



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

**MUISTIPOTILAAN HOITOPROSESSIN
KEHITTÄMINEN VANTAAN
PERUSTERVEYDENHOIDOSSA**
- Hoitoprosessikaavio ja muistihoitajan
haastattelukaavake

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Anne Lipponen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala

LIPPONEN ANNE: Muistipotilaan hoitoprosessin kehittäminen Vantaan perusterveydenhoidossa
- hoitoprosessikaavio ja muistihoitajan haastattelukaavake

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 57 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2008) tavoitteena oli yli 75-vuotiaiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Etenevät muistisairaudet aiheuttavat kaikista sairausryhmistä eniten ikäihmisten sosiaali- terveydenhuollon palveluiden tarvetta ja ovat ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon joutumisen pääsyy. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää ja varmistaa vantaalaisen muistipotilaan hoidon laatua. Tarkoituksena oli kuvata muistipotilaan hoitoprosessia ja muistihoitajan vastaanottoa perusterveydenhoidossa Vantaalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli selkeyttää muistisairaana hoidon toimijoiden tehtäviä ja pyrkiä vähentämään päällekkäistä toimintaa. Muistihoitajan käyttöön luodun haastattelukaavakkeen tavoitteena oli toiminnan systematisointi ja hoitoprosessin selkeyttäminen. Opinnäytetyön tehtävät olivat seuraavat;

Millainen on muistipotilaan hoitoprosessi Vantaan perusterveydenhoidossa?
Mikä on muistihoitajan rooli muistipotilaan hoidon toteutumisessa Vantaalla?
Millainen on muistihoitajan itsenäisen vastaanoton haastattelukaavake?

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyössä Vantaan kaupungin sairaalapalveluiden kanssa. Siinä hyödynnettiin voimassa olevaa ohjeistusta Muistipotilaan hoito ja tutkiminen Vantaalla (2010). Opinnäytetyön teoriaosassa käsiteltiin muistin ja muistisairauden käsitteitä, perehdyttiin eteneviin muistisairauksiin ja niiden tutkimiseen ja hoitoon. Kattavimmin teoriaosassa käsiteltiin Alzheimerin taudin hoitoa. Muistihoitajan vastaanotolla käytettävä haastattelukaavake luotiin nimenomaisesti Alzheimerin taudin lääkehoidon seurantaan. Vantaalaisen muistipotilaan hoitopolkua kuvattiin voimassa olevan ohjeistuksen mukaisesti ja muistioireisen hoitoprosessikaaviota laadittiin nykyisten käytänteiden pohjalta. Jatkossa muistioireisen hoitoprosessia voitaisiin kehittää yhteistyössä terveyskeskusten henkilökunnan ja alueiden muistikoordinaattoreiden kanssa.

Avainsanat: Muistisairaudet, Alzheimerin tauti, hoitoprosessi, muistihoitajan haastattelukaavake

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

LIPPONEN ANNE: Developing nursing process of patients with memory disorders in the city of Vantaa primary health care – Nursing process diagram and questionnaire for memory nurse

Bachelor's Thesis in Nursing

57 pages, 5 appendices

Autumn 2013

ABSTRACT

Living at home as long as possible at the age over 75 was the target in quality recommendation for services for elderly people (2008). Progressing memory diseases out of all disease groups are the main cause for the need of social and health care among elderly people and are the main reason for the need of long-term care. The target in this work was to develop and ensure the quality of the nursing process for the city of Vantaa memory disease patients. The target was to describe the nursing process for memory disease patients and the actions of memory nurse in primary health care of Vantaa. The aim in this work was to clarify, which are the functions for the primary health care staff and to reduce duplication of functions.

The aim was to find the answers for the following questions;

What type of nursing process Vantaa social and health care has for the patients suffering memory diseases?

What is the role of the nurse in securing the treatment for patients with memory diseases in Vantaa?

What type of questionnaire is used by the memory nurse?

This work was a functional thesis made together with the city of Vantaa medical services. Existing care recommendation and diagnosing memory disease patients at the city of Vantaa (2010) were utilized. Terms concerning memory and memory diseases, deeper analyses for the progressing memory diseases and research and treatment for these diseases were dealt in theoretical part of this work. The treatment for the Alzheimer's disease was the subject covered in greatest detail in the theoretical section. The questionnaire used by the memory nurses was especially developed for the Alzheimer's disease medical treatment follow up. The care path of patients with the memory diseases in the city of Vantaa was described according to existing recommendations and nursing process charts were created based on the present practices. As a next step, the nursing process for the memory disease could be developed further together with the health centers staff and memory coordinators involved.

Key words: memory disease, Alzheimer's disease, nursing process, questionnaire for memory nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	2
3	OPINNÄYTETYÖN TIEDONHAKUPROSESSI	3
4	MUISTISAIRAUDET	4
4.1	Muistisairauden käsitteet, syntymekanismit ja syyt	4
4.2	Muistisairauksien vaara- ja suojatekijät	6
4.3	Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI) ja Alzheimerin tauti	8
4.4	Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja otsa-ohimolohkorappeumat	10
4.5	Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus	12
5	MUISTISAIRAUKSIEN TUTKIMINEN JA HOITO	14
5.1	Hoito- ja palveluketju	14
5.2	Hoitoprosessi ja hoitopolku	15
5.3	Muistisairauksien tutkimisen ja hoidon työnjako	17
5.4	Muistisairauksiin perehtyneiden asiantuntijoiden tehtävät	17
6	ALZHEIMERIN TAUDIN HOITO	19
6.1	Lääkehoito	19
6.2	Muu hoito	23
6.3	Ravitsemus ja unettomuus	25
6.4	Masennus	29
6.5	Kaatumisten ehkäisy ja käytösoireiden hoito	31
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	36
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	36
7.2	Kohderyhmä ja opinnäytetyön eteneminen	36
7.3	Tuotosten esittely	39
7.4	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	42
8	OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN JA TUOTOSTEN ARVIOINTI	44
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	58

1 JOHDANTO

Suomi ikääntyy nopeimpana maana Euroopassa ja Vantaa vanhenee yhtenä sen nopeimpana kuntana. Maailmanlaajuisesti arviolta yli 35 miljoonalla ihmisellä on Alzheimerin tauti tai muu muistisairaus (World Alzheimer Report 2013, 1). Ennusteen mukaan vuonna 2060 Suomessa on 239 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairasta henkilöä, kun vastaava luku vuonna 2010 oli noin 89 000 henkilöä (Viramo & Sulkava 2010, 28). Vuodesta 1990 lähtien vuoteen 2010 yli 65 -vuotiaiden määrä Vantaalla on kasvanut 136 %. Vuonna 2009 yli 65 -vuotiaita vantaalaisia oli noin 22 000 ja ennusteen mukaan vuonna 2020 heitä on noin 36 000. Vastaavana ajanjaksona yli 85-vuotiaiden vantaalaisten määrä kaksinkertaistuu. Tämä asettaa Vantaan palvelurakenteen kehittymiselle valtavat haasteet. (Tilastokeskus 2003; Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma 2010,15.)

Muistisairauksista on laadittu uusittu Muistisairaudet Käypä hoito -suositus vuonna 2010 (www.kaypahoito.fi) ja kansallinen muistiohjelma valmistui vuonna 2012 (STM 2012). Eteneviä muistisairauksia sairastavat tarvitsevat ja käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveystalvuuja. Palvelutarpeiden kasvuun vaikuttaminen edellyttää toimia mm. muistioireiden tunnistamiseksi mahdollisimman varhain sekä oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen ja muun tuen hyvin organisoitua turvaamista ja seurantaa. Tarvitaan myös vaikuttavaa ja katkeamatonta hoito- ja palveluketjua. (STM 2012, 2.)

Alle 75 -vuotiaiden vantaalaisten muistisairauksien tutkiminen tapahtuu Peijaksen sairaalan neurologian poliklinikalla. Yli 75 -vuotiaiden vantaalaisten muistisairauksien tutkiminen ja hoidon aloitus on keskitetty Katriinan sairaalan geriatriselle vastaanotolle. Geriatrisen vastaanoton muistihoitajalla on sekä geriatrin kanssa yhteistyössä tapahtuvaa että omaa itsenäistä vastaanottotoimintaa. Alzheimerin taudin lääkehoidon aloituksen jälkeiset kontrollikäynnit muodostavat valtaosan hoitajan itsenäisestä vastaanottotoiminnasta. Opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistyö, jonka tuotoksena syntyvät muistioireisen hoitoprosessikaavio ja muistihoitajan itsenäisellä vastaanotolla käytettävä haastattelukaavake. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Vantaan kaupungin sairaalapalveluiden kanssa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ja varmistaa vantaalaisen muistipotilaan hoidon laatua. Tarkoituksena on kuvata muistipotilaan hoitoprosessia ja muistihoitajan vastaanottoa perusterveydenhuollossa Vantaalla. Tähän tähdätään kehittämällä ja selkeyttämällä olemassa olevaa muistipotilaan hoitopolkua sekä luomalla muistihoitajan itsenäisellä vastaanotolla käytettävä haastattelukaavake. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvä muistioireisen hoitoprosessikaavio pyrkii auttamaan muistipotilaan hoitoonohjauksessa. Haastattelukaavakkeen ensisijainen tehtävä on toimia haastattelurunkona ja apuna Alzheimerin taudin lääkityksen aloituksen jälkeisellä kontrollikäynnillä muistihoitajan luona.

Opinnäytetyön tavoitteena on selkeyttää muistisairaana hoidon toimijoiden tehtäviä ja pyrkiä vähentämään päällekkäistä toimintaa. Muistihoitajan käyttöön luotavan haastattelukaavakkeen tavoitteena on varmistaa, että jokaisella käynnillä vastaanottajasta riippumatta käydään läpi Käypä hoito -suosituksen (2010) ja työyhteisössä yhteisesti sovitut asiat. Haastattelukaavakkeen tavoitteena on toiminnan systematisointi ja hoitoprosessin selkeyttäminen.

Tehtävät:

1. Millainen on muistipotilaan hoitoprosessi Vantaan perusterveydenhoidossa?
2. Mikä on muistihoitajan rooli muistipotilaan hoidon toteutumisessa Vantaalla?
3. Millainen on muistihoitajan itsenäisen vastaanoton haastattelukaavake?

Opinnäytetyön rajaukset nousevat työelämästä käsin. Tarve muistioireisen hoitoprosessikaaviolle on olemassa. Voimassa oleva ohjeistus Muistipotilaan tutkiminen ja hoito Vantaalla (2010) on laaja ja aikaa vaativa. Siinä keskitytään muistisairauksien tutkimiseen ja diagnosointiin.

3 OPINNÄYTETYÖN TIEDONHAKUPROSESSI

Muistipotilaan tutkimisesta ja hoidosta haettiin tutkimustietoa Medic-, CINAHL- ja PubMed -tietokannoista. Tiedonhakua suoritettiin myös manuaalisesti artikkelien lähdeluetteloista. Tietokantahakujen rajaukset, hakusanat, valintakriteerit ja tulokset on esitetty tarkemmin liitteessä 1. Kansallisen tietokannan hakusanoina käytettiin muistis*, muistia*, muistip*, muistih*, alzh*, dement*, hoitok*, hoitop*, hoit*, tutk*, ohj*, neuv*, seur* ja lääke* sekä näiden yhdistelmillä. Vastaanotto toiminnan kuvauksesta ja kehittämisestä haettiin tietoa seuraavilla hakusanoilla vastaanott*, polikl*, avot*, työnj*, kehitt* ja kuv*. Kansainvälisten tietokantojen hakusanoina käytettiin memory disorder/s, alzheimer disease, dementia, diagnostic, treatment ja delivery of health care ja näiden yhdistelmiä.

Hakurajauksena käytettiin viimeistä kymmentä vuotta (2002 - 2012). Poikkeuksena PubMed -tietokanta, jossa rajauksena viimeiset viisi vuotta. Tähän päädyttiin runsaiden hakuosumien vuoksi. Hakuehtoina käytettiin kokoteksti ja asiakirjojen synonyymit käytössä. Kansainvälisiin tietokantoihin hakuehdoiksi laitettiin englannin kieli ja kokoteksti. Hakusanojen tuli löytyä joko abstraktista tai otsikosta ja artikkelin tuli olla tutkimus tai julkaistu Peer Rewied -journaalissa. Haut laajennettiin koskemaan vastaavia termejä. PubMed -tietokannassa hyödynnettiin sen tarjoama MESH -termien käyttö tiedonhaussa.

Lisäksi opinnäytetyön lähdemateriaalina hyödynnettiin työyhteisössä käytettäviä tietolähteitä, kuten Käypä hoito -suositukset, Vantaan kaupungin omat toimintaohjeet ja ohjeistukset sekä geriatrisen hoidon kirjallisuus. Kyseiset lähteet annettiin opinnäytetyöntekijän käytettäväksi työnantajaosapuolen taholta. Muistisairauksista aikaisemmin tehtyjen opinnäytetöiden lähdeluetteloista löydettiin myös käytettäviä lähteitä. Väitöskirjojen hakua suoritettiin tietokantahaun lisäksi yliopistojen omien Internet -sivustojen kautta hoito- ja lääketieteellisten tiedekuntien väitösjulkaisuarkistoista. Hakuajana käytettiin vuosia 2002 – 2012.

4 MUISTISAIRAUDET

4.1 Muistisairauden käsitteet, syntymekanismit ja syyt

Muisti on kyky tallentaa ja palauttaa mieleen koettuja ja opittuja asioita (Kalska 2006, 1313). Muistioire on tapahtuma- ja asiamuistin toiminnoissa esiintyvä vaikeus, jota esiintyy joka kolmannella yli 65-vuotiaalla (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 18; Käypä hoito –suositus 2010, 2-4). Vain osalla muistioireisista häiriö kyetään todentamaan muistitestien avulla. Arvioidaan, että joka kolmas muistitestissä huonosti menestyvä sairastaa jotakin dementoivaa sairautta. (Viramo & Sulkava 2010, 29.) Muistioireen syynä voi etenevän muistisairauden sijasta olla mm. erilaiset kiputilat, stressi, univaikeudet, aistipuutokset, heikko yleistila, masennus, ahdistus ja lääkitys (Jokinen, Hänninen, Ylikoski, Karrasch, Pulliainen, Hokkanen, Poutiainen, Erkinjuntti & Hietanen 2012, 1817; Suomalainen asiantuntijasuositus 2008, 11).

Muistisairaus heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Käypä hoito -suositus 2010, 4; Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 19). Dementia on oireyhtymä, johon muistioireen lisäksi liittyy havainto- ja päättelykyvyn, kielellisen suoriutumisen ja persoonallisuuden muutoksia (Erkinjuntti 2010, 87; Finne-Soveri 2008, 26). Amerikan psykiatrisen seuran (1995) laatiman määritelmän mukaan dementia on älyllisen toimintakyvyn heikkenemistä useammalla alueella mukaan lukien muistihäiriö ja ainakin joku seuraavista;

- a.) kielellinen häiriö
- b.) liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikka motoriikka on kunnossa
- c.) nähdyn esineen tunnistamisen tai nähdyn merkityksen tunnistamisen vaikeus, vaikka näköhavainnon jäsentäminen on normaalia
- d.) toiminnanohjauksen häiriö

sekä älyllisen toimintakyvyn muutokset aiheuttavat merkittävän sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan rajoittumisen ja tason merkittävän heikkenemisen. (Sulkava 2010, 121.) Muistisairauksia, jotka johtavat dementiaan kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi (Käypä hoito -suositus 2010, 5).

Muistioireiden syntymekanismeja ovat aivojen paikallinen vaurio, aivojen aineenvaihdunnan, hermosolujen ja hermoverkkojen häiriöt ja toiminnalliset häiriöt (Erkinjuntti 2010, 73; Käypä hoito –suositus 2010,7). Paikallinen vaurio aivojen rakenteessa, jota tarvitaan oppimisessa ja asioiden mieleen painamisessa tai -palauttamisessa, voi aiheuttaa muistioireita. Kilpirauhasen vajaatoiminta tai B12 -vitamiinin puutos hidastuttavat hermoverkoston toimintaa ja aiheuttavat muistioireita. Aivojen toiminnallisena häiriönä masennus, ahdistus ja uupuminen vaikuttavat myös muistin toimintaan. (Erkinjuntti 2010, 73 - 74.)

Muistioireiden ja -sairauksien yleisimmät syyryhmät ovat ohimenevät, hoidolla parannettavissa olevat, pysyvät jälkitilat ja etenevät syyt riippumatta syntymekanismista. Muistisairauden perussyyn lisäksi löytyy monesti muita toimintakykyä heikentäviä tekijöitä, kuten sopimaton lääkitys, nautintoaineiden käyttö, matala verenpaine ja infektiot. Vaikka muistisairauden perussyötä ei voida parantaa, toissijaisten syiden hoidolla on vaikutusta muistipotilaan toimintakykyyn. (Erkinjuntti 2010, 74 - 75; Käypä hoito -suositus 2010,7.) Taulukossa 1 on esitetty muistioireiden tavallisimmat syyt.

TAULUKKO 1. Muistioireiden tavallisia syitä (Käypä hoito -suositus 2010)

OHIMENEVÄT	PYSYVÄT JÄLKITILAT	ETENEVÄT
Aivoverenkiertosairus	Aivovamma	Alzheimerin tauti
Lievä aivovamma	Aivoverenkiertosairus	Aivoverenkiertosairus
Epileptinen kohtaus	Aivotulehdus (meningiitti, enkefaliitti)	Lewyn kappale -tauti
Lääkkeet	B1 –vitamiinin puutos	Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaaliset dementiat
Päihteet	Leikkaus ja sädehoito	Otsa-ohimolohkon rappeumat
Psykiatriset häiriöt	Alkoholin aiheuttama aivovaurio (esim. Wernicke-Korsakovin oireyhtymä)	Prionitaudit
Sekavuus		Harvinaiset perinnölliset dementiat

4.2 Muistisairauksien vaara- ja suojatekijät

Epidemiologisissa tutkimuksissa on selvitetty kognitiivisen heikentymisen ja muistisairauksien vaara- ja suojatekijöitä mm. USA:n Rochester -tutkimus, Euroopan Eurodem -tutkimus ja Suomen Finmonica -tutkimus (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1134). Tutkimukset keskittyvät usein Alzheimerin taudin vaara- ja suojatekijöihin. Syynä tähän on, että kaikista etenevistä muistisairauksista sairastavista noin 60 – 80 %:lla on Alzheimerin tauti. (Barnes & Yaffe 2011, 819.) Normaaliin ikääntymiseen liittyy muistiprosessien muutoksia. Asioiden mieleen painaminen heikkenee ja mieleen palauttaminen on työläämpää. Aloitteellisuutta ja ponnistelua vaativa prosessointi heikkenee ja tilannetekijöiden vaikutus korostuu. Kuitenkin kyky oppia uutta säilyy. (Soininen & Hänninen 2010, 77.) Korkea ikä on merkittävin etenevän muistisairauden vaaratekijä (Kivipelto & Viitanen 2006, 1517). Alzheimerin taudin vallitsevuus lisääntyy iän myötä seuraavasti: alle 65 -vuotiailla on alle puolella prosentilla, 65 - 70 -vuotiailla noin 1 %:lla ja yli 85 -vuotiailla jopa 30 %:lla (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 122). Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän esiintyvyys yli 65 -vuotiaassa väestössä on 1.5 - 2 % (Sulkava 2010, 126). Iäkkäämmän henkilön etenevän muistisairauden taustalla on harvoin vain yksi sairausprosessi (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1133).

