyö kokonaisuudessaan joulukuun arvioinnin ja tarkastuksen jälkeen.

9.2 Perehdytyskansion arviointi ja palautteet

Perehdytyskansion palautelomake vastauksia saimme Palvelutalo Abelista 6 kappaletta. Perehdytyskansion sisällön arvioinnissa kaikki vastanneet hoitotyöntekijät (n=6) olivat täysin samaa mieltä, että perehdytyskansion sisältö vastasi heidän tiedon tarpeitaan AT:sta. Kaikki vastanneet olivat myös täysin samaa mieltä, että perehdytyskansio sisälsi riittäväksi tietoa AT:sta ja sen hoitomenetelmistä. Vastaajista 4 oli täysin samaa mieltä ja 2 jokseenkin samaa mieltä siitä, että kansion teksti oli helppolukuista ja ymmärrettävää ja sen tieto oli helposti päivitettävissä. Vastaajista puolet (n=3) olivat täysin samaa

mieltä ja puolet lähes samaa mieltä, että kansioista on hyötyä omassa työssä. Vastaajista 4 oli jokseenkin samaa mieltä ja 2 täysin samaa mieltä, että tarvittava tieto löytyy helposti. Kaikki 6 olivat täysin samaa mieltä, että sisältö oli selkeästi jaoteltu. Vastaajista 5 oli täysin samaa mieltä ja 1 lähes samaa mieltä, että kansion sekä seuranta- ja arviointilomakkeen ulkoasu oli tyydyttävä. Vastaajista 5 oli jokseenkin samaa mieltä ja 1 lähes samaa mieltä, että seuranta- ja arviointilomake oli toimiva.

Saadaksemme lisäksi toisen arvion, testasimme perehdytyskansion soveltuvuutta ja hyödyllisyyttä yksityisessä Kontiolan palvelukodissa. Kontiola on 16-paikkainen muistisairaiden vanhusten ja vammaisten tehostetun asumisen palvelukoti. Hoitohenkilökunnasta 6 hoitajaa (1 sairaanhoitaja ja 5 lähihoitajaa) tutustui kansioon ja arvioi sitä samalla palautelomakkeella kuin Palvelutalo Abelissa. Kansion sisältöä arvioitaessa kaikki 6 vastaajaa olivat täysin samaa mieltä, että kansio sisälsi riittävästi tietoa AT:stä, sen hoidoista ja vastaa heidän tiedon tarpeeseen. Vastaajista 3 oli täysin ja 3 lähes samaa mieltä, että teksti oli helppolukuista. Kaikki 6 vastaajaa olivat täysin samaa mieltä, että kansioista on hyötyä omassa työssä, tarvittava tieto löytyy helposti, sisältö oli selkeästi jaoteltu ja seuratalomakkeen ulkoasu tyydytti. Vastaajista 5 oli jokseenkin samaa mieltä ja 1 lähes samaa mieltä, että tieto oli helposti päivitettävissä sekä seuranta- ja arviointilomake oli toimiva. Kansion ulkoasusta oltiin hieman eri mieltä. Vastaajista enemmistö 5 oli täysin tai lähes tyytyväisiä ulkoasuun ja vastaaja 1 oli asiasta jokseenkin eri meiltä. Vapaamuotoisen palautteen kohdalla Palvelukoti Kontiola ilmoitti kiinnostuksensa saada perehdytyskansion hoitohenkilökunnan käyttöön.

Molemmista yksiköistä saimme myös jonkin verran vapaasti esitettäviä kommentteja ja kehittämisehdotuksia. Perehdytyskansion liitteisiin toivottiin mallikappaleita esitellyistä arviointimittareista. Toive oli mielestämme erittäin hyvä ja lisäsimme sähköisen version liitteisiin niistä mallikappaleet. Muutoin kansion liitteet koettiin monipuolisiksi ja muutoinkin hyviksi. Perehdytyskansioista saatiin yleisesti myönteistä palautetta ja kansiota pidettiin selkeälukuisena, eheänä kokonaisuutena, jossa asiat oli tuotu hyvin esille. Sisällössä oli hyvää tietoa AT:sta, asiat käsitelty laajasti ja tieto hyvin esillä. Perehdytyskansio koettiin tarpeelliseksi työvälineeksi, jossa lääkehoidon vaikutusmekanismit on selvitetty tarkasti ja vieraskielistä sanastoa ”suomennettu”. Kansion liitteet koettiin hyvin toimiviksi ja asianmukaisiksi. Palautteissa toivottiin vielä, että työntekijät käyttäisivät kansion tietopakettia työssään ja tästä olemme samaa mieltä.

10 POHDINTA

Suhosen ja ym. (2010) mukaan muistisairaahan hoidossa kuntoutuksen tavoitteet ja keinot vaihtelevat sairauden eri vaiheissa ja käytösoireet muodostavat huomattavan rasituksen. Oireiden varhainen toteaminen ja hoidettavien syiden muun muassa sekavuustilan varhainen toteaminen, tutkiminen ja hoitaminen ovat oleellista muistisairaahan hoidossa. Käytösoireiden lääkkeetön hoito muodostaa perustan muistisairaahan hoidolle. Tärkeää on muistisairasta turhaan lamaavan lääkityksen (sedatoivat neuroleptit ja bentsodiatsepiinit) välttäminen. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 545).

10.1 Opinnäytetyön aiheen tarkastelua

Opinnäytetyömme aihe oli mielestämme erittäin ajankohtainen, sillä vanhusten ja dementoituvien ikäihmisten hoito on laajasti yhteiskunnallisen keskustelun polttopisteessä. Hoitohenkilökunta toimii useimmiten ymmärtävästi kohdatessaan AT:iin liittyvää haasteellista käyttäytymistä, mutta rajoitteiden käyttäminen on yleistä. Rajoitteiden tarvetta voidaan jonkin verran vähentää monilla teknologisilla apuvälineillä esimerkiksi liiketunnistimien avulla, mutta teknologia ei saa vähentää asiakkaan ja hoitajan välistä sosiaalista vuorovaikutusta. (Etene 2010, 8.) Fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää perus- ja täydennyskoulutuksella. Vahvalla hoitotyön johtamisella tulisi vaikuttaa siihen, että tutkittu tieto ohjaa hoitotyön käytäntöjä ja hoidon eettiset periaatteet toteutuvat dementoituvan ikäihmisen hoitotyön käytännössä. (Saarnio, Isola & Mustonen 2011, 54.)

Opinnäytetyötä tehdessä tuli selväksi, että lääkkeettömin hoitokeinoin voidaan vaikuttaa monin tavoin muistisairaahan elämisen laatuun. Tavoitteena on usein muistisairaahan passiivisuuden ehkäiseminen, sosiaalisten taitojen ylläpitäminen sekä jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Hoitajien toiminta on avainasemassa. Tärkeää on huolehtia inhimillisistä tarpeista sekä lisätä turvallisuuden tunnetta. Muistisairaahan ihmisen toimintakykyä, itsenäistä liikkumista ja elämän mielekkyyttä voidaan tukea erilaisilla aktiivisen arjen toiminnoilla. Jos muistisairaalle annetaan mahdollisuus osallistua esimerkiksi ruoan valmistukseen, sisustuksen yksityiskohtien suunnitteluun, luon-

toympäristön kokemiseen tai mihin tahansa arjen toimintoon, johon toimintakyky vielä antaa mahdollisuuden, hän voi kokea elämän mielekkyyttä. Myös käytöshäiriöt saattavat vähentyä.

Opinnäytetyömme ja produktiona tuotettu perehdytyskansio AT:sta, oli mielestämme mielenkiintoinen, haastava ja tiivistä yhteistyötä vaativa asiakokonaisuus. Palvelutalo Abelin kanssa tehty yhteistyö oli sujuvaa, ehdotuksiin suhtauduttiin myönteisesti ja rakentavasti keskustellen. Yhteistyötä helpottivat myös yhteistyösopimus, hyvä alkukartoitus hoitohenkilökunnalle aiheesta ja yhteyshenkilöiden nimeäminen opinnäytetyötä varten. Kun kaikilla osapuolilla oli tiedossa, mitä aiheesta haluttiin tietää ja millaisessa muodossa tietoa haluttiin, niin perehdytyskansiota oli mielenkiintoista koota ja rakentaa. Kansiota saatu palaute olisi voinut olla hieman runsaampaa, mutta saaduista palautteista on helppo päätellä, että työmme on onnistunut ja siitä on todennäköisesti hyötyä hoitajille. Lääkehoidon seuranta- ja arviointilomakkeen hyödyllisyys jää vielä nähtäväksi, koska lomaketta on ollut mahdollisuus käyttää vasta vähän aikaa ja sen käyttöön totuttaminen ja juurruttaminen vie aikaa henkilökunnalta.

Opinnäytetyötämme perehdytyskansiosta saatujen arvioiden ja palautteiden perustella voidaan päätellä myös, että perehdytyskansiota voidaan hyödyntää muissakin muistisairaiden hoitokodeissa ja palveluyksiköissä. Perehdytyskansion tiedot ja lisäykset on helpposti päivitettävissä sähköiseen perehdytyskansioon, josta on helppo tulostaa koko kansio tai kansion sivuja yksitellen. Tietojen päivitykseen tarvitaan työyhteisössä vastuuhenkilö, joka huolehtii jatkossa tietojen päivityksestä. Ehdotuksemme onkin, että lääkähoidosta ja koulutuksesta vastaava henkilö (sairaanhoitaja) huolehtii kansion päivityksestä. Työyhteisössä tulee kokoajan seurata muistisairauksien hoitoon kehitettyjen lääkkeiden ja hoitomenetelmien kehittymisen lisäksi hoidon laatua ja hoitajien työskentelyä.

10.2 Opinnäytetyön jatkotutkimuksen ja -kehittelyn aiheita

Mielestämme laatimamme perehdytyskansio on eräs keino lisätä hoitajien tietotaitoa muun koulutuksen lisäksi. Vuoden kuluttua olisi mielenkiintoista tutkia, onko tekemämme perehdytysaineisto osoittautunut käytettävyydeltään ja sisällöltään sopivaksi

työvälineeksi palvelutalo Abelin henkilökunnalle. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, onko perehdytysaineisto tuonut muutoksia käytännön hoitotyöhön.

Suunnittelemamme perehdytyskansio on pilottikansio Alzheimerin tausta ja sen hoidosta palvelutalo Abelin hoitohenkilökunnan käyttöön. Mielestämme kansiossa on hyvät pohjatiedot aiheesta ja sitä on mahdollista täydentää esimerkiksi henkilökunnan koulutautumisen myötä. Esimerkiksi kun henkilökunnasta hoitaja on osallistunut lääkkeettömien hoitokeinojen koulutukseen, voisi hän liittää laatimansa koulutuspalautteen ja materiaalin perehdytyskansioon. Näin kansion tieto lisääntyisi hoitajien omana tuotoksena, kansion aiheet olisivat heidän itsensä valitsemia ja heitä itseään kiinnostavia.

Tulevaisuudessa Abelille voisi rakentaa vastaavanlaisia tietopaketteja myös muista sairauksista, niiden hoitokeinoista ja erilaista hoidossa käytettävistä apuvälineistä. Työyhteisöllä olisi hyvä olla kontakti esimerkiksi Diak:n opinnäytetöiden tekijöihin, jotta myös tätä kautta saataisiin uutta tietoa työyhteisölle ja erilaiset hankkeet toteutuisivat.

10.3 Tulevaisuuden painopisteitä ja haasteita

Mäkinen ym. (2009) totesivat, että uusi tapa ymmärtää kuntoutus tuo uudenlaisia näkökulmia ja haasteita käytännön hoitotyöhön. Painopiste siirtyy korjaavasta toiminnasta haittoja ehkäisevään toimintaan ja tavoitteeksi tulee muistisairaana parempi hyvinvointi ja selviytyminen arkielämässä sekä sen toimintaympäristöissä. (Mäkinen ym. 2009, 11.) AT:ssa muistisairaiden käytösoireet aiheutuvat eri syistä ja ovat eri ihmisillä erilaisia. Ensin on tärkeää kartoittaa käytösoireen syntyyn vaikuttavat tekijät ja sen jälkeen pystytään räätälöimään yksilöllisesti toimivat ja käytettävät lääkkeettömät hoitokeinot. Tämän käytännön toimiminen arjen hoitotyössä pitäisi toteutua jokaisessa muistisairaita hoitavassa yksikössä.

Lähivuosien painopisteinä muistisairauksien hoidossa tulevat olemaan muistisairauksien ehkäisy kuten tehokkaampi keski-iän valtimotautiriskitekijöiden huomiointi ja diagnostiikan hajauttaminen ammattitaitoisiin perusterveydenhuollon muistiyksiköihin sekä muistisairauslääkkeiden varhaisempi aloittaminen. Muistisairaiden määrän lisääntyminen muodostaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle merkittävän haasteen. Tähän

voidaan vastata tehostamalla muistisairauksien varhaisdiagnostiikkaa, lääkehoitoa sekä kehittämällä vaikuttavia hoito- ja hoivapalveluita. (Suhonen ym. 2010, 547.) Jatkossa tuntuisi olevan myös tarvetta tutkimuksista, joiden aiheena olisivat lääkkeettömät hoitomuodot ja niiden vaikuttavuus AT:ssa.

AT:n lääkehoitoa tutkitaan ja kehitetään jatkuvasti eri puolilla maailmaa. Ruotsissa Karoliinisessa Instituutissa työskentelevän Nordbergin mukaan intensiivinen tutkimustyö tähtää siihen, että noin 10–20 vuodessa AT:in löydetään parantava lääke. Nykyisin käytössä olevat AT -lääkkeet ovat niin sanottuja ensimmäisen polven lääkkeitä. Winblad kollegoineen vuorostaan tutkii hoitomenetelmää, jonka tavoitteena on tuottaa rokote AT:in. (Karoliniska Instituteten, i.a.) Uudessa kansainvälisessä tutkimuksessa AT:n hoitoon tarkoitetun vielä tutkimusvaiheessa olevan bapineuzumab-nimisen bioteknologisen lääkkeen on osoitettu vähentävän sairauden aiheuttamia aivomuutoksia. Tutkimus suoritettiin Turussa ja Lontoossa sijaitsevien tutkimuskeskusten yhteistyönä. Turussa tutkimusta toteuttivat Turun PET-keskus ja Turun yliopiston kliinisen tutkimuksen palveluyksikkö CRST. (Paasi 2010.) Tutkimuksissa on todennettu, että lääkehoito tehoaa AT:in, jos lääkehoito aloitetaan ajoissa ja lääkitystä jatketaan pitkään. Tärkeää myös on, että lääke on otettu säännöllisesti ja ajallaan. Muistisairaiden hoitotyössä hoitajien on tärkeää seurata lääkkeen vaikuttavuutta ja haittavaikutuksia. Näin lääkeshoidosta saadaan paras hyöty. Silti jatkuva kuntouttava hoitotyö kannattaa, vaikka sitä voi välillä olla vaikea toteuttaa ja noudattaa. (Cranwell-Bruce 2010, 53.)

Teknologian hyödyntäminen muistisairaiden hoitotyössä tulee jatkossa todennäköisesti lisääntymään. Geroteknologisten laitteiden onnistuneen käyttöönoton edellytyksenä pidetään hyvää ja johdonmukaista koko henkilöstöön (mukaan lukien sijaiset) kohdistuvaa koulutusta laitteiden käytöstä. Onnistumisen toisena peruspilarina on toiminnan systemaattinen seuranta. (Finne-Soveri, Metsälä, Pohjola, Raivio, Pulkkinen & Mustonen. 2008, 116.)

Mediuutisissa (2011) todettiin, että lääkkeetön hoito muistisairaiden hoitotyössä tepsii. Kuitenkin asenteet ja tutkimustiedon puute voivat jättää liikunnallisen- ja muistia stimuloivan kuntoutuksen syrjään. Geriatri Minna Raivio totesi, että parannusta on jo tapahtunut, mutta muistisairaana elämänlaatu ei parane tableteilla, vaan kaikki keinot on otettava käyttöön. (Kähkönen 2011, 4–5.)

LÄHTEET

- Aejmelaeus, Riitta; Kan, Suvi; Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen. Porvoo: WSOY Pro Oy.
- Ahonen, Jouni 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. Farmasian laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 10.11.2011.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf
- Alzheimer's Association. Behaviors. Viitattu 21.6.2011.
http://www.alz.org/national/documents/brochure_behaviors.pdf
- Arola, Jenni 2010. Tunteva-toimintamalli. Ajankohtaista dementia-työssä 26.2.2010. Kouvolan seudun muisti ry. Viitattu 13.9.2011.
http://www.socom.fi/dokumentit/kupera/vanhusverk/ajankohtaista_dementia_tyossa_2010/TunteVa_toimintamallitiivistelma.pdf
- Cranwell-Bruce, Lisa 2010. Drugs for Alzheimer's Disease. Nursing Pharmacology 1/2010, 51-53.
- Dementiahoitoyhdistys. Dokumenttipankki. Viitattu 31.3.2011.
www.dementiahoitoyhdistys.fi
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Erkinjuntti, Timo 2010. Dementian käsite. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 86–90.
- ETENE, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Helsinki; Yliopistopaino.
- Finne-Soveri, Harriet; Metsälä, Anu; Pohjola, Leena; Raivio, Leena; Pulkkinen, Tuulikki & Mustonen, Suvi 2008. Teknologia aktivoivan hoitotyön palvelijaksi ympärivuorokautisessa hoidossa. Turvallisesti aktivoivaan arkeen konseptin kehittäminen 2006–2007. Inno-Kusti-hanke. Viitattu 12.9.2011.
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/c20448004a176e2694ecfc3d8d1d4668/tutkimus_taa_raportti.pdf?MOD=AJPERES.

- Granö, Sirpa; Hyvärinen-Meler, Päivi; Härmä, Heidi; Högström, Sari; Kaijanen, Sanna; Kalliomaa, Satu & Telaranta, Pirkko 2009. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Helsinki: Muistiliitto. Muistiliiton julkaisusarja.
- Hallila, Liisa 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Heinonen, Tiina; Latvateikari, Eija; Mäkinen, Anne; Soininen, Helena & Viljanen Marja-Liisa 2008. Toimintakykymittarit. MÄÄ ITTE KOTONA, itsenäistä ja turvallista elämää Forssan seudun vanhustenhuollon kehittämishanke 2006 – 2008. Viitattu 31.3.2011.
[http://www.forssa.fi/UserFiles/File/Maaittekoton/ TOIMINTAKYKYMITTARIT \(1\).pdf](http://www.forssa.fi/UserFiles/File/Maaittekoton/TOIMINTAKYKYMITTARIT(1).pdf).
- Huttunen, Matti O. 2008. Lääkkeet mielenhoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Karoliniska Institututen. Viitattu 13.7.2011.
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=36436&a=82561&l=sv>.
- Karppi, Pertti; Rahkonen, Terhi; Rissanen, Aimo; Puuronen, Sointu; Kalliopohja, Katriina & Suhonen, Jaana 2010. Käypä hoito -suositusten toteutuminen Keski-Suomen muistipotilaiden hoitoketjussa. Suomen lääkärilehti. 1833–1838.
- Karvinen, Marjatta 2011. Etiikka on tärkeä työkalu. Sairaanhoitaja 2. 34–37.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 8.2.2011.
<http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf>.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Helsinki: Lääkelaitos ja kansaneläkelaitos.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2009. Depressiosta tasapainoon: hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä Ismo 2010. Masennus. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha Rinne & Hilikka, Soininen, (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 227–236.
- Koiranen Pertti 2010. Kliininen farmakologia luennot. 5.- 6.5.2010. Diakonia ammattikorkeakoulu Diak Itä, Pieksämäen yksikkö. Sairaanhoitajien koulutusohjelma.
- Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2010. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 485–497.

- Koponen, Hannu 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja niiden hoito. Yleislääkäri. 17-20
- Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2006. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 501–514.
- Kähkönen, Heidi 2011. Lääkkeetön kuntoutus auttaa muistisairaita. Medi uutiset 31/9.9.2011.
- Käypä hoito -suositus 2010. ADCS-ADL-haastattelu. Viitattu 10.10.2011.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/nix/hoi50044j.pdf>
- Käypä hoito -suositus 2010. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Viitattu 8.2.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00049?>
- Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairaudet. Diagnostiikka ja oireiden arviointi. Viitattu 10.10.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf>
- Käypä hoito -suositus. 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Viitattu 1.7.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50044>
- Leino-Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 7–20.
- Lääkeinfo.fi. 2006- 2009. Lääketietokeskus Orion Pharma. Viitattu 28.2.2011.
<http://www.laakeinfo.fi/Frontpage.aspx>.
- Mäkinen, Elisa; Kruus-Niemelä, Maria; Roivas, Marianne 2009. Arjessa selviytymisen tarve haastaa kehittämään ikäihmisten ympäristöjä. Teoksessa Elisa, Mäkinen; Maria, Kruus-Niemelä & Marianne, Roivas (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Paasi, Anne 2010. Tutkimusuutisia. Turun Yliopisto. Viitattu 28.7.2011.
<http://www.utu.fi/tutkimus/tutkimusuutisia/Alzheimerlaake10.html>.
- Pirttilä, Tuula & Erkinjuntti, Timo 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnostiikka. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 126–145.

- Pirttilä, Tuula; & Erkinjuntti, Timo 2010. Alzheomerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 121–140.
- Pirttilä, Tuula; Suhonen, Jaana; Rahkonen, Terhi & Erkinjuntti, Timo 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 465–484.
- Puurunen, Kirsi 2007. Dementia. Opiskelupaketti apteekkihenkilöstölle. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Projektityö. Viitattu 8.2.2011.
https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=a9e4ac41-dc61-45ba-913f-ccbed6fdc310&groupId=961860&p_1_id=988268
- Saarnio, Kirsi; Isola, Arja & Mustonen, Ulla. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa; esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede. 46–56.
- Seikola, Anniina 2011. Geriatrisen lääkehoidon koulutustarpeet perusterveydenhuollossa - Moniammatillisen täydenniskoulutuksen suunnittelu LOST -alueen kotihoidon henkilöstölle. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Sosiaalifarmasian osasto. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 5.10.2011.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26674/Pro%20Gradu%20tutkielma_Anniina%20Seikola.pdf?sequence=
- Soininen, Hilikka & Kivipelto, Miia 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 448–456.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen Lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki 2006. 117. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Viitattu 16.11.2010.
<http://www.stm.fi/julkaisut/>
- Suhonen, Jaana; Rahkonen, Terhi; Juva, Kati; Pirttilä, Tuula & Erkinjuntti, Timo 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 536–547.
- Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri; Eloniemi-Sulkava, Ulla 2007. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.

