

MUISTILISTA MUISTISAIRAAN KOHTAAMISEEN



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja, Forssa

kevät 2021

Gita Alizada ja Siiri Tuomisto

Sairaanhoitaja

Tiivistelmä

FORSSA

Tekijä Gita Alizada ja Siiri Tuomisto

Vuosi 2021

Työn nimi Muistilista muistisairaahan kohtaamiseen

Ohjaaja Päivi Homan-Helenius

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena oli muistisairaahan kohtaaminen ja sen tarkoituksena oli luoda muistilista hoitohenkilökunnalle muistisairaahan asiakkaan kohtaamisen tueksi. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä muistisairaita ihmisiä on Suomessa paljon. Opinnäytetyön tilaajana toimi Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. Organisaation tarve opinnäytetyölle oli noussut asiakaskyselyjen pohjalta. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena työnä, jonka tuotoksena syntyi muistilista. Muistilista on tarkoitettu erilaisiin hoitotilanteisiin työntekijöiden avuksi muistuttamaan tärkeimmistä asioista muistisairaita kohdatessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyötä ja kerätä tietoa muistisairauksista ja muistisairaahan kohtaamisesta, jota voidaan hyödyntää hoitotyötä kehitettäessä.

Opinnäytetyössä käytettiin tutkittua uutta tietoa muistisairauksista.

Muistisairaahan ihmisen hyvä arvokas kohtaaminen on tärkeää. Muistisairaita asiakkaita kohdatessa tärkeää on kiireettömyys ja molemminpuolinen ymmärretyksi tuleminen varmistaminen. Muistisairaahan kanssa kommunikoinnissa on huomioitava yksilöllisyys. Ymmärtämistä helpottaa, kun kertoo yhden asian yhdessä lauseessa ja käyttää kehonkieltä puheen tukena. Keskeisiksi käsitteiksi opinnäytetyössä nousivat eri muistisairaudet, niiden eteneminen, toteaminen ja hoito. Tutkitun tiedon pohjalta voidaan tehdä johtopäätös, että ammattilaisten on tarpeellista kehittää ja päivittää omaa osaamistaan ja tietoa jatkuvasti muistisairauksista ja heidän kohtaamisestaan.

Avainsanat Muistisairaus, hoitotyö, kohtaaminen, muistilista

Sivut 23 sivua ja liitteitä 1 sivu

Author	Gita Alizada and Siiri Tuomisto	Year 2021
Subject	Checklist for encountering a client with memory disorders	
Supervisor	Päivi- Homan-Helenius	

ABSTRACT

The topic of the thesis was encountering a client with memory disorders, the purpose was to create a checklist to support a memory patient's encounter. The topic of the thesis was current, as there are many people with memory disorders in Finland. Based on the customer surveys, there was a need for the thesis which was commissioned by the Welfare District of Forssa, the federation of municipalities (FSHKY).

The thesis output was a checklist. The checklist was to be used in various care situations to support employees to remind them of the most important things when dealing with memory disorders. The aim of the thesis is to collect information on about memory disorders and encounters with people suffering from memory disorders, which can be utilized in the development of nursing. The thesis was carried out using the latest valid information on memory disorders.

A good valuable encounter with a person with a memory disorder is important. When facing clients with memory disorders, it is important not to rush and to ensure mutual understanding. Individuality must be considered when communicating with a patient. Communication can be facilitated by saying one thing in one sentence and using body language to support speech. In the thesis, the main concepts were various memory diseases, their progression, diagnosis and treatment. Based on the information examined, it can be concluded that professionals need to develop and update their own knowledge and information about memory disorders and their encounters.

Keywords Memory disorders, nursing, encounter, checklist

Pages 23 pages and appendices 1 page

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
3	Tietoa muistisairauksista	2
3.1	Muistisairauden toteaminen	6
3.2	Käyttöoireet muistisairaalla	7
3.3	Muistisairauden hoito	10
3.4	Muistisairaahan lääkehoito	15
4	Muistisairaahan kohtaaminen	16
5	Muistilista muistisairaahan kohtaamiseen	18
6	Opinnäytetyön toteutus	19
6.1	Opinnäytetyön suunnittelu	19
6.2	Opinnäytetyön toteutus ja tuotos	19
7	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	20
8	Pohdinta	21
	Lähteet	24

Liitteet

Liite 1: Muistilista muistisairaahan kohtaamiseen tueksi hoitohenkilökunnalle

1 Johdanto

Muistisairaudet ovat yleisiä, Suomessa sairastuu vuodessa noin 14 500 henkilöä muistisairauteen. Suomessa joka kolmas yli 65-vuotias kertoo kärsivänsä muistioireista, vaikka suurimman osan kohdalla kyseessä ei ole etenevä muistisairaus. Väestön ikääntyessä muistisairaudet yleistyvät. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2020)

Dementia ja muistisairaudet sekä muistiongelmien diagnosoinnit lisääntyvät, mikä on johtanut sosiaali- ja -terveyspalveluiden tarpeen on kasvuun noin 27 % vuodesta 2000 vuoteen 2014 mennessä, myös avohuollon erikoisterveydenhuollon käynnit ovat kasvaneet vuosittain (Hynninen, Saanio, Isola, 2014). Tämän vuoksi opinnäytetyömme aihe muistisairaahan kohtaaminen hoitotyössä on tärkeä.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tarkoituksena on tuottaa hoitohenkilöstölle muistilista asioista, jotka tulee huomioida muistisairaahan kohtaamisessa. Tarve opinnäytetyölle on tullut tilaajalta. Tilaajana opinnäytetyölle toimii Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä lyhennettynä FSHKY. Heidän toiveensa hoitotyön kehittämiseksi on pyritty huomioimaan opinnäytetyössä, koska asiakaspalautekyselyissä muistisairaiden kohtaamisessa hoitohenkilöstöllä on todettu olevan tarpeellista.

Opinnäytetyön aihe kiinnostaa myös molempia opinnäytetyöntekijöitä. Opinnäytetyössä laadittu muistilista tulee myös hyödynnettäväksi hoitotyössä muistisairaita kohtaa monissa eri hoitoympäristöissä. Muistilista tulee käyttöön erilaisiin vastaanottotilanteisiin terveydenhuollon peruspalveluihin. Terveydenhuollon peruspalveluihin kuuluvat palvelut, jotka ovat kaikkien kuntalaisten käytössä kuten ajanvaraus, sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotto, hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotto, röntgen ja laboratorio.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään muistisairauksia ja niihin vaikuttavia ja tekijöitä. Opinnäytetyössä selvittää myös, millainen on hyvä muistilista teoriatietoon perustuen. Muistilistan muistisairaiden kohtaamiseen on tarkoitus tuottaa luotettaviin ajankohtaisiin lähteisiin perustuen. Opinnäytetyön tuotoksen tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan erilaisissa hoitotilanteissa erilaiset muistisairaajat asiakkaat kunnioittavasti.

2 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on laatia hoitohenkilökunnalle muistilista muistisairaana kohtaamisen tueksi. Muistilista tulee terveydenhuollon peruspalveluiden henkilökunnan käyttöön eri yksiköihin, Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän (FSHKY) työntekijöille.

Tarkoituksena on laatia muistilista, joka on helposti ja nopeasti sisäistettävissä. Muistilistaa voivat käyttää eriammattiryhmät niin hoitohenkilökunta kuin lääkäritkin, jotka kohtaavat muistisairauksia sairastavia asiakkaita työssään. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyötä ja erityisesti muistisairaana hyvää ja arvokasta kohtaamista.

Opinnäytetyö tehdään osana suurempaa projektia asiakaskokemusten parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairauksista ja muistisairaana kohtaamisesta, jota voidaan hyödyntää hoitotyötä kehitettäessä. Tavoitteena on löytää uusimpia tutkimuksia muistisairauksista ja muistisairaana kohtaamisesta. Tavoitteena on luoda helposti omaksuttava, selkeä, kattava ja tiivis muistilista tueksi hoitohenkilökunnalle muistisairaana kohtaamiseen.

Opinnäytetyössä käytetään hyviä tieteellisiä menetelmiä, joka on rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Arvioidaan itse opinnäytetyötä jatkuvasti sekä otetaan muiden palautetta vastaan ja korjataan työtä niiden mukaan. Tieteellinen tieto on avointa, lähteisiin on viitattu asian mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6)

Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä terveydenhuollon ammattilaisen tulee ottaa huomioon muistisairaana kohtaamisessa?
2. Millainen on hyvä muistilista?

