

Muistisairaan potilaan kohtaaminen ja ohjaus

Holm, Merja
Nuutinen, Leena Kristiina
Soronen, Liisa-Maria

2016

Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Muistisaira potilaan kohtaaminen ja ohjaus

Holm, Merja
Nuutinen, Leena Kristiina
Soronen, Liisa-Maria
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Merja Holm, Leena Kristiina Nuutinen ja Liisa-Maria Soronen

Muistisairaahan potilaan kohtaaminen ja ohjaus

Vuosi 2016

Sivumäärä 37

Muistisairaahan potilaan hoito on suuri haaste hoitohenkilökunnalle. Iäkkäälle muistisairaalle sairaalaan joutuminen, sairauteen, aikaan ja paikkaan orientoituminen voi olla pelottavaa ja ahdistavaa, siksi on tärkeää kiinnittää huomiota oikeanlaiseen potilaan kohtaamiseen sekä ohjausmenetelmiin. Hoitaja voi omalla toiminnallaan viestittää muistisairaalle potilaalle turvallisuuden tunnetta vieraassa ympäristössä, mikä mahdollistaa tämän myötä myös tarvittavan hoidon onnistumisen.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas hoitohenkilökunnalle muistisairaahan potilaan kohtaamisesta ja ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää muistisairaahan potilaan hoidon laatua. Oppaan tarkoitus on tarjota hoitohenkilökunnalle tietoa muistisairaahan potilaan kohtaamisesta ja ohjauksesta. Opinnäytetyö toteutettiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun Ohjaus hoitotyössä -hanketta.

Opinnäytetyön alussa esitellään tilastoja muistisairauksien esiintyvyydestä ja tulevaisuuden näkymistä sekä käydään suppeasti läpi yleisimmät etenevät muistisairaudet. Opinnäytetyön pääpaino keskittyy muistisairaahan potilaan kohtaamiseen ja ohjauksen erityispiirteisiin.

Opas on suunniteltu niin, että sitä olisi helppo käyttää päivittäisessä hoitotyössä.

Opas esiteltiin osastotunnilla hoitohenkilökunnalle ja hoitajat saivat tutustua oppaaseen. Heille jaettiin arviointilomakkeet, jotka täytettiin nimettöminä. Henkilökunnan mielestä opas oli helposti luettava ja oppaasta löytyi tarvittava tieto. Vastausten mukaan oppaan ulkonäkö oli miellyttävä, sieltä ei löytynyt asiavirheitä ja opas oli sopivan kokoinen. Opasta pidettiin selkeänä ja fonttikokoa sopivana. Osastotuntiin osallistuneiden mielestä oppaasta tulee olemaan hyötyä osastolla. Opas on suunniteltu osaston sisäiseen käyttöön.

Asiasanat: muistisairas, muistisairaudet, potilaan kohtaaminen, potilaan ohjaaminen, kirjallinen opas

Merja Holm, Kristiina Nuutinen, Liisa-Maria Soronen

Encountering and counseling of a memory-impaired patient

Year 2016 Pages 37

The treatment of a memory-impaired senior patient is a major challenge for the nursing staff. For an elderly patient, becoming hospitalized and orientated with the illness, the time and the place may be frightening and stressful experience. Therefore, it is important to pay attention to a proper way of encountering and counseling of a patient. With her/his own actions, a nurse can create a sense of security in a patient who is in an unfamiliar environment. This also leads to a successful treatment.

The purpose of this functional thesis was to produce a written guide for the nursing staff regarding encountering and counseling of a memory-impaired patient. The study aimed to improve the quality of the treatment. The purpose of this guide is to provide the staff with information about encountering and counseling of a memory-impaired patient. The thesis was conducted in association with the Guidance in nursing - project of Laurea University of Applied Sciences.

The first section of the thesis presents statistics of the frequency and the future of memory disorders, and it briefly covers the most common types of these disorders. The focus of this thesis is on the special features of encountering and counseling of a memory-impaired patient.

The guide was designed with the idea that it should be easy to utilize in everyday nursing. It was presented to a nursing staff and given to them for further examination. They were also given anonymous evaluation forms to fill in.. The staff concluded that the guide was easy to follow and contained the required information. According to their replies, the guide was visually pleasing, compact and lacked factual mistakes. The guide was also experienced clear and the font size was suitable. The participants of the ward training session found the guide useful, and it was designed for internal use at the ward.

Keywords: memory-impaired patient, memory disorders, encountering the patient, counseling the patient, written guide

1	Johdanto.....	6
2	Muistisairas potilas.....	7
2.1	Muistisairauksien yleisyys	7
2.2	Aivoterveysten vaaliminen	7
2.3	Muistisairaahan tunnistaminen.....	9
2.3.1	Muistamattomuutta aiheuttavat sairaudet	10
2.3.2	Dementia.....	12
3	Muistisairaahan potilaahan kohtaaminen	14
3.1	Muistisairaahan potilaahan eettinen kohtaaminen	14
3.2	Muistisairaahan potilaahan oikeudet.....	15
3.3	Muistisairaahan potilaahan kanssa viestiminen	15
4	Muistisairaahan potilaahan ohjaus hoitotyössä	16
4.1	Potilasohjaus	16
4.2	Hoitajan ohjausvalmiudet	19
4.3	Muistisairaahan potilaahan ohjaaminen	20
5	Espoon terveyskeskus vuodeosasto 1	22
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	23
7	Oppaan tuottaminen.....	23
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	23
7.2	Oppaan suunnittelu ja toteutus.....	23
7.3	Oppaan arviointi	24
8	Pohdinta	24
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	24
8.2	Oppaan tarkastelu.....	25
8.3	Kehittämissuositukset ja jatkotutkimuksen aiheet.....	26
9	Lähteet.....	27
9	Liitteet	31

1 Johdanto

Muistisairaudet ovat yleisiä kansantauteja ja ne lisääntyvät määrällisesti ihmisten eläessä pitkään. Iän myötä riski muistisairauksiin lisääntyy mutta niitä esiintyy yhä enemmän myös työikäisillä. (THL1 2015.)

Muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita kognition osa-alueita. Muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät laajalti ihmisen toimintakykyä. Tämä johtaa siihen, että kyky huolehtia itsestä heikentyy sairauden edetessä. Huomioitavaa on se, että sairauden eteneminen ja oireisto on yksilöllistä, eikä taudin kulkua voi etukäteen ennustaa. Etenevät muistisairaudet johtavat kuitenkin dementiaan. (Käypä hoito 2010.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hyödyllinen opas hoitohenkilökunnalle muistisairaahan potilaan kohtaamisesta ja suositeltavista ohjausmenetelmistä. Oppaan tarkoitus oli tarjota tietoa hoitohenkilökunnalle ja myös alan opiskelijoille. Yhteistyökumppanimme on Espoon terveystieteiden keskusosasto 1. Tämä opinnäytetyö on tehty osana Ohjaus hoitotyössä -hanketta.

Tavoitteenamme oli kehittää muistisairaahan potilaan hoidon laatua ja tuoda esille eettistä näkökulmaa. Hyvän hoidon perustan luo etiikka ja lainsäädäntö, sen lisäksi voidaan sairauskohtaisesti edistää hoidon sujuvuutta erilaisilla käytänteillä. Muistisairaahan potilaan kanssa toimiminen vaatii hoitajalta ymmärrystä ja herkkyyttä. Ihmiset eivät aina välttämättä muista, mistä muistisairaudessa on kyse. Muistisairas ymmärtää, milloin häntä kohdellaan arvostavasti. Suuri osa muistisairaahan potilaan hoitoa on eettinen kohtaaminen, yksilöllisyys ja siihen pohjautuva ohjaus. Oikeanlainen kohtaaminen ja ohjaus takaavat muistisairaalle potilaalle miellyttävämmän hoitokokemuksen ja näin ollen myös tuloksekkaamman hoidon. (YLE 2016.)

2 Muistisairas potilas

2.1 Muistisairauksien yleisyys

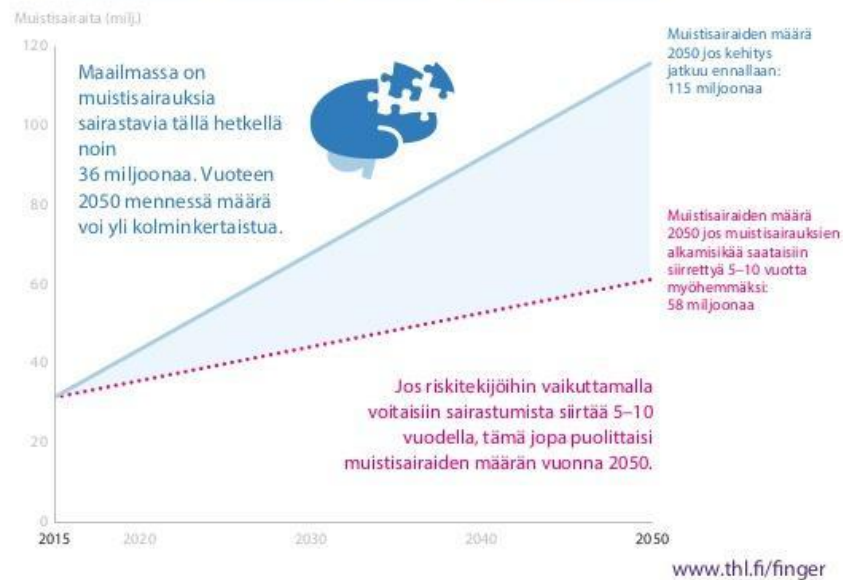
Suomessa oli vuonna 2013 väestötutkimuksen mukaan keskivaikeasta ja vaikeasta muistisairaudesta kärsiviä noin 93 000 henkilöä, lievä muistisairaus arvellaan olevan 100 000:lla ja tiedonkäsittelyn lievää heikentymistä 200 000 ihmisellä. Vähintään 14 500 uutta muistisairautta todetaan vuosittain. Etenevää muistisairautta sairastaa myös moni työkäinen. Heitä on tilastojen mukaan noin 7000 30-65-vuotiasta. Alkoholimentiaan sairastuu n.10 prosenttia alkoholiriippuvaisista, joita on aikuisväestön keskuudessa 8 prosenttia miehistä ja 2 prosenttia naisista. (STM1 2012, 7.) Ennusteen mukaan keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavia on vuonna 2040 jo 200 000. Heistä 65-70 %:lla on diagnoosina Alzheimerin tauti. (Rosenvall ym. 2015, 2333.)

Yhteiskunnallisesti muistisairauksien hoidolla on suuri merkitys. Hallituksen vuonna 2014 tekemän rakennepoliittisen linjauksen mukaan edellytetään, että vanhusväestön laitoshoidoa vähennetään tuntuvasti vuoteen 2017 mennessä. Noin 70 prosentilla laitoksissa asuvista vanhuksista on muistisairaus ja lähes kaikilla on kognition vajausta. (Rosenvall ym. 2015, 2333.)

2.2 Aivoterveiden vaaliminen

12.3.2015 julkaistiin laaja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima suomalaistutkimus, FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability), jossa tuotiin esiin, että muistihäiriöitä voidaan ehkäistä hallitsemalla niiden riskitekijöitä. Kahden vuoden tutkimusaikana vuosina 2009-2011 kontrolliryhmän riski muisti- ja ajattelutoimintojen heikkenemiseen oli 31 prosenttia suurempi kuin tehostettua elintapaneuvontaa saaneiden. Tehostetussa neuvonnassa annettiin yksilöllistä ravitsemusohjausta ja tutkimukseen osallistujat harrastivat monipuolisesti ohjattua liikunta- ja muistiharjoittelua. Lisäksi heille annettiin tukea sydän- ja verisuonisairauksien riskien hallintaan. Tutkimusta johti professori Miia Kivipelto, jonka mielestä sairastumisen alkua voisi siirtää jopa 5-10 vuodella aktiivisella elintapaohjauksella heidän tutkimustulosten perusteella. (THL2 2015.)

