

TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO ETENEVISSÄ MUISTISAIRAUKSISSA

Muistisairaahan ja omaisen opas

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali ja terveysala
Sairaanhoitaja ja sosionomi
Syksy 2019
Sanja Hänninen
Anni Kolehmainen
Terhi Nyysönen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Hänninen Sanja Kolehmainen Anni Nyyssönen Terhi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika Syksy 2019
	Sivumäärä	
Työn nimi TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO ETENEVISSÄ MUISTISAIRAUKSISSA Muistisairaana ja omaisen opas		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK), Sosionomi (AMK)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme aihe oli ikääntyneen muistisairaana toimintakyvyn ylläpito. Käsittelemme aihetta psyykkisen, sosiaalisen, fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn näkökulmasta. Tavoitteena oli paneutua aiheeseen syventäen ammatillista teoriapohjaamme ja osaamistamme. Lisäksi tutustuimme Muistipoliklinikan Ensietopäivien asiantuntijaluentojen materiaaleihin, jonka tuotoksena syntyi kirjallinen opas. Opas sisältää tiivistetyssä kirjallisessa muodossa Ensietopäivien asiantuntijaluentojen sisällön, ja sen tarkoitus on helpottaa tiedon siirtymistä asiantuntijoilta asiakkaille.</p> <p>Ensietopäivät ovat kaksiosainen tapahtuma, joka on suunnattu ikääntyneille muistisairausdiagnoosin saaneille ja heidän läheisilleen. Tapahtumassa asiantuntijat pitävät luentoja kaikesta diagnoosin kanssa elämiseen liittyvästä lääkityksestä ravitsemukseen ja edunvalvontaan. Tähän mennessä Ensietopäivien luentojen materiaali on löytynyt vain sähköisessä muodossa, mikä voi aiheuttaa haasteita tiedon löytämisessä ikääntyneelle ja muistisairaalle kävijäkunnalle. Opas jaetaan asiakkaille tapahtuman lopuksi, ja näin he saavat tiedon kirjallisena mukaansa. Tämä helpottaa tiedon välittymistä kävijöille ja toimii muistin tukena.</p>		
Asiasanat Ikääntynyt, etenevä muistisairaus, fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky		

Abstract

Author(s) Hänninen, Sanja Kolehmainen, Anni Nyyssönen, Terhi	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages	Published Autumn 2019
Title SUPPORTING FUNCTIONAL CAPACITY IN PROGRESSIVE DEMENTIA A guide to elders with dementia and their family members		
Name of Degree Nursing, Social studies		
Abstract <p>Our Bachelor`s thesis focused on elderly with progressive dementias and functional capacity. We process it through mental, social, physical and cognitive perspective. We also get acquainted with the first information –days expert lectures. As a thesis product we assembled a guide from First information -days (fin. Ensietopäivät) which the Geriatric polyclinic gave us. The guide is made as a written summary of the First information -days (fin. Ensietopäivät) experts` lectures. First information -days are a twofold event directed to elderly with progressive dementia –diagnosis and their family members. In the event, experts give lectures about everything related to living with dementia, from medication and nutrition to lobbying. Before creating this guide, the written material of the lectures could only be found on the event`s own website, which can cause difficulties among elderly with dementia. Therefore, written guide is more helpful to the elders with progressive dementias. First information -days guide is going to be shared with customers at the end of the event. The guide will help the Geriatric polyclinic and the customers in the future, because it provides more information in an easy to access way about progressive dementia and its treatment.</p>		
Keywords Elderly, progressive dementia, physical, mental, social and cognitive functional abilities		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY	3
4	ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET JA NIIDEN LÄÄKEHOITO	4
4.1	Yleisimmät etenevät muistisairaudet.....	4
4.2	Alzheimerin tauti	5
4.3	Vaskulaarinen dementia	6
4.4	Frontotemporaalidementia.....	8
4.5	Lewyn kappale -tauti ja sen liitännäisoireet.....	9
4.6	Etenevien muistisairauksien lääkehoito	10
5	TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO ETENEVISSÄ MUISTISAIRAUKSISSA.....	12
5.1	Toimintakyvyn ylläpito.....	12
5.2	Fyysisen toimintakyvyn ylläpito	13
5.3	Psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpito.....	15
5.4	Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito	20
5.5	Muistisairaahan suunhoito	23
5.6	Edunvalvonta ja hoitotahto	23
5.7	Muistisairaudet ja Kansaneläkelaitos	24
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	26
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämismenetelmänä	26
6.2	Kirjallisen oppaan tiedonhankinta ja sisältö	28
7	POHDINTA	30
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	30
7.2	Opinnäytetyön prosessin arviointi.....	30
7.3	Ensietopäivien oppaan arviointi	31
7.4	Opinnäytetyön jatkokehittäminen	31
7.5	Opinnäytetyön pohdintaa oppimiskompetenssien suhteen	32
	LÄHTEET.....	34

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on ikääntyneen muistisairaana toimintakyvyn ylläpito. Paneuduimme aiheeseen fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta näkökulmasta. Tarkoituksena oli laajentaa ja syventää ammatillista tietopohjaamme sekä osaamistamme näyttöön perustuvalla ajankohtaisella tiedolla. Tutustuimme aiheeseen liittyen myös Ensietietopäivien asiantuntijaluentoja materiaaleihin, joiden pohjalta kokosimme tuotoksena kirjallisen oppaan Geriatrisen keskuksen järjestämille Muistisairaana Ensietietopäiville. Kokosimme itse oppaaseen myös osuuden muistisairaana suunhoidosta ja tuotos tehtiin tutkimuksellisenä kehittämismenetelmänä (Salonen 2013, 5-6).

Ensietietopäivät ovat kaksiosainen tapahtuma, joka on suunnattu muistisairaille ja heidän omaisilleen. Tapahtuman tarkoituksena on jakaa näyttöön perustuvaa tietoa muistisairauksista kokonaisvaltaisesti. Ensietiedolla tarkoitetaan muistisairaalle ja heidän läheisilleen annettavaa ohjausta, neuvoa ja tukea. Ensietietopäivät jakavat tietoa taudinkuvasta ja toimintakyvyn ylläpidosta sekä muistisairaille suunnatuista palveluista. (Geriatrisen keskus 2019.) Opinnäytetyön tuotoksena koottu opas jaetaan Ensietietopäivien lopuksi tapahtumaan osallistuneille. Kirjallisen oppaan on tarkoitus helpottaa informaation kulkua asiantuntijoilta asiakkaille.

Opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa käsitellään yleisimmät muistisairaudet ja iäkkään muistisairaana toimintakyvyn ylläpito fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta. Opinnäytetyön teoriapohja koottiin hyödyntäen ajankohtaista ja näyttöön perustuvaa kirjallisuutta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tavoite oli paneutua näyttöön perustuvaan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon aiheesta ikääntyneen muistisairaana toimintakyvyn ylläpito. Opinnäytetyön prosessin tarkoituksena puolestaan oli kehittää ammatillista tietoperustaamme ja osaamistamme tutustumalla ajankohtaiseen ja näyttöön perustuvaan tietoon ikääntyneen muistisairaana fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvyn ylläpidosta.

Aiheeseen liittyen tutustuimme myös Muistipoliklinikan Ensitetopäivien asiantuntijaluentojen materiaaleihin ja kokosimme niiden pohjalta tuotoksena kirjallisen oppaan Ensitetopäiville. Oppaan tavoite oli sisältää tiivistetyssä, selkeässä ja kirjallisessa muodossa kaikki Ensitetopäivillä esitettävien asiantuntijaluentojen pääsisältö. Lisäksi kokosimme oppaaseen osuuden muistisairaana suun hoidosta, jonka lähteenä käytimme itse keräämäämme ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa. Tuotoksen eli oppaan tarkoituksena on helpottaa ja selkeyttää informaation siirtymistä asiantuntijoilta tapahtuman kävijöille Ensitetopäivillä sekä helpottaa tiedon muistamista tapahtuman jälkeen.

3 TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY

Opinnäytetyön kirjallisesta osuudesta vastasimme itse, mutta oppaan osuus tehtiin yhteistyössä Geriatriksen keskuksen Muistipoliklinikan työntekijöiden kanssa. Kuntoutussairaala Jalmarissa sijaitsevan Geriatriksen keskuksen toiminnan tarkoitus on parantaa ikäihmisten hyvinvointia ja tukea heidän toimintakykyään. Keskus pyrkii tehokkaaseen geriatristen oireyhtymien ja muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin. Keskuksen tavoitteisiin kuuluvat hyvä ja oikein kohdennettu hoito sekä diagnoosin saaneen henkilön omaisten varhainen aktivoiminen mukaan hoitoyhteistyöhön. Keskus painottaakin omaisten tehokasta informointia sairauden hoidosta. Ikäihmisten turvallinen kotona selviäminen halutaan turvata mahdollisimman pitkälle ja tarpeen vaatiessa keskukselta saa ohjausta erilaisista palveluasumisen muodoista, ja niihin liittyvistä toimenpiteistä. Geriatriksessa keskuksessa toimii sekä ikäihmisten poliklinikka, joka nimensä mukaisesti on suunnattu ikäihmisille yleisesti sekä muistipoliklinikka, joka on erikoistunut juuri ikääntyneen muistiin liittyviin ongelmiin, ja sairauksiin. (Geriatriksen keskus 2019.)

Geriatriksen keskus vastaa myös pari kertaa vuodessa järjestettävistä Muistisairaana Ensi-tietopäivistä, jotka on suunnattu juuri diagnoosin saaneille ja heidän läheisilleen. Tapahtuman tarkoitus on jakaa näyttöön perustuvaa ja ajankohtaista tietoa muistisairauksista, niiden hoidosta sekä elämästä yleisesti diagnoosin kanssa. (Geriatriksen keskus 2019.)

Geriatriksen keskuksen Muistipoliklinikalla on Lahden toimipisteen lisäksi muita pisteitä muualla PHHYKY:n alueella, kuten Hollolassa, Nastolassa, Hartolassa, Orimattilassa, Asikkalassa ja Padasjoella (Geriatriksen keskus 2019).

4 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET JA NIIDEN LÄÄKEHOITO

4.1 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

Muistisairaudet ovat lisääntyneet ikääntyneillä niin, että niistä on tullut merkittävä osa ikääntyneen elämää. Vuosittain tuhansia yli 65-vuotiaita sairastuu muistisairauteen, mikä vaikuttaa toimintakykyyn, avuntarpeen lisääntymiseen sekä laitoshoidon tarpeeseen. (Elo-niemi-Sulkava & Savikko 2011, 17.) Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti, jota esiintyy 60%:lla muistisairausdiagnoosin saaneista. Muita yleisiä eteneviä muistisairauksia ovat Lewyn kappale- tauti (20%) ja vaskulaariset eli verisuoniperäiset etenevät muistisairaudet (15%). Etenevät muistisairaudet sisältävät siis ryhmän erilaisia tauteja, jotka aiheuttavat aivojen ja hermojen ennen aikaista rappeutumista ja heikentävät näin laaja-alaisesti toimintakykyä johtaen lopulta pahimmassa tapauksessa asteittain pahenevaan dementiaan. (Käypähoito 2017.) Dementia ei itsessään ole diagnoosi, vaan seuraus ja oire muistisairaudesta. Dementia voi myös aiheutua muistakin syistä, kuten huumeista, psyykkisistä oireista tai elimistön metabolisista oireista. (Mandel & Green 2014b, 7-8.) Etenevien muistisairauksien etiologiaa ei täysin tunneta, mutta riskitekijöitä ovat mm. korkea ikä, korkea verenpaine, perinnöllisyys ja arjen virikkeettömyys (Käypähoito 2017).

Etenevät muistisairaudet diagnosoidaan geriatrin vastaanotolla, jossa selvitetään tarkasti potilashistoria, päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, neurologiset toiminnot sekä psyykinen tilanne. Apuna käytetään DSM-IV kriteereitä eli psyykkisten sairauksien kriteerejä. Kriteereissä on ilmentävä ongelmia vähintään yhdellä osa-alueella kognitiivisessa toimintakyvyssä, jotta voidaan puhua etenevästä muistisairaudesta. Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet jaetaan lähimuistiin, kielimuistiin, havainnointikykyyn ja toiminnallisuuteen. (Loehr & Malone 2014, 12-13.) Myös Mini mental test (MMSE) on apuna kognitiivisten oireiden seulonnassa. Sen avulla saadaan lyhyesti ja pintapuolisesti selvitettyä kognition osa-alueiden toimintakapasiteetti. (Mandel & Green 2014b, 11.) Kognitiivisen tutkimuksen jälkeen selvitetään myös somaattiset oireet, jotka voivat olla syy oireiluun. Veri- ja virtsakokeet eivät yksinään riitä somatiikassa, vaan on myös tehtävä aina päänaaluen magneettikuvaus muistisairautta epäiltäessä. Väärin tehty diagnosointi voi johtaa pahimmillaan jopa kuolemaan, kun henkilö jää ilman tarvitsemaansa hoitoa. (Loehr & Malone 2014, 12-13.) Etenevissä muistisairauksissa diagnoosia antaessa on lääkärin aina myös informoitava potilasta sekä omaisia sairauden yleisestä hoidosta lääkehoidon lisäksi, jotta toimintakykyä ylläpitävät apukeinot muistisairaalle olisi mahdollisimman helposti saatavilla (Mandel, Green 2014b, 13).

Etenevissä muistisairauksissa deklaratiivisen muistin käyttö vähenee. Deklaratiivinen muisti on ihmisen säiliömuisti, joka sisältää tiedon opitusta ja elämän mittaisesta koetusta muistista. Deklaratiivisen muistin avulla normaalisti pystytään rekisteröimään uusia tietoja, mutta etenevissä muistisairauksissa, kuten otsaohimolohkorappeuman aiheuttamassa muistisairaudessa tämä ei enää onnistu täysin. On kuitenkin mahdollista, että pienillä muistin palapeliosilla pystytään auttamaan muistisairasta muistamaan esimerkiksi perheenjäsenet. Non-deklaratiivisessa muistissa ihminen tiedostaa esimerkiksi, miten soittaa pianoa. Deklaratiivisessa muistissa henkilö puolestaan muistaa itse tapahtuman, jolloin soittanut pianoa. Etenevissä muistisairauksissa syntyy vaikeuksia käyttää molempia eli deklaratiivista ja non-deklaratiivista muistia, mutta muistisairas kuitenkin voi muistaa esimerkiksi, miten mennä kotonaan tai laitoksessa ruokailutilaan, vaikka ei muista itse tilannetta, jossa on sinne mennyt. Syy tähän löytyy primaarisesta muistista ja avustuksesta. Mitä useampia toistoja muistisairas tekee sitä paremmin hän osaa. Non-deklaratiivinen muisti sisältääkin siis tiedon ja taidon siitä, mitä pitää tehdä ilman itse tapahtumaa. Etenevissä muistisairauksissa tosin tämäkin kyky katoaa vähitellen kokonaan, vaikka se säilyy monesti pidempään kuin itse tapahtumamuisti. (Loehr & Malone 2014, 4-7.)

4.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Suomessa yli 85 –vuotiaista Alzheimerin tautia sairastaa 15 – 20 % ja kaikilla dementiaa sairastavista 70 % - 80 %. Naisilla tauti on jokseenkin yleisempi kuin miehillä. Taudin syytä ei tiedetä, mutta se aiheuttaa aivoissa ja hermostossa mikroskooppisia muutoksia, jotka aiheuttavat tuhoa hermo- ja aivosoluissa. (Juva 2018.) Alzheimeria sairastavan henkilön elämän kesto diagnoosin jälkeen on keskimäärin kymmenen vuotta, mutta sairauden kanssa on mahdollista myös elää jopa 20 vuotta yksilöstä riippuen. (Mandel & Green 2014a, 14.)

Alzheimerin tauti on kortikaalinen muistisairaus. Kortikaalinen muistisairaus on nimitys neurofysiologisille laaja-alaisesti oireita aiheuttaville muistisairauksille. Oireina voi ilmetä esimerkiksi afasiaa, apraksiaa, agnosiaa tai muu havainnointia heikentävää oireilua. (Mandel & Green 2014a, 18.)

Alzheimerin taudille on tyypillistä asteittain pahenevat ongelmat tiedonkäsittelyssä ja muistissa. Ensin ongelmat ilmenevät monesti lähimuistissa ja kyky oppia uusia asioita heikkenee. Taudin myöhempään vaiheeseen kuuluu myös eri asteisia ongelmia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä. (Juva 2018.)

