



Muistisairaanpotilaan hoito päivystyksessä -kirjallisuuskatsaus

Marjo Linnaluoma

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Muistisairaanpotilaan hoito päivystyksessä
- kirjallisuuskatsaus**

Marjo Linnaluoma
Sairaanhoito
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2019

Marjo Linnaluoma

Muistisairaanpotilaan hoito päivystyksessä -kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2019

Sivumäärä 27

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairaan potilaan päivystyskäynnin erityistarpeita. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulosten perusteella määriteltiin, mikä on hoitavan henkilökunnan tietotaito muistisairasta potilasta huomioitaessa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten muistisairaan potilaan päivystyskokemusta voidaan parantaa ja hoitohenkilökunnan tietotaitoa lisätä tämän potilasryhmän erityistarpeita vastaamaan.

Haku tehtiin 2009-2019 julkaistuihin tutkimuksiin ja Finna, Medic, Cinahl ja Proquest Central-tietokannoista saatiin 94 viitettä. Näistä kolme tutkimusta valittiin kirjallisuuskatsaukseen.

Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella oli näyttöä, että muistisairaan potilaan hoidon laatuun päivystyksellisessä ympäristössä voidaan vaikuttaa positiivisesti kodinomaisilla erityishoitoyksiköillä, henkilökuntaa kouluttamalla sekä antamalla hoitajille työkaluja muistisairaan viestintään hoidossa, kivun hallintaan ja deliriumin tunnistamiseen. Johtopäätöksenä tutkimuksessa oli se, että akuuttihoitotyössä olevien hoitajien koulutusta on lisättävä muistisairaan potilaan kohtaamisessa ja hoitokäytännöissä.

Asiasanat: muistisairaudet, hoitotyö, päivystyspoliklinikka, akuuttihoito

Marjo Linnaluoma

Memory disorder patient's treatment in acute care

Year 2019

Pages

27

The purpose of the thesis was to examine the special needs of an on-call memory disorder patient by a descriptive literature review. Based on the review, the nursing staff's qualification could be determined according to the needs of the memory disorder patient. The main objective of the study was to examine how an on-call memory disorder patient's hospital experience can be improved and also, how the nursing staff's expertise can be enhanced to fit the special needs of this particular patient group.

The literature search was conducted on publications that were released in Finna, Medic, Cinahl and Proquest Central databases between the years 2009 and 2019. A total of 94 references were collected through the search. From these 94 publications, three were selected for the final literature review.

The results of the thesis showed evidence that the quality of treatment of an on-call memory disorder patient can be influenced positively by home-based special care units, nursing staff training and by providing the nursing staff with tools for patient communication, pain management and identifying delirium. The conclusion of the study was that memory disorder patient encounters and treatment practices should be emphasized more in the education of nurses working in acute care.

Keywords: memory disorder, nursing, emergency department, acute care

Sisällys

1	JOHDANTO	6
2	MUISTISAIRAUDET	7
2.1	Muistisairaudet Suomen väestössä	7
2.2	Ohimenevät, pysyvät jälkitilat ja hoidettavissa olevat muistihäiriön syyt	7
2.3	Etenevät muistisairaudet	8
2.4	Dementia	9
2.5	Delirium.....	9
2.6	Muistisairaahan käytösoireet.....	10
3	PÄIVYSTYSHOITOTYÖ	11
3.1	Päivystyshoitotyötä valvovat tahot	11
3.2	Päivystysapu	11
3.3	Liikkuva sairaala Liisa	12
4	HYVÄN HOIDON KÄYTÄNNÖT	12
4.1	Muistisairaahan identiteetin tukeminen	13
4.2	Kuntouttaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen	13
4.3	Ravitsemuksesta huolehtiminen.....	13
4.4	Oikeus hyvään kivun hoitoon.....	13
4.5	Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys.....	14
4.6	Esteetön ympäristö	14
4.7	Muistisairaahan itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky	14
4.8	Vuorovaikutus käytännötilanteissa	15
5	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
6	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS	16
7	TULOKSET	19
7.1	Kvalitatiivinen tutkimus terveydenhuoltohenkilöstön asenteista dementia hoitoon ja koulukseen	19
7.2	Dementiaa sairastavien potilaiden hoito akuutissa trauma- ja ortopedian yksikössä- toiminnallinen tutkimus.....	19
7.3	Toteutettavuustutkimus somaattisen sairauden takia akuuttihoitoon joutuville dementia potilaille dementian erikoisyksikössä	20
8	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	20
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	21