3 Tietoa muistisairauksista

Arvioilta suomalaisista noin 200 000 henkilöllä on tiedonkäsittelykyky alentunut. Vuonna 2013, noin 100 000 henkilöä kärsi lievästä dementiasta ja vähintään 93 000 henkilöä

vaikeasta dementiasta ja suunnilleen 7 000 henkilöllä työikäisistä oli muistisairauksia. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2020)

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita. Haasteita tulee usein kielellisissä toiminnoissa ja erilaisia hahmottamiseen liittyviä vaikeuksia ilmenee myös usein, sekä toiminnanohjaus vaikeutuu. Muistisairaus heikentää kognitiivisia taitoja, jolloin oppiminen voi vaikeutua. Muistisairaille keskeisiä ongelmia ovat vääristynyt kuva ajasta ja paikasta. (Hynninen, Saanio, Isola, 2014) Voidaan todeta, että muistisairaus on moniulotteinen sairaus, joka voi vaikuttaa hyvin laajasti muistisairaahan ihmisen omaan elämään. Muistisairauksia on monia erilaisia. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tauti ja otsaohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti, Rinne, Soininen, 2010)

Eri muistisairaudet eroavat toisistaan sekä etenemiseltä että oireiltaan, vaikka kaikissa on oireena muistin heikkeneminen. Muistisairaudet voivat olla myös hyvin samanlaisia keskenään ja niissä on myös sekamuotoisia muistisairauksia. Aina ei pystytä selvittämään mikä muistisairaus on kyseessä. (Erkinjuntti, Rinne, Soininen, 2010)

Muistisairaudet voidaan jakaa kolmeen ryhmään niiden vaikeusasteen mukaan eli lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Lievästi sairastunut muistisairas puhuu ja ymmärtää lähes normaalisti ja voi olla keskustelun aloittaja, sekä osaa käyttää ilmaisukeinoja luovasti, mutta keskustelu on tavallista hitaampaa. Välillä muistisairaahan keskustelun merkitys voi hävitä kokonaan, tai jopa aihe muuttua keskustelussa toiseen. Läheisten on hyvä tietää sairauden vaikeusasteet ja piirteet. (Papunet, 2013)

Muistisairauden alkuvaiheessa sairastunut huomaa usein muutoksia omassa käytöksessään ja yleensä heillä saattaa esiintyä, hämmennystä, häpeän tunnetta ja masennuksen oireita. Muistisairaalle on tärkeä tuoda tiedoksi, että muistisairaus tuo muutoksia, jotka johtuvat sairaudesta eikä niille aina voi itse mitään, mutta on tärkeä keskustella mieltä askarruttavista asioista ammattilaisen kanssa. (Pichardo, 2020)

Lievästi muistisairas voi osallistua toimintoihin, joissa ei ole liikaa väkeä. Lievästi muistisairaiden kohdalla on tärkeä jatkaa heidän jokapäiväistä elämäänsä ja heidän

harrastuksiansa, toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Heitä on tärkeä tukea eri ihmissuhteiden ylläpitämisessä ja mahdollistaa osallistuminen heille mielihyvää tuottaviin asioihin kaikenlaiseen toimintaan. Muistisairaana muistin tukemiseksi voi ottaa käyttöön esimerkiksi kalenterin, kalenterissa voi käyttää apuna värikoodeja ja muistilappuja. Myös rutiinien rakentaminen arkeen tuo muistisairaalle itsevarmuutta ja tukee hänen muistiaan. (Papunet, 2013)

Keskivaikealla muistisairaalla puheen ymmärtäminen on hankalampaa, etenkin uusien asioiden hyväksyminen tuo heille on haasteita. Keskivaikeasti muistisairas ymmärtää arjen toistuvia sanoja ja asioita. Muistisairauden edetessä viestintäkyvyn heikentyminen tuntuu epämiellyttävältä muistisairaasta itsestään. Muistisairaana on vaikea hyväksyä tapahtuvia toimintakyvyn muutoksia, mutta asian hyväksyminen voi olla vaikeaa, myös läheisille. Tässä vaiheessa on tärkeä kiinnittää huomio muistisairaahan vahvuuksiin ja siihen, kuinka hyödyntää niitä arjessa. (Papunet, 2013)

Arjen asioita tehtäessä on hyvä puhua ääneen ja kysyä hänen mielipiteitään esimerkiksi siitä, mitä hän haluaa tehdä, mitä hän haluaa juoda tai paljonko hän haluaa ruokaa. Oleellista muistisairaana on tehdä asioita, jotka tuottavat hänelle iloa. Iloa tuottavia asioita voi olla muistisairaalle valokuvien katselu ja niiden muistelu, hyvän ruuan tekeminen, ulkoilu ja musiikin kuunteleminen. Ääneen lukeminen sekä luetusta keskusteleminen on hyvä aktiviteetti muistisairaalle, sillä ylläpidetään aivojen vireystasoa. Jos muistisairaalla on puheentuottamisen kanssa ongelmia, on hyvä ottaa käyttöön sanattomat keinot, kuten ilmeet, eleet ja kehonkieli puheen rinnalle. (Papunet, 2013)

Muistisairauden keskivaikeaan vaiheeseen kuuluu usein tavaroiden piilottelua ja muiden syyttelyä tavaroiden varastamisesta. Sairauden tässä vaiheessa asiakas joutuu jatkuvasti tilanteisiin, jossa jokin tavara kuten kello tai lompakko on hukassa. Muistisairaalla itsellä ei ole sairauden tunnetta, niin hänelle on aivan järkeenkäyvää ajatella, että joku on varastanut hukassa olevan tavaran. Muistisairas saattaa kerätä tavaroita pussin varmistukseensa, ettei kukaan varasta tavaroita, eivätkä ne katoa. (Talaranta, 2014, ss. 81–82)

Sairauden edetessä oireet aiheuttavat sairastuneelle epävarmuutta ja ahdistuneisuutta sekä pelko tulla hylätyksi, tunnetilan takia hän varmistaa jatkuvasti, ettei hän jää yksin.

Muistisairaalle sanallinen kommunikointi on tärkeää. Muistisairas voi ripustautua turvalliseen ihmiseen, joka voi olla hoitaja tai läheinen. Muistisairaahan ripustautuminen voi ilmetä seuraamisena joka paikkaan ja tarrautumisena käteen tai paidan hihaan. Fyysinen kosketus voi luoda turvallisuuden tunnetta muistisairaalle. (Talaranta, 2014, ss. 83–84)

Vaikeasti muistisairaalla sanallinen kommunikointi vähenee, mutta hän voi osata tuottaa yksittäisiä sanoja, sekä toistaa kuulemansa puhetta. Sanojen lisäksi vaikeasti muistisairaatt käyttävät muita keinoja ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan esimerkiksi ottamalla kädestä kiinni, korottamalla ääntään, itkemällä/nauramalla tai hyräilemällä. Hoitajan ja läheisten tehtäviin kuuluu pyrkiä ymmärtämään viestin tarkoitus. Vaikeasti sairastunut muistisairas ei ymmärrä puhetta hyvin ja kommunikoinnissa asioiden mallintaminen on tärkeää sanallisen viestinnän ohella. Vaikeasti sairastunut muistisairas lukee viestiä ihmisten eleiden, ilmeiden, äänensävyn ja liikkumistavan perusteella ja he saavat käsityksen sen perusteella tilanteesta ja esimerkiksi siitä, onko hoitajalla kiire sekä millä tuulella hoitaja on. Vaikeasti muistisairas aistii tunteita, kuten pelkoa, iloa ja surua. Vuorovaikutus toisen ihmisen kanssa tuo yleensä muistisairaalle turvaa ja läheisyyttä. (Papunet, 2013)

On muistettava, että aina muistin heikkenemiseen ei liity muistihäiriötä, vaan pieni muistin heikkeneminen kuuluu ikääntymiseenkin. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan ihmisen taustalla olevilla psykologisilla olosuhteilla kuten ahdistuksella tai masennuksella, on suora yhteys muistin heikkenemiseen. Muistihäiriötä voivat aiheuttaa psyykinen trauma, ahdistuneisuus ja mielenterveysongelmat. Muistihäiriöt voi olla joko ohimeneviä tai pysyviä. Muistihäiriöistä kärsivät muistavat yleensä vanhat tapahtumat todella hyvin, vaikka muistihäiriö on edennyt pitkälle, mutta uudet asiat jäävät huonosti mieleen. Monien tutkimuksien mukaan iän lisäksi muita altistavia tekijöitä muistinhäiriöihin ovat alhainen koulutustaso, naissukupuoli ja masennus. Näiden lisäksi henkilön persoonallisuuden piirteillä ollut yhteys oman muistin huonoksi kokemiseen, joka altistaa myös muistinhäiriöiden syntymiseen. (Arbabi ym., 2014)

Monet muistisairaatt voivat asua kotona elämän loppuun saakka, mutta osa heistä tulee tarvitsemaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa. Muistisairaahan omaiset tarvitsevat tietoa ja tukea omaisen muistisairauteen, että he pystyvät arvioimaan tilannetta ja tekemään päätöksiä. Omaisten osallisuudella tarkoitetaan mukanaolon tunnetta. Omaisia voidaan

motivoida osallistumaan potilaan hoitoon ja antaa mahdollisuus vaikuttaa päätöksiin. Muistisairauden edetessä omaisten rooli päätöksenteossa kasvaa, sillä sairastuneen kyky valintojen ja päätökseen tekoon heikkenee. Läheisten tukeminen on osa hoitotyötä ja heitä on hyvä muistaa tukea huolehtimaan, myös omasta hyvinvoinnistaan, niin jaksavat muistisairaahan kanssakin paremmin. (Hallikainen ym., 2017, s. 179)