- Sulkava, Raimo 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Reijo, Tilvis; Kaisu, Pitkälä; Timo, Strandberg; Raimo, Sulkava; Matti, Viitanen (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 120–138.
- Terveyskirjasto 2008. Huttunen, Matti O. Lääkkeet mielen hoidossa. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 31.3.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042
- Terveyskirjasto 2011. Kodin Lääkeopas. Viitattu 26.3.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00518
- Tohtori.fi. 2011. Lääkeopas . Viitattu 26.3.2011. <http://www.tohtori.fi/laakeopas/laake/>
- Topo, Päivi; Sormunen, Saila; Saarikalle, Kristiina; Räikkönen, Outi & Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointi tutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Helsinki: Stakes.
- Valkonen, Leena 2011. Voiko Alzheimerin tautia ehkäistä elämäntapamuutoksilla? Vanhustyö 1. 6–7.
- Valta, Anja 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 20.3.2011.
<http://acta.uta.fi/teos.php?id=11144>
- Viramo, Petteri & Strandberg, Timo 2010. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 498- 504.
- Vuori, Ulla & Heimonen, Sirkkaliisa (toim.) 2007. Tue muistisairaana kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

LIITE 1 Alkukartoituslomake

Kysymyslomake opinnäytetyötä varten 26.10.2010 Palvelutalo Abeli

Opinnäytetyön aihe: Alzheimerin-taudin lääkkeettömien - sekä lääkehoidon hoitomuotojen vaihtoehdot ja seuranta palvelutalo Abelissa

Rastita kysymysten vaihtoehdoista itsellesi sopivin vaihtoehto

1. Koetko tietäväsi riittävästi Alzheimerin taudista?

kyllä jonkin verran en en osaa sanoa

2. Koetko tietäväsi riittävästi Alzheimerin taudin hoidossa yleisimmin käytetyistä lääkkeettömistä hoitokeinoista?

kyllä jonkin verran en en osaa sanoa

3. Koetko tietäväsi riittävästi Alzheimerin taudin hoidossa yleisimmin käytetyistä lääkkeistä ?

kyllä jonkin verran en en osaa sanoa

4. Koetko tietäväsi ja tuntevasti riittävästi Alzheimerin- taudin hoidossa yleisimmin käytettyjen lääkkeiden vaikutuksista.

kyllä jonkin verran en en osaa sanoa

5. Koetko tietäväsi ja tuntevasti riittävästi Alzheimerin- taudin hoidossa yleisimmin käytettyjen lääkkeiden haittavaikutuksista ?

kyllä jonkin verran en en osaa sanoa

6. Koetko lääkkeiden vaikutuksen seurannan kuuluvan olennaisesti hoitotyöhön?

kyllä jonkin verran en en osaa sanoa

7. Kuinka usein seuraat ja kirjaat päivittäin lääkkeiden vaikutuksia?

päivittäin viikottain harvemmin en osaa sanoa

8. Mitä Alzheimerin- tautiin liittyvää tietoa haluaisitte opinnäytetyön sisältävän?

Aivot ja muisti

Alzheimerin taudin vaiheet ja niissä ilmenevät oireet

Alzheimerin taudin lääkehoito

Alzheimerin taudin lääkkeettömät hoitomuodot

Lääkevasteen seuranta ja arviointi

Lääkehaittojen ja yhteisvaikutusten seuranta ja arviointi

muuta tietoa:

Kiitos vastauksestasi !

LIITE 2 Palautelomake

Palautelomake, Palvelutalo Abeli, Alzheimerin tautiin liittyvän perehdytyskansion arviointia varten

Mitä mieltä olet seuraavista opinnäytetyöhön liittyvästä perehdytyskansiota koskevista väittämistä?

Ympyröi itsellesi sopivin numero.

1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä,
3=neutraali kanta, 4=jokseenkin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

A SISÄLTÖ

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	neutraali kanta	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Perehdytyskansion sisältö vastaa tarpeitani	1	2	3	4	5
2. Perehdytyskansio sisältää riittävästi tietoa Alzheimerin taudista ja sen hoitomenetelmistä	1	2	3	4	5
3. Teksti on helppolukuista ja ymmärrettävää	1	2	3	4	5

B KÄYTETTÄVYYS

1. Kansioista on hyötyä työssäni	1	2	3	4	5
2. Tarvittava tieto löytyy helposti	1	2	3	4	5
3. Lääkehoidon hoitovasteen seuranta- ja arviointilomake on toimiva	1	2	3	4	5
4. Perehdytyskansio on helposti päivitettävissä	1	2	3	4	5

C ULKOASU

1. Olen tyytyväinen kansion ulkoasuun	1	2	3	4	5
2. Olen tyytyväinen lomakkeen ulkoasuun	1	2	3	4	5
3. Perehdytyskansion sisältö on selkeästi jaoteltu	1	2	3	4	5

D MUUTA

1. Kommentteja perehdytyskansiosta (käytä sivun kääntöpuolta tarvittaessa)

2. Kommentteja liitteestä (käytä sivun kääntöpuolta tarvittaessa)

Kiitos vastauksestasi!



ALZHEIMERIN TAUTI
Lääkkeetön hoito ja lääkehoito
– Perehdytyskansio Palvelutalo Abeliin

Pirkko Jäppinen & Tiina Teittinen
Opinnäytetyö, syksy 2011
Diakonia ammattikorkeakoulu
Diak Itä
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEET.....	4
2.1 Oireeton Alzheimerin tauti	4
2.2 Varhainen Alzheimerin tauti	4
2.3 Lievä Alzheimerin tauti.....	5
2.4 Keskivaikea Alzheimerin tauti	6
2.5 Vaikea Alzheimerin tauti	7
3 ARVIOINTIMITTAREITA.....	8
3.1 ADCS-ADL	9
3.2 MMSE	9
3.3 CERAD.....	9
3.4 RAVA.....	10
3.5 GDS.....	10
3.6 NPI	10
4 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAAN KOHTAAMISESSA.....	10
4.1 Muistisairaahan henkilön kohtaaminen	10
4.2 Muistisairaahan hoitamisen taito	11
5 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKKEETÖN HOITO	13
5.1 Lääkkeettömän hoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle.....	13
5.2 Lääkkeettömän hoidon toteutus, arviointi ja seuranta	13
5.3 Käyttäytymistä muokkaava terapia	14
5.4 Psykososiaaliset ja psykomotoriset hoitomuodot	14
5.5 Tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet hoitomuodot	14
5.6 Virikkeitä painottavat hoitomuodot	15
5.7 Hoitoympäristö	16
5.8 Toimintamalleja erilaisten käytösoireiden lievittämiseksi.....	17
6 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKEHOITO.....	18
6.1 Lääkehoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle	18
6.2 Lääkehoidon toteutus	18
6.2.1 Lääkehoidon aloitus	18
6.2.2 Lääkehoidon arviointi ja hoitovasteen seuranta	19
6.3 läkkään muistisairaahan lääkehoidossa huomioitavaa	20
6.4 Alzheimerin taudin keskeisimmät lääkkeet	21
6.4.1 Asetyylikoliiniesteraasin estäjät (AKE)	21
6.4.2 NMDA- antagonistit.....	22
6.5 Alzheimerin taudin käytösoireiden lääkehoito	23
6.5.1 Masennus - ja ahdistuneisuus oireiden lääkehoito	23
6.5.2 Psykoosioireiden lääkehoito	27
6.5.3 Apatiaoireiden lääkehoito.....	29
6.5.4 Unettomuuden lääkehoito.....	30
6.5.5 Aggressiivisuuden ja levottomuuden lääkehoito.....	32
7 TAULUKOT	33
Alzheimerin taudin vaiheita, oireita ja toimintakyvyn muutoksia.....	33
Alzheimerin taudin lääkkeetön hoito.....	35
Toimintamalleja erilaisten käytösoireiden lievittämiseksi	37

Alzheimerin taudin lääkehoito	38
Abelin muistisairaiden lääkehoidon seuranta- ja arviointilomake	49
LÄHTEET	52

LIITTEET (Muistitestit -kansiossa)

LIITE 1 MMSE (Mini-mental state examination)

LIITE 2 CERAD Kognitiivinen tehtäväsarja

LIITE 3 GDS (Geriatrinen depressioasteikko)

LIITE 4 RAVA -järjestelmä

LIITE 5 NPI (Neuropsykiatrinen haastattelu)



1 JOHDANTO

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireiden aiheuttajana voi olla useita etiologisia ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. (Erkinjuntti ym. 2010, 86.) Alzheimerin tauti (AT) on yleisin demenciasairauksista. Se on tyypillisin vaiheita hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus ja siihen liittyy aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen vaurioituminen. Taudin ensimmäisiä oireita ovat uuden muistiaineksen mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeudet. Taudinkuvaa hallitsee kognitiivisen (tiedonkäsittelyn) toiminnan lisääntyvä heikentyminen ja muistitoiminnot ovat kaikissa vaiheissa vaikeimmin vaurioitunut kognitiivisen toiminnan osa-alue. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–122.)

Käyttöoireilla tarkoitetaan muistisairaudesta johtuvia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Oireina ovat muun muassa aggressio, ahdistuneisuus, apatia, depressio, harha-aistimukset, harhaluulot, itsensä vahingoittaminen, kuljeskely, poikkeava motorinen käytös ja karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuutuminen, tavaroiden keräily ja kätkeminen sekä ärtyneisyys. Yleisiä käyttöoireita ovat lisäksi levottomuus, psykoottiset oireet (näkö- ja kuuloharjat), persoonallisuuden muutokset (saituus, mustasukkaisuus, pelokkuus), uni-valverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käyttöoireet (hyper- tai hyposeksuaalisuus). Kun tauti etenee, käyttöoireiden esiintyvyys lisääntyy, käyttöoireet vaikeutuvat ja omatoimisuus heikkenee. Oirekuva voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin: oireeton eli preklininen vaihe, varhainen AT, lievä AT, keskivaikea AT ja vaikea AT. (Erkinjuntti ym. 2010, 86; Käypä hoito -suositus 2010.)

Pienellä osalla (1–2 %) kaikista AT:a sairastavista on autosomissa vallitseva periytyvä sairaus. Periytyvän AT:n taustalla on tunnistettu kolmen eri geenin virheet. Satunnainen AT on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tunnistettu paljon. Useissa tutkimuksissa varmistettuja riskitekijöitä ovat ikä, suvussa esiintynyt dementia, Downin syndrooma ja apolipoproteiini E:n (ApoE) alleeli. Todennäköisiä riskitekijöitä ovat aivovammat, matala koulutustaso, runsas alkoholinkäyttö ja aiemmin sairastettu masennus. Perinteiset sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, kuten korkea verenpaine, diabetes, suuri kolesterolipitoisuus, ylipaino ja metabolinen oireyhtymä ovat tuoreiden tutkimusten mukaan myös AT:n todennäköisiä riskitekijöitä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–122.) Vielä kesken olevassa Finger-tutkimuksessa todetaan, että AT:n riskitekijöitä ovat aivoverisuonisairaudet, verenpainetauti, korkea kolesterolipitoisuus, ylipaino, diabetes, homokysteiini (rikkipitoinen aminohappo), tupakointi, masennus ja pään vammat. (Valkonen 2011, 7.)

Väestön ikääntyessä on arvioitu, että 50 vuoden kuluessa AT-potilaiden määrä tulee jopa nelinkertaistumaan. Monipuolinen aivojen käyttäminen kaikissa ikävaiheissa, aivojen suojaaminen vammoilta, terveellinen monipuolinen ravinto, liikunta sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisy ovat suositeltavia dementiaoireiden ja AT:n ehkäisyssä. (Soininen & Kivipelto 2010, 453.) Antioksidanttien, kalaöljyjen ja kahvin kohtuullinen

käyttäminen suojaa AT:ta ja verenpainetautiin ja korkeaan kolesteroliin aloitetut lääkitykset ovat myös suojatekijöitä. (Valkonen 2011, 7.)



2 ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEET

Kun potilaalla epäillään AT:ia, lääkärin on selvitettävä potilaan peruskapasiteetti ja saavutettu henkinen suorituskky (koulumenestys, koulutustaso, mahdolliset erityisvaikeudet, kuten lukihäiriö, työhistoria), yleinen terveydentila, aivojen toimintaa heikentävät tekijät, lääkitys ja päihteidenkäyttö. Lisäksi tehdään arvio muistioireista, käytösoireista, toimintakyvystä ja tilan vaikeusasteesta. Tehtäviä laboratoriotutkimuksia ovat verenkkuva, glukoosi, natrium, kalium, kalsium, kilpirauhasen, maksan ja munuaisten toimintakokeet ja B₁₂-vitamiini sekä harkinnanvaraisesti lipidit ja lasko. Elektrokardiografia (EKG) eli aivosähkökäyrä otetaan, kun harkitaan asetyyliholiiniesteraasin estäjä (AKE) -lääkityksen aloitusta. Aivojen magneettikuvaus (MK) on ensisijainen tutkimus etsittäessä muistisairauden tunnusomaisia piirteitä. (Käypä hoito -suositus 2010.)

2.1 Oireeton Alzheimerin tauti

AT:n elämänskaari on pitkä ja ensimmäiset muutokset aivoissa alkavat kehittyä jo 20–30 vuotta ennen kuin tauti voidaan diagnosoida. (Valkonen 2011, 7). Suurin osa potilaista on oireettomia, mutta osalla voidaan jo tässä vaiheessa todeta lievä kognitiivinen heikentyminen, mild cognitive impairment (MCI). Tarkoissa neurologisissa tutkimuksissa voidaan osoittaa lievää heikentymistä tapahtuma (episodisen) muistin tehtävissä henkilöillä, joilla on merkittävä riski sairastua AT:iin. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 130–131.)

2.2 Varhainen Alzheimerin tauti

Varhaisessa AT:ssa tunnusomaisia oireita ovat lisääntyvät muistivaikeudet, asiakokonaisuuksien oppimisen vaikeutuminen, uusien nimien muistamisen työläys, vieraan kielen hallitsemisen vaikeus, hidastuminen ja epävarmuus työssä, vaikeudet erityisesti

vaativissa ja uusissa tilanteissa, harrastusten ja tapahtumien seuraamisen vähentyminen sekä stressioireet ja uupumus. Oireet liittyvät muistin kannalta tärkeään alueen, sisemmän ohimolohkon, vaurioon, joka alkaa näkyä magneettikuvauksessa entorinaalisen kuorikerroksen ja hippokampuksen atrofiana (volyymien laskuna). (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134–136; Käypä hoito -suositus 2010.)

Tässä vaiheessa saattaa käytösoireina esiintyä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja lisääntyneitä ärtyneisyyttä. Aluksi henkilö itse tiedostaa selkeästi muistitoimintojen muutoksia ja pystyy kuvaamaan niitä. Tilan edetessä ja sairautentunnon heikentyessä muistisairas yleensä kuvaa muistivaikeuksia olevan vähän ja pyrkii vähättelemaan niitä. Vaikka muistiongelmia vähätellään, useimmat ovat jo lisänneet muistitukien (kalenttien, päiväyrien) käyttöä. Läheisten mielestä muistivaikeudet ovat jatkuvia ja pahentuneet vähitellen ajan kuluessa. Muistivaikeudet aiheuttavat ajoittain avun tarvetta, kuten muistuttamista ja tarkistamista. Lähiomaiset ovat lisänneet yhteydenottoja tarkistaakseen asioiden sujumista, vaikka muistisairas pystyy asumaan vielä yksin. Työkykyisyys alkaa heikentyä riippuen työn vaativuudesta ja muiden vaativien tehtävien hoidossa saattaa esiintyä vaikeuksia. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134–136.)

Oppimisen työläys ja unohtamisen korostuminen (episodisen muistin oire), ilmaantuvat useimmille jo varhaisessa vaiheessa. Osa sairastuneista luokituu tässä vaiheessa vielä MCI -ryhmään ja osalla potilaista voi olla jo lievä AT:n dementia. Oireet liittyvät muistin kannalta tärkeään alueen, sisemmän ohimolohkon, vaurioon ja se alkaa näkyä magneettikuvauksessa. Neuropsykologisissa tutkimuksissa voidaan havaita selvää heikkenemistä erityisesti kielellisen muistin tehtävissä, kuten loogisen kertomuksen, sanaparien tai sanalistan viivästetyssä mieleenpalautuksessa. Merkittävä muutos on mieleen painetun materiaalin unohtaminen. Opitun aineksen viivästetty mieleenpalautus on selvästi heikentynyt, eivätkä annetut vihjeet paranna odotetusti suoritusta. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134–136.)

2.3 Lievä Alzheimerin tauti

Lievässä AT:n vaiheessa tapahtuu laajempialainen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen ja tämä vaikeuttaa omatoimisuutta. Muistin lisäksi myös muut kognition osat alueet alkavat heiketä, erityisesti toiminnan ohjaus, havaintotoiminnot ja kielellinen ilmaisu, jolloin sanoja on entistä vaikeampi löytää ja nimetä. Prefrontaalialueen toimintahäiriö hidastaa toiminnanohjausta ja prosessointia ja sujuvuus sekä aloitekyky heikenevät. Kognitiivisten toimintojen muutokset vaikeuttavat suoriutumista monimutkaisissa toiminnoissa, kuten taloudellisten asioiden hoidossa, rahankäytössä tai vierassa ympäristössä liikkumisessa. Somaattisena oireena saattaa ilmetä laihtumista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126; Käypä hoito-suositus 2010.)

Uusien asioiden mieleenpainaminen ja oppiminen ovat heikentyneet jo niin paljon, että siitä on päivittäistä haittaa. Asioiden suunnittelemisen vaikeutuminen näkyy taloudenhoidossa. Ilman muistilappuja kaupassa käydään toistuvasti, koska osa tavaroista unohtuu. Kaappiin ostetaan samoja tavaroita ja ruokalajit vähenevät. Uusien lääkeohjeiden opettelu on vaikeaa, vastaanottoajat saattavat unohtua, puhelinkeskustelut

ja sopimiset omaisten kanssa katoavat mielestä. Samojen asioiden toistaminen tai kysely on jokapäiväistä. Potilas muistaa kohtalaisesti yksittäisiä tapahtumia, mutta niiden keskinäinen aikajärjestys sekaantuu. Muistioireiden lisäksi potilailla on muita kognitiivisia ongelmia, erityisesti kielellisiä vaikeuksia kuten sanahakua sekä aloite- ja keskittymiskyvyttömyyttä, suunnitelmallisuuden ja toiminnanohjauksen ongelmia. Keskittymisvaikeuksien takia potilaan on vaikea seurata keskustelua suuressa ihmisjoukossa. Orientaatio alkaa heikentyä, mikä tulee esille epävarmuutena lähimenneisyyden asioiden tapahtumisjärjestyksestä ja taipumuksena eksyä vieraassa ympäristössä. Potilas tarvitsee toistuvaa usein jo päivittäistä ohjausta ja valvontaa, mutta selviytyy vielä yksin kotona. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 136–137; Käypä hoito-suositus 2010.)

Käyttöoireista tyypillisimpiä ovat masennus, lisääntynyt ärtyvyys, apatia ja tunne-elämän latistuminen. Osalle potilaista ilmaantuu lisääntyvää epäluuloisuutta ja paranoidista ajattelua, joista tyypillisimpiä ovat varastamisepäilyt ja mustasukkaisuus. Monet potilaat laihtuvat, vaikka ravitsemustila on hyvä. Yleistä motorista hidastumista voi tapahtua ja osalle voi tulla apraksiaa silmän seurantaliikkeissä. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas ei kykene seuraamaan esineen liikettä, vaan silmät jäävät tuijottamaan suoraan eteenpäin tai potilas kääntää katseen suoraan ääriasentoon. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 136–137; Käypä hoito -suositus 2010.)

2.4 Keskivaikea Alzheimerin tauti

Potilaan sairaudentunto on selvästi heikentynyt, eikä hän enää tunnista selviytymisvaikeuksiaan. Lähimuisti on jo erittäin heikko, minkä takia tavarat ovat jatkuvasti kadoksissa ja potilas kyselee toistuvasti samoja asioita. Hän ei muista katsomiensa televisio-ohjelmien sisältöä tai lukemiaan asioita. Muistituet eivät auta, koska potilas ei muista tarkistaa muistiin kirjoittamiaan asioita. Kielellisten vaikeuksien takia lähes kaikilla potilailla on sananhakua ja monimutkaisen puheen ymmärtämisvaikeuksia. Keskittymiskyky on heikko ja tavallisenkin keskustelun seuraaminen tuottaa vaikeuksia, joten aktiivinen osallistuminen keskusteluun vähenee. Orientaatiovaikeudet lisääntyvät, aikaorientaatio on usein vahvasti häiriintynyt ja eksymistaipumusta saattaa esiintyä nyt tutussakin ympäristössä. Hahmottamisvaikeuksien (agnosia) takia potilaalla saattaa olla vaikeuksia tunnistaa ympäristöä tai tuttuja kasvoja, jopa omia kasvoja peilistä. Kätevyysvaikeus (apraksia) lisääntyy, minkä seurauksena kyky käyttää välineitä heikkenee. Pukeutuminen, parranajo tai hampaiden harjaus onnistuu vain ohjattuna. Vaatteiden valinta itsenäisesti ei onnistu ja usein myös vaatteiden pukemisessa tarvitaan ohjausta. Parrasta saattaa osa jäädä ajamatta. Suunnitelmallisuuden ja kätevyysvaikeuksien häiriöiden takia potilas ei enää kykene valmistamaan aterioita ja myös kodinkoneiden käytössä on vaikeuksia. Oikeustoimi- ja testamenttikelpoisuus ovat rajoittuneet. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 131–132 ; Käypä hoito -suositus 2010.)

Vaikka potilaan persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt ovat suhteellisen hyvin säilyneet, käyttöoireita ilmaantuu jatkuvasti lisää. Niiden tausta on moninainen. Ne voivat johtua vaikeista kognitiivisista oireista, käyttäytymistä ja emootiota säätelevien alueiden vaurioista, lääkityksestä ja lisäsairauksista tai ympäristötekijöistä. Tämän lisäksi myös persoonallisuudella on vaikutusta ja vaikeisiin kognitiivisiin oireisiin liittyvät väärintulkin-

nat yleistyvät. Hahmotusvaikeudesta johtuvat kasvojen tunnistamis- vaikeudet johtavat seurusteluun oman peilikuvan kanssa tai epäilyihin siitä, että aviopuoliso onkin vieras ihminen. Hahmottamisvaikeuksien, orientaatiohäiriön ja vaikean muistioireen aiheuttama ajassa taaksepäin siirtyminen saattaa johtaa ongelmaan, jolloin omaa asuntoa ei tunnisteta kodiksi. Tämä johtaa pyrkimyksiin lähteä ”omaan kotiin”, erityisesti pimeään vuorokaudenaikaan. Hahmottamisvaikeuksiin ja päättelykyvyn heikkouksiin voi liittyä se, että esimerkiksi televisiossa esitettävät asiat tulkitaan tapahtuvaksi omassa olohuoneessa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 138; Käypä hoito -suositus 2010.)

Nykyisyyden ja menneisyyden asiat sekoittuvat entistä enemmän, omasta mielen sisällöstä tulevat asiat muuttuvat todeksi ja huoneistossa saattaa vierailta tuntemattomia tai jo kuolleita henkilöitä. Harhaluuloisuus on yleisintä juuri keskivaikeassa AT:ssa ja sitä esiintyy 20–50 %:lla potilaista. Kadotetut tavarat on varastettu ja oma puoliso on vaihdettu. Myös mustasukkaisuusparanoia on tavallista. Lisääntyvä epävarmuus ja pelko yksinjäamisestä johtavat omaiseen takertumiseen ja jatkuvaan perässä kävelyyn. Masennus ja pelkotilat ovat yleisiä. Apatia lisääntyy ja päivät saattavat kulua sängyssä maaten tai tuolissa istuskellen, ellei ulkopuolista kannustusta toimintaan ole. Tilan lähetessä vaikeaa AT:tia psykomotorinen levottomuus lisääntyy, alkaa esiintyä katastrofireaktioita, sisäinen uni-valvorytmi häviää ja johtaa päivätorkutteluun sekä yölliseen valvoskeluun. Tällöin alkaa esiintyä myös niin sanottuja auringonlaskuilmioita, joilla tarkoitetaan illansuussa ilmaantuvaa levottomuutta. Lisäsairaudet, sopimaton lääkitys ja ympäristön muutokset aiheuttavat helposti sekavuustiloja. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 132–133 ; Käypä hoito -suositus 2010.)

