

Hanna Kruunari
Päivi Saarenmaa

OPAS MUISTISAIRAAN HYVINVOINTIA
TUKEVAAN KOHTAAMISEEN

Vanhustyön koulutusohjelma
2017



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

OPAS MUISTISAIRAAN HYVINVOINTIA TUKEVAAN KOHTAAMISEEN

Kruunari, Hanna
Saarenmaa, Päivi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2017
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 2

Asiasanat: muistisairaahan hoitopolku, vuorovaikutus, hyvinvointi, opas

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella opas henkilöiden käyttöön jotka työskentelevät muistisairaiden ja heidän omaistensa parissa. Projektin tuotoksena suunnittelimme oppaan ”Muistisairaahan kohtaaminen ja hoitopolku.” Opas sisältää tietoa yleisimmistä muistisairauksista, muistisairauksien lääkehoidosta ja muistipolusta Porin YTA-alueella. Oppaassa on myös ohjeita muistisairaahan hyvinvointia tukevaan kohtaamiseen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on muistisairauksiin liittyvän tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käsitellään yleisimmät muistisairaudet, vuorovaikutustaitoja ja esitellään muistipolku Porin YTA-alueella. Opinnäytetyössä kerrotaan myös erilaisista sosiokulttuurisista menetelmistä mitkä toimivat vuorovaikutuksen tukena. Lisäksi esitellään lakeja ja suosituksia aiheeseen liittyen.

A GUIDE TO SUPPORT THE WELL-BEING OF MEMORY DISORDER PATIENT

Kruunari, Hanna
Saarenmaa, Päivi
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Elderly Care
March 2017
Number of pages: 38
Appendices: 2

Keywords: care plan, interaction, well-being, guide

This project-like thesis was designed as a guide for people who work with memory disorder patients and their relatives. As a product of that project we conceived the guide "Encountering a memory disorder patient and the care plan". The guide includes information about the most common memory disorders, medication of memory disorders and memory path in Pori's co-operative area. The guide also contains instructions for a well-being supportive encounter with a memory disorder patient. The purpose of this thesis is to increase the knowledge and understanding concerning memory disorders.

The theoretical part of the thesis addresses the most common memory disorders, interactivity and introduces the memory path in Pori's co-operative area. The thesis also explains different sociocultural methods which support interactivity. In addition laws and recommendations about the subject are presented.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET	7
2.1 Alzheimerin tauti.....	7
2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	9
2.3 Parkinsonin taudin muistisairaus	11
2.4 Lewyn kappale-tauti	12
2.5 Otsalohkodementia.....	13
2.6 Muistisairaahan käyttäytymisen muutokset	14
3 VUOROVAIKUTUS	15
3.1 Vuorovaikutustaitojen merkitys muistisairaahan kohtaamisessa	15
3.2 Mielen Muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa- tutkimusraportti.....	18
3.3 Tunte-Va toimintamalli	20
3.4 Sosiokulttuuriset menetelmät.....	22
4 MUISTIPOTILAAN HOITOPOLKU	24
4.1 Muistihäiriöepäily	24
4.2 Muistipolku Porissa.....	25
5 MUISTISAIRAAN HOITOON LIITTYVÄT LAIT JA SUOSITUKSET.....	29
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
7 PROJEKTILUONTEINEN OPINNÄYTETYÖ	32
7.1 Projektin suunnittelu	32
7.2 Projektin toteutus	33
7.3 Projektin arviointi.....	34
8 POHDINTA.....	34
LÄHTEET	36

LIITTEET

Liite 1. Yhteistyösopimus

Liite 2. Muistisairaahan kohtaaminen ja hoitopolku-opas

1 JOHDANTO

Muistisairaiden henkilöiden määrä kasvaa tulevaisuudessa väestön ikääntyessä. Muistisairauksiin sairastuu noin 13 000 henkilöä vuodessa. Muistisairauksia diagnosoidaan myös työikäisellä väestöllä. Arviolta työikäisistä muistisairaita on noin 5 000–7 000. Muistisairauksien kustannukset koostuvat eritoten sairastuneiden suuresta määrästä sekä ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Varhaisella lääkehoidon aloittamisella, sekä kuntoutuksella on suuri merkitys muistisairaahan toimintakykyyn, mikä on suurelta osin yhteydessä siihen, kauanko muistisairas selviytyy esim. kotihoidon piirissä (Erkinjuntti, Hallikainen & Remes 2016, 131). Karkean arvion mukaan noin puolet sairastuneista on vaille diagnoosia ja vain neljänneksellä Alzheimer-potilaista on asianmukainen lääkehoito. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7.)

Kokonaiskustannusten kasvua voidaan pienentää muistisairauksien varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella. Näihin asioihin panostaminen lisäävät myös sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Aivoterveystä huolehtiminen (paino, verenpaine, kolesteroli ja sokeriaineenvaihdunta) ovat muistisairauksien ennaltaehkäisyä. Kaikki investoinnit aivojen terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn kannattavat koko yhteiskuntaa. Terveelliset elämäntavat ja henkinen vireys suojaavat muistisairauksilta. Kansallisen muistiohjelman myötä Suomi on liittynyt muiden maiden joukkoon toteuttamaan Euroopan parlamentin kannanottoa muistisairauksien ehkäisystä ja sairastuneiden elämänlaadun parantamisesta. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7-8.)

Muistisairauksien kielteinen leima ja syrjivät asenteet ovat heikentäneet muistisairauksia sairastavien ihmisten hyvinvointia. Perinteisesti kielteiset asenteet muistisairauksia kohtaan eivät muutu samassa tahdissa kuin tieto ja ymmärrys muistisairauksista ja niiden hoitomuodoista. Asenneilmapiirillä on merkittävä vaikutus siihen, miten muistisairaat ihmiset hyväksytään yhteiskunnan yhdenvertaisiksi jäseniksi. Asenteilla on suuri merkitys myös muistisairaiden mahdollisuudelle elää mielekästä elämää. Ne

vaikuttavat myös siihen, kuinka muistisairaat saavat ajoissa tarvitsemaansa tukea sekä kuntoutumista edistäviä hoitoa ja palveluja. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 10–11.)

Keskeistä on muistisairaahan tarpeista lähtevä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Talouden ja palvelujen laadun kannalta on ensisijaista, että hoito- ja palvelupolku on suunniteltu oikein ja että yksilöllisesti suunnatut palvelut toteutuvat oikea-aikaisina ja saumattomina koko hoitoprosessin ajan. Kotihoidon niukkenevien resurssien myötä yksilölliset, asiakkaan voimavarat huomioiva hoito on haaste hoitajille. Tarvitaan oikeaa asennetta, ajantasaista tietoa ja kykyä soveltaa teoriaa käytäntöön luovasti muistisaraan maailmassa, jotta asiakas tulisi kohdattua omana itsenään. Muistisairaudet ovat kansansairauksia, joiden taloudellinen merkitys voi Suomessa ylittää 2,5 miljardiin euroon vuodessa. Jokainen voi vaikuttaa omaan aivoterveystensä, sanoo Santamäki. (Santamäki & Rahkonen 2016, 4.)

Mitä myöhäisemmäksi mahdollinen muistisairauden syntyminen siirtyy, sitä suuremmat ovat säästöt. Tärkeitä suosituksia, tutkittua tietoa ja konsultaatiopalvelua on käytettävissä, muun muassa Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, Muistiliiton Hyvän hoidon kriteerit 2016, Muistisairauksien Käypä hoito – suositus 2010, Muistisairaahan oikeudet, Muistibarometri ja Suomen Muistiasiantuntijat (SUMU), Muistikonsultti sekä Muistiliiton ”Muistineuvo tukipuhelin”, jossa keskustelijoina on muistityön ammattilaisia. (Santamäki & Rahkonen 2016, 4.)

Tammikuussa 2017 on päivitetty muistisairauksien Käypä hoito suositus kattamaan laajemmin myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. Lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia hoidettaessa useimpia muistisairaahan käyttäytymisen muutoksia. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat esim. omaisten tukeminen ja ohjaus, hyvästä perushoidosta huolehtiminen (ravitseminen, nesteytys, kipu), laukaisevien tekijöiden eliminointi (epäsopiva lääkitys), hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen parantaminen, yksilöllisesti räätälöidyt hoitojärjestelyt, musiikkiterapia, tunne-elämän tukeminen (muistelu- ja validaatioterapia), käyttäytymistä ja vuorovaikutusta tukevat menetelmät (behavioraaliset terapiat), viriketoiminta, liikunta sekä muut luovat toiminnat (musiikki, kuvataide, tanssi tai kädentaitojen harjoittaminen). (Käypä hoidon www sivut 2017.)

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea henkilöitä jotka työskentelevät muistisairaiden ja heidän omaistensa parissa. Projektin tuotoksena suunnittelimme oppaan ”Muistisairaahan kohtaaminen ja hoitopolku.” Opas sisältää tietoa yleisimmistä muistisairauksista, muistisairauksien lääkehoidosta ja muistipolusta Porin Yta-alueella. Oppaassa on myös ohjeita muistisairaahan hyvinvointia tukevaan kohtaamiseen. Opinnäytetyössä korostetaan vuorovaikutuksen merkitystä muistisairaiden henkilöiden kohtaamisessa. Tavoitteena on muistisairauksiin liittyvän tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen henkilöiden parissa jotka kohtaavat muistisairaita.

2 YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET

Etenevistä muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti. Muita eteneviä muistisairauksia ovat esim. aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. Vanhimmissa ikäryhmissä on tavallista, että muistisairaudessa on sekä Alzheimerin taudin että aivoverenkiertosairauden piirteitä. Dementiaa puhutaan silloin, kun muisti ja tiedonkäsittelytaidot eivät enää riitä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Dementia on usein etenevien muistisairauksien seuraus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti (AT) on yleisin aivojen rappeutumissairaus joka etenee hitaasti ja tasaisesti tyypillisin vaihein. Alzheimerin taudin kulku voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan Alzheimerin tautiin. Sairauden oireiden esiintymisessä sekä sairauden eri vaiheiden kestossa on yksilöllisiä eroja. Korkeaa ikää pidetään Alzheimerin taudin suurimpana riskitekijänä. Alzheimerin tautia esiintyy jo joka neljännellä yli 85-vuotiaalla. (Erkinjuntti ym. 2015, 122–124; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62.)

Alzheimerin taudin tyypillinen ensioire on oppimisvaikeus joka on jo muistitestissä selvästi todettavissa ennen kuin se esim. häiritsee jokapäiväisten toimien suorittamista. Seuraaviksi oireiksi tulee näkyviin yleensä toiminnanohjauksen, kielellisen ilmauksen ja hahmottamisen vaikeuksia. Nämä yleensä heikentävät arkitoimista selviytymistä. Sairauden tunne heikkenee yleensä taudin edetessä. Keskimääräinen Alzheimerin taudin kesto on noin kymmenen vuotta, mutta se voi vaihdella yksilöllisten erojen vuoksi jopa 5-20 vuoden välillä. Hyvän hoidon kannalta on erittäin tärkeää tietää muistisairauden oireista. Tieto helpottaa suuresti myös omaisia ja läheisiä kohtaamaan ja tulemaan toimeen sairastuneen kanssa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62–66.)

Alzheimerin tauti aiheuttaa hermosolukatoa eli sisempään ohimolohkoon tulee rappeutumaa minkä seurauksena aivokudosta ja mm. hippokampus surkastuu. Hippokampus on aivoissa oleva kohta, mikä huolehtii tapahtumamuistista. Myös aivojen hermovälittäjäainejärjestelmä heikkenee Alzheimerin taudin myötä. Esim. asetyylikoliini-välittäjäaineen väheneminen vaikuttaa siten, etteivät viestit enää kulje yhtä hyvin kuin aikaisemmin. Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI) episodisen- eli tapahtumamuistin alueella viittaa yleensä riskiin sairastua Alzheimerin tautiin. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 24, 62–63; Terveyskirjasto 2016.)

Lievässä Alzheimerin taudissa kognitiivisina (tiedonkäsittelyn) oireina voidaan aluksi havaita oppimisen heikkenemistä ja unohtamisen lisääntymistä. Myös päättely-, keskittymis- ja laskemiskyky heikkenevät. Nämä vaikuttavat toimintakykyyn niin, että esim. keskustelun seuraaminen vaikeutuu, lukeminen vähentyy tai sairastunut ei halua jatkaa enää monimutkaisia harrastuksia. Talouden suunnittelu sekä raha-asioiden hoitaminen sekä muut asioinnit vaikeutuvat. Ongelmia voi tulla myös lääkityksen huolehtimisessa sekä ajokyvyssä. Erilaisten muistitukien käyttö lisääntyy. Lievän Alzheimerin taudin vaiheessa käyttäytymisen muutoksina voi esiintyä apati-aa, vetäytymistä, ärtyisyyttä, ahdistuneisuutta, harhaluuloisuutta tai masennusta. So-maattisena oireena yleisesti on lahtuminen. (Käypä hoidon www-sivut 2010.)

Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa kognitiivisina oireina esiintyy lähimuistin heikkoutta, puheen tuottamisen vaikeutta ja visuospatiaalisia vaikeuksia (hahmotusvaikeus). Tavallista on myös orientaation ja kätevyuden ongelmat sekä se, että sai-

raudentunto on heikentynyt. Toimintakyky voi heiketä niin, että välineelliset toiminat (IADL) ja esim. ruoanlaitto ei enää onnistu. Muistuttelun tarve perustoiminnoissa (ADL) sekä avun tarve asianmukaisessa pukeutumisessa lisääntyvät. Käyttäytymisen muutoksina voi esiintyä harhaluuloisuutta, hallusinaatioita, levottomuutta, vaeltelua sekä uni- ja valverytmin häiriöitä. Myös masennusta voi esiintyä sekä sosiaalisten taitojen pinnallisuutta. Laihtuminen kuuluu myös keskivaikean Alzheimerin taudin somaattisiin oireisiin. (Käypä hoidon www-sivut 2010.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa kognitiivisina oireina esiintyy puheen ymmärtämisen vaikeutta sekä puheen tuottamisen vähenemistä. Keskittymiskyky yleensä heikenee ja ilmenee kätevyuden ongelmaa (apraksia). Perustoiminnoissa tarvitaan koko-aikaista huolenpitoa ja esiintyy virtsanpidätyskyvyttömyyttä (inkontinenssi). Käyttäytymisen muutoksina voi ilmetä levottomuutta, aggressiivisuutta tai poikkeavaa motorista käytöstä. Masennusta, apatiaa ja uni- ja valverytmin häiriöitä voi myös esiintyä. Somaattisina oireina voi olla töpöttävää kävelyä, tarttumis- ja imemisheijasteita (primaariheijasteet) ja jähmeyttä (ekstrapyramidaalioire). Yleinen terveydentilan heikkous (sekundaarinen haurausraihnausoireyhtymä) voi myös liittyä vaikean Alzheimerin taudin somaattisiin oireisiin. (Käypä hoidon www-sivut 2010; Terveyskirjasto 2016.)

