

Ritva Auvinen & Katja Laakkonen

## **NÄKEMYKSIÄ MUISTIASIAKKAAN HYVÄSTÄ HOIDOSTA**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

# **NÄKEMYKSIÄ MUISTIASIAKKAAN HYVÄSTÄ HOIDOSTA**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ritva Auvinen & Katja Laakkonen  
Opinnäytetyö  
Kevät 2019  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sairaanhoidon suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Ritva Auvinen & Katja Laakkonen

Opinnäytetyön nimi: Näkemyksiä muistiasiakkaan hyvästä hoidosta

Työn ohjaajat: Anne Keckman & Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2019

Sivumäärä: 54

---

Väestön ikääntyminen ja siitä johtuvat sairaudet lisäävät jatkuvasti palveluntarvetta ja kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä on etenevät muistisairaudet. Palveluntarpeiden ja kustannusten kasvuun voidaan vaikuttaa muistioireiden varhaisella tunnistamisella. Myös oikea-aikaisella hoidon, kuntoutuksen ja tuen turvaamisella pyritään hillitsemään kustannusten ja palveluntarpeiden kasvua. Samoilla keinoilla voidaan lisäksi parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli tutkia muistisairautteen sairastuneelle ihmiselle tarjolla olevaa hoitoa sekä hoitoketjujen olemassaoloa. Työssä on huomioitu myös muistisairauksien ennaltaehkäisy ja vaaratekijöiden tunnistaminen.

Opinnäytetyössämme tarkastellaan muistiasiakkaan hoidon kokonaisuutta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Katsaukseen valikoidun aineiston analysointi on toteutettu kvalitatiiviselle tutkimukselle sopivaa sisällönanalyysia käyttäen. Opinnäytetyömme tavoitteena on muodostaa yhteenvetoa muistiasiakkaan hyvän hoidon ja palvelujen kokonaisuudesta. Tässä opinnäytetyössä tuotetulla tiedolla tavoitellaan myös käsitystä siitä, kuinka muistiasiakkaan hyvä hoito ja hoitopolku toteutuvat. Opinnäytetyö on toteutettu Oulun ammattikorkeakoulussa osana hoitotyön koulutusohjelmaa.

Päätuloksina tutkimuksessa havaittiin, että muistiasiakkaan hyvä hoito sisältää riittävän ja oikea-aikaisen tiedon saannin sekä tietyn yhteyshenkilön, ammattilaisen, johon voisi olla yhteydessä, kun apua tarvitaan. Tietoa tarvitaan sairaudesta, palveluista ja myös ennusteesta siinä määrin kuin se on mahdollista. Yhteyshenkilö puolestaan toimisi hoitopolun ja eri palveluvaihtoehdot tuntevana kontaktina, jonka merkitys omaishoitajan jaksamiselle ja koko perheen hyvinvoinnille voi olla hyvin suuri.

Opinnäytetyönä tuotettavasta tiedosta hyötyvät muistiongelmien kanssa alkutaipaleella olevien ihmisten sekä heidän omaistensa lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt, alan opiskelijat ja opettajat. Emme löytäneet tutkimustietoa muistisairautteen sairastuneiden itsensä kokemuksista muistisairauksien hoidosta tai hoitoketjuista. Tässä voisi olla tarpeellinen ja uusia näkökulmia tuova jatkotutkimusaihe.

---

Asiasanat: Muisti, muistisairaudet, muistisairaat, hoito, hoitoketjut

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

---

Authors: Ritva Auvinen & Katja Laakkonen

Title of thesis: Views on Good Care of People with Memory Disorders

Supervisors: Anne Keckman & Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019      Number of pages: 54

---

As the population gets older the diseases related to aging increase as well. This results in increased need of services and higher costs within social welfare and health care. In particular, the costs of memory disorders will become higher. When trying to manage the growth of costs it is important to recognize the progressive memory disorders at an early phase, and to treat and support the customers (patients) so that their activities of daily living and quality of life could be maintained as long as possible. The starting point for this thesis was to study the care that is available for a person who is diagnosed with a memory disease. Also, preventive actions and recognition of the risk factors were considered.

In our thesis, we used descriptive literary review as our method. The included material was analyzed using the qualitative method of content analysis. The target was to summarize the views on what is good care and services for a memory customer. We also aimed at finding out how the good care and services are actualized. This thesis has been done in Oulu University of Applied Sciences as a part of nursing degree programme.

The main results of our study were that from the caregiver's and patient's point of view, good care includes getting adequate and timely information about the disease, services and prognosis. In addition, good care is about having a professional contact to whom the caregiver (or patient) can turn to when help or advice about the available services is needed. The well-being of caregiver and the whole family is important for all parties and can be supported often simply by having a possibility to call someone and share the worries.

The information presented in this thesis could be useful to people with a memory disease diagnosis (at an early phase), to their family members, and to the professionals, students and teachers within health care. We did not find research information based solely on the experiences of those who had been diagnosed with memory diseases. The memory patients' own views and experiences of care and services could be an interesting and necessary field to examine in the future.

---

Keywords: Memory, memory disorders, person with memory disorder, nursing, care plan

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	MUISTISAIRAUDET JA HOIDON KOKONAISUUS .....	9
2.1	Dementia .....	9
2.1.1	Dementiaoireisto .....	9
2.1.2	Dementiaa aiheuttavia tekijöitä .....	10
2.2	Muisti ja muistioireet .....	11
2.2.1	Lievä kognitiivinen heikentyminen .....	12
2.2.2	Muistia ja tiedonkäsittelyä häiritseviä tekijöitä .....	12
2.2.3	Muistioireiden varhainen tunnistaminen .....	13
2.2.4	Tutkimukset ja diagnoosi .....	14
2.3	Muistisairauksien riskitekijät, suojatekijät ja ennaltaehkäisy .....	16
2.4	Muistisairauteen liittyvät käytösoireet .....	17
2.5	Etenevät muistisairaudet .....	17
2.5.1	Alzheimerin tauti .....	18
2.5.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus .....	19
2.5.3	Lewyn kappale -tauti .....	20
2.5.4	Otsa- ohimolohkorappeumat .....	21
2.5.5	Etenevät muistisairaudet työikäisillä .....	22
2.6	Muistiasiakkaan hyvä hoito .....	23
2.6.1	Kuntoutumista edistävä hoitotyö .....	25
2.6.2	Ensitiedosta neuvontaan ja ohjaukseen .....	26
2.6.3	Hoito- ja kuntoutussuunnitelma .....	26
2.6.4	Terveystieteen edistäminen .....	27
2.6.5	Lääkkeetön hoito .....	27
2.6.6	Lääkehoito .....	28
2.6.7	Vertaistuki .....	29
2.7	Muistiasiakkaan hoitopolku .....	30
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	33
4	TUTKIMUSMENETELMÄ .....	34
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	34
4.2	Tutkimusten haku ja valintakriteerit .....	35
4.3	Aineiston analysointi .....	39

5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	40
5.1	Tiedon saanti.....	40
5.2	Avun ja tuen räätälöinti tarpeen mukaan .....	41
5.3	Omaishoitajan pärjääminen.....	42
5.4	Muistiasiakkaan elämänlaadusta huolehtiminen .....	43
6	POHDINTA.....	46
6.1	Johtopäätökset.....	46
6.2	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys .....	47
6.3	Oppimiskokemukset ja ehdotus jatkotutkimusaiheesta .....	48
	LÄHTEET.....	49

# 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve ja kustannukset tulevat lisääntymään seuraavina vuosikymmeninä väestön ikääntymisen ja siitä johtuvien sairauksien ilmaantumisen myötä. Dementiaan johtavat muistisairaudet on kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä, johtuen potilaiden suuresta määrästä ja dementian loppuvaiheen laitoshoidosta. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juvela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo, & Erkinjuntti 2008, viitattu 7.4.2018.)

Hoidon kustannuksia voidaan vähentää jo pienelläkin hoitokäytännön muutoksella, jolla pystytään samalla parantamaan myös muistiasiakkaan elämisen laatua. Muistiasiakkaan hyvä hoito edellyttää yksilöllistä ja saumatonta hoitoketjua, joka perustuu suunnitelmalliseen seurantaan ja oikea-aikaiseen, sairastuneen ja läheisen selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumiseen. Tehtävien keskittämällä osaaville muistiyksiköille vähennetään resurssien tarvetta muissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä. (Suhonen ym. 2008, viitattu 7.4.2018.)

Diagnosoimaton muistipotilas on yhteiskunnalle kaikkein kallein potilas, koska se (diagnosoimaton muistisairaus) johtaa hallitsemattomaan sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. Inhimillisesti ja taloudellisesti kestävät toimintatavat varmistetaan toimimalla ajoissa ja ennakoiden. Perusterveydenhuollon tehtävänä onkin tunnistaa muistioireet ja ohjata muistioireiset asiakkaat tarvittaviin tutkimuksiin. Muistioireiden varhaisella tunnistamisella sekä oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen ja muun tuen turvaamisella sekä seurannalla voidaan vaikuttaa palvelutarpeiden ja kustannusten kasvuun ja lisäksi parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 23.1.2019.)

Diagnostisten tutkimusten ja lääkityksen aloitusvaiheen jälkeen palveluketjut kuitenkin katkeavat helposti ja tuen saaminen keskeytyy sen myötä. Muistiasiakkaiden ja heidän perheidensä hyvinvointia voidaan tukea ja kotona asumista jatkaa aiempaa pidempään hyvän, asiantuntevan hoidon ja tuen sekä lääkehoidon keinoin. (Suhonen ym. 2008, viitattu 7.4.2018).

Olemme käyttäneet tutkimuksessamme termiä muistisairaus viittaamaan kaikkia myöhemmin kuvattuja muistisairauksia. Muistiasiakas termillä viittaamme puolestaan sekä jo muistisairausdiagnosin saaneisiin potilaisiin (muistipotilas/muistisairas) ja mahdollisesti niihin henkilöihin, joilla on

jo muistisairauden oireita, mistä syystä he ovat hakeutuneet jonkin muistisairauteen ja niiden tutkimiseen liittyvän palvelun piiriin.

Opinnäytetyötä tehdessä tutustuimme valtakunnallisiin hoitosuosituksiin ja -ohjelmiin, jotka koskivat aihettamme. Olemme huomioineet myös lain asettamat vaatimukset erityisesti ikääntyneen väestön osalta, koska suurin osa muistisairauksista koskettaa juuri tätä ryhmää. Mukaan on otettu Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, Käypä Hoito -suositus muistisairauksista, Muistiliiton Hyvän hoidon kriteeristö sekä Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen muistiohjelma 2012-2020.

Opinnäytetyön tietoperustassa on kuvattu dementia- ja muistioireita sekä esitelty yleisimpiä eteneviä muistisairauksia. Siinä on kuvailtu myös muistiasiakkaan hyvää hoitoa ja hoitopolkua sekä esitelty olennaisilta osin yhteiskunnassamme tarjolla olevia erilaisia muistiasiakkaille tarkoitettuja palveluita. Hoito kattaa kuntoutumista edistävän hoitotyön, terveyden edistämisen, lääke- ja lääkkeetönnän hoidon sekä vertaistuen. Lisäksi muistioireiden varhaiseen tunnistamiseen, tutkimuksiin ja diagnosointiin sekä muistisairauksien riskitekijöihin, suojaaviin tekijöihin ja ennaltaehkäisyyn on kiinnitetty huomiota.

Opinnäytetyömme taustalla on tarve herättää keskustelua siitä, kuinka muistiasiakkaiden hoito- ja palveluketjut tulisi järjestää yhdenvertaisesti riippumatta asiakkaan asuinpaikasta. Tässä opinnäytetyössä on kuvailtu niitä asioita, joita muistityön kokonaisuuden toteuttamiseksi vaaditaan.



## **2 MUISTISAIRAUDET JA HOIDON KOKONAISUUS**

### **2.1 Dementia**

Dementialla tarkoitetaan laaja-alaista henkisten kykyjen heikentymistä. Dementiasta kärsivän ihmisen älylliset toiminnot ja aivojen toiminta ovat heikentyneet niin, että ne rajoittavat hänen itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistään. Dementiaan liittyy muistihäiriöitä, jotka ilmenevät usein uuden oppimisen ja mieleen palauttamisen vaikeutena. Dementiaoireet eivät kuulu normaaliin ikääntymiseen. (Erkinjuntti 2010, 87; 2011, viitattu 26.1.2019.)

Dementia ei ole itsessään mikään sairaus, vaan kyse on oireyhtymästä. Dementiaoireisto voi olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä, riippuen aiheuttajasta. Erkinjuntin (2010, 87) mukaan dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä jälkitila. Pelkkä muistihäiriö ei riitä siihen, että voidaan puhua dementiasta. Lisäksi siihen liittyy joko kielellisiä häiriöitä, kätevyuden heikkenemistä, tunnistamisen vaikeutumista ja/tai monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkenemistä. (Muistiliitto 2017b, viitattu 11.12.2018.)

#### **2.1.1 Dementiaoireisto**

Muistihäiriön ohella dementialle on ominaista kielelliset häiriöt, joista käytetään yleisesti nimitystä afasia. Puheen tuottaminen, puheen ymmärtäminen, lukeminen, kirjoittaminen ja laskeminen saattavat vaikeutua afasiassa. Dementian seurauksena oikeiden sanojen muistaminen, ymmärtäminen tai löytäminen vaikeutuu sekä puheen sisältö köyhtyy. (Muistiliitto 2017b; Terveyskylä 2018a, viitattu 11.12.2018.)

Dementiaan voi liittyä myös apraksiaa (Huttunen 2018, viitattu 11.12.2018). Kun ihminen on oppinut elämänsä varrella erilaisia liikkeitä ja liikesarjoja, on hänen aivoihinsa syntynyt mielikuvia ja malleja siitä, miten liike suoritetaan. Apraksiaksi kutsutaan juuri näiden mallien häiriintymistä. Apraksia voi ilmetä kömpelyytenä, väärinä liikkeinä tai virheinä liikkeiden suunnissa. Liikesarjan osat saattavat sekoittua tai ne tehdään väärässä järjestyksessä. Samaa liikettä saatetaan toistaa tai esineitä käytetään väärin. (Terveyskylä 2018c, viitattu 11.12.2018.)

Apraksiassa kätevyyttä ja sorminäppäryyttä vaativat toiminnot sekä käsien yhteistoimintaa vaativat suoritukset heikkenevät herkimmin. Vaikeassa apraksiassa hankaluuksia ilmenee jo arkitoiminnoissa, kuten hiusten kampaamisessa, pukeutumisessa tai parran ajamisessa. Myös kävelyssä voi esiintyä apraksiaa, samoin kuin suun alueella, mikä vaikeuttaa puheen tuottoa. Kirjoittaminen hankaloituu, kun kirjainten motorinen tuottaminen muuttuu työlääksi. (Terveyskylä 2018c, viitattu 11.12.2018.)

Dementialle on ominaista myös vaikeus käsittää nähdyn merkitystä (agnosia) (Terveyskirjasto 2018, viitattu 11.12.2018). Näkö tiedon käsittelyn häiriöt voivat ilmetä muun muassa nähdyn tunnistamisen, paikantamisen, suunnistamisen, kokonaisuuksien osien hahmottamisen sekä silmän ja käden yhteistyön ongelmina. Vaikka näkö tieto kyettäisiin vastaanottamaan normaalisti, sen tunnistaminen ja analysointi voi häiriintyä. (Terveyskylä 2018b, viitattu 11.12.2018.)

