

**Ulla Eloniemi-Sulkava**

gerontologian dosentti,  
erikoissairaanhoitaja, Amialife Töölö

**Ari Rosenvall**

yleislääketieteen erikoislääkäri,  
Mehiläinen Ympyrätalo



Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä muistioireista. Suomessa on jopa 200 000 henkilöä, joilla kognitiivinen toiminta eli tiedonkäsittely on lievästi heikentynyt, ja 100 000 lievän ja 93 000 vähintään keskivaikean demencian oireista kärsivää. Arviolta 7 000 työkäistä suomalaista sairastaa muistisairautta. Muistisairaot käyttävät vain noin 6 % erikoissairaanhoiton laitoshoidosta eli heidän suhteellinen osuutensa on siellä pienempi kuin muun väestön. Erikoissairaanhoiton avohoito-käynneistä ei muistisairaiden osalta ole tarkkaa tilastotietoa, mutta jos he käyttävät näitä palveluita yhtä paljon kuin muut yli 65-vuotiaat, heidän voidaan laskea tekevän noin 360 000 käyntiä erikoissairaanhoitoon vuosittain. Tämä luku sisältää sekä psykiatrisen että somaattisen erikoissairaanhoiton (1). Muistipotilaiden muuttuneet toimintatavat ja oireiston ja lääkityksen kompleksisuus aiheuttavat haasteita erikoissairaanhoitoon.

## Muistipotilas erikoissairaanhoitossa

**Muistisairauksien monenlainen kirjo**  
Muistisairauden olemassaolo sinänsä ei saa olla este erikoissairaanhoiton tutkimuksille ja hoidolle, sillä esimerkiksi Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa elinajan odote voi (Alzheimerin taudin suhteen) olla hyvinkin 20 vuotta ja tästä 15 voi sujua itsenäisesti omassa kodissa asuen.

Muistisairausdiagnoosin lisäksi sairauden vaikeusaste on tärkeä tieto, joka yleensä ilmoitetaan ainakin sanallisesti: varhainen, lievä, keskivaikea tai vaikea vaihe. Tarkemman kuvan tilasta voi saada usein käytetyillä CDR- ja GDS/FAST-luokituksilla. Var-

haisessa vaiheessa oleva muistisairaus ei USEIN vaikuta potilaan toimintakykyyn lainkaan, ja hän on yleensä hyvin tietoinen sairaudestaan. Lievässä vaiheessa tiedonkäsittelyn häiriö alkaa vaikuttaa toimintakykyyn arkisissakin tilanteissa, ja Alzheimer-potilas voi tarvita tukea mm. muistutteluna ja tarkistamisena. Vastaavasti Lewyn kappale -tautia sairastava voi tarvita saatto-

apua jo tässä vaiheessa. Keskivaikeassa vaiheessa itsenäinen selviytyminen yksin ei välttämättä enää onnistu eikä ole asianmukaista, että tällainen potilas on erikoissairaanhoiton käynnillä ilman häntä tuntevaa saattajaa. Vaikeassa vaiheessa muistisairauden fyysiset oireet ovat ilmeisiä ja liikunta- ja puhekyky heikentyneet. Hoito-

linja alkaa olla palliativinen ja intensiivisiä ja invasiivisia selvittelyjä vältetään. Vaikeusasteen määrittäminen ilman luotettavien mittarien käyttöä ei voi koskaan olla hoitopäätösten perustana. Päätösten tulee perustua potilaan kokonaistilanteen ja subjektiivisen elämänlaadun huolelliseen arviointiin.

Muistisairauksien oireiden erilaisuus ja sairauksiin liittyvät ongelmat akuuttitilanteissa on tärkeä tunnistaa. Näin vältetään vääriä johtopäätöksiä. Esimerkiksi Lewyn kappale -tautia sairastavan potilaan kävelykyky katoaa herkästi akuutin sairauden yhteydessä jo parissa vuorokaudessa kehon jäykkyyden lisääntyessä. Riittämätön ravinnon saanti edistää kokonaisti-



**Muistipotilaita koskevien hoitopäätösten tulee perustua potilaan kokonaistilanteen ja subjektiivisen elämänlaadun huolelliseen arviointiin.**

lanteen romahtamista. Potilaan kotiutuminen on mahdollista, mutta se edellyttää aktiivista hoitoa ja tehokasta kuntoutusta. Frontotemporaalisessa degeneraatiossa potilaan puhekyky heikkenee merkittävästi jo sairauden alkuvaiheessa. Tällaista afaattista muistipotilasta voidaan virheellisesti pitää vaikeasti muistisairana. Riskinä on perusteeton hoitonihilismi. Taudin kulun ja potilaan tunteva lääkäri näkee potilaan nauttivan elämästään ja ihmissuhteistaan. Myös potilaan ymmärryskyky on tallella.

