

DIAK

Faisal Ayyar
Miia Haikonen
Iikka Rontu
Sairaanhoitaja (AMK)
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyö, 2025



Hoivakodin psykogeriatrinen hoitotyö
Opas hoitajille

TIIVISTELMÄ

Faisal Ayyar, Miia Haikonen & Iikka Rontu
Hoivakodin psykiatrian hoitotyö - Opas hoitajille
43 sivua, 3 liitettä
Kevät 2025
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus
Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyönä toteutettiin opas työntekijöille ja opiskelijoille psykiatrisen hoitotyöhön yhteistyössä Rinnekotien hoivakoti Viikin kanssa. Oppaan tarkoituksena on olla osana yhteistyötahon työntekijöiden perehdytystä, helpottaa arjen sujuvuutta ja auttaa rakentamaan asukkaalle omannäköistä elämää hänen psykiatriset tarpeensa huomioiden. Opas on tiivis ja selkeä kokonaisuus, josta tieto löytyy helposti. Siinä esitellään muistisairaudet, yleisimmät ikääntyneiden mielenterveysongelmat, niiden hoito pääpiirteittäin sisältäen lääkehoidon sivuvaikutukset ja lääkkeettömät hoitomenetelmät. Oppaaseen on koottu ohjeet siitä, kuinka hoivayksikön uhkatilanteissa toimitaan ja avattu yhteistyötahon moniammatillisen tiimin toimintaa.

Oppaan sisällöstä keskusteltiin yhteistyöyksikön esihenkilön kanssa ja henkilökunnalle tehtiin kaksi kyselyä heidän toiveistaan oppaan suhteen. Opasta muokattiin saatujen palautteiden perusteella. Oppaaseen etsittiin tietoa käyttäen manuaalista tiedonhakua monipuolisesti ja luotettavasti. Yhteistyötaholta saatiin tietoa heidän toimintamalleistaan.

Opas luotiin Canva-ohjelmalla ja yhteistyötaholle luovutettu versio muunnettiin pdf-tiedostoksi. Yhteistyötahon toivomuksesta oppaan nimeksi tuli "Uuden työntekijän opas psykiatrisen hoitotyöhön".

Asiasanat: lääkkeettömät hoitokeinot, muistisairaudet, opas, psykiatria, psykiatrisen hoitotyö,

ABSTRACT

Faisal Ayyar, Miia Haikonen & Iikka Rontu
Psychogeriatric care in a nursing home - A guide for nurses
43 pages and 3 appendices
Spring 2025
Diaconia University of Applied Sciences
Social and health degree
Bachelor in Health Care, Nursing

As a thesis, a guide for nurses and nurse students in psychogeriatric nursing was implemented in collaboration with the Rinnekodit nursing home Viikki. The purpose of the guide is to be part of the employee orientation of the co-operation partner, making everyday life easier and help build a life of its own for the resident considering his psychogeriatric needs. The guide became a concise and clear entity, where information can be easily found. It introduces memory disorders, the most common mental health conditions in the elderly, their care in outline including side effects of drug therapy and non-pharmacological methods of treatment. The guide contains instructions on how to act in situations of threat and opened multi-professional team activities are elaborated on.

The content of the guide was discussed with the foreman of the co-operation unit. Two inquiries were made to the staff to find out their hopes for the guide, and the guide was modified based on the feedback received. The guide was looking for information using manual information retrieval to be versatile and reliable. The co-operation partner provided information about their operating models.

The guide was created with a Canva program and the version created for the collaborator was converted into a pdf file. At the request of the co-operation partner, the guide was named "New employee's guide to psychogeriatric care."

Keywords: guide, memory disorders, non-pharmaceutical treatment, psychogeriatric, psychogeriatric nursing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 PSYKOGERIATRINEN HOITOTYÖ	5
2.1 Psykogeriatría	5
2.2 Skitsofrenia	6
2.3 Masennus	8
2.4 Päihteet.....	11
2.5 Muistisairaudet.....	13
2.5.1 Alzheimer	15
2.5.2 Lewyn kappale -tauti	18
2.5.3 Otsa-ohimolohkorappeumat.....	20
2.5.4 Aivoverenkierrosairauden liittyvä muistisairaus.....	22
2.5.5 Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus	23
2.6 Kivun tunnistaminen muistisairailla	24
2.7 Lääkkeettömät hoitokeinot	25
2.8 Uhkatilanteet hoivayksikössä	27
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	29
4 TAUSTA JA YHTEISTYÖKUMPPANI.....	30
5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI JA MENETELMÄT	32
5.1 Suunnittelu	33
5.2 Toteutus	33
5.3 Arviointi	35
6 EETTISET LÄHTÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS	36
7 POHDINTA	37
LÄHTEET.....	39
LIITE 1. Toiveet oppaasta -kysely.....	44
LIITE 2. Mielenpito oppaasta -kysely	45
LIITE 3. Uuden työntekijän opas psykogeriatriseen hoitotyöhön	46

1 JOHDANTO

Ikääntyvän väestön määrä Suomessa on kasvussa, ja väestöennusteen mukaan 15 vuoden päästä Suomen kaikilla alueilla ihmisiä kuolee enemmän kuin syntyy. Myös vanhuksilla esiintyvien psykiatristen häiriöiden, esimerkiksi masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden, sekä psykoosien määrä on kasvussa. (Alanen ym., 2020.) Psykogeriatrisia potilaita on laajalti eri terveydenhuollon aloilla, ja hoidettavien kirjo on laaja. Perusterveydenhuollon lisäksi vanhuspsykiatrisia potilaita on erilaisissa psykogeriatrisissa yksiköissä (osastot, poliklinikat ja konsultaatiopalvelut) sekä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Talaslahti & Jämsen, 2024, s. 317–9.)

Tämän kehittämispainotteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas yhteistyötahon hoivayksikön uusille työntekijöille ikääntyneiden psykogeriatrisista ongelmista ja niiden hoidosta. Yhteistyötahona toimii Rinnekotien Hoivakoti Viikki, joka on 18 asukkaan psykogeriatrinen hoivakoti Helsingissä.

Lähtökohtana työlle oli tekijöiden oma mielenkiinto aihetta kohtaan ja työkokemuksen kautta huomattu tarve tällaiselle oppaalle. Myös yhteistyötahon suunnalta oli nostettu esiin tarve kehittämistyölle asiaan liittyen ja opas tulee mahdollisesti käyttöön myös muissa Rinnekotien yksiköissä. Oppaan tavoitteena on tehostaa uusien työntekijöiden ja opiskelijoidenkin perehdytystä. Rinnekodeilla on käytössä perehdytyslupaus uudelle työntekijälle. Se sisältää oman perehdyttäjän ja yksilöllisesti suunnitellun perehdytyksen, jossa otetaan huomioon perehdytettävän oppimistarpeet ja kiinnostuksen kohteet. (Rinnekodit i.a. -b.) Oppaan tarkoituksena on tukea tätä prosessia.

Opas sisältää yleisimmät ikääntyneiden psykogeriatriset sairaudet sekä niiden lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon pääpiirteittäin. Opas on rakenteeltaan selkeä ja helppolukuinen ja helpottaa työntekijöiden arkea.

2 PSYKOGERIATRINEN HOITOTYÖ

2.1 Psykogeriatria

Psykogeriatrisessa yksikössä hoidetaan ikääntyviä potilaita. Vanhenemiseen liittyvää erityisosaamista tarvitaan heidän psyykkisten sairauksiensa hoidossa. Psyykkisiin ongelmiin liittyvät erityispiirteet tulisi tunnistaa, jotta niiden oireet olisivat havaittavissa mahdollisen somaattisen oireilun takaa oikeanlaisen avun saamiseksi. (Talaslahti & Jämsen, 2024, s. 317–9.) Suurimalla osalla dementiaa sairastavista esiintyy psykiatrisia oireita jossain vaiheessa sairautta, kuten esimerkiksi masennusta, apatiaa, levottomuutta, aistiharhoja tai harhaluuloja (Leinonen & Alanen, 2011, s. 371–2).

Myös elimelliset sairaudet ja sosiaaliset tekijät voivat selittää psyykkistä oireilua. Vanhusten psyykkisten sairauksien haasteet toimintakyvyssä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä, sekä muistisairauksien aiheuttamat käytösoireet kuuluvat psykogeriatrisen erikoisalan osaamiseen. Ympäristön merkitys ja taitava kohtaaminen ovat tärkeässä asemassa muistisairaana potilaan hoitopolulla. Iäkkäiden lisääntyvä päihteiden käyttö aiheuttaa haasteita ja avuntarpeen lisääntymistä, ja aiheuttaa myös kohonneen itsemurhariskin. Lääkehoidossa haasteita aiheuttavat ikääntyneiden herkkyys lääkehaitoille ja monilääkitys. Myös tutkimustietoa on saatavissa rajallisesti iäkkäämmissä ikäluokissa. Vanhuksen toimintakyky psyykkisten ongelmien ilmaannuttua laskee nuorempia nopeammin, ja siksi varhainen tunnistaminen ja mahdollinen puuttuminen tulisi tapahtua aikaisessa vaiheessa. Moniammatillisen yhteistyön avulla on parhaat mahdollisuudet rakentaa toimiva tukiverkko iäkkään toimintakyvyn ja elämänlaadun turvaamiseksi ja psyykkisten ongelmien hoitamiseksi. (Talaslahti & Jämsen, 2024, s. 317–9.)

Psykiatristen oireiden esiintyvyys on vanhuksilla samaa luokkaa kuin nuoremmillakin ikäpolvilla. Väestö kuitenkin ikääntyy, mikä tarkoittaa sitä, että yli 65-vuotiaiden mielenterveyden ongelmat tulevat merkittävästi kasvamaan isojen ikäluokkien eläköityessä. Skitsofrenia, masennus ja muistisairaudet aiheuttavat

toimintakyvyssä nopeasti muutoksia. Aikaisessa vaiheessa tapahtuvalla tutkimuksella ja hoidon aloituksella tuetaan toimintakyvyn ylläpitämistä ja laadukkaan kotona asumisen mahdollistumista. Tämän ansiosta omannäköinen elämä on mahdollista vielä laitoshoidon alkaessakin. (Leinonen & Alanen, 2011, s. 371–2.)

2.2 Skitsofrenia

Noin 1 % yli 65-vuotiaista sairastaa skitsofreniaa. Heistä neljä viidestä sairastuu skitsofreniaan nuorena, ja yli 60-vuotiaana sairastuneiden osuus on vain 3 %. Skitsofreniaan nuorena sairastuneiden lähisukulaisilla on viitteitä geneettiseen taustaan, mutta iäkkäämmillä sairastuneilla ei ole suvussa todettu skitsofreniaa muuta väestöä enempää. Naisten osuus sairastuneista lisääntyy iän kasvaessa. Koulutus-, työ- ja parisuhdetaustat ovat iäkkäämmillä sairastuneilla hyvin tavanomaiset verrattuna muuhun väestöön. (Talaslahti ym., 2011 s. 375–82.)

Kattavat diagnostiset tutkimukset ovat tarpeen, jos psykoottiset oireet puhkeavat varttuneemmalla potilaalla. Oireiden taustalla voivat olla myös sekundaariset psykoosioireet, jotka liittyvät somaattisiin sairauksiin. Potilaan elämäntarina hoitopolkuineen on merkittävässä asemassa, ja siihen tulisi tutustua huolella. Perustutkimuksia vanhuksen psykoosioireilun syiden selvittämiseksi ovat kliininen somaattinen tutkimus, arviointi kognitiosta, pään magneettikuvaus sekä laboratoriotutkimukset, mm. PVK, CRP, elektrolyytit, munuais-, maksa- ja kilpirauhaskokeet, ionisoitunut kalsium, folaatti ja B12- vitamiini. Kuvantamistutkimuksilla on merkitystä lähinnä erotusdiagnoosissa eteneviä muistisairauksia poissuljettaessa. Muistisairauksiin liittyy psykoottisia oireita suurimmalla osalla potilaista ainakin ajoittain. Aistiharhaisuus ja harhaluulot liittyvät usein Alzheimerin tautiin. Pään magneettitutkimuksessa noin kolmasosalla skitsofreniapotilaista todetaan joitakin muutoksia. Nämä muutokset selittävät kognitiivista heikentymistä, jotka liittyvät skitsofreniaan lähes aina. Sairauden alkuvaiheessa tapahtuu suurin kognitiivinen heikentyminen nuorempina sairastuneilla. Tämän jälkeen noin 65-vuotiaana skitsofreniapotilaan älyllinen suorituskyky ja muisti alkavat hiljalleen heikentyä.

Muutokset ovat selvästi nopeampia varsinaisissa muistisairauksissa. Tarkkaavaisuus ja työmuisti säilyvät skitsofreniaa sairastavalla vanhuksella melko hyvin, mutta vaikeudet toiminnan ohjauksessa saattavat korostua. Potilaan ajattelu ja puheen sujuvuus heikentyvät, tilasuhteiden hahmottaminen saattaa vaikeutua ja potilas hidastuu. Skitsofrenian vaikeusaste ja potilaan sairaushistoria vaikuttavat kognitioon yksittäisesti. (Talaslahti ym., 2011, s. 375–82.)

Keskustelevat, syyttävät ja kommentoivat kuuloharhat ovat skitsofrenialle tyypillisiä oireita myös vanhuksella. Läheisten ja muiden ihmisten voi olla vaikeaa ymmärtää potilaan ajatus- ja toimintatapoja, joita harhat ja älyllinen heikentyminen ja kognition hidastuminen muokkaavat. On tyypillistä, että potilaan kokemat tapahtumat tai aistimukset eivät voi tapahtua oikeasti. Skitsofrenian positiivisilla oireilla tarkoitetaan psyykkisten toimintojen häiriötä, joissa ilmenee aistiharhoja ja harhaluuloja. Positiiviset oireet vähenevät usein iän myötä, mutta eivät kuitenkaan aina. Sen sijaan negatiiviset oireet korostuvat iän myötä. Näitä oireita ovat tunteiden ja mielihyvän kokemisen vaikeus sekä normaalien ajatusten ja käyttäytymisen heikkeneminen. Vanhus ei osaa enää ilmaista tahtoaan ja puhekieli muuttuu yksinkertaisemmaksi. Vanhuusiässä masennus on merkittävä elämänlaatua heikentävä liitännäissairaus. Näitä masennusoireita voi olla vaikea huomata, jos potilaan skitsofrenia on negatiivisoireinen. (Talaslahti ym., 2011, s. 375–82.)

Potilas voi olla aistiharhojen vuoksi pelokas ja hän tarvitsee siksi tilaa. Hän voi myös olla sairaudentunnoton ja harhojen vuoksi kommunikointi on haastavaa. Potilaan harhoja ei pidä vähätellä, eikä lähteä niihin mukaan. Realiteetit voi joutua potilaalle kertomaan, mutta tätä on harkittava tapauskohtaisesti, koska se voi myös pahentaa tilannetta. Pidempiaikaisen luottamuksen luominen potilaaseen on tärkeää, jotta hän uskaltaa harhoistaan puhua. (Lyhty, 2018.)

Toisen polven psykoosilääkkeet ovat ensisijaisia vanhuksen skitsofrenian hoidossa, ja vasta toissijaisia perinteiset neuroleptit. Pienimmän mahdollisen, mutta tehokkaan annoksen löytäminen on iäkkään skitsofreniapotilaan hoidossa erityisen tärkeää. Lihakseen pistettäviä pitkävaikutteisia psykoosilääkeruiskeita

voidaan käyttää myös iäkkäimmille potilaille, näistä esimerkiksi risperidoni. (Talaslahti ym., 2011, s. 375–82.)

Toisen polven lääkkeitä käytettäessä on pienempi riski neurologisiin lääkehaittoihin. Pysyviä pakkoliikkeitä tuottava tardiivi dyskinesia aiheutuu vanhukselle paljon todennäköisemmin kuin nuoremmalle potilaalle perinteisiä neuroleptejä käytettäessä. (Saano ym., 2017, s. 552–558.) Sen oireita ovat suun ja kielen lihasten matomaiset pakkoliikkeet (Socada, 2023).

Muita mahdollisia haittoja ovat seksuaaliset haitat, verenpaineen vaihtelu, virtsaamisvaikeudet, maksan toiminnan häiriöt, iho-oireet, muutokset silmissä, kardiovaskulaarioireet, antikolinergiset haitat ja metabolinen oireyhtymä. Uudemman polven antipsykoottien haittavaikutuksia ovat mm. väsymys, painon nousu, glukoosinsiedon- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Klotsapiinin käytön yhteydessä agranyloosytoosin (valkosolukato) riski on suurentunut erityisesti iäkkäillä naisilla, ja säännöllinen verenkuva seuranta on tarpeen. Kaikkiin psykoosilääkkeisiin liittyy pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän riski (pienempi uuden polven lääkkeillä). Oireisiin kuuluu kuume, kohonnut verenpaine ja sydämen syke, sekä lihaskivut ja jäykkyys. Lääkitys on lopetettava välittömästi ja hoidettava potilaan oireita huolellisesti. Tila voi olla hengenvaarallinen. (Saano ym., 2017, s. 552–558.)

Luottamus ja pysyvyys ovat tärkeä osa iäkkään skitsofreniapotilaan hoidossa. Vaikka skitsofreniapotilailla on keskimääräistä epäterveellisemmät elämäntavat, ovat vanhemmat yleensä nuoria fyysisesti terveempiä. Iäkkäillä esiintyy kuitenkin enemmän verenpainetautiä ja aivoverenkierron häiriöitä. Elämänlaatu paraneekin elimellisinten sairauksien asianmukaisella hoidolla. (Talaslahti ym., 2011, s. 375–82.)

2.3 Masennus

Iäkkäiden ihmisten yleisin mielenterveyden sairaus on masennus. Siitä kärsii arviolta 1–4 % varttuneemmasta väestä Suomessa. Masennukselle voi altistaa

esimerkiksi heikentyneet fyysiset tai kognitiiviset kyvyt, sairastuminen ja kipu, sekä muut elämän kriisitilanteet. Unohdetut ja käsittelemättömät traumat, jotka palaavat vanhuusiällä mieleen voivat myös olla merkittävä altistava tekijä. Vanhuksen masennuksen varhainen tunnistaminen on erityisen tärkeää, koska lääkehoidosta ei välttämättä ole apua. Masennuksen hoito onnistuu parhaiten hyvällä kotihoidolla ja oikeanlaisilla kuntoutustoimilla jo ennen kuin masennus etenee. (Suomen Seniorihoiva, i.a. -a.).

Vanhuksen masennuksen merkit voivat olla hyvinkin erilaisia kuin nuoremmilla ihmisillä. Oireita voivat olla selittämättömät kivut ja säryt, ruokahaluttomuus, painonlasku ja häiriöt ruoansulatuksessa. Myös aggressiivisuus, impulsiivisuus, ärtyneisyys ja lisääntynyt alkoholin käyttö voivat viestiä alkavasta masennuksesta. Somaattiset oireet ovat myös yleisiä, niihin kuuluvat mm. levottomuus, sydämentykytys, vapina, pahoinvointi ja oksentelu, huimaus, hengenahdistus, voimakas hikoilu ja kasvojen punoitus. Jos vanhus kokee kiinnostuksen puutetta, ei koe mielihyvää, on alakuloinen ja poikkeuksellisen väsynyt, tulisi masennuksen mahdollisuus ottaa huomioon herkästi. (Suomen Seniorihoiva, i.a.-a)

Vanhuksilla vaikeakin masennus jää alidiagnosoituna usein hoitamatta. Hoitamattomana vaikeaan masennukseen liittyy itsemurhariskin merkittävä kohoaminen. Psykoottisessa masennustilassa sairaalla esiintyy myös itseään halventavia harhoja katastrofeista, joista kokee olevansa vastuussa tai rikoksista ja synneistä, joita luulee tehneensä. Sairastanut voi myös kertoa tuntevansa mädän lihan tai jätteiden hajua. Syyttävät kuuloharhat ovat myös mahdollisia. Skitsofreniasta harhat eroavat sillä, etteivät ne ole eriskummallisia. (Huuhka & Leinonen, 2011, s. 371–2.)

Psykoottiseen masennukseen sairastunut tarvitsee yleensä aluksi psykiatrista sairaalahoitoa, uudelleen sairastumisen riski on korkea. Sairaalahoidon harkitseminen lievemminkin masentuneelle vanhukselle on perusteltua aiemmin kuin nuoremmille, koska masentuneen vanhuksen toimintakyvyn lasku vaikuttaa nopeastikin arjesta selviytymiseen. Somaattisen sairauden mahdollisuus taustatekijänä täytyy ottaa myös huomioon etenkin ensimmäistä kertaa

masennukseen sairastuneella vanhuksella, esimerkiksi dementian ja masennuksen erotusdiagnostiikka on tärkeää. (Huuhka & Leinonen, 2011, s. 371–2.)