Alzheimerin tauti jaetaan kolmeen vaiheeseen, joita ovat kohtalainen, keskivaikea ja vaikea taudinvaihe. Taudin eteneminen ja ilmeneminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä. Alzheimerin tautia sairastavalla voi olla yhdistettynä eri tasoille tyypillisiä oireita, kun taas toisella taudinvaihe on selkeästi erotettavissa. Kaikille taudinvaiheille on kuitenkin yhteistä muistin heikkeneminen. (Mandel & Green 2014a, 19-20.) Sairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa usein alkaa ilmetä ongelmia myös hahmottamisessa näön kautta. (Juva 2018.)

Alzheimerin taudissa omatoiminnan ohjaus ja organisointikyky alkavat heikentyä jo sairauden alkumetreillä. Taudille on ominaista myös erilaisten psyykkisten oireiden kehittymisen, kuten aggressiivisuus, levottomuus, masennus ja ahdistuneisuus. Vainoharhaisuus voi olla usein jo taudin ensimmäisiä oireita. (Juva 2018.) Psyykkisiin oireisiin Alzheimerin tautia sairastavalla kuuluvat myös erilaiset unihäiriöt, jotka voivat osaltaan myös vaikeuttaa psyykkistä oireilua. Usein ikääntyneet kuitenkin sietävät univaikeudet paremmin kuin muut taudin oireet. Tosin univaikeuksien tiedetään aiheuttavan auringonlaskusyndroomaa ikääntyneillä ja etenkin muistisairailta. Auringonlaskusyndroomaa ei kuitenkaan ole tutkittu laajasti, mutta sen tiedetään aiheuttavan erilaisia oireita, jotka vaikuttavat Alzheimerin tautia sairastavan päivittäisiin toimintoihin. (Mandel & Green 2014a, 28.)

Alzheimerin tautiin ei ole olemassa tällä hetkellä parantavaa hoitoa, mutta taudin etenemistä voidaan hidastaa, ja oireita hoitaa lääkkein (Juva 2018). Alzheimerin tautia voidaan myös hidastaa erilaisilla terapeuttisilla toiminnoilla alkuvaiheessa tautia. Vaikutus on kuitenkin monesti lyhytaikainen Alzheimerin tautia sairastavalle. (Mandel & Green 2014a, 37.) Silti myös lääkkeettömät hoidot, kuten riittävä liikunta ja virikkeellisyys sekä hyvä ruokavalio, ovat olennainen osa hoitoa koko sairauden ajan (Juva 2018).

Monilla somaattisilla sairauksilla, kuten esimerkiksi epilepsialla, on haitallisia vaikutuksia Alzheimerin taudin etenemiseen. Etiologiaa ei ole täysin tutkittu, mutta epilepsia-kohtaukset voivat vaikuttaa haitallisesti aivotointoihin ja pahentaa muistisairauden oireita. Epilepsialääkkeitä, kuten karbamatsepiinia tai valproaattia, ei myöskään suositella muistisairaille, sillä ne lisäävät riskiä osteopeniaan. Niiden farmakokinetiikka on täysin erilainen ikääntyneillä verrattuna esimerkiksi työikäisiin. Lääkkeet eivät auta epilepsian oireisiin yhtä tehokkaasti kuin nuoremmilla. (Mandel & Green 2014b, 29.)

4.3 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia on Alzheimerin jälkeen toiseksi yleisin demencian syy ja hieman yleisempi miehillä kuin naisilla (Atula 2019). Taudinkuva on hyvin

moninainen, ja vaihtelee syiden ja aivoissa olevien verenkierron ongelmien, vuotojen tai tukosten sijainnin mukaan. Syitä vaskulaarisen dementian taustalla ovat esimerkiksi erilaiset aivoinfarktut, verenvuodot ja aivokudoksen hapen puute. (Atula 2019.) Vaskulaarisen dementian taustalla voi kuitenkin olla myös muut somaattiset sairaudet kuten verenpaine-tauti, diabetes tai muut metaboliset sairaudet (Jefferson, Gentile & Kahlon 2014, 93).

Taudin tutkittuja riskifaktoreita ovat ikä, geenit, sekä sydän -ja verisuonitaudit. Yli 55 vuoden ikä yksinään ei kuitenkaan ole mahdollinen sairauden laukaisija, vaan taustalla tulee olla vähintään joko verenpaine-tauti tai diabetes. Taudin genetiikkaa ei ole täysin vielä tunnettua. Tutkimusten mukaan kuitenkin epäillään, että pienten suonten sairaudet tai leuko-kefalopatia voivat olla eräitä mahdollisia perinnöllisiä sairauksia, jotka voivat laukaista myöhemmin vaskulaarisen dementian. (Jefferson ym. 2014, 107.)

Vaskulaarisen dementian tiedetään olevan hyvin riskialtissairaus ikääntyvälle väestölle. Riittävän aikaisella diagnosoinnilla voidaan edesauttaa toimintakyvyn säilymistä ja elämä-laatua. Vaskulaarisen dementian diagnosointi tapahtuu ensisijaisesti pään tietokone-tomografia (TT) tai magneettikuvauksella (MRI), mutta näiden lisäksi on tärkeää arvioida ikääntyneen päivittäistä toimintakykyä ja vointia. Kokonaiskuva pyritään luomaan koko-naisvaltaisesti haastatteleamalla ikääntynyttä ja omaisia. On tärkeää selvittää, onko ikään-tyneellä ollut muutoksia esim. hygienian hoidossa tai miten hän selviytyy muista päivittäi-sistä toiminnoista. Edellä mainittujen diagnosoinnin välineiden lisäksi on muistettava ottaa verikokeet, sillä niiden avulla pystytään havaitsemaan jo etukäteen mahdollinen vaskulaarinen dementian riski tai tauti, joka ei ole selkeästi vielä oireillut. (Jefferson ym. 2014, 93-102.)

Vaskulaarisesta dementiasta puhuttaessa on muistettava myös havainnoida mahdollista vaskulaarinen kognition heikentymää (VCI). VCI:tä pidetään kuitenkin tyypillisenä aivove-renkiertosairauksille. Vaskulaarinen kognition heikentymä voi olla lähtökohtana vaskulaari-selle dementialle. VCI:n taustalla voi olla kaksi erilaista aivoverenkiertosairautta eli pienten verisuonten ja isojen verisuonten sairaudet sekä muut infarktin aiheuttamat kognitiiviset tilat. (Erkinjuntti & Melkas 2016.)

Vaskulaarisen dementian neuropsykologiset oireet vaikuttavat muistisairaana kognitiiviseen toimintakykyyn monesti hyvin laajasti. Ongelmia esiintyy esimerkiksi muistissa, oman toi-minnan ohjauksessa, hahmottamisessa sekä tasapainossa. (Jefferson ym. 2014, 96.) Vaskulaarisessa dementiassa oireet kehittyvät yleensä nopeasti, nopeimmillaan muuta-massa päivässä (Atula 2019).

Deklaratiiviset muistiongelmät ovat yleinen oire vaskulaarisessa dementiassa. Ne vaikut-tavat uuden tiedon rekisteröintiin sekä muihin oppimistaitoihin. Monesti kuitenkin keskeisin

oire kognitiivisessa toimintakyvyssä on oman toiminnan ohjauksen joskus voimakaskin heikkeneminen. Oman toiminnan ohjauksen heikentymistä pidetään myös vaskulaarisen dementiaan yhtenä selkeänä alkuaireena. Pidemmälle edenneessä taudissa ilmenee myös monesti erilaisia ongelmia puheentuottamisessa ja hienomotorisissa taidoissa, mitkä voivat vaikuttaa henkilön arjessa selviytymiseen huomattavasti. (Jefferson ym. 2014, 96-98.) Kuten muihinkaan muistisairauksiin, vaskulaariseen dementiaan ei ole tällä hetkellä olemassa parantavaa lääkehoitoa. Hoito koostuu sen sijaan tulevien aivotapahtumien ehkäisystä ja jäljellä olevaa toimintakykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta, kuten esimerkiksi puhe- ja fysioterapiasta. (Atula 2019.)

4.4 Frontotemporaalidementia

Frontotemporaalidementia (FTD, ent. Pickin tauti) on yksi etenevistä muistisairauksista, jolle on tyypillistä hyvinkin nopea eteneminen verrattuna muihin muistisairauksiin. FTD on neurologinen muistisairaus, joka vaikuttaa erityisesti henkilön sosiaaliseen toimintakykyyn ja ihmisen yleiseen käytökseen. Sen lisäksi sillä on vaikutuksia myös kognitioon ja motorisiin taitoihin. (Boxer 2014, 145-146.)

FTD ei ole yksittäinen sairaus, vaan oireyhtymä, jolla voi olla useita eri alkusyitä (Käypähoito -työryhmä 2016a). Frontotemporaalidementia on usein osa ALS -tautia, joka on motoneuronitauti (Boxer 2014, 146). Yhteistä näille oireyhtymille on kuitenkin niiden aiheuttama solutuho juuri aivojen otsa- ja ohimolohkojen alueella (Käypähoito -työryhmä 2016a).

FTD on yleisin juuri alle 65-vuotiailla, mutta sairastuminen on tilastollisesti mahdollista jo alle 60 –vuotiaana, etenkin ikävuosien 52-56 välillä. Etiologiassa mainitaan kuitenkin, että tautiin viittaavia merkkejä voi ilmetä jopa jo lapsuudessa, esimerkiksi kognitiivisissa taidoissa ja käyttäytymisessä. (Boxer 2014, 149.)

Tarkkoja syitä sairauden taustalla ei tunneta. Perintötekijöillä kuitenkin arvellaan olevan vaikutusta sairastumisen riskiin. On havaittu, että tietyt geenivirheet altistavat frontotemporaaliseen dementiaan sairastumiselle. Vaikka sairauden aiheuttama solutuho etenee usein nopeasti, oireiston kehittyminen on hidasta ja asteittaista. Aivojen otsalohko vastaa sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, kun taas ohimot ovat tärkeitä puheen tuotossa ja ymmärtämisessä. (Käypähoito -työryhmä 2016a.) Ensisijaisena oireena usein ilmenee sosiaalisen alueen ongelmat, kuten luonteen muutokset, itsehillinnän heikkeneminen tai erilaiset elämänhallinnan vaikeudet, kuten pelihimo, päihteidenkäyttö tai muu riskikäyttäytyminen. Lisäksi ilmenee asteittain pahenevia vaikeuksia ymmärtää tai tuottaa puhetta. Muisti alkaa heiketä usein vasta viimeisenä. (Käypähoito -työryhmä 2016a.) Edellä mainittujen

vaikeuksien lisäksi FTD:lle on hyvin ominaista vaikeudet empatiakyvyssä ja muiden ihmisten huomioon ottamisessa. Oireiden vaikeusaste myös vaihtelee. Sairautta sairastava voi välillä vaikuttaa siltä, ettei häntä kiinnostaisi läheisten tunteet yhtään ja toisinaan kiinnostaa sukulaisten elämä paljonkin. Tunnekyllmyyden ja empatiakyvyttömyyden lisäksi voi ilmetä muutakin antisosiaalista käytöstä, kuten levottomuutta, aggressiivisuutta ja erilaisia seksuaalisävyisiä puheita tai tekoja. Lisäksi ominaista FTD:aa sairastavalle ovat ajoittaiset apatiakohtaukset, jotka usein rinnastetaan masennukseen. FTD:ssa masennus ei ole kuitenkaan niin yleinen oire kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. (Boxer 2014, 151.)

Parantavaa lääkettä ei ole ja muiden muistisairauksien lääkkeet voivat jopa pahentaa oireita. Ensisijaisesti hoidetaan lääkkeettömästi ja oireenmukaisesti. (Käypähoito -työryhmä 2016a.) Persoonallisuuteen vaikuttavia oireita voidaan kuitenkin helpottaa SSRI -lääkityksellä, etenkin jos taustalla on mm. epäsovinnasta ja toistuvaa seksuaalista käytöstä (Boxer 2014, 165).

4.5 Lewyn kappale -tauti ja sen liitännäisoireet

Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, joka alkaa yleensä 50 - 80 vuoden iässä. Taudin etiologiaa ei olla vielä tunnistettu. Sen tiedetään olevan kuitenkin perinnöllinen sairaus. Lewyn kappale -tauti sairastaa vain harva muistisairaista (10%) suurimmalla osalla näistä on myös viitteitä Alzheimerin tautiin. (Tavi & Lahtonen 2019, 19.)

Tauti etenee hitaasti, mutta Alzheimeriin yhdistettynä eteneminen voi olla nopeampaa. Diagnoosin saaneen odotettu elinikä sairauden alkamisesta on noin 10 vuotta. Tyypillisimpiä oireita ovat muutokset tarkkaavuudessa, tietojenkäsittelyssä, näköhäiriöt sekä parkinsonismi eli lihasjäykkyys. Taudin ennusteen ja hoidon kannalta on tärkeää aloittaa hyvissä ajoin lihaskuntoa ylläpitävää harjoittelua yhdessä fysioterapeutin kanssa. (Hallikainen 2017a, 233.)

Kognitiivisen puolen ongelmia alkaa yleensä ilmetä noin vuosi fyysisten oireiden, kuten lihasjäykkyyden alkamisesta. Tietojenkäsittelyn ongelmien etiologiaa ei ole selvitetty vielä täysin, mutta sen uskotaan johtuvan hermosolujen sisälle kasautuvista kertymistä eli Lewyn kappaleista, joista tauti saa nimensä. (Käypähoito -työryhmä 2016b.)

Tautiin ei ole parantavaa lääkettä, mutta apua voidaan saada AKE-lääkkeistä, joita käytetään myös Alzheimerin taudissa. AKE-lääkkeet auttavat kohottamaan yleistä toimintakykyä ja ne auttavat monesti myös taudin näköhäiriöoireisiin. Lääkehoidon lisäksi tulee päivittäin harjoittaa liikuntaa, jotta lihakset eivät pääsisi surkastumaan. (Hallikainen 2017b,

233.) Mikäli tautia sairastavalla ilmenee psyykkisiä oireita, on muistettava Lewyn kappale –tautia sairastavien olevan erityisherkkiä psyykettä kiihdyttävillä lääkkeillä. Tarvittaessa niitä voidaan kuitenkin kokeilla pieninä annoksina ja lyhytkestoisina kuureina. (Käypähoito - työryhmä 2016b.)

Parkinson -oireita hoidetaan mm. perusterveydenhuollossa sekä neurologin vastaanotolla. Kokonaisvaltainen hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheisten kanssa, jotta saadaan selville, millaista tukea sairastunut tarvitsee ja miten taudin kuva kehittyy. Hoidon suunnittelussa on tärkeää myös ottaa huomioon mm. tuleva edunvalvontatarve sekä hoitotahto. (Käypähoito -työryhmä 2016b.)

4.6 Etenevien muistisairauksien lääkehoito

Eteneviin muistisairauksiin ei ole tällä hetkellä olemassa parantavaa lääkehoitoa. Lääkkeillä voidaan kuitenkin hidastaa taudin etenemistä ja lievittää oireita. Lääkehoito ei yksinään myöskään riitä muistisairauden hoidoksi, mutta se on osa isompaa hoidon kokonaisuutta. Lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain parhaimman hyödyn saamiseksi. Parhaimmillaan se ehkäisee laitoshoidon joutumista jopa vajaalla vuodella. Myös myöhemmissä muistisairauden vaiheissa lääkehoidosta voi olla apua esimerkiksi käytösoireiden, kuten ahdistuksen tai ärtyneisyyden hoidossa. Myöskään käytösoireisiin se ei ole silti ensisijainen ratkaisu, vaan niistä voi saada tukea esimerkiksi vaikeisiin elämäntilanteisiin ja –muutoksiin, kuten esimerkiksi asuinpaikan vaihdosta johtuvaan sekavuuteen. Syy käytösoireen taustalla voi olla myös esimerkiksi kipu tai tulehdus, joten aina on pyrittävä löytämään syy käytösoireen taustalla, eikä vain lääkittää oireita. (Käypähoito -työryhmä 2017a.)