2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Toiseksi yleisin etenevistä muistisairauksista on aivoverenkiertosairauden (VCI) muistisairaus. Noin 15–20 %:lla eteneviä muistisairauksia sairastavilla on tämä muistisairaus. Päätyypit tässä sairaudessa ovat pienten aivoverisuonten tauti ja suurten suonten tauti. Myös aivoverenkiertosairaudesta ja esim. Alzheimerin taudista johtuvat heikentymät tiedonkäsittelyssä on yksi ryhmä. Aivoverenkiertotapahtuman kokeneen henkilön toimintakykyyn, työkykyyn, elämänlaatuun ja ennusteeseen voimakkaimmin vaikuttaa tiedonkäsittelyn heikentyminen. Aivoverenkiertosairauden muistisairauden vaikeutumista voitaneen hidastaa, siksi sen varhaisella toteamisella on suuri merkitys. (Erkinjuntti, Jokinen & Melkas 2015, 137.)

Pienten aivoverisuonten tauti on aivoverenkiertosairauden muistisairauden tärkein aiheuttaja. Pienten aivoverisuonten taudissa aivojen pienet läpäisevät verisuonet ahautuvat. Tässä sairaudessa tyypillisimmät aivomuutokset sijaitsevat aivokuoren alla eli subkortikaalisesti. Iskeemisinä ilmentyminä ovat valkean aineen muutokset, lakunaariset infarktit, atrofiat, kortikaaliset mikroinfarktit ja laajentuneet perivaskulaaritulat. Myös erilaiset aivojen sisäiset verenvuodot liittyvät tähän ryhmään. Taudinkuvaan kuuluvat hitaasti kehittyvät oireet kuten tiedonkäsittelyn heikentyminen, virtsankarkailu, kävelyn epävarmuus sekä masennus. Äkillisinä oireina voi esiintyä erilaisia selvästi rajautuneita puutosoireita. (Erkinjuntti ym. 2015, 142.)

Suurten verisuonten tauti eli kortikaalinen tauti johtuu aterotromboottisista ja sydänperäisistä aivoinfarkteista. Tyypillisesti nämä infarktit vaurioittavat aivokuorta sijaiten suurten verisuonten alueilla. Oireet tiedonkäsittelyssä liittyvät infarktin sijaintiin ja voivat olla moni-ilmeisiä. Pelkistetyksi vasemman aivopuoliskon infarktit voivat aiheuttaa puheoireita (afasia), kätevyvyyden vaikeutumista (apraksia), kielellisen muistin heikentymistä sekä vaikeuksia lukemisessa, laskemisessa ja kirjoittamisessa. Oikean aivopuolen infarktiin taas liittyy usein erilaisia hahmotusvaikeuksia, mitkä ovat ei-kielellisiä sekä myös toispuoleista huomiotta jäämistä (neglect-oire). Toispuolihalvaus on lisäksi vielä tyypillinen kortikaalisen vaurion merkki. On tavallista, että vireystilassa, tarkkaavaisuudessa ja toiminnanohjauksessa havaitaan häiriöitä. Sekä pienten aivoverisuonten että suurten suonten tautiin voi liittyä mielialahäiriöitä, psykomotorista hidastumista sekä luonteen muuttumista. (Erkinjuntti ym. 2015, 142–143.)

Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden sairausyhdistelmä saattaa olla tulevaisuudessa yleisin etenevän muistisairauden alalaji. Nykyään ainakin jo puolet yli 80-vuotiaista Alzheimer-potilaista sairastaa samanaikaisesti myös aivoverenkiertosairautta. Aivoverenkiertosairauden vaaratekijöiden aktiivisella hoidolla voidaan estää lievän tiedonkäsittelyn heikentymän (MCI) etenemistä Alzheimerin taudiksi. Toisaalta taas esim. aivoinfarkti voi äkillisesti muuttaa subkliinisen Alzheimerin taudin dementiatasolle. Usein tätä sairausyhdistelmää sairastava diagnosoidaan vain aivoverenkiertosairautta sairastavaksi, jolloin sairastunut voi jäädä kohdennetun ja eheän hoitoketjun ulkopuolelle. Tapahtumamuistin varhainen ja vähittäinen heikentyminen, sisemmän ohimolohkon surkastuma ja aivo-selkäydinnesteen beeta-

amyloidipeptidi 42-pitoisuuden vähentyminen viittaavat samanaikaiseen Alzheimerintautiin aivoverenkiertosairautta sairastavalla. (Erkinjuntti ym. 2015, 144–145.)

2.3 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tauti on yleisin Lewyn kappale- muutokseen liittyvä sairaus jota esiintyy keski-ikäisillä ja vanhuksilla tuntemattomasta syystä. Parkinsonin tauti on hyvin yksilöllinen sairaus. Suomessa Parkinson- potilaita on arviolta noin 10 000. Parkinsonin taudissa väliaivojen substantia nigra dopaminenergisistä hermosoluita tuhoutuvat vähitellen mikä aiheuttaa aivojen tyvitumakkeisiin dopamiinin puutetta. Parkinsonin taudin keskeiset motoriset oireet ovat hidastuminen, lihaskivvyys ja lepovapina. Myös tasapainovaikeudet ja neuropsykiatriset oireet (masennus, apatia, impulssikontrollin häiriöt) kuuluvat Parkinsonin taudin kuvaan. Motoriset oireet ilmaantuvat aluksi toispuoleisina mutta ajan myötä oireet leviävät myös toiselle puolelle kehoa. Usein sairastuneella voi olla ennen motoristen oireiden ilmaantumista tautiin liittyviä ei-motorisia oireita kuten esim. hajuaistin häviämistä, ummetusta, REM-unihäiriötä sekä lieviä oireita tiedonkäsittelyssä. (Karrasch & Rinne 2015, 158–159.)

Tiedonkäsittelyn lievät oireet kuuluvat suuren osan Parkinsonin tautia sairastavien oireisiin. Dementia-asteisen muistisairauden esiintyvyyden on noin 30–40% Parkinsonin tautia sairastavista ja pitkäaikaissurannassa sitä on ollut jopa 80 %:lla. Muistisairauden riski on noin kuusinkertainen Parkinson-potilaalla verrattuna muuhun väestöön. Parkinsonin taudin muistisairauden tyypilliset oireet ovat tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen ja hahmottamisen heikentyminen. Parkinsonin taudin muistisairauteen kuuluu myös työmuistin kapeneminen eikä useiden asioiden pitäminen mielessä samaan aikaan enää onnistu. Parkinsonin taudin muistisairaudessa vapaa muistiinpalautus on heikkoa, mutta vihjeet yleensä auttavat mieleenpalauttamisessa, paremmin kuin esim. Alzheimerin taudissa. Hankaluuksia voi olla myös kielellisissä ja visuospatiaalisissa (nähdyn havaitseminen) toiminnoissa. Alzheimerin taudille ominainen nopea unohtaminen ei tyypillisesti kuulu Parkinsonin taudin muistisairauteen. Korkeaa sairastumisikää Parkinsonin tautiin pidetään yhtenä riskitekijänä sairastua myös Parkinsonin taudin muistisairauteen. Mahdollista on myös se, että potilaalla voi

olla samanaikaisesti sekä Alzheimerin, että Parkinsonin tauti. (Karrasch & Rinne 2015, 157, 159, 160–161.)

Parkinsonin taudin alkuvaiheeseen yleisesti liittyvä masennus voi sekoittaa tautiin liittyvien tiedonkäsittelyongelmien tutkimusta. Tiedonkäsittelyongelmien ja neuropsykiatristen ongelmien huomioimiseen ja hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Esim. antikolinerginen lääkitys saattaa aiheuttaa sekavuustiloja ja heikentää tiedonkäsittelyä. Impulssikontrollin häiriöitä (pelihimo, hyperseksuaalisuus, ahmimishäiriö ja ostoriippuvuus) voivat aiheuttaa lääkityksessä käytettävät dopamiiniagnostit, levodopa tai amantadiini. Rivastigmiinilla, donepetsiililla ja galantamiinilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia Parkinson-potilaan käytösoireisiin, päivittäisten toimintojen sujumiseen sekä tiedonkäsittelyyn. (Karrasch & Rinne 2015, 159, 161.)

2.4 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tauti on etenevä muistisairaus joka voi alkaa 50–80 vuoden iässä. Lewyn kappale – tauti on nimetty taudissa esiintyvien muutosten (Lewyn kappaleiden) mukaan joita havaitaan aivojen kuorikerroksen (otsa-, ohimo- ja päälakilohkot), gyrus cingulin sekä aivokuoren alueella. Lewyn kappale- taudin kesto voi vaihdella 2 vuodesta 12 vuoteen. Tyypilliset oireet Lewyn kappale- taudissa liittyvät vireystilan, tiedonkäsittelyn ja tarkkaavuuden vaihteluihin. (Rinne 2015, 165–166.)

Lewyn kappale-taudin edetessä muisti heikkenee vähitellen. Muistivaikeudet eivät siis tyypillisesti liity sairauden alkuvaiheeseen, kuitenkin jos aivojen magneettikuvasa havaitaan atrofiaa (hippokampuksen surkastuminen) voi se viitata samanaikaiseen Alzheimerin tautiin. Tällöin potilaalla on yleensä huomattavissa etenevää tapahtumamuistin heikentymistä. Näköharhat, harhaluulot, kävelyvaikeudet, hidasliikkeisyys, parkinsonismi ja lihasjäykkyys (rigiditeetti) kuuluvat Lewyn kappale taudin oireisiin. Oireiden ja vireystason vaihtelut kuuluvat olennaisena osana Lewyn kappale-taudin kuvaan. Etenkin väsymys ja hämärä lisäävät esim. yksityiskohtaisia näköharhoja. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 91–92.)

Lewyn kappale-tautiin viittaavia piirteitä jo ennen diagnoosia voivat olla unihäiriöt (pelottavat unet), toistuvat kaatumiset tai tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanhäiriöt. Lewyn kappale-tautia sairastavat potilaat ovat herkkiä neuroleptilääkitykselle (psykoosilääke). Pienikin neuroleptiannos voi pahentaa parkinsonismin oireita. Suositeltavia ovat toisen polven psykoosilääkkeet kuten klotsapiini, risperidoni tai ketiapiini. Näitäkin lääkkeitä käytettäessä tulee kuitenkin muistaa varovaisuus. Hoidossa tulee kiinnittää huomiota myös fyysisiin harjoitteisiin liikuntakyvyn säilyttämiseksi (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92). Lewyn kappale-tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta esim. neuropsykiatriisiin oireisiin on todettu vaikuttavan positiivisesti koliiniesteraasin estäjien ja mementiinien. Parkinsonismin oireiden (lihasjäykkyys) hoitoon käytettävät dopaminergiset (esim. Levodopa) lääkkeet saattavat lisätä harhojen esiintymistä potilaalla. Tämän vuoksi tärkeää on lääkityksen varovainen lisääminen ja usein onkin tilanne jossa joudutaan tekemään kompromissi esim. liikuntakyvyn ja harhojen hoitamisen välillä. (Rinne 2015, 166, 170.)

2.5 Otsalohkodementia

Otsalohkodementia on yleisin otsa-ohimolohkorappeumien alatyyppejä. Etenevä sujumaton afasia (puheentuotto työlästä, kirjoitus- ja lukuvaikeuksia) ja semanttinen dementia (puheentuottaminen sujuu, mutta sanat ovat hukassa) kuuluvat myös otsa-ohimolohkorappeuman syndroomaan. Nimensä mukaisesti otsa-ohimolohkorappeumat vaurioittavat aivojen otsalohkoja. Otsalohkodementia puhkeaa yleisesti 45–65 vuoden iässä, mutta tätä sairautta voi esiintyä myös iäkkäimmissä ikäryhmissä. Keskimäärin sairauden kesto on noin 8 vuotta, sairauden keston vaihtelua on tutkimusten mukaan ollut 2-20 vuoteen. Noin puolella sairastuneista on positiivinen sukuhistoria. (Remes & Rinne 2015, 172, 174.)

Otsalohkodementian keskeinen piirre on potilaan persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos. Estottomuus, tahdittomuus, arvostelukyvyyttömyys, seksuaalisväritteinen puhe, aloitekyvyttömyys ja apaattisuus liittyvät yleisesti sairauteen. Ärsykesidonnainen toiminta (hyllyllä olevat silmälasit laitetaan päähän, vaikka omat lasit olisivatkin jo päässä) kuuluu myös taudin kuvaan. Muistin heikkeneminen, varsinkin nuoremmilla sairastuneilla, ei ole yhtä paljon korostunut tässä sairaudessa kuin Alzheimerin

taudissa. Oman toiminnan kontrolloinnin heikkeneminen johtaa siihen, ettei sairastunut esim. huomaa omia virheitään. Hahmotuskyky kuitenkin säilyy usein melko hyvin. Myöhemmin oireiksi voi tulla vielä ekstrapyramidaalioireita ja primitiiviheijasteita. (Remes & Rinne 2015, 174.)

2.6 Muistisairaahan käyttäytymisen muutokset

Muistisairauksissa esiintyvät psyykkiset oireet ja erilaiset käyttäytymisen muutokset, voivat viestiä kohtaamattomista tarpeista (unmet needs behavior). Kohtaamattomat tarpeet voivat ilmetä esim. masennuksena, maanisena/apaattisena käyttäytymisenä, ahdistuneisuutena, psykoottisina oireina, estottomuutena, ärtyisyytenä tai poikkeavana motorisena käytöksenä. Näillä on merkittävä vaikutus elämänlaatuun, kanssakäymiseen sekä muistisairaahan hoitamiseen ja huolenpitoon. Käyttäytymisen muutosten esiintyminen on hyvin yksilöllistä eikä niihin yleensä voida osoittaa yhtä syytä, vaan monet asiat vaikuttavat samanaikaisesti muutosten kirjjon ollessa laaja. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 18–20.)

Kognitiivisten muutosten vuoksi muistisairaahan käyttäytymisen säätelykyky sekä kyky ilmaista selkeästi tarpeitaan ja toiveitaan heikkenevät. Vuorovaikutustilanteissa voi helposti tulla väärin ymmärryksiä varsinkin jos ei nähdä käyttäytymisen takana olevaa tarvetta tai tunnetta. Esim. oman elämänhallinnan heikkenemisestä johtuva turvattomuus voi ilmetä mustasukkaisuutena, toisto-oireina tai levottomuutena. Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla muistisairaahan keino puolustautua häntä pelottavissa tilanteissa tai murentuneen itsetunnon puolustamista. Muistisairaahan oudolta vaikuttava toiminta voi olla merkityksellinen viesti hänen yksilöllisistä selviytymiskeinoistaan, tällöin ympäristön kyvyllä tunnistaa erilaisia yksilöllisiä tarpeita on suuri merkitys muistisairaahan tilan tukemisessa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 18–20.)

