Jyväskylän avoin yliopisto

Paula Rahikainen, parahika

Parkinsonin tauti

PSYP120 kognitiivinen psykologia ja neuropsykologia |paularahikainen@gmail.com

2019

**SISÄLTÖ**

**1. Johdanto 2**

**2. Parkinsonin tauti pähkinänkuoressa 2**

**3. Taudin diagnosointi 4**

**4. Dopamiinia lääkehoitona 5**

**5. Muita lääketieteellisiä väliintuloja 5**

**6. Muut kuntouttavat tukimuodot 6**

**7. Tapausesimerkki 7**

**LÄHTEET 12**

**OMA ARVIOINTI 14**

**1. Johdanto**

Tässä esseessäni pyrin selvittämään, millainen tauti Parkinsonin tauti on. Esittelen tätä neuropsykologista häiriötä ja tautiin liittyviä luokituksia sekä diagnostisia kriteereitä. Kerron, millaisia vaikeuksia tauti aiheuttaa, ja millä tavoin tautiin sairastunutta henkilöä voidaan hoitaa ja kuntouttaa. Esseeni loppuosiossa esittelen kuvitteellisen tapausesimerkin Parkinsonin tautia sairastavasta henkilöstä sekä hänelle kehittelemäni kuntoutussuunnitelman.

**2. Parkinsonin tauti pähkinänkuoressa**

Vaurio selkäytimessä tai ääreishermostossa vaikuttaa niin, että ihminen ei pysty liikkumaan normaalisti. Tällaisessa tapauksessa henkilön kognitiivinen taso on kuitenkin entisellään. Jos liikkumisvaikeuksien lisäksi henkilöllä on muutoksia mielialassa, muistissa ja kognitiivisissa taidoissa eli häiriöt ovat aivoperäisiä, kyseessä saattaa olla Parkinsonin tauti. Keskeisimmät oireet Parkinsonin taudissa ovat lihasjäykkyys, lepovapina, hidastuneet liikkeet sekä vaikeus saada aikaiseksi sekä fyysisiä että psyykkisiä toimintoja. Taudin kognitiiviset oireet ilmenevät työmuistin, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöinä. Hankaluuksia voi ilmetä myös kielellisissä ja visuospatiaalisissa toiminnoissa. Monet Parkinsonin tautiin sairastuneista dementoituvat taudin edetessä. Parkinsonin tautiin voi liittyä unen ja vireystilan häiriöitä. Tavallisimmin Parkinsonin tauti puhkeaa ikäihmisillä. Taudin esiintyminen on yleisempää 65-vuotiaista alkaen. Kalat (2014) tuo esille Wattendorfin käsityksen, että Parkinsonin taudin ensioireisiin liittyy usein myös hajuaistin heikkenemistä. Lisäksi Kalat (2014) viittaa Ouchiin kertoen, että ensioire voi olla myös masennus. Masennuksen lisäksi Parkinsonin tautiin saattaa liittyä ahdistuneisuutta, apatiaa, psykoottisia oireita, ärtyneisyyttä, aggressiivisuutta, levottomuutta ja impulssikontrollin heikkenemistä. (Jehkonen, Saunamäki, Paavola, Vilkki 2015, 259; Kalat 2014, 252; Lyytinen & Kaakkola 2008, 2808 -2810.)

Parkinsonin tauti on seurausta hermosolujen asteittaisesta tuhoutumisesta aivojen mustatumakkeessa. Samalla dopamiini-nimistä välittäjäainetta aivojuovioon vapauttavat aksoniyhteydet katoavat. Aivojuovio on osa aivojen tyvitumakkeita. Tästä johtuen aivojuovion vaikutus linssitumakkeen palloon vähenee, mikä puolestansa lisää sen estävää vaikutusta talamuksessa. Käytännössä tämä ilmenee tahdonalaisten liiketoimintojen ja lihasjänteyden heikkenemisenä. Parkinsonin tautia sairastavat ihmiset kykenevät kyllä liikkumaan, ja toisinaan heillä on normaaleja liikkeitä vastineina ärsykkeisiin, kertoo Kalat (2014) viitaten Teitelbaumiin ja Pellis & Pellikseen. Kuitenkin spontaanit liikkeet ovat heikkoja ja hitaita. Taudin edetessä saattaa ilmetä sellaisia autonomisen hermoston oireita kuten verenpaineen vaihtelu, ummetus, hikoiluhäiriöitä, tihentynyttä virtsaamistarvetta, virtsantulovaikeutta sekä impotenssia. (Atula 2016; Jehkonen ym. 2015, 260; Kalat 2014, 252; Suomen Parkinson-liitto ry 2019.)