Etenevät muistisairaudet ovat neurodegeneratiivisia sairauksia, joissa suuressa osassa on nähtävissä suvuttaista esiintymistä. Alzheimerin taudin esiintyminen lähisuvussa nostaa henkilön riskiä sairastua siihen. Riski on 2,6 -kertainen, jos kahdella lähisukulaisella on dementia ja 7,5 -kertainen, jos dementoituneita lähisukulaisia on yli kolme. (Lehtovirta 2010, 432.) Alzheimerin tautiin sairastuneista potilaista vallitsevasti periytyvä tautimuoto on kuitenkin vain 1-2 %:lla (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121). Alzheimerin taudissa tunnetaan ns. riskigeeni apolipoproteiini E. ApoE -geenillä on kolme eri alleelia: e2, e3 ja e4. ApoE e2 -alleeli nähdään nykyäsitöksen mukaan suojaavan Alzheimerin taudilta ja liittyvän pitkään ikään (Lehtovirta 2010, 435). Ja ApoE e4 -alleeli liitetään sydän- ja verisuonitautien ja Alzheimerin taudin sekä verisuoniperäisen muistisairauden vaaratekijäksi (Tienari, Polvikoski & Tanila 2010, 111; Pirttilä ym. 2004, 1134). ApoE e4 -alleelin kantajuus lisää Alzheimerin taudin

sairastumisriskiä 3-5 -kertaiseksi (Tienari, Polvikoski & Tanila 2010, 111). Sekavuustilan eli deliriumin ilmaantuminen voi ennakoida dementiaa (muistisairautta), joten keinot, jotka auttavat ennaltaehkäisemään dementiaa voivat auttaa myös ennaltaehkäisemään deliriumin ilmaantumista ja vähentämään sen vaikeusastetta (Fick, Kolanowski, Beattie & McCrow 2009, 6).

Alzheimerin taudin vaaratekijät ovat kardiovaskulaariset (diabetes, lihavuus ja korkea verenpaine), psykososiaaliset (masennus) ja terveyskäyttäytymiseen liittyvät (vähäinen fyysinen ja psyykinen aktiivisuus ja tupakointi) tekijät (Barnes & Yaffe 2011, 820 - 824). Toisaalta ikäihmisen ylipaino ja lihavuus eivät lisää dementian riskiä vaan päinvastoin pienentävät sitä (Dahl, Löppönen, Isoaho, Berg & Kivelä 2008, 2264). Hoidettavat vaaratekijät, joilla voi olla yhteyttä muistihäiriöiden kehittymiseen, ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, insuliiniresistenssi ja diabetes, aivoverenkiertohäiriöt, pään vammat, depressio ja tupakointi. Korkea verenpaine on tärkein yksittäinen vaaratekijä aivoverenkierron häiriöille. Verenpaineen nousu 10mmHg:llä nostaa 30 %:lla aivoverenkierron häiriön riskiä. (Pirttilä ym. 2004, 1134 - 1135.) Korkealla koulutuksella on yhteys vähentyneeseen dementian ja Alzheimerin taudin riskiin. Kun elintapatekijöiden vaikutus huomioidaan, pysyy tulos samanlaisena. Korkean koulutustason omaavan henkilön suurempi kognitiivinen reservikapasiteetti voi osaltaan vaikuttaa dementian ilmaantumisen myöhentymiseen. (Ngandu 2006, 51 - 54.) Koulutustasosta riippumatta melkein kaikilta ikääntyneiltä löytyy jonkinlainen patologinen muutos aivoista heidän kuollessaan (Brayne, Ince, Keage, McKeith, Matthews, Polvikoski & Sulkava 2010, 2213).

Korkean kolesterolitason hoitamista statiinilla voidaan myös suositella. Sen on osoitettu ehkäisevän aivohalvauksia (Heart Protection Study Collaborative Group 2002) ja sitä kautta vaskulaarisen muistisairauden riski pienenee (Strandberg 2003, 1529). Statiineilla on muitakin biologisia vaikutuksia mm. kokeellisissa tutkimuksissa Simons ym. (2001) osoittivat, että ne vähentävät haitallisina pidettyjen amyloidipeptidien kertymistä (Pirttilä ym. 2004, 1136). Alzheimerin taudin neurodegeneraatiivissa prosessissa tyypillistä on amyloidiplakkien ja neurofibrillien kertyminen aivokudokseen (Strandberg 2003, 1526). Jopa puolet Alzheimerin tauti tapauksista voi johtua edellä mainituista vaaratekijöistä, joten

vähentämällä näitä vaaratekijöitä voidaan merkittävästi ehkäistä Alzheimerin tautia (Barnes & Yaffe 2011, 825). Syy-yhteyden osoittamiseksi tarvittaisiin vielä hoitotutkimusta, jossa vaaratekijää vähentämällä saataisiin aikaan tapausten väheneminen (Käypä –hoito suositus 2010). Aivoterveysten todetaan Kansallisessa muistiohjelmassa (STM 2012) olevan elämän mittainen asia ja ihmisen tärkein pääoma. Aivojaan tulisi suojella mahdollisimman hyvin mm. kouluttautumalla, harrastamalla monipuolisesti, liikkumalla, käyttämällä kohtuudella alkoholia, syömällä kalaa ja kasviksia sekä toimivalla parisuhteella ja sosiaalisilla verkostoilla (Soininen & Kivipelto 2010, 450). Muistisairauden riski- ja suojatekijöihin tulisi kiinnittää jo enemmän huomiota keski-iässä, koska Alzheimerin taudin aivomuutokset alkavat todennäköisesti kehittyä jo 20 - 30 vuotta aikaisemmin kuin sairaus on kliinisesti todettavissa (Soininen & Kivipelto 2010, 229). Keski-iässä säännöllisesti harrastettu vapaa-ajan liikunta ja muut terveelliset elintavat suojaavat Alzheimerin taudilta ja dementiaalta (Rovio 2008, 84).

4.3 Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI) ja Alzheimerin tauti

Lievä kognitiivinen heikentyminen eli Mild Cognitive Impairment (MCI) on epäyhtenäinen oireyhtymä, jolla kuvataan riskitilaa normaalin kognition ja muistisairauden välillä. Oireyhtymä voi olla korjaantuva, vakaa tai etenevä. Korjaantuvan MCI:n aiheuttavat mm. haitallinen lääkitys, masennus tai aineenvaihdunnan häiriö. Vakaa MCI:n taustalla ovat aivoinfarktin tai -vamman jälkitilat. Ikä, laaja-alainen oireisto, ohimolohkon atrofia ja selkäydinnesteen merkkiaineiden muutokset kasvattavat todennäköisyyttä tilan etenemiselle ja Alzheimerin taudille. MCI:n kriteerissä edellytetään tutkittavan omatoimisuuden säilymistä. (Pirttilä 2008, 159-162.) Lievässä kognitiivisessä heikentymässä voidaan todeta heikkenemistä kielellisen muistin tehtävissä, kuten Cerad -testauksessa sanalistan viivästetyssä mieleen palautuksessa. Merkittäväntä on mieleen painetun materiaalin kato (unohtaminen), jolloin vihjeetkään eivät auta muistamaan. MCI -potilaista, joilla on etenevä episodisen muistin oire, on seuranta-tutkimuksissa todettu 10-15 %:lle kehittyvän vuoden seuranta-aikana ja noin 50-75 %:lle viiden vuoden seuranta-aikana Alzheimerin tauti. (Pirttilä &

Erkinjuntti 2010, 126.) MCI -oireyhtymä vaatii siten seurantaa, jotta kehittyvä Alzheimerin tauti voidaan todeta mahdollisimman varhain.

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus, jonka esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Kaikista muistipotilaista noin 70 % sairastaa sitä. Se etenee tyypillisesti hitaasti ja tasaisesti. (Käypä hoito –suositus 2010, 13.) Diagnostisessa tautiluokituksessa (ICD-10) Alzheimerin tauti jaetaan varhain (alle 65 -vuotiaana) ja myöhään (yli 65 -vuotiaana) alkavaan muotoon, vaikka aivopatologia ja taudin kliininen kuva ovat samanlaiset. Alzheimerin taudin alkamisikä vaihtelee taudin aiheuttajan ja riskitekijöiden mukaan esim. aikaisemmin mainittu Apo E e4 -alleeli aikaistaa taudin kehittymistä ja vallitsevasti periytyvä tautimuoto alkaa yleensä alle 60 -vuoden iässä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 122.) Alzheimerin tauti luokitellaan lieväksi, keskivaikeaksi ja vaikeaksi. Alzheimerin tauti alkaa lievällä muistihäiriöllä, jossa mieleen painaminen ja mielestä palauttaminen vaikeutuvat. Sairauden edetessä ns. lähimuisti heikentyy. Sairastunut ei muista hetki sitten puhuttuja asioita vaan saattaa kysyä samaa asiaa monta kertaa. Ajan- ja paikantaju katoavat, tavarat ovat kadoksissa ja sairastunut etsii niitä. Sanat voivat hukkuu ja sairastunut käyttää kiertoilmaisuja. Monimutkaiset motoriset toiminnot vaikeutuvat. Esineille ja tavaroille ei tahdo löytyä nimeä tai käyttötarkoitusta. Sairaudentunto saattaa heikentyä tai kadota kokonaan, jolloin sairastunut kokee itse olevansa täysin kykenevä huolehtimaan kaikista asioistaan. (Sulkava 2010, 123.) Sairastuneella on saattanut ilmetä jo vuosia ennen kognitiivisten oireiden ilmaantumista masennusta ja epäluuloisuutta (Huusko 2005, 31). Täydellinen muistamattomuus, lapsenomainen käytös ja ajattelu, huono elämänlaatu ja pelko tulevasta ovat asioita, joita liitetään Alzheimerin tautiin. Kysyttäessä syytä muistisairaana omaiselta muistin huononemiseen, selityksinä toimivat stressi, masennus, trauma, vastoinkäymiset, ikä ja lääkitysten sivuvaikutukset. (Morhardt, Pereyra & Iris 2010, 4.)

Alzheimerin tautiin voi liittyä laihtumista, jonka mekanismit ovat epäselvät. Yhtenä tekijänä on syömisen unohtaminen, mutta se ei selitä koko prosessia. (Sulkava 2010, 124.) Aliravitsemuksella on yhteys toimintakyvyn laskuun, pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumiseen ja kuoleman vaaraan, joten sairastuneille suositellaan säännöllistä ravitsemustilan seurantaa ja ravitsemusneuvontaa

(Nuotio, Tuominen, Hartikainen, Lampi, Luukkaala & Jäntti 2009, 2671). Alzheimerin taudin edetessä ilmaantuu sairastuneelle ns. ekstrapyramidaalioireita, jotka vaikuttavat sairastuneen motorikkaan. Kävely voi muuttua töpöttäväksi ja asento etukumaraksi. Toiminnot hidastuvat ja kasvojen ilmeikkyyks saattaa kadota. Kävelyn epävarmuus ja tasapainoheijasteiden heikentyminen lisäävät myös kaatumisvaaraa. Lopulta sairastuneelta katoaa kyky kävellä. Näiden oireiden ilmaantumiseen voidaan vaikuttaa säännöllisellä liikunnalla ja fysioterapialla. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 133; Sulkava 2010, 124.) Alzheimerin tautiin liittyvä virtsan ja/tai ulosteen pidätyskyvyttömyys aiheuttaa sairastuneelle ja hänen omaiselleen arjen haasteita ja kaventaa monesti entisestään sairastuneen elämänpiiriä. Alzheimerin tauti kestää keskimäärin 10 - 12 vuotta johtaen kuolemaan. Naiset sairastavat Alzheimerin tautia kaksi vuotta kauemmin kuin miehet. (Sulkava 2010, 124.)

4.4 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (VCI) ja otsa-ohimolohkorappeumat

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä eli VCI on oireyhtymä, jonka syynä on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymä (Erkinjuntti 2011, 13; Käypä hoito -suositus 2010, 14; Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142). Vaskulaaristen vaaratekijöiden, aivoverenkiertosairauksien, aivomuutosten ja yksilön ominaisuuksien väliset vuorovaikutukset liittyvät VCI:n ja dementian ilmaantumiseen (Erkinjuntti 2011, 14). VCI:n keskeisimmät alatyypit ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttama tila (Käypä hoito -suositus 2010, 14). VCI on noin 15 %:lla kaikista muistihäiriöpotilaista (Sulkava 2010, 126). Suurin yksittäinen muistisairauden riskitekijä on aivohalvaus, joka nostaa yli 60 -vuotiaan dementiariskin yli 9 -kertaiseksi. Arvioidaan, että lähitulevaisuudessa määrältään suurin etenevän muistisairauden syy on aivoverenkiertosairaus ja Alzheimerin tauti yhdessä. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 146, 154.) VCI:n riskitekijöitä ovat verenpainetauti, sydänsairaudet ja diabetes. Muita riskitekijöitä ovat väestötieteelliset (mm. koulutus ja ikä), geneettiset ja aivoverenkiertosairauden ominaispiirteisiin liittyvät tekijät. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 143.)

Pienten suonten taudissa varhaisena oireena on toiminnanohjauksen häiriö, johon liittyy älyllisten toimintojen hidastuminen. Muistioire on vähemmän korostunut kuin Alzheimerin taudissa. Oppiminen hankaloituu, mutta unohtaminen on vähäisempää. Masennusta, psykomotorista hidastumista ja persoonallisuuden muutoksia saattaa ilmaantua käytösoireina. (Erkinjuntti 2011, 15.) Kliinisinä oireina esiintyy myös kävelyn ja tasapainon häiriöitä, mahdollisia kaatumisia, virtsaamishäiriöitä sekä lievää sanojen muodostamisen vaikeutta ja lievää nielemisvaikeutta. Suurimmilla osalla potilaista oireet etenevät tasaisesti ilman portaittaisia pahenemisvaiheita. Oireet voivat vaihdella ja päivien välillä on eroa. Suurten suonten tauti liittyy aterotromboottisiin ja sydänperäisiin embolisiin aivoinfarkteihin. Varhaisia oireita ovat lievän muistioireen ja toiminnanohjauksen heikentymisen ohella vaihtelevat kortikaaliset oireet. Kortikaalisia oireita ovat kielelliset oireet, haparoivuus ja kömpelyys, hahmottamisvaikeudet, visuospatiaaliset ja konstruktioonaliset vaikeudet. Oireet alkavat usein nopeasti ja pahenevat portaittain. Riskitekijöiden hallinnalla saavutetaan usein jopa vuosien mittaisia tasaisia vaiheita. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 147-150.)

Frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia ovat otsa-ohimolohkorappeumien tyypillisimmät oirekuvat. Kaikista muistisairauksista otsa-ohimorappeumia on alle 5 % . Sairaudet alkavat usein alle 65 -vuoden iässä. Yhteisiä ominaispiirteitä ovat sairauden hiipivä alkua ja vähittäinen eteneminen. Kaikkiin kolmeen oirekuvaan liittyy puheen tuoton ongelmia. Muisti säilyy sairauksien alkuvaiheessa suhteellisen hyvin. Frontotemporaalinen dementia alkaa käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksella, johon liittyy sosiaalisten taitojen heikentymistä. Sairastunut voi olla estoton, tahditon, apaattinen ja arvostelukyvytön ja hänen sairaudentuntonsa on heikentynyt. (Rinne & Remes 2010, 165- 171; Käypä hoito –suositus 2010, 16.)

Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheentuotto muuttuu sujumattomaksi ja lisäksi voi ilmetä kieliopin rakenteiden köyhtymistä, äänteellisiä sanan vääristymiä ja nimeämistä vaikeuksia. Semanttisessa dementiaassa kielellisenä häiriönä ovat etenevä, sujuva, sisällöllisesti tyhjä puhe, sanojen merkityksen katoaminen ja merkitykselliset sana vääristymät. Oireina esiintyy myös tuttujen kasvojen ja esineiden tunnistamishäiriöitä. (Rinne & Remes 2010, 167- 169.)

Otsa- ohimolohkorappeuman aiheuttamiin sairauksiin ei ole olemassa spesifistä lääkettä (Sulkava 2010,131). Hoidossa keskitytään yleisempiin käyttäytymisen muutosten hallintaan, kuten aggressio, vaeltelu, seksuaalinen estottomuus, apatia, peseytymisestä kieltäytyminen ja toistuva pakonomainen käyttäytyminen. Sairastuneen lähiomaisen tukeminen on tärkeää. Käyttäytymisen muutos, joka ei aiheuta haittaa, olisi hyvä oppia hyväksymään. Lääkehoito mm. SSRI- ja antipsykoottisilla lääkeaineilla on perusteltua vaikeiden käytösoireiden ilmaantuessa, kuten aggressio ja seksuaalinen estottomuus. (Chan, Reutens, Liu & Chan 2011, 971.)

4.5 Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus

Etenevistä muistisairauksista noin 10 % johtuu Lewyn kappale -taudista ja valtaosalla heistä on myös Alzheimerin tauti. Tauti alkaa 50 - 80 vuoden iässä ja on yleisempi miehillä. Sairauden kesto vaihtelee 2 - 12 vuoden välillä. Lewyn kappale -taudissa patologiset aivomuutokset sijaitsevat aivojen kuorikerroksella. Oireet jaetaan kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Kognitiiviset oireet ovat muistin heikkous, hahmotushäiriöt, kielelliset häiriöt ja kätevyuden heikkous. Muistin heikkous ei välttämättä ilmene taudin varhaisessa vaiheessa, mutta muisti heikkenee kuitenkin vähitellen sairauden edetessä. Parkinsonismin oireita, kuten lihasjäykkyyttä, hypokinesiaa ja kävelyvaikeuksia esiintyy 40 - 90 % sairastuneista. Psykoottisina oireina ilmenee erityisesti visuaalisia hallusinaatioita, joita esiintyy 30 - 60 %:lla sairastuneista. Ne ovat erityisen tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Vastaavasti Alzheimerin taudissa visuaalisten hallusinaatioiden esiintyvyys on 5 - 15 %. Harhaluulot saattavat olla Lewyn kappale -taudin ensimmäinen oire, joista yleisimpiä ovat vainoharhat. Sairastuneella saattaa esiintyä vilkkaita unia, joiden aikana hän voivat äännellä ja liikutella raajojaan voimakkaasti. Muita taudin piirteitä ovat toistuvat kaatumiset ja pyörtyily sekä tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanhäiriökohtaukset. Lewyn kappale -tautiin sairastuneet ovat erityisen herkkiä neuroleptilääkitykselle. (Rinne 2010, 159 - 160.)