Kyky suunnitella päivittäisiä toimintoja, ymmärtää vertauskuvallisia ilmauksia ja jäsentää kokonaisuuksia on dementiaa kärsivällä heikentynyt. Monimutkaisista älyllisistä toiminnoista dementoitunut ei selviä. Esimerkiksi ohjeiden mukaan toimiminen tai vieraassa paikassa suunnistaminen ei onnistu enää entiseen tapaan. Useimmilla ilmenee jossain vaiheessa muutoksia käyttäytymisessä ja tunteiden ilmaisussa. Vaikeampaan dementiaan liittyy usein erilaisia käytöshäiriöitä. (Muistiliitto 2017b; Huttunen 2018, viitattu 11.12.2018.)

Dementialle on tyypillistä lähimuistin heikentyminen, samojen kysymysten ja tarinoiden toistaminen. Lisäksi aloitekyvyttömyys, vaikeiden tilanteiden välttely sekä aikaan ja paikkaan orientoitumisen hankaluus voivat viitata dementiaan. (Muistiliitto 2017b, viitattu 11.12.2018.)

### **2.1.2 Dementiaa aiheuttavia tekijöitä**

Useat eri tekijät voivat aiheuttaa dementiaoireyhtymän. Etenevän tai pysyvän dementian aiheuttajana on yleisimmin muistisairaus, joista useimmiten Alzheimerin tauti, aivovammat tai aivoverenkierron häiriöistä johtuva (vaskulaarinen) dementia. Taustalla voi olla myös erilaisia harvinaisia keskushermoston sairauksia, kuten esimerkiksi Lewyn kappale -tauti tai otsa-ohimolohkorapeumasta johtuva dementia. (Huttunen 2018, viitattu 11.12.2018.)

Dementiaoireet voivat joskus kertoa myös diagnosoimattomasta keskushermoston sairaudesta, myrkytyksestä, liiallisesta lääkemannostuksesta tai vaikka vitamiinien puutostilasta. Keskushermoston sairauksista mainittakoon aivo-selkäydinnestekierron häiriöt, Parkinsonin tauti, aivokasvaimet sekä keskushermoston tulehdukset, kuten esimerkiksi borrelioosi ja kuppa. Aineenvaihdunnan häiriöistä muun muassa kilpirauhasen sairaudet voivat aiheuttaa dementiaoireita sekä vitamiinien puuttiloista esimerkkinä B12-vitamiinin puutos. (Huttunen 2018, viitattu 11.12.2018.)

Vakava masennus, varsinkin iäkkäillä henkilöillä, voi aiheuttaa dementiaa muistuttavan tilan. Tästä käytetään nimitystä pseudodementia, joka useimmiten saadaan korjattua masennuslääkityksellä. On kuitenkin tärkeää muistaa, että masennuksen taustalla voi olla myös alkava dementia. (Huttunen 2018, viitattu 11.12.2018.)

## **2.2 Muisti ja muistioireet**

Muisti on monimutkainen älyllinen toiminto, joka perustuu aivojen hermoverkkojen laaja-alaiseen yhteistoimintaan (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019). Se on tärkeä osa ihmisen henkisiä kykyjä ja tiedonkäsittelyä. Sitä tarvitaan uusien asioiden oppimisessa ja koko identiteetin ylläpitämisessä. Muisti sisältää monta eri osa-aluetta ja ajallista vaihetta, se ei siis ole vain yksi yksittäinen toiminta. Sisällöllisesti muisti jaetaan kolmeen osaan, tapahtumamuistiin (episodinen muisti), tietomuistiin (semanttisen muistiin) ja taitomuistiin (proseduraalinen muisti). Tapahtumamuistiin kuuluvat meille tapahtuneet, elämänkerralliset asiat, tietomuistiin opitut asiat ja taitomuistiin erilaiset opitut liikesarjat, kuten esimerkiksi pyörällä ajo. Ajallisesti muistaminen koostuu mieleen painamisesta, mielessä säilyttämisestä ja mieleen palauttamisesta. (Juva 2018, viitattu 24.1.2019.) Muisti voidaan myös jaotella lyhytkestoiseen työmuistiin ja pidempikestoiseen säilömuistiin, johon kuuluvat tieto- ja taitomuisti (Tanila & Hänninen 2015, 69).

Normaaliin ikääntymiseen voi kuulua lieviä muistivaikeuksia ja aivojen tiedonkäsittelyn hidastumista. Mutta ne ovat vähäisiä, eivätkä aiheuta toiminnallisesti tai sosiaalisesti merkittävää haittaa. Oppiminen ja mieleen painaminen on hieman työläämpää kuin ennen ja keskittymiskyky heikenee, mutta oppimiskyky säilyy. Ikääntyneen ihmisen kyky muistaa ja tehdä useaa asiaa yhtä aikaa heikentyy, mutta aikanaan opitut tiedot ja taidot pysyvät mielessä hyvin. (Juva 2018; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014a, viitattu 24.11.2019.)

## 2.2.1 Lievä kognitiivinen heikentymä

Kognitiivisilla (tiedonkäsittelyn) oireilla tarkoitetaan ongelmia, jotka ilmenevät tiedonkäsittelyn osa-alueiden heikentymisenä. Ne voivat näkyä muun muassa muistitoiminnoissa, tarkkaavuudessa, toiminnanohjauksessa, abstraktissa ajattelussa, orientaatioissa tai kielellisissä toiminnoissa. (Erkinjuntti 2011, viitattu 26.1.2019.)

Lievä kognitiivinen heikentyminen (mild cognitive impairment, MCI) on vakiintunut termi, jota käytetään dementiaa lievemmistä, mutta normaalista ikääntymisestä poikkeavista tiedonkäsittelyssä ilmenevistä oireista. Selviytyminen jokapäiväisistä toimista ei ole kuitenkaan vaikeutunut merkittävästi eivätkä mitkään muistisairauden diagnostiset kriteerit täyty (Erkinjuntti 2011, viitattu 26.1.2019). Aiemmin MCI:tä on pidetty omana diagnostisena kategoriana tai muistisairauden vaaratilana. Nykyään ajatellaan, että muistisairauden diagnoosiin tulisi päästä jo tässä (MCI) vaiheessa, kun dementiatasoista heikentymistä ei vielä ole tapahtunut. (Soininen & Hänninen 2015, 83.)

## 2.2.2 Muistia ja tiedonkäsittelyä häiritseviä tekijöitä

Muistihäiriön aiheuttajana voi olla jokin ohimenevä syy, etenevä sairaus tai hoidettavissa oleva syy. Muistihäiriö voi olla myös pysyvä jälkitila. Monet eri tekijät vaikuttavat muistin toimintaan joko suoraan tai epäsuorasti tiedonkäsittelyn prosessien välityksellä. (Paajanen & Remes 2015, 31.)

Varsinaisten etenevien aivosairauksien lisäksi muistin toimintaan voivat vaikuttaa mielialatekijät, unihäiriöt, stressi, väsymys, uupumus, kivut, jännitys, kyvyt, motivaatio, ympäristö- ja tilannetekijät sekä tietyt lääkkeet ja päihteet. Unihäiriöt, kuten unettomuus, riittämätön uni ja uniapnea ovat yleisiä muistivaikeuksien syitä, joita muistiselvityksissä ei välttämättä huomioida riittävästi. Aineenvaihdunnan sairauksista esimerkiksi vaikea kilpirauhasen vajaatoiminta ja psyykkisistä sairauksista masennus voivat aiheuttaa muistihäiriöitä. (Paajanen & Remes 2015, 31.)

Muistioireiden taustalla voi olla myös jokin paikallinen vaurio kriittisellä aivoalueella tai häiriö aivojen aineenvaihdunnassa, hermosoluissa tai -verkoissa. Esimerkiksi halvaus tai vamma aivojen vasemalla puoliskolla voivat heikentää kielellisiä toimintoja ja siten sanojen muistamista. Aivojen syvien

osien vauriot voivat vaurioittaa vakavasti kykyä oppia ja muistaa uusia asioita. (Juva 2018; Tarnanen, Rosenvall & Tuunainen 2017, viitattu 29.1.2019.)

### **2.2.3 Muistioireiden varhainen tunnistaminen**

Usein muistin heikkenemisen havaitsevat läheiset ja oireita ilmaantuu pikkuhiljaa jo paljon ennen tutkimuksiin hakeutumista ja diagnoosin saamista. Muistioireita voi olla vaikea erottaa normaaliin ikääntymiseen kuuluvasta muistin heikkenemisestä. (Soininen & Hänninen 2010, 79, 81.)

Kansallisessa muistiohjelmassa muistisairauksien varhainen tunnistaminen on asetettu yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 13, viitattu 23.1.2019). Varhaisen diagnostiikan keinoin voidaan vähentää muistisairauksien riskiä, hidastaa oireiden etenemistä, ylläpitää sairastuneen ihmisen toimintakykyä ja siten parantaa hänen elämänlaatuaan. Muistioireet ja etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste, johon varhaisella taudinmäärityksellä voidaan vastata. (Erkinjuntti & Viramo 2015, 56.)

Muistioireita ja muistisairautta epäiltäessä tulisi kynnyksen tutkimusten käynnistämiseen olla todella matala. Riittävä peruste perustutkimuksille on oma tai läheisen huoli muistin tai muiden henkisten kykyjen heikentymisestä. Epäily muistisairaudesta voi herätä myös itsenäisen toimintakyvyn heikkenemisen tai psykiatristen oireiden, kuten esimerkiksi masennus tai ahdistus, ilmaantuessa. (Juva 2014, viitattu 25.1.2019.)

Tapahtumamuistin häiriöt, jotka ilmenevät lähimuistin heikkoutena ja uusien asioiden oppimisen vaikeutena, viittaavat usein muistisairauteen. Alzheimerin tauti, esimerkiksi, alkaa tyypillisesti lievällä, mutta vähitellen etenevällä tapahtumamuistin heikentymisellä. Sairastunut voi unohtaa jonkin tapahtuneen asian, kuten kaupassa käynnin, eikä muistutettunakaan sitä muista. Samojen tarinoiden tai kysymysten usein toistaminen viittaa myös muistisairauteen. Alkavan muistisairauden ensimmäinen arkea haittaava oire voi olla kyvyttömyys oppia uuden laitteen toimintaa. Asiaa on syytä selvittää tarkemmin, mikäli ihminen ei kykene oppimaan yksinkertaisiakaan toimintoja yrityksistä ja motivaatiosta huolimatta. (Juva 2014, viitattu 25.1.2019.)

Toiminnanohjaus, jolla tarkoitetaan keinoja, joilla haluttu tavoite pyritään saavuttamaan, ja asioiden organisointikyky saattavat myös heikentyä. Kognitiivisesti haastavia toimia tekevät tai työikäiset

ihmiset saattavat itsekkin huomata, etteivät enää pysty hoitamaan asioita entiseen tapaan. Tämä voi johtaa välttämiskäyttäytymistä monimutkaisia asioita kohtaan. (Juva 2014, viitattu 25.1.2019.)

#### **2.2.4 Tutkimukset ja diagnoosi**

Muistioireiden tai tiedonkäsittelyssä ilmenevien oireiden syy tulee siis selvittää. Tutkimukset jakautuvat perusselvityksiin ja lisätutkimuksiin. Lääkärin tekemä kliininen haastattelu ja tutkimus, muistikyselyt ja -testit, laboratoriotutkimukset ja aivojen kuvantaminen ovat selvityksen kulmakivinä. Tutkimukset tulee keskittää asiaan erityisesti perehtyneisiin hoitopaikkoihin, esimerkkinä tästä alueelliset muistipoliklinikat. (Hallikainen & Rosenvall 2015, 342; Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Perusselvitys alkaa huolellisesta anamneesista, joka on kliinisen tutkimuksen tärkein osa-alue. Haastattelun avulla pyritään saamaan käsitys potilaan arkiselviytymisestä, toimintakyvystä, muistin ja tiedonkäsittelyn tilasta sekä mielialasta, käyttäytymisestä ja muista oireista. Mahdolliset edellä mainituissa toiminnoissa tapahtuneet muutokset ja muutoksen laatu ovat taudinmäärittämiselle tärkeää taustatietoa. Potilaan muistin ja oman tilan tiedostamisen heikentyminen vaikuttavat hänen antamiensa tietojen luotettavuuteen, mikä on otettava huomioon. Tämän vuoksi omainen tai muu potilaan hyvin tunteva ihminen haastatellaan vielä erikseen, jotta saadaan mahdollisimman totuudenmukainen kuva oireista ja niiden kehittymisestä. (Hallikainen & Rosenvall 2015, 343.)

Haastatteluissa voidaan käyttää valmiiksi laadittuja strukturoituja kyselyjä. Sekä tutkittavalle itselleen että hänen läheiselleen on samansuuntaiset omat kyselyt, joiden avulla heidän on helpompi jäsentää ja ilmaista havaintojaan. Näiden avulla saadaan ensiarvoisen tärkeää tietoa muistioireiden alkuperän selvittämiseksi. (Hallikainen & Rosenvall 2015, 344.)

Lisäksi tässä vaiheessa selvitettäviä asioita ovat yleinen terveydentila, aivojen toimintaa heikentävät tekijät, lääkitys ja päihteidenkäyttö. Potilaan tiedonkäsittelyn niin sanottu peruskapasiteetti ja saavutettu suoritustaso koulumenestyksineen, koulutustasoineen, mahdollisine erityisvaikeuksineen ja työhistorioineen käydään läpi. Kliininen tutkimus sisältää suppean kliinisen neurologisen tutkimuksen (kävely ja liikuntakyky, puolioireet, Parkinson-tyyppiset oireet, puhe, silmänliikkeet ja apraksia) sekä yleistilan ja verenkiertoelimistön tilan tutkimukset. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Potilaan vireystaso, keskittyminen ja orientaatio, arvostelu- ja päättelykyky sekä puheen ymmärtäminen ja tuottaminen pyritään kartoittamaan perusselvityksessä. Muistin ja tiedonkäsittelyn (kognition) arvioinnissa käytössä on ensisijaisesti kognitiivinen tehtäväsarja CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease). Neuropsykologinen tutkimus tehdään tapauskohtaisen harkinnan mukaan. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Mini-Mental State Examination (MMSE) on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti, jota käytetään edenneen dementia-asteisen muistisairauden seulontaan. MMSE on nopea ja helppo testi, joka on vakiintunut yleiseen käyttöön. Se antaa dokumentoitavan numeerisen arvon tulokseksi, jota voi käyttää myös muistisairauksien seurannassa. (Terveysportti 2019, viitattu 27.1.2019.)

Käyttöoireiden arviointi perustuu ensisijaisesti tutkittavan ja omaisen haastatteluun. Mielialaa, ahdistuneisuutta, psykoottisia oireita (esim. aistiharhat ja harhaluulot), levottomuutta, äkillisesti kehittyntä sekavuutta tai muuta poikkeavaa käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutosta kartoitetaan. Tarvittaessa apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita, esimerkiksi depression seulontaan. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Verenkuvat, glukoosi, natrium, kalium, kalsium, kilpirauhasen, maksan ja munuaisten toimintakokeet ja B12-vitamiini ovat tavallisia laboratoriotutkimuksia. Harkinnanvaraisesti otetaan lipidit, lasko ja folaatti sekä EKG. Aivojen kuvantaminen tehdään ensisijaisesti magneettitutkimuksena (MT), se on herkempi ja tarkempi kuin tietokonetomografia (TT) osoittamaan muistisairauksille tyypillisiä rakenteellisia muutoksia, eikä siihen liity säderasitusta. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Perusselvitysten lisäksi saatetaan tarvita neurologin, neurokirurgin, geriatriin, psykogeriatrin tai psykiatriin erityisosaamista. Erikoislääkärin konsultaation edellyttäviä tilanteita ovat usein esimerkiksi lievä oireisto, joka viittaa alkavaan muistisairauteen tai muistisairauksien erotusdiagnoosiin. Erikoisosaamista vaaditaan tarvittaessa myös oikeustoimikelpoisuuden tai ajokyvyn arvioinnissa. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Laajaa neuropsykologista tutkimusta voidaan tapauskohtaisesti harkita muun muassa muistisairausten ja psykiatristen sairauksien kuten depression tai muiden neuropsykologisten erityishäiriöiden erottamisessa. Tällaisia voivat olla myös ongelmalliset erotusdiagnostiset tilanteet ja työkyvyn

arviointi. Muita lisätutkimuksia ovat selkäydinnesteen merkkiaineet, geneettiset tutkimukset, aivojen toiminnalliset kuvantamistutkimukset sekä aivobiopsia ja aivojen histopatologinen tutkimus. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

### **2.3 Muistisairauksien riskitekijät, suojatekijät ja ennaltaehkäisy**

Useimmiten muistisairaudet kehittyvät elintapojen ja perimän yhteisvaikutuksesta. Muistisairauksien riskitekijöihin on alettu viime aikoina kiinnittää entistä enemmän huomiota. Alzheimerin tautiin liittyvät muutokset aivoissa saattavat alkaa kehittyä jo kymmeniä vuosia ennen kuin itse sairaus voidaan todeta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015c, viitattu 28.1.2019.) Tämä tarjoaa mahdollisuuksia jarruttaa hitaasti etenevää tautiprosessia tai jopa pysäyttää sen (Tienari, Myllykangas, Polvikoski & Tanila 2015, 100).

