

Susanna Taskinen

MUISTISAIRAAN HYVÄ HOITO
Opas muistisairaita hoitaville

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

MUISTISAIRAAN HYVÄ HOITO - Opas muistisairaita hoitaville

Taskinen, Susanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Elokuu 2016
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 3

Asiasanat: muistisairaus, muistisairaan hyvä hoito, hoito-opas

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia käytännönläheinen ja helppolukuinen opas muistisairaiden hyvästä hoidosta hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli innostaa työntekijöitä kohtaamaan muistisairas omana ainutlaatuisena ihmisenä ja tukea muistisairaan osaavaa kohtaamista ja vuorovaikutusta sekä antaa tietoa eri muistisairauksista sekä hoito- ja kuntoutuskeinoista. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisia tavoitteita oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida projektia ja syventää Gerontologisen hoitotyön osaamista. Opinnäytetyössä korostuu vuorovaikutuksen- ja kohtaamisen merkitys muistisairaan hoidossa. Tavoitteena on saada tietoa oppaan hyödyistä ja onko toimivalla vuorovaikutuksella ollut hyötyä hoitotilanteissa.

Opinnäytetyö koostuu oppaasta ja teoriaosuudesta, johon laadittu opas perustuu. Teoriaosuuden aineistona on käytetty kirjallisuutta, terveyskirjaston ja muistiliiton www-sivuja sekä tutkimuksia. Teoriaosuudessa kerrotaan yleisimmistä muistisairauksista sekä muistisairaan hyvän hoidon painopistealueista. Painopistealueita ovat esimerkiksi hoidon suunnitelmallisuus, elämänhistorian huomioiminen, päivittäisten toimintojen sujuvuus, hoitoympäristön tarkoituksenmukaisuus ja muistisairaan tunteiden huomioiminen.

Hyvä hoito perustuu ammattitaitoiseen hoitohenkilökuntaan. Muistisairaiden hyvä hoito vaatii moniammatillista asiantuntemusta ja yhteistyötä myös omaisten kanssa. Tarvitaan vuorovaikutustaitoja sekä tiedonkulun sujuvuutta hoitoon osallistuvien kesken. Lähtökohta muistisairaan hyvälle hoidolle on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat muistisairaan arvokkaana ja ainutlaatuisena ihmisenä.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi muistisairaan hoito-opas, joka käsittelee vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitystä muistisairaan hoidossa. Opas on tiivis, selkokiehinen ja lyhyin lausein rakennettu tietopaketti. Oppaassa kerrotaan lyhyesti eri muistisairauksista ja annetaan käytännönläheisiä vinkkejä muistisairaan haasteellisiin hoitotilanteisiin. Opas onnistui hyvin, siinä on käytetty värejä, kuvia, lyhyitä, selkeitä lauseita ja korostuskeinona lihavoituja tekstejä sekä huomioruutuja, joiden pohjaväri on jokaisessa erilainen koska väreillä on oma merkitys muistisairaan hoidossa. Oppaan otsikot kuvaavat kappaleiden sisältöä, jolloin se helpottaa tiedon hakua. Jos opas tulee käyttöön ja siitä koetaan olevan hyötyä, voisi jatkosuunnitelmana olla oppaan hyödyntäminen muissakin laitoksissa, joissa muistisairaita hoidetaan. Opasta voisi kehittää ja laajentaa edelleen. Esimerkiksi kivun hoidon huomioiminen ja iäkkäiden päihteiden käyttöön liittyvät haasteet.

A GUIDE TO A GOOD TREATMENT OF A PERSON SUFFERING FROM MEMORY DISORDER

Taskinen, Susanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
August 2016
Supervisor: Pirilä Ritva
Number of pages: 38
Appendices: 3

Keywords: memory disorder, good treatment of a memory disorder suffering person, guide book

The target of the thesis was to make a practical and easy to read type of guide to help nurses and other hospital staff members to deal with people who suffer from a memory disorder. The goal was to inspire employee to face a patient as its own unique human, to endorse the interaction and also give advices about different kinds of memory disorders, nursing and rehabilitation methods.

The author of the thesis had personal goals in designing, executing and judging the project and also to achieve deeper know-how of gerontological care work. The thesis emphasizes the purpose of interaction and meeting of a person who has a memory disorder. The goal was to get knowledge if the guide was beneficial and if there were any benefits from the functional interaction in medical situations.

The thesis contains a guide and a theory section which the composed guide book is based on. Literature, health library's, the Alzheimer Society of Finland's web sites and investigations were used for the thesis. General information of a memory disorder and accents for a good treatment such as orderliness of nurturing, paying attention to the life history, fluency with day-to-day activities, reason of the working environment and observing the feeling of a patient were told in the theory section.

Good treatment is based on qualified staff. Working with people that suffer from memory disorder requires multiprofessional expertise and liaison with the families. Fluent interaction and good communication are needed between the medical staff. The basis for a good treatment of a patient is that the social and health care's professionals encounter the patient as a precious and one-of-a-kind individual.

The result of the thesis was a care guide handling the meaning of an interaction and facing when nurturing a person who suffers from a memory disorder. The guide is a structural information package with clear language and short sentences. The guide for instance tells about different memory disorders and gives some practical tips for challenging treatments. In the guide different colors were used to highlight different meanings in the treatment of a patient. Each headline in the guide is descriptive helping to find the right information. If the guide comes in to use the future plans could be to exploit it also in other institutes where people suffering from a memory disorder are taken cared. The guide can be developed and expanded further in areas such as taking notice in the pain treatment and the challenges with old people using drugs.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET	6
2.1	Alzheimerin tauti	6
2.1.1	Lievä Alzheimerin tauti.....	7
2.1.2	Keskivaikea Alzheimerin tauti	7
2.1.3	Vaikea Alzheimerin tauti	8
2.2	Aivoverenkiertosairaudet.....	9
2.3	Lewynkappaletauti.....	9
2.4	Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus.....	10
2.5	Otsalohkorappeutumat	11
3	MUISTISAIRAAN HYVÄN HOIDON PAINOPISTEALUEET	12
3.1	Muistisairaahan kohtaaminen	13
3.2	Muistisairaahan hoidon suunnitelmallisuus.....	17
3.3	Elämänhistoria	19
3.4	Muistisairaahan fyysiset tarpeet	20
3.5	Muistisairaahan viriketoiminta	25
3.6	Muistisairaahan hoitoympäristö	26
4	HYVÄN OPPAAN LAADINTA	27
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	28
6	PROJEKTISUUNNITELMA.....	28
6.1	Aikataulusuunnitelma	29
6.2	Oppaan laadinta ja sisältö	29
6.3	Projektin resurssit ja riskit	30
6.4	Arviointisuunnitelma	31
7	PROJEKTIN TOTEUTUS	31
8	ARVIOINTI	32
8.1	Hoitajien antamat arviot oppaasta.....	32
8.2	Omien tavoitteiden savuttaminen	33
8.3	Resurssien ja riskein arviointi.....	33
8.4	Oman ammatillisen kehittymisen arviointi.....	34
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa on arvioitu olevan 193000 muistisairasta. Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja aiheuttavat laaja-alaisen toimintakyvyn heikkenemisen. Etenevät muistisairaudet ovat Suomessa kansantauti. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyngappaletauti ja Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeutumet. Nykypäivänä ihmiset elävät pidempään kuin ennen, siksi muistisairaudet lisääntyvät ihmisten ikääntymisen myötä. Vanhuus itsessään ei ole muistisairauden syy. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 79; Hallikainen 2014, 14; Muistiliiton www-sivut 2015.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden peruskoulutukseen kuuluu muistisairaiden hoito. Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalveluja tuottavassa työyhteisössä tulee olla riittävä osaaminen ja asiantuntijuus muistisairaiden ja muistisairauksien hoitamisessa. (Hallikainen, Nukari 2014, 22.)

Muistisairaajat ja heidän kanssaan toimiminen ovat aina olleet lähellä sydäntäni, siksi halusin tehdä opinnäytetyöni liittyen muistisairaiden hoitoon. Otin yhteyttä kesäkuun 2015 alussa yksityisen hoitokodin johtajaan ja kysyin tarvetta muistisairaahan hoitoa koskevaan oppaaseen hoitohenkilökunnalle. Johtaja koki tarvetta tällaiseen ja näin työelämälähtöinen muistisairaahan hyvähoito -oppaan suunnittelu lähti käyntiin. (Hoitokoti Villa Galandin johtajan haastattelu 15.7 2015.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas muistisairaiden hyvästä hoidosta hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena on innostaa työntekijöitä kohtaamaan muistisairas omana ainutlaatuisena ihmisenä ja tukea muistisairaahan osaavaa kohtaamista ja vuorovaikutusta sekä antaa tietoa eri muistisairauksista. Opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisena tavoitteena oli saada lisätietoa yleisimmistä muistisairauksista ja sitä kautta löytää keinoja tukea muistisairaita heidän tarpeidensa mukaisesti sekä oppia laatimaan opas joka on toimiva ja antaa tarvittavaa tietoa. Projektin sisäistäminen ja sen

tekeminen on ollut opinnäytetyöntekijälle haastava ja aikaa vievää, mutta mitä enemmän projektin kanssa on tehnyt töitä sitä selkeämmäksi se on tullut.

2 YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET

2.1 Alzheimerin tauti

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. Sen puhkeamiseen vaikuttavat useat aivoihin kohdistuvat metabolista stressiä lisäävät osatekijät, joita ovat apolipoproteiini E(ApoE)- genotyyppi ja muut huonosti tunnistetut geneettiset variantit, libiditasapaino, hormonaaliset sekä tulehdukselliset tekijät ja verenkiertosairaudet. Alzheimerin taudissa hermosolujen tuhoutuminen alkaa useimmiten sisemmän ohimo-lohkon alueelta ja leviää sieltä vähitellen mutta laajemmin isoivokuorelle. Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus ja aiheuttaa laaja-alaista henkisten toimintakykyjen heikentymistä. Alzheimerin taudin yleisyys kasvaa voimakkaasti iän myötä. Alle 65-vuotiailla tauti on harvinainen, mutta yli 85-vuotiailla sitä esiintyy jo 15–20 prosentilla. Kaikista dementiaan sairastuneista noin 80 prosentilla on Alzheimerin tauti. (Viramo, Sulkava 2010, 31; Tienari, Myllykangas & Polvikoski & Tanila 2015, 100.)

Alzheimerin taudin ensimmäinen oire on muistin heikentyminen. Erityisesti lähi-muisti ja uuden oppiminen vaikeutuvat, sairastuneen on vaikea painaa mieleen juuri tapahtuneita tai puhuttuja asioita tai oppia esimerkiksi uuden laitteen käyttöä. Vanhat taidot säilyvät huomattavasti pidempään. Unohtelu lisääntyy ja silloin esimerkiksi luetusta tekstistä jää mieleen vain osa. Sairauden alkuvaiheessa suurin osa potilaista kieltää muistihäiriön ja eristäytyy sosiaalisista tilanteista. Sairauden edetessä heikentyvät myös kielelliset toiminnat. Sanat katoavat ja niitä joutuu hakemaan sekä puheen ymmärtäminen vaikeutuu. Ihmisten ja esineiden tunnistaminen vaikeutuu sekä ympäristössä liikkuminen hankaloituu. Oirekuvaan liittyy myös toiminnan ohjauksen heikentyminen, mikä ilmenee organisointikyvyn heikentymisenä, toiminnan suunnittelun, aloittamisen ja toteuttamisen vaikeutena. MMSE- testin tulos sairauden alku-

vaiheessa pysyy usein normaaleissa rajoissa mutta sairauden edetessä tulos heikkenee tasaisesti. (Erkinjuntti ym 2010, 31; Erkinjuntti ym 2015, 87.)

Suurimmalla osalla sairastuneista ilmenee jossain sairauden vaiheessa myös psyykkisiä oireita kuten masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä käytösoireita. Jossain vaiheessa sairautta voi esiintyä myös vaikeaa levottomuutta ja harhaluuloisuutta. Vainoharhaisuus voi olla myös taudin ensimmäisiä oireita. (Terveyskirjaston www-sivut 2015.)

2.1.1 Lievä Alzheimerin tauti

Lievässä Alzheimerin taudissa uusien asioiden oppiminen ja niiden mieleen painaminen heikentyy niin oleellisesti, että se haittaa potilaan kykyä selviytyä arkipäivän asioista. Kaupassa käyntien määrä lisääntyy, koska tavaroita unohtuu ostaa. Saadut vastaanottoajat unohtuvat, uusien lääkehjeiden noudattaminen ja niiden muistaminen ja noudattaminen vaikeutuvat, puhelinkeskustelut ja niissä sovitut asiat unohtuvat. Samoista asioista puhuminen lisääntyy, aloite- ja keskittymiskyvyttömyys lisääntyvät, suunnitelmallisuudessa ja toiminnan ohjauksessa tulee ongelmia ja vierassa ympäristössä liikkuminen vaikeutuu. Käytösoireet lievässä Alzheimerin taudissa ovat masennus, lisääntynyt ärtyisyys, apatia, ja tunne-elämän latistuminen. Osalle potilaista tulee epäluuloisuutta ja paranoidisia ajatuksia. Näistä tyypillisimmät ovat varastamiseksi epäluulot ja epäluulot. (Erkinjuntti ym. 2015, 126.)

2.1.2 Keskivaikea Alzheimerin tauti

Keskivaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa potilaan sairautentunne on selvästi heikentynyt eikä ihminen enää tunnista omia selviytymisvaikeuksiaan. Tapahtumamuisti on jo niin heikko, että tavarat ovat jatkuvasti kadoksissa ja potilas kyselee toistamiseen samoja asioita. Katsottujen televisio-ohjelmien ja luettujen tekstien sisältö unohtuvat ja muistituetkaan eivät auta enää, koska potilas ei muista tarkistaa muistiin kirjoitettuja asioita. Kielelliset vaikeudet esiintyvät sanojen hakuna ja monimutkaisen puheen ymmärtäminen vaikeutuu. Keskittymiskyky on oleellisesti heikentynyt. Normaalin keskusteluun osallistuminen tuottaa vaikeuksia ja aktiivinen

osallistuminen keskusteluun vähenee. Omatoimisuus ja itsenäinen toimiminen kodin ulkopuolella heikkenee ja potilas tarvitsee päivittäistä valvontaa sekä apua kodin arkitoinnoissa ja henkilökohtaisten asioiden hoidossa. Nykyisyyden ja menneisyyden asiat sekoitetaan entistä enemmän ja omat mielen tuottamat harhat muuttuvat todellisiksi jolloin ihminen saattaa uskoa, että asunnossa vierailee ihmisiä tai jo kuolleita henkilöitä. Harhaluuloisuus on yleisintä keskivaikeassa taudin vaiheessa ja sitä esiintyy 20- 50 % sairastuneista. Masennus, apaattisuus ja pelkotilat ovat yleisiä ja päivät voivat kulua toimeettomana sängyssä maaten tai tuolilla istuen, ellei ole minikäänlaista ulkopuolista kannustusta toiminnan pariin. (Erkinjuntti ym. 2015, 127–128.)