Muistisairaat, heidän omaisensa ja muistisairaita hoitavat terveydenhoidon ammattilaiset ovat kuvanneet paljon tilanteita, joissa erikoissairanhoidon käynti ei ole hoitunut muistisairaan kannalta mielekkäällä tavalla, ja käynnin terveyshyöty on jäänyt kyseenalaiseksi.

Ikäihmisten kohdalla muistisairaudet on suurin yksittäinen pitkäaikaishoitopaikkaan päättymisen riskitekijä: noin 75 %:lla pitkäaikaishoitopaikoissa asuvista on muistisairaus (2). Nopea puuttuminen muistipotilaiden akuuttitilanteisiin, niiden optimaalinen hoito ja aktiivinen kuntoutus vähentävät kallista pitkäaikaishoidon käyttöä ja ovat siten niin inhimillisesti kuin yhteiskunnallisesti merkityksellisiä (3).

**Ennalta suunniteltu (elektiivinen) käynti** Valtaosa (yli 90 %) 65 vuotta täyttäneiden erikoissairanhoidon käynneistä on elektiivisiä eli ennalta suunniteltuja. Jos lähetteestä tai konsultaatiopyynnöstä käy ilmi, että tutkimuksiin tai hoitoon tulevalle henkilölle on tiedossa oleva muistisairaus, kannattaa muutamalla lisätiedolla tarkentaa tilannetta, jotta käynti sujuisi mahdollisimman hyvin. Muistisairauden diagnoosi on tärkeä, sillä eri muistisairauksien tyypilliset oireet ovat erilaiset ja vaikuttavat sairastuneen



Kuva: Pekka Rötönen

toimintakykyyn eri tavoin. Alzheimerin taudissa tapahtumamuisti on heikentynyt jo varhaisvaiheessa. Kaikki ohjeet (sekä varsinaiseen käyntiin liittyvät että jatkohoito-ohjeet) tuleekin antaa myös kirjallisina, vaikka potilas vaikuttaisi ymmärtävän hyvin suullisiakin ohjeita. Vaskulaarista muistisairautta potevilla toiminnanohjaus on usein eniten heikentynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. Kun lisäksi kävely on hidasta ja epävarmaa, potilas tarvitsee tavallista enemmän aikaa ja apua esimerkiksi siirtymisiin ja pukeutumiseen. Lewyn kappale-taudissa heikentynyt tiedonkäsittely voi tulla esiin monin eri tavoin, mutta vieraassa ympäristössä hahmotushäiriö ja kaatumisalttius korostuvat. Tällaista potilasta on eksymisvaaran vuoksi saatettava hänen siirtyessään paikasta toiseen. Sama koskee Parkinsonin tautiin liittyvää muis-



**Nopea puuttuminen muistipotilaiden akuuttitilanteisiin, niiden optimaalinen hoito ja aktiivinen kuntoutus vähentävät kallista pitkäaikaishoidon käyttöä ja ovat siten niin inhimillisesti kuin yhteiskunnallisesti merkityksellisiä.**

tisairautta.

Jos potilaan aiemmista tiedoista ei löydy mainintaa muistisairaudesta, mutta käynnin tai sen valmistelun yhteydessä käy ilmi epäily muistin tai muun tiedonkäsittelyn heikentymisestä, pitää potilas aina ohjata asianmukaiseen arvioon esim. neurologille tai geriatrille tai perusterveydenhuollon muistipoliklinikalle. Pelkkä suullinen kehoitus hakeutua ”jonnekin tutkittamaan asia” ei riitä, sillä muistisairaus saattaa jo sangen varhain heikentää potilaan kykyä sekä itse tiedostaa ti-

laansa että kykyä hakeutua itse tutkimuksiin ja hoitoon. Tässä jatkoselvittelyssä on hyötyä myös siitä tiedosta, mitä erikoissairanhoidon kontaktin yhteydessä tuli esille henkilön toimintakyvystä ja kognitiosta.

