

Evelina Hammarström ja Petra Honkala

**Seinäjoen muistineuvolatoimintaosana muistisairauden
varhaista toteamista**

Opinnäytetyö

Syksy 2012

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Evelina Hammarström ja Petra Honkala

Seinäjoen muistineuvolatoiminta osana muistisairauden varhaista toteamista

Ohjaajat: Marjut Nummela, HVL, lehtori ja Tarja Knuuttila, TtM, lehtori

Vuosi: 2012

Sivumäärä: 38

Liitteiden lukumäärä: 4

Opinnäytetyön aiheena oli muistineuvolatoiminta Seinäjoella ja muistisairaudet. Opinnäytetyössä käytiin lyhyesti läpi neljä eri muistisairautta, niiden aiheuttajia ja hoitoa. Opinnäytetyössä kerrottiin muistineuvolatoiminnan historiasta Seinäjoella sekä yleisesti mitä Seinäjoen muistineuvolassa tehdään ja kuka sinne voi hakeutua.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen tutkimus. Tietoa kerättiin painetuista lähteistä sekä suullisista tiedonannoista. Lähteitä analysoitiin sisällönanalysointimenetelmällä.

Opinnäytetyössä haluttiin tuoda esiin miksi on tärkeää, että muistisairaus todetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja mikä on muistineuvolan rooli. Varhaisesta toteamisesta on hyötyä muistisairaana itsensä lisäksi myös yhteiskunnalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistihäiriöihin liittyvistä sairauksista ja niiden hoidosta sekä tuoda esiin Seinäjoen muistineuvolan toimintaa. Muistineuvolan toiminnasta tiedottamisella voitaisiin auttaa sairastuneita ja heidän läheisiään ennaltaehkäisevän toiminnan ja hoidon piiriin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Seinäjoen muistineuvolatoimintaa kuvaava ja siitä tietoa antava esite. Esite on tarkoitettu henkilökunnalle helpottamaan potilaan ohjaamista sekä antamaan tietoa kaikille asiasta kiinnostuneille. Esitteessä kuvaillaan lyhyesti, mitä muistisairaus tarkoittaa sekä kerrotaan, miksi muistitutkimukset ovat tärkeitä. Esitteessä annetaan Seinäjoen muistineuvolan yhteystiedot sekä aiheeseen liittyviä Internet-osoitteita.

Avainsanat: muistisairaus, muistineuvola, dementia, Alzheimer, muistihäiriö, muistitutkimus, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work

Degree programme in nursing

Bachelor of health care

Evelina Hammarström and Petra Honkala

Memory Clinic Activity in Seinäjoki as Part of Early Stages of Memory Illness

Supervisors: Marjut Nummela, LicNSc, Senior Lecturer and Tarja Knuuttila, MNSc

Year: 2012

Number of pages: 38

Number of appendices: 4

The topic of this thesis was how memory clinic is working in Seinäjoki and memory disorders. The thesis presented four different memory disorders, what causes them and how they can be treated. This work is dealing with the history of memory clinic in Seinäjoki, what is happening in there and who can go to the memory clinic.

This thesis was an action-based research. The information was accumulated from typed sources and from oral bulletins. The source material was analyzed through content analysis.

This thesis wanted to explain why it is important that memory disorders are noticed early and the role of memory clinics regarding that. Early noticing is important for patients and also for society.

The aim of this thesis was to provide information about diseases which are in connection with memory diseases, their treatment, as well as to bring out the memory clinic work in Seinäjoki. Providing information about memory clinic work can be helpful for patients and their relatives in order for them to get familiar with preventive activities and healthcare services.

The purpose of this thesis was to provide an informative leaflet about the work in memory clinic of Seinäjoki. The leaflet is for nurses to guide patients and also for anyone interested. In this leaflet it is shortly presented the meaning of memory disorder and the importance of memory research. There is also contact information for the memory clinic in Seinäjoki and addresses to related websites.

Keywords: memory research, memory clinic, dementia, Alzheimer, memory disorder, nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	5
2 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA	7
2.1 Muistin heikkenemisen syitä ja riskitekijöitä	7
2.2 Muistisairauksien diagnosointi ja tutkimukset.....	10
2.3 Yleisimmät muistisairaudet ja niiden hoito.....	13
3 MUISTINEUVOLA.....	22
3.1 Ennaltaehkäisevä ja ylläpitävä hoitotyö.....	22
3.2 Seinäjoen muistineuvolatoiminnan historiaa	23
3.3 Muistineuvolatoiminta Seinäjoella	24
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	28
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS	29
6 POHDINTA.....	33
6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
LÄHTEET	36
LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Muistisairauksien ennaltaehkäiseminen ja varhainen diagnosointi on tärkeää. Mitä aikaisemmin muistisairaus todetaan ja tunnistetaan, sitä nopeammin voidaan aloittaa oikeanlainen hoito. Oikea-aikaisella hoidolla on mahdollista hidastaa sairauden etenemistä. Varhainen hoidon aloitus parantaa sairastuneen elämänlaatua. Se pidentää myös sairastuneen kotonapärjäämisaikaa.

Muistisairauksien ennaltaehkäisy on eräs sairaanhoitajan tehtävä. Sitä on tarpeellista toteuttaa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Sairaanhoitajan on mahdollista, harkintansa mukaan, esimerkiksi tehdä potilaalle muistitesti. Näin hän voi huomata mahdollisen tarkemman muistitutkimusten tarpeen.

Suuret ikäluokat alkavat ikääntyä. Muistineuvoloiden tarve tulee sen myötälisääntymään. Muistineuvolan toimintaa on tästä syystä hyvä päivittää. Neuvolalla on keskeinen rooli muistisairauksien diagnosoinnissa. Muistisairauksien ehkäisy, varhainen diagnosointi ja lääkkeiden aloitus sekä muistisairauksien diagnosoinnin hajautus muistiyksiköihin perusterveydenhuollossa tulevat olemaan pääasiana muistisairauksien hoidossa tulevien vuosien aikana. Muistineuvolan rooli varsinkin diagnostiikkavaiheessa on keskeinen. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti. 2011, 1107.)

Opinnäytetyön aiheena on muistisairaudet ja niiden ennaltaehkäisy. Samalla myös kartoitetaan Seinäjoen muistineuvolan toimintaa. Opinnäytetyössä käydään läpi muistineuvolassa hoidettavia muistisairauksia. Lisäksi muistisairauksista annetaan yleistä tietoa.

Yhteyshenkilönä opinnäytetyössä toimii Etelä-Pohjanmaan muistiyhdistys ry:n Seinäjoen kuntakoordinaattori ja palveluvastaava sekä Seinäjoen muistineuvolan muistihoitaja. Heiltä opinnäytetyöhön on saatu Seinäjoen muistineuvolan historiaa ja toimintaa käsittelevää materiaalia. Opinnäytetyön muistineuvolaa käsittelevän osuuden päämateriaalina ovat edellä mainitut yhteyshenkilöiltä saadut suulliset tiedonannot.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistihäiriöihin liittyvistä sairauksista ja niiden hoidosta. Lisätavoitteena on tuoda esiin Seinäjoen muistineuvolan toimintaa. Muistineuvolan toiminnasta tiedottamisella sairastuneita ja heidän läheisiään voidaan auttaa ennaltaehkäisevän toiminnan ja hoidon piiriin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on myös kuvata Seinäjoen muistineuvolatoimintaa ja julkaista siitä tietoa antava esite (Liite 1).

2 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA

Tässä luvussa kerrotaan aluksi yleistä tietoa muistihäiriöistä ja dementiasta. Sen jälkeen esitellään neljä yleisintä muistisairautta: Alzheimerin tauti, Parkinsonin tauti, vaskulaariset dementiat ja Lewyn kappale – tauti.

Muistisairauksien ja niille altistavien riskitekijöiden ennaltaehkäisy sekä muistisairauksien varhainen toteaminen ovat hoidon onnistumisen kannalta keskeisiä tekijöitä. Sairaanhoitajan tulee tietää ja tunnistaa muistisairauksista ennakoivia merkkejä ja oireita. Muistisairauksia ja niiden oireita tulee tunnistaa perusterveydenhuollossa ja ohjata potilas esimerkiksi muistineuvolaan. Siellä voidaan muun muassa selvittää ja tutkiapotilaan muistiongelmia. Näin muun muassa perusterveydenhuollossa työskentelevä sairaanhoitaja voi parantaa muistisairaana elämänlaatua ja pidentää hänen kotonaselviytymistään, jolloin potilaan laitoshoidon siirto lykkääntyy. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 12 [Viitattu 16.9.2012].)

2.1 Muistin heikkenemisen syitä ja riskitekijöitä

Muistihäiriöön sairastumisen syyt voidaan jakaa neljään pääryhmään: Ensimmäinen ryhmä ovat ohimenevät syyt, joita ovat esimerkiksi nautintoaineet tai aivoverenkierron häiriöt. Toiseen ryhmään kuuluvat hoidettavissa olevat syyt, kuten esimerkiksi puutostilat tai psyykkiset häiriöt. Kolmas ryhmä käsittää pysyvät jälkitilat, kuten esimerkiksi aivovammat. Neljäs ryhmä ovat etenevät syyt esimerkkinä Alzheimerin tai Parkinsonin tauti. (Erkinjuntti 2006b, 79, 80.)

Useassa tapauksessa henkilöndementiaan sairastumisen syytä ei varmuudella tiedetä. Sairastumisalttiuteen liittyviä syitä, riskitekijöitä tunnetaan monia. Toisaalta, vaikka henkilöllä todetaan useita riskitekijöitä, ei dementiaan sairastuminen ole kuitenkaan väistämätöntä. (Viramo & Sulkava 2006, 33.)