2.1.3 Vaikea Alzheimerin tauti

Taudin vaikeassa vaiheessa potilaan avun ja valvonnan tarve on ympärivuorokautista. Puheen tuottaminen ja sen ymmärtäminen heikentyvät entisestään. Orientaatio ja keskittymiskyky ovat heikkoa. Potilasta on ohjattava kaikissa perustoiminnoissa ja konkreettista apua tarvitaan pukeutumisessa, peseytymisessä ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa, wc-toiminnoissa ja syömisessä. Liikkeelle lähtö tuottaa vaikeutta jalkojen tottelemattomuuden takia ja kävely muuttuu lyhytaskeliseksi, leveäraiteiseksi ja kaatuilutaipumus lisääntyy. Osalle potilaista kehittyy myös spastisuutta, vilkastuneet jänneheijasteet ja positiivinen Babinskin heijaste. Tartumisrefleksi, turparefleksi ja imemisrefleksi (primitiiviheijasteet) tulevat esille ja tästä syystä potilas tarttuu ovenkahvoihin tai hoitajan käteen eikä pysty irrottamaan otetta. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa raajat jäykistyvät ja näin ollen käveleminen ei enää onnistu ja virtsan pidätyskyky häviää kokonaan. Potilaan nielemiskyky säilyy pitkään mutta potilas ei pysty itsenäiseen syömiseen. Moninaisia käytösoireita ilmenee lähes kaikilla potilailla. Apaattisuudesta kärsii yli 90 % potilaista. Masennusta on edelleen mutta se ilmenee ahdistuneisuutena ja levottomana käytöksenä. Vastustelu, levoton vaeltelu, agitaatio (ahdistuneisuus, johon liittyy voimakas kehon liikkeiden levottomuus) itku, huuto tai aggressiivisuuskohtaukset ovat yleisiä. (Erkinjuntti ym. 2015, 129- 131.)

2.2 Aivoverenkiertosairaudet

Aivoverenkiertosairaus on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) on aivoverenkiertosairauden aiheuttama oireyhtymä, joka vaikuttaa muistiin ja tiedonkäsittelyyn. Aivoverenkiertosairauteen liittyvien etenevien muistisairauksien päätyyppejä ovat pienten suonten eli ns. subkortikaalinen tauti ja suurten suonten eli ns. kortikaalinen tauti sekä sydänperäiset emboliset aivoinfarktit. (Terveyskirjaston www-sivut 2016; Hallikainen ym. 2014, 276.)

Pienten suonten taudissa tyypillinen oire on toiminnanohjauksen häiriö, johon liittyy kognitiivisten toimintojen hidastuminen. Toiminnanohjauksen häiriössä tavoitteenasettelu, toiminnan aloittaminen, loogisuus, järjestelmällisyys, toiminnan jaksottaminen ja toteuttaminen, toimintatavan vaihtaminen ja säilyttäminen sekä käsitteellinen ajattelu ovat heikentyneet. Mieleen painaminen ja oppiminen on vaikeaa, mutta unohtaminen on vähäistä. Sairastuneella esiintyy masentuneisuutta, persoonallisuuden muutosta ja psykomotorista hidastumista. Pienten suonten taudissa potilaalla voi olla vähäisiä neurologisia oireita kuten esimerkiksi kävelyn, tasapainon tai virtsaamisen häiriöitä. Sanojen muodostaminen tai nieleminen voi olla myös vaikeaa. (Terveyskirjaston www-sivut 2016.)

Suurten suonten taudissa varhaisia oireita ovat useimmiten lievän muistioireen ja toiminnanohjauksen häiriön ohella vaihtelevat muut oireet kuten puheen häiriöt, haparoivuus ja kömpelyys, hahmottamis- ja tunnistamisvaikeudet sekä näppäryys ja hienomotoriikka heikkenevät. Oireet riippuvat infarkttien sijainnista. Tyypillisimpiä oireita ovat: näkökenttäpuutos, suupielen roikkuminen, toispuolihalvaus ja kävelyn häiriöt. Oireet tulevat nopeasti päivissä tai jopa tunneissa ja oireet vaihtelevat. (Terveyskirjaston www-sivut 2016; Käypähoidon www-sivut 2010.)

2.3 Lewynkappaletauti

Lewynkappaletauti on toiseksi yleisin rappeuttava aivosairaus Alzheimerin taudin jälkeen ja sen osuus on kaikista muistisairauksista 10–15 %. Suomessa viisi prosenttia yli 75-vuotiaista ja noin 20 % kaikista muistisairaista sairastaa tätä tautia, mutta se on usein alidiagnosoitu tai se diagnosoidaan Parkinsonin tai Alzheimerin taudiksi.

Tauti alkaa yleensä yli 65-vuotiaana ja se on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. Sairaus johtuu hermosolujen sisäisistä patologisista muutoksista eli se muodostaa solunsisäisiä Lewyn kappaleita, joita esiintyy myös Parkinsonin taudissa. Lewynkappaletaudissa aivoissa on usein myös samanaikaisia Alzheimerin taudin muutoksia, joten näissä taudeissa on paljon yhteneviä piirteitä. Taudin varsinaista syytä ei tiedetä. (Hallikainen ym. 2014; 288 Terveyskirjaston www-sivut 2015.)

Lewynkappaletauti alkaa hitaasti. Ensioireina ovat toiminnanohjauksen ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä päiväaikaiset vireystilan vaihtelut. Neuropsykiatriset oireet ovat pahempia kuin Alzheimerin taudissa. Taudille tyypillisenä piirteenä ovat toistuvat näköharhat ja sairastunut voi käyttäytyä niin kuin ne olisivat totta. Harhaluuloiset ajatukset ja niiden aiheuttama käytös aiheuttavat sen, että monet sairastuneet tarvitsevat jossain vaiheessa psykiatrista osastohoitoa. Sairauden oireisiin kuuluu myös Parkinsonin taudin piirteitä kuten liikkeiden hidastumista, jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. Voi esiintyä myös lyhyitä tajunnanmenetykskohtauksia, kaatumisia, sekavuutta ja sen myötä käytösoireita. Muistiongelmat kehittyvät tavallisesti vasta taudin edetessä, tunnistava muisti säilyy eli muistista etsiminen on hidasta, mutta vihjeet auttavat muistamaan. Tauti etenee hitaasti ja johtaa omatoimisuuden menetykseen, vuodehoitoon ja lopulta menehtymiseen alle 10 vuodessa. (Terveyskirjaston www-sivut 2015; Hallikainen ym. 2014, 288.)

2.4 Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus

Parkinsonin taudin aiheuttamaa muistisairasta arvioidaan olevan Suomessa noin 3000 henkilöä. Parkinsonin taudin aiheuttaman muistisairauteen pidetään syynä dopamiinivälittäjäaineen vähentymisen lisäksi myös asetyylikoliinin ja serotoniinin katoamista aivoista. Parkinson tauti vaikuttaa laaja-alaisesti kognitiota ja tunne-elämää säätelevien aivojen hermorataverkkojen toimintaan. Muistisairaus on Parkinsonin taudissa hitaasti etenevä ja muistuttaa piirteiltään Lewynkappaletautiin liittyvää muistisairautta. Keskeiset oireet Parkinsonin taudin muistisairaudessa ovat tarkkaavaisuuden heikentyminen, toiminnanohjauksen vaikeudet, näönvaraiseen hahmottamiseen liittyvät vaikeudet ja sairauden edetessä ilmaantuvat muistivaikeudet. Työmuisti kaventuu eikä potilas pysty pitämään muistissaan useita asioita samanaikaisesti. Parkinson taudissa vihjeistä saadaan enemmän apua muistiin palautuksessa kuin Al-

zheimerintaudissa. Potilaat kärsivät usein aloitekyvyttömyydestä, apatiasta, masennuksesta ja näköharhoista. Usealla Parkinson- potilaalla on myös impulssikontrollin vähentymistä joka ilmenee pelihimolla, hyperseksuaalisuutena, ostosriippuvuutena ja ahmimishäiriönä. (Hallikainen ym. 2014, 296.)

2.5 Otsalohkorappeutumat

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus (frontotemporaalinen degeneraatio) on yleisnimitys niille oireyhtymille, joille on ominaista aivojen otsa- ja ohimolohkoihin liittyvän toiminnan heikkeneminen. Otsa-ohimolohkorappeuma on etenevä ja se on toiseksi yleisin aivojen pintaosia vaurioittava sairaus. Sairaus alkaa yleensä 45 ja 64 ikävuoden välillä eli sitä esiintyy myös työikäisillä. Otsa-ohimolohkodementioita on kaikista muistisairauksista 5-10 %. Sairaus alkaa usein hiipien ja etenee vähittäin. Sairaus jaetaan kolmeen alatyyppiin: semanttinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja frontaalinen dementia (otsalohkodementia), joka on yleisin otsa-ohimolohkorappeumista. (Hallikainen ym. 2014, 281–282; Muistiliiton www-sivut 2015.)

Otsalohkorappeuma vaikuttaa sitä sairastavan persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen. Ihmisestä tulee impulsiivinen, lyhytjänteinen, joustamaton ja sosiaalisissa tilanteissa hän voi olla tahditon (töykeys, kiroilua) ja estoton (seksuaalispainotteiset puheet ja käytös). Apaattisuus ja masentuneisuus liittyvät usein otsalohkorappeumaan, mutta voi esiintyä myös maanisuuuutta. Muisti, havaintokyky ja motoriset taidot ovat melko hyvin säilyneet, mutta puheen tuottaminen on vaikeaa ja sanoja voi olla vaikea löytää tai niiden merkitys voi olla hämärtyneet. Varsinaiset muistiongelmät tulevat sairauden myöhemmässä vaiheessa. Sairaudentunto on usein heikko eli sairastunut ei pysty itse arvioimaan sairauden aiheuttamia toimintakyvyn muutoksia. (Muistiliiton www-sivut 2015; Hallikainen ym. 2014, 282.)

3 MUISTISAIRAAN HYVÄN HOIDON PAINOPISTEALUEET

Hyvä hoito perustuu ammattitaitoiseen hoitohenkilökuntaan. Ikääntyneiden hoitotyössä tietoperusta pohjautuu hoitotieteeseen, jonka lisäksi hoitotyön sisältö rakentuu gerontologiselle tietopohjalle, kokemustietoon, hoitotyön ja sen toimijoiden arvoihin ja eettisiin periaatteisiin. (Sarvimäki 2010, 27.)

Muistisairaan hoito ei ole yksittäisiä toimenpiteitä, vaan hoidon perustana on voimavarakeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa sisältäen tavoitteellisen kuntouttavan työotteen. Perinteinen hoitotyön malli on tehtäväkeskeinen, jossa hoitaja pesee, pukee, syöttää ja vaihtaa vaipan. Tällöin ihminen on tekemisen kohde. Tehtäväkeskeisessä hoitotyössä on helppo unohtaa muistisairaan emotionaaliset tarpeet kuten rakkaus, lohtu, mielekäs tekeminen ja minuuden ylläpitäminen. (Mönkäre, Hallikainen & Nukari & Forder (toim.) 2014, 8; Semi 2015, 8-10.)

Muistisairaan arvostaminen on teoriassa helppoa mutta käytännössä vaikeaa. Usein vanhustyössä toimitaan paternalistisesti (holhoavasti). Henkilökunta ei kysy muistisairaan mielipidettä ja jos kysyy sitä ei kuunnella tai sitä ei huomioida. Sen jälkeen voidaan ihmetellä miksei muistisairas toimi niin kuin hoitajien mielestä hänen olisi parasta toimia ja miksi hän ei sitoudu annettuihin ohjeisiin. (Mattila 2007, 116.)

Muistisairaiden ja heidän omaistensa hyvä hoito vaatii moniammatillista asiantuntemusta ja yhteistyötä, sosiaalisia taitoja sekä tiedonkulun sujuvuutta hoitoon osallistuvien kesken. Lähtökohta muistisairaan hyvälle hoidolle on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat muistisairaan arvokkaana ja ainutlaatuisena ihmisenä. Hyvällä ja asiantuntevalla hoidolla saadaan vähennettyä käyttäytymiseen liittyviä haasteellisia ongelmia ja hoito on näyttöön ja asiantuntemukseen perustuvien käytäntöjen mukaisia. Muistisairaiden hyvä hoito perustuu ihmislähtöiseen hoitamiseen, jossa keskitytään ihmisen hoitamiseen eikä tehtäväkeskeiseen työskentelytapaan. Ammattihenkilöillä jotka työskentelevät muistisairaiden kanssa tulisi olla riittävä osaaminen identiteettiä ja elämänlaatua tukevaan hoitoon ja palveluun muistisairaan elämän loppuun saakka. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 314; Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2014,18.)

3.1 Muistisairaahan kohtaaminen

Ihmisarvo on koko yhteiskuntamme perusarvo ja siten se on myös gerontologisen hoitotyön perusarvo. Ihmisarvoon sisältyy kolme merkitystä: *itseisarvo*, *ihmisarvo* ja *ihmisarvoisuus*. Itseisarvo tarkoittaa sitä, että kaikki ihmiset ovat arvokkaita sinänsä, ei pelkästään välineenä muiden arvojen toteuttamisessa (esim. taloudellinen hyöty).

Ihmisarvo on sitä, että kaikki ihmiset ovat ihmisinä yhtä arvokkaita. Siksi kaikilla ihmisillä pitäisi olla samat oikeudet esimerkiksi ikääntyneillä on samat mahdollisuudet saada hoitoa ja erilaista palvelua riippumatta asuinpaikasta tai varallisuudesta. Ihmisarvoon kuuluu oikeudenmukaisuus, myös ikäkysymys liittyy oikeudenmukaisen hoidon saamiseen. Saavatko ikääntyneet asiakkaat yhtä paljon ja yhtä hyvää hoitoa kuin nuoret ja työikäiset? (Sarvimäki 2009, 31–32.)

Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen ja ikääntyneiden kohtelu viestittävät miten heitä arvostetaan. Hoitaja, joka kohtelee asiakkaita kohteliaasti, hienotunteisesti ja kunnioittavasti, arvostaa muita ihmisiä. Huutaminen ja tyly käytös sekä puhuminen kuin lapselle loukkaavat ikääntyneen ihmisarvoa. Ihmisarvoinen hoitotyö näkyy esimerkiksi myös hoitoympäristössä: kaunis, siisti ja viihtyisä kodinomainen ympäristö antaa vaikutelman, että siinä olevia asukkaita tai potilaita pidetään arvossa. (Sarvimäki 2010, 33; Näslindh-Ylispangar 2012, 68.)

Muistisairaus vaikuttaa ihmisen autonomiaan sekä omatoimisen ja itsenäisen elämän hallintaan mutta on muistettava, että muistisairas on ennen kaikkea aikuinen ihminen. Muistisairaita kohdellaan herkästi väheksyen, syrjien ja epäkunnioittavasti, joka vähentää heidän hyvinvointiaan. Jokaisella ihmisellä on oikeus ihmisarvoiseen, kunnioittavaan ja inhimilliseen kohteluun, oikeus tulla kuulluksi ja hyväksytyksi omana itsenään. Muistisairaahan ihmisyyden arvostaminen ja kunnioittaminen sairauden eri vaiheissa ja sen pohjalta toimiminen on lähipiirin, ammattihenkilöiden, työyhteisöjen ja koko palvelujärjestelmän asia. (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2014, 19.)