Tyypillisimmät muistisairauden hoitoon käytetyt lääkkeet lisäävät asetyylikoliinin määrää hermostossa ja aivoissa estämällä sen luonnollista hajoamista. Näitä aineita kutsutaan kolinergisiksi lääkkeiksi. Niihin kuuluvat esimerkiksi donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini. Toinen yleinen lääke pääasiassa Alzheimerin hoitoon on memantiini. Se vaikuttaa glutaamattitasapainoon aivoissa parantaen kognitiota. Kuten muillakin lääkeaineilla, myös muistisairauden hoitoon käytetyillä lääkkeillä on haittavaikutuksia. Yleisimpiä ovat vatsavaivat, kuten ripuli, närästys ja pahoinvointi, jotka usein helpottuvat ajan kanssa, ottamalla lääke ruuan yhteydessä ja tekemällä vain hitaita muutoksia lääkemääriin. Lisäksi kolinergiset lääkkeet vaikuttavat piristävästi, joten jos käytön yhteydessä ilmenee levottomuutta ja kiihtyneisyyttä, on lääkemäärää syytä alentaa. Sopiva lääkitys onkin tärkeää aina arvioida yksilöllisesti. (Käypähoito -työryhmä 2017b.)

Psykkisten oireiden ja käytösoireiden lääkehoito etenevissä muistisairauksissa tapahtuu pääasiassa itse muistisairauteen käytettävillä lääkkeillä. Niillä saavutetaan yleensä riittävä vaste. Vaikeammissa käytösoireissa ja psykoosisairauksissa voidaan käyttää muistisairauslääkityksen lisäksi myös masennus- ja psykoosilääkitystä. Lisäksi lääkäri voi määrätä potilaalle esimerkiksi pieniä annoksia bentsodiatsepiineja kuuriluontoisena hoitona. On kuitenkin muistettava, että muistisairaalla ikääntyneellä psykelääkkeiden käytössä voi olla haittavaikutuksia herkemmin kuin esimerkiksi työikäisellä. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden ja kuolleisuuden lisääntymisen vuoksi psykelääkkeitä ei suositella pitkäaikaiseen käyttöön muistisairailta ikääntyneillä. Iäkkään lääkehoitoa tulee myös muutenkin arvioida kokonaisvaltaisesti 6-12 kk välein, tarvittaessa tiheämmin. Jatkuva seuranta ja arviointi on tärkeää erityisesti, kun puhutaan masennus- ja psykelääkkeistä. (Koponen & Vataja 2016.)

5 TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO ETENEVISSÄ MUISTISAIRAUKSISSA

5.1 Toimintakyvyn ylläpito

Toimintakyvyn avulla on tarkoitus selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyn osa-alueet jaetaan usein fyysiseen, psyykkiseen (kognitiiviseen) ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 27.) Toimintakyvyn ylläpidolla tarkoitetaan jo olemassa olevan toimintakyvyn kuntoutusta erilaisin keinoin, kuten kognitiivisten taitojen, fyysisten taitojen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitoa. Kuntoutumisen avulla pyritään takaamaan muistisairaalle hyvä, turvallinen ja arvokas elämä. (Nukari, Mönkäre & Forder 2017, 100-105.) Sillä luodaan hyvä pohja kotona asuvan iäkkään muistisairaana selviytymiselle. On kuitenkin muistettava, että liiallinen tai vain ulkoapäin ohjautuva kuntoutus voi myös heikentää toimintakykyä, jos se koetaan kuormittavana, pakotettuna tai tylsänä. (Kelo ym. 2015, 27.)

Toimintakyvyn eri osa-alueiden vaikeudet ilmenevät muistisairaana arjessa muistamisen, ympäristön, muiden ihmisten toiminnan ja puheen, oman kehon ja hahmottamisen haasteina. Muistisairaana käytösoireet ovat toimintakyvyn ylläpidossa merkittävimmissä osassa, etenkin kotona asuvalla muistisairaalla. Käytösoireet eivät pelkästään vaikuta muistisairaaseen itseensä, vaan myös hoitavaan tahoon, oli se sitten omaishoitaja tai sairaanhoitaja. Muistisairailla voi olla taipumus kokea ympärillä oleva maailma turvattomana ja pelottavana, mikä vaikuttavaa muistisairaana toimintakykyyn heikentävästi. Toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttaa myös muistisairaana itsetuntoon, mikä taas vaikuttaa muistisairaana käytökseen yksilöllisesti. Se voi ilmetä vetäytymisenä ja apaattisuutena, mutta myös häiritsevänä toimintana, hoitokielteisyytenä tai muina käytösoireina. Toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttaa kuitenkin myös muutkin tekijät kuin muistisairaus. Ikääntyminen itsessään jo heikentää toimintakykyä. Osana toimintakyvyn kokonaisvaltaista ylläpitoa on toimintakyvyn arviointi tärkeää erilaisten arviointimittareiden avulla. Hyvä esimerkki on RAI-arviointi, jossa jokainen toimintakyvyn osa-alue sisältää omat arviointimittarinsa. Lisäksi esimerkiksi psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida MMSE- tai CERAD -testeillä sekä erilaisilla mielialatesteillä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 17-19.)

5.2 Fyysisen toimintakyvyn ylläpito

Ikääntyminen ja muistisairaudet luovat monia haasteita fyysisen toimintakyvyn ylläpidolle ja säilymiselle. Lähes aina ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn yhtäkkiä tapahtuneen heikkenemisen taustalta löytyy jokin sairaus, esimerkiksi muistisairaus. Myös vain harva sairaus estää fyysistä kuntoutusta ja ikääntyneet hyötyvät siitä monesti jopa nuoria enemmän. Onnistuneen kuntoutuksen varmistamiseksi on tärkeää arvioida oikea ajankohta ja sopiva intensiivisyys sekä hoitaa sairaudet fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen taustalla. Näin luodaan vahva perusta iäkkään selviytymiselle jokapäiväisessä arjessa ja ehkäistään laitoshoitoon joutumista. On myös tärkeää saada iäkäs itse osallistumaan kuntoutussuunnitelman tekoon ja toteutukseen. Liian vähäinen aktiivisuus ja kykenemättömyys ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnista on sairauden ohella merkittävä riskitekijä fyysisen toimintakyvyn heikkenemiselle. Sairauden hoidon lisäksi ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn ylläpito voi olla myös sairautta ennaltaehkäisevää, esimerkiksi kaatumisten ja muiden tapaturmien ehkäisy. (Raivio & Pitkälä 2015.)

Luonnolliseen vanhenemiseen liittyy monia fyysisiä muutoksia, kuten lihasten surkastuminen, luuston heikkeneminen, koordinaation ja refleksien hidastuminen ja tasapainon huononeminen. Moniin sairauksiin kuten muistisairauksiin liittyy myös erilaisia toimintarajoitteita ja kiputiloja, jotka laskevat monesti ikääntyneiden yleiskuntoa sekä aktiivisuutta. Aktiivisuuden ja liikkumisen väheneminen puolestaan entisestään nopeuttavat negatiivisia muutoksia fyysisessä toimintakyvyssä. Liikkumisen väheneminen lisää merkittävästi laitoshoitoon joutumisen riskiä ja heikentää itsenäistä arjessa selviytymistä. Fyysisellä toimintakyvyllä on suuri vaikutus iäkkään kognitiiviseen, sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin ja se on monesti perustana muun toimintakyvyn ja elämänlaadun säilymiselle. (Forder 2014, 107 – 118.)

Säännöllinen liikunta varsinkin keski-ikässä vähentää etenevien muistisairauksien riskiä merkittävästi. Liikunnallinen elämäntapa lisäksi monesti tukee myös sosiaalista elämää, mikä osaltaan myös ehkäisee erilaisia sairauksia ja parantaa iäkkään yleistä hyvinvointia. Liikunnalla on siis erittäin suuri ennaltaehkäisevä vaikutus moniin iäkkäiden terveysongelmiin ja kuuluu olennaisesti niin fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen kuin sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon. Myös jo muistisairauteen sairastunut hyötyy säännöllisestä liikunnasta, joka tukee aivojen toimintaa ja tarjoaa virikkeitä. (Forder 2014, 107 – 118.)

Liikunnan lisäksi olennainen osa fyysistä toimintakyvyn ylläpitoa ja hyvinvointia on ravitsemus. Käytännössä muistisairaalle aina tulisi räätälöidä yksilöllisten tarpeiden mukaan ravitsemussuunnitelma. Sen avulla pystytään ylläpitämään toimintakykyä, ehkäisemään tahatonta painonlaskua tai ravitsemuksen laadun heikentymistä. Toteuttamisessa

huomioidaan tottumukset, mieltymykset ja sairauden etenemisen vaihe. (Hallikainen, Mönkäre & Suominen 2017, 114.)

Suunnitellessa ruokavaliota muistisairaalle on sen oltava sen miellyttävää henkilölle itselleen maultaan ja tuoksultaan. Ruoka monesti houkuttelee enemmän, kun sitä tarjotaan pienempinä annoksina useasti, enemmän kuin suuria annoksia harvemmin. Mitä pidemmälle muistisairaus etenee, myös maku ja hajuaisteissa tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat ruoan haluttavuuteen. (Hallikainen, ym. 2017, 117-118.)

Periaatteena on ylläpitää hyvä ravitsemustila koko elämän ajan, minkä avulla pyritään ennaltaehkäisemään mahdolliset aivotoiminnan tai kehon haurastumiset, aliravitsemus ja ravinteiden puutokset. Lisäksi ravitsemuksen avulla lisätään muistisairaalle omaa jaksamista, lihaskuntoa sekä vastustuskykyä. Muistisairaus tuo haasteita ravitsemukseen kognitiivisten ongelmien, muistin, fyysisen toimintakyvyn, lääkehoidon sekä käyttäytymisen ja aisti-toiminnan muutoksina. Esimerkiksi kognitiivisissa ongelmassa muistisairaalla on ongelmia yhdistää ruoka ja nälkä keskenään. Ongelmia ilmenee myös ruoan tunnistamisessa. Vaikeuksia aiheuttavat myös muutokset haju- ja makuaistissa. Myös riski nielemisongelmiin kasvaa mitä enemmän muistisairaus etenee. Muistisairauslääkkeet aiheuttavat usein ruokahaluttomuutta hävittämällä näläntunteen. Käyttäytymismuutoksissa ilmenee usein mielihaluja vain jotain tiettyä ruokaan kohtaan, esim. muistisairas tykkää syödä vain esimerkiksi jotain tiettyä kääretorttua eikä muuhun suostu. Lisäksi muistisairailta voi olla tapana piilotella tai toisaalta ahmia ruokia. (Hallikainen ym. 2017, 120.)

lökkään muistisairaalle ravitsemustilaa tulee arvioida säännöllisin väliajoin mm. painonseurannalla ja ruokailun seurannalla. On tärkeää varmistaa riittävä proteiinin ja muiden ravinteiden saanti. Ravinnonsaannin arviointia varten on kehitelty MNA-testi, joka on tarkoitettu yli 65-vuotiaille. Arviointi jakaa ikääntyneet kolmeen ryhmään; virhe- tai aliravitsemuksesta kärsivät, virheravitsemusriskissä olevat sekä hyvässä ravitsemustilassa olevat. (Hallikainen ym. 2017, 121.)

Muistisairaalle monipuolinen ruokavalioli tulisi sisältää B-vitamiinia, D-vitamiinia, sinkkiä, kuituja, omega-3-rasvahappoja sekä kaikkea muuta samojen suositusten mukaan kuin aikuisella yleensä. Riittävä ravinto auttaa muistisairaalle aivotoimintaa sekä sen avulla voidaan ennaltaehkäistä somaattisia sairauksia. Myös ravitsemus tukee parantumista niistä ja parantaa vastustuskykyä. Sairastumisen aikana kuitenkin elimistö tarvitsee enemmän energiaa sekä proteiinia. Muistisairaalle ravintoon tulee lisätä tarpeen mukaan myös täydennysravintolisät ja vitamiinilisät. Usein ikääntyneillä ja muistisairailta liikkumisen väheneminen vaikuttaa energiankulutukseen laskevasti. Toisaalta paljon touhuileva muistisairas voi

myös kuluttaa paljon energiaa keskivertotilanteeseen nähden. Ravinnontarve tuleekin arvioida yksilöllisesti. (Suominen 2014, 244.)

Aineenvaihdunnan ja fysiologisen toiminnan vuoksi on tärkeää muistaa ravinnon lisäksi myös nestetasapainosta huolehtiminen. Muistisairaalla nesteiden nauttiminen tulisi aikatauluttaa aamuilta- ja iltapäivä akselille välttämällä runsasta iltajuomista. Näin ehkäistään jatkuvat öiset virtsaamistarpeet. Pienikin nestevajaus muistisairaalle voi olla kohtalokas. Se lisää riskiä esimerkiksi alhaiseen verenpaineeseen lisäten kaatumisen riskiä. On siis hyvä muistaa tarjota muistisairaalle usein nesteitä päivän aikana. Usein myös ikääntyneen oma janon tunne heikkenee, mitä enemmän ikää tulee ja miten pidemmälle muistisairaus etenee. On syytä huomioida erityisesti ikääntyneen lääkityksessä myös mahdolliset diureetit eli nesteenpoistolääkkeet ja niiden liikkakäytön riski. Myös proteiinin tarve lisääntyy muistisairauden myötä. Sitä voidaan lisätä syömällä proteiinipitoisia ruokia. Vähän liikkuvalla tai liikkumattomalla proteiinin tarve vuorokaudessa on noin 2g/kg/vrk. Proteiinin puutos näkyy yleensä väsymyksenä, tulehdusherkkyytenä sekä haavojen paranemisen hitautena. Kuitujen avulla pystytään ennaltaehkäisemään ummetusta. Niitä tulisi nauttia vuorokaudessa tarpeeksi eli 25-35g/vrk. (Hallikainen ym. 2017, 124-126.)

Hyviä kuidunlähteitä ovat mm. täysjyvät, tummat riisit, pastat, hedelmät ja marjat. On syytä myös muistaa, että mitä enemmän ruokavaliossa on kuituja sitä enemmän tulisi nauttia vuorokaudessa nesteitä. Ummetuksen kannalta on tärkeää aina selvittää aiheuttaja, joka voi olla lääkkeiden lisäksi myös vähäinen kuitujen tai nesteensaanti. Ummetuksen hoitoon ja kuidun saannin lisäämistä varten on myös olemassa esilaisia kuitulisiä, joita käytetään ikääntyneillä yleisesti, esimerkiksi Visiblin, tai erilaisia ummetus -lääkkeitä, kuten Laxoberon tai Pegorion. Lisäksi apua ummetukseen voi saada lisäämällä päivittäiseen ravintoon ruokalusikallinen öljyä aterialle. (Suominen 2014, 246-247.) Vitamiinit ja hivenaineet ovat myös tärkeitä muistisairaille, sillä niiden avulla pystytään ennaltaehkäisemään kaatumisriskiä, osteoporoosia, muistisairauden pahenemista ja tulehduksia (Hallikainen ym. 2017, 126-130).

5.3 Psykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpito

Keskeisin osa psyykkisessä toimintakyvyssä on kognitio. Siihen sisältyy kaikki tiedonkäsittely, kuten esimerkiksi oppiminen, ongelmanratkaisu, orientaatio, hahmottaminen, kielelliset taidot, kuten puheentuotto ja ymmärtäminen. Metakognitio on myös osa kognitiivista toimintakykyä. Se sisältää muistisairaalle käsityksen ja kokemuksen omista muisti- ja havainnointitoiminnoista. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 266.)

Kognitio on aivojen ja hermoston yhteistoimintaa, mikä mahdollistaa erilaisissa arjen tilanteissa selviytymisen. Etenevät muistisairaudet nopeuttavat kognitiivisten kykyjen rappeutumista, joten olennainen osa muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitoa on kognitiivisten kykyjen mahdollisimman hyvä säilyttäminen niin pitkään kuin mahdollista. (Käypähoito 2010.)

Kognition heikkeneminen vaikuttaa kenen tahansa ikääntyneen psyykkiseen terveyteen. Keskeistä kognitiiossa on myös emotionaalinen tasapaino ja tunteidensäätely, jotka vaikuttavat muistisairaahan mielialaan ja hyvinvointiin. Emotionaalista tasapainoa pyritään tukemaan, jotta muistisairaahan psyykkinen toimintakyky pysyisi hyvänä ja tasapainossa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 266.)