Varmoja riskitekijöitä ovat ikä, perinnöllisyys sekä geneettiset merkit. Mitä korkeampi ikä on ja jos suvussa ensimmäisessä polvessa on esiintynyt dementoivaa sairautta, sitä todennäköisempää on sairastua dementiaan ja etenkin Alzheimerin

tautiin. Muita todennäköisiä sekä mahdollisia riskitekijöitä ovat Downin oireyhtymä, metaboliset sairaudet sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet. Myös pään vammautuminen, naissukupuoli ja alhainen koulutustaso ovat tunnettuja riskitekijöitä. Rungas alkoholin käyttö, tupakointi, työperäinen altistuminen, lääkkeet lisäävät sairastumisriskiä. Sairastumisen todennäköisyyttä lisäävät myös vähäinen sosiaalinen aktiivisuus, naimattomuus, aiempi masennus ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Pieni pään ympärysmitta, unihäiriöt, stressi, äidin korkea synnytysikä ja varhainen vaihdevuosi-ikä lisäävät dementoitumisalttiutta. Myös altistuminen hyönteismyrkyille ja raskasmetallit ovat myös riskitekijöitä. (Viramo & Sulkava 2006, 30, 33.)

Useat muistisairauksien riskitekijät voidaan poistaa tai niitä voidaan ainakin vähentää. Useat tunnetut riskitekijät ovat kuitenkin vältettävissä, vähennettävissä tai poistettavissa ennaltaehkäisevällä työllä. Hoitajan rooli on suuri monen mainitun riskitekijän kohdalla. Hoitajalla on mahdollisuus esimerkiksi ohjata potilasta alkoholin käytössä, kannustaa ja ohjata aktiivisuuteen tai järjestää erilaisia aktiviteetteja. (Viramo & Sulkava 2006, 38, 39; Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127.)

Tutkimukset osoittavat, että älylliset aktiviteetit, laaja sosiaalinen verkosto sekä liikunnallisuus voivat suojata muistisairauksilta. Tutkimuksissa on todettu, että aivoissa syntyy aktiviteettien ansiosta hermosoluyhteyksiä, jotka kompensoivat mahdollisia aivoissa tapahtuvia muutoksia. Dementoitumiselta suojaavia tekijöitä naisilla ovat muun muassa vaihdevuosi-ikä jälkeinen estrogeenikorvaushoito. Se tulee kuitenkin aloittaa heti menopaussin alettua. Muita taudilta suojaavia tekijöitä ovat geneeissä oleva apolipoproteiini E:n alleeli e2, kohtuullinen alkoholin käyttö, diureettien käyttö ja E-vitamiini. Myös tulehduskipulääkkeet suojaavat taudilta. Ne vähentävät aivojen tulehdusreaktiota. (Viramo & Sulkava 2006, 38, 39; Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127.)

Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan se on oireyhtymä. Dementiaan johtavia sairauksia ovat muun muassa Alzheimerin tauti, Parkinsonin tauti, Lewyn kappale - dementia sekä vaskulaariset dementiat. Dementia ei ole vain muistin heikkenemistä, vaan myös henkisen toiminnan ja yleisen toimintakyvyn heikkenemistä. Dementiaoireyhtymässä heikentymistä tapahtuu useammalla älyllisen toimintakyvyn

osa-alueella. Dementoituneella on muistihäiriö sekä afasia, apraksia, agnosia tai toiminnan ohjaamisen häiriö. Dementoituneella on myös sairaudesta johtuva rajoittunut sosiaalinen tai ammatillinen toiminta. Kaikkiin dementoiviin sairauksiin liittyy myös käytösoireita, joista yleisimpiä ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muuttuminen sekä uni-valverytmin häiriöt. (Erkinjuntti 2006a, 94, 96; Vataja 2006, 98.)

Ikääntyessä ihmiselle tapahtuu muutoksia. Aivoissa on mahdollisesti nähtävissä pieniä muutoksia. Suoriutuminen on heikompaa kuin nuorilla, mutta kuitenkin suhteellisen hyvää. Yleensä ikääntynyt ihminen on itsenäinen. Hän voi olla työssä käyvä tai aktiivinen harrastaja. Muistitutkimustulokset, kuten MMSE (Liite 2) ja CDR, ovat viitearvotasolla. Kuitenkin joitakin lievästi kognitioon vaikuttavia, iän mukanaan tuomia, sairauksia saattaa ilmetä. (Soininen & Hänninen 2006, 88.)

Dementiaa sairastavalla on muistin ja vähintään yhden kognitiivisen toiminnan häiriö. Tietyillä aivoalueilla on nähtävissä spesifisiä muutoksia dementiasyndroomasta riippuen. Dementiaa sairastavalla on tapahtunut selvä heikentyminen sosiaalisessa ja ammatillisessa toiminnassaan. Muistitutkimuksissa on havaittavissa selvää alentumaa taudin vaiheesta riippuen. (Soininen & Hänninen 2006, 88.)

Muistihäiriöt ja dementia ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Vuosittain yli 13 000 yli 64-vuotiasta suomalaisista sairastuu dementoivaan sairauteen. Lisäksi muistisairaita, jotka ovat vielä työikäisiä, arvioidaan olevan 5000–7000. Muistisairaudet eivät siis ole ainoastaan iäkkäiden, vaan myös yhtäläillä työikäisten ihmisten sairaus.

Kaikista Suomen sosiaali- ja terveystalouden menoista vuonna 2004 kului 6 % muistisairauksien hoitoon. Rahallisesti tämä tekee 51,8 miljardia euroa. Yhden dementiapotilaan välttämättömiin kustannuksiin kului vuodessa 24 000 euroa. Laitoshoidon osuus kokonaissummasta oli 85 %. Tutkimustyöhön käytettiin edellä mainitusta summasta vain n. 1 %. (Erkinjuntti & Koivisto 2006, 53; Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo, & Erkinjuntti. 2008, 9; Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7 [Viitattu 16.9.2012].)

2.2 Muistisairauksien diagnosointi ja tutkimukset

Sekä itse sairastunut että yhteiskunta hyötyvät varhaisesta diagnosoinnista. Muistisairauksien kohdalla varhainen diagnoosi on tärkeää, koska sairauden etenemistä voidaan siksi tehokkaasti hidastaa. Tämän ansiosta muistisairas voi pysyä pidempään toimintakykyisenä. Toimintakykyisen ihmisen elämänlaatu on parempaa. Tällöin myöskään kansantaloudellinen rasitus ei ole niin suuri.

Dementian hoidossa kustannuksista vastaa potilas, omainen ja yhteiskunta. Kustannukset jakautuvat maksettavaksi eri tavoin dementian eri vaiheissa. Jos muistisairaus saataisiin diagnosoitua ajoissa ja edes viisi prosenttia laitoshoidossa olevista potilaista olisi avohoidossa, säästäisi Suomi vuonna 2004 tehdyn tutkimuksen mukaan 66 miljoonaa euroa vuodessa. (Erkinjuntti & Koivisto 2006, 53, 55; Viramo & Frey 2006, 40; Suhonen ym. 2008, 9; Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 8 [Viitattu 16.9.2012].)

Varhaisen taudinmäärityksen keinoja ovat oikea diagnoosi ja oikeanlainen hoito. Niiden tavoitteena on kohentaa sairastuneen tilaa ja estää sen huonontuminen. Lääkehoito kohdennetaan diagnoosin mukaan joko oheissairauksien ja toissijaisesti heikentävien tekijöiden hoitoon. Itse sairauden tai aivomuutosten etenemistä pyritään hidastamaan, silloin taudin lievin vaihe pitenee.

Sairastuneelle tulee järjestää yksilöllistä kuntoutusta. Hänelle tulee tehdä palvelusuunnitelma. Suunnitelma sisältää varhaisen kohdennetun ohjauksen, neuvonnan ja sopeutumisvalmennuksen. Tällä pidennetään sairastuneen kotonaselviytymisaikaa. Kuntoutuksella pyritään siirtämään laitoshoidon tarvetta myöhemmäksi. Myös omaista tuetaan muistisairaana hoidossa jatkuvasti erilaisin tukimenetelmin. Tämä toiminta takaa myös sairastuneelle oikea-aikaiset tukitoimet. (Erkinjuntti & Koivisto 2006, 55, 58.)

Oikeatmuistitutkimukset ovat tärkeitä diagnosoitaessa muistisairautta. Hoitotulokset ovat sitä parempia, mitä nopeammin ongelmiin puututaan. Potilaan älyllistä toimintakykyä kartoitetaan erilaisin perusterveydenhuollossa tehtävin testein ja haastatteluin. Läheisten haastattelu, etenkin taudin alkuvaiheessa, on erittäin tärkeää. Läheisen huomioidut potilaan muistamattomuudesta ovat usein hyvin tarkkoja.

(Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006a, 60; Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2009, 56, 72.)

Mini-Mental State Examination, MMSE on yleisin seulontatesti terveyskeskuksissa ja hoitolaitoksissa. Se sisältää muistiin, keskittymiseen, hahmottamiseen sekä aikaan ja paikkaan orientoitumiseen liittyviä arvioivia tehtäviä. Muun muassa viivästettyä mieleenpalauttamista testataan tällä MMSE -testillä. Tämän testin maksimipistemäärä on 30. CERAD, Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease on kognitiivinen tehtäväsarja. CERAD-tehtäväsarjan tehtävät arvioivat nimeämistä, hahmottamista, toiminnan ohjausta, kielellistä sujuvuutta sekä välitöntä ja viivästettyä muistia. Muistiseula-tutkimus perustuu CERAD-tehtäväsarjaan. Se eroaa CERAD:ista siten, että siinä on korostettu muistitehtävien osuutta. (Erkinjuntti ym. 2006b, 50; Erkinjuntti ym. 2009, 56–58, 60–61, 64.)

Arkiselviytymisen, Activities of Daily Living – ADL, ja omatoimisuuden arviointi ovat erittäin tärkeä osa perusselvityksiä. Selvityksissä kiinnitetään huomiota perustoiminnoissa selviytymiseen, kuten esimerkiksi peseytymiseen, wc:ssä käyntiin sekä kodissa liikkumiseen. Myös monimutkaisemmista toimista selviytyminen kuuluu arkiselviytymisen ja omatoimisuuden arviointiin. Monimutkaisempia toimia ovat esimerkiksi ruoan valmistus ja pyykinpesu. Myös ammatillisiin ja sosiaalisiin taitoihin kiinnitetään jatkuvasti huomiota. (Erkinjuntti ym. 2009, 65–66.)