Lääkehoitoa (psykykenlääkitys) suositellaan käytettäväksi yleensä määrääkainäisenä ja psykososiaalisten hoitomuotojen tukena. Psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat lääkkeettömiä hoitomenetelmiä (esim. tunne-elämän ja sosiaalisuuden tukeminen, musiikki, muistelu, liikunta, mielekäs toiminta) joilla pyritään parantamaan elämän-

laatua ja tuetaan omatoimisuutta sekä kykyjä sairauden tuomista vaikeuksista huolimatta. Muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen hoito tulee olla yksilöllistä, kokonaisvaltaista hyvinvoinnin tukemista johon liittyy olennaisena osana emotionaalinen tukeminen. Hyvällä kohtaamisella, oikein valitulla sekä toteutetulla lääkityksellä, psykososiaalisilla hoitomuodoilla, omaisten ohjaamisella/tukemisella sekä ympäristöllä on suuri merkitys. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 44; Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 18–20.)

3 VUOROVAIKUTUS

3.1 Vuorovaikutustaitojen merkitys muistisairaahan kohtaamisessa

”Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat Sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta” (ETENE 2011, 5). Näin alkaa valtakunnallisen Sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n julkaisu Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittamisen taito tulisi olla kaikkien hoivapalvelujen peruslähdekohta, siitä syystä, että vanhusten hoivapalvelut ovat osa sosiaali- ja terveysalaa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2012.)

Suuri osa vuorovaikutuksesta on sanatonta viestintää ja puheen osuus on vähäisempää kuin ajatellaan. Sanattomat viestintäkeinot, joita ovat mm. keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsominen, ruumiin liikkeet, eleet ja pukeutuminen, alkavat jo ennen keskustelua ja vaikuttavat ensivaikutelman syntymiseen. Hoitotyössä vuorovaikutustilanteissa keskeiseksi yhteiseksi tavoitteeksi nousee jaettu ymmärrys. (Niemelä, Suua & Väisänen 2009, 19–29.)

Onnistunut vuorovaikutus muistisairaahan kanssa vaatii vastapuolta kiinnittämään huomiota eräisiin seikkoihin, joista tärkeimmäksi nousee se, että muistisairaskin on edelleen oma persoonansa, jolla on tunteet. Jos muistisairas syyttää jostain, häntä on kohdeltava arvostavasti vaikka se tuntuisikin epäoikeudenmukaiselta. Syytökset ovat pyrkimyksiä kertoa jotain, hänen ilmaistessa niillä jotain itselleen tärkeää tunnetta. Sanojen ja tekojen takana olevaa tunnetta tulee kuunnella. Muistisairaahan puhetaito

katoaa ilman harjoitusta, kuunteleminen ja kannustaminen auttavat. Häntä ei saa aliarvioida, vaikka hänen muistinsa on kaventunut, ei se tarkoita, ettei hän muistaisi mitään. Kiinnittämällä huomiota sanattomaan viestintään, keskitytään siihen, että se on sopusoinnussa sanojen kanssa. Onnistunut kohtaaminen edellyttää turvallista ja arvostavaa ilmapiiriä. Onnistuneessa kohtaamistilanteessa muistisairas ihminen ottaa katsekontaktin, hymyilee ja vaikka kiittää. (Pohjavirta, 2016.)

Sanattoman viestinnän merkitys nousee sairauden edetessä. Äänensävy kertoo hoitajan suhtautumisesta, lämmin äänensävy helpottaa vuorovaikutuksen toimivuutta. Muistisairaana tunteita voidaan peilata ilmein ja elein, tämä antaa kuulijalle tunteen tulleensa kuulluksi ja ymmärretyksi. Tunne voidaan myös pukea sanoiksi kuten: ”Näytät surulliselta, kuinka voisni auttaa?”. Asiat, joita aiotaan tehdä, tulisi rauhallisesti kertoa, sillä hätäileminen kiristää yleensä ilmapiiriä. Muistisairaana turvallisuuden tunnetta lisätään ystävällisellä katseella ja kosketuksella. Tärkeää on muistaa kuitenkin huomioida ja tunnustella toisen henkilön omaa henkistä ja fyysistä tilaa ennen koskettamista. Henkilö tuntee olonsa turvalliseksi ollessaan tuttujen äänien, tapojen ja ihmisten ympäröimänä. Muistisairasta ahdistavat usein sekavat tilanteet, esimerkiksi sellaiset joissa on paljon tuntemattomia ihmisiä oudossa paikassa. Jos henkilö on tottunut olemaan usean ihmisen seurassa, voi se tuntua edelleen mukavalta, mutta turvallisuudentunteen saaminen edellyttää ainakin yhden tutun henkilön mukanaoloa ja paikan tuttuutta. Keskustelussa pitää muistaa tehdä yhteenvetoja puheista ja toistaa keskustelukumppanin lauseita. Jos muistisairas takertuu johonkin sanaan, otetaan se avainsanaksi, jolla päästä aiheeseen. Puhutaan havainnollisesti, käytetään samaa kieltä kuin muistisairaskin ja vältetään kielikuvia. Arkisista asioista ystävällisesti kyseleminen on turvallista, kuten: ”Millaisesta ruoasta pidät?” tai kysytään kokemuksista kuten: ”Miten olet viihtynyt täällä?”. Miksi kysymykset ovat muistisairaalle vaikeita, koska hän voi kokea ne syytöksinä. (Pohjavirta, 2016.)

Asennoituminen muistisairaana menneiden aikojen mielikuviin voi hoitotyön tekijöille olla joskus haasteellista. Vaikka mielikuvat liittyisivätkin menneisyyteen, kertovat ne tämänhetkisistä tunteista. Taustalla voivat olla henkilön näkemät, kuulemat tai kokemat asiat. Muistisairaana kertoessa mielikuvistaan, hoitajan tulee kuunnella ja havainnoida rauhallisesti sillä hänellä on tarve kertoa niistä. Muistot ja henkilökohtaiset mielikuvat ovat tärkeitä jos nykyhetki ei ole kiinnostava tai nykyhetken tapah-

tumat eivät jää mieleen. Heittäytyään mukaan muistisairaahan tunnekokemukseen kuuntelemalla muistoja silloinkin kuin toinen on eri todellisuudessa. Pysytään rinnalla tunteita torjumatta – aina ei tarvitse sanoa paljon mitään, rinnalla oleminen riittää vahvistamaan ihmistä. (Pohjavirta, 2016.)

Koivuniemi korostaa kirjassaan, kuinka tärkeää kohtaamistilanteissa on muistisairaahan henkilön tunteen ja tarpeen kuuleminen ajatuksen ja tekojen takana. Kirjassa kerrotaan kuinka Koivuniemen isä oli aamulla pukeutunut vaatteet ylleen ollen kovasti lähdössä johonkin. Tyttären rauhallisesti ja ystävällisesti tiedustellessa, mihin isä on lähdössä, isä oli vastannut: ”Töihin”. Koivuniemi ei vastustellut isän töihin lähtöä. Hän seurasi sivusta, kuinka isä meni ovesta ulos, käveli pihalla jonkun aikaa, kunnes lähtevän mielen levottomuus asettui kohdilleen isän itse ymmärtäessä, ettei hän osaa enää töihin lähteä. (Koivuniemi 2016, 126.)

Muistisairaahan henkilön kohtaaminen vaatii erityistä eettistä herkkyyttä. Se tarkoittaa muistisairaiden ihmisten parissa työskenteleville henkilöille sitä, että he katsovat maailmaa eettisten käsitteiden läpi. He eivät piiloudu roolien, rutiinien ja kiireiden taakse, vaan he uskaltavat kohdata muistisairaahan ihmisen ihmisenä. (Sarvimäki 2013.)

Suomalaista muistipotilaiden tutkimustyötä on kehitetty yli 25 vuoden ajan. Tieto on kuitenkin yhä kovin pirstaleista ja kirjavaa niin lääkärien kuin hoitajienkin koulutuksissa. Lääkärit ovat vailla varsinaista muistisairauksien ammattipätevyyttä ja hoitajien ammattipintojen sisällöt vaihtelevat oppilaitosten opettajien kiinnostuksen mukaan. Eri koulutusorganisaatioiden muistihoitajakoulutukset vaihtelevat sisällöltään ja kestoaltaan. Edellytyksiä muistipotilaan laadukkaalle hoidolle on kuitenkin olemassa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010.)

Kansallisissa suosituksissa mainitaan, että muistipotilaiden diagnostiikka tulisi keskittää muistipoliklinikoille, joissa toimii muistisairauksiin perehtyneitä asiantuntijoita: muistilääkäreitä, muistihoitajia ja muistikoordinaattoreita. Ammattitaitoisia henkilöitä tarvitaan kaikissa hoitoverkoston pisteissä. Toimiva muistipolku tukee muistipotilaan ja omaisen jaksamista ilman, että potilas tuntee jäävänsä ns. ”oman onnensa nojaan” diagnoosin saatuaan. Muistipotilaan hyvä hoito edellyttää muistisairauksiin

koulutettua, yhteistyötahoista ja vastuullisesti toimivaa henkilökuntaa, jonka ydinosaamiseksi hoitopolun joka vaiheessa nousevat vuorovaikutustaidot. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010.)

3.2 Mielen Muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa- tutkimusraportti

Vanhustyön Keskusliiton Mielen Muutos -tutkimus- ja kehittämishankkeen (2007–2010) tarkoituksena oli mm. lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja kehittää kohtaamattomista tarpeista kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan hyödyntää erilaisissa muistisairaita hoitavissa hoitopaikoissa ja kotihoidossa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 8.)

Tutkimus toteutettiin eteläsuomalaisen kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon 11 osastoilla. Muistisairaita asukkaita oli 233. Heistä valittiin tutkimukseen 177, joille geriatri oli diagnostisoinut lähtötilanteessa haasteellista käyttäytymistä. Asukkaiden keski-ikä oli 81 vuotta ja heistä 65 prosenttia oli naisia. Lähes puolella asukkaista muistisairaus oli vaikea-asteinen. Kaiken kaikkiaan asukkailla oli päivittäisissä toiminnoissaan runsaasti toiminnanvajeita ja avuntarvetta. Kolmasosa heistä kärsi aliravitsemuksesta, mikä liittyi osittain muistisairauksien luonteeseen. Lähtötilanteessa asukkaiden huonompaa elämänlaatua selittivät haasteellinen käytös (79 %:lla muistisairaista asukkaista), vaikea-asteinen muistisairaus, pääasiassa oleskelusta koostunut päivän sisältö, huonompi ravitsemustila ja huonompi fyysinen toimintakyky.

Tutkimusprosessin, joka kesti 14kk, aikana hoitotyön tueksi kehitettiin uusi toimintamalli, josta saatiin rohkaisevia tuloksia. Tutkimuksen kehittämistuloksena syntyi laaja-alainen muistisairaahan ihmisen tarpeisiin kohdennettu ja räätälöity hoito, jossa pyrittiin vastaamaan muistisairaahan ihmisen käytöksellään ilmaisemiin tarpeisiin yksilöllisesti. Uuden mallin käyttöönotto vaatii hyvää gerontologisen hoitotyön osaamista, ammattilaisen apua käyttöönottovaiheessa sekä lähiesimiehen jatkuvaa ohjausta toteuttamisvaiheessa.

Muistisairasta auttavia hoitomuotoja olivat lääkehoidon lisäksi psykososiaaliset hoitomuodot, kuten käyttäytymisen hallintaa parantavat menetelmät (esim. muistelu, laulaminen), emotionaalista tukea antava hoito (esim. tunteiden ja sosiaalisuuden tukeminen), psykomotoriset hoitomuodot (esim. liikunnalliset menetelmät ja fysioterapia) ja mielekkään toiminnan tukeminen (esim. viriketoiminta) Kaiken toiminnan ytimenä ja peruslähtökohtana on muistisairaana yksilöllisten tarpeiden huomioiminen hoidossa. Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavia hoitomuotoja olivat omaisten koulutus, ohjaus ja tukeminen, hoitohenkilökunnan koulutus ja ympäristön parantaminen.

Kuuden kuukauden kohdalla interventioryhmän asukkailla esiintyi vertailuryhmää vähemmän estottomuutta sekä ruokahalun ja syömisen häiriöitä. Vertailuryhmän asukkaat olivat sen sijaan vähemmän ahdistuneita. Nämä ryhmien väliset erot olivat hävinneet tutkimuksen lopussa. Lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa tehdyt ELO-D -havainnoinnit osoittivat, että interventioryhmän asukkaiden elämänlaatu ja hyvinvointi vuorovaikutustilanteissa olivat kohonneet merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna. Myös psyykenlääkkeitä oli saatu vähennettyä ja ravitsemustilaa parannettua, joka näkyi elämänlaadun kohoamisena. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 8-10.)

Tutkimusmenetelminä käytettiin kansainvälisessä käytössä olevia mittareita kuten CDR (Clinikal Dementia Rating= muistisairauden vaikeusasteen luokitus), Barthelin indeksi (päivittäisen toimintakyvyn arvioinnin väline), Cornellin masennusasteikko, MNA (Mini Nutritional Assessment= ravitsemustilan arviointi), NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory Nursing Home= neuropsykiatrinen haastattelu missä mitataan haasteellista käytöstä), QUALID (Quality of Life for Late Stage of Dementia= Muistisairaiden elämänlaadun arviointi), ELO-D (Elämänlaadun havainnointimenetelmä dementiatyössä) ja työhyvinvointikysely. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 35.)

3.3 Tunte-Va toimintamalli

TunteVa-malli on Tampereen Kaupunkilähetys ry:n rekisteröimä toimintamalli. Se perustuu amerikkalaisen Naomi Feilin tunteita ymmärtävään validaatiomenetelmään. Sosiaalityöntekijäksi Yhdysvalloissa valmistunut (saksalaissyntyinen) Feil kehitti validaatiomenetelmän muistisairaiden ihmisten hoidon tueksi vuosien 1960–1980 aikana. Validaatiomenetelmä on kansainvälisesti tunnettu nimellä V/F Validation (The Feil Method, validation therapy). Vanhustyön keskusliitto toi validaatiomenetelmän Suomeen 1980-luvun loppupuolella. Tampereen Kaupunkilähetys ry on toiminut validaatiomenetelmän kouluttajajäsenenä vuodesta 1995 vuoteen 2005. Tampereen Kaupunkilähetys ry rekisteröi oman TunteVa-mallin vuonna 2005 tarkoituksena voida vapaasti kehittää validaatiomenetelmää suomalaisen hoitokulttuurin tarpeisiin. (Pohjavirta 2012, 2, 26.)

Validaatiomenetelmä on käytännönläheinen vuorovaikutusmenetelmä joka auttaa laskemaan stressiä, parantaa ihmisarvoa sekä lisää onnellisuutta. Validaatiomenetelmä perustuu empaattiseen asenteeseen ja kokonaisvaltaiseen näkemykseen yksilöllisyydestä. Empatiakyky on asennoitumista toisen ihmisen tilanteeseen. Tämä kyky auttaa asennoitumaan muistisairaana maailmaan sekä ymmärtämään tarkoitusta muistisairaana oudon käytöksen takana. (Validatio Training Institute 2016.)

