

OPAS MUISTISAIRAAN OMAISELLE

Merja Toivonoja
Opinnäytetyö, syksy 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Toivonoja, Merja. Opas Gaius-Säätiön Heseva-kodin muistisairaalle omaiselle. syksy 2016. 28 sivua, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Gaius-Säätiön Heseva-kodille muistisairaalle helppolukuinen ja selkeä opas. Kaksiosainen opas laadittiin tuoteistamisprosessia noudattaen ja tehtiin yhteistyössä Heseva-kodin henkilöstön kanssa. Oppaassa kuvataan Heseva-kodin toimintaa, eri muistisairauksia sekä niiden aiheuttamia käytöshäiriöitä, lääkkeellistä sekä lääkkeetöntä hoitoa.

Oppaan tavoitteena oli helpottaa omaisen ja muistisairaalle siirtymävaihetta, muistisairaalle tullessa Heseva-kodin asukkaaksi. Tavoitteena oli myös välttää muistisairaalle hoidon jatkuvuuden katkeamista, lisäämällä omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä kommunikointia ja yhteistyötä.

Jatkossa Heseva-kodissa tullaan tekemään kysely omaisille oppaiden toimivuudesta ja opasta tullaan päivittämään suunnitelmassa olevilla hoitotyön kehittämissuunnitelmissa olevilla projekteilla.

Asiasanat: muistisairaudet, muistisairaalle käytösoireet, muistisairauksien lääkehoito, muistisairauksien lääkkeetön hoito, omaisen, ympärivuorokautinen tuettu hoito

ABSTRACT

Toivonoja, Merja. A guide book for the Gaius-foundation and memory disorder patient's' relative. 25p., 2 appendices. Language: Finnish. Autumn 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of the thesis was to create a clear and readable guide book for the memory disorder patients in Heseva-home and their relatives. The guide book consists of two parts and was drawn up in accordance with a productization process, and was made in cooperation with the staff of Heseva-home. The guide book describes Heseva-home's operational principles, different memory disorders and the manners the memory disorders are creating.

The aim for the guide book was to help the memory disorder patients and their relatives in a transitional phase, when the memory disorder patient moves to Heseva-home. The aim was also to ensure the continuity of the memory disorder patients' care, by increasing the communication and cooperation between the Heseva-home staff and relatives.

In future, there will be a questionnaire for the memory disorder patients' relatives to be filled out about the functionality of the guide book of Heseva-home. The guide book will also be updated with the future development projects at Heseva-home.

Keywords: memory disorders, behavior symptoms, medical care, non-medical care, relative, institutional care

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 MUISTISAIRAUDET | 6 |
| 2.1 Alzheimerin tauti | 7 |
| 2.2 Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus | 9 |
| 2.3 Lewyn kappale -tauti | 10 |
| 2.4 Dementia | 10 |
| 2.5 Parkinson dementia | 11 |
| 2.6 Otsa-ohimolohkorappeuma | 12 |
| 2.7 Alkoholidementia | 12 |
| 3 MUISTISAIRAUKSIEN KÄYTÖSOIREET | 13 |
| 4 MUISTISAIRAAN HOITO JA KUNTOUTUS | 14 |
| 5 VANHUSTEN LÄÄKEHOITO | 15 |
| 5.1 Muistisairauksien lääkehoito | 16 |
| 6 MUISTISAIRAAN HOITOTOIMIEN KEINOT | 18 |
| 7 OMAISEN ROOLI MUISTISAIRAAN HOIDOSSA | 20 |
| 8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS | 22 |
| 9 OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI | 23 |
| 9.1 Oppaan ideointi ja suunnittelu | 23 |
| 9.2 Oppaan toteutus | 24 |
| 10 POHDINTA | 26 |
| 10.1 Luotettavuus | 27 |
| 10.2 Eettisyys | 27 |
| LÄHTEET | 29 |
| LIITE 1: Opas muistisairaalle | 1 |
| LIITE 2: Opas muistisairauksista | 1 |

1 JOHDANTO

Suomessa väestö ikääntyy ja siten myös muistisairaudet ovat merkittävä ja kasvava kansanterveydellinen ilmiö. Omaisilla on entistä suurempi merkitys muistipotilaiden ja ikääntyneiden hoidossa, joten heidän tukemisensa on tärkeää. Muistisairaana siirtyminen ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon on suuri muutos sekä sairastuneelle että häntä hoitaneelle omaiselle. Omaisat voivat kokea sen helpotuksena, mutta hoitovastuun siirtyminen omaiselta hoivakotiin herättää usein omaisissa paljon kysymyksiä. Luopuminen ja suru ovat normaaleja tunteita tässä muutoksessa. Kun muistisairas on kodin ulkopuolisessa hoidossa, omaiset eivät aina näe omaa rooliaan.

Opinnäytetyön tavoitteena oli että omaiset saavat lisää tietoa muistisairauksista ja jaksaisivat olla omaisina muistisairaalle ilman suurta ahdistuksen tunnetta. Omaisella on usein paljon tietoa muistisairaasta taustasta, tavoista ja tottumuksista. On tärkeää jakaa tietoa ja auttaa siten hoitohenkilökuntaa ja muistisairaana sopeutumista ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon.

Opinnäytetyön toimeksiannon sain Gaius-säätiön Heseva-kodilta, joka on Helsingin Käpylässä sijaitseva vanhusten palveluasumiseen tarkoitettu toimiyksikkö, jossa on 7 ryhmäkotia muistisairaille ikäihmisille. Oppaita on kaksi, ja niiden tarkoituksena on antaa omaisille ja muistisairaille tietoa Gaius-säätiön Heseva-kodin toiminnasta sekä antaa tutkittua tietoa eri muistisairauksista, niihin liittyvistä käytöshäiriöistä sekä lääkehoidosta. Oppaiden tarkoituksena on myös lisätä omaisten ja henkilökunnan välistä yhteistyötä, joka on muistisairaana hoidon onnistumisen kannalta tärkeää. Gaius-säätiön Heseva-kodin käytössä ei ole aikaisemmin ollut tällaisia oppaita. Työntekijät ovat kokeneet että tällaiselle olisi selkeästi tarvetta.

Aihe oli kiinnostava, koska olen työskennellyt paljon vanhusten ja muistisairaiden parissa ja itselläni on lähipiirissä muistisairaita, jotka ovat siirtyneet ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudet ovat kansantauti. Väestötutkimuksen mukaan vuonna 2013 keskivaikkea tai vaikeaa muistisairautta sairasti Suomessa noin 93000 henkilöä. Lisäksi lievää muistisairautta arvioidaan olevan 100 000:lla sekä tiedonkäsittelyn lievää heikentymistä 200 000 ihmisellä Suomessa. Etenevää muistisairautta sairastaa myös noin 7000 30–65-vuotiasta työkäistä. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 5.)

Väestön ikärakenteen muutos vaikuttaa muistisairaiden lukumäärään ja heidän osuutensa väestöstä kasvaa voimakkaasti. Kaikkein vanhimpien ikäluokkien, yli 85-vuotiaiden, suhteellinen osuus kasvaa voimakkaimmin, ja siten myös muistisairaita on tulevaisuudessa enemmän myös yli 65-vuotiaiden ryhmässä. Vuonna 2060 arvioidaan Suomessa olevan 240 000 keskivaikkea tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa. (Erkinjuntti ym. 2015, 35.)

MMSE (Mini-mental state examination) on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu numeraalisen tuloksen antava testi, jonka suorittaminen vie noin 10–15 minuuttia aikaa. Se ei sovellu varhaisen tai lievän muistisairauden seulontaan, mutta sopii edenneen muistisairauden seulontaan sekä seurantaan. Testin perusteella seurataan kielellisiä kykyjä, orientaatiota, mieleen painaumista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta sekä laskutaitoa ja hahmotuskykyä. Testin kokonaispistemäärä on 30 jota tehdyt virheet vähentävät. Jos testin tulos on 25–30 pistettä, mutta tutkittavalla on selviä muistioireita tehdään jatko-tutkimus esimerkiksi CERAD –kognitiivinen tehtäväsarja. MMSE-testi ei riitä diagnoosin tekemiseen eikä työkyvyn arviointiin vaan tarvitaan perusteellisempi kognitiivinen tehtäväsarja ja / tai neuropsykologin tutkimus. (Erkinjuntti ym. 2015, 630.)

Geriatrinen depressioasteikko eli GDS soveltuu seulontamittariksi vanhuksille. Alkuperäisestä 30 kysymyksen käsittävästä asteikosta on myös myöhemmin kehitetty 15 ja 4 kysymyksestä koostuvat suppeammat arviointiasteikot. Masen-

nusoireiden arviointiin menee noin 15 minuuttia ja se arvioidaan viimeksi kulu-
neen viikon ajalta. Summapistemäärä 0–10 on normaali, 11–20 viittaa lievän
depression ja 21–30 keskivaikeaan tai vaikeaan depression. (Erkinjuntti ym.
2015, 627.)

CDR-asteikko on tarkoitettu hoidon tehon seurantaan etenevän muistisairauden
vaikeusasteen arvioinnissa. CDR testi perustuu omaisen ja potilaan haastatte-
luun sekä kliiniseen arviointiin. Toimintakykyä arvioidaan muistin, orientaation,
arvostelukyvyn, yhteisöllisten toimintojen, kodin ja harrastusten sekä itsestään
huolehtimisen osa-alueilla. Osa-alueet pisteytetään erikseen ja tietyn laskenta-
kaavan perusteella yleisarvio asteikko on 0–3. Pistemäärä 0 vastaa normaalia,
pistemäärä 0.5 ilmentää mahdollista muistisairautta tai lievästi poikkeavaa ja pis-
temäärä 1–3 kertoo eriasteisesta dementoitumisesta. (Erkinjuntti ym. 2015, 388.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, jota sairastaa noin 70 prosent-
tia kaikista muistisairauksia sairastavista. Diagnoosi perustuu tyypilliseen oireku-
vaan sekä tautia tukeviin kliinisiin, neuropsykologisiin, kuvantamis- ja laboratorio-
löydöksiin. Oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. Yleensä Alzheim-
erin tauti alkaa lievillä muistihäiriöillä, mieleen painamisen ja asioiden mieleen pa-
lauttamisen vaikeuksilla. Alkuvaiheessa muistisairas tiedostaa muutoksia muisti-
toiminnoissaan. Sosiaalisten keskustelujen taidot säilyvät tavanomaisesti pitkään
ja sairastunut saattaa vakuuttaa olevansa täysin kykenevä huolehtimaan
omasta itsestään ja asioistaan. Alzheimerin tautiin liittyy usein jo taudin alkuvai-
heessa laihtumista. Laihtumisen mekanismeja ei täysin tunneta, mutta syömisen
unohtaminen on yksi syy. (Erkinjuntti ym. 2015, 119, 125–126.)

Alzheimerin taudin riskitekijöitä tunnetaan kuitenkin useita. Ikääntymisen jälkeen
tunnetuin riskitekijä on ApoE-geenin e4-alleeli, joka on noin kolmasosalla suoma-
laisista. Muita mahdollisia riskitekijöitä ovat aivovammat, keski-ikä korkea kole-
steroliarvo, verenpaine tauti ja diabetes. (Erkinjuntti ym. 2015, 120.)

Alzheimerin taudin kliiniset oireet lievässä vaiheessa ovat MMSE (mini-mental state examination asteikko) 18–26, GDS (geriatrinen depressioasteikko) 3-4 ja CDR (clinical dementia rating) 0,5–1. Taudin edetessä lähimuisti heikentyy, eikä sairastunut pysty muistamaan hetkeä aikaisemmin tapahtuneita asioita. Myös uusien asioiden oppiminen heikentyy ja myöhemmin paikantaju häviää. Puhuesaan sairastunut ei löydä sanoja ja hän käyttää paljon kiertoilmaisuja. Monimutkaiset motoriset toiminnot, kuten ruoanlaitto ja pukeutuminen, vaikeutuvat. Taudin edetessä käytösoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. Sairaudentunto heikentyy tai häviää kokonaan. (Erkinjuntti ym. 2015, 125–127.)

Oikeustoimi- ja testamentintekokelpoisuus heikkenevät keskivaikeassa vaiheessa, jolloin MMSE on 10–22, GDS on 4–6 ja CDR on 1–2. Tässä vaiheessa muistisairas selviää vain lyhyitä aikoja yksin kotona. Käytösoireita ilmaantuu yhä enemmän ja ne voivat johtua peruspersoonallisuudesta, vaikeista tiedonkäsittelyyn liittyvistä oireista, emootioita ja käyttäytymistä säätelevien aivoalueiden vaurioista, liitännäissairauksista, ympäristötekijöistä tai lääkityksestä. Hahmotusvaikeudet aiheuttavat kasvojen tunnistamisen vaikeutta. Myös oman asunnon tunnistaminen kodiksi vaikeutuu. Nykyisyys ja menneisyys sekaantuvat ja saattavat aiheuttaa harhaluuloisuutta. Masennus, apatia ja psykomotorinen levottomuus lisääntyvät ja muistisairas tarvitsee päivittäistä apua ja valvontaa. Muistisairaalla ilmenee jäykkyyttä, etukumara asento, hitautta, kasvojen ilmeettömyyttä sekä apraktista kävelyhäiriötä, jolloin liikkeellelähtö ei aina onnistu ja kävely muuttuu lyhtyaskeliseksi ja leveäraiteiseksi lisäten kaatuilutaipumusta. Vaikeassa Alzheimerin vaiheessa MMSE on 0–12, GDS on 6–7 ja CDR on 2–3. Lopulta avun ja valvonnan tarve muodostuvat samanlaisiksi kuin 2–4 -vuotiaalla lapsella. Apua tarvitaan pukeutumisessa, peseytymisessä, wc-toiminnoissa ja lopulta syömisessä. Myös somaattisia neurologisia oireita havaitaan lähes kaikilla muistisairailla. (Erkinjuntti ym. 2015, 128–131.)

2.2 Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on toiseksi yleisin etenevä muistisairauden syy, jota sairastaa 15–20 prosenttia kaikista muistisairauksia sairastavista. Päätyyppejä ovat pienten aivoverisuonten tauti (subkortikaalinen tauti), suurten suonten tauti (kortikaalinen tauti) sekä aivoverenkiertosairaudesta ja samanaikaisesti muusta etenevästä aivosairaudesta, yleisimmin Alzheimerin taudista, johtuvat tiedonkäsittelyn heikentymät. Tämän sairauden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on olennaista, koska tiedonkäsittelyn lievä heikentyminen on osin palautuva tila, jonka vaikeutumista voitaneen hidastaa. Sairauden uusiutumista ja toimintakyvyn heikentymistä voidaan primaari- ja sekundaaripreventiolla torjua. (Erkinjuntti ym 2015, 137.)