Omatoimisuus on selkeästi alentunut eikä potilas pysty itsenäisesti toimimaan kodin ulkopuolella ja hän tarvitsee päivittäistä apua ja valvontaa. Potilas ei pysty asumaan yksin, sillä edenneessä keskivaikeassa AT:ssa potilasta tarvitsee valvoa suurin piirtein saman verran kuin 5–7 -vuotiasta lasta. Henkilö selviää vain lyhyitä aikoja kotona yksinään. Taudin lähestyessä vaikeaa vaihetta apraktinen kävelyn epävarmuus ja tasapainoheijasteiden heikentyminen on yleistä ja kaatumisvaara lisääntyy. Osalle kehittyy ekstrapyramidaalioireita kuten jähmeyttä, hitautta ja kasvojen ilmeettömyyttä. Parantonia on yleistä ja se tarkoittaa raajaan reflektorisesti syntyvää jähmeyttä ja liikkeen vastustusta. Somaattiset oireet ovat edelleen vähäisiä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 132–133; Käypä hoito -suositus 2010.)

2.5 Vaikea Alzheimerin tauti

Osalla keskivaikeassa vaiheessa ja osalla vaikeassa vaiheessa olevista muistisairaista ohimolohkojen sisäosat ovat lähes täysin tuhoutuneet. (Käypä hoito -suositus 2010.) Muisti toimii vain satunnaisesti, kielellisten vaikeuksien takia puheen tuotto ja ymmärtäminen on vähäistä, orientaatio ja keskittymiskyky ovat heikot, hahmottaminen ja kätevyys ovat vaikeasti häiriintyneet. Käytösoireita on moninaisia ja niitä esiintyy lähes kaikilla. Apatiaa todetaan yli 90 %:lla potilaista. Katastrofireaktiot, vastustelu, agitaatio ja levoton vaeltelu ovat yleisiä. Masennusta esiintyy edelleen, mutta se saattaa ilmetä ahdistuneisuutena ja levottomana käyttäytymisenä. Potilasta on ohjattava tai konkreettisesti autettava kaikissa perustoiminnoissa. Konkreettista apua tarvitaan ensin

pukeutumisessa, peseytymisessä ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa, seuraavaksi wc-toiminnoissa ja lopulta syömisessä. Avun ja valvonnan tarve on samanlainen kuin 2–4-vuotiaalla lapsella eikä potilasta voi jättää yksin. Tässä vaiheessa lähes kaikilla muistisairailta todetaan somaattisia neurologisia oireita. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 133; Käypä hoito -suositus 2010.)

Apraksisiin tai ekstapyramidaalisiin häiriöihin liittyvät kävelyhäiriöt lisäävät kaatuilu-
taipumusta. Apraktisessa kävelyhäiriössä liikkeellelähtö on vaikeaa jalkojen tottelemat-
tomuuden takia ja kävely muuttuu lyhytaskeliseksi ja leveäraiteiseksi. Ekst-
rapyramidaalisessa häiriössä kävely saattaa olla hidasta, lyhytaskelista, raajat ovat
jähmeät ja kasvot ilmeettömät. Osalle potilaista kehittyy myös lihasjäykkyys (spastisi-
teetti), vilkastuneet jänneheijasteet ja positiivinen Babinskin heijaste. Primaariheijas-
teet (tarttumisrefleksi, turparefleksi, imemisrefleksi) tulevat esille, minkä takia potilas
tarraa esimerkiksi ovenkahvoihin eikä pysty irrottamaan otettaan. Osalla potilaista
esiintyy säpsähtelyä ja raajojen nytkähtelyä (myoklonusta) sekä epileptisiä kohtauksia.
AT:n loppuvaiheessa jäljellä on vain harvoja ilmaisuja, raajat jäykistyvät, ja kävelykyky
katoaa. Potilas on pidätyskyvytön ja syötettävä, mutta nielemiskyky säilyy pitkään.
(Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 133–134; Käypä hoito -suositus 2010.)



3 ARVIOINTIMITTAREITA

Muistiongelmien ilmetessä tai muistisairauden edetessä muistisairaahan ja hänen lähei-
sensä tai hoitajan haastattelulla selvitetään potilaan aiempi älyllisen toiminnan taso ja
siinä tapahtuneet muutokset. Muistin ja tiedonkäsittelyn eli kognition arvioissa ja seu-
rannassa hyödynnetään usein lyhyitä seulontatestejä.

3.1 ADCS-ADL

ADCS (Alzheimer Disease Co-operative Study) -ADL (Activities of Daily Living) -mittarilla arvioidaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Jokainen päivittäinen toiminto kuvataan mittarissa tarkasti ja haastateltavaa pyydetään kuvaamaan tutkittavan selviytymistä näissä toiminnoissa. Haastateltavan on oltava henkilö, joka tuntee tutkittavan hyvin. Tavoitteena on selvittää tutkittavan todellista suoriutumista viimeisen neljän viikon aikana. (Käypä hoito -suositus 2010.)

3.2 MMSE

MMSE (Mini-Mental State Examination) -kaavake sisältää kysymyksiä orientoitumisesta aikaan ja paikkaan sekä lyhyitä esimerkiksi muistia, keskittymistä ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. MMSE:lla saadaan karkea yleiskäsitys potilaan mahdollisesta kognitiivisesta eli muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisestä. Kuitenkin sekä käytännön lääkärin työssä että väestötutkimuksissa on osoittautunut, että MMSE-pistemäärä (maksimi 30 pistettä) usein on vielä normaalin rajoissa, vaikka potilaalla tarkemmin tutkittuna on havaittavissa selviä alkavaiheessa olevan etenevän muistisairaouden merkkejä. (Käypä hoito -suositus 2010.)

3.3 CERAD

CERAD (the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) -tehtäväsarjan tehtävät arvioivat sekä välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnan ohjausta sekä kielellistä sujuvuutta. Tehtäväsarja ottaa huomioon ne keskeiset muistin ja tiedonkäsittelyn osa-alueet, jotka heikkenevät erityisesti etenevien muistisairauksien alkuvaiheissa. Tärkein lisä MMSE:tä ajatellen on tehtäväsarjassa muistitehtävänä oleva sanaluettelon kertaava oppiminen ja viivästetty mieleen palautus. Tärkein testin antama tieto on se, miten kertauksen avulla opittu asia (kymmentä sanaa opetellaan kolmeen kertaan) säilyy mielessä viiveen ajan. Normaalit ikääntyneet pystyvät yleensä palauttamaan vähintään 80 prosenttia oppimistaan sanoista noin viiden minuutin kuluttua. Jo varhaisessa AT:ssa tämä niin sanottu säilytysprosentti jää selvästi pienemmäksi. CERAD:n muut kuin muistitehtävät syventävät kuvaa kognitiivisista vaikeuksista. Siten myös muut kuin AT:iin liittyvät dementiaoireyhtymät tulevat esille varhaisessa vaiheessaan. (Käypä hoito -suositus 2010.)

CERAD-tehtäväsarja:

- testaa kielellistä sujuvuutta ja nimeämistä
- sisältää Mini-Mental State Examination -testin
- mittaa sanaluettelon mieleen painamista, välitöntä mieleen palauttamista, viivästettyä mieleenpalautusta ja tunnistamista
- arvioi piirroksien kopiointia
- ja piirrosten viivästettyä mieleenpalautusta
- testaa kellotaulun piirtämistä.

(Käypä hoito -suositus 2010.)

3.4 RAVA

RAVA -mittari koostuu 12 kysymyksestä, joilla mitataan päivittäisen avun tarvetta. RAVA -arvioinnin yhteydessä mitataan asiakkaan tarvitsemaa hoidon ja hoivan tarvetta. Mittauksen avulla saadaan tietoa siitä, kuinka paljon asiakas vaatii hoitotyöntekijöiden panostusta vuorokautta tai työvuoroa kohti. Hoitoisuuden arvioinnin tekee hoitaja asteikolla 0–10. (Heinonen, Latvateikari, Mäkinen, Soininen & Viljanen 2008, 10).

3.5 GDS

Geriatrisella depressioasteikolla eli GDS (Global Deterioration Scale) –asteikolla tutkitaan AT:n etenemistä ja vaikeusastetta. GDS on suunniteltu helpottamaan vanhuusiän depressioiden tunnistamista erityisesti terveyskeskuksissa. Useihin tutkimuksiin perustuva skaala sopii depressiivisten potilaitten seulontaan ja hoidon seurantaan. Depressioseula sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan KYLLÄ/EI-vastauksin. Kysymykset esitetään suullisesti ja kysymysten läpikäyminen on nopeaa. Seulan tulos on suuntaa antava. Jos tuloksena on yli 6 pistettä, depressiota tulisi epäillä. (Dementiahoitoyhdistys.)

3.6 NPI

NPI (Neuropsychiatric inventory) on dementiapotilaiden käytösoireiden arviointiin ja mittaamiseen käytetty monioiremittari. NPI soveltuu hyvin dementoituneiden potilaiden käytösoireiden yleismittariksi oireiden esiintyvyyttä ja hoidon tehoa arvioitaessa ja oireiden etenemistä seurattaessa. Se kattaa kaksitoista dementoivien sairauksien yhteydessä usein tavattavaa käytösoiretta. NPI:n suorittaminen kestää yleensä 15–20 minuuttia. (Käypä hoito -suositus 2010.)

4 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISESSA

4.1 Muistisairaahan henkilön kohtaaminen

Topon ja kumppaneiden tutkimuksessa havaittiin, että vuorovaikutuksen määrällä ja laadulla on merkitystä. Mitä pidemmälle dementoiva sairaus on edennyt, sen haasteellisemmaksi vuorovaikutus tulee. Päivittäisessä hoitajan ja muistisairaahan välisessä yhteistyössä olennaista on paitsi se, mitä tehdään, myös se, miten se tehdään. Muistisairaahan kannalta onnistuneissa tilanteissa häntä kuunneltiin ja odotettiin, että hän reagoi tilanteeseen, häntä ei kuormitettu liian haasteellisilla kysymyksillä ja vuorovaikutustilanteissa hänen tunnetilansa kyettiin ottamaan huomioon. Näissä tilanteissa korostui se, että hoitaja käytti luovasti yksittäistä muistisairasta koskevia tietojaan sekä dementoivia sairauksia koskevaa tietämystään. Jos hoitajalla ei ole taitoja olla vuorovaikutuksessa dementiaoireisten kanssa ja ymmärtää heidän tilannettaan, voi ammattitaidoton toiminta lisätä muistisairaahan oireilua ja fyysisten rajoitteiden käyttöä. Myös muistisai-

raan kokema kipu voi aiheuttaa oireilua. Tämä voi jäädä huomaamatta, koska sairastuneen kyky ilmaista sanallisesti kipuaan ja pyytää siihen apua on heikentynyt. Kun hoitajat saavat koulutusta dementoituneen hoidosta, vastakkainasetteluja hoitajien ja muistisairaiden välillä esiintyy vähemmän ja hoitajat ymmärtävät paremmin muistisairausten aiheuttamia oireita ja muistisairaana itsensä näkökulmaa. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 113.)

Paljon kiistellään siitä, kuinka muistisairaana epätodellisiin puheisiin pitäisi vastata. Pitäisikö niitä myötäillä vai pitäisikö ne oikaista ja voiko valkoisia valheita käyttää? Tällaisten kysymysten edessä on erityisen tärkeää ymmärtää muistisairauden luonne ja sen psyykkiset vaikutukset. Näissä tilanteissa ”oikean” vastauksen suunta löytyy, kun käsitetään, että muistisairas ilmaisee erilaisia tunteitaan. Tunne voi olla huoli, pelko, epäonnistunut olo, yksinäisyys tai rakkauden kaipuu. Kommunikoinnissa vastataan tunteeseen eikä siihen konkreettiseen asiaan, jota dementoituva ilmaisee. On olennaista, että hoitajalla on taito aistia tunteita ja toimia niiden mukaan. Huolta ilmaisevalle muistisairaalle pitää viestittää, että asiat ovat hyvin ja että hän on oikeassa paikassa. Hoitaja voi sanoa auttavansa ja pitävänsä huolta. Tärkeintä eivät ole selitykset, vaan puheesta muodostuva tunnelma. Muistisairas aistii herkästi hoitajan suhtautumisen. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

AT:a sairastava voi tehdä tai sanoa jotain uudelleen ja uudelleen esimerkiksi hän voi toistaa sanaa tai kysymystä jatkuvasti. Useimmissa tapauksissa kyse on lohdun, turvallisuuden tai tuttuuden hakemisesta. Tällöin hoitaja voi yrittää selvittää, mikä käyttäytymisen aiheuttaa. Toisaalta hoitaja voi myös pyrkiä selvittämään, mitä muistisairas tuntee toistaessaan tiettyä sanaa tai kysymystä. Toistamisen tilalle voi yrittää tarjota muuta tekemistä tai muistisairaalle voi näyttää kuvaa tai muistilappua, jos niillä on vielä merkitystä muistisairaalle ja niistä löytyy vastaus ongelmaan. (Alzheimer’s Association i.a.)

Muistisairas saattaa ilmaista pelkojaan sanomalla, että joku lyö häntä tai tappaa hänet. Tällaisissa tilanteissa hoitajan on tärkeintä kertoa, että muistisairas on turvassa ja että hänestä huolehditaan. Tärkeintä hoitajan on viestittää, että hän on läsnä turvana ja auttajana. Muistisairaana epätodellinen puhe ei aina ilmennä huolta ja pelkoa, vaan se saattaa kertoa myös halusta kokea onnistumista, mielihyvää ja rakkautta. Äitiä kaivattessaan muistisairas ehkä haluaa lähelleen huolehtijan ja auttajan, joka välittää. Hoitaja voi omilla, tilanteeseen sopivilla keinoilla vastata näihin tarpeisiin. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

4.2. Muistisairaana hoitamisen taito

Muistisairaana elämänhistorian tunteminen antaa hoitajalle avaimet muistisairaana maailmaan ja se on dementoituvan hyvän hoidon perusta. Elämänhistorian tunteminen auttaa hoitajaa käsittämään dementoituvan käyttäytymisen perimmäisen viestin. Persoonallisuus, ihmissuhteet, ja tapa suhtautua elämään ja käsitellä asioita heijastuvat muistisairaana kokemuksiin ja käyttäytymiseen. Elämänhistorian tunteminen voi auttaa

löytämään sopivia hoitomenetelmiä, joiden avulla tuttuus, turvallisuus ja onnistumisen tunne lisääntyvät. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

Muistisairas ponnistelee epäonnistumisen tunteita vastaan joko syrjäänvetäytymällä tai käyttäytymällä aggressiivisesti. Hän saattaa esimerkiksi kieltäytyä lähtemästä ulos tai ottamasta vieraita vastaan tai jopa lyödä. Tällöin hän voi pitää toisen ihmisen kohtelua määräävänä tai epäkunnioittavana. Kun muistisairaahan ihmisen itsetunto heikenee, hänen itseluottamuksensa murenee. Selviytymättömyyden tunne on pelottava. Toisen ihmisen läheisyys helpottaa tilannetta, joten muistisairas saattaa hakea hoitajalta turvaa esimerkiksi takertuvalla käytöksellä. Aggressiivisesti hoitotilanteissa käyttäytyvä muistisairas yleensä pyrkii suojaamaan reviiriään tai ilmaisemaan omaa tahtoaan, aikuisuuttaan ja mahtiaan. Kiireetön, levollinen lähestyminen tuntuu vähemmän pelottavalta. Muistisairaahan on tärkeää kokea hoitaja luotettavaksi, koska hän aistii oman tilanteensa hallitsemattomuuden. Monimutkainen ja selittävä puhe ahdistaa muistisairasta ja puheen mekaanisuus voi lisätä hänen turvattomuuttaan. Selkeän arvostava, lupaa ja mielipiteitä kysyvä asennoituminen tukee muistisairaahan omanarvontunnetta ja siten ehkäisee aggressiivista käyttäytymistä. Esimerkiksi kysymykset ”Ruoka on valmista. Tulisitteko syömään?” ja ”Minulla olisi nyt aikaa auttaa teitä peseytymään. Sopsisiko se?” viestittävät henkisen reviirin eli tilan antamisesta. Tämä on erityisen tärkeää niille, jotka ovat elämänsä aikana tottuneet olemaan ihmissuhteissa päätöksentekijöinä tai ohjaajina. Sekavina ja kaottisina hetkinä ilmaantunut aggressiivisuus voi laueta, jos hoitaja lempeästi mutta päättäväisesti ottaa tilanteen hallintaansa. (Aejmelaeus ym. 2007, 226–227.)

Muistisairaahan ihmisen toimintakykyä, itsenäistä liikkumista ja elämän mielekkyyttä voidaan tukea erilaisilla aktiivisen arjen toiminnoilla. Dementiayksiköiden asiakkaat ovat useimmiten sairautensa keksivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa, ja helposti ajatellaan, ettei perinteisesti virikkeelliseksi mielletty toiminta, kuten jumppa, askartelu ja pelit, enää onnistu. Mielekäs arki on kuitenkin paitsi viihtyvyyttä lisäävää, myös kuntoutumista edistävää yksilöllisesti tavoitteellista toimintaa. Kannustamalla aktiiviseen toimintaan pyritään esimerkiksi fyysisten ja sosiaalisten taitojen ylläpitämiseen ja parantamiseen sekä itsetuntoa kohentaviin onnistumisen kokemuksiin. (Granö, Hyvärinen-Meler, Härmä, Högström, Kaijanen, Kalliomaa & Telaranta 2009, 14.)

Mielekkään arjen osana hoitajan on tärkeää huomioida yksilöllisessä vuorovaikutuksessa tapahtuva aktiivointi, esimerkiksi halaaminen, hieronta, muistelu, leikinlasku tai vaikka ulkonäöstä huolehtiminen. Hoitaja voi kannustaa aktiivisuuteen tavallisissa arjen toiminnoissa, kuten pukeutumisessa, syömisessä ja peseytymisessä. Hoitoympäristössä on hyvä olla helposti saatavilla erilaisia liikkumiseen ja tekemiseen houkuttelevia välineitä, joita voidaan käyttää ennalta valmistelematta, kun sopiva hetki tulee. Muistisairaahan ihmisen aktiivinen arki voi sisältää perinteisesti kuntoutukseksi miellettyä fyysistä toimintaa, kuten liikuntaa, tasapainokuntoutusta tai kuntosaliharjoittelua. Se voi olla myös ryhmälle suunniteltua, erillisissä tiloissa tapahtuvaa toimintaa, kuten maa- ja musiikkia, draamaa tai tanssia. (Granö ym. 2009, 14.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö huomioi muistisairaahan ihmisen levon tarpeen ja oman rauhan tärkeyden. Osastolla on hyvä järjestää levähdyspaikkoja, jotka mahdollistavat

rauhottumisen. Muistisairaalle täytyy suoda mahdollisuus osallistua omien voimavarojensa mukaisesti. Näin hänelle syntyy osallisuuden kokemus ja tunne, että hän pystyy vaikuttamaan omaan elämäänsä ja ympäristönsä tapahtumiin. Erilaisen toiminnan seuraaminen aktivoi aivoja, vaikka siihen ei muutoin aktiivisesti osallistuisikaan. Muistisairaille tulee tarjota mahdollisuus kieltäytyä ja jättäytyä yhteisen toiminnan ulkopuolelle. (Granö ym. 2009, 14.)

5 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKKEETÖN HOITO

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että dementiapotilaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Perustetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista pitää välttää. Hoitoyhteisön ja –ympäristön avulla voidaan kompensoida puutteita ja tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. Laajemmin tarkasteltuna lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, opastusta ja ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista. (Koponen & Saarela 2006, 501–504.)

5.1 Lääkkeettömän hoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle

Koposen ja Saarelan mukaan lääkkeettömillä hoidoilla voidaan tukea muistisairaahan toimintakykyä, sosiaalista kanssakäymistä, kontaktinottokykyä ja häntä voidaan aktivoita toimintaan. (Koponen & Saarela 2010, 488.) Lääkkeettömän hoidon tavoitteena on pyrkiä mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään käytösoireiden syntyä. On havaittu, että muistisairaasta pelottavilta tuntuvat, loukkaavat tai häkellyttävät toimet saattavat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Käytösoireista kärsivän ihmisen hoito on ensisijaisesti lääkkeetöntä, mikä tarkoittaa käytösoireiden mahdollisimman tarkkaa havainnointia ja analysointia sekä oireita aiheuttavien ja ylläpitävien olosuhteiden muuttamista. (Koponen & Saarela 2006, 501–502). Vuoren ja Heimosen (2007) mukaan lääkkeettömän hoidon taustafilosofiana on käyttäytymisen ymmärtäminen viesteinä ihmisen sisäisestä mielen maailmasta ja pahasta olost.

5.2 Lääkkeettömän hoidon toteutus, arviointi ja seuranta

AT:ssa lääkkeetöntä hoitoa tarvitaan pääasiassa käytösoireiden hoidossa. (Koponen 2011, 17). Lääkkeettömät hoitokeinot ovat ensisijaisia useimpien käytösoireiden hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2010). Lääkkeettömissä hoitomuodoissa kiinnitetään huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen. Muistisairaahan voimavarat ylittävässä tilanteessa syntyvä kauhu ja kiihtymys lievittyvät usein, kun potilaan huomio taitavasti kiinnitetään muuhun asiaan. (Koponen & Saarela 2006, 501–504). Hoitointervention räätälöinti ja monialaisuus näyttävät lisäävän sen vaikuttavuutta. Käytösoireiden lievityksessä voidaan käyttää tunne- ja virikeorientoituneita terapi-

oita, käyttäytymisterapioiden sovelluksia, ryhmätoimintoja sekä tilanteen mukaan toteutettua ongelmanratkaisun tukemista. (Koponen 2011, 17–18.)

Koponen (2011) toteaa, että käytösoireiden arvioinnissa pyritään selvittämään, liittyykö oire fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan, onko sillä yhteyttä potilaan ympäristöön, tai johtuuko se vuorovaikutuksen vaikeuksista. Käytösoireita pitää hoitaa, kun ne rasittavat muistisairasta tai heikentävät kykyä huolehtia itsestä tai vaikuttavat sosiaaliseen vuorovaikutukseen tai toimintakykyyn. Hoito on tärkeää myös silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita muistisairaalle itselleen tai muille. Jos oireet ovat lieviä, noin kuukauden ajan tehty tehostettu seuranta voi selventää oireiden laatua. Samalla itsestään väistyvien oireiden poistumiselle jää aikaa. (Koponen 2011, 17.) Käytösoireiden säännöllinen kartoittaminen ja hoito ovat oleellinen osa muistisairaaseen seurantaan. (Käypä hoito -suositus 2010).

