

Dementian hoito

Keskeistä

- Dementiapotilasta kotona hoitavia omaisia tuetaan pyrkien vapauttamaan myös heille omaa aikaa hoidosta.
 - Laitoshoitopäätös on syytä tehdä, jos on vaaratekijöitä, joihin tiheiläkään kotipalvelun käynneillä ei voida vaikuttaa.
 - Pyritään välttämään dementia-potilasta kuormittavia tekijöitä ja muutoksia, jotka voivat pahentaa oireita.
 - Lääkehoidon tehoa ja tarvetta on arvioitava säännöllisesti.
- tarkoitettusta Suomen muistiasiantuntijat ry:stä, puh. (09) 4542 848.
- Muistipotilaiden päiväpaikat ja päiväkerhot ovat osoittautuneet hyödyllisiksi antaen omaishoitajille omaa aikaa.
 - Päiväsairaala- ja lyhytaikaishoitoja tarjotaan hoitavan omaisen tarpeen mukaan.
 - Paikalliset muistipoliklinikat voivat pitää ainakin runsaasti tukevaatuvia potilaita seurannassa, ja ne toimivat myös hoidon konsultaatiokeskuksina.
 - Jos taloudelliset ja muut asiat eivät muuten järjesty, potilaalle on syytä hakea edunvalvoja.

Kotihoidon tukeminen

- Hoitavien omaisten tukeminen on tärkeää. Yksinasuviakin potilaita voivat tukea kotipalvelu ja dementiakoordinaattori.
- Säännöllisillä käynneillä terveyskeskuksessa tai kotikäynneillä esim. joka kolmas kuukausi ongelmat voidaan todeta tuoreeltaan.
- Kotisairaanhoido ja kotipalvelu järjestetään.
- C-todistus tehdään potilaalle Kelan eläkkeensaajan hoitotukea varten. Sama todistus käy anottaessa kunnallista omaishoidon tukea. Tarvittaessa annetaan todistus erityiskorvattavaa lääkitystä varten (psykoosi- ja masennuslääkkeet).
- Tiedotetaan paikallisen Alzheimer-tai dementiayhdistyksen toiminnasta, esim. omaisten ryhmistä. Informaatiota saa Muistiliitosta, puh. (09) 622 6200 ja muistipotilaita hoitaville ammatti-ihmisille

Milloin laitokseen?

- Tavallisimpia pysyvän laitoshoidon syitä ovat
 - + käytösoireet, erityisesti aggressiivisuus (yleisin syy)
 - + omaisen stressi tai sairastuminen
 - + liikuntakyvyn häviäminen
 - + potilas ei suoriudu päivittäistoiminnoista (WC:ssä käynnit, peseytyminen)
 - + inkontinenssi
 - + potilaan kyvyttömyys tunnistaa omaiset ja koti
 - + yöllinen levottomuus.
- Sairaudentunnon puuttumisen vuoksi muistisairauksista kärsivät potilaat haluavat usein asua omissa kodissaan, vaikka siihen ei olisi enää edellytyksiäkään. Kun omainen on valmis luopumaan kotihoidosta, on syytä keskustella hänen kanssaan päätökseen joh-



taneista syistä. Ellei näitä pystytä korjaamaan, tulee järjestää pitkäaikaishoito. Tukitoimista tietoa saanut omainen on paras asian tuntija arvioitaessa kotihoidon jatkamisen mahdollisuutta.

- Kotisairaanhoidon päivittäiset käynnit ja yöpartiot pitkittävät yksin asuvan dementiapotilaan kotihoitoa. Kulunvalvontajärjestelmiä voidaan käyttää joissakin tapauksissa. Turvpuhelinta dementiapotilas ei osaa käyttää. Vahingossa sytytetty tulipalo ja eksyminen (talvella paleltuminen) ovat suurimmat vaarat. Laitoshoitopäätös tehdään, jos riskianalyysin perusteella on sellaisia vaaratekijöitä, joihin useillakaan kotipalvelun käynneillä ei voida vaikuttaa. Taudin edetessä dementia-ryhmäkoti, vanhainkoti tai ympärivuorokautisen valvonnan tarjoava asumispalveluyksikkö on paras ratkaisu.