Muistisairaudet ovat kansantauti



Kaavio ennusteesta muistisairaiden vähentymisestä riskitekijöihin vaikuttamalla. Kuvio 1.

Muistisairauksien ehkäisy voidaan aloittaa jo lapsuudessa, koska vaaratekijät tunnetaan. Niitä ovat ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja diabetes. Ennaltaehkäisyssä liikunta, terveellinen ravinto, päihteiden käytön vähentäminen ja välttäminen ovat halpoja ja kaikkien saavutettavissa olevia keinoja välttää muistisairauksilta. (STM1 2012, 9.)

Diagnosoimaton muistipotilas on kallis yhteiskunnalle, mitä myöhemmin sairaus todetaan, sen kalliimmaksi hoito tulee. Merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta.

Kun sairastuminen tapahtuu työiässä, aiheuttaa se paljon ongelmia sekä sairastuneelle itselle että lähiomaisille. Hoito tulisi suunnitella kokonaisvaltaisesti yhdessä potilaan, hoitohenkilöstön ja omaisten kanssa. (Hallikainen & Remes 2015, 1647.)

Vuonna 2012 Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut kansallisen muistiohjelman, jolle on asetettu monta tavoitetta vuoteen 2020 mennessä. Muistiohjelman laatineen työryhmän mukaan muistisairauksien tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen tarvitaan kaikkien osapuolten laaja-alaista moniammatillista yhteistyötä. Työryhmä painottaa, että kotona asumista tulisi tukea huomioimalla toimintakykyyn liittyvät rajoitteet sekä tukemalla asumista monipuolisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ammattihenkilöiden koulutukseen on panostettava ja kuntoutuksen on sisällyttävä hoitotyöntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen sekä perehdytysohjelmiin, jotta hyvä hoito ja palvelujen laatu turvataan. (STM1 2012, 16.)

Muistisairaita on palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla, joten muistihäiriöiden tunnistaminen ja muistitutkimuksiin ohjaamista pidetään työryhmän mukaan erikoisen tärkeänä. Hoitohenkilökunnan

täytyy osata ottaa huomioon eri muistisairauksien tuomat muutokset esimerkiksi käytöshäiriöt ja muut toimintakykyä rajoittavat tekijät. Hoito tähtää elämänlaadun parantamiseen ja tukemiseen sekä eettisesti hyvään hoitoon. (STM1 2012, 16.)

2.3 Muistisairaana tunnistaminen

Muistisairaana kohtaaminen on haastavaa. Potilas itse kokee usein muistisairautensa paljon lievemmäksi kuin esimerkiksi hänet tunteva omainen. Monilla muistisairaille ei ole sairauden tuntoa ja he kuvittelevat selviävänsä melko hyvin jokapäiväisistä toiminnoista arvostelukyvyn heikkenemisen vuoksi. Muistisairasta potilasta tutkittaessa ja anamneesia tehdessä onkin haastateltava myös omaisia ja potilaan hyvin tuntevaa hoitajaa. (Vataja 2015, 350.)

”Tästä tuntee alkavan muistisairauden”, on vuoden 2013 geriatriksi valitun Taina Hellstenin artikkeli, jossa hän kertoo alkavan muistisairauden tunnistamisesta. Se voi alkaa kielen köyhtymisellä, jolloin ihminen saattaa jotakin juttua kertoessaan unohtaa tarvittavan sanan ja kiertää sen muilla ilmaisuilla. Myös lauseen kirjoittamisosion sisältävissä muistitesteissä näkee joskus kun testattava pyydetään kirjoittamaan kokonainen lause, että ainakin pidemmälle edennyttä muistisairautta sairastava saattaa kirjoittaa vain yhden sanan. Ei ole mitenkään harvinaista, että vaikka omaisen vastaanotolle toimittamalla potilaalla todetaan jo pitkälle edennyt muistisairaus, potilas itse väittää edelleen vankasti toisten vain kuvittelevan. Hyvin tyypillinen oire on myös ns. päänkääntöoire. Tällöin muistihäiriöistä kärsivä vilkaisee lähellä istuvaa varmistaakseen onko vastannut oikein. Monilla jäävät harrastukset ja joillakin osa ystäväistä, sillä tuntiessaan epävarmuutta sanoissa ja teoissa vältetään tilanteita, joissa voisi nolata itsensä. (Hellsten 2013.)

Ammattilaisella on tärkeä asema muistipotilaan palvelutarpeiden määrittämisessä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 2012/980). Kohdatessaan muistisairaana potilaan sairaanhoitajan tulee tarkkailla potilasta kokonaisvaltaisesti. Sairanhoitajan tulee kiinnittää huomiota potilaan ulkonäköön kuten ruumiinrakenteeseen, siisteyteen ja pukeutumiseen, jo niistä voi epäillä muistisairautta. Usein muistisairaus alkaa perustarpeiden kuten syömisen, peseytymisen ja siisteyden unohtamisena. Usein keskeinen häiriö esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus tai psykoottisuus näkyy ainakin viitteellisesti potilaan olemuksesta. Vakavasti masentunut potilas on eleetön, huonosti itsestään huolehtiva, laihtunut, väsynyt, itkuinen, usein toivottomuutta ja arvottomuuttaan viestittävä. Ahdistuneisuus näkyy usein kireytenä, yhteistyöhaluttomuutena, levottomana liikehtimisena, sekä tiedonkäsittelyssä ilmenevien oireiden suhteettomana korostumisena. (Vataja 2015, 350-351.)

Vastaus muistisairauksien yhteiskunnalliseen haasteeseen on muistisairauksien varhainen taudinmääritys (Käypä hoito 2010).

Muistioireen ja -sairauksien varhaisen taudinmäärityksen ja hoidon perusteena on hoitaa parannettavissa olevat tilat eli pyrkimys on kohentaa tilaa ja estää häiriön eteneminen, hidastaa tilan etenemistä eli pidentää taudin lievempiä vaiheita ja lykätä kodin ulkopuolista hoitoa, jotta potilas olisi pidempään kotonaan (Erkinjuntti & Viramo 2015, 57).

2.3.1 Muistamattomuutta aiheuttavat sairaudet

Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti episodisen eli tapahtumamuistin häiriöillä, jotka ilmenevät lähimuistin heikkoutena ja uusien asioiden oppimisen vaikeutena. Alkuvaiheessa esiintyy vaikeuksia muistaa uusia nimiä ja sovittuja asioita, käyttöesineiden hukkaamista ja vaikeutta liikkua vieraassa ympäristössä. Tämä näkyy hidastumisena ja epävarmuutena työssä, vaikeutena uusissa tilanteissa, harrastusten ja tapahtumien seuraamisen vähentymisenä, sekä stressioireina. Potilaalla esiintyy masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja lisääntyntä ärtyvyyttä. Alkuvaiheessa potilas tiedostaa itse muistitoimintojen muutoksia ja pystyy myös kuvailemaan niitä, mutta sairauden edetessä potilas vähättelee muistiongelmia ja keksii erilaisia selityksiä miksi muistiongelmien ovat merkityksettömiä. Myös psykoottiset oireet kuten harhaluulot, aistiharhat tai vainoharhaisuus voivat olla merkki muistisairaudesta. Tyypillisiä oireita on mustasukkaisuus, tuttujen ihmisten kokeminen uhaksi tai varastamisen epäluulo. (Erkinjuntti ym. 2015, 125, 127.)

Monet muistisairauteen sairastuneet potilaat laihtuvat, vaikka ravitsemustila olisi hyvä. Oireet ovat seurausta Alzheimerin taudin aiheuttamista keskeisistä muutoksista aivoissa: aivojen muistijärjestelmään liittyvät hermosolut ja aivoalueet vaurioituvat hitaasti. Vaikeassa Alzheimerin taudissa potilas tarvitsee apua kaikissa perustoiminnoissa, kuten pukeutumisessa, peseytymisessä, wc-toiminnoissa, sekä lopulta myös syömisessä. (Erkinjuntti ym. 2015, 129.)

Verisuoniperäinen muistisairaus ilmenee usein sekamuotona Alzheimerin kanssa, ja on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus. Aivoverenkiertosairauden tärkein syy on aivojen pienten, läpäisevien verisuonten ahtautuminen, ja toisena syynä aivojen sisäiset verenvuodot: aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. (Erkinjuntti ym. 2015, 148.)

Aivoverenkiertosairauksesta aiheutuva muistihäiriön tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää, koska tiedonkäsittelyn lievä heikentyminen on osin palautuva tila, ja sen vaikeutumista voidaan hidastaa. Varhaisoireina voivat olla lievät muistihäiriöt, puutteellinen kyky suunnitella, koordinoita ja valvoa tietoisesti omaa toimintaansa, hidastuminen, kävelyvaikeudet ns. töpöttely, neurologiset puutos- ja puolioireet, puhevaikeudet, virtsankarkailu sekä yölliset sekavuustilat. (Erkinjuntti ym. 2015, 142.)

Potilaan mielialat vaihtelevat nopeasti itkusta nauruun ja oireet riippuvat siitä, missä kohdassa vaurio on aivoissa. Muisti säilyy paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja tilanne saattaa myöhemmin kohentua. Verisuoniperäisessä muistisairaudessa osataan yleensä sanoa selvä päivä, jolloin oireet ovat alkaneet. Riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, eteisvärinä, sydäninfarkti,

sepelvaltimotauti, yleinen valtimokovettumatauti, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, diabetes ja tupakointi. (Erkinjuntti ym. 2015, 154.)

Parkinsonin tauti todetaan lääkärin tekemän kliiniseen tutkimuksen perusteella, millään verikokeella ei tautia voida tunnistaa, eikä parantavaa hoitoa tunneta vielä. Hoidolla ja kuntoutuksella pyritään lievittämään oireita ja parantaa toimintakykyä. Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa kävelynopeutta, askelpituutta, tasapainon hallintaa, vähentää kaatumisia ja parantaa puheäänien voimakkuutta. Kuntoutuksen tulee olla jatkuvaa, jotta toimintakyky säilyisi. Omatoimiseen liikuntaan tulisi ohjata heti diagnoosin varmistuttua. (Käypä hoito 2015.)

Parkinsonin tautia sairastaa Suomessa n. 10 000 potilasta. Tauti alkaa hitaasti ja oireet pahenevat ajan myötä. Tautiin liittyy monia oireita joita usein esiintyy jo ennen motoristen oireiden alkamista, esimerkiksi hajuaistin häviäminen, REM-unihäiriöt, ummetus ja muut autonomisen hermoston ja tiedonkäsittelyssä ilmenevät lievät oireet. Yleisimpänä syynä pidetään Lewyn kappaleiden kehittymistä aivokuoren alueella. Keskeiset motoriset oireet ovat lepovapina, hidaslakkeisuus ja lihasjäykkyys. Työmuistin kapasiteetti on usein kaventunut, eikä potilas pysty pitämään mielessään useita asioita samanaikaisesti. (Erkinjuntti ym. 2015, 158-159.)

Parkinsonin taudin muistisairaudessa on mieleen painaminen heikentynyt ja mieleen palautus vaikeutunut, mutta erona esimerkiksi Alzheimerin tautiin on se, että tunnistava ja vihjeisiin perustuva palautus on melko hyvin säilynyt. (Erkinjuntti ym. 2015, 150-160.)