Sähköhoito on turvallinen hoitomuoto myös vanhuksilla, ja tulokset saattavat olla jopa parempia kuin nuoremmilla, koska vanhuksilla on vähemmän samanaikaisia ahdistus- ja persoonallisuushäiriöitä. Vanhuksen ollessa anestesiakelpoinen, vasta-aiheita hoidolle ei yleensä ole. Sydän- ja aivotapahtumien varoaika on noin 3 kuukautta. Sähköhoidon aiheuttama mahdollinen häiriö muistissa on vanhuksillakin korjaantuva. (Huuhka & Leinonen, 2011, s. 371–2.)

Vanhusten masennuksen hoitoon käytettävien SSRI-lääkkeiden haittoja ovat esimerkiksi hyponatremia ja ruoansulatuskanavan verenvuodot. SSRI-lääkkeet ovat trisyklisiä paremmin siedettyjä. Venlafaksiini voi vanhuksella aiheuttaa mm verenpaineen nousua, sydämentykytystä ja ortostatismia (verenpaineen nopea lasku seisomaan nousun jälkeen). Yksilöllisyys korostuu vanhuksen masennuslääkityksen valinnassa. Lääkehoidon vaste tulee vanhuksilla keskimääräisesti hitaammin kuin nuoremmilla. Ensimmäiset merkit näkyvät yleensä neljännellä viikolla lääkkeen aloituksesta, mutta masennuslääkkeen lopullisen tehon arviointiin on suositeltu jopa 12 viikkoa hoidon aloituksesta. (Huuhka & Leinonen, 2011, s. 371–2.)

Lääkehoito yksinomaan on iäkkäillä selvästi yleisin masennuksen hoitomuoto edelleen, vaikka lieviin ja keskivaikeisiin masennuksiin lääkehoidon on todettu vaikuttavan heikosti. Masennuksen hoidon pitäisi pyrkiä yhdistämään psykososiaalisen ja lääkkeellisen hoidon edut. (Saarenheimo, 2013.) Ikääntyneiden lievien ja keskivaikeiden depressioiden hoidossa pitäisi käyttää psykoterapiaa. Psykoterapiassa korostuu ikääntymisen myötä supportiiviset elementit, ja sekä yksilö- että ryhmämuotoisista hoidoista on apua. Erityisesti ryhmämuotoisesta muisteluterapiasta on ollut iäkkäiden masennuksen hoidossa hyötyä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2025.)

Ikääntyneiden masennuksen hoidossa parhaita hoitotuloksia on saatu monitekijäisillä hoitomalleilla sekä räätälöidyllä hoidolla. Sen suunnittelussa pitäisi ottaa huomioon vanhuksen kokonaistilanne terveyden ja muiden elämän osa-alueiden kannalta. Tehokasta yksilöllisesti räätälöidylle hoidolle on se, että hoidon etenemistä seurataan ja muutetaan sen mukaan, mitkä keinot näyttävät tehoavan. (Saarenheimo, 2013.)

Edellytyksiä iäkkään kokonaisvaltaiselle ja tehokkaalle hoidolle on hänen omien voimavarojensa vahvistaminen, hoidon koordinointi ja riittävän pitkä seuranta, kunnollinen potilasohjaus, yksilöllisten tekijöiden ennakointi sekä tehokas yhteistyö eri ammattilaisten kesken (Saarenheimo, 2013). Hoivakodissa tärkeässä roolissa on myös hoitajan ja asukkaan vuorovaikutussuhde, koska sillä on todettu olevan merkitystä masennuksen hoidossa. Hoitajien kommunikointi- ja vuorovaikutustaitojen edistäminen voisi ehkäistä ja vähentää hoivakodin potilaiden masennusta. (Haugan ym., 2013.)

2.4 Päihteet

Ikääntyneiden päihteidenkäyttö on lisääntynyt, ja tulee olemaan tulevaisuudessakin osa ikääntyneiden ja vanhusten elämää. Myös lääkkeiden väärinkäyttö lisääntyy ja raittius on yhä harvemman ikääntyvän elämäntapa. Ikääntyneiden päihdeongelmista on tietoa verrattain vähän. Tutkimusten mukaan vanhimpia ikäluokkia kohden päihteidenkäyttö vähenee, mutta liika-, riski-, ongelma- sekä sekakäyttäjien määrää ei ikääntyvien joukossa tiedetä. Yli 65-vuotiaista miehistä lähes puolet käyttävät alkoholia runsaasti. Naisilla vastaava luku on viidennes ikäluokasta. Kaikkiaan päihderiippuvaisia on yli 65-vuotiaista noin 5–10 %. (Salo-Chydenius, 2017.)

Päihteiden vaikutukset voimistuvat ikääntyessä, ja riskikäyttö altistaa fyysisille ja psyykkisille sairauksille. Ikääntyneellä hoivan tarve lisääntyy päihdehäiriön laskiessa toimintakykyä ja terveydentilaa. Ikääntyneen kyky huolehtia itsestään heikkenee, ja kysymykset vastuunotosta ja itsemääräämisoikeudesta nousevat läheisten ja palvelujärjestelmän käsiteltäväksi. (Runsten, 2024, s. 327–32.)

Ikääntyneiden päihteiden käyttöön liittyy erityispiirteitä, koska elimistön rasvan osuus kasvaa ja vesipitoisuus pienenee. Tästä syystä ikääntyvällä alkoholin jakaantuvuustilavuus pienenee aiheuttaen pitoisuuksien kasvamisen. Ikääntyvillä vaara alkoholin ja lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksiin kasvaa, koska esimerkiksi maksan ja munuaisten toimintakyky ikääntyessä heikkenee ja siksi alkoholin ja lääkkeiden poistuminen elimistöstä on hitaampaa. Ikääntyessä sairaudet myös lisäävät lääkityksen määrää. Ikääntynyt saattaa nauttia alkoholia tietämättä, ettei lääkeaine ei ole ehtinyt poistua elimistöstä ja aiheuttaa näin tahattoman yhteisvaikutuksen. Lääkeaine ja alkoholi lisäävät toistensa haittavaikutuksia, aiheuttaa antabusreaktion tai vaikutus kohdistuu sairauteen alkoholin ohittaessa lääkityksen. (Salo-Chydenius, 2017.)

Ikääntyessä kaikilla tapahtuu muutoksia elimistössä ja motorikassa. Kaatumisriksi kasvaa tasapainoastin heikentyessä. Päihteiden käyttö heikentää näitä entisestään ja vaikuttaa lisäksi muistiin, aistitoimintoihin, koordinaatioon, oppimiseen, keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen ja tiedonkäsittelyyn. Vanhuksen toimintakyvyn heikkeneminen merkitsee avuntarpeen lisääntymisestä ja mahdollisesti alkavasta muistisairaudesta. Ne voivat kertoa myös päihteiden käytöstä tai olla merkkejä masennuksesta, joka altistaa myös päihteidenkäytölle. Esimerkiksi ruokailujen unohtaminen, itsestä huolehtimisen heikkeneminen, ärtyisyys, levottomuus, unihäiriöt, tasapaino- ja koordinaatiovaikeudet, lähimuistin äkillinen heikkeneminen, vetäytyminen ja tarkoituksettomuuden tunne. Päihdehaitat sekoittuvat helposti ikääntymisestä johtuvien muutoksien kanssa. (Salo-Chydenius, 2017.)

Puheeksi otto on tärkeää, jos epäily päihteiden käytöstä herää. Vanhuksilta ei tutkimusten mukaan kysytä mahdollisesta päihteidenkäytöstä. Keskustelussa on huomioitava ihmisen sukupolvi, sukupuoli, elämäntilanne, sosioekonominen asema ja elämänhistoria. On hyvä huomioida, että keskustelu päihteiden käytön merkityksestä on tärkeä, käyttömäärien tarkastelu ei niinkään johda eteenpäin. Avoin keskustelu tuomitsematta voi helpottaa syyllisyyttä ja ahdistusta, sekä auttaa löytämään turvallisemman polun asioita jakamalla ja niistä keskustelemalla. (Salo-Chydenius, 2017.)

Päihteiden käyttö vaikuttaa aivojen palkitsemismekanismiin. Jo niiden käytön ennakoiti lisäävät dopamiinin aktiivisuutta pidemmälle kehittyneissä päihdehäiriöissä. Tämä aiheuttaa päihteiden käytössä negatiivisen kierteen, kun niiden impulsiivinen nauttiminen muuttuu pakonomaiseksi kulutukseksi. Päihteiden käyttäjien itsekontrolli ja stressinsieto ovatkin heikentyneitä. Syömisen, seksin tai myönteisen sosiaalisen kanssakäymisen palkitsemismekanismilla on maksiminsa, joka ei nouse, vaikka tekoa jatkaisi. Päihteiden käytöltä tämä maksimi puuttuu ja oikeissa oloissa palkitsemisen tunne nousee jyrkästikin ylöspäin. Aivot pyrkivät kuitenkin tasapainottamaan tilannetta vähentämällä dopamiinin eritystä ja sen reseptoreja. Tämä vähentää palkitsemisen tunnetta ja voi johtaa käyttäjän yritykseen palauttaa aikaisempi tunnetaso nostamalla päihdeannosta. (Rapeli, 2019, s. 335–336.)

Päihteidenkäyttäjä voi raitistuttuaankin vaikuttaa alkuun huonomuistiselta ja keskittymien on vaikeaa. Oireet kuitenkin helpottuvat vuoden kuluessa, jos retkahduksia ei tapahdu. Päihteiden väärinkäyttäjällä voi myös ilmetä valikoivaa havaitsemista ja muistamista. Hän voi muistaa väärin mistä on ollut puhe ja käyttäytyä joustamattomasti ja jopa aggressiivisesti, jos siitä huomautetaan. Usein päihteiden käyttäjillä on jokin ensisijainen käytöshäiriö, joka altistaa väärinkäytölle ja joka vuorostaan korostaa ensisijaisen piirteitä. Oireiden erottaminen toisistaan voi arkitilanteissa olla haastavaa. (Rapeli, 2019, s. 337–338.)

2.5 Muistisairaudet

Monimutkainen muisti rakentuu aivojen hermoverkkojen yhteistoiminnasta. Kriittisellä aivojen alueella tiedonkäsittelyn kannalta sijaitseva paikallinen vaurio ja häiriöt aivojen hermoverkoissa, hermosoluissa, sekä aineenvaihdunnassa ovat muistioireita aiheuttavat mekanismit. Mekanismista riippumatta muistioireet voivat olla ohimeneviä, pysyviä jälkitiloja, eteneviä tai hoidolla parannettavissa. Tärkein muistioireiden riskitekijä on ikä. Muistisairauksien ennaltaehkäisyssä tärkeitä tekijöitä ovat koulutustason lisääminen, elämänkaaren aikana

kuulon aleneman estoon tähtäävät toimet, verenpainetaudin hoito, alkoholin viikkokäyttö korkeintaan 21 annosta, riskitilanteissa päävamman esto, tupakoinnin lopettaminen, terveet ravitsemustottumukset ja fyysinen aktiivisuus painonhallinnassa ja diabeteksen estossa sekä ilmansaasteille altistumisen vähäisyys. Riskiä lisäävät myös sukuhistoria ja geneettiset tekijät (apolipoproteiini E), yksinäisyys ja sosiaalisen verkoston puuttuminen, stressi työelämän aikana, mielenterveyden häiriöt, ja vakavat infektiot. Parasta tiedonkäsittelyn heikentymisen, muistisairauksien ja dementian ennaltaehkäisyä on aivoterveystestistä ja terveellisistä elämäntavoista huolehtiminen koko elämän ajan. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri-yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2023.)

Kliinisissä tutkimuksissa, joissa on pyritty vaikuttamaan kognitiivisiin toimintoihin, on todettu, että tehokas verenpaineen alentaminen on antanut lupaavia tuloksia jopa kliinisen muistisairauden estymisen kannalta, mutta tulokset eivät ole vielä lopullisia. Lisäksi FINGER tutkimuksessa on saatu edullinen vaikutus kognition säilymisen kannalta. Tutkimuksessa tutkittavat ovat tehneet fyysistä harjoittelua, kognitiivista harjoittelua, ravitsemusinterventiota ja lisäksi on keskitytty riskitekijöiden vähentämiseen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri-yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2023.)

Läheisistä voi tuntua, että muistisairaus muuttaa sairastuneen ihmisen koko luonteen, kun toimintatavat ja käyttäytyminen muuttuvat. Ihmisen tunteet ja tarpeet kuitenkin säilyvät muistisairaudesta huolimatta. Kuten muillakin ihmisillä, muistisairaahan ihmisen käytös ympäristöä ja sen tapahtumia kohtaan perustuu hänen omiin kokemuksiinsa ja havaintoihin. Muistisairaahan tunneilmaisua ja tapoja pitäisikin hoitaa lääkkeettömästi, lääkkeillä hoito ei useinkaan ole tarpeellista tai mahdollista. (Muistiliitto, i.a. -a.)

2.5.1 Alzheimer

Alzheimer on muistisairaus, joka edetessään rappeuttaa aivoja. Se on yleisin laaja-alaista henkisten kykyjen heikentymistä eli dementiaa aiheuttava sairaus. Noin 70–80 % dementiasta kärsivistä sairastaa Alzheimeria. Tauti on harvinainen alle 65-vuotiailla, mutta iän mukana yleisyys kasvaa ja yli 85-vuotiaista Alzheimerin esiintyvyys on 15–20 %. (Juva, 2021.)

Perimmäistä syytä taudin puhkeamiselle ei tiedetä. Aivoihin kertyy amyloidia ja tau-proteiinia, jolloin muisti ja tiedonkäsittely heikentyy hermoratojen ja aivosolujen vaurioituessa. Ohimolohkojen sisäosat vaurioituvat yleensä ensimmäisenä ja sieltä tauti laajenee aivokuorelle. Harvinaisia geenimutaatioita, jotka aiheuttavat Alzheimerin tautia tunnetaan joitakin. Kuitenkin näiden osuus kaikista tapauksista on alle 1 %. Sairaus on naisilla hieman miehiä yleisempi. Lisäksi on perimään liittyviä riskejä, mutta nämä eivät aiheuta Alzheimerin tautia, ainoastaan lisäävät sairastumistodennäköisyyttä. (Juva, 2021.)

Alzheimerin taudin ensioireet ilmenevät muistivaikeuksina, uusien nimien painaminen mieleen vaikeutuu, sovittujen asioiden unohtamisena, asiakokonaisuuksien oppiminen muuttuu työläämmäksi. Tässä vaiheessa potilas on itse vielä tietoinen muistiongelmistaan, mutta kokee ne vain ajoittaisiksi, eivätkä häiritseviksi. Tutkimuksiin hakeudutaan vasta potilaan omaisten aloitteesta. Potilas pystyy asumaan yksin, mutta avuntarve omaisilta on lisääntynyt. Jos potilas on vielä työelämässä, on työkyky alentunut. (Remes ym., 2015, s.125.)

Lievästä Alzheimerin taudista voidaan puhua, kun potilas saa MMSE (Mini-Mental State Examination) testistä 18–26 pistettä 30:stä. Tässä vaiheessa potilaan muistivaikeudet lisääntyvät ja hän yleensä ymmärtää muistinsa heikkenevän, vaikka sairaudentunnottomuuttakin esiintyy. Keskittymiskyky, omatoimisuus ja suunnitelmallisuus heikkenevät, mitkä haittaavat päivittäistä selvitymmistä. Vaikka potilas vielä pärjää yksin kotona, tarvitsee hän ulkopuolista apua. Kielellisiä ongelmia alkaa ilmetä myös äidinkielessä, potilas ei muista

sanoja ja voi käyttää kiertoilmaisuja puhuessaan, asioista kysely ja kertominen on toistuvaa. Potilas voi muistaa yksittäisen tapahtuman, mutta hän ei enää osaa sijoittaa sitä oikeaan paikkaan. Tavarat hukkuvat, mikä osalla saa aikaan varastamisepäluuloja. Muita tyypillisiä käytösoireita lievässä vaiheessa ovat apatia, masennus, tunne-elämän latistuminen ja lisääntyneet ärtyneisyys ja epäluuloisuus. (Remes ym., 2015, s. 126–127.)

Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa MMSE testin pisteiden vaihteluväli on 10–22. Potilaan sairaudentunto on heikentynyt selvästi, hän ei tunnista omia vaikeuksiaan arjessa selviytymisestä. Kätevyys heikkenee ja omatoimisuus vähenee jopa apaattiseksi, potilas tarvitsee päivittäistä apua selvitäkseen kotona. Kodin ulkopuolella hän ei enää pysty toimimaan itsenäisesti. Vaikeudet ajan ja paikan orientaatioissa kasvavat. Oma koti tuntuu vieraalta ja nykyaika ja mennyt sekoittuvat. Potilas voi kertoa tuntemattomien ihmisten tai kuolleiden läheisten vierailevan hänen luonaan. Käytösoireet lisääntyvät, mutta potilaan persoonallisuus ja sosiaaliset taidot säilyvät. Keskittymisen heikkeneminen tekee keskustelun seuraamisesta vaikeaa. Hahmottamisvaikeuksien vuoksi tuttujenkin kasvojen tunnistaminen on haastavaa. Epäluuloisuus muita kohtaan ja pelko yksin jäämisestä lisääntyvät. Masennus ja pelkotilat ovat yleisiä. Ympäristön muutos, kuten muutto palvelutaloon lisäävät sekavuustiloja. (Remes ym., 2015, s.127–129.)

Alzheimerin taudin vaikeassa vaiheessa MMSE testistä saadaan 0–12 pistettä. Potilas tarvitsee apua konkreettista apua ja ohjausta kaikissa toiminnoissa. Muisti toimii satunnaisesti, hahmotus ja keskittyminen heikkoa. Kielelliset vaikeudet lisääntyvät. Käytösoireita esiintyy useimmilla potilaalla, apatiaa yhdeksällä kymmenestä. Masennus ilmenee ahdistuneisuutena ja levottomana käytöksenä. Kaatuminen lisääntyy, liikkumisvaikeuksien vuoksi askelista tulee hitaita, lyhyitä ja leveitä. Primitiiviheijasteet tulevat takaisin. Epileptisiä kohtauksia voi esiintyä. Lopulta potilaan raajat jäykistyvät, hän menettää kävelykykynsä ja tarvitsee ruokailussa täyden avun. Ilmaisuja on jäljellä enää harvoja. (Remes ym., 2015, s.129–131.)

Klassisen muistivaikeuksiin painottuvan taudinkuvan sijaan joillakin sairastuneilla taudinkuva poikkeaa. Aivojen takaosien kuorikerroksen rappeuma, eli posteriorinen kortikaalinen atrofia aiheuttaa näönvaraisen hahmottamisen ja nähdyn tunnistamisen vaikeuksia muistin säilyessä pidempään parempana. Tähän liittyy myös kätevyuden ja lukemisen ongelmia. Logopeninen etenevä afasia puolestaan on Alzheimerin muoto, joka painottuu aivojen etuosiin otsalohkojen alueelle. Tähän liittyy impulssikontrollin häiriöitä, sekä ongelmia toiminnan ohjauksessa ja kielelliset ongelmat. Muun muassa sanojen löytämisen vaikeus, lauseen toistamisen vaikeus ja äänteiden virheet ovat tavanomaisia. Sen sijaan yksittäisten sanojen ymmärtäminen, nähdyn tunnistaminen ja motorinen puhe säilyvät. (Koivisto ym., 2023.)

Alzheimerin hoitoon käytettävät lääkkeet eivät pysäytä sairauden etenemistä, mutta ne hidastavat sitä. Taudin oireita helpottavat lääkkeet lisäävät keskittymiskykyä, parantavat toimintakykyä, sekä vähentävät käytös- ja psyykkisiä oireita. Donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini (AKE-lääkkeet) estävät välittäjäaine asetyylikoliinin hajoamista. Memantiini puolestaan vaikuttaa glutamaatti välittäjäaineeseen. Yhteiskunnan tukipalvelut ja lääkkeettömät hoidot ovat tärkeä osa hoitopolkua ja potilaan arkea. (Juva, 2021.)

AKE-lääkkeen käyttö aloitetaan pienellä annoksella, minkä tarkoitus on vähentää lääkkeen haittoja. Ripuli, bradykardia, eli sydämen hidasleyöntisyys, hikoilu ja syljenerityksen lisääntyminen ovat perifeerisiä kolinergisiä haittoja, joita aiheuttaa eniten donepetsiili. Sentraalisia kolinergisiä haittoja ovat puolestaan mm. pahoinvointi, huimaus ja väsymys, jotka ovat tyypillisiä rivastigmiinille, joka vaikuttaa voimakkaasti keskushermostoon. Galantamiinin haittavaikutukset sijoittuvat edellisten välille, ja haittojen minimoimiseksi se annostellaan hitaasti imeytyvässä kapselissa. Sentraalisten haittojen pysymiseksi vähäisinä, rivastigmiini annostellaan depotlaastarina tasaisen imeytymisen varmistamiseksi. Memantiinin haittavaikutuksia voi olla huimaus, tasapainohäiriöt, päänsärky, uneliaisuus ja väsymys, mutta se on yleensä hyvin siedetty. Sick sinus- syndrooma on vasta-aihe AKE-lääkkeiden käytölle, mutta jos potilaalla on tahdistin, estettä AKE-lääkitykselle ei ole. QT-ajan pidentyminen on harvinainen sydänvaikutus, ja tällä hetkellä tutkimusnäyttöjen perusteella vain

donepetsiili voi aiheuttaa QT-ajan pidentymistä. EKG:n tarkastaminen kuuluu perustutkimuksiin lääkehoitoa suunniteltaessa, arvioitaessa lääkehoidon siedettävyyttä ensimmäisten kuukausien aikana, sekä annosta muutettaessa. Mikäli potilas saa oireita aiheuttavan bradykardian tai oireisen hypotension, eli matalan verenpaineen, on muistisairauden lääkitys tarkastettava. (Rosenvall, 2023.)

