

**MUISTISAIRAAN GERIATRISEN TUTKIMUSPOTILAAN
TUTKIMUS- JA ARVIOINTIPROSESSI LAHDEN
KAUPUNGINSAIRAALAN OSASTOLLA L 31**

Opinnäytetyö, syksy 2009

Mervi Karttunen

Diakonia ammattikorkeakoulu /

Lahden ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Mervi Karttunen. Muistisairaahan geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessi Lahden kaupunginsairaalan osastolla L 31. Lahti, syksy 2009, 56 sivua, 2 liitettä. Diakonia ammattikorkeakoulu / Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja (AMK).

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset lisäävät odotuksia ja haasteita terveydenhuoltoon kohtaan. Väestön ikääntyessä ja vanhusten määrän kasvaessa erilaiset muistisairaudet lisääntyvät ja ikääntyneiden hoidon tarve kasvaa. Terveydenhuollon henkilöstön on tutkimuksen ja kehittämistyön kautta tehostettava toimintaansa ja luotava uusia toimintamuotoja. Tulevaisuudessa painopiste siirtyy ikääntyneiden ennaltaehkäisevään terveysneuvontaan ja toimintakyvyn tukemiseen sekä kotona asumisen jatkumisen edesauttamiseen mahdollisimman pitkään.

Tämän hankkeena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kirjallinen kuvaus Lahden kaupunginsairaalan osasto L 31 muistisairaahan geriatrisen potilaan tutkimus- ja arviointiprosessista. Prosessikuvaus sisältää tutkimus- ja arviointiprosessissa käytettävät geriatrisen tutkimuksen periaatteet, henkilökunnan vastuut ja velvollisuudet, käytettävät tutkimukset, fyysisen- ja kognitiivisen toimintakyvyn mittarit, kuntouttavan työotteen menetelmät sekä potilaan kotiutukseen liittyvät toimet ja menettelyn tutkimuspotilaan tarvitessa jatkohoitopaikan.

Prosessikuvaus on luotu käyttämällä osallistuvaa suunnittelu- ja päätöksentekomenetelmää, jonka peruslähtökohtina ovat tarvelähtöisyys, tavoitteellisuus sekä osallistuvien suunnittelu- ja päätöksentekomenetelmien käyttö. Prosessikuvaus on luotu vastaamaan osaston tarpeita. Kuvauksen luomiseen on osastokoko henkilökunnalla ollut mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa koko hankkeen toteutumisen ajan.

Prosessikuvausta tullaan käyttämään osastolla perehdytyksen apuvälineenä ja osaston toiminnan kehittämisen perustana. Hyvä perehtyminen osastolla tehtävään tutkimus- ja arviointityöhön vahvistaa työntekijöiden ammattitaitoa, lisää osaamista ja työviihtyvyyttä sekä kehittää hoitotyön laatua.

Prosessikuvaus on jatkossa kaikkien Lahden kaupungin terveydenhuollossa toimivien henkilöiden nähtävissä Lahti Intranetissä. Kuvauksen on tarkoitus lisätä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Prosessikuvauksesta käy ilmi, mihin seikkoihin muistisairauksista kärsivien potilaiden hoidossa tulisi kiinnittää huomiota.

Avainsanat: muistisairaudet, geriatria, toimintakyky, kehittäminen

ABSTRACT

Mervi Karttunen. The examination and evaluation process of a geriatric examination patient with memory disorder in Lahti City Hospital's ward L31. Lahti, autumn 2009. 56 pages, 2 appendices. Diaconia University of Applied Sciences / Lahti University of Applied Sciences, Faculty of Social and Health Care, Degree Programme in Nursing, Nurse.

Population is aging rapidly. The number of the elderly is increasing, as well as memory disorders that come with the age. This increases expectations and challenges towards health care. Through research and development, procedures have to be optimized, and new processes created. In the future the focus will be in preventive health counselling. The aim is to support competence and the ability of the elderly to live at home as long as possible.

The aim of the study was to create a description about the examination process of a geriatric patient with memory disorder in the Lahti City Hospital's Ward L 31. The study was executed as a project. The project contains the principles of geriatric examination, the responsibilities and duties of the personnel, physical examinations, the indicators of physical- and cognitive ability, rehabilitating working methods, discharging operations and organizing treatment to continuation elsewhere.

The process description was created using a participating planning- and decision making method. It's based on need-orientation, ambition and the use of participating planning- and decision making techniques. The process description was created to respond to the needs of the ward. The whole personnel of the ward had a chance to participate and influence the process description during the whole process.

The process description will be used on the ward as a tool for orientation of new employees and as a basis to developing new functions on the ward. It will strengthen employees' professional skills, enhance knowledge and work satisfaction and improve the quality of nursing.

The process description will in the future be seen by all working in the field of health care in Lahti through a Lahti intranet. The aim of the description is to increase co-operation between different operators. The process description reveals the matters which should be considered when treating a patient with memory disorders.

Key words: memory disorders, geriatrics, ability to function, developing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO

2 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET SEKÄ NIIHIN LIITTYVÄ

TOIMINTAKYKYJA ARVIOINTI	8
2.1 Geriatrinen tutkimus- ja arviointi	8
2.2 Etenevien muistisairauksien varhainen toteaminen	9
2.3 Etenevät muistisairaudet	11
2.3.1 Alzheimerin tauti	12
2.3.2 Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia	13
2.3.3 Lewyn kappale –tauti	14
2.3.4 Frontaali- eli otsalohkodementia	15
2.4 Etenevien muistisairauksien vaikutus toimintakykyyn	15
2.4.1 Etenevien muistisairauksien vaikutus fyysiseen toimintakykyyn	17
2.4.2 Etenevien muistisairauksien vaikutus psyykkiseen sosiaaliseen toimintakykyyn	19
2.5 Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytösoireet	20
2.6 Etenevästä muistisairaudesta kärsivän potilaan kuntoutumistarpeen arviointi	21
2.7 Kuntouttava hoitotyö etenevästä muistisairaudesta kärsivien potilaiden hoidossa	22
3 HANKKEEN TAVOITTEET JA ORGANISAATIO	24
3.1 Hankkeen tavoitteet	24
3.2 Hankkeen organisaatio ja resurssit	24
4 HANKKEEN TOTEUTUKSEN JA TUOTOKSEN KUVAUS	26
4.1 Hankkeen toteutuksen kuvaus	26
4.2 Hankkeen tuotoksen sisältö	28
4.3 Hankkeen tuotoksen ulkoasu	30
5 HANKKEEN ARVIOINTI	32
5.1 Hankkeen tavoitteiden arviointi	32
5.2 Hankkeen tuotoksen arviointi	32
5.3 Hankkeen itsearviointi	34

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
6.1 Hankkeen eettiset näkökulmat	35
6.2 Hankkeen tuotoksen merkitys ja jatkohankkeiden aiheita	36

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1 Hankkeen aikataulu

Liite 2 Muistisairaana geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessi osastolla L 31

1 JOHDANTO

Suomessa on yli 230 000 muistiongelmiä kärsivää ihmistä, joista 110 000 sairastaa etenevää muistisairautta. Yleisimmät syyt ovat Alzheimerintauti ja aivoverenkierron häiriöt. Tärkeää on, että muistisairauksia pystytään tunnistamaan ja erottamaan toisistaan, sillä niiden oireet, eteneminen, ennuste ja hoito poikkeavat toisistaan. Mitä aiemmin puututaan muistissa ilmeneviin ongelmiin, sitä varmemmin potilaalla on edessä monia hyviä vuosia kotona (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 12).

Geriatrია on iäkkäiden potilaiden lääketieteellinen erikoisala. Geriatriinen hoitotyö on moniammatillista ryhmätyötä, jossa kuntoutus on oleellinen osa hoitotyötä. Geriatriisella tutkimuksella ja -arvioinnilla tarkoitetaan muistihäiriöistä kärsivän geriatriksen potilaan perussairauksien, lääkehoidon, psyykkisen-, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn sekä hänen asuinympäristönsä ja palveluiden tarpeensa kartoittamista tutkimus- ja arviointijakson aikana (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12).

Lahden kaupungin sairaalan (LKS) osasto L31 on akuutti jatkohoito sekä geriatriinen tutkimus- ja arviointiosasto, jossa tutkitaan geriatriasia muistihäiriöistä ja etenevistä muistisairauksista kärsiviä potilaita. Tutkimuspotilaille tehdään osastolla muistihäiriön laajuutta kartoittavia testejä, arvioidaan potilaiden toimintakykyä ja jatkohoidon tarvetta. Potilaille tehdään hoitosuunnitelma, joka sisältää kuntoutumissuunnitelman. Kuntoutumissuunnitelmassa asetettuihin tavoitteisiin pyrkiminen on järjestelmällistä ja pitkäjänteistä yhteistyötä. Tavoitteena on potilaan mahdollisimman pitkään jatkuva autonomia, omatoimisuuden ja hyvinvoinnin optimointi sekä kotona asumisen jatkuminen (Hartikainen & Lönnroos 2008, 338).

Tämän opinnäytetyön on kuvaus Lahden kaupungin sairaalan osastolla L31 tehtävästä muistihäiriöisen geriatriksen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessista. Prosessikuvaus selkiyttää osaston toiminnan profiilia ja sitä käytetään osastolla uusien tai pitkään osastolta poissa olleiden työntekijöiden,

sijaisten ja opiskelijoiden perehdyttämisen tukena sekä pohjana osastolla
jatkuvalle toiminnan kehittämistyölle

2 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET SEKÄ NIIHIN LIITTYVÄ TOIMINTAKYKY JA ARVIOINTI

2.1 Geriatriinen tutkimus ja arviointi

Geriatriisella tutkimuksella ja arvioinnilla tarkoitetaan etenevistä muistihäiriöistä kärsivän, geriatriksen potilaan kokonaisvaltaista tutkimista sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamista. Tutkimuksissa selvitetään potilaan terveydentila, lääkitys ja perussairaudet. Arviointiprosessissa kartoitetaan potilaan jäljellä oleva toimintakyky ja kuntoutumismahdollisuudet sekä laaditaan yksilöllinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelmat laaditaan yhteistyössä potilaan läheisten kanssa huomioiden potilaan oma arvomaailma. (Karppi & Nuotio 2008, 16.)

Ikääntyessään ihmisen keho muuttuu ja muutokset heikentävät toimintakykyä. Kun toimintakyvyn heikentyminen alkaa rajoittaa kykyä hoitaa päivittäisiä tehtäviä ja toimintoja, hakeudutaan lääkärin tutkimuksiin joko oma-aloitteisesti tai läheisten huolestuessa potilaan tilanteesta. (Helin 2003, 23.) Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon toimintojen merkitykset potilaalle. Haluaako hän, osaako hän, kykeneekö hän tai täytyykö hänen tehdä näitä toimintoja omassa arjessaan. Arvioinnissa nostetaan esille säilyneet ja heikentyneet toimintakyvyn osa-alueet sekä potilaan jäljellä olevat voimavarat. (Granö, Heimonen & Koskisuu 2006, 8.)

Etenevästä muistisairaudesta kärsivän geriatriksen potilaan tutkimus ja arviointi on moniammatillista ryhmätyötä, johon osallistuvat osastonlääkäri, potilaan omahoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Moniammatillinen tiimi tutkii potilaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. Havainnoimalla arvioidaan potilaan fyysistä toimintakykyä ja selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Kyselylomakkeiden avulla tutkitaan potilaan kognitiivista toimintakykyä ja muistia. Haastatteleamalla potilasta ja hänen

läheisiään selvitetään potilaan saamat palvelut, uusien palveluiden tarve sekä asuinympäristö. (Karppi & Nuotio 2008, 15.)

2.2 Etenevien muistisairauksien varhainen toteaminen

Etenevien muistisairauksien varhainen toteaminen ja diagnoosi ovat haaste muistisairaiden geriatristen potilaiden hoidolle. Ajoissa tunnistettu muistihäiriö voidaan mahdollisesti hoitaa, jos kyseessä on jokin parannettavissa oleva oire. Potilaan tilaan heikentävästi vaikuttaviin tekijöihin voidaan puuttua ja aloittaa taudin etenemistä hidastava lääkitys. Tärkeää on myös se, että potilas ehtii ajoissa hoitaa käytännön asioitaan, esimerkiksi hankkimaan itselleen edunvalvojan, joka huolehtii hänen asioistaan ja vaihtaa asuntoa käytännöllisemmäksi tai lähemmäksi palveluita. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 97.)