Älyllisen toimintakyvyn heikentymisen haittaa voidaan arvioida CDR-testillä, Clinical Dementia Rating. Alzheimerin taudin etenemistä ja vaikeusastetta arvioidaan GDS-testillä, Global Deterioration Scale. (Erkinjuntti ym. 2006a, 60.)

MMSE, CERAD ja ADL ovat kaikki testejä, joita niihin perehtynyt hoitaja pystyy tekemään asiakkaalle tai potilaalle. Näiden testien tulosten perusteella on mahdollista järjestää jatkotutkimuksia tarpeen mukaan.

Jos muistisairaus todetaan, vastaa potilaan jatkotutkimuksista geriatri ja neurologi. Potilaalle tehdään mielialatekijöiden kartoitus jossa tutkitaan, onko potilas esimerkiksi masentunut tai aggressiivinen. Statustutkimuksessa potilaalle tehdään yleinen ja neurologinen kliininen perustutkimus. Potilaalta mitataan verenpaine sekä

hänen keuhkonsa ja sydämensä tutkitaan. Neurologinen kliininen perustutkimus sisältää esimerkiksi puolierojen tutkimisen. Jos potilaalle on ilmaantunut jotain ekstrapyramidaalioireita, kuten vapinaa tai liikkeiden hitautta, tutkitaan myös niitä. (Erkinjuntti ym. 2006a, 60–61; Erkinjuntti ym. 2009, 68.)

Muistisairautta epäiltäessä tehdään peruslaboratoriotutkimukset, joiden tarkoituksena on poissulkea muut mahdolliset muistihäiriöiden aiheuttajat. Peruslaboratoriotutkimuksiin kuuluvat perusverenkuva, kalium, natrium, kalsium, tyreotropiini, B12-vitamiini, kreatiniini sekä maksaentsyymi ALAT. Usein tutkitaan myös kolesteroli, verensokeri, homokysteiini sekä foolihappo. (Erkinjuntti ym. 2006a, 62–63; Erkinjuntti ym. 2009, 69.)

Yksi muistitutkimuksien keino on aivojen kuvantaminen. Potilaalle tehdään magneettikuvaus tai tietokonetomografia. Magneettikuvausta käytetään nykyään ensisijaisena kuvantamismenetelmänä, sillä se on tarkempi kuin tietokonetomografia. Magneettikuvasta voi havaita esimerkiksi hippokampuksen sekä entorinaalisen kuorikerroksen surkastumisen. Se on yleistä Alzheimerin taudissa. Aivojen erityiskuvauksina suoritetaan toiminnallisia aivokuvauksia, joista on apua selvittäessä valikoitujen muistihäiriöiden syytä. (Erkinjuntti ym. 2006a, 63; Erkinjuntti ym. 2009, 70,72.)

Potilaalle tehdään neuropsykologinen tutkimus silloin, kun tarvitaan työkyky- tai kuntoutusarviota. Tämä tehdään erityisesti silloin, jos kyseessä on nuori ja korkeasti koulutettu henkilö. Jos potilaan oireet ovat lieviä, hänelle tehdään neuropsykologinen tutkimus. Sen avulla voidaan muun muassa erotella dementia ja masennus. Tutkimuksella arvioidaan kognitiiviseen suoriutumiseen vaikuttavia yleisiä tekijöitä, kuten tarkkaavuutta ja keskittymistä sekä kognitiivisia toiminta-alueita. Niitä ovat muun muassa muisti ja päättely. Neuropsykologinen tutkimus kartoittaa potilaan psyykkisen tilanteen. (Erkinjuntti ym. 2009, 71; Erkinjuntti ym. 2006a, 64.)

Selkäydinnesteestä saadaan mitattua merkkiaineita, esimerkiksi Alzheimerin taudissa on likvorista havaittavissa kokonaisproteiinipitoisuuden normaalia suurempi määrä. (Erkinjuntti ym. 2009, 72.)

2.3 Yleisimmät muistisairaudet ja niiden hoito

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava tauti. Se etenee tyypillisissä vaiheissa. Alzheimerin taudin esiintyvyys kasvaa iän myötä ja se on joka ikäryhmässä yleisempi naisilla kuin miehillä. Tauti etenee hitaasti ja tasaisesti, kun selektiiviset aivoalueet ja neurokemialliset järjestelmät vaurioituvat. Taudin etenemisnopeutta ei voida kuitenkaan ennustaa, sillä tutkimustulokset ovat niin vaihtelevia. Alzheimerin taudin keskimääräisen kokonaiskeston on tutkittu olevan 10–12 vuotta. Alzheimerin tauti antaa ensimmäisiä oireita vasta, kun aivomuutoksissa on ylittetty tietty taso. Tautiin sairastuneiden keski-ikä on 40–90 vuotta. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 126–129, 144; Erkinjuntti ym. 2009, 101–102; Viramo & Sulkava 2006, 27, 31; Alhainen 2001, 30; Erkinjuntti 10.5.2010.)

Alzheimerin taudin eteneminen on havaittavissa aivoissa tapahtuvasta hermosolukadosta. Hermosolut tarvitsevat asetyylikoliini-välittäjäainetta, joka taudin edetessä vähenee huomattavasti. Ensimmäiset muutokset tapahtuvat sisemmässä ohimolohkossa, jolloin on kyse Alzheimerin taudin lievästä dementiaasta. (Alhainen 2001, 28; Erkinjuntti ym. 2006b, 82.)

Alzheimerin tauti esiintyy suurimmalla osalla aluksi oireettomana. Tämä vaihe kestää noin 2-4 vuotta. Oireita alkaa kuitenkin nopeasti ilmetä lievinä. Lievässä Alzheimerin tautiin liittyvässä dementiaassa oireet alkavat oppimisvaikeuksilla ja muistihäiriöillä, sillä ensimmäiset muutokset aivoissa tapahtuvat muistitoimintojen kannalta keskeisimmille alueille. Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa voidaan todeta kielellisen muistin heikkenemistä sekä asioiden unohtelua. Myös opitun asian viivästetty mieleenpalauttaminen heikentyy selvästi. Potilaat itse kuvaavat oloaan hitaaksi, eksyneeksi sekä tyhjäksi. Lievä vaihe kestää keskimääräisesti noin 3-7 vuotta. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 131–132; Erkinjuntti ym. 2006b, 86; Sørensen, Waldorff, Waldemar 2008, 288.)

Muut kognitiiviset oireet lisääntyvät jatkuvasti taudin edetessä. Kognitiivisia toimintoja ovat tarkkaavaisuus, havaitseminen, muisti, ajattelu, kieli ja oppiminen. Kognitiivisista toiminnoista etenkin kielellinen ilmaisu, havaintotoiminnot sekä sanojen

löytäminen ja nimeäminen heikkenevät. Kun tauti etenee, vaikeutuu sitä myötä selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista. Ruoanvalmistus sekä rahankäyttö ja taloudellisten asioiden hoito yleensäkin vaikeutuvat. Myös vieraassa ympäristössä toimiminen vaikeutuu. Oireiden edetessä sosiaalisissa tilanteissa toimiminen vaikeutuu, sillä tauti tuo mukanaan aloite- ja keskittymiskyvyttömyyttä. Taudin edetessä myös käytösoireita alkaa ilmaantua. Yleisimpiä käytösoireita ovat lisääntynyt ärtyisyys, tunne-elämän latistuminen sekä masennus. Tyypillistä on myös paranoidinen ajattelu, josta esimerkkinä varastamisepäluulot. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 130, 132, 136–137.)

Alzheimerin taudin edetessä keskivaikeaksi dementiaksi, häviää sairaudentunto merkittävästi. Keskivaikean muodon on arvioitu kestävän 2-4 vuotta. Asioiden toistelu lisääntyy sekä lähimuisti heikentyy entisestään. Keskittymiskyky alkaa olla erittäin heikko, jolloin tavallinenkin keskustelu tuottaa suuria vaikeuksia. Tutuissakin ympäristöissä alkaa tapahtua eksymistä, sillä paikkojen ja kasvojen hahmottaminen häiriintyy. Sairastunut ei välttämättä tunnista enää omia kasvojaankaan, joka voi johtaa omalle peilikuvalleen keskustelemiseen sekä oma koti saattaa vaikuttaa vieraalta paikalta. Hahmotushäiriöiden vuoksi viimeistään tässä taudin vaiheessa on luovuttava ajokortista. Myös lääkehoito vaikuttaa hahmotuskykyyn. Sairastunut tarvitsee kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan apua, kuten esimerkiksi pukeutumisessa ja hygienianhoidossa. Tässä Alzheimerin taudin vaiheessa sairastunut ei pärjää enää yksin kotonaan. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 137–138; Erkinjuntti ym. 2006b, 87; Erkinjuntti ym. 2009, 106.)

Sairastuneen persoonallisuus on keskivaikeassa vaiheessa vielä suhteellisen hyvin säilynyt, mutta käytösoireet lisääntyvät jatkuvasti. Tässä taudin vaiheessa alkaa osalle kehittyä myös jähmeyttä, kasvojen ilmeettömyyttä sekä liikkeiden hitautta. Myös esineiden liikkeen seuraaminen silmillä tuottaa vaikeuksia. Kuitenkin somaattiset oireet keskivaikeassa Alzheimerin tautiin liittyvässä dementiassa ovat hyvin vähäisiä. Sairastunut ei enää itse koe olevansa sairas. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 138; Erkinjuntti ym. 2006b, 88.)

Sairauden muututtua vaikeaksi Alzheimerin tautiin liittyväksi dementiaksi alkaa

sairastuneen uni-valverytmi hävitä. Sairastunut tarvitsee apua ja ohjausta jokaisessa perustoiminnossa sekä hänen käytösoireensa ovat moninaisia. Sairastunut ei tunnista enää hänelle läheisiä ihmisiä. Muisti ei toimi enää kuin satunnaisesti ja puheen tuotto sekä puheen ymmärtäminen ovat hyvin vähäistä. Vaikean vaiheen eli loppuvaiheen pituudeksi on arvioitu 1-5 vuotta. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 138; Erkinjuntti ym. 2006b, 89.)