Perimätekijät saattavat olla riski erityisesti aikaisessa vaiheessa, noin 30 – 40:n ikävuoden vaiheessa puhkeavalle Parkinsonin taudille. Tutkijat ovat löytäneet yli 20 geeniä, joiden on todettu lisäävän riskiä sairastua tautiin. Tutkimustulokset ovat kuitenkin joltakin osin ristiriitaisia ja vaihtelevat eri tutkimuksissa, kertoo Kalat (2014) mainiten Don ja Pihlstromin ym. kirjoitukset. Joka tapauksessa tutkimusten mukaan mikään näistä geeneistä ei yksinään aiheuta suurta riskiä taudin ilmenemiselle. Tautiin sairastuneista noin 10 - 12 %:lla on lähisukulaisella sama sairaus. Aivoihin kertyneillä myrkyllisillä aineilla on todettu olevan yhteys Parkinsonin taudin puhkeamiseen. Tällaisia aineita voivat olla huumeet, hyönteismyrkyt, kasvi- ja sienimyrkyt (esimerkiksi parakvatti, rotenoni, manebi ja ziram). Cannon ja Greenamyre kertovat Kalatin (2014) kirjassa, että geenit ja edellämainitut myrkyt yhdessä lisäävät selkeästi riskiä sairastua Parkinsonin tautiin. Myös raskasmetallien kertyminen elimistöön voi lisätä sairastumisriskiä. Kalat (2014) viittaa vielä Leehen ym. kertoessaan, että sairastumisriskiä nostaa myös päähän kohdistunut tapaturma. Taudin puhkeamiseen vaaditaan monen tekijän yhteissumma. Epidemiologisesti Parkinsonin tauti ei oikeastaan ole yksi yhtenäinen tauti, vaan pikemminkin tautiryhmä, jonka keskeisenä piirteenä on dopamiinin puutoksesta aiheutuvat motoriset oireet. Hassua kyllä, mutta tutkimusten mukaan tupakointi ja kahvinjuonti suojaavat Parkinsonin taudilta. Näin kertoo Kalat (2014) viitaten Ritziin ym. Tupakointia ei kuitenkaan voida suositella taudin ennaltaehkäisyssä, koska sen aiheuttama muu sairastumisriski ovat hyötyä suurempi. Suomessa Parkinsonin tautia sairastaa noin 14 000 ihmistä. Taudin esiintyvyys on miehillä hieman naisia yleisempää. ”Hoitamattomana Parkinsonin tauti lyhentää tilastojen mukaan odotettavissa olevaa elinikää noin kuudella vuodella”, kirjoittaa Jehkonen ym. (2015). Oleellisin tautiin liittyvä hankaluus on elämänlaadun heikkeneminen. Se, kuinka nopeasti tauti etenee, on yksilöllistä. Lievemmissä tautimuodoissa tauti pysyy toispuoleisena yli kymmenen vuotta. Usein oireet siirtyvät kuitenkin kehon toisellekin puolelle noin kahdessa – kolmessa vuodessa. (Atula 2016; Jehkonen ym. 2015, 260 - 261; Kalat 2014, 253; Lyytinen & Kaakkola 2005, 276; Suomen Parkinson-liitto ry 2019.)