Etenevän muistisairauden diagnoosi on välttämätön sairauden oireiden etenemistä hidastavan lääkehoidon suunnittelulle, toteutukselle ja ennusteen arvioinnille. Erilaisissa etenevissä muistisairauksissa oireet vaihtelevat. Ne etenevät yksilöllisesti ja niiden hoito on erilainen (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 100; Sulkava 2003, 5.) Oikea lääkitys usein pidentää oireetonta ja vähäoireista sairauden vaihetta (Finne-Soveri 2008, 27).

Varhaisen diagnoosin tavoitteena on potilaan ja hänen omaistensa parempi elämänlaatu, pidempään jatkuva kotona asuminen kotiin saatavine palveluineen sekä laitoshoidon lykkääminen (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 100). Etenevään muistisairauteen sairastuneen potilaan elämänpiiriin kuuluvien henkilöiden informoiminen ja asianmukainen tiedonsaanti helpottavat heidän suhtautumistaan potilaan sairauden aiheuttamiin oireisiin ja toimimistaan potilaan tukena. (Finne-Soveri 2008, 27).

Geriatristen, etenevää muistisairautta sairastavien potilaiden määrän lisääntyminen ja heidän toimintakykynsä heikkeneminen merkitsee muutoksia vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä ja sen eri palveluja tuottavissa

organisaatioissa sekä niiden tehtävissä, toteaa Merja Ala-Nikkola väitöskirjatutkimuksessaan. Aiemmin erikoissairaanhoidossa hoidetut, etenevää muistisairautta sairastavat potilaat ovat nyt perusterveydenhoidon potilaita terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Ennen terveyskeskuksissa hoidetut potilaat hoidetaan nyt palvelutaloissa tai vanhainkodeissa ja aiemmin vanhainkodeissa hoidetut potilaat hoidetaan nyt kotona kotihoidon palvelujen tai omaisten turvin (Ala-Nikkola 2003.)

Pitkälle edennyttä muistisairautta potevista geriatrista potilaista kolme neljästä tarvitsee muistisairauden edetessä ympärivuorokautista, jatkuvaa pitkäaikaishoitoa. Käyttösoireet, toimintakyvyn heikkeneminen, muut oheissairaudet sekä yksin asuminen ja omaishoitajan uupuminen ovat tärkeimpiä riskitekijöitä, joiden vuoksi etenevää muistisairautta sairastava potilas joutuu ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon. Palvelujärjestelmässä työskentelevältä hoitohenkilökunnalta vaaditaan valmiuksia ja ammattitaitoa tunnistaa potilaan voinnissa ilmenevät riskitekijät sekä osata ja uskaltaa reagoida niihin nopeasti. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 12.)

Nykyistä koti- ja laitoshoidon palvelujen saamista määrittää yhä useammin se, että eri organisaatiot tai ammattilaiset ohjaavat potilaita toistensa tuottamien palvelujen piiriin. Geriatrien, etenevästä muistisairaudesta kärsivien potilaiden hoidossa tällainen keskeinen potilaita välittävä organisaatio on sairaala. Suurin osa kotihoitoon tai pitkäaikaiseen geriatriseen laitoshoitoon ohjautuvista potilaista tulee lyhytaikaisen sairaalajakson jälkeen. Yhä useammin sekä koti- että laitoshoidon tarvearviointia ja päätöksentekoa määrittävät lääketieteelliset perusteet, kuten käyttösoireet ja heikentynyt toimintakyky. (Ala-Nikkola 2003.)

Laadukkaiden, geriatristen muistisairaiden potilaspalveluiden edellytys on, että kunnassa on erityinen taho esimerkiksi muistipoliklinikka tai vanhusten neuvola, joka huolehtii siitä, että muistioireita kärsivä potilas ja hänen omaisensa saavat tarvitsemaansa tietoa ja tarvittavat palvelut sekä että ne muodostavat heidän kannaltaan mielekkään ja käyttökelpoisen kokonaisuuden. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 12.)

Palveluiden sisältö, toimintaresurssit ja asiakkaiden tarpeet määrittelevät päätöksiä koti- ja laitoshoidossa. Taloudelliset reunaehdot ovat keskeisessä roolissa koti- ja laitoshoidon päätöksenteossa. Ne ilmenevät geriatrinen, muistisairauksista kärsivien potilaiden palveluissa tiukkoina potilaiden valinta- ja tarvearviointikäytäntöinä. Ala-Nikkolan mukaan käytännöt tulevat konkreettisesti esiin työntekijöiden tekemissä kategorioinneissa, joiden perusteella koti- ja laitoshoidon palveluiden käyttäjiksi ohjautuvat ensisijaisesti ”huonokuntoiset” ja ”kiireellisesti apua tarvitsevat” geriatriset, etenevistä muistisairauksista kärsivät potilaat. (Ala-Nikkola 2003.)

2.3 Etenevät muistisairaudet

Normaaliin ikääntymiseen liittyy fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, joka ilmenee esimerkiksi nopeuden ja joustavuuden heikkenemisenä. Kognitiivinen toimintakyky heikkenee, uuden oppiminen hidastuu ja tiedon käsittelyyn liittyvä ajattelutoiminta vaikeutuu. Toimintataso vaihtelee paljon korkeammassa ikäluokassa sekä yksilöiden välillä. (Vauhkonen & Holmström 2005, 653.)

län karttumisen myötä eritasoiset muistihäiriöt lisääntyvät. Kyse voi olla sairauksista johtuvista ohimenevistä muistihäiriöistä tai etenevistä muistisairauksista, jotka johtuvat sellaisista aivoja rappeuttavista sairauksista, kuten Alzheimerin tauti ja Lewyn kappale -tauti tai aivojen verenkierron häiriöistä. (Suuntama 2003, 178.)

Etenevällä muistisairaudella tarkoitetaan useiden älyllisten eli kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Se voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä jälkitila. Oireina ovat muistihäiriöt, kuten vaikeus palauttaa mieleen asioita sekä uuden oppimisen vaikeus. Muistisairauksissa voi esiintyä kielellisiä häiriöitä eli dysfasiaa sekä tahdonalaisten liikkeiden häiriöitä eli dyspraksiaa. Potilaalla voi olla agnosiaa eli hänen voi olla vaikeaa tunnistaa nähtyjä esineitä tai vaikea käsittää nähdyn merkitystä. Lisäksi voi olla toiminnan ohjauksen vaikeutta, jolloin potilaan on vaikea toimia suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 45–46.)

Keskeisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerintauti, verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti ja otsalohko- eli frontaalidementia, joita keskity käsittelemään tässä työssä.

2.3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on aivojen rappeumasairaus, joka etenee hitaasti ja tasaisesti lievästä vaikeaan vaiheeseen. Taudin esiintyvyys lisääntyy nopeasti iän myötä. Sen ensioireita on vaikea tunnistaa ja taudin kesto vaihtelee viidestä vuodesta 20 vuoteen. Taudin kliiniset vaiheet ovat oireeton vaihe, lievä kognitiivinen heikentyminen, varhainen Alzheimerin tauti sekä lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62.)

Alzheimerin tauti alkaa lievillä muistihäiriöillä edeten lähimuistin heikentymiseen. Potilaan ajan- ja myöhemmin paikantaju häviävät. Sairaudentunto häviää ja potilas kokee vastoin todellisuutta selviytyvänsä kaikista arkipäivän toimista. Sosiaalinen toimintakyky säilyy usein hyvin, joten potilas voi antaa selviytymisestään todellisuutta paremman kuvan. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 86.)

Asianmukaisesti suoritettussa kliinisessä tutkimuksessa tunnistetaan yhdeksän kymmenestä eli noin 90 prosenttia Alzheimerin tautia sairastavista potilaista. Noin kymmenen prosenttia tapauksista on Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen eli vaskulaarisen demencian muotoja. Käytännössä Alzheimerin taudin diagnoosi voidaan tehdä, jos potilaalla on etenevä dementia eikä muita aiheuttajia löydy. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 86.)

Alzheimerin taudin syy ja syntymekanismi ovat vielä epäselviä. Väitöskirjatutkimuksessaan Susan Livonen havaitsi yhteyden kahden geenin ja Alzheimerin taudin välillä. Tutkimuksessa löydettiin lisäksi mahdollinen biologinen yhteys kahden proteiinin ja Alzheimerin taudissa havaittujen aivojen patologisten muutosten välillä. Livosten tutkimus toteutettiin pohjoissavolaisen

väestön keskuudessa. Alzheimerin tautiin vaaditaan uusia lääkkeitä, joilla voidaan vaikuttaa taudin ilmenemiseen ja etenemiseen hidastavasti (Iivonen 2005)

Tutkimuksessaan Miia Kivipelto korostaa elintapatekijöiden merkitystä aivojen terveydelle ja erityisesti muistitoiminnoille. Muistamalla sydäntä voi edistää myös aivojen terveyttä. Koska eteneviin muistisairauksiin johtava tautiprosessi alkaa varhain, elinikäperspektiivi on ennaltaehkäisyssä keskeinen. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että elämäntapainterventiot voivat olla erityisen tärkeitä muistisairauksille geneettisesti alttiilla henkilöillä. Kivipelto toteaa, että lisätutkimuksia tarvitaan geenien ja ympäristön yhteisvaikutuksista ja kroonisiin aivosairauksiin johtavista mekanismeista, jotta pystyttäisiin kehittämään entistä tehokkaampia ennaltaehkäisy- ja hoitomenetelmiä (Kivipelto 2006). Terveellisillä elämäntavoilla; hyvällä ravitsemuksella säännöllisillä ruokailutottumuksilla, päihteiden käytön vähentämisellä tai käytön lopettamisella sekä sosiaalisten kontaktien ylläpitämisellä voidaan hidastaa tai jopa estää etenevään muistisairauteen sairastuminen. (Finne-Soveri 2008, 27).

Tällä hetkellä Suomessa on 120 000 etenevää muistisairautta sairastavaa henkilöä, joista yli puolet sairastaa Alzheimerin tautia. Sairastumisriskiin vaikuttavat monet geenit, mutta myös elintavat. Koiviston tutkimuksen tulokset tukevat teoriaa, jonka mukaan Alzheimerin tauti on geneeiltaan hyvin monitekijäinen. Myös eri väestöissä erilaiset tekijät vaikuttavat Alzheimerin taudin sairastumisriskiin ja -ikään. (Koivisto 2006)

2.3.2 Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia

Verisuoniperäistä eli niin sanottua moni-infarktidementiasta on kysymys silloin, kun vaskulaarinen dementia painottuu aivokuorelle, johon aivoinfarkteja aiheuttavat verenkierron mukana kulkevat tulpat eli embolukset tai paikalliset hyytymät eli trombit. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 73).

Erilaiset kortikaaliset häiriöt, joista kärsii 15 prosenttia kaikista dementiapotilaista, on toiseksi yleisin etenevien muistihäiriöiden ja muistisairauksien aiheuttaja. Aivoihin syntynyt vaurio ja sen sijainti vaikuttavat oireiden laatuun ja luonteeseen. Vauriot painottuvat usein aivojen syvällä sijaitsevien valtimoiden ja valkean aineen vaurioitumiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 91; Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2003, 8.)

Vaskulaarinen dementia etenee vaihtelevasti. oireet voivat edetä portaittain tasaisesti tai pysyä pitkään muuttumattomina. Yöllinen sekavuus, masennus ja kävelyvaikeudet tai kävelykyvyn menetys kokonaan ovat tyypillisiä taudin alkuvaiheessa. Sairauden kesto vaihtelee yksilöllisesti ja keskimääräinen aika on seitsemän kahdeksan vuotta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 90.)

Pirjo Komulaisen väitöskirjatutkimuksessa korostuu verisuonisairauksien riskitekijöiden merkitys muistitoimintojen kannalta. Tutkimuksessa tutkittiin metabolisen oireyhtymän, ateroskleroosin ja kroonisen matala-asteisen tulehduksen yhteyttä muistitoimintoihin ikääntyneillä itäsuomalaisilla naisilla 12 vuotta kestäneessä seurannassa. Huomattavaa Komulaisen tuloksissa on, että säännöllisellä liikunnalla ja terveellisellä ravinnolla voidaan edullisesti vaikuttaa useisiin verisuonisairauksien riskitekijöihin ja samalla mahdollisesti myös ehkäistä verisuoniperäisiä eli vaskulaarisia muistihäiriöitä. (Komulainen 2008)

2.3.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -dementia on niin sanottu Lewyn kappale -oireyhtymien muoto. Aivokuorella ja aivorungon alueella tavataan mikroskooppisen pieniä Lewyn kappaleita, hermosolun sisäisiä jyväsiä, joista tauti on saanut nimensä. Vähemmän Lewyn kappaleita esiintyy Parkinsonin taudissa. Jos potilaalle tulee Parkinson -oireita ja jos vuoden sisällä esiintyy myös älylliseen toimintaan tai käytökseen liittyviä häiriöitä, kyseessä on Lewyn kappale -dementia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.)

