



Käypä hoito

Diasarja

Muistioireen tunnistus ja perusselvitykset

Potilaan tai potilaan läheisen ilmaisemien muistioireiden syy tulee selvittää

Perustuu 13.8.2010 päivitettyyn Käypä hoito -suositukseen Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito





Näytön varmuusaste

Käypä hoito -suosituksissa

Koodi	Näytön aste	Selitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita ¹ tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia ² tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tutkimukseen perustuvia näytön vaatimuksia

¹ Menetelmällisesti tasokas = vahva tutkimusasetelma (kontrolloitu koeasetelma tai hyvä epidemiologinen tutkimus); tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.

² Kelvollinen = täyttää vähimmäisvaatimukset tieteellisten menetelmien osalta; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.





Käyttöehdot

Diaesitystä saa vapaasti hyödyntää terveydenhuollon julkishallinnon ja oppilaitosten koulutuksessa.

Esityksen sisältöä ei saa muuttaa.

Jos esitykseen sisällytetään muuta materiaalia, Käypä hoito -diapohjaa ei saa käyttää.



Perusselvitysten tavoitteet

- Löytää spesifista hoitoa edellyttävät tilat, joista tärkeimpiä ovat masennus ja sopimaton lääkitys.
- Tunnistaa oirekuvaltaan tyypilliset, tavallisimmat muistisairaudet.
- Tunnistaa erikoislääkärin arviota ja jatkotutkimuksia edellyttävät tilat.



Missä muistipotilaan perusselvitykset tehdään?

- Perusterveydenhuollossa
 - Muistipoliklinikat, muistilääkärit, muistihoitajat ja muistikoordinaattorit ovat perusta kustannustehokkaalle, tasa-arvoiselle ja kokonaisvaltaiselle kansantaudin hallinnalle.
- Muistisairauksien diagnostisointi ja hoidon arviointi edellyttävät erityisosaamista ja kokemusta
 - Tutkimukset ja hoidon seuranta tulee keskittää asiaan erityisesti perehtyneisiin yksiköihin, esimerkiksi alueellisiin muistipoliklinikoihin (väestöpohja noin 20–30.000).
 - Työikäiset ohjataan neurologian muistipoliklinikkaan.
- Työnjako muistihoitaja/lääkäri: ks. kaaviokuva diaesityksen lopussa.





Muistioireen tunnistus on kaikkien tehtävä

- Milloin epäillä muistisairautta?
 - Henkilö itse tai omaiset ilmaisevat huolensa henkilön lähimuistista, vaikka sosiaalinen toimintakyky olisikin säilynyt.
 - Muistioire haittaa töitä tai arkiaskareita.
 - Sovittujen tapaamisten unohtelu, epätarkoituksenmukainen terveyspalvelujen käyttö, vaikeus noudattaa hoito-ohjeita.
 - Vaikeus löytää sanoja tai sanat ovat epäasianmukaisia.
 - Päättely- ja ongelmanratkaisukyky heikkenee.



Muistioireen tunnistus on kaikkien tehtävä

- Milloin epäillä muistisairautta?
 - Käsitteellisen ajattelun heikkeneminen, esimerkiksi taloudellisten asioiden hoitamisen vaikeus.
 - Esineiden katoaminen ja niiden käyttötavan ja tarkoituksen ymmärtämisen vaikeutuminen.
 - Mielialamuutokset, ahdistuneisuus ja apaattisuus yhdessä lähimuistin heikkenemisen kanssa.
 - Persoonallisuuden muuttuminen, sekavuus, epäluuloisuus tai pelokkuus.
 - Aloitekyvyn heikkeneminen ja vetäytyminen voivat edeltää muistioiretta.

(KH-suosituksen sähköinen tausta-aineisto: Ohje potilaille ja läheisille: Mitä teen, kun epäilen muistisairautta?)





Anamneesi ja läheisen haastattelu on diagnostiikan ja tilan arvioinnin kulmakivi

- Potilaan peruskapasiteetti ja saavutettu henkinen suorituskyky (koulumenestys, koulutustaso, mahdolliset erityisvaikeudet, kuten lukihäiriö, työhistoria ja sen muutokset)
- Oirekokonaisuus ja arkiselviytyminen
- Psyykkinen tila
- Yleinen terveydentila
- Muistisairauksien vaaratekijät
- Aivojen toimintaa heikentävät tekijät
- Lääkitys
- Päihteiden käyttö



Arvio muistioireista

- Ensioireet: tiedonkäsittelyn oireet ja mahdolliset käytösoireet
- Oireiston kehittyminen ja etenemistapa
- Apuna:
 - Muistikysely läheiselle
 - Muistikysely potilaalle



Muistin ja tiedonkäsittelyn (kognition) arviointi

- Potilaan haastattelussa huomioidaan vireystaso, keskittyminen ja orientaatio, arvostelu- ja päättelykyky, muisti sekä puheen ymmärtäminen ja tuottaminen.
- Useimmiten kognitiivinen tehtäväsarja CERAD.
- Työkykyä arvioitaessa neuropsykologinen tutkimus.
- Edenneissä tapauksissa ja seurannassa Mini-Mental State Examination (MMSE).