Ihmislähtöinen muistityö tarkoittaa tietämystä eri muistisairauksista ja lääkehoidosta, muistisairaahan toimintakyvyn tukemista sekä kokonaisvaltaista muistisairaahan hoitotyötä. Muistityö vaatii osaamista, luovuutta ja kykyä oivaltaa toisen tarpeita. Hoitotyö muistisairaiden kanssa antaa luvan olla luova. Kun halutaan toteuttaa ihmisläh-

töistä hoitotyötä täytyy muistaa, että muistisairas yrittää viestittää käyttäytymisen ja toiminnan kautta sitä, mitä hän ei pysty sanoin kertomaan. Muistisairautta sairastava saattaa tahattomasti loukata hoitajaa, johon hoitajan tulee suhtautua ymmärtävällä ja leppoisa asenteella. Leppoisa asenne ja huumori auttavat monen hankalan tilanteen yli. Muistisairaiden parissa työskentelevien tulisi ymmärtää huumorin merkitys voimavarana ja yhteisöä vahvistavana tekijänä. Huumorilla on myös muistamista ja oppimista edistävä vaikutus. (Näslindh-Ylispangar 2012, 176; Semi 2015, 9.)

Hyvinvointialan ammatillinen osaaminen koostuu toiminnallisista taidoista sekä vuorovaikutus- ja yhteistyötaidoista. Ammatillinen vuorovaikutus on työntekijän arkista osaamista, johon kuuluu tiedon hankkimista ja jakamista, ohjausta, kannustamista, opettamista ja neuvontaa. Siihen kuuluu myös dialogia ja kuuntelemista sekä sanattomien viestien havainnointia, empaattisuutta ja läsnäoloa, jossa annetaan tilaa hiljaisuudelle ja tunteille. Ammatilliseen vuorovaikutukseen kuuluu oleellisesti myös hyvät käytöstavat. Hoitajan hyvä käytös viestii ammattitaitoisesta ja sivistyneestä ihmisestä ja se edesauttaa työntekijän ja asiakkaan kanssakäymistä esimerkiksi hoitosuhteen luomisessa. (Laine, Ruishalme, Salervo & Siven & Välimäki 2010, 230–237; Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 289–290.) Vuorovaikutustaidoista käytetään myös nimitystä viestintätaidot, johon kuuluvat kaikki toimintatavat, joilla pyritään toisen ihmisen kohtaamiseen, viestintäprosessin käynnistämiseen ja myös sen ylläpitämiseen.

Keskeisimmäksi taidoksi muistisairaahan hoitotyössä ajatellaan olevan kyky tavoitteelliseen vuorovaikutukseen, jolla tarkoitetaan sitä, että hoitotyöntekijä kuulee, näkee ja havainnoi sekä sanallista että ei-sanallista viestintää (eleet, ilmeet, kosketus, äänensävy). Aito läsnäolo ja eläytyminen tilanteisiin sekä eletyn elämänhistorian hyödyntäminen auttavat työntekijää ymmärtämään muistisairaahan sanattomat viestit, hädän ja tunteet. Vuorovaikutuksen merkitys korostuu ensisijaisesti muistisairaiden hoidossa, koska hoitaja voi olla ainut ihminen päivässä kenen kanssa muistisairas voi jutella kuulumisia. Hyvä vuorovaikutus on gerontologisen hoitotyön perusta. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 316.)

Tarhosen (2013, 48–54 pro gradu tutkielmassa ”Gerontologinen osaaminen hoitotyössä”) kerättiin tietoa teemahaastattelun avulla miten gerontologian eriytysosaami-

sen koulutuksen saaneet sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit (N=8) kuvaavat gerontologisen hoitotyön osaamistaan. Tutkimustulosten mukaan vuorovaikutuksen merkitys näkyy ikääntyneen kuulemisena ja yhteistyönä eri tahojen kanssa. Onnistunut vuorovaikutus mahdollistaa moniammatillisen työryhmän löytämään yhteiset näkemykset ja hoitolinjat muistisairaana ikääntyneen parhaaksi. Vuorovaikutuksessa otetaan huomioon ikääntyneen toimintakyky ja erilaiset tilanteet, jolloin hoitotyöntekijöiden on hallittava erilaisia tapoja kommunikoida. (esim. selkeä puhe, kosketuskommunikaatio, puhetta tukevat kommunikaatiomenetelmät, dialogisuus). Tärkeänä pidetään myös yhteistyötä ja taitoa olla vuorovaikutuksessa omaisten kanssa. Omaisten kanssa, jolloin omaiset toimivat myös vuorovaikutuksen apuna. Muistisairaana elämänhistorian tunteminen auttaa ymmärtämään ikääntyneen tapoja toimia ja reagoida erilaissa tilanteissa. Omaiset ovat hyvänä apuna muistisairaana omaisensa elämänhistorian selvittämisessä. (Nukari 2014, 105.) Tarhosen tutkimustulosten mukaan viestintä- ja vuorovaikutustaidot nousevat tärkeimmäksi osa-alueeksi hoitotyössä niin ikääntyneiden kuin omaistenkin kanssa. Haastateltavat kuvasivat, että ilman vuorovaikutusta ei ole hoitotyötä. (Tarhonen 2013, 29.)

Tarhosen tutkimuksessa haastateltavat olivat sitä mieltä, että muistisairaana ihmisen kanssa keskeistä vuorovaikutuksessa on, että ikääntyneelle annetaan aikaa. Ikääntyneen läsnä oleva kuuleminen avaa vuorovaikutuksen ja hänen taustojensa tietämisen. Ikääntyvää kunnioittavaa on myös yksilöllinen kohtaaminen, missä huomioidaan ihmisen vanhenemismuutokset, jotka voivat merkittävästi vaikuttaa vuorovaikutustapoihin. Tutkimustulosten mukaan viestintä ja vuorovaikutus eivät aina toteudu toivotulla tavalla. Esille tuodut ongelmat liittyivät ennen kaikkea viestintään hoitohenkilökunnan kesken, mikä käytännössä näkyy esimerkiksi puutteellisena tai eitaroituksenmukaisena kirjaamisena potilasasiakirjoihin. Tämä voi johtaa siihen, että hoitohenkilökunnalla ei ole asiakkaan tilanteesta realistista ja ajanmukaista kuvaa. Tutkimuksen haastatteluaineiston perusteella voidaan todeta myös, että asiakastilanteissa tapahtuvaan vuorovaikutukseen kiinnitetään huomiota, mutta viestintä- ja vuorovaikutustaidoissa on kehitettävää moniammatillisessa yhteistyössä sekä kollegojen kanssa. Hoitajien työ- ja elämäkokemuksen koettiin olevan hyödyksi ikääntyneiden kanssa kommunikoidessa. (Tarhonen 2013, 30–31.)

Muistisairaan ihmisen toiveet ja tarpeet ovat yksilöllisiä, ja niitä tulee kunnioittaa. Toimiva vuorovaikutus edellyttää hoitajalta joustavuutta, luovuutta, pettymysten sietokykyä sekä kärsivällisyyttä. Vuorovaikutusta ei voi suorittaa vaan sen tulee olla spontaania. Vuorovaikutus muistisairaan ihmisen kanssa edellyttää hoitajalta kykyä ja halua aitoon läsnäoloon, joka luo myös turvallisuuden tunnetta. (Papunen 2013, 15.)

Hoito- ja ihmissuhdetyössä vuorovaikutuksen laadulla on suuri merkitys. Hoitajan tietoisuus hyvän vuorovaikutuksen merkityksestä hoitosuhteen luomiselle vaikuttaa keskeisesti toimintaa edistävänä keinona muistisairaan hoidossa. (Aejmelaeus, Kan & Katajisto & Pohjola 2007, 85.)

Muistisairas voi kokea ympäröivän maailman turvattomana ja epäluotettavana, koska hänen fyysinen (erityisesti aistit), psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä ovat heikentyneet. Myös toisten ihmisten negatiiviset asenteet ja autonomiaa rikkova asennoituminen voivat alentaa muistisairaan itsetuntoa. Joskus hänen pyyntönsä ja mielipiteensä voidaan ohittaa tai jopa mitätöidä. Se, minkä muut näkevät käyttäytymisenä voi olla muistisairaan ihmisen yritys saada omat tarpeensa ja toiveensa kuuluviin tai reaktio siihen, että muut eivät ymmärrä tai huomioi hänen tarpeitaan. Esimerkiksi aggressiivisuus hoitotilanteissa voi olla muistisairaan ihmisen puolustautumista pelottavassa tilanteessa. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009,7.)

Tunteet ovat osa ihmisyyttä. Muistisairauden edetessä järjelyn mahdollisuudet heikkenevät ja tunteet tulevat entistä voimakkaammin esille. Muistisairaat ovat herkkiä tunnistamaan tunteita ja tunnelmia ympärillä olevien ihmisten kehonkielestä ja heidän käyttäytymisestään. Hoitajan on pyrittävä tunnistamaan muistisairaan tunteet ja toiveet sekä vastattava niihin. Kohtaaminen ei tapahdu järjen, vaan tunteiden tasolla. Järjen korostaminen tunteiden kustannuksella on osa vallitsevaa ajattelutapaa. Tunteita ei voi ohittaa koska se ei johda järkevään ajatteluun. Tunteilla on suuri merkitys sille, miten elämä koetaan ja miten ratkaistaan elämän varrella tulleita tilanteita. Usein tunteita pidetään vähemmän merkittävänä kuin järkeä, järkisyyt tuntuvat painavammilta kuin tunnesyyt. Muistisairaan minäkuva heikkenee sairauden edetessä. Ihmislähtöinen hoiva vaatii käsitystä siitä mistä muistisairaan eletty elämä koostuu ja miten hän itse liittyy siihen tarinaan. Hoitajan pitää tukea muistisairaan tunnetta siitä,

että hän on ainutlaatuinen ihminen ja tutkia ja olla kiinnostunut millaisten asioiden kautta muistisairas määrittelee itseään. (Semi 2015, 40- 91; Mönkäre 2014, 77.)

Hoitotyössä koskettamisen merkitys korostuu. Muistisairas on aistiva ja kosketuksen avulla voidaan viestittää myönteisiä ja hyviä asioita. Eettisesti toteutettu hoitotyö saattaa edistää iäkkään arvokkuuden tuntoa. Koskettaminen on muistisairaahan arvostavaa kohtelua ja oman kehon myönteistä kokemista ja olemassaoloa. Tapa jolla muistisairasta kosketetaan voi olla lempeää, empaattista ja auttavaa tai kovakouraista ja vihan täyttämää tai alistavaa taputtamista. Koskettamisella voidaan viestittää ristiriitaisia asioita, esimerkiksi lempeä puhe ja kovakourainen koskettaminen ovat ristiriidassa keskenään. Käden kosketus merkitsee enemmän kuin tuhat sanaa. Koskettamisella voi ottaa kontaktia, ohjata liikkumisessa, välittää tunteita, lohduttaa ja luoda turvallisuuden tunnetta. Kaikki muistisairaajat eivät halua, että heitä kosketellaan enempää kuin on tarvetta hoitotoimenpiteiden yhteydessä. (Näslindh-Ylispangar 2012, 69–70.)

Koskettaminen on pääsääntöisesti hyvä kommunikoinnin väylä ja hoitomenetelmä. Joitakin voi myös koskettaminen rauhoittaa. Kehossa on alueita joihin voi koskea ja alueita joiden koskettamiseen tarvitaan lupa ja syy sekä suojeltava alue. Keho jaetaan eri vyöhykkeisiin: sosiaalinen vyöhyke (kädet, käsivarret olkapäät, selkä) läheinen vyöhyke, (suu, ranteet, jalat) ja haavoittuva vyöhyke (kasvot, niska, vartalon etuosa). (Näslindh-Ylispangar 2012, 69–70; Gothoni 2013,134.) Pitkälle edenneen muistisairaahan kanssa kommunikoidaan sanattoman viestinnän kuten kosketuksen avulla, esimerkiksi istumalla käsi kädessä, katsomalla silmiin ja nyökyttelemällä hyväksyvästi. Hankalia kysymyksiä ei ole hyvä esittää, koska muistisairas ei osaa niihin vastata ja liian kysymykset aiheuttavat muistisairaalle ahdistusta. (Semi 2015, 40.)

3.2 Muistisairaahan hoidon suunnitelmallisuus

Hyvän hoidon perusta on hoidon yksilöllinen suunnitteleminen. Hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelma laaditaan muistisairaahan hoitopaikassa moniammatillisen tiimin sekä muistisairaahan ja hänen omaistensa kanssa yhdessä. Suunnitelman pohjana on toimintakyvyn arviointi, jossa otetaan huomioon fyysinen-, psyykinen- ja sosiaal-

linen toimintakyky. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 50–51; Millton-Wildey & O'Brien 2010, 1254; Barba, Hu & Efird 2012, 834; Savikko, Routasalo & Pitkälä 2014, 10.) Tärkeää on myös muistisairaahan kognitiivisten (muisti, hahmottaminen, ajattelu, toiminnanohjaus, orientaatio) muutosten ymmärtäminen. Launosen (2014,10) mukaan vanhuksen hyvä hoito alkaa hänen kognitiivisen tasonsa selvittämisellä.

Hoidon suunnittelun kannalta on tärkeää, että muistisairaahan ja/tai hänen omaistensa kanssa keskustellaan muistisairaahan arjesta sekä selvitetään hänen taustahistoriansa, päivittäiset rutiininsa ja voimavaransa. Saatuja tietoja hyödynnetään suunnitelman yksilöllisten tavoitteiden asettamisessa. (Slättebø ym 2010, 534; Launonen 2014, 11.) Hoidolle pitää asettaa sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteet. Muistisairaahan hoidon pitkän aikavälin tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja itsenäisen selviytymisen edistäminen. Lyhyen aikavälin tavoitteena voi olla esimerkiksi se, että asiakas kampaatse hiuksensa tai osallistuu kerran viikossa ulkoiluryhmään. Tavoitteisiin perustuva suunnitelma perustuu tietoon asiakkaan sairauksista, toimintakyvyn vajeista ja muuttuvasta hoidon tarpeesta. Suunnitelman tavoitteet sekä menetelmät, joilla tavoitteet pyritään saavuttamaan, tulee tarkistaa sovituin väliajoin ja erityisesti silloin, kun muistisairaahan tilanne muuttuu. Pitkäaikaishoidossa tavoitteet tarkistetaan kolmen kuukauden välein. (Hunter & Levett-Jones 2010, 530; Savikko ym. 2014, 11.)