Oireet voivat edetä portaittain. Taudinkuva voi olla tasaisesti etenevä tai pysyä pitkään muuttumattomana. Jo taudin alkuvaiheessa yöllinen sekavuus ja masennus ovat yleistä. Vaskulaariseen dementiaan sairastuneen sairaudentunto, muisti ja uuden oppiminen eivät heikkene niin selvästi kuin Alzheimerin taudissa. Käyttöoireita ilmenee kuitenkin enemmän kuin Alzheimerin taudissa. Kliinisissä tutkimuksissa todetaan usein neuropsykologisia häiriöitä, kuten afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa. Sairastuneilla ilmenee myös kankeutta, jäykkyyttä ja spastisuutta ja he voivat jo suhteellisen varhaisessa vaiheessa menettää kävelykykynsä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 90–91.)

Vaskulaarisen dementian riskitekijöitä ovat aivoverenkiertosairautta pahentavat sairaudet kuten verenpaineauti, ylipaino, suuri kolesterolipitoisuus, diabetes, tupakointi ja liikunnan vähäisyys. Verisuoniperäiselle aivosairaudesta altistavat riskitekijät ovat usein periytyviä. (Erkinjuntti ym. 2015, 139.)

Sairastuneiden mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet saattavat alkaa nopeasti ja vaihdella päivittäin tai kausittain ja riippuvat myös siitä, missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. Muisti on säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja sairastuneiden tilanne saattaa toimintakyvyn laskun jälkeen myös kohentua. (Muistiliitto 2016.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Etenevä muistisairaus on 50–80 vuoden iässä alkava, ja se on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, Lewyn kappaleiden, kertymisestä aivojen kuori-kerroksen alueelle. Sairaudelle tyypillistä ovat tarkkaavuuden, vireystilan ja tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden vaihtelut. Syytä taudin puhkeamiseen ei tiedetä, mutta taudin edetessä muutoksia tapahtuu ainakin dopamiinia ja asetyylikoliinia välittäjäaineinaan käyttävissä hermosoluissa. Tauti on etenevä ja sen kesto vaihtelee alle viidestä vuodesta yli kolmeenkymmeneen vuoteen. (Muistiliitto 2016.)

Taudin diagnoosi perustuu oireisiin sekä aivojen patologiseen tutkimukseen. Lewyn kappale -taudin oireita ovat kognition aleneminen, oireiden ja vireystason vaihtelut, näköharhat, kuuloharhat, harhaluuloisuus, lihasjäykkyys sekä kävelyvakaudet. Merkittäviä muistihäiriöitä ei taudin alkuvaiheessa välttämättä ole, mutta sairauden edetessä muisti heikkenee. Sairastuneet ovat erityisen herkkiä neuroleptilääkitykselle. (Muistiliitto 2016.)

2.4 Dementia

Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi erilaisia toiminnallisia vaikeuksia. Oikeiden sanojen muistaminen, ymmärtäminen tai löytäminen vaikeutuu ja kasvoja tai esineitä ei tunnisteta. Ohjeiden mukaan toimiminen heikkenee. (Muistiliitto 2016.)

Sairauden edetessä, myös tunteiden ilmaisu ja käyttäytyminen muuttuvat. Dementiassa ovat tyypillistä toistuvat kysymykset samasta aiheesta, vaikeiden tilanteiden välttely, aloitekyvyttömyys sekä aikaan ja paikkaan orientoitumisen hankaluus. Dementiaoireisto voi olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä, riippuen aiheuttajasta. Yleisimmin dementian aiheuttajana on kuitenkin etenevä muistisairaus. (Muistiliitto 2016.)

2.5 Parkinson dementia

Parkinsonin tauti on keski- ja vanhuusiän hitaasti etenevä liikehäiriösairaus, johon liittyy vapinan, yleisen liikkumisen hidastumisen ja lihasjäykkyyden lisäksi lukuisia muitakin oireita. Parkinsonin tauti johtuu keskiaivojen alueen, mustatuma hermosolujen vähittäisestä tuhoutumisesta. Tämä johtaa hermovälittäjäaine dopamiinin puutteeseen ja tahdonalaisia liikkeitä säätelevien hermoratojen vaurioitumiseen. Syytä hermosolujen vaurioitumiseen ei tiedetä. Parkinsonin tauti voidaan laskea eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi. Sairaus alkaa 50–70 vuoden iässä. Keskimäärin yksi prosentti yli 60-vuotiaista sairastaa tätä tautia. Parkinsonin tautiin liittyy kolme pääoiretta: lepovapina, liikkeiden hidastuminen ja tyypillinen lihasjäykkyys eli rigiditeetti. Lihas toiminnan hidastuminen näkyy usein myös kasvojen ilmeettömyytenä ja käsialan pienentymisenä sekä puheen muuttumisena monotoniseksi. (Muistiliitto 2016.)

Kaatuilua esiintyy pidemmälle edenneessä taudissa, mikä johtuu lähinnä tasapaino- ja asennonsäätelyjärjestelmien rappeutumisesta. Taudin edetessä voi ilmetä ns. autonomisen hermoston oireita eli äkillistä verenpaineen vaihtelua, ummetusta, hikoiluhäiriöitä, tihentynyttä virtsaamistarvetta sekä impotenssia. Puheentuotto vaikeutuu, nielemisongelmat lisääntyvät ja hajuaisi heikkenee. Lisäksi sairauteen liittyy joskus unihäiriöitä, päiväaikaista uneliaisuutta ja voimakkasta uupumusta. Myös muistihäiriöitä, ajatustoiminnan hidastumista ja masenusta voi ilmaantua. (Muistiliitto 2016.)

Parkinsonin tautia sairastavilla on suurella osalla tiedonkäsittelyssä lieviä oireita, mutta laaja-alaisemman muistisairauden esiintyvyys on noin 30–40 prosenttia ja pitkäaikaisseurannassa jopa 80 prosenttia. Parkinson-dementiassa uusien asioiden oppiminen toimii paremmin, mutta mieleen palauttaminen on heikompaa. Parkinson-dementialle tyypillistä on ajattelun hidastuminen, aloitekyvyttömyys, fyysinen ja psyykinen hidastuminen, vaihtelevat muistihäiriöt sekä toiminnanohjauksen heikentyminen. Lepovapina on tyypillisempää kuin Lewyn kappale -taudissa. (Erkinjuntti 2015, 159–161)

2.6 Otsa-ohimolohkorappeuma

Otsa-ohimolohkorappeuma eli frontotemporaalisesta degeneraatiosta johtuva muistisairaus on yleisnimitys niille oireyhtymille, joille on ominaista aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Sairaus alkaa yleensä 45–64 ikävuoden välillä edeten vähitellen. Frontotemporaalisen demen-tian tyypillisimpiä oireita ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, joka voi ilmetä esimerkiksi arvostelukyvyyttömytenä, lyhytjänteisyytenä, apaattisuus-tena tai estottomuutena. Toiminta on usein ärsykesidonnaista, impulsiivista ja so-siaalinen toimintakyky heikkenee. Muisti, havaintokyky ja motoriset taidot ovat usein kohtalaisesti säilyneet, mutta puheen tuottaminen voi olla työläämpää. Sai-rastunut itse ei kykene arvioimaan sairautensa aiheuttamia toimintakyvyn muu-toksia. (Muistiliitto 2016.)

2.7 Alkoholidementia

Wernicke-Korsakoffin oireyhtymään liittyy jatkuva runsas alkoholinkäyttö yhdis-tettynä puutteellisesta ruokavaliosta johtuvaan B-vitamiinin eli tiamiinin puuttee-seen. Oireisiin kuuluu kävely- ja tasapainovaikeudet, sekavuus sekä silmän liike-häiriöt. Sairastuminen alkaa 50–60-vuotiaana ja heillä on usein vaikeuksia toi-minnan ohjauksessa, aloitekyvyttömyyttä, huono lähimuisti, estottomuutta ja vai-keuksia sujuvasanaisuudessa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 99–100.)

3 MUISTISAIRAUKSIEN KÄYTÖSOIREET

Käyttösoireilla tarkoitetaan muistisairaahan haitallisia psykologisia oireita, kuten ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, vaeltelua ja yliseksuaalisuutta. Käyttösoire voi olla muistisairauden ensimmäinen oire. Muistisairauden oireista käyttösoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten. Ne ovat usein tavallisin syy muistisairaahan laitoshoidon joutumiseen. Käyttösoireiden kehittymiseen vaikuttavat muistisairaahan peruspersoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin. Myös muistisairaahan terveydentila, lääkitys, fyysinen ympäristö sekä muistisairauteen liittyvät neurobiologiset tekijät vaikuttavat käyttösoireiden kehittymiseen. (Erkinjuntti ym. 2015, 90.)

Muistisairaudet ja käyttösoireet ovat yhteydessä toisiinsa, sillä tiedonkäsittelytoimintoja säätelevät aivoalueet osallistuvat myös mielialan ja käyttäytymisen säätelyyn. Somaattinen terveydentila sekä muistisairaahan käytössä olevat lääkkeet tulee huomioida käyttösoireiden syitä arvioitaessa. Muistisairas ei välttämättä kykene tai osaa itse kertoa kivustaan ja huonosta olostaan, vaan voi ilmentää tilansa aggressiivisella tai levottomalla käytöksellä. Käyttösoireiden taustalla voi olla infektio, jokin muu sairaus tai kipu. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118–119.)

Turhautuminen ja mielialan vaihtelut voivat johtua muistisairauteen liittyvästä puutteellisesta tilanteen tulkinnasta ja kommunikoinnin vaikeudesta. Sairauden myötä itseilmaisun keinot muuttuvat, joten muiden voi olla hankalaa ymmärtää muistisairaahan käyttäytymistä, toiveita ja ajatuksia. Vaarana voi olla, että muistisairaahan toiveet ymmärretään väärin ja jopa sivuutetaan, minkä muistisairas voi kokea loukkaavana. Myös jatkuvasti vaihtuvat kanssaihmiset saattavat herättää turvattomuutta ja hylätyksi tulemisen tunteita. Huolen ja pelon tunteet voivat ilmentyä sinnikkäänä haluna lähteä kotiin. Aggressioiden taustalla voi olla halu suojella yksityisyyttä, koskemattomuutta ja omaa reviiriä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118–119.)

4 MUISTISAIRAAN HOITO JA KUNTOUTUS

Muistisairaahan kuntoutus tulisi olla säännöllistä sekä monipuolista ja sitä tulisi suunnitella yksilöllisesti ylläpitäen säilyneitä toimintakykyjä ja taitoja. Muistisairaiden hoidossa keskitytään viiteen eri osa-alueeseen. Näitä ovat psyykkinen, sosiaalinen ja fyysinen toiminta, farmakologinen hoito sekä fyysinen ympäristön muokkaaminen muistisairaalle sopivaksi. Fyysiseen kuntoutukseen kuuluu fysioterapeutin ohjausta sekä apuvälineiden käytön opettelua. Hyvä fyysinen kunto edistää virkeyttä ja tätä kautta psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Yhä tärkeämmässä roolissa ovat psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyttäminen. (Heimonen & Voutilainen 1998, 17–39.)

Muistisairaahan ihmisen hoito ja kuntoutus tähtää sairastuneen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja hyvinvointiin. Lääkehoito on tärkeää, mutta lääkkeetön hoito usein ensisijaista. Sairauden alkuvaiheessa on tärkeää saada riittävästi tietoa, ohjausta ja neuvontaa jotta sairastunut ja hänen läheisensä ymmärtävät, mistä sairaudesta on kyse ja mitä on odotettavissa. Sairastuneelle laaditaan yhdessä hänen ja läheistensä kanssa realistinen, ennakoiva ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jossa määritellään yksilölliset tavoitteet. Suunnitelma ohjaa eteenpäin hoito- ja kuntoutuspolulla, joka voi sisältää esim. terapioiden, tukitoimenpiteiden ja taloudellista tukea. (Muistiliitto 2016.)

5 VANHUSTEN LÄÄKEHOITO

Vanhusten lääkehoidon suunnittelu on vaativaa ja hankalaa yhteis- ja sivuvaikutusten vuoksi, koska heillä on pitkäaikaissairauksien vuoksi yleensä paljon lääkkeitä käytössä. Ihmisen vanhetessa ruoansulatuselimistössä tapahtuu muutoksia, mikä saattaa vaikuttaa suunkautta otettavien lääkkeiden imeytymiseen. Mahalaukun pH nousee ja mahan tyhjeneminen hidastuu. Suoliston verenkierto sekä ruokasulaa kuljettavat aaltoliikkeet hidastuvat ja absorboivien solujen määrä vähenee. Lääkkeiden ja ruoan imeytymispinta-ala eli ohutsuolen pinta-ala pienenee. Lääkkeiden ja ruokasulan kulkeutuminen suolistossa hidastuu. (Heikkinen & Rantanen 2008, 357.)

Vanhenemisen vaikutukset lääkeaineiden imeytymisessä muiden reittien kautta tunnetaan huonosti, mutta verenkierron heikkeneminen kudoksissa voi myös hidastaa imeytymisnopeutta. Vanhetessa kehon rasva- ja vesipitoisuudet muuttuvat. Siten lääkeaineiden jakautuminen sekä muutokset lääkeaineiden sitoutumisessa plasman valkuaisaineisiin muuttuvat. Sydämen minuuttitilavuus pienenee kolmenkymmenen ikävuoden jälkeen yhden prosentin vauhdilla ja verisuoniston vastus kasvaa heikentäen verenkiertoa. Verenkierron hidastuessa maksan ja munuaisten lääkeaineiden erittämiskyky heikkenee. (Heikkinen & Rantanen 2008, 357.)

Ihmisen vanhetessa rasvakudoksen painon osuus kehon kokonaispainosta lisääntyy ja veden osuus elimistön kokonaispainosta vastaavasti pienenee, vaikka kokonaispaino säilyy samana. Lääkeaineiden jakautuminen elimistössä riippuu siitä, onko lääkeaine rasva- vai vesiliukoinen. Fysiologisten muutosten johdosta rasvaliukoisten lääkeaineiden jakautumistilavuus kasvaa, jolloin seurauksena on kudospitoisuuksien kohoaminen ja vaikutusaikojen piteneminen. Vesiliukoisilla lääkeaineilla vaikutus taas johtaa plasmapitoisuuksien kohoamiseen. Molemmissa tapauksissa lääkeaineiden pienentäminen on tarpeen. (Heikkinen & Rantanen 2008, 357–358.)