Dementiapotilaan oireita lisääviä tekijöitä

- Dementiapotilaan toimintakykyä sekundaarisesti heikentävät tekijät on kartoitettava ja mahdollisuuksien mukaan poistettava. Vältettäviä tekijöitä ovat mm.
 - + vieraat paikat (matkoilla täytyy olla mukana tuttu henkilö)
 - + pitempiaikainen yksinolo
 - + liialliset ärsykkeet (esim. pitkäkestoiset tilaisuudet, joissa on paljon vieraita ihmisiä)
 - + pimeys (yölläkin sopiva valaistus)
 - + kaikki infektiot (tavallisin virtsatieinfektio)
 - + leikkaukset ja anestesiati: vain välttämättömät tehdään (spinaalipuudutus ei ole yleisanestesiaa turvallisempi)
 - + lämmin sää, etelän aurinkorannat (kuumeus, nestehukka)
 - + runsas lääkitys.

Käyttöoireiden lääkehoidon periaatteet

- Käyttöoireiden ensisijainen hoito on lääkkeetön, esim. oireita laukaisevien tekijöiden, kuten infektioiden, kivun ja turvallisuuden hoito sekä potilaan asianmukainen kunnioitava kohtelu.
- Psykkelilääkkeitä pitäisi käyttää pieninä annoksina ja lyhyinä, alle 6 viikon hoitajaksoina. Iltalääkitys voi olla suurempi, koska yöllisestä levottomuudesta on suurta haittaa hoidolle.
- Masennuslääkkeitä kannattaa kokeilla epäiltäessä depressiota tai ahdistuneisuutta myös Alzheimerin taudissa ja vaskulaarisessa dementiaassa. Levottomuus ja aggressiivisuus voivat johtua ahdistuneisuudesta, johon masennuslääke tehoaa.

- Jos muut hoitokeinot eivät auta, potilaalle voidaan antaa atyyppisiä antipsykoottisia lääkkeitä, lähinnä risperidonia, jolla on ainoana lääkkeenä indikaatio dementian käytösoireiden hoitoon. Vaste on eri potilailla erilainen, lääkkeen vaihto voi auttaa. Nopeaa lääkevastetta vaativissa akuuttitilanteissa voidaan antaa myös parenteraalista haloperidolia suonen- tai lihaksensisäisesti pieninä annoksina (2,5–5 mg).
- Keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, kuten oksatsepaamia, voidaan käyttää jatkuvana tai tarvittavana lääkkeenä.
- Donepetsiili, rivastigmiini, galantamiini ja memantiini vaikuttavat myös käytösoireisiin.

Esimerkkejä lääkityksistä

- Bentsodiatsepiinit
 - + Oksatsepaami 7,5–15 mg tarvittaessa, myös yöksi
 - + Tematsepaami 10–30 mg yöksi tarvittaessa, ahdistuneisuuteen myös päivällä 5–10 mg; nopea teho
- Antipsykootit
 - + Risperidoni aggressioihin ja psykoottisiin oireisiin 0,25–0,5 mg \times 2
 - + Ketiapiini 12,5–25 mg \times 1 \rightarrow 25 mg \times 2, erityisesti potilaille, jotka saavat risperidonista haittavaikutuksia (kuten potilaat, joilla on Lewyn kappale -taudin piirteitä)
 - + Haloperidoli ahdistuneisuuteen ja levottomuuteen 0,25–0,5 mg \times 2–3 on tehokas, mutta jähmettää helposti.
- Masennuslääkkeet
 - + Sitalopraami 10–20 mg \times 1 tai essitalopraami 5–10 mg \times 1; aktivoiva
 - + Sertraliini 25–50 mg \times 1

- + Mirtatsapiini 7,5–15–30 mg \times 1 illalla (rauhottava)
- Antikoliinesterasit (AKE-lääkkeet) ja memantiini
 - + Voidaan antaa pieninä annoksina käytösoireisiin esim. laitospotilaille, joilla Alzheimer-lääkkeet on aikaisemmin jo lopetettu.
- Unettomuuden hoito
 - + Dementiapotilaiden vuorokausirytmien häiriöihin voi koettaa aamuista valohoitoa yhdistettynä melatoniiniin 2–6 mg yöksi.
 - + Tematsepaamia ja bentsodiatsepiinityyppejä unilääkkeitä (tsaleploni, tsolpideemi, tsopikloni) voidaan antaa lyhytaikaisesti.

Lisätietoa

- Cochrane-katsauksia
- Muita näytönastekatsauksia
- Kirjallisuutta

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja, päivitetty 23.9.2009.

© 2010 Kustannus Oy Duodecim