Muistisairaahan psyykkinen toimintakyky alkaa laskea usein jo ennen itse diagnoosin saantia. Muistisairas pystyy usein itse havainnoimaan, että kaikki ei ole enää kunnossa, vaikka ei ehkä hahmota miksi. Häneltä saattaa puuttua sairaudentunto kokonaan, vaikka oireet jo olisivat lähiympäristölle kuten omaisille, täysin ilmeiset. (Tavi & Lahtonen 2019, 89.)

Psyykkisen toimintakyvyn ylläpidossa korostetaan muistisairaahan omia edellytyksiä ja voimavaroja. Ylläpidon tulee olla kokonaisvaltaista. Hoitohenkilökunnan kuuluu tukea muistisairasta monipuolisesti ja laadullisesti erilaisilla esimerkiksi konkreettisilla harjoitteilla. Muistisairasta hoitavalla henkilöllä tulee olla tarkka tietämys siitä, mitä hän tekee muistisairaahan kanssa, jotta hän pystyy samalla arvioimaan muistisairaahan psyykkistä toimintakykyä. Erilaisia mittareita voi hyödyntää muistisairaahan psyykkistä toimintakykyä arvioidessa. Mittarit ovat kuitenkin vain suuntaa antavia. Hyvin tehdyn arvioinnin avulla hoitaja pystyy päättämään hoitoisuusluokituksen psyykkisen toimintakyvyn ylläpidossa ja potilaalle turvataan riittävä hoito sekä tuki. Muistisairasta voidaan tukea psyykkisessä toimintakyvyssä parantamalla esimerkiksi itsearvostusta, mielialaa, motivaatiota, havainnointia ja muistia. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 266-268.)

Apua kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitoon saadaan esimerkiksi harjoittamalla aivoja aktiivista toimintaa sosiaalisten ja fyysisten harrastusten kautta. Mitä enemmän harjoituksissa on toistoja, sitä enemmän muistisairas siitä hyötyy. Mieluisat ja haasteelliset harjoitukset auttavat myös psyykkisesti jaksamaan paremmin ja nostavat mielialaa. Tyypillisiä tehokasta aivojen aktivoimista edistävää harrastamista ovat esimerkiksi musikaalisuus, opiskelu, kirjallisuus, erilaiset pelit sekä tutustuminen vieraisiin kieliin. Harjoitteet kuitenkin tulisi valita ensisijaisesti muistisairaahan oireiden ja vaikeusasteen perusteella. Jos esimerkiksi kielellisissä toiminnoissa on vaikeuksia, voi siihen liittyvistä harjoitteista olla apua. Ne pitää kuitenkin valita muistisairaahan tasoon ja keskittymiskykyyn sopiviksi. Liian helpot kyllästyttävät ja liian vaikeat voivat lannistaa. Aivoja aktivoimalla saattaa pystyä jopa ehkäisemään tiedonkäsittelyn heikentymistä. Se ei kuitenkaan pysty ehkäisemään

hermosolujen tuhoa etenevissä muistisairauksissa. (Paajanen & Hänninen 2014, 98-100.) Aivojen aktivointi aivojumpalla lisää muistisairaahan keskittymiskykyä ja parantaa kokonaisvaltaisesti kehon ja mielen yhteistyötä poistamalla stressiä. Aivojumpan on tutkittu parantavan muistisairaahan näköä, kuuloa, muistia sekä toimintakykyä ylipäättänsä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 273.) Aivojumpa voi sisältää esimerkiksi kolme erilaista liikeryhmää. Niiden toistaminen lisää muistisairaahan aivotoimintaa ja parantaa verenkiertoa. Aivojumpaliikkeitä ovat esimerkiksi aivonapit, jonka avulla saadaan verenkiertoa lisättyä silmissä ja aivoissa. Aivonappi vaikuttaa myös havainnointikyvyn paranemiseen. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 274.)

Psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä voidaan edesauttamaan myös muistelutyön avulla. Voidaan esimerkiksi kertoa erilaisia tarinoita menneisyydestä tai lapsuudesta, jotka auttavat muistisairasta käsittelemään erilaisia tunteita, kuten iloa tai surua. Muistelutyö eheyttää muistin toiminnan lisäksi muistisairaahan psyykkistä vointia. Sen avulla muistisairas elää ja ymmärtää eletyn elämän uusin silmin. Muistelutyötä voi tehdä esimerkiksi muistiryhmissä, joissa käsitellään useamman etenevää muistisairautta sairastavan elämää. Muistelutyötä voidaan kuitenkin harjoitella myös yksilöllisesti, jolloin ikääntynyt keskustelee itsensä kanssa muistoistaan tai esimerkiksi kirjoittaa niitä päiväkirjaan. Muistelutyössä hoitajan osuus on johdatella muistisairas muistamaan positiiviset muistelmat. Ei kuitenkaan tarkoituksella pyritä unohtamaan negatiivisia muistoja, sillä nekin ovat osa elämää ja niiden käsittely keskustellen voi olla hyväksi muistisairaahan psyykkiselle voinnille. Muistelutyö ryhmässä lisää vuorovaikutusta muiden kanssa ja toimii näin sosiaalisena harjoitteena. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 269-270.)

Etenevää muistisairautta sairastavan psyykkistä toimintakykyä voidaan myös ehostaa erilaisilla muistorasioilla, jotka sisältävät muistoja vuosien varrelta. Esimerkiksi erilaisia postikortteja tai kirjeitä menneisyydestä. Muistorasiat ovat yksilöllisiä ja erilaisia. Niiden avulla halutaan saada muistisairas käsittelemään erilaisia elämänkokemuksiaan. Kokemukset ja muistelut voivat olla muistisairaalle hyvinkin voimaannuttavia ja tärkeitä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 271.) Muita erilaisia psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä ylläpitäviä toimintoja ovat mm. Puutarhan pito tai luonnossa liikkuminen. Kasvit ja luonto lisää terapeuttisella tasolla muistisairaahan toimintakykyä, eritoten se voi tuoda muistisairaalle mielihyvää. Se vaikuttaa muistisairaahan emotionaaliseen toimintaan kokonaisuutena. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 275.) Kasvien ja luonnon avulla voidaan saada myös aikaiseksi muistelutuokioita esim. lapsuudenkodista. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 266.)

Asteittain etenevässä muistisairaudessa ilmenee alussa usein pelkoa ja ahdistusta. Tietämättömyys tulevasta näkyy käytösoireina, jotka voivat eristää muistisairaahan ulkopuolisesta

elämästä kokonaan ja pahimmassa tapauksessa lamaannuttaa täysin. Pelko aiheuttaa muistisairaalle yksinäisyyden ja hädän tunteen ja hän voi kokea, että hänellä ole ketään kenelle avautua tunteistaan. Usein pelokkuus johtaa lopulta masennukseen ja ahdistukseen, etenkin kotona yksin asuvilla muistisairailla. (Tavi & Lahtonen 2019, 90.) Näiden lisäksi voi ilmetä myös maanisia vaiheita ja estotonta käytöstä. Reagointitapa muistisairauden aiheuttamaan henkiseen hämmennykseen voi olla hyvinkin yksilöllinen. (Vataja 2017c, 54-56.)

Masennus sekä vakava masennus ovat hyvin yleisiä muistisairailla. Masennukseen liittyviä oireita ovat mm. ruokahaluttomuus, väsymys sekä yleinen ahdistuneisuus. Mitä laajempi ja rajumpi oirekirjo on, sitä vakavammasta masennuksesta puhutaan. Masennuksen yhteydessä ilmenevän ahdistuksen lisäksi ahdistuneisuus voi olla myös oma tautinsa. (Vataja 2017a, 62-66.) Yleisesti ahdistus ilmenee somaattisesti ja psyykkisesti. Ahdistuksen somaattisia oireita ovat tiheä syke, hengenahdistus, hikoilu, tinnitus, näkökentän ongelmat, tärinä, huimaus ja pahoinvointi. Ahdistuksen psyykkisiä oireita ovat erilaiset pelkofilat, esimerkiksi pelko yksinäisyydestä, lääkärikäynneistä tai ruoan loppumisesta. Somaattisten ja psyykkisten oireiden ohella muistisairaalla voi ilmetä tahatonta äreyttä, sekä kiukkuisuutta. (Tavi & Lahtonen 2019, 90.) Muistisairauden edetessä keskivaikeaksi tai vaikeaksi muistisairaahan käytösoireet alkavat yleistyä. Tutkitun tiedon mukaan lähes joka neljäs laitoksessa asuva muistisairas potee käytösoireita vähintään kerran viikossa, kun taas noin kaksi kolmesta sitäkin useammin. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 17.)

Psyykkisten oireiden hoidossa käytetään ensisijaisesti aina lääkkeetöntä hoitoa. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat esimerkiksi yksilöllinen terapia, ympäristön muuttaminen rauhallisemmaksi, musiikki ja psykologian kontaktit. Hoitomuoto sovitaan muistisairaalle ja läheisten kanssa arvioinnin sekä mahdollisen syyn pohjalta. Aina pyritään selvittämään käytösoireiden aiheuttaja tarkistamalla mahdolliset fyysiset sairaudet, ympäristötekijät tai mahdolliset kivut. (Käypähoito -työryhmä 2016c.) Muistisairaalle käytösoireita voidaan seuloa neuropsykiatrisen (NPI Neuropsychiatric inventory) haastattelun avulla, sekä pitkäaikaishoitoyksiköille suunnatulla (NPI-NH Neuropsychiatric inventory nursing home) haastattelulla. Haastatteluiden avulla pystytään kartoittamaan muistisairaalle käytösoireet, joita ovat mm. deluusiot, aistiharhat, levottomuus, ahdistuneisuus, masentuneisuus, aggressiivisuus ja estottomuus. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 18.) Tarvittaessa voidaan joutua harkitsemaan lääkehoitoa, mutta vasta viimeisenä keinona. Jos muistisairaalla päädytään aloittamaan lääkehoitoa käytösoireeseen, tulee tätä seurata tiiviisti 3-6 kuukautta. Ennen lääkehoidon aloitusta tehdään kartoitus, jonka avulla selvitetään mistä oireet johtuvat. Jos oireet ovat vakavaluonteisia, kuten psykoosin kaltaisia, tai jos muistisairas vahingoittaa itseään tai läheistään, tehdään päätös mahdollisesta laitoshoidosta. (Käypähoito -työryhmä

2016c.) Psykkisen toimintakyvyn kannalta olisi tärkeää, että niin muistisairas kuin omaiset ymmärtäisivät tilanteen ja olisivat yhteistyöhaluisia, jotta tehokas puuttuminen olisi mahdollista (Tavi & Lahtonen 2019, 89).

Psykoottiset oireet kuten harhaluulot, näkö -ja kuuloharhat aiheuttavat usein myös pelkoa ja ahdistuneisuutta muistisairaalla. Muistisairaahan pelko lisääntyy usein erityisesti öiseen aikaan, sillä muistisairas saattaa nähdä tai kuulla, asioita, jotka eivät ole todellisia. Yön hiljaisuudessa ja yksin jäädessä hädän tunne kasvaa. Psykoottisuus vaikuttaa muistisairaahan toimintakykyyn aiheuttaen hankaluuksia ymmärtää mikä on todellisuutta, mikä kuvitelmaa. Kohdatessa sekava vanhus on tärkeää muistaa rauhallinen suhtautuminen asiaan, asiallisuus sekä turvallisuudentunteen vahvistaminen. On tärkeää luoda rauhallinen ympäristö. Muistisairaahan harhaisuus voi aiheuttaa myös somatisointia eli muistisairas ajattelee sairastavansa esim. rintasyöpää. Muistisairaahan harhoja tai pelkoja ei pidä lähteä vähättelemään. Se vaikeuttaa hoitosuhteen luomista. (Vataja & Mönkäre 2017, 66-68.)

Muistisairailta voi ilmetä muutoksia impulssikontrollissa, joka näkyy usein estottomuutena, levottomana kulkemisena, ihmisten kosketteluna, aggressiivisena käytöksenä tai ruokailutottumusten muutoksena. Psykkisen toimintakyvyn kannalta toisen ihmisen läsnäolo on ensisijaisen tärkeä hoito. Läsnäolon tulee luoda turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri muistisairaalle. (Vataja 2017b, 68-69.)

5-20% muistisairaista potee sairautensa aikana muutoksia myös seksuaalisessa käyttäytymisessä. Esimerkiksi estottomuus ja muu häiritsevä käytös voi lisääntyä. Häiritsevä seksuaalinen käytös on yleisempää miehillä kuin naisilla. Kohteeksi voi joutua niin puoliso tai hoitohenkilökunta, mutta myös muutkin osapuolet voivat joutua uhriksi. Muistisairaahan seksuaalisuus voidaan kohdata ympäristön toimesta muutenkin hyvin nihkeästi tai sitä aiheena vältellään. Myös silloinkin, kun se ei ole häiritsevää. Omaiset erityisesti kokevat kohtaamisen enemmän haasteelliseksi. He eivät ole tottuneet muistisairaahan rivoihin puheisiin, jos muistisairas on aikaisemmin ollut käytökseltään siveellinen. (Tavi & Lahtonen 2019, 100.)

Seksuaalisuuden kohtaamisen vaikeuteen liittyy se, että ikääntyneen seksuaalisuus on aiheena monelle kiusallinen. Se on nähty tabuna, vaikka kyseessä on äärimmäisen luonnollinen ja ihmisen hyvinvoinnin suhteen tärkeä asia. Muistisairaus voi tosin muuttaa käytöstä äärimmäiseksi ja täysin estottomaksi. Muistisairas voi esimerkiksi tyydyttää itseään julkisesti tai muuten ahdistella muita ihmisiä seksuaalisesti. Kenenkään, ei myöskään muistisairaahan, häiritsevä seksuaalisuus ei ole hyväksyttävää. Esimerkiksi kun puhutaan laitoshoidossa olevasta muistisairaasta, joka tekee seksuaalista väkivaltaa, laitoksen työnantajan velvollisuus on suunnitella ennaltaehkäisevät toimenpiteet, jotta työntekijöiden ja

muiden asukkaiden turvallisuus voidaan taata. Työturvallisuutta lisätään hoitamalla sellaiset asiakkaat, joilla on muistisairauden aiheuttamaa häiritsevää seksuaalista käytöstä yhdessä toisen hoitajan kanssa. Tosin aina työelämässä tämä ei aina ole mahdollista työntekijäpulan takia. Häiritsevä seksuaalinen käytös kotioloissa voi myös olla raskasta omaishoitajalle tai lähipiirille. Apua siihen tulee saada hoitohenkilökunnalta, joilla on kokemusta aiheesta. Pääsääntöisenä hoitona häiritsevään seksuaaliseen käytökseen pyritään käyttämään rauhallista ja selkeää sanallista ohjausta, sillä lääkehoidosta ei näissä tilanteissa usein ole apua. (Tavi & Lahtonen 2019, 101.)

Hyvä unenlaatu on osa psyykkistä toimintakykyä tukevaa toimintaa. Unien vähentyminen lisää öistä touhuamista sekä päiväsaikaan nukkumista. Tavanomaista on potea myös auringonlaskusyndroomaa eli muistisairaahan sekavuuden lisääntymistä iltaa kohden. On tärkeää kartoittaa tilanne, jotta muistisairas saa apua unettomuuteen tarvittaessa lääkkeettömin keinoin tai ääritapauksessa unilääkkeiden avulla. Tavanomaisia unilääkkeitä muistisairaalla ovat mirtazapiini tai melatoniini, mutta tarvittaessa käytetään myös pieninä annoksina risperidonia. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 70-74.)

Unihäiriöitä pyritään ensisijaisesti hoitamaan lääkkeettömästi lisäämällä aktiivisuutta päiväsaikaan ja vähentämään päiväunien ja muun lepäämisen määrää. Tämä ei kuitenkaan usein toteudu yksin kotona asuvalla muistisairaalla. Muistisairaahan uniryhtiin saa usein apua lisäämällä säännöllisyyttä, valoisa huone päivällä/hämärä yöllä, keskustelulla ja hoitajan läsnäololla sekä lisäämällä saman hoitajan käyntejä kotona asuvan muistisairaahan luona, jolloin tuttu hoitaja luo iltaan turvallisuuden tunnetta. (Tavi & Lahtonen 2019, 102.)