Parkinsonin tautia sairastavista noin 3 000 sairastuneella on tautiin liittyvä muistisairaus. Muistisairauden esiintyvyys Parkinson -potilailla on 4-6 -kertainen verrattuna normaaliväestöön. (Suhonen & Martikainen 2012, 6; Käypä hoito -suositus 2010, 15.) Parkinsonin taudissa muistisairaudelle altistavia tekijöitä ovat korkeampi sairastumisikä, vaikea motorinen häiriö, kävelyn ja tasapainon vaikeudet ja varhain ilmenevät muistioireet (Suhonen & Martikainen 2012, 6; Rinne 2010, 174). Parkinsonin taudin muistisairaudessa on kysymys dopamiinijärjestelmän vajaatoiminnasta, aivojen surkastumisesta ja alentuneesta aineenvaihdunnasta (Jokinen 2011,6). Parkinsonin taudin muistisairaudesta oireina ovat toiminnanohjauksen häiriö, hidastuminen, vaikeudet ongelmanratkaisutilanteissa ja ns. kognitiivisen joustavuuden väheneminen. Lisäksi voi ilmetä aloitteettomuutta ja mielialan mataluutta. Muistin osalta on havaittu vaikeuksia työmuistissa, pitkäkestoisessa muistissa ja taitojen oppimisessa. Tyypillisesti kielellisen ja visuaalisen muistiaineksen vapaa mieleen palautus on heikentynyt, mutta vihjeet auttavat muistitehtävissä suoriutumisessa. (Rinne 2010, 174; Sulkava 2010, 132.)

5 MUISTISAIRAUKSIEN TUTKIMINEN JA HOITO

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008) tavoitteeksi asetettiin, että vuonna 2012 yli 75 -vuotta täyttäneistä 91-92 % asuisi itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvion perusteella tarkoituksenmukaisesti kohdennettujen sosiaali- ja terveystalvelujen turvin kotona. Kuitenkin kaikista sairausryhmistä etenevät muistisairaudet aiheuttavat eniten ikääntyneiden ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta ja ovat ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon joutumisen pääsyy. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9.) Arvioidaan, että puolet muistisairaista on diagnosoitu ja vain neljänneksellä Alzheimerin taudin potilaista on asianmukainen lääkehoito (STM 2012, 7; Raivio 2010, 19). Etenevien muistisairauksien kustannuksista 80 % aiheutuu pitkäaikaisesta ympärivuorokautisesta hoidosta ja 1 % diagnoosin selvittämisestä (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9).

5.1 Hoito- ja palveluketju

Hoitoketju on asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen perustuva hoitoprosessien kokonaisuus. Terveystalveluollossa hoitoketju nimitystä käytetään, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia ja palveluketjua, kun ketjuun sisältyy muidenkin toimialojen palveluja, kuten esim. sosiaalitoimen. (Stakes 2002.) Diagnostikohtaisena hoitoketjuna pidetään kirjallista suunnitelmaa potilaan hoidosta ja sen on tarkoitus tukea hoidon porrastusta sairaanhoitopiiriin sisällä. Hyvänä lähtökohtana hoitoketjun luomiselle voidaan pitää potilaan/asiakkaan polun kuvaamista yksityiskohtaisesti. (Nuutinen 2000, 1821-1823.) Hoitoketju on siis diagnostipohjainen käypä hoito -suositukseen pohjaava hoitojen ja palvelujen kokonaisuus, joka on suunniteltu ja toteutettu alueellisesti paikallisiin olosuhteisiin (Silvennoinen-Nuora 2010, 92).

Hoitoketjussa otetaan vastuu potilaan hoidon järjestämisestä ja luvataan varmistaa tiedonkulku sekä yhteistyösopimusten pitäminen. Hoitoketjun tarkoituksena on turvata hoidon saatavuus, laatu ja eri osapuolten työrauha. (Käypä hoito -suositus 2006, 7.) Hoitoketjun lähtökohtana ovat siis valtakunnalliset hoitosuositukset. Palveluiden ketjua tulisi tarkastella kokonaisuutena. Erityisesti

huomiota tulisi kiinnittää potilaan palvelusta toiseen siirtyessä esim. erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, koska suurimmat laatu puutteet ovat esiintyneet eri palvelujen rajapinnoilla. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011, 1107.) Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (2000/811) 3. pykälä määrittelee saumattoman palveluketjun toimintamalliksi, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.

5.2 Hoitoprosessi ja hoitopolku

Prosessi sisältää yhden organisaation sisällä tehdyt toimenpiteet, jotka tuottavat määritellyn lopputuloksen. Prosessien kehittämistä ja organisaation toimintaa ohjaavat samat visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessien kehittämällä pyritään toiminnan tehostamiseen, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen, ongelmatilanteiden hallintaan ja kustannussäästöjen aikaansaamiseen. Prosessikuvaus auttaa organisaation toimintatapojen kuvaamista ja tämä osaltaan auttaa järjestämään yhteistyötä toisten organisaatioiden kanssa. (Nordback, Salo, Holmberg-Marttila, Päivä, Liimatainen, Porkkala & Kaila 2010, 1550; Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008,3.)

Terveydenhuollon prosessit (STM 2007) ovat hoitoprosessi, tietoprosessi, potilashallinnon prosessi ja muut organisaation toimintaa tukevat prosessit.

Ydin- eli pääprosessina näistä pidetään hoitoprosessia, jota muut prosessit tukevat. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 27.)

Eurooppalaisessa standardissa (EN 13940-2:2009) määritellään terveydenhuollon organisaation prosessit terveydenhuollon prosesseiksi, terveydenhuollon opetusprosesseiksi ja terveydenhuollon tutkimusprosesseiksi. Terveydenhuollon prosessi sisältää potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen suhteen ja sen puitteissa tapahtuvat toiminnot. Terveydenhuollon prosessi sisältää mm. kliinisen prosessin, jossa kuvataan potilaan kannalta tiettyyn terveysongelmaan liittyvät toiminnot.

Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla prosesseista on laadittu prosessikartat asiakas- ja organisaationäkökulmista käsin. Organisaation näkökulmasta käsin pääprosessi on asiakaslähtöinen vaikuttava asiakaspalvelu. Pääprosessi muodostuu kaikista niistä palveluista, joita toimiala tuottaa ulkoisille ja sisäisille asiakkaille järjestelymuodosta riippumatta. Siinä tunnistetaan asiakkaiden tarpeet, hallitaan ja ennustetaan kysyntää. Palvelu pyritään tarjoamaan asiakkaalle avuntarpeen mukaan. Osaprosessit ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja varhainen puuttuminen sekä kumppanuudet, verkostot ja kaupungin yhteinen vastuu. Prosessien kehittymisen kannalta tärkeää on, että prosesseille määritellään mittarit. Mittareiden avulla voidaan ohjata toimintaa tavoitteiden ja päämäärien saavuttamiseksi. Mittareiden määrittäminen aloitetaan kuvaamalla nykytila ja miten siihen on päädytty. Seuraavaksi määritetään tavoitetila ja miten sinne päästään. Mittareiden tarkoitus on mitata edistystä kohti tavoitetta. (Lehmuskallio 2013; Vantaan kaupunki 2012.)

Hoitoprosessista on aikaisemmin käytetty termejä hoitolinja ja hoitopolku. Hoitoprosessi on ajattelumalli, jota käytetään hoito-ongelman määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Hoitoprosessi on suunnitelmallinen toimintasarja, joka koostuu saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvista hoitotapahtumista. Hoitotapahtumalla tarkoitetaan hoitoa antavan sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välistä yksittäistä vuorovaikutustilannetta. (Nordback, Salo, Holmberg-Marttila, Päivä, Liimatainen, Porkkala & Kaila 2010, 1550; Stakes 2006.) Kirjaamisessa käytetyt hoitoprosessin vaiheet ovat tulotilanteen arviointi, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Potilaan hoitoprosessin kuluessa syntyy tietoa, merkintöjä ja asiakirjoja hoitoprosessin eri vaiheista ja hoitoprosessin eri vaiheita voidaan joutua uusimaan tai tarkentamaan hoitoprosessin edetessä. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 27; Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa & Suhonen 2009.) Paikallinen toimintaohje ja hoitopolku viittaavat suunnittelemattomampaan potilaan hoitokokonaisuuteen kuin hoitoketju (Silvennoinen-Nuora 2011, 92). Paikallisessa toimintaohjeessa määritetään kuntayhtymän, sairaalan tai terveyskeskuksen tietyn taudin tai oireyhtymän hoitoa ja sen järjestämistä sekä moniammatillista työnjakoa organisaation sisällä. Hoitopolusta puhutaan, jos

ohjeessa määritetään vain työnjako ja potilaan kulku eri toimijoiden välillä. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003, 9.)

5.3 Muistisairauksien tutkimisen ja hoidon työnjako

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa muistioireita, ohjata muistioireiset asiakkaat tarvittaviin tutkimuksiin, sekä hoitaa että seurata heitä (STM 2012, 12). Muistipotilaan hoidon lähtökohtana tulisi olla potilaan tarpeet (Käypä hoito -suositus 2010, 24). Muistipotilaan onnistuneen hoidon edellytyksenä on selkeä ja saumaton muistipotilaan hoitoketju. Toimivassa hoitoketjussa muistipotilas ja hänen läheisensä on tietoinen, kuka vastaa hoidosta ja mihin otetaan yhteyttä ongelmatilanteessa. (Suomalainen asiantuntijasuositus 2008, 10 - 11.) Lisäksi toimiva palvelu- ja hoitoketju tarjoaa oikeat palvelut, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan (STM 2012, 12).

Muistipotilaan perustutkimukset tapahtuvat terveystieteiden keskuksessa (Suomalainen asiantuntijasuositus 2008,12). Perustutkimusten tarkoituksena on löytää spesifistä hoitoa edellyttävät tilat, kuten masennus ja sopimaton lääkitys. Perustutkimusten tehtävänä on myös tunnistaa oirekvaltaan tyypilliset ja tavallisimmat muistisairaudet sekä tunnistaa tilat, joissa tarvitaan erikoislääkärin arviota ja jatkotutkimuksia. (Raivio 2010, 20.) Muistipotilaiden diagnostiikka kannattaa keskittää paikallisiin muistipoliklinikoihin, joissa toimii muistisairauksiin perehtyneitä asiantuntijoita (Suomalainen asiantuntijasuositus 2008,12) ja työikäisten muistisairaudet tulisi diagnosoida neurologian muistipoliklinikalla erikoissairaanhoidossa (Käypä hoito -suositus 2010, 24).

5.4 Muistisairauksiin perehtyneiden asiantuntijoiden tehtävät

Muistisairauksiin perehtyneitä asiantuntijoita ovat muistilääkäri, muistihoitaja ja muistikoordinaattori. Heiltä vaadittavat erityistaidot ja -tiedot ovat riippuvaisia työnkuvasta ja toimipaikasta. Muistilääkäri on tavallisimmin joko geriatrian, neurologian tai psykogeriatrian erikoislääkäri ja hänen tehtävänä on toimia moniammatillisen muistipoliklinikan johdossa sekä ohjata hoidon organisointia alueellaan. (Eloniemi-Sulkava, Rahkonen, Erkinjuntti, Karhu, Pitkälä, Pirttilä,

Vuori & Suhonen 2010, 3144 - 3145.) Muistihoitaja toimii lääkärin työparina muistipoliklinikalla (Käypä hoito –suositus 2010, 25) ja lisäksi muistihoitaja voi toimia mm. terveyskeskuksessa, kotihoidossa ja asumispalveluyksikössä. Muistikoordinaattori toimii kotona asuvan muistisairaahan hoitoketjun toimivuuden varmistajana ja hänen työparinaan on potilaan oma tai vastuu lääkäri (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3145). Muistihoitajan ja koordinaattorin tehtäviä voi hoitaa myös sama henkilö, jos toimialueena oleva kunta on pieni (Suomalainen asiantuntijasuositus 2010, 13). Kuviossa 1 on esitetty eri asiantuntijoiden tehtävät Eloniemi-Sulkavan ym. (2010, 3145) Lääkärilehden artikkelin mukaan.

LÄÄKÄRI	MUISTIHOITAJA	MUISTIKOORDINAATTORI
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiset selvittelyt • Diagnoosin kertominen ja neuvonta • Kohdennettu muistisairauden lääkehoito • Lääkärinlausunnot • Lähetteet (kuntoutus, apuvälineet, jatkohoito) • Preventiiviset toimet • Oheissairauksien tunnistaminen ja hoito • Kokonaislääkityksen arviointi • Käyttöoireiden lääkkeellinen hoito • Konsultaatiot ammattilaisille 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyvyn arviointi erilaisten haastattelumiitareiden avulla mm. älyllinen toimintakyky • Tukipalvelujen kartoitus • Toiminta lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, hoidossa ja seurannassa • Potilaan ja omaisen ohjaus ja neuvonta sekä tiedon jakaminen • Muistihoidotyön koulutus • Konsultaatiot ammattilaisille • Ensietokurssien järjestämismvastuu 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosin jälkeinen säännöllinen seuranta ja yhteistyö potilaiden ja perheiden kanssa • Kokonaisvastuu kotona asumisen tukemisesta sairauden eri vaiheissa • Palveluiden kartoittaminen ja räätälöityjen tukitoimien koordinointi • Ongelmatilanteiden ennakointi, tunnistaminen ja ratkaisujen koordinointi • Muistihoidotyön koulutus • Konsultaatiot ammattilaisille

KUVIO 1. Muistipoliklinikan lääkärin, muistihoitajan ja muistikoordinaattorin tehtävät (Eloniemi-Sulkava ym. 2010)

Paikallisen muistipoliklinikan työryhmän tehtävinä ovat muistioireisten potilaiden diagnostiset selvittelyt, yksilöllisen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman teko, muistipotilaiden hoidon säännöllinen seuranta, omaisten tukeminen, käyttöoireiden ennakointi, tunnistaminen ja hoito, konsultaatiokeskuksena toiminen alueen potilaille, omaisille ja ammattilaisille ja muistipotilaiden hoidon alueellinen kehittäminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa (Suomalainen asiantuntijasuositus 2008, 13).

6 ALZHEIMERIN TAUDIN HOITO

6.1 Lääkehoito

Ikäihmisten lääkehoidon arvio tulee perustua hyvään kliiniseen tutkimukseen ja diagnoosiin. Lääkitystä tulee arvioida kokonaisuutena. Usein kynnys lääkkeen lopettamiseen on suurempi kuin uuden aloittamiseen. (Hartikainen & Seppälä 2007, 4762 - 4763.) Alzheimerin taudin lääkehoitoa tulee harkita aina, kun sairastuneen yleinen terveydentila on riittävän hyvä ja muut toiminnankyvyn heikkenemisen syyt on huomioitu eikä lääkehoidolle ole erityisiä vasta-aiheita. Lääkehoidosta on eniten hyötyä, kun se aloitetaan lievässä taudin vaiheessa, jolloin tavoitteena on tilan vakiinnuttaminen. Keskivaikeassa ja vaikeassa taudin vaiheessa tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja käytösoireiden hallinta. (Määttä & Strandberg 2007, 2119.) Varhainen diagnoosi yhdistettynä asianmukaiseen lääkehoitoon auttaa sairastunutta säilyttämään itsenäisyytään ja vähentää sairauden aiheuttamia terveydenhuollon kustannuksia (Stefanacci 2011, 4).

Muistisairauslääkkeet ovat aivojen asetyliinikoliinia hajottavat asetyylkoliiniesteraasientsyymien estäjät (AKE -estäjät) ja liiallisen glutamaattivaikutuksen estäjä. Lääkkeiden viralliset käyttöaiheet ovat Alzheimerin tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus. Alzheimerin taudin lääkehoidossa ensisijaisena lääkkeinä ovat AKE -estäjät, joita ovat donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465- 466.) Jos AKE -hoito ei sovi, voidaan aloittaa myös glutamaattivaikutuksen estäjällä. Ainut markkinoilla oleva glumaattivaikutuksen estäjä on memantiini. Memantiinin varsinainen indikaatio on keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. (Käypä hoito –suositus 2010, 17; Pirttilä 2005, 1681.)

AKE -estäjien ehdottomat vasta-aiheet ovat todettu yliherkkyys valmisteelle, sairas sinus -oireyhtymä, ellei tahdistinta, tuore mahahaava ja suolistoleikkaus (alle 6kk). Lisäksi AKE -estäjien käyttöä tulisi välttää tai käytettäessä tulisi noudattaa erityistä varovaisuutta, jos potilaalla on vaikea astma tai keuhkohtaumatauti, munuaisten tai maksan vaikea vajaatoiminta, tuore

sydäninfarkti (alle 3kk) tai lääkitys on sopimaton yhdessä muun lääkityksen kanssa. Memantiinin käytön ehdoton vasta-aihe on todettu yliherkkyys valmisteelle ja käyttöä on syytä välttää tai noudatettava suurta varovaisuutta, kun potilaalla on munuaisten vaikea vajaatoiminta ja memantiini on sopimaton muun lääkityksen kanssa. (Määttä & Strandberg 2007, 2119.)

Alzheimerin taudin lääkeaineiden teho on osoitettu kliinisissä lääketutkimuksissa. AKE -estäjiä käyttävistä joka seitsemännen tila vakiintuu tai parantuu ja joka kahdennellatoista yleisvaikutelma paranee. Käytännössä suurin osa Alzheimerin tautia sairastavista hyöttyy lääkityksestä, mutta osaan lääkehoito ei vaikuta lainkaan. Vastetta ei voida arvioida ilman lääkekokeilua. Lääkehoito on kuitenkin oireenmukaista hoitoa, eikä pysäytä sairauden etenemistä. Lääkehoito ei siis paranna hoidettavien muistia, vaan kohentaa hoidettavien aktiivisuus-, vireys- ja keskittymiskykyä sekä toimintojen sujuvuutta. Hoidettavista noin 70 - 75 %:lla lääkitys tasaa sairauden tilan joksikin aikaa ja osalle ilmaantuu muutaman kuukauden kuluttua lääkityksen aloituksesta huomattava aktivoituminen ja toimintakyvyn paraneminen. Lääkehoitoa ei tulisi tauottaa esim. sairaalahoidon tai muun sairauden vuoksi, koska pitkän tauon (yli kuusi viikkoa) jälkeen lääkityksen vaikutus voi jäädä huonommaksi kuin aikaisemmin tai teho voidaan menettää lopullisesti. (Määttä & Strandberg 2007, 2121- 22; Pirttilä, Alhainen & Erkinjuntti 2002, 3713.)