2.5.2 Lewyn kappale -tauti

Hidasalkuisen Lewyn kappale -taudin ensioireet ilmaantuvat useimmiten yli 65-vuotiaana. Yli 75-vuotiailla suomalaisilla esiintyvyys on noin 5 %. Tämän ikäluokan kaikissa muistisairauksissa esiintyvyys on arviolta 20 %, ollen miehillä hieman naisia yleisempi. Lewyn kappale -taudin nimitys tulee mikroskoopilla havaittavista solunsisäisistä proteiinikertymistä, eli Lewyn kappaleista. Parkinsonin taudissa esiintyy myös näitä proteiinikertymiä. Oireiden epäillään johtuvan Lewyn kappaleista, sekä muutoksista aivoissa toimivissa välittäjäaineissa asetyylikoliinissa ja dopamiinissa. (Atula, 2023.)

Lewyn kappale -taudille tyypillisiä ovat realistiset ja tarkat näköharhat, joihin liittyy eläin- tai ihmishahmoja. Myös tv-ohjelmien tapahtumat tai valokuvat voivat tuntua normaalia todellisimmilta Lewyn kappale -tautia sairastavalle. Näköharhat voivat olla myös lievempiä, kuten jonkin vilahtamista silmäkulmassa. Harhat voivat olla päivittäisiä, mutta kaikilla tautiin sairastuneilla ei esiinny ollenkaan. (Väyrynen, ym., 2018, s. 1789–96.)

Vireystilan ja tarkkaavaisuuden vaihtelut ja tiedonkäsittelyn heikentyminen kuuluvat myös ensin ilmaantuviin oireisiin. Liikkeiden vaikeutuminen ja hidastuminen, lihasjäykkyys ja vapina ovat Parkinsonin taudin piirteitä, ja kuuluvat myös Lewyn kappale -taudin oireistoon. REM-unen aikaiset käytöshäiriöt ovat yleisiä, tällöin potilas on levoton huiheen käsillään ja potkien jaloillaan, ääntely voi olla voimakasta ja potilas voi esimerkiksi kävellä unissaan, tämä johtuu siitä, että keskushermosto ei toimi terveen ihmisen tavoin. Verenpaineen lasku pystyyn noustessa ja virtsaamisen säätelyn vaikeus ovat

tyypillisiä oireita johtuen autonomisen hermoston muutoksista. Toiminnanohjaus heikentyy, potilaalla voi olla tajunnanmenetykskohtauksia, ilmeettömyyttä, sekavuutta ja kaatumisia. Taudin alkuvaiheessa muistiongelmia ei vielä useinkaan ole, mutta sairauden edetessä myös muisti heikentyy. Ei tiedetä, mikä Lewyn kappale -taudin varsinaisesti aiheuttaa, tekijöitä epäillään olevan useita mukaan lukien geneettiset. Noin kahdeksassa vuodessa tauti johtaa toimintakyvyn menetyksen ja toimintojen hiipumisen kautta kuolemaan. (Atula, 2023.)

Diagnoosia tukee sisemmän ohimolohkon suhteellisen hyvin säilyneet rakenteet magneettikuvauksessa sekä taudille hyvin tyypilliset näköharhat. Myös unihäiriöt ovat diagnostisesti tärkeitä, mutta varhaisvaiheessa diagnosointi on haastavaa. Potilaille ja läheisille on kehitetty oireiden tunnistamista ja diagnosointia helpottamaan arviointiasteikkoja ja kyselyitä. Aivojen tyvitumakkeissa on havaittu vähentynyt dopamiininkuljettajaproteiinin sitoutuminen, tämä kuuluu diagnoosia vahvistaviin löydöksiin ja auttaa erotusdiagnoosissa Alzheimerin tautiin. (Väyrynen ym., s. 1789–96. 2018.)

Lewyn kappale -tautiin sairastuneen on tärkeää huolehtia terveellisistä ravitsemustottumuksista ja sosiaalisesta toiminnasta ja virikkeistä. Fysioterapia tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa liikuntakyvyn ylläpitämiseksi mahdollisimman pitkään. (Suomen Seniorihoiva, i.a. -b.) Tautiin ei ole parantavaa tai pysäyttävää hoitoa. Lääkkeiden vaikutuksia on seurattava tarkasti aloittaen pienillä annoksilla. Tautiin kuuluu lisääntynyt herkkyys lääkkeille, erityisesti psyykenlääkkeille, esimerkiksi neurolepteille. Sekavuus ja kävelykyvyn muutokset kuuluvat psyykelääkkeiden haittoihin, mutta ne voivat helpottaa käytösoireita ja sekavuutta. Lewyn kappale -taudin lääkehoidossa Alzheimerin taudin lääkkeitä on havaittu olevan apua käytösoireisiin, mutta Lewyn kappale -taudin oireisiin niillä ei ole myyntilupaa. Parkinsonin taudin kaltaisiin oireisiin voi olla hyötyä Parkinsonin lääkkeitä, esimerkiksi Levodopasta, mutta harha-aistimukset ja sekavuus saattavat lisääntyä. Oikeanlaisen lääkehoidon löytämiseksi hyödyt ja haitat on punnittava tarkkaan ja yksilöllisesti. (Atula, 2023.)

2.5.3 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat ovat etenevien sairauksien ryhmä, jossa otsa- ja ohimolohkojen toiminta rappeutuu kudoskadon myötä. Sairauden alkuvaiheessa muisti toimii yleensä vielä hyvin, ja oireet keskittyvät käyttäytymisessä tapahtuviin muutoksiin tai kielellisiin ongelmiin. Otsa-ohimolohkorappeumat vaikuttavat tunteiden säätelyyn ja potilaan persoonallisuuteen. Tunteiden tunnistamisen ja asiallisen ilmaisun vaikeus aiheuttaa arkeen haasteita ja vuorovaikutus vaikeutuu. Muistioireet ovat osa sairautta, mutta eivät kuulu ensimmäisiin oireisiin. Tämä sairausryhmä eroaa muista muistisairauksista siinä, että oireyhtymän ensioireet alkavat usein työiässä. Oireissa on paljon vaihtelua, ja siksi sairauden alkuvaiheessa diagnoosin löytäminen saattaa olla haastavaa. Oirekuvien mukaan sairaus jaetaan otsalohkodementiaan, etenevään sujumattomaan afasiaan ja semanttiseen dementiaan. (Muistiliitto, i.a -b.)

Yleisin on otsalohkodementia (frontotemporaalinen dementia, FTD), joita on noin puolet otsa -ohimolohkorappeumista. Frontotemporaalista dementiaa sairastavan toimintaa ohjaavat impulssit. Potilas on huoleton, tahditon, lyhytjänteinen ja arvostelukyvytön. Puheen tuottaminen voi aiheuttaa haasteita, mutta motoriikka ja havaintokyky voivat säilyä melko hyvin. Potilas on useimmiten sairaudentunnoton. (Suomen Seniorihoiva, i.a. -c.)

Etenevä, sujumaton afasia oireilee kielellisinä häiriöinä, esimerkiksi puheen sujumattomuutena ja kielipin rakenteiden ja sanojen katoamisena. Edetessään sairaus voi aiheuttaa täydellisen puhumattomuuden eli mutismin, mutta muisti yleensä säilyy melko hyvin. (Suomen Seniorihoiva, i.a. -c.)

Semanttinen dementiapotilas kadottaa sanojen ja asioiden merkityksen eikä ymmärrä lukemaansa. Myös esineiden ja kasvojen tunnistaminen ja empatiakyky heikentyy. Potilaalla voi esiintyä korostunutta kiinnostusta säästämistä ja rahaa kohtaan. Sairauden edetessä lähimuistin ongelmia voi ilmentua, mutta muuten muistivaikeuksia ei yleensä ole. (Suomen Seniorihoiva, i.a. -c.)

Kehitteillä on taudinkulkuun vaikuttavia lääkkeitä, jotka pohjautuvat perimän muutoksiin. Kun ne saadaan käyttöön, varhaisen diagnoosin merkitys korostuu entisestään. Tutkimuksien mukaan otsa -ohimolohkorappeumat ovat voimakkaasti perinnöllisiä. ALS-sairaudesta kärsivistä noin 15 % sairastaa myös otsa-ohimolohkorappeumaa geneettisen taustan yhteneväisyyksien takia. (Kruger ym., 2021, s. 2307–16.)

Merkittävä osa potilaista ohjautuu psykiatriin tutkimuksiin alkuvaiheessa. Sairausryhmä on todennäköisesti hyvinkin alidiagnosoitu, ja erotusdiagnoosi masennukseen, myöhäisalkuiseen skitsofreniaan, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, sekä Alzheimeriin ja muihin muistisairauksiin on hoidon kannalta tärkeä. Tutkimukset keskushermoston infektioiden, päihteiden väärinkäytön, deliriumin, aivovammojen ja aivojen verenkiertohäiriöiden poissulkemiseksi ovat välttämättömiä. Diagnoosi perustuu kliiniseen oirekuvaan, neuropsykologisiin tutkimuksiin ja aivojen kuvantamiseen, mutta magneettikuvalöydös voi sairauden alkuvaiheessa olla normaali. Lääkkeettömät hoidot ja oireiden farmakologinen hoito ovat vielä toistaiseksi hoidon perusta. Alzheimerin taudin lääkkeet voivat pahentaa oireita ja ovat vasta-aiheisia. Apatian hoidossa SSRI lääkkeet vaikuttavat lupaavilta, mutta satunnaistetut tutkimukset antavat myöhemmin aiheesta lisää tietoa. Joillekin otsa-ohimolohkorappeumaan sairastuneille potilaille on ollut apua käytösoireisiin uuden polven psykoosilääkkeistä, mutta osa on alttiita ekstrapyramidaalisille haitoille, joten käytön tulee olla varovaista. Bentsodiatsepiinit ovat vasta-aiheisia, koska ne saattavat aiheuttaa levottomuutta ja ylivilkkautta. Valproaatti on toiminut osalla potilaista käytösoireita lievittävästi. (Kruger ym., 2021, s. 2307–16.)

Otsa-ohimolohkorappeumaa ei voi parantaa, vaan tärkeintä hoitotyössä on oireiden helpottaminen ja elämänlaadun turvaaminen. Edunvalvonnasta ja hoitotahdosta on syytä keskustella sairauden varhaisessa vaiheessa, koska sairauden edetessä ulkopuolinen apu on väistämätöntä. Sairastunut tarvitsee apua ja tukea toimintakykynsä ylläpitoon turvallisesti päivittäisissä toiminnoissa. Hyvästä ravitsemuksesta, liikunnasta ja sosiaalisesta toiminnasta huolehtiminen tukee potilaan hyvää arkea. Tieto haastavan sairauden etenemisestä ja riittävä

ulkopuolinen tuki on tärkeää niin potilaalle kuin omaisille sairauteen sopeutumisen kannalta. (Suomen Seniorihoiva, i.a. -c.)

2.5.4 Aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen eli verenkiertoperäinen muistisairaus aiheutuu aivoverenkierron häiriöistä. Arviolta neljäsosa aivotapahtuma-potilaista sairastuu tähän muistisairauteen, ja se on miehillä jonkin verran naisia yleisempi. Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, diabetes, painonhallinnan ongelmat ja ylipaino, vähäinen liikkuminen sekä alkoholi ja tupakointi. Ne altistavat verenkiertoperäiselle muistisairaudesta aivoverenkiertohäiriöiden kautta. (Atula, 2023.)

Suurten aivoverisuonten tukokset aiheuttavat hapenpuutteesta johtuvia kuolioita aivojen kuorikerroksissa. Tällaisessa suurten suonten taudissa oireiston pääpiirteitä ovat sanojen löytämisen vaikeus sekä kävelyhäiriö ja toispuoleiset halvausoireet. Myös näkökenttäpuutokset ovat mahdollisia. Älyllisissä toiminnoissa on samankaltaisia muutoksia kuin pienten verisuonitukosten ja vuotojen aiheuttaman ”valkean aineen taudin”, eli aivojen syvien osien muutoksissa. Tätä pienten suonten tyyppistä sairautta sairastaa noin 60–70 % potilaista, eli se on selvästi yleisempi. Oirekuvaan kuuluvat puheentulon häiriöt, toispuoleiset halvausoireet, kävelyn kömpelyys ja ongelmat tasapainossa. Pakkoitkua- tai naurua voi esiintyä joillakin potilailla. Oireiden vaikeusaste ja ilmeneminen vaihtelee vaurioiden laajuuden ja sijainnin mukaan, ja ne voivat olla myös lieviä. Älylliset ongelmat ja toiminnanohjauksen alentuminen heikentävät muistia selvemmin, lisäksi käytöksen muutokset voivat aiheuttaa ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Oireet alkavat yleensä nopeasti, jopa päivissä tai viikoissa. Kliiniset oireet ja löydökset ovat yleensä taudinkuvalla tyypillisiä ja diagnoosi varmistetaan aivojen tietokonetomografia- tai magneettitutkimuksessa. Kuvauksissa näkyvät valkean aineen muutokset ja aiempien aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat arvet. (Atula, 2023.)

Lääkehoitoa ei ole olemassa verisuoniperäiseen muistihäiriöön, vaan hoito keskittyy riskitekijöiden ja aivoverenkiertosairauden uudistumisen ehkäisyyn. Alzheimerin taudin lääkkeiden toimivuutta aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamien muistisairauksien hoitoon on tutkittu, mutta saavutettu hyöty on ollut rajallista ja lääkkeillä ei ole myyntilupaa vaskulaarisen dementian hoitoon. Yksilöllisesti rakennettu kuntoutussuunnitelma ja terveelliset elämäntavat sekä oireiden hoitaminen ja tukimuodot muodostuvat pohjan sairastuneen hyvälle elämälle. (Atula, 2023.)

2.5.5 Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus

Muistiongelmien ja dementia eivät kuulu Parkinsonin taudin alkuaireisiin, eikä sitä kehity kaikille sairastuneille lainkaan. Tutkimusten mukaan kognitiivisia oireita on noin 60–70 %:lla Parkinson-potilaista, ja etenevien tiedonkäsittelyoireiden esiintyvyys meta-analyysissä (13 tutkimusta) oli 31,5 %. Potilaalla voi esiintyä tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen häiriötä ja muistitoimintojen heikentymistä ja hidastumista. Käyttöoireisiin kuuluu esimerkiksi aloitekyvyn heikentyminen, muutokset potilaan persoonallisuudessa, näköharhat, harhaluulot ja päiväaikainen väsymys. (Väyrynen ym., 2018, s. 1789–96.)

Muistivaikeudet keskittyvät yleensä mieleen palauttamisen ongelmiin. Altistavia tekijöitä Parkinson-potilaalla muistiongelmien syntymiselle ovat korkea ikä, pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku, REM-unen aikainen käytöshäiriö, heikentynyt värinäkö sekä varhain ilmenevät kognitiiviset oireet ja ongelmat liikkumisessa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.) Parkinsonin taudin muistisairaudella ja Lewyn kappale -taudilla on yhteneväisyyksiä oireissa, tutkimuslöydöksissä ja patologisissa mekanismeissa. Yhdeksi syyksi Parkinsonin taudin muistioireiden ilmenemiselle epäillään Parkinsonin taudissakin tyypillisesti solun sisään kertyvien Lewyn kappaleiden muodostumista aivokuorelle, ja Parkinsonin taudin muistisairaus kuuluukin Lewyn kappale -patologiaan liittyviin muistisairauksiin. (Väyrynen ym., 2018, s. 1789–96.)

Parkinsonin taudin muistisairaudesta kärsivälle potilaalle suositellaan antikolinergisten lääkkeiden käytön lopettamista kognitiivisten haittojen vuoksi. AKE estäjä rivastigmiinin on todettu lievittävän kognitiivisia oireita ja parantavan suoriutumista arjessa. Kuitenkin vain pienellä osalla potilaista tapahtui merkittävä kliininen paraneminen. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvoinnin ja oksentelun lisäksi Parkinson oireiden lisääntyminen. Lääkityksen keskeytymisen haittavaikutusten vuoksi on todettu olevan melko yleistä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.)

Aivoterveystä huolehtiminen, liikunta, hyvä perushoito, käytösoireiden hoito ja potilaan tukiverkostosta ja sosiaalisesta osallistumisesta huolehtiminen ovat tärkeitä Parkinsonin taudin muistisairauden hoidossa. Yleensä Parkinsonin taudin motoristen oireiden laadukas hoito vaikuttaa positiivisesti myös muistioireisiin ja tasapainottaa niitä. Mielialan ja vireyden parantaminen helpottaa myös muistin ja tiedonkäsittelyn toimintaa, ja siksi esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden hoito on tärkeää. Liikkuminen parantaa aivojen hyvinvointia ja on avuksi motoriikan ylläpidossa ja potilaan kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. (Terveyskylä, i.a.)

2.6 Kivun tunnistaminen muistisairailta

Vanhuksen tuntoaisti heikkenee ikääntyessä, samoin sisäelinten kivuntunto. Ikääntyessä heikkenevät myös kehon kivunvaimennus mekanismit, mikä heikentää voimakkaan kivun sietokykyä. Keskushermosto heikkenee ja altistuu herkemmin vaikeille hermovauriokivuille. Hermoston hidastuminen vaikuttaa kivun käsittelyyn. (Löpönen, 2023.)

Muistisairaudet rapauttavat aivoja ja vaikuttavat moniin kivunsäätelymekanismeihin niissä. Alzheimeria sairastavilla heikkenee tunnekokeminen ja kipumuisti, mikä aiheuttaa kipukynnyksen nousua ja välinpitämättömyyttä kipua kohtaan. Kipu voi kuitenkin ilmetä korostetuilla kasvojen ilmeillä tai raajojen kouristusreaktiolla kipuaistimuksille.

Vaskulaarisessa muistisairaudessa valkoisen aineen vaurio aivoissa aiheuttaa hermovauriokipua. Sairauteen voi myös liittyä lisääntynyt kivun aiheuttama kärsimyksen tunne. (Löpönen, 2023.)

Muistisairaalta tulee kysyä kivuista ensisijaisesti häneltä itseltään ja käyttää apuna olemassa olevia arviointimittareita, joissa henkilöä pyydetään arvioimaan kipuaan erilaisilla asteikoilla (Löpönen, 2023). Muistisairas ei kuitenkaan välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan, tai hahmottamaan kehonsa tuntemuksia, mikä tekee kivun tunnistamisesta ja paikallistamisesta haasteellista. Häntä hoitavien olisi kyettävä näkemään muistisairaahan ilmeistä ja eleistä onko kyse kivuista, vai viittaako käytös johonkin muuhun oireeseen kuten pelkoon tai ahdistukseen, vai onko kyseessä esimerkiksi epämukavasta asennosta, kutinasta, tai kuivasta suusta johtuva. Tilanteen oikeanlaisessa tunnistamisessa auttaa muistisairaahan tottumusten ja käytöksen tunteminen. (Hagelberg & Finne-Soveri, 2015.)

Kun muistisairas ei pysty enää viestimään sanallisesti, on kivun arviointi perustuttava havaintoihin. Arvioinnissa suositellaan käytettävän PAINAD-mittaria. Mittarin avulla arvioidaan 5 minuutin ajan henkilön hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamisen tarvetta ja pisteytetään havainnot. (Löpönen, 2023.) PAINAD-mittareita löytyy useita verkon hakukoneen avulla Theseus.fi -sivuilta.

2.7 Lääkkeettömät hoitokeinot

Käytöshäiriöiden ilmenemistä selitetään aivojen rakenteessa ja toiminnassa tapahtuvilla muutoksilla, sekä potilaan herkästi kokemana turhautumisena, koska hänen mukautumiskykynsä arjen tilanteissa on sairauden vuoksi vähäisempi. Aivojen toiminnan häiriöt liittyvät mm asetyylikoliini, serotoniini ja noradrenaliini välittäjäaineiden tukeman hermotoiminnan muutoksiin. Myös aistivajeet, aikaisemmat luonteenpiirteet, elämässä tapahtuvat ajankohtaiset asiat ja ympäristön aiheuttamat kuormitustekijät voivat näkyä käytösoireina. (Koponen, 1999, s. 1629.)