Muistisairauksien riskiä lisäävät muun muassa korkea verenpaine ja kolesteroli, diabetes, ylipaino ja tupakointi. Monet sydän- ja verisuonisairauksiin ja elintapoihin liittyvät riskitekijät, kuten epäterveelliset elämäntavat ja liiallinen alkoholin käyttö, ovat vaaratekijöitä myös muistisairauksille. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015c, viitattu 28.1.2019.)

Ikä, jolle emme voi mitään, on kuitenkin tiedonkäsittelyn heikentymisen, muistioireiden ja demensian tärkein vaaratekijä. Ikääntymismuutokset yhdessä muiden aivojen toimintaa heikentävien tai suojaavien tekijöiden kanssa lopulta määräävät kliinisten oireiden synnyn. Voidaan siis ajatella, että terveellisten elämäntapojen noudattaminen ja aivojen terveydestä huolehtiminen ovat parasta tiedonkäsittelyn heikentymisen, muistisairauksien ja demensian ehkäisyä. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Todennäköisesti muistisairauksien ilmaantumisesta voidaan ehkäistä jo lapsuudesta alkaen vaikuttamalla muistisairauksien tunnettuihin vaaratekijöihin, joista kerrottu aiempana (Tarnanen ym. 2017, viitattu 29.1.2019). Niitä kaikkia voidaan ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti sekä jokainen voi vaalia aivoterveystään läpi elämän omilla valinnoillaan. Aivojen terveyttä edistää niiden käyttö, liikunta, terveellinen ravinto, normaalipaino, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hyvä hoito, päihteiden ja tupakan välttäminen, sosiaalinen aktiivisuus sekä henkinen vireys. Edistämällä aivojen terveyttä edistetään myös muuta terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 23.1.2019.)



## **2.4 Muistisairauteen liittyvät käytösoireet**

Tiedonkäsittelyssä ilmenevien oireiden lisäksi kaikissa etenevissä muistisairauksissa esiintyy haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia, joita kutsutaan käytösoireiksi. Kaikista muistipotilaista noin 90 prosenttia kärsii käytösoireista jossakin sairautensa vaiheessa. Suurinta osaa potilaista voidaan kuitenkin auttaa käytösoireiden hyvällä hoidolla. (Vataja & Koponen 2015, 90-91.)

Käytösoireet ovat oleellinen osa muistisairauksia ja niiden merkitys on suuri kaikkien kannalta katsottuna. Muistisairauden oireista nimenomaan käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten ja ovat tavallisin syy laitoshoitoon joutumiseen. Käytösoireet ovat myös muistisairauksien yhteiskunnalle aiheuttaman taloudellisen rasitteen kannalta merkittävimpiä. Lisäksi käytösoireet altistavat muistisairaita itseään uusille sairauksille, kuten loukkaantumisista johtuville sairauksille, tai oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden, joista mainittakoon psykoosilääkkeet, haittavaikutuksille. (Vataja & Koponen 2015, 90-91.)

Tavallisimpia käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja syömishäiriöt. Yksittäisten oireiden esiintyvyyden arviot vaihtelevat paljon, eikä käytösoireille ole vielä olemassa yleisesti hyväksytyjä määritelmiä. Vataja ja Koponen kuvaavat, että yksittäisen oireen sijasta oireet esiintyvät tavallisesti oireryvästyminä. Esimerkkinä he mainitsevat masennuksesta kärsivällä potilaalla olevan myös ahdistuneisuusoireita, kuten ärtyneisyyttä, levottomuutta ja yliaktiivisuutta, jotka liittyvät toinen toisiinsa, samoin kuin psykoottiset oireet. (Vataja & Koponen 2015, 90-91.)

## **2.5 Etenevät muistisairaudet**

Muistisairauksilla tarkoitetaan useita eri eteneviä aivosairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Etenevät muistisairaudet ovat suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste ja ne luokitellaankin kansantaudeiksi. Väestön ikääntyessä muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018b, viitattu 4.10.2018.)

Yleisin etenevästä muistisairaudesta on Alzheimerin tauti, jota potee 70 prosenttia sairastuneista. Muita yleisiä ovat aivoverenkierrosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, Parkinson taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. Näiden lisäksi tunnetaan lukuisia harvinaisempia muistisairauksia. Potilaalla voi esiintyä piirteitä useista eri muistisairauksista. Muistisairaudet jaetaan oireiden mukaan eri vaiheisiin: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. (Tarnanen ym. 2017, viitattu 29.1.2019.)

Vuonna 2013 Suomessa oli noin 93 000 muistisairaudesta kärsivää henkilöä. Tämän lisäksi 100 000:lla ihmisellä arvellaan olevan lievä muistisairaus ja tiedonkäsittelyn lievää heikentymistä 200 000:lla ihmisellä. Vuosittain noin 14 500 ihmistä sairastuu muistisairauteen. Muistipotilaista suurin osa (66%) on yli 80-vuotiaita. Työikäisiä (30-63-vuotiaita) muistipotilaita arvioidaan olevan noin 7 000. (Viramo & Sulkava 2015, 35.)

Kaikilla muistisairauksilla on omat tyypilliset kliiniset kuvansa. Näiden pohjalta kullekin taudille on laadittu tyypilliset kliiniset kriteerit, joihin diagnoosi perustuu. Potilaalla voi olla samanaikaisesti piirteitä monista muistisairauksista, ja ne tulee huomioida hoidon suunnittelussa. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Nykyisin tunnetaan sekä autosomissa ja X-kromosomissa periytyviä, muistisairautta aiheuttavia mutaatioita, että sairastumisalttiutta lisääviä geneettisiä tekijöitä. Seuraavaksi esiteltävistä etenevästä muistisairauksista, jonka geneettinen syy tunnetaan, yleisin on vallitsevasti periytyvä otsaohimolohkorappeuma. Sen sijaan vallitsevasti periytyvää Alzheimerin tautia aiheuttavat mutaatiot ovat harvinaisia, vaikka samaa sairautta esiintyykin usein potilaan lähisuvussa. Alzheimerin taudin perinnöllisiä tekijöitä on tutkittu paljon viimeisten 20 vuoden aikana. Erityisesti tautiin vaikuttavien geenimuutosten tunnistaminen on ollut mielenkiinnon kohteena. (Remes, Hiltunen, Castrèn & Pöyhönen 2015, 194-195.)

### **2.5.1 Alzheimerin tauti**

Alzheimerin tauti on tyypillisin vaihein, hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien vaurioista. Diagnoosissa tautiluoki-

tuksessa tauti jaetaan varhain, eli ennen 65 ikävuotta alkavaan ja myöhään, eli 65 ikävuoden jälkeen alkavaan Alzheimerin tautiin. Aivomuutokset ja kliininen oirekuva ovat kuitenkin yhteneväiset kaikilla potilailla, paitsi epätyypillisillä tapauksilla. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120.)

Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti oppimis- ja muistioireilla, jotka ilmenevät tapahtuma- eli episodisen muistin heikentymisenä, mieleen painamisen vaikeutena sekä erityisesti mieleen palauttamisen vaikeutena. Muut neurologiset oireet ja löydökset ovat harvinaisia taudin varhaisvaiheessa. Taudinkuvaa hallitsee tiedonkäsittelyn lisääntyvä heikentyminen koko sairauden ajan. Vaikeimmin vaurioitunut tiedonkäsittelyn osa-alue on tyypillisesti muisti. Yleisin Alzheimerin taudin tyyppi onkin muistipainotteinen eli amnestinen, jonka osuus kaikista tapauksista on noin 85 prosenttia. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 122.)

Omatoimisuuden heikentyminen on yhteydessä muistin heikentymiseen. Taudin edetessä käytösoireiden esiintyvyys lisääntyy ja ne vaikeutuvat. Poikkeamat taudin tyypillisestä kulusta saattavat viitata taudinkulkua muunteleviin liitännäissairauksiin, kuten esimerkiksi aivoverenkiertosairaus tai aivovamma. Taudin kulkuun voi vaikuttaa myös ympäristötekijät, jotka tulee tunnistaa ja hoitaa. Alzheimerin tauti voidaan diagnosoida tyypillisen oirekuvan ja tiettyjen, selkäydinnesteestä otettujen biologisten merkkitekijöiden perusteella jo ennen arkielviytymistä haittaavia dementiaoireita. Tällöin kyseessä on Alzheimerin taudin oireeton eli prekliininen vaihe. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120-122.)

## **2.5.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus**

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus (vascular cognitive impairment, VCI) on vakiintunut käsite aivoverenkiertosairauksiin liittyvälle muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiselle. VCI kuvataan oireyhtymäksi, joka liittyy monentyyppisiin verisuoniperäisiin tekijöihin ja aivomuutoksiin, ja jonka taudinkuvat ja syyt poikkeavat toisistaan. Keskeisiä alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. Aivoverenvuodon jälkitilana esiintyvää tiedonkäsittelyn heikentymää esiintyy harvemmin (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015a, 144). Yhden ryhmän muodostavat lisäksi aivoverenkiertosairaudesta ja samanaikaisesta muusta etenevästä aivosairaudesta, tavallisimmin Alzheimerin taudista, johtuvat tiedonkäsittelyn heikentymät. VCI on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus, jota sairastaa 15-20 prosenttia kaikista muistipotilaista. (Käypä hoito 2017, viitattu 27.1.2019.)

Pienten aivoverisuonten tauti on merkittävin syy aivoverenkiertosairauden muistisairaudelle. Taudissa syvät, pienet ja läpäisevät suonet ahtautuvat, josta seuraa lakunaarisia infarkteja ja valkean aineen muutoksia. Äkilliset aivoverenkiertohäiriöt, kuten aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA), ja vähittäinen toimintakyvyn heikkeneminen liittyvät aivojen pienten suonten tautiin. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015b, 148.)

Varhaisina oireina pienten suonten taudissa esiintyy tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen heikentymistä ja tiedonkäsittelyn hidastumista. Lisäksi kliiniseen taudinkuvaan kuuluu muun muassa tasanapainon ja kävelyn epävarmuutta, muistin heikkenemistä sekä mielialan ja persoonallisuuden muutoksia. (Melkas ym. 2015b, 150.)

Suurten suonten tauti liittyy sydänperäisiin ja aterotromboottisiin infarkteihin, jotka vaurioittavat aivokuorta. Infarktien sijainnista riippuen kliinisinä merkkeinä voi olla suupielen roikkuminen, toispuolihalvaus, näkökenttäpuutos tai muutoksia kävelemisessä. Tiedonkäsittelyssä ilmenevä oirekuva vaihtelee tapausittain ja on riippuvainen infarktin sijainnista. Pelkistetysti voidaan sanoa, että vasemman aivopuoliskon vauriot aiheuttavat esimerkiksi afasiaa, apraksiaa, kielellisen muistin heikkenemistä sekä vaikeuksia lukemisessa ja kirjoittamisessa. Vauriot oikealla aivopuoliskolla voivat taas aiheuttaa hahmottamisen vaikeuksia ja neglect-oiretta eli toispuoleista huomiotta jäämistä. Riippumatta vaurioituneesta aivopuoliskosta oireena suurten suonten taudissa voi esiintyä yleisluonteisina oireina tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen ja vireystilan häiriöitä. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015a, 142-143.)

### **2.5.3 Lewyn kappale -tauti**

Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, joka on saanut nimensä siinä havaittavien patologisten muutosten, Lewyn kappaleiden, mukaan. Lewyn kappale -taudissa näitä kappaleita esiintyy runsaasti aivojen kuorikerroksen alueella. Samoja Lewyn kappaleita voidaan havaita myös Parkinsonin tautia sairastavien aivoissa, joten Parkinsonin tautiinkin voi liittyä muistisairaus. Näiden lisäksi Lewyn kappale -patologiaan liittyy myös Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmä. (Rinne 2015, 165.)

Tyypilliset oireet Lewyn kappale -taudissa voidaan jakaa tiedonkäsittelyssä ilmeneviin ja psykoottisiin oireisiin sekä parkinsonismiin. Tiedonkäsittelyssä ilmenevistä oireista tyypillisimpiä ovat hahmotushäiriöt sekä tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen heikentyminen. Parkinsonismin oireina voi esiintyä lihasjäykkyyttä, hidasliikkeisyyttä, liikkeiden aloittamisen ja toistettujen liikkeiden suorittamisen vaikeutta sekä kävelyvaikeuksia. Psykoottisista oireista mainittakoon hyvin tarkat näköharhat sekä harhaluulot, kuten vainoharhat. Unenaikaisia käytösoireita, kuten ääntelyä ja raajojen liikkumista, pidetään Lewyn kappale -tautiin liittyvänä. Lisäksi potilailla saattaa esiintyä kaatumistaipumusta, pyörtyilyä ja selittämättömiä tajunnanhäiriökohtauksia. Muistin toiminnan häiriöt ovat harvinaisempi sairauden alkuvaiheessa, mutta muisti heikkenee vähitellen sairauden edetessä. (Rinne 2015, 166.)

#### **2.5.4 Otsa- ohimolohkorappeumat**

Otsa- ohimolohkorappeuma on nimitys etenevien muistisairauksien ryhmälle, jotka kaikki johtavat aivojen otsa- ja/tai ohimolohkojen rappeutumiseen ja siitä aiheutuviin tyypillisiin oireisiin. Otsa- ohimolohkorappeuma alkaa usein jo työikäisenä, toisin kuin muut muistisairausmuodot. Otsa- ohimolohkorappeumiin kuuluu kolme syndroomaa, otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia sekä semanttinen dementia, joista otsalohkodementia yleisin. (Remes & Rinne 2015, 172-173.)

Otsalohkodementian keskeisenä piirteenä on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, joka voi ilmetä muun muassa estottomuutena, huolettomuutena tai tahdittomuutena. Aloitekyvyttömyys ja apaattisuus liittyvät myös otsalohkodementiaan, samoin kuin ärsykesidonaisuus. Muistin heikkeneminen, varsinkin sairauden varhaisessa vaiheessa, ei ole korostunut. Toiminnanohjauksen vaikeuksia, hitautta tiedonkäsittelyssä ja juuttumisoireita saatetaan havaita neuropsykologisessa tutkimuksessa. Otsalohkodentiaa sairastavilla potilailla saattaa ilmetä kielellisissä toiminnoissa tyypillisiä muutoksia, kuten niukkaa puheen tuottoa ja saman sanan tai tavun toistamista. Myöhemmin voi esiintyä mutismia sekä ekstrapyramidaalioireita, kuten hidasliikkeisyyttä, lihasjäykkyyttä ja kävelyvaikeuksia. Lisäksi potilaan primitiiviheijasteet, kuten tarttumis- ja imemisrefleksi, saattavat palata. (Remes & Rinne 2015, 174.)