5.3 Käyttäytymistä muokkaava terapia

Käyttäytymistä muokkaavat interventiot ovat tuloksellisia silloin, kun ne ovat käytös- tai oirekohtaisia. Tämä mahdollistuu kun käyttäytymistä kuvataan ja määritellään mahdollisimman tarkasti. Käyttäytymisen kuvauksen jälkeen arvioidaan ei-toivottua käyttäytymistä edeltävät tekijät ja havainnoidaan käyttäytymisen seurauksia. Edeltävät tapahtumat laukaisevat tietyn käyttäytymisen ja seuraukset voivat vahvistaa sitä. Ei-toivottua käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä pyritään poistamaan tai ainakin karsimaan. Itse oirekäyttäytymistä pyritään vähentämään kohdistamalla siihen mahdollisimman vähän huomioita. Potilaaseen kohdistettujen vaatimusten ja odotusten tulee vastata hänen toimintatasoaan ja käytöksen muokkaaminen on sekä yhteisöön että vuorovaikutukseen vaikuttamista. Käyttäytymistä muokkaavan terapian avulla fyysinen levottomuus, aggressiivisuus ja verbaalisesti (sanallisesti) kiihtynyt käyttäytyminen vähenevät. (Koponen & Saarela 2006; 501–504.)

5.4 Psykososiaaliset ja psykomotoriset hoitomuodot

Psykososiaalisia ja psykomotorisia aktivointiohjelmiä on dementiapotilaiden hoidossa käytetty piristämään tiedollisia suorituksia ja vähentämään agitaatiota. Käyttökelpoisia toimintoja ovat yksinkertaiset aktiviteetit, joissa käytetään hyväksi pelejä ja liikunnallisia elementtejä (isot/pienet pallot, pöytäkiekko) Tavoitteena on kontaktikyvyn tukeminen, aktivointi, sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. (Koponen & Saarela 2010, 487–488.)

5.5 Tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet hoitomuodot

Muistisairaiden hoidossa käytetyissä tunne-elämää tukevissa ja kognitiivisesti suuntautuneissa hoitomuodoissa korostetaan tukea antavaa ja turvallisuutta lisäävää vuorovaikutusta. On olennaista pyrkiä säilyttämään jatkuvuus dementoituneen kokemusmaailmassa. Hoitava henkilö voi yrittää saada kosketusta muistisairaaseen mielenmaail-

maan. Hän voi esimerkiksi tutustua dementiapotilaan omiin tai hänen omaistensa kokemuksista koostuviin kirjoituksiin ja kuunnella potilaan kertomuksia haastattelussa tai ryhmätilanteissa. Hoitaja saa tietoa seuraamalla potilaan sanallista ilmaisua ja kokeilemalla käyttäytymistä stimuloivia rooliharjoituksia eläytymällä potilaan tilanteeseen. Tunne-elämää tukevat hoitomuodot voivat olla hyödyllisiä dementoitumisen alkuvaiheissa, jolloin sopeutumisvaikeuksien lievittämiseksi tukea antava ja puutteiden korostamista välttävä hoito-ote on tärkeä. Potilasta rohkaistaan puhumaan kokemuksistaan ja turhautumisistaan hyväksyvässä ilmapiirissä. (Koponen & Saarela 2010, 487–488.)

Masentuneille dementiapotilaille suositellaan tunnekokemuksia painottavaa psykoterapeuttista vuorovaikutusta, johon voi sisältyä rauhoittavaa muistelua, miellyttäviä tapahtumia, luovia ja stimuloivia terapioida, kuten taideterapiaa, sekä erilaisia liikuntamuotoja. Muisteluterapia voi lyhytkestoisesti vaikuttaa mielialaan ja käyttäytymiseen. Muistelussa vältetään tunneperäisiä konflikteja aiheuttavia aiheita ja pyritään siihen, että potilas kokisi mielihyvää, jolloin hänen identiteettinsä vahvistuisi. Muistelussa voidaan tukea sopeutumista pohtimalla, mistä kaikesta elämässä on jo selviydytty. (Koponen & Saarela 2010, 487–488.)

TunteVa-toimintamalli on muistisairaahan kohtaamiseen kehitetty vuorovaikutusmenetelmä. TunteVa-vuorovaikutuksessa on kyse muistisairaahan henkilön arvostavasta kuuntelemisesta ja kohtaamisesta ja se auttaa ymmärtämään muistisairaahan maailmaa. Toimintamalli ohjaa vuorovaikutusta sellaiseen suuntaan, mikä tukee muistisairasta ihmistä. (Arola, 2010.) Validaatioterapia perustuu ihmisen tavalle käsitellä menneisyyden tapahtumia uudelleen mielikuvien avulla. Mielikuvat, joissa iäkäs dementoituva ihminen elää, on hänen sisäinen todellisuutensa ja validaatioterapiassa tätä todellisuutta pidetään validina eli luotettavana. (Aejmelaeus, ym. 2007, 241–242.)

Validaatioterapian tavoitteena on omanarvontunnon palauttaminen, stressin vähentäminen, oman olemassaolon oikeutuksen tunteen saavuttaminen ja menneisyyden selvittämättömien ristiriitojen ratkaiseminen. Terapian avulla pyritään myös rauhoittavien lääkkeiden ja fyysisten pakotteiden käytön vähentämiseen. Sanallinen ja sanaton kommunikaatio voivat lisääntyä, samoin liikuntakyky ja fyysisen hyvinvointi. Keskeistä validaatioterapiassa on, että työntekijä ei koskaan valehtele muistisairaalle. Hänen sanojaan ei oiota eikä sanomisia korjailla, jottei hän kokisi epäonnistumista tai nolatuksi tulemisen tunnetta. Kontaktin luomisessa dementoituvaan ilmeiden, eleiden, kosketuksen ja äänensävyn merkitys korostuu. Dementoituva havaitsee helposti näissä ilmenevät ristiriidat. Dementoituvan puheesta haetaan avainsanoja, joita voidaan toistaa, jolloin hänelle tulee tunne, että hänen asiansa otetaan todesta. ”Miksi?” kysymystä vältetään, koska se edellyttää vastauksessa syy-seuraussuhteiden ymmärtämistä, johon dementoituva ei enää kykene. (Aejmelaeus, ym. 2007, 241–242.)

5.6 Virikkeitä painottavat hoitomuodot

Virikkeitä painottavissa hoitomuodoissa esimerkiksi virkistystoiminnassa ja askartelussa sekä musiikki-, tanssi-, taide- ja lemmikkieläinterapiassa pyritään muistisairaalle tuottamaan mielihyvän kokemuksia. Musiikkiterapiassa vaikeastikin muistisairaahan hen-

kilöt saattavat reagoida musiikkiin, erityisesti rytmiin, ja jatkuvaan ärsykevirtaan. Kyky kokea musiikin avulla tunne-elämyksiä ei katoa kognitiivisten taitojen heikentyessä. Musiikkiterapian avulla voidaan ohjata ja kehittää reagointia ja käyttäytymistä ja se lisää muistisairaana aktiivista osallistumista ja vähentää levotonta käyttäytymistä. Musiikkiterapia voi helpottaa oman kehon hahmottamisessa ja edistää mielihyvän kokemista ja vuorovaikutusta. Kun musiikkia käytetään hoitokeinona, painotetaan musiikki-valinnoissa dementoituneen yksilöllistä ja persoonallista luonnetta. (Koponen & Saarela 2010, 489.)

Päivittäisten toimintojen harjoittaminen voi kohentaa laitoshoidossa olevien muistisairaiden kykyjä huolehtia itsestään. Aktiviteetit ja opastus voivat tukea toiminnallisuutta ja vähentää käytöshäiriöitä. Suunnitelluilla toimintaohjelmilla on laitosympäristössä myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden toimintakyvyn säilymiseen. (Koponen & Saarela 2010, 489.)

5.7 Hoitoympäristö

Ympäristöllä on iso merkitys etenevää muistisairautta sairastavan ikäihmisen selviytymiselle. Kodin tunnelma on tärkeä dementoituneelle henkilölle ja siksi hänen elämänsä historiaansa liittyvät tiedot kannattaa selvittää. Turvallisuuden lisäämiseen voidaan tarvita hoitajien ja teknologian avulla toteutettua valvontaa. Selkeän ja orientoivan sekä turvallisen hoitoympäristön kehittämisen, tilojen toiminnallisuuden aikaansaamisen sekä itsensä vahingoittamisen estämisen tulisi ohjata tilaratkaisuja ja sisustus-suunnittelua. Tilojen tulee mahdollistaa vapaa liikkuminen ja toiminta ilman hoitajien jatkuvaa ohjausta sekä sallia ulkoilu luonnon läheisyydessä. Tutkimusten mukaan dementoituneen toimintakykyä tukevassa fyysisessä ympäristössä on tilaa liikkua, ja olla yhdessä muiden kanssa. Hyvä tila on hallittavissa ja tarjoaa hahmottamista tukevia vihjeitä. Toimiva fyysinen ympäristö on hyvä elää ja se on ärsyketasoltaan sopiva. Hyvä hoitoympäristö on kodinomainen, siinä otetaan huomioon dementoituneen yksilöllisyys ja yksityisyys ja se on yksikkönä riittävän pieni. (Mäkinen, Kruus-Niemelä & Roivas 2009, 13–14.)

Turvallisuutta tukeva ympäristö koostuu fyysisestä ja henkisestä reviiristä, kunnioituksesta ja arvostuksesta, itsenäisyydestä, luottamuksesta ja todellisuuden hahmottamisesta, rauhallisuudesta, vakuuttavasta huolenpidosta, aidosta suhtautumisesta, johdonmukaisuudesta ja vaihtoehtojen antamisesta. Oman arvontunnetta tukeva ympäristö muodostuu itsekunnioituksesta, itseluottamuksesta, oman kelvollisuuden ja kyvykkyyden kokemuksista ja oman elämän arvon ja merkityksen kokemuksista, onnistumisen tunteiden tukemisesta, huomaamattomasta avustamisesta, myönteisestä palautteesta sekä dementoituneelle tärkeän ja riittävän fyysisen tilan antamisesta. (Mäkinen ym. 2009, 13–14.)

5.8 Toimintamalleja erilaisten käytösoireiden lievittämiseksi

Kun oireena on kovaääninen huuto, tulee ensisijaisesti selvittää, ettei muistisairaana huutojen aiheuttajana ole masennus, kipu, hoitamaton sairaus tai fyysinen epämuкаvuus. On myös esitetty, että virikkeettömyys voisi olla yhtenä syynä häiritsevään äänekkyteen. Hoitokokeiluissa on kiinnitetty huomiota yhteisön ja ympäristön ali- tai ylistimulaatioon. Voimakasta ympäristömelua ei tulisi olla. Meluhaittojen välttämiseksi voidaan seinille ripustaa ryijyjä tai muita melua vähentäviä tekijöitä. Myös tukevat matot ovat hyödyllisiä. Television, radion, ovikellojen ja puhelinten äänenvoimakkuudet kannattaa säätää mahdollisimman hiljaisiksi. Hiljainen taustamusiikki voi vähentää levottomuutta. Kuultavaksi voidaan tuottaa nauhoitettuja ääniä, esimerkiksi aaltojen kohinaa ”valkoisena meluna”. Hoidon ansiosta äänekkyys voi vähentyä jonkin verran. Ellei huuto-oire lieviy, voidaan ympäristöä muokkaamalla pyrkiä pienentämään oireen rasitusvaikutusta muistisairaana ympäristöön. (Koponen & Saarela 2010, 489–490.)

Uni-valverytmin häiriöstä kärsivien hoidossa voi päiväunien ja vuoteessa vietetyn ajan rajoittamisesta sekä kirkasvaloaltistuksesta olla hyötyä. Uni-valverytmin häiriössä kirkasvaloaltistuksen myötä unirytmien on todettu parantuneen. Valohoidolla ei kuitenkaan ole vaikutusta niiden muistisairaiden agitaatioon (kiihottamiseen), joiden uni-valverytmi on normaali. (Koponen & Saarela 2010, 489–490.)

Liiallista vaeltelua voi ilmetä AT:n kaikissa vaiheissa. Kannattaa miettiä, onko henkilön epätarkoituksenmukaisessa liikehdinnässä kuitenkin jokin mielekäs tai mielekkyttä lisäävä sisältö. Kävelyyn liittyy vähemmän vaaratekijöitä, jos se tapahtuu ympäristössä, jossa ulko-ovella huomataan henkilön poistuminen. Tilojen tunnistamista helpottavat merkinnät voivat lisätä muistisairaana turvallisuutta ja vähentää vaeltelua. Jos muistisairas vaeltaa tyytyväisenä, on viisainta varmistaa turvallinen kulkureitti. (Koponen & Saarela 2010, 489–490.)

Harhaluuloja on noin joka kolmannella AT:a sairastavalla henkilöllä. Tyypillisiä harhaluuloja ovat esimerkiksi varastamis-, myrkytys-, ja hylkäämisharhaluulot, ”Talo, jossa asun, ei ole minun kotini” -harhaluulo ja parisuhteeseen liittyvät harhaluulot. Henkilö voi myös tehdä virhetulkintoja, kun hän näkee peilin tai television ja hän voi uskoa, että henkilöt eivät ole niitä, joita heidän väitetään olevan. Näissä tilanteissa voidaan perehtyä muistisairaana elämäns historiaan. On myös hyvä selvittää, onko ympäristössä käytösoireeseen altistavia tekijöitä. Peilit kannattaa poistaa ja televisiota voidaan mahdollisuuksien mukaan katsoa yhdessä tai laittaa se kiinni. Aistiharhojen poissulke-miseksi kannattaa tarkistaa somaattinen terveydentila ja lääkitys. Henkilö- ja ympäristömuutoksien välttäminen ja selkeiden päivärutiinien järjestäminen saattaa ehkäistä harhaluulojen syntymistä. (Sulkava, Viramo, Eloniemi-Sulkava 2007, 31.)



6 ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKEHOITO

6.1 Lääkehoidon tavoite ja hyöty asiakkaalle

Alzheimerin taudin (AT) keskivaikeassa ja vaikeassa taudin vaiheessa lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain diagnoosin selvittyä. Varhain aloitettu lääkehoito vähentää ja hidastaa AT-potilaan toimintakyvyn heikkenemistä, voi helpottaa käytösoireiden hoitoa ja siirtää niiden ilmaantumista. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465.) AT:n ensisijaiseksi lääkkeeksi suositetaan asetyylikoliini esteraasin estäjää (AKE) tai memantiinia. AKE:n estäjiä tai memantiinia voidaan käyttää keskivaikean tai vaikean AT:n lääkehoidossa. Pitkälle edenneessä AT:n hoidossa AKE:n estäjän rinnalle liitetään usein memantiini. (Käypä hoito -suositus 2010.)

6.2 Lääkehoidon toteutus

6.2.1 Lääkehoidon aloitus

AT:ssa lääkehoito tulee aloittaa varhain. Lääkkeiden aloitusannos on pieni ja sitä lisätään hitaasti suurempaan siedettyyn annokseen. Ikäihmisillä aloitus annos suositeltua pienempi ja lisäykset hoitotasolle tehdään hitaasti. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 477–480.)

Ennen AT:n lääkehoidon aloitusta asiakkaalle tehdään seuraavat tutkimukset:

- tehdään aivojen kuvantaminen esimerkiksi MK (magneettispektroskopia)
- selvitetään potilaan kliiniset taustatiedot
- tehdään laboratoriotutkimuksia (PVK, La, Krea, K, Na, Kol) sekä RR ja Ekg
- tehdään muistitesti; kognitiivinen muistitesti (CERAD) tai muistiseula tai laaja neuropsykologinen testi sekä masennustesti (GDS).
- tehdään toimintakykytesti; RAVA tai ADL.
- varmistetaan, että lääkehoito toimii ja potilaan saa lääkkeensä säännöllisesti esimerkiksi hoitaja huolehtii lääkkeen säännöllisestä ottamisesta.

(Pirttilä ym. 2010. 477–480.)

6.2.2 Lääkehoidon arviointi ja hoitovasteen seuranta

Lääkehoito edellyttää kokonaistilanteen säännöllistä seuranta ja moniammatillista yhteistyötä. AT:ssa lääkehoidon arviointi ja hoitovasteen seuranta aloitetaan heti lääkehoidon alusta. (Pirttilä ym. 2010, 477–480; Kivelä & Räihä 2007, 56–58; Käypä hoito -suositus 2010.)

- Lääkehoidon aloituksessa, psykelääkkeiden ja vaikeiden käytösoireiden hoidossa lääkärin seurantakäynnit 1–3 kuukauden kuluttua, jolloin tarkistetaan lääkkeen siedettävyyden ja annosmuutosten sujuvuus. Jatkuvässä lääkehoidossa lääkärin tapaamisväliksi suositellaan 6–12 kuukautta.
- Lääkkeen hoitovastetta arvioidaan 6 kuukauden kuluttua, arvioidaan potilaan tilan vakiintumista ja lääkkeen siedettävyyttä. Vasteen arvioinnissa ja seurannassa käytetään diagnoosivaiheen mittareita (CERAD), toimintakyky- (ADL, Rava), masennusseula testiä ja seurantalomaketta. Lääkehoidon tehon arviointi perustuu oireiden ja toimintakyvyn muutoksiin hoidon aikana.
- Käytösoireiden arvioinnissa ja seurannassa käypä hoito suosituksen mukaan voidaan käyttää neuropsykiatrista haastattelua (NPI). Asiakasta ja omaisia haastatellaan voinnin muutoksista sekä huomioidaan muut toimintakykyyn vaikuttavat akuutit sairaudet.
- Lääkehoidon kesto ja lääkehoidon vasteen kesto arvioidaan yksilöllisesti. Mikäli lääkehoito todetaan soveltuvaksi ja lääkeväste on todettu, arvioinnit tehdään 2 kertaa vuodessa tai tarpeen mukaan useammin.
- Lääkehoito tulee lopettaa tai vaihtaa toiseen, jos lääkkeelle ei tule viitettä hoitovasteesta puolen vuoden kuluttua lääkehoidon aloittamisesta. Lääkehoito tulee lopettaa tilanteissa, jossa asiakkaalla on hallitsemattomia ja voimakkaita kiusaavia hättävaiikutuksia, lääkkeen siedettävyyden on huono tai asiakkaan vointi heikkenee lyhyessä ajassa stabiiliin vaiheen jälkeen, muuta selittävää tekijää muutokselle ei löydy tai hoidon valvonta ei onnistu.
- Mikäli asiakkaan vointi lääkehoidon lopetettua heikkenee huomattavasti, suositellaan lääkehoidon uudelleen aloittamista. Lääkehoidon jatkamisen tarve ja lääkehoidon hyöty tulee määrittellä yksilöllisesti, kun potilaan kommunikointi ja omatoiminen syöminen sekä elämää ylläpitävät toiminnot heikkenevät.
- Mikäli lääkehoitoa joudutaan vaihtamaan, voidaan vaihto toteuttaa ilman taukoa. AKE- estäjä vaihdetaan mielellään toiseen vastaavaan AKE- estäjään tai joskus potilas hyötyy AKE- estäjän ja memantiinin yhteiskäytöstä.

Lääkehoito on eettisesti oikein ja laadukkaasti toteutettu, kun asiakkaan lääke on määrätty oikein perusteiden, seurataan lääkehoidon toivottuja vaikutuksia sekä hättä- ja yhteisvaikutuksia säännöllisesti ja lääkehoito lopetetaan hoitosuosituksen mukaisesti. (Kivelä 2009, 244). Lääkityksen säännöllisellä seurannalla ja arvioinnilla varmistetaan, että henkilön hoidon kannalta kaikki tarpeelliset lääkkeet ovat käytössä sopivilla annoksilla ja käytössä ei ole sopimattomia tai tarpeettomia lääkkeitä. (Ahonen, 2011.)

6.3 Iäkkään muistisairaahan lääkehoidossa huomioitavaa

- ❖ Iäkkään muistisairaahan lääkehoitoa aloitettaessa lääkeannokset ovat pieniä.
- ❖ Muistisairaahan lääkehoidossa tulisi välttää antokolinergisesti (=parasympaattista hermostoa salpaavia ja asetyylikoliinin vaikutusta estäviä) vaikuttavia lääkeaineita esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet (amitriptyyli, doksepiini), perinteisiä neuroleptejä (klooripromatsiini, promatsiini) sekä virtsankarkailun hoidossa käytettäviä lääkkeitä.
- ❖ Pitkävaikutteiset diabeteslääkkeet esimerkiksi sulfonyyliurea- valmisteet voivat aiheuttaa levottomuutta.
- ❖ Kolesterolilääkkeiden eli statiinien on yksittäistapauksissa todettu aiheuttavan AT- potilaille keskushermostohaittoja mm. levottomuutta ja psykoottisia oireita.
- ❖ Kivun hoidossa käytettävien voimakkaiden kipulääkkeiden (euforisoivat analgeetit) on todettu aiheuttavan dementiapotilaille muita herkemmin sekavuutta ja psykoottisia oireita.
- ❖ Muistisairaahan potilaan verenpainelääkitys on aina tarkistettava ja verenpainetta tulee seurata säännöllisesti. Heillä systolisten ja diastolisten painearvojen on todettu olevan pienempiä ja ortostaattinen reaktio on varsin tavallinen.
- ❖ Rasvaliukoisten beetasalpaajien haittavaikutuksena voi muistisairaalle herkästi tulla keskushermosto-oireita, liian tehokas lääkehoito voi aiheuttaa liiallista verenpaineen laskua -> voi aiheuttaa levottomuutta.
- ❖ Vaihdevuosien alussa aloitettu estrogeenihoito saattaa ennaltaehkäistä ja vähentää AT:n sairastumisen vaaraa.

(Viramo & Strandberg 2010, 502–503.)

Serotoniinioireyhtymä on harvinainen mutta hengenvaarallinen tila, jossa lääkitys aiheuttaa keskushermostossa liiallisen serotoniiniaktiivisuuden ns. serotoniinimyrkytyksen. Iäkkäällä henkilöllä on vaara sairastua oireyhtymään, jos hän käyttää kahta tai useampaa serotonergistä lääkettä yhtä aikaa tai yhden lääkkeen annos on liian suuri. (Kivelä & Räihä 2007, 63.) Oireyhtymä saattaa kehittyä esimerkiksi, jos moklobemidin kanssa samanaikaisesti käytetään joko SSRI-, SNRI-lääkkeitä tai klomipramiinia. Joskus oireyhtymä voi kehittyä, jos SSRI- lääke on yhdistetty trisykliseen masennuslääkkeeseen, buspirooniin, mirtatsapiiniin, venflaksiiniin, karbamatsepiiniin tai särky- ja migreenilääkkeisiin esim. tarmadoli, sumatriptaani, tai dihydroergotamiini. (Terveyskirjasto 2011; Kivelä & Räihä 2010, 235; Huttunen 2008, 129.)

Serotoniinimyrkytyksen oireita ovat: vatsakouristukset, vaikea ripuli, sekavuus (delirium), kooma, puhehäiriöt, koordinaatiohäiriöt, pakkoliikkeet (myoklonus), sydämen tiheälyöntisyys (takykardia), velttous (hypotonia), verenpaineen voimakkaat vaihtelut, hikoilu, ahdistus, sydänverenkierron romahdus (kradiovaskulaarinen kollapsi), ajan- ja paikantajun hämärtyminen (desorientaatio), kohonnut kuume, refleksien kiihtyminen. Hoitona on lääkityksen välitön lopettaminen sekä oireenmukainen hoito. (Viramo & Strandberg 2010, 502–503; Käypä hoito -suositus 2010; Huttunen 2008, 283.)

