# Kehitysvammaisuus ja muistisairaudet

# Sisällysluettelo


**Lukijalle** 5

**Kehitysvammaisuus ja muistisairaudet** 6
Muistisairauden diagnostiikka
Psykologin arvio
Downin oireyhtymä
Kehitysvammaisten muistisairauden hoito

**Muistisairaan kehitysvammaisen hoitopolku Etelä-Pohjanmaalla** 12

**TOM-toimintamallit** 14
Muistipaja-toimintamalli
TOM-toimintamalli

**Markun tarina** 16

**Lähteet** 19

**Liitteet** 20
Muistin tähäre -liite
Taustatietoa
Haastattelu



Taitto:

Sanna Keisala
Sini Savela

# Lukijalle

TOM - tietoa omaisille ja kehitysvammaisille muistisairauksista -hanke syntyi Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksen Muistiluotsiin tulleiden puheluiden synnyttämien ajatusten ansiosta. Erityisesti eri ammattihenkilöt soittivat kyselläkseen kehitysvammaisten muistiasioista. Yhdistykseen tulleet puhelut olivat se niin sanottu heikko signaali, joka ymmärrettiin oikein - kyselyt paljastivatkin pinnan alla olleen jäävuoren, suuren tiedontarpeen.
TOM-hankkeen päätavoitteena on ollut lisätä tietoutta kehitysvammaisten muistiasioista; mitkä tekijät saattavat edesauttaa muistisairauksien puhkeamista, mitä ovat muistisairaudet ja miten ne esiintyvät kehitysvammaisilla ihmisillä, kuinka muistisairauksia tutkitaan ja todetaan sekä miten muistisairaus vaikuttaa elämään.
Tavoitteina on myös ollut antaa tukea ja neuvontaa kehitysvammaisten muistiasioihin liittyen, tuottaa tietoa ja rakentaa toimintamalleja. Hankkeessa kehitettyä ja tuotettua materiaalia voivat hyödyntää kehitysvammaiset läheisineen sekä muun muassa ammattihenkilöt.
Toivomme tämän oppaan ajanmukaisen tiedon kehitysvammaisten muistisairauksista selkeyttävän ja tukevan arjessa esiin nousevia kysymyksiä. Olemme iloisia saadessamme olla mukana tässä työssä!
Kiitämme lämpimästi asiantuntijatekstin laatimisesta professori Maria Arviota, ylilääkäri Juha Leppälää ja psykologi Ari-Matti Saarta sekä läheisen tarinasta Markkua ja Mirjaa.

Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksessä 31.8.2018.

Minna Huhtamäki-Kuoppala
toiminnanjohtaja

Anu Sorvisto
projektikoordinaattori

Kristiina Riskumäki
projektityöntekijä

# Kehitysvammaisuus ja muistisairaudet

Maria Arvio ja Ari-Matti Saari

Kehitysvamma ilmenee aina kehitysiässä, muistisairaus yleensä vasta kehitysiän jälkeen. Aikuisena muistisairauteen sairastunut ja lapsuudessa kehitysvammaiseksi osoittautunut henkilö tarvitsevat molemmat apua päivittäisissä toimissaan. Oirekuvat ovat kuitenkin erilaiset elämänhistorioista johtuen; muistisairas potilas on useimmiten elänyt itsenäisen nuoruuden ja aikuisuuden. Kehitysvamma kuten muistisairauskin on oire aivokuoren toiminnanhäiriöstä. Molempien taustalla on joko 1) geneettinen, perintötekijöistä johtuva syy, 2) hankinnainen, ennen syntymää tai sen jälkeen vaikuttaneiden ulkoisten tekijöiden neurologisia oireita aiheuttava sairaus tai vamma tai 3) monitekijäinen syy, geneettinen ja/tai hankinnainen syy. Downin oireyhtymä on yleisin geneettinen, CP-kehitysvamma, varhaiseen aivovaurioon liittyvä liikunta-kehitysvamma, on yleisin hankinnainen ja autismi-kehitysvammaoireyhtymä yleisin monitekijäinen kehitysvamma (1). Nykytiedon valossa yleisin muistisairaus, Alzheimerin tauti on taustaltaan useimmiten monitekijäinen kun taas aivoverenkiertosairauden muistisairaus, toiseksi yleisin muistisairaus, on taustaltaan useimmiten hankinnainen. Näiden lisäksi tunnetaan useita geneettisiä harvinaisempia muistisairauksia.

Viimeisten vuosikymmenien aikana kehitysvammaisten elinikä on kasvanut huomattavasti ja tulevaisuudessa ikääntyneiden kehitysvammaisten määrä tulee kasvamaan (2). Edelleen kuitenkin kehitysvammaväestön ikäjakauma on nuori verrattuna koko väestöön. Kun viidennes suomalaisista on yli 65-vuotiaita, niin vastaava luku kehitysvammaväestössä on muutaman prosentin verran (3). Useisiin kehitysvammaoireyhtymiin liittyy ennenaikainen vanheneminen ja vaikea-asteisesti kehitysvammaisista (älykkyysosamäärä alle 35) noin viidennes potee etenevää sairautta, jossa kognitiiviset eli älylliset taidot heikkenevät jo kehitysiässä (4). Tällaisten etenevien sairauksien ryhmään kuuluvat epileptiset enkefalopatiat (vaikeahoitoinen epilepsia, jossa epileptisiä kohtauksia ei saada hallintaan johtaen kehitysvammaisuuteen) ja monet suomalaiseen tautiperintöön kuuluvat aineenvaihduntasairaudet kuten aspartylglucosaminuria eli AGU, peittyvästi periytyvä aineenvaihduntasairaus ja INCL.

Kehitysvammaisuuteen sinänsä liittyy monia muistisairauden riskitekijöitä. Ensinnäkin kaikilla kehitysvammaisilla on aivojen toiminnallinen häiriö ja hyvin monilla kehitysvammaisilla on aivoissa rakenteellinen poikkeama joko vaurion, kehityshäiriön tai toistuvien epilepsia-

kohtausten seurauksena. Palveluasumisyksiköissä ruoka on yleensä terveellistä, mutta ylipaino on osaoire monessa kehitysvammaoireyhtymässä ja toisaalta aliravitsemus liittyen nielemisongelmiin ja lihasjäykkyyteen sekä niveljäykistymiin on yleinen pulma monivammaisilla henkilöillä. Kehitysvammaiset henkilöt ovat riippuvaisia toisista ihmisistä ja tämä rajoittaa sekä liikunnallisiin ja kulttuuriaktiviteetteihin osallistumista. Lisäksi aikuiset kehitysvammaiset, varsinkin kehitysvammaiset henkilöt, joilla on autismikirjon häiriö, ovat usein monilääkittyjä. Toisaalta kehitysvammaisuuteen liittyy muistisairaudelta suojaavia tekijöitä kuten tupakoinnin ja alkoholin käytön vähäisyys.