Lääkkeen vaikutuksen alkaminen määräytyy pääasiassa imeytymisnopeuden ja jakautumisen perusteella. Vaikutuksen keston vaikuttavat muuntumisen ja erittymisen nopeudet. Suurin osa lääkeaineiden muuntumisesta tapahtuu maksassa. Ikääntyvällä verenkierto heikkenee, maksasolujen määrä vähenee ja entsyymiaktiivisuus voi heiketä. Nämä pidentävät lääkeaineiden vaikutusaikoja. Suurin osa lääkeaineiden erittymisestä tapahtuu munuaisten kautta. Vanhenemiseen liittyy merkittävä munuaisten ja munuaiskehrästen koon pieneneminen sekä verenkierron heikkeneminen munuaisissa. Erityskyvyn heikkeneminen munuaisissa voi johtaa terapeuttisesti kapeiden lääkkeiden kerääntymiseen elimistössä ja sitä kautta voimakkaisiin haittavaikutuksiin. (Heikkinen & Rantanen 2008, 359.)

5.1 Muistisairauksien lääkehoito

Muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta lääkeshoidolla on mahdollista lievittää oireita ja mahdollisesti myös hidastaa taudin kulkua. Alzheimerin taudissa vaurioituu aivojen hermoverkot, jotka käyttävät asetyylikoliini-nimistä ainetta välittäjäaineena ja toimivat viestin viejänä hermosolusta toiseen. Suurin osa muistin toiminnalle tärkeistä hermoradoista käyttää juuri asetyylikoliinia. Markkinoilla olevista Alzheimer-lääkkeistä suurin osa vaikuttaa siten, että asetyylikoliinin määrää aivoissa lisääntyy ja sen myötä estää sen nopeaa hajoamista, jolloin hermoradat toimivat tehokkaammin. (Muistiliitto 2016.)

Kolinergisillä lääkkeillä kuten Donepetsiililla, galantamiinilla ja rivastigmiinilla, on osoitettu olevan hyvä teho Alzheimerin tautia sairastavan päivittäiseen toimintakykyyn. Nämä kolinergiset lääkkeet auttavat Lewyn kappale –taudissa sekä sekamuotoisessa muistisairaudessa, jossa on Alzheimerin taudin lisäksi aivoverenkiertohäiriöistä aiheutuvia muutoksia. (Muistiliitto 2016.)

Lääkitys siirtää toimintakyvyn laskua ja laitoshoidon päättymistä 8–12 kuukaudella ja mahdollisesti myös hidastaa taudin etenemistä. Lääkitys tulisikin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja sitä tulisi myös jatkaa pitkäaikaishoidossa. Mikäli muistisairaalla on hankalia oireita, lääkityksen aloittaminen jo laitoshoidossa olevalle on myös perusteltua. (Muistiliitto 2016.)

Memantiini on Alzheimer-lääke, joka vaikuttaa aivojen glutamaattitasapainoon ja NMDA-reseptorin toimintaan. Teholtaan se on kolinergisten lääkkeiden luokkaa. Kaikilla lääkkeillä on sivuvaikutuksia, kuten vatsavaivat, pahoinvointi, närästys ja ripuli. Ajan myötä ne usein lievittyvät ja niiden ilmaantumista vähentää annoksen hidas suurentaminen, sekä lääkkeen otto aina aterian jälkeen. Yleensä lääkkeet parantavat toimintakykyä ja kognitiota sekä virkistävät, mutta joskus ne myös kiihdyttävät aivotoimintaa liikaa ja lisäävät levottomuutta. Tällöin lääkityksen vähentämistä on harkittava. Mikäli yksi valmiste ei sovi tai ei tehoa, voi kokeilla toista tämän ryhmän lääkettä. (Muistiliitto 2016.)

6 MUISTISAIRAAN HOITOTOIMIEN KEINOT

Käyttöoireiden hoidossa tulee pyrkiä käyttöoireiden ehkäisyyn. Ehkäisyn perustana on muistipotilaan hyvä kokonaishoito ja hänen erilaisiin tarpeisiinsa vastaaminen ennen ongelmien syntymistä. (Käypä hoito 2010.)

Tavoitteena lääkkeettömässä hoidossa on hyvä ja mielekäs arki sekä haittaavien käyttöoireiden vähentäminen. Näin otetaan yksilöllisesti huomioon omaisten tukeminen ja opastaminen, hoitoympäristö, oirekohtainen huomiointi, virkistystoiminta sekä asukkaan omien toimintakykyjen arviointi. Tarpeettomien lääkkeiden käyttöä on pyrittävä välttämään keskustelemalla säännöllisesti lääkärin kanssa lääkeshoidosta. Tärkeää on turvata asukkaan vapaa liikkuminen mahdollisimman pitkälle erilaisin apuvälinein ja huolehdittava asukkaiden säännöllisestä ulkoilemisesta. (Kiljander & Kivelä 2016.)

Lääkkeettömässä hoidossa pyritään tunnistamaan oireita laukaisevat tekijät, jotta niiden esiintymistä voidaan välttää. Hyvä huolenpito, riittävä ravitseminen, nesteytys, lepo, liikunta, hygienia ja vaatetus ovat tärkeitä. Myös ympäristöä voidaan muokata ja tukea muistisairasta niin, että hän kykenee mahdollisimman pitkään toimimaan arjessaan itsenäisesti ja saamaan onnistumisen kokemuksia. (Muistiliitto 2016.)

On tärkeää että muistisairas hänen läheisensä ja hoitajat luottavat toisiinsa ja tuntevat toisensa hyvin. Näin muistisairaan käyttäytymistä on helpompi tulkita. Muistisairauden myötä, kommunikaatio vaikeutuu, eikä muistisairas itse pysty aina kertomaan tarpeistaan. Perusteetonta rajoittamista on syytä välttää, jotta muistisairaalla ihmisellä säilyisi tunne omien itsenäisten valintojen tekemisestä ja omanarvontunteesta. (Muistiliitto 2016.)

Potentiaalisia käyttöoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi kognitiiviset oireet, lääkitys, somaattiset vaivat, elämänkulkuun liittyvät kysymykset ja ympäristö. Vaikuttavien tekijöiden hoitona voidaan käyttää psykososiaalisia ja

psikomotorisia hoitomuotoja. Käyttäytymistä muokkaavaa hoitoa kannattaa käyttää kun tilanteen kartoittamisen seurauksena on löydetty selkeä laukaiseva tekijä. (Käypä hoito 2010.)

Toimintakyvyn tukeminen voimavaroja ja taitoja painottamalla, antaa muistisairaalle ihmiselle itsevarmuutta sekä vie huomiota pois ongelmista ja sairauden myötä kadonneista kyvyistä. Myös musiikki-, taide- tai toimintaterapia voivat auttaa tukemaan sekä sairastunutta että hänen läheisten elämänlaatua. Levottomuus ja pakko-oireet voivat usein johtua turhautumisesta ja virikkeettömyydestä, jolloin mielekkään tekemisen tarjoaminen voi helpottaa oireita. (Muistiliitto 2016.)

Lääkehoito ei korvaa hoitotyön keinoja asukkaan mielipahan lieventämiseksi. Vuorovaikutus ja asukkaan kohtaaminen ovat avainasemassa varsinkin asukkaan tullessa ryhmäkotiin. Tärkeää on kuunnella, olla läsnä, huomioida ja kunnioittaa asukasta. Asukas huomioidaan esimerkiksi ottamalla mukaan päivittäisiin ryhmäkodissa tapahtuviin askareisiin. Lääkkeetön hoito soveltuu asukkaille, joilla on lieviä oireita. Käyttöoireet voivat lisääntyä tekemisen puutteesta ja turhautumisesta. (Kiljander & Kivelä 2016.)

Henkilökunnan koulutus ja tukeminen auttaa ammattilaisia toteuttamaan potilaslähtöistä hoitoa ja löytämään käyttöoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Henkilökunta tarvitsee käytännön hoitotyössä tapahtuvaa ohjausta esimerkiksi mentoimintina tavoitteellisen hoidon toteuttamisessa ja seurannassa. (Käypä hoito 2010.)

7 OMAISEN ROOLI MUISTISAIRAAN HOIDOSSA

Muistisairaahan siirryttyä asukkaaksi hoitokotiin, omainen joutuu usein uuden tilanteen eteen. Omaiselle tulee varmasti mieleen paljon kysymyksiä, jotka koskevat muistisairaahan hoitoa ja omaa rooliensa hoidossa. Moni omainen ei välttämättä uskalla tai kehtaa ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan muistisairaahan hoitoon liittyvissä asioissa tai omaista askarruttavissa kysymyksissä. Hyvä ja riittävä vuorovaikutus omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä on myös muistisairaahan etu. Omaisten vierailu hoitokodissa on merkityksellistä omaisille, muistisairaalle sekä hoitohenkilökunnalle. Myös omaisen muuttunut rooli vaatii sopeutumista ja aikaa. Vieraillessaan hoitokodissa omaiset tekevät havaintoja annettavasta hoidosta ja muistisairaiden kohtelusta. Jos omainen ei pääse tai ei jaksakaan käydä vierailemassa, ei siitä tulisi tuntea syyllisyyttä. Hoitohenkilökunnan tulisi myös tehdä omaisille selväksi, että muistisairaahan hoito on nyt hoitajien vastuulla, mutta kuitenkin omaisella on myös oma tärkeä roolinsa muistisairaahan elämässä. (Kiljander & Kivelä 2016.)

Omaiset voivat tehdä vieraillessaan muistisairaahan kanssa niitä asioita mitä he ovat aikaisemminkin tehneet. Omaisen aktiivisuuteen vaikuttaa paljon se miten omainen otetaan vastaan hoitoyhteisössä ja kokeeko hän olevansa tervetullut vai vieras. Omaisella on runsaasti tietoa muistisairaahan tarpeista, toiveista, tavoista, tottumuksista ja elämänhistoriasta. Näiden tietojen pohjalta voidaan suunnitella ja toteuttaa paras mahdollinen hoito. Laadukkaan hoidon ja elämän takaamiseksi hoitohenkilökunnan on hyvä tietää muistisairaahan menneisyyden merkittävimmistä tapahtumista. Omaista ei pidä painostaa kertomaan kaikkia asioita kerralla, sillä omaisten täytyy ensin oppia luottamaan hoitohenkilökuntaan ennen kuin he kertovat läheistensä elämäntarinatietoja. Hoitokertomukseen kirjataan asiat jotka vaikuttavat laadukkaan hoidon aikaansaamiseksi. (Kiljander & Kivelä 2016.)

Muistisairaus aiheuttaa hämmennystä ja ahdistusta sekä sairastuneelle, että hänen läheisilleen. Sanat ja asiat katoavat mielestä ja tulevaisuus tuntuu pelottavalta. Empatiakyky on eräs tärkeimmistä taidoista erityisesti silloin kun olemme vuorovaikutuksessa ihmisen kanssa jonka tapa hahmottaa asioita on erilainen kuin meillä itsellämme. Muistisairaana ihmisen käyttäytyminen vaihtelee päivästä ja hetkestä toiseen vireystason mukaan ja saattaa poiketa suurestikin siitä miten ihmiset yleensä toimivat. Muistisairas ihminen yrittää olemassa olevilla keinoillaan kertoa itsestään ja tuntemuksistaan. Väärinymmärryksiä syntyy helposti kun ympäristön ihmiset eivät ymmärrä näitä sanattomia viestejä tai tulkitsevat viestit väärin. (Papunet 2013.)

Sanattoman viestinnän avulla muistisairaana ihmisen kanssa voi löytää yhteisen kielen silloinkin kun sanoja ei enää ole. Arjen tilanteet tarjoavat mahdollisuuksia monenlaiseen yhdessä tekemiseen. Muistisairaalle ihmiselle ääneen lukeminen ja luetusta keskusteleminen on myös hyvä aktiviteetti ja vireystason ylläpitäjä. Oleellista on tehdä niitä asioita jotka onnistuvat ja muistisairas kokee mieluisina. Varhain ja usein ulkoa opetellut kielen muodot kuten laulujen, lorujen ja runojen sanat palautuvat mieleen. Muistisairas ihminen on sairaudestaan huolimatta sama ihminen kuin ennenkin. Hänellä on tietty luonne elämän aikana muodostuneet arvot ja oma elämäntarinansa iloineen ja suruineen. Kun lähimuisti katoaa eikä tulevaakaan enää oikein hahmota on jäljellä vain tämä hetki jolloin jokainen kohtaaminen on kuin uusi mahdollisuus. (Papunet 2013.)

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvän muistisairaahan asukkaalle omaiselle oppaat. Ensimmäisessä oppaassa kerrotaan Gaius-Säätiön Heseva-kodin toiminnasta ja toisessa oppaassa kerrotaan muistisairauksista ja niihin liittyvistä käytösoireista, muistisairauksien lääkehoidosta sekä lääkkeettömästä hoidosta. Molemmat oppaat suunniteltiin yhteistyössä Heseva-kodin johtajan sekä hoitotyön kehittäjän kanssa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä Heseva-kodin muistisairaiden omaisten tietoisuutta muistisairauksista ja niiden hoidosta. Tavoitteena oli myös lisätä omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä, jolla pyritään saamaan omaisia osallistumaan muistisairaahan hoitoon ja välttämään hoidon jatkuvuuden katkeamista.

Tavoitteena oli toteuttaa helppolukuiset ja selkeät oppaat. Selkeyteen pyrin oppaiden sopivalla rakenteella, helppolukuisuudella ja oppaan sopivalla pituudella. Huomiota kiinnitin myös oppaan tekstien ja asioiden esittämisjärjestykseen sekä kielen rakenteeseen. Oppimistavoitteenani oli oppia lisää muistisairauksista ja muistisairaiden hoidosta, oppia projektityöskentelyn taitoja sekä yhteistyötaitoja työyhteisötason kanssa.

9 OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI

Helsingin seurakuntayhtymä perusti vuonna 1989 Gaius-säätiön hoitamaan kolmen vanhainkodin toimintaa. Heseva-koti (entinen Käpylän vanhainkoti) on rakennettu vuonna 1951, ja se peruskorjattiin v.1992–1993 vanhusten palvelutaloksi. Gaius-säätiön Heseva-koti on Helsingin Käpylässä sijaitseva 101 - paikkainen vanhusten palveluasumiseen tarkoitettu toimiyksikkö, jossa on 7 ryhmäkotia muistisairaille ikäihmisille.

Helsingin kaupunki ostaa asukaspaikat ostopalvelusopimuksin. Gaius-säätiön Heseva-kodissa hoidetaan ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevia muistisairaita. Hoitohenkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Hoitohenkilökunnan lisäksi talossa on johtaja, osastonhoitajat, hoitotyön kehittäjä, toimistonhoitaja sekä toiminnan-ohjaaja. Heseva-kodin lisäksi talossa toimii Gaius-lounasravintola sekä yksityinen Heseva-kuntoutus.

Tavoitteena on tarjota turvallinen ja viihtyisä koti jossa huolehditaan asukkaiden päivittäisestä hyvinvoinnista sekä luodaan asukkaille mahdollisimman aktiivinen arki. Heseva-kodin toiminta-ajatuksena on hoitaa asukasta hänen voima-varojaan ja yksilöllisyyttään kunnioittaen sekä kuntoutumista tukien.

