

# MUISTIASIAKAS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Hoitokartta terveydenhuollon ammattihenkilöstölle  
muistisairauden varhaiseen tunnistamiseen

Elina Korpi  
Erja Lindell  
Jasmin Wladimirov

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Korpi, Elina Lindell, Erja Wladimirov, Jasmin	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 25.10.2013
	Sivumäärä 46	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi MUISTIASIAKAS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA Hoitokartta terveydenhuollon ammattihenkilöille muistisairauden varhaiseen tunnistamiseen		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Matilainen, Irmeli Suonpää- Lehtonen, Leena		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Yhteistoiminta-alue Terveyskeskus		
Tiivistelmä Opinnäytetyön aihe sai alkunsa keväällä 2012 Jyväskylän Yhteistoiminta-alueen Terveyskeskuksen toiveesta saada tietopaketti terveydenhuollon ammattihenkilöstölle muistisairauksien varhaisesta tunnistamisesta, joka olisi käytännönläheinen ja helposti hyödynnettävä jokapäiväisessä hoitotyössä. Muistisairauksien määrän ennustetaan lisääntyvän tulevaisuudessa. Väestörakenteessa ikääntyvien määrä lisääntyy ja ennustettavissa oleva korkea elinikä ovat merkittäviä muistisairauksien riskitekijöitä. Tulevaisuudessa yhteiskunnassamme aiheutuu tästä johtuen merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen haaste. Perusterveydenhuollossa terveydenhuollon ammattihenkilöstön tulee tunnistaa muistioireet varhaisessa vaiheessa ja ohjata muistiasiakkaat tarvittaviin tutkimuksiin. Mahdollisimman varhainen muistisairauden tunnistaminen ja oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen sekä tukiverkoston rakentaminen on kansantaloudellisesti kannattavaa ja kustannustehokasta.  Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa terveydenhuollon ammattihenkilöille Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksiin muistiasiakkaan varhaisesta tunnistamisesta ja tutkimuksista hoitokartta sähköisessä muodossa sisäiseen tietokantaan (Aatuun). Sisäisessä tietokannassa ei aikaisemmin ollut muistiasiakkaan hoitokarttaa, joten oli tarvetta luoda sellainen. Asiakas hyötyy varhaisesta muistisairauden tunnistamisesta, jolloin erilaisilla hoitokeinoilla voidaan vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn, sen ylläpitämiseen ja hyvään täysipainoiseen elämään. Opinnäytetyön tavoitteena on saada Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten terveydenhuollon ammattihenkilöstö tunnistamaan muistisairauksia jo varhaisessa vaiheessa sähköisessä muodossa olevan hoitokartan avulla sekä tiedostamaan tutkimukset ennen muistipoliklinikalle lähettämistä. Teoriatiedon ja haastattelun pohjalta rakensimme hoitokarttaan sisältöalueet. Rakensimme hoitokartan sisältöä suositusten ja asiantuntijahaastattelujen tuoman tiedon pohjalta, jossa määriteltiin teoreettinen viitekehys, minkä pohjalta lopullinen sähköisessä muodossa oleva hoitokartta toteutettiin.		
Avainsanat (asiasanat) muisti, muistisairaus, etenevä muistisairaus, dementia, muistitutkimukset		
Muut tiedot		



Author(s) Korpi, Elina Lindell, Erja Wladimirov, Jasmin	Type of publication: Bachelor's Thesis	Date 25.10.2013
	Pages 46	Language Finland
		Permission for web publication ( X )
Title A MEMORY CLIENT IN PRIMARY HEALTH CARE A care map for the personnel of the public health service for early identification of a memory illness.		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Matilainen, Irmeli Suonpää-Lehtonen, Leena		
Assigned by The Health Centre of the Jyväskylä Cooperation District		
Abstract <p>The topic of the thesis goes back to the spring of 2012 when the Health Centre of the Jyväskylä Co-operation District expressed a wish for an information package for the personnel of the public health services. The package was hoped to deal with the early identification of memory illnesses and to be down-to-earth and easy to use in everyday nursing care. It is predicted that the number of memory illnesses will increase in the future. In the population structure the numbers of the elderly are increasing, and the increased life expectancy is a significant risk factor of memory illnesses. In the future this will be a significant public health and economic challenge. In primary health care the public health professionals have to identify the memory symptoms at an early stage and refer those clients to the necessary examinations. An early identification of a memory illness and timely care, rehabilitation and the building of a support network are all cost-efficient from the perspective of national economy. The purpose of the thesis was to produce a care map on the early identification of memory problems and on the related examinations in an electronic form for an internal database (called Aatu). The database is used by the personnel of the Health Centers of the Jyväskylä Cooperation District. As the database had no such care map, there was a need to create one. The clients will benefit from the early identification of memory illnesses because it is possible to promote and maintain their function and everyday life with different treatments.</p> <p>The objective of the thesis was to provide tools for the public health service for identification memory illnesses already at an early stage with the help of the electronic care map and for understanding the related examinations before a referral to a memory clinic. Based on the related theory and an interview, the contents areas in the care map were constructed. The contents came from the information given by recommendations and expert interviews based on which the theoretical frame of reference was defined and the final electronic care map was created.</p>		
Keywords memory, memory illness, dementia, memory examinations		
Miscellaneous		

## Sisältö

1	JOHDANTO .....	4
2	MUISTISAIRAUDEN MÄÄRITELMÄ .....	7
3	MUISTIHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN .....	9
3.1	Alzheimerin tauti.....	12
3.1.1	Varhainen Alzheimerintauti.....	14
3.1.2	Lievä Alzheimerintauti .....	15
3.1.3	Keskivaikea Alzheimerintauti.....	16
3.1.4	Vaikea Alzheimerintauti.....	17
3.2	Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen.....	18
3.3	Parkinsonin taudin muistisairaus.....	20
3.4	Lewyn kappale tauti.....	21
3.5	Otsa-ohimolohkorappeumat .....	22
3.5.1	Frontotemporaalinen dementia .....	23
3.5.2	Etenevä sujumaton afasia.....	24
3.5.3	Semanttinen dementia .....	24
3.6	Yleisempien etenevien muistisairauksien varhaisia piirteitä.....	25
4	MUISTIASIAKKAAN TUTKIMUKSET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA .....	26
4.1	Arvio muistioireista.....	27
4.2	Kliininen tutkimus .....	27
4.3	Muistin ja tiedonkäsittelyn arviointi.....	27
4.4	Laboratoriotutkimukset.....	29
4.5	Muistihoidajan tutkimukset perusterveydenhuollossa.....	30
4.6	Aivojen kuvaus.....	31
4.7	Jatkohoitoon muistipoliklinikalle .....	32
4.8	Lähetteen keskeiset tiedot muistipoliklinikalle laitettaessa perusterveydenhuollosta ..	32
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	34
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS .....	35
7	SÄHKÖISEN HOITOKARTAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS .....	37
8	SÄHKÖISEN HOITOKARTAN ARVIOINTI .....	39
9	POHDINTA.....	41

LÄHTEET .....	43
LIITTEET .....	47
Liite 1. Muistipotilaan hoitokartta .....	47

# 1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat hyvin yleisiä ja niistä voidaankin puhua jo kansansairaute-na. Joka kolmas yli 65-vuotiaista kärsii muistioireista. Suomessa on jopa 120 000 ihmistä, joilla on lievästi heikentynyt kognitiivinen toiminta ja 35 000 ihmistä kärsii lievästä ja 85 000 vähintään keskivaikeasta dementian oireista. Suomessa tulee esiin vuosittain noin 13 000 uutta dementianasteista muistisairaus epäilyä, mutta iso osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta (Muistisairaudet 2010.)

Sosiaali- ja Terveysministeriön kansallisen muistiohjelman 2012–2020 mukaan perusterveydenhuollossa terveydenhuollon ammattilaisten tulee tunnistaa muistioireet varhaisessa vaiheessa ja ohjata muistiasiakkaat tarvittaviin tutkimuksiin. Mahdollisimman varhainen muistisairauden tunnistaminen ja oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen sekä tukiverkoston rakentaminen on kansantaloudellisesti kannattavaa ja kustannustehokasta (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2012, 12.)

Muistisairauksien määrän ennustetaan lisääntyvän tulevaisuudessa, niitä esiin-tyy varsinkin siirryttäessä vanhimpiin ikäluokkiin, koska muistisairauksien mer- kittävä riskitekijä on korkea ikä. Sairastuvien suuresta sekä lisääntyvästä määräs- tä ja hoidon tarpeesta, aiheutuu yhteiskunnassamme merkittävä kansantervey- dellinen ja kansantaloudellinen haaste. Väestön ikärakenteen muutos johtaa sii- hen, että muistisairaiden määrä ja suhteellinen osuus väestöstä tulee kasvamaan ainakin vuoteen 2030 saakka. Haasteena tulevaisuudessa on muistisairaiden ih- misten toimintakyvyn ylläpitäminen ja kotona selviytymisen tukeminen sekä pitkän laitoshoidon vaiheen välttäminen (Niemi 2012, 21–22.)

Muistisairauksien asettamaan haasteeseen nyt ja tulevaisuudessa on varhainen taudinmääritys. Varhaisen taudinmäärityksen ja hoidon hyötyjä ovat parannettavien tilojen hoitaminen, tilan etenemisen hidastaminen ja laitoshoidon lykkäytyminen (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 51.)

Käypähoito suosituksen mukaan muistiasiakkaiden hoito pitää toteuttaa lähipalveluina ja potilaan tarpeiden mukaisesti (Suhonen, Alhainen, Eloniemi- Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 9–22.) Hoitoketju tarkoittaa palvelukokonaisuutta, sopimusta, miten potilasta tutkitaan eri tilanteessa ja hoidetaan tarkoituksenmukaisesti eritasolla terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (Karma 1999, 170–3.)

Terveydenhuollon ammattilaisina tulemme kohtaamaan eri vaiheessa sairautta olevia muistiasiakkaita sekä heidän omaisiaan. Vastaanotolle tai osastolle voi tulla asiakas, jonka kohdalla herää epäily mahdollisesta muistisairaudesta. Mukana voi lisäksi olla omainen, joka tuo ilmi huolensa läheisensä muistista. Tällöin on tartuttava varhaisessa vaiheessa terveydenhuollon ammattilaisina asiaan ja laitettava tutkimukset vireille. Etenevien muistisairauksien tutkimuksessa ja diagnostiikassa on tärkeää oireiden mahdollisimman varhaisen toteaminen.

Perusterveydenhuollossa tulee käyttää muististaan huolestuneiden asiakkaiden alkuvaiheen tutkimuksina muistikyselyä sekä asiakkaan, että läheisen haastattelua muistioireista. Jos näissä tutkimuksissa herää epäily muistisairaudesta, ohjataan asiakas muistihoitajalle tai henkilölle, joka on perehtynyt Cerad (kognitiivisen tehtäväsarjan) tekemiseen. Tämän jälkeen arvioidaan tarkempiin tutkimuksiin lähettämisen tarpeellisuutta (Tikkamäki 2012.)