Launosen (2014, 16) tutkimustulosten mukaan ikääntyneiden hoidon erityispiirteenä on sen kokonaisvaltaisuus. Tutkimuksessa haastateltujen hoitajien (N=10) arvioimaan kokonaisvaltaiseen hyvään hoitoon kuuluu ikääntyneen osallistamisen lisäksi myös omaisten ottaminen mukaan hoidon päätöksentekoon eli suunnitelman laatimiseen kuin itse hoitoonkin. Hoitajalta edellytetään taitoa kommunikoida aktiivisesti kaikkien osapuolten kanssa. Haastavissa tilanteissa hänen tulee olla muistisairaahan puolestapuhujana, mikäli tämä ei siihen itse kykene. (Hunter & Levett-Jones 2010, 529; Bryon ym. 2010, 1110; Launonen 2014, 16.) Potilaalle on puhuttava ymmärrettävästi ja hoitajan on orientoiduttava tarvittaessa potilaan aikaan ja paikkaan. (Suhonen ym. 2011, 1180).

3.3 Elämänhistoria

Menneisyys kulkee ihmisen mukana monessa muodossa. Oman elämäntarinan kertominen auttaa kertojaa ymmärtämään elämäänsä ja tekemään sen ymmärrettäväksi myös muille. (Timonen 2009, 267.) Ikääntyneen toimintakyky on sidoksissa hänen elämänsä historiaan. Elämäntarinan tunteminen auttaa hoitajaa tunnistamaan ikääntyneen toimintaan liittyviä voimavaroja ja haasteita. Tietämällä, mikä asia on ollut ikääntyneelle tärkeä, voi sen tuoda myös nykyhetkeen. Muistisairaalle hyviä muistoja tuova asia voi rauhoittaa ja edistää toimintakykyä ja hoitomyönteisyyttä. Kuuntelemalla muistisairaana elämäntarinaa voidaan saada selville, millaisia voimavaroja hänellä on ollut aikaisemmin ja mitkä voimavarat ovat edelleen olemassa. Elämäntarinatietoja tunteva hoitaja voi löytää mielenkiintoisia keskustelualueita. Tutuista asioista keskusteleminen voi tuoda hyviä muistoja mieleen. Silloin, kun muistisairas ei enää pysty puhumaan, hoitaja voi jutella tutuista asioista hänelle. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 136; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 53–54.)

Ikääntyneen elämänhistoriasta nousevat esiin hänen aikaisemmat ja nykyiset sosiaaliset roolinsa, jotka voivat olla merkityksellisiä hänen selviytymisessään. Sosiaalisten roolien kautta voidaan löytää voimavaroja vahvistavia tai niitä kuluttavia asioita. Elämänhistoriaansa muistellessaan ikääntyneelle voi selvitä, mikä asia sillä hetkellä tuntuu toimintakyvyn kannalta haasteelta. Hoitaja, joka kunnioittaa muistisairaana voimavaroja, saa ikääntyneen kertomuksesta vinkkejä siitä, miten tukea ja auttaa toimintakyvyn ja omanarvontunteen ylläpitämisessä. Esimerkiksi aina itsenäisesti pärjänneen ja toisten apuun tottumattoman ikääntyneen voi olla vaikea ottaa apua vastaan tai näyttää avuntarpeensa. Kun muistisairaus etenee, ihmisen nykyisyys ja menneisyys sekoittuvat. Asioiden looginen yhdistely, muistaminen ja omien näkemysten esiin tuominen vaikeuttavat muistisairaana tarinoiden kertomista. Muistisairaana pirstaleisista tarinoista voidaan luoda narratiivinen kartta, esimerkiksi käsitekartta kuvien avulla. Se auttaa kerrottujen irrallisten muistojen ja tilanteiden yhdistelmissä sekä auttaa ymmärtämään kaoottisia tilanteita. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 54; Palomäki 2010.)

Elämänhistorian kartoittamisessa voidaan käyttää apuna valokuvia, kirjallisuutta, elämäntarinalomakkeita ja esineitä. Vanhuksen omasta ympäristöstä löydettäviä asi-

oita voidaan selvittää esimerkiksi kotikäynnein sekä haastattelemalla omaisia. Hoitajan tehtävänä on kirjata ikääntyneen kertomat tapahtumat ja kokemukset ilman tulkintaa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 54.)

3.4 Muistisairaana fyysiset tarpeet

Muistisairaana arki koostuu monista päivittäisistä toiminnoista kuten peseytymisestä, pukeutumisesta ja riisumisesta, syömisestä, nukkumisesta ja liikkumisesta. Näitä toimintoja muistisairas tekee kykyjensä mukaan omatoimisesti, ohjatusti tai täysin autetusti. (Hurnasti, Topo & Mönkäre 2014, 135.)

Aliravitsemus on muistisairaiden suuri ongelma, johon tulisi kiinnittää huomiota. Ravitsemuksen merkitys on usein laiminlyöty osa-alue muistisairaiden hoidossa. Riittävä energiamäärä päivässä on 1500 kcal. Proteiinin saantiin tulee kiinnittää erityisesti huomiota, koska proteiinin hyväksikäyttö elimistössä vähenee iän myötä. Ravitsemusongelmiin pitäisi puuttua suunnitelmallisesti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tehostettuun ravitsemushoitoon siirrytään silloin, kun ravitsemustila on heikentynyt, paino laskenut tai syödyn ruoan määrä on vähäistä. (Suomen muistiasiantuntijoiden www- sivut, 2013.)

Punnitseminen riittävän usein on yksinkertainen tapa seurata riittävää ravinnonsaantia. Ravitsemustilan arviointiin on kehitetty MNA- testi (Mini Nutritional Assessment), jonka avulla voidaan kartoittaa virheravitsemusriskiä mutta MNA- testin avulla ei voida tehdä päätelmiä ruokavaliosta tai ravinnon saannista. (Aejmelaeus ym. 2007, 119.)

Ruokahaluttomuutta voivat aiheuttaa sairaudet, lääkitys, psyykkiset tekijät, suuhun ja hampaisiin liittyvät ongelmat tai ruoka ei jostain muusta syystä maistu. Ruokahaluttomuuden syy tulee aina selvittää ja puuttua siihen. Muistisairasta ei kuitenkaan saa pakottaa syömään. Jos muistisairas kieltäytyy kokonaan syömästä, tulee ravinnon saanti turvata jollain muulla tavalla, esimerkiksi runsasenergisillä juomilla, jotka sisältävät tarvittavan proteiinimäärän, kivennäis- ja hivenaineet sekä rasvat ja hiilihydraatit. Ruokahaluttomuuteen voi olla monia eri syitä, joihin hoitotyön keinoin voidaan vaikuttaa. (Aejmelaeus ym. 2007, 118.)

Ruokailuhetkien tulisi olla rauhallisia jolloin, ruoan voi nauttia ilman kiireen tuntua. Kattauksen tulisi olla yksinkertainen ja selkeä. Valaistuksen tulisi olla riittävä, silloin heikkonäköisempikin pystyy erottamaan eri ruoka-aineet lautaselta. Ruokaseuraan tulisi kiinnittää huomiota, koska osa muistisairaista voi haluta syödä sormin ja osalle sormin syöminen voi aiheuttaa hämmennystä ja koko ruoka jää syömättä. Ruoan olisi hyvä olla lämmintä, mutta ei kuumaa. Ruoan esille laitossa on merkityksensä, ruokalajit laitetaan lautaselle erikseen eikä kaikkea samaan kasaan. Ruoan laatu ja rakenne voivat aiheuttaa vaikeuksia syödä sitä. Liian karkea ruoka ja isot palat voivat hankaloittaa syömistä hampaiden, nielemisen ja suun kunnon takia. Omatoimiseen syömiseen kannustetaan ja sitä pidetään mahdollisimman pitkään yllä. Muistisairauksien edetessä ihminen ei osaa enää käyttää ruokailuvälineitä, jolloin hoitaja avustaa syömisessä. Itsenäisesti syömilläkin saattaa olla päiviä jolloin omatoiminen syöminen ei onnistu, ja niinä päivinä ruokailussa avustetaan tilapäisesti. Ruokailutilan tulisi olla selkeä, siisti jossa, värejä on käytetty neutraalisti. (Aejmelaesus ym. 2007, 118–119.)

Vuorokaudessa pitäisi olla useita ateriakertoja. Annoskoot ovat pieniä mutta niiden pitäisi sisältää kulutuksen ja painon mukaisesti energiaa, runsaasti proteiinia ja muita ravintoaineita. (Aejmelaesus ym. 2007, 119.)

Hahmottamisvaikeudet voivat vaikeuttaa syömistä ja siksi on hyvä valita selkeästi erottuvat astiat, jotka voi asettaa yksivärisen liinan päälle. Ruokailuvälineillä on suuri merkitys syömistä onnistumiseen. Kevyet aterimet on helppo ottaa käteen, kun otevoima ja tarttuminen ovat heikentyneet. Pikkulusikan tai pääruokalusikan kanssa syöminen voi olla helpompaa kuin haarukan ja veitsen. (Aejmelaesus ym. 2007, 118–119.)

Muistisairailta univaikeudet ovat yleisiä. Muistisairaus altistaa unettomuudelle ja vuorokausirytmien muutokselle. On huolehdittava, että muistisairaana unen määrä vuorokaudessa on riittävä. Liika nukkuminenkaan ei ole hyväksi. Vuorokaudessa nukutun unen pituutta arvioidaan laskemalla yhteen päivällä ja yöllä nukutun tuntien määrä. Keskushermostomuutokset, joita muistisairailta on vaikuttavat unen rakenteeseen ja vuorokausirytmiiin mutta eivät ole ainoa unettomuuden syy. Uniongelmia voivat aiheuttaa elämäntavat, ympäristötekijät, fyysisten sairauksien oireet ja lääkehaitat. Muistisairaudet aiheuttavat usein unen vaipumisajan pidentymistä, yönaikaista he-

räilyä, touhuamista öisin, päivätorkkahtelujen- ja päiväsaikaan nukkumisen lisääntymistä. Osalla muistisairaista melatoniin eli pimeänhormonin tuotanto vähenee öisin, joka aiheuttaa yöaikaista valvomista joka johtaa päiväväsyykseen ja päiväsaikaan nukkumiseen. (Kivelä 2014, 144 - 252.)

Muistisairaahan unettomuuden syyt on tärkeää selvittää ja hoitaa ongelman aiheuttaja. Usein taustalla on vanhenemisen ja muistisairauden aiheuttama altistuminen unettomuudelle ja uni-valverytmin häiriölle. Lääkkeet ja niiden aiheuttamat haitta- ja yhteisvaikutukset voivat olla syy unettomuuteen ja niihin tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Omaisten surut ja murheet voivat vaikuttaa unen saantiin, ilmapiiri, jossa muistisairas asuu, turvaton olo ja nälkä voivat myös olla unettomuuden syitä. Matala verenpaine voi olla myös yksi unettomuuden aiheuttaja. Verenpaine mitataan istuma-asennossa ja, jos se on alle 120/70, voi syynä olla matala verenpaine ja silloin tulee tarkistaa lääkelista ja lisätä ruokaan suolaa. Levottomien jalkojen oireyhtymä voi myös olla syy unettomuuteen. Hyvät elämäntavat, mieluisa, rauhallinen ja turvallinen ympäristö, riittävä päivätoiminta ja tarvittava lääkehoito auttavat univaikeuksissa. (Kivelä 2014, 144 - 252.)

Melatoniini on turvallisin toiminnallisen unettomuuden hoitoon käytettävä lääkevalmiste mutta se ei auta kaikille. Unilääkkeistä soveltuvimpia ovat keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinivalmisteet tai syklopyrrolonit (tsopikloni tai tsolpideemi), koska ne eivät kumuloidu. (Erkinjuntti ym. 2015, 485; Kivelä 2014, 254.)

Muistisairaahan hygienian hoito koetaan usein hankalaksi. Selkeä, rauhallinen, hienotunteinen ja empaattinen suhtautuminen pesutilanteeseen helpottavat muistisairaahan ymmärtämistä ja avun vastaanottamista. Jokaisen peseytymistottumukset ovat yksilöllisiä, joten niiden tunteminen auttaa muistisairaahan peseytymistilanteissa. Suihkussa käyminen voi olla muistisairaalle vierasta ja outoa jos hän on tottunut peseytymään pesuvadin tai pesualtaan ääressä tai saunassa. Pesutilojen turvallisuus, sopivat apuvälineet ja huoneen miellyttävä lämpötila helpottavat pesutilannetta. Tuntoaistin muutokset voivat aiheuttaa tilanteen, jossa suihkusta tuleva vesi tuntuu iholla pistelynä ja epämiellyttävänä tunteena. Veden lämpötila voi tuntua toisesta hyvältä, kun taas toinen kokee sen liian kuumana tai kylmänä. Varovasti kokeilemalla sopiva lämpötila löytyy. (Mönkäre & Topo 2014, 138.)

län myötä iho ohenee ja kuivuu ja tietyt lääkeaineet aiheuttavat myös ihon ohenemista. Toistuva peseminen voi aiheuttaa iho-ongelmia. Joskus on tilanteita, jolloin pesukertoja täytyy lisätä esimerkiksi ulosteen kanssa sotkeminen tai runsas hikoilu. Sopivien pesuaineiden ja ihovoiteiden avulla saadaan ihon kunto pysymään hyvänä. Tuoksuttomien pesuaineiden käyttö on monelle mieluisaa mutta hajuaistin muutosten myötä voivat voimakkaan tuoksuiset pesuaineet innostaa peseytymiseen ja ihon hoitoon. Taipeisiin, ihopoimuihin sekä sormien ja varpaiden väleihin tulee kiinnittää huomiota ja ennaltaehkäistä haavaumien ja muiden vaivojen syntyä. (Mönkäre & Topo 2014, 138.)

Muistisairauden edetessä muistisairas ei välttämättä hahmota omia jalkojaan eikä välttämättä osaa kertoa jalkakivuistaan. Jalkojen peseminen, varpaiden välien kuivaaminen, kynsien säännöllinen leikkaaminen ennaltaehkäisevät tulehduksia, hankaumia, kipua ja kävelyvaikeuksia. Hienotunteinen ja rauhallinen ohjaaminen ja auttaminen ovat tarpeellista sairauden tässä vaiheessa. (Mönkäre & Topo 2014, 138.)

Omien hampaiden, proteesien ja kielen peseminen kuuluvat päivittäiseen hygieniaan. Hammasharjan esille ottaminen tai käteen antaminen muistuttavat hampaiden pesusta, vaikka muistisairaus olisi jo edennyt pitkälle. Proteesien peseminen, paikoilleen asettaminen, niiden irrottaminen sekä säilyttäminen vaikeutuvat aiemmin kuin omien hampaiden hoito. Proteesien hoitoon tarvitaan paljon enemmän ohjausta ja apua kuin omien hampaiden hoitoon. Hammasproteesit tulisi huuhdella jokaisen aterian jälkeen. Ne pestään pehmeällä hammasharjalla ja puhdistukseen käytetään astianpesuainetta, mietoa vaahtoamatonta hammastahnaa tai nestemäistä saippuaa. Kieli harjataan kevyesti hampaiden pesun yhteydessä. Proteesit tulisi säilyttää kuivassa paikassa, jolloin bakteeri ja sienikasvustoa ei pääse syntymään. (Määttä & Valtanen 2014, 45–48.)