Lewyn kappale tauti alkaa yleensä 50-80 vuoden iässä. Lewyn kappale -taudissa muisti on hyvä alkuvaiheessa. Sairauteen kuuluu näköharhat ja harhaluulot ja sairaudesta kärsivä näkee usein harhakuvina ihmisiä tai eläimiä. Sairastunut kokee näkemäänsä todellisena, mutta asianmukaisen selityksen jälkeen ymmärtää ne harhakuviksi. (Juva 2014.)

Harhaluuloista tavallisimpia ovat vainoharhat, jotka liittyvät esim. varasteluun ja puolison uskottomuuteen. Harhaluulot saattavat olla taudin ensimmäinen oire. Potilas näkee myös usein pelottavia unia ja äänтелеe tai liikuttelee voimakkaasti raajojaan nukkuessaan. Parkinsonin taudin kaltaisia oireita esiintyy 40-90 %:lla potilaista, kuten lihasjäykkyyttä, kävelyvaikeuksia, sekä hahmotushäiriötä. Parkinsonin taudille tyypillinen lepovapina on harvinaisempaa. Tyypillistä on myös tilan vaihtelevuus. (Erkinjuntti ym. 2015, 166.)

Otsa-ohimolohkorappeumassa toiminta voi heikentyä erilaisten vaurioiden, kuten aivoverenvuodon, kasvaimen, vamman tai muistisairauden vuoksi. Otsa-ohimolohkorappeuma käsittää kolme syndroomaa: otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia, jolloin puheen tuottaminen on vaikeutunut, sekä semanttinen dementia, jolloin sanojen ja asioiden merkitykset katoavat. Tällöin myös kyky tunnistaa esineitä ja kasvoja on mahdollisesti vaikeutunut. Tauti alkaa usein 45-65 ikävuoden välillä käytöshäiriöillä ja persoonallisuuden muutoksella. Suuri osa ihmisten käyttäytymistä säätelevistä aivojen toimintoista sijaitsee otsalohkojen alueella. Sairastuneelle

kehittyä pikkuhiljaa persoonallisuuden muutoksia, jolloin varsinkin alkuvaiheessa esiintyy lisääntyvää tahdittomuutta, estottomuutta, impulsiivisuutta ja ärtyneisyyttä. (Erkinjuntti ym. 2015, 174.)

Sairaudentunto puuttuu yleensä täysin. Jos vauhti kasvaa kovin suureksi, voi tila muistuttaa maniaa (Juva 2014.)

Toisaalta otsalohkodementian piirteitä on aloitekyvyttömyys ja apaattisuus, ellei mitään ulkopuolisia ärsykeitä ole, potilas saattaa vain istua tekemättä mitään. Yksinkertaistenkin asioiden hoitaminen, tai niihin ryhtyminen voi osoittautua ylivoimaiseksi. (Erkinjuntti ym. 2015, 174.)

Taudissa kielelliset häiriöt ilmaantuvat varhain mutta muistin ja tilan hahmotus säilyvät melko pitkään. Alkoholidementia ja otsalohkodementia ovat hankala erottaa toisistaan ja niiden tutkimukset käynnistyvät yleensä vasta sitten, kun mukaan tulee selviä kognitiivisia oireita. (Juva 2014.)

2.3.2 Dementia

Dementia ei ole erillinen tauti, vaan sillä tarkoitetaan useamman kuin yhden tiedonkäsittelytoiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden. Suoritustason heikentymisen vuoksi potilas ei pysty selviytymään itsenäisesti jokapäiväisissä toiminnoissa. Dementiaoireet eivät kuulu normaaliin ikääntymiseen. Dementia voi olla joko pysyvä tauti esimerkiksi Alzheimerin tauti tai sitten pysyvä jälkitila kuten aivovamma tai hoidolla parannettava sairaus kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.)

Alkoholidementia

Sirpa Immonen väitteli joulukuussa 2012 ikääntyneiden alkoholin käytöstä. (Perspectives on alcohol consumption in older adults" (Näkökulmia ikääntyneiden alkoholin käyttöön). Tutkimuksessa tuotiin esille ikääntyvien käyttävän alkoholia useimmiten hallitusti. Ongelmaksi nousi se ryhmä, joka käytti alkoholia niin paljon, että se aiheutti haittoja henkilölle itselle tai ympäristölle. Tutkimuksen mukaan 62 prosenttia ikääntyneistä vastaajista käytti alkoholia ja 8 prosenttia ylitti ikääntyneille määritellyn riskirajan. Tutkimuksen mukaan miehet ylittivät riskirajan yleisimmin. Riskikäyttö oli yleisempää miesten keskuudessa ja nuoremmassa ikäryhmissä. Riskikäytön syitä oli yksinäisyys, ahdistus ja masentuneisuus. Ajan kulumisen ja ystäväpiirin alkoholin käyttö lisäsi riskikäyttöä. Osa tutkimukseen osallistuneista ilmoitti käyttävänsä alkoholia lääkkeenä, esim. sydän- ja verisuonitauteihin, tai vilustumisoireisiin. Alkoholia käytettiin tutkimuksen mukaan myös unilääkkeenä ja apuna ruoansulatusvaivoihin. Lisäksi moni vastaaja kertoi käyttävänsä lääkkeitä ja alkoholia samaan aikaan. Tutkimuksen mukaan riskikäyttäjät kaatuivat ja loukkasivat itseään useammin kuin kohtuikäyttäjät. Usein myös säännöllinen lääkitys unohtui riskikäyttäjillä. (Immonen 2012.)

Ikääntyneiden alkoholiongelmia ei tunnisteta tarpeeksi hyvin. Alkoholit, sairaudet ja lääkkeet yhdessä vaikuttavat eri tavoin ikääntyviin ihmisiin, eikä kukaan osaa ennakoita vaikutusta. Muistamattomuus ja sekavuus diagnosoidaan useimmiten ensin ikääntymiseen liittyvään sairauteen, eikä osata epäillä alkoholin väärinkäyttöä. Päihteiden käytön väärinkäyttöä on syytä epäillä, kun erilaisia ongelmia alkaa lisääntyä, ja hoidon tarve esimerkiksi kaatumisten ja muiden vammojen vuoksi kasvaa. Ikääntyneet, varsinkin naiset kokevat häpeää ja siksi salailevat juomistaan. Tällöin he eivät kerro totuudenmukaisesti juomistavoistaan. Usein alkoholin väärinkäyttö tulee esille kun hoitoon joudutaan jonkun somaattisen syyn vuoksi. (Myllymäki 2012).

Ikääntyneiden naisten alkoholin kulutus on lisääntynyt runsaasti viimeisen 20 vuoden aikana. Ikääntyessä elimistön toiminta muuttuu ja alkoholin vaikutukset voimistuvat koska aineenvaihdunta hidastuu, ja elimistön nestetasapaino pienenee. (Runsten 2008.)

lääkkäiden keskushermosto on herkempi alkoholin vaikutuksille. Ketteryys, -ja tasapainoaisesti heikentyvät ikääntyessä, jolloin alkoholin aiheuttama päihtymystila johtaa helpommin kaatumisiin ja luunmurtumiin.

Alkoholidementiassa lähimuisti heikkenee ja persoonallisuus muuttuu. Sosiaalinen selviytyminen, työkyky ja henkiset toiminnot alenevat. Liikuntakyvyssä tulee muutoksia, kuten katkokävelyä, tasapainovaikeuksia ja vapinaa. Alkuvaiheessa esiintyy silmien liikehäiriöitä, masennusta, hallusinaatioita ja lyhykestoisen muistin häiriöitä.

Kun potilas tulee osastolle toistuvien kaatumisten, mustelmien tai kylmävammojen vuoksi, tulisi sairaanhoitajan epäillä päihteistä johtuvaa muistihäiriötä. Myös inkontinenssi, unihäiriöt, ahdistuneisuus, sekavuus tai masentuneisuus voi olla merkki alkoholidementiasta. Lisäksi kohonnut verenpaine tai heittelevä sokeritasapaino voi olla merkki alkoholidementiasta. Hygienian laiminlyönti ja epäsiisti olemus liittyy usein myös päihteistä johtuvaan muistihäiriöön. (Myllymäki 2012.)

Masennus

Masennus ja Alzheimerin tauti on hankala erottaa toisistaan, koska masennus voi olla Alzheimerin taudin ensioire, mutta toisaalta myös masennus sinänsä voi aiheuttaa muistioireita. Tärkeää on kuitenkin tunnistaa, ja pyrkiä hoitamaan masennus. Jos potilas ei hoitoyrityksistä huolimatta toivu masennuksesta, tai muistioireet jatkuvat masennuksen hävittyä, täytyy alkaa epäillä muistisairautta. (Hallikainen & Remes 2015, 1649.)

Mieliala vaikuttaa muistiin monella tapaa. Masennus heikentää toimintakykyä, tarkkaavaisuutta ja työmuistia, sekä mieleen painamista ja palauttamista. Masennustilaan viittaa se, että potilas tuo korostetusti esille muistinsa ja älyllisen toimintakykynsä heikkenemisen, sekä muita puutteita. Lisäksi hän saattaa korostaa omaa epäonnistumisistaan. Muistisairaudesta kärsivä ei korosta omia häiriöitään, päinvastoin hän yrittää peittää niitä. Masennuspotilaan mieliala on pitkään alavireinen, surullinen ja ahdistunut. Sen sijaan muistipotilaan mieliala voi vaihdella lyhyenkin ajan kuluessa. Masennuspotilaan oireiden alkamisaika pystytään hahmottamaan toisin kuin muistisairaahan.

Verrattuna masennuspotilaaseen muistipotilaan muisti heikkenee selvästi nopeammin. (Erkinjuntti ym. 2015, 237.)

Delirium

Deliriumin eli sekavuustilan aiheuttaa aina somaattiset syyt esimerkiksi äkillinen sairaus, aineenvaihduntahäiriö tai sopimaton lääkitys. Varsinkin muistipotilaat ovat aivojen välittäjäaineiden ja tiedonkäsittelyn voimavarojen vähentymisen vuoksi alttiita deliriumille. Oirekuvaan kuuluvat lyhyessä ajassa kehittyneet ja lyhyessä ajassa vaihtelevat tarkkuuden häiriö sekä tiedonkäsittelyyn liittyvät häiriöt. Oireina voivat olla myös levottomuutta, uni-valverytmin häiriöitä sekä havaintohäiriöitä, kuten illuusioita ja hallusinaatioita. Deliriumpotilaiden on vaikea keskittyä ja seurata ohjeita. Deliriumin syy täytyy aina selvittää mahdollisimman pian, se on päivystysluonteinen toimenpide. (Erkinjuntti ym. 2015, 218.)

Yleinen syy deliriumille ovat lääkkeet, esimerkiksi opioidit. Myös etenevän, dementiaan johtavan muistisairauden tiedetään olevan eräs deliriumille altistavista tekijöistä. On arveltu, että kahdella kolmasosalla deliriumpotilaista on taustalla etenevä muistisairaus ja useimmilla heistä ei ole muistisairausdiagnoosia. (Erkinjuntti ym. 2015, 222-223.)

3 Muistisairaahan potilaan kohtaaminen

3.1 Muistisairaahan potilaan eettinen kohtaaminen

Muistisairaahan potilaan kohtaaminen on hoitotyössä jokapäiväinen arjen eettinen kysymys. Ihanteellista olisi kohdata potilas niin, että hänelle jää kokemus ihmisarvosta ja kunnioituksesta. Muistisairaahan potilaan eettinen kohtaaminen on hoidon ydin, johon tiivistyy hoitotyön vaativuus ja aitous. Ammattilaisen näkökulmasta hoitotyössä on paljon eettisiä ongelmia ja tilanteita, joissa tehdään valintoja erilaisten arvojen välillä. Kuitenkin eettinen kohtaaminen on hyvin yksinkertaista, se on osoitus toisen ihmisen kunnioittamisesta. Se ilmenee siinä, miten näemme, tervehdimme ja puhumme toisillemme. Jokainen kohtaaminen tulisi olla tasa-arvoinen ja merkityksellinen. Ihmisarvon kunnioittaminen muodostaa perustan, jolle hyvä hoito rakennetaan. Muistisairas ymmärtää täysin, milloin häntä kohdellaan kunnioittavasti ja milloin ei. (Kangasniemi 2013.)