Lääkkeettömät hoitokeinot ovat käytöshäiriöiden, kuten masennuksen, ahdistuneisuuden, unihäiriöiden ja levottomuuden hoidossa hoitosuosituksen mukaan usein jopa ensisijaisia hoitomuotoja. Niitä voidaan joskus käyttää jopa psykoottisista oireista, kuten harhaluuloista ja aistiharhoista kärsivän potilaan hoitamisessa. Lääkkeet voivat altistaa iäkkään potilaan vaikeillekin haittavaikutuksille, kuten kaatumiselle, kognition heikentymiselle, ja psykoosilääkkeissä verenkiertohäiriöille. Lääkkeettömillä hoitomuodoilla saavat myönteiset vaikutukset mahdollisen lääkehoidon lisäksi ovat merkittävä tuki potilaan hyvässä hoidossa. Hoidon huolellinen suunnittelu erilaisia lääkkeettömiä hoitomuotoja yhdistäen takaa mahdollisuudet parhaaseen hoitotulokseen. On tärkeää huomioida potilaan elämänhistoria, sekä oireiden arviointi ja laukaisevan tekijän tunnistaminen oikeiden hoitomuotojen löytämiseksi. (Vataja, 2023.)

Lääkkeettömiä hoitomuotoja on tutkittu paljon ja tehokkaiksi kuvattuja hoitomuotoja löytyy runsaasti. Musiikki- ja muisteluterapiat on todettu tehokkaiksi keinoiksi muistisairaiden hoidossa. Moniammatillinen hoidon suunnittelu ja toteutus sekä sosiaalinen vuorovaikutus ovat tärkeitä toimintakyvyn säilyttämiseksi ja sosiaalisuuden ylläpitämiseksi. Liikunta on tärkeä apu myös arjen toimintojen tukemiseksi. Myös eläinavusteinen terapia ja moniaististimulaatio ovat hyviä keinoja muistisairaana maailman avaamiseksi. (Vataja, 2023.)

Turvallinen rytmi päivän kulussa ja säännöllisyys aterioissa ovat hyvä runko muistisairaana päivän sujuvaan kulkuun. Tämä auttaa ehkäisemään väsymyksestä ja nälän tai janon tunteista aiheutuvia käytösoireita. Rauhoittava puhe ja voimavarojen mukaan omatoimisuuteen kannustaminen auttavat toimintakyvyn säilymisessä ja antavat sisältöä vanhuksen päivään. Kosketus on tärkeää meille jokaiselle, se rauhoittaa, se voi rohkaista tai jopa lievittää kivuntunnetta. Ympäristön selkeys, rauhallinen äänimaailma ja hyvä valaistus auttavat ympäristön hahmottamisessa. Rutiinit ovat tärkeitä esimerkiksi siirtymisissä. Aito läsnäolo ja kuunteleminen ovat tärkeitä myös muistisairaalle, ja mahdollisen aggression syiden tunnistaminen ja niiden hyvä ennakoiminen

auttavat välttämään vaikeita tilanteita. Käytöshäiriöt ovat useimmiten muistisairaana yritykseen kommunikoida ja kertoa omista tuntemuksistaan. Aggressio voi kertoa esimerkiksi pelosta tai kivusta, ja tilanteen tunnistaminen ja ennakoiva työote ovat hyvä alku aggression lääkkeettömälle hoidolle. Tilojen turvallinen sisustaminen auttaa välttämään vaaratilanteita. Tunteiden, tekemisen ja asioiden sanoittaminen auttavat arjen toimissa, ja tekemisen pilkkominen pienempiin osiin ja rytmittäminen vaikkapa laulettavaan muotoon voi auttaa omatoimisuuden tukemisessa. (Terveyskylä, 2023.)

Käytöshäiriöisen kohtaamisessa rauhallisuus ja tilanteiden ennakointi ovat tärkeässä asemassa. Kuulijan huomion herättäminen ennen selkeäsanaisista keskustelua on auttaa viestin ymmärtämisessä, pitkien lauseiden välttäminen on tärkeää. Pyri rauhoittamaan hankala tai aggressiivinen tilanne keskeyttämällä tekeminen hetkeksi ja pyytämällä apua tilanteeseen, sanallinen rauhoittelu tai vaikkapa hyräily voi auttaa laukaisemaan tilanteen. Omien tunteiden tunnistaminen ja hallinta on vaikeissa tilanteissa myös tärkeää. Hankalassa tilanteessa voi yrittää viedä potilaan huomion toiseen asiaan, ja yrittää hetken päästä uudelleen. Hoitajan ei koskaan pidä ryhtyä kiistelemään käytöshäiriöisen kanssa, vaan ole kärsivällinen ja joustava. Muista kevyen kosketuksen ja pehmeän äänen tuoma apu vuorovaikutukseen. Huomioi levottoman potilaan kohdalla kivun ja esimerkiksi mahdollisen virtsatietulehduksen mahdollisuus. Kohtele potilasta niin kuin toivoisit itseäsi kohdeltavan, muista, että hän on aikuinen ihminen. (Di Rubbo, 2014, s. 94–100.)

2.8 Uhkatilanteet hoivayksikössä

Uhkaavissa tilanteissa on tärkeää pysyä tynenä, asiallisena ja yrittää pitää välimatkaa uhkaajaan. Kädet tulee pitää sivulla vapaina ja kääntyä hieman vinoittain uhkaaja kohti. Jos henkilö käyttää sanallista tai fyysistä uhkailua, tai hoitaja tilanteen muutoin uhkaavaksi, voi työtovereilta pyytää apua, mieluiten aikaisin kuin liian myöhään. Jos tilanne muuttuu hallitsemattomaksi, on hyväksyttävää poistua paikalta. (Diakonissalaitos, Väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen, 18.3.2019).

Uhkaajan kohtaamisessa on kuunneltava, mitä hänellä on sanottavaa, vastata lyhyesti ja osoittaa olevansa kiinnostunut siitä, mitä hän sanoo. Riittävän kuuluvaa ääntä tulee käyttää, mutta uhkaajan päälle ei saa puhua. Uhkaajaa puhutellaan hänen nimellään ja säilytetään katsekontakti. Uhkaava henkilö on taipuvainen liioittelemaan, joten hänen sanomisiaan ei pidä ottaa henkilökohtaisesti, tai alkaa väittelemään niistä. On tärkeää antaa uhkaavan henkilön säilyttää tilanteessa kasvonsa, jotta hän voi perääntyä tilanteesta ilman, että kokee itsetuntoaan loukatun. Asiaan voidaan palata uudelleen, kun henkilö on rauhoittunut. (Diakonissalaitos, Väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen, 18.3.2019).

Kun uhkatilanne on ohi, tehdään tapahtumista Haipro-ilmoitus ja muistiinpanot jatkotoimia varten. Uhkaavat tilanteet tulee käydä läpi työyhteisössä ja tiedoittaa tapahtumasta esihenkilöä ja työtovereitasi. Haipron kautta tieto menee työsuojeluvaltuutetulle tai -päällikölle. (Diakonissalaitos, Väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen, 18.3.2019).

Jos hoitaja kokee tapahtuneen tilanteen traumaattiseksi, on otettava yhteyttä työterveyshuoltoon, tilanne käydään läpi ammattilaisen kanssa. Tarvittaessa esihenkilö voi järjestää yksikössä kriisipalaverin yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Psykologin palveluita voidaan myös käyttää. Mikäli uhkatilanteessa joutuu rikoksen kohteeksi, otetaan yhteyttä poliisiin. (Diakonissalaitos, Väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen, 18.3.2019).

Yksilötasolla uhkatilanteisiin varaudutaan tallentamalla tärkeät numerot puhelimeen, kuten esihenkilön, työtovereiden, hätänumeron ja myrkytyskeskuksen. Yksikkötasolla voidaan kalusteet sijoittaa asukastiloissa niin, että sieltä pääsee poistumaan nopeasti uhkatilanteessa. (Diakonissalaitos, Väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen, 18.3.2019).

Vanhuksen käyttäytymiseen vaikuttavat mm. luonteen, temperamentin, muistojen ja traumaattisten kokemusten lisäksi sairauden laatu, etenemisvaihe ja muu terveydentila. Olemalla valpas ympäristön ja vanhusten käyttäytymisen

suhteen voi oppia tunnistamaan uhkatilanteita. Uhkatilanteita voi olla niin vanhuksen omassa toiminnassa kuin muita asukkaita tai henkilökuntaa kohtaan. Uhkatilanteiden tunnistaminen on tärkeää, koska sitten niihin pystyy ennakoimaan. (Villa Tapiola i.a., s. 5–9.)

On tärkeää, ettei mene uhkaaviin tilanteisiin yksin. Tilanteita ja niistä poistumista voi olla hyvä harjoitella etukäteen. Henkilökohtaista turvanappia tulisi pitää mukana yksikön käytäntöjen mukaan. Työyksikössä tulisi käydä säännöllisesti kollegoiden ja esihenkilön kanssa keskustelua ennakoivasti työturvallisuusriskeistä. Jos uhkatilanne on jo tapahtunut, tilanne puretaan tiimissä mahdollisimman pian yksikkökohtaisten toimintatapojen mukaan. (Villa Tapiola i.a., s. 5–9.) Viikin hoivakodin vastaavan sairaanhoitajan Matti Kotajärven (henkilökohtainen tiedonanto, 24.3.2025) sähköpostin mukaan tarkempi ohjeistus yhteistyötahon henkilöhälyttimien käytöstä löytyy Rinnekotien intrasta.

Tarvittaessa voidaan harjoitella tyypillisissä uhkatilanteissa toimimista ennakkoon, kuten turvallista poistumista, lyöntien ennakointia ja välttämistä, tai otteesta irrottautumista. Säännöllinen harjoittelu antaa varmuutta tilanteessa toimimiseen. (Villa Tapiola i.a., s. 7.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämispainoiteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda opas, jonka avulla perehdytetään ja täydennyskoulutetaan yhteistyötahona toimivan psykogeriatrisen hoivakodin henkilökuntaa. Kehittämispainioiteinen työ tarkoittaa käytännön toimien opastamista, ohjeistamista tai toiminnan järjestämistä tai kehittämistä. Opinnäytetyössä voidaan luoda esimerkiksi uusi palvelu, tuote tai toteutus. (Valtonen ym., 2020.) Opas on tarkoitettu sekä uusille ja vanhoille työntekijöille että myös harjoitteluun tuleville opiskelijoille. Oppaassa esitellään muistisairaudet, yleisimmät ikääntyneiden mielenterveysongelmat, niiden hoito

pääpiirteittäin sisältäen sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät hoitomenetelmät. Opas perustuu teoreettiseen tietoon ja keskeisiin käsitteisiin, joita tässä opinnäytetyön raportissa esitellään.

Oppaan tavoitteena on lisätä yhteistyötahon henkilökunnan osaamista ja perehdyttää uusia työntekijöitä ja opiskelijoita psykogeriatriseen hoitotyöhön. Tavoitteena on, että opas tulisi henkilökunnan aktiiviseen käyttöön ja että se olisi helposti luettava ja selkeä. Oppaasta voi aina tarvittaessa pikaisesti lukea tietyn kohdan, jos haluaa varmistaa tietyn asian. Sen tavoitteena on helpottaa työntekijöiden arkea.

Opas voi aiheuttaa muutoksen työyhteisön käytännöissä tai esittää väitteitä siitä, kuinka työprosessit kannattaisi järjestää. Tämä saattaa myös olla ristiriidassa työyhteisön vanhojen käytäntöjen kanssa. Opinnäytetyön pitäisi tuoda esiin sekä käytännöllistä että teoreettiskäsitteellistä puolta aiheesta, jotta julkaistu opinnäytetyö antaisi molemmista näkökulmista hyväksyttävän ratkaisun työelämäkumppanille. (Vesterinen & Alavaikko, 2020.)

4 TAUSTA JA YHTEISTYÖKUMPPANI

Tämä opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Rinnekotien Hoivakoti Viikin kanssa. Hoivakoti Viikki sijaitsee Helsingin Viikissä ja on erikoistunut psykogeriatriaan ja muistisairaiden henkilöiden hoitoon. Hoivakoti Viikissä tarjotaan ympärivuorokautista palveluasumista ikäihmisille kodinomaisessa hoitoyhteisössä. Lisäksi siellä tarjotaan tukea heidän läheisilleen. Asukasvalinta Hoivakoti Viikkiin tehdään ARA:n perusteiden mukaisesti. (Rinnekodit, i.a. -a.)

Hoivakoti Viikissä on kodit 18 asukkaalle. He asuvat yhden hengen huoneissa, joissa heillä on oma kylpyhuone ja wc. Asukkailla on lisäksi käytössä yhteinen olohuone ja ruokasali, jossa ruokailu tapahtuu. Asukkailla on halutessaan

käytössään turvaranneke, jolla he saavat hoitajan kutsuttua avuksi tarvittaessa. (Rinnekodit, i.a. -a.)

Hoivakodissa järjestetään harrastetoimintaa asukaslähtöisesti ja asukkaat saavat itse vaikuttaa viikko-ohjelmaan. Säännöllisesti toistuvat muun muassa jumppa- ja lauluhetket sekä ulkoilu. Hoivakodissa vierailee myös esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijöitä ja esiintyjä. Hoivakoti Viikki on osa Viikin palvelukeskusta, ja palvelukeskuksen kuntosali ja sauna ovat asukkaiden käytössä henkilökunnan avustuksella. Asukkailla on myös mahdollisuus osallistua palvelukeskuksen yhteisiin tapahtumiin ja viikko-ohjelmiin. (Rinnekodit, i.a. -a.)

Hoivakoti Viikissä jokaisella asukkaalla on oma vastuuhoitaja, joka on ensisijainen yhteyshenkilö asukkaan läheisiin. Omahoitaja tuntee asukkaan parhaiten ja varmistaa, että asukas ja hänen yksilölliset tarpeensa huomioidaan. Omahoitajan tehtävänä on myös huolehtia asukkaan arjen vaihtelevuudesta ja ohjata hänet sopivaan toimintaan. (Rinnekodit, i.a. -a.)

Viikin moniammatillinen tiimi koostuu yksikön hoiva-avustajista, lähihoitajista, sairaanhoitajista ja vastaavasta sairaanhoitajasta, jotka vastaavat arjen hoitotilanteista. Lääkärin vastuu on lääkehoidossa. Tarvittaessa lääkäri voi konsultoida geropsykiatriaa, joka lähettää sairaanhoitajan tapaamaan asukasta. Sairaanhoitaja konsultoi tiimiä asukkaan tilanteesta erikoislääkärin ohjeistuksen mukaisesti. (Hoivakoti Viikin Palveluyksikön johtajan Susanna Perkiömäen henkilökohtainen tiedonanto – sähköposti 25.3.2025.)

Rinnekodeissa toimii useita työryhmiä, joiden osaamista hyödynnetään asukkaiden hoidossa. Tällaisia ovat työryhmiä ovat esimerkiksi itsemääräämisoikeus-, apuväline-, turvallisuus-, kirjaamis- ja hygieniatyöryhmä. Tiimin valittu vastuuhenkilö osallistuu työryhmän tapaamisiin ja välittää tiedon muun työryhmän käyttöön. (Hoivakoti Viikin Palveluyksikön johtajan Susanna Perkiömäen henkilökohtainen tiedonanto – sähköposti 25.3.2025.)

5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI JA MENETELMÄT

Opinnäytetyön prosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen: innovointi, suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä julkistaminen ja arviointi (Vesterinen & Alavaikko, 2020).

Taulukko 1: oppaan kehittämisen prosessi

Kevät -24: innovointi Idea oppaasta, alustava keskustelu yhteistyötahon kanssa	Syksy -24: suunnittelu Keskustelu oppaan sisällöstä yhteistyöyksikön esihenkilön kanssa	Tammikuu -25: toteutus Oppaan alustava versio Canvaan. Sisältö syksyn keskustelujen perusteella.
Helmikuu -25: arviointi 1.kysely yhteistyöyksikön henkilökunnalle. Raakaversio valmis.	Maaliskuu -25: arviointi 2.kysely henkilökunnalle. Tarkentava kysely esihenkilölle.	Huhtikuu -25: raportointi Lopullisen version hyväksyntä esihenkilöllä. Opas valmis.

Innovointivaiheessa määritellään työelämäkumppanin käytännön tilanteeseen pohjautuva ongelma tai tarve, johon lähdetään hakemaan ratkaisua opinnäytetyöllä. Tämä tarve tulisi määritellä kirjallisesti ja pohtia, minkälainen opinnäytetyön muoto siihen sopisi. (Vesterinen & Alavaikko, 2020.) Yhteistyötahon löydyttyä lähdettiin kartoittamaan heidän käytännön tilanteeseensa liittyviä kehittämistarpeita. Tekijän työkokemuksen avulla aloitettiin pohtimaan mahdollisia kehittämistarpeita perehdytykseen liittyen. Keksittiin, että perehdytystä voisi tehostaa opas, jossa yleisimmät psykogeriatrinen hoito on esitelty tiivistetysti. Idea esiteltiin yhteistyötaholle syyskuussa 2024. Yhteistyötahon mielestä idea oli ja hyvä, ja että tällaiselle oppaalle olisi ehdottomasti tarvetta. Lisäksi ehdotettiin, että opasta voisi hyödyntää myös muissa Rinnekotien yksiköissä. Tästä ideasta luotiin ideapaperi, jolle saimme opinnäytetyön ohjaajalta hyväksynnän.

5.1 Suunnittelu

Opinnäytetyön suunnittelu on prosessissa keskeinen vaihe, joka ikään kuin määrittelee opinnäytetyön prosessin virallisesti alkaneeksi. Suunnitelmavaiheessa sekä työelämäkumppanin ja oppilaitoksen kanssa kommunikoidaan ja luodaan yhdessä työn tarpeet, tavoitteet ja toimenpiteet. Työelämäkumppanin käytännön ongelmat ja tarpeet siirtyvät oppilaitoksen akateemiseen tarkasteluun. Tavoitteena olisi lisätä oppilaitoksen ja kumppaniorganisaatioiden välisen sosiokulttuurisen rajan läpinäkyvyyttä. (Vesterinen & Alavaikko, 2020.)

Syksyn keskustelujen Hoivakoti Viikin palveluyksikön johtajan Susanna Perkiömäen (henkilökohtainen tiedonanto 20.9.2024) perusteella oppaan alustavaksi aiheiksi otettiin skitsofrenia, masennus, päihteet, muistisairaudet ja lääkkeettömät hoidot. Opasta lähdettiin suunnittelemaan eteenpäin työelämäkumppanin toiveiden mukaisesti.

Teoriatiedon etsinnässä käytetään manuaalista tiedonhakua, joka sisältää kirjastosta lainattavat kirjat. Tiedonhaussa käytetään myös sosiaali- ja terveysalan tietokantoja PubMed ja Medic. Internetissä suoritetun haun lähteenä käytetään tunnettuja ja luotettavia sosiaali- ja terveysalan lähteitä, esimerkiksi Terveysportti ja Duodecim. Tiedonlähteinä käytetään myös joitakin luotettavia verkkolähteitä, kuten Päihdelinkki, Muistiliitto ja Suomen Seniorihoiva. Aineisto rajataan viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuun aineistoon, tai päivitettyihin verkkosivuihin. Poikkeuksena on muutama hieman vanhempi lähde, mutta niissä tieto ei ole olennaisesti muuttunut.

5.2 Toteutus

Kun opinnäytetyöprosessissa siirrytään suunnittelusta toteutukseen, tapahtuu reflektiota, eli tarkastellaan itseä eri näkökulmista. Työstä saadaan palautetta

sekä oppilaitokselta että työelämäkumppanilta. Myös tiimityöskentelyyn saattaa tulla erilaisia rooleja. (Vesterinen & Alavaikko, 2020.)

Oppaan laatimisessa käytettiin Canva-ohjelmaa. Lopullinen opas toteutettiin pdf-tiedostona, jonka voi lukea suoraan tietokoneelta, tai tarvittaessa tulostaa. Oppaasta pyrittiin tekemään tiedostona kevyt, ettei se vie liikaa tilaa ja sen tulostus olisi kustannusystävällistä. Tiedoston kooksi tuli 675 kilotavua. Oppaan koko on A4 ja värityksessä käytetään työelämäyhteistyötahon teemoja. Rinnekotien logo on pyöreällä aniliininpunaisella pohjalla. Tätä pyöreää pohjaa hyödynnettiin oppaan kannessa, sivunumeroinnissa, sivun alakulmien infopalloissa ja muissa oppaan grafiikoissa. Otsikot ovat sijoitettu aniliininpunaiselle pohjalle.

Tekstiä laadittaessa otetaan huomioon, kuka sitä lukee ja miten hän siitä hyötyy, mitä tietoa lukija tarvitsee, että hän selviää uudesta tilanteesta. Tekstin tavoite ja sen kohderyhmä muodostavat sen kokonaisuuden. (Torppa, 2014, s. 17–19.) Opas on suunnattu tukemaan psykogeriatrisessa hoivayksikössä työskentelevien hoitajien työtä.