Somaattiset oireet alkavat lisääntyä. Esimerkiksi jäähmyteen liittyvät häiriöt aiheuttavat kaatuilua ja vaikeuttavat liikkeellelähtöä, sillä jalat eivät enää tottele. Tässä taudin vaiheessa sairastunutta ei voi enää jättää yksin. Vaikean Alzheimerin tautiin liittyvän demencian vaiheessa sairastuneelle ilmaantuu primaariheijasteita, kuten esimerkiksi tarttumisrefleksi sekä imemisrefleksi. Tässä vaiheessa sairastuneella alkaa myös esiintyä säpsähtelyä ja epileptisiä kohtauksia. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa sairastuneella on enää vain vähäisiä toimintoja. Raajat jäykistyvät, kävely- ja pidätyskyky menetetään. Sairastunutta syötetään ja hän on muutoinkin täysin autettava. Alzheimerin tautiin sairastuneen nielemiskyky säilyy pitkään muiden perustoimintojen hävittyä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 139; Erkinjuntti ym. 2006b, 89; Erkinjuntti ym. 2009, 107.)

Alzheimerin tautiin sairastunut pärjää yksin kotona pitkäänkin, mutta tulee ajan myötä tarvitsemaan apua, ohjausta ja valvontaa päivittäisissä toimissaan. Lopuksi taudin oireiden pahennuttua on edessä väistämättä laitoshoido. Toimintakyky Alzheimerin taudissa heikkenee vastakkaisessa järjestyksessä kuin se kasvavalla lapsella kehittyy. Kuitenkaan Alzheimerin tautia sairastava ei muutu täysin lapseksi, vaan hän säilyttää iän tuoman arvokkuuden sekä elämänsähistoriansa. (Alhainen 2001, 31; Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 130, 134.)

Alzheimerin tauti on haasteellista diagnosoida. Alzheimerin tautiin sairastunut hakeutuu hoitoon useimmiten läheisen tai jonkun muun ulkopuolisen aloitteesta. Sairastunut itse usein vähättelee oireitaan sekä peittelee muistamattomuuttaan, vaikka olisikin tiedostanut, että kaikki ei ole kunnossa. Läheinen useimmiten on huomannut oireet ja niiden pahenemisen jo kauan ennen hoitoon hakeutumista. (Alhainen 2001, 30; Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 135.)

Alzheimerin tautia tukevia löydöksiä ovat pahenevat kognition osa-alueiden häiriöt, päivittäisen toimintakyvyn heikkeneminen, käytöshäiriöt sekä suvussa esiintyvä Alzheimerin tauti. Alzheimerin tautia tukevia löydöksiä ovat myös laboratorioko-keissa tehtävien veri- ja selkäydinnestetutkimuksien poikkeamattomuus, EEG:n sekä tietokonetomografian normaalius. Tietokonetomografiassa aivoatrofia kuitenkin lisääntyy seurannassa sekä EEG:ssa tulee esille perustoiminnan hidastumi-
nen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 140–142.)

Alzheimerin tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta sen etenemistä voidaan hidastaa. Hyviä tuloksia taudin etenemisen hidastumiseen on saavutettu varhaisella diagnoosilla sekä lääkehoidon aloittamisella. Lääkehoito suunnitellaan jokaiselle sairastuneelle yksilöllisesti. Hoidolla pyritään lykkäämään laitoshoidon mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen, joten myös oheissairauksien hoito on tärkeää. Lääkkeetön hoito on myös eräs Alzheimerin taudin hoitokeinoista. Se on tärkeää muistaa lääkehoidon rinnalla. (Erkinjuntti ym. 2006a, 92, 97–99, 101; Erkinjuntti ym. 2009, 97–109; Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 107.)

Alzheimerin taudin ennusteessa lievää Alzheimerin taudin dementiaa sairastavat siirtyvät keskimääräisesti kolmen vuoden kuluessa vaikeampiin dementiavaiheisiin. Sairastuneista 75 % on viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta joutunut laitoshoidon. Elinaika oireiden alkamisesta laskien vaihtelee yksilöittäin 2–16 vuoteen. Kuolleisuus Alzheimerin taudin dementiaa sairastavilla on 1,5-kertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattaessa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 144.)

Parkinsonin tautia esiintyy keski-ikäisillä ja vanhuksilla. Puolet sairastuneista on työikäisiä. Parkinsonin taudin syytä ei ole vielä löydetty. Taudin oireet aiheutuvat väliaivoissa tapahtuvasta hermoston mustatumakkeen solujen hitaasta tuhoutumisesta. Se johtaa dopamiinin puutteeseen. Dopamiini on hormoni, joka toimii keskushermoston välittäjäaineena. Riskiä sairastua Parkinsonin tautiin lisäävät kohonnut verenpaine, veren kolesterolipitoisuus sekä diabetes. (Rinne 2006b, 176–177; Aho 2000, 120; Erkinjuntti ym. 2009, 150.)

Parkinsonin taudin alkuvaiheessa dementia on harvinaista, mutta kuitenkin taudin edetessä sen on havaittu kehittyvän jopa 80 %:lle sairastuneista. Dementoituminen Parkinsonin taudissa on noin kuusinkertainen terveeseen verrattuna. Parkinsonin tauti on hitaasti alkava sairaus, jonka oireetlisääntyvät ajan kuluessa. Taudin tarkkaa alkamisajankohtaa on yleensä mahdotonta selvittää. Sairauden alkaessa oireita on havaittavissa vain toisella puolella kehoa, mutta ajan myötä oireet muuttuvat molemminpuolisiksi. (Aho 2000, 12; Rinne 2006b, 177.)

Yleisimmät Parkinsonin taudin oireet ovat väsymys, lepovapina, lihasjäykkyys ja toimintanopeuden hidastuminen. Keskushermoston välittäjäaineen, dopamiinin, tuotannon väheneminen aiheuttaa liikehäiriöt. Lihasjäykkyys tulee esiin kävelystä: askel lyhenee, myötäliikkeet jäävät pois ja kävely on kaikin puolin hidasta. Myös tasapainovaikeudet, autonomisen hermoston toimintahäiriöt sekä psyykkiset ja kognitiiviset oireet ovat yleisiä Parkinsonin tautiin sairastuneelle. (Aho 2000, 12; Rinne 2006b, 177; Erkinjuntti ym. 2006, 125.)

Kognitiivinen heikentyminen ja dementia on sitä yleisempää, mitä iäkkäämpi sairastunut henkilö on kyseessä. Myös vaikea motorinen haitta lisää kognitiivista heikentymistä ja dementiaa. Parkinsonin taudin kognitiivisia oireita ovat muistin sekä avaruudellisen hahmottamisen vaikeudet. Muisti heikkenee jo hyvin varhaisessa sairastumisen vaiheessa. Myös kognitiivinen joustavuus vähenee eli sairastuneen on vaikea muuttaa tai ylläpitää omia toimintatapojaan. (Rinne 2006b, 177.)

Lähes puolet Parkinsonin tautiin sairastuneista ovat masentuneita. Masennus vaikeuttaa kognitiivisten oireiden tutkimista, sillä se aiheuttaa samankaltaisia oireita. Masennus ja Parkinsonin tauti ovat kuitenkin eroteltavissa tehokkaasti Parkinsonin taudin hallitsevien motoristen oireiden vuoksi. (Rinne 2006b, 177.)

Aivojen dopamiinitoimintaa kuvastavat tutkimukset ovat yksi diagnosointimenetelmä Parkinsonin taudissa. Se on tehokas myös erotusdiagnostiikassa. Parkinsonin tautiin sairastuneen aivomagneettikuvat ovat useimmiten täysin normaalit. Aivojen toiminnallisissa kuvauksissa on kuitenkin havaittavissa häiriötä verenvirtauksessa ja metaboliassa aivojen frontaalialueella. Samalla aivoalueella on häiriötä myös

Alzheimerin taudissa. Mikroskooppitutkimuksessa on nähtävissä hermosolukato. Biokemialliset kokeet osoittavat, että Parkinsonin taudissa esiintyvät kognitiiviset oireet liittyvät muutoksiin aivojen hormonitoiminnassa. (Rinne 2006b, 178.)

Erotusdiagnostisesti tärkeimmät sairaudet ovat Lewyn kappale -dementia, vaskulaarinen dementia sekä Alzheimerin tauti. Oikeilla tutkimuksilla ja löydöksillä Parkinsonin tauti saadaan tehokkaasti eroteltua muista samankaltaisista sairauksista. (Rinne 2006b, 178.)

Parkinsonin taudissa hoitona käytetään motoristen oireiden helpottamiseksi dopamiinivalmisteita sekä dopamiinia hajottavien entsyymien estäjiä. Tunnetuin Parkinsonin taudin lääkkeitä on Levodopa. Asetyylikoliiniesteraasin rivastigmiiniin, jota käytetään myös Alzheimer-lääkkeenä, on huomattu antavan hyvän vasteen Parkinson-dementiassa käytösoireisiin, kognitioon sekä päivittäisiin toimintoihin. Rivastigmiinia käytetään Parkinsonin taudin lievän tai keskivaikean dementian hoidossa. Lääkkeetön hoitomuoto korostuu Parkinsonin taudin hoidossa. Säännöllisellä liikunnalla on positiivinen vaikutus henkisen suorituskyvyn ylläpitoon ja heikentymiseen. (Rinne 2006b, 179; Erkinjuntti ym. 2006, 104, 125–126; Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 112.)

Parkinsonin tauti on etenevä sairaus. Sen ennusteessa oireet lisääntyvät ajan myötä, mutta ne eivät lisäänty äkillisesti. Parkinsonin taudin edetessä dementoitumisen on tutkittu olevan yleistä. Kuitenkin merkittävät negatiiviset muutokset tiedonkäsittelyssä ovat havaittavissa vasta taudin myöhäisemmässä vaiheessa. Lääkehoito ei pysäytä tautia, mutta oikean lääkehoidon ansiosta taudin etenemistä saadaan kuitenkin hidastettua huomattavasti. (Aho 2000, 120–121; Erkinjuntti ym. 2006a, 125.)