AKE -estäjien farmakologiset vaikutukset poikkeavat osaksi toisistaan. Kaikki estävät kuitenkin asetyylikoliinin hajoamista, jolloin sen määrä synapsiraossa lisääntyy ja tällöin kolinerginen järjestelmä vahvistuu. Farmakologisten erojen vaikutus on epäselvä ja klinisiä tehoeroja ei ole havaittu Alzheimerin taudin pitkäkestoisessa hoidossa. Lääkkeet ovat olleet tutkimuksissa varsin hyvin siedettyjä ja minkäänlaisia poikkeavia laboratorioarvoja ei ole havaittu, joten niiden seurantaa ei tarvita. Mahdollisten sydämen johtumishäiriöiden todentamiseksi suositellaan EKG -rekisteröintiä ennen lääkityksen aloitusta. AKE -estäjillä on kliinisesti merkittävän vähän interaktioita muiden lääkeaineiden kanssa. Niitä tulee kuitenkin käyttää varoen sykettä hidastien lääkeaineiden kanssa kuten digoksiini ja beetasalpaaja. Lisäksi AKE -estäjien käyttöä tulee välttää vahvojen antikolinergisten lääkeaineiden kanssa. (Määttä & Standberg

2007, 2120- 21.) Yleisimmät voimakkaat antikolinergiset lääkeaineet ovat antikolinergiset spasmolyytit, kuten hyoskiini (Buscopan) ja glykopyrrolaatti (Gastrodyn) sekä antikolinergiset antimeetit, kuten skopolamiini (Scopoderm). Antikolinergisena pakkoinkontinenssilääkkeinä oksibutiini (Cystrin), tolterodiini (Detrusitol) ja trospiumi (Spasmo-Lyt) kuuluvat myös vältettäviin lääkeaineisiin AKE -lääkkeiden kanssa. Antikolinergiset keuhkolääkkeet; ipratropiini (Atrovent, Atrodual) ja oksitropiini (Ventox) sekä antikolinerginen parkinsonismilääke biperideeni (Akineton ja Ipsatol) ja antikolinerginen lihasrelaksantti orfenadriini (Norflex, Dolan) kuuluvat myös vahvoihin antikolinergeihin. Muita vahvoja antikolinergejä ovat klidiniumi (Librax), Emeproni (Cetiprin), Atropiini (Oftan Atropin), syklopentolaatti (Oftan Sylko) ja tropikamidi (Oftan Tropicamid). (Kivelä & Rähä 2007,11.)

Donepetsiilin imeytyminen maha-suolikanavasta on melko hidasta, mutta lähes täydellistä. Ruoan nauttiminen ei hidasta imeytymistä. Plasman huippupitoisuus saavutetaan 3 - 5 tunnin kuluttua. Donepetsiilin aloitusannos on 5 mg kerran vuorokaudessa ja annosta nostetaan kuukauden kuluttua 10 mg kerran vuorokaudessa. Iäkkäillä annoksen lisääminen kannattaa tehdä hitaasti haittavaikutusten välttämiseksi. Lääke suositellaan otettavaksi aamulla tai aamupäivän aikana, jolloin yönen häiriintymisen vaara pienenee. (Käypä hoito -suositus 2010, 19; Keränen 2005, 1683.)

Galantamiini imeytyy nopeasti ja täydellisesti, mutta ruoka hidastaa imeytymistä vaikuttamatta imeytyneen lääkkeen kokonaismäärään. Huippupitoisuus plasmassa saavutetaan noin 1 - 2 tunnin kuluessa. Galantamiinin aloitusannos on 8mg kerran vuorokaudessa. Kuukauden kuluttua annos nostetaan 16 mg kerran vuorokaudessa, joka on pienin tehokas annos. Annosta voidaan vielä nostaa kuukauden kuluttua 24mg kerran vuorokaudessa. (Käypä hoito -suositus 2010, 20; Keränen 2005, 1683.)

Rivastigmiini imeytyy nopeasti ja lähes täydellisesti maha-suolikanavasta. Sen hyötyosuus kasvaa suuremmalla annoksella johtuen saturoivasta ensikierron metaboliasta. Rivastigmiinia on markkinoilla kapseli- ja laastarivalmisteena. Kapselivalmisteen aloitusannos on 1,5 mg kahdesti vuorokaudessa ja annosta

suurennetaan kuukauden välein 3 mg, 4,5 mg ja 6 mg kahdesti vuorokaudessa. Pienin tehokas annos on 3 mg kahdesti vuorokaudessa. Laastarihoito aloitetaan annostuksella 4,6 mg/24h ja nostetaan kuukauden kuluttua annokseen 9,5 mg/24h. Laastarihoito vähentää monia oraaliseen ottotapaan liittyviä haittoja. Osalle käyttäjistä laastarihoito aiheuttaa kuitenkin iho-oireita. (Käypä hoito -suositus 2010, 20; Keränen 2005, 1684.)

AKE -estäjien käytön mahdolliset haittavaikutukset ovat perifeerisiä tai sentraalisia, annossidonnaisia, kolinergisiä vaikutuksia. Haittoja ilmaantuu tavallisesti lääkkeen aloitusvaiheessa ja ne ovat useimmiten ohimeneviä. Maha-suolikanavan oireista yleisimpiä ovat pahoinvointi ja ruokahaluttomuus, joita esiintyy noin 10 - 20 %:lla käyttäjistä. Pienelle osalle käyttäjistä saattaa ilmaantua voimakkaampina oireina ripulia, oksentelua ja painonlaskua, jolloin suositellaan ensin alentamaan annosta. Näitä oireita voidaan lievittää ottamalla lääke ruokailun yhteydessä. Yksittäisinä tapauksina haittavaikutuksena on esiintynyt hankalia lihaskrampeja. Sentraaliset haittavaikutukset ovat harvinaisempia ja niistä yleisin on huimaus. Muutoin saattaa ilmaantua väsymystä, päänsärkyä, unihäiriöitä ja jopa levottomuutta. (Määttä & Standberg 2007, 2120; Pirttilä 2005, 1680- 81.)

Glutamaatti on merkittävin aivojen toimintaa kiihdyttävä välittäjäaine. Se osuus kiihdyttävästä aivojen hermosolujen välisestä impulssien siirtymisestä (neurotransmissiosta) on 75 %. Alzheimerin tautiin ja osin myös muihin eteneviin muistisairauksiin liittyy glutamaattivälitteisen neurotransmission säätelyn pettämistä. Tällöin synaptisen glutamaatin määrä on toonisesti suurentunut. Tämä häiritsee aivosolujen oppimistapahtumaa ja hermosoluihin voi joutua liikaa kalsiumia. Tästä aiheutuu hermosolujen turpoamista ja enneaikaista solukuolemaa. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 470; Alhainen 2003, 1963 - 64.) Memantiini imeytyy maha-suolikanavasta melko hitaasti, mutta täydellisesti. Sen farmakokinetiikka on lineaarista ja se erittyy munuaisten kautta pääosin muuttumattomana. Erittymisvaiheen puoliintumisaika on 60 - 100 tuntia. Kohtalainen munuaisten vajaatoiminta hidastaa memantiinin erittymistä. (Keränen 2005, 1684.)

Memantiini voi voimistaa levodopan, dopamiiniagonistien ja antikolinergien lääkeaineiden vaikutuksia ja vastaavasti neuroleptien ja barbituraattien vaikutus voi heikentyä. Memantiinin ja amantadiinin (flunssassa ja Parkinsonin hoidossa käytettävä lääkeaine) yhteiskäyttöä tulisi välttää, koska siihen liittyy farmakotoksisen psykoosin vaara. Sama saattaa koskea myös ketamiinia, jota käytetään anestesiassa ja dekstrometorfaania, jota löytyy esim. yskänlääkkeissä kuten Resilar. Lisäksi käytettäessä simetidiiniä, ranitidiiniä, prokainamidia, kinidiinia, kiniinia ja nikotiinia interaktiot memantiinin kanssa ovat mahdollisia ja memantiinin plasmapitoisuus voi suurentua. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 473.)

Memantiinin aloitusannos on 5mg kerran vuorokaudessa. Annosta nostetaan viikon välein (5 mg viikossa), kunnes saavutetaan ylläpitoannos 20mg kerran vuorokaudessa. (Käypä hoito -suositus 2010,20.) Memantiini on hyvin siedetty ja haittavaikutuksia esiintyy vähemmän kuin AKE -estäjillä. Aistiharhat, sekavuustilat, heitehuimaus, päänsärky ja väsymys ovat memantiinin yleisimpiä haittavaikutuksia. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010,473.) Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa memantiinin ja AKE -estäjän yhteiskäyttö saattaa vähentää käytösoireita ja viivästyttää laitoshoitoon joutumista (Käypä hoito -suositus 2010,21).

6.2 Muu hoito

Gerontologinen hoitotyö on moniulotteista iäkkään ihmisen psyykkisen ja fyysinen hyvinvoinnin saavuttamiseen ja säilyttämiseen pyrkivää hoitotyötä. Siihen kuuluvat hoitotyön yleiset mallit, arvot ja osaaminen, gerontologinen tieto ja moniammattillisuus. (Heikkinen 2008, 449.) Alzheimerin taudin hoidon lähestymistapoja lääkehoidon lisäksi ovat sairastuneen kognitiivisten toimintojen virkistämistä painottavat terapiat ja sairastuneen omaiseen painottuvat interventiot (Chapman, Weiner, Rackley, Hynan & Zientz 2004, 1149). Muistisairaahan hoidon periaatteita ovat autonomian kunnioittaminen, turvallisuudesta huolehtiminen, ajan oikeanlainen käyttö, nihilismin välttäminen ja ennakoiva ajattelu. Muistisairaahan kanssa keskusteltaessa tulee ottaa huomioon hänen kielellisten ja muiden kognitiivisten toimintojen taso. Täten sairastunutta ei saa sivuuttaa ja

olettaa, että mukana oleva omainen antaisi aina ”oikeampaa” tietoa muistisairaana ongelmista kuin hän itse. Muistisairaana autonomian rajoitukset on tehtävä niin, että hänen arvokkuutensa säilyy. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2010, 506.)

Schmidt, Lingler ja Schulz (2009) tutkivat ensihoidon lääkärinkäynnin sanallista kommunikointia lääkärin, Alzheimerin tautiin sairastuneen ja hänen omaisen välillä. Ilmeni, että eniten käynnin aikana puhui lääkäri, sitten mukana ollut omainen ja vähiten itse sairastunut. Alzheimerin tautiin sairastuneen kommunikointiin vaikutti sairauden kongitiivisten toimintojen taso. Omaisen kokemaan tyytyväisyyden tunteeseen käynnistä vaikuttivat lääkärin kyky kuunnella ja antaa omaisen kertoa asioista. (Schmidt, Lingler & Schulz 2009, 1, 4-5.) Äärimmäiset tunteenpurkaukset ovat harvinaisia lääkärin kertoessa muistisairausdiagnoosia. Heti muistidiagnoosin jälkeen on havaittavissa ahdistuksen ja masennuksen tunteiden lievää vähenemistä. Muistisairauden vaikeudella, sukupuolella, iällä ja koulutustasolla ei ole vaikutusta reagointiin. (Carpenter, Xiong, Porensky, Lee, Brown, Coats, Johnson & Morris 2008, 408.)

Muistisairaana hoidosta ei tule valmista yhdellä kohtaamisella. Muistisairaus aiheuttaa elämänhallinnan kokonaisvaltaisia haasteita, eikä ammattihenkilö kykene niitä ratkaisemaan vaan hänen tehtävänä on antaa tukea sairastuneelle ja omaiselle. Muistisairaalle on annettava todellinen mahdollisuus avata keskustelu ongelmastaan ja tärkeät asiat tulee kertoa myös omaisille. Kirjallisen materiaalin antamista suositellaan. Muistisairasta hoidettaessa tilanteesta huolimatta on aina mahdollista tarjota jotakin apua. Ammattihenkilön tulee pitää yllä muutoksen mahdollisuutta. Muistisairaana elämäntilanteen ongelmien huolellinen ja viisas erittely auttavat usein löytämään vaihteluita ja voimavaroja. Ennakoivassa ajattelussa ammattihenkilön ei tule pelotella sairastunutta synkällä tulevaisuudella vaikka onkin tietoinen etenevän muistisairauden myötä todennäköisistä vastaan tulevista ongelmatilanteista. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2010, 506.) Muistisairaana omaisen kokema taakka kasvaa merkittävästi, jos muistisairaalla ilmenee sairauteen liittyviä käytösoireita ja välineellisten päivittäisten (IADL) toimintojen heikkenemistä riippumatta siitä, mistä muistisairaudesta on kysymys (Yeager, Hyer, Hobbs, & Coyne 2010, 376).

Etenevän muistisairauden edetessä saattaa sairastuneen kyky arvioida toimiensa perusteita ja seurauksia alentua. Tällöin joudutaan arvioimaan sairastuneen oikeudellista toimintakykyä. Oikeudellinen toimintakyky on sairastuneen kyky päätöksentekoon koskien päätöksiä, jotka koskevat oikeudellisia toimia kuten testamentin tai sopimuksen tekemistä tai lahjan antamista. Taloudellisten asioiden hoidossa riittää usein, että omainen alkaa hoitaa niitä valtakirjalla. Muistisairaana arvostelukyvyn selvästi heikentyessä, epäiltäessä hyväksikäyttöä tai laiminlyöntejä tarvitaan virallista edunvalvojaa. Kenellä tahansa on oikeus tehdä ilmoitus maistraattiin edunvalvonnan tarpeesta olevasta henkilöstä salassapitosäännöstä rikkomatta. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 551; Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2010, 507- 508.)

Muistisairauden lievässä vaiheessa sairastunut itse voi tehdä edunvalvontavaltuutuksen, jossa hän määrittelee henkilön, joka hoitaa hänen asioitaan sen jälkeen, kun hän ei enää itse ole kykenevä sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen tai muun syyn vuoksi. Edunvalvontavaltuutuksessa valtuuttaja määrittelee ne asiat, joita valtuutus kattaa. Valtuutettu pyytää maistraattiin vahvistamaan valtuutuksen, kun valtuuttaja ei ole enää kykenevä hoitamaan asioitaan. Valtuutetun tulee toimittaa maistraattiin alkuperäinen valtakirja ja lääkärinlausunto tai vastaava, jossa ilmenee valtuuttajan kyvyttömyys hoitaa valtuutettuja asioita. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 552.) Lääkärin velvollisuus on ilmoittaa poliisiviranomaiselle, kun henkilön ajoterveyden kriteerit eivät täyty. Ilmoituksen tekeminen edellyttää parantumattoman tilan diagnosointia ja ennen ilmoituksen tekemistä tulee sairastunut ja omainen informoida. Muistisairauden yhteydessä selviytyminen päivittäisistä toimista (ADL -indeksi) korreloi hyvin ajokyvyn kanssa. Muistisairaudessa ajokykyä tulee arvioida 6 - 12kk välein. Iäkstä kuljettajaa voidaan pyytää antamaan ajonäyte, jolloin hän mahdollisesti itse saa käsityksen ajotaidostaan. (Partinen 2010, 567.)

6.3 Ravitsemus ja unettomuus

Muistisairaana yleisimmät ravitsemusongelmat ovat sairauden alkuvaiheessa ruokailun unohtaminen ja myöhemmin ruokailuun liittyvät käytösoireet ja laihtuminen. Usein jo ennen muistisairauden diagnoosia sairastuneen ruokavalion

laatu on heikentynyt. Ruokavaliossa on ollut liian vähän aivojen toiminnan kannalta tärkeitä ravintoaineita ja proteiineja. Laihtuminen on voinut jatkua pitkään ja vaikuttaa osaltaan muistisairauteen liittyvien toimintavajeiden etenemiseen. Muistisairauden varhaisessa vaiheessa korostuu monipuolisen ruokavalion merkitys ja sairauden edetessä on huomiota kiinnitettävä riittävään energiansaantiin. (Suominen & Pitkälä 2010, 356- 356.) Ikääntyneiden ravitsemussuosituksessa (2010) todetaan, että ikääntymisen eri vaiheiden ravitsemukselliset tarpeet huomioidaan, ravitsemusta arvioidaan säännöllisesti, ravitsemushoidolla turvataan riittävä energian, proteiinien, ravintoaineiden, kuidun ja nesteiden saanti sekä D -vitamiinilisän käyttö varmistetaan yli 60 -vuotiailla (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9).

Painon säännöllinen seuranta kerran kuukaudessa on suositeltavaa. Painon ja pituuden avulla lasketaan painoindeksi (BMI). Painoindeksin ollessa alle 24 kg/m² sairastavuuden ja ennenaikaisen kuolemanriski kasvavat. Ravitsemustilaa voidaan arvioida siihen kehitetyillä välineillä kuten MNA -testillä. Testin avulla yritetään löytää ne henkilöt, joilla virheravitsemuksen riski on kasvanut. Nesteitä tulisi nauttia 1 - 1,5 litraa eli 5 - 8 lasillista päivässä. Ikääntyneiden janon tunne saattaa olla heikentynyt ja nestevajaus voi syntyä nopeasti. Nestevajaus voi aiheuttaa verenpaineen laskua ja kaatumisia. Yli 60 -vuotiaalle suositellaan D -vitamiini lisänä 20 mikrogrammaa päivässä läpi vuoden. Riittävä D -vitamiinin saanti lisää luun mineraalipitoisuutta, parantaa lihaskoordinaatiota ja vähentää kaatumisia ja luumurtumia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30-31,41,43.) Tehostettua ruokavaliohoitoa voidaan käyttää apuna, kun painoindeksi on alle 23 kg/m² tai tahaton painonlasku on 3kg viimeisen 3kk aikana tai ravitsemustila on heikentynyt tai ikääntyneellä on erittäin huono ruokahalu. Muistisairaus aiheuttaa usein kyseisiä ongelmia. Tehostetussa ruokavaliossa energia- ja proteiinitiheän ruoan määrää saadaan lisättyä tarjoilemalla useita ruokalajeja sisältäviä pieniä aterioita sopivasti vuorokauden eri aikoihin jakaen. Tehostetussa ruokavaliossa lisätään rasvan määrää ja vältetään kevyttuotteita. Proteiinin saantiin kiinnitetään huomiota ja sen määrä voi olla jopa 1,5 - 2 grammaa painokiloa kohden. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 48 - 49.)