Itsestään selvää pitäisi olla, että muistisairalle itselleen ja mielellään myös hoitavalle lääkärille/muistikoor-

dinaattorille toimitetaan tutkimus- ja hoito-ohjeet (epikriisi) kirjallisina. ”Se näkyy sitten OmaKannassa” ei riitä!

### Muistisairas potilas päivystyksessä

Päivystyksessä ammattilaisten ei ole aina mahdollista perehtyä potilaan kaikkiin taustatietoihin, vaikka terveystietojen tallettaminen valtakunnallisesti keskitettyyn tietokantaan tulee tätä periaatteessa helpottamaan. Kaikkien hauraiden ikäihmisten kohdalla nopea diagnostiikka ja hoito on vielä tärkeämpää kuin perusterveillä työikäisillä, ja muistisairaus korostaa tätä tarvetta. Päivystystilanteessa äkillinen sekavuus on enemmän sääntö kuin poikkeus (4). Tämä on ymmärrettävää, kun muistisairauden ohella outo ympäristö, vieraat ihmiset ja akuutti

sairaus oireineen kuormittavat potilasta. Lisäksi päivystyskäynnin aikana voi tulla ongelmia nesteen ja ravinnon saannissa. Myös liikkumisen rajoittaminen voi hankaloittaa tilannetta. Lääkkeetkin voivat aiheuttaa odottamattomia reaktioita; esimerkiksi jo pienen antipsykoottiannoksen seurauksena voi olla vaikea ekstrapyramidaalioireisto Lewyn kappale -tautia sairastavalla.

Ihanteellisessa tilanteessa koko päivystyspoliklinikkakäynti voidaan välttää viemällä tarvittava diagnostiikka



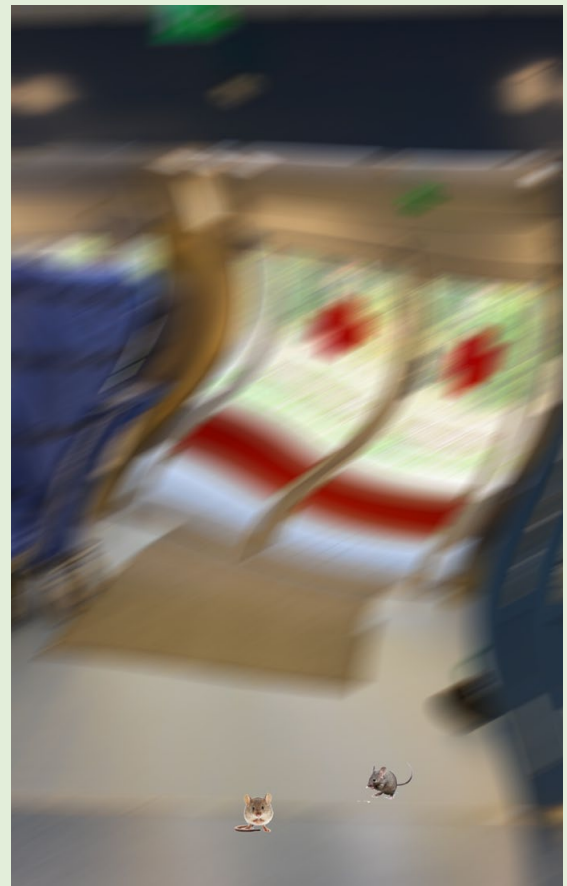
**Onnistuneet tutkimus- ja hoitokäynnit erikoissairaanhoidossa ovat yhä useammin mahdollisia, kun terveydenhuollon ammattilaisilla on ymmärrystä muistisairauksista, niiden tavallisimmista oireista ja muistisairaahan kohtaamisesta.**

ja hoito muistisairaalle potilaalle hänen kotiinsa. Koska se ei aina ole mahdollista, täytyisi päivystävän yksikön pystyä tarjoamaan muistisairaalle rauhallinen ja turvallinen ympäristö tutun saattajan seurassa. Potilaalla pitäisi olla mahdollisuus pieneen liikkumiseen, ja samalla on turvettava riittävä nesteen ja ravinnon saanti. Lää-

ketieteellinen ongelma on selvitettävä asianmukaisesti ja mahdollisimman nopeasti. Jatkohoito diagnoosin varmistuttua tulisi toteuttaa mahdollisimman pian potilaan kotona tai