3.1 Muistisairauden toteaminen

Muistiongelmien oireiden tutkiminen tapahtuu ensimmäisen kerran potilaan omassa terveyskeskuksessa, jossa potilas ja mahdollisesti omainen keskustelevat lääkärin kanssa. Käynnille voi viedä etukäteen täytetyt muistikyselyt ja testin, jotka löytyvät muistipolilta ja Muistiliiton sivuilta. Lääkäri käy kattavasti läpi potilaan taustaa, sairaudet sekä kyselee mahdolliset muistihäiriöiden ilmenemistä suvussa. (Talaranta, 2014, s.40)

Muistitesti pelkästään ei riitä diagnoosiin asettamiseen, vain ovat suunta antavia. Tutkimukseen kuuluu myös verikokeita, joilla poissuljetaan muita syitä muistin heikkenemiseen esim. B12-vitamiinin imeytymishäiriö tai kilpirauhasen toimintahäiriö aiheuttavat muistihäiriöitä mutta ovat parannettavissa. Ryhdytään neurologisiin tutkimuksiin, jos terveyskeskuksessa oireiden aiheuttaja ei selviä. (Talaranta, P, 2014 s. 55)

Muistisairauksien diagnoosi perustuu yleensä oirekuvaan ja erilaisiin kuvantamistutkimuksiin. Diagnoosien tukena muistisairauksien toteamisissa voidaan käyttää, myös muistitestejä kuten CERAD-testiä, etenkin Alzheimerin diagnosoinnissa. Taudin diagnosointi ja hoidon arviointi vaati kokemusta ja erityisosaamista, nuoremmat potilaat ohjataan neurologia muistipoliklinikalle. Muistiongelmien lievissä ja varhaisessa vaiheessa tehdään 6-12 kuukauden kuluttua uusintatutkimus, joka selventää diagnoosia. (Erkinjuntti ym., 2015)

Muistisairauksien toteamisessa on tärkeää myös läheisen havainnot. MMSE eli Mini Mental State Examination on 30 pisteinen lyhyt testi, jolla mitataan älyllistä muistia ja tiedonkäsittely kykyä, testi ei sovi alkuvaiheen muistiongelmien tunnistamiseen. Testi on tarkoitettu vaikeamman muistisairauden vaiheen tunnistamiseen ja seurantaan. CERAD on tiedonkäsittelyn tehtäväsarja ja tarkoitettu pääasiassa perusterveydenhuollon

henkilökunnalle arviointi työkaluina tunnistaa iäkkäiden muistihäiriöt ja dementian oireet, testi on tarkoitettu ensivaiheen tutkimukseen. (Suomen Alzheimer -tutkimusseura, n.d.)

ADCS-ADL mittarilla selvitetään hoitovasteen sekä palvelun ja tuen tarpeen arviointiin, läheisiä haastatellaan, saadakseen selville potilaan päivittäistä toimintakykyä. MoCa-testi eli Montreal Cognitive Assessment, lomakkeessa on kuvia ja kysymyksiä, joilla selvitetään sairauden oireita ja tiedonkäsittelykykyä. Tiedonkäsittelytestin tuloksen tukemisessa on hyödyllistä käyttää myös laajaa neuropsykologinen tutkimus. Erityisiä syitä neuropsykologisen tutkimukseen ovat erotusdiagnostiset ongelmat, kuten depressio ja erityishäiriö, työkyky ja kuntoutusarvio ja ongelmatilanteessa oikeustoimikelpoisuuden arvio. Testi on usein perusteltu harjaantuneilla ja työikäisillä asiakkaila. (Erkinjuntti ym., 2015)

Lewyn kappaletaudin diagnostiikka edellyttää magneettikuvauksen tekemisen. Aivojen magneettikuvassa näkyy Alzheimerissa muistialueiden pientymistä, mutta Lewyn kappaletaudissa ne säilyvät usein normaaleina. Isotooppikuvauksessa havaitaan usein muutoksia aivojen tyvitumakealueella, samoin kuin Parkinsonin taudissa. Verisuoniperäisen dementian diagnoosi tehdään aivojen toiminnallisten kuvausten perusteella eli SPET, PET, joissa usein havaitaan paikoin muutoksia. EEG:ssä nähdään sairauden vaikeusaste ja muita muutoksia. Otsa- ja ohimolohkorappeuman diagnoosi perustuu oirekuvaan, neuropsykologiseen tutkimukseen ja kuvantamistutkimuksiin. Magneettikuvissa otsalohkodementiassa atrofiaa eli surkastumista näkyy otsa- ja ohimolohkoissa. (Erkinjuntti ym., 2015)

3.2 Käyttöoireet muistisairaalla

Käyttöoireita on muistisairaista noin 90 %:lla eli ne ovat hyvin yleisiä. Muistisairaiden käyttöoireita voi olla masennus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, vaeltelu, harhaisuus, persoonallisuuden muuttuminen ja uni- ja valverytminhäiriöt, sekä seksuaalisuuteen liittyvät oireet. (Käypä hoito -suositus, 2020; Laitinen, 2015, ss. 2–7)

Käyttöoireiden ensisijainen hoitomenetelmä on lääkkeetön hoitomuoto, koska lääkkeillä on usein enemmän haittavaikutuksia, kuin hyötyä. Ensin pyritään selvittämään mikä voi olla

käyttösoireen taustalla esimerkiksi kipu tai muu fyysinen syy voi aiheuttaa käyttösoireita muistisairaalle. Lääkehoitoon on aihetta, jos asiakas on vaarallinen itselleen tai muille ja kaikki lääkkeettömät keinot käyty läpi ilman vastetta eli ainoastaan vaikean käyttösoireen ilmenemisessä kuten harhoihin tai aggressiivisuuteen. Lääkehoidon aloittaminen on oltava tarkka harkittu ja lääkehoidon kesto on suunniteltava mahdollisimman lyhyeksi. (Laitinen, 2015, ss. 2–7)

Muistisairas kuten me kaikki reagoidaan ympäristössä tapahtuviin asioihin ja sisäisiin tunteuksiin. Ulkopuolisin silmin reaktiot voivat tuntua käsittämättömiltä, mutta usein muistisairaalle itselleen hänen oma toimintansa tuntuu järkevältä. Muistisairaahan kohtaamisella voimme vaikuttaa paljon muistisairaahan omaan käyttäytymiseen. Jos koemme muistisairaahan hankalaksi hän huomaa ja tuntee sen varmasti ja se voi vaikuttaa helposti negatiivisesti molempien toimintaan. Tavoitteena on kuitenkin aina toimiva yhteistyö, jossa turvallisuuden tunteen luominen on tärkeää. (Muistiliitto, 2017) On tärkeää muistaa pitää oma ajatusmaailma positiivisena muistisairaasta, jotta oman ajatusmaailmaan vuoksi ei tule negatiivista vaikutusta kohtaamiseen muistisairaahan kanssa.

Muistisairaahan ihmisen huono elämänlaatu, voi olla syy muistisairaahan käyttösoireille. Muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun voidaan vaikuttaa asiakaslähtöisellä ja kokonaisvaltaisella hoidolla, jossa otetaan huomioon muistisairaahan omat tarpeet. Muistisairaiden asiakkaiden kohdalla tulisi heidän käyttäytymisensä syitä tarkastella laajalaisesti ja pyrkiä parantamaan heidän elämänlaatuansa kokonaisvaltaisesti. Muistisairaiden ihmisten käyttösoireista puhuttaessa tarkoitetaan ulkopuolisille hankalaksi koettua käytöstä. Käyttösoire voidaan nähdä muistisairaahan ihmisten tarpeiden ilmaisuna. Muistisairas ihminen voi ilmaista itseään ja tarpeitaan hänelle mahdollisella ja hänen näkökulmastaan luonnollisella tavalla. (Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011, ss. 105–112)

Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla sanallista uhkailua, fyysistä väkivaltaa tai molempia yhtä aika. Terve ihminen voi hallita negatiivisia aggressiivisia tunteita ja purkaa tunteet sosiaalisten ja yhteiskunnallisten normien avulla. Muistisairaahan kyky ajatella loogisesti syy- ja seurausyhteydet ovat laajalti rajoittuneet, jonka vuoksi aggressiivisuutta voi esiintyä. Muistisairas saattaa tuottaa yksittäisiä sanoja, vaikka mutta puheen tuottaminen ratkaisevasti on heikentynyt. Tilanteessa, jossa muistisairas epäonnistuu, turhautuu, pelkää

tai tuntee tulleen väärin kohdelluksi, hänen on helppo käyttäytyä aggressiivisesti. Läheiset voi olla hyvin hämmentyneitä muistisairaahan käytöksen muutoksesta. Tässä on hyvä pohtia, mikä on käytösoireen aiheuttaja ja miten tilannetta voi rauhoittaa, muuten hoitaja tai omainen voi lannistua ja uupua. (Talaranta, 2014, ss. 84–85)