Vanhoilla ihmisillä saattaa olla paljon käsittelemättömiä tunneasioita, siksi on erityisen tärkeää että esim. muistisairaana tunteita ymmärretään. Muistisairaalla puuttuu sellaiset henkiset voimavarat joiden avulla käsitellään erilaisia tunteita eikä uusien toimintatapojenkaan omaksuminen ole enää helppoa. Muistisairaana suuntautuminen todellisuuteen on erilaista kuin terveen henkilön. Muistisairasta ihmistä ei kannata väkisin palauttaa nykytodellisuuteen koska hänellä ei ole enää tarvetta siihen. Muistisairas vetäytyy, jos hän ei koe, että häntä arvostetaan, kuunnellaan tai hänen kanssaan aletaan väitellä. Muistisairas tulisi kohdata tunteiden tasolla tämän omassa todellisuudessa. Tunteiden arvostava kuunteleminen vähentää sairastuneen ahdistusta kun taas kiellettyinä ja sivuutettuina tunteet voimistuvat. (Pohjavirta 2012, 27, 29.)

Ihmisen synnynnäisiä perustunteita ovat onnellisuus, suru, pelko, inho, viha ja hämmästyminen. Myös muistisairaalla nämä perustunteet säilyvät loppuun asti ja hänellä on

tarve ilmaista näitä tunteita. Yleensä tunteen takana on jokin tarve mikä olisi hyvä selvittää. Naomi Feilin mukaan esim. pelko voi olla yksinjäämisen, kuoleman tai itsensä kadottamisen pelkoa. Feilin mukaan erityisesti muistisairailta on tarve tuntea olevansa rakastettu, turvassa, hyödyllinen ja toimielias sekä ilmaista ja jakaa tunteita, tulla kuulluksi. Empaattinen kohtaaminen tukee muistisairasta tunteiden sanoittamisessa mikä lisää merkityksellisyyden kokemusta. Tämän kokemuksen pohjalta syntyvä syvä luottamus tuo turvallisuuden kokemusta mikä puolestaan lisää energiaa. Oman arvontunne vahvistuu energiasta jolla on stressiä vähentävä vaikutus. Empaattisella asennoitumisella muistisairaahan kohtaamisessa on siis suuri merkitys. (Pohjavirta 2012, 29, 30.)

TunteVa-toimintamalli kehottaa havainnoimaan muistisairasta sekä selvittämään erilaisia asioita, jotka helpottavat ymmärtämään häntä. Muistisairauden eri vaiheet voidaan jakaa neljään vaiheeseen: alkuvaihe, ajan ja paikan tajun hämärtyminen vaihe, toistuvien liikkeiden vaihe sekä sisäänpäin kääntymisen vaihe. Eri vaiheiden tunnistamisella on merkitystä sopivien keinojen valitsemisessa. Elämänhistorian tunteminen auttaa identiteetin tukemisessa ja sosiaalisuuden ja temperamentin tietäminen kertoo henkilön suhtautumisesta toisiin ihmisiin ja tilanteisiin. Aistien (kuulo, näkö) tukemista tulee huomioida, jotta tunnetason vuorovaikutukselle olisi parhaat mahdolliset edellytykset. Aistimielikuvat vahvistuvat aistien heikkenemisen myötä. Esim. Visuaalinen ihminen hahmottaa asioita näkemisen kautta, auditiivinen ihminen kuulemisen ja kinesteettinen ihminen liikkeen ja oman kehonsa tuntemusten kautta. On hyvä tietää myös minkälainen henkilön oma alue henkisesti ja fyysisesti on. Huomiota kannattaa kiinnittää myös symbolien käytön pohtimiseen. Onko jokin asia muistisairaalle korostetun tärkeä vai toistuuko jokin liike useasti muistisairaahan käyttäytymisessä. Näitä asioita tarkastellessa voi pohtia mikä on asian/tekemisen merkitys tai mitä se mahdollisesti edustaa muistisairaalle. (Pohjavirta 2012, 32–33.)

TunteVa-toimintamalli on yksilöllinen toimintatapa mikä haastaa pohtimaan syitä ja tarpeita käyttäytymisen takana. TunteVa-toimintamalli on keskittymistä ja keskustelua missä myös sanattomalle viestinnälle annetaan arvoa. Katsekontaktilla, äänensävyllä ja kosketustavalla on suuri merkitys. TunteVa-toimintamalli tunnustaa musiikin ja muistelun keinoiksi joilla tunnemuistoja voidaan houkuttaa tietoisuuteen. Yhteisöllisyys on myös yksi TunteVa-toimintamallin keinoista. (Pohjavirta 2012, 33–34.)

3.4 Sosiokulttuuriset menetelmät

Taide ja kuvallinen ilmaisu ovat ihmiselle tärkeitä. Ihminen on vahvasti visuaalinen olento ja maailma tallentuu useimmiten meihin kuvina. Suuri osa vastaanotetusta informaatiosta tapahtuu näköaistin kautta. Kun pohdimme elämää ja siihen liittyviä tunteita, muistoja ja aistimuksia, käytämme maailman meihin tallentamia mielikuvamateriaaleja silloin kun ajattelemme. Kuvat eivät peilaa vain yksilön tunteita, odotuksia ja pelkoja, vaan ne voivat toimia myös kollektiivisena symbolina, johon voi tiivistyä jotain oleellista kokonaisesta aikakaudesta tai kansakunnasta. Taiteella, oli kyse maalaustaiteesta, musiikista tai kuvanveistosta on suuria terapeuttisia vaikutuksia. Eräs kuvataiteen pioneereista, psykologi ja taideterapeutti Maumburg on todennut, että kaikilla ihmisillä, taidekoulutuksesta tai sen puutteesta riippumatta, on piilevä kyky heijastaa sisäiset konfliktinsa visuaaliseen muotoon. Ihmisen perustavaa laatua olevat ajatukset ja tunteet, jotka ovat lähtöisin tiedostamattomasta, tulevat paremmin ilmaistuksi kuvissa kuin sanoissa. Kuvat arkisessa ympäristössä antavat vastauksia kysymyksiin, kuka minä oikeasti olen, mitä minä itse haluan, mikä syvimmältään on minulle tärkeää? (Lipsanen-Rogers 2005, 62–63.)

Kuvataideterapia on yksi sosiokulttuurisen toiminnan muodoista. Kuvataideterapiassa kuva toimii vuorovaikutuksen välineenä (Hautala 2012, 18). Kuvataideterapeuttisia menetelmiä voidaan soveltaa useiden sairauksien hoidossa. Erityisesti menetelmä soveltuu hyvin tilanteisiin, joissa potilaan sanallinen itseilmaisuus on syystä tai toisesta vaikeutunut. Tällainen tilanne voi olla esim. masentuneella, henkilöllä jolla on jokin kehitysvamma tai henkilöllä joka on kokenut jonkin traumaattisen kokemuksen. Myös ahdistuksen ja käytöshäiriöiden hoitoon kuvataideterapeuttisten menetelmien soveltaminen sopii hyvin. (Haapasalo 2012, 113.)

Luovuus on ihmislajin eräs ominaisuus. Osallistuminen kulttuuri- ja taidetoimintaan on jokaisen oikeus, sillä elämisen mieli ja merkitys kumpuavat ilosta, luovuudesta ja yhteisöllisyydestä. Kulttuuriharrastuksista saatu energia edistää yhteisöllisyyden an-

siosta terveyttä ja auttaa selviytymään muutenkin paremmin arjessa. (Hohental-Antin 2013, 16–17.)

Nummisen mukaan muistisairaana henkilön elämänhistoria, mieltymykset ja taustatiedot olisi aina selvitettävä. Nämä yksilöllistä elämänhistoriaa koskevat tiedot ovat tärkeitä hoivan työkaluja aggressioiden ilmaantuessa. Haastavissa hoivatilanteissa voi apuna käyttää musiikkia, joko itse tai yhdessä henkilön kanssa laulaen tai soittimesta kuunnellen. Musiikkia voi käyttää aamutoimissa, suihkutustilanteissa ja ruokailuhetkien rauhoittajina sekä nukkumaan mennessä. Musiikin kuntoutusvaikutus ei ole riippuvainen aiemmasta musiikkiharrastuksesta. Omalla läsnä olevalla, rauhallisella ja ystävällisellä olemuksella hoitaja luo turvallisen tunnelman hyräillen tai vaikka riimejä ja runoja lausuen. Musiikki, riimit tai runot toimivat myös kävelemisen rytmittäjinä tai ylösnousuissa tuoilta. Myös ikävät asiat, joita musiikki herättää ovat sinällään arvokkaita tunteita. Muistisairaana kohtaamisessa tunteet ovat aina hyväksytyjä. Jos esimerkiksi muistisairas henkilö kieltää laulamasta, niin kieltoa hienovaraisesti totellaan ja voidaan kysyä, että haluaisiko hän mieluummin kuunnella lempimusiikkiaan. (Numminen 2016.)

Musiikilla on monia terapeuttisia vaikutuksia. Musiikki nostaa usein mielialaa stimuloiden aivoja emotioiden kautta, jolloin seurauksena on iloinen mieli ja seestynyt olotila. Musiikki rentouttaa, lieventää stressiä, lisää keskittymiskykyä, auttaa hengittämään paremmin, parantaa muistin toimintaa ja aktivoi aivoja (aivojen muistipaikat aktivoituvat musiikkia kuunnellessa ja aivot muistavat vanhoja tilanteita tuoden silmien eteen visuaalisia muistikuvia). Musiikin kuuntelu liikuttaa myös kehoa (pään heilautukset, käsien hakkaaminen ja jalkojen liikkeet, tanssi). Fysiologisesti musiikki voi nostaa jopa ihokarvat pystyyn. (Numminen 2016.)

Ko-Koo-Mo on nukketeatteritaitelija Roosa Halmeen, kuvataiteilija Kai Ruohosen ja kulttuurituottaja Annukka Ketolan yhdessä luoma konsepti jossa abstraktit puiset palikat heräävät henkiin nukettajan, musiikin ja äänimaailman keinoin. Palikkateatterin rikkaus syntyy siitä, kun kukin taiteen tekijä tekee oman tulkintansa tekemästään ja näkemästään. Neutraalit puiset palikat herättävät mielikuvituksen ja saavat aivonystyrät liikkeelle. Palikkateatteriesityksien jälkeen järjestetyissä työpajoissa on katsojilla ollut mahdollisuus osallistua itsenäiseen palikoista rakenteluun. Työpajojen

aikana taiteilijat ovat huomanneet mielenkiintoisia terapeuttisiakin vaikutuksia, esimerkiksi muistisairaiden kadonneiden muistojen palautuminen ja itseilmaisun vahvistuminen sekä sen myötä uusien ajatusten havainnoiminen. Ko-Koo-Mon tavoitteena tulevaisuudessa on konseptin käyttöönotto hyvinvoinnin kentällä. Palikkateatteri on jo nyt aktivoinut ja rikastuttanut lasten, nuorten ja ikäihmisten päivittäistä arkea erilaisissa laitoksissa. Edellä mainitut asiat ovat innoittaneet tutkimaan terapeuttisia vaikutuksia tarkemmin ja vahvistamaan niitä edelleen teknologian ja digitalisaation keinoin kehitteillä olevan MEMO-pelin muodossa. (www.kokoomo.fi)

4 MUISTIPOTILAAN HOITOPOLKU

4.1 Muistihäiriöpäily

Muistitutkimuksiin kannatta hakeutua, kun huomaa itse/omaiset huomaavat lähi-
muistin heikentymistä. Usein sosiaalinen toimintakyky voi säilyä hyvin. Kun muistioire alkaa haitata töiden ja arkiaskareiden suorittamista siten, että esim. sovitut tapaamiset unohtuvat, on vaikeaa noudattaa hoito-ohjeita tai esiintyy epätarkoituksenmukaista terveyspalveluiden käyttöä tulisi hakeutua/ohjata muistitutkimuksiin joko muistihoitajalle tai omalääkärille. Tyypillisiä muutoksia voivat olla myös sanojen löytämisen- ja taloudellisten asioiden hoitamisen vaikeus, päättely- ja ongelmanratkaisukyvyyn heikentyminen, tai esineiden katoaminen ja niiden käyttötavan ymmärtämisen vaikeutuminen. Käyttäytymisen muutoksina voi esiintyä mielialamuutoksia, ahdistuneisuutta ja apaattisuutta. Voi esiintyä myös persoonallisuuden muuttumista kuten sekavuutta, epäluuloisuutta tai pelokkuutta. Aloitekyvyn heikkeneminen ja vetäytyminen voivat viitata myös muistioireeseen. (Käypä hoidon www sivut 2016.)

Monet tekijät voivat häiritä muistamista. Masennus voi huonontaa muistia nimenomaan heikentyneestä tarkkaavaisuudesta ja keskittymiskyvyn puutteesta johtuen. Masentunut ihminen ei jaksa keskittyä siihen, mistä puhutaan tai mitä pitäisi oppia, ja näin asiat eivät jää hänelle mieleen. Hyvin opitun asian hän voi muistaa kuitenkin myöhemmin. Eräät lääkkeet voivat heikentää muistia. Erityisesti useat rauhoittavat

lääkkeet vaikuttavat aivojen tiedonkäsittelyyn ja muistitoimintoihin, samoin tietyt lääkkeet, jotka vaikuttavat virtsanpidätyskykyyn. Alkoholi usein heikentää muistia pysyvästi pitkään ja runsaasti käytettynä. Erilaiset paikalliset aivovauriot voiva vaikuttaa myös muistin toimintaan. Vasemman aivopuoliskon vauriot – esimerkiksi aivohalvaus tai aivovamma – voi heikentää kielellisiä toimintoja ja siten sanojen muistamista. Aivojen syvien osien vauriot – esimerkiksi tiettyjen aivoverenvuotojen tai puutostilojen seurauksena – voivat vaurioittaa vakavasti mieleenpainamisprosessia ja siten kykyä muistaa ja oppia uusia asioita, vanhojen asioiden säilyessä silti mielessä. Joskus eräät aineenvaihduntaan liittyvät sairaudet vaikuttavat muistiin kuten esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta. (Käypä hoidon www sivut 2010.)

4.2 Muistipolku Porissa

Muistipotilaan hoitopolku on sovittu palvelukokonaisuus siitä, miten muistisairaita tutkitaan ja hoidetaan sairauden eri vaiheissa. Se takaa ja turvaa hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden potilaan tilasta riippumatta. Muistisairaahan toimiva hoitopolku tulee toteuttaa lähipalveluna, asiakaskeskeisesti ja moniammatillisena tiimityönä. Muistipoliklinikalla ja muistikoordinaattorilla on tässä keskeinen rooli. Muistihoitaja on etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyt terveydenhuollon henkilö joka toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudinmäärityksessä, hoidossa, ohjannassa ja seurannassa. Muistikoordinaattorilla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveyden- tai sosiaalialan ammattihenkilöä. Hänen vastuullaan on muistipotilaan avohoidon koordinointi sekä ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa. (Suhonen 2015; Käypä hoidon www sivut 2017.)