Yksi tekstin tärkeimmistä tekijöistä on tiedon johdonmukainen ryhmittely ja jäsenitys (Kankaanpää & Piehl, 2011, s. 36). On pohdittava, esitelläänkö aiheet tärkeysjärjestyksessä vai aihepiireittäin. Mitkä ovat valitun järjestyksen kannalta pääasiat ja niitä täydentävät yksityiskohdat. (Luukkonen, 2004, s. 185–186.) Kirjoituksen pitää olla mahdollisimman selvää, ettei jää tilaa epäselvyyksille tai tulkinnoille (Torppa, 2014, s. 26). Oppaaseen valituista psykogeriarisista sairauksista esitetään niiden synty ja vaikutusmekanismit, käytösongelmat ja hoitoon käytettävien yleisempien lääkkeiden sivuvaikutukset. Psykogeriatriaa ja lääkkeettömän hoidon muotoja käsitellään oppaassa omina kokonaisuuksinaan. Oppaan sivujen alakulmiin sijoitettiin verkkosivun nimi, mistä kyseisen sivun aiheesta löytyy lisää tietoa.

5.3 Arviointi

Oppaasta suoritettiin alustava kysely (liite 1) hoivakoti Viikin henkilökunnalle alkuvuoden 2025 aikana. Kyselyssä oli seitsemän avointa kysymystä. Kyselyllä kartoitettiin esimerkiksi, mitä työntekijät haluaisivat oppaassa olevan ja miten he kokisivat, että se auttaisi heidän työssään. Kyselyyn saatiin yhdeksän vastausta. Tämä vastaa suunnilleen puolta koko työyhteisöstä. Vastausten perusteella oppaaseen lisättiin lyhyt kuvaus oppaan sairauksien hoidossa käytettävistä lääkkeistä, uhkatilanteista, harhoista ja kappale kivun vaikutuksesta muistisairaaseen. Vastausten perusteella oppaasta tehtiin raakaversio.

Raakaversiosta tehtiin toinen kysely henkilökunnalle (liite 2). Vastauksia saatiin neljä. Niissä toivottiin tarkempaa tietoa uhkatilanteista, kuten henkilöhälyttimistä ja konkreettisempia esimerkkejä uhkatilanteissa toimimisesta. Jälkimmäisessä päädyttiin pidättäytyä yleisellä tasolla, koska tarkemmat esimerkit vaatisivat hoivakodin asukkaiden parempaa tuntemista. Masennuksen hoitamisesta haluttiin palautteessa paremmin hoitokotiin soveltuvaa näkökulmaa. Myös Rinnekotien moniammatillisen tiimin toiminnasta haluttiin lisätietoa. Kahdessa vastauksessa koettiin, ettei oppaan nimi vastaa sisältöä. Positiivista palautetta opas sai ulkoasusta, selkeydestä, käytännönläheisyydestä ja tiivyydestä.

Ensimmäisessä kyselyssä avointen vastausten pyytäminen oppaan sisällöstä antoi vastaajille vapauden ideoida mitä siihen halusivat. Toisessa kyselyssä tämä ei toiminut pyydetyn kritiikin suhteen. Vastuksissa ei tullut ilmi, miten epäkohtaa tulisi parantaa, jotta se toimisi, koska sitä ei erikseen pyydetty. Koska yhteistyöyksikön esihenkilö tekee oppaasta lopullisen hyväksynnän, pyydettiin häneltä tarkentavia tietoja vastauksista esiin tulleista parannuskohteista, kuten oppaan nimestä ja moniammatillisesta tiimistä. Esihenkilön ensimmäisessä arviossa ”opas” vaihdettiin nimessä ”tietopaketti,” mutta lopullisessa arviossa nimeksi tuli ”Uuden työntekijän opas psykiatriseen hoitotyöhön.”

Henkilökunnalle tehtyjä kyselyjä voidaan pitää pienimuotoisina laadullisina tutkimuksina, joiden tuloksia hyödynnettiin oppaan kehittämistyössä. Laadullinen tutkimus perustuu erilaisiin empiirisiin aineistoihin ja niiden analyysiin (Juhila,

2021). Aineiston saamme kerättyä kyselyn avulla. Avoimet kysymykset ovat tässä tapauksessa perusteltuja, kun selvitetään mielipiteitä (Gillham, 2007, s. 2–5).

6 EETTISET LÄHTÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS

Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan tutkimus on luotettava ja eettisesti hyväksyttävä, jos sen tekemisessä on seurattu hyviä tieteellisiä käytäntöjä, jotka perustuvat eurooppalaiseen tutkimuseettiseen ohjeistukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2024.) Opinnäytetyössä seurataan eurooppalaisia tutkimuseettisiä ohjeistuksia tieteen teon periaatteista. Opinnäytetyön tekemisessä käytetään luotettavaksi havaittuja keinoja, raportoidaan huomioista läpinäkyvästi ja rehellisesti, kunnioitetaan opinnäytetyön kohdetta ja arvostetaan heidän ja tutkitun tiedon tarjoamaa asiantuntemusta. Opinnäytetyöryhmä ottaa vastuun työstä sen kaikissa vaiheissa. (Allea, 2023.) Tiedonhankinnassa eettinen kestävyys ja tarkka lähdeviitteiden käyttö kunnioittavat hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Yhteistyösopimus yhteistyökumppanin kanssa, sekä tarvittavan tutkimusluvan hakeminen hyväksytyyn suunnitelmavaiheen päätteeksi tukevat edistymistä suunnitellusti ja eettisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2024.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppanin Rinnekotien arvoihin kuuluvat ihmisarvon puolustaminen ja sen moninaisuuksien kunnioittaminen ja ihmisen ainutlaatuisuuden kunnioittaminen ja vaikeissa tilanteissa tukeminen, vastuullisuus yhteiskunnan, ympäristön yhteisön ja yksilön tasolla. Lisäksi Rinnekodeilla on asiakaslupaus, jossa sitoudutaan rakentamaan asiakkaan näköistä elämää. (Rinnekodit i.a. -c.)

Rinnekotien alaisuuteen siirtyneellä Diakonissalaitoksella, johon Viikin palvelutalokin kuuluu, tuodaan arvoissa esille kristillisistä juurista lähimmäisen rakkaus (Diakonissalaitos i.a.). Myös tutkimusetiikassa korostuu

oikeudenmukaisuus, ihmisen kunnioitus ja vuorovaikutuksen tasa-arvoisuus (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010). Opinnäytetyö seuraa näitä arvoja työn tuloksena syntyvässä oppaassa.

Palautteet kerättiin työntekijöiltä anonymisti. Saatuja vastauksia säilytettiin kerätyssä muodossa, kunnes opinnäytetyö on julkaistu ja sen jälkeen ne hävitetään tietosuojajätteenä. Opinnäytetyössä vastauksia käsitellään yleisellä tasolla, eikä lainata suoraan. Työelämäyhteistyötaholta tietoa saatiin hoivakodin asukkaiden sairauksista yleisellä tasolla, joten yksilötason tutkimusta ei heidän tiedoistaan tehty.

7 POHDINTA

Tutkimusluvan saaminen vei odotettua kauemmin. Hidastusta aiheutti yhteistyötahon sähköpostiohjelma, joka puoltoanomuksen liitteenä olleiden isojen tiedostojen vuoksi tulkitsi yhteydenotot roskapostiksi. Luvan saaminen nimettömästi tehtäviin kyselyihin ei myöskään nopeuttanut prosessia. Lupahakemus pohjissa oletuksena oli, että tutkittaisiin luottamuksellista aineistoa, tai käsiteltäisiin vastaajien henkilötietoja. Ne oli muokattava vastaamaan nimettömänä annettujen vastausten käsittelyä. Tämä kaikki aiheutti aikataulun myöhästymistä ja itse kyselyiden tekemiseen ja tulkitsemiseen jäi vähemmän aikaa. Toisen kyselyn vastausten vähäiseen määrään saattoi vaikuttaa se, että vastausaikaa oli vain viikko ja vastaajien olisi pitänyt ensin lukea koko opas, jotta he olisivat pystyneet antamaan palautteen.

Suurimman osan kyselyihin kirjoitetuista toiveista ja kehittämisehdotuksista saatiin toteutettua. Oppaaseen haluttiin myös konkreettisempia esimerkkejä uhkaavissa yksilötilanteissa toimimiseen, mutta tämä päätettiin jättää oppaan ulkopuolelle, koska parhaiten hoivayksikön asukkaiden yksilölliset erot ja kuinka heidän kanssaan toimitaan, tuntevat heidän hoitajansa. Tiedon löytäminen

uhkatilanteista ylipäättänsä oli ongelmallista, koska useimmilla organisaatioilla on omat ohjeet niissä toimimiseen. Oppaaseen tulikin tiivistelmä Rinnekotien omasta ohjeesta väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisesta.

Aiheena psykogeriatria on laaja. Vaikka alun perin tarkoitus oli, että oppaasta hyötyisivät myös kokeneemmat hoitajat, rajattiin oppaan kohdeyleisöksi lopulta uudet työntekijät. Oppaasta tuli pitkä, mutta rakenteesta pyrittiin tekemään selkeä, jotta sieltä on helppo etsiä tarvittava tieto lukematta koko opasta läpi.

Oppaan tekeminen on vahvistanut sairaanhoitajan ammatillista osaamistamme ja yhteistyötaitoja tiimin sisällä ja työelämäkumppanin kanssa. Sen tekemisessä piti huomioida yksikön eri ammattikuntien edustajat ja heidän tarpeensa. Se auttoi hahmottamaan erilaisten työyhteisöjen kokonaisuuksia. Opinnäytetyön tekeminen paransi psykogeriatrista erikoisosaamista teoriapuolella, mutta erityisesti kuinka sitä sovelletaan käytäntöön, kun oppaan teossa otettiin huomioon yhteistyöyksikön henkilökunnan toiveita. Käytäntö oli myös otettava huomioon opasta editoidessa – kuinka yhdelle sivulle saa tiivistettyä hoitajalle tarpeellisen tietopakettin aiheesta, jotta hän saa siitä apua työhönsä.

LÄHTEET

- Alanen, H-M., Lönnroos, E., Talaslahti, T., Vataja, R., Ginters, M., Sorri, A., Mykkänen, L., Leinonen, E. & Koponen, H. (2020). Vääriä säästöpäätöksiä vanhuspsykiatriassa. *Suomen lääkirilehti*, 75(10), 602–603. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL102020-602>
- Allea (2023). *The European Code of Conduct for Research Integrity*. Saatavilla 24.9.2024 <https://allea.org/code-of-conduct/>
- Atula, S. (23.1.2023). *Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (verenkiertoperäinen muistisairaus)*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01106>
- Atula, S. (29.1.2023). *Lewyn kappale -tauti*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. (2010). Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä: Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Saatavilla 24.9.2024 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-099-4>
- Diakonissalaitos. (i.a.). *Strategia ja arvot*. Saatavilla 24.9.2024 <https://www.hdl.fi/meista/strategia-ja-arvot/>
- Di Rubbo, T. (2014). *Dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan kohtaaminen kotihoidossa*. [Opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81367/Di_Rubbo_Tina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gillham, B. (2007). *Developing a Questionnaire*. 2nd ed. Lontoo: Continuum. International Publishing Group.
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. (30.11.2015). *Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen*. Duodecim Oppiportti – oppikirjat, Palliatiivinen hoito. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/pli00042>
- Haugan, G., Innstrand, S. & Moksnes, U. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing* 22(15–16), 2192–2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>

- Huuhka, K. & Leinonen, E. (2011). Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 127(4), 390–6. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99375>
- Juhila, K. (2021). Laadullinen tutkimus ja teoria. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 29.10.2024 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullinen-tutkimus-ja-teoria/>
- Juva, K. (10.8.2021). *Alzheimerin tauti*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699>
- Kankaanpää, S. & Piehl, A. (2011). *Tekstintekijän käsikirja – opas työssä kirjoittaville*. Suomen yrityskirjat oy.
- Koivisto, A., Rinne, J. & Rosenvall, A. (11.12.2023). *Uudet Alzheimerin taudin diagnostiset kriteerit vuodelta 2021*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01590#R3>
- Koponen, H. (1999). Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidon mahdollisuudet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 115(15), 1629. <https://www.duodecimlehti.fi/duo90403>
- Kruger, J., Katisko, K., Suhonen, N-M., Haapasalo, A., Remes, A. & Solje, E. (2021). Otsa-ohimolohkorappeumat - miten tunnistan ja hoidan? *Duodecim-lehti*, 137, 2307–16. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16513.pdf>
- Leinonen, E. & Alanen, H-M. (2011). Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 127(4), 371–2. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99372>
- Luukkonen, M. (2004). *Tekstiä tekemään – kirjoittajan opas*. (1. p.). WSOY.
- Lyhty, M. (19.6.2018). *Miten kohdata psykoottinen ihminen*. Superlehti. <https://www.superlehti.fi/tyoelama/ammattissa/miten-kohdata-psykoottinen-ihminen/>
- Löpönen, M. (11.12.2023). *Kipu ja muistisairaus*. Duodecim käypä hoito. Saatavilla 1.3.2025. <https://www.kaypahoito.fi/nix03280>

- Muistiliitto. (i.a. -a). *Muistisairauksien oireet*. Saatavilla 30.3.2025.
<https://muistiliitto.fi/muistisairaudet/muistisairauksien-oireet/>
- Muistiliitto. (i.a. -b.). *Otsa-ohimolohkorappeumat*. Saatavilla 14.10.2024.
<https://muistiliitto.fi/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeuma/>
- Rapeli, P. (2019). Päihdehäiriöt ja keskushermostomyrkyt. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki, & L. Hokkanen (toim.), *Klininen neuropsykologia* (3. p., s. 334–358). Duodecim.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. (2015). Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmäärittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2. p., s. 119–136). Duodecim.
- Rinnekodit. (i.a. -a). *Rinnekodit Viikki*. Saatavilla 12.10.2024
<https://www.rinnekodit.fi/toimipisteet/hoivakoti-rinnekodit-viikki/>
- Rinnekodit (i.a. -b.). *Vieraanvarainen perehdytys on koko tiimin asia*. Saatavilla 19.10.2024
<https://www.rinnekodit.fi/ajankohtaista/vieraanvarainen-perehdytys-on-koko-tiimin-asia/>
- Rinnekodit (i.a. -c). *Arvot, visio ja missio*. Saatavilla 24.9.2024
<https://www.rinnekodit.fi/tietoa-meista/arvot-visio-ja-missio/>
- Rosenvall, A. (11.12.2023). *Muistisairauslääkkeiden haitat ja käytössä huomioitavaa*. Käypä hoito- suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix03277>
- Runsten, S. (2024). Ikääntyneiden päihdehäiriöt ja riippuvuudet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 140(4), 327–32. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18119>
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2017). *Lääkehoidon käsikirja*. Sanomapro.
- Saarenheimo, M. (2013). Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (s. 373–380). Duodecim.
- Salo-Chydenius, S. (8.8.2017). *Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö*. Päihdelinkki. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/ikaantyneet-ja-paihteidenkaytto/>
- Socada, L. (6.6.2023). *Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01339>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri-yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen,

- Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. (11.12.2023). *Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>
- Suomalaisen Lääkäriseuran ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. (28.3.2022). *Parkinsonin tauti. Käypä hoito -suositus*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50042>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (28.2.2025). *Depressio. Käypä hoito -suositus*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s14>
- Suomen Seniorihoiva. (i.a. -a). *Vanhusten masennus*. Saatavilla 8.10.2024 <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/ikaantyneiden-sairaudet/vanhusten-masennus/>
- Suomen Seniorihoiva, (i.a. -b). *Lewyn kappale- tauti ja taudin oireet*. Saatavilla 12.10.2024 <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/lewyn-kappale-tauti-oireet/>
- Suomen Seniorihoiva, (i.a. -c). *Otsa-ohimolohkorappeuma ja siitä johtuva muistisairaus*. Saatavilla 14.10.2024 <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeuma-oireet-ja-muistisairaus/>
- Talasilahti, T. & Jämsen, E. (2024) Vanhuspsykiatrinen potilas hyötymonialaisesta osaamisesta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 140(4), 317–9. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18117>
- Talasilahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. (2011). Vanhusten vaikeat psykoosit-skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 127(4), 375–82. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99373>
- Terveyskylä, (i.a.). *Parkinsonin taudin muistisairaus*. Saatavilla 14.10.2024 <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet>
- Terveyskylä. (23.1.2023). *Muistisairaahan käytösoireiden lääkkeetön hoito*. Saatavilla 23.10.2024

- <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet/muistisairauksien-hoito/muistisairaam-kaytosoireiden-laakkeeton-hoito>
- Torppa, T. (2014). *Työssään kirjoittavan opas*. Talentum Media Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Tenk (22.4.2024). *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Saatavilla 24.9.2024 <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>
- Valtonen, M., Karjalainen, A-L., Nylund, M., Riihimäki, T., & Vesterinen, O. (2020). *Opinnäytetyön erilaiset toteuttamistavat*. Diak-ammattikorkeakoulu. <https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760648#s-lg-box-15268738>
- Vesterinen, O., & Alavaikko, M. (2020). Työelämälähtöisen opinnäytetyön malli ja osaamisen kehittyminen. Teoksessa J. Helminen (toim.), *Näkökulmia osallistavaan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan: Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 5* (s. 166–177). (Diak Työelämä 18). Diakonia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-348-3>
- Villa Tapiola. (i.a.). *Hoitajan turvallisuusopas – Muistisairaam kohtaminen*. Saatavilla 3.3.2025 www.villatapiola.fi/villatapiola/kcfinder/upload/files/Villa_Tapiola_Hoitajan_turvallisuusopas_Muistisairaam_kohtaminen.pdf
- Väyrynen, H., Kruger, J. & Remes, A. (2018). Tunnistatko Lewyn kappale - taudin? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 134(18), 1789–96. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14516>

LIITE 1. Toiveet oppaasta -kysely

Kysymykset hoivakoti Viikin henkilökunnalle.

Olemme kolme sairaanhoidon opiskelijaa Diak-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönä opasta uusille ja vähän vanhoillekin työntekijöille geropsykiatrisen hoivayksikön arkeen helpottamaan asukkaiden kohtaamista. Haluisimme kysyä työntekijöiltä, mitä he oppaaseen haluaisivat? Vastaamiseen menee 5–10 minuuttia, muutamakin sana riittää. Vastaaminen on vapaaehtoista ja nimetöntä, henkilöllisyytesi ei missään vaiheessa tule opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Huolehdiathan, ettet kirjoita vastauksissa asioista, joista sinut tai yksikön asukas voitaisiin tunnistaa. Vastaamalla kyselyyn annat luvan kysymysten hyödyntämiseen opinnäytetyössämme. Kiitos.

1. Miten opas voisi auttaa työssä?
2. Mitä haluaisitte erityisesti oppaassa olevan?
3. Minkälaiset vaivat/käytösmallit asiakkaiden taholta tulevat toistuvasti esiin?
4. Minkälaisiin lääkkeettömän hoidon muotoihin haluaisitte oppaassa kiinnitettävän erityistä huomiota?
5. Minkälaisia lääkityksen sivuvaikutuksia seuraatte työssä?
6. Mitä haluaisit uusille työntekijöille kertoa aggressiivisten tilanteiden kohtaamisesta?
7. Mitä muuta haluaisit sanoa?

LIITE 2. Mielenpitoet oppaasta -kysely

Kysymykset hoivakoti Viikin henkilökunnalle.

Olemme kolme sairaanhoidon opiskelijaa Diak-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönä opasta uusille ja vähän vanhoillekin työntekijöille geropsykiatrisen hoivayksikön arkeen. Haluisimme kysyä työntekijöiltä, mitä he oppaaseen haluaisivat? Vastaamiseen menee 5–10 minuuttia, muutamakin sana riittää. Vastaaminen on vapaaehtoista ja nimetöntä, henkilöllisyytesi ei missään vaiheessa tule opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Huolehdithan, ettet kirjoita vastauksissa asioista, joista sinut tai yksikön asiakasta voitaisiin tunnistaa. Vastaamalla kyselyyn annat luvan kysymysten hyödyntämiseen opinnäytetyössämme. Kiitos.

Mitä hyvää oppaassa on?

Mikä oppaassa ei toimi?

Kehitysehdotuksia

LIITE 3. Uuden työntekijän opas psykogeriatriseen hoitotyöhön

**UUDEN TYÖNTEKIJÄN OPAS
PSYKOGERIATRISEEN
HOITOTYÖHÖN**



Sisällysluettelo

Johdanto	3		
Psykogeriatriinen hoitotyö Psykogeriatriisen hoitotyön erityispiirteet	4	Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus	16
		Hoito	
		Lääkehoidon sivuvaikutuksia	
Skitsofrenia	5	Kipu ja muistisairaus	17
Hoito		Kivun tunnistaminen	
Lääkehoidon sivuvaikutuksia			
Masennus	6	Uhkatilanteet ja ennakointi	18
Lääkehoidon sivuvaikutuksia		Ennakointi yksikössä	
Masennuksen hoito	7	Uhkatilanteissa toimiminen	19
		Jälkiselvitys	
Päihteet	8	Harhoja	20
Kohtaaminen		Kohtaaminen	
Hoito			
Päihteiden vaikutukset ikäihmisiin	9	Lääkkeettömät hoitokeinot	21
		Arkea ja terapiaa	
Muistisairaudet	10	Meidän yksikkömme	22
Muistisairauksien ennaltaehkäisy			
Kohtaaminen			
Alzheimer	11	Moniammatillinen tiimi	23
Hoito			
Lääkehoidon sivuvaikutuksia			
Alzheimerin taudin vaiheet	12	Lääkkeitä	24
Lewyn kappale -tauti	13	Tilastoja	25
Hoito			
Lääkehoidon sivuvaikutuksia			
Otsa-ohimolohkorappeumat	14	Lähteet	26
Sairauden eri muodot			
Hoito			
Aivoverenkiertoon liittyvä muistisairaus	15	Tekijätiimi ja oppaan versio	28
Sairauden eri muodot			
Hoito			

Johdanto

Ikääntyvän väestön määrä on Suomessa kasvussa, ja väestöennusteen mukaan 15 vuoden päästä Suomen kaikilla alueilla ihmisiä kuolee enemmän kuin syntyy. Myös vanhuksilla esiintyvien psykiatristen häiriöiden, esimerkiksi masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä psykoosien, määrä on kasvussa. Vanhuksilla nämä aiheuttavat toimintakyvyssä nopeita muutoksia.