6.4 Alzheimerin taudin (AT) keskeisimmät lääkkeet

6.4.1 Asetyylikoliiniesteraasin estäjät (AKE)

AT:ssa tapahtuu muutoksia useissa kemiallisissa viestintäjärjestelmissä. Kolinerginen hermotus saa alkunsa aivojen sisäosista, josta se nousee aivokuorelle. Se aktivoi aivokuoren hermosoluja ja parantaa niiden toimintavalmiutta. Hermosolut siirtävät viestiä toisilleen synapsialueella kemiallisesti. AT:ssa ja useissa muistisairauksissa kolinerginen järjestelmä vaurioituu ja vapautuvan asetyylikoliini välittäjäaineen määrä vähenee. Asetyylikoliini on koliiniesteraasin muoto, joka on hermosolujen synapsiraossa olevaa välittäjäainetta ja se tehostaa solujen toimintaa. AKE-lääke estää asetyylikoliini välittäjäaineen hajoamista ja tehostaa sen toimintaa aivoissa. Varhaisen ja lievän AT:n hoidossa suositellaan ensisijaisesti lääkkeeksi asetyylikoliiniesteraasin estäjää (AKE), joita ovat donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini. (Pirttilä ym. 2010, 466; Käypä hoito -suositus 2010.)

Donepetsiili on AKE:n estäjä, joka tehostaa aivoissa vaikuttavan asetyylikoliini välittäjäaineen toimintaa eli lisää kolinergistä hermovälitystä, lievittää AT:n oireita ja pyrkii hidastamaan taudin etenemistä. (Käypä hoito -suositus 2010.) Annostus lääkärin ohjeen mukaisesti.

Haittavaikutukset: yleisimpiä ovat ruuansulatuskanavaan liittyvät vaikutukset kuten pahoinvointi, oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus. Muita haittavaikutuksia voi olla heitehuimaus, päänsärky, väsymys, unettomuus, lihaskrampit ja harvemmin flunssan kaltaiset oireet. Joskus lääke tekee potilaan ärtyisäksi tai aiheuttaa muita psyykkisiä oireita. (Käypä hoito -suositus 2010; Pirttilä ym. 2010, 471; Terveyskirjasto 2011.)

Muut vaikutukset: Donepetsiilin hajoamista voivat estää ketokonatsoli ja fluoksetiini. Karbamatsiini ja alkoholi voivat laskea pitoisuutta. Donepetsiilillä ei ole vaikutusta teofylliiniin, varfariiniin, simetidiiniin tai digoksiiniin kinetiikan kanssa. Donepetsiili imeytyy melko hitaasti, mutta lähes täydellisesti sitoutumalla plasman proteiineihin ja huippuvaikutukseen päästään jo noin 3–5 h kuluttua. Lääkkeen puoliintumisaika on AT-potilailla noin 100 h. ja ruoka ei vaikuta lääkkeen imeytymiseen. Metaboloituu (ainenvaihdunta/ muuntuminen) maksan entsyymien kautta ja osa erittyy (n. 30 %) muuttumattomana virtsaan. Kinetiikka (imeytyminen, erittyminen) ei muutu lievässä tai keskivaikeassa maksan tai munuaisten vajaatoiminnassa. (Pirttilä ym. 2010, 471; Terveyskirjasto 2011.)

Rivastigmiini vähentää asetyylikoliinin pilkkoutumista ja lisää kolinergistä hermovälitystä. Rivastigmiinia on saatavissa kapseleina, oraaliliuoksena ja depotlaastareina, Laastarin teho on yhtä hyvä kuin kapseleilla, mutta ruuansulatuskanavan haittavaikutukset ovat vähäisempiä. Lääkelaastari vaihdetaan kerran vuorokaudessa ja kuukauden laastarihoidon jälkeen voi tehdä annoslisäys. Kapselilääkkeellä annosta lisätään hitaasti kahden viikon välein, jolloin haittavaikutuksia esiintyy vähemmän. Annostus lääkärin ohjeen mukaisesti.

Haittavaikutukset: yleisimpiä ovat ruuansulatuskanavaan liittyvät vaikutukset kuten pahoinvointi, oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus. Muita haittavaikutuksia voi olla

heitehuimaus, päänsärky, väsymys, unettomuus, lihaskrampit. Vakavina haittavaikutuksina voi esiintyä rytmihäiriöitä, ruuansulatuskanavan verenvuotoa, maksavaurioita. **Muut vaikutukset:** Rivastigmiini voi tehostaa lihasrelaksanttien (suksinyylikoliini) vaikutusta nukutuksen aikana. Se voi häiritä antikolinergisten lääkeaineiden vaikutusta (esimerkiksi virtsanpidätyslääkkeet) tai estää muiden lääkkeiden aineenvaihduntaa. Rivastigmiini imeytyy nopeasti ja lähes täydellisesti suolistosta, mutta ruoka hidastaa imeytymistä. Rivastigmiini poistuu elimistöstä koliiniesteraasi vaikutuksesta ja se erittyy (noin 1 %) ulosteeseen. Maksan sekä munuaisen vajaatoiminta voivat lisätä plasmapitoisuuksia. (Pirttilä ym. 2010, 472; Käypä hoito -suositus 2010; Terveyskirjasto 2011; Tohtori.fi 2011.)

Galantamiini herkistää nikotiinireseptoreita asetyylikoliinin vaikutuksille ja näin pienemmällä asetyylikoliinin määrällä saadaan aikaan solun aktivaatio. Annostus lääkärin ohjeiden mukaisesti.

Haittavaikutukset: Yleisimpiä ovat ruuansulatuskanavaan liittyvät vaikutukset mm. pahoinvointi, oksentelu, ripuli ja ruokahaluttomuus. Muita haittavaikutuksia ovat esimerkiksi heitehuimaus, päänsärky, väsymys, unettomuus, levottomuus, lihaskrampit, kaatuilu, nuha ja virtsateiden tulehdukset. Potilaan paino saattaa laskea lääkähoidon aikana, joten riittävään nesteiden ja ravinnon saantiin on kiinnitettävä huomiota.

Muut vaikutukset: Galantamiini imeytyy nopeasti ja täydellisesti noin 1–2 tunnin kuluessa. Lääkkeen imeytymistä hidastaa ruoka ja sen puoliintumisaika on noin 6 tuntia. Lääke sitoutuu plasman proteiineihin ja metaboloituu (muuntuminen) maksan entsyymien kautta, mutta osa (n. 25–40 %) erittyy muuttumattomana virtsaan. Eliminaatiota (poistumista) hidastavat maksan tai munuaisen vajaatoiminta ja eräät lääkeaineet kuten fluoksetiini, paroksetiini, kinidiini, erytromysiini ja ketokonatsoli, voivat lisätä kolinergisten haittojen esiintyvyyttä. Digoksiinin ja beetasalpaajien kanssa samanaikaisesti käytettynä galantamiini voi hidastaa pulssia. (Pirttilä ym. 2010, 472–473; Terveyskirjasto 2011.)

6.4.2 NMDA- antagonistit

Memantiini on NMDA- reseptori antagonistit, joka vaikuttaa erityisesti keskivaikeassa ja vaikeassa AT:ssa parantamalla potilaan kognitiota sekä toimintakykyä myös taudin vaikeassa vaiheessa. Glutamaatti on yleisin aivojen välittäjäaine ja se vaikuttaa hermosolujen toimintaa kiihdyttävästi. Memantiini vähentää liiallisen glutamaatin haitallisia vaikutuksia aivoissa ja lievittää taudin oireita. Annostus lääkärin ohjeiden mukaisesti. Memantiinia on saatavana tabletteina ja liuoksena.

Haittavaikutukset: Usein esiintyviä vaikutuksia ovat päänsärky, väsymys, uneliaisuus, aistiharhat, huimaus ja sekavuus. Lisäksi asiakkaan verenpaine saattaa nousta, hänellä voi esiintyä itsetuhoisia ajatuksia tai masennusta, joka voi liittyä AT:iin.

Muut vaikutukset: Memantiinista 60–80 % eliminoituu munuaisten kautta, ja sitä hidastaa esimerkiksi munuaisten vajaatoiminta. Sitä voidaan käyttää yhdessä AKE:n donepetsiilin kanssa yhdessä vähentämään Alzheimerin tautia sairastavan potilaan käytösoireita. Memantiini saattaa tehostaa levodopan, dopamiinagonistien ja antikolinergien vaikutusta tai heikentää barbituraattien ja neuroleptien vaikutusta. Memantiini ja amantadiinin samanaikaista käyttöä on vältettävä farmakotoksisen (lääkemyrky-

tys) psykoosin vaaran vuoksi. Lääke voi aiheuttaa yhteisvaikutuksia ja plasmapitoisuuden nousua yhdessä ranitidiinin, simetidiinin, prokainamidin, kinidiinin, kiniinin ja nikotiinin kanssa. Yksittäisissä tapauksissa yhteiskäyttö varfariinin kanssa on nostanut INR-arvoa, joten INR-arvon seuranta suositellaan. Virtsan pH:ta suurettavat tekijöiden I. antasidien yhtäaikainen käyttö voivat heikentää memantiinin poistumista elimistöstä. (Pirttilä ym. 2010, 473; Kivelä & Rähä 2007, 56; Terveyskirjasto 2011; Puurunen 2008, 28; Käypä hoito -suositus 2010.)

6.5 Alzheimerin taudin käytösoireiden lääkehoito

Erilaisia käytösoireita esiintyy suurimmalla osalla muistisairaista henkilöistä. Niitä tulee hoitaa silloin, kun ne rasittavat henkilöä itseään tai ne heikentävät henkilön itsenäistä selviytymistä tai toimintakykyä tai aiheuttavat vaaratilanteita henkilölle itselle tai asuinympäristölle. Psykoosilääkehoidosta on hyötyä noin puolet (50 %), jopa kaksi-kolmasosaa dementiapotilaista. Epilepsia lääkkeitä ja uudet psykoosilääkkeet aiheuttavat vähemmän neurologisia haittavaikutuksia kuin tavanomaiset psykelääkkeet. Lääkehoitoa suunniteltaessa on aina huomioitava asiakkaan yksilölliset sivuvaikutuksille altistavat tekijät. Lääkkeen hoitovastetta tulee esille jo 2–4 viikon aikana lääkkeen aloittamisesta. Potilaan käytösoireissa tapahtuu muutoksia dementian edetessä, siksi lääkehoidon tarpeellisuutta on arvioitava 3–6 kuukauden välein. Lääkkeettömät hoitokeinot lääkehoidon rinnalla ovat tärkeitä. Psykelääkkeiden käytössä tulisi suosituksen mukaan käyttää yhtä lääkevalmistetta kerrallaan. (Koponen ja Saarela 2010, 485, 491; Käypä hoito -suositus 2010.) Käytösoireiden lääkehoidon lääkkeet ovat esitelty muun muassa Käypä hoito -suositus, Koponen ja Saarela, Sulkava, Kivelä & Rähä lähteiden mukaan.

Käytösoireiden lääkehoidon periaatteet:

1. vain yksi psykelääkevalmiste käytössä kerrallaan
2. mahdollisimman pieni annos lyhyen aikaa
3. ongelmaton metabolia eli lääke poistuu aineenvaihdunnan kautta
4. mahdollisimman vähän haitta- ja antikolinergisia vaikutuksia
5. lääkkeen valinnassa huomioitava aina henkilön ikä

(Viramo & Strandberg 2010, 503.)

6.5.1 Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden lääkehoito

Masennusta esiintyy AT-potilailla usein taudin alkuvaiheessa, kun kognitiiviset oireet ovat lieviä tai keskivaikeita. Masennuslääkkeiden käyttöä dementiaa sairastaville suositellaan vain melko kauan kestäneiden masennustilojen hoitoon. Ensisijaisesti dementoituneen masennustilaa tulee hoitaa lääkkeettömin hoidoin esimerkiksi empaattisella tuella, osallistumisella, virikkeellisellä tekemisellä, liikunnalla sekä myönteisellä ja arvostavalla asenteella. Jokapäiväiseen elämään liittyvän stressin aiheuttama ahdistuneisuus

suus tai jännittyneisyys ei yleensä vaadi lääkehoitoa. Lääkehoito on vain osa henkilön kokonaisuhoitoa. (Kivelä & Räihä 2007, 60.)

Lievien- ja keskivaikeiden masennusoireiden hoitoon käytetään serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI). Yleisimpiä käytettyjä ja kansainvälisesti suositeltuja ovat sitalopraami (SSRI -lääke) ja sertraliini ja essitalopraami. SSRI -lääkkeiden etuna pidetään niiden yksinkertaista annostusta eli lääkkeen käyttö voidaan aloittaa suoraan hoitannonoksella. Lisäksi lääkkeet ovat hyvin siedettyjä ja niiden toksiset vaikutukset yliannostuksen yhteydessä ovat vähäisiä. (Sulkava 2010, 135; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493; Kivelä & Räihä 2010, 235.) Keskivaikean tai vaikean masennusoireen hoidossa voidaan käyttää myös trisyklisiä masennuslääkkeitä, joita ei kuitenkaan suositella niiden antikolinergisten ominaisuuksien vuoksi ja iäkkäillä ne lisäävät myös kaatumisvaaran riskiä. (Kivelä & Räihä 2007, 60–63).

SSRI eli serotoniinin takaisinoton estäjät

Sitalopraamia voidaan käyttää masennuksen, ahdistuneisuuden, paniikkihäiriöiden ja erilaisten pelkotilojen hoitoon. Sitä voidaan käyttää myös masennuksesta palautumiseen ja uusiutumisen ehkäisyyn. Lääke säätelee keskushermoston toimintoja ohjaavan serotoniinin vaikutusta siten, että masennuspotilaan mieliala kohoaa. Sitalopraamin yleisimpiä haittavaikutuksista ovat suun kuivuminen, pahoinvointi, vapina, päänsärky, hikoilu, unettomuus tai uneliaisuus. Harvemmin esiintyy ihottumaa, huimausta, vatsaoireita, makuaistin häiriöitä tai mielialan vaihteluja. Lääkkeen puoliintumisaika on noin 30 h, mutta iäkkäällä henkilöllä pidempi. (Huttunen 2008, 106–109; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493; Kivelä & Räihä 2007, 63.)

Sertraliini vaikuttaa keskushermostossa serotoniini välittäjäaineen määrään ja vaikutukseen siten, että lääke kohottaa potilaan mielialaa. Sitä voidaan käyttää masennuksen, ahdistuneisuuden, pakko-oireisen häiriön tai traumaperäisen stressin hoidossa. Lääkkeen vaikutus alkaa noin viikon päästä hoidon aloituksesta ja täysi teho saavutetaan noin 2–4 viikossa. Lääkkeen yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruokahaluttomuus, suun kuivuminen, ihottumat, vapina, huimaus, unettomuus tai uneliaisuus, pahoinvointi ja ripuli ja miehillä siemensyöksyn viivästyminen. Lääke vaikuttaa myös henkilön tarkkaavaisuuteen ja yhtäaikaista alkoholin käyttöä tulisi välttää. Lisäksi lääke voi aloitusvaiheessa aiheuttaa potilaalle itsetuhoisia ajatuksia tai johtaa jopa itsemurhayrityksiin. (Huttunen 2008, 106–109; Terveyskirjasto 2011.)

Essitalopraami käytetään masennuksen ja paniikkihäiriöiden hoidossa. Lääke säätelee serotoniini välittäjäaineen vaikutuksia niin, että vaikeasti masentunut mieliala kohoaa. Lääkkeen vaikutus ilmaantuu tavallisesti 2–4 viikon kuluttua hoidon aloituksesta. Yleisimpänä haittavaikutuksena ovat esimerkiksi pahoinvointi ja harvemmin esiintyviä haittavaikutuksia ovat mm. unihäiriöt, päänsärky, huimaus, ruokahaluttomuus, ripuli, hikoilu, väsymys, ja ummetus. Haittavaikutuksia on usein hoidon alussa, mutta helpotavat hoidon edetessä. Lääkehoidon alussa voi lisääntyä itsetuhoinen ajattelu ja itsemurhayritysten vaara lisääntyä. Puoliintumisaika on noin 30 tuntia säännöllisessä hoidossa, mutta maksa- ja munuaisten vajaatoiminta potilailla puoliintumisaika pidentyy,

jopa kaksinkertaistuu. Lääkkeen samanaikainen käyttö antikoagulanttien kanssa voi muuttaa antikoagulanttivaikutusta ja tulehduskipulääkkeiden (NSAID) samanaikainen käyttö voi lisätä verenvuototaipumusta. Mäkikuismaa sisältävien valmisteiden samanaikainen käyttö voi lisätä haittavaikutuksia. Samanaikainen käyttö serotonergisten lääkevalmisteiden kuten tramadolin, sumatriptaanin, muiden triptaanien ja selegiliinin kanssa saattaa aiheuttaa serotoniinioireyhtymään. (Huttunen 2008, 106–109; Sulkava 2010, 135; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493; Kivelä & Rähä 2010, 235.)

SNRI eli selektiiviset serotoniini ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät

Venlafaksiinin vaikutus perustuu aivoissa pääasiassa serotoniinin, noradrenaliinin ja muiden välittäjäaineiden toimintaan, jotka puolestaan vaikuttavat osaltaan masennustilan syntymiseen. Venlafaksiini on todettu tehokkaaksi lääkkeeksi myös kroonisten kiputilojen hoidossa. Lääkkeen vaikutus alkaa noin kahden viikon sisällä hoidon alkutuksesta. Haittavaikutuksina voi olla esimerkiksi huimausta, unettomuutta, ruokahaluttomuutta, hermostuneisuutta sekä voimattomuutta. Lisäksi voi ilmetä seksuaalisia häiriöitä tai verenpaineen nousua, joka on annosriippuvainen haittavaikutus. Lääkkeellä ei ole yleensä kiusallisia antikolinergisia tai antihistamiinisia haittavaikutuksia, mutta sitä ei saa käyttää MAO- estäjien kanssa yhtäaikaaisesti. (Huttunen 2008, 109–110; Terveyskirjasto 2011; Sulkava 2007, 35; Koironen 2010.)

Noradrenaliiniset ja spesifiset serotonergiset masennuslääkkeet (NaSSA)

Mirtatsapiini vaikuttaa keskushermostossa serotoniini- ja noradrenaliini välittäjäaineiden toimintaan siten, että masennuksen oireet lievittyvät. Lääkehoito tulee lopettaa asteittain vieroitusoireiden välttämiseksi. Yleisiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi turvotus, päänsärky, huimaus ja lääke voi lisätä ruokahalua sekä aiheuttaa painonnousua. Lisäksi lääke voi kohottaa selvästi plasman kolesteroli- ja triglyseridipitoisuutta. Lääke saattaa hoidon alkuvaiheessa lisätä itsetuhoisia ajatuksia tai väsyttää, josta voi seurata tarkkaavaisuuden heikkenemistä. Lisäksi Mirtatsapiinilla voi olla yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa ja voimistaa alkoholin sekä muiden rauhoittavien lääkeaineiden vaikutusta. Yhteiskäyttö MAO- estäjien kanssa saattaa lisätä serotoniinioireyhtymän kehittymisen riskiä. Mirtatsapiinilla ei ole kuitenkaan ole merkittäviä antikolinergisiä vaikutuksia, kuten suun kuivumista tai ummetusta. (Huttunen 2008, 111–112; Sulkava 2007, 35; Koironen 2010; Terveyskirjasto 2011.)

MAO -estäjät eli monoamino-oksidaasi estäjät

Moklobemidi on (MAO) estäjä, jota voidaan käyttää masennustilojen sekä sosiaalisten tilanteiden aiheuttamien pelkotilojen hoidossa. Moklobemidi vaikuttaa estävästi monoamiinioksidaasi A-entsyymin toimintaan estäen dopamiinin, noradrenaliinin ja serotoniin hajoamista, jonka vuoksi niiden pitoisuus keskushermostossa, hermopäätteissä ja perifeerisissä hermoissa lisääntyy. Moklobemidi vaikuttaa siis aivojen aineenvaih-

duntatoimintaa, jonka seurauksena henkilön aloite- ja keskittymiskyky paranevat sekä masennus- ja pelkotilojen oireet lievittyvät. Moklobemidi on hyvin siedetty, aktivoiva lääke, joka sopii myös vanhuksille. Lääke voi aiheuttaa haittavaikutuksina esimerkiksi pahoinvointia, ärtyvyyttä, unettomuutta, päänsärkyä, ripulia, huimausta. Muita oireita ilmenee harvoin, mutta masennuksen hoidon alkuvaiheessa saattaa esiintyä taipumusta itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Moklobemidia ei saa käyttää yhdessä SSRI- tai SNRI-lääkkeiden tai klomipramiinin kanssa eikä sen käyttöä tule aloittaa 2–4 viikkoon edellämmainittujen lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen. Fluoksetiinin käytön lopettamisen jälkeen pidettävä 4 viikon tauko. Yhteiskäyttöön moklobemidin ja edellä mainittujen lääkkeiden kanssa liittyy serotoniinioireyhtymän vaara. (Huttunen 2008, 113; Koironen 2010; Terveyskirjasto2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493.)

Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit

Oksatsepaami vaikuttaa keskushermostoon ja sitä kautta muualle elimistöön rauhoittaen keskushermostoa. Lääke laukaisee kehon liiallista jännittyneisyyttä sekä lihasjännitystä ja sopii käytettäväksi myös aamuyön heräilyyn. Lääkettä käytetään unilääkkeenä sekä lievittämään ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Lääkehoito tulisi olla mahdollisimman lyhytaikainen. Lääke tulee ottaa runsaan nesteen kanssa. Lääkettä illalla otettaessa tulee nukkua vähintään 7–8 tuntia, jotta lääkkeen väsyttävä vaikutus ehtii lakata. Kesken unen herätettynä henkilö, joka on saanut lääkettä saattaa käyttäytyä omituisesti muistamatta asiasta mitään jälkikäteen. Haittavaikutuksista mainitaan tarkkaavuuteen liittyvät häiriöt ja väsymys, lihasheikkous, liikkeiden epävarmuus tai päänsärky. Lääke voimistaa muiden rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin vaikutusta. Sen teho alkaa heiketä jo muutaman viikon säännöllisen käytön jälkeen ja pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa tottumusta. (Terveyskirjasto 2011; Koironen 2010; Huttunen 2008, 172; Koponen & Saarela 2010, 492.)

Loratsepaami on bentsodiatsepiineihin kuuluva lääkeaine, joka vaikuttaa keskushermostoon rauhoittamalla sen kiihtynyttä toimintaa. Lääkettä käytetään lyhytaikaisesti lievittämään vaikeaa ahdistuneisuutta, joka voi liittyä masennukseen. Haittavaikutuksena saattaa ilmetä väsymystä ja tarkkaavuuden häiriöitä. Iäkkäillä ja huonokuntoisilla henkilöillä voi ilmetä liikkeiden hallintavaikeuksia, lihasheikkoutta ja huimausta. Yhteiskäyttöä alkoholin kanssa tulee välttää ja lääkkeen pitkäaikaiseen käyttöön liittyy tottumisvaara, joten lääkityksen äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa vieroitusoireita. Loratsepiinin ja klotsapiinin samanaikainen käyttö voi aiheuttaa väsymystä (sedaatio), liiallista syljen eritystä tai ataksiaa. Valporoaatin (Marevan) kanssa samanaikaisesti käytettynä loratsepaami annoksen on oltava puolta pienempi (50%), koska plasman loratsepaami pitoisuus nousee ja puhdistuma alentuu. Samanaikaisesti käytettynä probenesidi nopeuttaa lääkkeen vaikutuksen alkua tai pitkittää sitä, annostussuositus 50 % pienempi. Teofylliini tai aminofylliini saattaa heikentää bentsodiatsepiinien sedatiivista vaikutusta. (Terveyskirjasto 2011; Huttunen 2008, 173; Koironen 2010; Koponen & Saarela 2010, 492.)