9.1 Oppaan ideointi ja suunnittelu

Olin alkuvuodesta 2015 yhteydessä entiseen työnantajaani Gaius-Säätiön Heseva-kodin johtajaan sekä hoitotyön kehittäjään ja tiedustelin heiltä ideaa opinnäytetyölleni. Yhteistyöllä hoitotyön kehittäjän kanssa opinnäytetyöni aihe valmistui ja päätettiin tehdä opas muistisairaalle omaiselle. Kyseistä opasta ei vielä ollut käytössä ja Heseva-kodissa koettiin tarvetta oppaalle varsinkin siinä vaiheessa kun muistisairas siirtyy kotoa ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon.

9.2 Oppaan toteutus

Sosiaali- ja terveysalalla tuotekehitys tapahtuu tuotekehitysprosessin mukaisesti ja tavoitteet määräytyvät tilaajakohtaisiksi. Tuotekehitysprosessiin integroituu useita tuotekehityksen tukitoimintoja ja prosessi etenee viiden vaiheen kautta. Ensimmäisenä tunnistetaan tuotekehittämistarve jonka jälkeen ideoidaan tuote jota luonnostetaan ja kehitellään ja joka lopuksi viimeistellään. Vaiheesta toiseen siirtymistä voidaan tehdä limittäin. (Jämsä & Manninen 2000, 28.) Tässä opin- näytetyössä on käytetty tätä prosessin mallia.

Tuotekehittelyn alkuvaiheessa tulee tuotteen tilaajan tarpeet selvittää ja muokata tuote vastaamaan tilaajan kaikkia tarpeita. Tuotteen käyttäjien mielipiteet ovat tärkeitä arvioitaessa tuotteen vaikuttavuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Tuotekehittelyn luonnosteluvaiheessa otetaan huomioon tuotteen asiasisältö, asiantuntija- tieto, asiakasprofiili, toimintaympäristö sekä arvot ja periaatteet. Kun otetaan huomioon käyttäjien tarpeet ja kyvyt saadaan heitä palveleva tuote. Tuotekehitysprosessi vaatii hyvää yhteistyötä tilaajan ja tekijän välillä. (Jämsä & Manninen 2000, 20–21, 29, 43.)

Heseva-kodin toimintatapojen tiedon keräämistä varten tein yhteistyö-sopimuksen opinnäyteyhteistyöstä. Opasta varten sain Heseva-kodin hoitotyön kehittäjältä tietoa yhteistyötaholla tarpeista sekä tietoja ja materiaalia heidän toiminnastaan. Lisäksi haastattelin yhteistyötahon toiminnanohjaajaa sekä toimistonhoitajaa, joilta sain tietoa viriketoiminnasta sekä asukasmaksuista oppaan tekemistä varten. Keräsin aineistoa muistisairauksista, muistisairauksien käytöshäiriöistä sekä niiden hoidosta, muistisairauksien lääkehoidosta sekä lääkkeettömästä hoidosta. Tietolähteinä käytin kirjastoja, terveysporttia, Muistiliiton nettisivuja sekä toimeksiantajan omia melko kattavia lähteitä. Lähteet perustuivat tutkittuun ja mahdollisimman ajanmukaiseen tietoon. Lähteiden monipuolinen kokoaminen ja niihin kriittisesti perehtyminen kehitti myös omaa ammatillista kasvuani.

Tuotetta luonnosteltaessa tulee asiasisällön valinnassa ottaa huomioon tilaajan arvot ja periaatteet joita tulee noudattaa. Luonnosteluvaiheessa tulee myös miettiä tuleeko tuotteesta kustannuksia ja mahdolliset rahoitusvaihtoehdot. (Jämsä & Manninen 2000,48–51.) Opinnäytetyöstä ei aiheudu kustannuksia, vaan yhteistyötaho vastaa itse oppaan tulostamisesta ja käyttöönnotosta.

Maaliskuussa 2016 päätimme Heseva-Kodin johtajan ja hoitotyön kehittäjän kanssa lähes valmiin oppaan lopullisesta sisällöstä. Samalla sovimme oppaan jakamisesta kahteen eri osioon, jotta oppaan sisältö olisi mahdollisimman helposti luettava mutta kuitenkin riittävän kattava. Sovimme että toisessa oppaassa keskityn Heseva-kodin toiminnan esittelemiseen ja toisessa oppaassa keskityn muistisairauksiin, käytöshäiriöihin sekä lääkkeettömään ja lääkkeelliseen hoitoon. Ajoittain opinnäytetyö eteni hitaammin johtuen muutoksista työyhteisön organisaatiossa.

Haastatteleamalla muistisairaiden omaisia olisin saanut tietoa omaisten omista kokemuksista muistisairaahan siirtymävaiheen haasteista, mutta päädyimme yhteishenkilöni kanssa toteuttamaan oppaan ilman kyselyä. Heseva-koti pitää syksyllä 2016 syysjuhlat jossa oppaat tullaan esittelemään muistisairaiden asukkaiden omaisille. Tulevana syksynä Heseva-kodin muistisairaiden omaisille tehdään kysely oppaiden toimivuudesta ja opasta tullaan päivittämään suunnitelmissa olevilla hoitotyön kehittämisprojekteilla. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia kyselyn tuloksia oppaiden toimivuudesta. Tämän opinnäytetyön tekijänoikeudet ovat tuotteen tekijällä, mutta tekijänoikeudet voidaan siirtää tuotteen valmistuttua yhteisöön, johon tuote tuotettiin. (Airaksinen & Vilka 2003, 162.)

Tuotetta tehdessä tarvitaan kehittelyn eri vaiheissa palautetta ja arviointia. Palautetta on hyvä saada myös henkilöiltä jotka eivät ole olleet työstämässä tuotetta alusta asti, jotta saadaan kriittisestä näkökulmasta palautetta. Tuotteen ollessa valmis ja prosessin ollessa lopuillaan, alkaa tuotteen viimeistely palautteen mukaisesti ja hiotaan yksityiskohtia. (Jämsä & Manninen 2000,80–81.)

10 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja hyödyllinen. Suomessa väestö ikääntyy ja siten myös muistisairaudet ovat merkittävä ja kasvava kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Nykyisin muistisairaita hoidetaan kotihoidon turvin kotona entistä pidempään ja usein heidän kunto on jo kovin huono tullessa tuettuun ympärivuorokautiseen hoitoon. Myös muistisairasta kotona hoitanut omainen saattaa olla jo kovin uupunut. Muistisairaahan siirtyminen ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon on suuri elämänmuutos sekä sairastuneelle, että häntä hoitaneelle omaiselle. Omaiset voivat kokea sen helpotuksena, mutta hoitovastuun siirtyminen omaiselta hoivakotiin herättää usein omaisissa paljon kysymyksiä. Luopuminen, suru ja syyllisyyden tunnekin ovat normaaleja tunteita tässä muutoksessa. Muistisairaahan eläessä kodin ulkopuolisessa hoidossa omaiset eivät aina näe omaa rooliaan. On tärkeää että muistisairaahan omaiset jaksaisivat edelleen olla omaisina muistisairaalle ilman suurta ahdistuksen tunnetta.

Myös omaisen muuttunut rooli vaatii sopeutumista ja aikaa jolloin omaisen henkisen jaksamisen tukemisen merkitys kasvaa. Hyvän hoitosuhteen saavuttamiseksi tarvitaan hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa, hyviä vuorovaikutustaitoja, yhteistyötä ja luottamusta omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä. Omaisen aktiivisuuteen vaikuttaa myös paljon se miten omainen otetaan vastaan työyhteisössä, miten tuetaan muistisairaahan asukkaan yhteydenpitoa ja yhteenkuuluvaisuutta omaisiin. Omaisella on runsaasti tietoa muistisairaahan elämänhistoriasta, tarpeista ja tavoista. Näiden tietojen pohjalta voidaan suunnitella ja toteuttaa muistisairaahan paras mahdollinen hoito.

Omaiselle voi tulla mieleen paljon kysymyksiä jotka koskevat muistisairauksia sekä muistisairaahan hoitoa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä omaisten tietoa Heseva-kodin toiminnasta, muistisairauksista ja niiden hoidoista. Omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää, koska sillä pyritään saamaan omaisia osallistumaan muistisairaahan hoitoon ja välttämään hoidon jatkuvuuden katkeamista. Hoitohenkilökunnan ammattitaito, asiantuntijuus ja toimiva yhteistyö luovat hyvän perustan laadukkaalle hoidolle.

Muistisairaiden omaisilta oli aiemmin saatu Heseva-kodissa palautetta siitä, että he tarvitsevat enemmän tietoa muistisairauksista ja siihen liittyvistä käytöshäiriöistä sekä muistisairauksiin liittyvistä lääkkeettömästä hoidosta. Lisäksi omaisilla on ollut tarvetta saada tietoa muistisairaana etuisuuksien hakemisesta ja Kelan lomakkeiden täytössä. Oppaassa pyrittiin tuomaan esiin niitä tilanteita, joissa omaisia avustetaan Heseva- kodin toimesta tarpeen mukaan.

Terveystieteiden ja koulutuksen myötä tietoisuus muistisairauksista ja niiden aiheuttajista on lisääntynyt, jolloin muistisairauksien varhainen taudinmääritys on tärkeää. Sairaanhoidajan rooli on avainasemassa tiedon antajana ja tukijana muistisairaiden ja heidän omaisten kohdalla. Jatkuva ammattitaidon ylläpitäminen on ehto uuden oppimiseen ja tiedon jakamiseen.

10.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön raporttiosuudesta sekä oppaista pyrin tekemään laadukkaan ja vastaamaan yhteistyötahon tarpeita. Käytin monipuolisia, tutkittuun tietoon perustuvia lähteitä, työyhteisön osaamista ja ammattitaitoa sekä olemassa olevia Heseva-kodin omia materiaaleja. Kävimme oppaat yksityiskohtaisesti läpi Heseva-kodin hoitotyön kehittäjän ja Heseva-kodin johtajan kanssa. Näin asiiasiallöstä tuli luotettavaa ja se vastasi työyhteisön tarpeisiin. Arvioinnissa on käytetty työyhteisön, opponijien, sekä ohjaajien palautetta ja opinnäytetyötä on muutettu näiden palautteiden mukaisesti.

10.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyys merkitsee tapaa, jolla opiskelija ja ohjaaja suhtautuvat työhön, ongelmiin ja henkilöihin, joiden elämäntilanteesta tutkimusta tehdään. Eettinen asenne näkyy työn aiheen valintana, miten prosessista ja tuloksista puhutaan ja miten tuloksia sovelletaan. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11.)

Tutkimuksen suunnittelu, toteuttaminen ja raportointi tehdään tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee kestää eettisen tarkastelun, sekä avoimuuden julkaisemisessa. Työssä eettisyys näkyy myös kriittisenä asenteena tarjottuja tietoja ja valitsevia käytäntöjä kohtaan. Perustelut ja päätelmät tulee arvioida ja analysoida. Toimintaa tulee jatkuvasti uudelleen arvioida ja tutkijan tulisi noudattaa yhteisiä hyvän tieteellisen käytännön tapoja. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 13–15.)

Tuotteistamisprosessissa voidaan hyödyntää Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien arvokasta osaamista. Tuotteistaminen tapahtuu usein moniammatillisessa työpiirissä jossa tulee huomioida että tuote ylittää sosiaali- ja terveysalan tavoitteisiin ja eettisyyteen liittyviin piirteisiin ja velvoitteisiin. Näin tuotteen sisältö on tavoitteiden mukainen ja tuotteen työstämisvaiheessa huomioidaan kohderyhmän erityispiirteet ja niiden tuoman vaatimukset. Sosiaali- ja terveysalalle on ominaista se, että tuote tuotetaan terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämiseksi. (Jämsä & Manninen 2000,10, 14.)

Eettisten ongelmien kohtaaminen kuuluu sairaanhoitajien työhön lähes päivittäin. Muistisairaudesta huolimatta ihmisellä säilyy monia kykyjä ja ominaisuuksia joiden kunnioittaminen on hyvän hoidon edellytys. Usein voi joutua kokemaan riittämättömyyden tunnetta, kun tietää kuinka tulisi toimia eettisesti oikein, mutta käytännössä näin ei aina pysty toimimaan. Usein syynä ovat riittämättömät resurssit. Heseva-kodissa on panostettu paljon koulutukseen ja syksyllä alkaakin hoitohenkilökunnalle tarkoitettu muistihoidajien koulutus. Tämän avulla hoitohenkilökunnan motivaatio ja ammattitaito kasvavat ja muistisairaiden kokonaisvaltaisempi hoito mahdollistuu.

LÄHTEET

- Airaksinen, Tiina & Vilkka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Erkinjuntti, Timo; Remes Anne, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki :Edita.
- Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) 2/2008. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen. Helsinki: Tammi.
- Kiljander, Larisa 2015-2016. Hoitotyön kehittäjä, Gaius-Säätiö, Heseva-Koti, Henkilökohtaiset tiedonannot.
- Kivelä, Paula 2015-2016. Heseva-kodin Johtaja, Gaius-Säätiö, Heseva-koti, Henkilökohtaiset tiedonannot 4.3.2016.
- Kivelä Sirkka-Liisa 2008. Lääkkeet ja ikääntyminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Otava.
- Käypä hoito. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito 2010. Viitattu 20.5.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635>
- Muistiliitto 2016. Muistisairauksien lääkehoito. viitattu 14.4.2016 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito/>
- Muistiliitto 2016. Muistisairaudet. Viitattu 14.4.2016 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>
- Mustajoki, Marianne; Alila, Anja; Matilainen, Elina; Rasimus, Mirja (toim.) 2010. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim

- Nurminen, Marja-Leena 2007. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit
- Papunet 2013. Kohdaten opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa. Viitattu 2.8.2016 <http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaisut/Kohdaten>
- Tilvis, Reijo; Pitkälä, Kaisu; Strandberg, Timo; Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

LIITE 1: Opas muistisairan omaiselle



GAIUS-SÄÄTIÖN HESEVA-KODIN OPAS MUISTISAIRAAN OMAISELLE

Merja Toivonoja
Opinnäytetyö, syksy 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Sisällys

| | |
|--|----|
| JOHDANTO | 3 |
| 1 GAIUS-SÄÄTIÖN TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET | 4 |
| 2 SIIRTYMINEN KODIN ULKOPUOLISEEN HOITOOON..... | 5 |
| 3 MITÄ ASUKKAALLA OLISI HYVÄ OLLA MUKANA..... | 6 |
| 3.1 Jos tullaan sairaalasta..... | 7 |
| 4 TERVEYDENHUOLLON JA SAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMINEN | 8 |
| 5 RAVITSEMUS..... | 9 |
| 6 ASUKAAN MAKSUT | 10 |
| 6.1 Asumistuen hakeminen | 10 |
| 6.2 Toimeentulotuen hakeminen | 10 |
| 6.3 Eläkkeensaajan hoitotuen hakeminen | 10 |
| 6.4 Mahdolliset muut hakemukset | 11 |
| 6.5 Maistraatin muuttoilmoitus..... | 11 |
| 6.6 Asukkaan vuokrasopimus..... | 11 |
| 7 ASUKKAAN ASEMA JA OIKEUDET | 12 |
| 8 ASUKAS SAATTOHOIDOSSA HESEVA-KODISSA..... | 14 |
| 9 HESEVA-KODIN YHTEYSTIEDOT | 17 |

JOHDANTO

Suomessa väestö ikääntyy ja siten myös muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen asia. Omaisilla on entistä suurempi merkitys muistipotilaiden ja ikääntyneiden hoidossa, joten heidän tukemisensa on tärkeää. Muistisairaana siirtyminen ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon on suuri elämänmuutos sekä sairastuneelle että häntä hoitaneelle omaiselle. Omaiset voivat kokea muutoksen helpotuksena, mutta hoitovastuun siirtyminen omaiselta hoivakotiin herättää usein omaisissa paljon kysymyksiä. Luopuminen ja suru ovat normaaleja tunteita tässä muutoksessa. Muistisairaana eläessä kodin ulkopuolisessa hoidossa omaiset eivät aina näe omaa rooliaan.