Käypähoito suosituksissa perusterveydenhuollossa työskentelevän lääkärin ja muistihoitajan tekemään alkukartoitukseen kuuluvat mielialan ja asiakkaan päivittäisen selviytymisen arviointi (Muistisairaudet 2010).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään yli 65-vuotiaan asiakkaan muistitutkimuksia, koska alle 65- vuotiaat asiakkaat kuuluvat neurologian piiriin Jyväskylässä. Olemme rajanneet työn yleisempiin eteneviin muistisairauksiin.

Muistiasiakas nimitystä olemme käyttäneet otsikossa ja asiasisällössä, koska ongelmana alkuvaiheessa asiakkaalla on jonkun muistin osa-alueen toiminnon heikentyminen, jota on syytä tutkia tarkemmin ja sairaus diagnoosia ei ole vielä tehty.

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Käypähoito suosituksen mukaan Alzheimerin tauti, Vaskulaarinen Dementia, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeuma (Muistisairaudet 2010).



## 2 MUISTISAIRAUDEN MÄÄRITELMÄ

Käypähoito suosituksessa dementiaalla tarkoitetaan useamman, kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä verrattuna aikaisempaan suoritustasoon niin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä arjen askareissa tai sosiaalisissa suhteissa. Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus, jossa kognitiivisen osa-alueen heikentyminen johtuu elimellisestä syystä. Dementia on kliinisen oireyhtymän diagnoosi. Dementian syy voi olla etenevä sairaus, kuten Alzheimerin tauti tai pysyvä jälkitila, kuten aivovamma sekä hoidolla parannettava sairaus esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta. Dementiaan johtavia muistisairauksia kuten Alzheimerintautia kutsutaan nykyään eteneviksi muistisairauksiksi (Muistisairaudet 2010).

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia sekä tiedonkäsittelyn muita osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisempiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus, otsa- ohimolohko- rappeumat, etenevä sujumaton afasia sekä semanttinen dementia (Ranua, Tikkamäki, Rantala, Jokiranta, Liuha, Karhu, Itkonen & Kalliopohja 2012.)

Toimintojen heikentyminen rajoittaa usein muistisairaana itsenäistä, ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai jopa pysyvä tila. Dementiaoireyhtymän aiheuttajana voi olla useita syitä ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia (Erkinjuntti 2006, 93; Erkinjuntti ym. 2010, 87.)

Kognitiivisen heikentymisen lisäksi dementian oirekuvaan kuuluu käytösoireita ja mielialan laskua. Dementoitunut henkilö voi olla hyvin masentunut, apaattinen, ahdistunut sekä käyttäytymisessä voi ilmetä jopa psykoottisia piirteitä. Käytösoireet liittyvät kiinteästi dementoiviin sairauksiin, niitä käytetään myös diagnosointikriteereinä. Käytösoireiden havainnoista on apua myös erotusdiagnostiikassa, koska käyttäytyminen on erilaista vaurioutuneesta aivoalueesta riippuen. Masennus on vahva dementian ensioire ja masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvat iäkkäät henkilöt tulee tutkia huolellisesti. Käytösoireiden esiintyminen on hyvin yksilöllistä ja ne voivat liittyä eri tunnetiloihin, kuten turvattomuuden tunteeseen (Vataja 2006, 99.)

### 3 MUISTIHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN

Keskeisessä asemassa yli 65-vuotiaiden muistihäiriön tunnistamisessa ovat omaiset, terveyskeskuslääkärit, hoitohenkilökunta, kotisairaanhoidon sekä kotipalvelun henkilökunta. Muistia kannattaa tutkia, kun henkilö itse tai omaiset ovat huolissaan henkilön lähimuistista, vaikka sosiaalinen toimintakyky olisikin säilynyt. Muistin heikkeneminen voi haitata töitä tai arkiaskareita, asiakas unohtaa sovittuja tapaamisia tai hänellä on vaikeuksia noudattaa hoito-ohjeita. Tämä voi myös näkyä vaikeutena löytää sanoja tai epäasianmukaisina sanoina, päättely-, ongelmanratkaisukyvyyn- tai käsitteellisen ajattelun heikkenemisenä, kuten vaikeus hoitaa taloudenhoitoon liittyviä asioita. Tavaroiden katoaminen, niiden käyttötapa ja tarkoituksen ymmärtäminen vaikeutuu. Tulee mielialamuutoksia, ahdistuneisuutta ja apaattisuutta yhdessä lähimuistin heikkenemisen kanssa. Persoonallisuus voi muuttua, tulee sekavuutta epäluuloisuutta tai pelokkuutta, siisteys ja ulkonäöstä huolehtiminen muuttuvat sekä aloitekyky heikkenee ja asiakas vetäytyy helposti harrastuksista, tai sosiaalisista kontakteista (Muistisairaudet 2010.)

Muistihäiriön mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja asiakkaan ohjaaminen tarkempaan selvittelyyn on tärkeää. Avainasemassa on terveydenhuollon ammattilainen, jonka muististaan huolestunut henkilö tai hänen läheinen ensimmäisenä kohtaavat. Silloin terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla tietoa muistisairauksien oireista, jotka edellyttävät lisäselvittelyä sekä siitä, miten ja missä muistihäiriötä voidaan selvittää. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee tietää oman organisaationsa muistihoitaja ja ohjata asiakas ottamaan häneen yhteyttä, joka sitten neuvoo ja ohjaa eteenpäin paikallisesti tai alueellisesti sovitun hoitoketjun mukaan (Tikkamäki 2012.)

Etenevät muistisairaudet pyritään tunnistamaan varhaisessa vaiheessa, kun sairaus on vielä lieväasteista. Sairaudet, jotka aiheuttavat dementiaa voivat olla hoidettavia, pysyviä tai eteneviä. Erotusdiagnostisesti huomioidaan psyykkiset sairaudet, lääkkeiden ja päihteiden käyttö. Hoidettavat sairaudet tulisi tunnistaa mahdollisimman nopeasti jo alkuvaiheen tutkimuksissa perusterveydenhuollossa. Parannettavissa olevia tiloja ovat mm. aineenvaihdunnalliset sairaudet, hypotyreoosi, hyper- tai hypoparatyreoosi, maksan- ja munuaisten vajaatoiminta, vitamiinien puutostilat kuten B-ryhmän vitamiinien puutokset, erityisesti B1- ja B12-vitamiini, elektrolyyttihäiriöt ja infektiot (Verkkoniemi 2007; Erkinjuntti ym. 2010, 53.)

Muistihäiriö voi johtua jostain hoidettavissa olevasta yleissairaudesta, kuten kilpirauhasen vajaatoiminnasta tai B12-vitamiinin puutostilasta. Muistihäiriön syy voi olla myös pysyvä, kuten aivovamman tai aivoverenkierto häiriön jälkitila. Tällöin voidaan muistihäiriöasiakasta auttaa toisenlaisilla keinoilla. Verisuoniperäisessä muistihäiriössä on tärkeää hoitaa verenpaineauti, sydämen rytmihäiriöt ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, matala verenpaine, iskeemiset sydänsairaudet, keuhkosairaudet ja epilepsia (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 166- 175.)

Etenevät muistisairaudet jaotellaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muistisairauteen. Varhaisessa vaiheessa esiintyy yleensä muistin sekä kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Sosiaalinen vetäytyminen kuuluu sairauden alkuvaiheeseen. Tässä vaiheessa harvemmin esiintyy toiminnallisia vaikeuksia. Haastavaa on erottaa normaalin ikääntymisen aiheuttamat oireet, kuten asioiden työläämpimieleen palauttaminen. Lähiomaiset huomaavat yleensä muistihäiriöstä kärsivää ihmistä yleisemmin avun tarpeen. (Soininen & Hänninen 2010, 76 - 84, Muistisairaudet 2010.) Muisti ja tiedonkäsittely voivat heikentyä hyvin monesta syystä. Kognitiivisten toimintojen heikentyminen voi johtua väsymyksestä, uupumuksesta, stressistä, masennuksesta, ahdistuksesta, univaikeuksista, lääkityksestä,

päihteiden käytöstä, yleistilan heikkoudesta, jännityksestä tai motivaation puutteesta (Hervonen 2008, 2.)

Muistisairauksien erotusdiagnoosiin kannalta tärkeintä on tunnistaa vanhene-  
misen vaikutukset muistitoimintaan. Osa-alueet, jotka liittyvät muistissa säilyt-  
tämiseen, tunnistamiseen ja tietomäärän kartuttamiseen, eivät juuri heikkene (Jo-  
kinen, Hänninen, Ylikoski, Karrasch, Pulliainen, Hokkanen, Poutiainen, Erkin-  
juntti & Hietanen 2012, 1819.)

Psyykkiset sairaudet ovat erotusdiagnoosissa merkittäviä, koska masennus vai-  
kea-asteisena, ahdistuneisuus ja psykoosi voivat aiheuttaa jopa dementiatasoisia  
tosin väliaikaisia älyllisen toimintakyvyn häiriöitä, kun etenevissä muistisairauk-  
sissa esiintyy myös masennusta ja ahdistuneisuutta. Depressiivinen henkilö tuo  
usein korostetusti esiin muistinsa huononemista ja hän pystyy luettelemaan asiat  
helposti joita ei muista. Depression aiheuttamasta dementiatasoisesta muistihäi-  
riöstä käytetään vanhaa nimitystä pseudodementia. Erotusdiagnoosissa voi-  
daan todeta että, aivojen MRI säilyy normaalina. Aivojen SPECT tai PET voivat  
olla poikkeavia mutta, muutokset aivoissa poikkeavat Alzheimerin taudin aihe-  
uttamista muutoksista (Verkkoniemi 2007.)

### 3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerintauti alkaa yleensä muistioireella ja se on koko sairauden ajan vaikeimmin häiriintynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. Joskus varhaisena oireena voidaan havaita visuospatiaalisen toiminnan, kielellisten toimintojen tai toiminnanohjauksen heikentyminen ennen selvempää muistioiretta (Pirttilä, Erkinjuntti 2010,121.)

Yleisin muistisairauden syy on Alzheimerin tauti, joka alkaa yleensä lievällä, vähitellen etenevällä tapahtumamuistin heikentymisellä. Muissa etenevissä muistisairauksissa muut kognitiiviset oireet ovat yleensä muistivaikeutta keskeisessä osassa. Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän, Lewyn kappale-taudin, otsa-ohimolohko rappeuman ja Parkinsonin muistisairauden oireet kuvautuvat alkuvaiheessa hyvin erilaisina. Psykkisistä häiriöistä erityisesti masentuneisuus on vaikeaa erottaa etenevästä muistisairaudesta (Jokinen ym. 2012, 1816.)

Alzheimerin tauti alkaa lievällä muistihäiriöllä, joka näkyy mieleenpainamisen ja palauttamisen vaikeuksilla. Sairauden edetessä Alzheimerin tautia sairastavan lähimuisti eli tapahtumamuisti heikentyy niin, että hän ei muista muutamia minuutteja aiemmin tapahtuneita asioita, myös ajantaju ja myöhemmin paikantaju häviää. Hyvin tavallista on tavaroiden katoaminen ja etsiskely. Arjen toiminnot vaikeutuvat ja motoriset toiminnot heikentyvät, joka näkyy esimerkiksi pukeutumisen vaikeutena. Sairaudentunto heikkenee tai häviää kokonaan. Alzheimerin tautiin liittyy laihtuminen, vaikka ravitsemus olisi riittävää. Laihtumisen mekanismit ovat epäselviä, mutta yksi syy on varmaan syömisestä unohtaminen. Sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät pitkään, joten lääkäri voi arvioida muistiasiakkaan selviytymisen liian hyväksi, jos käytössä ei ole läheisen antamia esitietoja (Sulkava 2010, 123.)