Psykiatristen oireiden ja käytösoireiden arviointi

- Haastattelu: mieliala, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, levottomuus tai muu poikkeava käyttäytyminen, persoonallisuuden muutos
- Depressio voi olla myös ainoa syy henkisen suorituskyvyn muutokselle.
- Tarvittaessa haastattelun tukena:
 - Oirekohtaiset depressiomittarit, esimerkiksi:
 - GDS (geriatriinen depressioasteikko)
 - Cornellin masennusasteikko
 - Yleismittarit käytösoireiden kartoitukseen:
 - NPI (Neuropsychiatric Inventory)
 - Agitaatio:
 - Cohen-Mansfieldin levottomuus-asteikko





Kliininen tutkimus

- Kliininen tutkimus on oleellinen osa potilaan perustutkimusta.
- Suppea kliininen neurologinen tutkimus:
 - kävely ja liikuntakyky, puolioireet, Parkinsonin taudin tyyppiset oireet, puhe, silmänliikkeiden häiriöt, apraksia
- Yleistilan ja erityisesti kardiovaskulaarisen statuksen arviointi:
 - sydämen ja keuhkojen auskultaatio, kaulasuonten auskultaatio, verenpaineen (myös ortostaattinen) ja pulssin tarkistaminen



Laboratoriotutkimukset

- Verenkuva, veren glukoosi, natrium, kalium, kalsium, kilpirauhasen-, maksan ja munuaisten toimintakokeet, B12-vitamiini
- Harkinnanvaraisesti: lipidit ja lasko
- EKG, erityisesti kun harkitaan AKE:n estäjälääkityksen aloitusta



Aivojen kuvantaminen

- Pitää tehdä aina, kun epäillään etenevää muistisairautta.
- Tehdään työnjaon mukaan perusterveydenhuollossa tai muistipoliklinikalla.
- Aivojen magneettikuvaus muistiprotokollalla (MK)
 - on ensisijainen tutkimus etsittäessä muistisairauksille tunnusomaisia piirteitä
 - on herkempi ja tarkempi kuin TT osoittamaan taudille tyypillisiä rakenteellisia muutoksia (hippokampusatrofia)
 - ei sisällä säderasitusta.
- Pään monileike tietokonekuva (TT) muistiohjelmalla
 - tehdään, jos MK:lle on vasta-aihe (tahdistin, muut ferromagneettiset vierasesineet, klaustrofobia) tai kuvantamiselle on päivystysluonteinen aihe (esimerkiksi traumaepäily)
 - keskeisten syiden poissulku ja vaskulaaristen muutosten osoittaminen.



Toimintakyvyn arviointi

- Etenevä muistisairaus vaikuttaa aina arkiselviytymiseen.
- Toimintakyvyn heikkeneminen on perustana etuisuuksien saamiselle (lääkekorvattavuus, eläkettä saavan hoitotuki).
- Omatoimisuuden arviointi:
 - Päivittäinen toimintakyky
 - esimerkiksi ADL, IADL -asteikot
 - ADCS–ADL-haastattelu: toimii lievissäkin tapauksissa sekä sairauden etenemisen ja hoidon tehon seurannassa
- Toimintaterapia-arviointi (esimerkiksi AMPS).

Tilan vaikeusasteen arviointi

- Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI)
- Muistisairaus:
 - Lievä (selviytyy kutakuinkin itsenäisesti)
 - Keskivaikea (kotiselviytyminen on vaikeaa huomattavasta avusta huolimatta)
 - Vaikea (vaatii useimmiten pitkäaikaishoitoa).
- Tarkempaan ja käyttökelpoisempaan yleisarvioon sopivat strukturoidut asteikot:
 - CDR (Clinical Dementia rating)
 - 5-portainen asteikko, CDR-luokat: 0 – 0.5 – 1 – 2 – 3
 - GDS/FAST:
 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 (a – e) ja 7 (a – f)



Muistioire

**Alkuarvio
(muistihoitaja/lääkäri)**
Oirearvio: Muistikyselyt
Kognitio: CERAD
Mielialan arviointi
Omatoimisuus
(arkiselviytyminen)

Aivojen terveydestä huolehtiminen ja muistisairauksien ehkäisy
- Kaikkien tehtävä
- Ks. myös Potilasohje
Muistisairauksien ehkäisy ja riskimittari