**3. Taudin diagnosointi**

Parkinsonin tautia pidetään todennäköisenä, jos potilaalla on kaksi kolmesta pääoireesta eli päävapina, liikkeiden hidastuminen tai lihasjäykkyys. Lepovapinaa ilmenee noin 75 %:lla potilaista. Vapinaa on ensin vain toisessa yläraajassa, mutta se leviää myöhemmin alaraajankin ja lopulta toiselle puolelle kehoa. Etusormen ja peukalon ”pillerinpyöritysvapina” on tavallinen oire. Jännitys lisää oireen voimakkuutta. Liikkeiden hitaus tulee esiin useimmiten liikkeen aloituksessa. Liikelaajuus heikkenee. Käsien myötäliike jää puuttumaan kävellessä. Askeleet madaltuvat ja lyhenevät. Kasvoista tulee vähäilmeiset, silmien räpyttely vähenee ja nieleminen on hitaampaa. Puhe muuttuu monotonisemmaksi, ja ääni hiljenee. Tasapainon ylläpitämisessä voi tulla ongelmia. Unihäiriöt ovat yleisiä. Tautia ei voida todeta verikokeilla. Myöskään aivojen tietokone- ja magneettikuvauksilla ei pystytä havaitsemaan tautimuutoksia aivoissa. Jos oireisiin liittyy epätyypillisiä piirteitä, muiden sairauksien mahdollisuus täytyy poissulkea. Tällöin aivoja voidaan tutkia isotooppikuvauksella, jolla voidaan osoittaa dopamiinin toispuoleinen vähentyminen. Parkinsonin taudin diagnosointiin tuovat haasteita esimerkiksi toistuvien aivoinfarktien jälkitilat, aivovammat, dopamiinireseptoreita salpaavat lääkehoidot sekä Parkinson plus oireyhtymät. Parkinson plus tarkoittaa Parkinsonin tautiin sopivien oireiden lisäksi aivojen laajempaa rappeutumista, mikä viittaa muuhun sairauteen. Parkinsonin tautia on tieteellisesti tutkittu PD-MCI -kriteereiden avulla. Näillä kriteereillä tutkitaan taudista johtuvaa lievää kognitiivista heikentymistä. PD-MCI -kriteeristöstä voidaan käyttää suppeampaa tai laajempaa kognitiivista seulontatestiä. Suppeamman tutkimuksen voi tehdä joko lääkäri tai muistihoitaja, laajempaan tutkimukseen tarvitaan psykometrista tai neuropsykologista erityistietämystä. (Atula 2016; Jehkonen ym. 2015, 261 &265 -266; Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2001, 274.)

**4. Dopamiinia lääkehoitona**

Koska Parkinsonin tauti johtuu dopamiinivälittäjäaineen puutoksesta aivoissa, looginen tapa hoitaa tautia on määrätä tautiin sairastuneelle dopamiinilääkitys. Tämä hoitokeino ei kuitenkaan ole ongelmaton, sillä lääkkeen käyttäminen tuhoaa myös vielä olemassa olevia terveitä hermosoluyhteyksiä. Lääke antaa dopamiiniryöpsäyksen aivoille vuorotellen yhä vähenevällä elimistön omalla dopamiinituotannolla. Lääke ei korvaa hävinneitä hermosoluja, kertoo Kalat (2014) viitaten Tritschiin, Dingiin ja Sabatinniin. Lääke ei myöskään hidasta neuroneiden katoamista. Sitä vastoin lääkkeellä on ikäviä sivuvaikutuksia kuten pahoinvointi, levottomuus, uniongelmat, matala verenpaine, jatkuva liikehdintä sekä joskus jopa harhaisuus ja hallusinaatiot. (Kalat 2014, 253 -254.)

**5. Muita lääketieteellisiä väliintuloja**

Koska lääkkeellinen dopamiinihoito sivuvaikutuksineen ei ole aivan ongelmaton, tutkijat pyrkivät löytämään uusia hoitotapoja hoitaa Parkinsonin tautia. Tavallisesti kokeillaan vaihtoehtohoitona lääkkeitä, jotka suoraan stimuloivat dopamiinireseptoreita sekä lääkkeitä, jotka korjaavat aineenvaihdunnallista dopamiininerityksen vähenemistä. Tällaisista lääkehoidoista on ollut apua vaihtelevasti. Kalat (2014) viittaa kuitenkin Foltyniehen ja Kahaniin, että mikään näistä keinoista ei ole onnistunut pysäyttämään tautia. (Kalat 2014, 254.)