Puheen tuoton häiriö on etenevän sujumattoman afasian keskeinen oire. Potilaan spontaani puhe on sujumatonta, vaivalloista sekä hidasta ja sisältää runsaasti kielioppi- ja äännevirheitä. Jopa yk-

sittäisen sanan toisto on vaikeaa. Lisäksi potilaan on vaikea löytää ja nimetä sanoja sekä vaikeuksia kirjoittamisessa ja lukemisessa. Puheen ymmärtämisessä ei yleensä ole ongelmia. (Remes & Rinne 2015, 176-177.)

Semanttisessa dementiassa keskeistä on merkityssisältöjen, kuten sanojen, häviäminen, joka ulottuu myös kielellisten toimintojen ulkopuolelle. Potilaalla esiintyy vaikeuksia tunnistaa kasvoja ja esineitä sekä häiriöitä visuaalisessa havainnoinnissa. Sanojen toistaminen, sanelusta kirjoittaminen ja lukeminen onnistuvat kuitenkin yleensä hyvin. Myös muisti säilyy semanttisessa dementiassa kohtalaisesti. (Remes & Rinne 2015, 177-178.)

### **2.5.5 Etenevät muistisairaudet työikäisillä**

Arvioiden mukaan Suomessa on noin 7000 alle 65-vuotiasta etenevää muistisairautta sairastavaa ihmistä. Heistä 35-40 prosenttia sairastaa Alzheimerin tautia, joka on yleisin muistisairaus myös työikäisillä, ja 10-15 prosenttia otsa-ohimolohkorappeumaa. (Juva, Paajanen & Remes 2015, 587.)

Perinnölliset muistisairauden syyt ovat työikäisillä yleisempiä kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Perinnölliset muistisairaudet saattavat puhjeta hyvinkin varhain, jopa 35-45 vuoden iässä. Pitkäaikaisen ja runsaan alkoholinkäytön arvellaan aiheuttavan joka kymmenennen muistisairauden työikäisillä. Erilaiset aivovauriot tai HIV-infektio voivat myös olla tiedonkäsittelyn varhaisen heikentymisen syynä. (Juva ym. 2015, 587.)

Nykypäivän työelämä ja yhteiskunnan vaatimukset paljastavat etenevän muistisairauden tässä ikäryhmässä usein jo varhaisessa vaiheessa. Muistisairautta ei kuitenkaan osata aina epäillä, ja se saatetaan diagnosoida virheellisesti esimerkiksi työuupumukseksi tai masennukseksi. Työikäisten muistisairaudet alkavat usein muilla kuin muistioireilla, mikä saattaa hidastaa, jopa useita vuosia, etenevän muistisairauden diagnosointia. Työikäisten etenevien muistisairauksien mahdollisimman varhainen ja luotettava taudinmääritys on erityisen tärkeää. Eläkeiän nousemisesta ja työelämän kasvavista vaatimuksista johtuen tulevaisuudessa yhä useammalla suomalaisella on muistisairaudesta aiheutuvia vaikeuksia selvitä työssä. (Juva ym. 2015, 588.)

Muistisairauksien oireet ja hoito ovat pääpiirteittäin samanlaisia riippumatta sairastuneen iästä (Muistiliitto 2017i, viitattu 8.2.2019). Työiässä muistisairauteen sairastuminen aiheuttaa kuitenkin

koko perheelle merkittävää psyykkistä kuormitusta ja haasteita, jotka eivät välttämättä samalla tavalla kosketa iäkkäämpiä. Työkyvyn heikkenemisen ja työstä poisjäämisen lisäksi harrastustoiminnan ja sosiaalisten suhteiden kaventuminen aiheuttavat suuria muutoksia potilaan elämään. Sairaudesta aiheuttaa myös omia haasteita parisuhteeseen ja saattaa muuttaa koko perhedynamiikkaa. Työikäisenä sairastuneella saattaa olla vielä kotona asuvia lapsia, joilla voi olla vaikeuksia sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen. (Juva ym. 2015, 590-591.)

Työiässä muistisairauteen sairastuneet läheisineen tarvitsevatkin paljon juuri heille kohdistettua tukea ja apua sekä tietoa sairauden eri vaiheiden tuomista muutoksista. Vertaistuki samassa elämäntilanteessa olevilta muilta työikäisiltä on myös erittäin tärkeää. (Muistiliitto 2017i, viitattu 8.2.2019.)

## **2.6 Muistiasiakkaan hyvä hoito**

Muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon tavoitteena on sairastuneen ja hänen läheistensä hyvinvointi, mielekäs elämä, oireiden etenemisen hidastuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Erilaiset kuntoutuksen muodot ja lääkkeetön hoito ovat usein ensisijaisia hoitomuotoja, mutta lääkehoidon osuutta muistisairaahan hoidossa ei sovi unohtaa. (Muistiliitto 2017c, viitattu 21.1.2019.) Muistiasiakkaan hoidon tulee olla kokonaisvaltaista. Siihen kuuluvat vaaratekijöiden ja muiden sairauksien hoito, mielialan ja käytösoireiden kartoittaminen ja hoito sekä kuntoutus, ohjaus ja tuki. (Tarnanen ym. 2017, viitattu 29.1.2019.)

Muistisairauden hoidossa keskeistä on potilaan ohjaus, jonka tulee olla yksilöllistä ja sitä tulee antaa oikeaan aikaan huomioiden sairauden luonne ja sen vaihe. Sairastunut ja hänen läheisensä tarvitsevat jatkuvaa tukea ja turvaa. Muistisairasta henkilöä kuormittavia tekijöitä ja muutoksia, jotka voivat pahentaa oireita, tulee välttää. Lääkehoito tulee suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti ja oireenmukaisesti. Käytösoireiden, perussairauksien sekä muiden sairauksien ja kivun asianmukainen hoito joko lääkkeettömästi tai tarvittaessa lääkkeiden turvin on tärkeää. Kokonaistilannetta tulee arvioida säännöllisesti - vähintään kerran vuodessa, mieluummin puolen vuoden välein. (Rosenvall ja Koivisto 2018, viitattu 21.1.2019.)

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, myös muistisairaalle. Se muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Myös oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan ovat osa perusoikeuksia. Lisäksi henkilökohtainen vapaus suojaa ihmisen fyysistä vapautta sekä hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Nämä asiat tulee huomioida muistiasiakkaan hoidossa, ja kaikkien hoitoon osallistuvien tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa muistisairaahan itsemääräämisoikeutta. Lisäksi muistiasiakkaan osallistumista arjen ja tulevaisuuden suunnitteluun tulee tukea. (Muistiliitto 2016a, 60, viitattu 21.1.2019.)

Muistisairaalla on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena, tasavertaisena, kunnioitettuna ja arvostettuna ihmisenä sekä tulla kuulluksi niin, että hänen tunteitaan ja mielipidettään arvostetaan. Hänellä on oikeus kohtaamiseen ja hoitoon, joka perustuu empatiaan ja muistisairauksien ymmärrykseen. Ja mikä tärkeintä, hänellä on oikeus päättää omista asioistaan niin kauan kuin hän on siihen kykenevä ja pystyy myös ymmärtämään päätöksensä merkityksen ja seuraukset. (Muistiliitto 2017e, viitattu 21.1.2019.)

Oikeudellinen ennakointi, joka tarkoittaa tulevaisuuden suunnittelua sekä varautumista mahdolliseen toimintakyvyttömyyteen, on oikeuksien edistämisen keino. Muistisairaahan on mahdollista päättää etukäteen itseään ja omia asioitaan koskevien asioiden hoidosta silloin, kun oikeudellinen toimintakyky on vielä riittävä. Keskeiset ennakkoinnin keinot ovat hoitotahto ja edunvalvontavaltuus. (Muistiliitto 2016a, 59, viitattu 21.1.2019.) Valtakirjat ja testamentti, jotka turvaavat potilaan edun mukaisen taloudellisten asioiden hoidon, kannattaa nekin tehdä ajoissa, silloin kun muistisairas on vielä oikeustoimikelpoinen (Tarnanen ym. 2017, viitattu 29.1.2019).

Vuonna 2012 voimaan tulleen vanhuspalvelulain mukaan kunnilla on velvollisuus huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta kunnassa. Kuntien tulee myös huolehtia iäkkään henkilön palveluntarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta sekä heille järjestettävien palvelujen laadun varmistamisesta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 1.2 §, viitattu 1.2.2019.)

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 on laadittu tukemaan kuntia ja kuntayhtymiä, näiden tehdessä ratkaisuja aivoterveysten edistämisestä, muistisairauksien hoidosta ja sairastuneiden ja heidän läheistensä tarvitsemasta tuesta ja palveluista. Muistiohjelman tavoitteena on muun muassa



muistioireiden tunnistaminen, muistioireiden tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnosointi sekä asianmukaisen hoidon aloittaminen varhaisessa vaiheessa. Muistisairaiden yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tavoitena on taata muistisairaille yhtenäiset ja toimivat hoito-, kuntoutus- ja palveluketjut. Asiakkaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja voimavaroja tulee arvioida monipuolisesti. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä käytösoireiden hallinta ja sairauksien hyvä hoito kuuluvat myös tavoitteisiin samoin kuin hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 5, 13, viitattu 23.1.2019.)

### **2.6.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö**

Muistisairauteen sairastuneen kuntoutus, hoiva ja hoito perustuvat aina yksilöllisesti laadittuihin suunnitelmiin. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa ihminen nähdään kokonaisuutena, jonka hyvinvointia tukevat moninaiset seikat. Kuntoutumista edistävä hoitotyö ei ole vain sairauksien hoitoa, vaan myös muun muassa elämänlaadun, toimintakyvyn ja osallisuuden tukemista sekä ennaltaehkäisevää työtä. Se tukee ja edistää sairastuneen itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta sekä hyvinvointia ja elämänhallintaa. (Muistiliitto 2016a, 9, 13, viitattu 23.1.2019.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on aina tavoitteellista, laaditun hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaista ja sitä toteutetaan moniammatillisesti. Muistisairauteen sairastuneen tulee voida elää, osallistua ja toteuttaa itseään omilla edellytyksillään tai tuettuna, riippumatta sairauden aiheuttamista rajoitteista. Hoitotyössä huomioidaan yksilöllisyys ja muistisairaahan ihmisen kykyä tehdä omia valintoja tuetaan sairauden kaikissa vaiheissa. Lisäksi hänelle annetaan mahdollisuus olla mukana kuntoutukseen liittyvässä päätöksenteossa sekä palvelujen suunnittelussa. Lisäksi läheisten toivotaan osallistuvan hoidon suunnitteluun ja arviointiin sekä mahdollisuuksien mukaan myös toteutukseen. (Muistiliitto 2016a, 13, viitattu 23.1.2019.)

Muistisairaahan toimintakykyä on tärkeää arvioida säännöllisesti ja kattavasti, koska sairaus vaikuttaa heikentävästi kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin. Ilman tietoa nykytilasta ei voida luoda tavoitteita. Tietoa kootaan hoidon toteutusta, seurantaan ja arviointia varten erilaisten mittareiden avulla sekä muistisairasta itseään että hänen läheisiään kuulemalla. Keskustelussa saadaan tietoa hänen elämänsä elämänsä rooleistaan, voimavaroistaan, hänelle tärkeistä henkilöistä ja mielihyvää tuottavista asioista. (Muistiliitto 2016a, 20-21, viitattu 23.1.2019.)

## **2.6.2 Ensitiedosta neuvontaan ja ohjaukseen**

Muistisairaahan ihmisen ja hänen läheistensä tulisi saada heti diagnoosin saamisen yhteydessä tai mahdollisimman pian sen jälkeen suullista ja/tai kirjallista ensitietoa muistisairauteen liittyvistä asioista. (Muistiliitto 2017f, viitattu 21.1.2019.) Kaikilla sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisilla on lakiin pohjautuva ohjaus- ja neuvontavelvollisuus, joka velvoittaa heidät ohjaamaan asiakkaitaan oikeiden palvelujen piiriin sekä neuvomaan etuuksien hakemisessa. Neuvonnan ja ohjauksen tulee jatkua koko sairauden ajan. (Muistiliitto 2017g, viitattu 21.1.2019.)

Sairauden alkuvaiheessa tärkeintä on auttaa muistisairaita ihmisiä ja heidän läheisiään sopeutumaan ja selviytymään. Lisäksi on tärkeää auttaa heitä ymmärtämään, mistä sairaudesta on kyse ja mitä odotettavissa. (Muistiliitto 2017g, viitattu 21.1.2019)

## **2.6.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma**

Jokaiselle muistisairauteen sairastuneelle laaditaan yksilöllinen, realistinen, ennakoiva ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joka tehdään yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmassa määritellään muistisairaahan yksilölliset tavoitteet, joita ovat esimerkiksi sairauden kanssa elämään sopeutuminen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan palvelut ja toiminta, joiden avulla voidaan tukea muistisairaahan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn säilymistä ja kuntoutumista. Suunnitelmassa huomioidaan myös perussairauksien hyvä hoito, ravitseminen ja liikunta. Muistisairaahan elämän jatkuminen entisellään ja kotona asuminen mahdollistaminen, niin pitkään kuin se on mahdollista, on myös tavoitteena. Lisäksi päämääränä on muistisairaahan omien vahvojen kykyjen tunnistaminen ja ylläpitäminen sekä korvaavien taitojen löytäminen. (Muistiliitto 2017c, viitattu 21.1.2019.)

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa määriteltyjen tavoitteiden avulla pyritään turvaamaan muistisairaahan mielekäs elämä. Kuntoutumista tukee onnistumisen kokemuksia, nautintoa ja iloa tuottavien asioiden tekeminen. Jokaisella etenevää muistisairautta sairastavalla on jäljellä voimavaroja, jotka tulee ottaa käyttöön. (Muistiliitto 2017c, viitattu 21.1.2019.)

## **2.6.4 Terveyden edistäminen**

Muistisairaiden hyvään hoitoon kuuluu olennaisena osana terveyden edistäminen. Terveelliset elämäntavat, kuten terveellinen ravinto, liikunta, sosiaalinen aktiivisuus, päihteettömyys sekä aivojen sopiva haastaminen lisäävät ihmisen hyvinvointia. Ne ennaltaehkäisevät mm. uusien sairauksien syntyä ja olemassa olevien sairauksien etenemistä, pitävät yllä toimintakykyä ja kognitiivisia kykyjä sekä suojaavat aivojen hyvinvointia. Hyvä fyysinen ja psyykinen terveydentila lisäävät omatoimisuutta ja tukevat kotona asumista mahdollisimman pitkään. Myös riittävästä levosta huolehtiminen ja stressin välttäminen edistävät terveyttä. Terveellisiä valintoja tehdessä tulee kuitenkin huomioida muistisairaana omat toiveet ja totutut tavat sekä voimavarat. (Muistiliitto 2016a, 29, viitattu 23.1.2019.)

Sairastuneen terveydentilan ja voinnin, kuten painon, aistitoimintojen, verenpaineen ja –sokerin monipuolinen tarkastelu kuuluu hyvään perushoitoon. Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy on myös tärkeää, sillä kaatumisalttius lisääntyy liikkumiskyvyn heikentyessä. Sairauden edetessä erityistä huomiota tulee kiinnittää mm. hygienian- ja kivunhoitoon sekä ravitsemukseen, sillä muistisairas ei välttämättä huomaa voinnissaan tapahtuneita muutoksia, eikä osaa tai huomaa pyytää apua. (Muistiliitto 2016a, 29, viitattu 23.1.2019.)