Vaskulaariset dementiat voidaan jakaa iskeemisiin, kuten kortikaalisiin ja subkortikaalisiin vaskulaarisiin dementioihin ja aivoverenvuotoihin. Subkortikaalisessa vaskulaarisessa dementiassa, joka on yleisin, ovat vauriot aivokuorenlaisia. Kortikaalisessa vaskulaarisessa dementiassa vauriot ovat aivokuorella. Kortikaalisessa vaskulaarisessa dementiassa ja subkortikaalisessa vaskulaarisessa demen-

tiassa vauriot ovat muun muassa iskeemisiä, hapenpuutteen aiheuttamia aivovaurioita. Tällaiset vauriot ovat tyypillisiä esimerkiksi sydänpysähdyksen seurauksena. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 149–150; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 75; Juva 2011, 139.)

Vaskulaarinen dementia syntyy, kun aivojen verenkiertohäiriön seurauksena aivokudos vaurioituu. Subkortikaalisessa vaskulaarisessa dementiaassa veren virtaus vaikeutuu. Happipitoisen veren puute aiheuttaa vaurioita. Tämä aiheuttaa keskivaikeita ja vaikeita muistisairauksia. Riskitekijöitä vaskulaariseen dementiaan sairastumiselle ovat aivoverenkiertohäiriöille altistavat tekijät kuten diabetes ja sydänsairaudet. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 147; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 74, Juva 2011, 139, 141–142.)

Oireet vaskulaarisessa dementiaassa ovat riippuvaisia siitä, missä verenkiertohäiriön aiheuttama vaurio aivoissa sijaitsee. Subkortikaalisessa vaskulaarisessa dementiaassa oireet ilmaantuvat pikkuhiljaa ja pahenevat tasaisesti. Toisaalta oireet voivat myös alkaa nopeasti ja edetä epätasaisesti. Kortikaalinen vaskulaarinen dementia voi alkaa muutamassa päivässä, jopa tunneissa ja sen pahentuminen etenee epätasaisesti. Vaskulaarisen dementian alku voidaan usein määrittää oireiden perusteella. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 152.)

Sairastuneen vointi on vaihtelevaa, välillä tila paranee ja välillä huononee. Vaihtelut saattavat tapahtua nopeasti. Sairastuneella esimerkiksi suunnitelmallisuus ja järjestelmällisyys vähenevät ja niitä on vaikea toteuttaa. Sairaalla voi esiintyä näköhäiriöitä: esimerkiksi kahtena näkemistä. Persoonallisuudessa ja mielialassa on muutoksia, sairastunut ymmärtää tilanteensa, toisin kuin esimerkiksi Alzheimeriin sairastunut: Tämäkin osaltaan aiheuttaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta potilaassa. Subkortikaalisessa vaskulaarisessa dementiaassa virtsaamisen tarve tiheenee ja inkontinenssia esiintyy. Liikkuminen muuttuu vaikeammaksi: on kömpelyyttä ja halvausoireita. Kortikaalisessa vaskulaarisessa dementiaassa esiintyy puheen häiriöitä, näkökenttämuutoksia ja halvausoireita: Halvausoireista yleinen on esimerkiksi suupielen roikkuminen. Sairastuneella esiintyy myös kömpelyyttä ja esi-

neiden ja asioiden hahmottaminen on vaikeaa. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 151–152; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 76; Juva 2011, 141–142.)

Vaskulaarinen dementia voidaan todeta aivojen magneettikuvauksessa, Se on tärkeä tapa vaskulaarisen dementian diagnosoinnissa. Magneettikuvassa voidaan nähdä iskeemiset muutokset tai lakunaari-infarktut, kun kyse on subkortikaalisesta vaskulaarisesta dementiasta. Lakunaari-infarktut ovat syvällä aivoissa sijaitsevia pieniä infarkteja. Laboratoriotutkimuksissa ei muutoksia löydy. Vaskulaarisen dementian diagnosoinnissa on tärkeää huomioida Alzheimerin taudin mahdollisuus, sillä vaskulaarinen dementia esiintyy harvoin yksin. Tällöin voidaan myös hoitaa mahdollista Alzheimerin tautia ja sen oireita. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 146, 153; Juva 2011, 142.)

Hoitona subkortikaalisessa vaskulaarisessa dementiassa hoitona ovat verenkiertoa parantavat lääkkeet, kuten esimerkiksi asetyyliisalisyylihappo. Tärkeintä on kuitenkin hoitaa vaskulaariselle dementialle altistavat riskitekijät. Kortikaalisessa vaskulaarisessa dementiassa tärkeää on antikoagulanttihoidolla ehkäistä embolioiden syntymistä. (Juva 2011, 141–142.)

Lewyn kappale -taudin aiheuttajaa ei tiedetä, eikä myöskään taudille altistavia riskitekijöitä. Perinnöllinen Lewyn kappale -tauti ei kuitenkaan ole. Lewyn kappale -tauti kuuluu degeneratiivisiin muistisairauksiin. Sen yhteydessä voi esiintyä myös jokin toinen muistisairaus, kuten Alzheimerin tauti. Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin muistisairaus ja toiseksi yleisin degeneratiivinen muistisairaus. (Erkinjuntti ym. 2009, 142; Juva 2011, 133–134; Rinne 2006a, 163.)

Oireiden esiintyminen ja sairastuneen tila voi vaihdella päivittäin, jopa tunneittain. Oireet ovat Lewyn kappale -taudissa Parkinsonin taudin tyylisiä, kuten esimerkiksi jäykkyyttä ja hitautta. Käytöksessä ja älyllisessä toiminnassa esiintyy häiriöitä ja älyllinen toimintakyky laskee erityisesti silloin, kun henkilö on väsynyt. Hahmottamisen vaikeutta esiintyy, mikä muistitutkimuksissa tulee ilmi esimerkiksi kellotesissä. Testissä piirretään kellotaulu viisareineen ja numeroineen. Lähimuisti ja oppimiskyky saattavat kuitenkin säilyä. Lauseet lyhenevät, puhe on hidasta ja sanat

katoavat. Vaikka sanat katoavat, saattaa henkilön ymmärrys säilyä. Sairastunut näkee harhoja, joita pystyy kuvailemaan erittäin tarkkaan. Tyypillistä Lewyn kappale -tautia sairastavalle on matala verenpaine, joka osaltaan aiheuttaa äkilliset kaatumiset ja pyörtymiset, jopa äkillisen tajuttomuuden. Myös harhaluuloisuus ja masennus ovat tyypillisiä oireita sekä REM-unen aikaiset käytösoireet. (Rinne 2006a, 164; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 91; Juva 2011, 134–135.)

Lewyn kappale -tauti diagnosoidaan oireiden perusteella. Esimerkiksi magneettikuva aivoista ei anna viitteitä Lewyn kappale -taudista, vaan mahdollisesti sen liksänä esiintyvistä toisesta muistisairaudesta, kuten esimerkiksi Alzheimerin taudista. Patologisissa tutkimuksissa voidaan hermosoluista löytää Lewyn kappaleita. (Rinne 2006a, 165; Juva 2011, 135–137.)

Hoitona Lewyn kappale -taudissa käytetään lääkkeitä, muistilääkkeitä ja tilanteesta riippuen psykoosilääkkeitä harhoihin. Psykoosilääkkeet kuitenkin saattavat Lewyn kappale -tautia sairastavalle aiheuttaa voimakkaita sivuvaikutuksia, koska tautia sairastavat ovat erittäin herkkiä niille. Psykoosilääkkeiden aloitus on tärkeää tehdä pieninä annoksina ja lisäys tehdä pienin annoksin. Lääkkeiden lisäksi hoidossa käytetään fysioterapiaa, muun muassa erilaisia tasapaino- ja rentoutusharjoituksia. Tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Lääkkeillä on tarkoitus helpottaa oireita ja parantaa elämänlaatua. (Rinne 2006a, 168; Erkinjuntti ym. 2009, 143; Juva 2011, 136–137.)

3 MUISTINEUVOLA

Muistineuvola on paikka, jossa muistisairaus voidaan diagnosoida. Siellä muistisairaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan sisältyy mm. ohjausta ja neuvontaa, niin muistineuvolan asiakkaalle itselle kuin hänen läheisilleenkin. Muistineuvolassa työskentelee muistihoitaja yhdessä lääkärin kanssa. Muistihoitaja on terveydenhuollon ammattilainen, joka on perehtynyt muistisairauksiin. Suomessa on useita muistineuvoloita, mutta tässä opinnäytetyössä esitellään niistä vain Seinäjoen muistineuvola. (Käypä hoito -suositus [viitattu 15.4.2012]; Suhonen ym. 2008, 10.)

Ihmisten tietämys muistisairauksista on lisääntynyt ja lisääntyy koko ajan. Silti näihin sairauksiin liittyy edelleenkin negatiivisia asenteita. Suomen Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on asettanut Kansallisen muistiohjelman 2012–2020 [Viitattu 16.9.2012] tavoitteeksi asenteiden muuttumisen myönteisemmiksi. Työryhmä on ehdottanut yhdeksi toimenpiteeksi tämän tavoitteen toteutumiseksi, että kunnat ja sairaanhoitopiirit vastaavat koko muistisairaahan hoitoketjun ajan hoitokuun toteutumisesta. Kansallisen muistiohjelman lisätavoitteina ovat muun muassa muistisairauksien tunnistaminen ja sellaisten henkilöiden ohjaaminen muistitutkimuksiin, joilla epäillään muistisairautta.

Muistineuvola on yksi osa muistisairaahan hoitoketjua. Muistineuvoloiden moniammatillisen työryhmän tehtävänä on muun muassa tehdä muistisairaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 10–11, 13 [Viitattu 16.9.2012].)

3.1 Ennaltaehkäisevä ja ylläpitävä hoitotyö

Muistineuvolatoiminta on osa muistisairauksien etenemistä ennaltaehkäisevää työtä. Muistineuvolassa toteutuu sairauden varhainen toteaminen. Muistisairauksien lisääntyneen diagnosoinnin vuoksi sairauksien ennaltaehkäisevä työ korostuu. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen on ikääntyneelle henkilölle tärkeää. Ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn ylläpito tai lisääminen korostuu

vat jokapäiväisessä hoitotyössä. Tämä tapahtuu huomioimalla ihmisen yksilöllisiä tarpeita. On tärkeää pyrkiä ylläpitämään myös dementoituvan ihmisen toimintakykyä käyttämällä hänen olemassa olevia voimavaroja sekä huomioida hänen etenevä sairautensa. (Eloranta & Punkanen 2008, 41, 125.)