Lewyn kappale -taudin oireina on vaihtelevia kognitiivisia ja käytösoireita sekä ekstrapyramidioireita eli jäykistymistä, kävelyoireita ja vapinaa. Kognitiivisia ja ekstrapyramidioireita voivat edeltää erilaiset psyykkiset oireet depressiosta psykooseihin. Lewyn kappale -tautia sairastavan muisti on huomattavasti parempi kuin Alzheimerin taudissa silloin, kun potilas on virkeä. Pitkälle edennyttä tautia sairastavatkin voivat oppia uusia asioita. Joka kolmannella Lewyn kappale -tauti potilaista on samanaikaisesti Alzheimerin tauti. (Sulkava 2003, 10.)

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava etenevämuistisairaus. Se aiheuttaa noin 15 prosenttia kaikista dementiatapauksista. Tauti voi alkaa 50 vuotiaana tai vasta 80 vuotiaana, mutta keskimäärin tauti alkaa 60 – 65 vuotiaana. Lewyn kappale -taudin kesto voi olla vaikeimmissa tapauksissa alle viisi vuotta, mutta usein se on paljon pidempi, jopa 30 vuotta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 93.)

2.3.4 Frontaali- eli otsalohkodementia

Sairautta, joka vaurioittaa aivojen frontaali- eli otsalohkoja sanotaan frontotemporaalisiksi degeneraatioksi eli otsalohkorappeumaksi. Otsalohkot käskyttävät muun muassa aloitteellisuutta, motivaatiota, estoja ja pidäkkeitä. Toimintojen suunnitelmallisuus ja oikeassa järjestyksessä tapahtuva kokonaisuus, loogisuus johdetaan myös otsalohkoista. Otsalohkojen toimintaan liittyvät osittain myös kielelliset toiminnot. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92.)

Frontaalidementiaa sairastavista kolmasosalla on aivoissa Pickin taudin neuropatologiset muutokset. Kyvyttömyys pitkäjänteiseen työskentelyyn ja impulssien kontrolloimattomuus ovat tyypillisiä oireita. Aloitteellisuus saattaa olla myös vahvasti heikentynyt, Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen voi osalla potilaista olla työlästä (afasia). Muisti on paremmin säilynyt kuin Alzheimerin taudissa. (Sulkava 2003, 82; Hartikainen & Lönnroos 2008, 98.) Arvioidaan, että jokaista otsalohkodementiasta kärsivää kohden on 20–50 Alzheimerin tautia

sairastavaa potilasta. Esiintyvyys on korkeimmillaan 60–70 ikävuoden välillä. Sairaus on perinnöllinen. (Sulkava 2003, 82).

2.4 Etenevien muistisairauksien vaikutustoimintakykyyn

Toimintakyky liittyy laajasti hyvinvointiin ja se jaotellaan perinteisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen sekä suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa. Fyysinen toimintakyky on elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysistä toimintaa edellyttävistä suorituksista. Kokemus tai arvio omasta toimintakyvystä on yksilöllistä. Siihen vaikuttavat henkilön asenteet, toiveet, sairaudet ja se, miten henkilö kokee oman terveytensä sekä kokemus omaa toimintakykyä haittaavista tekijöistä. Toimintakyky on erilainen samanikäisillä henkilöillä ja se muuttuu eri tavoin iän karttuessa. Toimintakykyyn vaikuttavat henkilön fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet, perintötekijät sekä nykyinen ja aiemmat elinympäristöt. (Hinkka, Karppi, Ollonqvist, Aaltonen, Grönlund, Puukka, Saarikallio, Salmelainen & Vaara 2004: 24).

Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy kolme aluetta: toiminta, tunne-elämä ja ajattelu. Psyykkinen toimintakyky kuvaa laajasti hyvinvointia ja elämänhallintaa. Se kattaa ihmisen henkiset voimavarat, itseluottamuksen, tyytyväisyyden elämään, luottamuksen tulevaisuuteen ja elämän tarkoitukseen. Psyykkinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi sekä mielenterveys tulevat esiin toiminnallisuutena, sosiaalisuutena ja ne ovat sekä fyysisen että kognitiivisen toimintakyvyn edellytys. (Eloranta & Punkanen 2008, 14.)

Kognitiivisen toimintakyvyn alueeseen kuuluvat muisti, oppiminen, ajattelu, toiminnanohjaus, tarkkaavaisuus, keskittyminen ja kontrollin ylläpitäminen. Toiminnanohjauksella tarkoitetaan toiminnan suunnitelmallisuutta, sujuvuutta ja joustavuutta. Toiminnanohjauksessa yhdistyvät yksittäiset tiedonkäsittelyn tehtävät päämäärätietoiseksi tahdonalaiseksi toiminnaksi. (Voutilainen 2006, 25.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä sosiaalisissa rooleissa ja yhteisön jäsenenä. Sosiaalinen toimintakyky kuvaa ihmisen kykyä osallistua, luoda ja säilyttää ihmissuhteita, kykyä ja halua harrastaa sekä kotona että kodin ulkopuolella. Ihminen tuntee omat mahdollisuutensa ja kykenee hahmottamaan itsensä suhteessa muihin ihmisiin ja ympäristöönsä. Yhdessäolon tarpeen tyydyttyminen on edellytys ihmisen mielenterveyden kehittymiselle ja säilymiselle, ihmisten väliset kontaktit tuovat mukanaan elämänlaatua ja antavat elämälle merkityksen ja arvon. (Eloranta & Punkanen 2008, 16–17.)

2.4.1 Etenevien muistisairauksien vaikutus fyysiseen toimintakykyyn

Keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla on ekstrapyramidaalioireita eli jäykkyyttä (rigiditeetti) ja kävelyvaikeuksia. Potilaiden katse on pysähtynyt ja pään liikkeet ovat vähäisiä. Sairauden edetessä ryhti kumartuu, rintarankaan muodostuu kyömy. Nivelten liikkuvuus on vähäistä, mikä aiheuttaa raajojen jäykkyyttä ja koukistumista sekä kiputiloja jäsenissä. Tasapainovaikeudet lisääntyvät ja potilaan omatoimisuus vähenee sekä pelko liikkumiseen kasvaa. Hänen tasapainonsa on hutera istuessa ja seistessä. Istuessaan hän kallistuu taakse tai sivulle. Samalla liikkeiden suorittaminen vaikeutuu (apraksia). Potilaalle kääntyminen ja istuutuminen ovat vaikeita ja istuminen ilman tukea on epävarmaa. (Ahvo & Käyhty 2001, 75.)

Etenevää muistisairautta sairastavalla potilaalla on vaikeuksia tunnistaa asioita, esineitä, ihmisiä ja hahmottaa ympäristöään sekä oman kehonsa liikkeitä. Laihtuminen on yleistä sairauden alkuvaiheessa. Potilas ei muista syödä, mikä johtaa hänen yleiskuntonsa laskuun. Etenevää muistisairautta sairastavan potilaan laadukkaan elämän kannalta on tärkeää aloittaa suunnitelmallinen ja tavoitteellinen kuntouttava hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Ahvo & Käyhty 2001, 75.)

Verisuoniperäistä eli vaskulaarista dementiaa sairastavalla henkilöllä käskyt eivät kulje aivoista lihaksiin, joten hänen kävelynsä on hidasta ja huteraa (ataksia). Potilaan kasvot ovat ilmeikkäät ja eleet ovat säilyneet. Potilas pelkää kaatumista ja sen vuoksi ylösnousu ja liikkeellelähtö pelottavat. Kääntyminen ja istuutuminen tuoliin ovat potilaalle hankalia. Tasapainovaikeudet ja ympäristön hahmottaminen ovat potilaalle vaikeutuneita ja portaissa alas meno on epävarmaa. (Ahvo & Käyhty 2001,77.)

Toispuolikömpelyys, lievät halvausoireet ja lihastoiminnan häiriöt (spastisuus) ovat tyypillisiä vaskulaarisen dementian oireita. Kallistumista heikommalle puolelle on havaittavissa istuessa ja seistessä. Potilas pitää jalkojaan harallaan, polvet ja lonkat koukistuneina. Hänen ryhtinsä kumartuu rintarangasta taudin edetessä. (Ahvo & Käyhty 2001,77.)

Lewyn kappale -tauti muistuttaa Parkinsonin tautia ja vapina on yhteistä molemmille taudeille. Vapinaa on Lewyn kappale -taudissa myös liikkeen aikana. Potilaan liikkeelle lähteminen on vaikeaa ja koko liikkumisen aikana tapahtuva takeltelu on myös taudeille yhteistä. Lewyn kappale -tautia sairastava potilas kaatuilee ja hänellä saattaa olla pyörtymis- ja tajuttomuuskohtauksia. (Ahvo & Käyhty 2001, 78.)

Aaltoileva taudin kulku tuo esille piirteitä, joilla Lewyn kappale -taudin voi erottaa muista dementoivista sairauksista. Potilaan orientaatio, vireystila, hallusinaatiot eli näköharhat, jäykkyys, nivelten liikeratojen rajoittuneisuus ja kävelyvaikeudet voivat vaihdella päivittäin. Potilaan tasapaino on hutera ja hän vapisee. Ryhti voi olla erittäin kumara ja asentotunto kadonnut. Yleiskunnon lasku ja kävelykyvyn nopea huonontuminen voivat johtaa potilaan laitoshoitoon. (Ahvo & Käyhty 2001, 78.)

Frontotemporaalista dementiaa sairastava potilas on apaattinen ja aloitekyvytön. Potilas voi istua tekemättä mitään pitkiä aikoja, ellei mitään ulkopuolisia ärsykejä ole. Arkipäivän asioiden hoitaminen tai niihin ryhtyminen voi olla potilaalle ylivoimaista. Potilas toimii kuitenkin hyvin ärsykesidonnaisesti. Pöydällä oleva lasi tyhjennetään välittömästi, olipa se kenen tahansa.

Sairauden edetessä potilaalla voi esiintyä ekstrapyramidaalioireita ja niin sanottuja primitiiviheijasteita, kuten tarttumis-imemisrefleksi. (Rinne 2002, 165–166.)

2.4.2 Etenevien muistisairauksien vaikutus psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn

Etenevien muistisairauksien oirekuvaan kuuluvat psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutokset. Ne syvenevät muistisairauden edetessä ja heikentävät potilaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä. Psyykkinen toimintakyky on aina otettava huomioon kognitiivista toimintakykyä määriteltäessä. Kognitiiviset muutokset ovat osa joidenkin psyykkisten sairauksien oirekuvaa. Kognitiivinen toiminta edellyttää tiettyä vireystasoa, jota väsymys ja masennus voivat heikentää. Myös motivaatio vaikuttaa kognitiiviseen toimintakykyyn. (Voutilainen 2006, 25; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23.)

Ihmisen kognitiiviset kyvyt heikkenevät yksilöllisesti ja fyysisen sekä psyykkisen toimintakyvyn vaihtelut hankaloittavat toimintaa. Muistin heikentyminen aiheuttaa psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan kaventumista ja dementoituneen vetäytymistä omaan maailmaansa. Tämä hankaloittaa dementoituneen läheisten elämää ja tuo sosiaalisia paineita. (Ahvo & Käyhty 2001, 73.)

Oman toiminnan suunnittelu, ohjaus ja arviointi (eksekutiiviset toiminnot) ovat heikentyneet etenevästä muistisairaudesta kärsivällä potilaalla. Heikentyminen tulee esiin vaikeuksina päättelyä vaativissa tehtävissä sekä tehtävissä, jotka vaativat suunnittelua, joustavuutta, strategioiden luonti ja vaihtamista. Potilaiden on vaikea toteuttaa monimutkaisia suunnitelmia. Heidän keskittymiskykynsä, oman toiminnan monitorointi ja kontrolli ovat heikentyneet niin, ettei potilas huomaa tekemiään virheitä. (Rinne 2002, 165–166.)