Suun kuivuminen on iäkkäiden yleinen vaiva, mikä vaikuttaa makuaistiin ja se tekee myös syömisen hankalammaksi. Juomien juottaminen ja suun kostutukseen tarkoitetut valmisteet helpottavat oloa. Suuta voi huuhdella vedellä ja käyttää kostutusgeeliä ja mietoa vaahtoamatonta hammastahnaa. Suuta voi kostuttaa myös sitruunatikuilla, kookosöljyllä ja purskutteluun voi käyttää erilaisia suuvesiä. Säännöllinen ja tarpeen mukainen suuhygienistilla tai hammaslääkärillä käynti kuuluu hyvään arkeen ja hy-

vinvoinnin turvaamiseen. Muistisairauksien edettyä muistisairas ei aina ymmärrä hammaslääkärikäynnin tarkoitusta ja se saattaa pelottaa, josta seurauksena voi olla, ettei hän avaa suutaan tai yrittää purra. Mielikuvituksen ja kokemuksen avulla voi löytyä ratkaisu, jolla muistisairaahan suu saadaan avattua ja hampaat hoidettua. Hammaslääkärikäynti voi olla niin haasteellinen, että hammaslääkärin kanssa neuvottelemalla voidaan päätyä nukuttamiseen. (Hoitohenkilökunta ikääntyneen muistisairaahan suun hoitajana, 2014, 48; Mönkäre 2014, 139.)

Muistisairaahan pukeutumiseen ja riisuutumiseen liittyvien tapojen tietäminen ja ymmärtäminen sekä asianmukainen ohjaaminen auttavat pukeutumiseen liittyvissä haasteellisissa tilanteissa ja tukevat samalla elämänlaatua. Vaatteet ovat yksi osa ihmisen identiteettiä. Muistisairaahan minäkuvaa voidaan tukea antamalla hänen valita vaatteensa itse tai yhdessä hoitajan kanssa jolloin hän tulee osalliseksi päätöksentekoon. Omatoimista pukeutumista voidaan tukea hankkimalla helposti puettavia vaatteita ja asettamalla vaatteet valmiiksi esille pukeutumisjärjestyksessä. Sanallinen ohjaaminen ja jokaisen vaatekappaleen ojentaminen voivat tuoda helpotusta pukeutumiseen. Riisuutuminen voi olla pelottava ja uhkaavalta tuntuva tilanne. Riisuutuessa oman kehon tuntu ja hahmotus voivat tuntua siltä, kuin se katoaisi. Vilun kokeminen vaatteita pois otettaessa voi aiheuttaa epämiellyttävän tunteen ja tekee tilanteesta haastavan. Riisuutumiseen voi liittyä myös uhkakuvia epämiellyttävistä tilanteista. Pukeutumisesta ja riisuutumisesta voi helpottaa lämmin huone, helposti puettavat vaatteet, yhdessä laulaminen sekä samanlaisena toistuvaa pukeutumis- ja riisumisjärjestelyä. (Mönkäre, Hurnasti & Topo 2014, 137 - 138.)

Muistisairaalla on keskimäärin neljä toimintakykyyn vaikuttavaa pitkäaikaissairautta. Sairauksien hoitoon heillä on useita eri lääkeryhmien lääkkeitä, kuten verenpaine-, sepelvaltimo-, ja rasva-aineenvaihdunnan lääkkeitä. Monilääkitys altistaa helposti haitta- ja yhteisvaikutuksille. Iän mukanaan tuomat muutokset elimistössä vaikuttavat lääkkeiden imeytymiseen, jakautumiseen, hajoamiseen ja elimistöstä poistumiseen. Vanhenemismuutokset kehon vesi- ja rasvakoostumuksessa sekä maksassa ja munuaisissa aiheuttavat lääkeaineiden hajoamisen ja erittymisen hidastumista. Siksi useiden lääkkeiden vaikutukset tehostuvat iän lisääntyessä. Ikääntyneet saavat lääkkeiden haittavaikutuksia herkemmin kuin nuoremmat. (Lönnroos & Sillanpää 2014, 222; Lönnroos 2014, 230–231.)

Muistisairaille erityisen ongelmallisia lääkkeiden haittavaikutuksia ovat väsymys, muistin heikkeneminen, sekavuus, ekstrapyramidaalioireet ja käytöshäiriöt. Lääkkeiden haittavaikutuksia on muistisairailla vaikea tunnistaa ja lääkkeen tuomia haittoja voidaan pitää sairauksien oireina ja hoidoksi määrätään taas uusi lääke, jolloin seurauksena voi olla potilaan toimintakyvyn äkillinen heikkeneminen. (Kivelä & Valpio 2011, 69–70; Lönnroos & Sillanpää 2014, 221–222.)

Lääkehoito on osa muistisairaahan kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoidon tavoitteena on muistisairaahan toimintakyvyn ja omatoimisuuden ylläpitäminen sekä käytösoireiden lievittäminen tai poistaminen. Muistisairaahan kuntoutussuunnitelmaan kuuluu lääkehoitosuunnitelma ja sitä pitää arvioida vähintään vuosittain sekä tarvittaessa muuttuvissa tilanteissa. Lääkärin lisäksi muistisairaahan lääkehoidon arvioinnissa ja seurannassa keskeisiä henkilöitä ovat hoitajat ja muistisairaahan läheiset. Ennen varsinaisen dementialääkkeen aloittamista on suljettava pois muista sairauksista johtuva muistihäiriö kuten esimerkiksi B12 – vitamiinin puutos tai kilpirauhasen toimintahäiriö. Myös antikolinergit ja sedatiiviset aineet kuten bentsodiatsepiinit ja alkoholi aiheuttavat muistihäiriöitä. (Käypä hoito [www-sivut 2015](#); Koskinen, Puirava, Salimäki & Puirava & Ojala 2012, 193; Lönnroos & Sillanpää 2014, 222–223.)

Harvaa sairautta voidaan hoitaa vain lääkkeillä. Muita hyviä hoitokeinoja hyvän kohtaamisen lisäksi ovat: ravitsemushoidot, yleinen hyvä ravitsemustila ja nestetasapaino, liikunta, musiikki, muistelu sekä sosiaaliset ryhmätoiminnat, joissa käytetään esimerkiksi edellä mainittuja toimintoja. Muistisairaalla ihmisellä esimerkiksi nälkä tai turhautuminen voivat herkästi kanavoitua levottomuudeksi, aggressiivisuudeksi tai hallitsemattomaksi huutamiseksi, kun kommunikaatiolle ei löydy muita keinoja. Esimerkiksi levottomuus ja pakko-oireet voivat johtua tekemisen puutteesta, turhautumisesta ja virikkeettömyydestä, jolloin mielekkään tekemisen tarjoaminen voi helpottaa oireita. (Muistiliiton [www-sivut 2015](#).)

3.5 Muistisairaahan viriketoiminta

Toiminnalliset menetelmät ja erilaiset terapiat kuten musiikki-, kuvallinen ilmaisu tai fysio- ja toimintaterapia voivat auttaa tukemaan sekä muistisairaahan että läheisten elämänlaatua. Viriketoiminta on eräs tärkeä kuntoutusmuoto muistisairaahan hoitotyös-

sä. Viriketoiminnalla ehkäistään toimetttömyyttä ja sen mukanaan tuomaa apaattisuutta, passivoitumista ja ennen aikaista voimavarojen alaspäinmenoa. Viriketoiminnalla pyritään muistisairaahan toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen sekä elämänlaadun parantamiseen. Toiminnallisten keinojen tavoitteena on parantaa mielialaa, lisätä vuorovaikutussuhteita ja toimintakykyä sekä antaa onnistumisen kokemuksia. (Airila 2000, 7.)

Hyvään kokonaisvaltaiseen kuntouttavaan hoitotyöhön kuuluu myös viriketoiminta. Viriketoiminnan toteutusmuotoja on paljon: keskustelupohjainen toiminta (esim. muistelu, keskustelutuokiot, lehtikatsaukset), hengellinen toiminta (hartausketket, laulut, lukeminen), harrastustoiminta/luova toiminta (laulaminen, soittaminen, musiikin kuuntelu, lukeminen, kuvallinen ilmaisu), aivojumppa (pelit, ristisanatehtävät, leikit, kuvien katselu, tuoksut), virkistystoiminta (juhlat, retket, teatteri, konsertit, elokuvat, TV), käden taidot (askartelu, käsityöt) kotityöt (pöydän kattaminen ja korjaaminen, tiskaaminen, lakaiseminen), liikunta (puintisaliliikunta, ulkoilu, pelit, tanssi) Tärkeää on valita toiminnat yksilöllisyys, toimintakyky ja muistisairaahan elämänselbstoria huomioon. (Airila 2000,7)

3.6 Muistisairaahan hoitoympäristö

Hoitoympäristö koostuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista olosuhteista. Fyysiseen ympäristöön kuuluvat tilat, paikan sijainti, tilojen järjestely, ulkonäkö ja sisustus ja näiden aikaansaama tunnelma kuten esimerkiksi ”kodinomaisuus”. Tunnelmaan vaikuttavat valaistus, materiaalit, huonekalut, esineet sekä niiden keskinäinen järjestys. Lämpötila, erilaiset hoitovälineet ja äänet sekä hiljaisuus kuuluvat myös hoitoympäristöön. Esteettiseen ympäristöön kuuluvat luonto, valo, värit, harmonia, taide, symbolit ja esineet. Muistin heikentyessä ihminen selviytyy tutussa ympäristössä, tutujen tilojen ja esineiden sekä arjen rutiinien avulla pitkään. Eri osa-alueiden vaikeudet ilmenevät arjessa hankaluuksina muistaa ja ymmärtää ympäröivää maailmaa, ymmärtää muiden ihmisten toimintaa ja puhetta, hallita kehon liikkeitä ja hahmottaa ympäristöä. Ympäristön hahmottaminen voi olla vaikeaa ja esimerkiksi tutut kasvat ja tavarat saattavat näyttää oudoilta. Toimiva psykososiaalinen ympäristö muodostuu positiivisesta, kannustavasta, toimintakykyä tukevasta ja erilaisuuden hyväksyvistä ilmapiiristä. Psykososiaalinen ympäristö antaa ikääntyneelle mahdollisuuden olla

kanssakäymisissä muiden ihmisten kanssa sekä osallistua aktiivisesti erilaisiin toimintoihin. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009,18; Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 38.)

Toimintakykyä voidaan edistää asuinympäristön esteettömyyttä lisäävillä tekijöillä, jotka mahdollistavat toimimisen ja liikkumisen turvallisesti. Tilat voidaan suunnitella helppokäyttöisiksi ja loogisiksi. Pintamateriaalien tulisi olla selkeitä ja yksinkertaisia. Heijastavia pintoja tulee välttää samoin seinien ja lattioiden vahvoja kuviointeja. Selkeät värierot ovat aina eduksi kun taas yksitoikkoinen värittömyys voi vaikeuttaa päivittäisiä toimintoja. Muistisairaiden ympäristön on oltava selkeä ja orientoitumista helpottava. Kelloja on hyvä laittaa näkyville paikoille ja asukaan huoneen oviin on selkeästi kirjoitettava hänen nimensä. Muut yleiset tilat on hyvä merkitä selkeästä kuvin tai kirjaimin. Tärkeää on että ne alueet, joihin muistisairaahan ei toivota menevän voidaan tarvittaessa lukita, näin välttämään turhalta kieltämiseltä. Osa muistisairaista hyötyy siitä, että päivän tapahtumat, päivämäärä, nimipäivät ja vuorossa olevien hoitajien nimet on kirjoitettu esimerkiksi liitutaululle. Kiinnostava ja toimintaa tarjoava ympäristö on muistisairaalle eduksi. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 39- 41; Erkinjuntti ym. 2015, 527.)

4 HYVÄN OPPAAN LAADINTA

Ennen oppaan laatimista pitää miettiä, kenelle se on tarkoitettu eli ketkä ovat sen käyttäjiä. Hyvässä oppaassa kerrotaan selkeästi, mikä on sen tarkoitus. Tämän opin näytetyön teoriaosuuden pohjalta tehty opas on tarkoitettu muistisairaita hoitaville, ja se pitää sisällään kirjallisuudesta esiinnoitettavat oleellisemmat asiat muistisairaahan hyvästä hoidosta ja korostaa vuorovaikutuksen merkitystä. Hyvä hoito-opas puhuttelee ja vastaa hoitotyön ongelmiin. Koska opas on suunnattu hoitohenkilökunnalle, ammattitermejä ei tarvitse selittää, mutta oppaassa on tärkeää olla lähdetiedot. Oppaita laadittaessa teksti tulee aina tarkistaa, sillä kirjoitusvirheet hankaloittavat lukemista ja luovat epäluotettavuutta. Selkokielisyys, lyhyet ja yleiset sanat, helpot lauserakenteet, selkeä rakenne ja lyhyet informatiiviset lauseet, helpottavat asian ymmärtämistä ja pitävät yllä mielenkiintoa asiaan. Luettavuus on yksi tärkeimmistä hyvän oppaan

ominaisuuksista. Yksi erittäin tärkeä osa oppaassa ovat kuvat. Parhaimmillaan hyvä kuvitus lisää lukijan mielenkiintoa asiaan ja auttaa ymmärtämään tekstiä paremmin. Hyvin valitut sekä tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Tärkeää on myös se että lukija pystyy omaksumaan oppaassa kerrotut tiedot ja käyttämään niitä hyödyksi omassa työympäristössään. Peruskieliopin virheet voivat aiheuttaa lukijalle jopa epäilyksen kirjoittajan ammattipätevyydestä. Kuvia voi käyttää selkeyttämään tekstiä, mutta pitää muistaa hankkia asianmukaiset luvat niitä käytettäessä. (Hyvärinen 2005, 71; Kyngäs ym. 2007, 126; Eloranta & Virkki 2011,73–77; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Aihe opinnäytetyölle tuli yhteydenotosta yksityiseen hoitokotiin, jossa hoidetaan ympärivuorokautisesti eri muistisairauksia sairastavia ikääntyneitä ihmisiä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas muistisairaiden hyvästä hoidosta hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena on innostaa työntekijöitä kohtaamaan muistisairas omana ainutlaatuisena ihmisenä ja tukea muistisairaana osaavaa kohtaamista ja vuorovaikutusta sekä antaa tietoa eri muistisairauksista. Työn tarkoitus on myös kiinnittää huomiota niihin erityispiirteisiin, joita muistisairaus tuo ammatilliseen kohtaamiseen. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisina tavoitteina oli oppia lisää yleisimmistä muistisairauksista ja sitä kautta löytää keinoja tukea muistisairaita heidän tarpeidensa mukaisesti sekä kehittyä projektiosaamisessa.

6 PROJEKTISUUNNITELMA

Projekti on kertaluonteinen tietylle ryhmälle suunnattu kokonaisuus. Projektille on asetettu aikaraja, suunniteltu budjetti ja tietty määrä resursseja. Kaikki projektit ovat sisällöltään, laajuudeltaan ja kestoltaan erilaisia. Projekteille on laadittu selkeä alku

ja loppu jolloin tavoite on saavutettu. Projekteissa tärkeintä on sen toimiva lopputulos eikä se miten se on saatu aikaan. (Huotari & Salmikangas 2012, 3-4.)