Krooninen sairaus yhdessä psykososiaalisten tekijöiden kanssa aiheuttaa unihäiriöitä ikääntyneille. Tyypillisinä oireina ovat katkonainen yöuni ja heräily. Erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamat kivut vaikeuttavat nukahtamista ja aiheuttavat yöllistä heräilyä. Toisaalta aivoverenkiertosairauksiin, virtsatie- infektioihin ja eturauhasvaivoihin liittyvät virtsaamishäiriöt herättävät toistuvasti. (Seppälä 2010, 344.) Parkinsonin tauti potilaista kaksi kolmasosaa ja Alzheimerin tautia sairastavista 25 - 35 % kärsii unihäiriöistä (Dauvilliers 2007, 28,30). Alzheimerin tauti vaikuttaa sairastuneen vuorokausirytmiiin ja sairauden psyykkiset liitännäisoireet kuten masennus tai harhaisuus, saattavat osaltaan vaikuttaa yöuneen. Ne voivat aiheuttaa myös käytösoireita tai kipua, jotka vaikuttavat osaltaan haitallisesti nukkumiseen. Ikääntyessä syvän unen ja vilkeunen määrät vähenevät. Tästä johtuen ikääntyneen uni tuntuu kevyemmältä ja ärsykkeisiin herää herkemmin. Päiväunien osuus kasvaa nukkumisen määrän pysyessä vuorokautta kohden samana. Tärkeää on selvittää, millaisesta unettomuudesta ikääntynyt kärsii (taulukko 2). (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2012, 151 - 152.)

TAULUKKO 2. Ikääntyneen unihäiriöpotilaan haastattelu (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2012, 152)

1. Onko teillä usein vaikeutta nukahtaa?
2. Milloin menette nukkumaan ja milloin nousette ylös?
3. Heräättekö kesken yöunen? Mikä saa teidät heräämään? Onko teillä vaikeuksia nukahtaa uudestaan?
4. Ovatko läheisenne kertoneet teille havaintojaan unenaikaisesta käyttäytymisestäänne kuten esim. Kuorsaamisesta tai levottomasta liikehännästä?
5. Oletko väsynyt suurimman osan päivästä?
6. Otatteko päiväunia? Kuinka paljon nukutte päivällä?
7. Kuina paljon tarvitsette unta ollaksenne päivällä virkeä?
8. Millä tavoin olette yrittäneet hoitaa univaikeuksianne? Käytättekö unilääkkeitä tai muuta lääkettä nukkuaksenne paremmin?
9. Onko teillä fyysisiä oireita kuten jalkojen levottomuutta ja virtsaamisen tarvetta öisin?
10. Liikutteko ja ulkoiletteko päivisin?
11. Millaisia lääkityksiä käytätte ja mihin aikaan päivästä (myös luontaislääkkeet)?
12. Kuinka paljon kofeiinia ja alkoholia käytätte?
13. Tunnetteko itsenne ahdistuneeksi tai masentuneeksi?
14. Oletteko kokenut henkilökohtaisia menetyksiä viime aikoina

Unettomuuden hoidoksi ikääntyneellä suositellaan yleensä lääkkeettömiä hoitoja. Niitä ovat elämäntapamuutokset, ärsykehallinta ja unihuoltomenetelmät, rentoutustekniikat sekä erilaiset kognitiiviset psykoterapian sovellukset. Elämäntapojen kartoittaminen saattaa monesti auttaa. Huomiota tulee kiinnittää kahvin ja kolajuomien juomiseen, raskaiden aterioiden syömiseen tai television katsomiseen myöhään, vähäiseen päivätoimintaan ja fyysiseen aktiivisuuteen. Unirajoite tarkoittaa sitä, että sängyssä vietetään vain se aika, joka on varattu nukkumiseen. Rentoutumisharjoitukset vähentävät ylivireystilan aiheuttamaa autonomisen hermoston aktivaatiota. Unihäiriöstä kärsiville tulisi antaa kirjallinen unen huolto-ohje. (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2012, 152.) Turvallisia hoitomuotoja ovat liikunnan lisääminen, vuorokausirytmien vahvistaminen, kirkasvalohoito ja nukkumisympäristön rauhoittaminen. (Käypä hoito –suositus 2008, 1792.) Lääkkeettömien hoitojen ollessa tehottomia voidaan ikääntyneen unettomuuden hoidossa käyttää tilapäisesti keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja tai niiden tavoin vaikuttavia muita unilääkkeitä (taulukko 3). Ajallisesti suositellaan 3 - 4 viikon käyttöaikaa. Annosteluohjeena on tarvittaessa mahdollisimman pienellä annoksella ja korkeintaan kolmesti viikossa. Melatoniini vähentää yöllisiä heräämisiä. (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2012, 153- 154.) Melatoniini lyhytaikaiskäytössä ei aiheuta haittoja, mutta epilepsiaa sairastavan ja varfariinia käyttävän tulee noudattaa varovaisuutta sen käytössä. (Käypä hoito –suositus 2008, 1792.)

TAULUKKO 3. Ikääntyneiden unettomuuden hoidossa käytettäviä lääkkeitä (annos/vrk) (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2012, 155)

Bentsodiatsepiinit (keskipitkävaikutteiset)	Tematsepaami Oksatsepaami	5-10 mg 7.5-15 mg
Bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavat unilääkkeet	Tsopikloni Tsopideemi Tsaleploni	3.75-7.5 mg 5-10 mg 5-20 mg
Muut	Melatoniini (pitkävaikutteinen) Melatoniini (lyhytvaikutteinen)	2 mg (2-3 h ennen nukku- maanmenoa) 3-6 mg (1-2 h ennen nukku- maanmenoa)
Väsyttävät mielialalääkkeet (jos masennusta, Ahdistuneisuutta, kipuja)	Mirtatsapiini Tratsodoni Agomelatiini	7.5-15 mg 50 mg 25-50 mg

6.4 Masennus

Masennus on vanhuusiän yleisin mielenterveyden häiriö. Masennuksen oireita ovat mielialan lasku, uupumus, mielihyvän kokemisen heikentyminen, keskittymisvaikeudet, itsetunnon ongelmat, toivottomuuden ja syyllisyyden tunteet, unihäiriöt ja ruokahalun heikkeneminen. Masennuksen ja muistisairauden oireisto on monilta osin samanlainen, joten keskivaikea muistisairaus vaikeuttaakin masennuksen luotettavaa arviointia. Eri muistisairauksissa lievää masennusta esiintyy keskimäärin 25 %:lla sairastuneista ja vaikeaa masennusta sairastaa 5 - 15% muistisairaista. Masennus on usein myös Alzheimerin taudin ensioire. Sairastunut passivoituu, vetäytyy haasteista ja kokee itsensä masentuneeksi ja tyhjäksi. Edellä mainittuja oireita ilmaantuu vuosia ennen merkittävien kognitiivisten muutosten ilmaantumista. Aiemmat vakavat masennustilat lisäävät riskiä sairastua muistisairauteen. Iäkkäänä sairastettu ensimmäinen vakava masennustila voikin olla merkki alkavasta Alzheimerin taudista. (Koponen 2011,19; Leinonen & Koponen 2010, 159; Juva 2007, 1231-1233.)

Omien kognitiivisten ja päivittäisten kykyjen heikkeneminen aiheuttaa toisaalta muistisairaassa monesti masentuneisuutta. Kolinergisen ja katekoliaminergisten välittäjäainejärjestelmien keskinäisessä tasapainossa tapahtuvat muutokset johtavat myös mielialan muutoksiin. Kognitiiviset häiriöt voivat liittyä iäkkään masennustilaan ilman etenevää muistisairauttakin. Tyypillisinä oireina ovat unohtelu ja samojen kysymysten toistaminen. Sairastunut myös usein korostaa muistivaikeuksiaan, mutta muistamattomuus on toisaalta valikoivaa. Muistisairauteen liittyvät vaikeimmat masennusoireet kestävät yleensä muutamia kuukausia. Masennuksen ja sen vaikeusastetta tulee arvioida muistihäiriön lisäksi. Apuna voidaan käyttää erilaisia masennuskyselyitä, joista käyttökelpoisin on GDS (Geriatric Depression Scale). Sitä on sekä 15 että 30 kysymyksen versiona. Tärkeää on tehdä kliininen arvio, johon kuuluu haastattelu sekä potilaan olemuksen ja vastaustyylin arviointi. (Koponen 2011, 19; Leinonen & Koponen 2010, 139; Juva 2007, 1233.)

Masennustila vaatii hoitoa, kun se heikentää toimintakykyä tai aiheuttaa kärsimystä. Muistisairaahan masennus ilmenee jatkuvana ja pysyvänä surullisuuden ja alakuloisuuden tunteena, mielenkiinto vähenee, mielihyvän tunne heikkenee ja ilmaantuu levottomuutta. Hoitoon osallistuvien tulee omata kannustava, rohkaiseva, optimistinen ja myönteinen asennoituminen. Iäkkäiden psykoterapiassa käytetään hyväksi muistelua, joka auttaa jäsentämään mennyttä elämää. Ryhmätoiminnot ovat suosittuja ja masentuneen perheen tapaaminen kuuluu myös hoitoon. Liikunnalla yksin tai ryhmässä on myönteisiä vaikutuksia masennuksen paranemisessa. (Kivelä & Räihä 2010, 233; Saarinen, Kivelä & Räihä 2010, 2504; Sorvaniemi 2002, 393 - 394.)

Muistisairaahan masennuksen hoidossa lääkehoito saattaa vähentää masennusoireita ja samalla parantaa kognitiivisia kykyjä. Muistisairaiden masennuksen lääkehoitoa on tutkittu hyvin vähän ja masennuslääkkeitä suositellaankin käytettäväksi keskivaikean ja vaikean masennustilan hoidossa. Lääkeannos sovitellaan yksilöllisesti aloittaen pienellä annoksella. Annosta nostetaan tarvittaessa hitaasti haittavaikutuksia seuraten lähelle tavanomaisissa masennustiloissa käytettäviä annoksia. Lääkehoitoa suositellaan käytettäväksi ensin kuusi viikkoa ja jos vastetta jatkamaan vielä kuuden viikon ajan. Lääkevaihtoa suositellaan, jos selvää vastetta ei 12 viikon lääkehoidon aikana tule. Iäkkään ihmisen masennuksen hoidossa käytettävät lääkeaineet on lueteltu taulukossa 4. Muistisairaalle sopivat on merkitty tähdellä. Sitalopraami ja sertlaliini ovat niistä sopivimmat. (Kivelä & Räihä 2010, 233- 236; 2007, 64- 67; Saarinen, Kivelä, & Räihä 2010, 2503.)

TAULUKKO 4. Iäkkäiden masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet (Kivelä & Räihä 2007, 66- 67)

Sitalopraami*	10 mg/vrk
Sertraliini *	25-50 mg/vrk
Paroksetiini*	10-20 mg/vrk
Fluvoksamiini *	50-100 mg/vrk
Essitalopraami *	5 mg/vrk
Mirtatsapiini	7,5-15 mg/vrk
Tratsodoni	100-200 mg/vrk
Mianseriini	10-30 mg/vrk
Venlafaksiini	75 mg/vrk
Moklobemidi	150-300mg/vrk

6.5 Kaatumisten ehkäisy ja käytösoireiden hoito

Kotona asuvista yli 65 -vuotiaista arvioidaan kaatuvan noin kolmanneksen ja yli 80 -vuotiaista jo noin puolen ainakin kerran vuodessa. Naiset kaatuvat useammin kuin miehet ja noin 40 % kaatumisista tapahtuu sisätiloissa. Kaatuilujen syyt jaetaan ulkoisiin ja sisäisiin syihin. Ulkoisia syitä ovat ympäristöön liittyvät tekijät kuten liukkaus, portaikot, irtomatot ja riittämätön valaistus. Sisäisiä syitä ovat sairaudet, kuten etenevä muistisairaus ja aivohalvauksen jälkitila sekä ikään liittyvät tasapainon muutokset, huono liikunta- ja toimintakyky ja huono näkökyky. Yksittäisissä tutkimuksissa selväksi vaaratekijäksi on noussut lääkitys. Moni lääke lisää kaatumisriskiä aiheuttamalla joko ortostaattista hypotoniaa tai hidastamalla horjahtaessa tapahtuvaa korjausliikettä. (Tilvis 2010, 330- 331.)

Etenevässä muistisairaudessa tapahtuu muutoksia vähintään kahdessa kognitiivisen toiminnan osa-alueessa, jotka ovat muisti, toiminnanohjaus ja visuospatiaalinen hahmottaminen. Alzheimerin tautia sairastavan iäkkään kaatumisriski on 2 - 3 -kertainen verrattuna tautia sairastamattomaan. Alzheimerin tauti heikentää motoristen toimintojen toiminnanohjausta, henkilön huomiokykyä ja aivojen säätelytoiminnan joustavuutta. Alzheimerin tauti vaikuttaa sairastuneen kävelynopeuteen (hidastuu), askelpituuteen (lyhenee), askeltaajuuteen (pienenee) ja esteiden ylittämiseen (vaikeutuu). Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa kaatumisalttiutta lisäävät hahmottamisvaikeudet, jolloin sairastunut eksyy jo tutussakin ympäristössä. Lisäksi uni-valverytmin häiriöt, sairaudentunnottomuus ja mahdollinen laihtuminen saattavat lisätä kaatumisalttiutta. Vaikeassa Alzheimerin taudissa sairastuneen liikuntakyky on monesti niin alentunut, että hän ei pysty enää liikkumaan edes avustettuna. Tällöin hän ei myöskään altistu tilanteille, joissa voisi kaatua. (Pajala 2012, 72- 73.)

Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymässä (VCI) aivomuutokset ovat pääosin etuotsalohkossa. Etuotsalohkossa tapahtuu merkittävä osa toiminnanohjauksesta ja tästä syystä VCI heikentääkin sairastuneen suunnitelmallisuutta, päätöksentekoa ja päättelykykyä. VCI:hin sairastuneen iäkkään kaatumisalttius on kaksi kertaa suurempi kuin ei sairastuneen. Kortikaalisessa ja subkortikaalisessa VCI:ssa kaatumisalttiuteen vaikuttavat eri asiat. Kortikaalisessa VCI:ssä

erityisesti hahmotushäiriöt ja halvausoireet lisäävät kaatumisalttiutta. Subkortikaalisessa VCI:ssä sairastuneen kävely on hidasta köpöttelyä leveässä haara-asennossa. Lewy kappale -tautia sairastavan kaatumisalttius on kuusi kertaa suurempi kuin ei sairastuneen iäkkään. Kaatumisalttiutta lisäävät hitaat lihasliikkeet, lihasjäykkyys, vapina ja kävelyhäiriöt. (Pajala 2012, 73- 74.)

Käyttösoire on muistisairauden aiheuttama haitallinen muutos sairastuneen käyttäytymisessä tai tunne-elämässä (Käypä hoito -suositus 2010, 5). Eteneviin muistisairauksiin liittyen käyttösoireita esiintyy noin 90 % sairastuneista. Ne vaikuttavat sairastuneen ja omaisen elämänlaatuun. Käyttösoireet lisäävät sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä ja ovat yleisin laitoshoidon joutumisen syy. (Koponen & Saarela 2010, 485.) Käyttösoireet voivat olla joko ohimeneviä tai jatkuvia. Oireiden ilmaantuessa tulisi pyrkiä selvittämään oireen syy. Ne voivat liittyä fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan, ympäristötekijöihin tai vuorovaikutustilanteiden vaikeuksiin. (Koponen 2011, 17.) Tavallisimpia käyttösoireita ovat apaattisuus, masennus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus, ärtyneisyys, unihäiriöt, vaeltelu, tavaroiden keräily ja kätkeminen, epäluuloisuus, näkö- tai kuuloharhat, sairauden tunnottomuus ja seksuaaliset oireet (Käypä hoito -suositus 2010, 5; Huusko 2005, 32).

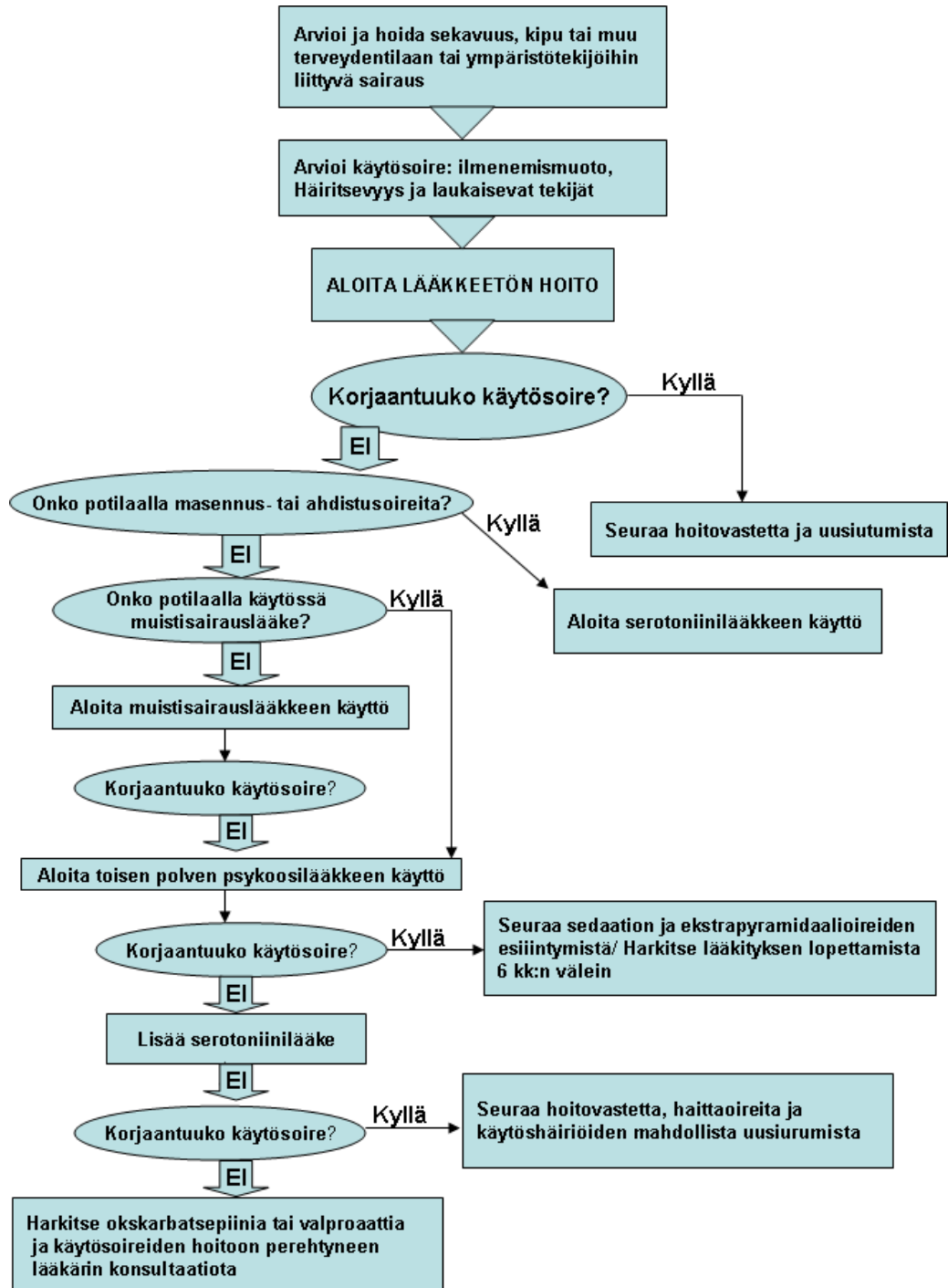
Äkillisesti alkanut käyttösoire voi johtua akuutista deliriumistakin ja muistisairaana virtsatieinfektion aktiivista hoitoa suositellaan (Huusko 2005, 32). Lievässä Alzheimerin taudissa mahdollinen deliriumin ehkäisykeino on kognitiivisen reservin parantaminen. Keinot, jotka auttavat parantamaan muistisairaalla kognitiivista reserviä ovat fyysinen aktiivisuus, sosiaalinen vuorovaikutus, haastava henkinen aktiviteetti, antikolinergisten lääkeaineiden ja sopimattoman lääkityksen välttäminen. (Fick, Kolanowski, Beattie & McCrow 2009, 6.) Käyttösoireiden ilmaantuessa tulee tarkistaa muistisairaana sen hetkinen lääkitys, koska tietyt lääkkeet voivat provosoida käyttösoireiden ilmaantumista. Opioideja tulee annostella varovasti, koska niiden vaikutus korostuu ja kestää kauemmin iäkkäällä. Osa kipulääkkeistä voi aiheuttaa sekavuutta, oksentelua ja ummetusta. Pitkävaikutteiset bentsodiatsepaamit lisäävät sekavuutta sekä tokkuraisuutta ja altistavat kaatumisille. Muistisairaana ovat erityisen herkkiä antikolinergisten lääkeaineiden haittavaikutuksille. Antikolinergisia haittavaikutuksia ovat

muistin heikkeneminen, sekavuus, levottomuus, kiihtyneisyys, puhumattomuus, vastaan hangoittelu, aistiharhat, pahoinvointi, ummetus, virtsaampi ja huimaus. (Huusko 2005, 33.)