Ennaltaehkäiseviä henkisiä ja sosiaalisia toimintakykyä ylläpitäviä ja lisääviä toimia ovat osallistuminen erilaisiin yhteistoimintoihin: päiväkeskustoiminta, vertaisryhmät sekä erilaisten järjestöjen toiminta ja palvelut. Fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä ja lisääviä asioita ja toimia ovat muun muassa erilaiset apuvälineet, esteetön liikkuminen kotona, erilaiset liikuntaryhmät sekä hoitajan kuntouttava työote. Kotona asumista tuetaan erilaisin palveluin, joita ovat esimerkiksi omaishoidon tukeminen, vuorohoito, erilaiset tukipalvelut sekä kotihoito. (Häkkinen & Holma 2004, 20–21; Eloranta & Punkanen 2008, 64, 76–77.)

Muistisairauksiin ei tällä hetkellä ole minkäänlaista parantavaa lääkehoitoa, joten muistisairauksien ennaltaehkäisy muodostuu tärkeäksi. Tärkein osa ennaltaehkäisevää työtä on terveyttä edistävä ja sairauksia ehkäisevä toiminta. Tällaista toimintaa ovat muun muassa lääkärintarkastukset, vanhusneuvolat sekä erilaiset hoitajan tekemät terveystarkastukset, joiden lisäksi arjessa liikunta ja sosiaaliset suhteet. Esimerkiksi Alzheimerin taudin puhkeamista voidaan lykätä jopa usealla vuodella, mikäli jo aiemmin mainittuihin taudin riskitekijöihin puututaan tarpeeksi aikaisessa vaiheessa. (Häkkinen & Holma 2004, 20–21; Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7-8.)

3.2 Seinäjoen muistineuvolatoiminnan historiaa

Tässä esiteltävä muistihoitajan haastattelu kuvataan tarkemmin sivulla 30. Seinäjoelle perustettiin Seinäjoen Seudun Dementiayhdistys Ry vuonna 1987. Sen nimi vaihtui vuonna 2009 nykyiseksi Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry:ksi. Tammi-kuun 1. päivänä vuonna 1999 toimintansa aloittivat alueelliset muistikeskukset. (Muistiyhdistys [Viitattu 12.4.2012].)

”Son kaikki kotia päin” -hankkeen myötä saatiin Seinäjoelle ensimmäinen muistihoitaja. Hankkeessa olivat alun perin mukana muun muassa Seinäjoen kaupunki ja Muistiyhdistys Ry. Vuonna 2003 mukaan tuli myös osa Seinäjoen terveyskeskusta. (Kuruhela 2012.)

Ensimmäinen muistihoitaja oli terveydenhoitaja. Hän toimi terveyskeskuksen vuodeosastolla käyttäen puolet virka-ajastaan muistihoitajan työhön. Muistihoitajan tehtävänä oli muistisairaahan tunnistaminen. (Välimäki 2012.)

CERAD-muistitestin tulo oli tärkeä osa muistitutkimuksien kehittymistä. Sitä ennen käytössä oli ollut vain MMSE, joka on CERAD:ia huomattavasti karkeampi seula. Kun CERAD-testi 1990-luvun lopulla tuli, saatiin siitä tärkeä väline muistin tilan arvioimiseen. Näin voitiin entistä paremmin havaita hoidon tarve, samoin voitiin muistia arvioida jo ennen lääkärin vastaanottoa. (Välimäki 2012.)

Ikäkeskus-hanke alkoi vuonna 2004. Hanke siirrettiin osaksi Seinäjoen kaupungin vanhuspalveluja vuonna 2007. (Muistiyhdistys [Viitattu 12.4.2012].)

Ikäkeskuksen aloitettua toimintansa, siirtyi muistihoitaja terveyskeskuksen vuodeosastolta sinne. Aluksi muistihoitajan työ oli puolipäiväistä. Vuonna 2007 tehtävään käytettiin kokopäivän työpanos. Samana vuonna perustettiin myös geriatriin virka. (Kuruhela 2012; Välimäki 2012.)

3.3 Muistineuvolatoiminta Seinäjoella

Seinäjoella terveyskeskuksen muistineuvola toimii tällä hetkellä Ikäkeskuksessa. Muistineuvolassa työskentelee yksi muistihoitaja, koulutukseltaan terveydenhoitaja. Hänen vastuullaan ovat Seinäjoen, Ylistaron ja Nurmon alueet. Muistihoitaja työskentelee yhteistyössä geriatriin kanssa, Geriatriin vastaanotto sijaitsee Myllypuiston sairaalassa. (Kuruhela 2012.)

Muistihoitajan ja geriatriin hoidon lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat tarpeen mukaan myös mm. sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti. Muistihoitaja tekee yhteistyötä myös kotisairaanhoidon sekä fysioterapeuttien kanssa. (Kuruhela 2012.)

Muistineuvola on periaatteessa avoinna kaikille. se on kuitenkin tarkoitettu lähinnä eläkeläisille ja 65 vuotta täyttäneille. Muistihoitajan vastaanotolle voi tulla ilman lähetettä mm. terveyskeskuksesta, keskussairaalaista, yksityisvastaanotolta tai kotisairaanhoidosta. Myös kuka tahansa yksityinen ihminen voi soittaa muistihoitajalle ja kysyä itselleen tai omaiselleen aikaa vastaanotolle. Lähetettä ei siis vaadita. (Kuruhela 2012.)

Muistineuvolaan asiakkaat tulevat vastaanotolle joko yksin tai omaisen kanssa. Muistihoitajan on mahdollista tehdä myös kotikäynti, jos asiakas ei jostain syystä pysty tulemaan muistineuvolaan. Kotikäynnillä tehdään CERAD-testin sijaan vain MMSE-testi, jos muistisairaus on jo todettu. Kotikäynnillä muistihoitajan on mahdollisuus saada parempi kokonaiskäsitys asiakkaan tilanteesta ja kotonaselviytymisestä kuin vastaanotolla. (Kuruhela 2012.)

Ensimmäisellä tapaamiskerralla vastaanotolla muistihoitaja kartoittaa asiakkaan tilannetta tekemällä CERAD-testin. Kyseinen testi on suunnattu lähinnä yli 55-vuotiaille. Samalla kun testiä tehdään, käydään asiakkaan kanssa läpi hänen nykyistä elämäntilannettaan. Hoitaja kartoittaa, onko potilaalla lääkitystä, onko sairauksia, onko omaishoitajaa jne. Lisäksi tehdään GDS15 (Liite 3) eli myöhäisiän depressioseula. Tarpeen mukaan voidaan myös tehdä esimerkiksi ravintoanamneesi, mitata verensokeri ja verenpaine. (Kuruhela 2012.)

Jos muistitestiä tehdessä ei ilmene mitään poikkeavaa, käydään asiakkaan kanssa läpi erilaisia muistin huoltamiseen liittyviä asioita. Poikkeavaa voi myös ilmetä vain sen verran, ettei asiakas vielä tarvitse sen osalta lähetettä eteenpäin. Tällöin sovitaan asiakkaan kanssa uusi muistitesti 6-12 kuukauden päähän. Jokaisella kerralla kirjataan tiedot asiakkaan käynnistä. Uudella käynnillä käydään asiakkaan edellisen käyntikerran tilanne läpi. Sitä verrataan potilaan nykyiseen tilaan ja tarkastellaan mahdollisia muutoksia. (Kuruhela 2012.)

Mikäli muistitestiä tehdessä tai muistihoitajan vastaanoton yhteydessä ilmenee jotain erityistä, on muistihoitajalla edellä mainittujen testien ja mittausten lisäksi oikeus määrätä tarpeen mukaan asiakkaalle muistilaboratoriokokeet. Näistä ilmoitetaan asiakkaan lisäksi lääkärille ja omaiselle. (Kuruhela 2012.).

Jos asiakas on tullut muistihoitajan vastaanotolle läheteellä, CERAD-testin tulokset toimitetaan lähettäneelle taholle. Yksityiselle puolelle ja Seinäjoen Keskussairaalaan toimitetaan testituloksista vain kopiot. Alkuperäiset lähetetään terveyskeskukseen asiakkaan papereihin säilytettäväksi. Myös asiakas itse saa tiedon testituloksista. (Kuruhela 2012.)

Kun muistisairaus on todettu, on 6-12 kuukauden välein kontrollikäynti. Käynnillä on mukana asiakkaan omainen, joka tapaa geriatrin ensin vain yksistään. Sillä aikaa muistihoitaja tekee potilaan kanssa tarvittavat testit, minkä jälkeen potilas siirtyy geriatrin vastaanotolle. Potilaan omainen menee muistihoitajan vastaanotolle. Muistihoitaja kartoittaa omaisen kanssa mm. potilaan kotonaselviytymistä. Lopuksi kaikki; potilas, tämän omainen ja muistihoitaja tapaavat geriatrin yhdessä. (Kuruhela 2012.)

Kaikki asiakkaan tarvitsemat muistisairauksiin liittyvät lausunnot ja todistukset kirjoittaa pääasiassa geriatri. Muistihoitaja antaa neuvoja muistisairaaseen ja hänen omaisensa erilaisten sosiaalisten etuuksien osalta. Hoitaja neuvoo omaishoidon tuen hakemisessa sekä tarkistaa saavatko muistisairas ja hänen omaisensa kaikkia niitä tukia, joihin he ovat oikeutettuja. Muistisairaaseen potilaan kohdalla geriatri ottaa kantaa ajokortin uusintaan. (Kuruhela 2012.)

Asiakkaalle muistineuvolassa käynti on maksuton. Seinäjoen kaupungille tulevat kustannukset ovat terveydenhoitajalla käynnistä 44 euroa asiakasta kohti. Lääkärin vastaanoton kustannus kaupungille on 144 euroa. Nykyään muistineuvolaan osataan hakeutua. Sinne osataan ohjata hakeutumaan paremmin. Asiakkaita ohjataan sinne mm. perusterveydenhuollosta ja geriatrian poliklinikalta. (Kuruhela 2012.)