Etenevästä muistisairaudesta kärsivän potilaan sosiaalista elämää vaikeuttavat unohtuneet käyttäytymisnormit. Kyky aistia tunnelmia on kadonnut samoin kyky käyttää puolustusmekanismeja. Dementoituva ihminen alkaa vetäytyä aktiivisesta elämästä kotioloihin. Kielellisten toimintojen ja muistin heikkeneminen hankaloittavat hänen vuorovaikutussuhteitaan Potilaan puheen tuottaminen ja ymmärtäminen voi olla vaikeaa (afasia). Etenevä muistisairaus vaikuttaa jo sairauden alkuvaiheessa potilaan mielialaan, motivaatioon ja itsearvostukseen. (Eloniemi-Sulkava 2001, 33; Granö ym. 2006, 8.)

2.5 Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytösoireet

Etenevää muistisairautta sairastavan potilaan sairauden edetessä potilaalla alkaa ilmetä muutoksia käyttäytymisessä ja tunne-elämän alueella kuten esimerkiksi mielialanvaihteluita, aggressiivisuutta ja levottomuutta. Näitä kutsutaan käytösoireiksi. Käytösoireet, niiden nopea vaihtelu ja ennalta arvaamattomuus aiheuttavat arkipäivän ongelmia niin potilaalle itselleen kuin hänen läheisilleen ja ympäristölleen. Käytösoireiden ja psykologisten oireiden kehittymiseen vaikuttavat potilaan suhde omaisiin ja hoitajiin, hänen persoonallisuutensa, muu terveydentila, lääkkeet sivuvaikutuksineen, hoitoympäristö ja muistisairauden luonne. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182 – 183.)

Käyttäytyminen on sidoksissa kognitiiviseen ja psykologiseen tietojen käsittelyyn. Ihminen reagoi ympäristöönsä ja siinä esiintyviin ihmisiin ja tapahtumiin tekemiensä havaintojen ja tulkintojensa perusteella käytöksellään. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 117). Psykologiset oireet kertovat etenevästä muistisairaudesta kärsivän potilaan mielen sisällöstä ja ne tulevat esiin muistisairaalan tutkimuksissa potilaan ja omaisten haastattelussa. (Sulkava ym. 2003, 5).

Etenevästä muistisairaudesta kärsivä potilas kokee menettäneensä elämästään tilannehallinnan. Hänen kykynsä ymmärtää realiteetteja on

heikentynyt. Hän ei kykene suunnittelemaan toimintojaan eikä ajattelemaan enää loogisesti. Hankalien ja ahdistavien tunteiden peittäminen ei enää onnistu. Fyysiset vaivat ja soveltumaton lääkitys lisäävät tilannehallinnan ongelmia. Tilannehallinnan menetys näyttäytyy läheisille ja ympäristölle erilaisena hankalana käyttäytymisenä. Tilannehallinnan menetys on yksi tärkein etenevästä muistisairaudesta kärsivän potilaan oireita selittävä tekijä. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 33.)

Käyttöoireita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa vaikeutuen sairauden etenemisen myötä. Potilaan sekä hänen läheistensä elämänlaatu heikkenee ja läheiset altistuvat uupumukselle. Käyttöoireista kärsivää potilasta lääkitään rauhoittavilla lääkkeillä, minkä seurauksena hänen ennusteensa heikkenee. Käyttöoireet ovat merkittävin riskitekijä, joka ennustaa muistisairaahan potilaan joutumista laitoshoidon ja kotihoidon päättymistä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118.)

Käyttöoireiden hoitaminen on tärkeä osa etenevää muistisairautta sairastavan potilaan hoitoa, jossa on muistettava, että käyttöoireet, esimerkiksi masennus ja harhaluulot, voivat edeltää muistisairauden muita oireita, kuten muistioireita. Käyttöoireiden ilmaantumiseen vaikuttavat sairauden vaihe, ulkopuolisen avun tarve ja potilaan kognitiivinen taso. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182; Sulkava 2003, 5).

2.6 Etenevästä muistisairaudesta kärsivän potilaan kuntoutumistarpeen arviointi

Geriatrinen tutkimus ja arviointi sekä potilaan kuntoutumistarve liittyvät tiiviisti yhteen. Kuntoutumisen suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen perustuvat geriatriin, joka sisältyy potilaan hoitosuunnitelmaan. Jatkohoidon ja -kuntoutuksen järjestäminen on aloitettava hyvissä ajoin eli heti, kun potilaan tarkka diagnoosi on tiedossa. Kotikäynti antaa arvokasta tietoa potilaan selviytymisestä päivittäisistä toiminnoista kotioloissa ja selventää kuntoutumissuunnitelman tavoitteita. (Lönnroos 2008, 284–285.)

lääkkään etenevästä muistisairaudesta tai muistihäiriöistä kärsivän geriatrisen kuntoutuspotilaan kuntoutumisen ajoittamisessa tulisi välttää turhia viiveitä. Potilas on toimitettava ajoissa tutkimuksiin, jotta hän saisi hänelle valituista kuntoutumisharjoitteista ja terapioidista mahdollisimman suuren hyödyn. Potilaan kuntoutumissuunnitelma laaditaan eteneväksi osatavoitteiden kautta ja ne toteutetaan potilaan edistymisen mukaan. (Lönroos 2008, 284.)

Väitöskirjassaan Heikki Roilas toteaa dementian ohella toimintakyvyn heikentymisen, muun muassa liikuntakyvyn heikentymisen tai sen menettämisen kokonaan, olevan merkittävimpiä vanhusten terveyttä ja hyvinvointia uhkaavia tekijöitä. Kuntoutumisesta toivotaan tulevaisuudessa yhä merkittävämpää ja tehokkaampaa välinettä iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja siihen liittyvien ongelmien ratkaisemiseksi. Olisikin tutkittava, millaiset kuntoutumistoimet tuottavat parhaan mahdollisen tuloksen kullekin kohderyhmälle ja millaisin kustannuksin. (Roilas 2004.)

2.7 Kuntouttava hoitotyö etenevästä muistisairaudesta kärsivien potilaiden hoidossa

Kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan työtappaa, jota hoitohenkilöstö toteuttaa hoitaessaan etenevästä muistisairaudesta kärsivää potilasta. Potilaan jäljellä oleva toimintakyky ja voimavarat otetaan huomioon, häntä ohjataan omatoimisuuteen ja kannustetaan päivittäisissä toiminnoissa. Potilaan hoidossa tuetaan hänen selviytymistään, hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan yksilöllisesti kompensoiden toimintakyvyn heikentyneitä osa-alueita. (Heimonen 2008, 82.)

Voimavaralähtöisyys on kuntouttavan hoitotyön perusta. Etenevästä muistisairaudesta kärsivällä potilaalla on oikeus aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan, monimuotoisiin elämäkokemuksiin ja mielekkääseen arkeen. Hänellä on oikeus kokea osaamista, osallisuutta ja pysyvyyttä. Kuntouttavassa hoitotyössä huomio kiinnitetään potilaan jäljellä oleviin

voimavaroihin, taitoihin ja onnistumisen kokemuksiin. Hoitotyössä tuetaan potilaan kykenevyyden ja omanarvon tunnetta sekä myönteistä mielialaa. Säilyneiden kykyjen ja mahdollisuuksien esille nostamista ja onnistumisen kokemusten luomista on pidettävä dementoituvien ihmisten kuntouttavan työtöteen ja hoitotyön lähtökohtana. (Granö ym. 2006, 51.)

Tutkimuksessaan Hannele Haapaniemi ja Pirkko Routasalo (Routasalo, Arve & Lauri 2004) keräsivät sairaanhoitajien kokemuksia siitä, miten iäkäs potilas itse ja hänen omaisensa voivat edistää iäkkään geriatrisen potilaan kuntoutumista. Sairaanhoitajat työskentelivät kahden kaupungin terveyskeskussairaaloiden akuuttihoito- ja kuntoutumisosastoilla. Sairaanhoitajien mukaan iäkäs potilas itse ja hänen omaisensa pystyvät monin tavoin aktiivisesti ja oma-aloitteisesti edistämään potilaan kuntoutumista. Potilaan kuntoutumisen edistämisen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, johon pääseminen edellyttää potilaan arvojen, toiveiden, voimavarojen ja tavoitteiden tuntemista. Potilas ja hänen omaisensa voivat edistää iäkkään geriatrisen potilaan kuntoutumista vain tilanteessa, jossa he ovat voineet osallistua potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen kuntouttavan hoitotyön keinoin sekä voineet tehdä yhteistyötä sairaanhoitajien ja moni ammatillisen tiimin kanssa. (Haapaniemi & Routasalo 2007.)

Etenevästä muistisairaudesta kärsivän ihmisen hoidon ja kuntoutumisen tulisi toteutua tavoitteellisena ja tarkoituksenmukaisena hoitoketjuna. Kuntoutumisen hoitoketjuun kuuluvat tutkimus- ja arviointi, apuvälineet, kuntoutumista edistävä päivätoiminta sekä kuntoutumista edistävä lyhyt- ja pitkäaikaishoito, jossa hoito toteutetaan kuntouttavan hoitotyön keinoin. Tällä palveluiden ja hoidon ketjulla turvataan etenevästä muisti sairaudesta kärsivän potilaan mahdollisuus saada sairauden edetessä tavoitteellista kuntoutumishajausta mielekkään elämisen jatkumiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Potilaan omaisille ja läheisille hoitoketju tarjoaa tietoa, ohjausta ja neuvontaa sairastuneen sairauden eri vaiheissa. (Heimonen 2008, 82.)

3 HANKKEEN TAVOITTEET, TARKOITUS JA ORGANISAATIO

3.1 Hankkeen tavoitteet ja tarkoitus

Tämän kehittämishankkeen päätavoitteena oli luoda geriatrisen muistihäiriöistä kärsivän tutkimuspotilaan tutkimusta ja arviointia kuvaava prosessikuvaus Lahden kaupunginsairaalan osastolle L31, joka on akuuttijatkohoito sekä tutkimus- ja arviointiosasto. Terveystieteiden kehittämissä tavoitteena on uusien menetelmien, toimintatapojen tai järjestelmien aikaan saaminen tai jo olemassa olevien parantaminen ja selkiyttäminen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 5).

Hankkeen tuloksena valmistunutta prosessikuvausta on tarkoitus käyttää uusien tai pitkiltä omilta palaavien työntekijöiden sekä sijaisten, opiskelijoiden ja osastolle tulevien ja siellä työskentelevien lääkäreiden perehdytyksen tukena. Prosessikuvaus toimii myös pohjana edelleen jatkuvassa osaston toiminnan kehittämistyössä. Kehittäminen kohdistuu tuotettuihin palveluihin, itse organisaatioon, toimintakäytäntöihin ja -prosesseihin tai henkilökunnan osaamiseen. (Heikkilä ym.2008, 5).

Hankkeen tuotoksena syntynyt prosessikuvaus selkiinnyttää tutkimus- ja arviointiprosessia. Yhteisesti sovittuihin käytäntöihin sitoutuminen parantaa laatua ja ylläpitää kuntouttavan hoitotyön laadun tasaisuutta.

3.2 Hankkeen organisaatio ja resurssit

Hankkeen kohdeorganisaatio sekä toimintaympäristö olivat tässä hankkeessa Lahden kaupunginsairaalan osasto L 31. Osastolla hoidetaan muistihäiriöistä kärsiviä geriatrisia tutkimuspotilaita ja akuuttisia jatkohoitopotilaita. Geriatrisen tutkimuksen ja arvioinnin päätavoitteena on tarkka diagnoosi potilaan muistisairaudesta, kartoitus fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä sosiaalisesta verkostosta ja palveluiden tarpeesta.

Hankkeen resursseina olivat hankkeen organisaatioon kuuluva henkilöstö. Osaston henkilökuntaan kuuluvat osaston lääkäri, osaston hoitaja, apulaisosastonhoitaja, 9 sairaanhoitajaa ja 9 perus- tai lähihoitajaa, sekä fysioterapeutti. Organisaatioon kuuluivat myös opinnäytetyöntekijä, ohjaava opettaja sekä opponentit. Hankeorganisaatio on hankkeen toteutuksesta vastaava organisaatio, mikä tarkoittaa hankkeen toteutustiimiä. (Silfverberg 2007, 147; Viirkorpi 2000, 25–26).