Muistisairaahan potilaan kohtaamisessa tärkeää on säilyttää ja tukea hänen omanarvontuntoaan, ja kunnioittaa hänen autonomiaansa sairaudesta huolimatta. Sairauden myötä ihminen kutistuu sisään, piiloon oman sairauden taakse. Siksi on tärkeää pystyä tukemaan muistisairaahan minuutta. Muistisairasta potilasta hoitavien tulisi tietää potilaan taustat, sillä usein jossakin sairauden vaiheessa muistisairaant luulevat elävänsä aiemmissa elämän tilanteissaan. Hoidon tavoite tulee olla aina hyvä elämänlaatu. Potilasta täytyy kohdella oikeudenmukaisesti ja yhdenvertaisesti. Muistisairaalla on oikeus tuntea, että hänet otetaan vakavasti. Häntä ei tarvitse kohdella kuin lasta,

se on loukkaavaa. Hänellä on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena, koska aikuisuus säilyy meillä kuolemaan saakka. (YLE 2016.)

Muistisairaahan saattohoidossa tulee korostaa itsemääräämisoikeutta ja avointa yhteistyötä potilaan omaisten kanssa. Potilaan täytyy saada tuntee olonsa turvallisiksi ja merkitykselliseksi, ei vaivaksi. Saattohoitopotilaalla on oikeus omaan hoitotahtoon ja sen toteutumisesta huolehtii hoitava henkilökunta. Potilaan hoitotahtoa tulee kunnioittaa ja sitä ei saa muistisairauden vaiheesta huolimatta ohittaa. (Käypä hoito 2010.)

3.2 Muistisairaahan potilaan oikeudet

Muistisairailta potilailta on haavoittuva ja suojaton asema. Heidän kanssa eletään juuri tässä hetkessä, tai sitten menneessä. Asiat voivat olla epäselviä ja toisinaan sanoilla ja puheen sisällöllä ei ole merkitystä. On tärkeää, että heidät huomioidaan keskustelussa jollakin tavalla. Sen lisäksi aina pitäisi pyrkiä pitämään kiinni potilaan omasta hoitotahdosta ja sen hetkistä toiveista. Hoitajan ei tulisi puhua esimerkiksi potilaan ohi suoraan omaisille hänen omista asioistaan. Mikäli potilas ei ota selvää puheesta, voi kunnioittava kohtaaminen tulla muista tekijöistä. On ammattilaisen tehtävä luoda eettisyys sellaisiin hetkiin. Kaikilla potilailta on samat oikeudet ja velvollisuudet, mutta koska muistisairas ei välttämättä kykene niistä huolehtimaan, on ammattilaisen haastava eettinen tehtävä huolehtia ja varmistaa, että hyvä hoito ja potilaan tahto pääsevät toteutumaan. Hyvän ja laadukkaan hoidon edellytyksenä puolestaan on se, että tiedämme mistä juuri tämän potilaan hyvä hoito muodostuu. Se edellyttää, että hoitohenkilökunta tuntee muistisairaahan ihmisen arvomaailmaa, taustoja ja omaa tahtoa. (YLE 2016.)

Eettisen työn perustan ammattilaisille muodostavat etiikka ja lainsäädäntö. Suomessa on säädetty potilaslaki, jonka tarkoituksena on ollut mahdollistaa potilaan osallisuus liittyen omaan hoitoon ja hoitoon liittyviin päätöksiin. (STM2 2012/980.)

Kuitenkin muistisairaiden potilaiden kohdalla lain toteuttaminen voi olla haasteellista. Kun potilas ei pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan, on se ammattilaisen vastuulla. Lisäksi vielä ammattilaiset ja potilaan omaiset voivat olla eri mieltä keskenään potilaan tahdosta. Lain toteuttaminen edellyttää kaikkien osapuolten avointa keskustelua. Tämä merkitsee mahdollisesti potilaan puolesta puhumista, mutta ei potilaan puolesta ajattelemista. Mari Kangasniemen mukaan ”Lain tavoin potilaslain rooli on siis velvoittava: ammattilaisina vaatava tehtävämme on vastata potilaan tarpeisiin terveinä ja sairaina” (Kangasniemi 2013.)

3.3 Muistisairaahan potilaan kanssa viestiminen

On tärkeää osata oikeanlaista viestintää, sillä muistisairas aistii herkästi tunnelmia, sekä tulkitsee ilmeitä ja eleitä. Dementiaa sairastavan kohdalla on tärkeää muistaa, että kyseessä on aikuinen ihminen jolla on takanaan pitkä elämäkokemus. Siksi juuri tulee välttää lapsenomaista puhetaapaa. Viestinnän onnistumiseksi muistisairasta kannattaa aina lähestyä edestä hitaasti, hymyillen ja pehmein äänensävyin, että potilas ei säikähdä ja tule epäluuloiseksi. Katsekontaktin otto ja hella kosketus auttavat luomaan potilaaseen yhteyden. Ilmeet ja eleet auttavat saamaan asian mahdollisimman ymmärrettäväksi. Keskustelulle tulee antaa aikaa. Tilanteen tulisi olla rauhallinen, eikä taustalla saisi juuri olla hälinää. Kysymykset tulisi muotoilla sellaisiksi, että niihin on helppo vastata. Dementiaa sairastava saattaa kuitenkin sanoa asioita, joita ei tarkoita ja siksi hoitajan tulee olla keskustelun eteenpäin viejä. Joskus myös huumori auttaa pääsemään vaikean tai epämiellyttävän tilanteen yli. Luottamus ja empatia ovat hyvän vuorovaikutuksen pohja. Vuorovaikutustaidot ovat osa ammatillista osaamista ja niissä voi ammattilainen jatkuvasti kehittää itseään. Tärkeintä on ottaa muistisairaana potilaan tunteet ja toiveet huomioon, niin että hän kokee tulevansa kuulluksi.

Muistisairaana ruumiinkieli viestii myös monenlaisia asioita. Se voi kertoa hermostuneisuudesta, väsymyksestä, jännittyneisyydestä, surullisuudesta jne. Ammattilaisen tulisi yrittää tulkita ruumiinkieltä puheen lisänä. Yllättävä itku tai nauru ei välttämättä kerro potilaan tunnetiloista, vaan pakollisina toimintoina väsyttävät ja hermostuttavat muistisairasta, joten tilanteen katkaisemiseksi huomio tulisi kiinnittää muualle. (Torkkeli, Heikkilä & Huhtakallio 2012.)

4 Muistisairaana potilaan ohjaus hoitotyössä

4.1 Potilasohjaus

Ohjaus on käsitteenä yleinen hoitotyössä ja hoitotieteessä. Hoitotieteessä ohjaus- käsite ilmaistaan ammatillisena toimintana tai prosessina, jossa kaksi asiantuntijaa toimii tasavertaisessa yhteistyössä. Ohjaus-käsitteelle ilmeistä on asiakkaan ja hoitohenkilöstön konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kyngäs ym. 2008, 81-96.)

Ohjaus- käsite voi olla opettamista, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa. Ohjaamiseen liittyy myös eri käsitteitä, kuten terveysneuvonta, potilasohjaus, potilasopetus ja potilasneuvonta. Nämä pitävät sisällään opettamista, tiedon antamista, informointia tai neuvontaa. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Ohjauksen kohteena voi olla yksilö, ryhmä tai yhteisö ja se on osa yhteiskunnan palvelujärjestelmää (Kyngäs 2007, 26-27; Koivuniemi ym. 2011).

Määritelmänä ohjaus on ammattitaitoisen ohjaajan ja omassa tilanteessaan asiantuntijana olevan potilaan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa (Kyngäs 2008, 78-79).

Terveydenhuollon hoitotyön periaatteet ohjaavat hoitotyön potilasohjaamista ja se on osaksi myös hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa. Potilasohjauksen päämääränä on antaa potilaille tietoa

suullisesti ja kirjallisesti, jotta annettu ohjaus voi edistää potilaan kykyä ja oma-aloitteellisuutta parantaa elämänlaatua omilla valinnoilla. Hoitajan tehtävänä on antaa ohjauksessa potilaalle omaan terveyteen liittyvää tietoa, jonka avulla potilas kykenee tekemään itse hoitoonsa liittyviä päätöksiä itsenäisesti ja niitä ymmärtäen. Ohjaamisella pyritään tukemaan potilasta toimimaan siten, että päätökset perustuvat tutkittuun tietoon. (Kyngäs 2007, 25 ja 55.)

Terveyden ja sairaanhoidon yksilöllisessä neuvonnassa palvelun ohjausta tulee antaa terveydenhuollon ammattihenkilö, joka osaa tehdä ohjauksesta kaikki tarvittavat potilasasiamerkinnot (Syväoja ym. 2009, 131).

Potilasohjaus pohjautuu potilaan tilanteeseen ja tarpeisiin, johon vaikuttaa potilaan taustatekijät, kuten ikä, motivaatio ja omat arvot. Taustatekijät, jotka voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin, sekä sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin, antavat perustan potilasohjauksen onnistumiselle. Onnistuneen potilasohjauksen tulee lähteä liikkeelle suunnitelmasta ja tavoitteista, jotka on rakennettu yksilöllisesti tukemaan potilaan hoidon tarpeita. (Kyngäs 2007, 26-40.)

Potilasta ohjaava hoitaja kirjaa potilastaan hoitotyön ydintiedot. Potilaan ydintiedoilla tarkoitetaan kokonaiskuvaa potilaan terveys-, ja sairaushistoriasta, sekä niissä olevista hoito-, ja ohjaustiedoista. Ydintietojen sisältöön kuuluu hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Syväoja 200, 87.)

Hoitajan potilaslähtöinen suhtautuminen ohjaamiseen tukee kokonaisvaltaisesti potilaan osallistumismahdollisuuksia. Potilaan riittävällä osallistumisella edistetään hoito-ohjeiden noudattamista sekä potilastyytyväisyyttä. Positiivisilla ohjauskokemuksilla potilas saadaan paremmin sitoutumaan hoitoon, sekä rakentamaan parempaa ohjaussuhdetta potilaan ja hoitajan välille. Ohjauksen tarkoitus on antaa potilaalle riittävästi hoitoon liittyvää tietoa kirjallisesti, sekä suullisesti. Tavoitteena on tukea potilaan omaa kokemusta mahdollisissa elämänmuutoksissa, jolloin potilaan voimaantumisen tunne omaa tilannetta kohtaan vahvistuu. Voimaantumisen tunteen vahvistumisen myötä potilaalle alkaa kehittyä uskoa selviytyä elämässä tapahtuvista uusista tilanteista, ja sopeutua elämään niiden kanssa. Omaan elämään liittyvien muutosten kanssa eläminen ja sen hyväksyminen on jokaiselle yksilöllistä. Potilasohjaukseen kuuluu hoitajan puolelta antaa sosiaalista ja emotionaalista tukea, jota tarvitaan erityisesti tunteiden käsittelyssä. Ohjaukseen sisältyy olennaisesti tiedollisen, emotionaalisen sekä konkreettisen tuen merkitys. (Kyngäs 2007, 29, Kyngäs 2008, 76, 59-61.)