Ikäkeskuksessa on kaksi palveluneuvojaa. He tekevät kuluvan vuoden aikana kaikille 75 vuotta täyttävälle halukkaille ikätarkastuksen. Palveluneuvojat tekevät tarkastuksen vain, mikäli asiakas ei kuulu kotisairaanhoidon piiriin tai ei ole laitoshoidossa. Tätä kautta nämä 75-vuotiaat tulevat tietoisiksi muistineuvolasta ja voivat halutessaan palveluneuvojien kautta varata ajan muistihoitajalle. Kotisairaanhoidon pitää huolen omaan piiriinsä kuuluvien muistitesteistä. (Kuruhela 2012.)

Muistihoitajan pitämät luennot muistiasioista eri järjestöille saavat ihmiset pohtimaan omia tai läheistensä muistiasioita. Monet hakeutuvat sen myötä muistineuvolaan. Luentojen tavoitteena on antaa tietoa muistisairauksista ja ennaltaehkäistä niitä. Keskeinen tavoite on myös voida todeta alkava muistisairaus mahdollisimman varhain. Tavoitteena on että muistisairas pystyisi asumaan kotona mahdollisimman pitkään. (Kurhela 2012.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistihäiriöihin liittyvistä sairauksista ja niiden hoidosta sekä tuoda esiin Seinäjoen muistineuvolan toimintaa. Muistineuvolan toiminnasta tiedottamisella voidaan auttaa sairastuneita ja heidän läheisiään. Keskeisenä toimintamuotona on ennaltaehkäisevän toiminta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Seinäjoen muistineuvolatoimintaa kuvaava informaatiota ja julkaista siitä tietoa antava esite.

Opinnäytetyön tutkimustehtävä on selvittää millainen on toimiva ja informatiivinen esite muistineuvolasta.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS

Opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista tutkimusmenetelmää. Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Siinä voi olla esimerkiksi ohjeistamista ja opastamista tai toiminnan järjestämisen kuvausta. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa voi olla joko vihko tai opas, kuten meidänkin työssämme. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Opinnäytetyössä käytettiin lähteiden valintaan sisällönanalyysiä. Tutkimustehtävämme oli selvittää millainen on toimiva ja informatiivinen esite muistineuvolasta. Opinnäytetyön toteutus aloitettiin lähdemateriaalin keräämisellä. Muistineuvolatoiminnasta ja muistisairauksista haettiin tietoa niin suomeksi kuin englanniksikin. Lähteinä olivat kirjat ja lehtiartikkelit sekä Internet.

Kirjallisuutta ja artikkeleita varten teimme tietokantahakuja. Hakusanoiksi valittiin memoryclinic, muisti?, muistineuvola, muistitutkimus, muistisairaus, Alzheimer, dementia sekä hoitotyö. Käytimme kirjallisuuden ja artikkeleiden etsintään Plaria ja Nelli-portaalia. Nelli-portaalin kautta esimerkiksi hakusana ”muistineuvola” löysi 16 tulosta kotimaisista artikkeleista, joista vain kaksi tuki työtämme. Teimme myös hakuja Etelä-Pohjanmaan kirjastojen tietokannoista, jotka antoivat hyvinkin paljon tuloksia, esimerkiksi hakusanoilla Alzheimer ja dementia. Englanninkielisiä artikkeleita etsimme Cinahl-tietokannalla, josta saimme yhden lähteen työhömmme. Edellä mainittujen hakumenetelmien lisäksi käytimme Internetin hakukonetta verkkosivujen ja – julkaisujen etsinnässä. Sen avulla löytyi kolme sivustoa, joita käytimme opinnäytetyössä. Eri avainsanoilla hakuja tehtyämme huomasimme, että opinnäytetyöhömmme soveltuvaa, muistineuvolatoimintaan liittyvää tieteellistä materiaalia oli niukasti.

Opinnäytetyön alussa kuvailimme yleisimpiä muistisairauksia, jotka ovat muistineuvolaan hakeutumisen taustalla. Muistisairauksia monipuolisesti käsittelevästä kirjallisuudesta poimittiin yleisimmät muistisairaudet ja niistä valittiin neljä opinnäytetyössä tarkemmin käsiteltäväksi. Kysyimme muistihoitajan mielipidettä valitsemistamme muistisairauksista ja olimme valinnoista samaa mieltä. Kun nämä neljä muistisairautta oli valittu, etsittiin niistä lisää tietoa käyttämällä edellä mainittuja

menetelmiä. Opinnäytetyön lähteiksi valittiin ne teokset, jotka sisälsivät viimeisintä tietoa eli ne olivat mahdollisimman uusia ja käsittelivät valittuja muistisairauksia mahdollisimman monipuolisesti, esimerkiksi oireita, etenemistä ja hoitoa.

Teoreettisen osuuden eli opinnäytetyön muistisairauksia käsittelevän osuuden valmistuttua otettiin yhteyttä Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry:n yhteyshenkilöön ja sovittiin tapaamisesta hänen sekä myöhemmin muistineuvolan muistihoitajan kanssa. Muistiyhdistys ry:n yhteyshenkilön kanssa kirjoitettiin sopimus opinnäytetyöstä.

Heille lähetettiin pari viikkoa ennen tapaamista meidän laatimamme Seinäjoen muistineuvola käsitteleviä kysymyksiä (Liite 4) sähköpostitse. Suunnittelimme kysymykset sen mukaan, mitä tietoa halusimme opinnäytetyössämme tuoda esiin. Tapaamisessa kuultiin heidän toiveitaan ja ajatuksiaan opinnäytetyötä koskien. Lisäksi me saimme heiltä suulliset tiedonannot, joka tallennettiin sanelulaitteella. Suulliset tiedonannot purettiin kuuntelemalla tallenteet ja kirjoittamalla niistä asioita muistiin. Muistiinpanojen ja suullisten tiedonantojen pohjalta kirjoitettiin osio Muistineuvolatoiminta Seinäjoella.

Yhteyshenkilöltä opinnäytetyöhön saatiin Seinäjoen muistineuvolan historiaa käsittelevää materiaalia. Muistihoitajalta saatiin materiaalia koskien muistineuvola. Yhteyshenkilöiltä saatiin tieto, ettei Seinäjoen muistineuvolalla ole minkäänlaista sen toiminnasta kertovaa esitettä. Sen vuoksi syntyi idea, että opinnäytetyön tuotoksena tehdään esite Seinäjoen muistineuvolasta. Seinäjoen muistineuvolasta ja sen toiminnasta on olemassa hyvin vähän tietoa. Tämä opinnäytetyö tuo muistineuvolan esiin täysin uudella tavalla.

Esitettä varten kerättiin tietoa haastattelemalla Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry:n yhteyshenkilöä ja Seinäjoen muistineuvolan muistihoitajaa. Tämän lisäksi tietoa esitteeseen kerättiin aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta. Esitteen tarkoitus on nostaa esille, mitä hyötyä muistitutkimuksista ja muistihäiriön varhaisesta diagnosoinnista on. Tietoa annetaan myös muistineuvolaan hakeutumisesta. Lisäksi esitteeseen tulee muistineuvolan yhteystiedot. Esitteen teossa käytettiin apuna

Torkkolan, Heikkisen ja Tiaisen (2002) teosta Potilasohjeet ymmärrettäväksi: Opas potilasohjeiden tekijöille.

Aluksi valittiin asiat, jotka esitteeseen haluttiin. Esitteessä käytettiin opinnäytetyön teoriaosuuteen valikoitua materiaalia, josta yhdessä Seinäjoen muistineuvolan muistihoitajan kanssa mietittiin, mitkä asiat olisi tärkeää tuoda esille. Asiat myös haluttiin esittää esitteessä lyhyesti ja selkeästi. Osiot kirjoitettiin kansantajuisiksi: kerrottiin lyhyesti mikä on muistisairaus ja mitä hyötyä varhaisesta diagnosoinnista on.

Opinnäytetyön teoreettisesta viitekehuksesta poimittiin esitteeseen seuraavanlaiset lauseet: Dementia ei ole erillinen sairaus vaan oireyhtymä. Dementiaan johtavia sairauksia ovat muun muassa Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Parkinsonin tauti sekä Lewyn kappale – dementia. Dementia ei ole vain muistin heikkenemistä vaan myös henkisen toiminnan ja yleisen toimintakyvyn heikkenemistä. Muistisairauden varhainen diagnosointi on tärkeää – mitä aikaisemmin muistisairaus todetaan, sitä nopeammin hoito voidaan aloittaa. Varhainen hoidon aloittaminen voi pidentää muistiongelmaisen kotonapärjäämisaikaa.

Sen jälkeen luonnosteltiin, mitä mihinkin kohtaan esitettä tulisi. Tavoitteena oli, että esitteestä tulee tiivis yhtenäinen kokonaisuus. Luonnostelun jälkeen esite kirjoitettiin puhtaaksi Wordilla ja tulostettiin. Esitteen kooksi valittiin A5-kirjakoko. Esitteessä käytettiin värejä ja kuvia. Tämä tekee esitteestä mielenkiintoisen ja luetavan. Näillä pienillä tehokeinoilla esite herättää ihmisissä mielenkiinnon.

Esitteen otsikko on Seinäjoen muistineuvola. Otsikon alapuolelle liitettiin itse otettu kuva. Aukeamalle tuli edellä mainitut poiminnat opinnäytetyöstä ja viereiselle sivulle muistineuvolan yhteystiedot sekä opinnäytetyömme teoreettisesta viitekehuksesta poimittu seuraava lause: muistisairautta ei voida parantaa, mutta sen etenemistä voidaan huomattavasti hidastaa. Takakanteen poimittiin Seinäjoen ikäkeskuksen, Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksen ja Muistiliitto Ry:n verkko-osoitteet sekä Seinäjoen ammattikorkeakoulun, Seinäjoen kaupungin ja Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys Ry:n logot.