Alzheimerin tauti on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus, johon liittyy aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen vaurioituminen. Varhaisvaiheen oireita ovat uuden muistiaineksen mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeudet sekä episodisen muistin heikentyminen. Taudinkuvassa hallitsevana on kognitiivisen toiminnan etenevä heikentyminen. Muistitoiminnot ovat kognitiivisen toiminnan osa-alueella kaikkein selkeimmin vaikeutuneet alzheimerin taudin kaikissa vaiheissa. Sairauden edetessä käytösoireet lisääntyvät ja vaikeutuvat sekä omatoimisuus alenee (Muistisairaudet 2010.)

Tapahtumamuistin heikentyminen voi olla ainoa näkyvä kognitiivisen osa-alueen muutos, mutta lisäksi voi esiintyä muita vaikeuksia alkuvaiheessa tai tilan edetessä. Diagnoosin tueksi vaaditaan muistioireen lisäksi yksi tai useampi löydös, kuten ohimolohkon sisäosan kuduskato, Alzheimer-tyyppiset muutokset aivo-selkäydinnesteen beeta-amyloidin tai tau-proteiinin pitoisuuksissa (Jokinen ym. 2012,1819.)

Alzheimerin taudissa aivomuutokset alkavat jo vuosia ennen taudin näkyviä oireita. Terveeseen vanhenemiseen liittyvien normaalien muutoksien lisäksi varhaisessa Alzheimerin taudissa esiintyy viivästetyn tapahtumamuistin, semanttisen muistin ja toiminnanohjauksen vaikeuksia. Varhaisessa Alzheimerin taudissa mieleenpainamisessa on ongelmia, jonka seurauksena esiintyy nopeaa unohtamista, eivätkä palautusvihjeet enää auta mieleenpalautuksessa. Alzheimerin taudin varhaisdiagnostiikassa on tärkeää seurata kognitiivisten muutoksien etenemistä. Terveessä vanhenemisessä muutokset etenevät hitaasti ja toistetussa neuropsykologisessa tutkimuksessa on usein nähtävissä pientä tulosten paranemista oppimisvaikutuksen ansiosta (Jokinen ym. 2012, 1819.)

Muistihäiriötä sairastavan asiakkaan kokema tunne muistioireesta voi olla erilainen kuin omaisten käsitys, eikä muistihäiriöstä kärsivä henkilö aina itse tiedosta oireita ollenkaan. Alzheimerin taudin keskivaikeassa vaiheessa lähimuisti heikkenee edelleen, tulee puheen tuottamisen vaikeutumista, esiintyy sairauden tunnottomuutta sekä hahmotusvaikeuksia. Pinnalliset sosiaaliset taidot kuitenkin säilyvät. Vaikeassa alzheimerin taudin vaiheessa puheen tuotossa voi olla ongelmaa, puheen ymmärtäminen on huomattavasti vaikeutunut ja keskittyminen vaikeutuu. Sairauden tässä vaiheessa voi ilmetä levoton ja aggressiivinen käyttäytyminen, karkailu ja apatia. Alzheimerin taudissa varhaisena löydöksenä on episodisen muistin heikkeneminen, mutta neurologisen tutkimuksen löydökset ovat normaalit (Muistisairaudet 2010.)

### **3.1.1 Varhainen Alzheimerintauti**

Varhaisen Alzheimerin taudin tunnusomaisia piirteitä ovat muistivaikeuksien lisääntyminen, oppiminen vaikeutuu, uusien nimien muistaminen käy työläämäksi sekä vieraan kielen hallitseminen vaikeutuu. Hidastuminen ja epävarmuus alkavat näkyä työssä, vaikeuksia ilmenee uusissa ja vaativissa tilanteissa, harrastusten ja tapahtumien seuraamisen vähentyy sekä henkilölle voi tulla stressioireita ja uupumusta. Käyttöoireina voi ilmetä tässä vaiheessa masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja lisääntyntä ärtyisyyttä. Näin varhaisessa vaiheessa henkilö tiedostaa muutoksia omissa muistitoiminnoissa ja pystyy kuvailemaan niitä (Pirttilä ym. 2010, 130.)



### 3.1.2 Lievä Alzheimerintauti

Lievässä vaiheessa uusien asioiden mieleenpainaminen ja oppiminen on heikentynyt, että siitä on jo päivittäistä haittaa asiakkaalle. Henkilö voi käydä kaupassa useita kertoja, koska osa tavaroista unohtuu, uusien lääkeohjeiden opettelu on hankalaa, sovitut tapaamiset unohtuvat sekä puhelinkeskustelu voi unohtua mielestä hetken päästä. Samojen asioiden kysely sekä toistaminen ovat päivittäisiä. Lievässä vaiheessa henkilö yleensä itse myöntää muistivaikeudet, osalla voi kuitenkin sairaudentunto olla heikentynyt. Muistioireiden lisäksi asiakkaalla voi olla kielellisiä vaikeuksia, kuten sanojen hakemista, aloite- ja keskittymiskyvyttömyyttä, suunnitelmallisuuden ja toiminnanohjauksen ongelmia sekä epävarmuutta liikkua vieraassa ympäristössä (Muistiliitto 2013.)

Keskittymiskyvyttömyyden takia asiakkaan on vaikeuksia seurata keskustelua isossa joukossa, suunnitelmallisuuden heikentyminen tulee arjessa esiin taloudenhoidon vaikeutena. Omatoimisuuden heikkeneminen näkyy aloitekyvyttömyytenä monimutkaisemmissa arkisissa toiminnoissa, kuten talouden suunnittelussa, rahankäytössä, ruuan valmistamisessa ja vaikeuksissa huolehtia omasta lääkityksestä. Sosiaalista vetäytymistä tulee pikkuhiljaa, asiakas alkaa vetäytyä harrastuksista ja sosiaalisista kanssakäymisistä. Ajokyky heikkenee ja se vaatii neurologin kannanoton sekä ajonäytteen. Asiakas selviytyy usein vielä tässä vaiheessa yksin kotona, mutta tarvitsee usein toistuvaa ohjausta sekä valvontaa. Käyttösoireina tässä vaiheessa on usein masennus, lisääntynyt ärtyneisyys, apatia sekä tunne- elämän latistuminen sekä osalla henkilöistä esiintyy epäluuloisuutta ja paranoidista ajattelua, kuten varastamisepäluulot ja mustasukkaisuus. Tässä vaiheessa voi olla laihtumista, vaikka henkilö kertoo syövänsä hyvin. Apraksiaa voi esiintyä silmänseuranta liikkeissä, jolloin henkilö ei voi seurata joustavasti

vaikka sormen liikettä, vaan silmät jää tuijottamaan eteenpäin tai henkilö kääntää katseen suoraan ääriasentoon (Pirttilä ym. 2010, 130–131.)

### **3.1.3 Keskivaikea Alzheimerintauti**

Keskivaikeassa Alzheimerintaudin vaiheessa henkilön sairautentunto on selvästi heikentynyt ja henkilö ei tunnista enää selviytymisvaikeuksiaan. Lähimuisti on heikentynyt erittäin paljon, joka näkyy esimerkiksi niin, että tavarat ovat usein kadoksissa ja henkilö kysyy jatkuvasti samoja asioita. Televisio-ohjelmien tai sanomalehden sisällöstä henkilö ei muista hetken päästä. Muistilappujen käyttö ei enää useinkaan auta, koska henkilö ei muista lukea niitä, eikä tarkistaa muistiin kirjoittamia asioitaan. Sanojen hakemista ja monimutkaisen puheen ymmärtämisen vaikeuksia esiintyy lähes kaikilla keskivaikeaa Alzheimeria sairastavilla. Keskittymiskyky on erittäin heikko, henkilöllä on vaikeuksia seurata tavallista keskustelua ja aktiivinen osallistuminen keskusteluun vähenee huomattavasti. Aikaan ja paikkaan orientaatio vaikeudet lisääntyvät sekä eksymistäipumusta voi esiintyä tutussakin ympäristössä (Pirttilä ym. 2010, 131–132.)

Hahmottamisvaikeuksien takia henkilöllä on vaikeuksia tunnistaa ympäristöä ja tuttujakin kasvoja, jopa omaa kuvaa peilistä. Kätevyyden taito alenee, jonka seurauksena kyky pukeutua, ajaa partaa tai pestä hampaita heikkenee ja ne eivät onnistu enää ilman ohjausta. Suunnitelmallisuuden ja kätevyyden heikentymisen takia kodinkoneiden käytössä tulee vaikeuksia. Käyttöoireita ilmaantuu tässä vaiheessa lisääntyvästi. Nämä voivat johtua vaikeista kognitiivisista oireista, käyttäytymistä sekä emootioita säätelevän aivoalueiden vauriosta, lääkityksestä, lisäsairauksista tai ympäristötekijöistä. Harhaluuloisuus on hyvin yleistä keski-

vaikeassa Alzheimerintaudissa, tulee varastamisepäluuloja sekä mustasukkaisuutta (Pirttilä ym. 2010, 132.)

Epävarmuus ja pelko yksinjäämisestä saavat muistisairaahan henkilön takertumaan läheiseen ja jatkuva perässä kävely voi olla läheisestä ahdistavaa. Apatia lisääntyy, henkilön päivät voivat kulua sängyssä maaten tai nojatuolissa istuen mitään aikaansaamatta, ellei kukaan motivoi ja kannusta liikkumaan. Psykomotorinen levottomuus lisääntyy, henkilöillä alkaa tässä vaiheessa esiintyä sisäisen uni-valve rytmin katoamista, joka johtaa päivisin nukkumiseen ja yölliseen valvoske-luun. Auringonlaskuilmiötä alkaa esiintyä, jolloin iltaisin ilmaantuu levottomuutta. Lisäsairaudet, lääkitys sekä ympäristön muutokset aiheuttavat helposti sekavuustiloja. Henkilö ei pysty enää itsenäisesti yleensä toimimaan kodin ulkopuolella ja hän tarvitsee päivittäistä ohjausta, valvontaa ja apua. Yleensä henkilö ei pysty enää tässä vaiheessa huolehtimaan itsestään, joten yksin asuminen ei enää ole mahdollista, henkilö voi olla vain pieniä aikoja yksin. Taudin lähestyessä vaikeaa vaihetta, kävelyyn tulee epävarmuutta ja tasapainoheijasteiden heikentymistä, joka lisää kaatumisvaaraa. Ekstrapyramidialioireita ilmaantuu, joka näkyy jäähmytenä, hitautena ja kasvojen ilmeettömyytenä. Raajoihin reflektorisesti syntyvää jäähmyyttä ja liikkeen vastustusta ilmenee yleisesti. Somaattiset oireet ovat edelleen vähäisiä (Pirttilä ym. 2010, 133.)