Valtakunnallinen tavoite muistipotilaan hoidossa on, että kotona selviytymistä tuetaan niin kauan kuin on hyvä. Muistihäiriöepäilyn ilmaannuttua, seuraava vaihe on muistihäiriön tunnistaminen, mikä tapahtuu Porissa ottamalla yhteys matalan kynnyksen muistihoitajalle tai terveyskeskuslääkäriin. Porin kaupungin lähipalvelualueilla: Pohjoinen ja Itä, toimii muistihoitajia, joilta voi kuka tahansa varata puhelimitse maksuttoman ajan muistitutkimuksiin. Läntisen Porin alueella ei ole muistihoitajaa, joten Läntisellä alueella muistitestiin tarvitaan lääkärin lähete.

Muistihoitajan vastaanotolla asiakas ja omainen ensin haastatellaan. Haastattelun jälkeen tehdään muistitesti CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease) tai MMSE (Mini-Mental State Examination). CERAD testi sisältää 8 erillistä tehtäväsarjaa: sanojen mieleenpainaminen ja säilyttäminen, nähdyn muistissa säilyttäminen, kielelliset toiminnot ja hahmottaminen, toiminnan suunnitelmallisuus ja joustavuus sekä MMSE. MMSE testissä on 30 kysymystä henkilön päättelykyvystä, ajan- ja paikantajusta, muistista ja hahmottamisesta. Muistiselvitykseen sisältyy myös depressioseulatesti GDS-15 tai GDS-30 (The geriatric depression scale, myöhäisiä mittarit joilla mitataan mielialaa) sillä masennus voi olla myös syy muistiongelmiin. Jos depressioseulatestissä ilmenee hoidon tarvetta, ohjataan asiakas ensin terveysaseman lääkärille ja lääkäri aloittaa tarvittaessa lääkityksen. Lisäksi tehdään toimintakykyarviot IADL (instrumental activities of daily living) ja ADL (activities of daily living). Näillä toimintakykymittareilla selvitetään yli 60-vuotiaiden henkilöiden toiminnan vajavuutta ja kartoitetaan päivittäisten asioiden hoitamiseen liittyvää toimintakykyä. Mikäli lisätutkimuksille on aihetta, muistihoitaja lähettää potilaan geriatrian poliklinikalle erikoislääkärin vastaanotolle jatkotutkimuksiin. Jos muistiselvitys ei anna aihetta lisätutkimuksiin, asiaan palataan jos tilanne voinnissa muuttuu tai viimeistään vuoden kuluttua. (Rantala, 2016.)

Mikäli asiakas on tullut muistiselvitykseen lääkärin läheteellä, (myös yksityislääkärit) muistihoitaja lähettää kopiot tuloksista lähettävälle lääkärille, joka suorittaa omat tutkimuksensa ja tekee tarvittaessa lähetteen laboratorioon ja geriatrian poliklinikalle erikoislääkärille. Laboratoriokokeissa tutkitaan seuraavat asiat: PVK (perusverenkuva), K (kalium=suola-arvo), Na (natrium=suola-arvo), Krea (kreatiniini= munuaisarvo), Alat (alaniiniaminotransferaasi= maksa-arvo), Fb-gluk (paastoplasman glukooosi=sokeriarvo), P-Ca-Ion (kalsium=suola-arvo), TSH (tyreotropiini= kilpirauhaskoe) ja B12 (kobalamiini=vitamiini) sekä EKG (elektrokardiografia=sydänfilmi). Jos laboriokokeita ei ole tehty ennen geriatrian poliklinikalle pääsyä, kotiin tulevassa kutsukirjeessä on useimmiten lähete laboriokokeisiin ja pään TT-kuvaukseen (tietokonetomografia=päänkuvantaminen). (Metsänen-Kiova & Rantala, 2016.)

Muistihäiriöistä kärsivän diagnoosin keskeinen osuus muodostuu lääkärin tekemästä kliinisestä tutkimuksesta. Tutkimuksen tavoitteena on arvioida potilaan tunnetilaa,

selvittää hänen älyllistä toimintakykyään ja hänen kykyänsä selvitä arkipäivän tehtävistä sekä havaita niissä tapahtuvia muutoksia. Kliinisessä tutkimuksessa selvitetään mielenterveyshäiriöiden kannalta tärkeät osa-alueet, kuten potilaan ulkonäkö, olemus, liikkumisen psykomotoriikka, mieliala, aistitoiminnot, ajatustoiminta, abstrakti ajattelu, päättelykyky ja sairautentunto. (Käypä hoidon www-sivut 2010.)

Muistioireiden taustalla saattaa olla varsinaisten etenevien muistisairauksien lisäksi myös useita erilaisia hoidettavia tautitiloja. Laboratoriotutkimuksilla, joiden laajuus valitaan kliinisen oirekuvan perusteella, pyritään tunnistamaan nämä tilanteet hoidon aloittamiseksi. Verikokeita tarvitaan, jotta hoidettavat syyt voidaan sulkea pois. Mikäli oirekuva on lievä tai epätyypillinen, tarvitaan mittavampia tutkimuksia. Muistisairauksien taudinmäärityksessä tukena ovat aivo-selkäydinnesteen biologiset merkkiaineet, joita ovat Alzheimerin taudin (AT) aivomuutoksiin liittyvät beeta-amyloidi 42-peptidi ja tau-proteiini. (Käypä hoidon www-sivut 2010.)

Ennen geriatrian poliklinikan erikoislääkärin vastaanottoa potilas kutsutaan geriatrian poliklinikan muistihoitajan vastaanotolle, jossa tehdään etukäteen ylilääkärin määräämiä ja tarpeelliseksi katsomiaan hoitotoimenpiteitä ja testauksia. Tavallisimmin ne ovat paino, ravitsemustilan arviointi MNA (Mini Nutritional Assessment) ja verenpaine istuen ja seisten. Lisäksi tehdään lääkelistan tarkastus, jossa vertaillaan asiakkaan omat lääkitystiedot ja viralliset potilastietojärjestelmän tiedot. Jos seuraavia tutkimuksia ei ole lähiaikoina tehty, esitutkimuksiin voivat lisäksi kuulua ADL, IADL, MMSE, CERAD, MNA ja GDS. Tarkentavia lisätutkimuksia ovat myös MOCA (Montreal Cognitive Assessment, Tarinamuisti-testi) sekä potilaan ajokykyä tarkentava TMT (Trail Making Testi) A+B. (Rantala & Metsänen-Kiova 2016.)

Potilashaastattelussa, jossa omaisen toivotaan olevan mukana, lääkäri selvittelee potilaan vointia ensin potilaalta. Omaista haastatteleamalla lääkäri pyrkii saamaan kokonaisvaltaisen tilanteen potilaan voinnista myös omaisen näkökulmasta. Diagnoosin ja mahdollisen aloituslääkityksen jälkeen potilaalle tehdään sairauden mukainen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Potilaalle ja omaiselle annetaan neuvontaa ja ensitietoa muistisairauksista ja heitä ohjeistetaan osallistumaan muistipotilaan Ensitietopäivään. Ensitietopäivä koostuu muistisairauksiin liittyvistä asiantuntijaluennoista joita järjestetään esim. avopalvelukeskus Viikkarin Valkamassa. Kuukauden kulut-

tua geriatrian poliklinikalla käynnistä, muistihoitaja soittaa potilaalle, jolloin hän tiedustelee vointia ja aloitetun lääkkeen sopivuutta. Jatkoseuranta diagnoosin jälkeen toteutuu tästä eteenpäin noin puolen vuoden päästä geriatrian poliklinikalla. Tällä käynnillä geriatri arvioi, voidaanko jatkohoito siirtää joko muistihoitajalle tai terveyskeskukseen. (Rantala & Metsänen-Kiova 2016.)

Kelan etuudet kuten eläkettä saavan hoitotuki, eläkkeensaajan asumistuki, vammaistuki, lääkekatto, matkakorvaukset, kuntoutus ja korvaus sairaanhoitokuluista pitää tilannekohtaisesti selvittää potilaalle ja omaiselle. Samoin yksilöllisen tarpeen mukaan esitellään Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen muut kotona asumista ja tukemista sisältävät palvelut kuten kotihoito, asunnon korjaus- ja muutostyöt, hammashoito, henkilökohtainen avustajapalvelu, kuljetustuki, maksukatto, ravitsemusterapeutin palvelut, potilasasiamiestuki, psykososiaaliset palvelut, sosiaaliasiamiespalvelut, toimeentulotuki ja turvapuhelimen hankinta. Erilaista vertaistukea tarjoavat myös Ev.lut.seurakunnan Mummun kammari ja Palveleva Puhelin. Edunvalvontavaltuutusasioiden selvittäminen tarvittaessa, tilinkäyttöoikeus pankkiin, kotitalousvähennys ja invalidivähennys sisältyvät myös yksilölliseen ohjaukseen tarvittaessa. Ohjeistusta voidaan antaa myös Porin Seudun Muistiyhdistyksen päivätoiminnasta, vertaistuesta ja omaisen jaksamiseen liittyvissä asioissa. Satakunnan Omaishoitajat ja Läheiset tarjoavat omaistukea ja vertaistukea. Muistiliitolla on edunvalvontaa, maksuton Vertaislinja-puhelinpalvelu ja Internet sivuilla Vertaislinja omaishoitajille. (Korpela, 2012.) Myös Satakunnan Vanhustuki ry. tarjoaa palveluja ikäihmisille.

Omaishoitajien terveystarkastukset ovat alkaneet Porissa syksyllä 2015. Omaisten jaksaminen huomioidaan myös kontrollikäynnillä ja he voivat ottaa muistihoitajaan yhteyttä muulloinkin kuin kerran vuodessa tapahtuvan jatkokontrollikäynnin yhteydessä. Jos sairastuneella muistisairaalla on kotona pärjäämisessä vaikeuksia tai omainen on väsynyt, voi muistihoitaja tai joku muu terveydenhuollon ammattilainen tehdä lähetteen sairastuneelle muistikuntoutusyksikköön Maantiekadun sairaalaan. Sairastuneen säännölliset lyhytaikaishoitajaksot tukevat myös omaisen jaksamista. (Rantala 2016.)

Porin Seudun Muistiyhdistys tarjoaa omaishoitajille koulutus- ja virkistyspäiviä. Muistiliitto on julkaissut uudistetun Hyvän hoidon kriteeristön 21.9.2016. Muisti-

luotsi toiminta on laajenemassa ja muitakin erilaisia muistisairauksiin liittyviä palvelu- ja toimintamuotoja perustetaan koko ajan lisää.

5 MUISTISAIRAAN HOITOON LIITTYVÄT LAIT JA SUOSITUKSET

Seuraavat lait ja suositukset sisältävät kohtia jotka korostavat iäkkäiden henkilöiden palveluiden eheyttä ja laadun merkitystä, osallisuuden, toimijuuden sekä mielekkään elämän mahdollistamisen myötä.

Vuonna 2013 tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (Vanhuspalvelulaki). Tämän lain tarkoitus on ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukeminen sekä luoda iäkkäille mahdollisuuksia vaikuttaa heidän elinoloihin liittyviin päätöksiin kunnissa. Laki edellyttää lisäämään iäkkään henkilön vaikuttamismahdollisuuksia oman palvelunsa sisältöön nähden. Lain tarkoituksena on myös kehittää sosiaali- ja terveystalvueluiden laatua.

Vanhuspalvelulain 14§ mukaan pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavat sosiaali- ja terveystalvuelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi tuntea elämänsä arvokkaaksi, merkitykselliseksi ja turvalliseksi sekä hänellä on mahdollisuus ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus yhdessä asumiseen. (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012, 14 §.)

Sosiaali- ja terveystalvueluministeriön vuonna 2013 uudistama, Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi, kokonaistavoitteena on turvata terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Tämän laatusuosituksen tarkoituksena on tukea edellä mainittua Vanhuspalvelulakia. Yksi uudistuneen laatusuosituksen tärkeistä

tarkoituksista on tukea asennemuutosta ikäystävällisemmän kulttuurin puolesta sekä tälle eettisen perustan luominen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 9-10.)

Laatusuosituksen läpileikkaavana periaatteena on iäkkäiden osallisuuden turvaaminen niin, että ikäihmisten ääni kuuluu kaikessa heitä koskevassa päätöksenteossa. Osallisuus on kokemuksellista, tunnetta yhteenkuulumisesta, sekä konkreettista, kuten mahdollisuus osallistua, vaikuttaa ja toimia. Iäkkäiden motivaatio ja voimavarat osallistua vaihtelee aktiivisista toimijoista osattomuutta kokeviin. Osattomuus voi olla yksinäisyyden ja turvattomuuden tunnetta tai yhteisöstä syrjäytymistä ja osallistumismahdollisuuksien puuttumista. Tällaisessa riskissä olevat iäkkäät ihmiset on tunnistettava, heidän tilannettaan on selvitettävä ja etsittävä yhdessä tarkoituksenmukaista tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17.)

Muistisairauksien Käypä hoito-suosituksen mukaan toimivan muistipotilaan hoitopolun tulee turvata hoito- ja kuntoutuspalvelut sekä niiden jatkuvuus kommunikaatiovaikeuksista sekä muistin heikkoudesta huolimatta. Hoidon tavoitteena on turvata laadukas elämä muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Laadukas elämä sisältää muistisairaana elämäntavan ja – taustan huomioon ottamisen, arvokkuuden, itsemääräämisoikeuden sekä sosiaalisen verkoston ylläpitämistä. (Käypä hoidon www-sivut 2010.)

Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristö 2016 nostaa arvostamisen, kunnioittamisen ja tasavertaisen kohtaamisen tärkeiksi vuorovaikutuksen määreiksi muistisairaana kanssa. Luotettava hoitosuhde vahvistuu kiireettömyydestä sekä aidosta kohtaamisesta. Näin myös hoitajien ymmärrys muistisairaana tarpeesta lisääntyy. Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys kasvaa sitä suuremmaksi mitä huonommin muistisairas kykenee enää itse ymmärrettävään itseilmaisuun. (Muistiliitto 2016, 46.)

Muistisairaiden hoitotyö edellyttää sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillista koulutusta sekä erityisosaamista muistisairauksista. Kuntoutumista edistävän hoitotyön osaaminen on myös tärkeä osa muistisairaiden ihmisten kanssa tehtävää työtä. Etenevien muistisairauksien ja niiden vaikutusten tunnistaminen sekä muistisairaana ja hänen läheisensä aito kohtaaminen ovat erityisosaamista jota muistisairaiden hoitajilla tulisi olla. Hoitajan myönteinen asenne muistisairaiden hoitotyöhön, on myös yksi erityisosaamisen piirteistä. (Muistiliitto 2016, 82.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi toukokuussa 2012 kansallisen muistiohjelman 2012–2020, jonka tavoitteena on rakentaa muistiystävällinen Suomi – maa, jossa muistisairaus otetaan vakavasti ja muistisairaat elävät arvokasta elämää sekä saavat asianmukaista hoitoa, huolenpitoa ja kuntoutusta. Ohjelman tavoitteeksi määritellään ”Enemmän elämänlaatua, parempaa arkea”. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 8.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella opas Porin perusturvan vanhuspalvelujen yhteistoiminta-alueelle hoitohenkilökunnan käyttöön. Projektin edetessä laajensimme oppaan kohderyhmää työelämälähtöisistä syistä koskemaan myös muistisairaiden omaisia. Opas sisältää tietoa yleisimmistä muistisairauksista, muistipolusta ja antaa käytännön ohjeita vuorovaikutustilanteisiin muistisairaiden kanssa. Tarkoituksena oli tukea oppaan avulla henkilöitä jotka kohtaavat muistisairaita.