## Sairaala on vaarallinen paikka ikäihmiselle ilman muistisairauttakin

87-vuotias kotona asuva henkisesti virkeä rouva tuotiin päivystykseen rintakivun vuoksi. Iän tuomien fyysisten vaivojen vuoksi hän tarvitsi omaisten tukea. Hänellä todettiin pieni sydäninfarkti ja rouva siirrettiin päivystyspoliklinikalta jatkohoitoon päivystysosastolle. Osasto oli täynnä, ja potilas sijoitettiin kolmen hengen huoneeseen. Yöllä valot olivat enimmäkseen päällä, verenpainemittarin mansetti puristi käsivartta, omat ja huonekavereiden tarkkailulaitteet piipittivät. Hoitajat kävivät vähän väliä kysymässä vointia ja nukahtaminen oli mahdotonta. Seuraavana päivänä rouva ei tiennyt, missä oli ja näki hiiriä juoksemassa huoneen nurkissa. Hänelle annettiin rauhoittavaa lääkitystä, mutta sekavuusoireet pahenivat. Poika järkyttyi nähtyään äitinsä, joka oli yhden vuorokauden aikana muuttunut omatoimisesta, virkeästä ikäihmisestä vuoteeseen hoidettavaksi, avuttomaksi ja hauraaksi vanhukseksi, joka ei tuntenut läheisiään eikä tiennyt missä oli. Toisen, huonosti nukutun yön jälkeen omaiset, jotka olivat terveydenhuollon ammattilaisia, veivät rouvan omaan kotiin. Osaston lääkäri oli samalla kannalla ja katsoi, että sairaalahoidon jatkuessa ennuste olisi huono. Kotona yhden hyvin nukutun yön jälkeen delirium oli poissa. Vähältä piti, ettei vanhus menehtynyt sairaalareissulla. Ei sydäninfarktiin, vaan vieraan ympäristön ja unettomuuden aiheuttamaan sekavuustilaan. (JT)



Kuva: Johanna Tuukkanen / Kuvankäsittely: Eero Antturi

muistisairaahan lyhytaikaishoitoon pe-  
rehtyneessä hoitopaikassa.

### Yhteistyön rakentaminen muistipotilaan kanssa

Onnistunut hoito edellyttää taitoa rakentaa yhteys muistisairaahan ihmisen kanssa. Yhteyden rakentamisen lähtökohdana on potilaan näkökulman ymmärtäminen. Akuutti sairaus sekä vieras ympäristö ja melu aiheuttavat potilaalle hallitsemattomalta tuntuvan tilanteen. Kognitiivisten muutosten vuoksi muistissa ja orientaatioissa on yleensä vaikeuksia, samoin hahmottamisessa ja liikesarjojen suorittamisessa. Hyvää tarkoittavat selitykset eivät mene perille. Potilaan rationaalinen ajattelu ei välttämättä suju, ja lääkärin tekemä haastattelu tai asioiden selittäminen lisäävät herkästi potilaan ahdistusta. Yhteys potilaaseen syntyy, kun hänet nähdään ensisijaisesti ihmisenä, jolloin ei toimita hoitaminen vaan ihminen edellä. Tämä on erityisen merkittävää esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavan kohdalla, sillä hän itse kokee usein olevansa normaali ja terve. Jos hänet kohdataan hoidettavana ja potilaana, on selvä, että vuorovaikutus ei ole tasapainossa. Epätasapainoinen vuorovaikutus aiheuttaa potilaalle ärtymistä ja haluttomuutta tehdä yhteistyötä. Muistipotilaan hoidossa tarvitaan kykyä heittäytyä tasavertaiseen kanssakäymiseen aikuisen ihmisen kanssa ja jättää kohtaamisessa ammattirooli taustalle. Potilaan vaikeastikin ymmärrettävää, jopa järjettömältä kuulostavaa puhetta kannattaa kuunnella. Se kuvaa hänen kokemuksiaan ja tarpeitaan. Muistipotilaan maailma rakentuu tunnelmien varaan muistitoimintojen ja rationaa-