Lähtökohdat ja toimintaedellytykset potilaan ohjaamisessa ovat asianmukaiset resurssit ja laadukkaan hoitotyön turvaaminen. Asianmukaisilla resursseilla tarkoitetaan käytännössä tilaa, missä ohjaustilanne käydään ja ohjausmenetelmien avuksi tarvittavia välineitä. Resurssihin kuuluvat myös hoitajan pätevyys toteuttaa ohjaamista ja osaamista käyttäen potilaan hyväksi tietoja, taitoja ja asenteita eri ohjausmenetelmien hallitsemiseksi. (Kyngäs 2007.)

Ohjaustilanteen on tarkoitus olla potilaslähtöistä toimintaa, jossa hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen avulla saadaan aikaan aktiivinen ja tavoitteellinen ohjaus. Laadukkaan ohjauksen perusta on hoitohenkilökunnan potilaan lainsäädännön tuntemus ja ammatillinen vastuu. Hoitajan toimintaedellytykset ohjaamisen aloittamiseen ilmenee riittävän tietoperustan ja hyvien ohjausvalmiuksien kautta, sekä taitoon tunnistaa ohjattavan yksilölliset tarpeet. (Kyngäs 2007.)

Ohjausprosessin vaiheisiin kuuluvat ohjauksen tarpeen arviointi, ohjauksen etenemisen suunnittelu, ohjauksen toteutuminen, ja lopuksi sen onnistumisen arviointi. Potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma hoidon alussa, johon hoitaja kirjaa ohjausprosessin kulun aikataulua, sekä vaiheita. Ohjausprosessin lähtökohtana on potilaslähtöisyys, mikä rakennetaan aina potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaan tarpeet lähtevät sairaudesta, sairauden kestosta, sairaudesta kotoista tiedoista ja yleisestä elämäntilanteesta. (Kyngäs 2007.)

Potilaslähtöisyys ohjauksessa ilmenee siten, että potilaalle annetaan tilaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida omaa näkemystä hoidon kulusta. Potilaan ja hoitajan yhteinen näkemys hoidon kokonaisuudesta auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon, mikä edistää hoidon jatkuvuutta myös ilman hoitajaa. (Kyngäs 2007, 47, Kyngäs 2008, 97-99.)

Hoitajan rooli ohjausprosessissa on olla asiantuntija, jolla on tietoa ja taitoa ohjattaviin asioihin, oppimisen periaatteisiin ja ohjausmenetelmiin liittyen. Asiantuntijuudella hoitaja kykenee antamaan ohjausprosessin eri vaiheissa potilaalle tilanteeseen sopivaa laadukasta ohjausta. (Kyngäs 2007, 34-73 ja 25-49, Kyngäs 2008, 222-223.)

Hoitaja suunnittelee potilaan kanssa yhdessä hoidon aikana olevat tavoitteet, mitkä ovat mukana ohjausprosessin eri vaiheissa. Tavoitteet laaditaan siten, että ne ovat potilaalle mahdollisia saavuttaa, muuttuvia ja mitattavissa olevia. Tavoitteena ohjausprosessissa on auttaa potilasta käsittelemään omaa tilannettaan ja tukea häntä omassa elämäntilanteessa. Ohjattava potilas oppii ohjausprosessin avulla tekemään päätöksiä ja muodostamaan uusia toiminta- ja ajattelutapoja. Ohjaamisella pyritään löytämään potilaiden omat voimavarat, joita tukea sekä lisätä ihmisten hyvinvointia. (Kyngäs 2007, 20-49.)

Ohjausprosessin etenemiselle hoidon aikana on olemassa erilaisia tapoja, riippuen asianmukaisista resursseista, potilaan omista tavoitteista ja kokonaistilanteesta. Ohjauksessa on kysymys tilanteista, mitkä ohjauksen sisältöön laadittujen tavoitteiden myötä etenee, ja lähtötilanne muuttuu. Ohjauksen sisältö voi liittyä terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin, elämänkulun eri vaiheisiin tai muihin vastaan tullessiin muutoksiin. (Kyngäs 2007, 26.)

Ohjauksen laatuun vaikuttavat ohjaukseen käytetty aika, materiaali ja välineet, sekä hoitajan ohjausvalmiudet. (Kyngäs 2007, 21.)

Potilasohjaukseen osallistuvan hoitohenkilöstön yhteistyö ja mahdollisuus kehittää potilasohjausta tukee potilaan tarpeisiin kohdistuvaa ohjauksen toteutumista. Ohjaamisen onnistuneen toteutumisen kannalta on tärkeää, että hoitaja sekä potilas laativat yhdessä suunnitelman ohjaamisesta, jossa näkyy yhdessä laaditut tavoitteet hoidolle. Näin potilaat saavat mahdollisuuden osallistua oman

hoidon kehittämiseen ja ohjaaminen on potilaslähtöistä. Potilaat arvostavat ohjaamisessa eniten potilaslähtöistä toimintaa, sekä avointa vuorovaikutusta. Riittävä ajankäyttö ohjaamisessa edistää laadukkaan hoidon jatkuvuutta, mikä heikkenee ohjauksen ollessa liian vähäinen. (Kyngäs 2007, 21; Torkkola ym. 2002.)

Hoidon jatkuvuuden toteutumisen kannalta ohjaus vastuussa olevilla hoitajilla täytyy olla riittävästi aikaa ja taitoa toteuttaa ohjausta potilaalle, että omaisille. Hoidon jatkuvuudesta vastaa ensisijaisesti potilaan omaiset, sen vuoksi on tärkeää, että omaiset otetaan mukaan jatkohoidon suunnitteluun. Hoidon jatkuvuutta on hankalampi toteuttaa ilman huolellista kirjaamista. (Kyngäs 2007.)

Hoidon jatkuvuus määräytyy sairauden ja hoitoyksikön toteuttaman toimintamallin tai potilasohjauksen ohjausrungon mukaan. Jotta hoidon jatkuvuus toteutuisi, täytyy ohjaus vastuussa olevilla hoitajilla olla riittävästi aikaa ja taitoa toteuttaa, sekä ottaa huomioon hoidon jatkuvuutta edistävät tekijät. Hoidon jatkuvuutta edistävät potilaslähtöinen toiminta, hoidon porrastus, esteetön tiedonkulku, hoito-ohjelmat ja hoitosuositukset sekä moniammatillinen yhteistyö ja hoitohenkilöstön koulutus. (Kyngäs 2007, Kyngäs ym. 2008.)

4.2 Hoitajan ohjausvalmiudet

Hoitajan ohjausvalmiudet tarkoittavat ammatillista perusosaamista ja osaamisvaatimuksia. Ammattitaitoinen hoitaja toteuttaa ohjaamista siten, että siitä näkyy hänen ammatillinen vastuunsa hallita oikeita ohjausmenetelmiä tilanteessa. Ilman ohjausvalmiuksia hoitajalla ei ole tietoa ja taitoa tarjota potilaalle laadukasta ohjaamista. Hoitaja on potilaan ohjaamisessa asiantuntija, jolla katsotaan olevan tietoa ja taitoa ohjattaviin asioihin, oppimisen periaatteisiin ja tarvittaviin ohjausmenetelmiin. Ohjaaminen on prosessi, jossa hoitajalla on vastuu omaksua potilaan tilanteen vaatimat vuorovaikutus sekä päätöksentekotaidot. Näiden taitojen avulla hoitaja valitsee turvallisen ohjausympäristön, ylläpitää ohjausprosessia sekä arvioi ja kirjaa ohjausta. Ohjausvalmiuden ylläpitäminen on hoitajan ammatillinen velvollisuus hänen ohjatessaan potilasta ja se vaatii osakseen tutkimustiedon sekä erilaisten ohjausmenetelmien käyttöä. (Kyngäs 2007, 32-34, Kyngäs 2008, 92-93.)

Ohjaaminen alkaa vuorovaikutuksesta hoitajan ja potilaan välillä. Hoitajan vuorovaikutustaidot ohjaamisessa ovat keskeistä potilaan omien voimavarojen tukemisessa. Terveystieteiden asiantuntijan hyvällä vuorovaikutuksella potilaan oppiminen tehostuu ja hän kehittyy selviytymään omasta arjesta. (Koivuniemi 2011, 112-113.)

Vuorovaikutustaitojen avulla hoitaja auttaa potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja olemaan aktiivinen sekä tavoitteellinen osallistuja omassa hoidossa (Kyngäs 2007, 38-44).

Hoitajan täytyy osata suhtautumisessaan potilaaseen huomioida potilaan ikä, toimintakyky ja henkinen kypsyys. Oikeanlaisella suhtautumisella kehittyy mahdollinen luottamus potilaan ja hoitajan välille. Luottamus on se pohja, jolle rakentaa hoidon tavoitteet. Hoidon tavoitteilla vaikutetaan potilaan hoidon sitoutuneisuuteen ja kehitetään luottamusta hoitajaan hoitosuhteen aikana. Hoitajan vuorovaikutustaitojen hallinta kertoo hoitajan ammatillisesta vastuusta tarjota potilaalle laadukasta ohjausta. Vastuu vuorovaikutuksen toimivuudesta on hoitajalla, mikä vaatii taitoa ja tietoa hoitajalta tietää mitä tehdään ja milloin. Hoitotyön asiantuntijuus vaatii hoitajalta vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Vuorovaikutustaitoihin kuuluvat ohjauksen oikea-aikaisuus, suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjaus ympäristön hyödyntäminen. Hoitajat tarvitsevat päätöksentekotaitoja turvallisen ohjausympäristön valitsemiselle ja ohjausprosessin ylläpitämiselle. Hoitajan tulee kyetä kirjaamaan merkittävät tiedot prosessista, sekä pystyä arvioimaan kokonaisvaltaisesti toteutunutta ohjausta. (Kyngäs 2007, 20-44.)

Ohjaussuhde hoitotyössä rakennetaan vuorovaikutuksen kautta, johon vaikuttavat potilaan ja hoitajan taustatekijät. Toimiva ohjaussuhde edellyttää, että potilas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Toimivassa ohjaussuhteessa hoitaja auttaa potilasta tunnistamaan oman asiantuntemuksensa, mikä edistää potilaan omaa vastuuta omista valinnoista ja toiminnasta. Ohjauksen edellytys on hoitajan osaava vuorovaikutustaitojen hallinta ja potilaan sekä hoitajan kaksisuuntainen vuorovaikutus eli molempien aktiivisuus vuorovaikutuksessa. (Kyngäs 2007.)

Ohjaamisessa on hyvin keskeistä kaksisuuntainen vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Sanattomalla viestinnällä on suurempi osuus vuorovaikutuksessa kuin sanallisella (Kyngäs 2007, 39).

Hyviä ei-verbaalisia keinoja ohjaamisessa ovat katsekontakti, rauhallinen äänensävy, ilmeet ja eleet, rauhallinen ympäristö sekä hidas puhetyyli. Hoitajan ohjeistamisen on hyvä olla mahdollisimman lähellä potilaan omaa sanavarastoa sairaudestaan ja hoidostaan. Potilaan ohjeistuksen jälkeen on tärkeää pyytää potilasta toistamaan ohjeistus oman ymmärryksen mukaan. (Kyngäs 2008.)

Hoidon alussa hoitaja ja potilas laativat yhteiset tavoitteet sekä suunnitelman, mikä tukee potilaan ohjaamista. Tavoitteet syntyvät ohjaamiseen liittyvistä kysymyksistä, joihin hoitaja osaa vastata: miksi ja miten ohjaan potilasta. Hoitajan velvollisuus on huolehtia, että hänellä on potilaan ohjaukseen koskeva riittävä ammattitaito tiedoissa, taidoissa, että osaamisessa. Potilaan taustatekijöiden ja sairauden perusteella hoitajan on pystyttävä arvioimaan ohjauksen tarvetta ja laatua niin, että se vastaa potilaan terveydellisiin tarpeisiin. (Kyngäs 2007, 20-25.)