Kun kehitysvamma ja muistisairaus ilmenevät samalla henkilöllä, on mahdollista, että molemmilla oireilla on sama taustasyy tai kehitysvamman aiheuttanut tila kuten Downin oireyhtymä toimii Alzheimerin taudin ja Williamsin oireyhtymä vaskulaarisen dementian riskitekijänä. Henkilön kehitysvammaisuutta ja muistisairautta aiheuttavilla tekijöillä ei kuitenkaan välttämättä ole suoraa yhteyttä toisiinsa.

## Muistisairauden diagnostiikka

Kehitysvammaisen kohdalla muistihäiriön diagnosointi on erittäin tärkeää, koska pienikin toimintakyvyn menetys voi mullistaa elämän kokonaan ja vaatia esimerkiksi muuttamisen ympärivuorokautista hoitoa tarjoavaan hoitokotiin. Diagnostiikassa lähi-ihmiset, omahoitaja, psykologi sekä muistisairauksiin perehtynyt lääkäri ovat keskeiset toimijat.

Kun kehitysvammaisella havaitaan toimintakyvyn heikkenemistä (taantumista) tai käytösoireita, saatetaan taantumista pitää luonnollisena kehitysvammaan kuuluvana tai liittyvänä ilmiönä ja käytösoireita psykiatrisena häiriönä, sen sijaan että pohdittaisiin mahdollista muistisairautta oireitten taustalla.

Valtaosa aikuisista kehitysvammaisista henkilöistä asuu palveluasumisyksiköissä, joissa työskentelee useita hoitoalan ammattilaisia. Toimintakyvyn seuranta arviointilomakkeen avulla määräajoin on keskeinen seurannan työkalu. Tärkeää on, että arvioinnista vastaa asiakkaan hyvin tunteva omahoitaja. Dementiaoireitten kartoitukseen ja hoidon seurantaan soveltuu vuonna 2001 suomennettu brittiläinen Present Psychiatric State - Learning Disabilities -arviointilomake, joka jakaantuu kognitiivis-fyysisiin sekä sosiaalis-psyykkisiin osioihin (4,5). Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää suomalaista Pohjois-Savon Muisti ry:n Muistikka-hankkeessa laadittua kyselyä, jossa lisäksi kartoitetaan oireiden alkamisajankohtaa ja kulkua. Toimintakyvyn arviointiin voi vaihtoehtoisesti käyttä myös Muistin Tähäre -haastattelulomaketta, joka löytyy liitteenä oppaan lopusta.

## Psykologin arvio

Psykologilla on keskeinen rooli niin valtaväestön kuin kehitysvammaisen muistisairauden arvioinnissa ja diagnostiikassa. Psykologin roolina työyhteisössä on asiakkaan psyykkisen ja kognitiivisen nykytilanteen sekä ajan myötä tapahtuvan mahdollisen muutoksen arviointi ja kuvaaminen.

Psykologi käyttää tähän arviointiin asiakkaan ja hänen lähipiirinsä haastattelun lisäksi psykologin testimenetelmiä. Verrattuna valtaväestöön kehitysvammaiset ovat kykytasoltaan selkeästi heterogeenisempi ryhmä, jolloin psykologi joutuu työssään käyttämään harkintaa testimenetelmiensä valinnassa. Yhtä kaikille soveltuvaa menetelmää ei ole, vaan testattavan kyky taso määrittää millaisia menetelmiä voidaan käyttää ja miten arviointi tulee suorittaa.

Varsinaisia kehitysvammapopulaatiolle kehitettyjä ja normitettuja testimenetelmiä ei tällä hetkellä käytännössä ole. Lievemmin kehitysvammaisten kohdalla voidaan soveltaen käyttää perinteisiä aikuisväestölle kehitettyjä testimenetelmiä, kuten CERAD, WAIS-IV, BDI-II sekä joitain arjen toimintakyvyn kyselylomakkeita, kuten Cooperin lista tai Muistikka-seurantaväline. Näissä tilanteissa, kuten yleensäkään kehitysvammaisten kohdalla, testimenetelmien esityksen ja ohjeistuksen ei tarvitse olla niin standardoitua kuin valtaväestöllä. Keskeisempää on, että asiakas ymmärtää tehtävän tarkoituksen, tietää mitä häneltä odotetaan ja on motivoitunut työskentelyyn. Tämä on luotettavan tuloksen saamisen kannalta huomattavasti tärkeämpää kuin tarkasti käsikirjan mukaan etenevä protokolla. Enemmän kognitiivisia vaikeuksia omaavien kehitysvammaisten kohdalla haastattelun ja havainnoinnin merkitys kasvaa. Oireiden ilmenemisen ja kulun arviointi, toimintakyvyn muutoksen hahmottaminen, elinpiirin ja mahdollisten ympäristö ja psyykkisten tekijöiden huomiointi ovat keskeisiä.

Kuten lähes kaikessa kehitysvammaisten kanssa tehtävässä työssä, myös muistisairauden diagnostiikassa keskeistä on valtaväestölle kehitettyjen testimenetelmien soveltaminen. Psykologin ei ehkä arvioinnissaan kannata niinkään paneutua minkään raja-arvon hakuun tai ”normaali-poikkeava” -erottelun, vaan keskittyä mahdollisen ajan myötä tapah- tuvan muutoksen seurantaan ja kuvaamiseen. Tämän vuoksi luotettavan kuvan saaminen edellyttää usein selkeästi kirjattua seurantaa arjen toimintakyvystä sekä psykologin kontrollitutkimusta noin kuuden kuukauden kuluttua.

Ennen muistisairausdiagnoosin asettamista on syytä poissulkea hoidettavissa olevat tilat, joiden oireet ovat samankaltaiset kuin muistisairauden. B12- ja D-vitamiinin puutokset, virtsatieinfektiot ja kilpirauhasen vajaatoiminta ovat helposti osoitettavissa laboratoriotutkimuksen avulla. Depressiivinen henkilö voi alisuoriutua samoin uniapnea ja muut unihäiriöt laskevat vireystilaa. Epilepsia voi puhjeta missä iässä tahansa ja olla tyypiltään monenlainen ja vaikuttaa vireystilaan voimakkaasti. Kaikkia vireystiloja rekisteröivä EEG-tutkimus kannattaa sisällyttää dementiadiagnostiikkaan. Tärkeää on myös pohtia, liittyykö käytössä olevan lääkitys toimintakyvyn laskuun ja purkaa lääkitystä asteittain tilannetta seuraten.

Aivojen tietokonekuvaus ja varsinkin magneettikuvaus auttavat diagnostiikassa. Käytännön kokemus on osoittanut, että magneettikuvauslöydökset ja kliiniset oireet ovat yhdensuuntaiset siten, että mitä vahvempiasteinen aivokuoren

kudoskato sekä hippokampuksen kutistuminen ja surkastuminen, sitä rajummat ovat muistisairauden oireet. Kuvantaminen vaatii useimmiten nukutuksen ja siksi se ei ole aina mahdollinen.