Esitteen koeluki muistineuvolan muistihoitaja. Hän on itse tehnyt aiemmin esitteen muistineuvolatoiminnasta, joten hänellä oli kokemustietoa esitteen teosta. Hän myös osasi arvioida, millainen on hyvä muistineuvolaesite. Oikoluvun jälkeen esitteestä korjattiin vain ulkonäöllisiä seikkoja. Muistihoitajan mielestä tärkeät asiat tulivat esitteessä lyhyesti ja ytimekkäästi esille. Ulkonäöllisiä seikkoja olivat suurehko fonttikoko ja tekstien sommittelu. On tärkeää ottaa huomioon, että esitettä lukevat monen ikäiset ihmiset.

Esitteestä tehtiin neutraali ja sen tekemisessä painotettiin eettisyyttä. Esitettä tehtäessä otettiin huomioon niin muistineuvolan kuin potilaiden ja muiden asiakkaiden tarpeet. Tämän vuoksi esitteestä haluttiin tehdä selkeä ja yksinkertainen. Sitä on kaikkien helppo lukea ja ymmärtää. Esite kirjoitettiin teitittelymuotoon, joka on passiivista puhuttelevampi. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35–37.)

Esitteen eräs keskeinen tavoite on ennaltaehkäistä muistisairauksia ja hidastaa muistisairauksien etenemistä. Hoitohenkilökunta voi antaa sen potilaalle, kun epäillään ongelmia muistissa sekä muistiasioitaan miettivät ihmiset voivat halutesaan tutustua esitteeseen ja sitä kautta mahdollisesti varata ajan muistineuvolaan. Esite on tehty yhteistyössä Seinäjoen muistineuvolan kanssa. (Torkkola ym. 2002, 35–37.)

6 POHDINTA

Opinnäytetyön teko oli haasteellista aloittaa, sillä Seinäjoen muistineuvolasta ja muistineuvoista ylipäätään löytyi hyvin vähän tietoa. Haasteellisesta alusta huolimatta opinnäytetyön teko lähti sujumaan. Otimme yhteyttä Seinäjoen muistineuvolaan ja opinnäytetyömme yhteyshenkilöön. Heidän kanssaan sovimme tapaamisia. Edellisessä luvussa mainittujen haastattelujen avulla saimme paljon tietoa Seinäjoen muistineuvolan nykytoiminnastasekä sen historiasta. Opinnäytetyöhön keräämämme kirjallisuus toi meille uutta tietoa muistisairauksista ja niiden riskitekijöistä.

Osallistuimme molemmat tämän opinnäytetyön tekoon yhtä suurella työpanoksella. Meidän oli helppo jakaa työtehtävät ja myös helppo tehdä yhdessä työtä. Mielestämme asetettujen tarkoitusten ja tavoitteiden saavuttaminen onnistui hyvin. Työmme tavoitteena oli tuoda esiin Seinäjoen muistineuvolan toimintaa. Se tapahtui opinnäytetyömme lisäksi opinnäytetyömme tarkoituksen kautta eli Seinäjoen muistineuvolan esitteen teolla.

Koimme esitteen suunnittelun ja sen toteutuksen meille mielekkääksi. Esitteessä painotetut muistisairauksiin ja muistineuvolaan liittyvät asiat oli helppo löytää ja valita. Käytimme esitteen tekoon opinnäytetyöhömmme kerättyä kirjallisuusmateriaalia. Käytimme mielestämme oikeita menetelmiä nostaaksemme tärkeät asiat esille esitteeseen. Me kävimme läpi työmme teoreettista osuutta ja poimimme sieltä esitteeseen tärkeimpiä pääkohtia.

Halusimme tehdä esitteestä selkeän ja yksinkertaisen. Kiinnitimme erityistä huomiota sen luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen. Esitteestä tehtiin neutraali ja sen tekemisessä painotettiin eettisyyttä. Emme halunneet esitteellä pelotella tai syyllistää ketään. Esittelimme vain lyhyesti sen mitä muistisairaus ja muistineuvola ovat. Muistineuvolan työntekijätarkasti ja hyväksyi esitteemme. Hän koki esitteemme oikein hyväksi ja sopivan informatiiviseksi. Mielestämme oli hyvä, että muistihoidtajalla oli omakohtaista kokemusta muistineuvolaesitteen teosta, sillä se auttoi meitä kiinnittämään enemmän huomiota mm. esitteen ulkonäköseikkoihin.

Tulevaisuudessa esitettä voi tarpeen tullen helposti päivittää, sillä muistineuvola sai esitteen paperiversioon lisäksi myös sähköisessä muodossa. Jatkossa voisi selvittää, onko esitteellä ollut vaikutusta muistineuvolaan hakeutumiseen ja miten lukijat ovat esitteen kokeneet.

Esitteessä olevia muistisairauksiin liittyviä tietoja on aiheellista päivittää sen mukaan, kun uutta tutkittua tietoa tulee. Tällä hetkellä esitteessä olevat teoreettiset tiedot ovat ajantasaisia. Nämä tiedot on otettu opinnäytetyössämme käytetystä lähdekirjallisuudesta. Muistineuvolaan liittyviä tietoja, kuten yhteystietoja tulee päivittää sitä mukaa, kun ne muuttuvat.

Me koemme muistineuvolatoiminnan esilletuomisen ja muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tärkeänä asiana. Mielestämme muistineuvola on tärkeä osa muistisairaalan hoitopolkua. Muistineuvolassa pystytään paneutumaan muistiasioihin hyvin syvällisesti. Tämän vuoksi mielestämme oli yllättävää, kuinka vähän esimerkiksi tutkimustietoa muistineuvolan tärkeydestä löytyi. Me toivomme työmme tuovan muistineuvolatyötä ja sen tärkeyttä enemmän esille.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Muistisairaus on mullistava asia itse tautiin sairastuneelle ja myös omaiselle. Siksi opinnäytetyön eettisyys korostuu, varsinkin muistineuvolassa vieraillessamme. Opinnäytetyö ja sen tuotos on tehty informatiiviseksi. Työllä ei pyritä syylistämään ketään. Tarkoituksena on myöskään tuottaa kenellekään harmia. Suulliset tiedonannot saimme haastatteleamalla vapaaehtoisia. Tässä opinnäytetyössä ei kenenkään yksityisyyden suoja vaarannu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Opinnäytetyön luotettavuus ilmenee siten, että työmme voidaan pitää perusteluiltaan kestäväenä ja todennettavana. Olemme kuvanneet tässä opinnäytetyössä rehellisesti olemassa olevaa todellisuutta: Seinäjoen muistineuvolan toimintaa kuvataan sellaisena kuin se on. Toiminnan kuvaus on kirjoitettu Seinäjoen muistineuvolassa työskentelevien henkilöiden antamien suullisten haastattelulauseuntojen perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Opinnäytetyöhön käytetty kirjallisuus ja artikkelit ovat luotettavista ja mahdollisimman uusista lähteistä. Lähteet valittiin kriittisesti. Opinnäytetyössä käytettiin puolueettomasti kirjoitettuja lähteitä sekä monessa lähteessä esiintyi sama kirjoittaja. Opinnäytetyöhön pyrittiin valitsemaan vain sellaisia lähteitä, jotka ovat alkuperäisiä. Opinnäytetyön tuotoksen eli muistineuvolan esitteen luotettavuus pystytään varmistamaan hyväksyttämällä sen muistineuvolan yhteyshenkilöllä. Esitteen tiedot ovat opinnäytetyössämme käytetyistä luotettavista lähteistä, jotka ovat mahdollisimman uusia, joten esitteessä oleva tietokin on ajankohtaista. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 113–114.)

LÄHTEET

- Aho, K. 2000. Matkakumppanina Parkinson: Neurologin kokemuksia omasta taudistaan. Espoo: Anekdootti.
- Alhainen, K. 2001. Dementoivien sairauksien tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Tammi. 21–37.
- Cerad. Muisti ja ikääntyminen [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 11.4.2012]. Saatavana: http://www.muistiturku.fi/turku20_1_2011.pdf
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Erkinjuntti, T. 10.5.2010. Alzheimerin taudin kulku. [Verkkosivu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 11.4.2012]. Saatavana: www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix00516
- Erkinjuntti, T. 2006a. Dementian käsite. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 93–97.
- Erkinjuntti, T. 2006b. Muistihäiriöiden ja dementiaiden mekanismit ja syyt. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 78–81.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006a. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko?: Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen M. 2006b. Hyviä päiviä kotona: Muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää: Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: WSOY
- Erkinjuntti, T. & Koivisto, K. 2006. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 53–59.

- Erkinjuntti, T. & Pirttilä T. 2006. Vaskulaariset dementiat. Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 146–162.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti: Tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset.
- Juva, K. 2011. Työikäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet. Teoksessa: Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYPro. 108–155.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYPro
- Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Helsinki 2012. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.9.2012]. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf
- Kurhela, M-L. Terveystieteen, muistihoidon. 2012. Suullinen tiedoksianto 2.5.2012.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1998. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 11 (1) 3-12.
- Käypä hoito – suositus. Päivitetty 13.8.2010. Muistisairaudet. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 15.4.2012]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>
- Muistiyhdistys. Historiaa. [Verkkosivusto]. [Viitattu 12.4.2012]. Saatavana: <http://www.muistiyhdistys.fi/index.php?page=historiaa>
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 126–145.
- Rinne, J. 2006a. Lewyn kappale -dementia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 163–168.
- Rinne, J. 2006b. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaali-sairaudet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 176–182.

- Soininen, H. & Hänninen, T. 2006. Muistihäiriöiden oirediagnostiikka. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 82–92.
- Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkäri-lehti. 63 (10) Liite 10, 9-21.
- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 15.5.2012]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99577.pdf>
- Sørensen, L., Waldorff, F. & Waldemar, G. 2008. Coping with mild Alzheimer's disease. *Dementia: The international journal of social research and practice*. 3 (7) 287-299.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 98–107.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö, Tammi: Helsinki.
- Viramo, P. & Frey, H. 2006. Dementian terveystaloustieteellinen merkitys. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 40–52.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim. 23–39.
- Välimäki, M. 2012. Muistikoordinaattori. Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry. Suullinen tiedoksiäntö 26.4.2012.

LIITTEET

Esite (Liite 1)

MMSE (Liite 2)

GDS15 (Liite 3)

Kysymykset muistineuvolaan (Liite 4)