Käyttäytymisen muutoksen aikana hoitajan rauhallisuus ja ymmärtävä suhtautuminen ja potilaan tunnistaminen on tärkeä. Käyttäytymisen muutoksen taustalla olevan syyn selvittäminen ja johtolankojen löytämisessä auttaa muistisairaahan elämän historian tietäminen hoitajaa löytämään parempia ratkaisuja. Huomioitavia asioita muistisairaahan kohtaamiseen käyttäytymiseen muutoksen aikana on levollinen ja rauhallinen ympäristö sekä henkilökunnan käyttäytyminen. Aiheen vaihtaminen sekä huomioon kääntäminen muualle voi auttaa muistisairasta pääsemään tilanteen yli. (Hallikainen ym., 2017, s. 40)

Muistisairaahan tuntiessa osaa arvioida, miten huumorin käyttäminen toimii juuri tämän muistisairaahan kohdalla, huumorin käyttäminen tai mielekkään toiminnan ehdottaminen voi myös auttaa pääsemään yli tilanteesta, jossa käytösoireiden merkkejä on ennakoitavissa. Muistisairaahan käytös oireiden syynä voi olla väittely. Ajan antaminen muistisairaalle on käytösoireiden ennaltaehkäisyä. Jos käytösoireet ei rauhoitu keskustelulla on hyvää pitää tauko ja yrittää uudestaan myöhemmin. Myös hoitohenkilön vaihtamista voi kokeilla. (Hallikainen ym., 2017, s. 40)

Joillekin muistisairaille, epä tietoisuus itsestä, ihmisistä ja ympäristöstä ja oma ahdistuneisuus aiheuttaa vaeltelua ja tilanteesta pois pääsyn löytämiseen. Kun sairastunut haluaa päästä ulos, yleensä puhutaan karkailusta, vaikka kyseessä ei ole tarkoituksellinen karkaaminen vaan hän haluaa eteenpäin ja muualle. Suurimmalle osalle Alzheimerin tautiin sairastuneista tulee vaihe, jolloin he haluaavat mennä kotiin. Muistisairas ei koe olevansa kotona paikassa jossa on ja hän voi kokea, että asuu lapsuuden kodissaan ja elää myös siinä ajassa. Muistisairas voi tuntea, että pitää mennä kotiin, kun äiti odottaa häntä siellä. Muistisairas ei tunnista ympäristöään aina, vaikka olisi kymmeniä vuosia asunut jo samassa paikassa. On luonnollista, että tässä tilanteessa kaipaa tuttua ympäristöä, joka on usein lapsuuden ympäristö, mihin usein palataan. (Talaranta, 2014, ss. 85–86)

Muistisairaalle oman iän hahmottaminen voi myös tuottaa haasteita, sillä asiakas luulee olevansa lapsi tai lapsen asemassa. Kotikaipaamiseen on keksitty monia keinoja, joskus muistisairas on viety lapsuuden kotiin, mutta siitäkään ei ollut apua, koska ympäristön tunnistamisen kyky on kadonnut. Hyvinä keinoina on todettu turvallisuuden tunteen antaminen olemalla lähellä, tuttujen ihmisten valokuvien katsominen ja tutun musiikin kuunteleminen. (Talaranta, 2014, ss. 85–86)

Muistisairauden vaikeaan vaiheeseen voi liittyä harhaluuloja, vääristymiä ja erilaisia aistiharhoja. Muistisairaahan harhoja ei pitäisi sekoittaa psykiatriseen sairauksien harhojen kanssa, kuten skitsofrenian. Aistiharhat ilmenevät enemmän vanhuuden Alzheimerin taudissa kuin taudin nuoremmilla henkilöillä ilmenevässä muodossa. Aistiharhat ovat yleensä näköharhoja, mutta kuulo ja tuntoaistiharhojen ilmestyminen on myös mahdollista. Harhat voivat olla potilaan omia kokemia asioita esimerkiksi entinen maalaistalon isäntä voi kertoa: Kas kuinka Polle tuolla niityllä piehtaroi! Kaikille aistiharhoille on yhteistä, että harhat ovat kokemusmaailmasta ja eletystä elämästä, kun potilas on omaishoidossa, niin hoitajan tietää hänen historiaansa ja voi tulkata harhoja. Potilaan tunnistaminen on tärkeä, sillä jos potilas on kodin ulkopuolisessa hoitopaikoissa eikä hoitajalla ole tarpeeksi tietoa potilaan eletystä elämästä on riski, että harhat liitetään psykoottisiin oireisiin ja lähdetään lääkitsemään niitä raskoilla lääkkeillä. Tämän takia potilaan siirtyessään hoitopaikalle tarvitaan mahdollisimman tarkka ja laaja tieto hänen eletystä elämästään, jotta pystytään työskentelemään parhaalla tavalla. Potilaan elämän historian avulla tiedetään, kenen kanssa ollaan tekemisessä ja miten voi parhaiten kohdata häntä. (Talaranta, 2014, ss. 88–90)

Käyttöoireisiin lääkkeetön auttamiskeino on mielekkään toiminnan järjestäminen, joka voi musiikin kuuntelua, olla lemmikkieläin- ja muisteluterapiaa. On todettu, että musiikki vähentää käyttöoireita. (Laitinen, 2015, ss. 2–7)

3.3 Muistisairauden hoito

Hoitohenkilökunnan on tärkeä pitää yllä ammattitaitoa muistisairauksiin, erityisesti niiden erityispiirteisiin liittyen ja lääkkeettömistä hoidoista, jotka auttavat päivittäisissä toiminnoissa. Hoitohenkilökunnan koulutuksella on havaittu olevan hyviä vaikutuksia muistisairaahan päivittäisissä toiminnoissa selviytymiselle. (Parisod ym., 2019, s. 21)

Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja ajantasaisuus lisää potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon ennustetta (Hynninen, Saanio & Isola, 2014).

Keskeinen osa muistisairaahan hoitamisessa on yksilöllinen ohjaus, jatkuva tuen ja turvan antaminen sekä omaisille että muistisairauteen sairastuneelle ja oireen mukainen hoito eli lääkehoito tai lääkkeetön hoito. Asiakkaiden tilaa on arvioitava säännöllisesti vähintään 6–12 kuukauden välein. Käynnillä katsotaan lääkehoidon tehon ja annoksen toimivuutta sekä arvioidaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Lääkäri tekee potilaalle pitkäaikaishoitopäätökseen lausunnon, jos todetaan vaaratekijöitä ja tehostettu kotihoitopalvelu ei riitä, tai omaishoitajalle arki on liian raskasta. Muistisairaattarvitsevat yleensä enemmän aikaa asioiden suorittamiseen. Ajan puute ja tietämättömyys voivat aiheuttaa potilaassa turvattomuutta, levottomuutta, pelkoa, ahdistusta ja aggressiivisuuden tunnetta. Muistisairailla on suuri riski sairastua deliriumiin tai nestehukkaan. Jos muistisairaus on edennyt, niin että sairastunut ei pysty sanoittamaan tilannetta se altistaa muihin sairauksiin ja hoidon puutteisiin. Muistisairailla on myös suurempi riski kaatua ja heillä on myös useammin, kun muilla hoitamaton kipua. Uusien tutkimuksen mukaan kaatumisesta johtuva sairaalahoito on kasvanut. Kaatumiseen altistavia tekijöitä ovat sekavuus, delirium ja hermostuneisuus. (Hynninen, Saanio & Isola, 2014)

Muistisairaahan kanssa vuorovaikutuksessa on tärkeää läsnäolo, ohjaus ja tukeminen päivittäisissä toiminnoissa. Musiikki voi ylläpitää vuorovaikutuskykyä muistisairaalla pidempään. (Parisod ym., 2019, ss. 12–13) Muistelulla ja päivittäistoimintojen harjoittelulla on todettu olevan hyviä tuloksia muistisairaahan hoidossa ja päivittäistointimintojen sujumisessa. Muistisairaahan avuksi on todettu olevan liikunta- ja musiikkiaktiviteetit. Yksistään kognitiivisista harjoitteista ja eläinavusteisista menetelmistä ei ole todettu olevan hyötyä muistisairaahan päivittäistointimintojen sujumiseen. Muihin lääkkeettömiin hoitoihin yhdistettynä kognitiivisista menetelmistä saattaa olla hyötyä. (Parisod ym., 2019, ss. 16–17)

Liikunta vaikuttaa muistisairaahan psyykkiseen sekä fyysiseen yleistilaan. Liikunta vahvistaa lihasvoimaa ja ylläpitää muistisairaahan tasapainoa. Tutkimuksien mukaan päivittäisliikunta vähentää muistisairaudesta johtuva käytösoireita huomattavasti. Muistisairaudesta johtuva avun tarve on kasvanut, on muistettava kuitenkin, että puolesta tekeminen voi pahentaa muistisairaahan oireita. Pienten tehtävien antaminen muistisairaalle käytösoireiden

vähentämiseen lisäksi auttaa häntä säilyttämään jäljellä olevaa toimintakykyä.