### **3.1.4 Vaikea Alzheimerintauti**

Alzheimerintaudin vaikeassa vaiheessa muisti toimii vain satunnaisesti, puheen tuotto ja ymmärtäminen on vähäistä, orientaatio ja keskittymiskyky ovat heikkoja, hahmottaminen ja kätevyys taidot ovat pahasti häiriintyneet. Käyttöoireet ovat monimuotoisia ja niitä esiintyy lähes kaikilla vaikeassa Al-

zheimerintaudin vaiheessa. Apatia, vastustelu ja levoton vaeltelu ovat hyvin yleisiä, masennusta esiintyy edelleen, mutta se saattaa ilmetä ahdistuneisuutena ja levottomana käyttäytymisenä. Muistisairauden tässä vaiheessa olevaa henkilöä on autettava ja ohjattava kaikissa perustoiminnoissa, eikä henkilöä yleensä voi jättää yksin. Somaattisia neurologisia oireita on lähes kaikilla henkilöillä tässä sairauden vaiheessa. Kävelyn epävarmuus lisääntyy ja lisää kaatumisriskiä. Liikelle lähtö ei onnistu jalkojen tottelemattomuuden takia ja kävely muuttuu töpöttäväksi ja leveäraiteiseksi. Raajat ovat jähmeät ja kasvot ilmeettömät, osalle henkilöistä kehittyy myös spastisiteetti, vilkastuneet jänneheijasteet sekä positiivinen Babinskin heijaste. Tarttumisrefleksi tulee myös esille, jolloin henkilö tarraa ovenpieliin eikä pysty irrottamaan otettaan. Tässä vaiheessa osalla voi esiintyä myoklonusta eli säpsähtelyä ja raajojen nytkähtelyä sekä epileptisiä kohtauksia. Taudin loppuvaiheessa raajat jäykistyvät, henkilö menettää kävelykykynsä, tulee inkontinenssia ja on syötettävä sekä vuoteeseen perushoidettava (Pirttilä ym. 2010, 133–134.)

### **3.2 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen**

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn osa-alueen heikentyminen, kyse on oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta. Aivojen magneettikuvaus on oleellinen Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän diagnostiikan väline, siinä havaittavia muutoksia ovat iskeeminen valkean aineen muutos, lakunaariset infarktit, kortikosubkortikaaliset infarktit ja atrofia (Erkinjuntti, Pirttilä 2010, 142.) Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen kattaa lisäksi aivoverenkiertosairaudesta ja samanaikaisesta muusta etenevästä aivosairaudesta, yleensä Alzheimerin taudista johtuvat kognitiiviset häiriöt (Jokinen ym. 2012, 1820.)

Vaskulaarisessa kognitiivisessa heikentymässä näkyy toiminnanohjauksen heikkeneminen sekä paikallisia neurologisia löydöksiä. Pienten suonten tauti on yleisin vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän alatyyppejä, joka johtuu aivojen ohuiden, läpäisevien aivoverisuonten ahtautumisesta ja niistä johtuvista aivoverenkierron, sekä aineenvaihdunnan muutoksista. Valkean aineen muutokset, sekä lakuunainfarktit aiheuttavat tarkkaavuuden ja tiedonkäsittelyn ohjauksen vaikeuksia, sekä hidastumista, jotka heikentävät myös muita kognitiivisia osa-alueita. Pienten suonten taudissa muistivaikeudet näkyvät yleensä työmuistin, mieleen painamisen ja muistista haun tehottomuutena, mutta nopea unohtaminen ei ole tyypillistä, kuten Alzheimerin taudissa (Jokinen ym. 2012, 1820.)

Suurten suonten tauti eli moni-infarktitauti, liittyy aterotromboosiin ja sydänperäisiin aivoinfarkteihin. Infarktit sijaitsevat suurten verisuonten suonitusalueilla, jolloin ne vaurioittavat aivokuorta. Kognitiivinen oirekuva on moniulotteinen ja se riippuu infarktin sijainnista, vasemman aivopuoliskon vauriot aiheuttavat afasiaa, kielellisen muistin häiriöitä, apraksiaa sekä lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen vaikeuksia. Oikean aivopuoliskon vaurioihin voi liittyä erityyppisiä ei-kielellisiä hahmotusvaikeuksia ja toispuoleinen huomioimishäiriö, lisäksi vaurioituneesta aivopuoliskosta huolimatta tavallisia oireita ovat vireystilan, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöt (Jokinen ym. 2012, 1820.)

Pienten suonten taudin varhaiset kognitiiviset oireet ja löydökset ovat toiminnanohjauksen häiriö ja siinä muistihäiriö on yleensä lievä, kun taas suurten suonten taudissa on kortikaalisia oireita, kuten afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa sekä toiminnanohjauksen häiriötä. Neurologisia löydöksiä pientensuonten taudissa on kävelyhäiriö, tasapainohäiriöt ja siihen liittyy kaatuiluriski, virtsaamishäiriöitä, extrapyramidaalioireita, lievää sanojen muodostamisen vaikeutta, kun taas suurten suonten taudissa on näkökenttäpuutosta, toispuolihalvausta, kävelyhäiriöitä, mielialahäiriöitä, persoonallisuuden muutosta ja psykomotorista hidastumista.

Oireiden alku ja eteneminen pienten suonten taudissa voi olla vaihteleva, hidas, tai nopeasti alkava ja se voi edetä tasaisesti tai portaittain, kun taas suurten suonten taudissa alku on nopea, jopa tunteja tai päiviä ja pahenee portaittain, oireet vaihtelevat ja sinä tulee tasaisia vaiheita (Erkinjuntti ym. 2010, 148.)

### 3.3 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tauti on keski-iässä ja vanhuksilla esiintyvä sairaus, jonka syy on jäänyt tuntemattomaksi. Parkinsonin taudin oireiden syy on väliaivojen dopaminergisten hermosolujen pikkuhiljaa etenevä tuhoutuminen, joka johtaa dopamiinin puutteeseen aivojen tyvitumakkeissa (Rinne 2010, 173).

Dopamiinin puute näkyy liikkeiden suorittamisen ja säätelyn vaikeutena, lihasjäykkyyden kehittymisenä sekä aloitekyvyn heikentymisenä. Dopamiinin tehtävänä on toimia hermoimpulssien välittäjänä solusta toiseen. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 94.)

Muutoksia voidaan havaita myös muissa välittäjäainejärjestelmissä, kuten asetyylikoliini-, noradrenaliini-, ja serotoniini järjestelmissä, nämä muutokset ilmenevät tarkkaavuuden heikentymisenä, vireystilan-, mielialan ja uni-valverytmin muutoksina. Parkinsonin tautia sairastavalle voi myös kehittyä Alzheimerintaudille tyypillisiä aivomuutoksia. Tavallisemmat tiedonkäsittelyn ongelmat Parkinsonin taudissa ovat tarkkaavuuden häiriöt, toiminnanohjauksen vaikeudet, muistin heikkeneminen sekä avaruudellisen hahmottamisen vaikeudet (Suhonen & Martikainen. n.d. 4; Rinne 2010, 175.)

Parkinsonin tautiin motoriikan oireiden lisäksi liittyy myös neuropsykiatrisia ja kognitiivisiä oireita. Diagnoosin saaneilla Parkinsonia sairastavilla potilailla noin puolella, on lievää kognitiivista heikentymää verrattuna samanikäisiin terveisiin

henkilöihin. Tiedonkäsittelyn ohjauksen vaikeuksia ja hidastumista aiheuttavat otsalohkoista aivojen syviin osiin kulkevien otsalohkopiirien toimintahäiriöt. Heikentymistä havaitaan tarkkaavuuden ylläpitämisessä, toimintaidean vuorottelussa, häiritsevien tekijöiden poissulkemisessa, työmuistissa sekä toiminnan suunnitelmallisuudessa ja joustavuudessa (Jokinen ym. 2012, 1820.)

Parkinsonin taudin edetessä siihen liittyy kognitiivisen toimintakyvyn laskua ja noin 70 %:lla potilaista dementian kriteerit täyttyvät kymmenen vuoden sisällä. Korkea ikä, vaikeat motoriset oireet, akineettisyyteen ja lihasjäykkyyteen painottuvat motoriset oireet, näköharhat sekä varhain ilmaantuneet kognitiiviset häiriöt ovat riskitekijöitä dementoitumiselle. Parkinsonin tautiin liittyvän dementian kriteerit täyttyvät päivittäisten toimintojen heikentymisen lisäksi niin, että häiriötä on ainakin kahdessa kognitiivisissa toiminnoissa, kuten tarkkaavaisuudessa, toiminnanohjauksessa, visuospatiaalisissa toiminnoissa sekä muistista hakemisessa (Emre, Aarsland, Brown, ym. 2007, 1689.) Taudinkuvaan voi kuulua myös muistihäiriötä, masennusta, kaatuilutaipumusta sekä tahdosta riippumattoman hermoston häiriöitä (Jaatinen & Raudasoja 2007, 290.)

### **3.4 Lewyn kappale tauti**

Lewyn kappale tauti alkaa yleensä noin 50 - 80 vuoden iässä vähitellen ja se on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, Lewyn kappaleiden, kertymistä aivojen kuorikerroksen alueelle (Muistiliitto 2009).

Lewyn kappale taudin tyypilliset oireet jaetaan varhaisessa vaiheessa ilmeneviin kognitiivisiin ja neuropsykiatrisiin oireisiin sekä myöhemmin tuleviin ekstrapyramidaalioireisiin. Lewyn kappaletaudissa näkyy tarkkaavuuden ja vireyden säätelyn sekä toiminnanohjauksen, näönvaraisen hahmottamisen häiriö kuten näkö-

harhoja sekä parkinsonityyppisiä oireita. Lewyn kappale taudin tyypillisimpiä ilmenemismuotoja ovat tarkkaavaisuuden ja vireyden vaihtelu sekä tähän liittyen kognitiivisten häiriöiden vaihtelevuus. Alzheimerin tautiin verrattuna vaikeuksia ilmenee enemmän visuaalisen suoriutumisen tehtävissä, kun taas muistitehtävät sujuvat paremmin (Oda, Yamamoto & Maeda 2009, 85–90. )

Lewyn kappale taudin diagnoosia tukevia piirteitä ovat toistuvat kaatumiset ja pyörtymiset, ohimenevät selittämättömät tajunanhäiriökohtaukset, harhaluulot ja visuaaliset hallusinaatiot, jotka ovat tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Henkilö pystyy hyvin tarkasti kuvaamaan näkemiään eläimiä tai ihmisiä. Lewyn kappale tautiin viittaava piirre on myös, että henkilöt ovat herkkiä neurolepteille, jopa pieni annos voi johtaa voimakkaaseen parkinsonismin pahenemiseen (Rinne 2010, 160.)