Tässä oppaassa esitellään ikääntyneiden muistisairaudet ja yleisimmät mielenterveysongelmat, niiden hoito ja lääkehoidon sivuvaikutukset pääpiirteittäin. Lisäksi kerrotaan kivusta, uhkatilanteista ja harhoista. Lopussa esitellään yleisimmät lääkkeet ja lääkkeettömät hoitokeinot.

Opas on tarkoitettu ensisijaisesti Rinnekodit Hoivakoti Viikin henkilökunnalle ja tarvittaessa myös muihin Rinnekotien yksiköihin. Opas on luotu kehittämispainotteisena opinnäytetyönä yhteistyössä Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden ja Rinnekotien Viikin hoivayksikön henkilökunnan kanssa keväällä 2025.

Psykogeriatrinen hoitotyö

Psykogeriatriseen erikoisalan osaamiseen kuuluvat vanhusten psyykkisten sairauksien haasteet toimintakyvyssä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä, sekä muistisairauksien aiheuttamat käytösoireet. Psykogeriatrisia potilaita on laajalti eri terveydenhuollon aloilla ja hoidettavien kirjo on laaja. Perusterveydenhuollon lisäksi vanhuspsykiatrisia potilaita on erilaisissa psykogeriatrisissa yksiköissä, sekä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Psykiatristen oireiden esiintyvyys on vanhuksilla samaa luokkaa kuin nuoremmillakin ikäpolvilla. Väestö kuitenkin ikääntyy, mikä tarkoittaa sitä, että yli 65-vuotiaiden mielenterveyden ongelmat tulevat merkittävästi kasvamaan suurien ikäluokkien eläköityessä. Suurimalla osalla dementiaa sairastavista esiintyy psykiatrisia oireita jossain vaiheessa sairautta, kuten esimerkiksi masennusta, apatiaa, levottomuutta, aistiharhoja tai harhaluuloja.

Psykogeriatrisen hoitotyön erityispiirteet

Psyykkisiin ongelmiin liittyvät erityispiirteet tulisi tunnistaa, jotta niiden oireet olisivat havaittavissa mahdollisen somaattisen oireilun takaa ja henkilö saisi oikeanlaista apua. Myös elimelliset sairaudet ja sosiaaliset tekijät voivat selittää psyykkistä oireilua.

Ympäristön merkitys ja taitava kohtaaminen ovat tärkeässä asemassa muistisairaana potilaan hoitopolulla. Lääkkeiden lisääntyvä päihteiden käyttö aiheuttaa haasteita ja avuntarpeen kasvamista, ja aiheuttaa myös kohonneen itsemurhariskin. Lääkehoidossa haasteita aiheuttavat ikääntyneiden herkkyys lääkehaitoille ja monilääkitys.

Vanhuksen toimintakyky psyykkisten ongelmien ilmaannuttua laskee nuorempia nopeammin, ja siksi varhainen tunnistaminen ja mahdollinen puuttuminen tulisi tapahtua aikaisessa vaiheessa. Moniammatillisen yhteistyön avulla on parhaat mahdollisuudet rakentaa toimiva tukiverkko iäkkään toimintakyvyn ja elämänlaadun turvaamiseksi ja psyykkisten ongelmien hoitamiseksi. Tämän ansiosta oman näköinen elämä on mahdollista vielä palveluyksikössäänkin

LISÄTIETOJA:

duodecimlehti.fi

Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykiatrinen sairaus, jolle on ominaista erilaiset harhaluulot, aistiharhat*, hajanainen puhe ja käytös, puutosoireet tunneilmaisussa sekä toimintakyvyn kokonaisvaltainen heikkeneminen.

Noin 65-vuotiaana skitsofreniapotilaan älyllinen suorituskky ja muisti alkavat heikentyä. Muutokset ovat hitaampia kuin varsinaisissa muistisairauksissa. Tarkkaavaisuus ja työmuisti säilyvät melko hyvin, mutta vaikeudet toiminnan ohjauksessa saattavat korostua. Tilasuhteiden hahmottaminen saattaa vaikeutua ja potilas hidastuu. Skitsofrenian vaikeusaste ja potilaan sairaushistoria vaikuttavat kognitioon yksittäisesti.

Hoito

Luottamus ja pysyvyys ovat tärkeä osa iäkkään skitsofreniapotilaan hoidossa. Vaikka skitsofreniapotilailla on keskimääräistä epäterveellisemmät elämäntavat, ovat vanhemmat yleensä nuoria fyysisesti terveempiä. Iäkkäillä esiintyy kuitenkin enemmän verenpainetauti ja aivoverenkierron häiriöitä. Elämänlaatu paranee elimellisten sairauksien asianmukaisella hoidolla.

Lääkehoidon sivuvaikutuksia

Neuroleptisiä lääkkeitä käytettäessä suun ja kielen matomaiset pakkoliikkeet ovat vanhuksilla todennäköisempi kuin nuorilla. Muita mahdollisia haittoja ovat seksuaaliset haitat, verenpaineen vaihtelu, virtsaamisvaikeudet, maksan toiminnan häiriöt, iho-oireet, muutokset silmissä, metabolinen oireyhtymä, sydän- ja verisuonioireet, antikolinergiset haitat kuten ummetus, virtsaamisvaikeudet, suun kuivuminen, huimaus, näkövaikeudet, turvotus, muistihäiriöt ja sydämen tiheälyöntisyys. Uudemman polven antipsykoottien haittavaikutuksia ovat mm. väsymys, painon nousu, glukoosinsiedon- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt.

Kaikkiin psykoosilääkkeisiin liittyy pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän riski. Oireisiin kuuluu kuume, kohonnut verenpaine ja sydämen syke, sekä lihaskivut ja jäykkyys. Lääkitys on lopetettava välittömästi ja hoidettava potilaan oireita huolellisesti. Tila voi olla hengenvaarallinen

*Katso luku harhoista

LISÄTIETOJA:
Skitsofrenia
mielenterveystalo.fi

Masennus

Jos vanhus kokee kiinnostuksen puutetta, ei koe mielihyvää, on alakuloinen ja poikkeuksellisen väsynyt, tulisi masennuksen mahdollisuus ottaa huomioon herkästi. Masennukselle voivat altistaa esimerkiksi heikentyneet fyysiset tai kognitiiviset kyvyt, sairastuminen ja kipu, sekä muut elämän kriisitilanteet. Unohdetut ja käsittelemättömät traumat, jotka palaavat vanhuusiällä mieleen voivat myös olla merkittävä altistava tekijä. Vanhuksilla vaikeakin masennus jää alidiagnostoituna usein hoitamatta. Hoitamattomana vaikeaan masennukseen liittyy itsemurhariskin merkittävä kohoaminen.

Vanhuksen masennuksen merkit voivat olla hyvinkin erilaisia kuin nuoremmilla ihmisillä. Oireita voivat olla selittämättömät kivut ja säryt, ruokahaluttomuus, painonlasku ja häiriöt ruoansulatuksessa. Myös aggressiivisuus, impulsiivisuus, ärtyneisyys ja lisääntynyt alkoholinkäyttö voivat viestiä alkavasta masennuksesta. Elimelliset oireet ovat myös yleisiä, niihin kuuluvat mm. levottomuus, sydämentykytys, vapina, pahoinvointi ja oksentelu, huimaus, hengenhädistys, voimakas hikoilu, kasvojen punoitus tai jopa harhoja*.

Lääkehoidon sivuvaikutuksia

Vanhusten masennuksen hoitoon käytettävien SSRI-lääkkeiden haittoja ovat esimerkiksi hyponatremia ja ruoansulatuskanavan verenvuodot. Venlaflaksiini voi vanhuksella aiheuttaa mm. verenpaineen nousua, sydämentykytystä ja verenpaineen nopea lasku seisomaan nousun jälkeen. Lääkehoidon vaste tulee vanhuksilla keskimääräisesti hitaammin. Ensimmäiset merkit näkyvät yleensä neljännellä viikolla lääkkeen aloituksesta, mutta masennuslääkkeen lopullisen tehon arviointiin on suositeltu jopa 12 viikkoa hoidon aloituksesta.

LISÄTIETOJA:
Masennus
mielenterveystalo.fi

*Katso luku harhoista

Masennuksen hoito

Lääkehoito on iäkkäillä selvästi yleisin masennuksen hoitomuoto, vaikka lieviin ja keskivaikeisiin masennuksiin lääkehoidon on todettu vaikuttavan heikosti. Masennuksen hoidon pitäisikin pyrkiä yhdistämään sekä lääkkeellisen, että psykososiaalisen hoidon edut. Keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen tarvitaan lääkkeiden lisäksi keskusteluapua, tai jopa sairaalahoitoa. Sairaalahoidon harkitseminen lievemminkin masentuneelle vanhukselle on perusteltua aiemmin kuin nuoremmille, koska masentuneen vanhuksen toimintakyvyn lasku vaikuttaa nopeastikin arjesta selviytymiseen.

Masennuksen hoito onnistuu parhaiten kotona tapahtuvalla hoidolla ja oikeanlaisilla kuntoutustoimilla jo ennen kuin se pahenee. Hoivakodissa hoitajan ja asukkaan vuorovaikutussuhde on tärkeässä roolissa masennuksen hoidossa. Kommunikointi- ja vuorovaikutustaitojen edistäminen voi ehkäistä ja vähentää hoivakodin potilaiden masennusta.

Hoidon tulisi olla yksilöllisesti räätälöityä. Hoidon suunnittelussa pitäisi ottaa huomioon vanhuksen kokonaistilanne terveydentilan sekä muiden elämän osa-alueiden kannalta. Ikääntyneiden masennuksen hoidossa parhaita hoitotuloksia on saatu monitekijäisillä hoitomalleilla sekä räätälöidyllä hoidolla. Tehokasta yksilöllisesti räätälöidylle hoidolle on se, että hoidon etenemistä seurataan ja muutetaan sen mukaan, mitkä keinot näyttävät tehoavan.

Psykososiaalisista hoitomuodoista psykoterapiassa korostuu ikääntymisen myötä omien voimavarojen vahvistaminen. Sekä yksilö- että ryhmämuotoisista hoidoista on hyötyä. Erityisesti ryhmämuotoisesta muisteluterapiasta on ollut iäkkäiden masennuksen hoidossa hyötyä.

Edellytyksiä iäkkään kokonaisvaltaiselle ja tehokkaalle hoidolle ovat hoidon koordinointi ja riittävän pitkä seuranta, kunnollinen potilasohjaus, yksilöllisten tekijöiden ennakointi sekä tehokas yhteistyö eri ammattilaisten kesken.

LISÄTIETOJA:
Depressio
kaypahoito.fi

Päihteet

Ikääntyneiden päihteidenkäyttö on lisääntynyt, ja tulee olemaan tulevaisuudessakin osa ikääntyneiden ja vanhusten elämää. Myös lääkkeiden väärinkäyttö lisääntyy ja raittius on yhä harvemman ikääntyvän elämäntapa. Osalla päihteidenkäyttö on ollut runsasta aikaisemmissa elämän vaiheissa, ja päihteidenkäyttö on jättänyt jälkensä toimintakykyyn ja kognitiivisiin toimintoihin.

Kohtaaminen

Päihteidenkäyttäjä voi raitistuttuaankin vaikuttaa alkuun huonomuistiselta ja keskittymien on vaikeaa. Oireet kuitenkin helpottuvat vuoden kuluessa, jos retkahduksia ei tapahdu. Päihteiden väärinkäyttäjällä voi myös ilmetä valikoivaa havaitsemista ja muistamista. Hän voi muistaa väärin mistä on ollut puhe ja käyttäytyä joustamattomasti ja jopa aggressiivisesti, jos siitä huomauteaan. Usein päihteiden käyttäjillä on jokin ensisijainen käyttöhäiriö, joka altistaa väärinkäytölle ja joka vuorostaan korostaa ensisijaisen piirteitä. Oireiden erottaminen toisistaan voi arki-tilanteissa olla haastavaa

Hoito

Puheeksi otto on tärkeää, jos epäily päihteiden käytöstä herää. Vanhuksilta ei tutkimusten mukaan kysytä mahdollisesta päihteidenkäytöstä. Keskustelussa on huomioitava ihmisen sukupolvi, sukupuoli, elämäntilanne, sosioekonominen asema ja elämäntarina. On hyvä huomioida, että keskustelu päihteiden käytön merkityksestä on tärkeä, käyttömäärien tarkastelu ei niinkään johda eteenpäin. Avoin keskustelu tuomitsematta voi helpottaa syyllisyyttä ja ahdistusta, sekä auttaa löytämään turvallisemman polun asioita jakamalla ja niistä keskustelemalla.

LISÄTIETOJA:
Ikääntyneiden
päihdehäiriöt ja
riippuvuudet
duodecimlehti.fi

LISÄTIETOJA:
Ikääntyneiden päihdetyö
[ikaantyneidenpaihdetyo
.fi](http://ikaantyneidenpaihdetyo.fi)

LISÄTIETOJA:
Ikääntyneet ja
päihteidenkäyttö
paihdelinkki.fi

Päihteiden vaikutukset ikääntyneisiin

Päihteiden vaikutukset voimistuvat ikääntyessä, ja riskikäyttö altistaa fyysisille ja psyykkisille sairauksille. Ikääntyneellä hoivan tarve lisääntyy päihdehäiriön laskiessa toimintakykyä ja terveydentilaa. Ikääntyneen kyky huolehtia itsestään heikkenee, ja kysymykset vastuunotosta ja itsemääräämisoikeudesta nousevat läheisten ja palvelujärjestelmän käsiteltäviksi.

Päihteiden vaikutukset kehossa

Ikääntyneen päihteiden käyttöön liittyy erityispiirteitä, koska elimistön rasvan osuus kasvaa ja vesipitoisuus pienenee. Tästä syystä haitta- ja yhteisvaikutukset ovat suurempia. Myös maksan ja munuaisten toimintakyky ikääntyessä heikkenee, ja siksi alkoholin ja lääkkeiden poistuminen elimistöstä on hitaampaa. Koska ikääntyessä sairaudet ja lääkitykset lisääntyvät elimistön muutosten lisäksi, kasvaa riski alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksille, vaikka niitä käytettäisiinkin eri aikaan ja tahattomasti. Päihdehaitat sekoittuvat helposti ikääntymisestä johtuvien muutosten kanssa.

Päihteiden vaikutukset aivoissa

Päihteiden käyttö vaikuttaa aivojen palkitsemismekanismiin. Jo niiden käytön ennakointi lisäävät dopamiinin aktiivisuutta pidemmälle kehittyneissä päihdehäiriöissä. Tämä aiheuttaa päihteiden käytössä negatiivisen kierteen, kun niiden impulsiivinen nauttaminen muuttuu pakonomaiseksi kulutukseksi. Päihteiden käyttäjien itsekontrolli ja stressinsieto ovatkin heikentyneitä. Syömisestä, seksistä tai myönteisen sosiaalisen kanssakäymisen palkitsemismekanismilla on maksiminsa, joka ei nouse, vaikka tekoa jatkaisi. Päihteiden käytöltä tämä maksimi puuttuu ja oikeissa oloissa palkitsemisen tunne nousee jyrkästikin ylöspäin. Aivot pyrkivät kuitenkin tasapainottamaan tilannetta vähentämällä dopamiinin eritystä ja sen reseptoreja. Tämä vähentää palkitsemisen tunnetta ja voi johtaa käyttäjän yritykseen palauttaa aikaisempi tunnetaso nostamalla päihdeannosta.

LISÄTIETOJA:
Ikääntyneet ja
päihteidenkäyttö
paihdelinkki.fi

LISÄTIETOJA:
Ikääntyneiden
päihdehäiriöt ja
riippuvuudet
duodecimlehti.fi

Muistisairaudet

Monimutkainen muisti rakentuu aivojen hermoverkkojen yhteistoiminnasta. Kriittisellä aivojen alueella tiedonkäsittelyn kannalta sijaitseva paikallinen vaurio ja häiriöt aivojen hermoverkoissa, hermosoluissa, sekä aineenvaihdunnassa ovat muistioireita aiheuttavat mekanismit. Mekanismista riippumatta muistioireet voivat olla ohimeneviä, pysyviä jälkitiloja, eteneviä tai hoidolla parannettavissa. Tärkein muistioireiden riskitekijä on ikä.

Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Muistisairauksien ennaltaehkäisyssä tärkeimpiä tekijöitä ovat koulutustason lisääminen, elämänkaaren aikana kuulonaleneman estoon tähtäävät toimet, verenpainetaudin hoito, kohtuullinen alkoholin käyttö, riskitilanteissa päävamman esto, tupakoinnin välttäminen, terveet ravitsemustottumukset ja fyysinen aktiivisuus painonhallinnassa ja diabeteksen estossa, sekä ilmansaasteille altistumisen vähäisyys. Riskiä lisäävät myös sukuhistoria ja geneettiset tekijät, yksinäisyys ja sosiaalisen verkoston puuttuminen, stressi, mielenterveyden häiriöt ja vakavat infektiot. Parasta tiedonkäsittelyn heikentymisen, muistisairauksien ja demensian ennaltaehkäisyä on aivoterveystestä ja terveellisistä elämäntavoista huolehtiminen koko elämän ajan.

Kohtaaminen

Läheisistä voi tuntua, että muistisairaus muuttaa sairastuneen ihmisen koko luonteen, kun toimintatavat ja käyttäytyminen muuttuvat. Ihmisen tunteet ja tarpeet kuitenkin säilyvät muistisairaudesta huolimatta. Kuten muillakin ihmisillä, muistisairaana ihmisen käytös ympäristöä ja sen tapahtumia kohtaan perustuu hänen omaan kokemuksiinsa ja havaintoihin. Muistisairaana tunneilmaisua ja tapoja pitäisikin hoitaa lääkkeettömästi, lääkkeillä hoito ei useinkaan ole tarpeellista tai mahdollista

LISÄTIETOJA:
muistiliitto.fi

LISÄTIETOJA:
Muistisairaudet
kaypahoito.fi

Alzheimer

Alzheimer on aivoja rapauttava muistisairaus. Perimmäistä syytä taudin puhkeamiselle ei tiedetä. Aivoihin kertyy amyloidia ja tau - proteiinia, jolloin muisti ja tiedonkäsittely heikentyy hermoratojen ja aivosolujen vaurioituessa. Merkittävin ensioire on muistin heikentyminen, ja erityisesti lähimuisti ja uusien asioiden oppiminen vaikeutuvat. Vanhat muistot ja taidot säilyvät potilaalla selvästi pidempään. Edetessään tauti vaikeuttaa kielellisiä toimintoja, näköhavaintoon perustuvia toimintoja ja toiminnan ohjausta. Valtaosa sairastuneista kärsii sairauden jossakin vaiheessa myös psyykkisistä oireista ja käytösoireista, masennus, levottomuus ja ahdistuneisuus liittyvät sairauden vaiheisiin. Lopulta käytännön toimet ja päivittäiset perustoiminnot katoavat. Yleensä sairauden kesto varhaisista oireista kuolemaan on yli 10 vuotta.

Muistivaikeuksien sijaan joillakin sairastuneilla aivojen takaosien kuorikerroksen rappeuma aiheuttaa nähdyn tunnistamisen ja hahmottamisen vaikeuksia muistin säilyessä pidempään. Tähän liittyy myös kätevyuden ja lukemisen ongelmia.

Logopeninen etenevä afasia on Alzheimerin muotoon liittyy impulssikontrollin häiriötä, ongelmia toiminnan ohjauksessa ja kielellisissä toiminnoissa. Äänteiden virheet, Sanojen löytämisen ja lauseen toistamisen vaikeus ovat tavallisia oireita. Sen sijaan yksittäisten sanojen ymmärtäminen, nähdyn tunnistaminen ja motorinen puhe säilyvät.

Hoito

Lääkkeet eivät pysäytä Alzheimerin etenemistä, mutta helpottavat sen oireita. Lääkkeet lisäävät keskittymiskykyä, parantavat toimintakykyä, sekä vähentävät käytös- ja psyykkisiä oireita. Yhteiskunnan tukipalvelut ja lääkkeettömät hoidot ovat tärkeä osa hoitopolkua ja potilaan arkea.