Helposti tulostettavan ja ulkoasultaan selkeän opaslehtisen tarkoituksena on tuoda tärkeä ja ajantasainen tieto nopeasti työntekijöiden käyttöön käden ulottuville. Aluksi suunnittelimme, että opas olisi painettu paperiversio PDF-tiedoston sijaan, mutta kustannussyistä päädyimme sähköiseen tiedostoon, jolla on helppo saatavuus. Oppaan sisältö koottiin teorian tiedosta, tutkimustuloksista sekä asiantuntijoilta. Opinnäytetyön tavoite on korostaa vuorovaikutuksen merkitystä muistisairaiden henkilöiden kohtaamisessa ja tiedon ja ymmärryksen lisääminen muistisairaana hyvinvoinnin kokonaisvaltaisesta tukemisesta.

Työorganisaatiollamme Porin perusturvan vanhuspalveluilla ei ole tämänkaltaista ohjeistusta tällä hetkellä käytössä vaan jokainen toimii itsenäisen työskentelyn omaavissa asiakastilanteissa omaa ammattitaitoaan hyödyntämällä. Opas tulisi toimimaan konkreettisenä nopeana tiedonhankintavälineenä erilaisissa asiakastilanteissa

ja se on suunniteltu niin, että sitä voisi jakaa myös muistisairaiden omaisille. Keskeisenä kysymyksenä koko oppaan valmistumisprosessin ajan oli: ”Millainen on hyvä opas?” Tähän haettiin vastausta tutustumalla vastaavanlaisiin oppaisiin ja keskustelemalla mm. opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa. Kriittinen arviointi oli käytössä oppaan valmistumisprosessin ajan. Haasteina koettiin oppaan sisällön rajaaminen ja ulkoasulliset seikat kuten mahdollinen kuvitus visuaalista ilmettä kohentamaan.

7 PROJEKTILUONTEINEN OPINNÄYTETYÖ

Projekti on ainutlaatuinen hanke jolla on alku ja loppu. Sitä toteuttavat tietyt ihmiset asetettujen tavoitteiden mukaan jossa parametreina ovat kustannus, aikataulu ja laatu. Projektit ovat asiakaskeskeisiä ja niillä on selvä päämäärä. Ainutlaatuisuuden vuoksi projektit voivat olla myös riskialttiita. (Pinto 2007, 25.)

7.1 Projektin suunnittelu

Ajatus opinnäytetyön aiheesta alkoi syntyä Samk:n vanhustyön koulutusohjelman geronomiopintojen aikana keväällä 2015. Työskentelemme molemmat lähihoitajina Porin Perusturvan vanhuspalvelujen kotihoidossa. Pitkän työkokemuksen omaavina hoitajina meille nousi ajatus siitä, että tätä aihetta olisi hyvä käsitellä ja nostaa esille juuri vuorovaikutuksen näkökulmasta. Työyhteisöissämme muistisairaiden kanssa tapahtuvat haasteelliset vuorovaikutustilanteet nousevat aika ajoin esille ja tästä joutuessa halusimme lisätä tietoa muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaisesta tukemisesta ja siten helpottaa myös työntekijöiden kokemaa työn kuormitusta. Koimme tärkeäksi myös tiedon välittämisen muistisairaiden omaisille. Ensisijaisena kohderyhmänä ovat henkilöt, jotka työskentelevät muistisairaiden sekä heidän omaisensa parissa. Lopullisena hyödynsaajana ovat muistisairaajat asiakkaat, asukkaat, potilaat ja heidän omaisensa.

Otimme yhteyttä sähköpostitse työorganisaatiomme vanhuspalvelujen johtajaan Pirjo Rehulaan ja suunnittelimme tekevämme opinnäytetyön parityönä ehdottaen samalla hänelle aihetta: ”Validaatiomenetelmä kotihoidon työntekijän tukena muistisairaana kohtaamisessa”. Ajatuksena oli, että tekisimme pienen painetun opaslehtisen kyseisestä menetelmästä työntekijöiden avuksi kotikäynneille. Pirjo Rehula vastasi myöntävästi aiheeseemme ja halusi meidän lisäävän oppaaseen vielä tietoa yleisimmistä muistisairauksista ja muistisairaana hoitopolkukuvauksen. Projektin aikana opinnäytetyömme nimeksi muodostui: ”Opas muistisairaana hyvinvointia tukevaan kohtaamiseen.”

7.2 Projektin toteutus

Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa ja aloitimme aineiston keruun. Aineiston rajauksella tarkoitetaan, että se on projektin tavoitteista johdettu looginen työkokonaisuus jossa määritellään sen tuotokset ja mitä tehtäviä sekä toiminnallisia osuuksia tuotokset syntyäkseen vaativat. Projektille asetetut ajalliset ja taloudelliset reunaehdot vaikuttavat kehittämistehtävän sisällön rajaamiseen. (Ruuska 2006, 73.)

Jaoimme opinnäytetyön aihealueet ja kumpikin työskenteli itsenäisesti omien aiheidensa parissa. Kirjoitusvaiheessa yhteydenpito oli lähes päivittäistä joko puhelimitse tai sähköpostitse. Kokoonnuimme viikoittain toistemme luona tai kirjaston tutkijanhuoneessa. Kriittinen arviointi oli koko ajan käytössä, se näkyi työskentelysämme siten, että päivitimme uusinta tietoa konsultoimalla sähköpostitse paikallisia muistihoitajia sekä Tampereen Tunte-Va kouluttajia ja osallistuimme Porissa opinnäytetyömme aihetta läheisesti käsitteleville huippu asiantuntijoiden luennoille. Uutisia ja muita ajankohtaisia julkaisuja seurattiin. Projektin toteutusvaiheessa saimme ohjeistusta ja neuvoja myös opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta sekä opiskelijakollegoilta.

Projektin onnistumisen kannalta riskitekijä on opaslehtisen juurtumattomuus työyhteisöjen käyttöön.

7.3 Projektin arviointi

Projektin tuotoksena syntyneen oppaan arviointi toteutettiin viemällä arviointilomakkeita Keski-Porin kotihoidon toimistolle hoitajien täytettäväksi. Lupa tähän saatiin puhelimitse eräältä vanhuspalvelujen esimieheltä. Lomakkeessa oli kaksi kysymystä, joihin sai vastata nimettöminä. Arvio oppaasta oli hyvä. Lähes jokaisessa vastauksessa toistuivat arviot oppaan tarpeellisuudesta. Sitä pidettiin hyödyllisenä ja kattavana peruspakettina, joka sisältää tärkeää perustietoa muistisairaana kanssa työskenteleville, omaisille, läheisille ja tukihenkilöille. Oppaan sisältö oli hoitajien mielestä selkeästi kirjoitettu ja otsikointi oli onnistunut, oppaassa oli kiteytetty oleelliset asiat muistisairauksista. Aiheen esiin tuominen koettiin hyväksi asiaksi ja erityiskiitosta tuli siitä, että oppaassa on konkreettisia ohjeita muistisairaana kohtaamiseen sekä yhteystiedot eri verkostoihin.

8 POHDINTA

Muistisairaudet ovat kansantauteja ja siksi tietoa erilaisista muistisairauksista ja niiden aiheuttamien muutosten ymmärtämistä tulisi lisätä yhteiskunnan joka sektorille. On selvää että sosiaali- ja terveysalan henkilökunta kohtaa työssään muistisairaita, puhumattakaan omaishoitajista, mutta myös yleisesti yhteiskunnassa muistisairaita kohdataan enenevässä määrin muistisairaiden määrän lisääntyessä. Monesti tiedon puute voi aiheuttaa ikäviä kohtaamisia, varsinkin jos ympäristö ei ymmärrä muistisairaana käyttäytymisen muutoksen takana olevia syitä. Esimerkkinä tällaisesta tilanteesta: Alzheimerin tautia sairastava isoäiti kiisteli 5-vuotiaan lapsenlapsensa kanssa nallesta. Lapsen äiti tuli väliin tuohtuneena sanoen: ”Kumma vanha ihminen, kun tappelee lelusta.”

Pääasiaksi myös tässä opinnäytetyössä nousee, että vuorovaikutustilanteissa muistisairasta kuunnellaan ja hänen tarpeensa otetaan vakavasti. Erilaiset tunteet kuten suru, kaipaus, hyödylliseksi ja tarpeelliseksi tulemisen tunne, arvostetuksi kokemisen tunne ym. tunteet muistisairaana ajatusten ja tekojen taustalla tulee hoitajan osata pysähtyä kuulemaan ja tulkitsemaan. Esteleminen, nolaaminen, ylipuhuminen ja tarpee-

ton äänen korottaminen ovat kiellettyjä kohtaamistilanteissa. On muistettava, että ammattilaisena me olemme samalla tasolla kuin muistisairas, mutta meillä on käytössä työkaluja, joita apuna käyttäen voimme avata muistisairaahan henkilön maailmaa ja sitä kautta itsekin oppia itsestämme lisää.

Tiedon puute ja vilpitiön huoli voivat joskus ilmetä myös tarpeettomana ylisuojeluna. Ylisuojelu ja holhoaminen voivat vaikuttaa kuitenkin negatiivisesti holhottavan henkilön elämänlaatuun. Pahimmassa tapauksessa ne voivat kaventaa ja rajoittaa elämää niin, että elämisen mielekkyys ja merkitys katoavat. Vastuuta on toki tunnettava, eivätkä käytännön tilanteet aina ole yksiselitteisiä, mutta hoitokulttuuriimme tulisi lisätä muistisairaahan omista tarpeista lähtevää toimintaa luovuuden ja uskaliaisuuden kautta. Se tarkoittaa esim. sitä, että ollaan valmiita ensin kokeilemaan miten jokin asia toimii, ennen kuin leimataan asia mahdottomaksi. Hoitajamitoituksilla on tässä merkitystä laadukkaan hoidon mahdollistamisessa ja siksi onkin tärkeää myös niiden olla realistisia suhteessa työmäärään. Sillä vaikka monesti hoitajat ovatkin ihmeiden-tekijöitä, eivät parhaimmillaan pysty toteuttamaan pidemmänpäälle mahdottomia yhtälöitä hoidon laadun kärsimättä.

Opinnäytetyön tekemisen prosessi on ollut mielenkiintoinen ja antoisa. Tämän työn kirjoittaminen on syventänyt oppimaamme ja olemme viettäneet monia mukavia hetkiä yhdessä kokoontuen asian tiimoilta. Yhteistyömme sujui hienosti ja pysyimme suunnitellussa aikataulussa. Oppaan työstäminen oli yllättävän vaikeata. Miten saada oleellinen tieto kirjoitettua tiiviisti ja niin, että kuitenkin tärkeät asiat tulevat esille? Kiitollisia olemme kaikille meitä ohjanneille ja tukeneille henkilöille. Tämä on ollut hieno matka muistisairaahan hyvinvointia tukevaan kohtaamiseen.

LÄHTEET

- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. 3.uud. p. Porvoo: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Hallikainen, M. & Remes, A. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud.p. Helsinki: Duodecim, 122–124, 131,
- Erkinjuntti, T. Jokinen, H. & Melkas, S. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud.p. Helsinki: Duodecim, 137, 142-143, 144–145.
- Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. Suomen lääkärilehti 39.
- Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Kotilainen, H., Köykkä, T., Numminen, A., Saarenheimo, M., Suominen, M. & Topo, P. 2011. Muuttuva ymmärrys käytösoireista. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava & N. Savikko (toim.) Mielen Muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 18–20.
- Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Koskinen, J., Pietilä, M. & Sinervo, T. 2011. Tavoitteet ja menetelmät. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava & N. Savikko (toim.) Mielen Muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 35.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (toim.) 2011. Mielen Muutos tutkimus- ja kehittämishanke 2007–2010 Loppuraportti. Viitattu 12.1.2017
http://www.vtkl.fi/document/1/1519/d505fb7/Mielenmuutos_Raportti_3_Indd.pdf
- Haapasalo, E. 2012. Kuvataideterapeuttisten menetelmien soveltaminen eri potilasryhmien tutkimisessa ja hoidossa. Teoksessa P-M. Hautala & E. Honkanen (toim.) Kuva kantaa. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu, 113.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaankuntouttava hoito. Porvoo: Duodecim.
- Hautala, P-M. 2012. Oppiminen taideterapeuttisen toiminnan kautta. Teoksessa P-M. Hautala & E. Honkanen (toim.) Kuva kantaa. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu, 18.
- Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvoori, J., Lönnqvist, J-E., Hankonen, N., Mähönen, TA., Jasinskaja-Lahti, Inga & Lipponen, J. 2015. Johdatus sosiaalipsykologiaan. 10.uud.p. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hohental-Antin, L. 2013. Muistellaan Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Juva: PS-kustannus. Bookwell Oy.

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.11.2016.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.10.2016.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>

Karrasch, M. & Rinne, J. 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 157–161.

Koivuniemi, A-M. 2016. Muista minut Vanhempieni Alzheimer. Atena Kustannus Oy.

KO-KOO-MO konseptin web-sivut. Viitattu 28.12.2016. www.ko-koo-mo.fi

Korpela, K. 2012. Muistisairaana, yli 65-vuotiaan hoitopolun kuvaus Porissa. Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010–2012. Porin Perusturvan yhteistoiminta-alueen osahankkeen 2010–2012 loppuraportti.

Käypä hoito suositus 2010. Muistisairaudet. Viitattu 20.10.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

Käypä hoito suositus 2010. Muistisairaudet. Viitattu 17.2.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

Käypä hoito suositus 2016. Muistisairaudet. Viitattu 17.2.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01591>

Käypä hoito suositus 2017. Muistisairaudet. Viitattu 22.2.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

Muistipolkutyöryhmä. 4.3.2015. Muistipolku Porin Yta-alueella seuranta. Porin perusturva.


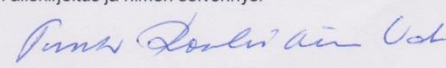
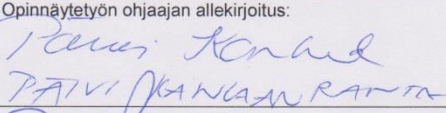
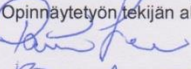
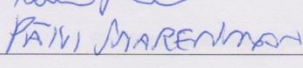
Metsänen-Kiova, T. Samk:n opinnäytetyöhön liityvä ohjeistus muistitutkimuksista Porin Yta-alueella 26.10.2016. Vastaanottaja: paivi.saarenmaa@ student.samk.fi. Lähetetty 26.10.2016. Viitattu 27.10. 2016.