Muita masennusoireiden lääkkeitä

Buspironia käytetään ahdistuneisuuden hoidossa sekä muissa psyykkisissä häiriöissä kuten depression liittyvässä ahdistuksessa. Lääkkeen antidepressiivisen vaikutuksen arvellaan perustuvan lääkkeen elimistössä synnyttämän johdannaisen kykyyn estää sekä noradrenaliinin että dopamiinin synaptista takaisinottoa. Buspironin yleisimmät haittavaikutukset ovat huimaus, päänsärky, pahoinvointi, ripuli, hikoilu, epämääräinen rintakipu, puutumisen tunne, heikotus, lisääntynyt hikoilu, korvien soiminen, kurkkukipu ja nenän tukkoisuus. Harvemmin esiintyviä haittavaikutuksia ovat urtikaria (ihottuma), mustelmat, tuntohäiriöt, pakkoliikkeet, jäykkyys, kohtaukset, pyörtyminen, ihoturvotusta, ohimenevät muistihäiriöt ja serotoniinioireyhtymä. Samanaikaista käyttöä tulee välttää seuraavien lääkkeiden kanssa: masennuslääkkeet I. MAO-estäjät (moklobemidi, selegiliini), SSRI-estäjät (fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami), rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit), verenohennuslääke varfariini (Marevan) ja haloperidoli. Lisäksi muut keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet kuten unilääkkeet, muut masennuslääkkeet, psykoosilääkkeet, epilepsialääkkeet, eräät kipulääkkeet ja antihistamiinit. (Huttunen 2008, 176, 185; Sulkava 2007, 35; Terveyskirjasto 2011; Lääkeinfo.fi 2008.)

Propranololi on beetasalpaajien ryhmään kuuluva lääke, jota käytetään tavallisesti esimerkiksi ehkäisemään sydänlihaksen hapensaannista johtuvaa puristavaa rintakipua ja sitä käytetään myös verenpainelääkkeenä. Lääkettä voidaan käyttää myös ahdistuksen hoidossa. Lääke tasoittaa sydämen epäsäännöllistä rytmiä, hillitsee adrenaliinin vaikutuksia sydämeen ja vaikuttaa sydämen lyöntitiheyteen. Lääkettä voidaan käyttää ehkäisemään migreeniä tai lievittämään kilpirauhasen liikatoiminnan oireita ja vähentämään käsien vapinaa. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi ripuli, pahoinvointi, huimaus ja unettomuus. Lisäksi voi olla lihasteikkoutta tai väsymystä, joskus myös lääke aiheuttaa astmaoireita. (Terveyskirjasto 2011; Huttunen 2008, 127; Koponen & Saarela 2010, 492.)

6.5.2 Psykoosioireiden lääkehoito

Psykoosilääkkeitä voidaan käyttää vaikeimpien psykoottisten oireiden, levottomuuden tai aggressiivisuuden lyhytaikaisessa hoidossa sekä ne ovat tehokkaita harha-ajatusten ja aistiharhojen hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2010). Henkilöillä, joilla on esimerkiksi verenpainelääkitys tai alhainen verenpaine voivat psykoosilääkkeet saattaa jonkin verran lisätä aivoverenkiertohäiriötä tai kuoleman vaaraa. Psykoosilääkkeitä tulisi käyttää vain rajoitetun ajan ja ilta-annoksena ne tukevat uni-valverytmiä. (Koponen & Saarela 2010, 496; Kivelä & Räihä 2007, 59.) Lääkehoidon tarvetta on arvioitava säännöllisesti ja pitkäaikaisseuranta tutkimuksissa on osoitettu, että yli kolme kuukautta jatkuneen neuroleptilääkityksen lopettaminen mahdollisesti vähentää kuolleisuutta ilman, että asiakkaan käytösoireet lisääntyvät tai toimintakyky ja kognitiiviset taidot heikenevät. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Risperidoni vaikuttaa aivoissa dopamiini- ja serotoniini välittäjäaineiden toimintaan ja on tehokas AT:iin liittyvien vaikeiden käytösoireiden esim. harhaluulojen, aggression,

levottomuuden ja aistiharhojen hoidossa, joista on merkittävää haittaa tai vaaraa potilaalle tai ne aiheuttavat potilaan toimintakyvyn heikkenemistä. Risperidonia voidaan käyttää niiden dementiaa sairastavien potilaiden unettomuuteen hoitoon, joilla on lisäksi todettu myöhäisiltapäivän tai iltaan liittyvää levottomuutta tai sekavuutta. Haittavaikutuksina voi ilmetä jäykkyyttä ja hoidon alkuvaiheessa asiakkaalla voi esiintyä unettomuutta, kiihtyneisyyttä, päänsärkyä ja ahdistuneisuutta, huimausta, näön sumenemista, ummetusta, pahoinvointia tai vuoteen kastelua. Usein lääke lisää asiakkaan ruokahalua ja paino pyrkii lääkityksen vuoksi nousemaan. Lääkehoidon vaikuttavuutta tulee arvioida vähintään 3 kuukauden välein. (Koponen & Saarela 2010, 493; Kivelä & Räihä 2007, 59–60; Sulkava 2010, 135; Huttunen 2008, 62; Terveyskirjasto 2011.)

Ketiapiini vaikuttaa aivoissa dopamiini- ja serotoniini välittäjäaineiden toimintaan ja sitä voidaan käyttää voimakkaiden aggressioiden tai psykoottisten käytöshäiriöiden hoidossa. Se ei ilmeisesti tehoa vaikeaa AT:tä sairastavien potilaiden levottomuuteen. Lääkehoidon alkuvaiheessa voi ilmetä lievää uneliaisuutta. Lääkettä voidaan käyttää myös unettomuudenhoitoon niillä dementiapotilailla, joilla on todettu myöhäisiltapäivän tai iltaan liittyvää levottomuutta tai sekavuutta. Haittavaikutuksena voi olla esimerkiksi lievää voimattomuutta, suun kuivumista, huimausta, ummetusta, sydämen tiheälyöntisyyttä ja ruuan sulatushäiriöitä. Harvoin ilmeneviä haittoja ovat esimerkiksi painon nousu, pyörtyminen, turvotukset ja verisolujen tuotannon häiriöt. Ketiapiini saattaa voimistaa keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden, rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin vaikutuksia. Lääkkeen kanssa lähekkäin ei saa juoda greippimehua, koska lääkkeen teho voi tällöin muuttua. (Käypä hoito -suositus 2010; Kivelä & Räihä 2007, 60; Terveyskirjasto 2011; Sulkava 2010, 135; Huttunen 2008, 64; Koponen & Saarela 2010, 493.)

Olantsapiinin on todettu olevan tehokas dementiaan liittyvän voimakkaan aggression hoidossa. Olantsapiini on neurolepti, joka vaikuttaa keskushermostossa eri välittäjäaineiden toimintaan kohottamalla potilaan mielialaa ja vähentämällä harhaisia ajatuksia. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat väsymys, uneliaisuus, painonnousu, suun kuivuminen, turvotus, huimaus pystyasentoon noustessa, ummetus sekä lääkelyn alussa tarkkaavaisuuden häiriöt. Parkinsonin tautia sairastavilla taudin oireet saattavat vaikeutua. Lääke tehostaa myös keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden ja alkoholin vaikutuksia. (Käypä hoito -suositus 2010; Kivelä & Räihä 2007, 59; Huttunen 2008, 63; Tohtori.fi. 2011; Terveyskirjasto 2011.)

Haloperidolin on todettu olevan tehokas dementiaan liittyvän aggressiivisuuden hoidossa. Lääkeaine vaikuttaa keskushermostoon siten, että aivojen ylikiihottunut toiminta rauhoittuu. (Käypä hoito -suositus 2010, Tohtori.fi. 2011.) Sitä suositellaan käytettäväksi tilapäisesti äkillisten voimakkaasti aggressiivisten tilanteiden hallinnassa. Suurehkot haloperidoli annokset voivat aiheuttaa haittavaikutuksena tarkkaavuuden häiriöitä, lihasten nykäyksiä tai kouristuksia sekä vapinaa, joten potilaan tilan seuranta on tärkeää. Dementiaan liittyvään levottomuuteen eli agitaatioon haloperidolilla sen sijaan ei ole vaikutusta. Pieninä annoksina haloperidoli soveltuu myös tuskaisuuden ja jännittyneisyyden hoitoon. Yhtäaikaaisesti käytettynä voimistaa alkoholin vaikutusta kes-

kushermostoon. (Kivelä & Räihä 2007, 60; Tohtori.fi. 2011; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 493; Sulkava 2010, 135.)

6.5.3 Apatiaoireiden lääkehoito

AT potilaista n. kolmanneksella on apatioireita, jotka haittaavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Dementian käytösoireisiin, varsinkin apatiaan ja levottomuuteen, auttavat usein uudet AT:n oireenmukaiseen hoitoon käytettävät lääkkeet, joita ovat AKE-estäjät (donepetsiili, rivastigmiini, galantamiini). Lääkkeet on esitelty kappaleessa 6.4.1. Dopaminergiset lääkkeet ovat ahdistuksen hoidossa käytettyjä lääkkeitä, joita voidaan käyttää myös AT:n käytösoireiden hoidossa. (Koponen & Saarela 2010, 493.)

Levodopa on Parkinsonin taudissa yleisesti käytetty lääke, joka muuttuu aivoissa dopamiiniksi. Lääke vaikuttaa aivoissa dopamiini välittäjäaineen määrää lisäävästi ja korjaa aivoissa asetyylikoliinin ja dopamiinin määrän epätasapainoa. Haittavaikutuksena voi olla vatsavaivoja esimerkiksi närästystä, pahoinvointia, suun kuivumista, oksentelua, ruokahaluttomuutta, runsasta hikoilua, pakkoliikkeitä tai lihasnykäyksiä. Joskus voi myös ilmetä harha-aistimuksia kuten hajuharjoja sekä uneliaisuutta. Lääkettä ei pidä käyttää sydäninfarktin jälkeen. (Koiranen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492.)

Bromokriptiinia käytetään jonkinverran apatian hoidossa, koska sillä on myös antidepressivista vaikutusta. Lääke vaikuttaa aivoissa keskushermostoon stimuloimalla dopamiinireseptoreita ja se lievittää aivojen aineenvaihdunnan epätasapainoa. Lääkkeellä on myös muita käyttötarkoituksia esim. Parkinsonin taudin hoito sekä reumanhoito. Haittavaikutuksena hoidon alussa voi olla esimerkiksi ohimenevästi pahoinvointia, huimausta, väsymystä ja oksentelua, ortostaattista hypotensiota, nenän tukkoisuutta, ummetusta, päänsärkyä ja uneliaisuutta. Harvinaisena haittavaikutuksena voi ilmetä äkillistä nukahtamista kesken päivän askareiden. (Koiranen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492.)

Amantadiini tunnetaan paremmin influenssalääkkeenä, mutta lääke lievittää myös Parkinsonin taudin oireita, kuten vartalon ja lihasten jäykistymistä ja liikkeiden hitautta. Vaikutusmekanismi on epäselvä, mutta amantadiinin on todettu salpaavan NMDA-reseptoreita, jotka vaikuttavat ihmisen dyskinesiaan eli lihajänteenvyyttä vähentävästi. Dopaminergisen vaikutuksen vuoksi sitä käytetään kroonisten sairauksien, uupumuksen ja väsymyksen lievittämiseen. Haittavaikutuksista tavallisimpia ovat huimaus, unettomuus, keskittymiskyvynpuute ja päänsärky. Muita haittavaikutuksia voi olla hikoilu, alaraajojen turvotus, pahoinvointi, oksentelu, suun kuivuminen ja erilaiset mielialavaihtelut. Lääkehoidon alkuvaiheessa voi heikentää keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta. (Huttunen 2008, 128; Koiranen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492.)

6.5.4 Unettomuuden lääkehoito

Uniongelmat ovat AT:ssa melko yleisiä ja uni on usein rikkonaista, levollinen syvä univaihe voi olla lyhyt ja vuorokausirytmistä saattaa käännyä kokonaan päivävästaiseksi. Niiden hoitoon voidaan käyttää unilääkkeinä lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiineja tai syklopyrroloneja. (Koponen & Saarela 2010, 497; Seppälä 2010, 344.)

Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiineista lyhyt- ja keskipitkävaikutteisia johdoksia (vaikutuksen puoliintumisaika 6–12 tuntia) voidaan käyttää AT:ia sairastavan vanhuksen unettomuuden hoitoon, jos se ilmee nukahtamisvaikeutena. Lääkehoito on hyvä toteuttaa pienillä annoksilla. Käytettyjä lääkkeitä ovat oksatsepaami, loratsepaami (6.5.1) ja tematsepaami. (Terveyskirjasto 2011; Sulkava 2010, 134; Koponen & Saarela 2010, 497.)

Tematsepaami on keskipitkävaikutteinen bentsodiatsepiini, joka imeytyy nopeasti ja sopii hyvin iltaisin otettavaksi nukahduslääkkeeksi. Lääke vaikuttaa keskushermoston toimintaan rauhoittavasti, helpottaa uneen vaipumusta, vähentää ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Tematsepaamin puoliintumisaika on 5–20 tuntia, naisilla hieman pidempi kuin miehillä. Lääkkeen haittavaikutuksina voi olla esimerkiksi väsymystä, tarkkaa-vuuden vähenemistä, vatsavaivoja, päänsärkyä, huimausta, unihäiriöitä, painajaisia, suun kuivumista, lihasheikkoutta, hapuilua, masennuksen pahenemista tai kiihtyneisyyttä. Väsyttävä vaikutus on voimakkaimmillaan lääkehoidon alussa, mutta voi vähentyä hoidon jatkuessa. Lääke voi aiheuttaa pitkään jatkuneessa hoidossa tottumista, riippuvuutta ja lääkehoidon äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita kuten ahdistuneisuutta tai unettomuutta. Tematsepaami voimistaa muiden lääkeaineiden vaikutusta kuten rauhoittavat lääkkeet, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, antihistamiinien ja voimakkaat kipulääkkeet. Se saattaa heikentää Parkinson-potilaiden levodopahoidon tasapainoa. Mahan tyhjentymistä nopeuttavat lääkkeet esimerkiksi sipridi voivat nopeuttaa tematsepaamin vaikutusta. (Terveyskirjasto 2011; Lääkeinfo.fi 2006; Sulkava 2007, 49; Koponen & Saarela 2010, 493; Huttunen 2008, 175.)

Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit

Diatsepaami on pitkävaikutteinen bentsodiatsepiini, joka vaikuttaa keskushermostoon vähentäen ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta. Suuremmat annokset vaikuttavat lihaksia rentouttavasti ja sitä voidaan käyttää tilapäiseen unettomuuteen, jos siihen liittyy selvästi lisääntynyttä ahdistuneisuutta päiväaikaan. Diatsepaamia käytetään jännitys-, levottomuus-, ja tuskatilojen sekä unettomuuden hoidossa. Diatsepaami imeytyy rasvaliukoisuutensa vuoksi nopeasti ja huippupitoisuus plasmassa saavutetaan jo 30–60 minuutissa. Diatsepaamin puoliintumisaika on 20–50 tuntia ja säännöllisessä käytössä lopullinen pitoisuus plasmassa saavutetaan vasta 4–10 vuorokauden kuluessa. Vanhukilla annostus on normaalia pienempi, koska lääkkeet poistuu kehosta hitaammin. Diatsepaamia on saatavana tabletti-, siirappi-, rektaali- ja suonen sisäisesti annettavana lääkemuotona. Jos diatsepaamia käytetään pidemmän aikaa säännöllisesti, on vaarana

kehittyä erilaisia haittavaikutuksia esimerkiksi fysiologinen lääkeriippuvuus, erityisesti iäkkäämmillä ihmisillä lääke voi vaikuttaa muistiin, aiheuttavaa väsymystä sekä lisätä kaatumisriskiä. Tavallisin haittavaikutus on kuitenkin uneliaisuus, johon voi liittyä harpautumista, sekavuutta, heikotusta, huimausta, päänsärkyä tai lihaskivertä. Haittavaikutukset ovat voimakkaimmillaan hoidon alussa ja usein lieventyvät hoidon jatkumisen ja sekä ovat riippuvaisia hoitoannoksen suuruudesta eli vähenevät annosta pienennettäessä. Harvemmin esiintyviä haittoja ovat kiihtyneisyys, muistamattomuus, aggressiivisuus tai iho-ongelmat. (Huttunen 2008, 171; Koironen 2010; Koponen & Saarela 2010, 492; Terveyskirjasto 2011; Lääkeinfo.fi 2008.)

Muut unettomuuden hoidon lääkkeet

Tsolpideemi on syklopyrroloni, joka vaikuttaa bentsodiatsepiini- ja GABA-reseptoreiden kautta. Lääkkeen nukahtamista helpottava vaikutus ilmenee nopeasti ja sen puoliintumisaika on vain noin 2,5 h. Lääkkeen käytön yhteydessä ilmeneviä tavallisimpia haittavaikutuksia ovat esimerkiksi väsymys, huimaus, ataksia, pahoinvointi, ripuli, hermostuneisuus, päänsärky ja harvoin astiharhoja. Lääkkeen säännölliseen käyttöön liittyy lääkeriippuvuuden kehittymisen riski. (Huttunen 2008, 214; Sulkava 2007; 49; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 493.)

Tsopikloni on myös syklopyrroloni, joka vaikuttaa sitoutumalla bentsodiatsepiini- ja GABA-reseptoreihin. Soveltuvat käytettäväksi nukahtamislääkkeenä, koska ne imeytyvät nopeasti, vaikutusaika on lyhyt, metaboloituvat lähes täydellisesti maksassa ja puoliintumisaika on noin 3,5–7 h tuntia. Lääke on melko hyvin siedettyä ja yleisimpiä haittavaikutuksia on metallinen tai karvas maku suussa, väsymys, huimaus, suun kuivuminen. Harvemmin esiintyy ataksiaa tai kiihtyneisyyttä tai annoksen suuruuteen liittyvä muistinmenetys. Tsopikloni metaboloituu CYP3A4:n entsyymien välityksellä ja tätä entsyymiä estävät lääkkeet tai aineet kuten fluvoksamiini, fluoksetiini, greippimehu, sienilääkkeet voivat nostaa tsopiklonin pitoisuutta. Lääkkeen käyttöön liittyy lääkeriippuvuuden kehittymisen riski. ((Huttunen 2008, 213; Sulkava 2007; 49; Lääkeinfo.fi 2009; Koironen 2010; Koponen & Saarela 2010, 493.)

Melatoniini on ihmisen elimistön oma hormoni, jota tuottaa aivojen käpylisäke ja rakenteeltaan muistuttaa serotoniinia. Melatoniinia kutsutaan aikabiologiseksi unilääkkeeksi. Melatoniini erityisesti lisääntyy pimeän tuloa jälkeen ja on voimakkaimmillaan klo 02–04 välillä. Hormonin erittyminen vähenee yön loppupuolella ja se vaikuttaa elimistön kykyyn rytmittää uni-valverytmiä sekä valopimeä rytmiä. Melatoniini vaikuttaa unettavasti ja helpottaa nukahtamista. Lääke on tarkoitettu käytettäväksi lyhytaikaiseen unettomuuden hoitoon ensisijaisesti yli 55 vuotiaalle. Lääke otetaan kerran vuorokaudessa ruokailun jälkeen, 1–2 tuntia ennen nukkumaan menoa ja hoitoaika on keskimäärin 3 viikkoa. Haittavaikutukset ovat harvinaisia, mutta joskus voi esiintyä päänsärkyä, nielutulehdusta, selkäkipua tai voimattomuutta. Lääke vaikuttaa unettavasti, joka on turvallisuusvaara mm. liikenteessä. (Huttunen 2008, 214; Terveyskirjasto 2011; Kivelä & Räihä 2007, 72.)

6.5.5 Aggressiivisuuden ja levottomuuden lääkehoito

Dementiapotilaista noin 50–60 %:lla ilmenee levottomuutta (agitaatio-oireet) ja aggressiivisia käyttäytymisoireita esiintyy usein dementian myöhäisvaiheissa. Levottomuusoireet kuormittavat merkittävästi muita kanssa ihmisiä asumisympäristössä ja kestävät usein pitkään. Levottomuuden ja aggressioiden hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi ahdistuslääkkeet (okstasepaami, loratsepaami), masennuslääkkeet (sitalopraami, tratsodoni), epilepsialääkkeet (okskarbatsepiini, valproaatti), psykoosilääkkeet (haloperidoni, risperidoni, klotsepiini, ketiapiini) tai beetasalpaajat (propranoli). Lievissä tiettyihin tilanteisiin liittyvissä oireissa voidaan antaa esilääkkeen tapaisesti pieni annos bentsodiatsepiinia. Levottomuuden ja aggression lääkehoitona voidaan käyttää epilepsialääkkeitä (okskarbatsepiini ja valproaatti) tasaamaan mielialaa. Käypä hoito -suosituksen mukaan valproaatin vaikutuksesta ei kuitenkaan ole näyttöä levottomuuden hoidossa. (Huttunen 2008, 128; Koironen 2010; Terveyskirjasto 2011; Koponen & Saarela 2010, 492–493.)

Okskarbatsepiini kuuluu epilepsialääkkeiden ryhmään ja käytetään estämään epilepsia kohtauksen aikaisia lihaskouristuksia aiheuttavien sähköärsykkeiden leviämistä aivoissa. Lääkkeen käyttöön liittyy hyponatremian (veren liian alhainen suolapitoisuus) riski ja lääkeainepitoisuuden seuranta on hyödyllistä. Yleisiä haittavaikutuksia hoidon alussa ovat väsymys, pääkipu, huimaus, pahoinvointi, oksentelu ja kaksoiskuvat. Lääke voi heikentää tarkkaavaisuutta liikenteessä tai ehkäisytablettien tehoa ja joskus allergista ihottumaa. (Huttunen 2008, 151–152; Terveyskirjasto 2011; Koironen 2010; Koponen & Saarela 2010, 492.)

Valproaatti on epilepsia lääke, joka sopii kouristuksellisiin sekä muihin epilepsian muotoihin. Lääke vaikuttaa keskushermostoon siten, että epilepsialle tyypilliset hallitsemattomat sähkönpurkaukset aivoissa estyvät. Aiheuttaa harvoin väsymystä (annosidonnainen) ja muita keskushermoston-oireita. Sivuvaikutuksena voi olla esimerkiksi lihomista, vapinaa, harvoin hiusten harvenemista. Maksanvaurion ja haimatulehduksen kehittymisen riski lisääntyy lääkkeen käytön aikana, joten niiden toimintojen seuranta oltava säännöllistä. Lääkettä saatavana entero- ja depottabletteina, tippoina ja oraaliliuoksena eli mikstuurana. (Huttunen 2008, 148–151; Sulkava 2007; 23; Terveyskirjasto 2011; Koironen. 2010; Koponen & Saarela 2010, 492.)



ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEITA, OIREITA JA TOIMINTAKYVYN MUUTOKSIA

Varhainen Alzheimerin tauti			
Kognitiivisia oireita:	Toimintakyvyn muutoksia:	Käyttöoireita:	Somaattisia oireita:
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakokonaisuuksien oppimisen vaikeus • Työläyttä uusien asioiden ja nimien muistamisessa • Episodisen- eli tapahtumamuistin heikentyminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Työn hidastuminen ja epävarmuus • Vaikeuksia uusissa ja vaativissa tilanteissa • Harrastukset ja tapahtumien seuraaminen vähenee 		<ul style="list-style-type: none"> • Stressioireet • Uupumus • Alavireisyys
Lievä Alzheimerin tauti			
Kognitiivisia oireita:	Toimintakyvyn muutoksia:	Käyttöoireita:	Somaattisia oireita:
<ul style="list-style-type: none"> • Uusien asioiden oppimisen ja mielenpainamisen heikentyminen • Aloitekyky heikkenee • Unohtelua • Havaitseminen ja päättelykyky heikkenevät • Toiminnanohjauksen hidastumista • Keskittymiskyky heikkenee • Sanojen löytämisen vaikeutta • Laskemiskyky heikkenee • Aikakäsitys heikkenee 	<ul style="list-style-type: none"> • Omatoimisuus vaikeutuu • Muistitukien käyttöä • Keskustelun seuraamisen vaikeutta • Lukeminen vähenee • Monimutkaisista harrastuksista luopumista • Ajokyky heikkenee • Työkyky heikkenee • Talouden suunnittelu vaikeutuu • Ongelmia rahankäytössä ja ostosten teossa • Lääkityksen huolehtimisen vaikeus • Samojen asioiden toistamista ja kyselyä 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatia • Lisääntynyt ärtyneisyys • Ahdistuneisuus • Masennus • Tunne-elämän latistuminen • Epäluuloinen ajattelu ja paranoidisuus lisääntyvät (varastamisepäilyt, mustasukkaisuus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Epäselvä laihtuminen • Motorinen hidastuminen • Liikkuvan esineen seuraamisen vaikeus

Keskivaikea Alzheimerin tauti			
Kognitiivisia oireita:	Toimintakyvyn muutoksia:	Käyttöoireita:	Somaattisia oireita:
<ul style="list-style-type: none"> • Heikko lähimuisti • Puheen tuottamisen vaikeus • Keskustelu konkreettista • Vaikeus käsittää abstraktisia käsitteitä • Keskittymisvaikeudet • Hahmotusvaikeudet • Orientaatiohäiriöitä • Heikentynyt sairaudentunto • Kätevyyden ongelmat • Visuospatisia ongelmia (nähdyn tunnistaminen, hahmottamisen ja ymmärtämisen vaikeus) • Nykyisyys ja menneisyys sekoittuvat 	<ul style="list-style-type: none"> • Asianmukaisen pukeutumisen vaikeutuminen • Tarvitsee muistutuksia henkilökohtaisissa perustoiminnoissa (peseytyminen, syöminen, hampaiden pesu, wc-asioinnit) • Arjen askareet ja välineelliset toiminnot eivät onnistu (ruoan laitto, puhelimen käyttö) • Tavaroiden kadottamista • Ongelmia ympäristössä liikkumisessa, eksymistä 	<ul style="list-style-type: none"> • Levottomuus • Vaeltelu • Uni-valverytmin häiriöt • Masennus • Pelkotilat 	<ul style="list-style-type: none"> • Epäselvä laihtuminen • Apraktiset häiriöt (kätevyyden ja liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikeus käyttää välineitä) • Ekstrapyramidaalioireet (jähmeys, jäykkyyks, vapina, kasvojen ilmeettömyys) • Kävely epävarmaa • Tasapaino heikentynyt (kaatumisvaara)
Vaikea Alzheimerin tauti			
Kognitiivisia oireita:	Toimintakyvyn muutoksia:	Käyttöoireita:	Somaattisia oireita:
<ul style="list-style-type: none"> • Rajoittunut puheentuotto • Huomattavat puheen ymmärtämisen vaikeudet • Keskittymiskyvyttömyys • Vaikea apraksia 	<ul style="list-style-type: none"> • Perustoiminnot eivät onnistu ilman apua • Inkontinenssi • Nielemissen vaikeus 	<ul style="list-style-type: none"> • Levottomuus • Purkaukset • Uni-valverytmin häiriöt • Masennus • Poikkeava motorinen käytös 	<ul style="list-style-type: none"> • Apraktinen, töpöttävä kävely • Ekstrapyramidaalioireet • Primaariheijasteet (tarttumis- ja imemisrefleksit) • Myoklonusta eli säpsähtelyä ja raajojen nytkähtelyä • Osalla epileptisia kohtauksia

ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKKEETÖN HOITO

Käyttäytymistä muokkaava terapia	
Tavoite:	Keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • Oirekäyttäytymisen väheneminen • Käytöksen muokkaaminen: fyysinen levottomuus, aggressiivisuus ja sanallisesti kiihtynyt käyttäytyminen vähenevät 	<ul style="list-style-type: none"> • Oirekäyttäytymisen kuvaus ja määrittäminen • Huomioimatta jättäminen, laukaisevien tekijöiden poistaminen tai vähentäminen • Potilaalle asetettavan vaatimus- ja odotustason vastattava hänen tasoaan
Psykososiaaliset ja psykomotoriset hoitomuodot	
Tavoite:	Keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • Tunne-elämän ja psyykkisen toimintakyvyn tukeminen, käytösoireiden väheneminen • Tiedollisten suorituksien parantaminen, agitaation väheneminen, kontaktikyvyn tukeminen, aktivointi • Sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen tai säilyminen • Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Minuutta tukeva, turvallinen vuorovaikutus • Kuvataiteet, musiikki • Aktiviteettien lisääminen: pelit, liikunta • Ulkoilu, liikuntaryhmät, tanssi • Fysioterapia

Tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet hoitomuodot

Tavoite:	Keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • Jatkuvuuden säilyttäminen dementoituneen kokemusmaailmassa • Turvallisuuden tunteen lisääminen, sopeutumisvaikeuksien lievittäminen, mielihyvän kokeminen, identiteetin vahvistuminen • Omanarvontunnon palauttaminen, stressin vähentäminen, oman olemassaolon oikeutuksen tunteen saavuttaminen, menneisyyden selvittämättömien ristiriitojen ratkaiseminen • Rauhoittavien lääkkeiden ja fyysisten pakotteiden tarpeen vähentäminen • Sanallisen ja sanattoman kommunikaation lisääntyminen • ”Sikiövaiheeseen” vajoamisen ehkäiseminen, liikuntakyvyn ja fyysisen hyvinvoinnin lisääntyminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutustuminen potilaan elämään: omaiset, kirjoitukset, haastattelut • Muisteluterapia: rauhoittava muistelu, miellyttävät tapahtumat, liian vaikeiden tunneperäisten aiheiden välttäminen ja pohtiminen, mistä kaikesta on elämän varrella jo selvitty • Validaatioterapia (TunteVa): Keskeistä, että hoitaja ei valehtele potilaalle. Potilaan sanoja ei oiota eikä sanomisia korjailla. Kontaktin luomisessa korostuu hoitajan ilmeet, eleet, kosketus, äänensävy. Potilaan puheesta haetaan avainsanoja ja toistetaan niitä

Virikkeitä painottavat hoitomuodot

Tavoite:	Keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • Mielihyvän kokemuksien tuottaminen • Aktiivisen osallistumisen lisääminen, levottoman käyttäytymisen vähentäminen • Toimintakyvyn säilyminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Askartelu, virkistystoiminta, • Musiikkiterapia, lemmikkieläinterapia • Päivittäisten toimintojen harjoittaminen

Hoitoympäristö

Tavoite:	Keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • Turvallisuuden tunteen lisääminen • Vapaa liikkuminen • Yksilöllisyys, yksityisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • Teknologian hyödyntäminen esim. valvontalaitteiden käyttäminen • Riittävä fyysinen tila • Ympäristössä hahmottamista tukevia vihjeitä, sopiva ärsyketa-so • Ympäristön kodinomaisuus, tuttuja tavaroita

Toimintamalleja erilaisten käytösoireiden lievittämiseksi	
Käytösoire:	Toimintamallit
<ul style="list-style-type: none"> • Äänekkyyys, huutelu, huuto 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarkistettava, ettei kyseessä ole masennus, kipu, hoitamaton sairaus, fyysinen epämukavuus • Ympäristön yli- tai alistimulaation vähentäminen • Virikkeiden lisääminen • Ympäristön melutason alentaminen • Hiljainen taustamusiikki, nauhoitetut äänet esim. aaltojen äänet ”valkoisena meluna”
<ul style="list-style-type: none"> • Uni-valverytmin häiriö 	<ul style="list-style-type: none"> • Päiväunien ja vuoteessa vietetyn ajan rajoittaminen • Kirkasvalohoito
<ul style="list-style-type: none"> • Vaeltelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilojen tunnistamista helpottavien merkintöjen käyttäminen • Geroteknologian käyttäminen, esim. ovissa, porteilla huomataan henkilön poistuminen • Jos muistisairas vaeltaa tyytyväisenä, on viisainta varmistaa turvallinen kulkureitti
<ul style="list-style-type: none"> • Harhaluulot 	<ul style="list-style-type: none"> • Selkeät päiväruutiinit • Henkilö- ja ympäristömuutosten välttäminen • Tarvittaessa virhetulkintojen karsimiseksi peilien ja television poistaminen • Elämänselviämisen perehtyminen, altistavien tekijöiden karsiminen
<ul style="list-style-type: none"> • Aistiharhat 	<ul style="list-style-type: none"> • Somaattisen tilan tarkistaminen • Lääkityksen tarkistaminen

ALZHEIMERIN TAUDIN LÄÄKEHOITO

Asetylikoliiniesteraasin estäjät eli AKE lääkkeet

Vaikuttavaaine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Donepetsiili / Aricept	Kaikki AT vaiheet	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 5 mg x 1/ vrk • Lääke otetaan aamulla 	<ul style="list-style-type: none"> • Pahoinvointi, oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus, heitehuimaus, päänsärky, väsymys, unettomuus, lihaskrampit • Harvemmin: flunssan kaltaisia oireita, ärtyisyys tai muita psyykkiset oireet 	<ul style="list-style-type: none"> • Hajoamista voi estää ketokonatsoli ja fluoksetiini • Pitoisuutta voi laskea karbamatsepiini ja alkoholi • Metaboloituu maksan entsyymien kautta, erittyä virtsaan • Kinetiikkaa ei muuta lievässä tai keskivaikeaa maksan- tai munuaisten vajaatoiminta • Ei ole vaikutusta teofylliinin, varfariini, simetidiini tai digoksiin kinetiikan kanssa
Galantamiini / Reminyl	Lievä - ja keskivaikea AT	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 8 mg x 1/ vrk • Alin tehokas annos 16 mg x 1/ vrk ja max annos 24 mg x 1/ vrk • Lääke otetaan aamulla 	<ul style="list-style-type: none"> • Pahoinvointi, oksentelu, ripuli ja ruokahaluttomuus, vatsavaivat, väsymys, huimaus, päänsärky, uneliaisuus hoidon alussa, voi hävitä hoidon jatkuessa • Harvemmin: heitehuimaus, unettomuus, levottomuus, lihaskrampit, kaatuilu, nuha, virtsateiden tulehdus 	<ul style="list-style-type: none"> • Elimistöä poistumista hidastavat maksan tai munuaisten vajaatoiminta • Eräät lääkeaineet voivat lisätä kolinergisten haittojen esiintyvyyttä.; fluoksetiini, paroksetiini, kinidiini, erytromysiini, ketokonatsoli • Digoksiinin ja beetasalpaajien kanssa samanaikaisesti käytettynä voi hidastaa pulssia
Rivastigmiini / Exelon	Lievä - ja keskivaikea AT	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 1,5 mg/ vrk jaettuna 2 annokseen/ vrk • Lääke otetaan aamu ja iltapäivän ruokailun jälkeen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pahoinvointi, oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus, päänsärky, vapina, hikoilu, närästys, heitehuimaus, uneliaisuus, unettomuus, laihtuminen • Harvemmin; sekavuus-, ahdistus- tai masennusoireet, lihaskrampit, rytmihäiriöitä, maksavauriot • Iho-oireita laastarin kiinnityskohdassa 	<ul style="list-style-type: none"> • Maksan- tai munuaisten vajaatoiminta lisää plasmapitoisuuksia • Tehostaa lihasrelaksanttien (suksinyyli-koliini) vaikutusta anestesian aikana • Voi häiritä antikolinergisten lääkeaineiden vaikutusta tai estää muiden lääkkeiden metaboliaa • Metaboloituu koliiniesteraasin vaikutuksesta, erittyy ulosteeseen, ruoka hidastaa imeytymistä

NMDA reseptori-antagonisti

Vaikuttava-aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Memantiini / Ebixa	Keskivaikea tai vaikea AT	Lääkärin ohjeen mukaan <ul style="list-style-type: none"> • Annosesimerkki: • 5 mg/ vrk x 1 • Ylläpitoannos 20 mg x 1/ vrk, saavutetaan n. 1 kk kuluessa aloituksesta • Lääke otetaan kerran päivässä nesteen kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • Päänsärky, väsymys, ummetus, sekavuus, aistiharhat, heitehuimaus • Harvemmin: verenpaineen kohoaminen, masennus tai itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset 	<ul style="list-style-type: none"> • Munuaisten vajaatoiminta hidastaa memantiinin eliminaatiota • Yhteiskäytössä varfariinin kanssa on havaittu INR arvon nousua(harvoin), suositellaan säännöllistä INR- seurantaa • Saattaa tehostaa esim. levodopan, dopamiini-agonistien ja antikolinergien vaikutusta • Saattaa heikentää barbituraattien ja neuroleptien vaikutusta • Ei yhtäaikaista käyttöä amantadiinin kanssa-> toksisen psykoosin vaara • Yhteisvaikutuksia ja plasmapitoisuuden nousua yhdessä simetidiinin, ranitidiinin, prokainamidin, kinidiinin, kiniinin ja nikotiinin kanssa • Yhtäaikainen virtsan pH:ta suurentavien tekijöiden esim. närästyslääkkeiden runsas käyttö voi heikentää memantiinin poistumista elimistöstä

Alzheimerin taudin käytösoireiden lääkehoito
Masennus - ja ahdistuneisuus oireiden lääkehoito

SSRI eli serotoniinin takaisinoton estäjät

Vaikuttava aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Sitalopraami / Cipramil , Citalo- pram Orion	Masennuksen, ahdistuneisuuden, paniikkihäiriöiden, erilaisten pelko- tilojen hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 10–30 mg/ vrk x 1 • Vaikutus ilmaantuu 2–4 viikon kuluttua hoidon aloituksesta • Lääke otetaan runsaan nesteen kanssa aterioinnista riippumatta 	<ul style="list-style-type: none"> • Suun kuivuminen, pahoinvointi, vapina, päänsärky, hikoilu, unettomuus, uneliaisuus • Harvemmin: ihottuma, huimaus, vatsaoireet, makuaistin häiriöt tai mielialan vaihtelut • Saattaa huonontaa huomio- kykyä 	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkehoidon alkuvaiheessa voivat itsetuhoiset ajatukset lisääntyä, itsemurhariski kasvaa • Lääkkeen puoliintumisaika on noin 30 h, iäkkäällä henkilöllä pidempi • Yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, muiden lääkkeiden samanaikaisesta käytöstä sovittava aina lääkärin kanssa
Sertraliini / Sertraliini Orion, Sertraliini Ratiopharm	Masennuksen, ahdistuneisuuden, pakko-oireisen häiriön, trauma- peräisen stressin hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 50–100 mg/ vrk x 1 • Vaikutus alkaa 1 vko:n päästä, täysiteho ilmaantuu 2–4 viikon kuluttua hoidon aloituksesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruokahaluttomuus, uneliaisuus, unettomuus, vapina, huimaus, suun kuivuminen, pahoinvointi, ripuli, miehillä siemensyöksyn viivästyminen ja voi huonontaa huomiokykyä • Hoidon alkuvaiheessa itsetuhoiset ajatukset voivat lisääntyä, itsemurhariski kasvaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, muiden lääkkeiden samanaikaisesta käytöstä sovittava lääkärin kanssa • Ei yhtäaikaista käyttöä selegiliini-parkinson lääkkeen, moklobemidi masennuslääkkeen eikä pimotsidi psykoosilääkkeen kanssa • Alkoholin käyttöä vältettävä lääkehoidon aikana
Essitalopraami / Cipralelex	Masennuksen ja paniikkihäiriöiden hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 5–10 mg/ vrk x1 • Lääke otetaan runsaan nesteen kanssa aterioinnista riippumatta 	<ul style="list-style-type: none"> • Unihäiriöt, päänsärky, huimaus, ruokahaluttomuus, ripuli, hikoilu, väsymys, ja ummetus • Hoidon alkuvaiheessa itsetuhoiset ajatukset voivat lisääntyä, itsemurhariski kasvaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkkeen puoliintumisaika on noin 30 h, iäkkäällä henkilöllä pidempi • Yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa; antokogulantit, tramadoli, sumatriptaani, muut triptaanit, selegiliini, mäkikuisma • Muiden lääkkeiden samanaikaisesta käytöstä sovittava lääkärin kanssa

SNRI eli selektiiviset serotoniini ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät

Vaikuttava aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Venlafaksiini / Venlafaxin Orion, Venlafaxin Sandoz, Venlafaxin Ratio- pharm	Masennuksen hoito tai sen uusiutumisen ehkäisy, kroonis- ten kipu- tilojen hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 50–225 mg/ vrk jaet- tuna 1–2 annokseen/ vrk Vaikutus ilmaantuu noin 2 vko:n kuluttua aloituksesta, lääkkeen lopetus ohjeen mu- kaan annosta pienen- tään 2 vko:n aikana 	<ul style="list-style-type: none"> Huimaus, unettomuus, ruokaha- luttomuus, hermostuneisuus tai voimattomuus Lisäksi voi ilmetä: miehillä sek- suaalisia häiriöitä tai verenpai- neen nousua, joka on annosrii- puvainen haitta 	<ul style="list-style-type: none"> Venlafaksiini hoitoa ei saa keskeyttää äkil- lisesti -> mahdollisesti vieroitusoireita Ei saa käyttää samanaikaisesti MAO- estä- jien kanssa Vältettävä yhtäaikaista käyttöä mäkikuis- maa tai tryptofaania sisältävien luontais- tuotteiden vältettävä Lääkkeellä ei ole yleensä antikolinergisia tai antihistamiinisia haittavaikutuksia

NaSSA eli Noradenaliiniset ja spesifiset serotonergiset masennuslääkkeet

Vaikuttava aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Mirtatsapiini / Remeron Soldab, Mirtazapin Orion, Mirtazapin Ratio- pharm	Masennuksen hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 15–30 mg/ vrk x 1 iltaisin 	<ul style="list-style-type: none"> Turvotus, päänsärky, huimaus Lääke lisää ruokahalua ja aihe- uttaa painonnousua Saattaa huonontaa huomioky- kyä Hoidon alkuvaiheessa itsetuhoi- set ajatukset voivat lisääntyä, itsemurhariski kasvaa 	<ul style="list-style-type: none"> Lääke voi kohottaa selvästi plasman koleste- roli- ja triglyseridipitoisuutta Mirtatsapiini hoitoa ei saa keskeyttää äkilli- sesti -> mahdollisesti vieroitusoireita Muiden lääkkeiden samanaikaisesta käytös- tä tulee sopia aina lääkärin kanssa Voimistaa alkoholin ja rauhoittavien lää- kkeiden vaikutusta

MAO - estäjät eli monoamino-oksidaasi estäjät

Vaikuttava aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Moklobemidi / Aurorix, Moclobemid Ra- tiopharm	Masennustilojen sekä sosiaalis- ten tilanteiden aiheuttamien pelkotilojen hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 150 mg/ vrk jaettuna 2 annokseen/ vrk Lisäykset ohjeen mukaisesti Lääkeannos jaetaan 2 vrk annokseen 	<ul style="list-style-type: none"> Pahoinvointi, ärtyvyys, unettomuus, päänsärky, ripuli, huimaus, suun kuivuminen Harvoin lääkehoidon alkuvaiheessa voivat itsetuhoiset ajatukset lisääntyä -> itsemurhariski kasvaa 	<ul style="list-style-type: none"> Samanaikaisesta käyttöä vältettävä serotoniiniin vaikuttavien depressiolääkkeiden (SSRI- tai SNRI- lääkkeet) tai klomipramiinin kanssa -> vaara kehittyä serotoniinioireyhtymä Fluoksetiini- lääkityksen käytön lopettamisen jälkeen 4 viikon tauko Punaviini, suuret määrät kypsää, vanhaa juustoa ja tyramiinipitoiset ruoat saattavat aiheuttaa oireita verenpainepotilaille

Lyhyt- ja keski- pitkä vaikutteiset bentsodiatsepiinit

Vaikuttava aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Oksatsepaami/ Opamox, Oxamin	Ahdistuneisuus, jännittyneisyys, lihaskäntä ja pelkotilojen hoito, unilääkkeenä aamuyön heräilyn hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> aloitusannos vanhuk- silla 7,5 mg muilla 15–30 mg/ vrk jaettuna 1–3 annok- seen/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Tarkkaavuuteen liittyvät häiriöt, väsymys, lihasheikkous, liikkeiden epävarmuus, päänsärky, huimaus, muistihäiriöt, unettomuus, ihottumaa, potenssin heikkeneminen 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeen puoliintumisaika n. 9 h Lyhyitä lääkehoitokertoja -> pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa tottumusta Voimistaa alkoholin ja muiden rauhoittavien lääkkeiden vaikutusta Lääkkeen teho alkaa heiketä jo muutama viikon säännöllisen käytön jälkeen
Loratsepaami / Temesta	Vaikeiden ahdistuneisuusoireiden hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 0,5–3 mg/ vrk jaettuna 1–2 annokseen / vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Väsymys, tarkkaavuuden häiriöt, iäkkäät/ huonokuntoiset henkilöt saattaa ilmetä liikkeiden hallintavaikeuksia, lihasheikkous, huimaus Lääkityksen äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa vieroitusoireita 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeen puoliintumisaika n. 12–16 h Lyhyitä lääkehoitokertoja -> pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa tottumusta Yhteiskäyttöä alkoholin kanssa tulee välttää

Muita masennusoireiden lääkkeitä

Vaikuttava aine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Buspironia/ Buspiron actavis, Anksilon	Ahdistuneisuuden hoito esim. ma- sennuksen tai alkoholismien yh- teydessä	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 5–10 mg/ vrk jaettuna 2–3 annokseen /vrk • Päivittäisannos ei saa ylittää 60 mg/ vrk eikä kerta-annos 20 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Huimaus, päänsärky, pahoin- vointi, ripuli, hikoilu, epämääri- nen rintakipu, puutumisen tun- ne, heikotus, lisääntynyt hikoilu, korvien soiminen, kurkkukipu, nenän tukkoisuus • Harvemmin: urtikaria, mustel- mat, maidon tulo naisilla, tun- tohäiriöt, pakkoliikkeet, jäyk- kyys, kohtaukset, pyörtyminen, ihoturvotus, ohimenevät muis- tihäiriöt ja serotoniinioireyhty- mä 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhtäaikaisesta käyttöä vältettävä seuraavien lääkkeiden kanssa: MAO-estäjät (moklobemidi, selegiliini) , selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami), rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit), verohennuslääke varfariini (Marevan), haloperidoli, muut keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet esim. unilääkkeet, muut masennuslääkkeet, psykoosilääkkeet, epilepsialääkkeet, eräät kipulääkkeet ja antihistamiinit • Alkoholit vahvistaa lääkkeiden vaikutusta
Propranololi/ Propral, Ranoprin	Ahdistuksen hoi- to, sydänlihaksen niukasta hapen- saannista johtu- van rintakivun ehkäisy, rytmihäi- riöiden hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 30–120 mg/ vrk jaettu- na 1–3 annokseen/ vrk • Lääkettä ei saa lopet- taa äkillisesti -> pahen- taa sairauden oireita 	<ul style="list-style-type: none"> • Ripuli, pahoinvointi, huimaus ja unettomuus, lihasheikkous, vä- symys, kylmyyden tunne raa- joissa, kylmänormisuus, suori- tuskyvyn aleneminen, diabeeti- koilla verensokerin laskua • Harvoin: astmaoireita 	<ul style="list-style-type: none"> • Raajoja voi helposti paleltaa kylminä vuodenaikoina • Lääkettä voidaan käyttää myös migreenikohtauksien ehkäisyyn, lievittämään kilpirauhasen liikatoiminnan oireita, vähentämään käsien vapinaa sekä verenpaine-taudin ja silmänpainetaudin eli glaukooman hoitoon