4.3 Muistisairaahan potilaan ohjaaminen

Muistisairaahan potilaan ohjaamiseen vaikuttavat sairauden vaihe ja laatu. Muistisairaus vaikuttaa ihmisissä yksilöllisesti, joten sairauden piirteetkin ilmenevät potilaissa eri tavoin. Hoitajan on

tärkeää kyetä havainnoimaan sairauden tuomat piirteet potilaan toimintakyvyssä ja mielessä, jotta ohjauksen tarpeet voidaan kohdistaa oikein. Muistisairaahan potilaan ohjaamisen käytännön haasteet ovat kognitiivisten toimintojen heikkeneminen ja sairauden aiheuttamat psyykkiset ongelmat. Toiminnallisilla muutoksilla tarkoitetaan tässä kielellisiä häiriöitä, käytännöllisyyden katoamista ja hahmottamisen häiriöitä. Muistamattoman potilaan kanssa hoitajan ohjaaminen lähtee yhä uudelleen nykyhetken tilanteesta ja potilaan oman mielen tuomien muutoksien kohtaamisesta. Potilaan omassa mielessä tapahtuvilla muutoksilla tarkoitetaan muistin vaikuttamista mieleen siten, että muistisairas voi uskoa olevansa nykyhetkessä lapsi, vaikka todellisuudessa hän on jo iäkäs. Muistisairas saattaa elää omaa elämäänsä jo elettyjä tilanteita uudelleen sairautensa kautta, mikä lisää haasteita ohjata potilasta nykyhetkessä aikataulun mukaisesti. (Heimonen ym. 2001; Kyngäs 2008, 177-185; Kelo ym. 2015, 211.)

Muistin heikkenemisen seurauksena muistisairaalle potilaalle voi ilmaantua mielenterveysongelmia sairauksien aiheuttamana. Muistisairaahan potilaan käytösoireet vaativat ohjaavalta hoitajalta tietoa ymmärtää muistisairaahan potilaan ajattelutapaa. Käytösoireet ovat muistisairaalle potilaalle keino selvittää tilanteesta, jossa hän sillä hetkellä on. Sen vuoksi, hoitajan on tärkeää selvittää oireiden esiintyvyys kysymysten avulla: mitä, milloin ja miten. Jotta hoitajan ja potilaan välille kehittyy hyvä ohjaussuhde, hoitajan täytyy osata kohdata ja ymmärtää muistisairasta potilasta. (Kelo 2015, 220-221 ja 205-223; Kyngäs 2007.)

Muistisairas ei kykene hahmottamaan ohjeiden toiminnallista puolta tai osaa tulkita sanojen merkitystä tarkoituksenmukaisesti. Ohjauksen tavoitteet täytyy asetella siten, että huomioidaan potilaan keskittymiskyvyn laatu seurata ja noudattaa ohjeita. Käytännön ohjaaminen muistisairaahan potilaan kanssa on arjessa selviytymistä. Muistin heikkeneminen vaikuttaa oma-aloitteisuuteen hoitaa omaa taloutta ja raha-asioita. Muisti käytännössä lakkaa toimimasta, jolloin ihminen ei tiedä mitä tehdä, milloin ja miten. Muistisairasta ohjatessa on tärkeää huomioida potilaan mielen olotilaa, jossa hän sillä hetkellä on. Muistin heikkeneminen ja muistamattomuus voi saada potilaan tuntemaan hämmennystä, pelkoa tai vihaa omaa sairauden aiheuttamaa tilannetta kohtaan. Tällöin hoitajan on syytä ymmärtää, miten potilaan tunteet on huomioitava ja niiden kanssa meneteltävä. Muistisairaahan hoidossa on tärkeää tuntea potilaan elämänsä kulkua. Elämänsä kulkua tuntemisen kautta hoitaja pystyy auttamaan ja tukemaan muistisairaahan yksilöllisten tarpeiden, tapojen, tottumusten ja mieltymysten selvittämistä sekä osaa tunnistaa muistisairaahan kyvyt ja voimavarat. (Kyngäs 2008, 177-185.)

Muistisairas potilas tarvitsee ohjausta liikunnan harjoittamisessa, ravitsemuksessa ja lääkehoidossa (Kelo 2015, 218).

Hoitajan kuuluu tehdä muistisairaahan potilaan omaisten kanssa läheistä yhteistyötä ohjauksen aikana, jotta omaiset pysyvät ajan tasalla hoidon kokonaisuudesta sekä pystyvät osallistumaan hoitoon ja edistämään hoidon jatkuvuutta (Kelo 2015, 220-221; Kyngäs 2007).

Hoitotyötä ohjaavat etiikan periaatteet. Etiikan periaatteita hoitotyössä ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekemisen ja pahan välttäminen, oikeudenmukaisuus ja perusteltavuus. (Leino-Kilpi 2014, 30; Kyngäs 2008, 46; Pietilä 2002, 65.)

Hoitotyön koulutuksessa opimme etiikan perusteet hoitotyössä, mitkä antavat hoitohenkilökunnalle tukea käytännössä toimia eettisten ohjeiden mukaan. Hoitohenkilökunnan työntekijöiden yhteinen näkemys hoitotyön arvoista ohjaa hoitajia samansuuntaiseen toimintaan, mikä ilmenee laadukkaana hoitotyönä. (Kyngäs 2007, 23-164.)

Ammattilaista hoitajaa kuvaillaan sanoilla empaattinen, rehellinen, luotettava ja muista välittävä. Nämä kriteerit liitetään sairaanhoitajaan, joka kohtelee potilaitaan eettisten ohjeiden mukaan ammattimaisesti ja osaavasti. (Kyngäs 2007; Leino-Kilpi 2014; Kelo 2015.)

Muistisairaahan potilaan ohjaamisessa on tärkeää muistaa yksilöllisyyden periaate, mikä ilmenee muistisairaahan elämäntarinan kunnioittamisessa. Hoitaja huomioi muistisairaahan ihmisen yksilönä, jolla on omat asenteet, arvot sekä tavat ja tottumukset. Ohjaamisessa tulisi näkyä potilaan toiveet, jotta hän saa osallistua omaan hoitoonsa tasavertaisena aikuisena ja arvokkaana. Silloin ohjauksessa toteutuvat aito potilaslähtöisyys ja potilaan itsemääräämisoikeus. Sairauden eteneminen ja ilmeneminen on potilaiden kohdalla yksilöllistä. Muistisairaahan potilaan laadukkaana hoitotyön toteuttaminen olisi sujuvampaa, mikäli dementoituva potilas tekisi sairauden alkuvaiheessa oman kirjallisen hoitotahdon. Silloin pystyttäisiin paremmin turvaamaan muistisairaahan potilaan laadukkaana hoidon tavoitteet potilaan autonomia, arvokkuudella ja elämäntarinan vaalimisessa. (Kyngäs 2007; 154-156; Kelo 2015; Leino-Kilpi 2014.)

5 Espoon terveyskeskus vuodeosasto 1

Osastolla on 27 potilaspaikkaa. Potilaat ovat äkillisesti sairastuneita aikuisia espoolaisia, jotka ohjautuvat osastolle pääsääntöisesti yhteispäivystyksestä vuorokauden kaikkina aikoina. Potilaat ovat osastolla keskimäärin 10 vrk ja heidät kotiutetaan yhteistyössä omaisten ja kotihoidon kanssa. Terveyskeskusosasto 1 toimii myös kotisairaalan tukiosastona; kotisairaalaista potilaat voivat tulla minä vuorokauden aikana tahansa osastolle. Osastolla toimii myös keuhkohtaumaa sairastavien potilaiden liukumäki, ns. COPD-liukumäki, mikä tarkoittaa, että osasto KEU5:ltä Jorvin sairaalasta keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen vuoksi hoitoon tulleet potilaat voivat tulla tarvittaessa jatkohoitoon TK 1:lle.

Muistisairaudet ovat oleellinen ikääntyvien toimintakykyä heikentävä sairausryhmä. Kun eläkeikä nousee, muistisairauksien osuus työssä käyvien joukossa kasvaa. Useilla suoraan päivystyksestä tulleilla potilailla voi muistisairaus olla vielä tunnistamatta, joten vastaanottavalla

hoitohenkilökunnalla on suuri vastuu potilaan kohtaamisessa ja ohjauksessa, jotta mahdollisimman moni muistisairaus tunnistettaisiin ajoissa.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas hoitohenkilökunnalle muistisairaahan potilaan ohjauksesta.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää muistisairaahan potilaan hoidon laatua.

Oppaan tarkoitus on tarjota hoitohenkilökunnalle tietoa muistisairaahan potilaan ohjauksesta.

7 Oppaan tuottaminen

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittämistyö, mikä on kaksiosainen kokonaisuus. Kokonaisuus sisältää toiminnallisen osuuden eli produktin ja opinnäytetyönraportin. Päämääränä toiminnallisessa opinnäytetyössä on näyttää, että on perehtynyt suuntautumisalansa sekä omaksunut ammatillista ja tutkimuksellista kypsyttä. Tämä saavutetaan tuottamalla toiminnallinen tuotos, jossa tavoitteena on kuvailla prosessia, analysoida sen vaiheita tai kehittää alan käytäntöä. Toiminnallisen tuotoksen kautta voidaan kokeilla ja kehittää palvelua tai tuotetta toiminnan välityksellä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä kuuluu olla prosessia refleктоiva kirjallinen osio eli opinnäytetyön raportti, mikä toimii viitekehyksenä työlle. Käytännön osio eli toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on kuvattuna toiminnallisen työn raportissa. Raportin sisältö on osoitus opinnäytetyön oppimisprosessista, jossa osataan reflektoida oppimaansa ja eritellä se osaksi käytännön toimintaa perustellen. On tärkeää ymmärtää teososan ja kirjallisen osan yhteys, jotta omia valintoja tukee ammattikirjallisuus sekä teoriatausta. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjalliseen työprosessiin kuuluu huolellinen suunnittelu, aiheen tarkka rajaus, aiheen käsittely ja omien ratkaisujen esittäminen analyttisesti toiminnallisen teososan vuoksi. Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamisessa noudatetaan ohjeita, mitkä tulevat esille opinnäytetyön sisällössä ja toteuttamisessa. Toiminnallisen opinnäytetyönraportissa käydään läpi hankkeen tausta ja tavoitteet, hankkeen kohderyhmä, hankkeen merkitys yhteiskunnalle ja kohderyhmälle sekä hankkeen eri vaiheet. (Hakonen, P. 2012; Lumme, R. ym. 2006.)

7.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyön aihe saatiin Espoon terveyskeskus osastolta 1, jossa yksi opinnäytetyön tekijöistä oli ollut työharjoittelujaksolla. Osastolla hoidetaan paljon potilaita, jotka kärsivät eriasteisista muistihäiriöistä. Osastonhoitajan kanssa keskusteltaessa ilmeni, ettei osastolla ole mitään kirjallista materiaalia koskien muistisairaahan potilaan kohtaamista ja ohjausta. Halusimme perehtyä

muistisairaahan potilaan ajatusmaailmaan ja löytää sitä kautta toimivia ohjauskäytäntöjä heidän kanssaan toimimiselle. Opas oli erinomainen keino tuoda asioita käytäntöön hoitohenkilökunnalle. Hahmottelimme erilaisia opasmalleja ja kysyimme ulkopuolisten mielipidettä niistä. Ensimmäinen suunnitelmamme oli tehdä A4-kokoinen kaksipuoleinen opas, mutta yhteistyökumppanimme toivoi pienempää mallia ja siksi päädyimme vihkomaiseen opaslehtiseen kokoon A5. Toteutus pohjautui suurimmaksi osaksi kirjoittamaamme teoriaan. Lisäksi selvitimme yhteistyökumppaniltamme toiveita oppaan sisällöstä. Listasimme ensin asioita, mitä halusimme oppaan sisältävän, jonka jälkeen kirjoitimme tekstiosuudet. Lopuksi muokkasimme kokonaisuuden loogiseen järjestykseen ja helposti luettavaan muotoon.