Parkinsonin tautia hoidetaan myös kirurgisesti syväaivostimulaatiolla. Tällöin aivoihin kytketään elektrodi tietylle liikkeitä säätelevälle aivoalueelle. Hoidon on todettu vähentävän tahattomia liikkeitä ja jäykkyyttä. Stimulaatiohoidon on todettu tehoavan sietämättömään vapinaan. Stimulaatiohoito ei estä taudin etenemistä, mutta saattaa auttaa siinä, että lääkitystä voidaan hetkellisesti vähentää. Aiemmin kirurgisena hoitona käytettiin myös talatomiaa, jota käytetään nykyisin vain poikkeustapauksissa. (Suomen Parkinson-liitto ry, 2019.)

Yksi potentiaalinen hoitomuoto on kantasolujen hyödyntäminen. Kantasolut ovat kypsymättömiä soluja, jotka voivat kypsyä miksi tahansa solutyypeiksi. Ajatus siitä, että tällaisia soluja ohjataan tuottamaan suuret määrät dopamiinia ja siirretään ne potilaan aivoihin vaikuttaa houkuttelevalta. Kantasoluhoitoon liittyy kuitenkin useita ongelmakohtia, joita tutkijat joutuvat vielä pohtimaan, kirjoittaa Kalat (2014) viitaten Björklundiin ja Kordoweriin. Hän jatkaa viittaamalla Redmondiin ym. kertoen, että aivosiirrännäistutkimusten yhteydessä on havaittu muutoksia potilaan käytöksessä, vaikka siirre ei olisi onnistunutkaan. Tähän on oletettu syyksi se, että siirre on vapauttanut neurotrofiineja, jotka ovat stimuloineet aksoneiden ja dendriittien kasvua potilaan omissa aivoissa. Tässä neurotrofiinien käyttämisessä olisi kuitenkin pakko käyttää kirurgista hoitomuotoa, koska neurotrofiinit eivät läpäise veriaivoestettä. Veriaivoeste suojaa aivoja esimerkiksi myrkytystiloilta. (Kalat 2014, 254; Savolainen & Mannila 2005, 37.)

**6. Muut kuntouttavat tukimuodot**

Parkinsonin taudin hoidossa tärkeässä roolissa ovat lääkkeettömät hoitomuodot. Lääkkeettömiä hoitomuotoja voivat olla vertaistuki, kuntoutus sekä arkielämän tuki ja itsehoito. Säännöllisellä, ei-liiallisuuksiin menevällä liikunnalla voidaan vähentää taudin haittoja. Fysioterapeutin ja toimintaterapeutin ohjauksesta on hyötyä. Puhumis- ja nielemisvaikeuksiin apua voi saada puheterapeutilta. Parkinson-liitto järjestää myös sopeutumisvalmennuskursseja tautiin sairastuneille sekä heidän läheisillensä. Muistiin liittyviin ongelmiin voi opetella muististrategioita. (Atula 2016; Jehkonen 2015, 259, 263; Nukari, Poutiainen, Nybo, Hämäläinen & Kalska 2012, 189; Suomen Parkinson-liitto 2019.)

**7. Tapausesimerkki**

Esko Lyytikäinen on 66-vuotias eläkeläinen. Hän asuu vaimonsa ja pienen koiransa kanssa omakotitalossa haja-asutusalueella. Aiemmin hän työskenteli poliisina vaihtelevasti monenlaisissa tehtävissä. Ennen eläkkeelle jäämistä Esko harrasti monipuolisesti liikuntaa, lukemista sekä teatterissa käymistä. Nyt arki on kuitenkin alkanut tuntua jotenkin tahmealta. Pirjo-vaimoa harmittaa miehen aloitekyvyttömyys ja vaikeus tarttua toimeen. Ennen niin iloinen ja toimelias Esko on muuttunut masentuneeksi, jotenkin hitaaksi ja pessimistiseksi. Miehen ruokahalu tuntuu kadonneen. Välillä Esko vaikuttaa suorastaan yltiöhuolestuneelta milloin mistäkin asiasta. Välillä mieltä painaa kotitalon rappeutuminen, välillä Esko taas muuttuu täysin välinpitämättömäksi ja apaattiseksi. Välillä Eskoa ahdistaa Pirjo-vaimon käynnit allaslaviksessa, ja hän epäilee mustasukkaisena vaimolla olevan salasuhde jonkun laviskaverin kanssa. Pirjo epäilee Eskolla olevan jonkinlaista masennusta, ja hän koettaa houkutella Eskoa mukanansa allaslavikseen, kirjastoon tai vaikka teatteriin. Esko ei kuitenkaan innostu ideasta, vaan muuttuu jotenkin entistä ahdistuneemman oloiseksi.