Projektit tehdään ja suunnitellaan yleisimmin ryhmässä. Projektiryhmässä on asiantuntijoita, joilla on oman osaamisalueensa asiantuntijuus. He vastaavat oman osaamisalueensa toteutuksesta projektin eri vaiheissa. Projektityö voi olla Ruuskan (2012, 150–151) mukaan myös yksilötyö, jota käytetään silloin, kun aikaa on vähän tai projektintekijällä on aiheesta riittävästi tietoa. Projektit ovat erilaisia riippuen niiden tavoitteesta ja tavoite määrittää sen kuinka monta ihmistä tarvitaan projektin toteuttamiseen. Tämä opinnäytetyö on toteutusprojekti, koska se on tavoitteeltaan ennalta määritelty ja lopputulos on sen mukaan toteutunut. Toteutusprojektin haasteena on aikataulu. (Kettunen 2009, 15- 17.)

6.1 Aikataulusuunnitelma

Ensimmäinen yhteydenotoni hoitokotiin tapahtui toukokuun alussa vuonna 2015 ja toinen yhteydenotto heinäkuussa 2015, jolloin sovimme tapaamisen hoitokodissa 27.7.2015. Tapasimme hoitokodin johtajan kanssa ja keskustelimme oppaan tarpeellisuudesta sekä siitä, minkälaisia ongelmia muistisairaus aiheuttaa ja miten siihen reagoidaan. Kävimme myös muutamia puhelinkeskusteluja, jotka käsittelivät hoitokotia ja henkilöstömäärää. Kesäkuussa 2016 tapasimme ja allekirjoitimme yhteistyösopimukset. Alustava suunnitelma oli, että projekti olisi ollut valmis huhtikuussa 2016 mutta näin ei kuitenkaan käynyt. Oppaan ideointi ja toteutus tapahtui kesä- ja heinäkuussa 2016 ja elokuussa 2016 hoitokodin johtaja ja henkilökunta sai oppaan käyttöön.

6.2 Oppaan laadinta ja sisältö

Opinnäytetyöni koostuu kahdesta osasta, opinnäytetyöraportista ja oppaasta. Opinnäytetyöni tarkoitus on luoda hoitotyöntekijöiden käyttöön opas, joka pitää sisällään kirjallisuudesta esiinnousseet oleellisemmat asiat muistisairaahan hyvästä hoidosta ja korostaa vuorovaikutuksen merkitystä. Opas on tiivis, kymmensivuinen, tietylle koh-

deryhmälle suunnattu paketti, josta on helppo löytää tarvitsemansa tieto muistisairaahan hyvään hoitoon. Opasta voidaan käyttää myös yleiseen perehdytykseen uusille hoitotyöntekijöille ja opiskelijoille. Opas tulostetaan yksipuolisesti valkeille A4 paperille, ja paperit nidotaan kulmasta yhteen. Teksti tulee olemaan helposti luettavaa ja fonttikoko riittävän isoa. Oppaan tekstissä käytetään väriä, tehosteita ja oppaassa tulee olemaan myös kuvia. Opas tallennetaan Word tiedostomuotoon, sillä Word on hyvin yleinen tekstinkäsittelyohjelma. Oppaan saa myös tallennettua tietokoneelle, josta sitä on myös helppo jakaa tarvittaessa sähköpostin kautta. Näin opasta on helppo tulostaa tarvittaessa lisää ilman suuria kustannuksia. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40.)

6.3 Projektin resurssit ja riskit

Projektissa vaadittavan työmäärän arviointi on usein vaikea tehtävä ja tehtävän keston vaikuttaa aina myös tekijän kokemus projektityöstä. Projektin aikaresurssien määrittelyssä auttaa jäsentely eli työn kohde jaetaan osiin. (Ruuska 2012, 170.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekeminen ja oppaan laatiminen vaativat ajallisesti paljon resurssia, mutta vain yhden henkilön eli opinnäytetyön tekijän panosta. Työtehtävät voidaan jakaa seuraavasti: tarvekartoitus eli millaisen oppaan hoitokoti tarvitsee, teorian tiedon etsiminen ja kokoaminen eli opinnäytetyön raportointi sekä oppaan tekeminen kootun tiedon pohjalta.

Projekteissa seurataan Ruuskan (2012, 186) mukaan kustannuksia usein epäsuorasti toteutuneiden työmäärien kautta. Henkilöstökulut ovat yleensä merkittävien kustannustekijä organisaatioiden sisäisissä hankkeissa. Raha on aina henkilötyötunteja näkyvämpi mittari, siksi projektin suunnitteluvaiheessa realistiset toteutusvaihtoehdot pitäisi myös hinnoitella. Tämä opinnäytetyön tuotos (opas) ei vaadi suurta rahallista resurssia opinnäytetyön tekijältä: vähintään yksi tulostettu värillinen versio oppaasta. Valmis opas lähetetään sähköpostilla hoitokodin käyttöön. Matkakustannukset ovat myös vähäiset, koska hoitokoti Villa Galand sijaitsee lähellä.

Projektin hallinta on epävarmuuden ja muuttuvien olosuhteiden hallintaa. Riskien hallinta on sitä, että varaudutaan odottamattomiin tilanteisiin. Jotta riskejä voidaan

hallita, ne pitää ensin tunnistaa. Riskien hallinta koostuu riskien analysoinnista (esimerkiksi käytetään swot-analyysia), riskilistan laatimisesta, toimenpiteistä sopimisesta sekä jatkuvasta seurannasta. (Ruuska 2012, 222.) Tämän projektin riskejä ovat aikataulussa pysyminen sekä mahdolliset henkilökunnan negatiiviset asenteet opinnäytetyötä kohtaan. Uusien asenteiden ja niiden sisäistäminen sekä uusien toimintatapojen omaksuminen vaatii aikansa. Suurin riski on opinnäytetyöntekijän kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä sekä ajan organisoinnissa.

6.4 Arviointisuunnitelma

Projektit arvioidaan niiden onnistumisen mukaan, joka usein on myös mielipidekysymys (Ruuska 2012, 276–278). Tämä projekti arvioidaan sen jälkeen, kun opas on otettu käyttöön hoitokodissa. Puolen vuoden kuluttua oppaan käyttöönotosta kartoitetaan kokemuksia oppaan toimivuudesta kyselylomakkeen avulla (liite3). Opinnäytetyöntekijä toimittaa kyselylomakkeet ja saatekirjeen, josta käy ilmi kyselyn tarkoitus hoitokoti Villa Galandin työntekijöille ja johtajalle. Kyselylomakkeet palautetaan nimettöminä niille tarkoitettuun palautelaatikkoon. Kysymykset ovat pääsääntöisesti avoimia kysymyksiä, koska silloin vastaajat voivat kertoa asiasta niin paljon kuin haluavat tai tietävät. Oppaan arvioi epävirallisesti hoitokodin johtaja kolmen päivän kuluttua siitä kun opas oli hoitokotiin toimitettu.

7 PROJEKTIN TOTEUTUS

Villa Galand on yksityinen kodinomainen hoitokoti, jossa on 16 asukaspaikkaa. Asukkaille on tarjota oma yhden tai kahden hengen huone, jonka voi sisustaa omilla huonekaluilla ja henkilökohtaisilla tavaroilla. Yhteisiä tiloja ovat ruokailuhuone ja päiväsal. Tällä hetkellä hoitokodissa asuu 13 asukasta vakituisesti, joista suurimmalla osalla on erilaisia ja eriasteisia muistisairauksia. Hoitokodissa on myös mahdollisuus lyhytaikaiseen intervallihoitoon. Hoitokodissa työskentelee sen omistaja, joka on sairaanhoitaja, kahdeksan lähihoitajaa ja yksi hoitoapulainen. Lääkäri käy kerran

kuukaudessa ja häneen voi ottaa yhteyttä tarvittaessa muulloinkin joko sähköpostitse tai puhelimitse. (Hellsten henkilökohtainen tiedonanto 27.7.2015.)

Projektin idea tuli yhteydenotosta hoitokoti villa Galandin johtajaan toukokuussa 2015. Projekti ei lähtenyt käyntiin heti, johtuen opinnäytetyön tekijän osaamattomuudesta. Hahmottelin ja selasin erilaisia oppaita mutta virallinen suunnittelu ja toteutus alkoi vasta kesäkuussa 2016. Projektin tuloksena syntyi eri lähteistä koostuva muistisairaita käsittelevä opas hoitokoti Villa Galandiin elokuussa 2016. Oppaan kuvista osa on henkilökohtaisesti otettuja, osa piirrettyjä ja muut pixabay ilmaiskuvia, jotka ovat tekijänoikeusvapaita. Opas on tiivis 12 sivuinen, yksinkertaisin lausein koottu paketti. Oppaassa on käytetty eri värejä, lihavoituja tekstimuotoja, kuvia sekä huomioruutuja, joissa lyhyesti kerrotaan minkälaisia asioita kannattaa ottaa huomioon muistisairaahan hoidon haastavissa tilanteissa ja miten muistisairas kokee tunteet ja koskettamisen. Lääkehoidosta, viriketoiminnasta, hoitoympäristöstä ja fyysisistä tarpeista on jokaisesta oma osio oppaassa. Huomioruutujen pohjavärit ovat erivärisiä ja ne on laadittu sen mukaan mikä värin merkitys on. Oppaan alussa kerrotaan lyhyesti eri muistisairauksista.

8 ARVIOINTI

8.1 Hoitajien antamat arviot oppaasta

Opasta arvioi epävirallisesti hoitokodin johtaja kolmen päivän kuluttua siitä kun oli saanut oppaan luettavaksi. Hoitajat eivät olleet arvioineet opasta. Arvio oppaasta oli hyvä, osa oppaassa kerrotuista asioista oli hoitokodissa käytössä ja hyvin huomioitu, mutta seuraavia tärkeitä asioita nousi oppaasta esille: Muistisairauksista kertominen oppaan alussa, kommunikointi, tunteiden huomioiminen ja muistisairaahan yksilöllinen hoito. Oppaan luettavuus ja tekstin selkeys oli hyvä ja ymmärrettävä. Kehittämisehdotuksia tuli lääkehoidosta ja jos opasta voisi jakaa hoitokodissa olevien asukkaiden omaisille. Opinnäytetyöntekijää pyydettiin myös pitämään oppaasta esitelmä hoitokotiin.

8.2 Omien tavoitteiden savuttaminen

Tavoitteenani oli lisätä omaa tietämystäni muistisairauksista ja muistisairaahan hoitamisesta ja saada se myös vietyä käytäntöön. Mielestäni projektille asetetut tavoitteet täyttyivät, koska laadin muistisairaiden hyvän hoidon oppaan. Projektin tuotokseen eli oppaaseen olen tyytyväinen. Halusin laatia oppaan, josta on konkreettista hyötyä muistisairaiden parissa työskenteleville ja tietenkin myös muistisairaille. Tarkoituksena oli, että opas on mahdollisimman selkeä, helppolukuinen ja innostava. Mielestäni tässä onnistuin suhteellisen hyvin. Opas antaa tietoa muistisairauksista, muistisairaiden hoidosta ja ennen kaikkea miten muistisairas tulisi kohdata.

Lähdemateriaalia löytyi paljon sekä muistisairauksista että muistisairaiden hoidosta. Rajaamisen kanssa koin ongelmia, koska moni asia tuntui tärkeältä. Oppaan suunnittelussa pyrin ottamaan huomioon hyvän oppaan kriteerit.

Minulla oli vain vähän aiempaa kokemusta projektin tekemisestä ja siksi projektin tekeminen oli aluksi erittäin työlästä. Projektia tehdessä opin että sen pitää olla suunnitelmallista, jatkuvaa ja aikaa pitää varata riittävästi. En myös laatinut itselleni selkeää aikataulua projektin aloitukselle ja lopetukselle, joka olisi pitänyt tehdä. Tämä projekti oli opettava kokemus ja antoi seuraavalle työlle paremmat lähtökohdat.

8.3 Resurssien ja riskein arviointi

Opin miten aikaa vievää projektin tekeminen oli, etenkin kirjallinen tuotos oli vaikeaa. Aikaa oli vaikea organisoida työn, perheen ja projektityön välillä kun aikaa ei yksinkertaisesti ollut. Projektin työstämisen selkeä suunnitelmallisuus, sen aloitus ja lopetus ajankohdat ja johdonmukaisuus olivat koitua suureksi riskiksi työn valmistumiselle. Oma kokemattomuus tällaisen työn tekemiselle oli erittäin haastava ja raskas. Projektin lopussa huomasin että olisi pitänyt olla enemmän yhteistyössä hoitokodin työntekijöiden kanssa ja kuunnella heidän mielipiteitään oppaan suunnittelussa.

8.4 Oman ammatillisen kehittymisen arviointi

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa, haastavaa ja opettava kokemus. Opinnäytetyön työstämisen aikana on ollut monia erilaisia vaiheita sekä työn että perheen kannalta. Ajan löytäminen opinnäytetyön tekemiseen oli haastavaa. Kun aikaa oli, opinnäytetyön tekeminen ei edennyt yhtään tai sujui hyvinkin vauhdikkaasti. Projektissa tuli loppumetreillä kova kiire, kun viimeisetkin takarajat työn valmistumiselle alkoivat lähestyä. Opinnäytetyön tekeminen jo itsessään oli uusi ja vieras kokemus. Opin hakemaan tutkittua tietoa ja arvioimaan lähteiden käyttökelpoisuutta. Opinnäytetyötä tehdessäni oma ammatillisuus kehittyi kokonaisvaltaisemmaksi. Muistisairaiden hoidosta ja kohtaamisesta minulla oli jo entuudestaan tietoa mutta oma osaamiseni syveni muistisairauksien sekä muistisairaahan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkityksen kannalta.