Pyrimme keskittymään sellaisiin ohjausmenetelmiin, mitkä ovat mahdollista toteuttaa sairaalaolosuhteissa. Meillä oli yhtenäinen linja siitä, että opas pidetään selkeänä ja käytännönläheisenä. Ajatuksena se, että jokainen työntekijä ehtisi esimerkiksi kahvin äärellä lukemaan tuotoksemme.

7.3 Oppaan arviointi

Oppaan tarkoituksena oli tarjota hoitohenkilökunnalle tietoa muistisairaahan potilaan kohtaamisesta ja ohjauksesta. Tavoitteena oli, että oppaasta löytyisi tietoa helposti ja nopeasti muistisairaahan potilaan arjen ohjaustilanteisiin.

Opas esiteltiin Espoon terveyskeskusosasto 1:n henkilökunnalle osastotunnilla. Osastotunnille osallistui osastonhoitaja ja kymmenen hoitohenkilökunnan edustajaa. Jaoimme osallistujille oppaan ja esittelimme oppaan sisällön. Lopuksi jaoimme arviointilomakkeen, jossa kysyimme osallistujien mielipidettä oppaan sisältöön, selkeyteen, ulkomuotoon ja tarpeellisuuteen.

Annoimme osallistujille mahdollisuuden palauttaa kyselykaavake kahvihuoneeseen jätettyyn palautuslaatikkoon myöhemmin tai palauttaa kyselykaavake heti. Kaikki osallistujat halusivat palauttaa arviointilomakkeen heti. Kaikki kaavakkeet kerättiin nimettöminä.

Kyselyyn vastasi yksitoista henkilöä ja kaikkien vastanneiden mielestä opas oli helposti luettava, oppaasta löytyi tarvittava tieto, eikä oppaasta löytynyt asiavirheitä. Kaikkien mielestä oppaan ulkonäkö oli miellyttävä ja opas oli sopivan kokoinen. Opasta pidettiin selkeänä ja fonttikokoa sopivana ja lisäksi kaikkien mielestä oppaasta tulisi olemaan hyötyä sekä osastolla työskenteleville, että hoitoalan opiskelijoille.

Osaston henkilökunta toivoi alkuperäiseen oppaaseen pieniä muutoksia. Teimme pyydetyt korjaukset ja toimitimme uuden oppaan osastolle.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä vain silloin, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Siihen on olemassa tietynlaisia sääntöjä, joista luettelemme nyt tärkeimmät.

Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän ja luotettavan tieteellisen käytännön lähtökohtia on rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimukseen tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmiä eettisesti. Toisten tekemiä töitä tulee kunnioittaa ja heidän julkaisuihinsa viittaaminen tulee tehdä asianmukaisella tavalla. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan. Tutkimuksen aikana syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen ohjeiden edellyttämällä tavalla. Tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna kaikkien ryhmän jäsenten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet, sekä aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset määritellään kaikkien osapuolten suostumuksen mukaisiksi. Tutkimuksen edetessä niitä voi kuitenkin tarvittaessa tarkentaa. Rahoituslähteet ja tutkimuksen merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville. Tutkijoiden tulee pidättäytyä kaikista tieteeseen ja tutkimukseen liittyvistä arviointi - ja päätöksentekotilanteista. Tutkimusorganisaatioissa toteutetaan hyvää henkilöstö - ja taloushallintoa, sekä huomioidaan tietosuojaa koskevat asiat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Sitouduimme kaikki opinnäytetyöhön ja olemme noudattaneet työtä tehdessämme eettisiä toimintatapoja. Lisäksi lähteenne ovat luotettavia ja olemme merkinneet ne Laurea-ammattikorkeakoulun sääntöjen mukaisesti. Oppaan sisältämä kuva on otettu tekijänsuojavapaasta, ilmaisesta kuvapankista. Olemme toimineet yhteistyössä yhteistyökumppanimme, sekä ohjaavan opettajan kanssa. Tutkimuslupaa emme tarvinneet, vaan sovimme aiheen yhteistyökumppanimme kanssa ja hyväksytimme sen ohjaavalla opettajallamme. Aloitimme hankkeen opinnäytetyösopimuksen tekemisellä, johon hankimme kaikkien osapuolten allekirjoitukset. Sen jälkeen lähdimme luomaan vaiheittain työtämme. Olemme tyytyväisiä lopputulokseen ja olemme toimineet eettisesti ja luotettavasti koko urakan ajan.

8.2 Oppaan tarkastelu

Oppaassa käytimme lähteenä Erkinjuntin, Remeksen, Rinteen ja Soinisen (toim.) 2015 toimittamaa Muistisairaudet-teosta. Teoksessa on monta kirjoittajaa, jossa suomen johtavat muistisairauksien asiantuntijat käsittelevät aihetta monipuolisesti laajasta näkökulmasta. Teos on erittäin kattava ja antoi erinomaisen lähteen oppaan luomiselle. Olemme pyrkineet tekemään oppaasta helposti luettavan valitsemalla selkeän fontin ja pitämällä fonttikoon melko suurena, jotta sitä olisi helppo lukea samalla, kun potilasta ohjataan. Olemme koonneet oppaaseen vain tärkeimmän teoreettisen tiedon mikä on oleellista kohdattaessa ja ohjattaessa muistisairasta potilasta. Olemme käsitelleet

eri muistisairauksien ominaispiirteitä ja eroja tässä opinnäytetyössämme aiemmin. Emme liittäneet niitä itse oppaaseen, jotta oppaasta ei tulisi liian laajaa ja näin opasta olisi helpompi hyödyntää muistisairaana ohjauksessa.

Olemme suunnanneet oppaan osaston henkilökunnalle sekä uusille työntekijöille perehdytyksen yhteydessä. Toivomme myös, että terveydenhuoltoalan opiskelijat käyttäisivät opasta harjoittelujaksojen aikana.

8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimuksen aiheet

Jatkotutkimusaiheita voisi olla oppaan käytettävyys ja hyödyllisyys. Olisi mielenkiintoista tietää, otettiinkö opas päivittäiseen käyttöön osastolla ja oliko siitä hyötyä. Kehitysehdotuksena voisi tutkia olisiko tarpeellista tehdä hieman laajempi opas taskukokoisena versiona hoitoalan opiskelijoita varten. Se voisi sisältää tietoa myös yleisimmistä etenevistä muistisairauksista, niiden ominaispiirteistä ja tyypillisimmistä käytöshäiriöistä.

9 Lähteet

1. Erkinjuntti, T., Melkas, S., Jokinen, H. 2013. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen ja sen riskitekijät. Viitattu 12.12.2015.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>
2. Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen H.(toim.) 2015. Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
3. Erkinjuntti, T., Viramo, P. 2015. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa: Timo Erkinjuntti, Anne Remes, Juha Rinne, Hilikka Soininen (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 57.
4. Hallikainen, M., Remes, A. 2015. Alzheimerin tauti työikäisellä. Suomen Lääkärilehti 23/2015vsk70, 1647-1649
<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/alzheimerin-tauti-tyoikaisella/>
5. Heimonen, S. 2001. Dementoituvan potilaan hoitopolku. Teoksessa: Heimonen, S., Voutilainen, P. (toim.). Kustannusyhtiö. Tammi
6. Hellsten, Taina 2013. Tästä tunnistaa alkavan muistisairauden. Viitattu 23.11.2015.
<http://www.studio55.fi/terveys/article/geriatri-tasta-tunnistaa-alkavan-muistisairauden/132660>
7. Immonen, S. 2012. Perspectives on alcohol consumption in older adults. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Viitattu 12.12.2015.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37625/immonen_dissertation.pdf?sequence=1
8. Hakonen, P. 2012. Toiminnallisen opinnäytetyön piirteitä. Viitattu 4.1.2016.
<https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=57182852>
9. Juva, K. 2014. Alkava muistisairaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja. Duodecim 2014;130 (10):969-74.Viitattu23.11.2015
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo11656.pdf>
10. Kangasniemi M. (toim.) 2013. Lähietiikan lähteillä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisusarja 1/13 F, Vantaa.

11. Kangasniemi M. TtT. 2013. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Eettinen kohtaaminen-päivittäinen suuri kysymys. Viitattu 20.03.2016.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&si.d=16&issue=2013-02>
12. Kelo, S. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Teoksessa: Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
13. Koivuniemi, K., Simonen, K., Kauko. 2011. Kohti asiakkuutta ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim. Otava Oy.
14. Kyngäs, H. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Teoksessa: Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. Helsinki: WSOY.
15. Kyngäs, H., Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
16. Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairaudet. Viitattu 22.2.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>
17. Käypä hoito -suositus 2015. Parkinsonin tauti. Viitattu 23.11.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50042>
18. Leino-Kilpi, H. 2014. Etiikka hoitotyössä. Teoksessa: Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. Helsinki SanomaPro Oy.
19. Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M., Sundqvist, L. 2006. Virtuaali-ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.4.2016.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>
20. THL 2015. Läpimurtotutkimus: Elintapaneuvonta ehkäisee muistihäiriöitä. Viitattu 18.2.2016.
<https://www.thl.fi/fi/-/lapimurtotutkimus-elintapaneuvonta-ehkaisee-muistihairioita>
21. Myllymäki, E. 2012. Sairaanhoidajan käsikirja. Ikääntyvän päihteidenkäyttäjän hoito ja ohjaus. Viitattu 16.12.2015. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

22. Pietilä, A-M. 2002. Terveystietä Teoksessa: Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M., Sirola, K. Sanoma Pro.
23. Rosenvall, A., Rättö, H., Finne-Soveri, H., Häkkinen, U., Juntunen, M., Järvelin, J., Linnosmaa, I., Noro, A., Kuronen, M., Malmivaara, A. 2015. Neljän vuoden seuranta tutkimus helsinkiläisistä ja espoolaisista muistisairaista. Palvelujen käyttö, pitkäaikaishoito ja koulutus. Suomen Lääkärilehti 37/2015 2332-2339.
<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/sisallysluettelo/?year=2015&magazine=3069>
24. Runsten, S. 2008. Alkoholidementia. Luentomateriaali. Viitattu 3.1.2016.
http://www.halko.fi/koulutukset/2008/erityishaasteet/silja_runsten_alkoholidementia.pdf
25. STM1 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 24.11.2015.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>
26. STM2 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. viitattu 12.12.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
27. Syväoja, P. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Teoksessa: Syväoja, P., Äijälä, O. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.
28. THL1 2015. Kansantaudit. Muistisairaudet. Viitattu 11.3.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
29. THL2 2015. Läpimurtotutkimus: Elintapaneuvonta ehkäisee muistihäiriöitä. Viitattu 18.2.2016.
<https://www.thl.fi/fi/-/lapimurtotutkimus-elintapaneuvonta-ehkaisee-muistihairioita>
30. Torkkeli, J., Heikkilä E., Huhtakallio, S. 2012. Metropolia Ammattikorkeakoulu, innovaatioprojekti. Viitattu 19.3.2016
<https://wiki.metropolia.fi/download/attachments/44961136/Koulutusmateriaali.pdf?version=1&modificationDate=1333009484000>
31. Torkkola, S (toim.). 2002. Terveystietä. Teoksessa: Torkkola, S. (toim.), Sukula, S., Poskipart, M., Ruusuvaara, J., Nikander, P., Kunelius, P., Renvall, M., Nordman, T., Mustonen, M., Mansikkamäki, T. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
32. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 1.4.2016.