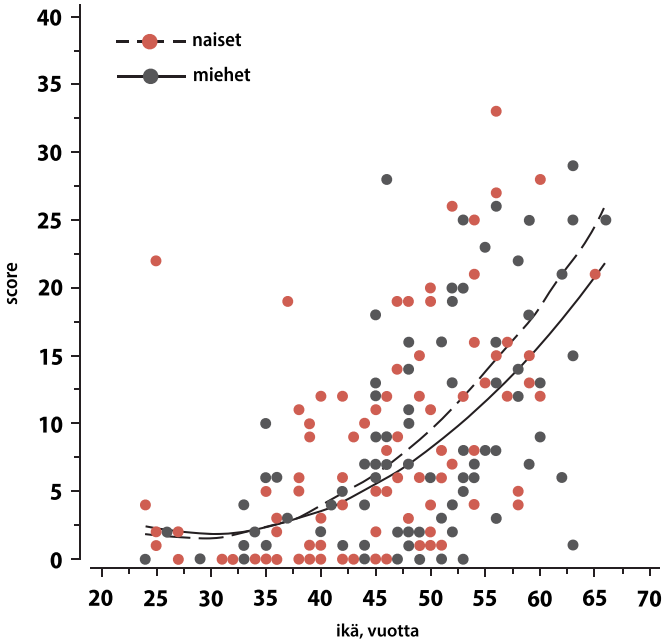
Psykologin suorittama älykkyystutkimus on keskeinen muistisairauden diagnostiikassa. On tärkeä tietää, millaiset tutkittavan päättely- ja muistitaidot olivat varhaisessa aikuisiässä, jotta toimintakyvyn muutoksia voidaan arvioida luotettavasti. Päinvastoin kuin valtaväestöllä kaikille kehitysvammaisille on nuoruudessa tehty useita psykologin tutkimuksia. Samat testit eivät sovellu kaikkien tutkimiseen, vaan menetelmien valinnassa täytyy huomioida tutkittavan kehitystaso. Varsinaisesti kehitysvammaiselle aikuiselle kehitettyjä pikaseulontatestejä muistisairauden tutkimiseksi ei ole ja kehitysvammapopulaation heterogeenisyydestä johtuen sellaista ei pystytä laatimaan. Lievemmin vammaisten tutkimisessa voidaan käyttää yleisesti aikuisille kehitettyjä testejä soveltaen. Muistin tutkimisessa lievästi ja keskivaikeasti kehitysvammaisilla on saatu lupaavia tuloksia Englannissa kehitetyllä Rivermead Behavioural Memory Test:llä, joka koostuu helpohkoista, erityyppisistä muistitehtävistä (8). Epävarmassa tilanteessa muistisairauden varmistaminen vaatii uusintatutkimuksen 3-6 kuukauden kuluttua.

## Downin oireyhtymä

Suomessa arvioidaan asuvan noin 3500 Down-henkilöä. Oireyhtymään liittyy omat kehitykselliset erityispiirteensä. Kehitysvamman aste vaihtelee lievästä syvään. Suurin osa Down-henkilöistä toimii keskivaikeasti kehitysvammaisen tasoisesti, jolloin Down-nuori saavuttaa parhaimmillaan 7-9-vuotiaan lapsen taidot ja valmiudet nuoruusiässä. Osa oppii lukemaan ja tuntemaan kellonajan, mutta esimerkiksi rahanarvon ymmärtäminen lienee kaikille vaikeaa. Downin oireyhtymään liittyy alttius lukuisiin terveydellisiin ongelmiin. Kilpirauhasen vajaatoiminta (hypotyreoosi) ja epilepsia yleistyvät iän myötä. Uniapnea liittyy ylipainoisuuteen sekä ahtaisiin suun ja nielun rakenteisiin. Depressiiviset oireet ovat kuitenkin nuorilla aikuisilla melko yleisiä. Osalla Down-henkilöistä ilmenee pakko-oireita ja autismikirjon häiriöön sopivia piirteitä. Downin oireyhtymä on myös harvinaisen aivojen verisuoniston poikkeavuuden moya-moya -taudin riskitekijä. Moya-moya -tauti johtaa aivoinfarkteihin altistaen halvausoireille sekä verisuoniperäiselle muistisairaudelle.

Down-henkilöillä muistisairaus oireet ilmenevät keskimäärin jo 35 ikävuoden jälkeen (kuva 1). Muistihäiriöt liittyvät yleensä Alzheimerin tautiin, mutta myös verisuoniperäistä sekä sekamuotoista muistisairautta sairastavia tunnetaan lukuisia. Nuoruudessa saavutettu kehitystaso eivät näytä vaikuttavan muistisairauteen. Myöskään laitoksessa ja kodeissa asuneitten kesken ei ole todettu eroja muistisairauksien suhteen.

Yleisimmät muistisairauteen viittaavat kognitiivis-fyysiset oireet kaikenikäisillä Down-aikuisilla ovat omatoimisuustaitojen heikkeneminen, energisyyden väheneminen sekä ymmärtämisen vaikeutuminen. Ärtyneisyys, keskittymishäiriö, eristäytyminen sekä persoonallisuuden muutos ovat yleisimmät sosiaalis-




Kuva 1. 98 Down -henkilön muistisairaus oireiden lukumäärä kronologisen iän suhteen 15 vuotta kestäneessä seurantatutkimuksessa (6).

psyykkiset oireet muistisairauksissa. Muistisairaus voi edetä nopeasti ja johtaa kuolemaan muutamassa vuodessa. Keskimääräinen elinikä muistisairauden puhjettua on noin 10 vuotta, mutta toisaalta tunnetaan lukuisia potilaita, joiden tila suoritustason romahtamisen jälkeen on pysynyt vakaana jopa 20 vuoden ajan.

Muihin yleisiin kehitysvammaoireyhtymiin, kuten CP-kehitysvammaoireyhtymään ja autismi-kehitysvammaoireyhtymään liittyen vanhenemiseen liittyvää tutkimustietoa on vähän käytettävissä. Kehitysvammoista 50-70 prosenttia edustaa harvinaissairauksia, joiden kliiniset kuvaukset on tehty yksittäisiin ja useimmiten lapsiin liittyen.

## Kehitysvammaisten muistisairauden hoito

Toimintakyvyn heiketessä potilaan avuntarve kasvaa ja hän joutuu muuttamaan tuetumpaan asumisyksikköön, ja viimeisten elinvuosien aikana hän tarvitsee ympärivuorokautista laitoshoitoa. Alzheimerin tautiin liittyvä epilepsia saattaa olla vaikeahoitoinen ja vaatia toistuvia lääkemuutoksia. Muistisairauteen liittyviä käytösoireita on perinteisesti hoidettu psyykenlääkkeillä. Toistaiseksi tutkimustietoa muistisairauteen käytössä olevien lääkkeiden tehosta kehitysvammaisilla on vähän. Käytännön kokemus on osoittanut, että osa potilaista saa huomattavan avun näistä valmisteista