4 HANKKEEN TOTEUTUKSEN JA TUOTOKSEN KUVAUS

4.1 Hankkeen toteutuksen kuvaus

Idean tutkimus ja arviointiprosessin kuvauksesta sain Lahden kaupunginsairaalan osasto L 31 osastonhoitajalta kysytyäni aiheita häneltä syksyllä 2008. Välittömästi aiheen saatuani aloimme apulaisosastonhoitajan kanssa hahmotella mielessämme, millainen hankkeen tuotoksena syntyvä prosessikuvaus pitäisi olla. Helmikuussa 2009 otin yhteyttä osaston apulaisosastonhoitajaan, jonka kanssa suunnittelimme idean käytännön toteutusta.

Hankesuunnitteluvaiheessa hankkeesta luotiin kirjallinen aikataulu ohjaamaan hankkeen etenemistä (liite 1). Hankesuunnitelma muodostaa työn perustan. Sillä voidaan osoittaa hankkeen tavoitteet, resurssit ja aikataulu sekä hankkeesta tiedottaminen. Huolellinen suunnittelu luo edellytykset sille, että lopputulos vastaa sille asetettuja tavoitteita (Heikkilä ym. 2008, 69). Aikataulussa kuvataan tuotoksen aikaansaamiseksi tarvittavat konkreettiset toimenpiteet ja niiden ajoittuminen (Silfverberg 2007, 88; Hakala 1998, 63.) Tämä hanke on toteutettu työn ohessa ja siksi aikataulu on laadittu väljäksi.

Aikataulu toteutui muilta osiltaan hyvin, mutta tärkein palaveri, johon osallistuivat geriatrian erikoislääkäri sekä osastonhoitaja, jäi kesälomien vuoksi loppukesään, jolloin prosessikuvaus oli melkein valmis. Kokouksen jälkeen työhön lisättiin muun muassa geriatrisen potilaan käytösoireita kuvaava kappale ja tehtiin joitakin tarkennuksia. Hankkeessa mukana olleet toimijat olivat motivoituneita ja sitoutuneita, mikä auttoi hankkeen läpiviemistä sille asetetussa aikataulussa.

Tämän hankkeen toteutumisesta vastasi opinnäytetyöntekijä, jonka vastuulla oli hankkeen eteenpäin vieminen, tuotoksen eli kirjallisen esseemuotoisen prosessikuvauksen luominen muistihäiriöistä kärsivän geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessista sekä opinnäytetyöraportin

kirjoitus. Prosessikuvausta luodessani etsin teorialähteitä kooten tutkimus- ja arviointiprosessin vaiheita kirjalliseksi kuvaukseksi. Prosessikuvauksen luomisvaihe oli tiivistä yhteistyötä Lahden kaupunginsairaalan osasto L 31 apulaisosastonhoitajan kanssa. Osaston apulaisosastonhoitaja toimi hankkeessa työelämäyhteistyökumppanina edustajana ja yhteyshenkilönä. Osaston muu henkilökunta oli mukana aktiivisesti arvioimassa prosessikuvauksen kirjallista tuotosta koko hankkeen toteutuksen ajan.

Muistihäiriöistä kärsivän tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessin kuvaus (liite 2) luotiin käyttämällä osallistuvaa suunnittelu- ja päätöksentekomenetelmää. Menetelmän peruslähtökohtana ovat tarvelähtöisyys, tavoitteellisuus sekä osallistuvien suunnittelu- ja päätöksentekomenetelmien käyttö. Tarvelähtöisyydellä pyritään varmistamaan, että hankkeen lähtökohdaksi otetaan hyödynsaajien kokemat ja priorisoimat mahdollisuudet tai ongelmat. (Silfverberg 2007, 18.)

Kokosin lähdeaineistoa prosessikuvaukseen henkilökunnan toiveiden mukaisesti tarkasti rajaten ja lähetin sähköpostina osastonhoitajalle. Henkilökunta teki apulaisosastonhoitajan johdolla prosessikuvaukseen korjausehdotuksensa, joita käsitelimme yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa. Yhteisiä tapaamisia apulaisosastonhoitajan kanssa tuotoksen läpikäymistä varten pidimme pari kertaa kuukaudessa, lisäksi yhdessä palaverissa olivat mukana geriatrian erikoislääkäri, osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Lahti Intranettiin tulevaa kaaviokuva (liite 3) suunnittelimme kahdessa palaverissa. Kaaviokuva on johdettu suoraan prosessikuvauksesta, jonka vuoksi se muotoutui helposti ja nopeasti prosessin kattavaksi.

Prosessikuvauksessa pyrin käyttämään mahdollisimman tuoreita, alle viisi vuotta vanhoja lähteitä. Keväällä 2009 lähetin Muistiliittoon sähköpostia, jossa pyysin heitä lähettämään ajankohtaista aineistoa muistiin liittyvistä asioista. Heiltä sain muun muassa Kuntoutuksen sanakirja -nimisen oppaan, jossa on paljon hyvää tietoa muistihäiriöistä ja dementiasta.

Lähdeaineistoa etsin pääasiassa Nelli -portalin kautta. Hakusanoina käytin muun muassa sanoja muisti, muistisairaus, muistihäiriö, dementia, toimintakyky ja arviointi. Löytämästäni aineistosta tutkin tarkkaan myös lähdeluettelot, joista sain arvokkaita tietoja hyvistä lähteistä. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia etsin yliopistojen sivuilta, kuten esimerkiksi Tampereen ja Jyväskylän yliopistojen väitöstietokannoista ja eri ammattilehdistä.

Toteutusvaiheessa luodaan hankkeen tuotos, suunnitelmat laitetaan käytäntöön, haetaan ongelmiin ratkaisuja ja testataan ratkaisuja (Heikkilä ym. 2008, 99). Tässä hankkeessa esseemuotoinen muistisairaana geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessikuvauksen luominen kirjalliseen muotoon oli hankkeen varsinainen työskentelyvaihe.

Prosessikuvauksen sisältö etenee kronologisesti samassa järjestyksessä kuin muistihäiriöistä kärsivä geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimukset ja arviointi osastolla etenevät. Se avaa ja täydentää kaaviokuvaa prosessin etenemisestä.

4.2 Hankkeen tuotoksen sisältö

Tämän hankkeen tuotoksena syntyi muistihäiriöistä kärsivän geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessin prosessikuvaus (liite 2) Lahden kaupunginsairaalan osastolle L 31 sekä kaavio Lahti Intranet -sivulle.

Tutkimus- ja arviointiprosessin prosessikuvaus on jaettu 12 kokonaisuuteen, jotka ovat 1) geriatrisen tutkimus- ja arviointi, 2) tutkimuspotilaan tulo osastolle, 3) henkilökunnan vastuut, velvollisuudet ja työnjako, 4) laboratoriokokeet ja muut mittaukset, 5) fyysisen toimintakyvyn mittarit, 6) kognitiivisen toimintakyvyn mittarit, 7) masennus, 8) käytösoireet, 9) lääkehoidon tarkistus, 10) kuntouttava hoitotyö, 11) kotiutus ja 12) jatkoahoito. Tutkimuslomakkeita ei ole liitetty työn liitteeksi sen vuoksi, että esimerkiksi CERAD -tehtäväsarja on suojattu. Sitä saavat käyttää ja testejä tehdä potilaille vain testin tekemiseen koulutetut terveydenhuollon henkilöt. Muut käytössä olevat lomakkeet löytyvät kustakin toimipaikasta.

Ensimmäisessä kokonaisuudessa määritellään tutkimuksen ja arvioinnin sisältöä sekä tutkimusjakson päätavoite. Toisessa kokonaisuudessa kerrotaan lyhyesti, mistä ja miten potilaat tulevat osastolle. Laboratoriokokeet on esitetty luettelomaisesti ranskalaisin viivoin helppolukuisuuden vuoksi. Lyhenteinä on käytetty Lahden kaupunginsairaalan laboratorion käyttämiä lyhenteitä.

Fyysistä toimintakykyä tarkastellaan RAVA -indeksin avulla. Indeksillä kartoitetaan kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista kuten syöminen, juominen, liikkuminen, peseytyminen ja pukeutuminen. RAVA -indeksiä voidaan hyödyntää potilaan hoitosuunnitelmien laadinnassa sekä hoitoon liittyvien asioiden todentamisessa, perusteluina ja valintojen varmentajana.

Kognitiivisen toimintakyvyn mittareina käytetään muistitestiä (MMSE) sekä sitä täydentävää kellotestiä (CDT). MMSE -testi sisältää useita lyhyitä kognition eri osa-alueiden toimintoja suppeasti arvioivia tehtäviä. CERAD -tehtäväsarjan neuropsykologiseen perustestistöön kuuluvat tehtävät arvioivat sekä välitöntä että viivästynyttä muistia, nimeämistä, hahmottamista, toiminnan ohjausta ja sujuvuutta.

Masennusta voidaan pitää iäkkäiden yleisimpänä mielenterveyden häiriönä. Masentuneisuus voi oleellisesti vaikuttaa toimintakykyyn. Tarvittaessa käytetään masennuksen tunnistamista helpottavaa GDS – 15 -testiä. Kappale kahdeksan käsittelee dementoiviin sairauksiin liittyviä erityyppisiä käyttäytymisen oireita.

Lääkehoidon tarkoitus sekä tarkoituksenmukaisuuden ja tarpeen harkinta ovat oleellinen osa tutkimus- ja arviointijakson toimenpiteitä. Potilaan seurantaan perustuva havainnointi ammattitaitoisen henkilökunnan tekemänä on lääkärille korvaamaton apu lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä.

Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on tukea potilaan mahdollisimman normaalia elämää sairaudesta huolimatta, tunnistaa toimintakyvyn jäljellä olevat vahvat alueet ja rakentaa kuntouttava hoito niiden varaan. Potilaille laaditaan hoitosuunnitelma, joka sisältää kuntoutumissuunnitelman.

Kahden viikon tutkimus- ja arviointijakson jälkeen potilas kotiutetaan tarvittavien kotiapujen turvin. Joskus potilas ei ole tutkimus- ja arviointijakson aikana saavuttanut asetettuja kuntoutumistavoitteita tai hän ei ole muuten kotiutuskuntoinen. Tällöin hän jää osastolle odottamaan jatkohoitopaikkaa.

Tämän hankkeen konkreettinen lopputulos selkiinnyttää tutkimus- ja arviointiprosessia. Yhteisesti sovittuihin käytäntöihin sitoutuminen parantaa hoitotyön laatua ja ylläpitää kuntouttavan hoitotyön laadun tasaisuutta. Prosessikuvaus on tarkasti rajattu koskemaan tutkimus- ja arviointiprosessin ydinsisältöä joka helpottaa myös tutkimus- ja arviointiprosessin hahmottamista.

4.3 Tuotoksen ulkoasu

Hankkeen alusta alkaen oli selvää, että prosessikuvauksesta oli tultava selkeää ja helposti luettava. Valitsin kirjasintyypiksi Arialin, kirjasinkooksi koon 12 ja riviväliksi 1,5, koska olen tottunut näitä käyttämään ja havainnut näillä asetuksilla saavutettavan selkeän tuloksen. Pääotsikot ovat kirjasinkokoa 16 ja selvyuden vuoksi lihavoitu. Alaotsikot ovat kirjasinkokoa 14, ne ovat myös lihavoitu. Essee on kirjoitettu kokoon A4 käytännöllisyyden ja helppolukuisuuden vuoksi.

Kirjallisesta työstä on johdettu A4 kokoinen selkeä kaaviokuva, joka on tarkoitus laittaa Lahti Intranettiin täydentämään kirjallista kuvausta. Kaaviokuvasta on helposti ja nopeasti hahmotettavissa tutkimus- ja arviointiprosessin eteneminen osastolla.

Tutkimus- ja arviointiprosessin kirjallinen kuvaus sekä kaaviokuva ovat osaston L 31 kansliassa olevassa perehdytyskansiossa, josta henkilökunta voi lukea tarkemmin muistisaira-an geriatrisen tutkimus- ja arviointiprosessiin kuuluvista tutkimuksista ja arviointiperusteista.

Lahti Intranetin sivuilla jatkossa oleva materiaali on jokaisen geriatrisen tutkimus- ja arviointi sekä akuuttijatkohoito osaston L 31 työntekijän nähtävissä.

Tarkoitus on, että myös kotihoidon henkilöstö perehtyisi tutkimus- ja arviointiprosessiin ja hyödyntäisi sitä sekä omassa työssään että yhteistyössä geriatrisen tutkimus ja arviointiosaston kanssa.