5.4 Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito

Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito on jokaiselle ihmiselle tärkeää, niin muistisairaalle kuin heidän omaisilleen. Muistisairauteen sairastunut potee monesti alussa epävarmaa, hermostunutta ja pelokasta oloa, joka voi aiheuttaa vetäytymistä sosiaalisesta kanssakäymisestä ihmisten kanssa. Lisäksi muistisairaus voi aiheuttaa sairastuneelle häpeän tunteita. Häpeän lisäksi muistisairas tuntee usein ahdistusta ja huolta siitä, ettei enää pärjää arjessa muiden kanssa. Jokainen ikääntynyt on yksilö ja eristäytyminen muista ihmisistä voi johtua hyvin monista syistä. (Nukari 2014, 104-106.)

Sairauden edetessä sosiaalisten tilanteiden pelko usein vähenee, koska sairautentunto voi heiketä. Kuitenkin ongelmat vuorovaikutuksessa monesti samaan aikaan lisääntyvät. Muistisairas voi kokea vuorovaikutustilanteet monimutkaisina ja välttää niitä, joka saattaa aiheuttaa alakuloisuutta omassaan. Ympäristön ihmisten alakuloisuus usein heijastuu

myös muistisairaaseen, koska sairaudestaan huolimatta tai jopa sen vuoksi, he usein voivat olla hyvinkin herkkiä ympäristön ihmisten tunnetilan negatiivisiin muutoksiin. Tunteilla on suuri merkitys muistisairaahan hoidossa, koska he herkästi imevät itseensä vaikutteita muiden tunnetiloista. Siksi olisi hyvä, että esimerkiksi muistisairasta hoitava henkilökunta ei olisi kiireistä ja stressaantunutta, koska kireys monesti tarttuu myös asiakkaaseen. Tämä taas voi ilmetä moninaisina vaikeuksina arjen toiminnoissa ja yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Kiireys ja kiukku vaikuttavat muistisairaaseen negatiivisesti, jolloin muistisairas rupeaa herkästi hoitokielteiseksi tai jopa aggressiiviseksi. Kunnioittavalla ja rauhallisella käytöksellä muistisairasta kohtaan lisätään arjen voimavaroja, jolloin muistisairas pystyy kohtaamaan toisen ihmisen myönteisemmin. Rauhallisesta ilmapiiristä huolimatta on silti mahdollista, että muistisairaalle tulee vaikeita tilanteita ja esimerkiksi keskustelujen aikana muistisairas voi ilmaista olevansa hermostunut tai negatiivinen. Myös kielteisyyden ja muiden negatiivisten tunteiden ilmaiseminen on oltava hyväksyttävää. Niistä on mielellään keskusteltava muistisairaahan kanssa hänelle riittävän yksinkertaisten ja helppojen sanojen avulla. (Nukari 2014, 104-106.)

Keskustelun lisäksi esimerkiksi musiikki tai luonto ovat myös hyviä keinoja luoda positiivista ja mukavaa ympäristöä, jotta muistisairaahan olotilaa saadaan rauhoitettua ja kanssakäymistä helpotettua. Hoitavalla taholla olisi hyvä olla yleisesti tuntemusta muistisairaahan omasta elämästä, jolloin muistisairaahan erilaisten tunnereaktioiden ymmärtäminen olisi helpompaa. Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito tarvitsee kuitenkin myös erilaisia apuvälineitä, joiden käyttö olisi hyvä aloittaa jo varhain. Keskustelun apuvälineet valitaan yksilöllisesti, ja niitä käytetään aktiivisesti ja kertausta tehden muistisairaahan kanssa, jotta hänen olisi mahdollisuus oppia käyttämään niitä pitkäaikaisesti. Myös teknisiä välineitä, kuten puhelimia tai kuulolaitteita, käytetään tarvittaessa. (Nukari 2014, 104-106.)

Ohjaus ja neuvonta ovat tärkeä osa sosiaalialan asiakastyötä. Laissa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) määritellään, että sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet ovat kelpoisia sosiaaliohjaajan tehtäviin. Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) taas todetaan, että sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä kunnan on huolehdittava muun muassa ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämisestä. Näiden perusteella sosiaaliohjaus tehtävänimikkeenä määritellään yhdeksi keskeiseksi sosionomin työtehtäväksi ohjauksen ja neuvonnan. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2011, 123.) Näin on myöskin muistisairaiden kohdalla, kokonaisvaltainen muistisairaahan ja hänen lähipiirinsä ohjaus ja neuvonta, ovat avainasemassa.

Moniammatillinentyöryhmä laatii yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa palvelun tarpeen. Sosionomi osallistuu tällöin myös itsenäisen suoriutumisen tukemiseen ja kuntoutumista edistävään asiakastyöhön yhdessä lähihoitajien ja sairaanhoitajien kanssa. Hoitajien vastuulla ovat yleensä asiakkaan perushoito- ja huolenpitytyö sekä neuvonta ja ohjaus asiakastilanteissa kotona. Tavallisesti palveluohjauksesta ja asiakkaan asioiden hoitamisesta (koordinoimisesta) viranomaisverkostossa vastaa sosiaaliohjaaja. Työ pitää sisällään niin ennalta ehkäisevää toimintaa, kuin myös kotikäyntejä. Itsenäisen suoriutumisen tukeminen, sen ylläpito ja toimintakykyä eri tavoin edistävä asiakastyö ovat avainasemassa. (Mäkinen ym. 2011, 89.)

Sosiaaliohjaus on konkreettisesti laitoshoidossa palvelusuunnitelman toteuttamista, jossa pidetään yhteyttä asiakkaan lähipiiriin ja muihin verkostoihin tai tuetaan yhteydenpitoa näihin, sekä hoidetaan monia käytännön asioita. Erityisesti se on monenlaisen sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi räätälöityjä palveluiden organisoimista ja kehittämistä sekä erilaisten vertaisryhmien vetämistä. (Mäkinen ym. 2011, 89.)

Vanhuksen ympäristön tulee antaa hänelle erilaisia sosiaalisia mahdollisuuksia sekä ylläpitää myöskin virikkeellistä puolta. Vanhus tarvitsee tunteen omasta merkityksestään, sen hän saa, kun sosiaalisia taitoja ylläpidetään. Vanhuksella voi esimerkiksi olla merkityksellinen rooli suhteessa lapsiin tai lastenlapsiin. Roolin tunnistaminen edellyttää riittävää vuorovaikutusta vanhuksen ja hänen lähipiirinsä välillä. Vanhuksen sosiaalinen verkosto on tärkeä turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteen tarjoilija. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 279.) Tämä on tärkeää pitää mielessä myös muistisairaana sosiaalisen toimintakyvyn ylläpidon kannalta.

Yhden määritelmän mukaan sosiaalinen toimintakyky on yhtäältä kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti ja toisaalta selviytymistä arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman toimintaympäristön rooleista. Muissa määritelmissä nousee esiin yksilön menetelmät, roolit, sosiaaliset taidot tai suhde yhteiskuntaan. Osa ikääntymiseen liittyvistä sosiaalisen toimintakyvyn muutoksista liittyy toimintakykyyn ja osa yhteisön ja kulttuurin luomiin odotuksiin, jotka tulee tunnistaa voidakseen toimia niiden mukaisesti. Ikääntyneet voivat kokea itsensä vanhoiksi ja tarpeettomiksi, mikä taas voi vaikuttaa kielteisesti heidän identiteettiinsä ja itsetuntoonsa. (Kelo ym. 2015, 30.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinneissa käytetään yleensä tutkimushaastatteluja, lomake-tutkimuksia tai havainnointia. Haastatteluja ja kyselyjä tehdään palvelutarpeiden arvioinneissa, havainnointia voidaan tehdä lähinnä vain laitoksissa. Kunnallisia palveluja, joissa vahvasti kiinnitetään huomiota sosiaaliseen toimintakykyyn, ovat kotipalvelu, omaishoidon

tuki, päivätoiminta, tavallinen palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveyskeskuksen vuodeosasto. (Kelo ym. 2015, 30.)

5.5 Muistisairaahan suunhoito

Ikääntyneellä muistisairaalla suun terveyteen on kiinnitettävä erityistä huomioita. Iäkkäillä on usein monia lääkityksiä, ja osa niistä voi aiheuttaa esimerkiksi suun kuivumista. Myös muistin heikkeneminen monesti lisää taipumusta unohtaa päivittäinen hampaiden pesu. Erilaiset tulehdukset suussa aiheuttavat riskin ikääntyneen terveydelle ja laskevat elämänlaatua, esimerkiksi aiheuttamalla kipua. (Honkala 2015.) Kipua ikääntyneelle muistisairalle voi aiheuttaa esimerkiksi hoitamaton ientulehdus, suun limakalvon tulehdus tai jokin muu vaurio suussa (Mönkäre & Nukari 2017, 81). Vaikeasti dementoituneella henkilöllä tämä voi ilmetä myös erilaisina käytösoireina ja näin vaikeuttaa arjesta selviytymistä. (Honkala 2015.)

Suun terveyden tärkeimmät osa-alueet ovat suuhygieniasta huolehtiminen ja suuystävällinen ruokavalio. Muistisairas tarvitsee suun terveyttä tukevan ympäristön ja hoitohenkilökunnan, joka huolehtii iäkkään oikeanlaisesta ravitsemuksesta ja hampaiden pesusta. Muistisairas ei itse välttämättä osaa tuoda esille suun alueen vaivoja, joten on tärkeää huolehtia säännöllisestä suun terveystarkastuksesta omaisten tai terveydenhuoltohenkilöstön taholta. Suun hoito on olennainen osa iäkkään kokonaisvaltaista hoitoa ja hyvinvoinnin tukemista. (Honkala 2015.)

5.6 Edunvalvonta ja hoitotahto

Oikeudellinen toimintakyky tarkoittaa henkilön kykyä tehdä oikeudellisia toimia ja ymmärtää niiden syy-seuraussuhteet. Oikeudellisia toimia ovat esimerkiksi asioiden myyminen ja ostaminen, lainan antaminen, lahjoittaminen, testamentin teko tai avioliiton solmiminen. Suomen lain mukaan jokainen 18 -vuotta täyttänyt henkilö omaa oikeudellisen toimintakyvyn ja on oikeustoimikelpoinen, ellei toisin osoiteta. Monet sairaudet ja vammat voivat heikentää henkilön oikeudellista toimintakykyä kuten esimerkiksi juuri muistisairaudet. Tällöin edunvalvojan nimittäminen voi olla aiheellista henkilön taloudellisen turvallisuuden takaamiseksi. Edunvalvoja on henkilö, joka turvaa sairastuneen taloudellisia etuja hänen puolestaan. Laajennetussa edunvalvonnassa edunvalvoja päättää taloudellisten asioiden lisäksi esimerkiksi terveyteen liittyvistä päätöksistä, kuten hoivakotiin sijoittamisesta. Edunvalvojan on kuitenkin aina mahdollisuuksien mukaan neuvoteltava päätöksistä

muistisairaana kanssa ja ikääntyneen itsemääräämisoikeus tulee turvata niin pitkälle kuin mahdollista. Edunvalvonnan käynnistäminen vaatii aina lääkärinlausunnon. Edunvalvojana voi toimia omainen, virkaholhoaja tai muu toimeen nimitetty juristi tai kirjanpitäjä. Edenneessä muistisairaudessa edunvalvonnan järjestäminen on usein välttämättömyys ja olisikin hyvä, jos sairastunut itse valitsisi edunvalvojansa jo sairauden alkuvaiheessa, jos hänellä on asian suhteen toivomuksia. (Hallila & Mustakoski 2016.)

Hoitotahto on henkilön etukäteen tekemä tahdon ilmaisu hoitonsa toteuttamisesta tilanteessa, jossa hän ei itse kykene enää ilmaisemaan toiveitaan esimerkiksi tajuttomuuden tai toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Siinä voidaan esimerkiksi ilmaista erilaisia erityistoiveita tai kieltäytyä tietyistä toimenpiteistä. Hoitotahtoon voi antaa suullisesti tai kirjallisena. Toivottavaa kuitenkin olisi, että henkilö kirjaisi hoitotahtonsa kirjallisena jo hyvissä ajoin vielä silloin kun on kykenevä tekemään ratkaisuja oman hoitonsa suhteen. Hoitohenkilökunta on velvollinen noudattamaan henkilön omaa hoitotahtoa ja näin hoidon suunnittelussa voidaan turvata henkilön omat toiveet ja vakaumukset. (Hallila & Mustakoski 2016.)

5.7 Muistisairaudet ja Kansaneläkelaitos

Kansaneläkelaitoksen eli Kelan kautta iäkäs muistisairausdiagnoosin saanut voi saada niin taloudellista tukea kuin kuntoutusta. Jokaisen henkilön tilanne arvioidaan yksilöllisesti yhteistyössä Kelan sosiaalityöntekijän kanssa. Pitkäaikaisesti sairas tai vammainen, joka saa eläkettä, on oikeutettu kelan maksamaan eläkkeensaajan hoitotukeen. Ehtona on lääkärin antama diagnoosi ja selkeä toimintakyvyn heikkeneminen vähintään vuoden ajan. Sairauden tai vamman tulee aiheuttaa viikoittain valvonnan, ohjauksen ja avun tarvetta tai erityiskustannuksia. Eläkkeensaajan hoitotuki on jaettu kolmeen eri portaaseen; perushoitotukeen, korotettuun hoitotukeen ja ylimpään hoitotukeen. Se mille portaalalle kuuluu, riippuu avun, ohjauksen ja valvonnan tarpeen määrästä. Pitkäaikaisesti sairas tai vammainen, jolla on lääkärin määrittelemä diagnoosi ja saa pelkästään osatyökyvyttömyyseläkettä, osa-aikaeläkettä tai työttömyyseläkettä, ei ole oikeutettu hoitotukeen. Hänen on kuitenkin mahdollista saada vammaistukea. (Kela 2019a.) Iäkäs eläkkeensaaja voi myös olla oikeutettu eläkkeensaajan asumistukeen. Ehtona on, että asuu vakituisesti Suomessa ja on pienituloinen. (Kela 2019b.)

Kelalta voi saada myös taloudellista tukea yksityisen terveydenhuollon käyntien maksuihin, sisältäen videovälitteiset käynnit. Ehtona sairaanhoitokorvaukselle on, että käynnit katsotaan tarpeelliseksi sairauden hoidossa. (Kela 2019c.)

Tiettyihin reseptilääkkeisiin, esimerkiksi Alzheimerin lääkehoitoon, on myös mahdollista hakea lääkekorvausta. Ehtona on lääkärin antama B-lausunto. Korvauksen määrät ovat lääkekohtaisia ja se vaihtelee lääkevalmisteen mukaan. (Kela 2019d.) Korvattaviin kuuluvilla reseptilääkkeillä on myös vuosittainen vuosiomavastuu eli lääkekatto. Vuonna 2019 vuosiomavastuu oli 572 euroa. Lääkekaton ylityttyä on oikeutettu lisäkorvaukseen loppuvuoden ajan, jolloin omavastuu korvattavista lääkkeistä on 2,50 euroa per lääkevalmiste. Näin on tarkoitus estää yksilön lääkekustannusten kasvaminen kohtuuttoman suuriksi. (Kela 2019e.)

Kela järjestää vuosittain myös kuntoutumis- ja valmennuskursseja, joiden tarkoitus on tarjota tukea ja apua sairauden tai vamman kanssa elämiseen ja sen aiheuttamiin muutoksiin. Kurssilla saa tietoa sairaudesta, kuntoutuksesta ja neuvoja arjessa selviytymiseen. Kurssit ovat ryhmämuotoisia, joten tarjolla on samalla myös vertaistukea. Kursseja järjestetään myös erikseen omaishoitajille. (Kela 2019f.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

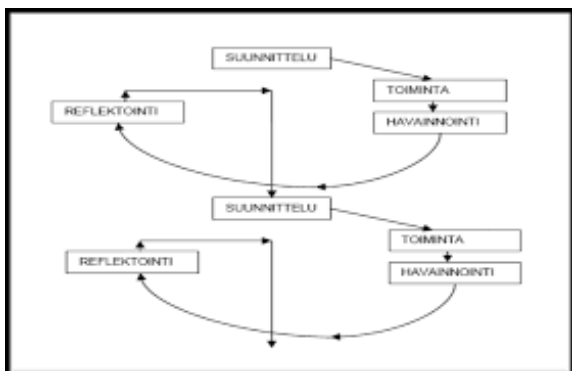
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämismenetelmänä

Toteutimme työmme toiminnallisen opinnäytetyön kehittämismenetelmänä. Toiminnallisen opinnäytetyön kehittämismenetelmänä tai hankkeena syntyy usein tuotos, joka sisältää jotakin opinnäytetyön prosessin aikana kerättyä tietoa esimerkiksi oppaan muodossa (Salonen 2013, 25).