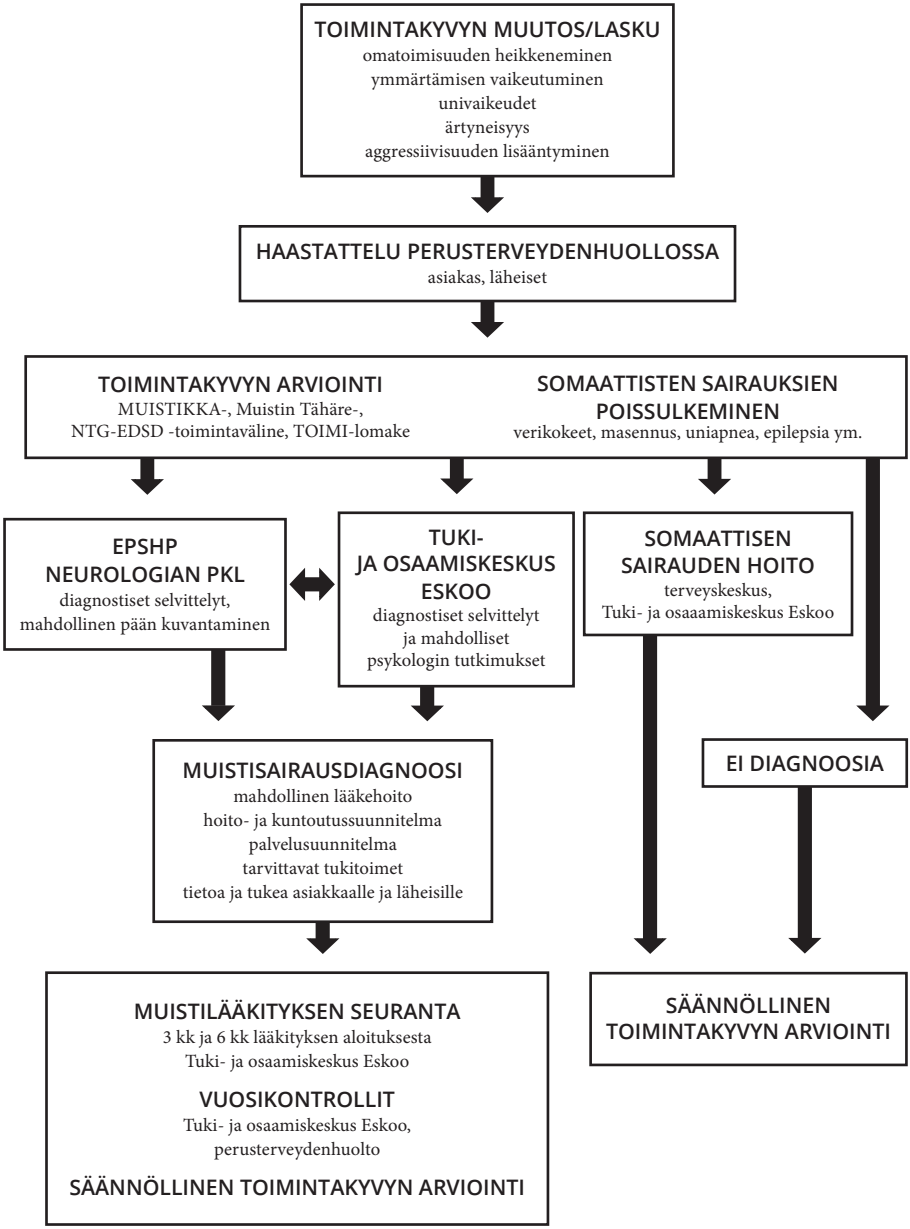
ja pystyy jatkamaan työkeskuksessa tai päivätoimintakeskuksessa ja asumaan kevyesti miehitetyssä asumisyksikössä. Eniten kokemusta on Down-henkilöiden muistisairauden hoidosta, mutta myös muiden kehitysvammaryhmien kohdalla lääkehoidon harkinta kannattaa. Edelleen käytännön kokemus viittaa siihen, että galantamiini toimii Down-potilailla aivoverenkiertosairauden muistisairaudessa paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Rivastigmiini, donepetsiili sekä memantiini toimivat kaikki Down-potilaiden Alzheimerin taudin hoidossa. Mikäli yksi lääke ei anna vastetta, kannattaa kokeilla toista valmistetta kuukauden, kahden kuluttua. Lääkkeiden annostelu on yksinkertaista ja sivuvaikutukset ovat vähäisiä. Lääkehoitoa kannattaa jatkaa ainakin niin kauan, että toimintakyky ja käyttäytyminen ovat paremmat kuin ennen lääkehoitoa.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että tietynlaisella ravitsemushoidolla voidaan lievittää varhaisen Alzheimerin taudin oireita (8). Ravitsemushoidon tehoa ei ole tutkittu kehitysvammaisilla henkilöillä.

## Viitteet


1. Arvio M, Aaltonen S. Kehitysvammainen potilaana. Duodecim. 2011.
2. www.kela.fi/tilastot
3. Arvio M, Sillanpää M (2003) Prevalence, aetiology and comorbidity of severe and profound intellectual disability in Finland. J Intellect Disabil Res47:108-12.
4. Arvio M, Salokivi T, Riikonen P, Aaltonen S. Miten kehitysvammaisten elinikä on kehittynyt. Suomen Lääkärilehti 44/2013Cooper SA. Psychiatric symptoms of dementia among elderly people with learning disabilities. Int J Geriatr Psychiatr 1997; 12:662-666.
5. Mölsä P. Kehitysvammaisten dementia, Suomen Lääkärilehti 13/2001.
6. Arvio M, Bjelogrlic-Laakso N. Down Syndrome – Onset Age of Dementia. Journal of Alzheimer's Disease and Parkinsonism. 2017, 7:3DOI: 10.4172/2161-0460.1000329.
7. Wilson B, Greenfield E, Clare L, Baddeley A, Cockburn J, Watson P, Tate R, Sopena S, Nannery R. Rivermead Behavioural Memory Test-Third Edition (RBMT-3) Clinical Psychology. Pearson.
8. Scheltens P, Kamphuis PJ, Verhey FR, Olde Rikkert MG, Wurtman RJ, Wilkinson D, Twisk JW, Kurz A. Efficacy of a medical food in mild Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. Alzheimers Dement 2010;6(1):1-10.e1.

# Muistisairaan kehitysvammaisen hoitopolku Etelä-Pohjanmaalla



Syy kehitysvammaisen toimintakyvyn muutokseen tulee aina selvittää. Muutos voi oireilla omatoimisuuden ja opittujen taitojen heikkenemisenä, käyttäytymisen muutoksina, univaikeuksina, ymmärtämisen ja yhteistyön heikkenemisenä. Omaisten, hoitajien tai ohjaajien havaitessa kehitysvammaisen toimintakyvyn muuttuneen, otetaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollossa vastaanotolla kehitysvammaisen ja läheisen haastattelun avulla selvitetään kehitysvammaisen oireet. Senhetkinen toimintakyky arvioidaan ja muutosta verrataan aikaisempiin toimintakyvyn arviointeihin. Kehitysvammaisen kohdalla on erityisen tärkeää, että haastatteluun ja toimintakyvyn arviointiin osallistuvat henkilöt tuntevat kehitysvammaisen jo pidemmältä ajalta.