Tämän prosessikuvauksen muokkausoikeudet ovat tällä hetkellä osastonhoitajalla ja apulaisosastonhoitajalla. Tuotoksena tuotettu prosessikuvaus sekä siitä tehty kaaviosivu ovat helposti muokattavissa ja päivitettävissä.

5 HANKKEEN ARVIOINTI

5.1 Hankkeen tavoitteiden arviointi

Tämän kehittämishankkeen päätavoitteena oli luoda muistihäiriöistä kärsivän geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessin prosessikuvaus. Tämä tavoite saavutettiin ja lisäksi luotiin kaaviokuva tutkimus- ja arviointiprosessista Lahti Intranet sivuille. Hankkeen tuotoksen pohjalta voidaan tutkimus- ja arviointiprosessia kehittää sekä tehostaa ja näin parantaa hoitotyön laatua.

Terveydenhuolto kehittyy ja uudistuu jatkuvasti, sille asetetaan uusia vaatimuksia ja tavoitteita. Se edellyttää toiminnan jatkuvaa kehittämistä ja tehostamista. Henkilökunnalta vaaditaan positiivista suhtautumista tulevaisuuteen, intoa ja halua oppia uutta. Hankkeena toteutettava kehittäminen voi olla sysäys uudistaa työyhteisön osaamista ja se voi edistää työssä jaksamista. (Heikkilä ym. 2008, 134.)

Geriatrisella tutkimus- ja arviointiosastolla yhtenä tavoitteena on kuntouttavan hoitotyön syventäminen osaksi hoitotyön keinoja ja sen ottaminen mukaan päivittäiseen hoitotyöhön. Hankkeen toteuttaminen on tuonut uutta sisältöä osastotyöskentelyyn sekä innostanut henkilökuntaa kehittämistyöhön. Hoitohenkilöstöltä odotetaan kehitystä ja kehittävää työtettä sekä kykyä muutoksiin. Osaamisen ja kehittämisen tulisi näkyä hoitotyössä ja työympäristössä positiivisesti. (Heikkilä ym. 2008, 36).

5.2 Hankkeen tuotoksen arviointi

Tässä hankkeessa tuotosta reflektointiin ja arvioitiin systemaattisesti koko hankkeen toteuttamisen ajan muun muassa tarkkailemalla toimintaa kuten Heikkilä ym. (2008,114) edellyttävät. Hankkeen tuotoksen eri vaiheita tulostettiin paperiversioiksi ja annettiin henkilökunnalle luettavaksi ja

arvioitavaksi. Tuotosta käytiin toistuvasti läpi kriittisesti arvioiden pari kertaa kuukaudessa. Korjaukset, muutokset ja esille nousseet kysymykset kirjattiin ylös hankepäiväkirjaan ja korjattiin tuotokseen.

Tuotoksen arviointi on tärkeä osa hankkeen toteutumisessa. Luonnosteluvaiheessa on tärkeä hakea ja saada palautetta. Se auttaa parantamaan tuotoksen lopputulosta. Luonnoksesta saatava palaute tulisi olla sellaista, että se keskittyy työn vahvuuksiin, vie näin työtä eteenpäin sekä herättää tekijän pohtimaan asioita. (Viskari 2009, 76).

Tämän hankkeen toteutuksen aikana palaute oli hanketta edistävää, kannustavaa ja tarkoituksenmukaiseen lopputulokseen johdattelevaa. Hankkeen loppuvaiheessa tuotos annettiin myös sairaalan ylilääkäriin, geriatrian erikoislääkäriin, osastonhoitajan ja fysioterapeutin luettavaksi ja arvioitavaksi.

Hankkeen tuloksena valmistunut prosessikuvaus on saanut hyvää palautetta osaston henkilökunnalta, sen on koettu olevan tarkoituksenmukainen, helposti luettava ja kattava esitys tutkimus- ja arviointiprosessista. Työyhteisön edustajana hankkeessa yhteyshenkilönä ollut apulaisosastonhoitaja on antanut tuotoksesta kirjallisen palautteen. Tärkein onnistumisen kriteeri on hankkeen toimeksi antaneen tahon tarpeiden täyttäminen hankkeen avulla sekä laadullisesti että ajallisesti (Paasivaara ym. 2008, 145). Toisaalta hankkeen onnistumista voidaan arvioida käytännön tasolla vasta sitten, kun se on viety osaksi hoitotyön menetelmiä.

Palautteessa todetaan, että työ on edennyt aikataulussaan. Työn valmistumista tosin viivästytti se, että geriatrian erikoislääkärillä ja osastonhoitajalla ei ollut kesälomien vuoksi aikaa ajoissa tutustua työhön. Heidän palautteensa oli kuitenkin merkittävä ja aiheutti jonkin verran muutoksia prosessikuvaukseen. Palautteen johdosta työhön lisättiin käytösoireista kertova kappale sekä tarkennettiin kotiutusta ja jatkohoitoa käsitteleviä kappaleita.

5.3 Hankkeen itsearviointi

Tämä hanke onnistui hyvin. Se toteutettiin hankkeelle suunnitellun aikataulun mukaisesti ja vastasi toimeksiantajan sille asettamia vaatimuksia sekä kehitti opinnäytetyöntekijän yhteistyö ja suunnittelutaitoja. Tulosten aikaansaaminen edellyttää hankkeen tarkoituksen kirkastamista, heikkouksien ja vahvuuksien tiedostamista sekä kykyä sitoutua yhteistyöhön (Silfverberg 2007, 24).

Tämän hankkeen toteuttamisen vahvuutena on ollut hankkeessa mukana olleiden vahva sitoutuminen yhteistyöhön, joka on näkynyt tiiviinä yhteydenpitona yhteistyökumppaneiden välillä. Itsearvioinnilla tarkoitetaan koko toiminnan ajan tapahtuvaa itsearviointia. Reflektointi on tärkeä oman toiminnan kehittämisen ja oppimisen kannalta (Viirkorpi 2000, 39–40).

Tässä hankkeessa kohtaavat opinnäytetyöntekijän kokemus työelämästä hoitoalalla ja alan opiskelu. Oman työelämän tuoman kokemuksen kautta oli loogista hahmottaa niitä aihealueita, joita tutkimus- ja arviointiprosessin prosessikuvauksessa tuli olla.

Työyhteisökumppanin kanssa tehty yhteistyö antoi myönteisen kuvan toimivasta organisaatiosta. Tämän hankkeen aikana koko organisaation tuki oli tärkeä. Hankkeen tuotoksen läpikäymistä varten sovitut tapaamiset pidettiin sovittuna aikana, mikä osoitti motivaation ja sitoutuneisuuden hanketta kohtaan koko prosessin ajan. Palautteen antaminen ja vastaanottaminen eivät olleet opinnäytetyöntekijälle vaikeita, koska päätavoitteena oli geriatrisen tutkimus- ja arviointiosaston toiminnan kehittäminen, mihin tuotos pyrki vastaamaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Hankkeen eettiset näkökulmat

Opinnäytetyön tekemiseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon työtä tehtäessä. Eettisyys tulee ottaa huomioon aiheen valinnasta raportin julkaisemiseen asti työn kaikissa vaiheissa. Eettiset näkökannat ovat tärkeitä opinnäytetyöprosessissa. Diakonia-ammattikorkeakoulussa, koska eettisiä näkökulmia painotetaan tavallista enemmän Diakin arvopohjan ja koulutus ohjelmien luonteen vuoksi. (Gothoni & Pesonen 1999, 8; Kuokkanen, Kiviranta, Määttänen & Ockenström 2007, 27; Kuula 2006,11.)

Opinnäytetyötä tehdessäni olen pyrkinyt huomioimaan eettisyyden prosessin kaikissa vaiheissa. Prosessikuvausta tehdessäni pohdin sen hyödynnettävyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta kohdeorganisaation kannalta. Palaverissa apulaisosastonhoitajan kanssa tutkimus- ja arviointiprosessin prosessikuvauksen todellinen tarve ja valmiin työn käyttötarkoitus vahvistuivat, mikä innosti paneutumaan aiheeseen ja jatkamaan työn tekemistä.

Aito motivaatio ja kiinnostus auttavat opinnäytetyötä tehtäessä. Opinnäytetyöaihetta koskevaa tietoa sekä siinä tapahtuvaa kehitystä tulisi seurata. Tässä työssä olen käyttänyt tuoreita ja ajankohtaisia asiantuntijalähteitä. Lähdemerkinnöissä ja viittauksissa lähteisiin olen pyrkinyt olemaan huolellinen. Tämän hankkeen teoreettinen tausta nojautuu aikaisempaan tutkimustietoon, opinnäytetyöntekijän omiin käytännön kokemuksiin, hiljaiseen tietoon sekä muiden ammattilaisten kokemuksiin. (Heikkilä ym. 2008, 4). Lähteitä valitessani olen arvioinut lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä kriittisesti.

Osaston henkilökunta osallistui tuotoksen arviointiin ja antoi korjausehdotuksia koko tuotoksen valmistumisen ajan. Heillä oli mahdollisuus lukea viikoittain tulostettuja prosessikuvauksen versioita ja kommentoida niitä. Eettisesti kestävän kehittämistoiminnan oleellinen perusta ovat luotettavat, asialliset ja

huolellisesti tiedotetut tulokset. Terveydenhuollon kehittäminen koskee ihmisiä ja heidän saamiaan palveluja, joten eettinen arviointi koskee myös kehittämishankkeita (Heikkilä ym. 2008, 46).

6.2 Hankkeen tuotoksen merkitys ja jatkohankkeiden aiheita

Hankkeen tuotos selkiyttää tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointityötä yhteisesti sovitulla toimintatavoilla. Yhteisesti sovitut ja kirjallisesti kuvatut toimintatavat antavat mahdollisuuden parantaa hoitotyön laatua ja varmistaa laadun tasaisuutta. Prosessikuvaus toimii myös perehdytyksen välineenä uusille työntekijöille, sijaisille ja opiskelijoille. Prosessista kertominen myös potilaan omaisille voi toimia välineenä ennakkoluulojen vähentämisessä ja luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa.

Prosessikuvaus sisältää geriatrisen tutkimuspotilaan hoidon osa-alueet tutkimus- ja arviointivaiheesta, hoidon aikana ja jatkohoidon suunnitteluvaiheessa. LKS:n hoitotyön keskeisenä toimintaperiaatteena on yksilövastuuisen hoitotyön filosofian mukainen hoitotyö, jossa vastuuhoidajalla on keskeinen ja vastuullinen rooli. Vastuuhoidajuuden tukena toimii moniammatillinen työryhmä.

Aina ei geriartrisista muistihäiriöistä tai etenevästä muistisairaudesta kärsivää potilasta voida auttaa lääkkeellisin keinoin. Silloin tarvittaisiin tietoa ja kokemuksia lääkkeellisistä menetelmistä ja niiden käyttömahdollisuuksista potilan hoidossa, jossa tavoitteena on muistisairauden etenemisen hidastaminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Tästä aiheesta tarvittaisi tutkimustietoa ja tietoa käytännön toteutuksesta, esimerkiksi erilaisten terapioiden vaikuttavuudesta.

Muistihäiriöistä kärsivän geriatrisen potilaan kotiutusprosessin kuvausta tarvittaisiin avuksi toteutettaessa tutkimus- ja arviointijaksolla olleen potilaan kotiutusta. Kotiutustilanteessa tarvitaan paljon tietoa kotiin annettavista kaupungin palveluista sekä saatavilla olevista yksityisistä palveluista.

Muistipoliklinikka toimii itsenäisesti osana kaupungin vanhusten terveydenhuoltoa. Sen toiminnasta tarvittaisi prosessikuvaus, josta ilmenisivät muistipoliklinikan toimintaperiaatteet ja asiakkaaksi hakeutuminen sekä jatkohoidon eri vaihtoehdot. Prosessikuvaus edistäisi yhteistyötä muistopoliklinikan, kotihoidon ja geriatrisen tutkimus- ja arviointiosaston välillä.