Tämän oppaan tavoitteena on antaa omaisille ja muistisairaille tietoa Gaius-säätiön Heseva-kodin toiminnasta. Oppaan tarkoituksena on myös lisätä omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta, joka on muistisairaana hoidon onnistumisen kannalta erityisen tärkeää. Tavoitteena on että omaiset jaksaisivat olla omaisina muistisairaalle ilman suurta ahdistuksen tunnetta. Omaisella on usein paljon tietoa muistisairaana taustasta, tavoista ja tottumuksista. Tämän tiedon jakaminen auttaa hoitohenkilökuntaa ja muistisairaana sopeutumista ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon.

Aihe on itselleni henkilökohtaisesti erittäin kiinnostava, koska olen työskennellyt paljon vanhusten ja muistisairaiden parissa ja itselläni on lähipiirissä muistisairaita, jotka ovat siirtyneet ympärivuorokautiseen tuettuun hoitoon.

1 GAIUS-SÄÄTIÖN TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET

Gaius-säätiön Heseva-koti on Helsingin Käpylässä sijaitseva 101 - paikkainen vanhusten palveluasumiseen tarkoitettu toimiyksikkö jossa on 7 ryhmäkotia muistisairaille ikäihmisille. Asukaspaikat ostaa ostopalvelusopimuksin Helsingin kaupunki. Heseva-kodissa hoidetaan ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevia muistisairaita. Tavoitteenamme on tarjota turvallinen ja viihtyisä koti, jossa huolehdimme asukkaiden päivittäisestä hyvinvoinnista sekä luoda asukkaille mahdollisimman aktiivinen arki. Heseva-kodin toiminta-ajatuksena on hoitaa asukasta hänen voima-varojaan ja yksilöllisyyttään kunnioittaen sekä kuntoutumista tukien.

Heseva-kodin arvoja ja toimintaperiaatteita ovat ainutkertaisuus, yksilöllisyys, voimavaralähtöisyys ja turvallisuus. Asukasta ja hänen kotiaan kunnioitetaan hänen elämänsä historia huomioiden. Asukkaalla on oikeus osallistua itseään ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitoa ohjaa hänen tarpeidensa ja elämänsä historiansa pohjalta tehty hoitosuunnitelma. Asukasta ohjataan ja kannustetaan omatoimisuuteen jäljellä olevat voivavarat sekä tämänhetkinen toimintakyky huomioon ottaen. Asukasta avustetaan suoriutumaan päivittäisissä toiminnoissa. Hoitohenkilökunta kartoittaa asukkaan mahdollisen apuvälineiden tarpeen sekä opastaa niiden käytössä. Asukkaalle luodaan turvallinen ja esteetön asuinympäristö. Ylläpidetään asukkaan, omaisten ja henkilökunnan välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua. Tuttu ja ammattitaitoinen henkilökunta on ympärivuorokautisesti asukkaan tavoitettavissa yksilöllisyyttä kunnioittaen. Henkilökuntamme on sitoutunut toimimaan hoitotyön arvojen mukaisesti huomioiden asukkaan yksilöllisyyden, omatoimisuuden tukemisen sekä turvallisuuden. Heseva-kodissa henkilökunnan kanssa kehitettävä hoitotyö pohjautuu tutkittuun hoitotietoon sekä hoitosuunnitelmaan. Hoitohenkilökunta koulutetaan 2017 mennessä vanhustyön erikoisammatin, muistihoitajan tutkintoon.

2 SIIRTYMINEN KODIN ULKOPUOLISEEN HOITOOON

Läheisen siirtyminen lopullisesti kodin ulkopuoliseen tuettuun hoitoon on suuri muutos sekä muistisairaalle että omaiselle. Se on ainutkertainen ja eräs vaikeimmista ja kuormittavimmista elämänkaaren vaiheista. Muutostilanne tuo usein helpotusta ja huojentuneisuutta hoidon vastuun siirtyessä hoitokodille. Se voi kuitenkin aiheuttaa myös syyllisyyden ja turvattomuuden tunnetta, surua ja menetyksen tunnetta. Monella omaisilla saattaa olla useita huolenaiheita läheisen pärjäämisestä hoitokodissa. Mieltä voi askarruttaa muistisairaana voimien heikkeneminen, mahdollisuudet ulkoiluun, virkistystoiminnan riittävyys sekä yksinäisyys. Omaisen huolta voi lisätä asukkaan muutosta johtuva ahdistus, mikä laantuu ajan kanssa. Hoitohenkilökunta pyrkii parhaansa mukaan auttamaan tässä tilanteessa. Nämä ovat kaikki normaaleja ajatuksia ja tunteita omaisella siirtymävaiheessa. Näistä tuntemuksista on hyvä keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.

Heseva-kodin asukkaiden hyvinvoinnista huolehditaan hoitosuunnitelman mukaisesti. Toiminta on tavoitteellista ja toiminnallista arkea. Voimavaralähtöisellä ja kuntouttavalla toimintatavalla huomioidaan asukkaan yksilöllisyys, omatoimisuus, psyykkiset, fyysiset sekä sosiaaliset tarpeet. Asukkaan hyvinvointia seurataan ja arvioidaan päivittäin. Tavoitteenamme on tuottaa moniammatillisesti ja hyvässä yhteistyössä asukkaalle hyvää hoitoa sekä arvokkaan elämän. Suunnitteleminen, toteuttaminen ja arvioiminen jatkuvasti arjen työssä tätä yhteistyötä mm. hoitoneuvotteluilla, RaiSoft-arviointijärjestelmällä, hoito- ja kuntoutussuunnitelmilla sekä elämäntapa- ja elämäntarpeiden arvioinnilla. Hyvän hoitosuhteen saavuttamiseksi tarvitaan hyvää yhteistyötä, luottamusta ja avointa vuorovaikutusta omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Omaisella on runsaasti tietoa läheisensä elämänhistoriasta, tarpeista, tottumuksista ja toiveista. Näiden tietojen pohjalta voimme suunnitella ja toteuttaa parasta mahdollista hoitoa. Hoitohenkilökunnan ammattitaito, asiantuntijuus ja hyvä, toimiva yhteisö luovat hyvän perustan laadukkaalle hoidolle.

3 MITÄ ASUKKAALLA OLISI HYVÄ OLLA MUKANA

- Heseva-kodin puolesta huoneissa on sänky, patja, yöpöytä ja wc-paperi
- Huoneen voi sisustaa asukkaan tai omaisen toiveen mukaisesti; esim. lipasto, mukava nojatuli, omat verhot, yölamppu ym. Valokuvat/ taulut luovat kodikkuutta
- Television voi tuoda huoneeseen mutta suosituksena on ettei televisio turvallisuussyistä olisi yli viisi vuotta vanha. Asukkaan huoneeseen täytyy tuoda myös sammutuspeite
- Heseva-kodin vakuutus ei ole korvausvelvollinen asukkaan omista tavaroista jos asukas itse hävittää, rikkoo tavaroita tai asukkaan ovi on auki. Omaiset täyttävät kaavakkeen jolla asukas itse tai omainen ottaa vastuun asukkaan huoneessa olevista tavaroista, jos asukkaalla on tapana pitää oveaan auki.
- Voimassa oleva lääkelista, lääkkeet, reseptit ja kelakortti
- Hoitajan arvio/raportti
- Lääkärin viimeisimmät sairaskertomukset / hoidon kannalta välttämättömät tiedot
- Asukkaan käyttämät apuvälineet (rollaattori, kävelykeppi) tulevat asukkaan mukana / tai tulee lähete sairaalasta
- Apuvälineistä, omahoitotarvikkeista ja vaipoista lääkärin allekirjoittamat ilmaisvälinejakelu lähetteet, mikäli nämä eivät ole asukkaalla jo käytössä
- Vaatteita, päällysvaatteet ulkoilua varten, sisä- sekä ulkoilukengät, mukavia sisävaatteita, yöpukuja / pyjama x 3 ja alusvaatteita
- Peitto, tyyny ja päiväpeitto sekä lakanat (kolmeen petaukseen tarvittava määrä, tynnyliinoja, aluslakanoita ja pussilakanoita)
- Kylpypyyhkeitä, kasvopyyhkeitä ja kylpytakki
- Hygieniavälineet: pesuaineet, hampaidenhoitovälineet, kauneudenhoito tuotteet (jos tapana käyttää), ihovoiteita, papiljotit, kampa/harja, parranajovälineet
- Inkontinenssi tuotteet

3.1 Jos tullaan sairaalasta

- Lääkelista
- lääkkeet 3–5 pv, reseptit ja kelakortti
- vaippoja alkuun
- vaippalähete /sairaalasta
- hoitajan lähete / loppuarvio
- lääkärin viimeisimmät sairaskertomukset / hoidon kannalta välttämättömät tiedot
- apuvälineet / apuvälinelähete
- apuvälineistä, omahoitotarvikkeista ja vaipoista lääkärin allekirjoittamat ilmaisvälinejakelu lähetteet, mikäli nämä eivät ole asukkaalla jo käytössä

4 TERVEYDENHUOLLON JA SAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMINEN

Heseva-kodin hoitohenkilökunta seuraa ja arvioi päivittäin asukkaiden fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa sekä tarvittaessa ottaa yhteyttä lääkäriin. Hoitohenkilökunta käy säännöllisesti lääkärin kanssa keskustelua asukkaiden terveydentilaan liittyvistä asioista. Lääkäri päättää asukkaiden hoitotoimenpiteistä sekä lääkityksistä joita hoitohenkilökunta noudattaa. Lääkäri tekee asukkaan tulotarkastukset, vuosittaiset terveystarkastukset, lääkityksen arvioinnit puolivuositain sekä laatii lähetteet erikoislääkärille.

Helsingin kaupungin kotihoito järjestää lääkäripalvelut ostopalveluina Attendo Oy:ltä Heseva-kotiin. Lääkäri käy Heseva-kodissa kerran viikossa. Hus-laboratorio käy ottamassa asukkaiden laboratoriotulokset Heseva-kodissa kerran viikossa. Muut terveyskeskuspalvelut järjestetään asukkaan tarpeen mukaan talon ulkopuolella. Jos asukas lähetetään kiireettömissä tilanteissa sairaalaan, tarvitaan aina lääkärin lähete tai virka-ajan ulkopuolella seniorihoitajan lupa. Heseva-kodin ulkopuolella tapahtuviin poliklinikka, röntgen yms. käynteihin toivotaan omaisten osallistuvan oman aikataulun puitteissa. Kiireellistä hoitoa vaativissa, äkillisissä sairaskohtauksissa, henkilökunta Heseva-kodista ottaa aina yhteyden hätäkeskukseen 112. Mikäli kyseessä on ei-kiireellinen sairastapaus, konsultoidaan aina ensin osaston sairaanhoitajaa tilanteen arvioimista varten ja tarvittaessa osaston henkilökunta konsultoi lääkäriä. Virka-aikana yhteys otetaan talon omaan lääkäriin ja virka-ajan ulkopuolella Haartmanin sairaalan seniorihoitajaan. Asukkaalla on mahdollisuus saada erikoislääkärin hoitoa, kuntoutusta, fysikaalista hoitoa tai muuta terapiaa jolloin Heseva-kodin lääkäri voi tarvittaessa tehdä lähetteen. Asukkaalla on myös mahdollisuus käyttää esimerkiksi silmälääkärinä, jonka palvelujen käyttö on omaisen harkinnassa. Asukkaan siirtyessä sairaalaan laitetaan mukaan lähete-palautekansio hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja välttämättömän tiedon eteenpäin viemiseksi. Hoitaja antaa asukkaan tilanteesta suullisen ja kirjallisen raportin hoitoa jatkavalle yksikölle esim. ambulanssihenkilöstölle.

5 RAVITSEMUS

Heseva-kodissa asukkaat ruokailevat yhteisessä ruokailutilassa, jolloin tavoitteena on yhteisöllinen ruokailuhetki. Lisäksi vietämme 70, 75, 80, 85, 90, 95 ja 100 –vuotis syntymäpäivät yhdessä ryhmäkodin asukkaiden kanssa. Omaiset voivat halutessaan tilata juhlasalin ja tarjottavat Gaius-ravintolan kautta. Monipuolinen ravitsemus on tärkeää ravintoaineiden saannin vuoksi. Se vaikuttaa vireyteen, nukkumiseen sekä fyysiseen hyvinvointiin. Asukkaiden ruoan valmistuksesta huolehtii Gaius-Lounasravintola.

Ruokalistasuunnittelun perustana on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ikään-tyneiden ravitsemussuositukset. Toteutamme säännöllisesti sekä tarvittaessa asukkaan ateriaseurantaa ja ravitsemustilan arviointia MNA:n ja ruokapäivä-kirjojen avulla. Virhe- tai aliravitsemuksessa oleville asukkaille tehdään yksilöllinen ravitsemus-hoitosuunnitelma, jota noudattamalla asukkaan ravitsemustila saadaan kohenemaan. Samalla asukkaan mahdollinen toipuminen, vireystila sekä elämänlaatu paranevat. Noudatamme Helsingin kaupungin ravitsemussuosituksia ympärivuorokautisessa hoidossa oleville asukkaille. Asukkaat saavat aterioita viisi kertaa päivässä sekä yöllä on mahdollisuus yöpalaan.