Toimintakyvyn heikkenemiseen voi olla monia muitakin syitä kuin muistisairaus. Lääkäri sulkee pois muut mahdolliset syyt laboratoriokokeiden ja muiden tutkimusten avulla. Somaattisen sairauden ollessa syynä toimintakyvyn muutokseen, sairauden hoitovastuu on joko perusterveydenhuollossa tai Tuki- ja osaamiskeskus Eskoon asiantuntijapalveluissa.

Mikäli edellä mainittujen selvittelyjen pohjalta selittävää syytä toimintakyvyn muutokseen ei löydy, voidaan kehitysvammainen ohjata lisätutkimuksiin, joko Seinäjoen keskussairaalan neurologian poliklinikalle tai Tuki- ja osaamiskeskus Eskoon asiantuntijapalveluihin. Erikoissairaanhoitoon lähettämisen perusteena voi olla esimerkiksi läheisen vakava huoli kehitysvammaisen terveydestä tai dokumentoitu toimintakyvyn heikkeneminen.

Jos tutkimuksissa todetaan etenevä muistisairaus, muistisairausdiagnoosin asettamisen jälkeen hoitava taho vastaa mahdollisen lääkehoidon aloittamisesta, aloitusvaiheen opastuksesta ja neuvonnasta. Muistilääkityksen vasteen seuranta on kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua lääkityksen aloittamisesta Tuki- ja osaamiskeskus Eskoossa. Hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimisesta tai tarkistuksesta, tukitoimien riittävyyden selvittämisestä sekä muistisairaan ja hänen läheisten neuvonnasta ja ohjauksesta vastaa hoitava taho. Muistisairaan kehitysvammaisen jatkoseuranta, vuosikontrollit järjestetään joko perusterveydenhuollossa tai Tuki- ja osaamiskeskus Eskoossa. Säännöllisellä toimintakyvyn arvioinnilla seurataan muistisairauden etenemistä.


## Kiitos hoitopolkutyöryhmälle

Ylilääkäri Juha Leppälä, Eskoon kuntayhtymä / Tuki- ja Osaamiskeskus Eskoo

Psykologi Ari-Matti Saari, Eskoon kuntayhtymä / Tuki- ja Osaamiskeskus Eskoo

Ylilääkäri Pauliina Pippola, Seinäjoen terveyskeskus

Kuntoutusohjaaja Annikki Hallila, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, neurologian toimintayksikkö

Muistihoitaja Anne Nummela, Seinäjoen terveyskeskus

Sosiaalityöntekijä Ulla Yli-Hynnilä, Eskoon kuntayhtymä / Tuki- ja Osaamiskeskus Eskoo

Toiminnanjohtaja Minna Huhtamäki-Kuoppala, Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry

# TOM-toimintamallit

Toimintamallit on kehittänyt Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksen hallinnoima ja STEA:n rahoittama TOM - tietoa omaisille ja kehitysvammaisille muistisairauksista -hanke. Toimintamallia on mahdollista soveltaa myös ammattilaisten kouluttamiseksi. Toimintamallit ovat löydettävissä Innokylän nettisivuilta.

## Muistipaja-toimintamalli

Muistipajat ovat kaikenikäisille kehitysvammaisille suunnattuja muistiryhmiä. Muistipajat sisältävät muistitietoutta, muistinhuoltoa ja vertaistukea. Muistipajoihin osallistuvalla ei välttämättä tarvitse olla muistipulmia, vaan toimintaa voi tarjota kaikille aivoterveydestä kiinnostuneille. Tavoitteena on rakentaa siltaa muisti- ja kehitysvammamaailmoiden välille, juurruttaa tietoutta sekä mahdollistaa muistitasa-arvon toteutuminen.

Muistitieto viedään kehitysvammaisten ihmisten luokse. Muistipaja-toiminnan voi käynnistää esimerkiksi toimintakeskuksissa tai kehitysvammaisten asumisyksiköissä. Pajojen vetäjänä voi toimia muistiyhdistyksen työntekijä, joku muu muistialan ammattilainen, toimintakeskuksen tai asumisyksikön ohjaaja tai muu asiaan perehtynyt vapaaehtoinen. Ryhmissä tutustutaan muistin toimintaan, muistiterveelliseen elämään ja muistioireiden tunnistamiseen itsessä ja läheisessä.

## TOM-toimintamalli

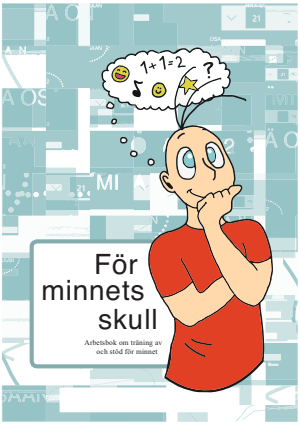
TOM-toimintamalli on muistivalmennusta kehitysvammaisille sekä heidän läheisilleen. Sen avulla voidaan tietoa muistista, muistisairauksista ja ikääntymisestä viedä suoraan kehitysvammaisille ja heidän läheisilleen. Työkaluna käytetään TOM-valmennuksia.

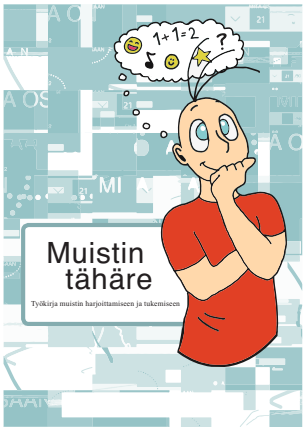
TOM-valmennuskokonaisuus koostuu kahdesta eri osasta, perus- ja jatkovalmennuksesta. Valmennukseen osallistujat jaetaan kahteen ryhmään, kehitysvammaiset ja läheiset omiin ryhmiinsä. Kehitysvammaisten kanssa muistivalmennuksen voi toteuttaa Muistin Tähäre -työkirjan avulla tai keräämällä tyhjään vihkoon muistiin liittyvää materiaalia. Läheisten kanssa asiasisällöt käydään läpi diojen ja avoimen keskustelun keinoin. TOM-perusvalmennus ja TOM-jatkovalmennus sisältävät kumpikin kolme kahden tunnin mittaista kokoontumiskertaa noin viikon välein. Perusvalmennuksen aikana annetaan perustietoa muistista ja muistisairauksista. Perusvalmennuksen tarkoituksena on saada osallistujat ymmärtämään muistin merkitys ja tunnistamaan muistioireita. Jatkovalmennuksen tarkoituksena on antaa osallistujille tarkempaa tietoa muistiasioista. Jatkovalmennuksessa painotetaan kehitysvamma-teemaa

ja sen toteutuksessa on mahdollista huomioida osallistujien toiveet. Valmennukset voidaan toteuttaa myös viikonloppukurssina. Mahdollinen kolmas osa on myöhemmin järjestettävä kertauskurssi, jonka tarkoituksena on tiedon lisäksi sisältää muistiystävällistä hauskanpitoa sekä tarjota vertaistukea.