Muistisairauden ei pitäisi olla esteenä osallistua toimintoihin ja päivän askareisiin, vaikka ohjausta muistisairas voi tarvita eri toimintoihin ja askareisiin. (Pichardo, 2020)

Hoitohenkilökunnan ammattitaitoihin kuuluu muistisairaahan tarpeiden huomiointi sekä niiden toteuttaminen ja auttamiskeinojen osaaminen. Vaikeaan muistisairauteen edenneen asiakkaan kohtaamisessa tilanteiden eteneminen ja vuorovaikutuksen onnistuminen on hoitajan vastuulla. Sairastunutta on hyvä arvostaa ainutlaatuisena yksilönä sekä hoitaa asiat parhaalla mahdollisella tavalla yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Myös eettisesti työntekijällä on vastuu ihmisen lisäksi tehtävän suorituksesta, joka tarkoittaa muistisairaahan auttamista parhaalla tavalla. Yksilön tarpeen huomioiminen ja sen toteuttaminen on keskeinen asia kohtaamisessa. Tärkeimmät tavoitteet muistisairaahan hoidossa ovat elämänlaadun turvaaminen ja ylläpito, sosiaalisen verkoston ja arvokkuuden säilyttäminen, antaa mahdollisuus elää oman elämäntavan mukaisesti ja olla oma itsensä. Muistisairaahan hoidon lisäksi keskeistä on perussairaahan hyvä hoito, antaa mahdollisuus mielekkääseen toimintaan, joka voi olla liikuntaa. Asianmukaiset apuvälineet ovat tärkeitä muistisairaahan turvallisuuden kannalta ja ympäristön turvallisuuden on huomioiminen. (Laitinen, 2015, ss. 8–11)

Vaikka muistisairaahan avun tarve kasvaa ja ajattelu sekä toimintakyky heikkenee, on muistettava aina, että on kyse aikuisesta ihmisestä, joka kohdataan myös aikuisena. Kuunnellaan, kysytään ja otetaan huomioon muistisairaahan mielipiteitä ja asioita ei ratkaista sairastuneen puolesta ja eikä myöskään tehdä päätöksiä hänen puolestaan. Richard Taylor on amerikkalainen psykologi, joka sai Alzheimerin diagnoosi 58-vuotiaana. Hänen kirjoittamassaan kirjassa tulee vahvasti esiin, että sairastunut toivoo häntä kohdeltavan täysivaltaisena ihmisenä ja aikuisena huolimatta siitä, että sairaus on alentanut hänen ajattelu- ja toimintakykyänsä. (Talaranta, 2014, ss. 71–73)

Muistin tukeminen on tärkeää muistisairaalle. Muistisairaille voi olla vaikea muista tärkeiden läheisten nimeä ja siitä voidaan tukea esimerkiksi kirjoittamalla valokuviiin läheisten nimet. Asuinpaikassa tilojen nimeämisestä ja sen kirjoittamisesta, mistä mitään löytyy voi olla hyödyksi, jos huoneet menevät hukkaan tai tavarat. Pienen päiväohjelman tekeminen voi vaikuttaa positiivisesti muistisairaahan mielialaan, hänelle voi kokeilla kirjoittaa paperille pieniä

tehtäviä, arkiaskareita. Muistisairas saa tehtävien kautta vastuuta, tekemistä ja täytettä päivään, sairastunut kokee myös osallisuuden kautta itsensä tärkeäksi. Muistisairas voi myös tarvita ohjausta ja tukea askareiden toteuttamisessa, mutta on tärkeä ottaa hänet aina mukaan toimiin. Muistisairaahan muistilistalle kannattaa kirjoittaa asiat lyhyesti ja selkeästi. (Pichardo, 2020)

Muistisairaudesta kärsivä henkilö tarvitsee entistä enemmän rakkautta, johon kuuluu kiintymys, lohdun saaminen, mielekkään tekemiseen tarve, yhteenkuuluvuus ja identiteetin säilyttämistä. Tarpeiden kohtaamisella ja siihen vastaamisella suora yhteys käytösoireisiin. Tutkimusten mukaan hoitotyössä huomioidaan hyvin fyysiset tarpeet, kun taas psyykkiset, sosiaaliset ja yksilölliset tarpeet jäävät vähälle huomiolle. Vuorovaikutuksessa ei saa kiistää asiakkaan todellisuutta. Muistisairas voi kokea usein asioiden kiistämisen olevan muistisairaahan asiatonta kohtelua, jossa hoitaja ei huomioi sairauden aiheuttamaa kognitiivisten kykyjen heikkenemistä sekä sen aiheuttamaa muutosta todellisuudessa asioiden ja tapahtumien kokemisessa ja ymmärtämisessä. (Laitinen, 2015, ss. 8–11)

Ikääntyneen muistisairaahan kivun tunnistaminen ja hoito on osa muistisairaahan hoitoa ja se edellyttää potilaan hyvää tuntemista. Muistisairaalla kivun tunnistaminen voi olla vaikea, kun muistisairas ei välttämättä kykene ilmaisemaan kipua sanallisesti, vaan välillä tarvitaan tarkkaa oireiden havainnointia ja tulkittamista. Omaisten tiedot ja havainnot muistisairaahan aiemmasta kivunkokemuksesta ja imaisutapa auttavat hoitohenkilökunnan tunnistamaan asiakkaan kipua. Muistisairailla kipua voi mitata ja tunnistaa joko käyttäytymisen perusteella tai fysiologisten mittausten perusteella. (Lehtomäki, 2016, ss. 8)

Muistisairaiden kipua tutkittaessa on todettu, että fysiologisten muutosten arviointi kivunhoidossa ei ole niin luotettavaa, kuin kommunikointiin kykenemättömillä käyttäytymisen perusteella. Kipua voi arvioida havainnoimalla ja kivun kokeneen käytöksen perusteella kuten, kehon asennon, kasvojen ilmeiden, raajojen liikkeiden sekä potilaan suhtautumista kehoon, sillä kipu aiheuttaa muutoksia käytöksessä. Kivun kokijan reaktiot kivun kokemisen aikana voivat olla erilaisia muutoksia kasvoissa ja ääntelyssä, kipeän kohdan suojelemista, kulmakarvojen välissä esiintyviä pystyjuonteita, irvistystä ja tuimaa ilmettä. Muutoksia, joita kehossa voi tulla kipeälle muistisairaalle erilaiset ovat muutokset liikkumisessa kuten liikkumattomuus tai hitaat liikkeet, jännittynyt vartalo ja liikkuminen

levottomasti. On muistettava, että kipu on yksilöllinen kokemus ja kivun luonne, säännöllisyys ja oirehdinta saattavat vaihdella vuorokauden aikana. On todettu, että kipu vaikuttaa myös tunteisiin ja mielialaan. Ihminen saata olla kivun aikana itkuinen, kiukkuinen tai surullinen. Muistisairaalla asiakkaalla kivun arviointi mittareiden avulla voi olla vaikea, sillä dementia heikentää kivun fysiologista vastetta. (Lehtomäki, 2016, ss. 8–9)

Kipumittareiden avulla voidaan selvittää kivun luonnetta ja voimakkuutta. Pain Assessment in Advanced Dementia -mittari on kehitetty muistisairaille, siinä on käytetty numeraalista arviointia kivun voimakkuuden perustella. Mittarin avulla kipu on arvioitu viidessä minuutissa. Mittari auttaa arvioimaan kipua ja sen aiheuttamia muutoksia. Mittarilla arvioidaan hengitystyötä, poikkeavia ääntelyitä, kehonkieltä, lohduttamisen tarvetta ja kasvojen ilmeitä. (Lehtomäki, 2016, ss. 9–10)

Kipua tulee arvioida johdonmukaisesti ja säännöllisesti sekä hoidon kannattaa aloittaa mahdollisimman nopeasti. Lääkehoidon lisäksi on huomioitava myös lääkkeettömät kivunhoitokeinot kuten fysioterapeuttiset ja psykologiset menetelmät. Omaishoitajien mukaan muistisairaiden kivun arviointia tulee parantaa. (Lehtomäki, 2016, s.11)

Muistisairauksien hoidossa omainen on tärkeä ottaa huomioon, usein he kaipaavat tukea, lisää tietoa ja osaamista muistisairaahan toimintojen tukemiseen ja toimintakyvyn seurantaan. Läheisten voi olla hankala arvioida, milloin on tarpeellista antaa apua muistisairaalle ja milloin kannustaa omatoimisuuteen. Hankalaksi omaiset kokevat tilanteet, joissa muistisairas kieltäytyy avusta tai muistisairaahan käyttäytymisessä tulee esiin kiihtyneisyyttä. (Parisod ym., 2019, s. 21)

Vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen mukaan omaisten rooli on merkittävä muistisairaahan hoidossa, etenkin potilaan kotiuttamisessa sekä seurantajärjestelyissä. Tutkimuksessa on todettu, että vanhemmat hoitoa saaneet potilaat toivoisivat enemmän omaisten osallistuvan heidän hoitoonsa ja seurantaan. Hoitajien mielestä muistisairaahan hoitaminen on kuormittavaa sekä fyysisesti että psyykkisesti. Lääkärit pitivät muistisairauksiin liittyviä oireita ensisijaisina syinä potilaiden haastavaan käyttäytymiseen, vastaavassa tilanteessa hoitajat kokivat, että potilaan käyttäytyminen liitty heidän persoonallisuuteensa tai hoitotyön osaamisen puutteeseen. Hoitohenkilökunta koki kyselytutkimuksen mukaan, että eivät ole

saaneet erityistä koulutusta dementiasta kärsivien potilaiden hoitamiseen. (Hynninen, Saanio & Isola, 2014)

Asumisjärjestelyissä on monenlaisia vaihtoehtoja muistisairaille, toiselle sopii paremmin toinen, kuin toiselle. Tärkeää on kuitenkin kodinomaisuus, tutut esineet ja toimintakyvyn mukaan osallistaminen päivittäisiin toimintoihin. Valaistus on hyvä olla päiväsaikaan normaalista valaistuksesta kirkkaampi, sillä se tukee oikeaa päivärytmiin, piristää ja kohottaa mielialaa (Parisod ym., 2019, s. 19, Pichardo, 2020). Auringonlasku ja pimeys voivat aiheuttaa masennusta ja käytösoireita muistisairaalle (Pichardo, 2020). Tutkimuksien perusteella on arvioitu hyvän ryhmäkoon muistisairaille olevan 6–12 henkilön välillä. Muistisairaille voi olla hyväksi noin 12 henkilön ryhmä, se lisää pienempää ryhmää enemmän muistisairaahan aktiivisuutta ja vähentää muistisairaiden apaattisuutta. (Parisod ym., 2019, s. 20)

3.4 Muistisairaahan lääkehoito

Lääkehoito aloitetaan aina oireen mukaisesti ja sitä suositellaan jo sairauden lievässä vaiheessa, mikäli kyseessä on Alzheimerin tauti, Lewyn kappaletauti, Parkinsonin tauti tai sekamuotoisessa Alzheimerissa, jolloin mukana on esimerkiksi aivoverenkiertosairus. Lääkehoidon tavoitteena Alzheimerin taudissa on omatoimisuuden säilyttäminen mahdollisimman pitkään sairauden kaikissa vaiheissa ja taudin eri oireiden, kuten käytösoireiden hoito. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021)

Lievässä Alzheimerin taudissa ensisijainen suositeltava lääke on asetyylikoliiniesteraasi (AKE-estäjä) kauppanimellä galantamiini, donepetsiili tai rivastigmiini. Mikäli lääkkeet eivät sovi potilaalle, niin hoito voidaan aloittaa memantiinillä. Souvenaid-nimistä lääkettä harkitaan hyvin lievässä Alzheimerin taudissa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021)

Aivoverenkiertohäiriöperäisessä mielisairaudessa (vaskulaarisessa kognitiivisessa heikentymässä) käytetystä muistisairauslääkkeestä voi olla hyötyä pelkästään kognitioon, ei omatoimisuuteen. Verisuoniperäiseen dementiaan ei ole vielä löydetty täsmälääkettä. Galantamiini tehoaa paremmin sekamuotoisessa muistisairaudessa, kuin pelkässä Alzheimerissa. AKE-estäjistä rivastigmiini tehoaa paremmin Parkinsonin muistisairaudessa.

Lewyn kappaletautiin ei ole kanssa täsmälääkettä, mutta AKE on osoittautunut hyödylliseksi. Otsa- ohimolohkorappeumissa lääkehoidosta ei ole hyötyä, eikä suositella. Lääkinnällinen hoitomuoto lopetetaan, mikäli lääkehoidon valvonta ei ole mahdollista tai havaitaan vaikeita haittavaikutuksia. Jos haittavaikutuksia ei saada pois lääkkeen vaihtamisella tai tehokkaasta lääkehoidosta riippumatta potilaan tila heikkenee nopeasti eikä dementiasta johtuvat käytösoireet helpotu. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021)

Käytösoireiden hoidossa bentsodiatsepiineja suositellaan käyttämään lyhytaikaisesti, psykoosilääkkeistä ei saa vastetta kaikkiin käytösoireisiin kuten huuteluun tai levottomaan kuljeskeluun. Vaikean käytösoireiden lyhytaikaisessa lääkehoidossa on suosittu vain risperidonia. (Laitinen, 2015, ss. 2–7) Muistisairaiden kivunhoidossa on huomioitava lääkityksen yksinkertaisuus ja säännöllisyys, parasetamolia pidetään turvallisena lääkkeenä, myös ikääntyneelle muistisairaalle (Lehtomäki, 2016, s. 11).

4 Muistisairaahan kohtaaminen

Kohtaamista tapahtuu päivittäin hoitotyössä ja kohtaamiseen kuuluu aina vuorovaikutus. Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen tarvitsee aina vähintään kaksi henkilöä. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa aina molempien asenne ja suhtautuminen. Vuorovaikutustilanne ei edellytä kertomaan omista henkilökohtaisista asioista. (Talvio & Klemola, 2017, s. 153)

Hoitotyössä keskeinen asia on kohtaaminen ja kohtaamisen lähtökohtana on luottamus. Luottamusta tarvitaan turvallisuuden tunteen antamisessa, luottamuksen saamiseen auttaa kiireetön kohtaaminen ja potilaan ymmärtäminen. Turvattomuutta aiheuttavat pelko sekä toisen armoille joutuminen. Hoitajan tehtävään kuuluu luoda turvallisuuden tunnetta potilaille omalla toiminnallaan sekä aidolla läsnäolollaan. Tärkeää ja merkittävää muistisairaahan kohtaamisessa on potilaan arvostaminen, luottamuksen saavuttaminen ja kunnioittaminen kaikissa olosuhteissa. Kunnioittamisella tarkoitetaan asettumista toisen asemaan, elämäkokemuksen huomioimista, hyväksymistä ja oman tilan antamista sekä loukkaamattomuutta. (Laitinen, 2015, ss. 8–11)

Onnistunut kohtaaminen on mahdollisuuksien mukaan molemminpuolista avointa keskustelua. Tutkimuksen mukaan terveydenhuollon asiakkaat toivovat hoitohenkilökunnan olevan avoimia omista kokemuksistaan ja tuomaan niitä esiin. Asiakkaat kokevat, että hoitajien avoimuus tuo heille turvallisuuden tunnetta ja auttaa selviytymään eri tilanteista. Tutkimus osoittaa, että hoitohenkilökunnalla ei ole yleensä asiakkaiden mielestä aikaa keskustella heidän kanssaan sairauksista ja tunteista, asiakkaat kokevat usein jäävänsä yksin asioiden kanssa. Jotta pystyy olemaan avoin toiselle ihmiselle, täytyy tuntea itsensä. (Holopainen ym., 2014, ss. 186, 191–192)

Hyvään kohtamiseen kuuluu aina keskustelussa tasa-arvoisuus ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Hyvää kohtamista haittaa tutkimuksen mukaan, jos ammattilainen asettaa itsensä asiakkaan yläpuolelle liiallisella asioiden selittelyllä käyttäen erilaisia säädöksiä ja kriteereitä perusteluissa. (Virtanen, 2017, ss. 7 & 104)

Muistisairaiden vaiheesta riippuen ensivaikutelman merkitys kohtaamisessa voi olla erilainen. On huomioitava aina, että kaikki ihmiset arvioivat ja havainnoivat aina ympäristöään koko ajan näkö-, kuulo- ja tuntoaisteilla. Se millaisen kuvan itsestä antaa vaikuttaa toisen suhtautumiseen teihin. Hyvän kohtamiseen tarvitsee nähdä ja osata lukea toisen antamia viestejä eleistä ja ilmeistä oikein. (Ahola, 2019, s. 5)

Muistisairauden etenemisessä kielen ymmärtämisen prosessi potilailla hidastuu. Hoitajan kiirehtiminen tai keskustelun aikana muu tekeminen aiheuttaa helposti ongelmia muistisairaalle, kehonkielen osallistumattomuudesta keskusteluun. Kiiretilanteissa ymmärtäminen on hankalaa ja se aiheuttaa sen, ettei vastausta kuulee. Sujuvan vuorovaikutuksen saamiseksi muistisairaalle kanssa tulee huomioida kehonkielen käyttämistä puheen kanssa ja varmistaa, että molemmat viittaavat saman asiaan. Lindholmin mukaan puheen lisäksi kehonkieli ja ympäristö tukevat muistisairaalle puheen ymmärtämistä ja päinvastoin monimutkaiset lauseet ja epäasianmukainen ympäristö hankaloittavat ymmärtämistä. Kun yhdessä lauseessa puhutaan vain yhdestä asiasta, niin puheesta tulee helpommin ymmärrettävämpää. Kun molemmat ymmärtävät toisiaan, vuorovaikutus on helpompaa. (Vierula, 2019)