Psykoosioireiden lääkehoito

Vaikuttavaaine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Risperidoni/ Risperidon Orion, Risperidon Ratio- pharm, Risperidon Sandoz, Risperidon Teva	ATn vaikeiden käyttöoireiden esim. harha- luulojen, aggres- sion, levotto- muuden ja aisti- harhojen hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 0,25–0,5 mg x1/ vrk, suurennetaan hitaasti tavallisin hoitoannos 0,5–0,75 mg / vrk x 1. Korkein suositeltava annos on 1 mg / vrk x1 	<ul style="list-style-type: none"> Alussa esiintyviä haittavaikut- uksia: Unettomuus, kiihtynei- syys, päänsärky, ahdistuneisuus, jäykkyyt, voi heikentää tarkkaa- vaisuutta tai vaativia motorisia toimintoja, huimaus, näön su- meneminen, ummetus, pahoin- vointi ja vuoteen kastelu Lisää ruokahalua -> painonnousu 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeen vaikuttavuuden arviointi 3 kk välein Yhtäaikaisesta käytöstä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kanssa keskusteltava lääkärin kanssa Lääkehoito tulee lopettaa vähitellen lää- kärin ohjeiden mukaan, äkillinen lopetta- minen aiheuttaa esim. pahoinvointia, ok- sentelua, hikoilua tai unettomuutta
Ketiapiini / Seroguel, Seroguel Prolong, Ketipinor	Voimakkaiden aggressioiden, psykoottisten käytöshäiriöiden, levottomuuden hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 12,5–50 mg / vrk, joka voidaan ottaa yhtenä tai kahteen annokseen jaettuna, max annos 100mg/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Lievä voimattomuus, suun kui- vuminen, huimaus, ummetus, sydämen tiheälyöntisyys ja ruu- an sulatushäiriöt Harvoin: painon nousu, pyörty- minen, turvotukset ja verisolujen tuotannon häiriöt Alkuvaiheessa saattaa lisätä itse- tuhoisia ajatuksia -> itsemurha- riski kasvaa 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeen kanssa lähekkäin ei saa juoda greippimehua, lääkkeen teho voi muuttua Voimistaa keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden, rauhoittavien lääkkeiden vaikutuksia Yhtäaikaisesta käytöstä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kanssa keskusteltava lääkärin kanssa Alkoholin voimistaa vaikutuksia
Olantsapiini/ Zyprexa, Olanzapin Ratiopharm, Solan- zin	Dementiaan liit- tyvän voimak- kaan aggression hoito, skitso- frenian hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 5–20 mg vuorokaudessa 	<ul style="list-style-type: none"> Uneliaisuus, painonnousu, suun kuivuminen, turvotus, huimaus pystyasentoon noustessa, um- metus, lääkehoidon alussa tark- kaavaisuuden häiriöitä 	<ul style="list-style-type: none"> Parkinsonin tautia sairastavilla oireet saat- tavat vaikeutua Tehostaa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden ja alkoholin vaikutuksia
Haloperidoli/ Serenase	Dementiaan liit- tyvän aggressii- visuuden hoito, tuskaisuuden ja jännittyneisyy- den hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> Äkillisten agsessiivi- suus tilanteiden annos on 0,5 mg–1 mg/ vrk jaettuna 2–3 annok- seen/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Suurehkot annokset: tarkkaa- vuuden häiriöt, lihasten nykäyk- set, kouristukset, vapina. Poti- laan tilan seuranta on tärkeää. 	<ul style="list-style-type: none"> Voimistaa alkoholin vaikutusta kes- kushermostoon

Apatiaoireiden lääkehoito

Muistisairaahan apatiaoireiden hoidossa käytettyjä lääkkeitä:

- Koliiniesteraasiestäjät: donepetsiini, rivastigmiini, galantamiini - Dopaminergiset lääkkeet: levodopa, bronokriptiini, amantadiini

Vaikuttavaaine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Levodopa/ Madopar, Madopar Quick, Stalevo, Kar- dopal	Dementiaan liit- tyvä apatian hoi- to, Parkinson tauti	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 100–300 mg/ vrk jaet- tuna 1–3 annokseen/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Vatsavaivat, närästys, pahoin- vointi, suun kuivuminen, oksen- telu, ruokahaluttomuus, runsas hikoilu, pakkoliikkeet, lihasnykä- ykset Joskus voi myös ilmetä harha- aistimuksia kuten hajuharhoja sekä uneliaisuutta 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkettä ei pidä käyttää sydäninfarktin jälkeen Lääkitystä ei saa keskeyttää äkillisesti -> hoidon äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita
Bromokriptiini / Parlodel	Dementiaan liit- tyvän apatian hoito sekä mm. Parkinson tauti, kuukautishäiriöt	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 7,5–15 mg/ vrk jaet- tuna 1–3 annokseen/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Hoidon alussa: ohimenevä pa- hoinvointi, huimaus, väsymys, oksentelu, ortostaattista hypo- tensio, nenän tukkoisuus, umme- tus, päänsärky, uneliaisuus Harvoin äkillistä nukahtamista kesken päivän askareiden 	<ul style="list-style-type: none"> Alkoholi saattaa vähentää lääkkeen sie- dettävyyttä.
Amantadiini/ Atarin	Parkinsonin tau- din, vartalon ja lihasten jäykis- tymisen sekä liikkeiden hidas- tumisen hoito, influenssan hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 100–200 mg/ vrk jaet- tuna 2 annokseen/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Huimaus, unettomuus, keskitty- miskyvyn puute, päänsärky, ala- raajojen turvotus, pahoinvointi, oksentelu, suun kuivuminen ja erilaiset mielialavaihtelut Lääkehoidon alkuvaiheessa voi heikentää keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta liikenteessä 	

Unettomuuden lääkehoito

Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit

Vaikuttavaaine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Tematsepaami/ Tenox	Unettomuuden hoito, nukahdus lääkkeenä	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> vanhukset 5–10 mg/vrk x 1 iltaisin muilla 10–20 mg/vrk x 1 illalla 	<ul style="list-style-type: none"> Väsymys, tarkkaavuuden väheneminen, vatsavaivat, päänsärky, huimaus, unihäiriöt, painajaiset, suun kuivuminen, lihasheikkous, hapuilu, masennuksen paheneminen tai kiihtyneisyys Pitkään jatkuneessa hoidossa tottumisen ja riippuvuuden riski kasvaa Hoidon äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita ahdistuneisuutta tai unettomuutta. 	<ul style="list-style-type: none"> Puoliintumisaika 5–20 h, naisilla pidempi kuin miehillä Voimistaa muiden lääkeaineiden vaikutusta: rauhoittavat lääkkeet, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, antihistamiinit ja voimakkaat kipulääkkeet Saattaa heikentää Parkinson potilaiden levodopa hoidon tasapainoa Mahan tyhjentymistä nopeuttavat lääkkeet mm. sisapridi voivat nopeuttaa tematsepaamin vaikutusta

Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit

Diatsepaami/ Diapam, Stesolid, Stesolid Novum, Diazepam Desitin	Ahdistuneisuuden, tuskaisuuden, jännittyneisyyden ja unettomuuden hoito	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> Äkillisessä hoidossa kertahoito annos 2–10 mg / vrk x 1 Pidempiaikaisen ahdistuneisuuden hoitoannos iäkkäät potilaat 2–10 mg/vrk, jaettuna 1–3 annokseen vrk muilla vaihtelee 4–40 mg/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> Väsymys, uneliaisuus, johon voi liittyä haparointia, sekavuus, heikotus, huimaus, päänsärky, lihasheikkous, ummetus, lievä näön tarkkuuden heikkeneminen, suun kuivuminen, vapina, ihottuma, aggressiivisuus Pidempiaikainen käyttö aiheuttaa riippuvuutta Eryityisesti iäkkäillä ihmisillä lääke voi vaikuttaa muistiin, aiheuttavat väsymystä sekä lisäävät kaatumisriskiä 	<ul style="list-style-type: none"> Pitkä puoliintumisaika 20–50 h Lääke vahvistaa muiden rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin vaikutuksia
--	---	--	--	--

Syklopyrrolonit

Vaikuttavaaine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Tsolpideemi/ Zolpidem Ratio- pharm, Zolpidem He- xal, Stilnoct	Tilapäisen unettomuuden hoito, nukahtamis- vaikeudet	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 5–10 mg/ vrk x 1 iltai- sin 	<ul style="list-style-type: none"> Väsymys, huimaus, ataksia, pahoinvointi, ripuli, hermostu- neisuus, päänsärky ja har- voin aistiharhat, tarkkaavuu- den häiriöitä Pitkäaikaiseen säännölliseen käyttöön liittyy lääkeriippu- vuuden riski 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeen puoliintumisika noin 2,5 h Ei samanaikaisesta käyttöä alkoholin tai muiden keskushermostoa lamaavien ainei- den kanssa
Tsopikloni/ Imovane	Tilapäisen unettomuuden hoito, nukahtamis- vaikeudet	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 3,75–7,5 mg/ vrk x 1 iltaisin Käyttö lopetetaan vähitellen annosta pienentämällä 	<ul style="list-style-type: none"> Metallinen tai karvas maku suussa, väsymys, huimaus, suun kuivuminen Harvemmin: ataksia, kiihty- neisyys tai annoksen suuruu- teen liittyvää muistinmenety- stä Lääkkeen käyttöön liittyy lää- keriippuvuuden riski 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeen puoliintumisika noin 3,5–7 h CYP3A4:n entsyymiä estävät lääkkeet tai aineet kuten fluvoksamiini, fluoksetiini, greippimehu, sienilääkkeet voivat nostaa tsopiklonin pitoisuutta

Aikabiologiset unilääkkeet

Melatoniini/ Circadin, Melatoniini	Tilapäisen unettomuuden hoito, ensisi- jaisesti yli 55 v.	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> 1 depot tbl x 1/ vrk 1–2 tuntia ennen nukkumaan menoa 	<ul style="list-style-type: none"> Harvoin esiintyy haittavaiku- tuksia: päänsärky, selkäkipu, nielutulehdus, voimattomuus Voi aiheuttaa uneliaisuutta, huomioitava liikenteessä 	
--	--	--	--	--

Aggressiivisuuden ja levottomuuden lääkehoito

Muistisairaahan aggressiivisuuden ja levottomuuden hoidossa käytettyjä lääkkeitä:

- Ahdistuslääkkeet; oksatsepaami, loratsepaami
- Psykoosilääkkeet esim. haloperidoni, risperidoni, klotsepiini, ketiapiini
- Epilepsialääkkeet esim. okskarbamatsepiini, valproaatti
- Masennuslääkkeet; sitalopraami, tratsodoni
- Beetasalpaajat esim. propranololi

Muistisairaahan aggressiivisuuden ja levottomuuden hoidossa käytettyjä epilepsialääkkeitä				
Vaikuttavaaine / kauppanimi	Käyttöalue	Annosesimerkki muistisairaalle:	Yleisimmät haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa; yhteisvaikutukset, kinetiikka, eliminaatio
Okskarbatsapiini/ Apydan, Trileptal, Oxcarbazepin Mylan	Epilepsialääke, voidaan käyttää mielialantasajina levottomuuden ja aggression lääke- hoitoon	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 450–900mg/ vrk jaet- tuna 2 annokseen/ vrk 	<ul style="list-style-type: none"> • Väsymys, päänsärky, huimaus, vapina, pahoinvointi, oksente- lu ja kaksoiskuvat • Harvemmin: unihäiriöt, korvi- en soiminen, mielialan muu- tokset, turvotus • Lääke voi heikentää tarkkaa- vaisuutta liikenteessä 	<ul style="list-style-type: none"> • Erytyisen tärkeä ilmoittaa lääkärille, jos il- maantuu ihottumaa sekä kuumetta, ihon veripurkauksia tai suun limakalvon aftoja
Valproaatti/ Deprakine, Depraki- ne Depot, Absenor, Orfiril	Epilepsialääke, voidaan käyttää mielialantasajina levottomuuden ja aggression lääke- hoitoon	Lääkärin ohjeen mukaan Annosesimerkki: <ul style="list-style-type: none"> • 200–1000 mg/ vrk jaettuna 2–3 annok- seen/ vrk • Lääke hyvä ottaa ruu- an kanssa, ehkäisee mahaan kohdistuvia haittavaikutuksia 	<ul style="list-style-type: none"> • Lihominen, vapina, vatsaoi- reet, mahakipu, pahoinvointi, oksentelu, mielialan muutok- set, kuukautishäiriöt, päänsär- ky, näköhäiriöt, huimaus, ruo- kahaluttomuus • Harvoin: hiusten harvenemista tai niiden värin muutoksia • Maksanvaurio- ja haimatuleh- dusriski, säännöllinen seuran- ta • Lääke voi heikentää tarkkaa- vaisuutta liikenteessä 	<ul style="list-style-type: none"> • Oraaliliiuos sisältää alkoholia, huomioitava esim. maksasairaat asiakkaat • Alkoholin käyttöä on vältettävä lääkityksen aikana.

Palvelutalo Abeli
Häyrisentie 23 -25
76100 Pieksämäki
p. 015-6703301

LÄÄKEHOIDON HOITOVASTEEN ARVIOINTI JA SEURANTALOMAKE

Asiakkaan nimi: _____ Synt. aika: _____
Osoite: _____
Diagnoosi: _____

Lääkkeen nimi: _____
Lääkkeen määrännyt: _____
Lääkehoito aloitettu /pvä: _____
Lääkeannos: _____
Lääkkeen annosmuutokset tehty: _____

Seurantaan liittyvät testit

Kognitiivinen suoriutuminen : CERAD / muu _____
aloitus arviointi _____ arviointi 1(3 kk) _____ arviointi 2 (6kk) _____ muu arvio esim.12 kk
pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ _____

Omatoimisuus : ADL / RAVA

aloitus arviointi _____ arviointi 1(3 kk) _____ arviointi 2 (6kk) _____ muu arvio esim.12 kk
pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ _____

Käyttäytyminen : *Hoitajan arviointi (alleviivaus)*

aloitus arviointi _____ arviointi **1** (3 kk) _____ arviointi **2** (6kk) _____ muu arvio **3** (esim. 12kk)
pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ _____

	+	0	-	muu huomio
- muisti				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- aktiivisuus, aloitekyky				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- aika- ja paikka orientaatio				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- vuorovaikutus, kommunikaatio				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- arkitoimintojen sujuminen				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- kyky tunnistaa henkilöt				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- keskittymiskyky				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- rauhattomuus, levottomuus				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- muut käytösoireet, mieliala				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- muu yleinen hyvinvointi				lisääntynyt - ennallaan - vähentynyt _____
- muut huomioitavat asiat				_____

Lääkehoidon hättavaikutuksien arviointi ja seuranta :

alkutilanne **A** arviointi **B** (3 kk) arviointi **C** (6kk) muu huomio
 pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ pvä ____/ tulos ____ _____

	ei esiinny 0			esiintyy jonkin verran +			esiintyy jatkuvasti ++		
hättavaikutus /oire	0	+	++	hättavaikutus /oire	0	+	++		
pahoinvointi, oksentelu				masennusoireita					
ummetus				itsetuhoisia ajatuksia					
ripuli				muita psyykkisiä oireita					
ruokahaluttomuus				vapina					
närästys				hikoilu					
huimaus, heitehuimaus				laihtuminen					
päänsärky				flunssaoireita, nuha					
uneliaisuus				ärtyisyyttä					
väsymys				rytmihäiriöitä					
unettomuus				maksaoireita					
kaatuilu				virtsaidentulehdus					
lihaskrampit				verenpaineen nousua					
levottomuus				verenpaineen laskua					
ahdistusoireita				muita oireita:					
sekavuusoireita									
aistiharhoja									

Lomakkeen täyttöohje:

Hoidon vaikutuksen arviointi perustuu hoitajan/omaisen havainnoimaan ja kirjaamaan muutokseen lääkehoidon hoitajakson aikana. Muutokset ympyröidään lomakkeelle aiheellisiin kohtiin, jotka parhaiten kuvaavat henkilön vointia. Muutosta arvioitaessa henkilön tilannetta verrataan aina edelliseen arviointikertaan. Lääkehoitoa aloitettaessa 1. arvio tehdään 3 kk, 2. arvio 6 kk ja 3. arvio 12 kk kuluttua lääkkeen aloituksesta. Lääkehoitoa lopetettaessa arviointi tehdään 1 kk, 3 kk, ja 6 kk kuluttua lopetuksesta. Henkilön esitiedot täytetään aina lääkkeen aloituksen tai lopetuksen yhteydessä. Mikäli henkilön vointi heikkenee tai voinnissa tapahtuu merkittävää muutosta tulee arviointi tehdä myös niissä tilanteissa.

Lähteet: Lauri Seinelä 2006. Muistihäiriöisen potilaan hoidon seuranta.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, Riitta; Kan, Suvi; Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen. Porvoo: WSOY Pro Oy.
- Ahonen, Jouni 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. Farmasian laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 10.11.2011. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf
- Alzheimer's Association. Behaviors. Viitattu 21.6.2011. http://www.alz.org/national/documents/brochure_behaviors.pdf
- Arola, Jenni 2010. Tunteva-toimintamalli. Ajankohtaista dementiatyössä 26.2.2010. Kuvolan seudun muisti ry. Viitattu 13.9.2011. http://www.socom.fi/dokumentit/kupera/vanhusverk/ajankohtaista_dementiatyossa_2010/TunteVa_toimintamallitiivistelma.pdf
- Dementiahoitoyhdistys. Dokumenttipankki. Viitattu 31.3.2011. www.dementiahoitoyhdistys.fi
- Erkinjuntti, Timo 2010. Dementian käsite. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 86–90.
- Granö, Sirpa; Hyvärinen-Meler, Päivi; Härmä, Heidi; Högström, Sari; Kaijanen, Sanna; Kalliomaa, Satu & Telaranta, Pirkko 2009. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Helsinki: Muistiliitto. Muistiliiton julkaisusarja.
- Heinonen, Tiina; Latvateikari, Eija; Mäkinen, Anne; Soininen, Helena & Viljanen Marja-Liisa 2008. Toimintakykymittarit. MÄÄ ITTE KOTONA, itsenäistä ja turvallista elämää Forssan seudun vanhustenhuollon kehittämishanke 2006 – 2008. Viitattu 31.3.2011. [http://www.forssa.fi/UserFiles/File/Maaittekoton/TOIMINTAKYKYMITTARIT\(1\).pdf](http://www.forssa.fi/UserFiles/File/Maaittekoton/TOIMINTAKYKYMITTARIT(1).pdf)
- Huttunen, Matti O 2008. Lääkkeet mielenhoidossa. Helsinki: Duodecim.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 8.2.2011. <http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf>
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Helsinki: Lääkelaitos ja kansaneläkelaitos.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2009. Depressiosta tasapainoon. Depressiosta tasapainoon: hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä Ismo 2010. Masennus. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha Rinne & Hilikka, Soininen, (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 227–236.
- Koiranen Pertti 2010. Kliininen farmakologia luennot. 5.- 6.5.2010. Diakonia ammattikorkeakoulu Diak Itä, Pieksämäen yksikkö. Sairaanhoidajien koulutusohjelma.
- Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 485–497.
- Koponen, Hannu 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja niiden hoito. Yleislääkäri. 17-20
- Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2006. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 501–514.
- Käypä hoito -suositus 2010. ADCS-ADL-haastattelu. Viitattu 10.10.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/nix/hoi50044j.pdf>
- Käypä hoito -suositus 2010. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Viitattu 8.2.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neu-

rologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00049?>

Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairaudet. Diagnostiikka ja oireiden arviointi. Viitattu 10.10.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf>

Käypä hoito -suositus. 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Viitattu 1.7.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50044>

Lääkeinfo.fi. 2006- 2009.Lääketietokeskus Orion Pharma. Viitattu 28.2.2011.

<http://www.laakeinfo.fi/Frontpage.aspx>.

Mäkinen, Elisa; Kruus-Niemelä, Maria; Roivas, Marianne 2009. Arjessa selviytymisen tarve haastaa kehittämään ikäihmisten ympäristöjä. Teoksessa Elisa, Mäkinen; Maria, Kruus-Niemelä & Marianne, Roivas (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Pirttilä, Tuula & Erkinjuntti, Timo 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 126–145.

Pirttilä, Tuula; & Erkinjuntti, Timo 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 121–140.

Pirttilä, Tuula; Suhonen, Jaana; Rahkonen, Terhi & Erkinjuntti, Timo 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 465–484.

Puurunen, Kirsi 2007. Dementia. Opiskelupaketti apteekkihenkilöstölle. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Projektityö. Viitattu 8.2.2011.

https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=a9e4ac41-dc61-45ba-913f-ccbed6fdc310&groupId=961860&p_l_id=988268

Soininen, Hilikka & Kivipelto, Miia 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki:Duodecim. 448–456.

Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri; Eloniemi-Sulkava, Ulla 2007. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.

Sulkava, Raimo 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Reijo, Tilvis; Kaisu, Pitkälä; Timo, Strandberg; Raimo, Sulkava; Matti, Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. 120–138.

Terveyskirjasto 2008. Huttunen, Matti O. Lääkkeet mielen hoidossa. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 31.3.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042

Terveyskirjasto 2011. Kodin Lääkeopas. Viitattu 26.3.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00518

Tohtori.fi. 2011. Lääkeopas . Viitattu 26.3.2011. <http://www.tohtori.fi/laakeopas/laake/>

Topo, Päivi; Sormunen, Saila; Saarikalle, Kristiina; Räikkönen, Outi & Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Helsinki: Stakes.

- Valkonen, Leena 2011. Voiko Alzheimerin tautia ehkäistä elämäntapamuutoksilla? Vanhustyö 1. 6–7.
- Valta, Anja 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 20.3.2011. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11144>
- Viramo, Petteri & Srtandberg, Timo 2010. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari, Alhainen; Juha, Rinne, & Hilikka, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 498- 504.
- Vuori, Ulla & Heimonen, Sirkkaliisa (toim.) 2007. Tue muistisairaana kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Muistitesti -kansio:

- LIITE 1 MMSE (Mini-mental state examination)
- LIITE 2 CERAD Kognitiivinen tehtäväsarja
- LIITE 3 GDS (Geriatrinen depressio asteikko)
- LIITE 4 RAVA -järjestelmä
- LIITE 5 NPI (Neuropsykiatrinen haastattelu)