Valmennuksen avulla pelottavankin tuntuisesta muistisairaudesta voi tulla hallittava, hyväksyttävä ja elämän sivuroolissa kulkeva matkakumppani.

www.innokyla.fi



# Markun tarina

Elämää muistisairaan kehitysvammaisen kanssa läheisen kertomana. Markku on 53-vuotias, jolla on Downin oireyhtymä ja hänellä on muistisairaus. Markku asuu yhdessä veljen ja hänen vaimonsa kanssa. Veli toimii Markun edunvalvojana.

Markku asui kotonaan 7-vuotiaaksi ja muutti tämän jälkeen Eskoon palvelukeskukseen, missä asui koko hänen oppivelvollisuus ajan. Loma-ajat Markku vietti kotona. Eskoosta Markku muutti äitinsä luokse ja asui hänen kanssaan aina äidin kuolemaan saakka. Markku muutti vuoden 1993 keväällä veljensä perheeseen ja on siitä lähtien asunut heidän kanssaan. Työ- ja päivätoimintakeskuksessa Markku on käynyt säännöllisesti yli 30 vuoden ajan.

Ennen sairastumistaan Markku on ollut iloinen, hyväntuulinen, jekkuileva ja hänen kanssaan pystyi aina neuvottelemaan kaikki asiat. Esimerkiksi, jos Markun kanssa meni ”tikut ristiin” ja kysyi häneltä; pitäisikö meidän vähän riidellä? Markku vastasi tähän; ”ei me nyt ruveta tappelemaan.” Markku otti mielellään osaa kaikkeen mitä tehtiin. Hän piti lumitöistä, puiden kantamisesta, talonmiehen hommista, ym. Markulla oli kova halu kuulua joukkoon, kävimme yhdessä lenkillä, katsoimme televisiota ja teimme muita mukavia asioita yhdessä. Markulla on ollut hyvä itsetunto ja uteliaisuus uusia asioita kohtaan. Vieraammilla ihmisillä on vaikeuksia saada Markun puheesta selvää, mutta me läheiset ymmärrämme häntä hyvin vaikkakin alkuun Markun muuttaessa oli änkyttämistä. Markku ei ole koskaan karkaillut tai halunnut lähteä kodistaan minnekään. Töissä Markku käy mielellään, ne ovat hänelle tärkeitä päiviä, samoin kuin tilipäivät.

Vuonna 2009 muisti- ja käytösoireet alkoivat korostua. Hissukseen Markun olemus, tavat ja käytös alkoi muuttua. Iloisuus hänestä katosi, hänestä tuli ärtyisä. Kaikki kivatkin asiat alkoivat olla tyhmiä, eikä hän halunnut tehdä niitä. Markku poimi sanan sieltä ja täältä, yhdisti ne ja piti niitä totuutena. Markku eristäytyi, hän halusi olla poissa sosiaalisista suhteista. Aiemmin yhdessä tehdyt asiat hän halusi tehdä yksin. Markulla alkoi olla jumittumista hän esimerkiksi haravoi vain yhtä kohtaa, eikä osannut siirtyä eteenpäin asiassa. Hän ei huolinut lainkaan ohjeita. Markulle alkoi tulla myös varastamissyytöksiä ja tavaroiden kätkemistä. Pahinta oli yhteistyön vaikeutuminen. Oman nimen Markku osasi kirjoittaa, mutta siinäkin ilmaantui haasteita. Kirjaimet menivät sekaisin tai niitä jäi kokonaan pois. Lukea Markku ei ole osannut, mutta hän tunnistaa ja löytää tuttuja sanoja.

Heti emme osanneet kotona tarttua Markun muuttuneeseen tilanteeseen, mutta työ- ja päivätoimintakeskuksessa oltiin myös huolestuneita ja ehdotettiin käyntiä Tuki- ja osaamiskeskus Eskoo:seen. Eskoon käynnit ajoittuivat loppuvuoteen 2009. Eskoossa haastatteli lääkäri ja psykologi. Psykologi teetti

muutamia testejä sovelletusti (WAIS-R, NEPSY, TSI ja DMR). Lääkäri määräsi verikokeet, mutta niistä ei poikkeavaa löytynyt. Markun pään kuvantamista yritettiin kotipaikkakunnan sairaalassa, mutta sairaala ei nähnyt sitä tarpeelliseksi, koska Down-henkilö sairastuu muistisairauteen joka tapauksessa, oli vastaus. Me läheiset haimme myös tietoa itsenäisesti Markun muuttuneeseen tilanteeseen ja näin VAHTERAN kirjasta tuli meille kallisarvoinen. Diagnoosi tehtiin lopulta haastattelujen perusteella.

Lääkekokeilu Markulle aloitettiin vuonna 2009 (Ebixa 10 mg). Kolmisen viikkoa lääkityksen aloituksesta Markun mieliala ja aktiivisuus nousi, sama vanha Markku tuli esille. Myös työ- ja päivätoimintakeskuksessa tehtiin samanlainen huomio. Markku pärjäsi samalla lääkityksellä aina syksyyn 2016 saakka. Tällöin Markun yhteistyökyky alkoi jälleen kadota ja ärtyisyys nousemaan. Markulla alkoi mennä sekaisin tv-sarjat ja todellisuus. Esimerkiksi saattoi tulla kotiin ja kertoa, että jokin tumma auto oli ajanut ihmisen päälle (Salatut elämät tv-sarjassa tapahtunut näin ja on yksi Markun lempisarjoista). Myös hautajaistunnelmat ovat olleet pinnassa, esimerkiksi on saattanut kertoa työ- ja päivätoimintakeskuksessa että, joku läheinen on kuollut ja itkeä sitä koko päivän. Tämä on saanut työntekijät hämilleen, kun ovat olleet hieman epätietoisia kuinka asia on. Markun lääkitystä nostettiin terveyskeskuslääkärin toimesta ja se on toiminut jälleen hyvin (Memantine 20 mg).

Markku ei varmaan ymmärrä, että hänellä on muistisairaus. Ei ole ihmetellyt omaa oloaan. Markulle rutiinit ovat hyvin tärkeitä. Markku hoitaa itse itsensä, käy suihkussa, ajaa parran, leikkaa kynnet yms. Patistaa häntä täytyy, mutta näin on aina ollut. Markun voi hyvinkin jättää yksin pariksi tai kolmeksi tunniksi, soittelee perään kun haluaa muun väen kotiin. Markku osaa keittää kahvia ja tehdä välipalan. Myös työ- ja päivätoimintakeskuksessa rutiinit ovat tärkeitä, jos ryhmiä sekoitetaan aiheuttaa se negatiivisia muutoksia Markun voinnille. Rutiinien tärkeys on korostunut.

Markku asuu edelleen veljen perheessä ja käy työ- ja päivätoimintakeskuksessa viitenä päivänä viikossa. Syksystä 2017 lähtien yhteistyökyky on laskenut nopeasti. Kotona Markku pärjää vielä kohtuullisen hyvin. Hän on harvoin iloinen ja saattaa kiukustua pienestäkin sanasta esim. Rakas Markku. Markku ”katoaa” toisinaan omaan maailmaansa ja saattaa vastata kysymyksiin asian vierestä. Uuden oppiminen on hankaloitunut.