Lääkehoidon sivuvaikutuksia

Alzheimerin hoidossa käytettävien AKE-lääkkeen haittoihin liittyy ripuli, sydämen hidaslyöntisyys, hikoilu ja syljenerityksen lisääntyminen, pahoinvointi, huimaus ja väsymys. Memantiinin haittavaikutuksia voivat olla huimaus, tasapainohäiriöt, päänsärky, uneliaisuus ja väsymys, mutta se on yleensä hyvin siedetty

LISÄTIETOJA:
Alzheimer
kaypahoito.fi

Alzheimerin taudin vaihteet

Alzheimerin taudin ensioireet ilmenevät muistivaikeuksina. Potilas on itse vielä tietoinen niistä, mutta kokee ne vain ajoittaisiksi, eivätkä häiritseviksi. Potilas pystyy asumaan yksin, mutta avuntarve omaisilta on lisääntynyt.

Alzheimerin taudin lievässä vaiheessa (MMSE 18–26 p.) potilaan muistivaikeudet lisääntyvät ja hän yleensä ymmärtää tilanteensa, vaikka sairaudentunnottomuuttakin esiintyy. Keskittymiskyky, omatoimisuus ja suunnitelmallisuus heikkenevät. Vaikka potilas vielä pärjää yksin kotona, tarvitsee hän ulkopuolista apua. Kielellisiä ongelmia alkaa ilmetä myös äidinkielessä, potilas ei muista sanoja ja voi käyttää kiertoilmaisuja puhuessaan, asioista kysely on toistuvaa. Potilas voi muistaa yksittäisen tapahtuman, mutta hän ei enää osaa sijoittaa sitä oikeaan paikkaan. Tavarat hukkuvat, mikä osalla saa aikaan varastamisepäluuloja. Muita tyypillisiä käytösoireita lievässä vaiheessa ovat apatia, masennus, ja lisääntyneet ärtyneisyys ja epäluuloisuus.

Alzheimerin taudin keskivaikeassa vaiheessa (MMSE 10–22 p.) potilaan sairaudentunto on heikentynyt selvästi - hän ei tunnista omia vaikeuksiaan arjessa selviytymisestä. Kätevyys heikkenee ja omatoimisuus vähenee jopa apaattiseksi. Potilas tarvitsee päivittäistä apua selvitäkseen kotona. Kodin ulkopuolella hän ei selviä ilman apua. Oma koti tuntuu vieraalta ja nykyaika ja mennyt sekoittuvat. Potilas voi kertoa tuntemattomien ihmisten tai kuolleiden läheisten vierailevan hänen luonaan. Käytösoireet lisääntyvät, mutta potilaan persoonallisuus ja sosiaaliset taidot säilyvät. Keskittymisen heikkeneminen tekee keskustelun seuraamisesta vaikeaa. Hahmottamisvaikeuksien vuoksi tuttujenkin kasvojen tunnistaminen on haastavaa. Epäluuloisuus ja pelko yksin jäämisestä lisääntyvät. Masennus ja pelkotilat ovat yleisiä. Ympäristön muutos, kuten muutto palvelutaloon lisäävät sekavuustiloja.

Alzheimerin taudin vaikeassa vaiheessa (MMSE 0–12 p.) potilas tarvitsee konkreettista apua ja ohjausta kaikissa toiminnoissa. Muisti toimii satunnaisesti, hahmotus ja keskittyminen heikkoa. Kielelliset vaikeudet lisääntyvät. Käytösoireita esiintyy useimmilla potilaalla, apatiaa yhdeksällä kymmenestä. Masennus ilmenee ahdistuneisuutena ja levottomana käytöksenä. Kaatuminen lisääntyy, liikkumisvaikeuksien vuoksi askelista tulee hitaita, lyhyitä ja leveitä. Lopulta potilaan raajat jäykistyvät ja menettää kävelykykynsä ja on syötettävä. Ilmaisuja on jäljellä enää harvoja.

LISÄTIETOJA:
MMSE
sumu.fi

Lewyn kappale -tauti

Hidasalkuisen Lewyn kappale -taudin ensioireet ilmaantuvat useimmiten yli 65-vuotiaana. Nimitys tulee mikroskoopilla havaittavista solunsisäisistä proteiinikertymistä, eli Lewyn kappaleista.

Taudille tyypillisiä ovat näköharhat*. Vireystilan ja tarkkaavaisuuden vaihtelut ja tiedonkäsittelyn heikentyminen kuuluvat myös ensin ilmaantuviin oireisiin. Liikkeiden vaikeutuminen ja hidastuminen, lihasjäykkyys ja vapina ovat Parkinsonin taudin piirteitä, ja kuuluvat myös Lewyn kappale -taudin oireisiin. REM-unen aikaiset käytöshäiriöt ovat yleisiä, tällöin potilas on levoton huiheen käsillään ja potkien jaloillaan, ääntely voi olla voimakasta ja potilas voi esimerkiksi kävellä unissaan, tämä johtuu keskushermoston ongelmista. Verenpaineen lasku pystyyn noustessa ja virtsaamisen säätelyn vaikeus ovat tyypillisiä oireita johtuen autonomisen hermoston muutoksista. Toiminnan ohjaus heikentyy, potilaalla voi olla tajunnanmenetyiskohtauksia, ilmeettömyyttä, sekavuutta ja kaatumisia. Taudin alkuvaiheessa muistiongelmia ei vielä useinkaan ole, mutta sairauden edetessä myös muisti heikentyy. Noin kahdeksassa vuodessa tauti johtaa toimintakyvyn menetyksen ja toimintojen hiipumisen kautta kuolemaan.

Hoito

Lewyn kappale -tautiin sairastuneen on tärkeää huolehtia terveellisistä ravitsemustottumuksista ja sosiaalisesta toiminnasta ja virikkeistä. Fysioterapia tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa liikuntakyvyn ylläpitämiseksi mahdollisimman pitkään. Tautiin ei ole parantavaa tai pysäyttävää hoitoa. Parkinsonin taudin kaltaisiin oireisiin voi olla hyötyä Parkinsonin lääkkeitä, esimerkiksi levodopasta, mutta harha-aistimukset ja sekavuus saattavat lisääntyä. Oikeanlaisen lääkehoidon löytämiseksi hyödyt ja haitat on punnittava tarkkaan ja yksilöllisesti.

Lääkehoidon sivuvaikutuksia

Lääkkeiden vaikutuksia on seurattava tarkasti aloittaen pienillä annoksilla. Tautiin kuuluu lisääntynyt herkkyys lääkkeille, erityisesti psyykenlääkkeille, esimerkiksi neurolepteille. Sekavuus ja kävelykyvyn muutokset kuuluvat psyykelääkkeiden haittoihin, mutta ne voivat helpottaa käytösoireita ja sekavuutta.

*Katso luku harhoista

LISÄTIETOJA:
Lewyn kappale -tauti
terveyskirjasto.fi

Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat ovat etenevien sairauksien ryhmä, jossa otsa- ja ohimolohkojen toiminta rappeutuu kuduskadon myötä. Sairauden alkuvaiheessa muisti toimii yleensä vielä hyvin, ja oireet keskittyvät käyttäytymisessä tapahtuviin muutoksiin tai kielellisiin ongelmiin. Otsa-ohimolohkorappeumat vaikuttavat tunteiden säätelyyn ja potilaan persoonallisuuteen. Tunteiden tunnistamisen ja asiallisen ilmaisun vaikeus aiheuttaa arkeen haasteita ja vuorovaikutus vaikeutuu. Muistioireet ovat osa sairautta, mutta eivät kuulu ensimmäisiin oireisiin. Tämä sairausryhmä eroaa muista muistisairauksista siinä, että oireyhtymän ensioireet alkavat usein työiässä.

Sairauden eri muodot

Frontotemporaalista dementiaa sairastava on impulsiivinen. Hän on huoleton, tahditon, lyhytjänteinen ja arvostelukyvytön. Puheen tuottaminen voi aiheuttaa haasteita, mutta motoriikka ja havaintokyky voivat säilyä melko hyvin. Potilas on useimmiten sairautentunnoton.

Etenevä, sujumaton afasia oireilee kielellisinä häiriöinä, kuten puheen sujumattomuutena, kieliopin rakenteiden ja sanojen katoamisena. Edetessään sairaus voi aiheuttaa täydellisen puhumattomuuden eli mutismin, mutta muisti yleensä säilyy melko hyvin.

Semanttinen dementia- potilas kadottaa sanojen ja asioiden merkityksen, eikä ymmärrä lukemaansa. Myös esineiden ja kasvojen tunnistaminen ja empatiakyky heikentyy. Sairauden edetessä lähimuistin ongelmia voi ilmaantua, mutta muuten muistivaikeuksia ei yleensä ole.

Hoito

Otsaohimolohkorappeumaa ei voi parantaa, vaan tärkeintä hoitotyössä on oireiden helpottaminen ja elämänlaadun turvaaminen. Sairastunut tarvitsee apua ja tukea toimintakykynsä ylläpitoon päivittäisissä toiminnoissa. Hyvästä ravitsemuksesta, liikunnasta ja sosiaalisesta toiminnasta huolehtiminen tukee potilaan hyvää arkea. Tieto haastavan sairauden etenemisestä ja riittävä ulkopuolinen tuki ovat tärkeitä niin potilaalle kuin omaisille sairauteen sopeutumisen kannalta.

LISÄTIETOJA:
Otsa-
ohimolohkorappeuma
ja siitä johtuva
muistisairaus
suomenseniorihoiva.fi

Aivoverenkiertoon liittyvä muistisairaus

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä eli verenkiertoperäinen muistisairaus johtuu aivoverenkierron häiriön aiheuttamista muutoksista aivoissa. Siinä verisuonten tukkeutuminen aiheuttaa hapenpuutetta, joka synnyttää kuolioita. Oireiden vaikeusaste ja ilmeneminen vaihtelee vaurioiden laajuuden ja sijainnin mukaan ja ne voivat olla myös lieviä. Älylliset ongelmat ja toiminnanohjauksen heikentyminen heikentyvät muistia selvemmin, lisäksi käytöksen muutokset voivat aiheuttaa ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Pahimmillaan muutokset voivat aiheuttaa toispuolihalvauksen. Aivojen muutokset sijoittuvat joko kuorikerrokseen, tai syviin osiin ja jaetaan sen mukaan kahteen päätyyppiin.

Sairauden eri muodot

Kuorikerrosten muutokset johtuvat suurten aivoverisuonten tukoksista. Sen pääasiallisia oireita ovat sanojen löytämisen vaikeus, kävelyhäiriö ja toispuoleiset halvausoireet. Myös näkökenttäpuutokset ovat mahdollisia. Oireiden vaikeusaste ja ilmeneminen vaihtelee vaurioiden laajuuden ja sijainnin mukaan, ne voivat olla myös lieviä. Älylliset ongelmat ja toiminnanohjauksen heikentyminen ilmenevät mutia selvemmin, lisäksi käytöksen muutokset voivat aiheuttaa ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Oireet alkavat myös yleensä nopeasti, jopa päivissä tai viikoissa.

Syvien osien muutoksia kutsutaan myös "valkean aineen taudiksi." Oirekuvaan kuuluvat puheentuoton häiriöt, kävelyn kömpelyys ja ongelmat tasapainossa. Älylliset toiminnot voivat hidastua, mikä vaikuttaa päivittäiseen toimintakykyyn Pakkoitkua- tai naurua voi esiintyä joillakin potilailla.

Hoito

Lääkehoitoa ei ole olemassa verisuoniperäiseen muistihäiriöön, vaan hoito keskittyy riskitekijöiden ja aivoverenkiertosairauden uudistumisen ehkäisyyn. Riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, diabetes, painonhallinnan ongelmat ja ylipaino, vähäinen liikkuminen sekä alkoholi ja tupakointi. Yksilöllisesti rakennettu kuntoutussuunnitelma ja terveelliset elämäntavat sekä oireiden hoitaminen ja tukimuodot muodostuvat pohjan sairastuneen hyvälle elämälle.

LISÄTIETOJA:
Vaskulaarinen
kognitiivinen
heikentymä
terveyskirjasto.fi

Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus

Parkinsonin taudin alkuaireisiin eivät kuulu muistiongelmät ja dementia, eikä niitä kehity kaikille sairastuneille lainkaan. Potilaalla voi esiintyä mm. tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen häiriöitä ja muistitoimintojen heikentymistä ja hidastumista. Käyttöoireisiin kuuluu esimerkiksi aloitekyvyn heikentyminen, muutokset potilaan persoonallisuudessa, näköharhat, harhaluulot ja päivääikainen väsymys. Muistivaikeudet keskittyvät yleensä mieleen palauttamisen ongelmiin. Altistavia tekijöitä Parkinson potilaalla muistiongelmien syntymiselle ovat korkea ikä, pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku, REM-unen aikainen käyttöhäiriö, heikentynyt värinäkö sekä varhain ilmenevät kognitiiviset oireet ja ongelmat liikkumisessa.

Hoito

Parkinsonin taudin muistisairauden hoidossa aivoterveystä huolehtiminen, liikunta, hyvä perushoito, käyttöoireiden hoito ja potilaan tukiverkostosta ja sosiaalisesta osallistumisesta huolehtiminen ovat tärkeitä. Yleensä Parkinsonin taudin motoristen oireiden laadukas hoito vaikuttaa positiivisesti myös muistioireisiin ja tasapainottaa niitä. Mielialan ja vireyden parantaminen helpottaa myös muistin ja tiedonkäsittelyn toimintaa, ja siksi esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden hoito on tärkeää. Liikkuminen parantaa aivojen hyvinvointia ja on avuksi motoriikan ylläpidossa ja potilaan kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa.

Lääkehoidon sivuvaikutuksia

AKE-estäjä rivastigmiinin on todettu lievittävän kognitiivisia oireita ja parantavan suoriutumista arjessa. Kuitenkin vain pienellä osalla potilaista tapahtui merkittävä kliininen paraneminen. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvointin ja oksentelun lisäksi Parkinson oireiden lisääntyminen. Lääkityksen keskeytymisen haittavaikutusten vuoksi on todettu olevan melko yleistä.

LISÄTIETOJA:
Parkinsonin taudin
muistisairaus
suomenseniorihoiva.fi

LISÄTIETOJA:
Parkinsonin tauti
kaypahoito.fi

Kipu ja muistisairaus

Vanhuksen tuntoaisti heikkenee ikääntyessä, samoin sisäelinten kivuntunto. Ikääntyessä heikkenevät myös kehon kivunvaimennusmekanismit, mikä heikentää voimakkaan kivun sietokykyä. Keskushermosto heikkenee ja altistuu herkemmin vaikeille hermovaurio-kivuille. Hermoston hidastuminen vaikuttaa kivun käsittelyyn.

Muistisairaudet rapauttavat aivoja ja vaikuttavat niiden useisiin kivunsäätelymekanismeihin. Alzheimeria sairastavilla tunnekokeminen ja kipumuisti heikkenevät, mikä aiheuttaa kipukynnyksen nousua ja välinpitämättömyyttä kipua kohtaan. Kipu voi kuitenkin ilmetä korostetuilla kasvojen ilmeillä tai raajojen kouristusreaktiolla kipuaistimuksille. Vaskulaarisessa muistisairaudessa valkoisen aineen vaurio aivoissa aiheuttaa hermovauriokipua. Toisin kuin alzheimerissa, sairauteen voi myös liittyä lisääntynyt kivun aiheuttama kärsimyksen tunne.

Kivun tunnistaminen

Muistisairaalta tulee kysyä kivuista ensisijaisesti häneltä itseltään ja käyttää apuna olemassa olevia arviointimittareita, joissa henkilöä pyydetään arvioimaan kipuaan erilaisilla asteikoilla. Muistisairas ei kuitenkaan välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan, tai hahmottamaan kehonsa tuntemuksia, mikä tekee kivun tunnistamisesta ja paikallistamisesta haasteellista. Häntä hoitavien olisi kyettävä näkemään muistisairaana ilmeistä ja eleistä onko kyse kivuista, vai viittaako käytös johonkin muuhun oireeseen kuten pelkoon tai ahdistukseen, vai onko kyseessä esimerkiksi epämuksuista asennosta, kutinasta, tai kuivasta suusta johtuva. Tilanteen oikeanlaisessa tunnistamisessa auttaa muistisairaana tottumusten ja käytöksen tunteminen.

Kun muistisairas ei pysty enää viestimään sanallisesti, on kivun arviointi perustuttava havaintoihin. Arvioinnissa suositellaan käytettävän PAINAD-mittaria. Mittarin avulla arvioidaan 5 minuutin ajan henkilön hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamisen tarvetta ja pisteytetään havainnot.

LISÄTIETOJA:
Kipu ja muistisairaus
kaypahoito.fi

PAINAD -mittarin
taulukkoita löytyy
useita verkon
hakukoneella
Thesus.fi -sivuilta

Uhkatilanteet ja ennakointi

Vanhuksen käyttäytymiseen vaikuttavat mm. luonteen, temperamentin, muistojen ja traumaattisten kokemusten lisäksi sairauden laatu, etenemisvaihe ja muu terveydentila. Olemalla valpas ympäristön ja vanhusten käyttäytymisen suhteen voi oppia tunnistamaan uhkatilanteita. Uhkatilanteita voi olla niin vanhuksen omassa toiminnassa kuin muita asukkaita tai henkilökuntaa kohtaan. Uhkatilanteiden tunnistaminen on tärkeää, koska sitten niihin pystyy ennakoimaan.

Käytöshäiriöisen kohtaamisessa rauhallisuus ja tilanteiden ennakointi ovat tärkeässä asemassa. Kohtele potilasta niin kuin toivoisit itseäsi kohdeltavan, muista, että hän on aikuinen ihminen. Kuulijan huomion herättäminen ennen selkeäsanaista keskustelua on auttaa viestin ymmärtämisessä, pitkien lauseiden välttäminen on tärkeää. Pyri rauhoittamaan hankala tai aggressiivinen tilanne keskeyttämällä tekeminen hetkeksi ja pyytämällä apua tilanteeseen, sanallinen rauhoittelu tai vaikkapa hyräily voi auttaa laukaisemaan tilanteen. Omien tunteiden tunnistaminen ja hallinta on vaikeissa tilanteissa myös tärkeää. Hankalassa tilanteessa voi yrittää viedä potilaan huomion toiseen asiaan, ja yrittää hetken päästä uudelleen. Muista kevyen kosketuksen ja pehmeän äänen tuoma apu vuorovaikutukseen. Huomioi levottoman potilaan kohdalla kivun ja esimerkiksi virtsatietulehduksen mahdollisuus.

Ennakointi yksikössä

Henkilökohtaista turvanappia tulisi pitää mukana yksikön käytäntöjen mukaan. Tarkemmat ohjeet henkilöhälyttimen käytöstä löytyvät Rinnekotien intrasta. Tallenna tärkeät numerot puhelimeen, kuten esihenkilö, työtoveri, hätänumero ja myrkytyskeskus.

Työyksikössä tulisi käydä säännöllisesti kollegoiden ja esihenkilön kanssa keskustelua ennakoivasti työturvallisuusriskeistä. Tarvittaessa voidaan harjoitella tyypillisissä uhkatilanteissa toimimista ennakkoon, kuten turvallista poistumista, lyöntien ennakoitua ja välttämistä, tai otteesta irrottautumista. Säännöllinen harjoittelu antaa varmuutta tilanteessa toimimiseen. Kalusteet tulee sijoittaa asukastiloissa niin, että sieltä pääsee poistumaan nopeasti uhkatilanteessa.

LISÄTIETOJA:
Väkivaltaisen
asiakkaan
kohtaaminen
Rinnekodit - sisäinen
muistio

Uhkatilanteissa toimiminen

Uhkaavissa tilanteissa on tärkeää pysyä tyynenä, asiallisena ja yrittää pitää välimatkaa uhkaajaan. Kädet tulee pitää sivulla vapaina ja kääntyä hieman vinoittain uhkaaja kohti. Jos henkilö käyttää sanallista tai fyysistä uhkailua, tai hoitaja tilanteen muutoin uhkaavaksi, voi työtovereilta pyytää apua, mieluiten aikaisin kuin liian myöhään. Jos tilanne muuttuu hallitsemattomaksi, on hyväksyttävää poistua paikalta.

Uhkaajan kohtaamisessa on kuunneltava, mitä hänellä on sanottavaa, vastata lyhyesti ja osoittaa olevansa kiinnostunut siitä, mitä hän sanoo. Riittävän kuuluvaa ääntä tulee käyttää, mutta uhkaajan päälle ei saa puhua. Uhkaajaa puhutellaan hänen nimensä ja säilytetään katsekontakti. Uhkaava henkilö on taipuvainen liioittelemaan, joten hänen sanomisiaan ei pidä ottaa henkilökohtaisesti, tai alkaa väittelemään niistä. On tärkeää antaa uhkaavan henkilön säilyttää tilanteessa kasvonsa, jotta hän voi perääntyä tilanteesta ilman, että kokee itsetuntoaan loukatun. Asiaan voidaan palata uudelleen, kun henkilö on rauhoittunut.