Muistiliitto 21.9.2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Viitattu 22.10.2016.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/alasivut/ajankohtaista/hyvan-hoidon-kriteeristo-julkaistu/>

Niemelä, M., Suua, P. & Väisänen, L. 2009. Sanat työssä, vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kotimaa-Yhtiöt/Kirjapaja.

- Numminen, A. 2016. Musiikki mielen avaimena. Luento Porin Seurakuntakeskussa 14.11.2016.
- Pinto, J. K. 2007. Project management. Achieving competitive advantage. 2.ed. New Jersey: Pearson
- Pohjavirta, H. (toim.) 2012. Onko tänään eilen TunteVa opas muistisairaita hoitaville. Tampere: RAY ja WSOY.
- Rantala, M. Samk:n opinnäytetyöhön liittyvä ohjeistus muistitutkimuksista Porin Yta-alueella 23.10.2016. Vastaanottaja: paivi.saarenmaa@student.samk.fi. Lähetetty 23.10.2016. Viitattu 27.10. 2016.
- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 172, 174.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud.p. Helsinki: Duodecim, 165–166, 170.
- Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektinhallinta. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Santamäki, K. & Rahkonen, M. 19.6.2016: Satakunnan Kansa, Enemmän-liite.
- Sarvimäki, L. 2013. Muistisairaus ja ihmisarvon haavoittuvuus. SUMU:n verkkojulkaisu. Viitattu 31.10.2016. <http://www.muistiasiantuntijat.fi>.
- Sarvimäki, L. & Stenbock-Hult, B. Ihmisarvo ja sen haavoittuvuus vanhuudessa. Hoivapalvelut-lehden verkkojulkaisu 2/2012. Viitattu 31.10.2016. http://www.hoivapalvelut-lehti.fi/lehtiarkisto/hp_2012_nro_2/files/assets/downloads/page_0009.pdf.
- Suhonen, J. 4.3.2015. Muistipolku Porin Yta-alueella. Seuranta. Porin kaupunki, Perusturva.
- Terveysten ja hyvinvointilaitoksen www-sivut. Viitattu 17.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Terveyskirjasto 2016. Alzheimerin taudin kulku. Helsinki: Duodecim. Viitattu 24.10.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00516
- Terveyskirjasto 2016. Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. Helsinki: Duodecim. Viitattu 24.10.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95803.pdf>.
- Validatio Training Institute. 2016. Springfield. Viitattu 22.11.2016. <https://vfvalidation.org/what-is-validation/>

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Kruunari Hanna ja Saarenmaa Päivi	
Opiskelijanumero: 1401630 / 1401639	Aloitusryhmä: AGE14SP
Koulutusohjelma: Vanhustyön Koulutusohjelma, Gerontomi AMK	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Kankaanranta Päivi päivi.kankaanranta@samk.fi	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus: Porin Perusturva, Pirjo Rehula pirjo.rehula@pori.fi	
Opinnäytetyön nimi: Onnistuneen vuorovaikutuksen merkitys muistisairaana kohtaamisessa	
Työn etenemisaikataulu: Aloitamisvaihe kevät 2016. Metodien perustelu ja aineistojen hankinta keuhä syksy 2016. Opinnäytetyön valmistuminen kevät 2017. Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: 27.9.2016	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:  Pirjo Rehula Vanhuspalv. johtaja	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:  Pirkko Lehtinen Utsu	
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:  PÄIVI KANKAANRANTA	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:  Hanna Kruunari  PÄIVI SAARENMAA HANNA KRUUNARI	



Hanna Kruunari
Päivi Saarenmaa
2017

SISÄLLYSLUETTELO

Milloin epäillä muistisairautta.....	3
Muistipotilaan hoitopolku	3
Yleisimmät muistisairaudet.....	4
Muistisairauksien lääkehoito.....	7
Muistisairaahan hyvinvointia tukeva kohtaaminen.....	8
Yhteystiedot.....	10
Lähteet.....	11

Laatijat Hanna Kruunari ja Päivi Saarenmaa. Vanhustyön koulutusohjelma SAMK 2017.

Opinnäytetyössä: ”Opas muistisairaahan hyvinvointia tukevaan kohtaamiseen.”

Milloin epäillä muistisairautta? 😊

Tutkimuksiin kannattaa hakeutua kun:

- henkilö itse tai omaiset ilmaisevat huolensa vaikka sosiaalinen toimintakyky olisikin tallella, aloitekyky voi olla heikentynyt ja henkilö vetäytyy
- lähimuisti heikkenee, lähiaikojen tapahtumat ja sovitut tapaamiset unohtuvat
- samojen asioiden kertominen toistuvasti lisääntyy
- on vaikeaa löytää sanoja tai sanat ovat epäasianmukaisia
- asioiden hoitaminen, kuten laskujen maksu vaikeutuu
- päättely- ja ongelmanratkaisukyky heikkenevät
- esineet katoavat tai niiden käyttö on epäjohdonmukaista
- mielialojen vaihtelua, esiintyy ahdistuneisuutta ja apaattisuutta
- ilmenee sekavuutta, epäluuloisuutta tai pelokkuutta
- muistioire häiritsee töiden tai arkiaskareiden sujumista
- ilmenee epätarkoituksenmukaista terveyspalvelujen käyttöä
- esiintyy hoito-ohjeiden noudattamisen vaikeutta

(Muistisairauksien Käypä hoito-suositus 2016.)

MUISTIPOTILAAN HOITOPOLKU

on sovittu palvelukokonaisuus siitä, miten muistihäiriöpotilaan hoitoketju etenee oireiden alkaessa. Tutkimukset aloitetaan joko oman terveyskeskuslääkäriin, yksityislääkäriin tai muistihoitajan vastaanotolla. Omainen on paikalla ja häneltä tiedustellaan myös henkilön arjessa selviytymisestä. Muistihoitajan vastaanotolla omainen saa täytettäväksi (joko jo etukäteen tai käynnillä) IADL/ADL toimintakyklomakkeet sekä esitieto- ja muistikysely-lomakkeet. Toimintakykymittareilla (IADL/ADL) selvitetään +60v henkilöiden toiminnan vajavuutta ja kartoitetaan päivittäisten asioiden hoitamiseen liittyvää toimintakykyä.

Tiedonkäsittelyä ja muistia testataan potilashaastattelun lisäksi jollakin kognitiivisella testillä. Yleisimmin käytetty ja yksinkertainen muistitesti on MMSE (Mini-Mental State Examination). Se sisältää 30 kysymystä henkilön päättelykyvystä, ajan- ja paikantajusta, muistista ja hahmottamisesta. Tarvittaessa tehdään tarkempi CERAD-tutkimus (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease tehtäväsarja). Se sisältää 8 erillistä tehtäväsarjaa: sanojen mieleenpainaminen ja säilyttäminen, nähdyn muistissa säilyttäminen, kielelliset toiminnot ja hahmottaminen, toiminnan suunnitelmallisuus ja joustavuus sekä MMSE. Testauksiin sisältyy myös depressioseula GDS-15 tai GDS-30.

Testin jälkeen muistihoitaja arvioi, viittaavatko tulokset muistisairauteen, ottaen huomioon myös muut muistihäiriöitä aiheuttavat tekijät kuten masennus tai epäsopiva lääkitys. Jos on aihetta epäillä muistisairautta, voi muistihoitaja tehdä lähetteen geriatrian poliklinikalle ja määrätä ns. muistiverikokeet. Verikokeiden lisäksi tehdään aina aivojen kuvantaminen (pään TT-kuvaus), ellei sitä ole hiljattain tehty. Geriatrian poliklinikalla diagnoosin varmistuttua tehdään yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, annetaan neuvontaa sekä ohjataan henkilö muistisairaana ensitietopäivään, jossa on eri asiantuntijaluentoja muistisairauksista.

Muistihoitaja soittaa henkilölle noin kuukauden kuluttua diagnoosista, tiedustellen vointia ja aloitetun lääkityksen sopivuutta. Jatkokontrolli voi olla vielä geriatriin vastaanotolla, noin 6 kk:n kuluttua. Jatkokontrollit tapahtuvat oman alueen muistihoitajalla kerran vuodessa. Tarvittaessa muistihoitaja ohjaa asiakkaan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle.

Aina muistihäiriön syy ei selviä ensimmäisellä muistihoitajan/yleislääkärin tutkimuskäynnillä, vaan tilannetta jäädään seuraamaan ja tutkimukset uusitaan viimeistään vuoden päästä. Henkilöä ohjeistetaan ottamaan yhteyttä puhelimitse, mikäli tilanne muuttuu jo aikaisemmin.

Jatkohoidon onnistumisen kannalta tärkeää on tukea muistisairasta diagnoosin jälkeen tarvittaessa kotiin annettavien palvelujen ja omaishoidon turvin. Tarjolla on myös erilaista vapaaehtoista ja yhdistystoimintaa, mitkä tarjoavat konkreettista apua arjen tilanteisiin sekä vertaistukea. Muistipotilaan kotona pärjäämistä ja omaisen jaksamista voidaan tukea esim. säännöllisellä päiväosastotoiminnalla ja lyhytaikaishoitojaksoilla. Jos muistisairaalla on kotona pärjäämisessä vaikeuksia tai omaisen on väsynyt, voi terveydenhuollon ammattilainen tehdä lähetteen sairastuneelle muistipotilaan kuntoutus- ja arviointiyksikköön.

YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET

Etenevät muistisairaudet ovat kansantauteja, joita tavallisimmin esiintyy iäkkäillä ihmisillä. Muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät toimintakykyä. Etenevistä muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti. Muita eteneviä muistisairauksia ovat esim. aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus, Lewyn kappaletauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. Vanhimmissa ikäryhmissä on tavallista, että muistisairaudessa on sekä Alzheimerin taudin että aivoverenkiertosairauden piirteitä. Palveluiden piirissä on myös lisääntyvässä määrin henkilöitä, joilla on alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. Terveellisten elämäntapojen noudattaminen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisy ja hyvä hoito ovat muistisairauksien ennaltaehkäisyä.

Muistisairaahan yksilöllistä osallisuutta ja toimijuutta tulee tukea sairauden kaikissa vaiheissa. Kykyä tehdä omia valintoja tulee tukea ja läheiset tulee ottaa mukaan hoidon suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen. Muistisairaahan ihmisen hyvä kuntoutus, hoiva ja hoito eivät ole vain sairauksien hoitoa, vaan kokonaisvaltaista elämänlaadun parantamista. (Muistiliitto/Hyvän hoidon kriteeristö 2016.)

Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti (AT) on yleisin aivojen rappeutumissairaus, joka etenee hitaasti ja tasaisesti tyypillisin vaihein. Persoonallisuus, huumorintaju ja sosiaalisuus säilyvät yleensä suhteellisen hyvin. Lähimuistin heikentyessä vanhat asiat pysyvät mielessä pitkään. Taudin kulku voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Oireiden esiintymisessä sekä sairauden eri vaiheiden kestossa on yksilöllisiä eroja. Riskitekijöinä pidetään korkeaa ikää, sydän- ja verisuonitauteja, kohonnutta verenpainetta ja kolesterolia, ylipainoa, vähäistä aivotyöskentelyä, vakavia masennusjaksoja sekä pään vammoja. Tärkeää on taudin varhainen diagnosointi ja lääkityksen aloittaminen, sillä varhaisella lääkityksen aloittamisella on merkitystä arjen sujumisen kannalta sekä sairauden etenemisen hidastumiseen.

Lievässä Alzheimerin taudissa (MMSE 18–26) ensioireina voidaan havaita oppimisen heikkenemistä ja unohtamisen lisääntymistä. Päättely-, keskittymis- ja laskemiskyky vaikeutuvat. Esim. lukeminen vähentyy, ilmenee ongelmia ajokyvyssä, keskustelun seuraaminen-, raha-asioiden-, tai lääkityksestä huolehtiminen vaikeutuu. Fyysinen kunto voi olla hyvä. Käyttäytymisen muutoksina voi esiintyä apatiaa, vetäytymistä, ärtyisyyttä, ahdistuneisuutta, harhaluuloisuutta tai masennusta. Tässä vaiheessa tärkeää on tukea sairastuneen halua hallita omaa elämäänsä. Omatoimisuuteen tukeminen yksilöllisten voimavarojen ja mielenkiinnonkohteiden mukaan tulee muistaa. Hienotunteinen ja arvostava tukeminen edistää luotettavan hoitosuhteen syntymistä, tällä on merkitystä tunteiden ilmaisemiseen sekä vuorovaikutuksen säilymiseen.

Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa (MMSE10-22) oireina voi esiintyä lähimuistin heikkoutta, puheen tuottamisen vaikeutta ja hahmotusvaikeuksia. Tavallista on ajan- ja paikantajun sekä kätevyuden ongelmat, myös sairaudentunto voi olla heikentynyt. Arki-sissa toimissa esim. pukeutumisessa ja ruoanlaitossa tarvitaan yleensä apua. Masennusta, levottomuutta, harhaluuloisuutta voi myös ilmetä. Tässä vaiheessa tärkeää on auttaa muistisairasta ilmaisemaan itseään ja myötäillä sitä mikä on juuri nyt ajankohtaista hänelle. Mielekäs seura ja tekeminen ehkäisevät vetäytymistä. Hän voi esim. lukea, laulaa, osallistua kerhoihin ja juhliin, toimia hänelle luontevassa roolissa tai viettää aikaa tutun tekemisen parissa. Tärkeää on perustunteiden ja tarpeiden huomioiminen esim. turvallisuus, rakkaus, hyödylliseksi kokeminen, tunteiden ilmaiseminen ja kuulluksi tuleminen.

Vaikeassa Alzheimerin taudissa (MMSE 0-12) oireina voi esiintyä puheen ymmärtämisen- ja tuottamisen vaikeuksia, hidasta kävelyä, jähmeyttä, tarttumis- ja imemisheijasteita. Päivittäisten perustoimintojen hoitamisessa tarvitaan kokoaikaista huolenpitoa. Tässä vaiheessa puhetta voivat korvata esim. erilaiset toistuvat liikkeet, vaeltelu tai ääntely, ne ovat keinoja viestiä tunteita. Kosketuksella, katsekontaktilla, äänensävyllä ja tunnetilan ääneen toteamisella on merkitystä, sillä muistisairas aistii kosketuksen, sekä voi kuulla ja nähdä hoitajansa. Hän voi reagoida esim. silmänliikkeellä tai hymyllä. Henkilölle mieluisista asioista puhuminen, hänen elämänsähistoriansa muistelu tai esim. mielimusiikin soittaminen ovat tärkeitä vuorovaikutuksen keinoja, joita tulee ylläpitää sairauden kaikissa vaiheissa.