Työ- ja päivätoimintakeskuksessa on Markulla enemmän hankaluuksia. Hän toisinaan kieltäytyy osallistumasta määrättyihin toimintoihin (yhteiset palaverit, aikuiskoulutus, musiikkipiiri, yhteiset retket, ostosreissut, papin vierailut ja keittiövuoro). Markku on kieltäytynyt muutaman kerran ruokailusta ja jättäytynyt aamulla pukutiloihin, jossa saattaa istua penkillä tai lattialla parikin tuntia. Markku ripustautuu omaan ohjaajaansa

seuraten häntä jatkuvasti ja käyttäytyy aggressiivisesti, jos oma ohjaaja poistuu tai asia ei mene Markun mielen mukaan. Markku puhuu ilkivallasta, rikollisuudesta, uhkailusta ja kulkee keräten nimiä paperiin, jolla rankaistaan tekijöitä.

Syytökset ovat kuitenkin perättömiä. Markku lähtee kuitenkin mielellään työ- ja päivätoimintakeskukseen eikä halunnut esimerkiksi pitää talvilomaa lainkaan. Markku pitää tasaisesta ja säännöllisestä elämästä.

Keväällä 2018 Markun kiukunpuuskat ja aggressiivisuus lisääntyivät ja miehen olo näytti kireältä. Markulle tuli univaikeuksia, hän alkoi kuulla ääniä. Lääkekokeilu Donepezil 5 mg kerran vuorokaudessa aloitettiin, mutta jouduttiin lopettamaan parin viikon kuluttua voimakkaiden sivuvaikutusten vuoksi.

Heinäkuun Markku halusi olla vain kotona, hän ei suostunut lähtemään matkalle, tapahtumiin tai sukujuhliin. Äänet muuttuivat ”puheluiksi”, joihin hän vastasi. Puhuminen alkoi haitata koko perhettä, koska Markku heräili öisin 3-4 kertaa ja kävi kovaäänistä keskustelua ”puhelimeen”. Vanhat lapsuus- ja nuoruusajan tapahtumat ja ihmiset alkoivat olla toisinaan Markun puheissa. Markku tuntui katoavan jonnekin ”omaan maailmaan.”

Elokuun 2018 puolivälissä Markku pääsi Tuki- ja osaamiskeskus Eskooseen lääkärin vastaanotolle ja kokeiluun otettiin Risperidon 0,5 mg kerran vuorokaudessa. Risperidonin rinnalla Markulla menee Memantine 20 mg lääke. Risperidonista on ollut apua, Markun yöt ovat rauhoittuneet ja koko perhe nukkuu paremmin. Päivisin ja iltaisin Markulla on vielä ”puheluita”. Markun kireä olo on helpottanut, Markku on aktiivisempi ja tekee pieniä kotitöitä. Kiukkuisuus on vähentynyt.

Työ- ja päivätoiminnassa muutos parempaan on huomattu. Markku on alkanut osallistua jossain määrin toimintaan.

Läheisinä olemme miettineet ajoittain tulevaisuutta ja omaa vointia sekä jaksamista. Markun kanssa on keskusteltu alustavasti intervallijaksoista, mutta Markku ei hyväksy asiaa ja kieltäytyy puhumasta siitä. Markulla on vahva tukiverkko ympärillään, hänen on hyvä olla. Markku on pärjännyt meidän kanssa hyvin.

Markku ja Mirja

# Muistin tähäre

Maria Arvio

Liite

Muistin tähäre on kehitysvammaisille henkilöille laadittu haastattelulomake, jonka avulla kartoitetaan mahdollisen muistisairauden oireita. Haastattelijana toimii yleisimmin sairaanhoitaja ja haastateltavana kehitysvammainen henkilö sekä hänen lähi-ihmisensä. Mikäli yksittäiseen kysymykseen vastaaminen on vaikeaa, voi kohdan jättää tyhjäksi.
Osa kysymyksistä on osin päällekkäisiä, voit valita molemmat!
Sanallinen lisäkuvaus on toivottavaa.

Nimi:_____

Syntymäaika:_____

Ikä:_____

Kotikunta:_____

Asuinpaikka:_____

# Taustatietoa

## 1. kehitysvamman taustasyy

| geneettinen oireyhtymä tai sairaus | tarkempi diagnoosi, jos tiedossa |
|---|---|
| ☐ Downin oireyhtymä | |
| ☐ Fragile X oireyhtymä | |
| ☐ muu tunnettu oireyhtymä tai sairaus | _____ |
| **hankinnainen oireyhtymä, jälkitila** | |
| ☐ CP-kehitysvammaoireyhtymä | _____ |
| ☐ fetaalialkoholioireyhtymä | _____ |
| ☐ muu jälkitila: | _____ |
| **monitekijäinen oireyhtymä** | |
| ☐ autismi-kehitysvammaoireyhtymä | _____ |
| ☐ epileptinen enkefalopatia* | _____ |
| ☐ aivojen synnynnäinen rakennepoikkeama** | _____ |
| ☐ muu monitekijäinen oireyhtymä: | _____ |
| ☐ epäspesifi kehitysvamma*** | |
| ☐ tuntematon taustasyy | _____ |

*varhain puhjennut, vaikeahoitoinen epilepsia kehitysvamman syynä tai sitä pahentavana tilana
**esimerkiksi polymikrogyria, lissenkefalia, skitenkefalia ja muut kortikaaliset dysgeneesit
***henkilön olemus on tavallinen, hänellä ei ole liitännäisvammoja, eikä –oireita.

## 2. kehityshäiriö/kehitysvamma (ICD luokitus)

| vaikeusaste* | lisätietoa, vaikeusaste nuoruusiässä |
|---|---|
| ☐ kapea-alainen erityisvaikeus (F80, F82) | _____ |
| ☐ laaja-alainen kehityshäiriö (F83) | _____ |
| ☐ lievä kehitysvamma (F70) | _____ |
| ☐ keskivaikea kehitysvamma (F71) | _____ |
| ☐ vaikea kehitysvamma (F72) | _____ |
| ☐ syvä kehitysvamma (F73) | _____ |

*mikäli ei ole olemassa ajankohtaista tasomääritystä ja taso on epäselvä, voidaan ruksata useampi vaihtoehto

## 3. liitännäisvammat, –sairaudet ja -oireet

| | liitännäinen | tarkempi diagnoosi, jos tiedossa, kuvaus |
|---|---|---|
| ☐ | endokrinologinen sairaus | _____ |
| ☐ | epilepsia | _____ |
| ☐ | hengityselinten toiminnanhäiriö | _____ |
| ☐ | ihosairaus | _____ |
| ☐ | kuulovamma | _____ |
| ☐ | käytöshäiriö | _____ |
| ☐ | liikuntavamma, -rajoite | _____ |
| ☐ | muistisairaus | _____ |
| ☐ | näkövamma, silmäsairaus | _____ |
| ☐ | tukielinten toiminnanhäiriö | _____ |
| ☐ | puhevamma | _____ |
| ☐ | psykiatrinen sairaus | _____ |
| ☐ | unihäiriö | _____ |
| ☐ | ruoansulatuselinten toiminnanhäiriö | _____ |
| ☐ | verenkiertoelinten toiminnanhäiriö | _____ |
| ☐ | muu liitännäinen | _____ |
| ☐ | ei erityisiä terveydellisiä pulmia | _____ |