Toisinaan Esko käyttäytyy Pirjon mielestä turhan impulsiivisesti ärhennellen Pirjolle ja koiralle. Vaikka Pirjo kannustaa Eskoa olemaan yhteydessä entisiin työkavereihinsa, Esko ei saa tehdyksi aloitetta. Puhelimen näppäily tuntuu haasteelliselta, kun käsi on alkanut täristä. Jostakin syystä Eskon koko perusolemus on muuttunut jollakin tapaa ilmeettömäksi. Askel on lyhentynyt ja asento on muuttunut kumaraksi. Eskolle on sattunut myös joitakin kaatuilemisia. Eskolla on uniapneaa ja levotonta liikehdintää yöaikana. Toisinaan Esko saattaa nukahtaa päivällä nojatuoliinsa. Eskolla on kaikenlaisia epämääräisiä kipuja.

Eräänä päivänä Esko saa raivokohtauksen, koska paidan napittaminen ei onnistu. Hän paiskaa paitansa myttyyn lattialle ja raivoaa Pirjolle, ettei hänestä ole enää mihinkään. Hän kertoo vaimollensa, että ei ole pitkään aikaan halunnut pukea napillista paitaa päällensä, koska napittaminen on vapinan vuoksi mahdotonta. Pirjo kuuntelee miehensä kertomusta ja alkaa nähdä yhtäläisyyksiä monien muiden miehellensä ilmaantuneiden piirteiden kohdalla. Haarukalla syöminen on vaikeaa, ja vähän käytetyt nauhalliset kengät ovat jääneet käyttämättä kaappiin. Ihan kuin Eskolla olisi toisinaan jotakin ongelmaa asioiden muistamisessa. Pirjo huolestuu tilanteesta ja vaatii miestänsä hakeutumaan lääkärintutkimuksiin. Esko on vähän epäileväinen lääkärin avusta, mutta hän kuitenkin suostuu Pirjon ympäripuhumana lähtemään lääkäriin, kun Pirjo lupaa varata hänelle ajan.

Terveyskeskuslääkäri jututtaa Eskoa. Hän teettää joitakin testejä ja toteaa Eskon tarvitsevan neuropsykologin jatkotutkimuksia. Hän tekee Eskolle lähetteen keskussairaalaan, jonka ohjaamana Esko saapuu asiakkaakseni neurologian poliklinikalle. Pirjo-vaimo saapuu potilashuoneeseen Eskon tueksi ja hoitaa aluksi suurimman osan puhumisesta. Eskon perusolemus on apaattinen ja vähäilmeinen. Pirjo kertoo arjessa havaittuja ongelmia ja ottaa puheeksi terveyskeskuslääkärin tekemän suppean PD-MCI-tutkimuksen, jossa oli havaittu pulmaa Eskon kognitiivisissa toiminnoissa. Teetän Eskolle PD-MCI- tutkimuksesta laajemman version ja kirjaan ylös Eskon itsensä, mutta myös Pirjon esille tuomat hankaluudet arkitoimissa. Teetän myös ADL- ja IADL -kyselyn kartoittaakseni Eskon suoriutumista arjessa. Täytän Eskon muistitoimintoihin liittyen CDR-lomakkeen. Lisäkartoituksen vuoksi täytän MoCA-lomakkeen. ADL- ja IADL -kyselyistä käy ilmi selkeitä arkea haittaavia ongelmakohtia. Tällä kertaa jätän CERAD-testin tekemättä.