Teimme kehittämishankkeena oppaan Geriatrisen poliklinikan Ensitetopäiville. Oppaan teoriapohjana toimi Ensitetopäivien asiantuntijaluentojen materiaali. Toimeksiantaja halusi oppaaseen myös osuuden muistisairaahan suunhoidosta, jonka teoriapohjan kokosimme itse hyödyntäen näyttöön perustuvaa ja ajankohtaista tietoa aiheesta.

Tuotos tehtiin siis kehittämismenetelmänä. Tuotoksen tarkoituksena ja keittämiskohteena oli Ensitetopäivillä jaettavan asiantuntijainformaation siirtymisen tehostaminen asiantuntijoilta tapahtumaan osallistuville. Ensitetopäivien materiaaleihin paneutumisen lisäksi keräsimme itse tietoa ikääntyneen muistisairaahan toimintakyvyn ylläpidosta opinnäytetyön raporttiin hyödyntäen alan kirjallisuutta ja tutkimuksia. Lähestyimme aihetta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Etsimme teoretietoa myös siitä, miten tehdä hyvä opas ikääntyneille ja muistisairaille. Kyseistä tietoa hyödynnettiin oppaan kokoamisessa ja ulkoasun muotoilussa. Opinnäytetyömme eteni spiraalimallin mukaisesti (Kuva 1), joka on toiseksi yleisin malli toiminnalliselle opinnäytetyölle.

Kehitysmenetelmä näkyy spiraalimallissa jatkuvana kehänä eli tuotos arvioitiin aina uudelleen eikä mitään selkeää ja yksinkertaista lineaarisesti etenevää prosessia ollut (Salonen 2013, 15).



Kuva 1 Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Salonen 2013, 16)

Tutkimuksellinen kehittämistyö saa usein alkunsa organisaation halusta kehittää toimintaansa erilaisilla uusilla ratkaisuilla ja saada aikaan muutoksia. Siihen sisältyy yleensä

ongelmanratkaisua ja uusien ideoiden kehittämistä. Tuotoksena voi syntyä esimerkiksi uusia palveluita, tuotteita tai käytänteitä. Verrattuna esimerkiksi tieteelliseen tutkimustyöhön, jossa pyritään luomaan ja kokoamaan uutta teoretietoa, tutkimuksellisessa kehittämissä pyritään nimenomaan käytännön työn parannuksiin ja uusiin ratkaisuihin. (Ojasalo, Moilainen & Ritalahti 2018.) Tutkimukselliselle kehittämismenetelmälle tyypillisesti lähti toiminnallinen opinnäytetyömme liikkeelle Geriatrisen keskuksen Muistipoliklinikan tarpeesta kehittää tiedon välittymistä Muistisairaahan Ensitetopäivillä asiantuntijoilta asiakkaille. Uutena tuotteena ja ratkaisuna opinnäytetyöryhmämme kokosi Ensitetopäiville kirjallisen oppaan.

Tutkimus- tai kehittämistyössä olennaista on myös laadun ja luotettavuuden varmistaminen. Olennaista on pyrkiä objektiivisuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Kehittämismenetelmässä tulee hyödyntää tieteellisiä ja eettisesti oikein käytettyjä aineistonkeruumenetelmiä ja varmistaa teoriapohjan luotettavuus. Aineistonkeruussa pitää käyttää tervettä kritiikkiä ja hyödyntää vain luotettavaa ja ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa. (Kananen 2017.) Vastuu on aineiston kokoajalla ja se on suuri, koska kirjallinen oppaamme tulee julkiseen käyttöön

Opinnäytetyön prosessi alkoi suunnitteluvaiheesta, jossa käsiteltiin sekä tuotoksen että itse opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitukset. Hyväksytyt opinnäytetyö suunnitelman jälkeen aloimme työstämään keväällä 2019 opinnäytetyön toiminnallista osuutta eli Ensitetopäivä opasta ja opinnäytetyön raporttiosuutta. Oppaan aihealueiksi muodostuivat asiantuntijaluentojen aiheiden pohjalta Lääkehoito, Elämää muistisairauden kanssa, Liikunta, Ravitseminen, Kela, Edunvalvonta ja hoitotahto. Lisäksi mukaan liitettiin itse kokoamamme osuus muistisairaahan ikääntyneen suunhoidosta. Toimeksiantajan toive oli, että aiheet käydään läpi oppaassa samassa järjestyksessä kuin ne Ensitetopäivien omassa aikataulussa. Prosessin edetessä kokoonnuimme useamman kerran pitämään palaveria toimeksiantajan kanssa, jotta he pystyivät antamaan oppaasta palautetta ja esittämään toivomuksia tekoprosessin edetessä. Tiivistimme tiedon toivottuun kirjalliseen pituuteen sekä hioimme vielä toimeksiantajan pyynnöstä oppaan sanamuotoja lisää, ennen kuin se oli täysin valmis palautettavaksi heille. Toimeksiantajan toiveesta oppaan etukanteen tuli Muistipoliklinikan ja PHHYKY:n logot. Lisäksi opas alkaa pienellä johdannolla, joka sisältää lyhyen esittelyn Ensitetopäivistä. Koulun ohjeiden mukaisesti oppaan loppukanteen lisättiin teksti, että opas on toteutettu Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä ja loppuun merkattiin ryhmämme jäsenten nimet. Valmis opas toimitettiin Muistipoliklinikalle, joka vastaa tulevaisuudessa oppaan käyttöönotosta, tuottamisesta ja päivittämisestä. Tarvittaessa heillä on myös lupa oppaan visuaalisen ulkomuodon muokkaamiseen.

Raportti toimii kehittämishankkeen kirjallisena osuutena, jossa ilmenee mm. tekijöiden oma oppineisuus ja ammatillisuus (Salonen 2013, 25). Ensitetopäivä tapahtuman teemana oli ikääntyneen muistisairaana toimintakyvyn ylläpito ja arjessa selviytymisen tukeminen, joten sen sisältö sopi hyvin opinnäytetyömme raportin aiheeseen, vaikka opasta ei suoraan tehty keräämämme opinnäytetyön teoriapohjan pohjalta. Se kuitenkin sopi erittäin hyvin osaksi opinnäytetyömme kokonaisuutta, jossa tavoite oli ryhmämme jäsenten ammattitaidon ja -tiedon kehittäminen.

6.2 Kirjallisen oppaan tiedonhankinta ja sisältö

Kirjalliseen oppaaseen kasattiin tieto Ensitetopäivien asiantuntijaluentoja sisällöstä aihealueittain tiivistettynä. Oppaan aiheet ovat asiantuntijaluentoja aiheiden mukaisesti Muistisairaudesta lääkehoito, Elämää muistisairaudesta kanssa, Liikunta, Ravitseminen, Kela, sekä Edunvalvonta ja hoitotahto. Lisäksi kokosimme itse teoriapohjan muistisairaudesta suun hoidosta, joka liitettiin oppaaseen. Opas auttaisi Geriatriasta keskusta kehittämään toimintaansa, sillä tähän mennessä Ensitetopäivien asiantuntijaluennot löytyivät vain sähköisenä. Se ei ollut paras mahdollinen tilanne tiedonvälitystä ajatellen, sillä tapahtuma oli suunnattu muistisairaudesta diagnoosin saaneille ikääntyneille. Ongelmia aiheutti iäkkäiden osallistujien vaikeus päästä lukemaan asiantuntijaluentoja jälkeen päin tapahtuman omilta sivuilta. Kirjallinen opas toimii tiedon välittämisen varmistuksena ja muistin tukena myös niille osallistujille, joilla ei ollut osaamista tai mahdollisuuksia mennä lukemaan materiaaleja sähköisistä kanavista.

Kirjallisen oppaan tai muun potilasohjeen luomisessa pätee useita samoja lainalaisuuksia kuin suullisessakin ohjauksessa tai tiedonvälityksessä. Onnistuneessa ohjauksessa henkilöä aktivoidaan ottamaan vastuuta omasta tilanteestaan. Tarkoituksena on, että ohjattava ottaa vastaan informaatiota ja oppii soveltamaan sitä omassa elämässään. Hän oppii ymmärtämään palvelun, hoidon tai muun vastaavan asian merkityksen elämässään sekä kokee voivansa vaikuttaa siihen. (Eloranta & Virkki 2011, 73 – 76.)

Asiantuntijat tarjoavat neuvontaa, joka auttaa henkilöä tekemään oikeita valintoja. Tämän vuoropuhelun perusta on siinä, että niin hoitava taho kuin asiakas itse ovat tasavertaisia yhteistyökumppaneita, mutta kirjallisen tiedon jakamisen ero verrattuna suulliseen ohjaustilanteeseen on vähäinen yhteinen vuorovaikutus. Siksi oppaan kaltainen kirjallinen ohjeistus on ensisijaisesti vain varsinaista ohjausta täydentävä osanen. Kun suullisen ohjauksen lisäksi asiakkaalle tarjotaan kirjallista ohjausta, hän todennäköisemmin muistaa ohjauksen sisällön. Tämä on tärkeä näkökulma erityisesti, kun ohjataan iäkkäitä

muistisairausdiagnoosin saaneita. Kirjallisen ohjeen tulee aina perustua ajantasaiseen ja oikeaan tietoon. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota selkeyteen. Aiheiden on tärkeää olla esimerkiksi loogisessa järjestyksessä, jotta jonkin tietyn tiedon paikallistaminen oppaasta on helppoa. (Eloranta & Virkki 2011, 73 – 76.)

Ensitetopäivien oppaassa noudatamme luentojen esitysjärjestystä, koska tämä oli toimeksiantajamme toive. Esitystä seurattaessa on helpompi löytää aiheen vastaava teksti oppaasta. Lisäksi on tärkeää huomioida tekstin ulkoasu.

Esimerkiksi fontin koko on tärkeää olla riittävän suuri, kun kyse iäkkäästä lukijakunnasta. Lisäksi tulee välttää turhaa ammattisanaston käyttöä, joka voi olla maallikolle vaikeaa ymmärtää. Oppaan sanaston tulee olla selkeää yleiskieltä. Hyvässä oppaassa käsitellään tärkeät aiheet ensin ja sitten siirrytään asteittain vähemmän tärkeisiin. Sen vuoksi rakensimme oppaan tekemällä sen noudattamalla tärkeimmästä vähiten tärkeimpään, jolloin oppaan alussa jo tulee ymmärrys mistä on kirjoitettu (Eloranta & Virkki 2011, 73 – 76).

Oppaan luettavuus on parempi, kun huomioidaan pää ja väliotsikoinnit. Niiden avulla lukija näkee mitä aihetta kappaleissa käsitellään, joka lisää lukijan mielenkiintoa aihetta kohtaan, lisäksi väliotsikoiden avulla saadaan lukija innostumaan lukemaan kappale loppuun asti. Hyvä opas sisältää myös kuvitusta, joka lisää mielenkiintoa ja herättää ajatuksia. Niiden avulla pystytään myös täydentämään tekstiä sekä esimerkiksi selkeyttämään ohjeistusta kuvituskuvina. Kuvien tarve ja laatu pitää aina arvioida opas ja aihekohtaisesti. (Torkkola 2002, 39-41.)

Ensitetopäivien oppaassamme vältimme ylimääräisiä kuvia selkeyden vuoksi ja pyrimme näin myös minimoimaan musteen kulutuksen, sillä opas tuotetaan Muistipoliklinikan omilla tulostimilla.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Jokaisen opinnäytetyön Suomessa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä ja sitä sovelletaan kaikilla tieteenaloilla. Jokainen opiskelija on velvollinen noudattamaan yhteisiä pelisääntöjä kuten tekijänoikeuksien kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen tai tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tietosuojan asianmukainen turvaaminen. Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettava avoimuutta ja rehellisyyttä eikä esimerkiksi virheellistä tietoa saa tahallisesti levittää totena. Vastuu hyvästä tieteellisestä käytännöstä kuuluu yhtä lailla niin opiskelijalle kuin valmiille tutkijalle. (Arene 2019, 6-8.)

Eettisestä näkökulmasta opinnäytetyömme on suhteellisen onnistunut ja asianmukainen. Käytimme ajankohtaista ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaa materiaalia, niin opassa kuin itse opinnäytetyössä. Pyrimme kunnioittamaan tekijänoikeuksia merkkamalla kaikki lainaukset asianmukaisesti. Noudatimme myös toimeksiantajan toiveita parhaamme mukaan. Tavoitteena oli luoda luotettava ja ajankohtainen opas Ensitetopäivien asiakaskunnalle, ja tähän tavoitteeseen päästiin. Opinnäytetyöhön ei osallistunut muita henkilöitä koulun, toimeksiantajan ja tekijöiden itsensä lisäksi. Kenenkään tietosuoja ei siis ole loukattu. Muutenkaan ketään ei millään tavalla ole pyritty vahingoittamaan prosessissa. Suomen lainsäädäntöä on prosessissa noudatettu.

7.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laajentaa ammatillista teoriapohjaamme ja osaamisemme tutustumalla laajasti näyttöön perustuvaan tietoon aiheesta muistisairaana ikääntyneen toimintakyvyn ylläpito. Aiheesta on hyvin paljon saatavilla niin tutkimuksia kuin kirjallista materiaalia. Tiedon etsiminen aiheesta oli siis suhteellisen helppoa. Teoriapohjastamme olisi siis voinut tulla paljon laajempi, mutta ajallisista syistä joudumme tyytymään nykyiseen. Ryhmämme on arvioinut sen riittäväksi, mutta parempaan ja laajempaan perustaan olisi selkeämmin pitänyt pyrkiä. Opinnäytetyön tarkoituksen osalta koemme päässeemme tavoitteeseen, joka oli ammatillisen teorian tiedon ja osaamisen laajentaminen.

Mitä tulee kirjalliseen ulkonäköön, oli kolmen eri ryhmäläisen työnpanoksen ja kirjoitustyylin yhtenäistämisen omat haasteensa. Siinä ei täysin onnistuttu loppuvaiheessakaan. Lisäksi tekstin siistimisessä ja kirjoitusvirheiden korjaamisessa ryhmän kesken oli

jokseenkin haasteita, koska kenelläkään ryhmässä ei ollut erityisesti kokemusta kirjallisista töistä, ainakaan koulunkäynnin ulkopuolelta. Yritimme kuitenkin tehdä tekstistä niin siistiä ja kirjallisesti oikeaoppista kuin taidoillamme kykenimme. Myös ryhmän aikataulujen yhdistämisessä ja työnjaon sopimisessa oli omat ongelmansa, mutta lopulta jokainen ryhmäläinen teki kuitenkin osuutensa.

7.3 Ensietopäivien oppaan arviointi

Osana opinnäytetyötä tutustuimme myös Muistipoliklinikan Ensietopäivien asiantuntijamateriaaleihin, joiden pohjalta loimme opinnäytetyömme tuotoksen eli kirjallisen oppaan Ensietopäiville. Kirjallisen oppaan tavoite oli sisältää tiivistetyssä kirjallisessa muodossa kaikki Ensietopäivien asiantuntijaluentojen sisältö. Oppaan tarkoituksena taas oli tehostaa tiedon kulkeutumista asiantuntijoilta kävijöille ja helpottaa vastaanotetun tiedon muistamista. Opas tehtiin yhteistyössä Muistipoliklinikan kanssa ja opasta muokattiin useampaankin otteeseen heidän toiveestaan.

Varsinainen valmiin oppaan palaute kerättiin sen vastaanottaneilta Muistipoliklinikan edustajilta. Valitettavasti asiakaspalautteen hankinta olisi tarvinnut lisää aikaa eikä ryhmällämme ollut siihen mahdollista lähteä.

Lopullinen tuotos oli toimeksiantajan edustajien mukaan asiakaskunnalle sopiva ja helpottaa tiedon välittämistä asiakkaille. Ryhmämme oli saanut hyvin tiivistettyä laajat osa-alueet eikä oppaasta tullut liian pitkää, mikä alkuun oli huolena. Oppaan prosessissa oli omat haasteensa, mutta lopullinen tuotos kuitenkin saatiin valmiiksi ja sen lopullisesta käyttöön otosta vastaa Muistipoliklinikka. Oppaan visuaalinen ulkomuoto olisi voinut olla ehkä värikämpi. Toisaalta tulostimella monistettavan oppaan on hyvä olla yksinkertainen, poliklinikan musteen kulutusta ajatellen, koska oppaan tuotanto suoritetaan Muistipoliklinikan omilta tulostimilta. Tämä oli toimeksiantajan oma toive.