## 4. lääkitys (lääkkeen nimi ja vahvuus ja annostelukerrat)

# Haastattelu

1. Miten asut tällä hetkellä ja kuinka paljon apua on saatavilla asumiseesi?

2. Käytkö työ- tai päivätoiminnassa? Missä?

3. Miten terveytesi ja sairauksiesi seuranta on järjestetty? (Missä käyt lääkärissä?)

4. Millaisia lääketieteellisiä tutkimuksia sinulle on tehty ja milloin?

5. Onko toimintakyvyssäsi tapahtunut muutoksia viimeisen kahden vuoden aikana? Millaisia muutoksia?

6. Onko elämässäsi ollut suuria muutoksia, millaisia ja milloin viimeksi?

| | aina pitänyt paikkansa | aina, mutta tarve/oire on voimistunut/ lisääntynyt | ilmennyt kuluneen vuoden aikana |
|---|---|---|---|
| **1. sosiaaliset taidot** | | | |
| persoonallisuus on muuttunut | ☐ | ☐ | ☐ |
| ei kaipaa seuraa | ☐ | ☐ | ☐ |
| mielenkiinto ja energisyys ovat vähentyneet | ☐ | ☐ | ☐ |
| ilmenee pakkomielteenomaista käyttäytymistä | ☐ | ☐ | ☐ |
| piilottaa tai hamstraa tavaroita | ☐ | ☐ | ☐ |
| kiroilee ja puhuu sopimattomasti | ☐ | ☐ | ☐ |
| käyttäytyy fyysisesti aggressiivisesti | ☐ | ☐ | ☐ |
| raivokohtauksia, hallitsematonta itkua, huutamista | ☐ | ☐ | ☐ |
| näyttää uneliaalta tai haluttomalta | ☐ | ☐ | ☐ |
| puhuu itsekseen | ☐ | ☐ | ☐ |
| riisuutuu sopimattomasti | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2. kielelliset taidot** | | | |
| ei ymmärrä puhetta | ☐ | ☐ | ☐ |
| ymmärtää arkiasiat | ☐ | ☐ | ☐ |
| ymmärtää arkiasiat ja puhuu yksittäisiä sanoja | ☐ | ☐ | ☐ |
| puhuu lausetasoisesti | ☐ | ☐ | ☐ |
| vaikuttaa eksyneeltä kesken keskustelun | ☐ | ☐ | ☐ |
| ei aloita keskustelua | ☐ | ☐ | ☐ |
| ilmenee sananlöytämisen vaikeutta | ☐ | ☐ | ☐ |

| | aina pitänyt paikkansa | aina, mutta tarve/oire on voimistunut/ lisääntynyt | ilmennyt kuluneen vuoden aikana |
|---|---|---|---|
| **3. omatoimisuustaidot** | | | |
| tarvitsee apua ja ohjausta pukeutumisessa | ☐ | ☐ | ☐ |
| on täysin puettava | ☐ | ☐ | ☐ |
| syö valmiin aterian | ☐ | ☐ | ☐ |
| on täysin syötettävä | ☐ | ☐ | ☐ |
| tarvitsee apua hygienian hoidossa ja wc-käynneillä | ☐ | ☐ | ☐ |
| tarvitsee vaipat | ☐ | ☐ | ☐ |
| **4. kognitiiviset taidot** | | | |
| ei muista viimeaikaisia tapahtumia | ☐ | ☐ | ☐ |
| unohtelee nimiä | ☐ | ☐ | ☐ |
| ei tunnista tuttuja henkilöitä | ☐ | ☐ | ☐ |
| on desorientoitunut olinpaikkaan nähden | ☐ | ☐ | ☐ |
| on desorientoitunut aikaan nähden | ☐ | ☐ | ☐ |
| kadottaa tai hukkaa esineitä | ☐ | ☐ | ☐ |
| ei tiedä, mitä tehdä tutuilla esineillä | ☐ | ☐ | ☐ |
| luku- ja kirjoitustaito ovat heikenneet | ☐ | ☐ | ☐ |

| | aina pitänyt paikkansa | aina, mutta tarve/oire on voimistunut/ lisääntynyt | ilmennyt kuluneen vuoden aikana |
|---|---|---|---|
| **5. motoriset taidot** | | | |
| on epävarma kävellessään | ☐ | ☐ | ☐ |
| kaatuilee | ☐ | ☐ | ☐ |
| tarvitsee toisen ihmisen tukea tai apuvälineitä kävelyyn | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6. uni-valverytmi** | | | |
| nukkuu yli 10 tuntia vuorokaudessa | ☐ | ☐ | ☐ |
| nukkuu alle 7 tuntia vuorokaudessa | ☐ | ☐ | ☐ |
| herää toistuvasti yöllä | ☐ | ☐ | ☐ |
| on sekava öisin, kuljeksii öisin | ☐ | ☐ | ☐ |
| unirytmi sekaisin | ☐ | ☐ | ☐ |
| **7. muut oireet** | | | |
| kuljeskelee, harhailee | ☐ | ☐ | ☐ |
| impulsiivinen käytös on lisääntynyt | ☐ | ☐ | ☐ |
| vaikuttaa pelokkaalta | ☐ | ☐ | ☐ |
| vaikuttaa ahdistuneelta, kiihtyneeltä tai hermostuneelta | ☐ | ☐ | ☐ |
| vaikuttaa masentuneelta | ☐ | ☐ | ☐ |
| mieliala vaihtelee päivittäin | ☐ | ☐ | ☐ |
| on itkuherkkä | ☐ | ☐ | ☐ |
| on lihonut tai laihtunut | ☐ | ☐ | ☐ |
| keskittyy huonosti käsillä olevaan tehtävään | ☐ | ☐ | ☐ |

## Kommentteja liittyen muihin merkittäviin muutoksiin tai huolenaiheisiin:

_____

_____

_____

_____

## Suunnitelma / suositukset

- ☐ ajan varaaminen hoitavalle lääkärille arviointia varten
- ☐ asiakkaan tilanteen arvioiminen moniammatillisessa työryhmässä
- ☐ liitä asiakkaan vuosittaiseen terveystarkastukseen
- ☐ uusitaan _____ kuukauden kuluttua

## Lomakkeen täyttämistiedot

**päivämäärä** _____

**organisaatio / yksikkö** _____

**lomakkeen laatijoiden nimet**

_____

**suhde asiakkaaseen (henkilökunta, sukulainen, asiantuntija jne.)**

_____

**aikaisemmat lomakkeiden laatimispäivämäärät**

_____

# Yhteistyössä

Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry
Muistiliiton jäsen

TIETOA OMAISILLE JA KEHITYSAMMAISILLE MUISTISAIRAUKSISTA
TOM

eskoo
TUKI- JA OSAAMISKESKUS

TUETTU VEIKKAUKSEN TUOTOILLA

Lisätietoa:
https://www.muistiyhdistys.fi/