## **2.6.5 Lääkkeetön hoito**

Lääkkeettömän hoidon tarkoituksena on tunnistaa oireita laukaisevat tekijät. Näin oireiden esiintymistä voidaan vähentää, välttää tai tilanteista voidaan yhdessä luoda kaikille helpompia kestäviä. Lisäksi muistisairasta tuetaan ja ympäristöä muokataan niin, että hän kykenee elämään omannäköistä elämää ja toimimaan mahdollisimman pitkään arjessaan itsenäisesti. (Muistiliitto 2017d, viitattu 23.1.2019.)

Luottamus on tärkeää muistisairaana ja hänen läheistensä välillä. Tärkeää on myös se, että he tuntevat toisensa hyvin. Näin käyttäytymistä voidaan paremmin tulkita silloinkin, kun muistisairaana kommunikaatio heikentyy. Perusasiat, kuten esim. jano tai nälkä saattaa ilmetä levottomuutena tai vuolaana itkuna, kun kommunikaatiolle ei löydy muita keinoja. (Muistiliitto 2017d, viitattu 23.1.2019.)

Muistisairaahan hyvinvoinnista on tärkeää pitää hyvää huolta, varsinkin silloin, kun hän ei pysty itse kertomaan tarpeistaan. Hyvään huolenpitoon kuuluvat muun muassa tasapainoinen ja riittävä ravitsemus ja nesteytys, hyvä hygienia, levon ja liikunnan oikea suhde sekä miellyttävät vaatteet ja viihtyisä ympäristö. (Muistiliitto 2017d, viitattu 23.1.2019.)

Muistisairaahan hyvää elämää ja toimintakykyä tuetaan kiinnittämällä huomiota hänen voimavaroihinsa ja taitoihin, joilla voidaan viedä huomiota pois heikenneistä kyvyistä ja ongelmista. Jotta muistisairas voi tehdä itsenäisiä valintoja ja siten säilyttää omanarvontunteensa, tulee perustee-tonta rajoittamista välttää. Mielekäs tekeminen esimerkiksi erilaisissa terapioissa saattaa rauhoit-taa, jos levottomuus ja pakko-oireet johtuvat tekemisen puutteesta ja turhautumisesta. Sairastu-neen hyvä elämänlaatu näkyy ulospäin hyvänä olona. (Muistiliitto 2017d, viitattu 23.1.2019.)

Käyttöoireiden lääkkeettömään hoitoon sopivia menetelmiä voivat olla esimerkiksi musiikkiterapia sekä tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet terapiat, kuten muistelu- ja validaatiote-rapia. Merkityksellisiä kokemuksia painottavia menetelmiä, esimerkiksi virikkeellisyys ja aistiakti-vaatio, voidaan myös kokeilla hoitomuodoksi. Käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen hallintaa tu-kevat menetelmät (behavioraaliset terapiat) saattavat tuoda helpotusta muistisairaahan elämään. Lisäksi liikunta ja muut luovat toiminnot, kuten musiikki, kuvataide, tanssi ja kädentaitojen harjoit-taminen voivat olla tehokkaita muistisairauksiin liittyvien käyttöoireiden hoidossa. (Käypä hoito 2017; Tuomikoski, Parisod, Oikarainen, Siltanen & Holopainen 2018, viitattu 27.1.2019.)

## **2.6.6 Lääkehoito**

Vaikka parantavaa hoitoa ei ole, hyvään muistisairauksien hoitoon kuuluu oireiden lievittäminen lääkehoidolla. Parhaan hyödyn saamiseksi lääkitys tulee aloittaa mahdollisimman varhain. Tätä edesauttavat muistioireiden tunnistaminen, potilaan tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnoosin saa-minen varhaisessa vaiheessa. (Juva 2017, viitattu 23.1.2019.) Lääkehoidosta kerrotaan kuitenkin ole-van hyötyä vain silloin, kun se on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Tarnanen ym. 2017, viitattu 29.1.2019). Oikea-aikaisesti aloitettu lääkehoito myöhentää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. (Kansallinen muistiohjelma)

Suuri osa muistin toiminnalle tärkeistä hermoradoista käyttää asetyylikoliinia välittäjäaineena. Alzheimerin taudissa vaurioituu ensimmäiseksi ja selvimmin juuri tätä välittäjäainetta käyttävät aivojen hermoverkot. Markkinoilla olevista Alzheimer-lääkkeistä suurin osa vaikuttaa lisäämällä asetyylikoliinin määrää aivoissa estämällä sen nopeaa hajoamista ja siten muistille tärkeät hermoradat toimivat tehokkaammin. Tähän kolinergisten lääkkeiden ryhmään kuuluvat donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini, joilla on hyvä teho Alzheimerintautia sairastavan kongnitiivisiin toimintoihin ja toimintakykyyn. Alzheimer-lääkkeenä käytetään myös memantiinia, joka vaikuttaa aivojen glutamaattitasapainoon ja, jonka teho on kolinergisten lääkkeiden luokkaa. (Juva 2017, viitattu 23.1.2019.)

Kaikilla lääkkeillä, kuten muistilääkkeilläkin, on sivuvaikutuksia. Ne kuitenkin lievittyvät ajan myötä. Sivuvaikutusten ilmaantumista pyritään vähentämään aloittamalla lääkehoito ensin pienellä annoksella ja sitten nostamalla annosta hitaasti. Vatsavaivat, kuten pahoinvointi, närästys ja ripuli ovat yleisimpiä muistilääkkeiden sivuvaikutuksia. Näitä voi yrittää estää ottamalla lääke aterian jälkeen. (Juva 2017, viitattu 23.1.2019.)

Muistisairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet yleensä virkistävät, mutta joskus ne myös lisäävät levottomuutta ja kiihdyttävät potilasta liikaa, jolloin tulee harkita lääkityksen vähentämistä. Jos huomataan yhden lääkkeen olevan potilaalle sopimaton tai tehoton, kannatta kokeilla toista tämän ryhmän lääkettä. (Juva 2017, viitattu 23.1.2019.)

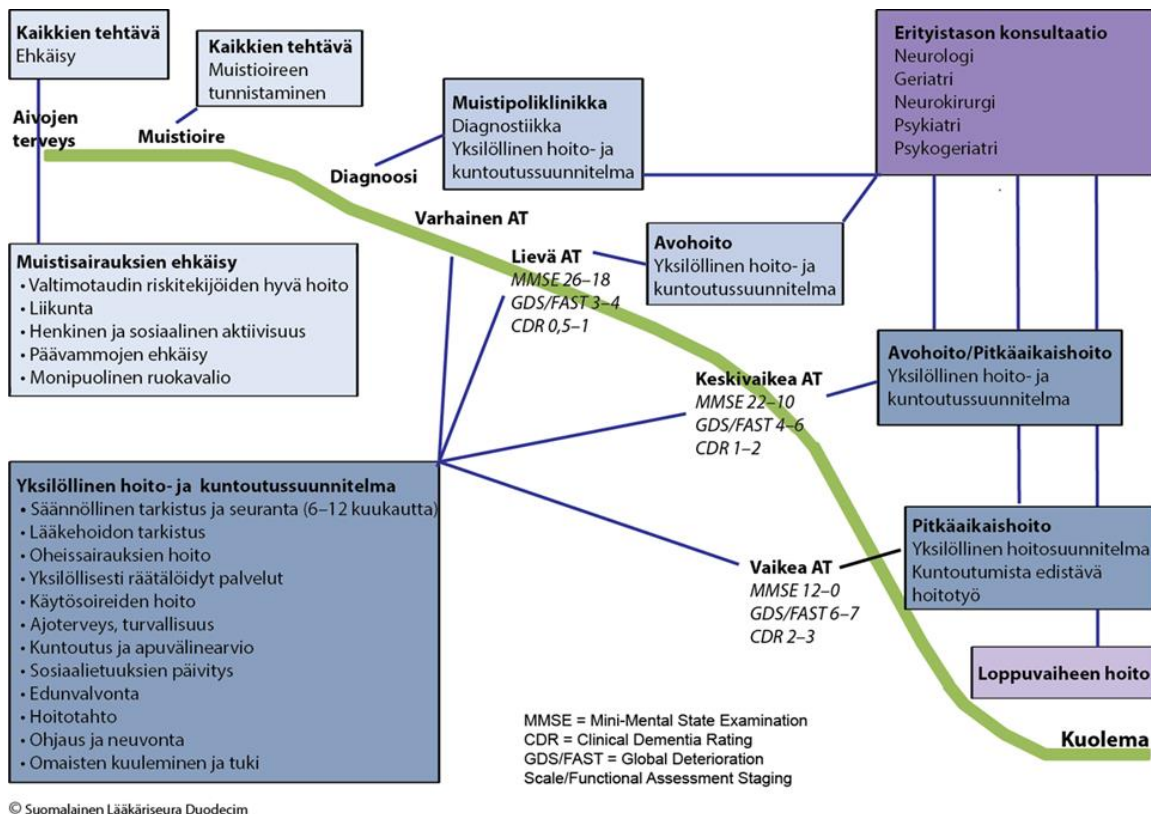
### **2.6.7 Vertaistuki**

Muistiliiton mukaan vertaistuki on monelle muistisairaalle ja hänen läheisilleen se kaikkein tärkein avun ja tuen muoto. Vertaistukea on mahdollisuus saada eri tavoin, esimerkiksi kahden kesken, ryhmissä tai verkostoissa. Sitä voi saada kasvotusten, puhelimitse tai internetissä ihmisten kanssa keskustellen. (Muistiliitto 2017a, viitattu 12.2.2019.)

Muistiyhdistykset järjestävät vertaistukiryhmiä sekä muistisairauteen sairastuneille että heidän omaisilleen. Omaisat kokoontuvat yleensä omassa ryhmässään ja muistisairaatt omassaan, jolloin molemmat voivat käsitellä asioita omasta näkökulmastaan vertaistensa kanssa. Luotettavassa ilmapiirissä on mahdollisuus käydä läpi vaikeita sairauteen liittyviä tunteita, kuten esimerkiksi riittämättömyyttä, häpeää ja luopumisen vaikeutta. (Muistiliitto 2017a, viitattu 12.2.2019.)

## 2.7 Muistiasiakkaan hoitopolku

Muistiasiakkaan hoitopolulla (josta käytetään myös termiä hoitoketju) tarkoitetaan sovittua palvelukokonaisuutta, jonka avulla häntä tutkitaan ja hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Hoitoketju lähtee valtakunnallisista suosituksista, joiden jatkona on alueellinen tai paikallinen sopimus työn- ja vastuunjaosta hoitoketjun eri toimijoiden kesken. Muistiasiakkaan hoito vaatii ammattihenkilöstöä, joka on perehtynyt muistisairauksiin ja sitä toteutetaan moniammatillisena tiimityönä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen ja kuntoutuksen palvelujen kesken. Hoitoketjuun kuuluu myös kunkin seutukunnan yksityiset palveluntuottajat ja siihen voidaan lisäksi sisällyttää niin sanottuja kolmannen sektorin toimijoita. Muistiasiakkaan hoito tulee toteuttaa lähipalveluina ja yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti. (Suhonen, Juva, Nikumaa & Erkinjuntti 2015, 537-539.)



KUVIO 1. Muistipotilaan hoitoketjun eri vaiheet. Esimerkkinä Alzheimerin tauti. (Suhonen ym. 2015, 538.)

“Muistipotilaan hoitoketju käynnistyy, kun hänet on tunnistettu mahdolliseksi muistipotilaaksi.” (Hallikainen & Rosenvall 2015, 342.) Muistiasiakkaan hoitoketjun eri vaiheet on esitelty yllä olevassa kuvassa (Kuvio 1). Sen mukaan hoitoketju alkaa jo muistisairauksien ennaltaehkäisystä ja aivoterveiden edistämisestä. Muistioireen mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja potilaan ohjaamisen tarkempiin tutkimuksiin on tärkeää. Tässä kohtaa keskeisessä roolissa on se terveys- tai sosiaalialan ammattilainen, jonka potilas tai omainen ensi kertaa kohtaa ja, jolle hän ilmaisee huolensa muistioireesta. Hänellä tulee olla tietoa niistä oireista, jotka edellyttävät lisäselvittelyä, ja siitä, miten ja missä oiretta voidaan selvittää. Ainakin paikallinen muistihoitaja neuvoo ja ohjaa eteenpäin sovitun hoitoketjun mukaisesti. (Suhonen ym. 2015, 542.)

Potilas saattaa hakeutua muistioireidensa kanssa myös yksityislääkärille tai yksityiselle muistipoliklinikalle, joista lääkäreillä on vastuu ohjata potilas kunnallisten palveluiden piiriin. Yksityislääkäreillä tulisi myös olla tietoa alueellisista hoitoketjuista ja parhaassa tapauksessa osallistua aktiivisesti hoitoketjutoimintaan. (sama, 543.)

Hoitoketjun keskeisiä toimijoita ovat paikallinen muistipoliklinikka ja muistitiimi. Muistipoliklinikka koostuu moniammatillisesta muistitiimistä, joka on rakennettu muistiasiakkaan tueksi. Muistipoliklinikan ja muistitiimin tehtävien päävastuu jakautuu muistilääkärin, muistihoitajan ja muistikoordinaattorin kesken. Potilaalla ja omaisella tulisi olla mahdollisuus ottaa suoraan yhteyttä muistipoliklinikkaan ja muistitiimiin, jossa on muistiasiakkaan hoidon erityisosaamista ja kyky tehdä kokonaisvaltainen tilannearvio. Muistitiimin kokoonpano muuttuu muistiasiakkaan hoivan ja palvelujen tarpeiden muuttuessa ja sairauden edetessä. (sama, 543-544.)

Muistihoitaja ja muistikoordinaattori toimivat muistipoliklinikalla lääkärin työparina. Tiimin tehtävänä on varmistaa muistisairauden diagnoosi ja asianmukaisen hoidon aloittaminen. Muistipoliklinikalla potilaalle laaditaan myös hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat, joita päivitetään tarpeen mukaan. Muistiasiakkaan säännöllinen seuranta on järkevää keskittää muistikoordinaattorille hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden turvaamiseksi. Muistikoordinaattorin tehtävänä on varmistaa, että potilaan avohoito onnistuu saumattomasti, ja ohjata muistiasiakasta ja omaisia selviytymään arjessa. (sama, 543-544.)

Muistisairas ihminen asuu yleensä kotona niin kauan kuin mahdollista. Hän selviytyy usein parhaiten tutussa ympäristössä, tuttujen rutiinien keskellä. Moni pärjää aluksi itsenäisesti tai hoitavan omaisen kanssa, myöhemmin apuvälineiden ja/tai kotiavun turvin. Kun sairaus etenee, koti ei enää

välttämättä ole turvallinen ja paras paikka asua. Sairastuneen käyttäytymisen muutokset, sairauden nopea eteneminen, lisääntyvä avuntarve, turvattomuus sekä kävely- ja pidätyskyvyn menettäminen ennakoivat kotihoidon loppumista. Jokainen tilanne tulee harkita kuitenkin yksilöllisesti. Lyhyt- tai pitkäaikaishoitoon siirtymiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten läheisten mahdollisuudet omaishoitoon, omaishoitajan terveydentila sekä saatu tuki ja apu. (Muistiliitto 2017h, viitattu 2.2.2019.)

Hoitoketjua eli palveluiden ketjua on aina tarkasteltava kokonaisuutena. Kokonaisuuden kaikki osat vaikuttavat toisiinsa, eikä mikään palvelu toimi optimaalisesti itsenäisenä kokonaisuutena. Palvelujen ketjua, aina aivojen terveyttä edistävästä palveluista ympärivuorokautiseen hoitoon asti, onkin kehitettävä yhtenä integroituna kokonaisuutena. Huomiota tulee erityisesti kiinnittää siirtymäkohtiin, esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, terveydenhuollon yksiköstä sosiaali- huollon palvelujen piiriin tai kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoitoon. (Suhonen ym. 2015, 539.)



### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistiasiakkaan hyvää hoitoa sairauden diagnoosi- ja alkuvaiheessa kirjallisuuskatsaukseen valikoituvien tutkimusartikkeleiden avulla. Tavoitteena oli laatia kuvaus muistiasiakkaan (hyvästä) tutkittuun tietoon perustuvasta hoidosta ja vaihtoehtoisista hoitopoluista.

Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Mitä muistisairaahan hyvä hoito on?
- Millainen on muistiasiakkaan hoitopolku sairauden varhaisessa vaiheessa?

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimus ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Pyrimme tässä opinnäytetyössä selvittämään vastausta tutkimuskysymyksiimme kvalitatiivisella, eli laadullisella kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Keskityimme tutkimuskysymystemme mukaisesti löytämään muistisairauden hyvää hoitoa kuvaavaa tietoa alan tutkimuksista. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on kuvailla ja vastata kysymyksiin millainen, miten, kuinka, joskus myös miksi. Laadullisella tutkimuksella voidaan tutkia asioita, joita ei voida mitata, vaan ne ovat tulkinnanvaraisia, ajasta ja paikasta riippuvaisia, ja ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa syntyneitä. Vaikka tiedon määrä lisääntyy, ei kuitenkaan saavuteta mitään lopullista ratkaisua, koska kaikkia mahdollisia puolia ja näkökulmia ei voida kartoittaa ja tutkia. (Puusa & Juuti 2011, 1, 31.)

Toisin kuin määrällinen tutkimus laadullinen pyrkii selvittämään yksittäisiä tapauksia ja tutkimuksessa merkityksellistä on mukanaolevien näkökulma sekä tutkijan ja havainnon vuorovaikutus. Tieto on siis subjektiivista kuvausta todellisuudesta eikä sen oleteta olevan riippumatonta kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Puusa ja Juuti toteavatkin määrällisen ja laadullisen vertailun olevan hyödytöntä, koska laadullista tutkimusta on monenlaista ja eri lähestymistavoilla toteutettua. (Puusa & Juuti 2011, 47 – 48.)

Laadullisen tutkimuksen kohdalla tavoitellaan merkitysten löytämistä ja että aineisto kuvaa ilmiötä esimerkiksi tietyn ryhmän näkökulmasta. Pyrkimyksenä on tällöin saada hyvä ymmärrys ilmiöstä juuri kyseisessä kontekstissa ja kyseisten tutkimushenkilöiden kohdalla, eli ei pyritäkään aineistolisesti suuriin määriin. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 81, 117.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksista. Luonteeltaan se on aineistolähtöistä ja menetelmänä sitä käytetään aikaisemman tiedon kokoamiseen, ymmärtämiseen tähtäävään kuvailuun sekä jäseneltyyn tarkasteluun. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on aikaisempien tutkimusten tutkiminen ja vastausten etsiminen kysymyksiin, jota tietystä ilmiöstä jo tiedetään. (Kangasniemi, Utrianen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen, & Liikanen 2013, 293- 294, 298, viitattu 12.1.2019.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen ei liity tarkkoja sääntöjä. Aineiston valintaa eivät rajaa tietyt metodiset säännöt ja tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6, viitattu 12.1.2019.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen ja koko tutkimusprosessia ohjaava tekijä on tutkimuskysymys, joka on yleensä kysymyksen muodossa ja valittua kysymystä voidaan tarkastella yhdestä tai useasta näkökulmasta. Tutkimuskysymyksen on oltava riittävän täsmällinen ja rajattu, koska se ohjaa myös aineiston valintaa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostuu jo aiemmin julkaistuista tutkimuksista, sekä tutkimusaiheen kannalta merkityksellisestä tutkimustiedosta. (Kangasniemi ym. 2013, 295- 296, viitattu 12.1.2019.)

#### **4.2 Tutkimusten haku ja valintakriteerit**

Tutkimuksen aineisto kerättiin olemassa olevista muistiasiakkaiden hoitoon ja erityisesti vielä kotihoidossa olevien muistiasiakkaiden hoitoon liittyvistä tutkimuksista julkaistuista tieteellisistä artikkeleista ja julkaisuista. Tutkimuksia on tehty Suomessa ja muuallakin päin maailmaa, toki järjestelmät eri maissa ovat erilaisia, joten suoraan vertailukelpoisia tutkimustuloksia hoitopolun suhteen emme olettaneetkaan löytävämme. Kuitenkin tuloksissa tuli esiin muutoin paljon samansuuntaisia havaintoja muistiasiakkaan hoidosta.

Hakutietokantoina tämän kirjallisuuskatsauksen aineistoa etsittäessä käytimme OAMK:n kirjaston kautta löytyviä kotimaisia ja kansainvälisiä tietokantoja. Tietokantoja on monille eri aloille, tätä opinnäytetyötämme varten haimme tutkimuksia hoitoalan alakohtaisista tiedonhakuoppaista. Käytimme haussa myös Googlea, mitä kautta löysimmekin yhden tutkimuksen, jonka päätimme ottaa mukaan. Tarkemmin tietokannat ja myös käytetyt hakutermit ja -sanat on kuvattu mukaan otetut tutkimukset listaavassa taulukossa (Taulukko 1). Koska aiheemme on toisaalta melko laaja, hyvään hoitoon liittyy paljon erilaisia asioista, myös hakumme olivat melko laajoja, koska kovin spesifiä terminologiaa emme halunneet käyttää.

Terminologiaan liittyen myös sana dementia esiintyi monissa tutkimuksissa tulkintamme mukaan nimenomaan, kun viitattiin muistihäiriöihin. Tästä syystä olemme käyttäneet opinnäytetyössämme

jossakin kohtaa kyseessä olevan tutkimuksen linjan mukaisesti esimerkiksi mainintaa ei-dementtikko. Kuten tässä työssä kappaleessa 2.1 Dementia kuitenkin kuvataan, dementialla tarkoitetaan Suomessa oireyhtymää, mikä ei siis itsessään ole sairaus, vaan tila, mihin liittyy osana muistihäiriö. (Erkinjuntti 2010, 87, viitattu 26.1.2019; Muistiliitto 2017b, viitattu 11.12.2018.)

Tutkimusten sisääntokriteerit olivat:

- Tutkimus julkaistu vuosien 2010 – 2018 aikana
- Tutkimus on vertaisarvioitu ja lähde luotettava
- Tutkimus tai artikkeli on saatavissa ilmaiseksi
- Tutkimus tai artikkeli on saatavissa kokonaisuudessaan, ei vai lyhennelmänä
- Tutkimus tai artikkeli on suomen- tai englanninkielinen
- Hyväksytään eri metodein tehdyt tutkimukset

Näiden lisäksi tarkoitus oli aluksi sisällyttää aineistoon vain joko ammattilaisen tai muistiasiakkaan/läheisen/omaishoitajan näkökannalta tehtyjä tutkimuksia. Tästä kriteeristä kuitenkin luovimme toisaalta tutkimusten vähyyden vuoksi, mutta myös siksi, että eräässä tarkoitukseemme hyvin muutoin sopivassa tutkimuksessa (Suhonen, Röberg, Hupli, Koskenniemi, Stolt & Leino-Kilpi 2015, viitattu 24.2.2019) oli tutkittu asiaa kolmeltakin eri näkökannalta: muistiasiakkaan/läheisen/omaishoitajan, ammattilaisen sekä päätöksentekijän.

Valintaprosessissa tutustuimme otsikon perusteella satoihin tutkimuksiin, joista kuitenkin hyvin suuri osa karsiutui jo tiivistelmää luettaessa tai viimeistään kun itse tutkimusta tarkemmin luettiin. Karsiutumisen syynä loppuvaiheessa oli muun muassa, että tutkimus ei vastannut kumpaankaan tutkimuskysymykseen tai se keskittyi pääasiassa jo vaikea-asteisesta muistisairaudesta kärsivien tilanteisiin.

Varsin harvassa tutkimuksessa oli keskiössä muistiasiakkaan hoitopolku, eli suurimmassa osassa vastattiin enemmän kysymykseemme muistiasiakkaan hyvästä hoidosta. Hyvää hoitoa kuvaavista tutkimuksista havaitsimme, että pääasiassa huomion keskipisteenä olivat omaishoitajat tai muut muistiasiakkaan läheiset, eli pelkästään muistisairautta sairastavan kokemuksiin perustuvaa tutkimusta ei hakuihimme osunut. Tähän lienee selityksenä se, että varsin pian sairauden toteamisen

jälkeen omainen toimii tukihenkilönä ja on mukana erityisesti kaikissa asiointeihin liittyvissä tilanteissa.

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut artikkelit.

Tietokanta ja hakusanat, sekä hakutulosten määrä	Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimus ja sen tarkoitus	Aineiston keruu ja kohderyhmät	Keskeiset tulokset
-Medic  -Asiasanat: muistisairau* AND hoitopolku  -14	Suhonen, Röberg, Hupli, Koskenniemi, Stolt & Leino-Kilpi. 2015. Suomi.	Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet Palvelukokonaisuutta tarkasteltiin eri teemojen avulla (hoidon sujuvuus ja palvelurakenteen selkeys, sovitut tehtävät ja vastualueet, osaaminen ja ammattitaito, vuorovaikutus ja palvelu- asenne, tiedonkulun sujuvuus, hoitoa koskevan päätöksenteon avoimuus ja osallisuus, ja resurssien riittävyys).	Ryhmähaastattelut (6). Muistiasiakkaat ja heidän läheisensä (18), sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset (14), johtavat viranhaltijat ja kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista päättävät (10).	Eri kohderyhmillä painottuivat hieman eri asiat. Muistiasiakkailla ja läheisillä tarpeellisen hoidon ja palveluiden nopea järjestäminen oli oleellinen osa, samoin kaivattaisiin "omaa" ammattihenkilöä, johon voisi ongelmatilanteissa ottaa yhteyttä ja jolta saisi ohjeita eteenpäin. Ammattihenkilöt ja myös päättäjät katsoivat olennaiseksi mm. roolien ja tehtävien koordinoimisen eri palveluntuottajien yhteistyössä.
-Google  -hakusanat:  thl tutkimukset muistisaira*  -44700  -Artikkeli "Muistisaira- raan itsemääräämisoikeus toteutuu paremmin kotihoidossa"	Erhola, Alastalo & Kehusmaa. 2017. Suomi.	Muistisaira- raan itsemääräämisoikeuden toteutumise- stä	Kysely. Koti- ja ympärivuorokautisia yksiköitä 300: muistiasiakkaat (2940), joilla oikeudet korkeintaan keskivaikeita, omaiset (2340) ja omahoitajat (8650).	Kotihoidossa olevilla muistiasiakkailla on paremmat mahdollisuudet vaikuttaa itse hoitonsa suunnitteluun kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla (toki sairauden vaikeusasteen huomioon ottaen). Mahdollisuus tehdä mieluisia asioita toteutui 70 %:lla vastanneista, korkeintaan keskivaikeaa muistisairautta sairastavilla.
Wiley  - keyword: dementia, anywhere: care, nursing  -1777	Lethin, C., Rahm Hallberg, I. & Karlsson, S. 2016. Ruotsi.	Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease  Tutkimuksessa kartoitettiin perheen omaishoitajien kokemuksia muodollisesta hoidosta muistisairaudesta ajalta.	Ryhmähaastattelu (4). Muistiasiakkaiden puolisoita ja lapsia yhteensä 23.	Tarvitaan proaktiivista yhteistyötä (esim. Interventioita) hoitolaitosten kanssa. Yhteistyö ja tarpeet ovat erilaisia sairauden eri vaiheissa, mutta sen toimissa omaishoitajien jaksaminen ja itsenäisyyden tunne olisi parempaa.

<p>Wiley</p> <p>- Title: intervention, anywhere: nursing, care, alzheimer's</p> <p>Publication type: Journals</p> <p>-152</p>	<p>Steffen &amp; Gant. 2016. Yhdysvallat.</p>	<p>A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers</p> <p>Tutkimus selvitti, miten neurokognitiivisista sairauksista (Alzheimer tai muu etenevä sairaus) kärsiviä potilaita hoitavien naispuolisten ahdistuneiden omaishoitajien ongelmia voidaan lievittää puhelimitse annettavalla käyttäytymisvalmennuksella.</p>	<p>Seurantatutkimus, valmennettava ryhmä (33) ja vertailuryhmä (41), jolle perusohjeistus ja tietopaketti. Mitareina mm. muisti- ja käytösongelmista seurannut kuuhunta sekä masennusoireisto.</p> <p>Osallistujista puoli-soita 52% ja aikuisia lapsia 48%. BDI-II:n mukaan omaishoitajilla oli masennusoireita lievistä kohtalaiseen.</p>	<p>Valmennusinterventio johti tilastollisesti merkittäviin vähentymisiin masennusoireissa, kielteisissä tunnetiloissa ja häiritsevän käyttäytymisen aiheuttamassa kuohunnassa.</p> <p>Puhelimitse annettava interventio hyödyllistä ja sen toteuttaminen on mahdollista matkojenkin päähän.</p>
<p>PubMed</p> <p>- Title/Abstract dementia AND diagnos* AND care AND treatment</p> <p>-538</p>	<p>Annear, Towe, McInerney, Eccleston, Tranter, Elliott &amp; Robinson. 2015. Australia.</p>	<p>What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study</p> <p>Tutkimuksen kohteena selvittää, mikä on konsensus siitä tiedosta, mitä tarvitaan demen-tian ymmärtämiseen englanninkielisissä maissa. Faktuaalista tietoa hoitomenetelmistä hoitohenkilös-tölle ja maallikoille.</p>	<p>Delfoi-metodi. Asiantuntijamenetelmä, kolme kyselykierrosta, asiantuntijoita kierroksilla 19, 17 ja 15. Ensimmäisen kierroksen kysymykset avoimia, toisella kierroksella ensimmäisen väittämien arvottaminen, ja kolmannella toisen kierroksen yksimieli-syyden vahvistaminen. Valtaosa asiantuntijoista Australiasta, muutama Yhdysvalloista ja Isosta-Britanniasta.</p>	<p>Tulee kiinnittää huomiota muistioireisiin varhaisen diagnoosin saamiseksi, muisti-asiakkaan muiden sairauksien ja niihin liittyvien kivun, masennuksen ja deliriumin hoito tärkeää.</p> <p>Psyko-sosiaaliset interventiot toimivimpia elämänlaadun ylläpitämiseksi. Lääkitys tulisi ollaan tarkkaan harkittua ja vaikutukset sekä yhteisvaikutukset huomioida.</p>
<p>Elsevier</p> <p>- search term: dementia</p> <p>- research articles</p> <p>- open access</p> <p>- publication title: Alzheimer's &amp; Dementia</p> <p>-775</p>	<p>Petersen, Siersma, Christensen, Storsveen, Nielsen &amp; Waldorff. 2018. Tanska.</p>	<p>The risk of fall accidents for home dwellers with a dementia – A register- and population-based case-control study</p> <p>Tutkimus selvitti tanskalaisien dementiaa sairastavien putoamis- ja kaatumis- onnettomuuksia.</p>	<p>Väestötutkimus. Kaikki 1.1.2008 yli 65-vuotiaat Tanskan asukkaat (460354), joilla potilasrekisterissä ei-laitoshoidossa tapahtunut putoamis- tai kaatumisonnettomuus ja dementia diagnoosi tai demen-tialääkemääräys reseptikeskuksessa ennen kaatumispäivää (115584), muut ikäryhmän asukkaat kontrolliryhmää (heistä 49909:stä tuli myös kohderyhmää kaatumisen seurauksena).</p>	<p>Kotona asuvilla dementikoilla on lähes kaksinkertainen riski kaatumiseen muihin verrattuna. Vaikka interventioita jo on kehitetty, vaativat ne usein perheen osallistumista ja toimenpiteiden hyväksyminen vaihtelee. Yleisön tietämyksen lisääminen ja osallistuminen kaatumisten ehkäisyyn erityisesti dementiaa sairastavien suhteen saattaisi parantaa tilannetta.</p>

### 4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysissa käytimme kvalitatiiviselle tutkimukselle sopivaa sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin mukaisesti vertailimme eri tutkimusten tekstejä ja haimme niistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 8.4.2018.)