Aiheeni oli minulle mieluisa, koska muistisairaat ovat ainutlaatuinen ja lähellä sydäntäni oleva ihmisryhmä. Haluaisin hoitohenkilökunnan tietävän enemmän kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkityksestä muistisairaiden kanssa. Olen hoitajan työssäni nähnyt ja kokenut, mikä merkitys hoitajan käytöksellä on muistisairaahan hoidon onnistumiselle. Toivoisin, että hoitajia koulutettaisiin enemmän kohtaamaan muistisairas jolloin tehtäväkeskeinen suorittaminen ei olisi ainoastaan hoidon päätarkoitus. Uskoisin että monilta eri lääkityksiltä vältyttäisiin, jos muistisairaalle annettaisiin aikaa ja hänet kohdattaisiin omana ainutlaatuisena ihmisenä.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R., Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY
- Airila, A. 2000. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Oraita 3/2000 groddar sprouts. Ikäinstituutti.
- Alzheimer info tukea sairastuneen elämään www sivut. Viitattu 30.1.2016
<http://www.alzheimerinfo.fi/alzheimerin-tauti/alzheimer-etence-neljaessae-vaiheessa>
- Barba, B., Hu, J. & Efirid, J. 2012. Quality geriatric care as perceived by nurses in long-term and acute care settings. Journal of Clinical Nursing 21(5-6), 833-840.
- Bryon E, Gasmans C, de Casterle B. 2010. Involvement of hospital nurses in care decisions related to administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia. International Journal of Nursing Studies 47 (9), 1105–1116.
- Burakoff, K. 2013. Kohdaten opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa. Kirjapaino Keili oy.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T., Välimäki, P. 2010. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 9.uudistettu painos. Helsinki: Wsoy
- Muistisairaahan lääkitys ja sen seuranta. Muistisairaahan hoidon erityiskysymyksiä. Viitattu 10.8.2016
http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/muistisairaahanlaakehoito_jantti_060514.pdf
- Duodecimin www sivut 2015. Viitattu 30.1.2016. Alzheimerin tauti
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009 Mielen Muutos pitkäaikaishoidossa. Käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen Mielenmuutos- tutkimus- ja kehittämishanke 2007- 2010. Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 8.6.2016.
http://www.vtkl.fi/document/1/1519/d505fb7/Mielenmuutos_Raportti_3_Indd.pdf.
- Eloranta, T., Virkki, S. 2015. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia print.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J., Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim
- Gothi, R. 2013. Mitä kosketus opettaa? Artikkel. Viitattu 10.8.2016
https://mycourses.aalto.fi/pluginfile.php/215060/mod_resource/content/1/Goth%C3%B3ni_kirjasta_Osaamiseksi_kokemus_jokainen.pdf
- Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013/3. Gerontologia 27. vuosikerta

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Kustannus oy Duodecim

Hellsten T. 2015. Hoitokodin johtaja, villa Galand. Kalanti. Puhelinhaastattelu 27.5. 2015. Haastattelijana Susanna Taskinen. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Hunter, S & Levett-Jones, T. 2010. The practice of nurses working with older people in longterm care: an Australian perspective. Journal of Clinical Nursing 19 (3-4), 527-536.

Huotari, J., Salmikangas, E. 2012. Projektihallinnan perusteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.8.2016
http://homes.jamk.fi/~huojo/opetus/IIZT4010/IIZT4010_2.pdf

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim 121:1769-73.

Ikäinstituutin www-sivut. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käyttäsoireisiin. Viitattu 8.6.2016. <http://www.ikainstituutti.fi>

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki. WSOYpro

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten hoidossa ja palveluissa? Suomen Senioriliike ry. Tallinna Raamatutrukikoda, Eesti.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Poskiparta, M. & Johansson, K. & Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY

Käypä hoito www-sivut. Käypä hoito suositus, aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus 2010. Viitattu 11.07.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01593>

Käypä hoito www-sivut. Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010. Viitattu 11.6.2016.
<http://www.kaypahoito.fi>

Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Viitattu 24.5.2016
https://www2.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/.tilaisuuksien_materiaali.html/40577.pdf

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T., Välimäki, P. 2010. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 9.uudistettu painos. Helsinki: Wsoy

Launonen, M. 2014. Sairaanhoidajien kuvauksia vanhusten hyvästä hoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutusohjelma Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. vanhuksen parhaaksi. hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima

Mattila, K-P. 2007 Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: PS-kustannus

Millton-Wildey, K. & O'Brien, L. 2010. Care of acutely ill older patients in hospital: clinical decision-making. *Journal of Clinical Nursing* 19 (9-10), 1252–1260

Muistiliiton www-sivut. Muistisairaudet 2015. Viitattu 3.4.2016.
<http://www.muistiliitto.fi>

Muistisairaankin lääkitys ja sen seuranta. Muistisairaankin hoidon erityiskysymyksiä. Viitattu 10.8.2016
http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/muistisaira_anlaakehoito_jantti_060514.pdf

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011 Vuorovaikutustaidot. Helsinki: Tammi

Määttä, J., Valtanen, H. 2014. Hoitohenkilökunta muistisairaankin ikääntyneen suunhoitajana. AMK- Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu
Viitattu 11.07.2016.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81656/Maatta_Johanna.pdf?sequence=1

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita

Näslindh-Ylispaangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita

Opas vuorovaikutukseen muistisairaankin ihmisen kanssa. Viitattu 25.7.2016
<http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaissut/Kohdaten%20NETTI.pdf>.

Semi, T. 2015. Mieleen tatuointi minuuks, GeroArt muistityön käsikirja 1: Finnprinters

Suhonen R, Alikleemola P, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2011. Nurses assessments of individualized care in long-term care institutions. *Journal of Clinical Nursing* 21(7-8), 1178–1188.

Suomen muistiasiantuntijoiden www sivut 2013. Viitattu 14.6.2016. <http://gery-fi-bin.directo.fi/@Bin/09aef6d2a30377531ce2ab972b121d15/1465887105/application/pdf/187899/loppuraportti.indd.pdf>

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma Hoitotiede. Preventiivinen hoitotiede. Terveystieteiden tiedekunta: Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Terveyskirjaston www-sivut. Viitattu 11.6.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi>
Tienari, P., Myllykangas, L., Polvikoski, T., Tanila, H. 2015. Muistisairaudet. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim

Timonen, H. 2009. Omin sanoin. Joensuun Yliopiston kasvatustieteen julkaisuja N:ro 133. Väitöskirja.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi

Voutilainen, P. & Tiikkainen P., (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY

LIITTEET

Liite 1 Yhteistyösopimus

Liite 2 Opas muistisairaita hoitaville

Liite 3 Palautekysely

LIITE1



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

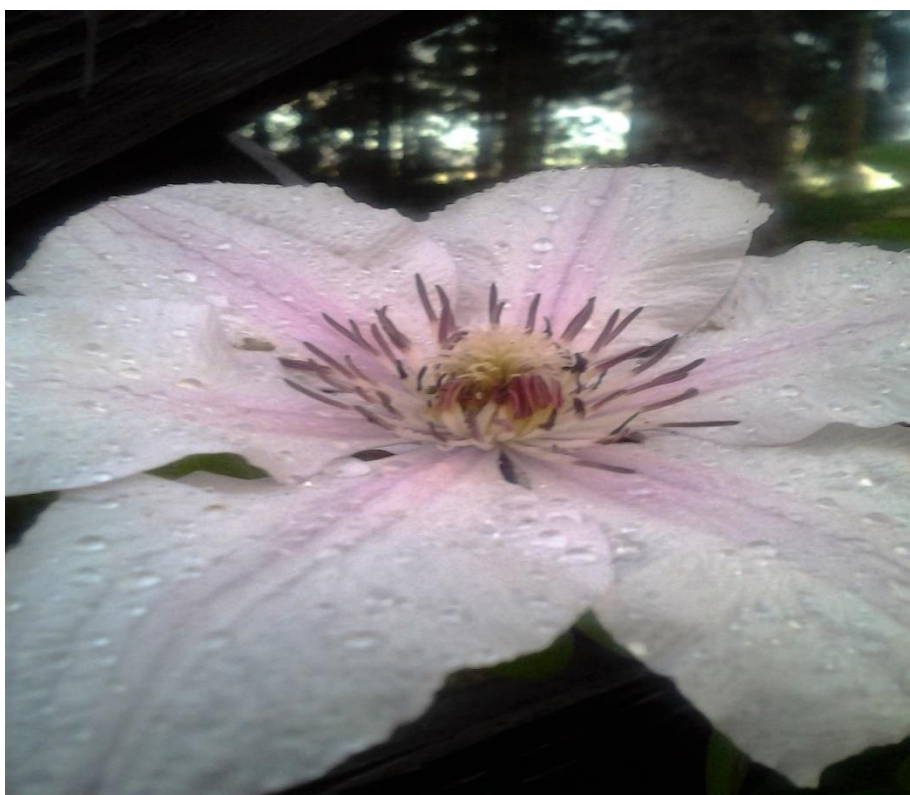
OP07A

1 / 2

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä	
Opinnäytetyön tekijä:	Susanna Taskinen
Opiskelijanumero:	1400132
Aloitusryhmä:	AHT 14 KR
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:	Ritva Pirilä ritva.pirilä@samk.fi +358447103599 Maamiehenkatu 10 28500 Pori
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus:	Villa Caland Oy Maisterintie 1 Kalanti 2408921-0 Tarja Hellsten tarja.hellsten@gmail.com 050-5901278
Opinnäytetyön nimi:	Muisti sairastaneen hyvä hoito Opas muisti sairaita hoitaville
Työn etenemisaikataulu:	2015-2016
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukieneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys:	29.5.2016
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys:	Tarja Hellsten hoitokodin johtaja TARJA HELLSTÉN
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvitys:	Ritva Pirilä
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:	Susanna Taskinen

LIITE 2

OPAS MUISTISAIRAITA HOITAVILLE



”Sairaan tai vammaisen ongelma on se, että toisten ihmisten silmissä hänen persoonallisuutensa katoaa hänen sairautensa sisälle. ”

SISÄLLYSLUETTELO

1. Yleistä muistisairauksista	43
2. Yksilöllinen hoito ja kuntoutus	43
3. Muistisairaahan kohtaaminen	44
Läsnäolo	44
Kommunikointi	44
Kosketus	44
Tunteiden huomioiminen	45
4. Hoitoympäristö	46
5. Päivittäiset toiminnot	46
Hygienia	46
Pukeutuminen	48
Ravitseminen	48
6. Nukkuminen	49
7. Viriketoiminta	49
8. Muistisairauksien lääkehoito	50
9. Lähteet	52



1. YLEISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA



Muistisairaahan hoito- ja kuntoutus vaativat erikoisosaamista, jossa lääketieteelliseen osaamiseen yhdistyy vahva tieto muistisairauksista, niiden ominaispiirteistä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Muistisairaahan hyvän hoidon lähtökohta on ihmisyyden, elämänarvojen, elämäntavan ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita kognitiivisia taitoja kuten tiedonkäsittelytaitoa, kielellisiä toimintoja, hahmottamista ja toiminnanohjausta. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Aivoverenkiertosairaudet, Lewynkappaletauti, Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus sekä otsalohkorapheetumat. Kaikkiin muistisairauksiin liittyy jonkinasteisia käyttäytymisen muutoksia. Niitä ovat muun muassa ahdistuneisuus, apatia, aggressiivisuus, harha-aistimukset, motorinen levottomuus ja epäsiällinen pukeutuminen ja riisuuntuminen. (Hallikainen 2014, 45.)

2. YKSILÖLLINEN HOITO JA KUNTOUTUS



Yksilöllinen hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelma laaditaan muistisairaahan hoitopaikassa moniammatillisen tiimin sekä muistisairaahan ja hänen omaistensa kanssa yhdessä. Suunnitelman pohjana on toimintakyvyn arviointi, jossa otetaan huomioon fyysinen-, psyykinen- ja sosiaalinen toimintakyky. Muistisairaahan hyvä hoito alkaa hänen kognitiivisen tasonsa selvittämisellä.

- **muistisairaallakin on hyvä olla ”ikioma hoitaja”, vastuuhenkilö, joka huolehtii yksilöllisestä hoidon/kuntoutuksen suunnittelusta**
- **arvioi muistisairaahan toimintakyky** (käytä apuna erilaisia testejä tms. ks. Toimia.fi, havainnoin ja haastattele, hyödynnä myös omaisia tiedonkeruussa)
- **löydä muistisairaahan ihmisen voimavara/t ja hyödynnä niitä hoidossa**
- **laadi arvioinnin perusteella hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelma yhdessä muistisairaahan ja muun työryhmän kanssa**
- **asetta saavutettavissa olevat konkreettiset tavoitteet**
- **huolehdi, että pitkäaikaishoidossa tavoitteet tarkistetaan vähintään kolmen kuukauden välein ja aina kun tilanne toimintakyvyssä muuttuu**
- **ole kiinnostunut muistisairaahan elämänhistoriasta**

Elämäntarinan tunteminen auttaa hoitajaa tunnistamaan ikääntyneen toimintaan liittyviä voimavaroja ja haasteita sekä tapoja ja mieltymyksiä.

- **käytä elämänhistorian kartoittamisessa apuna valokuvia, kirjallisuutta, elämäntarinalomakkeita ja esineitä sekä haastattele omaisia tai ystäviä**

3. MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

Läsnäolo

- **Ole läsnä, anna aikaa, ole kiireetön** (vaikka sinulla olisikin kiire, älä näytä sitä muistisairaille)



Hyvä vuorovaikutus muistisairaan ihmisen kanssa edellyttää hoitajalta kykyä ja halua aitoon, kiireettömään läsnäoloon. Hoitajan täytyy ymmärtää, että muistisairaan ihmisen maailma muodostuu hänen elämäntarinastaan ja kokemusmaailmastaan. Tilanneherkkyyden tunnistaminen ja sanattomien viestien ymmärtäminen kuuluvat aitoon läsnäoloon.

Kommunikointi

- **ota kädestä/olkapäästä kiinni, istu käsi kädessä**
- **katso silmiin**
- **nyökkää hyväksyvästi**
- **puhuttelee muistisairasta hänen omalla nimellään**
- **kohdistaa puhe juuri hänelle, älä puhu sivusta eikä takaa**
- **puhu vain yhdestä asiasta samassa lauseessa**
- **käytä myönteistä äänensävyä ja hymyä**
- **esitetä kysymykset niin, että niihin voi vastata ”kyllä”, ”ei” tai ”en tiedä”**
- **kerro myönteisesti ja konkreettisesti, mitä odotat muistisairaan tekevän**
- **kieltolauseita ei tule käyttää puhuteltaessa (esim. etähän laita...)**
- **käytä tuttuja arkipäiväisiä sanoja ja asioista voi käyttää niiden nimiä kuten: lusikka, kesä, takki**
- **vältä epäsuoria viittauksia asioihin, ihmisiin tai tapahtumiin (tuo, hän, silloin)**

Kosketus

- **viestitä koskettamisen avulla myönteisiä ja hyviä asioita**
- **tapa, jolla kosketetaan voi olla lempeää, empaattista ja auttavaa tai kovakouraista ja vihan**

Koskettaminen on hyvä kommunikoinnin väylä ja hoitomenetelmä. Pitkälle edenneen muistisairaan kanssa kommunikoidaan sanattoman viestinnän kuten kosketuksen avulla.

täyttämää tai alistavaa taputtamista. Koskettamisella voidaan viestittää ristiriitaisia asioita, esimerkiksi lempeä puhe ja kovakourainen koskettaminen ovat ristiriidassa keskenään.

- koskettamisella voi ottaa kontaktia, ohjata liikkumisessa, välittää tunteita, lohduttaa ja luoda turvallisuuden tunnetta.
- huomio, että kehossa on alueita, joihin voi koskea, alueita johon tarvitaan lupa ja syy ja suojeltava alue. (ns. erogeeniset alueet)

Tunteiden huomioiminen



Muistisairaat ovat herkkiä tunnistamaan tunteita ja tunnelmia ympärillä olevien ihmisten kehonkielestä ja heidän käyttäytymisestään. Kohtaaminen ei tapahdu järjen, vaan tunteiden tasolla.