6 ASUKAAN MAKSUT

Palveluasumisen maksun määrittelee Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimisto. Asukkaan maksun laskuttaa Helsingin kaupunki. Maksu koostuu vuokrasta, perus-, ateria- ja palvelumaksusta (=hoiva ja huolenpito). Maksut määritellään asukkaan nettotulojen mukaan. Tuloiksi otetaan huomioon myös esimerkiksi asumistuki, takuueläke ja eläkettä saavan hoitotuki. Asukkaalle jätetään sosiaalilautakunnan päättämä käyttövara, joka on 20 prosenttia nettotuloista, kuitenkin vähintään 254 eur/kk. Käyttövaralla asukas maksaa henkilökohtaiset menonsa, esim. lääkkeet, lääkäripalvelut, laboratiokokeet tai muut talon ulkopuolelta hankitut terveyden – ja sairaanhoitopalvelut, joitakin hoitotarvikkeita, vaatteet sekä henkilökohtaisiin tarpeisiin liittyvät kustannukset.

Eli lyhyesti: 20 prosenttia asukkaan nettotuloista jää asukkaalle käyttövaraksi ja loput 80 prosenttia nettotuloista menee asumisen maksuun.

6.1 Asumistuen hakeminen

Omainen, määrätty edunvalvoja tai yleinen edunvalvoja hakee asukkaan puolesta asumistukea. Eläkkeensaajan asumistukihakemus esitätetään Heseva-kodin toimistossa ja tarvittaessa omaista avustetaan lomakkeen täyttämässä.

6.2 Toimeentulotuen hakeminen

Sosiaalitoimesta haettavan toimeentulotuen hakee joko omainen, edunvalvoja tai muu asukkaan edustama henkilö, joka hoitaa asukkaan raha-asiat.

6.3 Eläkkeensaajan hoitotuen hakeminen

Hoitotuen saaminen kartoitetaan asukkaan ensimmäisessä hoitoneuvottelussa. Ellei asukas saa hoitotukea sen hakemiseksi liitetään hakemukseen mahdollisimman tuore lääkärintlausunto C (ei puolta vuotta vanhempi) tai B-lääkärintlausunto, jos siitä ilmenevät hakemuksen ratkaisemisessa tarvittavat tiedot. Osan hakemuksen tiedoista täydentää sen ryhmäkodin hoitaja missä asukas asuu.

6.4 Mahdolliset muut hakemukset

Asukasta edustava omainen, edunvalvoja tai yleinen edunvalvoja tekee etuushakemukset ja -anomukset. Tarvittaessa omaista autetaan hakemusten tekemisessä Heseva-kodin toimistossa. Yleinen edunvalvoja hakee kaikki mahdolliset etuudet ”viran puolesta”.

6.5 Maistraatin muuttoilmoitus

Heseva-koti on asukkaan koti. Uuden asukkaan muuttaessa Heseva-kotiin toimistosta tehdään muuttoilmoitus maistraattiin viikon kuluessa.

6.6 Asukkaan vuokrasopimus

Omainen, edunvalvoja tai yleinen edunvalvoja allekirjoittaa vuokrasopimuksen asukkaan puolesta. Vuokra on yksi osa asumisen kokonaismaksua. Asukkaalle kuuluu kaikki ne samat Kelan myöntämät etuudet kuin kotona asuvalle vanhukseksi.

Veteraani- ja Lottajärjestöjen myöntämät etuudet ovat omaisen / edunvalvojan tai yleisen edunvalvojan tiedossa yleensä siinä vaiheessa kun asukas muuttaa Heseva-kotiin.

7 ASUKKAAN ASEMA JA OIKEUDET

Asukkaat tulevat Heseva-kotiin Helsingin kaupungin ostopalvelusopimuksen kautta. Helsingin kaupungin sääntöjen mukaan asukkaalla on vuorokausi aikaa ottaa vastaan hänelle tarjottu hoitopaikka. Helsingin kaupungilta tulee asukkaan sijoittumisesta päätös. Asukkaan saapuessa Heseva-kotiin hänelle nimetään vastuuhoitaja. Asukkaan, omaisten/läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa tehdään yhteistyössä asukkaan hoitosuunnitelma, kuukauden kuluessa muuttamisesta. Hoitosuunnitelma päivitetään kolmen kuukauden välein tai aina tarvittaessa. Heseva-kotia koskevista muutoksista tiedotetaan asukasta, omaista tai edunvalvojaa kirjallisesti. Helsingin kaupunki määrittää ja laskuttaa asukkaiden palveluasumisen kustannukset. Helsingin kaupunki ilmoittaa omaisille tai edunvalvojille mahdollisista muutoksista.

Asukkaalla on mahdollisuus käyttää kampaajan ja jalkahoitajan palveluja hoitohenkilökunnan varaamana. Näihin kustannuksiin sekä yhdessä tehtäviin retkiin tarvittavia käteisvaroja säilytetään Heseva-kodin holvissa. Käteisvarojen määrä pyritään pitämään pienenä, noin 50–100 euroa ja niiden säilytyksestä holvissa vastaa talon johtaja. Jokaisella asukkaalla on henkilökohtaisesti merkitty kirjekuori, jossa on rahat ja kuitit menoista säilytetään. Omaisen tai edunvalvojan tuomista rahoista ja niiden käytöstä tehdään merkinnät Prime Caren ”käteiskirjanpitosivulle”. Yleisen edunvalvonnan piiriin kuuluvan asukkaan osalta käteisvaroja nostetaan tarvittaessa suoraan pankista. Käteisvarojen nostosta Heseva-kodissa vastaavat vain johtaja tai toimistonhoitaja. Edunvalvoja huolehtii varojen siirrosta käteistilille. Käytännöt perustuvat edunvalvojan kanssa tehtyyn sopimukseen.

Asukkaan muuttaessa pois tai asukkaan kuoltua Prime Careen tehdyistä käteisvarojen käytössä olevista merkinnöistä otetaan listaus kuluneelta vuodelta ja rahat sekä lista luovutetaan omaiselle tai edunvalvojalle kuittausta vastaan. Vuodenvaihteessa tehdään listaus menneen vuoden käteisvarojen tapahtumista kaikkien talon asukkaiden osalta ja toimitetaan kuitteineen omaiselle tai edunvalvojalle. Jos omainen tai edunvalvoja ei halua luovuttaa holviin käteisvaroja, pitää

siitä saada kirjallinen tieto. Omaiset täyttävät kaavakkeen, jolla asukas tai omainen ottaa vastuun asukkaan huoneessa olevista tavaroista. Heseva-koti ei ole korvausvelvollinen asukkaan omista tavaroista, jos asukas itse hävittää tai rikkoo tavaroita.

8 ASUKAS SAATTOHOIDOSSA HESEVA-KODISSA

Lääkäri arvioi yksilöllisesti hoitajien ja omaisten kanssa milloin asukas siirtyy saattohoitoon. Saattohoitopäätös tarkoittaa parantavista hoidoista siirtymistä oireiden mukaiseen hoitoon. Muistisairas saattohoitopotilas tarvitsee vierelleen tutun hoitoryhmän jotka tuntevat hänen elämänsä ja ovat tietoisia hänen hoitotahdostaan. Pääohjeena on ihmisen mahdollisimman mukava olotila sekä mahdollisten häiriötekijöiden karsiminen. Oikeanlainen ja riittävä kivun hoito on hyvin tärkeää. Omaisten ja henkilökunnan rauhallisuudella lisäämme asukkaiden turvallisuuden tunnetta. Kun asukas siirtyy saattohoitoon, on tärkeää pitää omaista ajan tasalla ja tehdä hänen kanssaan yhteistyötä. Saattohoidon tavoitteena on mahdollisimman oireeton, turvallinen ja arvokas kuolema.

Saattohoidossa olevalle asukkaalle tarjotaan hänelle mieluisia ruokia ja juomia sen verran mitä asukas itse haluaa. Nieleminen voi olla vaikeaa ja ravinnon imeytyminen voi olla heikentynyt. Asukasta ei syötetä pakolla ja mikäli hän ei enää jaksaa juoda hänen suutaan kostutetaan. Saattohoidossa olevan asukkaan suunhoitoon tuleekin kiinnittää erityistä huomiota. Tavallisimpia suun ongelmia ovat suun kuivuminen, infektiot, kipu, limakalvorikot ja makumuutokset. Suun oireet heikentävät elämänlaatua, vaikeuttavat puhumista, nielemistä ja ruokailua. Juominen, jääpalat ja jäämurska saattavat tuntua miellyttäviltä. Myös kosteuttavista voiteista ja geeleistä voi olla apua.

Asukkaan hygieniasta huolehtiminen osoittaa välittämistä ja tuo mielihyvää. Samalla hoitaja on fyysisesti lähellä potilasta ja viestii potilaalle välittämistään. Pesujen yhteydessä hoitaja havainnoi potilaan ihon kuntoa ja huolehtii liike- ja asento-ongelmista. Näin voidaan helpottaa asukkaan kipuja, ehkäistä paine- ja haavaumien syntyä ja lisätä potilaan elämänlaatua. Hyvä perushoito on ihmisen kunnioittamista. Asukkaan voimien heiketessä fyysisen kosketuksen merkitys kasvaa. Kuolevalle tulee välittyä tunne siitä että hänestä välitetään sekä häntä hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla myös kuoleman hetkellä ja sen jälkeenkin. Kipujen lievittäminen ja mahdollisesti myös poistaminen rauhoittavat asukasta ja auttavat

jaksamaan elämän loppuvaiheessa. Kaikki saattohoitopotilaat eivät ole kykeneviä kertomaan kivustaan. Kipua voidaan arvioida tarkkailemalla kasvojen ja suun ilmeitä. Itku, kyyneleet, ihon väri, ihon kosteus, kehon asento, raajojen liikkeet sekä reaktioita käsittelyille voivat kertoa kivusta. Käyttäytymisen muutokset voivat myös ilmentää kipua. Näitä muutoksia voivat olla sekavuus, lisääntynyt levottomuus, ärtyisyys, pahoinvointi, ruokahaluttomuus, uupumus tai sosiaalisten kontaktien väheneminen. Asukkaan iho voi muuttua laikukkaaksi. Jalkaterät ja kädet muuttuvat viileämmiksi ja voivat myös muuttua väriään sinertäväksi. Hengitys voi muuttua katkonaiseksi tai korisevaksi. Lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintymisen seurauksena potilaalla saattaa olla korkea kuumepiikki. Kuumetta hoidetaan kuumetta alentavilla lääkkeillä.

Saattohoidossa huomioidaan asukkaan lisäksi myös hänen omaisensa. Saattohoitopotilaalla on oikeus läheisen tai toisen ihmisen läsnäoloon kuoleman läheisyydessä. Omaisten tulee asukkaan luvalla saada osallistua asukkaan hoitoon ja heitä tulee ohjata ja opastaa siinä. Surevan kohtaaminen voi olla pelottavaa tai voi olla vaikeaa kun ei tiedä mitä sanoa. Surevan kohtaamisessa on tärkeää, että näytetään surevalle, että hänen surunsa otetaan vastaan. Annetaan tilaa hänen tunteilleen, ajatuksilleen ja reaktioilleen. Kunnioitetaan surevan surua. Sureva otetaan vastaan sellaisenaan, ei omista tai analysoida surevaa ja tilannetta liian ammattimaisesti. Sureva on tärkeä kohdata ihmisenä. Muistetaan, että suru on aina yksilöllinen, eikä kukaan voi surra väärin. Tärkeää on ymmärtää että hoitohenkilökunta on läsnä ja käytettävissä.

Heseva-kodin keskeisimmät saattohoidon periaatteet:

- Hyvä perushoito ja oireiden lievitys
- Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde
- Ihmisarvon kunnioittaminen
- Yksilöllisyyden kunnioittaminen
- Omaisten huomioiminen
- Elämänlaadun maksimointi

9 HESEVA-KODIN YHTEYSTIEDOT

OSASTO:

Puhelin:

OSASTONHOITAJA:

Puhelin:

TOIMISTONHOITAJA:

Puhelin::

KÄPYLÄN APTEEKKI

Puhelin: 09 791335

TOIMINNANOHJAAJA mikko.semi@gaius-saatio.fi, p. 050 311 0329



LIITE 2: Opas muistisairauksista

GAIUS-SÄÄTIÖN HESEVA-KODIN OPAS MUISTISAIRAAN OMAISELLE - MUISTISAIRAUDET

Merja Toivonoja
Opinnäytetyö, syksy 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 YLEISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA..... | 3 |
| 1.2 Alzheimerin tauti | 3 |
| 1.3 Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus | 4 |
| 1.4 Lewyn kappale -tauti | 4 |
| 1.5 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus | 5 |
| 1.6 Parkinsonin tauti | 5 |
| 1.7 Alkoholidementia | 6 |
| 2 KÄYTÖSOIREET | 7 |
| 2.1 Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavat tekijät | 7 |
| 2.2 Käytöshäiriöiden hoito | 8 |
| 3 MUISTISAIRAUKSIEN LÄÄKKEELLINEN HOITO..... | 10 |
| 3.1 Lääkehoidon toteuttaminen ja seuranta | 10 |
| 4 HOITOTOIMIEN KEINOT | 12 |
| 4.1 Toimintakyvyn ylläpitäminen | 13 |
| 5 OMAISEN ROOLI MUISTISAIRAAN HOIDOSSA JA ELÄMÄSSÄ | 15 |
| LÄHTEET | 17 |

1 YLEISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA

Muistin heikkeneminen on iäkkäillä tavallinen oire jonka syy pitää aina selvittää. Muistisairauksien hoito on kokonaisvaltaista ja muistisairas sekä hänen perheensä tulee huomioida yksilöllisesti. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale –tauti ja Frontaalilohko-dementia. Myös Parkinsonin tauti lasketaan eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi.

Suurin osa etenevistä muistisairauksista johtuu muista kuin perinnöllisistä tekijöistä. Riskitekijät liittyvät erilaisiin ympäristöön ja elämäntapoihin liittyviin tekijöihin joista suurin osa on vielä tuntemattomia. Puhtaasti perinnölliset muistisairaudet ovat hyvin harvinaisia. Ne alkavat kaikki nuorella iällä. Näitä sairauksia ei ole syytä pelätä vaikka suvussa olisi useitakin muistisairautta sairastavia henkilöitä, jos heidän oireensa ovat alkaneet yli 65-vuotiaana. Sen sijaan, jos lähisuvussa tai peräkkäisissä sukupovissa on useita samankaltaiseen muistisairauteen nuorena sairastuneita henkilöitä, voivat oireettomatkin henkilöt kääntyä tarvittaessa asiantuntijoiden puoleen. Näissä tilanteissa apua antavat yliopistonsairaaloiden perinnöllisyysklinikat, Folkhälsan tai Väestöliitto.