Käyttöoireita pitää hoitaa niiden rasittaessa muistisairasta tai heikentäessä hänen kykyään huolehtia itsestään tai vaikuttaessa hänen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja toimintakykyyn. Samoin tulee toimia käyttöoireiden aiheuttaessa vaaratilanteita muistisairaalle tai muille ja omaisten uupuessa siten, että he eivät jaksakaan enää hoitaa muistisairasta omaistaan. (Koponen 2011, 17.) Käyttöoireiden lääkkeettömässä hoidossa muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Tällöin turhaa perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään. Käyttöoireiden hoito perustuu yksilölliseen ja huolelliseen tilanearvioon. (Koponen 2011, 17- 18; Huusko 2005, 32.) Käyttöoireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat omaisten tuki ja ohjaus. Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat mm. tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet lähestymistavat. Näissä hoitomuodoissa korostetaan konkreettista tukea antavaa ja turvallisuutta lisäävää vuorovaikutusta. Muistisairaahan kokemusmaailman jatkuvuus pyritään säilyttämään. Virikkeitä painottavassa hoitomuodoissa kuten musiikki-, taide-, tanssi- ja lemmikkieläinterapioissa tuotetaan muistisairaalle mielihyvän kokemuksia. Laitoshoidossa näillä hoitomuodoilla on ollut positiivista vaikutusta muistisairaahan toimintakykyyn ja käyttöoireiden vähentymiseen. Käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen muokkaamisella saavutetaan tuloksia, kun käyttäytyminen kuvataan ja määritellään mahdollisimman tarkasti. Täten pystytään poistamaan tai vähentämään ei-toivottuun käyttäytymisen laukaisevia tekijöitä. Psykomotorisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan yksinkertaisia aktiviteetteja kuten erilaiset pelit ja liikunta. Tarkoituksena on kontaktikyvyn tukeminen ja aktivointi, sosiaalisen kanssakäymisen säilyttäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. (Koponen 2011, 18.)

Käyttöoireiden ensisijainen hoito perustuu asianmukaiseen muistisairauden diagnosointiin ja lääkehoitoon. Lääkehoidon suunnittelussa tulee huomioida sairastuneen yksilölliset haittavaikutuksille altistavat tekijät. Lääkehoidon tarpeellisuus on arvioitava 3 - 6 kk välein, koska muistisairauden edetessä

käyttöoireissa tapahtuu muutoksia. Psykelääkkeitä käytetään tilapäisesti masennusoireiden ja vaikeimpien levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa. Niistä ei kuitenkaan ole apua moniin vaikeisiin oireisiin kuten kuljeskelu, tavaroiden keräily ja kätkeminen, huutelu, itsensä vahingoittaminen, esineiden syöminen ja hyperseksuaalisuus. (Alanen & Leinonen 2012, 428; Koponen 2011, 19; Käypä hoito -suositus 2010, 22; Huusko 2005, 35.) Muistisairauslääkkeet tehoavat parhaiten depression, apatiaan ja ahdistuneisuuteen, mutta levottomuuden ja harhojen akuuttihoidossa niistä ei ole nopeaa apua vaan ne saattavat lisätä kiihtyneisyyttä. Vaikean aggression, agitaation, aistiharhojen ja harhaluulojen lyhykestoisessa (<3kk) hoidossa psykoosilääkkeiden tehosta on näyttöä. Virallinen käyttöaihe muistisairauteen liittyvissä vaikeissa käyttöoireissa on ainoastaan Risperidonilla. Psykoosilääkkeiden käyttöön on suhtauduttava kriittisesti, koska niiden käyttöön liittyy kaksinkertainen kuolemanriski muistisairauspotilaalla. Ennen aloitusta on harkittava käyttöoireen vakavuus, haittaavuus ja lääkehoidon riskit. Lääkityksen vastetta tulee arvioida noin kuukauden kuluttua lääkityksen aloituksesta. (Alanen & Leinonen 2012, 428-430; Muistisairaudet käypä hoito -suositus 2010, 22.) Käypä hoito -suosituksesta (2010) löytyy kaavio käyttöoireiden hoitomuotojen porrastuksesta (kuvio 2) ja sitä voidaan käyttää hyväksi muistisairaahan käyttöoireen hoidossa.



KUVIO 2. Käytösoireiden hoitomuotojen porrastus (Käypä hoito –suositus 2010,23)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyöni toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyössä Vantaan kaupungin sairaalapalveluiden kanssa. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla kehittämistyö, projekti, portfolio tai taideteko. Se sisältää teoriaa sekä käytäntöä ja siinä pyritään dokumentoimaan tuotos ja prosessi. (Pohjannoro & Taijala 2007, 23.) Työelämälähtöisen opinnäytetyöprosessin tehtävät ovat työelämän ja ammattien kehittäminen ja tutkiminen sekä opiskelijan oppimisen ja ammattillisen asiantuntijuuden kehittyminen. Työyhteisön muutosprosessin kautta kehitetään olemassa olevia käytäntöjä paremmiksi. Toimintatutkimus on tilannesidonnaista, osallistuvaa, itseään tarkkailevaa ja yhteistyötä vaativaa. (Metsämuuronen 2006, 102; Rissanen 2003, 247.) Opinnäytetyöni lähetymistapa on laadullinen, vaikkakin toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellisuus on vain osa prosessia. Olennaisinta toiminnallisessa opinnäytetyössä on kokonaisuus ja sen osien yhteensopivuus eli raportin tulee tukea tuotosta. (Vilka & Airaksinen 2003, 83.) Työelämälähtöisen opinnäytetyöni tutkimusympäristö oli työyhteisöni. Sen tarkoituksena oli kaventaa teorian ja käytännön oppimisen kuilua sekä tuottaa työyhteisöni soveltuvaa tietoa. (Rissanen 2003, 242-243.) Toiminnallisen opinnäytetyöni raportissa tulee ilmetä, mitä, miten ja miksi se on tehty ja millainen työprosessi on ollut. Toiminnallisen opinnäytetyöni tuotokset, johtopäätökset ja oma oppimisprosessini tulee myös arvioida. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Toiminnallisen työelämälähtöisen opinnäytetyöni tehtäviä asettaessa on aina huomioitava eri osapuolten tavoitteet; toimeksiantajan, opinnäytetyöntekijän ja oppilaitoksen.

7.2 Kohderyhmä ja opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyöni kohderyhmänä olivat Vantaan kaupungin sairaalapalveluiden geriatrisen vastaanoton hoitajat ja lääkäri sekä Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala. Opinnäytetyöni alkaessa Katriinan sairaalan geriatrisen vastaanoton hoitajia oli kolme ja lopuksi kaksi. Toimin itse toisena muistihoitajana. Geriatrisen vastaanoton hoitajat ovat koulutukseltaan

sairaanhoidajia ja ovat suorittaneet muistihoitajan opinnot. Lääkäri on koulutukseltaan geriatrian erikoislääkäri. Geriatriksen vastaanoton hoitajien työ koostuu sekä lääkärin kanssa yhteistyössä tehtävästä että itsenäisestä vastaanottotoiminnasta. Lääkärin kanssa yhteisen vastaanottotoiminnan tavoitteena on yli 75 -vuotiaiden muistihäiriöpotilaiden diagnostiset selvittelyt ja 65 - 75 -vuotiaiden muistihäiriöpotilaiden arviointi, joilla on aiemmin todettu aivotoimintaan vaikuttava tila. Muistihoitajien itsenäiset vastaanotot ovat pääsääntöisesti Alzheimerin taudin lääkehoidon vastekontrollikäyntejä.

Opinnäytetyöni käynnistyi aiheen valinnalla. Kävin keskusteluja työyhteisöni kanssa mahdollisista opinnäytetyöni aiheista ja valitsin aiheeni oman mielenkiintoni ja muistihoitajan työn kehittämisen näkökulmasta. Opinnäytetyöprosessiin ilmoittauduin elokuussa 2012. Toimeksiantosopimus Vantaan sairaalapalveluiden kanssa tehtiin syyskuussa 2012. Yhdyshenkilönä Vantaan sairaalapalveluissa toimi oma esimieheni, joka vaihtui prosessin aikana. Opinnäytetyöni konkreettinen teko käynnistyi lähdemateriaalin hankinnalla ja siihen perehtymisellä. Lähdemateriaalien tietokantojen hakuprosessi on esitetty liitteessä 1. Opinnäytetyösuunnitelmani avulla hain Vantaan kaupungin tutkimusohjeistuksen mukaisesti opinnäytetyölleni tutkimusluvan. Suunnitteluseminaari pidettiin marraskuussa 2012 ja tutkimuslupa myönnettiin joulukuussa 2012. Syksyn 2012 aikana tapasimme ohjaajan kanssa muutamia kertoja ja olimme yhteydessä sähköpostitse. Koin ohjauksen erityisen hyödylliseksi opinnäytetyösuunnitelmaani tehdessäni. Opinnäytetyöni aikataulun laadin väljäksi (taulukko 5), mutta työn valmistuminen viivästyi. Aikatauluun olen merkinnyt kursivoidulla osiot, jotka pitkittyivät alkuperäissuunnitelmasta.

Opinnäytetyöni teoriaosan kirjoitin syksyn 2012 aikana, jolloin olin kolme kuukautta opintovapaalla. Joulukuussa 2012 pidimme työyhteisöni kehittämispäivän, jonka suunnittelin. Yhtenä kehittämispäivän aiheena oli opinnäytetyöni tuotosten suunnittelu. Esittelin kehittämispäivässä aikaisemmin aiheesta tehtyjä opinnäytetöitä ja opinnäytetyösuunnitelmani. Olin laatinut alustavat mallinnukset omista opinnäytetyöni tuotoksista. Kehittämispäiväämme osallistui lisäksi geriatriksen vastaanoton ylilääkäri ja 2 muistihoitajaa sekä tuleva uusi muistihoitaja. Tein muutoksia yhteisen ideoinnin pohjalta

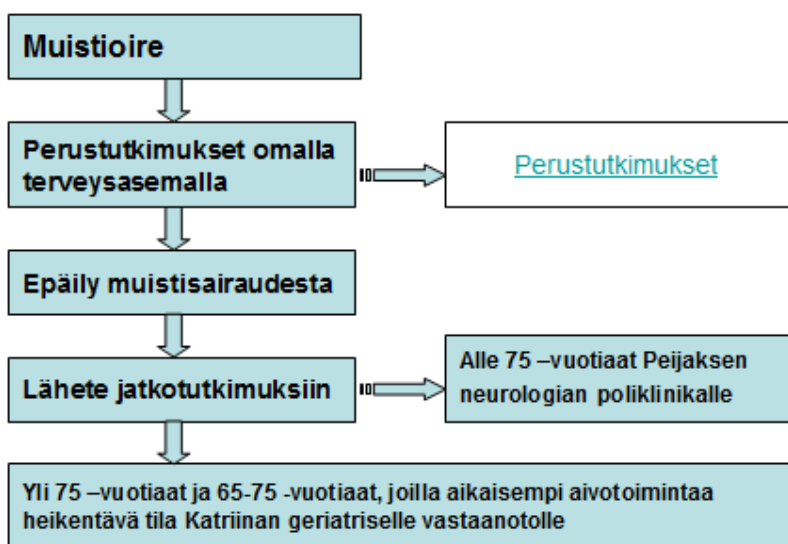
opinnäytetyöni tuotoksiin. Tammikuussa 2013 testasimme käytännössä muistihoitajan haastattelukaavaketta (liite 5). Testausta suorittavat lisäksi kaksi muuta geriatriksen vastaanoton muistihoitajaa. Käytännön testauksen pohjalta tein kaavakkeeseen vielä muutoksia. Muistihoitajan haastattelukaavake on ollut geriatriksen vastaanoton hoitajien työvälineenä helmikuusta 2013 lähtien. Kesäkuussa 2013 pidetyssä geriatriksen vastaanoton kokouksessa käsitelimme vielä uudestaan opinnäytetyöni tuotoksia ja vastaanotomme ylilääkäri tarkasti hoitopolkuun ja –prosessiin liittyvät tuotokseni. Tein ylilääkärin ehdotuksesta muutoksia tuotoksiini. Opinnäytetyöni raportin lopullinen kirjoittaminen ja korjaaminen ohjaajan ehdotusten perusteella tapahtui elo-syyskuussa 2013. Lokakuussa 2013 geriatriksen vastaanotomme ylilääkäri tarkasti jälleen pyynnöstäni opinnäytetyöni tuotokset ja tein niihin vielä pieniä muutoksia.

TAULUKKO 5. Aikataulu

OPINNÄYTETYÖN AIKATAULU	
VUOSI 2012 TAMMI-ELOKUU	Aiheen hakua ja rajausta
SYYSKUU	Aiheen lopullinen valinta Opinnäytetyön ilmoittautuminen Ohjaajan tapaaminen Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen Lähde materiaalin etsintä Toimeksiantosopimus työnantajaosapuolen kanssa
LOKAKUU	Lähde materiaalin etsintä jatkuu Teoriaosuuden kirjoittaminen Opinnäytetyön suunnitelman työstäminen
MARRASKUU	Teoriaosuuden kirjoittaminen jatkuu Työyhteisön kehittämispäivän ideointi Hoitopolku-kaavion ja sen liitteiden suunnittelu Hoitajan haastattelukaavakkeen suunnittelu Suunnitteluseminaari Tutkimusluvun hakeminen
JOULUKUU	Työyhteisön kehittämispäivä Tuotos ten tekeminen kehittämis päivän kommentointien pohjalta
VUOSI 2013 TAMMI-HELMIKUU	Muistihoitajan haastattelukaavakkeen testaus käytännössä Haastattelukaavakkeen muokkaaminen käytännön kokemusten pohjalta Opinnäytetyön kirjoittaminen jatkuu
HELMI-HUHTIKUU	Julkaisuseminaari ja kypsyyskoe (ei toteutunut) Muistitoimisen hoitoprosessikaavion suunnittelu ja toteutus
TOUKO-HEINÄKUU	Tauko
ELO-LOKAKUU	Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen Tuotos ten arviointi työyhteisössä Opinnäytetyön korjaaminen ohjaajan ohjeistuksella Julkaisuseminaari ja kypsyyskoe

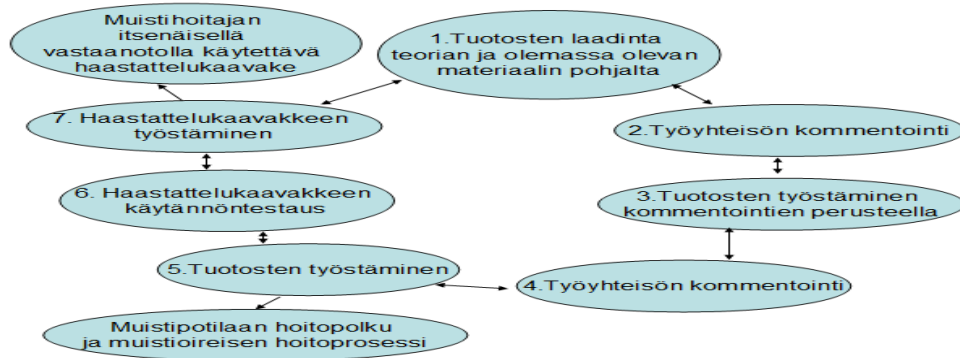
7.3 Tuotosten esittely

Tämän toiminnallisen opinnäytetyöni tuotoksina syntyivät muistioireisen hoitoprosessikaavio Vantaan perusterveydenhoidossa (liite 4) ja muistihoitajan haastattelukaavake (liite 5). Muistipotilaan hoitopolun Vantaalla (kuvio 4) ja siihen liittyvät ohjeistukset perustutkimuksista (liite 2) ja läheteohjeesta (liite 3) loin olemassa olevan toimintaohjeistuksen Muistisairauksien tutkiminen ja hoito Vantaalla 2010 pohjalta (Vantaan kaupunki 2010). Muistioireisen hoitoprosessikaavion perusterveydenhoidossa Vantaalla laadin nykyisten käytänteiden pohjalta.



KUVIO 4. Muistipotilaan hoitopolku Vantaalla (Muistisairauksien tutkiminen ja hoito Vantaalla 2010)

Muistioireisen hoitoprosessikaavion tein Vantaan sosiaali- ja terveystoimialan ohjeistuksen mukaisesti uimaratomallille Word Visio -ohjelmalla. Kuvaukseni tuli mahtua yhdelle A4:lle. Tuotoksessani painottuvat Katriinan sairaalan geriatrisen vastaanoton prosessit. Muiden toimijoiden osalta kuvaus jää varmasti puutteelliseksi ja kehittämistyötä voidaan jatkaa yhteistyössä mm. terveysasemien ja muistikoordinaattoreiden kanssa. Opinnäytetyöni tuotosten kehittämisen voi esittää toiminnalliselle tutkimukselle ominaisella kehämallilla (Kuvio 5), jossa työni edetessä voitiin aina tarvittaessa palata takaisin edelliseen työvaiheeseen.