Sisällönanalyysiä, kuten muutakin laadullista tutkimusta tehtäessä on tärkeää, että tutkijat pysyvät aikomissaan tutkimuskysymyksissä ja että huomioiduksi tulevat nimenomaan juuri tarkoitetut asiat. Olennaista sisällönanalyysissä on se, että tutkimuksella päästään myös olennaisiin johtopäätöksiin sen lisäksi ja sen perusteella, kuinka sisältö on eritelty. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 119, 139.)

Ryhmittelyrunkona käytimme tutkimuskysymyksiämme ”Mitä muistisairaahan hyvä hoito on?” ja ”Millainen on muistiasiakkaan hoitopolku sairauden varhaisessa vaiheessa?”. Eteneminen tapahtui poimimalla hyvää hoitoa ja hoitopolkua kuvaavia ilmaisuja tutkimusaineistosta. Kuten jo aiemmin todettu, aineistomme ei kuitenkaan kovin paljoa käsitellyt varsinaista hoitopolkua tai sen elementtejä tarkemmin, joten enemmän kuvauksia löysimme siitä, mitä hyvän hoidon tulisi olla tai kääntäen, mistä kohderyhmillä oli huonoja kokemuksia.

Kun ilmaisuja oli saatu poimittua, niitä ryhmiteltiin aiheiden perusteella eri ryhmiin, joiden alla taas käsiteltiin aiheita yksityiskohtaisemmin sen mukaan, mitä kuhunkin aihepiiriin tutkimuksista oli noussut mukaan. Tulosten otsikot muodostuivat näiden aineistosta esiin nousseiden ryhmien mukaisesti.

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tutkimuksista kävi ilmi, että oikea-aikainen tiedon, avun ja tuen saaminen ovat tärkeitä muistisairauksien hyvän hoidon kriteerejä. Tiedonkulun sujuva toteutuminen kuuluu myös muistisairauksien laadukkaaseen hoitoon, samoin se, että apua ja tukea voidaan räätälöidä vastaamaan kunkin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Näiden seikkojen lisäksi tutkimuksista selvisi, että omaiset ja läheiset ovat keskeisessä roolissa muistisairaalan elämässä ja näin ollen hekin tarvitsevat tietoa ja tukea liittyen muistisairauteen ja sen hoitoon.

Muistisairauden hyvään hoitoon vaikuttaa merkittävästi myös omaishoitajien pärjääminen. Omaishoitajien jaksamista ja selviytymistä voidaan tukea esimerkiksi luomalla selkeät ja toimivat kommunikointiyhteydet yhteistyötahojen kanssa. Vahvistamalla pystyvyyden tunnetta voidaan myös parantaa omaishoitajien jaksamista. Tutkimustuloksena voidaan myös mainita muistiasiakkaan elämänlaadusta huolehtimisen kuuluvan muistisairauksien hyvään hoitoon.

Halusimme tutkimuksessamme selvittää myös, millainen on muistiasiakkaan hoitopolku sairauden varhaisessa vaiheessa. Tähän kysymykseen emme kuitenkaan saaneet vastausta, koska emme löytäneet aihetta koskevia tutkimuksia. Tämän perusteella voimme päätellä, että selkeitä muistiasiakkaan hoitopolkuja ei ole olemassa, niitä ei löydetä tai että hoitopolut eivät toteudu, vaikka hoitopolkuja ja -suunnitelmia koskevia ohjeita ja suosituksia on olemassa useitakin.

### 5.1 Tiedon saanti

Useammassa tutkimuksessa korostui muistiasiakkaiden ja erityisesti omaisten saaman tiedon merkitys. Tarkemmin tarkasteltuna tiedon saantiin liittyy itse sairaudesta, hoidoista ja tarjolla olevista palveluista sekä sairauden ennusteesta haluttu tieto (Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019, Annear ym. 2015, viitattu 14.2.2019). Sairauteen liittyen tiedon tarve erityisesti käytösoireisiin suhtautumisesta ja niiden käsittelystä todettiin myös olennaiseksi (Steffen & Gant 2016, viitattu 25.2.2019; Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019).

Tiedonkulun hyvä toteutuminen osana hyvää hoitoa oli myös useammassa tutkimuksessa esiin noussut seikka (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019, Erhola ym. 2017, viitattu 27.2.2019). Tähän



liittyy myös tieto siitä, kuka ammattilaisista vastaa mistäkin ja millainen työnjako heillä on (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019).

Suhosen ym. tutkimuksessa (2015, viitattu 24.2.2019) oli työn- ja vastuunjakoasia noussut esiin myös ammattilaisten ja päätöksentekijöiden tahoilta muistiasiakkaan optimaalista palvelukokonaisuutta arvioitaessa. Syynä tähän on se, että yhteistyö muistisairauksia hoidettaessa on hyvin monitahoista, siinä on mukana mm. kuntien päätöksentekijöitä, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, kolmannen sektorin toimijoita, sekä itse muistiasiakkaat ja heidän läheisensä. Optimaaliseen palvelukokonaisuuteen kuuluisi, että palveluiden koordinoinnista vastaisi vain yksi toimija (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019), mikä mahdollistaisi kokonaisuuden ja mahdollisuuksien hahmottamisen sekä ammattilaisille että asiakkaille.

## **5.2 Avun ja tuen räätälöinti tarpeen mukaan**

Tutkimuksissa nousi esiin se, että tarpeet muuttuvat sairauden edetessä eri vaiheisiin. Toimivalla hoitopolulla ja hyvässä hoidossa näihin muuttuviin tilanteisiin ja tarpeisiin saataisiin proaktiivisesti tietoa sekä sairauteen ja sen hoitoon, että myös tarjolla oleviin palveluihin liittyen. Pelkkä tietopaketti sairauden alussa ei riitä. Asian ei tulisi mennä niin, että potilas tai omainen joutuu pahimmassa tapauksessa yksin seikkailemaan palveluiden viidakossa useampaan kertaan sairauden eri vaiheissa tietämättä, mihin hänellä on oikeus ja mahdollisuus. (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019.)

Son 3: I think I'm the 'spider in the net'.

Daughter 2: Yes, that's what we are!

Son 3: You have to do everything yourself. You have to contact the social worker (SW), the dementia nurse, you have to find out everything yourself. Nobody offers to help.

Daughter 2: Yes, that's my experience too. Absolutely! (Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019.)

Hoitavalta taholta esimerkiksi seurannan tulisi tapahtua systemaattisesti diagnoosin saamisen ja lääkityksen aloittamisen jälkeen. Tosiasiassa voi kuitenkin olla niin, että seurantaan hakeutuminen ja ajanvaraukset ovat läheisen/omaishoitajan aktiivisuuden varassa. (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019.)

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa puhutaan niin sanotuista terveistä siirtymistä sairauden eri vaiheissa. Näitä vaiheita on nimetty kolme: diagnoosivaiheen hoidon alku noviiseille omaishoitajille, kotona hoitamisen jatkumiseksi tarvittava laajennettu yhteistyö muodollisen hoidon kanssa ja riippuvuus hoitokodista ja osallistumisen ylläpidon yrittäminen. (Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019.)

Tuen ja palveluiden toivottaisiin olevan räätälöityjä, eli yksilön tilanne ja tarpeet kartoitettaisiin ja niihin vastattaisiin todellisen tilanteen mukaisesti. Esimerkiksi vaimon sairastuttua voi käydä niin, että puoliso havaitsee jossakin vaiheessa jääneensä vastuuseen sekä vaimonsa hoidosta ja lisäksi myös taloudenhoidosta, mitä hän ei kenties ole koskaan aiemmin tehnyt. Näiden asioiden kunnollinen tiedostaminen ja ennakkoon valmistautuminen helpottaisi selviytymistä. (Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019.)

### **5.3 Omaishoitajan pärjääminen**

Omaishoitajat/läheiset olivat lähes kaikissa tutkimuksissa mukana joko suoraan kohderyhmänä tai muistiasiakkaan omaisen/hoitajan roolin kautta. Vaikka varsinaisesti ei olisi vielä kysymys omaishoitajuudesta, tarvitaan tutkimuksissa muistiasiakkaan oman näkemyksen ohella myös jonkun arkea ja toimintakykyä sekä muistia arvioimaan kykenevän läheisen vastauksia.

Omaishoitajien jaksamista helpottaa, mikäli kommunikointi yhteistyötahon kanssa on selkeää ja heillä on tiedossa tuttu kontakti, jolta voi kysyä apua ja neuvoa tukea tarvittaessa (Steffen & Gant 2016, viitattu 25.2.2019; Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019). Muistiasiakkaiden omaishoitajien terveydellisinä uhkina ovat stressi, rasitus, masennus ja muut terveysriskit, lisäksi on havaittu, että heidän kuolleisuutensa on korkeampi kuin ei-dementikkojen omaishoitajilla (Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019).

Muistiasiakkaan käytösoireet ovat usein omaishoitajan selviytymistä kuormittava tekijä. Tähän liittyen on Yhdysvalloissa tehty tutkimus siitä, miten selviytyvät muistiasiakkaiden naispuoliset omaishoitajat, joilla jo itsellään on masennusoireita (oireet lievistä keskivaikeaan). Tutkimuksessa havaittiin, että Alzheimerista tai muusta neurokognitiivisesta häiriöstä kärsivän käytösoireiden omaishoitajalle aiheuttamaa ahdistusta voitiin lievittää puhelimitse annetulla psykoedukaatiolla. Tämä puhelINVALMENNUS perustui behavioraaliseen eli käyttäytymisvalmennukseen ja sen tuloksista havait-

tiin, että intervention aikana masennusoireet vähenivät ja hoidettavan käytösoireet eivät aiheuttaneet samanlaista kuohuntaa, kun omaishoitajilla oli tietoa ja ohjeistusta tilanteiden hoitoon. (Steffen & Gant 2016, viitattu 25.2.2019).

Useammassa tutkimuksessa tuli ilmi, että jaksamista helpottaa jo pelkästään se tieto, että on joku kontakti, johon voi olla yhteydessä huolten painaessa (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019; Steffen & Gant 2016, viitattu 25.2.2019). Tämä onkin varsin merkittävä asia, koska toteutuksessa ei ole välttämättä haittana suuretkaan etäisyydet eikä kustannuksetkaan, mikäli on mahdollisuus soittaa jollekin tutulle yhteyshenkilölle, joka kuuntelee ja neuvoo eteenpäin tarvittaessa.

Omaishoitajien jaksamista voidaan parantaa myös omaishoitajan pystyvyyden tunnetta vahvistamalla. Tällä voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, että omaishoitajilla säilyy oman elämänhallinnan tunne, kun heillä on tietoa siitä, mitä on odotettavissa tulevaisuudessa ja miten he voivat siihen valmistautua ja mistä saada apua. (Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019.)

Mikäli muistiasiakkaan kotona hoidon mahdollistamiseksi on tilattu erilaisia palveluita, helpottaisi omaishoitajan taakkaa luottamus palveluiden toteutumiseen sovitulla tavalla. Tähän sisältyy ammattitaidon lisäksi esimerkiksi henkilöstön tietämys muistiasiakkaasta ja hänen tilanteestaan sekä henkilöstön pysyvyys. Omaishoitajan epävarmuutta lisää, mikäli henkilöstö vaihtuu ja samat tiedot tulee kertoa aina uudelleen uusille ihmisille. Myös ammattilaisten mielestä työntekijöiden pysyvyys säästäisi aikaa varsinaiseen asiakas- ja hoitotyöhön, koska perehdyttämistä ei tarvitsisi tehdä niin paljon. (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019.)

#### **5.4 Muistiasiakkaan elämänlaadusta huolehtiminen**

Muistiasiakkaan elämänlaadun ylläpidossa ja itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa on olennaista, että he pääsisivät mahdollisimman paljon itse mukaan hoitonsa ja tulevaisuutensa suunnitteluun. Sairaudesta huolimatta tulisi voida osallistua ja elää niin täyttä elämää kuin mahdollista. (Annear ym. 2015, viitattu 14.2.2019; Erhola ym. 2017, viitattu 27.2.2019.)

Tutkimuksen mukaan kotihoidossa vielä olevien kohdalla ja muistioireiden ollessa vielä suhteellisen lieviä oman hoidon suunnitteluun koki pääsevänsä osallistumaan 80 % muistiasiakkaista. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien muistiasiakkaiden kohdalla vastaava luku oli hieman yli 60 %. Muistioireiden vaikeutuessa osallistuminen hoitoon ja sen suunnitteluun väheni selvästi molemmissa hoitomuodoissa. (Erhola ym. 2017, viitattu 27.2.2019.)

Toinen merkittävä elämänlaatuun vaikuttava asia on mahdollisuus tehdä itselle mieluisia asioita. Omaisten rooli on tässäkin suuri, koska heillä todennäköisesti on tieto muistiasiakkaan kiinnostuksen kohteista, ellei tämä itse niitä kykene selvästi ilmaisemaan. Osallistuminen erityisesti muistiasiakkaille tarkoitettuihin toimintoihin voi kuitenkin olla hankalaa sen takia, että ne järjestetään usein arkipäivisin ja päällekkäisiin aikoihin, eli ei välttämättä voi osallistua kuin vain tiettyyn ja lisäksi etäisyydet voivat hankaloittaa osallistumista. (Erhola ym. 2017, viitattu 27.2.2019; Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019.)

Kuten hoidon suunnittelussa, myös mieluisten asioiden tekemisessä mahdollisuudet heikkenevät oireiden vaikeutuessa. Tutkimuksen mukaan omaisten ja muistiasiakkaiden näkemykset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta olivat samansuuntaiset lukuun ottamatta ympärivuorokautista hoitoa. Ympäri vuorokautisen hoidon kohdalla erityisesti lievistä muistioireista kärsivät muistiasiakkaat kokivat osallistumismahdollisuutensa huonommiksi kuin miten omaiset ne arvioivat. (Erhola ym. 2017, viitattu 27.2.2019.)

Kotona asuvien muistiasiakkaiden kaatumisriskin on havaittu olevan lähes kaksinkertainen verrattaessa ei-muistisairaudesta kärsivään väestöön. Lisääntynyttä kaatumisriskiä voitaisiin vähentää esimerkiksi lisäämällä yleisön tietoisuutta asiasta ja kehittämällä parempia ennaltaehkäiseviä keinoja kaatumisen ja mahdollisesti osastohoitoa vaativien vammojen vähentämiseksi. Osastohoidossa muistiasiakkaiden, kuten toki muidenkin, kunto heikkenee, mikä ei tietenkään ole haluttu tilanne. Keinoja kaatumisten vähentämiseen voisivat olla kotiharjoittelu tai muut interventiot, mutta ne vaatisivat myös omaisten tai läheisten osallistumista. (Petersen, Siersma, Christensen, Storsveen, Nielsen & Waldorff 2018, viitattu 22.2.2019.)

Diagnosointia ja lääkitystä tarkasteltaessa muistiasiakkaat voivat olla hyvin tarkkaa selvittelyä vaativa asiakasryhmä. Lääkärin tulee osata selvittää muut mahdolliset samanaikaiset oireet, joita voi olla esimerkiksi masennus ja delirium. Vaikeammista muistioireista kärsivä ei aina osaa itse il-

maista selvästi vaikkapa kivuntunnetta, jolla kuitenkin on vaikutus hänen käytökseensä. Paremmalla diagnosoinnilla ja oikealla lääkityksellä voidaan saavuttaa parempi hoitotulos. Liiallinen lääkitys tulisi karsia, koska se voi heikentää muistiasiakkaan kommunikointikykyä entisestään, lisäksi käytösoireilun laukeamiseen saattaa vaikuttaa kipu- tai tulehduslääkitys. (Annear ym. 2015, viitattu 14.2.2019.)