7.4 Opinnäytetyön jatkokehittäminen

Kirjallinen opas voisi olla kätevää siirtää myös sähköiseen muotoon Ensietopäivien omille nettisivuille, jossa tällä hetkellä löytyy vain luentojen diaesitykset ja muutama erillinen opas Kelan etuuksista ja edunvalvonnasta. Muistisairaalan suunhoidon osuudesta sivuilla ei ole sähköisiä lähteitä ollenkaan. Sivuja voisi selkeyttää lisäämällä Ensietopäivien opas myös sähköiseen muotoon tapahtuman sivuille. Näin opas olisi saatavissa asiakkaille myös tapahtuman jälkeen.

Opinnäytetyön aihealue oli hyvin laaja ja teoriapohjaa laajentamalla voisi luoda laajemman opin –kokonaisuuden. Myös jokaisesta oppaan aihealueesta olisi mahdollista tehdä aivan oma oppaansa. Tapahtumaan voisi olla mahdollista tehdä myös erilliset oppaat kullekin aihealueelle. Näin yksittäisestä aiheesta voisi jakaa myös syventävää tietoa pelkän yleiskatsauksen sijasta. Pelkkien diaesitysten sijaan Ensitetopäivien nettisivuilta voisi olla löydettävissä niin yleinen Ensitetopäivien opas kuin aihealueittain syventävät oppaat.

7.5 Opinnäytetyön pohdintaa oppimiskompetenssien suhteen

Opinnäytetyön ryhmäämme kuuluu kahden sairaanhoitajaopiskelijan lisäksi myös yksi sosionomiopiskelija. Sairaanhoitajakoulutuksen oppimisen kompetensseihin kuuluu hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, kansainvälistymisosaaminen, innovaatio-osaaminen sekä oppimisen taidot. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 24-25.)

Suurinta osaa niistä pääsimme kehittämään tätä opinnäytetyötä tehdessä. Kansainvälistymisosaamista tosin ei niinkään, koska monikulttuurisuus tai ylivaltioiden menevä yhteistyö eivät juurikaan sisältyneet tähän opinnäytetyöhön. Myöskään kliinistä hoitotyötä ei varsinaisesti päässyt harjoittelemaan, mutta toki paneutumaan jossain määrin siihen liittyvään teoretietoon. Päätöksenteko-osaaminen, innovaatio-osaaminen ja työyhteisöosaaminen taas tulivat väkisinkin eteen itse prosessissa, erilaisia päätöksiä tehdessä ja yhteistyön harjoittamisessa Muistipoliklinikan työntekijöiden kanssa. Asiakkuusosaaminen, terveyden edistäminen, ohjaus- ja opetusosaaminen ja oppimisen taidot olivat kuitenkin ehkä voimakkaimmin ilmenevät sairaanhoitajan oppimiskompetenssit. Asiakkuusosaaminen ja ohjaaminen olivat olennaisia asioita opasta suunnitellessa ja miettiessä sen muokkaamista kohderyhmälle sopivaksi. Myös kirjallinen ohjaaminen on osa hoitotyön asiakasohjausta, vaikkakin vain vuorovaikutuksellista ja molemminpuolista ohjaustilannetta täydentävä osanen. Terveyden edistäminen oli ehkä keskeisin kompetenssi. Oppaan tekeminen sisältyi juuri terveyttä edistävään kohderyhmän valistamiseen ja näyttöön perustuvan tiedon levittämiseen. Tavoitteena on kohderyhmän terveyden edistäminen tarjoamalla tarvittavaa tietoa niin luentojen muodossa kuin täydentävänä kirjallisena oppaana, joka toimii muistin tukena tapahtuman jälkeenkin.

Itse opinnäytetyön kokonaisuuden tavoite oli sen tekoon osallistuvien opiskelijoiden ammatillisen tietoperustan kartuttaminen ja osaamisen parantaminen, joten toisena vahvana

kompetenssina oli oppimisen taidot. Lisäksi oppimisen suhteen kehittyivät esimerkiksi tiedonhakutaidot ja näyttöön perustuvaan tietoon perustuen omien näkemysten perustelu. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön teko oli hyvin kehittävä kokemus monesta eri näkökulmasta ja kompetenssista katsottuna.

Opinnäytetyön osallisuus sosionomin opinnoissa oli tietoperustan kartuttaminen ja ammatillisen osaamisen lisääminen. Sosionomin ammatti on hyvin monipuolinen ja siinä tarvitaan ammatillista osaamista koko elämän kirjon läpi. Tästä työstä sai siihen hyvän perustan ja mahdollisuuden soveltaa käytännön tietoa jopa ihan oppaan tekemiseen asti. Sosionomin ammatissa toimitaan hyvin monen ikäisten kanssa. Mukaan lukien ikääntyneet ja muistisairaat, joiden kanssa toimimiseen tämä työ antoi paljon teoriapohjaa. Se auttaa huomioimaan erilaisista lähtökohdista tulevat ihmiset ja heidän tarpeensa. Sosionomi on asiantuntija, joka pystyy vaikuttamaan monin eri tavoin ihmisten elämään. Pystyn myöskin rakentavasti kehittämään eri ikäisten asiakkuutta, huomioiden yksilölliset tavat toimia. Kykenen huomioimaan erilaiset asiakastilanteet ja niiden mahdolliset haasteet. Tärkeintä mielestäni oli tapa oppia ymmärtämään osallisuuden tukeminen ja aito tapa lähestyä ihmistä. Työnpohjalla oli koko ajan ajatus olla lähellä ihmistä ja osata selvittää erilaiset kysymykset ja ohjata asiakasta eteenpäin parhaalla mahdollisella tavalla. Osasin myös arvioida asiakkaan palvelun tarvetta kokonaisuutena, jotta heidän olisi helpompaa selvitä muistisairaana omaisen kanssa eteenpäin. Sosionomin työ tulee olemaan päivä päivältä enemmän asiakkaan ja koko lähipiirin huomioimista ja heidän arkeensa osallistumista. Tulee myöskin hallita ammatilliseen työryhmään osallistuminen, sekä siltä pohjalta uusien toiminta tapojen luominen. (Mäkinen ym. 2011, s.18-19.)

LÄHTEET

Arene, 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset [Viitattu 13.11.2019] Saatavissa: http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222

Atula, S. 2019. Vaskulaarinen dementia. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 26.8.2019] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Boxer Adam L, 2014. Frontotemporal Dementia. Teoksessa Budson, A. & Kowall, N. (toim.) The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias. Wiley Blackwell Handbooks of Behavioral Neuroscience. S. 145-151, 165

Eloniemi-Sulkava, U & Savikko, N. 2011. MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos-tutkimus ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Helsinki. Vanhustyön keskusliitto.

Eloranta, T & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Miten käytän kirjallista ohjetta? Tampereen yliopisto. Pro-gradu.

Eriksson, E. Korhonen, T. Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammattiosaaminen. Suomen sairaanhoidajaliitto [Viitattu 10.11.2019] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Erkinjuntti, T & Melkas, S. 22.9.2016. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyä (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). [Viitattu 8.10.2019] Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01587>

Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014. Finlex. [Viitattu 11.11.2019] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005. Finlex. [Viitattu 11.11.2019] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272>

Forder, M. 2014. Muistisairaahan fyysinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1.painos Helsinki. Duodecim. S. 107 – 118.

- Geriatrinen keskus, 2019. PHHYKY. [Viitattu 26.8.2019] Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/geriatrinen-osaamiskeskus/geriatrinen-keskus/>
- Halila, R. & Mustakoski, P., 2016. Hoitotahto - käytännönohjeita. [Viitattu 28.8.2019] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809
- Hallikainen M., 2017a. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 233
- Hallikainen, M. 2017b. Parkinsonin taudin muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 233
- Hallikainen, M., Suominen, M. & Mönkäre, R. 2017. Ruokailu ja Ravitseminen. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 114 – 130
- Hallikainen, M. & Suominen 2014. Muistisairaahan ravitseminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 114
- Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Uneen ja vuorokausirytmiin liittyvät käyttäytymisen muutokset. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 70 – 74
- Honkala S., 2015. Muistisairaudet ja suun terveys. Duodecim. [Viitattu 26.8.2019] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00177
- Jefferson, A. Gentile, A. & Kahlon, R. 2014. Vascular Dementia. Teoksessa Budson, A. & Kowall, N. (toim.) The Handbook of Alzheimer’s Disease and Other Dementias. Wiley Blackwell Handbooks of Behavioral Neuroscience. S. 93-107
- Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 26.8.2019] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Kananen, J., 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä. Jamk.
- Kela, 2019a. Eläkettä saavan hoitotuki. (Viitattu: 7.9.2019) Saatavissa: <https://www.kela.fi/elaketta-saavan-hoitotuki>

Kela, 2019b. Eläkkeensaajan asumistuki. (Viitattu: 7.9.2019) Saatavissa:

<https://www.kela.fi/elakkeensaajan-asumistuki>

Kela, 2019c. Sairaanhoidokorvaukset. (Viitattu: 7.9.2019) Saatavissa:

<https://www.kela.fi/sairaanhoito>

Kela, 2019d. Lääkekorvauksen määrä. (Viitattu: 7.9.2019) Saatavissa:

https://www.kela.fi/laakkeet_maara

Kela, 2019e. Vuosiomavastuu eli lääkekatto. (Viitattu: 7.9.2019) Saatavissa:

https://www.kela.fi/laakkeet_laakekatto

Kela, 2019f. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. (Viitattu: 7.9.2019) Saatavissa:

<https://www.kela.fi/vaativa-laakinnallinen-kuntoutus-sopeutumisvalmennus>

Kelo, S. Launiemi, H. Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki. Sanoma pro. S. 27 – 30

Koponen, H. & Vataja, R. 15.9.2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypähoito.

[Viitattu 23.8.2019] Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>

Käypähoito -työryhmä, 2016c. Muistipotilaiden käytösoireet. [Viitattu 23.8.2019] Saata-

vissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01592>

Käypähoito -työryhmä, 2016a. Otsa-ohimolohkorappeumat. [Viitattu 26.8.2019] Saata-

vissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01594>

Käypähoito -työryhmä, 2016b. Parkinsonin taudin muistisairaus. [Viitattu 29.8.2019] Saa-

tavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01596>

Käypähoito, 2017. Muistisairaudet. [Viitattu 7.8.2019] Saatavissa: <https://www.kaypa->

[hoito.fi/hoi50044#readmore](https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50044#readmore)

Käypähoito -työryhmä, 2017. Muistisairaudet. [Viitattu 29.8.2019] Saatavissa:

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/8/duo13663>

Loehr, J. & Malone, M.L. 2014. Here´s how to treat Dementia [Viitattu 30.9.2019] Saa-

tavissa: <http://web.a.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/detail/de->

[tail?vid=0&sid=00b4bf93-8821-401c-85e4-5a846fc99f5d%40ses-](http://web.a.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=00b4bf93-8821-401c-85e4-5a846fc99f5d%40ses-)

[sionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=834822&db=nlebk](http://web.a.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=00b4bf93-8821-401c-85e4-5a846fc99f5d%40ses-sionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=834822&db=nlebk)

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi -Hoitaja toimintakyvyn tuki-
jana. Porvoo. Bookwell Oy.

- Mandel, A & Green, R, 2014a. Alzheimer's Disease. Teoksessa Budson, A. & Kowall, N. (toim.) The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias. Wiley Blackwell Handbooks of Behavioral Neuroscience. S. 14-37
- Mandel, A & Green, R, 2014b. Differential diagnosis of the dementia syndrome. Teoksessa Budson, A. & Kowall, N. (toim.) The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias. Wiley Blackwell Handbooks of Behavioral Neuroscience. S. 7-8, 13
- Mäkinen, P. Raatikainen E. Rahikka, A. & Saarnio, T. 2011. Ammattina sosionomi. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaahan hampaiden ja suun päivittäinen hoito. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 81
- Nukari, T. 2014. Muistisairaahan kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari & T., Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1.painos Helsinki: Kustannus oy Duodecim. S. 104 – 106
- Nukari, T. Mönkäre, R. & Forder, M. 2017. Muistisairaahan toimintakykyä tukevien harjoitteiden lähtökohdat. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus oy Duodecim. S. 100-105
- Ojasalo, K., Moilanen, T., & Ritalahti, J., 2018. Kehittämistyön menetelmät. Painos 3. - 5. Helsinki. Sanoma Pro.
- Paajanen, T & Hänninen, T. 2014. Muistisairaahan kognitiivisen aktivoinnin lähtökohdat. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari, T. Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Pitkälä K. 11.10.2010. Kuntoutus muistisairauksissa. Helsinki. Duodecim. [Viitattu 29.8.2019] Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01641>
- Raivio, M. & Pitkälä, K., 2015. Ikäihmisen kuntoutus. Helsinki. Duodecim. [Viitattu 19.9.2019] Saatavissa: https://www.oppi-portti.fi/op/fys00040/do?p_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20sosiaalinen%20toimintakyky#q=ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20sosiaalinen%20toimintakyky
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. [Viitattu 2.11.2019] Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

- Suominen. 2014. Muistisairaahan ravitseminen. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari, T. Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 244 – 247
- Tavi, V. & Lahtonen, R. 2019. Muistisairaahan selviytymisopas. Helsinki. Docendo.
- Torkkola, S. Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijälle. [Viitattu 28.9.2019] Saatavissa: <https://www.elibslibrary.com/book/951-26-4766-4>
- Vataja R. 2017a Ahdistuneisuus muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 62 – 66
- Vataja R. 2017b Impulssikontrollin muutokset eli estottomuus muistisairaalla Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 68 – 69
- Vataja R. 2017c Käyttäytymisen muutosten ja taustalla vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. S. 54 - 56
- Vataja, R. & Mönkäre, R. 2017. Harhaisuus ja psykoottiset oireet muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos Helsinki: Kustannus oy Duodecim. S. 66 – 68



Tämä opas on toteutettu Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä.

Tekijät:

Sanja Hänninen

Terhi Nyysönen

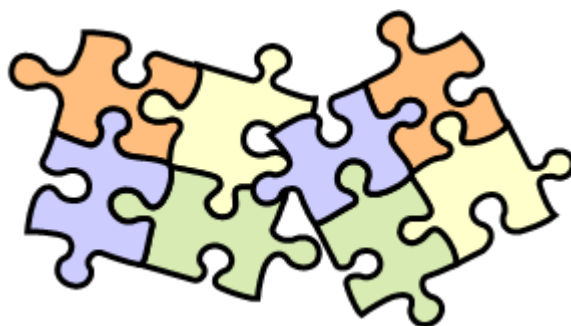
Anni Kolehmainen

Liitteenä opas

**MUISTISAIRAAAN JA
OMAISEN OPAS**

GERIATRIAN POLIKLINIKKA

ENSITETOPÄIVÄT



Johdanto

Tähän oppaaseen on kerätty Muistisaira-an Ensietopäivien asiantuntijaluento- jen tiivistetty sisältö.

Ensietopäivät ovat kaksiosainen tapahtuma, joka on suunnattu muistisairausdiagnoosin saaneille ja heidän läheisilleen.

Tarkoituksena on jakaa tietoa muistisairauksista ja päivittäisestä elämästä diagnoosin kanssa. Muistisairauden hoito on hyvin laaja käsite, joka sisältää monia erilaisia osa- alueita. Ensietopäivien asiantuntijaluennoilla näitä tärkeitä teemoja käydään läpi aina ravitsemuksesta edunvalvontaan.

Sisällysluettelo

[Johdanto](#)

[Muistisairauden lääkehoito](#)

[Tukea arkeen ja elämään](#)

[Liikunnan hyödyt](#)

[Kelalta tukea arkeen ja kuntoutukseen](#)

[Edunvalvonta ja hoitotahto](#)

Ravitsemuksen merkitys

Suun terveydenhoito hyvinvointia tukemassa

Lähteet

[OBJ]

Muistisairauden lääkehoito

Muistisairauksiin ei toistaiseksi ole olemassa parantavaa lääkehoitoa, mutta lääkityksellä on tärkeä rooli muistisairauden etenemisen hidastamisessa ja oireiden lievittämisessä. Mitä aiemmin lääkitys aloitetaan, sen suurempi hyöty siitä on sairauden hoidossa. Lääkityksellä voidaan hidastaa toimintakyvyn laskua, erityisesti etenevän muistisairauden alkuvaiheessa. Myös vaikeassa ja keskivaikeassa muistisairauksessa lääkitystä voidaan osaltaan käyttää sairauden oireiden lievittämisessä, vaikka lääkkeettömät hoidot ovat ensisijainen vaihtoehto esimerkiksi vaikeasti muistisairaana ahdistuneisuuden ja levottomuuden hoidossa.