KUVIO 5. Opinnäytetyöni tuotosten kehittäminen

Muistisairauksien tutkiminen ja hoito Vantaalla perustuu eri tahojen yhteisesti sopimaan hoito-ohjeeseen. Ohjeessa on sovellettu vakiintuneita valtakunnallisia hoito- ja tutkimussuosituksia. Ohjeella pyritään parantamaan muistipotilaan saamaa hoitoa, helpottamaan ammattilaisten työtä muistisairautta epäiltäessä ja ohjata muistisairauksien tutkimiseen ja hoitoon käytettäviä voimavaroja mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Muistisairauden perusselvittelyt tehdään ensisijaisesti omalla terveysasemalla. Muistisairauden perusselvittelyyn kuuluvat huolellinen potilaan ja omaisen haastattelu, apuna voidaan käyttää muistikysely-/ lähiomaisen muistikyselykaavaketta. Muistioireiselle suoritetaan kliininen tutkimus ja tehdään erotusdiagnostiset laboratoriotutkimukset. Toimintakyvy, avun tarve ja käytösoireet arvioidaan. Muistitestien (MMSE ja CERAD) avulla suoritetaan muistitoimintojen objektiivinen arviointi. (Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma 2010- 2015, 73.)

Muistisairauksien tutkiminen ja hoito Vantaalla (2010) toimintaohjeessa määrittellään mitä muistisairauden seurantakäynnillä huomioidaan.

Muistisairauden suositeltu seurantaväli on 6 - 12 kk. Muistisairaahan muistin ja kognitiivisten oireiden tilanne kartoitetaan käyttäen hyväksi standartoituja testejä. Huomiota kiinnitetään toimintakykyyn, kotana pärjäämiseen ja mahdollisiin kaatuiluihin. Tarvittaessa konsultoidaan fysio- tai toimintaterapeuttia. Muistisairaahan ravitsemustilaa seurataan painoa, BMI:tä ja MNA -lomaketta apuna käyttäen. Annetaan suullista ja kirjallista ravitsemusneuvontaa ja tarvittaessa ohjataan ravitsemusterapeutille. Kirjataan muistisairaahan muut sairaudet ja tarkistetaan niiden hoito. Muistisairaahan omaisen jaksaminen ja mahdollisten

käyttösoireiden aiheuttama rasitus huomioidaan. Suunnitellaan yhdessä muistisairaana ja hänen omaisensa kanssa tukitoimia kuten päivätoimintaa, intervallijaksohoitoa ja mahdollista pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymistä. Suunnitellaan ja toteutetaan muistisairaana spesifistä ja oireenmukaista hoitoa tilanteen mukaan. Päivitetään yksilöllinen kuntoutus- ja hoitosuunnitelma, joka sisältää mm. lääkehoidon, tarvittavat tukitoimet ja oikeudelliset näkökulmat. Laaditaan tarvittavat todistukset esim. eläkkeensaajan hoitotukea, omaishoidon tukea tai kuljetuspalvelun hakemista varten. Otetaan kantaa myös muistisairaana ajoterveysteen ja oikeustoimikelpoisuuteen tarvittaessa. Tehdään koko lääkehoidon tilannearvio, jossa erityistä huomiota kiinnitetään antikolinergisiin ja rauhoittaviin lääkityksiin. Näiden käyttö pyritään minimoimaan. Käyttösoireiden hoito arvioidaan 3 kk välein. (Muistisairauksien tutkiminen ja hoito Vantaalla 2010,10-11.)

Katriinan sairaalan geriatrisen vastaanoton muistihoitajat aloittivat itsenäiset lääkevastekontrollikäynnit vuonna 2009. Muistihoitajien itsenäisillä vastaanotoilla vapautettiin geriatrien työpanosta diagnostiikalle vastaanoton henkilöresursseja lisäämättä. Geriatrisella vastaanotolla työskenteli tuolloin lisäksi toinen muistihoitaja. Sovimme tuolloin yhdessä, mitä lääkevastekontrollikäynnillä tehdään. Tuolloin emme laatineet strukturoitua haastattelukaavaketta, vaan koostimme molemmat lääkevastekontrollikäynnin omalla tyylillämme. Tarve muistihoitajan lääkevastekontrollikäynnin haastattelukaavakkeelle oli siis olemassa. Muistihoitajan haastattelukaavakkeen tarvetta lisäsi vielä uuden muistihoitajan aloittaminen tammikuussa 2013. Kaavakkeen tuotin yhdistämällä opinnäytetyöni tietoperustaa ja omaa sekä työyhteisöni ammatillista osaamista ja nykyisiä käytänteitä. Muistihoitajan haastattelukaavakkeen suunnittelun lähtökohdانا oli selkeys ja johdonmukaisuus. Muistihoitajan haastattelukaavakkeen loin ajallisesti kuten lääkevastekontrollikäynti käytännössä etenee. Teknisesti tein kaavakkeen PowerPoint-ohjelmalla. Muistisairaalla on usein omainen tai muu läheinen henkilö vastaanottokäynnillä mukana. Muistihoitaja haastattelee ensin muistisairaana yksin, jonka jälkeen omainen pyydetään vastaanotolle mukaan. Jokainen vastaanottotilanne on omanlaisensa ja ainutkertainen. Haastattelukaavakkeen tehtävänä on varmistaa, että tärkeimmät asiat tulevat käsitellyksi vastaanoton aikana. Muistihoitaja kirjoittaa käynnin

jälkeen käyntitekstin, jonka koostamisessa haastattelukaavake toimii apuna. Käynnin jälkeen muistihoitaja konsultoi vastaanotolla ilmenneistä asioista geriatria. Konsultoinnin jälkeen muistihoitaja on yhteydessä vastaanotolla mukana olleeseen omaiseen usein puhelimitse ja muistisairaalle lähetetään postitse kirjallinen yhteenveto käynnistä ja jatkosuunnitelmista.

7.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvän tieteellisen käytännön keskeiset lähtökohdat ovat;

- rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa
- tieteellisen tutkimuksen ja kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttö
- muiden tutkijoiden töiden ja saavutusten kunnioittaminen
- lähdeviitteiden asianmukainen käyttö
- tarvittavien tutkimulupien hankinta
- tutkimushankkeen kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla sovitut oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset
- rahoituslähteiden ja sidonnaisuuksien ilmoittaminen ja raportointi
- esteellisyysnäkökohtien ja tietosuojaa koskevien kysymysten huomiointi

Noudatin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyötäni tehdessäni. Tiedonhankintamenetelmäni kuvasin sanallisesti ja tietokantahakuprosessista laadin erillisen taulukon. Lähdeviitteet merkitsin työhöni Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyönohjeen mukaisesti. Käytetyt lähteet ovat ajantasaisia ja tuoreita. Pysin valitsemaan lähteet kriittisesti huomioiden niiden kirjoittajien asiantuntijuuden. Kansainvälisiä lähteitä on vähemmän, koska tieteellisten vieraskielisten julkaisujen lukeminen oli haasteellista ja niiden luotettavuuden arviointi on haasteellisempaa. Vieraskielisen tekstin kääntäminen ja ymmärtäminen ns. hyvälle tieteelliselle asiakielelle oli

aikaa vievää. Hain opinnäytetyölleni Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa vaadittavan tutkimusluvan ja noudatin siinä sovittuja käytänteitä.

Opinnäytetöni käynnistyi työyhteisöni osalta kehittämispäivällä, jossa esittelin mitä ja miten olin tekemässä. Asioita ideoitiin yhdessä ja avoin keskustelu valitsi koko prosessin ajan työyhteisössäni. Opinnäytetyöni tuotosten arviointi nimettömänä ei ollut mahdollista, koska arviointia suoritti geriatriksen vastaanoton ylilääkäri ja toinen muistihoitaja. Työni oli työelämälähtöinen kehittämistehtävä, joten arvioinnin nimettömyys ei mielestäni olisi tuonut lisäarvoa. Opinnäytetyöni tutkimusaineisto koostui teoriaosan, työelämän ohjeistusten ja käytänteiden pohjalta. Oma osallisuuteni näkyy varmasti opinnäytetyöni tuotoksissa, mutta ne ovat jatkossa työyhteisöni ja Vantaan sosiaali- ja terveystoimen vapaasti käytettävissä ja muokattavissa.

8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN JA TUOTOSTEN ARVIOINTI

Opinnäytetyöni prosessin aikana työyhteisössäni tapahtui muutoksia, jotka osaltaan vaikuttivat opinnäytetyöni työstämiseen. Toisaalta muutokset kuuluvat normaaliin työarkeen. Syksyllä 2012 olin opintovapaalla omasta muistihoitajan työstäni keskittyen opinnäytetyön tekoon. Teoriaosuus ja osa opinnäytetyöni tuotoksista valmistuivatkin tuona aikana. Opinnäytetyöprosessini muodostui ajallisesti pitkäksi alkuperäissuunnitelmasta poiketen. Osaltaan pitkittymiseen vaikutti varmasti se, että tein työtäni yksin. Ei ollut ketään, jolle olisin ollut vastuussa aikataulussa pysymisestä. Lisäksi lähin esimieheni vaihtui ja ohjaavan opettajankin toimenkuva muuttui prosessin aikana. Opinnäytetyöni tekeminen oman arkityöni ja henkilökohtaisen elämäni lisänä osoittautui raskaaksi. Resurssini tuntuivat riittämättömiltä, kuten tutkimuskäytänteiden tuntemuskin. Tutkimuksellisuuden tuominen opinnäytetyöhöni olikin haasteellista. Tutkimusmenetelmien teoriaopiskeluni osalta oli kulunut jo jonkin aikaa, kun aloitin opinnäytetyöni teon täysillä ja jouduin päivittämään tietojani siltä osin uudestaan. Oppimisprosessina opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa.

Opinnäytetyöni aiheen rajaus oli laaja. Opinnäytetyössäni olisin voinut keskittyä vain muistihoitajan rooliin muistipotilaan hoidon toteuttamisessa Vantaalla. Teoriaosuuskin olisi lyhentynyt ja selkeytynyt. Päätin toteuttaa opinnäytetyöni tässä laajuudessa, koska ikäihmisten määrä kasvu Vantaalla on lähitulevaisuudessa merkittävä. Toimivat hoitoprosessit auttavat hallitsemaan lisääntyvää kysyntää ja lisäävät toiminnan tehokkuutta. Toimiva hoitoprosessi takaa saumattoman ja joustavan yhteistyön kaikkien toimijoiden kesken. Toisaalta muistihoitajan rooli olisi voinut jäädä pois ja opinnäytetyöni olisi keskittynyt muistipotilaan hoitopolkuun ja –prosessiin. Tällöin pois olisi jäänyt osa, joka on konkreettisin muistihoitajan työssä Vantaalla.

Opinnäytetyöni tuotosten ulkoasut ovat kohtuullisen selkeät. Tein ne Microsoft Power Point ja Visio –ohjelmilla. Kyseisten ohjelmien parempi tekninen hallinta olisi auttanut niiden kopioimista opinnäytetyöni liitteeksi Word-muotoon. Läheteohje Katriinan geriatriselle vastaanotolle (liite 3) valittiin esitettäväksi siksi,

että hyvä lähete nopeuttaa hoidon kiireellisyyden arviointia ja hoidon toteuttamista. Ohjehan luotiin terveyskeskuslääkäreiden käytettäväksi. Lähetteessä suositellut tutkimukset terveyskeskuslääkäri suorittaa kuitenkin yhteistyössä muun terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Katriinan geriatriselle vastaanotolle vaaditaan pääsääntöisesti lääkärin lähete. Opinnäytetyöni tehtävien kysymyksiin saatiin vastaukset tuotosten kautta. Opinnäytetyöni tuotoksia arvioitin työn kuluessa työyhteisölläni ja muutin niitä arviointien pohjalta. Muistihoitajan haastattelukaavakkeen arvioijana toimi geriatrisen vastaanoton uusi muistihoitaja, jolle lääkevastekontrollikäynnit olivat uutta toimintaa. Hän koki, että kaavake auttoi häntä jäsentämään vastaanottotilannetta ja toimi samalla ohjenuorana vastaanoton läpiviemiseen. Arviointia opinnäytetyöni tuotoksiin olisin voinut kysyä myös Vantaan kaupungin neljältä muistikoordinaattorilta. Tämä jäi kuitenkin tekemättä. Opinnäytetyöni teoriaosassa korostuu lääketiede ja hoitotieteen osuus on pieni. Tämän perusteluna toimii se, että tuo lääketieteellinen teoriatieto on tarpeellista muistihoitajan työssä yksin sekä yhdessä geriatrin kanssa.

Jatkoaiheena olisi mielenkiintoista tutkia, miten eri toimijat kokevat muistipotilaan hoitoprosessin toimivuuden tällä hetkellä ja minkälaisia ehdotuksia löytyisi sen toimivuuden parantamiseksi. Muistioireisen hoitoprosessikaaviota voidaan kehittää eteenpäin yhdessä mm. terveysasemien henkilökunnan ja alueiden muistikoordinaattoreiden kanssa. Muistipotilaan hoitoprosessia on tässä opinnäytetyössä kuvattu lähinnä organisaationäkökulmasta, joten asiakas/potilasnäkökulman mukainen prosessi voidaan jatkossa luoda omana prosessinaan.

LÄHTEET

Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2012. Psykoosilääkkeiden käyttöä muistisairauspotilaiden hoidossa tulee harkita kriittisesti. Suomen lääkärilehti 6/2012 vsk 67, 428-430.

Alhainen, K. 2003. Alzheimer - lääkkeiden vaikutusmekanismit. Duodecim. 2003;119:1959-8.

Alzheimer's Disease International. 2013. World Alzheimer's Report 2013. The journey of caring. An analysis of long-term care for dementia. [viitattu 13.10.2013] Saatavissa:

<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>

Barnes, D. & Yaffe, K. 2011. The Projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. Lancet Neurol 2011; 10: 819-28.

Brayne, C., Ince, P., Keage, H., McKeith, I., Matthews, F., Polvikoski, T. & Su-kava, R. 2010. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compera-tion? EclipSe Collaborative Members. [viitattu 13.10.2012] Saatavissa:

<http://brain.oxfordjournals.org/content/133/8/2210.full.pdf+html>

Carpenter, B., Xiong, C., Porensky, E., Lee, M., Brown, P., Coats, M., Johnson, D. & Morris, J. 2008. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alz-heimer's disease and mild cognitive impairment. [viitattu 13.10.2013] Saatavissa:

<http://www.medscape.com/viewarticle/577972>

Chan, D., Reutens, S., Liu, D. & Chan, R. 2011. Frontotemporal dementia; Fea-tures, diagnosis and management. [viitattu 13.10.2013] Saatavissa:

<http://www.racgp.org.au/afp/201112/45008>

Chapman, S., Weiner, M., Rackley, A., Hynan, L. & Zientz, J. 2004. Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with Donepezil. Journal of speech, language and hearing research 2004; 47:1149-

1163.

Dahl, A., Löppönen, M., Isoaho, R., Berg, S. & Kivelä, S-L. 2008. Overweight and obesity in old age are not associated with greater dementia risk. *The American geriatrics society* 2008; 56: 2261-2266.

Dauvilliers, Y. 2007. Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Medicine* 8 suppl. 4, 27-34.

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2010. Kotona asuvan muistisairaahan hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim.

Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammattilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Suomen lääkirilehti* 39/2010 vsk 65, 3144-3146.

Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. *Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Erkinjuntti, T. 2011. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen aivoverenkiertosairauden muistisairaus. *Yleislääkäri* 1/2011, vsk 26, 13-16.

Erkinjuntti, T. 2010. Muistioireiden ja – sairauksien mekanismit ja syyt. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. *Muistisairaudet: käsitteitä ja*

termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Eurooppalainen standardi EN 13940-2:2009. Health Informatics- System on concepts to support Continuity of care- Part 2: Health care process and workflow. [viitattu 14.10.2013] Saatavissa:

http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDwQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.contsys.net%2Fdocuments%2FprEN13940-2%28E%29%20WD%202009-11-26khl.doc&ei=a9cUq22JaeF4gTKzoHgDQ&usg=AFQjCNG9UvhJLCfDIHugOoRDNTyhaC_1UQ

Fick, D., Kolanowski, A. Beattie, E. & McCrow J. 2009. Delirium in early-stage Alzheimer's disease. [viitattu 13.10.2013] Saatavissa:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814421/pdf/nihms171632.pdf>

Finne-Soveri, H. 2008. Muistisairauden diagnosoiminen ja hoidon seurannan järjestäminen tärkeää. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementiapalvelut – opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Hartikainen, K., Häyrynen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Versio 3.0. [viitattu 22.10.2012] Saatavissa:
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf

Hartikainen, S. & Seppälä, M. 2007. Vanhuksen lääkityksen tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen lääkirilehti 51- 51/2007 vsk 62, 4762-4767.

Heart Protection Study Collaborative Group 2002. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with Simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. Lancet 2002;360:7-22.

Heikkinen, R-L. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Huusko, T. 2005. Dementiapotilaan käytösoireiden ennaltaehkäisy ja hoito. Kunnallislääkäri 2005 vsk 20, nro 5, 31-35.

Jokinen, H., Hänninen, T., Ylikoski, R., Karrasch, M., Pulliainen, V., Hokkanen, L., Poutiainen, E., Erkinjuntti, T. & Hietanen, M. 2012. Etenevien muistisairauksien varhainen tunnistaminen – neuropsykologinen näkökulma. Suomen lääkärilehti 23/2012 vsk 67, 1816-1822.

Jokinen, P. 2011. PET and MRI imaging in Parkinson's disease patients with cognitive impairment. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2008. [viitattu 17.8.2013]. Saatavissa: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Juva, K. 2007. Dementia ja depressio. [viitattu 17.12.1012. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf>

Kalska, H. 2006. Kun muisti pettää, mikä muisteista pettää? Duodecim. 2006;122:1313-20.

Keränen, T. 2005. Alzheimerin taudin lääkkeiden farmakologiaa. Suomen lääkärilehti 15/2005 vskm60, 1683-1684.

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. [viitattu 17.2.2013]. Saatavissa: <http://www.med.utu.fi/yleislaak/kivela/Kapseli35.pdf>

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2010. Masennus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Kivipelto, M. & Viitanen, M. 2006. Vanhus ja muisti. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006;122(12):1513-20.