Varsinaista toimivaa lääkehoitoa ei muistisairauksiin vielä ole ja asiantuntijat ovatkin todenneet, että esimerkiksi mielialan parantamisessa, ahdistuksen ja masennuksen lievittämisessä sekä agitaation vähentämisessä ihmiskeskeiset, yksilölliset ja ei-invasiiviset keinot ovat usein tehokkaimpia. Vaikkakaan usein ei korosteta palliatiivisen hoidon osuutta muistisairauksien, kuten Alzheimerin kohdalla, tulisi palliatiivisen hoidon suunnittelun mukaisesti muistiasiakkaiden kohdalla sairauden edetessä keskittyä hyvinvointiin ja mahdollisuuksien mukaan mahdollistaa sairastuneen osallistuminen. Hyvä etukäteissuunnittelu tarpeeksi ajoissa selkeyttää myöhempiä vaiheita. (Annear ym. 2015, viitattu 14.2.2019.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössämme mukana olevissa tutkimuksissa löytyi monia yhtäläisyyksiä aiheesta keräämämme teorian rinnalle. Omaishoitajien pärjääminen ja jaksaminen ovat olennaisia tekijöitä sekä omaisten itsensä, muistiasiakkaan ja myös yhteiskunnan kannalta. Omaisille läheisestä huolehtiminen ja tutun elämäntyylin ja elämänlaadun turvaaminen ovat tärkeitä asioita. Muistiasiakasta itseään auttaa omassa kodissa ja totutussa ympäristössä tuttujen läheisten kanssa eläminen ja asuminen mahdollisimman pitkään. Yhteiskunnan taholta taas laitoshoidon on huomattavasti kalliimpaa kuin se, että muistiasiakasta hoidetaan mahdollisuuksien mukaan kotona. Samoin lääkitystä tulee harkita tarkkaan, että sitä ei olisi liikaa, muttei myöskään liian vähää esimerkiksi kipuja ajateltaessa. (Steffen & Gant 2016, viitattu 25.2.2019; Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019; Annear ym. 2015, viitattu 14.2.2019; Erhola ym. 2017, viitattu 27.2.2019.)

Sekä muistiasiakkaan että omaisten/läheisten arjessa selviytymistä ja tulevaisuuden suunnittelua helpottaa ja helpottaisi tietoa ja palveluita omaavien tahojen proaktiivisempi ote sairastuneiden ja omaisten suuntaan. Erittäin raskaaksi koettiin sairaiden ja omaishoitajien kannalta se, että palvelut ovat hajallaan eikä ole yhtä paikkaa tai kontaktia, mistä tietoa, neuvoja ja apua voisi saada. Tämä asia tunnistettiin myös itse järjestelmän ja ammattilaisten tahollakin ja sen toimiminen myös mahdollistaisi paremman hoidon ja palveluiden suunnittelun, jatkuvuuden ja seurannan. Jo tieto siitä, mihin numeroon voisi tarpeen tullen soittaa ja kertoa huolensa, voisi helpottaa muistiasiakkaan ja omaisten tunnetta omasta arjessa selviytymisestään. (Steffen & Gant 2016, viitattu 25.2.2019; Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019.)

Palvelutarpeet ovat erilaisia sairauden eri vaiheissa, palveluiden järjestymisen nopeus ja joustavuus edustavat toimivaa hoitopolkua. Tukipalveluissa koetaan ongelmaksi niiden epävarmuus ja aikataulujen tiukkuus ja se, ettei niilläkään voida taata selviytymistä kotona. Elämänlaadun ylläpitämiseksi tulisi varmistaa diagnoosin ja lääkityksen oikeellisuus sekä tarpeellisuus, lisäksi tulisi huomioida muistiasiakkaiden yksilöllisyys palveluiden ja hoitomenetelmien suunnittelussa. (Suhonen ym. 2015, viitattu 24.2.2019; Lethin ym. 2016, viitattu 25.1.2019; Annear ym. 2015, viitattu

14.2.2019). Tämän hetkessä valossa, varsinkin jos huomioidaan alkuvuoden uutisoinnit vanhus-  
hoidon tilasta, erityisesti laitoshoidossa olevien muistiasiakkaiden ja toki muidenkin ikääntynei-  
den hyvinvointiin on hyvä kiinnittää tarkempaa huomiota.

Yleisesti ottaen havaitsemamme kokonaisuudet, kuten esimerkiksi tiedon saanti ja omaishoitajan  
jaksaminen, ovat toisaalta keinotekoisia luokitteluja, koska ne vaikuttavat hyvin suuresti toisiinsa.  
Kuitenkin koimme tällaisen ryhmittelyn kumpuavan aineistosta jokseenkin luontevasti. Omaishoita-  
jan jaksaminen on riippuvainen sekä tarjolla olevista tiedoista että palveluista, ja niiden oikea-aikai-  
sesta ja oikeanlaisesta kohdentumisesta. Omaishoitajan jaksassa hyvin myös hoidettavalla on  
todennäköisesti asiat paremmin ja esimerkiksi miellyttävien asioiden tekemiselle pystytään järjes-  
tämään aikaa ja mahdollisuuksia.

## **6.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksen tekemisessä hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu mm. rehellisyys, huolellisuus ja  
tarkkuus tulosten tallentamisessa, analysoinnissa ja arvioinnissa. Tämän lisäksi tulee toimia eettis-  
ten tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien mukaan ja ottaa huomioon muiden tutkijoi-  
den tekemä työ ja sen merkitys omalle tutkimukselle. Erityisesti tiedonhankintatavoissa on tärkeää  
muistaa ihmisarvon kunnioittaminen, mihin liittyy se, että tutkimuskohteena oleva tietää ja ymmär-  
tää, mihin hän suostuu tutkimuksessa ja mihin kerättyä tietoa käytetään. (Hirsjärvi, Remes & Sa-  
javaara 2009, 23-25.)

Tutkimuksen luotettavuutta nostaa siinä käytettyjen lähteiden luotettavuus. Tutkimuksen tekijöiden  
on siis oltava kriittisiä lähteitään valitessa. Huomioitavia seikkoja ovat kirjoittajan nimen toistuminen  
useammassa alan julkaisuissa itse kirjoittajana tai lähdeviitteissä, lähteen tuoreus (tutkimustieto  
saattaa vanhentua nopeastikin), lähteen ja julkaisijan uskottavuus sekä tutkimuksen totuudellisuus  
ja puolueettomuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 113-114.)

Luotettavuutta ja eettisyyttä ajateltaessa valitsimme tutkimuksia, jotka esiintyvät luotettavissa ja  
tunnetuissa julkaisuissa. Olemme dokumentoineet aineiston haku- ja valintaprosessin hakusanoi-  
neen ja kriteereineen. Koska aineistomme koostuu jo julkaistuista tutkimuksista, luotamme siihen,  
että mukaan valikoituissa luotettavissa tutkimuksissa on huomioitu hyvän tieteellisen käytännön  
mukaisesti myös ihmisarvon kunnioittaminen tiedonhankinnassa, kuten muillakin osa-alueilla.

### 6.3 Oppimiskokemukset ja ehdotus jatkotutkimusaiheesta

Opinnäytetyö toteutui jotakuinkin suunnitellun aikataulun mukaisesti. Suunnitteluvaihe kesti hieman ajateltua pitempään, mutta raportointivaiheessa saimme kurottua aikataulua kiinni. Koko opinnäytetyön prosessista opimme sekä tiedonhakua, että tutkimustyötä kirjallisuuskatsauksen muodossa. Lisäksi taidot hankkia, käyttää ja viestiä tietoa sekä ongelmanratkaisutaidot kehittyivät. Opimme myös tarkastelemaan löytämiämme lähteitä sekä tutkimuksia kriittisesti ja työmme kannalta olennaisia asioita huomioiden. Opinnäytetyötä tehdessä syvensimme ammatillisia tietojamme, joita voimme hyödyntää käytännön työelämässä.

Jäimme kaipaamaan tutkimustietoa muistisairauteen sairastuneiden potilaiden itsensä kokemuk-  
sista liittyen hoitoon ja hoitoketjuihin. Tieteellisellä tutkimustiedolla voitaisiin tuoda muistiasiakkai-  
den ääntä kuuluville ja se voisi puolestaan tuoda uusia näkökulmia myös muistisairauksien hoidon  
kehittämiseen. Haastattelun avulla muistiasiakkailta, joiden sairaus on vielä varhaisessa vai-  
heessa, kerätyn aineiston pohjalta tehtävä opinnäytetyö voisi tulla kyseeseen tässä tapauksessa.



## LÄHTEET

Annear, M., Toye, C., McInerney, F., Eccleston, C., Tranter, B., Elliott, K-E. & Robinson, A. 2015. What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study. *BMC Geriatrics* 15 (5). Viitattu 14.2.2019, <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0008-1>

Erhola, K., Alastalo, H. & Kehusmaa, S. 2017. Muistisairaahan kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti. Viitattu 27.2.2019. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN\\_ISBN\\_978-952-302-924-8.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN_ISBN_978-952-302-924-8.pdf?sequence=1)

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86-90.

Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2015, Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-60.

Erkinjuntti, T. 2011. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Viitattu 26.1.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo99264>

Hallikainen, M. & Rosenvall, A. 2015. Muistipotilaan kliininen tutkimus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 342-348.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2018. Dementia. *Terveyskirjasto*. Viitattu 11.12.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00358](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358)

Juva, K. 2014. Alkava muistisairaus – milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? *Terveyskirjasto*. Viitattu 25.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo11656.pdf>

Juva, K. 2017. Lääkehoito. Muistiliitto. Viitattu 23.1.2019.

<https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito>

Juva, K. 2018. Muistihäiriö. Terveyskirjasto. Viitattu 24.1.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00706](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706)

Juva, K., Paajanen, T. & Remes, A. 2015. Työkäisen etenevä muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 586-593.)

Kangasniemi, M., Utrianen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291- 301. Viitattu 12.1.2019. [https://moodle.oamk.fi/pluginfile.php/196961/mod\\_resource/content/1/Kangasniemi\\_ym\\_2013\\_Kuvaileva\\_kk.pdf](https://moodle.oamk.fi/pluginfile.php/196961/mod_resource/content/1/Kangasniemi_ym_2013_Kuvaileva_kk.pdf)

Käypä hoito. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 27.1.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#R45>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980. Viitattu 1.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lethin, C., Rahm Hallberg, I. & Karlsson, S. 2016. Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Carind Sciences* 30, 526-534. Viitattu 25.1.2019, <https://onlinelibrary-wiley-com.ezp.oamk.fi/2047/doi/epdf/10.1111/scs.12275>

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015a. Aivoverenkierrosairauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137-147.

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015b. Pienten aivoverisuonten tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 148-156.

Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Viitattu 23.1.2019.

[http://www.alzhi.fi/wp-content/uploads/2016/09/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016.pdf](http://www.alzhi.fi/wp-content/uploads/2016/09/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016.pdf)

Muistiliitto. 2017a. Vertaistuki. Viitattu 12.2.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/vertaistuki>

Muistiliitto. 2017b. Dementia. Viitattu 11.12.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/dementia>

Muistiliitto. 2017c. Hoito ja kuntoutus. Viitattu 21.1.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus>

Muistiliitto. 2017d. Lääkkeetön hoito. Viitattu 23.1.2019.

<https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito>

Muistiliitto. 2017e. Muistisairaahan ihmisen oikeudet. Viitattu 21.1.2019.

<https://www.muistiliitto.fi/fi/etuudet-ja-oikeudet/muistisairaahan-ihmisen-oikeudet>

Muistiliitto. 2017f. Ensitieto. Viitattu 21.1.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/ensitieto>

Muistiliitto. 2017g. Neuvonta ja ohjaus. Viitattu 21.1.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/neuvonta-ja-ohjaus>

Muistiliitto. 2017h. Kotona asuminen. Viitattu 2.2.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/kotona-asuminen>

Muistiliitto. 2017i. Työikäisen muistisairaudet. Viitattu 8.2.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/tyoikaisten-muistisairaudet>

Paajanen, T. & Remes, A. 2015. Muistioireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29-34.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Johtamistaidon opisto. Vantaa: Hansaprint.

Petersen, J., Siersma, V., Christensen, R., Storsveen, M., Nielsen, C. & Waldorff, F. 2018. The risk of fall accidents for home dwellers with dementia—A register- and population-based case-control study. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. 10, 421-428. Viitattu 22.2.2019, <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2018.05.004>

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmäärittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-136.

Remes, A., Hiltunen, M., Castrèn, M. & Pöyhönen, M. 2015. Muistisairauksien genetiikka ja perinnölliset sairaudet. 194-200.)

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.

Ronkainen, S., Pehkonen L., Lindblom-Yläne S. & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1. Painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Rosenvall, A. & Koivisto, A. 2018. Muistisairaahan potilaan hoito. Terveysportti. Viitattu 21.1.2019. [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00886&p\\_haku=muistisairaahan%20potilaan%20hoito](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00886&p_haku=muistisairaahan%20potilaan%20hoito)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Sisällönanalyysi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 8.4.2018. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html).

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus – johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 12.1.2019. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76-85.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81-89.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Viitattu 23.1.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Steffen, A. & Gant, J. 2016. A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 31 (2) 195-203. Viitattu 25.2.2019, <https://doi-org.ezp.oamk.fi:2047/10.1002/gps.4312>

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen lääkärilehti* 63(10), 9-22. Viitattu 7.4.2018. <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/liite/hyvat-hoitokaytan-not-ete-nevien-muistisairauksien-kaikissa-vaiheissa/>

Suhonen, J., Juva, K., Nikumaa, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 537-550.

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskenniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. 2015. *Hoitotiede*. 27 (4), 259-273. Viitattu 24.2.2019. <http://elektra.helsinki.fi.ezp.oamk.fi:2048/se/h/0786-5686/27/4/muistipo.pdf>

Tanila, H. & Hänninen, T. 2015. Muistitoimintojen neurobiologinen tausta. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61-76.

Tarnanen, K., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. 2017. Käypä hoito. Muisti pätkii – mistä kyse, mikä avuksi? Viitattu 29.1.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00094>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Ikääntyminen ja muisti. Viitattu 24.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/ikaantymisen-ja-muisti>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Muistisairaudet. Viitattu 4.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015c. Muistisairauksien riskitekijät. Viitattu 28.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-riskitekijät>

Terveyskylä. 2018a. Afasia - puheen ja kielen häiriö. Aivotalo. Viitattu 11.12.2018. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/puhe-ja-kieli/afasia-puheen-ja-kielen-h%C3%A4iri%C3%B6>

Terveyskylä. 2018b. Näönvarainen havainnointi. Aivotalo. Viitattu 11.12.2018. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/n%C3%A4%C3%B6nvarainen-havainnointi/miten-oire-ilmenee>

Terveyskylä. 2018c. Tahdonalaiset liikkeet. Aivotalo. Viitattu 11.12.2018. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/tahdonalaiset-liikkeet/miten-oire-ilmenee>

Terveysportti. 2019. Mini-Mental State Examination (MMSE). Viitattu 29.1.2019. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf>

Tienari, P., Myllykangas, L., Polvikoski, T. & Tanila, H. 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 100-118.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomikoski, A., Parisod, H., Oikarainen, A., Siltanen, H. & Holopainen, A. 2018. Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen –

raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. Muistiliiton julkaisusarja 1/2018. Viitattu 27.1.2019. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/9315/4227/2682/Katsaus\\_laakkeettomat.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/9315/4227/2682/Katsaus_laakkeettomat.pdf)

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90-98.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35-43.