- Tunteet ovat osa ihmisyyttä. Muistisairas voi kokea ympäröivän maailman turvattomana ja epäluotettava, koska hänen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä ovat heikentyneet.
- Se minkä muut näkevät käytösoireena voi olla muistisairaahan ihmisen yritys saada tarpeensa ja toiveensa kuuluviin tai reaktio siihen, että muut eivät ymmärrä tai huomioi hänen tarpeitaan.
- Esimerkiksi aggressiivisuus hoitotilanteissa voi olla muistisairaahan ihmisen puolustautumista pelottavassa tilanteessa.
- Anna muistisairaahan tuntea tunteita turvallisissa olosuhteissa: surua, kiukkua, pettymystä, iloa...



4. HOITOYMPÄRISTÖ

- huolehdi että ilmapiiri on avoin, salliva ja lämmin
- luo kodikas asuinympäristö, omassa huoneessa omia tuttuja tavaroita ja valokuvia
- hoitoyksikön on hyvä olla melko pieni
- anna vihjeitä aikaan ja paikkaan orientoitumiseen: kelloja, oman huoneen oveen nimi, eri tilojen nimeäminen, muistisairaana omakuva nuoruudesta, kalenterit, päivämäärä ja päivän tapahtumat esillä, hoitajien nimet kuvien kera
- huolehdi että valaistus on riittävä
- selkeät värit ja värierot helpottavat havaitsemista (esim. yksivärinen pöytäliina – valkoinen lautanen, wc-pytyn rengas värillinen)
- vältä kuviollisia tapetteja ja lattioita
- Minimoi taustahäly: hiljennä radio ja televisio, sulje ovi ja ikkuna.
- Huolehdi turvallisuudesta (tilat, joihin ei tarvitse päästä laitetaan lukkoon, asianmukaiset huonekalut, matot, esteettömyys)
- anna muistisairaalle mahdollisuus yhteisöllisyyteen sekä yksilöllisyyteen

5. PÄIVITTÄISET TOIMINNAT



Jokaisen peseytymistottumukset ovat yksilöllisiä. Aikaisempien peseytymistottumusten tunteminen auttaa muistisairaana peseytymistilanteissa.

Hygienia

- Suihkussa käyminen voi olla muistisairaalle vierasta ja outoa jos hän on tottunut peseytymään pesuvadin ja pesualtaan ääressä.
- Huolehdi, että turvallisuus, apuvälineet ja huoneen lämpötila on hyvä (sopivan lämmin, ilmanvaihto toimiva), myös pesuhuoneen sisustuksen on hyvä olla miellyttävä (esim. kuvia luonnosta)
- Käytä pesutilanteissa intuitiota, tilanneherkkyyttä, luovuutta sekä rohkeutta luopua totutuista käytännöistä ja toimintamalleista.
- Joillekin pesutilanteet voivat olla erityisin vaikeita niin asiasta ei kannata tehdä numeroa, vaan päinvastoin.
- Käytä vain vähän sanoja, ja joskus käy niinkin, että ”suihku” sanaa kannattaa välttää kokonaan tai jos mahdollista siirtää seuraavaan päivään.

- Asukasta kannattaa lähestyä sellaisilla keinoilla joista hän tykkää, esimerkiksi tarjota kahvia, laittaa musiikkia taustalle, laulaa tai hieroa.

Wc- käynti

- Riittävän usein toteutetut wc- käynnit voivat helpottaa, jopa aggressiivisuutta.
- Selkeät värit tai muu ero wc-pytyn kannen ja istuimen välillä helpottaa hahmottamisvaikeuksissa, esimerkiksi wc paperin laittaminen istuinrenkaan päälle erottaa istuimen muusta kalusteesta.
- Käytä selkeitä ja lyhyitä ohjeita, ne helpottavat muistisairasta toimimaan ja välttää ei- alkuisia lauseita.
- Kerro lyhyesti ja selkeästi mitä ollaan tekemässä, koska muistisairas voi ahdistua wc- käynnistä kun ei tiedä mitä ollaan tekemässä ja miksi.

Hampaiden ja suun hoito

- Hampaiden tai tekohampaiden ja kielen peseminen kuuluu päivittäiseen hygieniaan.
- Hammasharjan esille ottaminen tai käteen laittaminen muistuttaa hampaiden pesusta vaikka muistisairaus olisi pitkälle edennyt.
- Tekohampaiden peseminen, paikolleen asettaminen, niiden irrottaminen sekä säilyttäminen vaikeutuvat aiemmin kuin omien hampaiden hoito.
- Tekohampaiden hoitoon tarvitaan enemmän ohjausta ja apua kuin omien hampaiden hoitoon.
- Huuhtelee hammasproteesit jokaisen ateriakerran jälkeen.
- Pese proteesit pehmeällä hammasharjalla ja käytä puhdistukseen astianpesuainetta, mietoa vaahtoamatonta hammastahnaa tai nestemäistä saippuaa.
- Harjaa myös kieli kevyesti hampaiden pesun yhteydessä.
- Proteesit tulisi säilyttää kuivassa paikassa.
- Suun kuivuminen on iäkkäiden yleinen vaiva. Käytä suun kostuttamiseen kostutusgeeliä, huuhtelee vedellä, käytä sitruunatikkuja ja erilaisia purskutteluun tarvittavia suuvesiä huomioiden nielemisen ja purskuttelukyvyn

Pukeutuminen ja riisuutuminen



Vaatteet ovat osa identiteettiämme. Muistisairaana miinakäsitystä tuetaan antamalla hänen valita vaatteensa itse tai yhdessä hoitajan kanssa tällöin muistisairas tulee osalliseksi päätöksentekoon.

- Muistisairaana pukeutumiseen ja riisuutumiseen liittyvien tapojen tietäminen ja ymmärtäminen sekä asianmukainen ohjaaminen auttavat pukeutumiseen liittyvissä haasteellisissa tilanteissa ja tukevat samalla elämä laatua.
- Omatoimista pukeutumista voidaan tukea hankkimalla helposti puettavia vaatteita ja asettamalla vaatteet valmiiksi pukeutumisjärjestyksessä.
- Riisuutuminen voi olla pelottava ja uhkaavalta tuntuva tilanne. Riisuutumiseen voi liittyä myös uhkakuvia epämiellyttävistä tilanteista.
- Helpota pukeutumista ja riisuutumista huolehtimalla että huone on lämmin, vaatteet ovat helposti puettavat.
- Laula/hyräile tai laula yhdessä muistisairaana kanssa samalla kun puetaan/riisutaan
- Pyri pitämään pukeutumis- ja riisuutusjärjestely aina samanlaisena.

Ravitseminen



Riittävä energiamäärä pitäisi olla päivässä 1500 kcal. Proteiinin saantiin pitäisi kiinnittää huomiota, koska proteiinin hyväksikäyttö elimistössä vähenee iän myötä.

- Ravitsemusongelmiin pitää puuttua suunnitelmallisesti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.
- Punnitseminen riittävän usein on yksinkertainen tapa seurata riittävää ravinnon saantia.
- Ravitsemustilan arviointiin on kehitetty MNA- testi, jonka avulla voidaan kartoittaa virheravitsemuksen riskiä mutta MNA- testin avulla ei voi tehdä päätelmiä ruokavaliosta tai ravinnon saannista.
- Ruokahaluttomuuden syy tulee aina selvittää: Ruokahaluttomuutta voi aiheuttaa sairaudet, lääkitys, psyykkiset tekijät, suuhun ja hampaisiin liittyvät ongelmat tai jokin muu syy.

- **Muistisairasta ei saa pakottaa syömään.**
- **Ruokailutilanteissa kiinnittä huomioita esimerkiksi ruokaseuraan** (muistisairaille voi olla oma tapansa syödä), **kattaukseen** (vain tarvittava määrä ruokailuvälineitä kerrallaan tai yksi ruokailuväline ainoastaan), **valaistukseen** (heikkonäköisempikin erottaa hyvässä valaistuksessa eri ruoka-aineet mitä lautasella on), **ruoan rakenteeseen** (liian karkea ruoka voi aiheuttaa syömättömyyttä), **ympäristöön** (selkeä, rauhallinen ja viihtyisä ympäristö) **ja ruokailuvälineisiin.** (Lusikalla syöminen voi olla helpompaa kuin haarukalla ja veitsellä.)

6. NUKKUMINEN



Huolehdi riittävästä unesta. Uniongelmia voi aiheuttaa elämäntavat, ilmapiiri, turvaton olo, nälkä, ympäristötekijät, fyysisten sairauksien oireet, lääkehaitat ja matala verenpaine. (120/70) Verenpaine mitataan istuma-asennossa. Uniongelmat pitää aina selvittää.

* Muistisairaille univaikeudet ovat yleisiä.

* Muistisairaudet aiheuttavat usein uneen vaipumisajan pidentymistä, yönaikaista heräilyä, touhuilua öisin ja päiväsaikaan nukkumisen lisääntymistä.

* Vuorokaudessa nukutun unen pituutta arvioidaan laskemalla yhteen päivällä ja yöllä nukutun tuntien määrä.

* Hyvät elämäntavat, mieluisa, rauhallinen ja turvallinen ympäristö ja riittävä päivätoiminta ja tarvittava lääkehoito auttavat univaikeuksissa.

7. VIRIKETOIMINTA



Kokonaisvaltaisen hyvän olon tunteen voidaan ajatella myös ehkäisevän käytösoireiden esiintymistä. Virike-toiminta on eräs kuntoutusmuoto, jonka tehtävänä on vastata psyykkisiin tarpeisiin ja tuoda muistisairaalle elämään hyvää oloa.

- Ole hoitajana rohkea ja luova, sekä ajan ja otollisen tilanteen löytämisessä hoitotyön lomasta että erilaisten toimintojen käyttämisessä.

- **Tärkeää on valita toiminnot yksilöllisyys, toimintakyky ja muistisairaana elämänhistoria huomioiden .**
- **Älä pakota, mutta houkuttele ja motivoi.**
- **Mainitse viriketoimintaan osallistuminen myös muistisairaana hoito/kuntoutussuunnitelmassa** (tavoitteellista toimintaa)
- **Viriketoiminnan toteutusmuotoja on paljon:**
- **keskustelupohjainen toiminta** (esim. muistelu, keskustelutuokioidet, lehtikatsaukset)
- **hengellinen toiminta** (hartaushetket, laulut, lukeminen),
- **harrastustoiminta/luova toiminta** (laulaminen, soittaminen, musiikin kuuntelu, lukeminen, kuvallinen ilmaisu)
- **aivojumppa** (pelit, ristisanatehtävät, leikit, kuvien katselu, tuoksut)
- **viriketoiminta** (juhlat, retket, teatteri, konsertit, elokuvat, TV)
- **käden taidot** (askartelu, käsityöt)
- **kotityöt** (pöydän kattaminen ja korjaaminen, tiskaaminen, lakaiseminen)
- **liikunta** (jumppatuokioidet, punttisali liikunta, ulkoilu, pelit, tanssi)

Viriketoiminnalla ehkäistään toimettomuutta ja sen mukanaan tuomaa apaattisuutta, passivoitumista ja turhautuneisuutta sekä ennen aikaista voimavarojen alaspäinmenoa.

7. LÄÄKEHOITO



Muistisairaalla on keskimäärin neljä toimintakykyyn vaikuttavaa pitkäaikaisrauta. Sairauksien hoitoon heillä on useita eri lääkerühmien lääkkeitä. Monilääkitys altistaa helposti haitta- ja yhteisvaikutuksille. Muistisairaille erityisen ongelmallisia haittavaikutuksia ovat väsymys, muistin heikkeneminen, sekavuus, ekstrapyramidaalioireet sekä käytöshäiriöt.

- **Muistisairaalle lääkehoito on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa, mutta lääkkeetön hoito on usein ensisijaista**
- **Lääkehoidon tavoitteena on muistisairaana toimintakyvyn ja omatoimisuuden ylläpitäminen sekä käytösoireiden poistaminen.**
- **Muistisairas voi olla sairaudentunnoton ja ei koe tarvitsevansa lääkkeitä. Hienotunteinen ohjaus sekä rauhalliset motivoivat keskustelut ja luottamuksellinen hoitosuhde auttavat lääkehoidon toteutumisessa.**

- **Muistisairaahan lääkehoitoa ja pitää arvioida vähintään vuosittain sekä muuttuvissa tilanteissa.**
- **Lääkärin lisäksi muistisairaahan lääkehoidon arvioinnissa ja seurannassa keskeisiä henkilöitä ovat hoitajat ja muistisairaahan läheiset.**
- **Lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset, (vatsavaivat, kuten pahoinvointi, närästys ja ripuli) lievittyvät usein ajan myötä, ja niiden ilmaantumista vähentää annoksen hidas nosto.**
- **Lääkkeiden aiheuttamia sivuvaikutuksia voi vähentää ottamalla lääkitys aina aterian jälkeen.**
- **Lääkkeiden ottamista ei saa yhdistää ruokailuun eikä lääkkeitä saa sekoittaa ruoan joukkoon**
- **Pahalta maistuvat lääkkeet voi sekoittaa esim. hyvältä maistuvaan paksuun hilloon tai vanukkaaseen**
- **Dementialääkkeet virkistävät, mutta joskus ne myös kiihdyttävät liikaa ja lisäävät levottomuutta, jolloin lääkityksen vähentämistä on harkittava ja lääke on hyvä antaa aamulla**
- **Antikolinergit ja sedatiiviset aineet kuten bentsodiatsepiinit aiheuttavat muistihäiriöitä.**

LÄHTEET

Aejmelaeus ym. 2007, 118 -119.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. 2. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Kustannus oy Duodecim

Hartikainen, S., Lönnroos, E. (toim.) 2008 Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Edita: Helsinki

<http://www.ikainstituutti.fi>. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käyttäsoireisiin. Airila, A. isbn 978-952-5968-04-0 (pdf) oraita 3/2000 groddar sprouts

Kivelä S-L.& Vaapio ,S. 2011. Vanhana tänään. Suomen senioriliike ry. Tallinna Raamatutrukikoda, Eesti.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro O

Muistiasiantuntijoiden www-sivut 2011. Viitattu 1.8.2016

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=130&issue=2011-03&lang=fi>

Määttä, J., Valtanen, H. 2014. Hoitohenkilökunta muistisairaahan ikääntyneen suunhoitajana. AMK- Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu
Viitattu 11.07.2016.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81656/Maatta_Johanna.pdf?sequence=1

Muistiliiton www- sivut. Vaikeat tilanteet: Viitattu 1.8.2016

<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaanhmisen-kohtaaminen/vaikeat-tilanteet/>

Mönkäre, R., Hurnasti, T., Topo, P. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Kustannus oy Duodecim

Senior - Ilmaisia kuvat Pixabayssa. <https://pixabay.com/fi/photos/senior>



LIITE 3

PALAUTEKYSELY

1. Minkälainen opas on mielestäsi sisällöltään?
2. Minkälainen on oppaan luettavuus?
3. Onko opas tehty selkokielellä?
4. Tuliko mieleen joitain kehittämissuhteita, jos tuli niin minkälaisia?
5. Vastaako opas mielestäsi muistisairaahan hyvään hoitoon?
6. Onko oppaasta ollut hyötyä, jos on niin missä osa-alueissa?
7. Uskotko hyödyntäväsi opasta jatkossa?