Jälkiselvitys

Kun uhkatilanne on ohi, tehdään tapahtumista Haipro-ilmoitus ja muistiinpanot jatkotoimia varten. Uhkaavat tilanteet tulee käydä läpi työyhteisössä ja tiedottaa tapahtumasta esihenkilöä ja työtovereitasi. Haipron kautta tieto menee työsuojeluvaltuutetulle tai -päällikölle.

Jos hoitaja kokee tapahtuneen tilanteen traumaattiseksi, on otettava yhteyttä työterveyshuoltoon, tilanne käydään läpi ammattilaisen kanssa. Tarvittaessa esihenkilö voi järjestää yksikössä kriisipalaverin yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Psykologin palveluita voidaan myös käyttää. Mikäli uhkatilanteessa joutuu rikoksen kohteeksi, otetaan yhteyttä poliisiin.

LISÄTIETOJA:
Väkivaltaisen
asiakkaan
kohtaaminen
Rinnekodit - sisäinen
muistio

Harhoja

Skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat keskustelevat, syyttävät ja kommentoivat kuuloharhat myös vanhuksella. Läheisten ja muiden ihmisten voi olla vaikeaa ymmärtää potilaan ajatus- ja toimintatapoja, joita harhat ja älyllinen heikentyminen ja kognition hidastuminen muokkaavat. On tyypillistä, että potilaan kokemat tapahtumat tai aistimukset eivät voi tapahtua oikeasti. Skitsofrenian ns. positiiviset oireet, joilla tarkoitetaan psyykkisten toimintojen häiriötä aistiharhojen ja harhaluulojen muodossa usein vähenevät iän myötä, eivät kuitenkaan aina. Sen sijaan negatiiviset oireet, eli tunteiden ja mielihyvän kokemisen vaikeus sekä normaalien ajatusten ja käyttäytymisen heikkeneminen yleensä iän myötä korostuvat, eikä vanhus osaa enää ilmaista tahtoaan. Puhekieli muuttuu yksinkertaisemmaksi. Vanhuusiässä masennus on merkittävä elämänlaatua heikentävä liitännäissairaus. Näitä masennusoireita voi olla vaikea huomata, jos potilaan skitsofrenia on negatiivisoireinen.

Psykoottisessa masennustilassa sairaalla esiintyy myös itseään halventavia harhoja katastrofeista, joista hän kokee olevansa vastuussa tai rikoksista ja synneistä, joita luulee tehneensä. Sairastunut voi myös kertoa tuntevansa mädän lihan tai jätteiden hajua. Syyttävät kuuloharhat ovat myös mahdollisia. Skitsofreniasta harhat eroavat sillä, etteivät ne ole eriskummallisia.

Lewyn kappale -taudille tyypillisiä ovat realistiset ja tarkat näköharhat, joihin liittyy eläin- tai ihmishahmoja. Myös tv-ohjelmien tapahtumat tai valokuvat voivat tuntua normaalia todellisimmilta Lewyn kappale -tautia sairastavalle. Näköharhat voivat olla myös lievempiä, kuten jokin vilahtamista silmäkulmassa. Harhat voivat olla päivittäisiä, mutta kaikilla tautiin sairastuneilla ei niitä esiinny ollenkaan.

Kohtaaminen

Potilas voi olla aistiharhojen vuoksi pelokas ja hän tarvitsee siksi tilaa. Hän voi myös olla sairaudentunnon. Harhojen vuoksi kommunikointi voi olla haastavaa. Potilaan harhoja ei pidä vähätellä, eikä lähteä niihin mukaan. Realiteetit voi joutua potilaalle kertomaan, mutta tätä on harkittava tapauskohtaisesti, koska se voi myös pahentaa tilannetta. Pidempiaikaisen luottamuksen luominen potilaaseen on tärkeää, jotta hän uskaltaa harhoistaan puhua.

LISÄTIETOJA:

mielenterveystalo.fi

Lääkkeettömät hoitokeinot

Lääkkeettömät hoitokeinot ovat käytöshäiriöiden, kuten masennuksen, ahdistuneisuuden, unihäiriöiden ja levottomuuden ovat hoitosuosituksen mukaan usein jopa ensisijaisia hoitomuotoja. Lääkkeet voivat altistaa iäkkään potilaan vaikeillekin haittavaikutuksille, kuten kaatumiselle, kognition heikentymiselle, ja psykoosilääkkeissä verenkiertohäiriöille, joten lääkkeettömällä hoitomuodoilla saatavat myönteiset vaikutukset mahdollisen lääkehoidon lisäksi ovat merkittävä tuki potilaan hyvässä hoidossa.

Hoidon huolellinen suunnittelu erilaisia lääkkeettömiä hoitomuotoja yhdistäen takaa mahdollisuudet parhaaseen hoitotulokseen. On tärkeää huomioida potilaan elämänhistoria, sekä oireiden arviointi ja laukaisevan tekijän tunnistaminen oikeiden hoitomuotojen löytämiseksi. Käytöshäiriöt ovat useimmiten muistisairaahan yritys kommunikoida ja kertoa omista tuntemuksistaan. Aggressio voi kertoa esimerkiksi pelosta tai kivusta, ja tilanteen tunnistaminen ja ennakoiva työote ovat hyvä alku sen lääkkeettömälle hoidolle.

Arkea ja terapiaa

Musiikki- ja muisteluterapiat on todettu tehokkaiksi keinoiksi muistisairaiden hoidossa. Moniammatillinen hoidon suunnittelu ja toteutus sekä sosiaalinen vuorovaikutus ovat tärkeitä toimintakyvyn säilyttämiseksi ja sosiaalisuuden ylläpitämiseksi. Liikunta on tärkeä apu myös arjen toimintojen tukemiseksi. Myös eläinavusteinen terapia ja moniaististimulaatio ovat hyviä keinoja muistisairaahan maailman avaamiseksi.

Turvallinen ja säännöllinen rytmi ja arjen rutiineissa ovat hyvä runko muistisairaahan päivän sujuvaan kulkuun. Tämä auttaa ehkäisemään väsymyksestä ja nälän tai janon tunteista aiheutuvia käytösoireita. Ympäristön selkeys, rauhallinen äänimaailma ja hyvä valaistus auttavat ympäristön hahmottamisessa. Rauhoittava puhe ja kannustaminen voimavarojen mukaan omatoimisuuteen auttaa toimintakyvyn säilymisessä ja antaa sisältöä vanhuksen päivään. Aito läsnäolo ja kuunteleminen ovat tärkeitä myös muistisairaalle. Kosketus on tärkeää meille jokaiselle, kosketus rauhoittaa, se voi rohkaista tai jopa lievittää kivuntunnetta.

Tilojen turvallinen sisustaminen auttaa välttämään vaaratilanteita. Tunteiden ja tekemisen sanoittaminen auttavat arjen toimissa. Tekemisen pilkkominen pienempiin osiin ja rytmittäminen vaikkapa laulettavaan muotoon voi auttaa omatoimisuuden tukemisessa.

Meidän yksikköemme

Kuinka meidän yksikössä tuetaan lääkkeettömyyttä arjen kohtaamisissa?

Miten otan vastuu-asiakkaani erityispiirteet huomioon?

Miten yksikön moniammatillisilla palveluilla voidaan hyödyntää asiakkaiden lääkkeettömässä hoidossa?

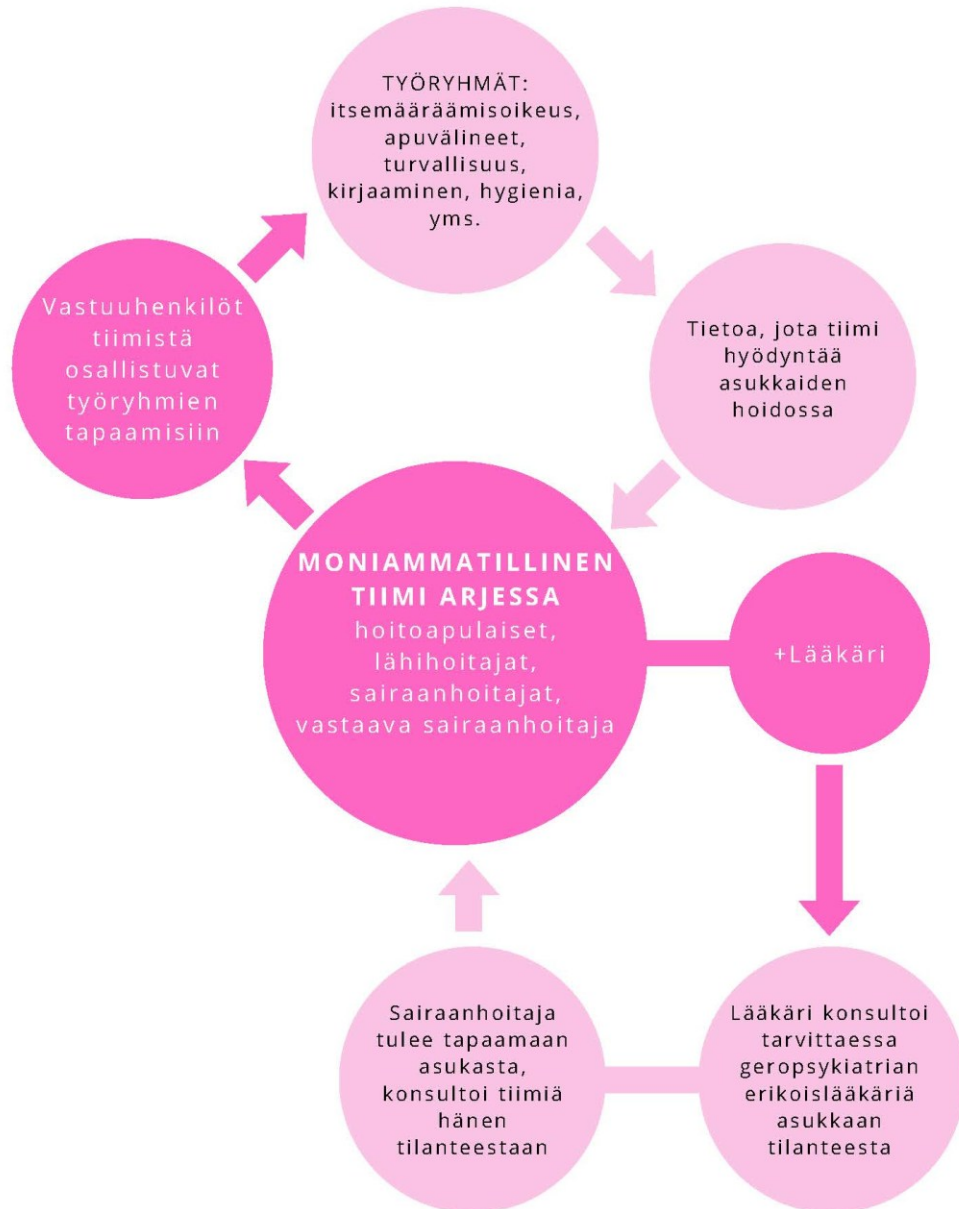
Voisivatko ne olla osa vastuuasiakkaani hoitosuunnitelmaa?

Millaisia aktiviteettejä yksikössämme on asiakkaille tarjollatarjolla?

Mistä aktiviteeteista minun vastuu-asiakkaani pitää?

Jos sinulla on oppaasta paperikopio, voit tehdä tälle sivulle omia muistiinpanoja

Moniammatillinen tiimi



Lääkkeitä

- AKE-lääkkeet (galantamiini, donepetsiili, rivastigmiini: kognitiivisten ja käytösoireiden lievittäminen
- Aripipratsoli, skitsofrenian hoito, maniavaiheen hoito ja ehkäisy
- Beettasalpaaja (bisoprololi, atenololi: harventaa sydämen sykettä, alentaa verenpainetta)
- Bentsodiatsepiini, rauhoittava
- COMT-estäjät (entakaponi, tolkaponi): lisäävät levodopan määrää estämällä sen hajoamista
- Dopamiiniagonistit (pramipeksoli, ropinoroli): vaikuttavat aivoissa dopamiinin tavoin
- Kalsiumkanavan salpaajat (amlodipiini, felodipiini: laajentavat verisuonia, laskevat verenpainetta)
- Ketiapiini, lievittää harhaisuutta ja muita psykoottisia oireita, tasaa mielialaa
- Levodopa, lisää dopamiinin määrää
- Loratsepaami, rauhoittava ja ahdistusta lievittävä
- MAO-B-estäjät (selegiili, rasagiili): pidentävät dopamiinin vaikutusta aivoissa
- Olantsapiini, rauhoittava
- Risperidoni, skitsofrenian ja mielialahäiriöiden maniavaiheen hoito, Alzheimerin käytösoireiden lievittäminen
- SNRI-lääkkeet (venlafaksiini, mirtatsapiini): masennuslääkkeet, jotka estävät serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton)
- SSRI-lääkkeet (essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini): masennuslääkkeitä, serotoniinin takaisinoton estäjiä
- Statiinit (atorvastatiini, rosuvastatiini, simvastatiini: alentavat kolestrolia)
- Trisykliset (nortriptyliini, doksepiini, amitriptyliini: masennuslääkkeet, jotka estävät serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton)

LISÄTIETOJA:

pharmacafennica.fi

Tilastoja

- Noin 70-80 % dementiasta kärsivistä sairastaa Alzheimeria.
- Alzheimer on harvinainen alle 65-vuotiailla, mutta iän mukana yleisyys kasvaa ja yli 85-vuotiaista sen esiintyvyys on 15–20 %.
- Alzheimer on naisilla hieman yleisempää.
- Noin 1 % yli 65-vuotiaista sairastaa skitsofreniaa. Heistä neljä viidestä sairastuu skitsofreniaan nuorena. Yli 60- vuotiaana sairastuneiden osuus on vain 3 %.
- Masennuksesta kärsii arviolta 1–4 % varttuneemmasta väestä Suomessa. Se on iäkkäiden ihmisten yleisin mielenterveyden sairaus.
- Yli 65-vuotiaista miehistä lähes puolet käyttävät alkoholia runsaasti. Naisilla vastaava luku on viidennes ikäluokasta. Kaikkiaan päihderiippuvaisia on yli 65-vuotiaista noin 5–10 %.
- Noin 70–80 % dementiasta kärsivistä sairastaa Alzheimeria. Tauti on harvinainen alle 65-vuotiailla, mutta iän mukana yleisyys kasvaa ja yli 85-vuotiaista Alzheimerin esiintyvyys on 15–20 %.
- Yli 75-vuotiailla suomalaisilla Lewyn kappale -taudin esiintyvyys on noin 5 %. Tämän ikäluokan kaikissa muistisairauksissa esiintyvyys on arviolta 20 %, ollen miehillä hieman naisia yleisempi.
- Yleisin otsa-ohimolohkorappeutumista on otsalohkodementia, eli frontotemporaalinen dementia, FTD. Sitä on otsaohimolohko-rappeutumista noin puolet.
- Aivoverenkiertosairauteen liittyvään muistisairauteen sairastuu arviolta neljäsosa aivotapahtuma-potilaista.
- Pienten suonten tyyppistä aivoverenkiertosairauteen liittyvää muistisairautta sairastaa sairastuneesta noin 60–70 % potilaista. Se on selvästi yleisempi kuin suurten verisuonten tukoksista johtuvaa.
- Parkinsonpotilaista noin 60–70 %:lla on kognitiivisia oireita ja etenevien tiedonkäsittelyoireiden esiintyvyys on 31,5 %.

LISÄTIETOJA:

Tilastokeskus
stat.fi

Lähteet

- Alanen, H-M., Lönnroos, E., Talaslahti, T., Vataja, R., Ginters, M., Sorri, A., Mykkänen, L., Leinonen, E. & Koponen, H. (2020). Vääriä säästöpäätöksiä vanhuspsykiatriassa. Suomen lääkärilehti, 75(10), 602–603.
<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL102020-602>
- Atula, S. (23.1.2023). Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01106>
- Atula, S. (29.1.2023). Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105>
- Di Rubbo, T. (2014). Dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan kohtaaminen kotihoidossa. [Opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu].
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81367/Di_Rubbo_Tina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. (30.11.2015). Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Duodecim Oppiportti – oppikirjat, Palliatiivinen hoito.
<https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/pli00042>
- Haugan, G., Innstrand, S. & Moksnes, U. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing* 22(15–16), 2192–2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Huuhka, K. & Leinonen, E. (2011). Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 127(4), 390–6.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo99375>
- Juva, K. (10.8.2021). Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699>
- Koivisto, A., Rinne, J. & Rosenvall, A. (11.12.2023). Uudet Alzheimerin taudin diagnostiset kriteerit vuodelta 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01590#R3>
- Koponen, H. (1999). Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidon mahdollisuudet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 115(15), 1629.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo90403>
- Kruger, J., Katisko, K., Suhonen, N-M., Haapasalo, A., Remes, A. & Solje, E. (2021). Otsa-ohimolohkorapheet - miten tunnistetaan ja hoidetaan? Duodecim-lehti, 137, 2307–16. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16513.pdf>
- Leinonen, E. & Alanen, H-M. (2011). Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 127(4), 371–2. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99372>
- Lyhty, M. (19.6.2018). Miten kohdata psykoottinen ihminen. Superlehti.
<https://www.superlehti.fi/tyoelama/ammattissa/miten-kohdata-psykoottinen-ihminen/>
- Löpönen, M. (11.12.2023). Kipu ja muistisairaus. Duodecim käypä hoito. Saatavilla 1.3.2025. <https://www.kaypahoito.fi/nix03280>
- Muistiliitto. (i.a. -a). Muistisairauksien oireet. Saatavilla 30.3.2025.
<https://muistiliitto.fi/muistisairaudet/muistisairauksien-oireet/>
- Muistiliitto. (i.a. -b.). Otsa-ohimolohkorapheet. Saatavilla 14.10.2024.
<https://muistiliitto.fi/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorapheet/>
- Rapeli, P. (2019). Päihdehäiriöt ja keskushermostomyrkyt. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki, & L. Hokkanen (toim.), Kliininen neuropsykologia (3. p., s. 334–358). Duodecim.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. (2015). Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.), Muistisairaudet (2. p., s. 119–136). Duodecim.
- Rosenvall, A. (11.12.2023). Muistisairauslääkkeiden haitat ja käytössä huomioitavaa. Käypä hoito- suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<https://www.kaypahoito.fi/nix03277>
- Runsten, S. (2024). Ikääntyneiden päihdehäiriöt ja riippuvuudet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 140(4), 327–32. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18119>
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2017). Lääkehoidon käsikirja. Sanomapro.
- Saarenheimo, M. (2013). Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.), Gerontologia (s. 373–380). Duodecim.

Lähteet

- Salo-Chydenius, S. (8.8.2017). Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö. Päihdelinkki. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/ikaantyneet-ja-paihteidenkaytto/>
- Socada, L. (6.6.2023). Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01339>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri-yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. (11.12.2023). Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>
- Suomalaisen Lääkäriseuran ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. (28.3.2022). Parkinsonin tauti. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50042>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (28.2.2025). Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s14>
- Suomen Seniorihoiva. (i.a. -a). Vanhusten masennus. Saatavilla 8.10.2024 <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/ikaantyneiden-sairaudet/vanhusten-masennus/>
- Suomen Seniorihoiva. (i.a. -b). Lewyn kappale- tauti ja taudin oireet. Saatavilla 12.10.2024 <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/lewyn-kappale-tauti-oireet/>
- Suomen Seniorihoiva. (i.a. -c). Otsa-ohimolohkorappeuma ja siitä johtuva muistisairaus. Saatavilla 14.10.2024 <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeuma-oireet-ja-muistisairaus/>
- Talaslahti, T. & Jämsen, E. (2024) Vanhuspsykiatrisen potilas hyötty monialaisesta osaamisesta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 140(4), 317–9. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18117>
- Talaslahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. (2011). Vanhusten vaikeat psykoosit-skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 127(4), 375–82. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99373>
- Terveyskylä. (i.a.). Parkinsonin taudin muistisairaus. Saatavilla 14.10.2024 <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet>
- Terveyskylä. (23.1.2023). Muistisairaana käytösoireiden lääkkeetön hoito. Saatavilla 23.10.2024 <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet/muistisairauksien-hoito/muistisairaana-kaytosoireiden-laakkeeton-hoito>
- Villa Tapiola. (i.a.). Hoitajan turvallisuusopas – Muistisairaana kohtaminen. Saatavilla 3.3.2025 www.villatapiola.fi/villatapiola/kcfinder/upload/files/Villa_Tapiola_Hoitajan_turvallisuusopas_Muistisairaana_kohtaminen.pdf
- Väyrynen, H., Kruger, J. & Remes, A. (2018). Tunnistatko Lewyn kappale -taudin? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 134(18), 1789–96. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14516>

Tekijätiimi ja oppaan versio

Oppaan ovat tehneet Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijat Faisal Ayyar, Miia Haikonen ja Iikka Rontu osana opinnäytetyötään.

Tämä opas on päivitetty keväällä 2025

DIAK

LISÄTIETOJA:
Hoivakodin
psykogeriatrinen
hoitotyö
-opas hoitajille
theseus.fi