Lewyn kappale taudissa ei yleensä ilmene Alzheimerin taudille tyypillistä nopeaa unohtamista, mutta erilaisia toiminnanohjauksen häiriöitä esiintyy. Neuropsykiatrisista oireista tyypillisimpiä ovat näköharhat ja REM-unen aikaiset käy-tösoireet. Lewyn kappale -taudin ja Parkinsonin taudin muistisairauden kognitiivinen oirekuvaus on samantapainen. Näiden erottelussa on motoristen ja kognitiivisten oireiden ilmenemisjärjestys. Lewyn kappale taudissa kognitiiviset oireet alkavat samaan aikaan tai ennen motorisia oireita, kun taas Parkinsonin taudissa motoriset oireet kehittyvät vähintään vuosi ennen dementia asteista muistisairauden kognitiivista oireistoa (Jokinen ym. 2012, 1821.)

### **3.5 Otsa-ohimolohkorappeumat**

Otsa- ohimolohkorappeumat ovat harvinaisia, mutta työikäisillä todetuista muistisairauksista niiden osuus on yli 10 % (Muistiliitto 2009). Otsa-ohimolohkorappeuman vauriot keskittyvät aivojen etuosiin, sen kuvaus on epä-



yhtenäinen ja siitä voidaan erottaa kaksi erityyppistä oiretta, jotka ovat frontotemporaalinen dementia eli käyttäytymisvariantti ja primaariprogressiivinen afasia eli kielellinen variantti (Jokinen ym. 2012, 1821.)

Otsa- ohimolohkorappeuma on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, jolle on tyypillistä aivojen otsalohkojen toiminnan heikentyminen ja siitä johtuvat oireet. Otsa- ohimolohkorappeuma käsittää kolme erityyppistä syndroomaa, frontotemporaalisen dementian, etenevän sujumattoman afasian ja semanttisen dementian (Rinne, J. & Remes, A. 2010, 165.)

Otsa-ohimolohko rappeumassa tulee esille erityyppiset käytösoireet, toiminnanohjauksen heikkeneminen sekä kielelliset ongelmat. Neurologisen tutkimuksen löydökset ovat normaaleja (Muistisairaudet 2010.)

### **3.5.1 Frontotemporaalinen dementia**

Frontotemporaalisessa dementiassa näkyy persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, muisti on alussa paremmin säilynyt. (Rinne ym. 2010, 165.) Taudille on tyypillistä hiipivä alkua ja se etenee vähitellen. Frontotemporaalisen dementian varhaisessa vaiheessa sairauden oirekuvassa ilmenevät neuropsykiatrisia oireita sekä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksia, oireita ovat estoton ja impulsiivinen käyttäytyminen, rutiininomaiset pakkotoiminnot, varhainen sosiaalisen käyttäytymisen muutos, apatia, aloitekyvyttömyys sekä puheen vähäisyys. Kognitiiviset oireet ovat tyypillisiä otsalohkojen toimintahäiriöille ja liittyvät toiminnanohjaukseen. Muutoksia näkyy kognitiivisessa joustavuudessa, havainnointikyvyssä sekä toiminnan suunnittelussa. Yleistä ovat myös tiedonkäsittelyn hitaus, juuttuminen sekä ajatuksen juoksun rönsyily. Puheentuotto voi vaikeutua juuttuvuuden tai pakko toistamisen takia (Rinne ym. 2010, 166–167.)

Sairaudentunto on yleensä puutteellinen eli sairastunut ei itse pysty arvioimaan toimintakyvyssään tapahtuneita muutoksia (Rinne & Vataja 2010).

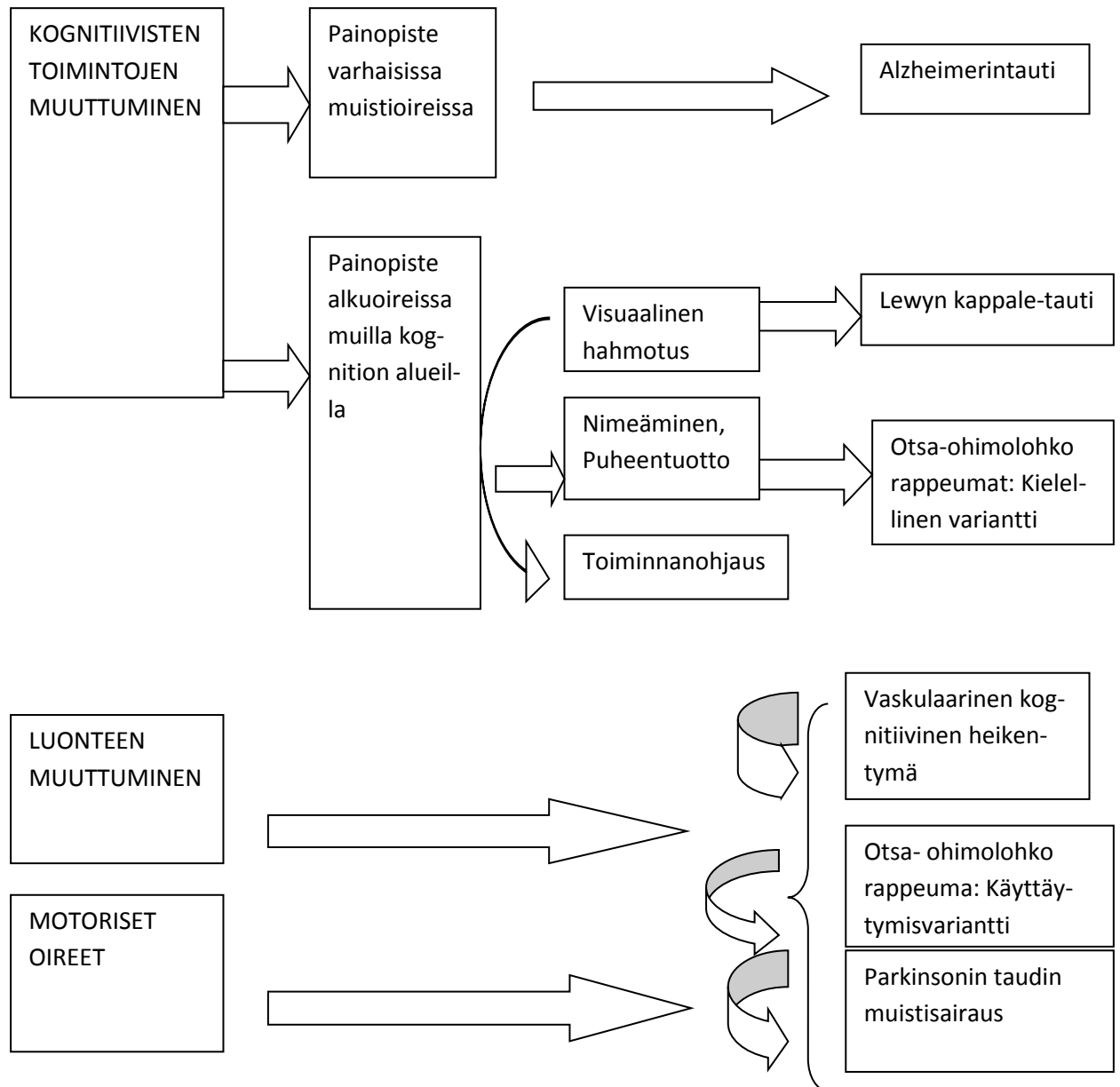
### **3.5.2 Etenevä sujumaton afasia**

Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuotto on työlästä ja puheessa tulee esille kieliopillisia virheitä, henkilöillä voi olla sanojen hakemista sekä lukemista tai kirjoitusvaikeuksia. Muut kognitiiviset osa-alueet säilyvät ennallaan (Rinne ym. 2010, 165.) Etenevän sujumattoman afasian keskeiset diagnostiset piirteet ovat sen hiipivä alkua ja se etenee vähitellen, puheen tuotto on sujumatonta ja lisäksi ainakin yksi näistä seuraavista muun muassa kieliopin rakenne on köyhtynyt, sanavääritymät ja nielemisvaikeudet kuuluvat sen tyypillisiin piirteisiin (Rinne ym. 2010, 168–169.)

### **3.5.3 Semanttinen dementia**

Semanttista dementiaa sairastava on hukannut sanojen merkityksen, voi olla vaikeasteinen sanojen löytämisen vaikeus, mutta puheen tuotto on sujuvaa. Esineiden tunnistuskyky on heikentynyt ja muisti on suhteellisen hyvin säilynyt (Rinne ym. 2010, 165.) Semanttisen dementian keskeisiin diagnostisiin piirteisiin kuuluvat sen hiipivä alkua ja se on vähitellen etenevä, kielelliset häiriöt, sanojen merkityksen katoaminen, sanavääritymät, esineiden tunnistamisen vaikeus ja tuttujen kasvojen tunnistamisen ongelma. Kyky tunnistaa kuvien samankaltaisuutta tai kopioida niitä on säilynyt ja yksittäisten sanojen toistamiskyky sekä kyky lukea ääneen, tai kirjoittaa sanoja sanelusta säilyvät (Rinne ym. 2010, 169.)

### 3.6 Yleisempien etenevien muistisairauksien varhaisia piirteitä



KUVIO 1 Yleisimpien etenevien muistisairauksien piirteitä

Etenevien muistisairauksien erotusdiagnostisia piirteitä varhaisen vaiheen oireiden mukaan (Jokinen ym. 2012,1817).

## 4 MUISTIASIAKKAAN TUTKIMUKSET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Muistioireen syy selvitetään aina mahdollisimman tehokkaasti ja perusselvitykset tehdään aina perusterveydenhuollossa. Suljetaan aina ensin pois somaattiset sairaudet, jotka voivat heikentää muistia. Perusselvitysten tarkoituksena on löytää parannettavissa olevat syyt muistioireille sekä löytää spesifistä hoitoa vaativat tilat, joista tärkein on masennus. Terveystenhoitohenkilöstön olisi osattava tunnistaa oirekuvaltaan tyypillisimmät sekä yleisimmät muistisairaudet ja tunnistaa erikoisosaamista edellyttävät tilanteet. Jos potilas tarvitsee lisätutkimuksia, hänelle kirjoitetaan lähete muistipoliklinikalle, joka voi olla perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon järjestämä. Alle 65-vuotiaat ohjataan neurologian muistipoliklinikalle (Aho, Aukee, Jokiranta, Kalliopohja, Karhu, Keikkala, Liuha, Rantala, Ranua & Tikkamäki 2012.)

Jos muistitutkimuksia ei voida jostain syystä käynnistää omassa terveyskeskuksessa, ohjataan asiakas Jyväskylän kaupungin muistineuvolaan, jonka tavoitteena on tunnistaa muistioireet jo alkuvaiheessa sekä ohjata asiakas oikeanlaisen hoidon ja tuen piiriin. Muistineuvolan palveluihin voi hakeutua ilman lähetettä. Muistineuvola on tarkoitettu 65 vuotta täyttäneille henkilöille, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon piirissä (Jyväskylän kaupunki 2013.)

## **4.1 Arvio muistioireista**

Muististaan huolestuneen asiakkaan tutkimuksiin vastaanotolla, lääkärin kuuluu tehdä huolellinen anamneesi ja läheisen haastattelu. Lisäksi tulisi myös selvittää potilaan kapasiteetti ja saavutettu henkinen suorituskyky, koulumenestys, koulutustaso, mahdolliset erityisvaikeudet, kuten lukihäiriö, työhistoria, yleistila, aivojen toimintaa heikentävät tekijät, lääkitys sekä päihteidenkäyttö. Muistihäiriösaikauksien alkuvaiheen tutkimuksessa toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemuksesta on hyötyä (Muistisairaudet 2010.)