Eskon kohdalla PD-MCI -testistön mukaan yhdessä osatehtävässä kahden kognition eri osa-alueilla näyttäytyi parkinsonintautiepäilyä tukeva havainto. ADL-kartoituksesta käy ilmi, että Esko tarvitsee tukea kylpemisessä ja saunassa käymisessä. Lisäksi pukeutuminen on testin tasoa 2 eli Esko tarvitsee vähän apua sisävaatteiden kanssa. WC-käynnit sujuvat itsenäisesti. Liikkuminen on rajoittunut kodin sisälle. Pidätyskyvyssä on ollut ongelmia. Esko tarvitsee apua ruokailussa. Peseytymisessä Esko tarvitsee apua hiusten ja selän pesussa. Pukeutumisessa hän tarvitsee apua esimerkiksi paidan napittamisessa ja kenkien sitomisessa. Esko pääsee itse ylös vuoteesta ja tuolista, mutta liikkeelle lähtö on hänen kertomansa mukaan haasteellista. Leivän voiteleminen ja haarukan suuhun laittaminen on työlästä.

IADL-testissä käy ilmi, että Esko vastaa kyllä puheluihin, mutta ei pysty itse soittamaan. Hän tarvitsee jonkun avukseen kaikilla ostosmatkoilla. Ruoka pitää valmistaa hänelle. Taloustöistä hän suorittaa kevyet päivittäiset toimet. Pyykinpesu onnistuu. Hän matkustaa aina pikkuautolla jonkun toisen kyydissä. Päivittäislääkitystä ei ole. Hän on kyvytön hoitamaan raha-asioita. CDR-lomakkeen tuloksista käy ilmi, että Eskolla on kohtalaista muistin heikkenemistä ja muistin heikkeneminen vaikuttaa jokapäiväisiin toimintoihin. Orientaatiossa on pieniä vaikeuksia aikasuhteissa. Eskolla on kohtalaisia vaikeuksia ongelmien käsittelyssä, mutta yleensä hänellä riittää sosiaalista arvostelukykyä. Esko ei osallistu kodin ulkopuoliseen yhteisölliseen toimintaan. Kodinhoidon ja harrastusten parissa on lievää, mutta selkeää toiminnan heikkenemistä. Esko tarvitsee apua henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja tavaroista huolehtimisessa. Pisteitä testistä kertyy 7,5, mikä antaa selkeitä viitteitä toimintakyvyn heikkenemisestä ja Parkinsonin taudin mahdollisuudesta.

MoCA-testin tuloksissa Eskolla ilmenee visuospatiaalisissa kyvyissä. Toisaalta kuution piirtäminen on mahdotonta, koska kynän kädessä pitäminen ei onnistu vapinan vuoksi. Sama ongelma toistuu kellotaulun piirtämisen kohdalla. Esko osaa kuitenkin sanallisesti selittää, miten kellotaulun numerot sijoittuvat taulussa. Nimeämistehtävässä Esko osaa nimetä leijonan ja sarvikuonon, mutta ei dromedaaria. Sanalistan toistaminen on vaikeaa. Myös tarkkaavuudessa on selkeää pulmaa. Kielellisten toimintojen osiosta Esko suoriutuu hyvin toistamistehtävän kohdalta, mutta S-kirjaimella alkavien sanojen keksiminen ei yllä yhteentoista sanaan minuutin aikana. Käsitteiden muodostamisessa Esko löytää yhtäläisyyden junan ja polkupyörän kohdalla, mutta ei kellon ja viivaimen kohdalla. Viivepalautustehtävässä Esko saa pisteitä 3/5 ja orientaatiotehtävästä 3/6. Myös MoCa-testi tukee Parkinsonin taudin epäilyä.

Koska Eskon ja Pirjon haastattelu sekä monipuolinen testistö vahvistaa selkeästi käsitystä Parkinsonin taudista, en itse ohjaisi Eskoa isotooppikuvaukseen. Tähän viimeisen sanan sanoo kuitenkin neurologi juteltuaan potilaan ja hänen vaimonsa kanssa asiasta. Pirjo ja Esko eivät vaadi lisätutkimuksia Parkinsonin taudin vahvistamiseksi. Annan Eskolle ja Pirjolle erilaisia esitteitä ja tietopaketteja tautiin liittyen. Lisäksi kerron mahdollisuudesta osallistua sopeutumisvalmennuskurssille. Ehdotan, että Esko ja Pirjo ottavat yhteyttä myös oman terveyskeskuksen muistihoitajaan.