Vuorovaikutuksessa pienetkin asiat voivat häiritä ymmärtämistä esimerkiksi radio tai televisio keskustelun taustalla. Keskustelun ympäristön tulee olla rauhallinen. Keskustelun aikana on huomioitava, että puhe on mahdollisimman selkeä ja yksinkertainen, yhteen lauseeseen mahdutetaan vain yksi asia. Usein muistisairaille jää mieleen on laulujen sanat ja arjen fraasit, jotka tallentuvat mieleen ja vuorovaikutuksen tukemiseksi fraasien käyttö on hyödyllistä. Muistisairaalle omaisille ohjauksen antaminen on tärkeä, sillä heidän tyypillinen virheensä asiakkaan kohdattaessa on se, että he painostavat muistisairasta kertomaan, muistaako muistisairas läheistä tai jotain asiaa menneisyydestä. Asioiden kyseleminen omaisilta voi olla muistisairaalle hyvinkin tavallista, mutta myös hyvin ahdistavaa. (Vierula, 2019)

5 Muistilista muistisairaalle kohtaamiseen

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia muistilista hoitohenkilökunnalle siitä, mitkä ovat tärkeitä asioita muistisairaalle kohtaamisessa eri hoitotilanteissa. Muistilistalle koottavat ohjeet ovat tärkeitä ja niiden tulee olla helposti hahmotettavassa muodossa. Ohjeistuksessa on hyvä käyttää imperatiivia eli käskymuotoa, näin lukijalle tulee selväksi, mitä hänen itsensä pitää tehdä. Kun ohjeistus on käskymuodossa, tulee huomioida, että ohjeesta ei tule määrällinen tai tyly. Ohjeistuksessa pitää olla selkeästi ohjeen tarkoitus. (Kotimaisten kielten keskus, n.d.)

Hyvän muistilistan tulee olla selkeä ja sen tulee sisältää riittävästi, mutta ei liian paljon tietoa. Jos muistilistassa on liian paljon tietoa, sitä on hankala hahmottaa, jolloin tärkeimmät asiat saattavat jäädä kokonaan huomaamatta. Hyvän muistilistan tulee olla myös helppolukuinen. (Roivas ym., 2013, s. 119)

Muistilista on koottu teorian tiedosta. Teoriatieto tiivistettiin lyhyeksi listaksi, mikä on helppo omaksua lyhyessäkin ajassa. Muistilistan väreiksi valikoitui ensin vihreä, mikä muuttui siniseksi valkoisella pohjalla. Tumma teksti erottuu hyvin vaalealta pohjalta. Kehykset korostavat muistilistaa. Kuvat muistilistaan valittiin niin, että ne liittyvät muistilistan sisältöön. Kuvat haettiin vapaasti käytettävistä kuvista Googlesta.

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöhön haettiin tietoa käyttäen tiedonhakupalveluita kuten Finna, Terveysportti, Cinahl, Joanna Briggs Institute ja Google Scholar. Näistä tietoa haettiin muun muassa muistisaurauksista ja muistisairaiden kohtaamisesta, sekä hyvästä muistilistasta.

Teoriatiedon kokoamisen jälkeen aloitettiin muistilistan laatiminen hoitohenkilökunnalle muistisairaahan kohtaamiseen, teoriatietoon perustuen.

6.1 Opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön ja siinä laaditun muistilistan suunnittelussa otettiin huomioon, että teoriatieto oli ajankohtaista ja luotettavaa. Myös opinnäytetyön keskeiset käsitteet huomioitiin muistilistaa suunniteltaessa. Teoriatiedon pohjalta laadittiin tilaajan toiveiden mukaisesti muistilista muistisairaankohtaamiseen hoitohenkilökunnalle terveydenhuollon peruspalveluihin.

Suunnitteluvaiheessa tiedusteltiin tilaajan toiveita muun muassa siitä, millainen muistilistan tulisi olla ja mitä sen tulisi sisältää. Keskusteluja käytiin tilaajan nimeämän yhteyshenkilön kanssa sähköpostin välityksellä. Tilaajan puolelta saatiin aika vapaasti lähteä suunnittelemaan muistilistaa. Tilaajan esittämä tärkein toive oli se, että muistilista olisi sähköisesti saatavilla. Muistilistan haluttiin olevan, myös A4-kokoiselle paperiarkille mahtuva, jotta sen saa helposti tulostettua myös seinälle.

6.2 Opinnäytetyön toteutus ja tuotos

Muistilistan tuli olla helposti omaksuttavissa ja sisäistettävissä. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen kannalta kerätyt tärkeät tiedot ja asiat kirjattiin ylös ja niistä laadittiin lyhyt ja selkeä muistilista hoitohenkilökunnalle. Valmiin muistilistan väreiksi tuli sininen ja valkoinen tilaajan (FSHKY) toiveiden ja organisaation värien mukaisesti. Muistilistan luonnosteluvaiheessa käytimme vihreää ja valkoista väriä.

Muistilista laadittiin tietokoneella ja säilytettiin sähköisessä muodossa tietokoneella. Tietokoneella ollut muistilista oli helppo jakaa kaikille terveydenhuollon peruspalveluiden yksiköille, jolloin se oli kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien saatavilla ja tulostettavissa helposti myös jokaiselle työpisteelle.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi muistilista hoitohenkilökunnalle muistisairaana kohtaamisen tueksi (Liite 1). Muistilistan väri muuttui loppuvaiheessa vielä vihreästä siniseksi tilaajan toiveiden mukaan, koska sininen on tilaaja organisaation (FSHKY) väri. Opinnäytetyön tuotokseen, muistilistaan, koottiin opinnäytetyön tiedonhaussa esille nousseet ja niiden pohjalta pohjalta opinnäytetyön teoriaosuudessa kuvatut asiat muistisairaana kohtaamisessa hoitotyössä. (Liite 1)

Tilaajalta saadun kirjallisen palautteen perusteella muistilista arvioitiin tilaajan asettaman tavoitteen mukaiseksi. Muistilistan käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä tilaaja arvioi hyväksi. Tilaajalta arviointi pyydettiin ennen opinnäytetyön loppuvaihetta, jolloin heillä oli vielä mahdollisuus vaikuttaa työn lopputulokseen ja antaa siitä kehittämissuhteita.

7 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Muistilista koottiin teoretiedosta, joka sisälsi mahdollisimman uutta ja luotettavaa tietoa. Tiedonhaussa käytettiin erilaisia tiedonhakumenetelmiä. Tietoa on haettu internetistä ja painetuista kirjoista, lehdistä ja artikkeleista. Hakusanoja, joita on käytetty tässä opinnäytetyössä ovat muistisairaus, muistisairaudet, muistitestit, muistisairaana kohtaaminen, diagnoosi, muistisairaana toimintakyky, muistisairaana hoito, käytösoireet ja kivun hoito. Tietoa haettiin myös eri tietokannoista, joissa haku rajattiin vuosiin 2011–2021. Tiedonhaun luotettavuutta arvioitiin lähteiden ajantasaisuudella ja luotettavuudella (Vilkka, 2015, ss. 263–264). Muistisairauksista ja heidän kohtaamisestaan löytyi paljon tietoa, mutta kaikesta ei kuitenkaan löytynyt tutkittua tietoa, mikä vaikuttaa tiedon luotettavuuteen.

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluvat muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6). Olemme lisäksi itse arvioineet omaa työtämme jatkuvasti sekä ottaneet muilta saatua palautetta vastaan. Tieteellinen tieto on avointa, mutta lähteisiin tulee viitata asianmukaisesti

(Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6). Olemme kirjottaneet kaikki tekstit itse emmekä ole kopioineet muiden kirjoittamia tekstejä työssämme. Olemme arvostaneet alkuperäisen julkaisun kirjoittajaa viittaamalla hänen teksteihinsä oikeaoppisesti tekstissä.