## **4.2 Kliininen tutkimus**

Kliinisessä tutkimuksessa tehdään suppea kliininen neurologinen tutkimus, jossa havainnoidaan kävely ja liikuntakyky, testataan puolioireet, parkinsontyyppiset oireet, puhe, silmänliikkeiden häiriöt, apraksia sekä selvitetään potilaan yleis- ja verenkiertoelimistön tila. Käyttöoireet arvioidaan asiakasta haastatteleamalla, jossa kartoitetaan mieliala, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, levottomuus tai muu poikkeava käyttäytyminen sekä persoonallisuuden muutos (Muistisairaudet 2010.)

## **4.3 Muistin ja tiedonkäsittelyn arviointi**

Kognitiivisilla eli tiedonkäsittelyn oireilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyn osa-alueiden heikentymisen ilmenemistä tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, abstraktin ajattelun, orientaation, kielellisen toiminnon, muistitoiminnon sekä visuospatiaalisissa tai visuokonstruktiivisissa toiminnoissa (Muistisairaudet 2010).

Muistioireen alkuvaiheen selvittelyissä keskeisessä asemassa on anamneesi ja läheisen haastattelu, jossa selvitetään henkilön kognition lähtötasoa, milloin oireet ovat alkaneet, millaisia oireita on ilmennyt, yleinen terveydentila, perussairaudet, lääkitys sekä päihteidenkäyttö. Muistin ja tiedonkäsittelyn osa-aluetta sekä kognitiota arvioidaan henkilön haastattelulla, jossa selvitetään vireystaso, keskittyminen, orientaatio, arvostelu- ja päättelykyky, muisti sekä puheen ymmärtäminen ja tuottaminen kognitiivinen tehtäväsarja Ceradilla (Muistisairaudet 2010.)

Käypähoito suositus suosittaa alkuvaiheen selvittelyissä muistikyselyä asiakkaalle sekä läheiselle, jonka voi tehdä lääkäri tai terveydenhuollon ammattihenkilöstö. Vaihtoehtoisesti selvittelyissä voi käyttää Cerad kognitiivista tehtäväsarjaa, jonka voi tehdä koulutettu muistihoitaja tai siihen erillisen koulutuksen saanut henkilö (Muistisairaudet 2010.)

Vuonna 2008 julkaistussa asiantuntijasuosituksessa todettiin, että kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa MMSE-tutkimus ei ole tarpeeksi herkkä tunnistamaan muistisairauksien varhaisvaiheen muutoksia ja Cerad tehtäväsarjan todettiin soveltuvan paremmin ensivaiheen arviointimenetelmäksi (Suhonen ym. 2008, 11).

CERAD-tehtäväsarjan tehtävät arvioivat sekä välitöntä sekä viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista, toiminnan ohjausta sekä sujuvuutta. Tehtäväsarjassa huomioidaan keskeiset älyllisen suoriutumisen osa-alueet, jotka muistisairauden alkuvaiheessa heikkenevät. Tehtäväsarjan tarkoitus ei ole korvata varsinaista neuropsykologista tutkimusta, vaan olla apuna alkuvaiheen selvittelyssä, joille tarkemmat muistisairauden tutkimukset ovat aiheellisia (Cerad kognitiivinen tehtäväsarja n.d.)

MMSE on älyllistä muistia ja tiedonkäsittelyn osa-aluetta mittaava lyhyt testi. Se on tarkoitettu vaikeamman, arkitoimintoja hankaloittavan muistisairauden vaiheen tunnistamiseen. Testi ei sovellu varhaisen muistioireen seulontaan. Korkeasti koulutetut menestyvät testissä keskimääräistä paremmin. Lievissä muistihäiriöissä sekä älyllisesti harjaantuneilla henkilöillä testitulokset saattaa olla normaali, huolimatta selvästäkin älyllisen toimintakyvyn muutoksesta (Erkinjuntti 2010.)

Muistipotilaan tunnistamisessa keskeisiä työkaluja ovat oirekyselyt, muistin ja tiedonkäsittelyn arvioiminen, arkiselviytymisen arvioiminen sekä mielialan ja käytösoireiden arviointi (Erkinjuntti 2010).

Päihteiden käyttöä voidaan kartoittaa AUDIT-testillä. Riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista mittaava testi AUDIT on tunnetuin. AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä testi. Kysymykset liittyvät alkoholin käytön tiheyteen, tavallisesti käytettyyn alkoholimäärään, humalajuomiseen ja sen haittoihin (Päihdelinkki 2008.)

#### **4.4 Laboratoriotutkimukset**

Mikäli kliinisen tutkimuksen jälkeen herää epäily muistisairaudesta, tehdään yleensä lähete laboratoriotutkimuksiin. Perusterveydenhuollossa otetaan KSSHPOhjeiden mukaisesti laboratoriotutkimuksia B-PVK, P-Krea, P-K, P-Na, P-Ca-Ion, fP-Gluk, S-B12-Vit, fE-Folaat, P-TSH, P-T4-V, B-La, P-ALAT, P-AFOS, Pt-EKG-12 (Rissanen, Karppi, Honkimäki, Suhonen, Hänninen, Karhu, Kalliopohja & Rahkonen 2007). Harkinnan mukaan myös kolesteroliarvot fS-Klo, fS-Kol-HDL, fS-Klo-LDL ja triglyseridi. Tutkimuksilla suljetaan pois esimerkiksi metaboliset sairaudet kuten diabetes ja hypotyreoosi, sisäelinsairaudet kuten maksan ja munu-

aisten sairaudet, elektrolyyttihäiriöt sekä vitamiinipuutostilat (Strandberg & Alhainen 2006, 215).

Verenpaine mitataan istualtaan ja seisten, koska sen taso on hyvä tietää ennen mahdollisen lääkityksen aloittamista (Rissanen ym. 2007).

Käypähoito suosituksen mukaan otetaan verenkkuva, glukoosi, natrium, kalium, kalsium, kilpirauhasen, maksan ja munuaisten toimintakokeet, B<sub>12</sub>-vitamiini ja harkinnanvaraisesti lipidit sekä lasko. EKG otetaan jos harkitaan AKE:n estäjä - lääkityksen aloitusta (Muistisairaudet 2010.)

#### **4.5 Muistihoitajan tutkimukset perusterveydenhuollossa**

Terveyskeskuksissa tulee olla muistihoitajia, jotka tekevät lääkärin määräämät muisti- ja toimintakykytestit. Muistihoitaja toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudinmäärittämisessä, hoidossa, ohjannassa sekä seurannassa (Aho ym. 2012.)

Jos haastattelussa tai muistiseulassa tulee epäily muistisairaudesta, ohjataan potilas muistihoitajalle tai henkilölle, joka on koulutettu tekemään tarkemmat muistiin ja toimintakykyyn liittyvät tutkimukset. Näitä ovat CERAD, ADCS-ADL, GDS-15/BASDEC, CDR, GDS-FAST sekä muistikysely läheiselle (Aho ym. 2012.)

Toimintakyvyn ja asiakkaan tilan vaikeusasteen arviointiin käytetään CDR, Clinical Dementia Rating- ja GDS- FAST asteikkoa. GDS, Geriatrinen depressioasteikko on tarkoitettu iäkkäiden henkilöiden masennuksen arviointiin (Muistisairaudet 2010.)



ADCS- ADL haastattelun tehdään läheiselle, joka tuntee hyvin tutkittavan. Tarkoituksena on selvittää tutkittavan todellista omatoimista suoriutumista viimeksi kuluneen neljän viikon aikana (Rosenvall 2010).

Tutkimusten valmistuttua, lääkäri arvioi verikokeiden ja Cerad poikkeamien perusteella, onko aihetta lähettää asiakas jatkoselvityksiin muistipoliklinikalle.

Jos lääkäri katsoo aiheelliseksi lähettää asiakkaan jatkotutkimukseen muistipoliklinikalle perusselvitysten valmistuttua, hän tekee pyynnön pään magneettikuvaukseen ostopalveluna sekä tekee lähetteen Thorax- Rtg, joka voi olla korkeintaan ½ vuotta vanha (Aho ym. 2012.)

Jos asiakkaalla on subjektiivinen ja objektiivinen muistioire, voidaan jäädä myös seurantalinjalle jolloin 6-12 kk kuluttua tehdään uusi Cerad kognitiivinen tehtäväsarja (Tikkamäki 2012). Todettaessa viitteitä etenevästä muistisairaudesta tai CERAD-tehtäväsarjan jonkin osion kohdalla löytyy poikkeavuutta, mutta muistisairaus diagnoosia ei voida tehdä, seurataan potilasta säännöllisesti tilanteen mukaan puolen vuoden tai vuoden välein (Erkinjuntti & Rosenvall 2013).

## **4.6 Aivojen kuvaus**

Aivojen magneettikuvaus on ensisijainen tutkimus etsittäessä muistisairauksille tunnusomaisia piirteitä. Magneettikuvaus on herkempi ja tarkempi osoittamaan muistisairauksille tyypillisiä rakenteellisia kuin tietokonetomografia, eikä potilas altistu säteille (Muistisairaudet 2010.)

## 4.7 Jatkohoitoon muistipoliklinikalle

Lisätutkimuksia varten potilas lähetetään ensisijaisesti Jyväskylän yhteistoiminta-alueen muistipoliklinikalle, joka on perusterveydenhuollon järjestämää tai erikoissairaanhoidon Muistipoliklinikalle Keskussairaalaan. Alle 65-vuotiaat ohjataan aina neurologille (Tikkamäki 2012.)

Kun muistiasiakas ja hänen omaisensa kutsutaan keskussairaalan muistipoliklinikalle, muistihoitaja tekee yleensä uudestaan Cerad tutkimuksen asiakkaalle, jos edellisestä on kulunut jo useita kuukausia. Lääkäri ja muistihoitaja haastattelevat vuorotellen saattajaa kartoittaakseen potilaan toimintakykyä päivittäisissä perustoiminnoissa sekä asioiden hoitamisessa. Lääkäri haastattelee muistiasiakkaan tarkasti, pystyäkseen tekemään tarkan anamneesin asiakkaasta. Tutkimustulokset käydään lääkärin johdolla läpi, jonka jälkeen tehdään diagnoosi sekä jatkohoitosuunnitelma. Sairaanhoidopiiri pyrkii siihen, että tulevaisuudessa kaikista 65 vuotta täyttäneistä muistipotilaista on otettu jo perusterveydenhuollossa laboratoriokokeet, ekg, pään tietokonekuvaus sekä toimintakykytestit. Tällöin tarvittaisiin vain yksi käynti keskussairaalan muistipoliklinikalla (Rissanen ym. 2007.)