1.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tautiin sairastuu n. 65–70 prosenttia kaikista muistisairauksista. Useimmiten Alzheimerin tauti alkaa lievillä muistihäiriöillä edeten lähimuistin heikkenemiseen ja esimerkiksi syöminen ja juominen unohtuvat. Ajan- ja paikantaju häviää, sanoja ei enää löydy ja ne korvataan kiertoilmaisuin. Monimutkaiset toiminnot, kuten ruoanlaitto ja pukeutuminen vaikeutuvat ja sairudentunto heikenee tai häviää. Sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät usein hyvinkin pitkään. Sairauden kestätyä n. 3–5 vuoden ajan alkaa kehittyä jäykkyyttä, hitautta, etukumara asento sekä pakkoinkontinenssi ongelmia. Keskimäärin 5–8 vuoden ku-

luttua oireiden alkamisesta potilaan kävelykyky alkaa heiketä, mutta säännöllisellä liikunnalla esimerkiksi kävelemisellä voidaan liikuntakykyä ylläpitää pidempääkin.

1.3 Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus

Vaskulaarista muistisairautta sairastaa n. 15 prosenttia ja se aiheutuu aivovaltimoiden tukoksista yleensä aivojen pienten syvällä sijaitsevien valtimoiden ja valkean aineen vaurioitumisesta. Vaskulaarisen muistisairauden etenemistapa vaihtelee ja oireet voivat edetä portaittain, tasaisesti etenevänä tai pysyä pitkään muuttumattomana. Jo sairauden alkuvaiheessa esiintyy yöllistä sekavuutta, masennusta ja kävelyvaikeuksia. Sairaudentunto, muisti ja uuden oppiminen eivät heikkene niin selvästi, mutta vastaavasti käytösoireita on enemmän kuin Alzheimerin taudissa. Kliinisissä tutkimuksissa todetaan usein neuropsykologisia erityishäiriöitä, kuten kielellisiä häiriöitä, vaikeutta suorittaa opittuja tahdonalaisia liikkeitä, kyvyttömyyttä tunnistaa tuttuja esineitä tai asioita, kankeutta ja jäykkyyttä. Liikuntakyky heikkenee nopeammin ja kävely voi olla töpöttelevää sekä leveäraiteista. Kävelykyvyn voi menettää varhaisessakin vaiheessa. Sairauden kesto vaihtelee yksilöllisesti, keskimääräisesti sairaus kestää n. 7–8 vuotta.

1.4 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale –tautia esiintyy n. 10 prosenttia kaikista muistisairauksista. Syytä Lewyn kappale –taudin puhkeamiseen ei tiedetä. Sairauden edetessä tapahtuu muutoksia dopamiini ja asetyylikoliinia välittäjäaineenaan käytettävissä hermosoluissa ja näiden välittäjäaineiden määrällinen suhde häiriintyy. Useilla Lewyn kappale –tautiin sairastuneilla esiintyy myös Alzheimerin taudin aivomuutoksia. Lewyn kappale –taudissa kognitiivinen taso heikkenee sekä sairastuneella saattaa esiintyä spontaani parkinsonismia eli jäykkyyttä, liikkeiden hitautta, kävelyhäiriöitä, lepovapinaa, vireystason ja oireiden nopeaakin vaihtelua sekä yksityiskoh-

taisia näköharhoja. Etenevä muistisairaus alkaa 50–80 vuoden iässä ja sairau-
den ennuste vaihtelee erittäin paljon. Sen kesto voi vaihdella jopa viidestä kol-
meenkymmeneen vuoteen.

1.5 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus on yleisnimitys niille oireyh-
tymille, joille on ominaista aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminnan heikkenemi-
nen ja siitä johtuvat oireet. Sairaus alkaa yleensä 45 ja 64 ikävuoden välillä ja
etenee vähittäin. Tyypillisimpiä oireita ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen
muutos, joka voi ilmetä esimerkiksi arvostelukyvyyttömyytenä, lyhytjänteisyytenä,
apaattisuutena tai estottomuutena. Toiminta on usein ärsykesidonnaista ja impul-
siivista heikentäen sosiaalista toimintakykyä. Muisti, havaintokyky ja motoriset
taidot ovat usein kohtalaisesti säilyneet, mutta puheen tuottaminen on työlääm-
pää. Sairastunut itse ei kykene arvioimaan sairautensa aiheuttamia toimintaky-
vyn muutoksia. Impulssikontrollin heikkous aiheuttaa kyvyttömyyttä tehdä asioita
pitkäjänteisesti.

1.6 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on keski- ja vanhuusiän hitaasti etenevä liikehäiriösairaus johon
liittyy vapinan, yleisen liikkumisen hidastumisen ja lihasjäykkyyden lisäksi lukuisia
muitakin oireita. Sairaus alkaa 50–70 vuoden iässä ja keskimäärin 1 prosentti yli
60-vuotiaista sairastaa tätä tautia. Parkinsonin tautiin liittyy kolme pääoiretta: le-
povapina, liikkeiden hidastuminen ja tyypillinen lihasjäykkyys. Lihastoiminnan hi-
dastuminen näkyy usein myös kasvojen ilmeettömyytenä, käsialan pienentymi-
senä, sekä puheen muuttumisena monotoniseksi. Yli 20 prosenttia Parkinsonin
tautia sairastavista kehittyy muistisairaus taudin loppuvaiheessa. Tyypillisiä oi-
reita ovat vaihtelevat muistihäiriöt, fyysinen ja psyykkinen hidastuminen, aloitteet-
tomuus sekä epävakaat mielialat. Parkinsonin tautiin liittyy myös matala veren-
paine aiheuttaen väsymystä ja heikentäen toimintakykyä.

Muistisairauksien oireet ja seuraukset vaikuttavat monin tavoin sairastuneen ja hänen läheistensä elämään. Muistin heikkenemisen ohella myös muut toimintakykyyn vaikuttavat oireet vaikeuttavat päivittäistä elämää. Muistisairaudet vaikeuttavat ihmisen kykyä ilmaista itseään, tunteitaan sekä tarpeitaan. Sairastuneen tarpeita voi olla vaikea ymmärtää, koska ilmaisukeinot muuttuvat. Muistisairaudesta huolimatta ihmisellä säilyy monia kykyjä ja ominaisuuksia joiden kunnioittaminen on hyvän hoidon edellytys. Hoitajien ja hoitoyhteisön luotettavuus sekä turvallisuuden tunnetta lisäävä viestintä tukevat muistisairaiden hyvinvointia.

1.7 Alkoholidementia

Wernicke-Korsakoffin oireyhtymään liittyy jatkuva runsas alkoholinkäyttö yhdistettynä puutteellisesta ruokavaliosta johtuvaan B-vitamiinin eli tiamiinin puutteeseen. Oireisiin kuuluu kävely- ja tasapainovaikeudet, sekavuus sekä silmän liikehäiriöt. Alkoholidementiaan sairastuu 50–60 vuotiaana ja heillä on usein vaikeuksia toiminnan ohjauksessa, aloitekyvyttömyyttä, huono lähimuisti, estottomuutta sekä vaikeuksia sanasujuvuudessa.

2 KÄYTÖSOIREET

Muistisairauksiin liittyy psykologisia oireita ja käyttäytymisen muuttumista.

Tavallisimpia käytösoireita ovat:

- apatia, masennus
- ahdistuneisuus
- huutelu
- unihäiriöt
- virhetulkinnat
- aistiharhat
- harhaluulot
- fyysinen aggressiivisuus
- levottomuus ja kuljeskelu
- estoton käyttäytyminen
- pakko-oireet
- toisto-oireet
- tavaroiden keräily

Käytösoireita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa. Käytösoireiden hoitaminen on haasteellista ja kaikkia oireita ei aina pystytä lääketieteellisesti poistamaan. Usein omaiset saattavatkin tuntea häpeää läheistensä käytöshäiriöistä.

2.1 Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat tekijät

Muistihäiriöt ja käytösoireet ovat yhteydessä toisiinsa. Kipu, mahdolliset infektiot ja muut sairaudet voivat aiheuttaa ja vaikeuttaa käytösoireita. Muistisairas ei välttämättä kykene kertomaan kivuista tai muusta huonovointisuudesta vaan se ilmenee levottomuutena tai aggressiivisena käytöksenä. Turhautuminen ja mielialan vaihtelut aiheutuvat kommunikoinnin vaikeudesta sekä muistisairaudesta johtuvasta puutteellisesta tilanteen tulkinnasta. Sairauden myötä muistisaira

itseilmaisun keinot muuttuvat. Läheisen voi olla vaikea hyväksyä muistisairaahan muuttunutta käytöstä, ajatuksia ja toiveita. Toiveet voidaan ymmärtää väärin tai ne jopa sivuutetaan, jonka muistisairas saattaa kokea loukkaavana.

Jatkuvasti vaihtuvat kanssaihmiset saattavat myös herättää turvattomuutta ja hylätyksi tulemisen tunteita. Muistisairauden eräinä oireina ovat pelon ja huolen tunteet, jotka saattavat ilmetä haluna lähteä. Halu suojella omaa yksityisyyttä, koskemattomuutta ja reviiriä voi ilmetä aggressiivisuutena. Myös vuorokauden aika vaikuttaa käytösoireiden syntyyn ja usein alkuillasta esiintyykin enemmän käytösoireita. Muistisairaahan elämänaikaiset tapahtumat saattavat usein sekoittaa nykyhetken ja vanhoilla muistoilla sanoitetaan nykyhetken kokemuksia. Muistisairaahan äidin kaipuu kuvaa usein turvallisuuden ja välitetyksi tulemisen toiveita. Myös huoli lapsista voi kuvastaa nykyelämään liittyvää ahdistusta ja elämän hallitsemattomuuden tunteita.

2.2 Käytöshäiriöiden hoito

Lääkkeetön hoito on aina ensisijainen hoitomuoto käytösoireisiin. Käytösoireiden lääkkeettömän hoidon perustana on käytösoireen ymmärtäminen viestiksi muistisairaahan sisäisestä mielen maailmasta ja pahasta olostaan. Muistisairaahan toimintakyky sekä ilmaisukyky heikkenee ja ne saattavat aiheuttaa häpeän tunnetta, jolloin tilanteeseen sopeutuminen voi tuntua raskaalta. Hoidon tarkoituksena on ymmärtää mahdollisimman laajasti käytösoireita aiheuttavia ja ylläpitäviä tekijöitä. Muistisairaahan peruspersoonallisuuden sekä elämänsisällön tunteminen auttaa arvioimaan tilanteita ja tapahtumia. Kuunteleminen ja muistisairaahan yksilöllisen tilanteen ymmärtäminen saattavat lievittää käytösoireita.

Yhtenä hoitomuotona käytetään myös validaatiota eli muistisairaahan kertoman totena pitämistä. Muistisairaahan kohdalla tämä tarkoittaa sitä että hyväksytään sairastuneen ihmisen tunne, kuunnellaan häntä aidosti ja vastataan samalla tunteella. Esimerkiksi hädissään olevalle, kotiin lähdössä olevalle muistisairaalle ei todistella tosiasioita nykyisestä elämäntilanteesta, vaan kuunnellaan, mitä hän

viestittää ja vastataan siihen tarpeeseen. Usein käytösoireiden taustalla on turvallisuuden tunne. Turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä ja rakentaa tutuilla rutiineilla, lyhyilläkin ja säännöllisillä kontakteilla, jotka sisältävät rauhoittavan ja aidosta läsnäolosta kertovan viestin. Muistisairas kaipaa kanssaihmistä joka suhtautuu häneen aikuisena ja normaalina ihmisenä. Myönteisiä kokemuksia sekä onnistumisen kokemuksia käytetään hoitomuotona. Esimerkiksi musiikin kuuntelu, muisteluhetket tai valokuvien katselut, ovat usein myönteisiä kokemuksia ja ehkäisevät käytösoireiden syntyä.

3 MUISTISAIRAUKSIEN LÄÄKKEELLINEN HOITO

Vanhusten lääkesuunnittelu on haastavaa, koska he ovat usein monisairaita ja tarvitsevat useita lääkkeitä. Lääkehoito vaatii tarkkaa suunnittelua, sillä joidenkin lääkkeiden yhteiskäyttöön liittyy sivuvaikutuksia ja tiettyjä riskejä. Yhteisvaikutukset ovat melko yleisiä, mutta pieni osa kliinisesti merkittäviä. Lääkehoito on kuitenkin vain osa vanhuksen hoitoa ja lääkkeiden oikeanlainen käyttö on hyvän hoitosuhteen tunnusmerkki.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 ”Turvallinen lääkehoito” -oppaan. Sen tavoitteena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkiyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoja ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Lääkehoito toteutetaan toimintayksikössä ja se perustuu yksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan.

3.1 Lääkehoidon toteuttaminen ja seuranta

Heseva-kodin asukkaiden lääkehoidosta vastaa Helsingin kaupungin ostopalvelu lääkäri. Asukkaat ovat henkilökohtaisessa asiakassuhteessa apteekkiin, jonne avataan laskutustilin omaisen tai edunvalvojan toimesta. Lääkäri kirjoittaa asukkaiden e-reseptit. Lääketilaukset pohjautuvat Käpylän apteekissa e-resepteihin, jotka ostopalvelu lääkäri on määrännyt puoleksi vuodeksi/vuodeksi kerrallaan. Käpylän apteekki lähettää e-reseptit uusittaviksi ostopalvelu lääkärille Heseva-kotiin tarpeen mukaan. Lääkkeet tilataan Käpylän apteekista. Tilaukset tehdään ja lääkkeet toimitetaan kaksi kertaa viikossa apteekin kanssa sovittuina päivinä. Kuljetus on asukkaille maksutonta. Kiireellisissä tapauksissa tarvittava lääke voidaan hakea apteekista lääkärin kirjoittamalla e-reseptillä tai puhelinmääräyksellä. Terveystieteellisen ammattihenkilölain mukaisesti lääkäri päättää asukkaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä sekä päättää siihen liittyvästä hoidosta ja lääkkeistä. Lääkäri tekee asukkaalle tulotarkastuksen kuukauden sisällä Heseva-kotiin muuttamisesta ja lisäksi vuositarkastukset. Lääketarkistus

tehdään kuukauden kuluttua asukkaan muutosta Heseva-kotiin. Lääkäri kirjoittaa reseptit yleensä puoleksi vuodeksi kerrallaan. Lääkityksen kokonaisarvio tehdään asukkaalle lääkärin toimesta kaksi kertaa vuodessa. Päivystystilanteessa lääkemääräys voidaan tehdä myös puhelimitse.

Gaius - säätiön Heseva-kodin 2015 lääkehoitosuunnitelman perustana on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32 'Turvallinen lääkehoito / Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa'. Lääkehoidon osalta luonnollista tietä annettavat lääkkeet, ihonalaiset sekä lihaksensisäiset injektiot kuuluvat perustyöhön. Tarvittaessa asukkaan suonensisäisen lääkityksen hoidosta vastaa kotisairaala tai sairaala.