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Aivoverisuonten tukokset ja verenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa puheoireita, kätevyuden vaikeutumista, kielellisen muistin heikentymistä, vaikeuksia lukemisessa, laskemisessa ja kirjoittamisessa sekä hahmotusvaikeuksia. Myös toispuoleista huomiotta jäämistä, mielialahäiriöitä ja luonteen muuttumista voi ilmetä. Oireet saattavat alkaa äkisti ja vaihdella kausittain. Tärkeitä on huolehtia mm. sydän- ja verisuonitautien hoidosta. Muisti säilyy tässä paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden sairausyhdistelmä saattaa olla tulevaisuudessa yleisin etenevän muistisairauden alalaji.

Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin taudin keskeiset oireet ovat hidasliikkeisyys, lihasjäykkyys ja lepovapina. Myös tasapainovaikeudet, masennus ja apatia voivat kuulua taudin kuvaan. Parkinsonin taudin muistisairauden tyypilliset oireet ovat tarkkaavuuden, kielellisten toimintojen, toiminnanohjauksen ja hahmottamisen heikentyminen sekä työmuistin kapeneminen. Korkeaa sairastumisikää Parkinsonin tautiin pidetään yhtenä riskitekijänä sairastua myös Parkinsonin taudin muistisairauteen.

Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tauti on etenevä muistisairaus joka voi alkaa 50-80 vuoden iässä. Muistivaikeudet eivät tyypillisesti liity sairauden alkuvaiheeseen. Näköharhat, harhaluulot, kävelyvaikeudet, hidasliikkeisyys, parkinsonismi ja lihasjäykkyys kuuluvat Lewyn kappale-taudin oireisiin. Oireiden ja vireystason vaihtelut liittyvät Lewyn kappale-taudin kuvaan. Etenkin väsymys ja hämärä lisäävät esim. yksityiskohtaisia näköharhoja. Lewyn kappale-tautia sairastavat potilaat ovat herkkiä psykoosilääkkeille. Tämä lääkeaineryhmä saattaa aiheuttaa potilaille sekavuustiloja ja liikuntakyvyn menettämistä jo pienistä annoksista.

Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsalohkodementia puhkeaa yleisesti 45–65 vuoden iässä. Otsalohkodementian keskeinen piirre on potilaan persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos. Estottomuus, tahdittomuus, arvostelukyvyyttömyys, seksuaalisväritteinen puhe, aloitekyvyttömyys ja apaattisuus liittyvät yleisesti sairauteen. Ärsykesidonnainen toiminta (pöydällä olevat silmälasit laitetaan päähän, vaikka omat silmälasit olisivat jo päässä) ja kielelliset häiriöt kuuluvat myös taudin kuvaan. Muistin heikkeneminen ei ole yhtä paljon korostunut tässä, kuin Alzheimerin taudissa. Hahmotuskyky ja motoriset taidot säilyvät usein melko hyvin.

Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus

Yli 65-vuotiaista joka neljännellä alkoholin suurkuluttajalla on muistisairaus. Alkoholin suurkulutuksen aiheuttamat tilat kuten aineenvaihdunnanhäiriöt, maksan toimintahäiriöt, folaatin, tiamiinin ja niasiinin puute, pään vammat sekä aivoverenkiertohäiriöt, voivat aiheuttaa muistisairautta. Tiedonkäsittelyn vaikeudet liittyvät tässä toiminnanohjaukseen ja nähdyn havaitsemiseen, muistioireet sekä kielelliset häiriöt esiintyvät lievempinä. Tavallista ovat myös erilaiset käyttäytymisen muutokset ja persoonallisuuden muutos apaattiseen suuntaan. Wernicken oireyhtymä (silman liikehäiriöt, tiedonkäsittelyn häiriöt, masennus, harha-aistimukset, haparoiva kävely tai lyhytkestoinen muistihäiriö) voi alkaa äkillisesti (B1-vitamiinin puute) ja se voi hoitamattomana johtaa hengenvaaralliseen Korsakoffin (pysyvä, ei etenevä aivovaurio) oireyhtymään. Ongelmia siinä esiintyy erityisesti muistiin tallentamisessa ja uuden oppimisessa. Myös ajan- ja paikan-tajun hämärtyminen ja satuilu kuuluvat tähän oireyhtymään.

MUISTISAIRAUKSIEN LÄÄKEHOITO

Muistisairauksiin ei ole parantavaa lääkehoitoa, mutta monessa tapauksessa lääkehoidolla on mahdollista lievittää oireita ja hidastaa taudin etenemistä. Lääkitys tulisi aloittaa mahdollisimman varhain, jotta siitä saataisiin suurin hyöty. Sivuvaikutukset ovat lääkeainekohtaisia, mutta yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat vatsavaivat, kuten pahoinvointi, närästys ja ripuli. Näitä voi vähentää ottamalla lääke esim. aterian jälkeen. Lääke on hyvä ottaa runsaan nestemäärän kera. Erityisen tärkeää on lääkehoidon toteutumisen ja hoitovasteen tarkka seuranta. Mikäli lääkkeellä on sivuvaikutuksia joista on potilaalle haittaa, lääkäriin tulee olla yhteydessä heti oireiden alettua. Lääkäri voi tarvittaessa vaihtaa lääkkeen toiseen valmisteseen. Esim. vatsavaivoja aiheuttavan tabletin sijaan voidaan käyttää lääkelaastaria, josta lääkeaine vapautuu kehoon ihon kautta.

MUISTISAIRAAN HYVINVOINTIA TUKEVA KOHTAAMINEN

Muistisairaahan ihmisen vuorovaikutusta on ensiarvoisen tärkeää tukea. Onnistuneet vuorovaikutustilanteet lisäävät luottamusta ja edistävät arjen sujumista. Näillä asioilla on suuri merkitys elämän mielekkyyden kokemisessa. Muistisairaudet heikentävät edetessään sairastuneen monia tiedollisia ja taidollisia taitoja, mutta tuntemisen kyky ei häviä. Inhimilliset perustunteet ja -tarpeet säilyvät ihmisellä loppuun saakka, jolloin onnistuneessa vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa korostuu erityisesti tunteiden ymmärtäminen. Empaattinen kohtaaminen, toisen ihmisen tunteiden ja tarpeiden huomioiminen on asennekysymys, se on sydämensivistystä. (Pohjavirta 2012, 29.)

OMA ASENNE: Keskity ja ole läsnä, luo kiireetön ja lämminhenkinen ilmapiiri. Ilmapiirillä on suuri merkitys muistisairaahan tunnetilaan, sillä tunteet tarttuvat. Kohtele muistisairasta arvostavasti, lähimmäisenä jolla on pitkä elämäkokemus. Älä väittele muistisairaahan kanssa.

ARVOSTETUKSI KOKEMISEN TUNNE LISÄÄNTYY kun käyttäytymisen taustalla oleva tarve tulee huomioiduksi (kuulluksi tuleminen). Jos muistisairas elää menneisyydessä, ei häntä tarvitse palauttaa väkisin todellisuuteen, varsinkaan jos menneisyyden mielikuva ei ahdistakaan häntä. Myötäilemällä muistisairaahan tunnetilaa johdattelevien lauseiden avulla, hoitaja voi ohjata muistisairaahan pehmeästi nykyhetkeä kohden. Tarkoitus on pyrkiä rakentamaan ihmiselle hyvä mielikuva hänestä itsestään tässä hetkessä.

ELÄMÄNHISTORIA: Tärkeää on tutustua henkilön elämänhistoriaan, harrastuksiin ja mielenkiinnon kohteisiin. Haastattele tarvittaessa läheisiä ja omaisia. Voit myös käyttää apuna toiveiden, mieltymysten, tarpeiden ja elämän vaiheiden selvittämiseksi Elämän puu-julistetta, minkä voi maksutta tulostaa osoitteesta: www.tampere.fi/ikaihminenpalvelut.

MUISTELU herättää tunnekokemuksia ja viestii, että olet kiinnostunut ja välität.

TUNTEIDEN KUULEMIEN: Kuuntele tunnetta muistisairaahan sanojen ja tekojen takaa. Mieti, mistä tarpeesta tunne viestii? Tärkeää on kuulla ja vastaanottaa kaikenlaiset tunteet, kuten myös viha ja suru. Vaikeista asioista keskusteleminen hyväksyvän lähimmäisen kanssa on terapeutista. Jo muutaman minuutin kuunteluhetki tukee ihmistä. Empatian ja ymmärryksen osoittaminen lisää luottamusta, mikä puolestaan edistää hyvän hoitosuhteen syntymistä.

SANATTOMAN VIESTINNÄN tulee olla sopusoinnussa muun viestinnän kanssa. Muistisairas havainnoi paljon näkemänsä kautta ja aistii herkästi tunnetiloja. Muista myös katsekontakti.

PUHUMINEN: Puhuttele muistisairasta ihmistä rauhalliseen ja ystävälliseen äänensävyyn hänen etunimellään tai siten kuin hän haluaa itseään puhuteltavan. Minimoi taustahäly, anna aikaa vastaamiseen ja tee yhteenvetoja puhutusta.

Puhu lyhyin lausein ja käytä lauseita jotka käsittelevät yhtä asiaa kerrallaan.

Kysy helppoja kysymyksiä joihin voi vastata lyhyesti Kyllä tai Ei.

Voit myös kysyä arkisista asioista esim. ”Miten olet viihtynyt täällä?” tai ”Millaisesta ruoasta pidät?”

Puhu selkeästi ja sävyisästi mitä toivoisit muistisairaahan tekävän esim. ”Nouse ylös.” tai ”Istu alas.”

Vältä kieltäviä tai hankalia lauseita kuten: ”Älä istu.” tai ”Ei kannata vielä lähteä.”

Vältä hankalia uusia kielikuvia kuten: ”sairaahan hyvä” tai ”siisti homma”

Vältä Miksi-kysymyksiä. ”Mikä hätänä?”-kysymys toimii paremmin.

KOSKETUS: Muista lämmin kosketus. Tässä tärkeää on muistaa toisen ihmisen fyysisen ja henkisen alueen kunnioittaminen, sopivan läheisyyden asteen- sekä koskettamistavan löytäminen.

MUSIIKKI, LAULAMINEN JA LORUT lisäävät usein mielekkyyttä ja elämäniloa. Tärkeää kuitenkin on, että ne ovat muistisairaalle merkityksellisiä. Nämä voivat toimia myös liikkeellelähden rytmittäjinä, ruokailuhetken rauhoittajina tai hoitotoimien sujumisen edistäjinä.

HAVAINNOI muistisairasta, miten hän viestittää puheilla, katseilla, asennoilla, ilmeillä ja eleillä. Hoitajan tulee asettua samalle aaltopituudelle, voidakseen paremmin tukea häntä.

Kun muistisairaahan sanat, asiat ja taidot ovat kadoksissa ja olo on avuton ja sekava, tärkeiksi asioiksi nousevat tunteiden ymmärtäminen, turvallisen ilmapiirin luominen ja hyvän mielen säilyttäminen.



YHTEYSTIEDOT

Porin Petu:n muistihoitajat keskitetty ajanvaraus: 02 621 5000

Pohjoinen alue

Muistihoitaja Satu Soininen, puh. 044 701 7097, Juhana Herttuankatu 17, 28100 Pori.
Viikkarin Valkama, Noormarkun ja Merikarvian terveysasema.
Mahdollisuus kotikäynteihin erikseen sovittaessa.

Itäinen alue

Muistihoitaja Marita Rantala, puh. 044 701 6424, Juhana Herttuankatu 17, 28100 Pori.
Viikkarin Valkama, Itä-Porin lähipalvelukeskus ja Ulvilan terveysasema.
Mahdollisuus kotikäynteihin erikseen sovittaessa.

Laviassa Hanne Alinentalo, Lavian kotihoito puh. 044 701 8559

Läntinen alue

Terveydenhoitajan vastaanotto Länsi-Porin lähipalvelukeskuksessa.
Läntisellä alueella muistitestiin vain lääkärin läheteellä puh. 02 621 5000

Muita tärkeitä yhteystietoja:

Muistiliitto ry. Vertaislinja, puhelinpalvelu joka päivä klo 17-21
puh: 0800 9 6000 (maksuton).

Varsinais-Suomen ja Satakunnan Muistiluotsi. Metsämiehenkatu 2 H, 28500 Pori.
Puh: 040-5688722/muistineuvoja

Porin Seudun Muistiyhdistys ry. Päivätoimintakeskus Rinkeplumma Eteläpuisto 10B,
puh: (02) 6350 014

Satakunnan vanhustuki ry. Satakunnan Yhteisökeskus Isolinnankatu 16, Pori.
puh: 044 335 4252

Porin ev.lut. srk. Vapaaehtoistyö Mummun kammari
puh: 0400 309 784/diakonityöntekijä

Avopalvelukeskus Viikarin Valkama, Juhana Herttuankatu 17, Pori.
puh: 044-701 6640/vapaaehtoistyön ohjaaja

Liisa:n avunvälitys puh: 044 701 6636 ma-pe klo 9-15

Ystävänvälitys SPR puh: 044 701 4577 ma-pe klo12-15

LÄHTEET

- Erkinjuntti, T., Hallikainen, M. & Remes, A. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmäärittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud.p. Helsinki: Duodecim, 122-124
- Erkinjuntti, T., Jokinen, H. & Melkas, S. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud.p. Helsinki: Duodecim, 137, 142-143, 144-145.
- Karrasch, M. & Rinne, J. 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 157-161.
- Käypä hoito-suositus 2010. Muistisairaudet. Viitattu 20.10.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044#NaN>
- Muistiliiton www-sivut. Viitattu 15.1.2017. www.muistiliitto.fi.
- Muistiliitto. Hyvän hoidon kriteeristö 2016. Viitattu 1.2.17
http://www.muistiliitto.fi/files/5714/7859/5517/Hyvan_hoidon_kriteeristo_-_diasarja_2016_kriteeritA1.pdf
- Muistiliitto. Vintti kirkkaana. Muistisairaudet alkoholin varjossa projekti 2011-2013. Viitattu 29.1.2017. /9504/4039/Vintti_kirkkaana_-_Asiaa_alkoholin_vaikutuksista_muistiin_ja_aivoterveysteen_sosiaali-ja_terveysalan_ammattilaisille.pdf
- Pohjavirta, H. (toim.) 2012. Onko tänään eilen TunteVa opas muistisairaita hoitaville. Tampere: RAY ja WSOY.
- Pohjavirta, H. Samk:n opinnäytetyöhön liittyvä ohjeistus muistitutkimuksista Porin Yta-alueella, sähköpostitse 2017. Vast.ottaja: hanna.kruunari@student.samk.fi. Lähetetty 30.1.2017. Viitattu 1.2.2017; Lähetetty 9.3.2017. Viitattu 15.3.2017.
- Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 15.1.2017. www.pori.fi
- Rantala, M. Samk:n opinnäytetyöhön liittyvä ohjeistus muistitutkimuksista Porin Yta-alueella, sähköpostitse 2016. Vast.ottaja: paivi.saarenmaa@student.samk.fi. Lähetetty 23.10.2016. Viitattu 27.10.2016.
- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 172, 174.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud.p. Helsinki: Duodecim, 165-166, 170.
- Tampereen kaupungin www-sivut. Viitattu 1.2.17. www.tampere.fi
- Terveyden – ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. Viitattu 16.1.2017. www.thl.fi