## 4.8 Lähetteen keskeiset tiedot muistipoliklinikalle laitettaessa perusterveydenhuollosta

Muistipoliklinikalle laitettavaan läheteeseen kuvataan muistiasiakkaan koulutus, ammatti, tieto ajokortista, aseista, yleinen terveydentila, perussairaudet, lääkelista, arjessa selviytymisen kuvaus, aivojen toimintaa heikentävät tekijät sekä päihteiden käyttö. Läheteeseen ilmoitetaan lisäksi asiakkaan oirekokonaisuus, ensioireet, oireiston kehittyminen ja etenemistapa, tehdyt Cerad tulokset, labora-

toriokokeet, pään CT/MRI sekä poliklinikkakäynnille mukaan tulevan läheisen tai hoitajan yhteystiedot (Aho ym. 2012.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa terveydenhuollon ammattihenkilöille Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksiin muistiasiakkaan varhaisesta tunnistamisesta ja tutkimuksista hoitokartta sähköisessä muodossa sisäiseen tietokantaan (Aatuun). Sähköisen hoitokartan etusivu on esitetty liitteessä 1. Hoitokartasta terveydenhuollon ammattihenkilöstö voi muistisairautta epäillessä tarkistaa ajan tasalla olevat alkuvaiheen tutkimukset ennen muistipoliklinikalle lähettämistä ja yleisempien muistisairauksien varhaiset oireet tiivistetyssä muodossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten terveydenhuollon ammattihenkilöstö tunnistamaan muistisairauksia jo varhaisessa vaiheessa.

Sähköisen ohjeen avulla terveydenhuollon ammattihenkilöstö pystyy hahmottamaan nopeasti muistiasiakkaan yhtenäisen hoidon Jyväskylän Yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksissa, tutkimuksiin pääsy nopeutuu sekä näin taataan tarvittavien tutkimusten ottaminen ennen muistipoliklinikalle laittamista. Asiakkaan kannalta hyöty on, että mahdollinen diagnoosi ja hoito voi alkaa varhaisessa vaiheessa, jolloin sairaus ei ole edennyt vielä pitkälle. Mitä varhaisemmassa vaiheessa muistihäiriö todetaan, sitä paremmin voidaan vaikuttaa erilaisilla hoitokeinoilla asiakkaan toimintakykyyn, sen ylläpitämiseen ja hyvään täysipainoiseen elämään jolloin kotona asuminen mahdollistuu pidempään.

Ohjeet perustuvat Käypähoito suosituksiin sekä tutkittuun tietoon. Lisäksi haastattelimme Keski-suomen sairaanhoitopiirin geriatria, häneltä tarkistimme perusterveydenhuollossa tehtävät tutkimukset, että ne olisivat yhtenäiset.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän Yhteistoiminta-alueen Terveystieteiden keskuksen kanssa. Yhteyshenkilönä toimii Palokan osasto 2:lta Osastonhoitaja Helena Ilomäki. Tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen on haettu Jyväskylän kaupungilta.

Selvitimme kirjallisuuden avulla yleisempien etenevien muistihäiriöiden oirekuvauksia ja tutustuimme muistisairauksista tehtyihin väitöskirjoihin sekä opinnäytetöihin. Käytimme myös asiantuntija haastattelua, jossa tarkensimme perusterveydenhuollon tehtävää ennen muistipoliklinikalle lähettämistä sekä tutkimusten ja verikokeiden tarpeellisuutta. Asiantuntijahaastattelun avulla tarkensimme suositusten antamaa tietoa ja näin saimme ajankohtaista ja käytännönläheistä tietoa aiheesta. Opinnäytetyön aineistona käytettiin monipuolisesti suomalaista ja kansainvälistä kirjallisuutta sekä internet lähteitä koskien yleisempiä eteneviä muistihäiriöitä.

Rajasimme työn niin, että käsittelemme yli 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä ja työssä kuvaamme vain yleisempiä eteneviä muistisairauksia.

Aloimme opinnäytetyön aiheen suunnittelulla elokuussa 2012. Työskentelemme perusterveydenhuollossa terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, jossa hoidetaan paljon erivaiheessa olevia muistipotilaita. Opinnäytetyön aihevalinta muistiasiakas perusterveydenhuollossa muotoutui siten luonnolliseksi valinnaksi. Totesimme osastonhoitaja Helena Ilomäen kanssa, että muistisairauden varhaisen vaiheen tunnistamisessa on puutteita terveydenhuollon ammattihenkilöillä ja työn tueksi kentälle tarvitaan yleisempien etenevien muistisairauksien tunnistamiseksi tiivistetty ohje, joka on näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaa.

Lokakuussa 2012 sovimme ajan keskussairaalan muistipoliklinikalle, jossa geriat-  
ri Ritva Tikkamäki vastasi kysymyksiimme yhdessä sairaanhoitaja Katariina Kal-  
liopohjan kanssa siitä miten kannattaisi lähteä opinnäytetyötä viemään eteen-  
päin, mitä asioita kannattaisi koota muistipotilaasta, miten toimii hoitopolku  
Keski-Suomessa. Opinnäytetyön aloittaminen tuntui hyvin vaativalle, koska tie-  
toa muistisairauksista ja hoitopoluista löytyi, mutta se oli levällään eri lähteissä ja  
halusimme tuoda etenevistä muistisairauksista tiivistetyn tietopakettin tervey-  
denhuollon ammattihenkilöille. Muistiasiakkaan tutkimukset perusterveyden-  
huollossa halusimme koota samaan pakettiin, josta voi helposti tarkistaa mitkä  
ovat perusterveydenhuollon tehtävät ennen muistipoliklinikalle lähettämistä.

Syksyllä 2012 sovimme ensimmäisen tapaamisen myös koululle opinnäytetyön  
ohjaajien kanssa, opettajat antoivat vielä omaa näkökulmaansa työn edistämiseen  
ja tiedon hankintaan.

Syksyllä 2012 ja keväällä 2013 aloimme kerätä kirjallisuudesta perustietoa etene-  
vistä muistisairauksista. Mielessä oli kuitenkin että ”jotain puuttuu” että opin-  
näytetyö palvelisi mahdollisimman monipuolisesti eri sektoreilla työskenteleviä  
hoitajia ja miksipä ei lääkäreitäkin.

Opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista tutkimusmenetelmää. Toiminnallinen  
opinnäytetyö on työelämä- ja käytännönläheinen. Siinä voi olla ohjeistamista,  
opastamista tai toiminnan järjestämisen kuvausta. Toiminnallisen opinnäytetyön  
toteutustapa voi olla vihko tai opas, kuten meidänkin työssämme (Vilkkä & Ai-  
raksinen 2003, 9-10.)

## 7 SÄHKÖISEN HOITOKARTAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Suunnittelimme opinnäytetyön kirjallisen osuuden tueksi aluksi kirjallista ohjekansiota terveydenhuollon ammattihenkilöille. Asiaa tarkemmin pohdiskellen tulimme siihen tulokseen, että hoitokartta sähköisessä muodossa on nykyaikaa ja helposti luettavissa ja etsittävässä.

Teoriatiedon ja haastattelun pohjalta rakensimme hoitokarttaan sisältöalueet. Rakensimme hoitokartan sisältöä suositusten ja asiantuntijahaastattelujen tuoman tiedon pohjalta, jossa määriteltiin teorettinen viitekehys, jonka pohjalta lopullinen ohjekansio luotiin.

Kesällä 2013 aloimme suunnitella hoitokarttaa muistiasiakkaan tutkimuksista ja yleisemmistä etenevistä muistisairauksista sekä niiden oirekuvauksista. Huomasimme, ettei muistipotilaan hoitokarttaa löytynyt Aatusta. Otimme yhteyttä Jyväskylän kaupungin kehittämishoitajaan Johanna Pekkilään, joka ohjasi alkuvaiheessa miten muita hoitokarttoja on tehty ja mitä sisältöön kannattaa laittaa. Kehittämishoitaja oli hyvin aktiivinen ja antoi täyden tukensa sähköisen hoitokartan tekemiseen.

Tavoitteeksi asetimme että, hoitokarttaa, joka on helposti löydettävissä, voidaan hyödyntää jokapäiväisessä hoitotyössä avopuolella, osastoilla sekä kotihoidossa. Suunnittelimme hoitokartan sisällön niin, että siinä löytyy yleisimmistä etenevistä muistisairauksista oirekuvaukset ja muistiasiakkaan tutkimukset perusterveydenhuollossa, lisäksi siinä painotettiin sen helppolukuisuutta ja selkeyttä luotettavaan tutkittuun näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen.

Kriteereinä oli myös, että tiedon muistiasiakkaan tutkimuksista tulee olla helposti löydettävissä ja saatavilla kun sitä tarvitaan. Sähköisessä muodossa oleva muistiasiakkaan hoitokartta on hyödyksi niin avosairaanhoidossa kuin vuodeosastoillakin. Jyväskylän Yhteistoiminta-alueella on käytössä sisäinen Aatu intranet, josta voi hakea tietoa, lomakkeita ja erilaisia hoitokarttoja. Aatusta löytyy mm. hoitokarttoja eri infektiotautien hoitoon, mutta ei mitään muistiasiakkaan hoidosta. Saimme viestiä myös avosairaanhoidon kentältä, että tarvetta olisi juuri muistipotilaan hoitokartalle.

Elokuussa 2013 aloimme työstää sähköistä hoitokarttaa sopimalla henkilökohtaisen tapaamisen Jyväskylän Yhteistoiminta-alueen kehittämishoitajan kanssa. Kehittämishoitaja antoi vinkkejä käytännön kautta mitä, millaista tietoa hoitajat tarvitsevat, kun potilas tulee aluesairaanhoidajan vastaanotolle.

Hoitokartan suunnittelu oli mielenkiintoista ja tempaisi mukaansa. Oli mukava olla tekemässä jotain hyödyllistä josta ihan konkreettisesti tulee olemaan hyötyä terveydenhuollon ammattilaisille päivittäisessä työssään. Haasteellista oli asettua sellaisen hoitajan asemaan, jolle muistisairauksien varhaiset piirteet eivät ole lainkaan tuttuja ja toisaalta on vahvojakin ammattilaisia, joilla on tietoa ja taitoa hoitaa muistipotilaita. Hoitokartta on pyritty suunnittelemaan hyvin selkeäksi, helposti luettavaksi. Olemme linkittäneet tekstiä tutkittuun tietoon, kuten Käypä hoito sivustoille. Olemme Jyväskylän Kaupungin työntekijöinä sitoutuneet päivittämään hoitokarttaa ja pitämään ajan tasalla.



## 8 SÄHKÖISEN HOITOKARTAN ARVIOINTI

Lähetimme sähköisen version Muistipotilaan hoitokartasta kymmenelle aluehoitajalle, osalla heistä oli vastuualueina muistiasiakkaat, 3 osastolla työskentelevälle hoitajille, muistipoliklinikan hoitajalle sekä geriatrille katsottavaksi ja kommentoitavaksi. Yhtään kehittävää kommenttia ei saatu hoitokarttaan liittyen, mutta hoitokartan viimeisellä sivulla on meidän sähköpostiosoitteet, johon voi laittaa tulevaisuudessa kehittämis- tai korjausehdotuksia meille vielä julkaisun jälkeenkin. Lisäksi olemme lähettäneet hoitokartan kommentoitavaksi kehittämisshoitaja Johanna Pekkilälle muutamia kertoja hoitokarttaa työstäessä ja häneltä olemme saaneet hyviä korjaus- ja lisäys ehdotuksia, jotka olemme lisänneet sitten hoitokarttaan. Tähän kokosimme kommentit, joita saimme aluehoitajilta.