Ikänsä ja monien sairauksiensa perusteella iäkkäät potilaat käyttävät terveyspalveluja eniten asukasta kohden. Heihin ei kuitenkaan terveydenhuollossa kohdenneta terveyttä ja toimintakykyä edistäviä toimia samassa määrin kuin nuorempiin väestöryhmiin. Ikääntyneimpään väestönosaan tulisikin tulevaisuudessa kohdentaa terveysneuvontaa, jonka tulisi olla uusi terveyden edistämisen osaamisalue. Sillä vaikutettaisiin ikääntyneiden terveyskäyttäytymiseen, kuten toimintakyvyn oma-aloitteiseen ylläpitämiseen ja muiden elintapojen terveyttä edistäviin valintoihin. Terveysneuvontaa voisi kokeilla esimerkiksi projektityönä ja tutkia siitä saatavia kokemuksia ikääntyneiden keskuudessa.

Vastaavanlainen prosessikuvaus muistisairaiden geriatristen potilaiden hoitotyöstä olisi toteutettava mahdollisimman pian. Se avaisi uusia näköaloja muistisairaiden potilaiden hoitotyöhön kotihoidon työympäristössä sekä lisäisi yhteistyön mahdollisuuksia muistisairaiden potilaiden hoidossa geriatrisen tutkimus- ja arviointiosaston, muistipoliklinikan sekä avohoidon välillä ja edistäisi vanhusten neuvolan toteutumista Lahdessa.

LÄHTEET

- Ahvo, Leea & Käyhty, Maija 2001. Dementoituneiden ikäihmisten tasapaino- ja kävelykoulu. Teoksessa Suominen, Merja; Kannus, Pekka Käyhty, Maija; Ahvo, Leea; Rahikainen, Marja-Leena; Kaikkonen, Hannu; Timonen, Leena; Koivula, Marja; Berg, Teppo, Salmelin, Markku, Jalkanen-Mayer, Arja 2001. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ala-Nikkola, Merja 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos.
<http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset/2003/20030912.html>
viitattu 21.5.2009
- Gothoni, Raili & Pesonen, Marja (toim.) 1999. Tutkiva ammattikäytäntö: Opas Diakin opinnäytetöitä ja kehittämishankkeita varten. Diakonia-ammattikorkeakoulu julkaisuja. C katsauksia ja aineistoja 2. Keuruu: Diakonia- ammattikorkeakoulu.
- Granö, Sirpa Heimonen. Sirkkaliisa & Koskisuus, Jari 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö ja dementiatyöhön. Alzheimer-keskusliitto. J-Paino Oy.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla & Sulkava, Raimo 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet. Teoksessa Hartikainen, Sirpa; Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla; Sormunen, Saila & Topo, Päivi 2008. Laadukkaat dementiaapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Erkinjuntti Timo & Huovinen. Maarit 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Porvoo: Bookwell Oy.

- Erkinjuntti, Timo; Alhainen, Kari; Rinne, Juha & Huovinen. Maarit 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Finne-Soveri, Harriet 2008. Muistisairauden diagnosoiminen ja hoidon seurannan järjestäminen tärkeää. Teoksessa Sormunen, Saila & Topo, Päivi 2008. Laadukkaat dementia palvelut. Opas Kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hakala, Juha T. 1998. Opinnäyte luovasti. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Haapaniemi, Hannele & Routasalo, Pirkko 2007. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede 1/2009: 43
- Hartikainen, Sirpa 2008. Iäkkäiden lääkehoito. Teoksessa Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.). Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heimonen, Sirkkaliisa 2008. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa Sormunen, Saila & Topo, Päivi 2008. Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hinkka, Katariina; Karppi, Sirkka Liisa; Ollonqvist, Kirsi, Aaltonen, Tuula; Grönlund, Rainer; Puukka, Pauli; saarnikallio, Miia, Salmelainen, Ulla & Vaara, Mariitta 2004. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Helsinki: Edita Prima Oy.
- livonen Susan 2005. Genetic and expressional studies of Alzheimer's disease candidate genes, Emphases on CYP 19, seladin-1, and HSPG12 genes (Alzheimerin taudille altistavien ehdokasgeenien geneettisiä ilmentymistutkimuksia painottuen CYP 19, seladiini-1 ja HSPG12 geeneihin. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Neurotieteet.
<http://www.uku.fi/lvaitokset/2005/ISBN951.781-369-siivonen.html> viitattu 21.5.2009

- Karppi, Pertti & Nuotio, Maria 2008. Geriatriinen arviointi. teoksessa Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kivipelto, Miia 2006. Elintapojen yhteys dementiaan ja Alzheimerin tautiin. Kuopion yliopisto. Neurologia klinikka ja Anging Research Center, Karoliniska Institutet.
<http://www.kampus.uku.fi/tiedote.shtml?v=2007&tied=117343>
viitattu 21.5.2009
- Koivisto, Anne 2006. Genetic components of late-onset Alzheimer's disease with special emphasis on ApoE, IL6, CYP46, SERPINA3 and PRARgamma (Myöhäisessä iässä kehittyvän Alzheimerin taudin geneettiset riskitekijät: ApoE, IL6, CYP46, SERPINA# ja PRAR gamma geenien vaikutus taudin kehittymiseen, kulkuun ja sairastumisikään.)
<http://www.uku.fi/vaitokset72006/IBSN951-781-373-2koivisto.html>
viitattu 21.5.2009
- Komulainen, Pirjo 2008. The association of vascular and neuroprotective status indicators with cognitive functioning – population- based – studies. (Verisuonisairauksien riskitekijöiden ja aivoperäisen hermokasvutekijän yhteys kognitiiviseen toimintakykyyn – väestötutkimus).
<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/IBSN978-951-27-0953-3-pkomulainen>
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. 4.uudistettu painos. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C katsauksia ja aineistoja 9. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Lönroos, Eija 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, Sirpa & Lönroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Paasivaara, Leena; Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.
- Rinne, Juha; Alhainen, Kari & Soinen, Hilikka 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Roilas, Heikki 2004. Geriatriksen päiväkuntoutuksen vaikuttavuus. Kuopin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Yleislääketiede.
<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/ISBN951-781-442-9hroilas.html>
viitattu 21.5.2009
- Routasalo, Pirkko; Arve, Seija & Lauri, Sirkka 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model: International Journal of Nursing Practice. 10, 207–215.
- Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri & Eloniemi-Sulkava, Ulla 2003. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Sulkava, Raimo 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, Reijo; Hervonen, Antti; Jäntti, Pirkko; Lehtonen, Aapo & Sulkava, Raimo (toim.) 2003. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Suuntama, Timo 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen; Tiina 2003. Gerontologia. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY:
- Viirkorpi, Paavo 2000. Onnistunut projekti – Opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Viskari, Sinikka 2009. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet. opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Voutilainen, Päivi 2006. Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi 2006. Avaimia arviointiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Liite 2

MUISTISAIRAAN GERIATRISEN
TUTKIMUSPOTILAAN TUTKIMUS- JA
ARVIOINTIPROSESSI OSASTOLLA L 31

SISÄLTÖ

1 GERIATRINEN TUTKIMUS- JA ARVIOINTI	45
2 TUTKIMUSPOTILAAN TULO OSASTOLLE	46
3 HENKILÖSTÖN VASTUUT, VELVOLLISUUDET JA TYÖNJAKO	46
4 LABORATORIOKOKEET JA MUUT MITTAUKSET	47
5 FYYSISEN TOIMINTAKYVYN MITTARIT	48
6 KOGNITIIVISEN TOIMINTAKYVYN MITTARIT	49
7 MASENNUS	50
8 KÄYTÖSOIREET	51
9 LÄÄKEHOIDON TARKISTUS	52
10 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ	52
11 KOTIUTUS	53
12 JATKOHOITO	54

LÄHTEET

LIITTEET

LIITE 1 Kaaviokuva tutkimus- ja arviointiprosessista

1 GERIATRINEN TUTKIMUS- JA ARVIOINTI

Geriatrisessa tutkimuksessa selvitetään tutkimuksiin tulleen potilaan perussairaudet, ravitsemustila, lääkitys, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä palveluiden tarve. Lisäksi arvioidaan potilaan hoito- ja kuntoutumismahdollisuudet. Hoitosuunnitelma tehdään potilaan näkemyksiä ja arvomaailmaa kunnioittaen yhteistyössä potilaan tai hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelman tulee sisältää kuntoutumissuunnitelma, konkreettiset ja täsmälliset kuntouttavan hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi valitut keinot. Tutkimus ja arviointijakson hoitotyö toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä, johon kuuluvat hoitotyöntekijöiden lisäksi geriatri, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Kuntouttavan lyhytaikaisjakson pituudeksi on määritelty kaksi viikkoa.

Arviointijakson tavoitteena on kotihoidon jatkumisen mahdollistaminen tukemalla ja vahvistamalla potilaan toimintakykyä, hyödyntämällä monipuolisesti potilaan jäljellä olevia voimavaroja sekä tukemalla häntä kokemaan eläminen mielekkäänä. Kokonaisvaltainen, kuntouttava hoitotyö käsittää myös omaisten tukemisen ja ohjauksen. Usein tutkimusjakso venyy kahta viikkoa pidemmäksi, jos potilaan tilanne on muuttunut, asetettuihin kuntoutumistavoitteisiin ei ole päästy tai tarvitaan tarkempia jatkoselvittelyjä sekä jos potilas tarvitsee jatkohoitoa (Liite 1).

2 TUTKIMUSPOTILAAN TULO OSASTOLLE

Osastolle potilaat tulevat joko avoterveydenhoidon tai yksityisen terveydenhoidon läheteellä. Potilaita voi tulla myös sairaalan muilta osastoilta, päivystyksestä, Päijät-Hämeen Keskussairaalaan tai Medone:nin jono-osastolta. Myös SAS-työryhmällä on mahdollisuus ehdottaa asiakkaitaan tutkimus- ja arviointijaksolle. Geriatrian erikoislääkäri valitsee tutkimuspotilaat yhdessä osastonhoitajan kanssa. Osastosihteeri kutsuu valitut potilaat osastolle kirjeitse tai puhelimitse. Usein neuvotellaan myös potilaan omaisten ja kotihoidon työntekijöiden kanssa potilaan osastolle tulosta. Ennen potilaan tuloa osastolle osastonhoitaja informoi henkilökuntaa sekä fysioterapeutteja tutkimuspotilaan tulosta ja osastolla suoritetaan tarvittavat valmistelut.

3 HENKILÖSTÖN VASTUUT, VELVOLLISUUDET JA TYÖNJAKO

Osaston L 31 vastaava lääkäri on geriatri ja vastuuhenkilöt ovat osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Osastonhoitajan velvollisuus on ohjata ja valvoa tutkimus- ja arviointiprosessin toteutumista. Osastonlääkäri määrää osastolla tehtävät tutkimukset, jotka sisältävät toimintakyvyn mittareita. Toimintakyvyn arviointia suoritetaan kunkin tutkimuspotilaan kohdalla moniammatillisena yhteistyönä, johon osallistuu koko osaston hoitotiimi.

4 LABORATORIOKOKKEET JA MUUT MITTAUKSET

Tutkimuspotilaalle tehdään seuraavat peruslaboratoriotutkimukset:

- B- La
- B-PVK+T
- S-B 12-VIT
- fE- Folaatti
- P-KNA
- P-Krea
- P-ALAT
- S-ca-Ion
- S-TSH
- S-T4V

- EKG

Useimmiten otetaan lisäksi verensokeri

- fP-Gluk ja

rasvat

- fP-Kol
- fP-Kol-HDL
- fP-Kol-LDL
- fP-Kol-Trigly

Laboratoriotutkimuksilla varistetaan, ettei muistihäiriön taustalla ole jokin hoidettavissa oleva syy. Tulotarkastukseen kuuluu lisäksi verenpaineenmittaus ja punnitus.

Osaston lääkärin vastuulla on tehdä tarvittavat lääkemuutokset. Osaston henkilökunta seuraa lääkemuutosten vaikutuksia ja raportoi niistä lääkärille. Aina pelkästään lääkehoidolla ei pystytä ratkaisemaan potilaan ongelmia.

Tärkeänä osana hoitoa ovat lääkkeettömät menetelmät, hyvä perushoito, toimintakykyä tukeva ja kuntouttava hoito sekä erilaiset suojelevat toimenpiteet (mm. lonkkahousujen käyttö).