Johtopäätökset alkuarviosta (lääkäri)
Anamneesin syvennys
Toimintakyky/ ja tasoarvio
Kliininen tutkimus
Laboratoriotutkimukset
Etenevän muistisairauden riskiarvio (laskuri)
Aivokuva (ensisijaisesti MK)
- Työnjaon mukaan perusterveyshuollossa tai muistipoliklinikalla

Depressio

Depression Käypä hoito ja muistioireiden seuranta, tarvittaessa lähete muistipoliklinikalle

Subjekttiivinen ja objektiivinen muistioire

Lähete muistipoliklinikalle (tai seuranta 6–12 kuukauden välein)

Ei viitettä muistisairaudesta

Työikäiset: Lähete neurologian muistipoliklinikalle

Tarvittaessa **seuranta** 12 kuukautta tai potilaan niin toivoessa





Muistipoliklinikka / Neurologian muistipoliklinikka

Muistisairausdiagnoosin selvittäminen

- AT
- VCI
- LKT
- PT-muistisairaus
- FTD
- MCI
- Muut syyt

Aivokuva

- Ensisijaisesti pään MK (ks. mallilausunto)
- Pään TT

Usein tarvittavia lisätutkimuksia

- Neuropsykologinen tutkimus
- Selkädinnestetutkimus
- SPET jne.

Diagnoosin jälkeen

- Diagnoosin tekeminen ymmärrettäväksi
- Oireenmukainen kohdennettu lääkehoito
- Oheisoireiden hoito (esim. depressio)
- Vaaratekijöiden tunnistaminen ja hoito
- **Kuntoutus ja palvelusuunnitelma**

Ehyt vastuullinen hoitoketju

- Alueellisen muistipotilaan hoitoketjun mukainen hoito ja seuranta

Liitännäissairauksien (kohonnut verenpaine, eteisvärinä, sepelvaltimotauti, krooninen keuhkosairaus, sydämen vajaatoiminta, kilpirauhassairaus jne.) mahdollisimman hyvä hoito on tärkeää

Aivojen terveydestä

huolehtiminen ja muistisairauksien **ehkäisy**

- Kaikkien tehtävä
- Ks. myös Potilasohje

Muistisairauksien ehkäisy ja riskimittari



Käypä hoito

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä

Puheenjohtaja:

12.10.2009 alkaen **Jaana Suhonen**, neurologian dosentti, sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA, neurologian erikoislääkäri, ylilääkäri; Jokilaakson sairaala, Jämsän kaupunki
12.10.2009 saakka **Tuula Pirtilä**, professori, neurologian erikoislääkäri; Itä-Suomen yliopisto, neurologian oppiaine ja KYS, neurologia

Kokoava kirjoittaja:

Ari Rosenvall, yleislääketieteen erikoislääkäri, vastaava lääkäri; Mehiläinen Ympyrätalo, Helsinki

Jäsenet:

Timo Erkinjuntti, neurologian professori, neurologian ja yleislääketieteen erikoislääkäri; Helsingin yliopisto, neurotieteen osasto ja HYKS:n neurologian klinikka
Hannu Koponen, professori; Itä-Suomen yliopisto, psykiatrian oppiaine ja KYS, psykiatria
Markku Makkonen, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, terveyskeskuslääkäri; Hankasalmen terveyskeskus
Marja Puurunen, LKT, kardiologian erikoislääkäri; Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, (Käypä hoito -toimittaja)





Käypä hoito

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä

Juha Rinne, professori, neurologian dosentti ja erikoislääkäri; TYKS, PET-keskus, Turku
Minna Raivio, LT, geriatrian erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri; Terveystalo Lahti ja Kansaneläkelaitoksen terveystoimisto

Timo Strandberg, professori, sisätautien ja geriatrian erikoislääkäri; Oulun yliopiston terveystieteiden laitos, geriatria ja OYS:n yleislääketieteen yksikkö

Ritva Vanninen, professori, ylilääkäri; Itä-Suomen yliopisto, neuroradiologian oppiaine ja KYS, radiologia

Risto Vataja, LL (väit.), osastonylilääkäri, neurologian ja psykiatrian erikoislääkäri; Kellokosken sairaala

Ulkopuoliset asiantuntijat:

Ulla Eloniemi-Sulkava, dosentti, vanhempi tutkija; Vanhustyön keskusliitto ry, Helsinki
Sirpa Hartikainen, geriatrisen lääkehoidon professori; Itä-Suomen yliopisto, farmasian laitos

Kaisu Pitkälä, yleislääketieteen ja avoterveydenhuollon professori; HUS, yleislääketieteen yksikkö ja Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto

Päivi Voutilainen, dosentti, TtT, neuvotteleva virkamies; Sosiaali- ja terveysministeriö, sosiaali- ja terveystoimisto

Diasarjan asiasisältö Timo Erkinjuntti ja Jaana Suhonen, ulkoasu Marjo Lepistö ja Kirsi Tarnanen