Lähteiden viittauksessa on noudatettu Hämeen ammattikorkeakoulun kirjallisia ohjeita. Lähteiden merkitseminen on tehty huolella. Alkuperäinen lähde, johon viitataan, on löydettävissä helposti. Lähdeviittauksessa tekstissä ja lähdeluettelossa on tiedot kirjoittajasta, julkaisuajankohdasta ja mistä lähde on löydetty. (Hämeen ammattikorkeakoulu, 2020)

Tieteellisten lähteiden luotettavuutta voidaan arvioida vertaisarviointien perusteella. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa, kun kaikkia työssä käytettyjä lähteitä ei ole vertaisarvioitu. (Jyväskylän yliopisto, 2020)

Opinnäytetyössä on myös huomioitu kirjoitetun tekstin asiallisuus, ymmärrettävyys ja selkeys. Työssä on otettu huomioon aluksi tilaajan oikeus pysyä nimettömänä, heidän niin halutessaan. Tilaaja antoi kuitenkin meille luvan käyttää heidän organisaationsa nimeä tässä opinnäytetyössä.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia hoitohenkilökunnalle muistilista muistisairaana kohtaamisen tueksi, perustuen luotettavaan teoria- ja tutkimustietoon. Tarkoituksena oli laatia muistilista, joka on helposti ja nopeasti sisäistettävissä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyötä ja erityisesti muistisairaana hyvää ja arvokasta kohtaamista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairauksista ja muistisairaana kohtaamisesta, jota voidaan hyödyntää hoitotyötä kehitettäessä. Tavoitteena oli löytää uusimpia tutkimuksia muistisairauksista ja muistisairaana kohtaamisesta. Tavoitteena oli luoda helposti omaksuttava, selkeä, kattava ja tiivis muistilista tueksi hoitohenkilökunnalle muistisairaana kohtaamiseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi määriteltiin, mitä terveydenhuollon ammattilaisen tulee ottaa huomioon muistisairaahan kohtaamisessa ja millainen on hyvä muistilista? Muistisairaahan kohtaamisessa tärkeää on avoin keskustelu, jossa hoitajat tuovat myös omia kokemuksiaan esille auttaa asiakkaista selviytymään ja tuo heille turvallisuuden tunnetta (Holopainen ym., 2014, ss. 186 & 191–192). Hyvään kohtaamiseen kuuluu tasa-arvoisuus ammattilaisen ja asiakkaan välillä (Virtanen, 2017, ss. 7). Kiirehtiminen ja keskustelun yhteydessä jonkun asian tekeminen saman aikaisesti vaikeuttaa muistisairaalla ymmärtämistä ja hoitajalla kuuntelemista. Yhdessä lauseessa kannattaa esittää vain yksi asia muistisairaalle, niin puheesta tulee ymmärrettävämpää. Ympäristön tulee olla rauhallinen, että huomio ei kiinnity muualle. (Vierula, 2019)

Opinnäytetyön lähteiden johtopäätöksenä voimme todeta, että muistisairauksia on erilaisia, kuten myös ihmisiä, joilla on muistisairaus. Muistisairaiden kohtaamisessa korostuu heidän mielipiteiden kysyminen, kuunteleminen ja huomioon ottaminen. Onnistunut muistisairaahan kohtaaminen ei ole itsestäänselvyys siinä tarvitsee osata tulkita toisen eleitä ja ilmeitä. Oman käyttäytymisen vaikutus kohdatessa toisen on osattava arvioida ja muuttaa sitä tarvittaessa. Omaan käyttäytymiseen vaikuttavat usein ennakkoluulot, joten on muistettava positiivisen asenteen positiivinen vaikutus toista kohtaan.

Uskomme muistilistan olevan hyödyksi hoitohenkilökunnalle muistisairaahan kohtaamisen tueksi. Toivomme että työntekijät palaavat muistilistaan säännöllisesti ja miettivät muistilistan tukemana omaa toimintaansa, miten kohtaaminen toteutuu omalla kohdalla ja mitä omassa toiminnassa voisi olla parannettavaa. Muistilistan on tarkoitus olla henkilökunnan helposti saatavana sähköisessä muodossa ja tulostettavissa jokaiselle työpisteelle. Muistilistan ollessa näkyvillä, työntekijä palaa helpommin lukemaan muistilistaa ja näin myös arvioi omaa toimintaansa sen pohjalta.

Olemme kokeneet opinnäytetyön haastavana, mutta antoisana. Luotettavien hyvien lähteiden etsimisen koimme yllättävän hankalana. Kaikkia lähteitä ei ole vertaisarvioitu, joka vaikuttaa työn luotettavuuteen. Opinnäytetyön tekeminen on ollut aikataulujen suhteen aika joustavaa. Motivaatiota on työntekemiseen tuonut hyvän aiheen lisäksi työskentelypari. Olemme oppineet paljon opinnäytetyöprosessin aikana lähteiden hausta, merkitsemisestä, oikeinkirjoituksesta, työn suunnittelusta sekä aiheestamme muistisairauksista sekä

muistisairaahan kohtaamisesta. Työstä on varmasti hyötyä meillekin tulevaisuudessa, sillä muistisairaita kohtaa monissa paikoissa.

Opinnäytetyö tekemiseen on vaikuttanut koronaepidemia. Opinnäytetyn tekemisen aikana suoritimme myös muita opintoja samanaikaisesti ja opintojen siirtyminen etäopetukseen lisäsi tietokoneella vietettyä aikaa, jonka vuoksi keskittyminen oli ajoittain vaikeaa.

Opinnäytetyön osaltakin koronaepidemian vaikutuksesta ohjaukset ja seminaarit pidettiin etänä, myös suurin osa opinnäytetyön työstämisestä toteutui etänä.

Lähteet

- Ahola, A. (2019). *Taito tehdä hyvä vaikutus*. Minerva Kustannus Oy.
- Arbabi, M., Zhand, N., Eybpoosh, S., Yazdi, N., Ansari, S. & Ramezani, M. (2014). Correlates of Memory Complaints and Personality, Depression, and Anxiety in a Memory Clinic. *Acta Med Iran*, 53(5), 270–275
<https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4893>
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (2011). *Mielen Muutos pitkäaikaishoidossa*. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliitto. Mielenmuutos- tutkimus- ja kehittämishanke.
<https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2019/07/Mielenmuutos-pitk%C3%A4aikaishoidossa.pdf>
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (2015). *Muistisairaudet*. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (2017). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. Kustannus Oy Duodecim.
- Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. (2014). *The space of togetherness – a caring encounter*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), (ss. 186–192). Cinahl-tietokanta. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x>
- Hynninen N., Saarnio, R. & Isola, A. (2014). *The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians*. Oulu University Hospital. <https://doi.org/10.1111/jocn.12669>
- Hämeen ammattikorkeakoulu. (2020). *Opinnäytetyöopas*. www.hamk.fi/opiskelijan-ohjeet/opinnaytetyo
- Jyväskylän yliopisto. (2020). *Valitse tieteellisiä ja luotettavia lähteitä*. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/kirjat-lehdet-artikkelit/tieteelliset-lahteet>
- Kotimaisten kielten keskus. (n.d.) *Vinkkejä ohjetekstin tekijöille*. https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakielihojeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille
- Laitinen, M. (2015). *Työntekijöiden kokemuksia TunteVa- työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa* [pro gradu- tutkielma, Jyväskylän yliopisto]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201601091047>

- Lehtomäki, K. (2016). *Ikääntyneiden muistisairaiden kivun tunnistaminen, hoito ja omaishoitajien tuen saanti* [pro gradu- tutkielma, Itä-Suomen yliopisto].
<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20161314>
- Muistiliitto. (2017). *Muistisairauksien oireisto*.
<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto>
- Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus*. (2021). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#readmore>
- Papunet. (2013). *Kohdaten, opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa*. Kirjapaino Keili Oy.
https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten_netti.pdf
- Parisod, H., Haapala, O., Koskenniemi, J., Okkonen, E., Saarnio, R. & Tuomikoski, A. (2019). *Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä*. Hoitotyön tutkimussäätiö.
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaana.pdf>
- Pichardo, G. (2020). When a Loved One Has Alzheimer's Disease.
<https://www.webmd.com/alzheimers/ss/slideshow-alzheimers-overview>
- Roivas, M. & Karjalainen, A. (2013). *Sosiaali- ja terveysalan viestintä*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Suomen Alzheimer -tutkimusseura. (n.d.). *CERAD kognitiivinen tehtäväsarja*.
<http://www.cerad.fi/fi/etusivu>
- Talvio, M. & Klemola, U. (2017). *Toimiva vuorovaikutus*. PS -kustannus.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa*. TENK.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vierula, H. (2019). Muistisairaus muuttaa kieltä. *Suomen Lääkärilehti*, 45, 2562–2563.
<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/ajassa/ajankohtaista/muistisairaus-muuttaa-kielta/>
- Vilkka, H. (2015). *Tutki ja kehitä*. PS-kustannus.

Virtanen, H. (2017). *Arvostava kohtaaminen sosiaalityössä: autoetnografinen tutkimus palvelutarpeen arvioinnista* [pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto].
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201705232473>

Liite 1: Muistilista hoitohenkilökunnalle muistisairaahan kohtaamiseen



Muistisairaahan kohtaamisessa on tärkeä muistaa



Ota positiivinen ja ennakkoluuloton asenne

Ole läsnä, älä tee muuta yhtä aikaa

Käytä puheen tueksi kehonkieltä (ilmeet, eleet ja kosketus)

Kerro yhdessä lauseessa vain yksi asia

Anna aikaa vastaamiselle

Luo keskustelusta tasa-arvoinen ja osoita arvostusta

Varmista molemminpuolinen ymmärretyksi tuleminen

Huomioithan, että ympäristö on rauhallinen

Puhu, vaikka muistisairas ei vastaisi

Muista aina yksilöllisyyden huomioiminen

Kannusta omatoimisuuteen ja ohjaa tarvittaessa

Eri toimiin mukaan ottaminen ja osallistaminen on tärkeää

Huomioithan, että toimintakyky voi vaihdella eripäivinä



Liite 2: Liitteen otsikko