5 FYYSISEN TOIMINTAKYVYN MITTARIT

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua päivittäisissä toiminnoissa kuten syöminen, juominen, liikkuminen, peseytyminen, pukeutuminen, nukkuminen jne. Selviytymisvaikeudet päivittäisistä toiminnoista kuvaavat hoidon ja avun tarvetta sekä tiedollista osaamista. Yleisesti käytössä on RAVA -indeksi, joka on kehitetty perinteisten toimintakykyä, muistitoimintoja ja mielialaa mittaavien menetelmien pohjalta. Mittarin avulla potilaalle lasketaan RAVA -indeksi, jota voidaan hyödyntää yksittäisen asiakkaan, vanhuksen tai potilaan:

- avuntarpeen ja toimintakyvyn arviointiin
- hoidon, hoivan ja palvelun tarpeen suunnitteluun sekä arviointiin
- palveluun tai hoitoon liittyvien asioiden todentamiseen, perusteluihin ja valintoihin

Indeksin arvo muodostuu 12 toiminnon (näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja käytös) arvioinnin perusteella. Mittarin avulla voidaan arvioida lisäksi hoitajan subjektiivista kokemusta siitä, miten raskaana tai kevyenä hän kokee potilaan hoidon tämän toimintakyvystä riippumatta.

6 KOGNITIIVISEN TOIMINTAKYVYN MIITTARIT

MUISTITESTI eli MMSE (Mini-Mental State Examination)

MMSE -testiä käytetään yleisesti mittarina perusterveydenhuollossa arvioitaessa mahdollista henkisen toimintakyvyn heikentymistä. Se antaa karkean arvion mahdollisesta heikentymisestä, mutta normaali suoritus ei sulje pois vakavaakaan muistihäiriötä. MMSE -testi sisältä useita lyhyitä kognition eri osa-alueiden toimintoja suppeasti arvioivia tehtäviä: orientaatio, keskittyminen, muisti, nimeäminen, toimintaohjeen toteuttaminen, lukeminen, kirjoittaminen ja hahmottaminen.

25 – 30 pistettä		normaali tulos
18 – 24 pistettä	viittaa	lievään dementiaan
10 – 20 pistettä	viittaa	keskivaikeaan dementiaan
alle 12 pistettä	viittaa	vaikea-asteiseen dementiaan

MMSE -testin tulos on riippuvainen koulutus- ja sivistystasosta. Nuoremmat ja paremmin koulutetut saavat helposti korkeamman pistemäärän, vaikka lievä dementia olisikin jo tarkemmin tutkittaessa diagnosoitavissa.

CDT -testi (Clock Drawing Test)

CDT -testi eli kellon piirtäminen vaatii sekä hyvän hahmottamiskyvyn että ajantajun. Kellotestin avulla voidaan erottaa ne dementiapotilaat, joiden kohdalla vaaditaan lisäselvittelyjä. Normaaliin ikääntymiseen voi liittyä lieviä kognitiivisia häiriöitä, mutta kellon hallinta säilyy. Mikäli kellotestissä ei saavuteta täysiä pisteitä (6/6), jatkoselvittelyt dementian suhteen ovat aiheellisia.

CERAD -tehtäväsarja (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer´s Disease)

CERAD:n neuropsykologiseen perustestistöön kuuluvat tehtävät arvioivat sekä välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnan ohjausta ja sujuvuutta. Tehtäväsarja ottaa huomioon ne keskeiset älyllisen suoriutumisen osa-alueet, jotka dementian alkuvaiheessa heikkenevät. Sen tarkoitus ei ole korvata varsinaista neuropsykologista tutkimusta, vaan auttaa selvittämään, kenelle tarkemmat tutkimukset olisivat aiheellisia. CERAD - tehtäväsarjan avulla pystytään arvioimaan potilaat, joille:

- tarkemmat tutkimukset ovat aiheellisia
- on tarpeen järjestää seurantatutkimus myöhemmin
- muistihäiriötä aiheuttava sairaus ei ole todennäköinen

7 MASENNUS

Emotionaaliseen toimintakykyyn sisältyvät muun muassa mieliala, itsetunto ja kyky tuntea mielihyvää. Masentuneisuus voi oleellisesti vaikuttaa toimintakykyyn. Mieliala tulee aina ottaa huomioon toimintakykyä arvioitaessa. Masennusta voidaan pitää iäkkäiden yleisimpänä mielenterveyden häiriönä. Se on tavallisempaa iäkkäillä naisilla kuin miehillä. Tarvittaessa tulee käyttää masennuksen tunnistamista helpottavaa GDS – 15 -testiä.

GDS – 15 -testi (Global Deterioration Scale)

GDS – 15 -testiä eli myöhäsiän depressioseulaa käytetään ikääntyneen potilaan depressiotason karkeaan arviointiin. Mittari sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä/ei – vaihtoehdoilla. Yli kuuden pisteen tulos antaa aiheutta depressioepäilyyn. GDS – 15 -testi on nopea, ensikartoitukseen tarkoitettu testi, jonka perusteella ohjataan asiakas tarvittaviin lisätutkimuksiin ja aloitetaan mahdollisesti tarvittava lääkitys.

8 KÄYTÖSOIREET

Muistisairaus ei ole vain muistin ja älyllisten toimintojen rappeutumista. Sairastuneen ja hänen omaistensa arkielämän vaikeudet eivät niinkään aiheudu muistivaikeuksista kuin dementoiviin sairauksiin liittyvistä erityyppisistä käyttäytymisen oireista. Tavallisimpia käytösoireita ovat apatia, masennus, ahdistuneisuus ja levottomuus. Kättösoireita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa, mutta vaikeimmillaan ne ovat dementian keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Kättösoireiden kehittymiseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, muu terveydentila ja lääkityksen sivuvaikutukset, hoitoympäristö sekä muistisairauden luonne. Oireet aiheuttavat myös dementoituneelle itselleen kärsimystä. Kättösoireiden nopea vaihtelu ja ennalta arvaamattomuus aiheuttavat omaisille ylimääräistä huolta. Kättösoireiden hoitaminen on dementoituneen hyvän hoidon tärkeä osa. Kättösoireet ovat tärkein omaishoitajien väsymistä, stressiä sekä potilaan laitokseen jäämistä lisäävä riskitekijä.

9 LÄÄKEHOIDON TARKISTUS

Vanhenemiseen liittyy monia muutoksia, jotka vaikuttavat lääkehoidon – sekä lääkkeiden tarpeeseen että niiden tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Tutkimusjakson aikana tarkistetaan huolellisesti potilaan lääkitys, tarvittaessa käytetään lääkehoidon kokonaisarviointia. Muistihäiriöistä kärsivät potilaat ovat herkkiä lääkkeiden sivuvaikutuksille. Potilaan seurantaan perustuva havainnointi asiantuntevan henkilökunnan tekemänä on lääkärille korvaamaton apu lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. Omaisten ja läheisten näkemys on myös tärkeä. Kahden viikon tutkimusjaksolla voidaan saada ainakin alustava käsitys lääkemuutosten vaikutuksista.

10 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Jatkuvalla kuntouttavalla hoidolla vahvistetaan dementoituvan itsenäistä selviytymistä ja omatoimisuutta. Jotta hoidon tavoitteet ja keinot toteutuisivat samansuuntaisina, on ne määritelty hoitosuunnitelmassa. Kuntouttavan hoidon tavoitteena on tukea potilaan mahdollisimman normaalia elämää sairaudesta huolimatta, tunnistaa toimintakyvyn jäljellä olevat, vahvat alueet ja rakentaa kuntouttava hoito niiden varaan. Kuntouttavassa hoidossa huomioidaan yksilöllisyys, tuetaan potilaan minäkuvaa ja mahdollistetaan onnistumisen tunteita tuottavia kokemuksia. Muistihäiriöistä kärsivä hyötyy rohkaisusta ja tuesta päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa kuten kannustavasta ja innostavasta ohjauksesta sekä positiivisesta palautteesta.

Osastolla pidetään kuntoutuspalaveri, jossa mukana ovat potilaan vastuuhoitaja, osaston lääkäri, osastonhoitaja, sosiaalihoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti sekä joskus geriatrian erikoislääkäri. Palaverissa sovitaan päätavoitteesta sekä yhteisistä linjoista. Päätavoite saavutetaan kun yhteisiä

linjoja on sitouduttu noudattamaan. Tarvittaessa voidaan pitää hoitoneuvottelu, johon osallistuvat potilas, omainen, vastuuhoitaja, osastonhoitaja, fysioterapeutti, kotihoidon edustaja, osaston lääkäri ja joskus kotiutustiimin edustaja, sosiaalihoitaja ja erikoislääkäri.

11 KOTIUTUS

Kahden viikon mittaisen tutkimus- ja arviointijakson jälkeen on tarkoituksena kotiuttaa tutkimuspotilas. Jos potilas tarvitsee kotona apuvälineitä tai muutostöitä selviytyäkseen jokapäiväisistä toiminnoistaan, tehdään potilaan kotiin hänen kanssaan kartoituskäynti ennen kotiutumista. Kartoituskäynnillä on mukana fysioterapeutti, joka yhdessä potilaan kanssa selvittää apuvälineiden tarpeen ja käyttömahdollisuudet. Usein mukana on lisäksi joku potilaan omainen, kotihoidon työntekijä sekä vastuuhoitaja. Apuvälinelainaamosta potilas saa lainaksi useimmat apuvälineet mm. rollaattorin ja WC-pöntön korottajan. Ennen kotiutusta hankitaan mahdollisesti tarvittavat kotiapu sekä ateria- ja saunapalvelut. Tarvittaessa sosiaalihoitaja selvittää potilaan varallisuuden eli onko esimerkiksi kaikki mahdolliset potilaalle kuuluvat kansaneläkelaitoksen myöntämät tuet haettu.

Ennen varsinaista kotiuttamista on mahdollisuus kotiutuskokeiluun kotiutustiimin turvin. Kokeilu kestää kolmesta viiteen vuorokautta, jonka aikana kotiutustiimin henkilökunta käy kotiutuneen potilaan luona ja seuraa hänen selviytymistään kotona. Jos seurannassa havaitaan, että potilaalla on vaikeuksia kotona selviytymisessä, lisätään kotihoidon palveluja tarpeen mukaan. Jos taas kotiutuskokeilun aikana ilmenee, että potilas ei pärjää kotona, hän voi palata osastolle kolmen vuorokauden kuluessa. Pääsääntöisesti potilaat kotiutuvat kotiutuskokeilun aikana.

Kotiutuneet potilaat ohjataan avoterveydenhoidon piiriin, jossa heidän terveydentilaansa seurataan säännöllisesti. Tarvittaessa muistihäiriöistä kärsivillä geriatrisilla potilailla on mahdollisuus päästä seurantajaksolle geriatriselle tutkimusosastolle.

12 JATKOHOITO

Joskus tutkimuspotilas ei ole tutkimus- ja arviointijakson aikana saavuttanut asetettuja kuntoutumistavoitteita tai hän ei ole muuten kotiutuskuntoinen niin, ettei häntä voida kotiuttaa maksimaalistenkaan kotiapujen turvin. Tällöin hän jää osastolle odottamaan jatkohoitopaikkaa. Omainen täyttää hakemuksen palvelu- tai laitosasumiseen, joka käsitellään vanhustenhuollon sijoitusryhmässä (SAS-työryhmässä). Työryhmä harkitsee tarkoin hakemuksen kiireellisyyden ja potilaan sijoittumisen sopivaan jatkohoitopaikkaan. Potilaan jäädessä osastolle odottamaan jatkohoitopaikkaa hänen tilannettaan seurataan ja arvioidaan sekä tehdään uusia toimintakykykartoituksia, joiden pohjalta voidaan tehdä uusia päätöksiä potilaan muuttuvien tarpeiden mukaan.

LÄHTEET

- Erkinjuntti, Timo; Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää, muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Gränö, Sirpa; Heimonen, Sirkkaliisa, Koskisuus Jari 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö ja dementia-työhön. Alzheimer keskusliitto. J-Paino Oy.
- Hartikainen, Sirpa; Lönnroos Eija (toim.)2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heimonen, Sirkkaliisa; Tervonen, Sari (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heimonen, Sirkkaliisa, Voutilainen Päivi 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki; Edita Prima Oy.
- Heimonen, Sirkkaliisa, Voutilainen , Päivi (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri; Eloniemi-Sulkava, Ulla 2003. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Kuopio: Kuopion Liikepaino Oy.
- Tilvis, Reijo; Hervonen, Antti; Jäntti, Pirkko; Lehtonen, Aapo, Sulkava; Raimo toim. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto.

Mervi Karttunen
Opinnäytetyö 2009
Diakonia ammattikorkeakoulu/
Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala

Liite 2

MUISTISAIRAAN GERIATRISEN TUTKIMUSPOTILAAN TUTKIMUS-JA ARVIOINTIPROSESSI LKS L31