Neurologi tekee Eskolle lääkehoidon arvioinnin. Lääkkeellisenä hoitona Esko voisi hyötyä unta parantavasta lääkkeestä, sekä kipulääkityksestä tarvittaessa. Lääkäri määrää Eskolle rasagiliinilääkityksen, joka estää dopamiinin hajoamista aivoissa. Tätä lääkettä käytetään tyypillisesti Parkinsonin taudin alkuvaiheessa. Itse sovin Eskon ja Pirjon kanssa seuraavan kontrolliajan puolen vuoden päähän, jolloin tarkistetaan Eskon jaksaminen ja samalla hän voi käydä juttelemassa lääkärin kanssa lääkityksen toimivuudesta. Lääkärin mukaan levodopahoidon mahdolliset haittavaikutukset ovat liian suuria sen hyötyihin nähden taudin tässä vaiheessa. Tähän siirrytään tarvittaessa vasta myöhemmin. Kirurginen hoito ei myöskään ole vielä järkevä vaihtoehto Eskon kohdalla. Tarvittaessa potilas ottaa jo aiemmin yhteyttä poliklinikalle, jos nyt määrätyn lääkityksen kanssa ilmenee suuria haittavaikutuksia.

Kerron Eskolle ja Pirjolle ikävät uutiset siitä, että tautia ei voida kokonaan pysäyttää, minkä vuoksi armeliaisuus itseä kohtaan on tärkeää. Taudin eteneminen tapahtuu kuitenkin yksilöllisesti ja mielihyvähormonina tunnetun dopamiinin määrää elimistössä voi pyrkiä itse lisäämään harrastuksilla, ihmissuhteiden hoitamisella ja muilla itseä ilahduttavilla asioilla. Suosittelenkin pilke silmäkulmassa Eskolle ja Pirjolle halaushetkiä aamuin illoin. Muistutan, että taudin aiheuttamia vaikeuksia ei tarvitse hävetä, vaan avoimuus helpottaa arjessa jaksamista. Suosittelen Eskoa aloittamaan uudelleen teatterissa käymisen ja ehdotan yhteisiä kirjastokäyntejä tai lukuhetkiä Pirjon kanssa. Ehdotan, että Esko ja Pirjo osallistuisivat vähintään kerran viikossa jonkinlaiseen sosiaaliseen harrastukseen, jossa he voivat tavata muita ihmisiä. Esimerkiksi kansalaisopiston vanhuksille suuntaamat jumppahetket tai muut vastaavat vuorovaikutukselliset tapahtumat tukisivat Eskon omatoimisuutta ja pystyvyyden tunnetta. Suosittelen myös tiivistä kanssakäymistä lähisukulaisten ja ystävien kanssa. Tarvittaessa tukea voi hakea myös esimerkiksi SPR:n ystäväpalvelun kautta. Ahdistuneisuuteen voi myös hakea apua terveyskeskuspsykologilta. Pirjon on tärkeää huolehtia omasta jaksamisestansa.

Neuropsykologina kerron aivojen joustavuudesta, siis siitä, kuinka toinen alue voi korvata toista toimintoa. Vaikka Parkinsonin tauti on parantumaton sairaus, kannustan myönteiseen ajatteluun. Tauti voi edetä hitaasti, ja sen kanssa voi oppia elämään. Ohjaan Eskon osallistumaan fysioterapeutin kuntoutukseen kerran viikossa. Kipuihin suosittelen hieronnassa käymistä. Arjen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ohjaan Eskon myös toimintaterapiaan. Toimintaterapeutti neuvoo myös erilaisia apuvälineitä, jotka helpottavat Eskon arkitoimia. Kehotan Eskoa liikkumaan päivittäin vaikkapa koiraa ulkoiluttaen. Kannustan Eskoa omatoimisuuteen ja sinnikkyyteen arjessa. Kyselen Pirjolta Eskon vahvuuksista ja asioista, joissa hän yhä onnistuu. Haluan vahvistaa Eskon tunnetta siitä, että sairastuneenakin hän on tärkeä. Suosittelen Eskoa tekemään pieniä arjen taloustöitä, vaikkakin ne sujuisivat aiempaa hitaammin tai työläämmin. Kerron, että kaikki toimeliaisuus ylläpitää hermoston toimintaa. Kehotan Eskoa pyytämään aina rohkeasti apua Pirjolta, sillä pahempaa on jättää asioita tekemättä kykenemättömyyttä häveten. Tauti vaatii sekä Eskolta että Pirjolta kärsivällisyyttä sekä avuttomuuden sietämistä. Neuvon Eskoa ja Pirjoa kääntymään tarvittaessa potilasasiamiehen puoleen, mikäli he tarvitsevat kotiapua. Lisäksi potilasasiamies osaa neuvoa Kelan tukien hakemisessa. Parkinsonin tauti -diagnoosin myötä Pirjolla lienee oikeus saada omaishoidon tukea.