”Muistipotilaan hoitokartta näyttää hyvältä tiiviiltä paketilta, josta helposti näyttää löytyvän tarvittava asia”.

”Näyttää hyvälle, olette tehneet hyvää työtä”.

”Hyvä apuväline arjen työhön, kun ei noita muista mitä pitää ottaa huomioon jos muistipolille laittaa potilasta”.

”Kiitos ja kumarrus jo tähän asti tekemästänne upeasta työstä, tarvitsemme juuri tällaisia arkipäivän työntekoa helpottavia työkaluja!”

”Wautsiwau, upea hoitokartta on syntynyt”

”Ylistin, kun oli niin helppo ja selkeä. Rakennettu samaan tapaan kuin ne muut meidän hoitokartat. Ei muuta kuin ihan yleiseen jakoon, kyllä on tarvetta. Varsinkin juuri tällaiselle kuin minä jolla ei

ole niin paljon kokemusta muistisairaista, joten tuollainen peruspakki olisi ihan hyvä työkalu avuksi”

Käytännöntyö näyttää aikanaan kuinka toimiva hoitokartta tulee olemaan, muistipotilaan hoitokartta on hyvä alku kehittää sivustoa vieläkin toimivammaksi.

## 9 POHDINTA

Huomasimme opinnäytetyötä tehdessämme asiantuntija suosituksen, että vuonna 2008 oli jo todettu kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa, ettei MMSE-tutkimus ole tarpeeksi soveltuva tunnistamaan muistisairauksien varhaisvaiheen muutoksia, vaan Cerad tehtäväsarja oli todettu soveltuvan paremmin ensivaiheen arviointimenetelmäksi. Omassa työssämme terveydenhuollossa olemme huomanneet, että yleinen muistisairauden alkuvaiheen tutkimus on juuri tuo MMSE testi, joka määrätään tehtäväksi jos on epäilyä muistisairaudesta.

Vuosien varrella työssämme olemme havainneet, että terveydenhuollon työntekijöillä ei ole tarpeeksi tietoa tunnistaa muistisairauksien varhaisia piirteitä ja terveydenhuollon koulutuksessa niiden käsittely on hyvin vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Pikaisen kahvihuonegallupin mukaan, avopuolella aluehoitajat toivoivat Aatuun, sähköiseen muotoon, eri etenevien muistisairauksien varhaista oireistoa ja sitä, että muistipoliklinikalle tarvittavat tutkimukset olisi selvästi yhdessä paikassa josta ne löytyisivät.

Nykyään muistisairauksista voidaan puhua jopa kansansairautena, joten nyt ja tulevaisuudessa täytyy jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella olla valmiudet tunnistaa muistisairauden varhaisen vaiheen oireita ja kykyä ohjata muistioireinen asiakas hoitoon mahdollisimman varhain. Asiakkaalle on hyötyä, että hoito saadaan alkamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Taudin kulkua voidaan tällöin usein hidastaa ja toimintakyky säilyy pitempään, kun etenevään muistisairauteen saadaan mahdollisesti lääkitys. Lisäksi tästä on suuri hyöty kansantaloudellisesti, kun laitoshoitovaihe siirtyy.

Haasteena koimme aikataulun sovittamisen yhteen kolmen tekijän, vuorotöiden, koulun ja perheen kanssa. Opinnäytetyön eri vaiheita jaoin keskenämme ja pidimme paljon yhteyttä tapaamisten lisäksi myös sähköpostin ja puhelimen välityksellä. Lisäksi tietotekniset ongelmat toivat haastetta työn etenemiselle, sillä opinnäytetyöstä hävisi suuri osa ja työ oli aloitettava alusta, näin opimme tallentamaan työn useaan eri kohteeseen. Opinnäytetyön tekeminen venähti näiden syiden takia melko pitkälle. Näyttöön perustuvaan lähteiden etsimiseen meni runsaasti aikaa ja käytettyjä työtunteja on vaikea arvioida, lähteitä olemmekin käyttäneet runsaasti tässä työssä.

Yhdessä tekeminen auttoi avaamaan uusia näkökulmia asioiden esittämiseen ja tiedon julki tuomiseen sekä saimme todella hyviä keskusteluja aikaiseksi asian tiimoilta. Olimme erittäin positiivisesti yllättyneitä, kuinka työtoverimme odottavat saavansa työmme tuloksen käsiinsä ja hyödyntämään sitä päivittäisessä työssään. Opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa ja opettavaista sekä antoi uusia näkökulmia muistiasiakkaan kohtaamiseen ja tunnistamiseen. Tieto etenevistä muistisairauksista on syventänyt ammatillista osaamistamme opinnäytetyötä tehdessä ja tulevaisuudessa pystymme jakamaan oppimaamme kollegoillemme päivittäisessä työssämme.

## LÄHTEET

Aho, T., Aukee, M., Jokiranta, P., Kalliopohja, K., Karhu, K., Keikkala, S., Liuha, S., Rantala, N., Ranua, J., & Tikkamäki, R. 2012. Alueellinen muistipotilaan hoitoketju. Viitattu 20.6.2013.

[Http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo99577&p\\_haku=muistisairaus%20hoitopolku](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99577&p_haku=muistisairaus%20hoitopolku).

Cerad kognitiivinen tehtäväsarja. Viitattu 10.8.2013.

[Http://www.cerad.fi/fi/etusivu](http://www.cerad.fi/fi/etusivu).

Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., ym.2007 Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord*, 22.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Porvoo: WSOY

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.

Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa: Erkinjuntti, T. & Rinne, J & Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Duodecim: Karisto.

Erkinjuntti, T. 2010. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.6.2013.

[Http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00880&p\\_haku=alzheimer](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00880&p_haku=alzheimer).

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Muistisairaudet. Duodecim. Helsinki: Ws Bookwell Oy.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Duodecim. Helsinki: Ws Bookwell Oy.

Erkinjuntti, T. & Rosenvall, A.2013. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkärinkäsikirja. Käypähoito. Kustannus Oy Duodecim.

Hervonen, A.2008. Muistisairauksien diagnostiikka. Muistihoitaja seminaari. Luento. Tampere.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2007. Kansamme taudit. Helsinki: WSOY.

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 Lääkäri lehti 23, 1816 -1819.

Jyväskylän Kaupunki. 2013. Muistipalvelut. Viitattu 8.9.2013.  
[Http://www.jyvaskyla.fi/ikaantyneet/arjentuki/muistipalvelut](http://www.jyvaskyla.fi/ikaantyneet/arjentuki/muistipalvelut).

Karma P. Hoitosuosituksset ja hoitoketjut, parempaan laatuun kohtuuhintaan. 1999. Käyt Lääk, 42.

Muistiliitto ry. 2009. Muistisairauksien oireisto. Viitattu 19.1.2013.  
[Http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistisairaudet/muistisairauksien\\_oireisto/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/muistisairauksien_oireisto/).

Muistiliitto ry. 2009. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 4.3.2013.  
[Http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistisairaudet/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/).

Muistiliitto ry. Lewyn kappale-tauti. Viitattu 7.6.2013.  
[Http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/lewyn-kappale-tauti/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/lewyn-kappale-tauti/).

Muistisairaudet. 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Käypähoito. Viitattu 3.6.2013.  
[Http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http).

Niemi, V. 2012. Turvallisia vuosia ikääntyneille, selvitys ikääntyneiden turvallisuus tilanteesta Suomessa. Sisäinen turvallisuus, sisäasiainministeriön julkaisuja 27/2012.

Oda, H., Yamamoto, Y., Maeda, K. 2009. Neuropsychological profile of dementia with Lewy bodies. Psychogeriatrics, 9, 85–90.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerintaudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T, Rinne, J. & Soininen, H. Duodecim. Helsinki: Ws Bookwell Oy.

Päihdelinkki. Kartoitus Audit testillä. 2008. Viitattu 10.8.2013.  
[Http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla](http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla).

Ranua, J., Tikkamäki, R., Rantala, N., Jokiranta, P., Liuha, S., Karhu, K., Itkonen, J. & Kalliopohja, K. 2012. Alueellinen muistipotilaan hoitoketju. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale- tauti. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Muistisairaudet. Duodecim. Helsinki: Ws Bookwell Oy.

Rinne, J. & Remes, A.2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Muistisairaudet. Duodecim. Helsinki: Ws Bookwell Oy.

Rinne, J & Vataja, R. 2010. Kliinisen diagnoosin kriteerit: frontotemporaalinen degeneraatio, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen afasia ja assosiattiivinen agnosia (semanttinen dementia). Käypähoito. Viitattu 9.3.2013.  
[Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01603](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01603).

Rissanen, A., Karppi, P., Honkimäki, M., Suhonen, J., Hänninen, R., Karhu, K., Kalliopohja, K. ja Rahkonen, T. 2007. Muistihäiriöpotilaiden tutkiminen ja hoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiirienhoito-ohjelmat.

Rosenvall, A. 2010. ADCS-ADL-haastattelu. Duodecim. Viitattu. 13.6.2013.  
[Http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=nix00513](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=nix00513).

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

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 -2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Viitattu 29.8.2013.  
[Http://www.alzheimer-hki.com/images/stories/muistiohjelma.pdf](http://www.alzheimer-hki.com/images/stories/muistiohjelma.pdf).

Strandberg, T. & Alhainen, K. 2006. Yleissairaudet. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, J. Rinne, K. Alhainen & H. Soininen. Hämeenlinna: Duodecim, 214 -219.

Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi- Sulkava U, Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P., Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008, vsk 63.

Suhonen, J., Martikainen, K. n.d. Kun ajatuksin jähmettyy. Parkinsonin taudin muistisairaus. Tietoa sairastuneille, läheisille, hoitohenkilökunnalle ohjekirja. Suomen Parkinson-liitto Ry.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tikkamäki, R. 2012. Geriatri. Keski-Suomen Keskussairaalan muistipoliklinikka. Haastattelu 26.10.2012.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Hämeenlinna: Duodecim.

Verkkoniemi, A. 2007. Dementiat. Therapia Fennica. Kandidaattikustannus Oy. Viitattu 18.4.2013. [Http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Dementiat](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Dementiat).

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö, Helsinki: Tammi.



# LIITTEET

## Liite 1. Muistipotilaan hoitokartta

**Muistipotilaan hoitokartta**

- [Epäily alkavasta muistihäiriöstä](#)
- [Hoitajan tehtävät muistipotilaan hoidossa](#)
- [Muistisairauksien riskitekijät](#)
- [Yleisimmät etenevät muistisairaudet](#)
- [Testit](#)
- [Tietoa potilaalle](#)
- [Muistipotilaan tutkimukset](#)
- [Käypähoito](#)
- [Lääkänn tehtävät muistipotilaan tutkimuksissa](#)
- [Yhteystiedot Jyväskylän muistineuvolaan ja -poliklinikalle](#)
- [Yhteystiedot KSSHP geriatrian poliklinikalle](#)

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus 9/2013 @