Lääkäri arvioi jokaisen asiakkaan kohdalla lääkityksen yksilöllisesti ja lääkitystä on tärkeää päivittää aika ajoin muistisairauden edetessä, jotta siitä olisi suurin hyöty. Lääkitys ei koskaan yksinään ole hoito muistisairauden oireisiin, vaan vain oma osa-alueensa muistisairauden kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Lääkevalmisteen ja määrän valintaan vaikuttavat mm. muistisairauden etenemisen aste, mikä muistisairaus on kyseessä, oireiden voimakkuus, muut lääkitykset sekä asiakkaan kokemat haittavaikutukset. Kuten kaikilla muillakin lääkeaineilla, myös etenevän muistisairauden lääkehoidolla voi ilmetä haittavaikutuksia, joita on tärkeää seurata yhdessä lääkärin kanssa. Ne kuitenkin yleensä lievittyvät ajan kanssa.

Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat erilaiset vatsavaivat kuten pahoinvointi, ripuli ja närästys. Lääkkeen ottaminen aterian jälkeen usein helpottaa näitä oireita. Lääkkeiden piristävä vaikutus voi myös aiheuttaa liiallista levottomuutta ja tähän usein auttaa lääkemäärän vähentäminen. Jos lääke ei sovi tai se ei tehoa, on usein syytä kokeilla jotakin toista lääkeryhmää. Hoitava lääkäri valitsee sopivan lääkityksen yhteistyössä diagnoosin saaneen kanssa.

Tukea arkeen ja elämään

Muistisairauden alussa voi ilmetä erilaisia tunteita ja huolia, niin kuntoutujalla kuin omaisillakin. Niistä on aina tärkeää keskustella läheisten tai tarvittaessa muun luottettavan tahon kanssa. Sopeutuminen sairauteen on aina prosessi ja reaktiot siihen yksilöllisiä. Tärkeää on, ettei jää huoliensa ja murheidensa kanssa yksin.

Elämä ei koskaan pääty muistisairausdiagnoosin saamiseen. Se voi edelleen jatkua mielekkäänä ja merkityksellisenä, aivan kuten ennenkin. Edelleen voi harrastaa vanhoja tuttuja harrastuksia, elää samaa arkea ja olla yhdessä omien läheistensä kanssa.

Tukea elämään on tarjolla ystävien ja läheisten lisäksi erilaisten vertaistukiryhmien ja potilasjärjestöjen kautta. Kuntoutujalle ja omaiselle on tarjolla apuja myös seurakunnan ja diakonian kautta. Lahden alueella seurakunta tarjoaa erilaisia toimintaa ja kirjallisia ohjeita. Esimerkkejä tiedonlähteistä; Toimintaa eläkeläiselle – vihko, seurakuntien internetsivut ja Tukea elämään – vihko. Lahden alueen seurakuntien sivuilta saa tarkemmin tietoa mitä erilaisia vaihtoehtoja on tarjolla. Keskusteluapua saa myös PHHYKYN:n omalta sairaalapastorilta, joka voi tarvittaessa järjestää jopa kotikäyntejä. Sairaalapastorin ja Lahden alueen Ev. Lut. seurakunnan palvelut ovat tarjolla jokaiselle niitä tarvitsevalle, henkilön omista henkisistä tai uskonnollisista vakaumuksista riippumatta.

Liikunnan hyödyt

Liikunta on tärkeää terveydelle iästä huolimatta, ja iän karttuessa liikunnan tärkeys ja välttämättömyys vain korostuu entisestään. Vanhenemiseen liittyvät muutokset nopeutuvat jokaisella 50 -ikävuoden jälkeen ja fyysisen toimintakyvyn säilymisen eteen on tehtävä töitä. Esimerkiksi jo viikon ajan täysin vuoteen omana oleminen heikentää terveelläkin ihmisellä lihasvoimaa jopa noin viisi prosenttia vuorokaudessa. Mitä enemmän ikää tulee, sen nopeampaa lihaskato on.

Lihassoiman katoamista voidaan hidastaa jonkin verran jo pelkästään arjen aktiivisuudella, kuten tavallisilla arkiaskareilla ja runsaalla jalkeilla ololla. Säännöllisesti liikuntaa harrastavilla lihaskato on puolestaan jo huomattavasti hitaampaa, kuin liikuntaa harrastamattomilla. Olisikin tärkeää löytää jokaiselle mieleinen ja turvallinen liikuntamuoto, joka toisi liikuntaa arkeen useamman kerran viikossa ja yksilöllisesti sopivalla vastuksella. Liikunnan yhteydessä on tärkeää muistaa myös riittävä proteiinin saaminen ruokavaliosta. Lihassoiman lisäämisen ja säilymisen lisäksi säännöllinen liikunta parantaa mm. tasapainoa ja ehkäisee kaatumisia iäkkäillä. Myös luusto hyötyy säännöllisestä liikunnasta, varsinkin yhdistettynä riittävään D - vitamiinin ja kalsiumin saantiin.

Liikunnalla on myös monia psyykkisen puolen hyötyjä. Liikunta lievittää stressiä ja ahdistusta. Se myös nostaa mielialaa ja vireystilaa. Liikuntaharrastuksen kautta voi myös luoda uusia ystävyssuhteita ja piristää näin sosiaalista elämää. Liikunta tekee hyvää myös aivoille ja muistille, lisäten verenkiertoa sekä parantaen aivosolujen toimintaa ja uusiutumista.

Kelalta tukea arkeen ja kuntoutukseen

Kelan kautta voi saada niin taloudellista tukea kuin kuntoutusta. Jokaisen henkilön tilanne arvioidaan yksilöllisesti yhdessä Kelan asiantuntijan kanssa. On tärkeää ottaa yhteyttä Kelan asiakaspalveluun tarkempien tilannearvioiden tekemiseksi. Kelan yhteystiedot löytyvät Kelan omilta nettisivuilta; www.kela.fi. Yhteyttä voi ottaa niin puhelimitse, sähköisesti kuin vieraillemalla asiointipisteellä.

- Eläkkeensaajan hoitotukea maksetaan eläkettä saavalle pitkäaikaisesti sairaalle tai vammaiselle. Ehtona on, että toimintakyvyn tulee olla heikentynyt vähintään vuoden ajan ja sairaus on lääkärin diagnosoima. Sairaus tai vamma aiheuttaa viikoittain avun, ohjauksen ja valvonnan tarvetta tai erityiskustannuksia. Eläkettä saavan hoitotuki on porrastettu kolmeen tasoon, joka arvioidaan avun, ohjauksen ja valvonnan tarpeen mukaan: perushoitotukeen, korotettuun hoitotukeen ja ylimpään hoitotukeen.
- Pitkäaikaisesti sairas tai vammainen, jolla on lääkärin määrittelemä diagnoosi ja saa pelkästään osatyökyvyttömyyseläkettä, osa-aikaeläkettä tai työttömyyseläkettä, ei ole oikeutettu hoitotukeen, mutta hänellä voi olla mahdollisuus saada vammaistukea.
- Lääkekorvausta voi saada reseptillä määrätystä lääkkeistä lääkärin antamalla B-lausunnona. Korvaus määritellään aina lääkekohtaisesti ja se vaihtelee lääkevalmisteesta riippuen. Korvattaviin kuuluvilla reseptilääkkeillä on myös vuosittainen vuosiomavastuu eli lääkekatto. Vuonna 2019 vuosiomavastuu on 572 euroa. Tämän vuosittaisen rajan ylittyttyä on oikeutettu lisäkorvaukseen loppuvuoden ajan, jolloin omavastuu korvattavista lääkkeistä on 2,50 e per lääke. Tällä on tarkoitus estää lääkekustannusten kasvaminen kohtuuttoman suuriksi.
- Eläkkeensaajan asumistukea voi saada, jos asuu vakituisesti Suomessa, on pienituloinen ja saa eläkettä.
- Kelalta voi hakea matkakulukorvausta sairaudesta aiheutuneisiin matkakuluihin. Korvaus on 0,20 euroa kilometriltä.
- Kela järjestää myös kuntoutumis- ja valmennuskursseja, joiden tarkoitus on auttaa osallistujaa ja hänen lähipiiriään sopeutumaan sairauden tai vammaan aiheuttamiin muutoksiin ja tarjota kuntoutusta. Kurssilla saa tietoa sairaudesta, vertaistukea sekä tukea arjessa selviytymiseen. Kursseja järjestetään myös erikseen omaishoitajille.

Edunvalvonta ja hoitotahto

Edunvalvonta on hyvä tapa varautua tulevaisuuteen, koska muistisairaus voi edessänsä vaikeuttaa omien asioiden hoitoa ja oman tahdon ilmaisemista.

Edunvalvontavaltuutuksella henkilö voi valtuuttaa esimerkiksi puolison tai muun läheisen huolehtimaan, että hoito toteutetaan valtuutuksen tehneen henkilön toivomalla tavalla. Edunvalvontavaltuutettu toimii valtuutuksen tehneen turvana ja apuna erilaisia päätöksiä tehdessä. Tarvittaessa edunvalvontavaltuutettu voi toimia omaisensa edustajana, jos hän ei esimerkiksi itse pääse paikalle johonkin palaveriin tai ei muuten ole kykenevä osallistumaan asioidensa hoitoon sillä hetkellä.

Virallinen edunvalvoja on Maistraatin valvonnassa toimiva oikeusaputoimiston työntekijä, joka huolehtii sairastuneen edun turvaamisesta, hoitoon liittyvistä päätöksistä ja esimerkiksi talouden hoidosta yhdessä asiakkaansa kanssa. Edunvalvojan toimialue on laajempi kuin edunvalvontavaltuutuksella toimivan omaisen. Edunvalvoja voi esimerkiksi auttaa laskujen maksamisessa ja muussa taloudenhoidossa. Edunvalvojan on pidettävä kirjaa asiakkaansa tilitapahtumista, kuten laskujen maksusta ja veloista, ja toimitettava niistä vuosittain vuositili maistraattiin. Edunvalvojalla on aina myös salassapitovelvollisuus asiakkaansa asioista.

Toinen tärkeä tapa sairastuneen toiveiden ja oikeuksien turvaamiseen on hoitotahdon tekeminen. Hoitotahdolla tarkoitetaan nimensä mukaisesti henkilön tahtoa oman hoitonsa toteuttamisesta. Sen avulla henkilö voi varmistaa, että hänen hoitoaan koskevat päätökset tehdään hänen elämänarvojensa ja toiveidensa mukaan, myös silloin kun hän ei kykene itse päätöksentekotilanteessa tahtoaan aktiivisesti ilmaisemaan, esimerkiksi tajuttomuuden tai muun sairauden vuoksi. Hoitohenkilökunta on aina velvollinen noudattamaan henkilön tekemää hoitotahtoa. Hoitotahto tehdään kirjallisena, esimerkiksi Omakantaan tai mahdolliseen edunvalvontavaltuutukseen. Sen voi antaa myös suullisesti, mutta paras tapa on tehdä se kirjallisena.

Ravitsemuksen merkitys

Ravinnon merkitys ikääntyneen terveyteen on suuri. Monipuolinen ravinto takaa hyvinvointia aivoille ja muistille. Säännölliset ruokailuajat pitävät verensokerin tasaisena ja voinnin virkeänä. Olennaista on rakentaa jokaiselle ruokailuajalle sopivan kokoinen ja maittava ateria, joka takaa tarvittavien ravintoaineiden saannin. Kun annos on koottu monipuolisesti, se näyttää houkuttelevammalta myös syödä. Myös suoliston toiminta vaatii säännöllisyyttä ja laatua ruokavaliolta.

Tärkeitä proteiineja saa mm. kalasta, kanasta ja lihasta. Liiallista punaisen lihan syöntiä ei kuitenkaan suositella sen aiheuttamien terveysriskien, kuten sydän- ja verisuonitautien lisääntyneen riskin vuoksi. Punaiselle lihalle on olemassa paljon hyviä korvaavia tuotteita, kuten erilaiset palkokasvit, linssit ja pavut.

Kuitujen riittävän saannin varmistaa päivittäisellä täysjyväleivän ja puuron syönnillä. Kuntoutujan olisi hyvä saada myös kasviksia ja marjoja vähintään puoli kiloa päivässä. Eri sesonkeja hyödyntäen, saa monipuolisesti ja edullisesti kuidun lisäksi kaikkia tärkeitä vitamiinin lähteitä ympäri vuoden.

Kolesterolin ja verenpaineen nousun ehkäisemiseksi suositellaan kovien rasvojen sijaan syötäväksi pehmeitä rasvoja. Hyviä pehmeän rasvan lähteitä ovat kala ja kasviperäiset öljyt. Kalasta saa myös tärkeää D-vitamiinia. Sen saanti on merkityksellinen luuston, verisuonten ja sydämen terveydelle ja olennainen ikääntyneen hyvälle terveydelle.

Suolan liikakäyttöä pitää myös välttää, koska se nostaa verenpainetta ja lisää sydän- ja verisuoniperäisten sairauksien riskiä. Suositeltava määrä suolaa on enintään viiteen grammaan päivässä, joka vastaa yhtä teelusikallista.

Suun terveydenhoito hyvinvointia tukemassa

Suun terveydestä huolehtiminen on olennainen osa ikääntyneen henkilön kokonaishoitoa. Hoitamattomana suun ja hampaiden ongelmat voivat aiheuttaa kipua ja pitkäaikaisia tulehduksia, ja näin heikentää elämänlaatua.

Suun hoidon tärkeimpiä osa-alueita ovat suun puhtaudesta huolehtiminen eli hampaiden pesu sekä suun terveyttä ylläpitävä ruokavalio, esimerkiksi liian sokerin välttäminen. Myös hammasproteesien käytön yhteydessä on tärkeää muistaa niiden päivittäinen puhdistus.

Muistisairaus voi vaikeuttaa suun terveydestä huolehtimista, jos hampaiden pesu esimerkiksi usein unohtuu. Onkin tärkeää, että ympäröivät ihmiset tukevat sairastuneen suun terveydestä huolehtimista. Monet ikääntyneet kärsivät myös suun kuivumisesta, joten suun kostutuksessa voi olla apua esimerkiksi erilaisista geeleistä tai suunhoitotableteista. Suun kuivuminen hoitamattomana voi lisätä erilaisia suun alueen ongelmia, kuten hampaiden reikiintymistä.

Lähteet

Ensietopäivät. Geriatriinen keskus. (Katsottu: 3.7.2019) Saatavissa: <https://geriatriinenkeskus.wordpress.com/ensietopaivat/>

Kirsi Tarnanen, Ari Rosenvall ja Arja Tuunainen, 2017. Muisti pätkee - Mistä kyse, mikä avuksi? (Katsottu: 3.7.2019.) Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094

Lahden seurakuntayhtymä. Apua ja tukea elämään. (katsottu: 11.8.2019.) Saatavissa: <https://www.lahdenseurakunnat.fi/apua-ja-tukea>

Sisko Honkala, 2015. Muistisairaudet ja suun terveys. (Katsottu: 7.8.2019) Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00177

Kela, 2019. Eläkettä saavan hoitotuki. (Katsottu: 7.9.2019) Saatavissa: <https://www.kela.fi/elaketta-saavan-hoitotuki>

Kela, 2019. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. (Katsottu: 7.9.2019) Saatavissa: <https://www.kela.fi/vaativa-laakinnallinen-kuntoutus-sopeutumisvalmennus>

Kela, 2019. Eläkkeensaajan asumistuki. (Katsottu: 7.9.2019) Saatavissa: <https://www.kela.fi/elakkeensaajan-asumistuki>

Kela, 2019. Sairaanhoidokorvaukset. (Katsottu: 7.9.2019) Saatavissa: <https://www.kela.fi/sairaanhoito>

Kela, 2019. Lääkekorvauksen määrä. (Katsottu: 7.9.2019) Saatavissa: https://www.kela.fi/laakkeet_maara

Kela, 2019. Vuosiomavastuu eli lääkekatto. (Katsottu: 7.9.2019) Saatavissa: https://www.kela.fi/laakkeet_laakekatto