**Muistipotilaan näkökulmasta yhteistyön vaikeudet syntyvät, kun hänen tarpeensa sivuutetaan.**

lisen ajattelun sijaan. Aivosairaus murtaa käyttäytymisen normeja. Muistipotilaan somaattisen tilanteen aiheuttama huonovointisuus yhdistettynä tilanteessa syntyviin negatiivisiin kokemuksiin johtaa usein käytösoireilta vaikuttaviin toimintatapoihin. Muistipotilaan näkökulmasta yhteistyön vaikeudet syntyvät, kun hänen tarpeensa sivuutetaan. Potilas kaipaa esimerkiksi turvallisuuden ja välittämisen kokemuksia, ehkä vain juomista tai syötävää. Hän on huonovointinen ja kivulias, mutta ei osaa paikantaa ja ilmaista näitä kokemuksia. Hän ilmaisee huonovointisuutta käyttäytymisellään kuten levottomuudella, toistuvilla kysymyksillä tai jopa aggressiivisilla reaktioilla. Hän puolustaa reviiriään esimerkiksi lyömällä tai huutamalla. Erikoissairaanhoidon tulevasta potilaasta olisi hyvä tietää joitain avainsioita ihmisenä, kuten kuka hän on ja mikä häntä kiinnostaa. Yhteisen keskusteluaiheen avulla potilas kokee tuttuutta ja luottamuksen tunnetta. Kiinnostus ihmisestä sairauksien lisäksi luo pohjan yhteistyölle. Havainnointitutkimukset ovat osoittaneet, että ohi kulkiessa annettu huomio hetken kohtaamisineen edistää muistisairaiden ihmisten hyvinvointia. Nämä lyhyet kohtaamiset eheyttävät olemassaolon ja turvallisuuden kokemuksia, mikä lieventää käytösoireita (5).

### Lopuksi

Tieto ja ymmärrys muistisairauksista ja muistipotilaista on vuosi vuodelta lisääntynyt. Onnistuneet tutkimus- ja hoitokäynnit erikoissairaanhoidossa ovat yhä useammin mahdollisia, kun terveydenhuollon ammattilaisilla on ymmärrystä muistisairauksista, nii-

den tavallisimmista oireista ja muistisairaahan kohtaamisesta. Elektiivisen käynnin onnistumista edistää potilaan käyntiin valmistautuminen tutustamalla aiempaan sairauskertomukseen ja varaamalla omaiselle mahdollisuus olla mukana kertomassa potilaan tottumuksista ja toimintakyvystä. Läheisen mukana olo päivystyskäynnillä tuo potilaalle turvallisuutta ja antaa henkilökunnalle arvokasta tietoa mahdollista onnistuneen vuorovaikutuksen.

Muistipotilaan hyvä hoito vaatii erityisosaamista sen kokonaisvaltaisuuden vuoksi. Hoidossa korostuvat potilaan yksilölliset tarpeet ja tilanne. Onnistuneeseen hoitoon kannattaa pyrkiä, koska se on yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti kannattavaa. Näin voidaan edistää kotona asumista ja välttää kallista vuodeosastohoitoa sairauden loppuvaiheessa. Muistipotilaalle helposti tuleva delirium pitää tunnistaa ja hoitaa. Yhteistyön hankaluuksia voidaan ennakoida suhtautumalla potilaaseen arvostavasti ja rauhallisesti, hänen tarpeensa huomioiden.

Kirjallisuutta:

1. Suomen tilastollinen vuosikirja 2016. Tilastokeskus, Helsinki 2016.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-vertailukehittämisen tietotutteet 2016 (<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/vertailukehittamisen-tietotutteet>)
3. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Savikko N, Kautiainen H, Tilvis RS, Pitkälä KH. Family care as collaboration: effectiveness of a multi-component support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 2200-2208
4. Laurila J. Delirium. *Duodecim* 2012; 128: 642-647.
5. Eloniemi-Sulkava U, Sulkava R. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet – hoidon haaste. Kirjassa: Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Toim. Hartikainen S, Lönnroos E. Edita Oy, Helsinki 2008: 117-129.