Lääkehoidon toteuttaminen ja sen seuranta kuuluu hoitohenkilökunnalle. Asukkaiden tarkkailu ja havainnointi kuuluu kaikkien Heseva-kodin asukkaiden kanssa tekemisissä olevien työntekijöiden toimenkuvaan. Lääkehoitoon sisältyvän informaation jakaminen kuuluu Heseva-kodin henkilökunnalle ja lääkärille. Ryhmäkodissa on nimetty sairaanhoitajat lääkehoidon vastuuhenkilöiksi. Heidän vastuulla on ryhmäkodin työntekijöiden perehdyttäminen lääkehoitoon sekä asukkaiden lääkkeiden jakaminen lääkedosetteihin. Jokaisella asukkaalla on lukitussa kaapissa oma dosetti johon lääkkeet jaetaan lääkekortin mukaisesti. Lääkkeet annetaan dosetista asukkaalle suunnitellun lääkehoito-ohjelman mukaisesti.

Sairaanhoitaja tai vastuuhoitaja informoi asukasta ja/tai hänen omaista lääke-
muutoksista eli syyt uuden lääkkeen aloitukseen, kuinka usein ja kuinka pitkään sitä annetaan sekä mitä sivuvaikutuksia siitä voi mahdollisesti aiheutua. Säännöllisesti ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden vaikutuksia arvioidaan jatkuvasti ja kirjataan tiedot sähköiseen Prime Care –asukastietojärjestelmään. Hoitohenkilökunta havainnoi asukkaita ja ottaa mielellään vastaan omaisten havainnot lääkemuutosten vaikutuksista. Lääkkeiden vaikutuksien arvioinnissa käytetään mahdollisuuksien mukaan mittareita esim. verensokerin mittausta. Lääkäriin ollaan välittömästi yhteydessä jos lääkitys ei tuota toivottua tulosta tai jos siitä aiheutuu sivuvaikutuksia.

4 HOITOTOIMIEN KEINOT

Lääkehoito ei korvaa hoitotyön keinoja asukkaan mielipahan lieventämiseksi. Vuorovaikutus ja asukkaan kohtaaminen ovat avainasemassa varsinkin asukkaan tullessa ryhmäkotiin. Kuunnellaan, ollaan läsnä, huomioidaan ja kunnioitetaan asukasta. Huomioidaan merkityksellinen tekeminen esimerkiksi ottamalla mukaan päivittäisiin ryhmäkodissa tapahtuviin askareisiin. Lääkkeetön hoito soveltuu asukkaille joilla on lieviä oireita. Käyttöoireet voivat lisääntyä tekemisen puutteesta ja turhautumisesta. Tavoitteena lääkkeettömässä hoidossa on hyvä ja mielekäs arki sekä haittaavien käyttöoireiden vähentäminen. Näin otetaan yksilöllisesti huomioon omaisten tukeminen ja opastaminen, hoitoympäristö, oirekohdainen huomiointi, virkistystoiminta sekä asukkaan omien toimintakykyjen arviointi. Tarpeettomien lääkkeiden käyttöä pyritään välttämään keskustelemalla säännöllisesti lääkärin kanssa läkehoidosta. Asukkaan vapaa liikkuminen turvataan mahdollisimman pitkälle erilaisin apuvälinein ja huolehditaan asukkaiden säännöllisestä ulkoilemisesta.

Hesevan ryhmäkotien ovet ovat suljetut ja siten liikkumisvapautta rajoitetaan. Muita rajoitteita käytetään vain asukkaan turvallisuuden vaarantuessa. Rajoituksia on käytettävä vain siinä määrin kuin on välttämätöntä ja syiden tulee olla pakottavia. Rajoitteista laaditaan aina lääkärin kirjallinen määräaikainen lupa jonka lääkäri kirjaa Prime care –asukastietojärjestelmään. Rajoitteiden tarpeellisuutta tulee aina arvioida yhteistyössä lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa. Ratkaisu on aina tehtävä asukaskohtaisesti ja sitä ennen on harkittava voidaanko käyttöön ottaa muita soveltuvia turvallisuutta lisääviä menetelmiä. Liikkumisvapautta rajoittavaa hoitopäätöstä tehtäessä on otettava huomioon rajoituksesta potilaalle koituvat haitat sekä hyödyt ja punnittava niitä tasapuolisesti keskenään. Kyseessä on hoitopäätös, joka perustuu hoitovastuussa olevan lääkärin, vastuuhoitajan ja osaston muun hoitotiimin kanssa yhteistyössä tekemään ratkaisuun. Ennen päätöstä tulee selvittää asukkaan oma kanta asiaan. Ellei asukas pysty asiallisesti itse päättämään, tulee hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista/läheistä kuulla sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi asukkaan tahoja.

4.1 Toimintakyvyn ylläpitäminen

Heseva-kodissa asukkaiden päivittäisessä arjessa otetaan huomioon asukkaan yksilöllisyys, hänen toimintakykynsä ja omat toiveensa. Kunnioitetaan asukkaan omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Asukkaan omaa tahtoa pyritään selvittämään omaisen ja läheisen kautta. Myös asukkaan elämänkaari, hänen mieltymykset sekä harrastukset pyritään parhaan mahdollisen hoidon ja toiveiden mukaan toteuttamaan. Tavoitteena on että asukkaan hoito ja arki olisivat mahdollisimman paljon asukkaan itsensä näköistä.

Joissakin tilanteissa kuntoutus on mahdotonta ja silloin onkin oleellista huomioida muistisairaana jäljellä olevien voimavarojen ylläpitäminen. Hyvä fyysinen kunto pitää toimintakyvyn parempana pidempään ja vaikuttaa myös henkiseen hyvinvointiin. Liikkumista tulisi toteuttaa muistisairaana kunnan ja mahdollisuuksien mukaan. Esimerkiksi muistipelit, sanaristikot, lukeminen, elokuvat tai muut miettimistä edistävät tehtävät ovat erinomaista aivojen aktivointia ja kuntoutusta. Hoitoympäristöstä pyritään myös tekemään mahdollisimman kodinomaisen, jotta asukas sopeutuisi uuteen ympäristöön ja muihin asukkaisiin.

Yhteydenpidon jatkuminen omaisten ja läheisten välillä on merkityksellistä asukkaan hyvinvoinnin sekä hoitomyönteisyyden kannalta. Heseva-kodissa on päivittäisessä toiminnassa keskeisenä asiana muistisairaana asukkaan toiminnallinen ja mielekäs arki sekä muistikuntoutus. Tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, turvallisuus ja mielekkyys ovat avainasemassa.

4.2 Viriketoiminta

Toiminnanohjaaja järjestää ryhmämuotoista ja yksilöllistä kuntouttavaa viriketoimintaa asukkaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun edistämiseksi. Toiminnalla on erikseen kevät-, kesä- ja syksyohjelmat. Huomioimme talon toiminnassa juhlapäivät. Vanhustenviikolla ja joulukuussa on erilliset ohjelmat jolloin on paljon mo-

nipuolista toimintaa retkistä osallistaviin tanssiesityksiin. Heseva-kodin toiminnassa pyritään huomioimaan asukkaat yksilöllisesti. Järjestämme toimintaa asukkaiden kunnon, toiveiden ja tarpeiden mukaan. Viikko-ohjelmassa on paljon erilaista harrastetoimintaa, esimerkiksi yhteislaulua, tansseja, teatteriesityksiä ja konsertteja. Hartaus on seurakuntien järjestämänä toteutettu torstaisin. Erilaiset ryhmätoiminnot, kuten tuolijumppa, tasapainoryhmä, kuoro, kädentaitoryhmät, leivonta, ystäväpiiri, miesten ryhmä, osastojen toimintaryhmät ja tasapainokoulu ovat keskeinen osa toiminnallista arkea Heseva-kodissa. Osallistamista voidaan toteuttaa monella eri tavalla, esim. useat asukkaat ovat tottuneet hoitamaan kotiaan ja tekemään siihen liittyviä kodinhoidollisia töitä. Toiminnanohjaaja järjestää myös kuukausittain musiikkitilaisuuksia ja muita tapahtumia juhlasalissa. Heseva-kodin viikko-ohjelma löytyy ryhmäkodeista.

Toiminnanohjaaja vastaa vapaaehtoistoiminnan ja yhteistyön organisoinnista. Hänen työtilat ja toimintavälineistövarastot sijaitsevat pohjakerroksessa juhlasalin vieressä. Ryhmäkoteihin voi lainata mm. cd-levyjä, dvd-levyjä, kirjoja, pelejä, askartelumateriaaleja ja kuntoiluvälineitä.

Osastonhoitaja sekä omahoitaja vastaavat apuvälineiden hankinnasta, niiden koulutuksesta, lainauksista, asentamisesta ja huolloista. Lisäksi heidän puoleen voi kääntyä palveluohjaus; veteraani- ja invalidiasioissa sekä taksikorttiasioissa.

5 OMAISEN ROOLI MUISTISAIRAAN HOIDOSSA JA ELÄMÄSSÄ

Muistisairaus ei kosketa ainoastaan muistisairasta henkilöä vaan myös omaisia. Sairaus itsessään on jo pelottava asia kun tiedetään että muistisairaudesta ei voi parantua. Usein kuitenkin tieto muistisairauksista ja siihen liittyvistä käytöshäiriöistä helpottaa suhtautumista tilanteeseen. Omaisten avuntarve on hyvin yksilöllistä riippuen muistisairaudesta ja sen eri vaiheista. Lähtökohtana omaisten ja asukkaan tukemisessa ovat itsemääräämisoikeus, ihmis- ja potilaanoikeudet, hoitotakuu- ja tahto, oikeus hyvään ja yksilölliseen hoitoon ja kohteluun. Suunnitteleminen, toteuttaminen ja arvioiminen jatkuvasti arjen työssä tätä yhteistyötä mm. hoitoneuvotteluilla, RaiSoft-arviointijärjestelmällä, hoito- ja kuntoutussuunnitelmilla sekä elämänkaarilomakkeilla. Osastonhoitajat pitävät myös säännöllisesti yhteyttä omaisiin kun asukas sijoitetaan meille ja annamme apua mm. Kela-hakemusten laatimisessa. Omaisten henkisen jaksamisen tukemisen merkitys kasvaa koko ajan ja siihen pyritään panostamaan. Omaisella on aktiivinen rooli, mutta on kuitenkin hyvä huolehtia myös omasta jaksamisesta.

Vuorovaikutuksen omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä tulisi olla toimivaa ja avointa erityisesti silloin kun sairaus on edennyt siihen vaiheeseen, että asukas itse ei pysty huolehtimaan asioistaan. Luottamuksellisessa suhteessa omaiset pystyvät jakamaan arkaluontoisiakin asioita hoitohenkilökunnan kanssa. Asukkaat ja omaiset ovat meille asiakkaita. Heseva-kodin tehtävä on moniammatillisesti ja hyvässä yhteistyössä tuottaa asukkaille hyvää hoitoa sekä arvokasta elämää. Omaisen ja hoitohenkilökunnan välinen palaute on tärkeää kehityksen kannalta ja otamme mielellämme vastaan sekä risut että ruusut. Jos tulee ilmi että asukasta on Heseva-kodissa kohdeltu loukkaavasti tai epäasiallisesti, tulee asiasta keskustella viipymättä asianosaisten kanssa. Läpikäynnissä noudatetaan Helsingin kaupungin pysy-ohjetta ja Heseva-kodin varhaisen puuttumisen mallia. Asukkaan siirtyessä Heseva-kodista toiseen hoitolaitokseen hoitohenkilökunta turvaa asukkaan hoidon jatkuvuuden suullisilla ja kirjallisilla asukastietojen antamisella. Asukkaan saattohoito- tai kuolemantapaustilanteissa toimitaan Heseva-kodin toimintaohjeiden mukaisesti.

6 KUINKA TOIMIA KUN KOHTAAT MUISTISAIRAAN LÄHEISESI

- On hyvä ilmaista selkeästi, kuka olet ja miksi tulet läheisesi luo.
- Sairauden edetessä, voi käydä niin ettei muistisairas läheisesi tunnista omaista. Silti vierailu muistisairaahan luona on arvokasta
- Älä oikaise muistisairaahan puheita, vaikka hän ei muistakaan asioita.
- Usein huumorin avulla voi puhua asioista helpommin molempien kannalta.
- Ahdistuneisuus kuuluu usein muistisairauteen. Tätä voi lievittää esimerkiksi kertomalla muistisairaudesta, johon liittyy muistamattomuutta ja ymmärtämättömyyttä, mutta voit ilmaista myös auttavasi muistisairasta.
- On tärkeää pyrkiä käyttäytymään mahdollisimman normaalisti muistisairaahan seurassa ja on hyvä keskustella muistisairaalle tärkeistä asioista.
- Jos läheisesi kohtelee sinua huonosti tai puhuu epäasiallisesti, voi siitä hänelle sanoa.
- Käynnit kotona, eri tilaisuuksissa ja muissa tutuissa paikoissa ovat suositeltavia ja usein toivottuja.
- Heseva-kodissa käy säännöllisesti kampaaja/ parturi sekä jalkahoitaja. Näitä palveluja on mahdollisuus käyttää omakustanteisesti. Itsestään huolehtiminen on tärkeää ja tulisi jatkua aivan kuten muistisairas on tottunutkin tekemään kotona asuessaan.
- Omaisen on mahdollista viedä muistisairas omaisen ruokailemaan ravintolaan, kävelylle, pihalle. Omaiset ovat tervetulleita myös yhteisille retkillemme.

LÄHTEET

- Airaksinen, Tiina; Vilkka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Helsinki: Diakonia- ammattikorkeakoulu.
- Erkinjuntti, Timo; Remes Anne, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki :Edita Prima.
- Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) 2/2008. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen. Helsinki: Tammi.
- Kiljander, Larisa 2015-2016. Hoitotyön kehittäjä, Gaius-Säätiö, Heseva-Koti, Henkilökohtaiset tiedonannot.
- Kivelä, Paula 2015-2016. Heseva-kodin Johtaja, Gaius-Säätiö, Heseva-koti, Henkilökohtaiset tiedonannot 4.3.2016.
- Kotiranta, Tuija 2006-2008. Omaisena edelleen -opas kodin ulkopuolisessa hoidossa olevien omaisille
- Muistisairauksien lääkehoito. Muistiliitto 2016 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito/> viitattu 14.4.2016
- Muistisairaudet. Muistiliitto 2016 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/> viitattu 14.4.2016
- Mustajoki, Marianne; Alila, Anja; Matilainen, Elina; Rasimus, Mirja (toim.) 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim
- Nurminen, Marja-Leena 2007. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Tilvis, Reijo; Pitkälä, Kaisu; Strandberg, Timo; Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.