Koponen, H. 2011. Muistisairaankäyttösoireet ja niiden hoito. Yleislääkäri 2/2011, vsk 26, 17- 20. [viitattu 22.10.2012] Saatavissa:

<http://www.cou.fi/tiedostot/opinnaytetyo/opinnaytetyoohje2010.pdf>

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Käypä hoito -suositus 2006. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi- opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. 2006 [viitattu 14.10.2012 Saatavissa:

http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf

Käypä hoito -suositus 2008. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä [viitattu 24.3.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50067>

Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä [viitattu 8.9.2012]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta. 2000/811. [viitattu 14.10.2012 Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000811>

Lehmuskallio, M-L. 2013. Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala. Laatuverkosto 23.4.2013. [viitattu 4.10.2013]. Saatavissa:

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tuke/arviointi-laatu/hankkeet/laatu-yhteistyolla-kevatseminaarin-2013/Documents/Vantaan%20kaupunki.pdf>

Lehtovirta, M. 2010. Perinnöllisyys ja geenitestit. Teoksessa Erkinjuntti, T.,

- Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: Duodecim.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä; Gummerus kirjapaino Oy.
- Morhardt, D., Pereyra, M. & Iris, M. 2010. Seeking a diagnosis for memory problems: The experiences of caregivers and families in five limited English proficiency communities. [viitattu 13.10.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3355515/pdf/nihms-323165.pdf>
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano - Käypä hoito – suosituksista käytäntöön. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala.
- Määttä, K. & Strandberg, T. 2007. Milloin, mitä ja kuinka kauan lääkitystä Alzheimerin tautiin? Duodecim 2007;123:2117-23.
- Ngandu, T. 2006. Lifestyle-related risk factors in dementia and mild cognitive impairment: a population-based study. Väitöskirja. Tukholma: Karolinska Institutet.
- Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen lääkirilehti 17/2010 vsk 65, 1549-1551.
- Nuotio, M., Tuominen, P., Hartikainen, S., Lampi, K. Luukkaala, T. & Jäntti, P. 2009. Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. [viitattu 11.10.2012]

Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL342009-2671.pdf>

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 2000;116:1621-8.

Partinen, M. 2010. Ajokyky. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16 Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere; Tampereen yliopistopaino Oy.

Pirttilä, T. 2005. Alzheimer-lääkkeiden käyttö. Suomen lääkärilehti 15/2005 vsk 60, 1679-1682.

Pirttilä, T., Alhainen, K. & Erkinjuntti, T. 2002. Alzheimerin taudin lääkehoitovasteen arviointi ja lääkekorvauslausuntojen laatiminen. Suomen lääkärilehti 38/2002 vsk 57, 3711-3714.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Pirttilä, T., Strandberg, T., Vanhanen, H. & Erkinjuntti, T. 2004. Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä? Suomen lääkärilehti 11/2004 vsk 59, 1133-1138.

Pirttilä, T., Suhonen, J., Rahkonen, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Pohjannoro, H. & Taijala, H. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. Tampereen ammattikorkeakoulu. [viitattu 20.8.2013]. Saatavissa:

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/8232/Pohjannoro.Hannu.Taijala.Beata.pdf?sequence=2>

Raivio, M. 2010. Muistipotilaan perusselvitykset: 1-2-3. Yleislääkäri 6/2010 vsk

25, 19- 22.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale – tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Rinne, J. 2010. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa -ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Rissanen, R. 2003. Työelämälähtöinen opinnäytetyö oppimisen kontekstina – fenomenografisia näkökulmia tradenomin opinnäytetyöhön. Väitöskirja. Tampere; Tampereen yliopisto.

Rovio, S. 2008. The effect of physical activity and other lifestyle factors on dementia, Alzheimer's disease and structural brain changes. Väitöskirja. Tukholma: Karolinska Institutet.

Saarinen, J., Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2010. Muistipotilaiden masennustilojen lääkehoidon vaikutukset – systemoitu katsaus. [Viitattu 13.10.2013] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99175.pdf>

Schmidt, K., Lingler, J. & Schulz, R. 2009. Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. [Viitattu 13.10.2013] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839539/pdf/nihms158213.pdf>

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampere; Tampereen yliopisto.

Seppälä, M. 2010. Vanhusten unihäiriöt. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: Duodecim.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Soininen, H. & Kivipelto, M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Sorvaniemi, M. 2002. Vanhuksen masennuksen lääkehoito. Duodecim 2002;118:393-7.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2002. Sosiaali- ja terveysalan käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. [Viitattu 22.10.2012] Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F67C92DA1D38B9/4017/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus [viitattu 8.9.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi [viitattu 8.9.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf

Sorvaniemi, M. 2002. Vanhuksen masennuksen lääkehoito. Duodecim 2002;118:393-7.

Stefanacci, R. 2011. The costs of Alzheimer's disease and the value of effective therapies. [viitattu 13.10.2013]. Saatavissa: http://www.ajmc.com/publications/supplement/2011/A300_11nov/A300_11nov_Alzheimers_Stefanacci_S356/

Strandberg, T. 2003. Dementian ehkäisy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2003;119:1525-32.

Suhonen, J. & Martikainen, K. 2012. Parkinsonin taudin muistisairaus. Kun ajatuskin jähmettyy. Tietoa sairastuneille, läheisille ja hoitohenkilökunnalle Parkinsonin tautiin liittyvistä tiedonkäsittelyongelmista. Suomen Parkinsonin tauti-liitto ry. Turku [viitattu 6.2.2013]. Saatavissa:
http://www2.verkkojulkaisut.fi/esitteet/novartis/fi_parkinsonin_taudin_muistisairaus/files/parkinsonin_taudin_muistisairaus_190312.pdf

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. Duodecim 2011; 137: 1107-16.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: Duodecim.

Suomalainen asiantuntijasuositus. 2008. Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt. Suomen lääkärilehti 10/2008 vsk 63, erillisliite.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: Duodecim.

Talasilahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen E. 2012. Miten hoidan vanhusten unettomuutta? Suomen lääkärilehti 3/2012 vsk 67, 151-155.

Tienari, P., Polvikoski, T. & Tanila, H. 2010. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Tilastokeskus. 2003. Tieto aika. Väestön ikääntyminen on suhteellista. [viitattu 15.10.2012]. Saatavissa:
http://www.stat.fi/tup/tieto aika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html

Tilvis, R. 2010. Kaatuileva vanhus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: Duodecim

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [viitattu 11.10.2013]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki; Edita Prima Oy.

Vantaan kaupunki. 2010. Muistipotilaan tutkiminen ja hoito Vantaalla. [viitattu 15.10.2012]. Saatavissa: http://avain.vantaa.fi/terveyspalvelut/vastaanottoiminta/vastaanottoiminnan_yhteiset_asiat/ohjeet_ja_hoitoketjut/hoitoketjuihin_liittyvat_ohjeet

Vantaan kaupunki. 2010. Vantaa vanhenee viisasti - Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma 2010 – 2015. Vantaan kaupunginhallitus [viitattu 8.9.2012]. Saatavissa: http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaa_wwwstructure/69123_Vantaa_vanhenee_viisaasti_2010-2015.pdf

Vantaan kaupunki 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan prosessien kuvaamisen ohje. [viitattu 12.10.2013]. Saatavissa: http://avain.vantaa.fi/toimialat/sosiaali- ja_terveystoimi/talous- ja_hallintopalvelut/kehittaminen/prime110.aspx

Vilka, H. & Airaksinen, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011.

Terveysthuollon toimintaprosessit – Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen raportteja 53/20.

Yaeger, C., Hyer, L., Hobbs, B. & Coyne, A. 2010. Alzheimer's disease and vascular dementia; the complex relationship between diagnosis and caregiver burden. *Issues in mental health nursing* 2010; 31:376-384.

LIITTEET

LIITE 1. Lähdemateriaalin hakuprosessi

Hakukoneet	Rajaus	Valintakriteerit	Hakusanat	Tulokset	Valittu
Medic	Aika 2002-2012. Asiakirjojen synonyymit käytössä. Koko teksti käytössä.	Artikkeli on tutkimus tai kuvaus muistisairauksista. Käsittelee muistisairauden tutkimista tai hoitoa. Yli 65-vuotiaat.	muistis* muistia* muistip* muistih* alzhem* AND hoitok* hoitop* hoito* tutk*	66	27
Medic	Aika 2002-2012. Asiakirjojen synonyymit käytössä. Koko teksti käytössä.	Artikkeli on tutkimus tai kuvaus muistisairauksista. Käsittelee muistisairauden tutkimista tai hoitoa. Yli 65-vuotiaat.	muistip* muistia* muistis* alzh* demen* AND ohj* neuv* seur* lääke*	59	16
Medic	Aika 2002-2012. Asiakirjojen synonyymit käytössä. Koko teksti käytössä.	Artikkeli on tutkimus tai kuvaus vastaanotto/poliklinikka toiminnasta ja sen kehittämisestä. Yli 65-vuotiaat.	vastaanott* polikl* avot* AND työnj* kehitt* kuv*	27	5
Medic	Aika 2002-2012. Asiakirjojen synonyymit käytössä. Koko teksti käytössä. Vain väitöskirjat.	Väitöskirja on tutkimus tai kuvaus muistisairauksista.	muistis* alzhem* demen*	49	15
CINAHL	Date of Publication 2002-2012. Full Text, English Language Research Article, Peer Reviewed Search modes - Boonlean/Prahe (Expanders - apply related words, Search modes - Find all my search terms)	Artikkeli on tutkimus tai kuvaus muistisairauksista. Käsittelee muistisairauden tutkimista tai hoitoa. Yli 65-vuotiaat.	AB"memory disorder" or AB" Alzheimer disease" AND AB"diagnostic" or AB"treatment"	4	3
PubMed	Published in the last 5 years Only items with links to full text Field; Title/Abstract	Artikkeli on tutkimus tai kuvaus muistisairauksista. Käsittelee muistipotilaita sekä muistipotilaiden palveluita. Yli- 65 vuotiaat.	("Memory disorders"[Mesh terms] OR ("Alzheimer Disease" [Mesh terms] OR " (Dementia[Mesh terms])) AND "Delivery of Health Care [Mesh terms])	196	5

LIITE 2. Muistipotilaan perustutkimukset terveysasemalla (Muistisairauksien tutkiminen ja hoito Vantaalla 2010)

Perustutkimukset terveysasemalla

Huolellinen anamneesi on diagnostiikan kulmakivi

Selvitettävät asiat;

- tutkittavan peruskapasiteetti ja saavutettu henkinen suorituskyky
- yleinen terveydentila, aivojen toimintaa heikentävät tekijät
- päihteiden käyttö
- muut sairaudet ja perehtyminen tutkittavan sairaskertomuksiin
- käytössä oleva lääkitys mukaan luettuna luontais- ja käsikauppalääkkeet
- lääkityksiin viime kuukausina tehdyt muutokset
- oirekokonaisuus
- ensioireet ja oireiden kehittyminen
- toimintakyky ja siinä tapahtuneet muutokset

Kliininen tutkimus

- yleistila ja kardiovaskulaarinen status
- neurologinen status tarpeellisin osin, erityisesti kävely- ja liikuntakyky, puolioireet ja parkinsonismi
- potilaan haastattelu; vireystaso, keskittyminen ja orientaatio, arvostelu- ja päättelykyky, muisti sekä puheen tuottaminen ja ymmärtäminen

Käyttöoireiden arviointi

- mieliala ja ahdistuneisuus
- psykoottiset oireet
- levottomuus ja muu poikkeava käytös →
- persoonallisuuden muutos

Laboratoriotutkimukset

- La, PVKT, K, Na, Krea, Ca-ion, B12-TC2, FE-folaatti, TSH, T4V, lipidit, GLUK, Alat ja EKG
- mikäli näitä ei ole kontrolloitu edeltävästi 3-6kk aikana
- kliinisen kuvan perusteella täydentään kokeita esim. THX-rtg, CDT

Testit ja kyselykaavakkeet

- MMSE (25/30 on normaali suoritus, hyvä koulutus voi kompensoida suoritusta)
- CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) soveltuu hyvin varhaisen Alzheimerin taudin tunnistamiseen
- GDS-30 (Geriatric Depression Scale) antaa tietoa tutkittavan mielialasta ja masennuksesta
- ADL- ja IADL -lomakkeet joiden avulla saadaan arvio päivittäisestä toimintakyvystä
- Muistihäiriöpotilaan omaiskyselykaavake
- Otetaan selvää lomake, jos epäillään alkoholin liikakäyttöä

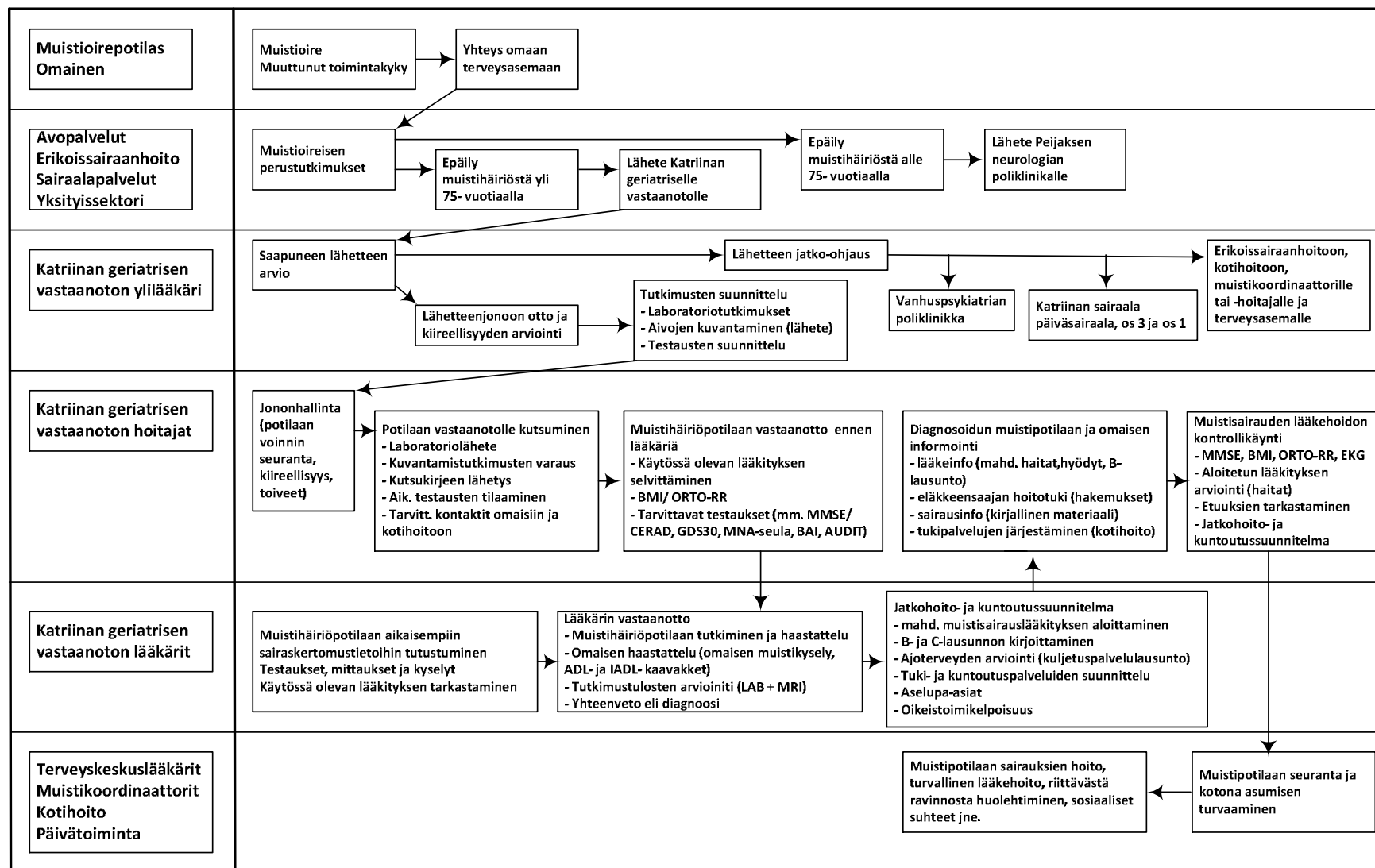
- Testit ja kyselykaavakkeet tukevat muuta tutkimusta ja mahdollistavat tilan järjestelmällisen seurannan
- Normaalit testitulokset eivät poissulje muistisairautta
- Ristiriita esitetietojen ja testien välillä on syy lisäselvityksiin

Läheteohje Katriinan geriatriselle vastaanotolle

Läheteessä ja sen liitteissä tulisi ilmetä ainakin seuraavat seikat:

- Ajantasalla olevat yhteistiedot, myös lähiomaisten
- Esitiedot
- Oleelliset oireet ja toimintakyvyn kuvaus
- Koko käytössä oleva lääkitys Finnstarin lääkelistalla
- RR (mielellään ortostaattinen)
- CERAD (jos edellisestä tutkimuksesta vähintään 6kk) tai
- MMSE (jos edellisestä tutkimuksesta vähintään 3kk)
- GDS30
- Laboratoriokokeet (jos edellisistä tutkimuksista 6-12kk):
La, PVKT, K, Na, Krea, Gluk, TSH, T4V, lipidit, B12- TC2, ALAT, CA-ion ja EKG (kopio liitteenä)
- ”Otetaan selvää” –kysely tai AUDIT –kysely, jos epäily alkoholin runsaammasta käytöstä
- BMI
- Muistihäiriöpotilaan omaiskyselykaavake
- ADL- ja IADL – kaavakkeet omaisen täyttämänä
- Epikriisit ja tutkimustulokset mahdollisista hoitajaksoista psykiatrisessa hoitoyksikössä tai muistiselvittelyistä yksityissektorilla

LIITE 4. Muistioireisen hoitoprosessikaavio Vantaan perusterveydenhoidossa



LIITE 5. Muistihoitajan vastaanotolla käytettävä haastattelukaavake

Nimi		Pvm	
Paino	Pituus	EKG-lähetä	
MMSE (edellinen)		GDS30 (tarv.)	
RR	Nyt	Pulssit	Klo
Istuen			
Istuen			
Seisten (heti)			
Seisten (3 min.kul.ylösno ususta)			
Lääkelistan tarkastus (tulosta GFS:stä)			
Kuka huolehtii lääkehoidon		ANJA	E-res
Kotihoito	Turvapalvelu	Ateriapalvelu	
Muistisairauslääkityksen mahdolliset haittavaikutukset AKE-lääkkeet (Doneratio ym., Reminyl ja Exelon) Pahoinvointi Ruokahaluttomuus Ripuli Huimaus Väsymys Unettomuus Levottomuus Memantiini (Ebixa) Päänsärky Ummetus Uneliaisuus Huimaus Tasapainohäiriöt			
Muistisairauslääkityksen korvattavuus			
Eläkkeensaajan hoitotuki			
Liikuntakyky/apuvälineet			
Toimintakyky (tarkista edellisen käynnin ADL/IADL)			
Ruokavalio (Ravitsemusterapeutin ohjeet)			
Juominen			
Käyttäytyminen			
Harhat			
Uni			
Raha-asioiden huolehtiminen			
Edunvalvontavaltuus			
Edunvalvonta			
Hoitotahto			
Sosiaaliset kontaktit			
Alueen päivätoiminta			
Avoin päivätoiminta			
Jatkot			