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

33. Vataja, R. 2015. Käyttäytymisen ja psyyken tutkiminen. Teoksessa: Timo Erkinjuntti, Anne Remes., Juha Rinne., Hilikka Soininen (toim.). Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
34. Viramo, P., Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Anne Remes, Juha Rinne, Hilikka Soininen (toim.). Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
35. YLE 2016. Muistisairas ymmärtää vaikka ei muista. Viitattu 22.3.2016
http://yle.fi/uutiset/muistisairas_ymmartaa_vaikka_ei_muista/6773144

9 Liitteet

ARVIOINTILOMAKE: MUISTISAIRAAN POTILAAN KOHTAAMINEN JA OHJAUS

Sisältö:

Onko opas helposti luettava?

Löytyykö oppaasta tarvittava tieto?

Haluaisitko lisätä oppaaseen jotakin?

Onko oppaassa asiavirheitä?

Ulkonäkö:

Onko opas sopivan kokoinen?

Onko oppaan ulkoasu miellyttävä?

Muuttaisitko jotakin, mitä?

Selkeys:

Onko opas tarpeeksi selkeä?

Onko fontti sopiva?

Luuletko, että oppaasta on hyötyä osastolla?

Muistisairaahan potilaan kohtaaminen ja ohjaus



Kuva: Pixabay kuvapankki

Muistisairaahan tunnistaminen

Sairaanhoitajan tulee kiinnittää huomiota potilaan ulkonäköön, kuten ruumiinrakenteeseen, siisteyteen ja pukeutumiseen, joista voi epäillä muistisairautta. Usein muistisairaus alkaa perustarpeiden kuten syömisen, peseytymisen ja siisteyden unohtamisena. Tutkimuksissa on todettu, että alentunut kuulo ja kiihtyvä painon putoaminen ennustaa hyvin sairauden muistisairauden alkua. Kiinnitä ohjatessa huomioita potilaan puheeseen, vastaako hän yksittäisillä sanoilla vai lauseilla, joudutko toistamaan kysymyksen monta kertaa vai vaihtaako potilas puheenaihetta vastauksen sijasta. Kiinnitä myös huomiota kysymyksiin, jotka kohdistuvat viime päivien, viikkojen ja kuukausien tapahtumiin, muistaako potilas esim. viikonpäivän, kuukauden ja vuoden, lähimuistissa muutokset näkyvät herkimmin.

Masennus ja muistisairaus liittyvät toisiinsa paljon, masennus voi olla myös muistisairauden ensimmäinen oire.

Kohtaaminen

Muistisairauksien lisääntyminen on yksi isoista yhteiskunnan haasteista lähivuosisikymmeninä. Potilaan vastaanottavalla sairaanhoitajalla on suuri vastuu muistihäiriön varhaisessa taudinmäärityksessä.

Muistisairaahan potilaan kohtaaminen on jokaisen ammattilaisen arjen jokapäiväinen eettinen kysymys. Tavoite on kohdata potilas niin, että hänelle jää kokemus ihmisarvosta ja kunnioituksesta. Muistisairaahan potilaan kohtaamisessa tärkeää on säilyttää ja tukea hänen omanarvontuntoaan ja kunnioittaa hänen autonomiaansa sairaudesta huolimatta. Hoidon tavoite tulee olla aina hyvä elämänlaatu. Potilaan täytyy tuntea olonsa turvalliseksi ja itsensä merkitykselliseksi. Potilaan hoitotahtoa tulee kunnioittaa ja sitä ei saa muistisairauden vaiheesta huolimatta ohittaa.

Muistisairaahan kanssa viestiminen

On tärkeää osata viestintää, sillä muistisairas aistii herkästi tunnelmia, sekä tulkitsee ilmeitä ja eleitä. Viestinnän onnistumiseksi muistisairasta kannattaa aina lähestyä edestä hitaasti, hymyillen ja pehmeällä äänensävyllä, jotta potilas ei säikähdä ja tule epäluuloiseksi. Kohdatessaan muistisairaahan potilaan sairaanhoitajan tulee tarkkailla potilasta kokonaisvaltaisesti. Ammattilaisen tulisi yrittää tulkita ruumiinkieltä puheen lisänä. Se voi kertoa hermostuneisuudesta, väsymyksestä, jännittyneisyydestä, surullisuudesta jne. Yllättävä itku tai nauru ei välttämättä kerro potilaan tunnetilasta, vaan tulee esille pakkotoimintoina väsymyksen tai hermostuneisuuden myötä. Tällaisen tilanteen katkaisemiseksi tulisi huomio kiinnittää muualle.

Hyvä ympärivuorokautinen hoito

Hoito edellyttää riittävän henkilökuntamäärän, että muistisairaahan potilaan erityispiirteet voidaan huomioida. Muistisairas potilas tarvitsee yksilöllistä hoitoa. Laaja tiedonkeruu potilaasta takaa sen, että toimintakyvyn heikkeneminen ja käytösoireet tunnistetaan ajoissa ja niihin voidaan reagoida. Muistisairaahan potilaan kohdalle tulisi sopia mahdollisimman saman kaavan mukainen päivittäinen hoito. Tämä luo muistisairaalle turvallisuuden tunnetta ja näin vältetään ylimääräistä ahdistusta.

Turvallinen ympäristö

Pienillä asioilla voi helpottaa muistisairaahan oloa. Huoneessa ei tule olla mitään ylimääräistä, voimakkaat värit ja kuviot voivat sekoittaa mieltä vain entisestään. Selkeitä paikkaan ja aikaan orientoitumista helpottavia vihjeitä tulisi olla näkyvillä. Valaistuksen tulee olla riittävä, myös yöksi tulisi jättää potilaalle valoa. Turvallisuuden tunteen syntymisen kannalta on tärkeää, että henkilökunta on näkyvillä. Levollisuuden tunnetta tuo myös se, että ylimääräinen melu minimoidaan. Tämä voidaan huomioida potilaan huoneen valinnassa.

Kivun hoito

Kivun tunnistaminen on haastavaa, kun muistisairaus on edennyt. Jos potilaalla ilmenee käytöshäiriöitä, univaikeuksia tai toimintakyvyn heikkenemistä, voi hänellä olla kipuja. Hoitajan tehtävä on tulkita muistisairaahan kokonaisvaltaista vointia ja huolehtia riittävästä kipulääkityksestä. Kivuista kannattaa kysyä muistisairaalta normaalia useammin.

Delirium

Muistisairaille on todennäköisempi mahdollisuus joutua äkilliseen sekavuustilaan. Se voi olla oire esimerkiksi tulehduksesta tai vaikka vain ummetuksesta. Tällöin tulee pyrkiä tehokkaaseen oireen mukaiseen hoitoon. Sekavuustilassa potilaan tarkkaavaisuus heikkenee ja puhe harhailee entistä enemmän. Myös erilaiset harhat tulevat kuvaan.

Tutkimukset ja hoidon suunnittelu

Muistisairaahan potilaan kohdalla tulee ottaa huomioon potilaan ennuste sekä hänen ymmärryksensä suhteessa tutkimuksiin ja hoitoihin. Muistisairauden edettyä vaikeaan vaiheeseen ei kannata ryhtyä tutkimuksiin, jotka eivät paranna potilaan elämänlaatua välittömästi. Ylimääräiset tutkimukset ja

hoidot aiheuttavat muistisairaalle vain stressiä. Mikäli potilas ei ymmärrä hoidon tarkoitusta, on syytä pidättäytyä esimerkiksi kivuliaista tutkimuksista.

Psyykkisten oireiden hoito

Psyykinen oireilu muistisairailta on tavallista. Sänkyyn sitomista tulisi välttää ja tilalle kokeilla esimerkiksi psykoosilääkettä. Ammattitaitoinen henkilökunta yrittää myös lääkkeetöntä hoitoa. Aina ensin täytyy poissulkea somaattiset vaivat, sekä ravitsemus. Myös potilaan taustatietoihin ja omaisiin turvautumalla saattaa löytyä hyvinkin yksinkertaisia uusia lähestymistapoja.

Loppuvaiheen hoito

Hyvällä perushoidolla voidaan ylläpitää jäljellä olevaa elämän laatua. Hoitotilanteissa ystävällinen puhuminen ja lempeä ääni ovat erityisen tärkeitä. Muistisairas ihminen tuntee kosketuksen ja tunnistaa yleensä tutut äänet. Ympäristö tulee pitää rauhallisena. Muistisairaana potilaan kivuttomuudesta ja mahdollisesta ahdistuksesta tulee huolehtia erityisen tarkoin, sillä hän ei välttämättä kykene niitä ilmaisemaan. Tarpeettomia siirtoja tulee välttää ja olisi ihanteellista, että potilas saisi kuolla siellä, missä on viimeiset kuukautensa viettänyt.

Ohjaaminen

Aloita ohjaus silloin, kun häiriötekijöitä on mahdollisimman vähän.

Ohjaukseen on varattava riittävästi aikaa, ohjattavan on saatava rauhassa miettiä kysymyksiä ja vastauksia, ei saa hoputtaa, toista kysymys useita kertoja.

Istuudu ohjattavan kanssa samalle tasolle, ota katsekontakti.

Varmista että potilas kuulee ja näkee kunnolla dementiaa sairastavalla potilaalla on usein kuulovaikeuksia tai äänet kuuluvat kaoottisina, huomio onko potilaalla kuulolaite tai silmälasit.

Puhu kieltä, jota ohjattava on lapsena puhunut, äidinkieli säilyy pisimpään ja rauhoittaa.

Puhu selkeästi, lyhyesti ja yksi asia kerrallaan. Käytä tuttuja sanoja ja ilmaisuja, ei vierasperäisiä sanoja. Näytä kuvia ja konkreettisia esineitä, jos mahdollista.

Anna mahdollisuus valita, mielellään vain kahdesta vaihtoehdoista, jos vaihtoehtoja on enemmän, muistisairas hämmentyy, eikä muista kaikkia vaihtoehtoja.

Jos haluat potilaan siirtyvän, älä avusta, jos ei ole pakko, anna siirtymiselle aikaa, ohjaa liikettä tarvittaessa esim. taputtamalla kevyesti sitä kättä tai jalkaa, jota haluat siirrettävän.

Tue pehmeästi, älä tartu vaatteisiin tai kainaloihin auttaessasi potilasta ylös.

Kerro päivän ohjelma yleisesti ja viimeiseksi vielä uudelleen, mitä seuraavaksi tapahtuu esim. aamupesut, ruokailu, lääkärinkierto jne.

Kerro potilaalle sairaala, osasto, huoneen numero, paikka, soittokello, puhelin, valot ja ympäristö pidetään sen jälkeen mahdollisimman muuttumattomana.

Muistisairaahan huone tai sänkypaikkaa ei vaihdeta.

Pidä tavarat tutuilla paikoilla.

Uusi ympäristö voi ahdistaa, käy säännöllisin välein kysymässä vointia ja kertomassa missä potilas on ja mitä varten.

Varmista turvallisuus: Ota huomioon liikkumiseen vaikuttavat oireet esimerkiksi hahmotushäiriöt ja tasapainovaikeudet, sopivat jalkineet edesauttavat turvallista liikkumista.

Ohjaa potilasta kävelyä, istumista, nousemista ja laskeutumista helpottavien välineiden, kaiteiden ja tukien käytössä toistuvalla ohjauksella.

Huomioi, että valaistus on asianmukainen.

Huomioi vaeltelu ja karkailu varsinkin iltaisin.

Opas on suunniteltu Espoon terveyskeskus osasto 1:n sisäiseen käyttöön. Opas on suunniteltu Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä osana Ohjaus hoitotyössä - hanketta 2016.

Hoitotyön koulutusohjelma: Merja Holm, Kristiina Nuutinen, Liisa-Maria Soronen

Lähteet:

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H.(toim.) 2015. Muistisairaudet.2., uudistettu painos. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim.