LÄHTEET:

Atula, S. (2016). Parkinsonin tauti. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 21.12.2019 <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055>.

Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. (toim). (2015). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim.

Kalat, J. W. (2016). Biological psychology. Belmont, CA: Cencage learning. Twelfth edition.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. (2001). Kliininen neuropsykologia. WSOY.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & HÄNNINEN, R. (1994). Neuropsykologian perusteet. WSOY.

Nukari, J., Poutiainen, E., Nybo, T., Hämäläinen, P. & Kalska H. (2012). [Neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuus.](https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/neuropsykologisen_kuntoutuksen_vaikuttavuus_psykologia12_03_lehti-painovalmis.pdf)Psykologia, 47,3, 182-202. Viitattu 21.12.2019 <https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/neuropsykologisen_kuntoutuksen_vaikuttavuus_psykologia12_03_lehti-painovalmis.pdf>.

Rosenvall, A. (2016). Toimintakyvyn arviointi. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu: 21.12.2019 <https://www.kaypahoito.fi/nix00522>.

OAMK (2019). IADL-testi. Viitattu 21.12.2019 <http://www.oamk.fi/~eihautal/aktiivinenvanhuus/mittarit/7IADL.htm>.

Savolainen, J. & Mannila, A. (2005). Veriaivoeste lääkekehityksen esteenä. Duodecim. Viitattu 21.12.2019 <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94713.pdf>.

Suomen muistiasiantuntijat ry. (2019) Testit ja kyselykaavakkeet. Viitattu 21.12.2019 <http://www.muistiasiantuntijat.fi/testit.php>.

Suomen muistiasiantuntijat ry. (2019). MoCA-testi. Viitattu 21.12.2019 <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MOCA-Test-Finnish_2009.pdf>.

Suomen alzheimer-tutkimusseura (2019). Ohjeita CDR-luokitukseen. Viitattu 21.12.2019 <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/CDR%20ja%20GDS-FAST%20suomi.pdf>.

Suomen Parkinson-liitto ry. (2019). Parkinsonin tauti. Viitattu 21.12.2019 <https://www.parkinson.fi/parkinsonin-tauti>.

Suomen psykologiliiton ja suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. (2012). [Neuropsykologinen kuntoutus - suositus hyvistä käytännöistä aikuispotilailla.](https://www.psyli.fi/files/1053/Neuropsykologinen_kuntoutus_suositus_hyvista_ka_yta_nno_ista_aikuispotilailla.pdf) Psykologia, 47,3, 210-218. Viitattu 21.12.2019 <https://www.psyli.fi/files/1053/Neuropsykologinen_kuntoutus_suositus_hyvista_ka_yta_nno_ista_aikuispotilailla.pdf>.

OMA ARVIOINTI

-Opiskelun pulmakohtia oli esimerkiksi ymmärtää erilaisten lääkehoitojen nimitykset ja lääkeryhmät. Lisäksi jotkin lähteet tarjosivat keskenään ristiriitaista informaatiota Parkinsonin taudin hoidosta.

-Tehtävänannossa oli monipuolisesti tarjolla lähteitä, mutta minua ilahdutti se, että tiedonhakua saattoi tehdä myös itse.