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui kirjallisuuskatsaus muistisairaahan potilaan hoidosta päivystyksessä. Opinnäytetyön aiheen tavoitteena oli tuottaa tietoa muistipotilaan hyvän hoidon käytännöistä akuuttihoitossa. Aihetta tarkasteltiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimusten pohjalta pyrittiin löytämään keinoja edesauttaa muistisairaahanpotilaan selviytymistä ja komplikaatioiden välttämistä päivystyksen hektisessä ympäristössä. Valitsin työn oman kiinnostukseni pohjalta, sekä niin, että voin ammatillisesti oppia uutta opinnäytetyötä tehdessäni sekä kantaa mukana tulevaisuudessa hoitotyötä tehdessäni.

Muistisairauksiin on liitetty perinteisesti kielteinen leima ja syrjivät asenteet ovat heikentäneet muistisairaiden ihmisten hyvinvointia. Vaikka tieto ja ymmärrys muistisairauksista ja niiden hoitomahdollisuuksista on muuttuneet, asenteet eivät ole muuttuneet yhtä nopeasti. Kansallinen muistiohjelma (2015) asettaa vuodelle 2020 tavoitteen, että muistisairauksiin ja sairastuneisiin ihmisiin liittyvät asenteet ovat muuttuneet yhteiskunnassa myönteisemmiksi. Ajankohtainen haaste on kansallisen muistiohjelman nopea ja johdonmukainen jalkauttaminen terveydenhuoltoon. Tähän liittyy myös ehyen hoitopolun rakentaminen ja muistipotilaiden läheisten keskeisen roolin huomioiminen. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen, 2015.)

Muistisairaus heikentää ihmisen kognitiivisia toimintoja (Erkinjuntti ym 2015). Dementia-oireyhtymä yhdessä akuutin somaattisen sairauden kanssa lisää riskiä turhiin potilassiirtoihin osastolta toiselle, sillä nämä potilaat eivät saa tarvitsemaansa asianmukaista hoitoa (Zieschang, Dutzi, Muller, Hestermann & Grunendahl 2010). Päivystysympäristö voi olla muistisairautta kärsivälle henkilölle kova raskaus ja hyvinvointia heikentävä tekijä. Halusin kirjallisuuskatsauksessa selvittää mitä tutkimuksia muistisairaista päivystyksessä on aiemmin tehty. Ihanteellista olisi, että opinnäytetyö inspiroisi tutkimaan muistisairaahanpotilaan hoitokäytäntöjä suomalaisessa päivystysympäristössä.

2 MUISTISAIRAUDET

2.1 Muistisairaudet Suomen väestössä

Suomessa vuoden 2013 väestötutkimuksen mukaan keskivaikeasta ja vaikeasta muistisairaudesta kärsii noin 93 000 henkilöä. Tämän lisäksi lievää muistisairautta arvellaan olevan noin 100 000:lla ja tiedon käsittelyn lievää heikentymää 200 000:lla henkilöllä. Muistisairaudet eivät ole vain vanhuuden sairaus, vaan etenevää muistisairautta sairastaa noin 7000 30-65-vuotiasta työkäistä. Merkittävän suuri osa muistisairauksista jää diagnosoimatta (Käypä hoito -suositus, 2017).

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa muisti sekä muut tiedonkäsittelyn osa-alueet, kuten kielelliset toiminnot, näköön perustuva hahmottaminen ja toiminnanohjaus, heikentyvät (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017). Muistisairauksien taudinmäärityksessä ovat tärkeässä roolissa muistikyselyt, kuten CERAD, jotka tehdään sekä potilaalle, että omaiselle. Kliinisten oireiden ohella keskeisiä ovat myös taudin biologiset merkit, kuten esimerkiksi kuduskato aivojen magneettikuvassa ja selkänesteen proteiinimuutos. (Erkinjuntti ym. 2015). Muistihäiriön taustalla voi olla jokin paikallinen vaurio, hermosolun tai aineenvaihdunnan häiriö tai toiminnallinen häiriö. Muistin kannalta olennaisia aivojen alueita ovat sisempi otsalohko, erityisesti entorinaalinen kuorikerros ja hippokampus, talamus yhteydet etuaivoalueelta tyvitumakealueelle. (Erkinjuntti ym. 2006a, 34.) Muistihäiriön yleiset syyryhmät voidaan jaotella ohimeneviin, hoidettavissa oleviin, pysyvään jälkitilaan tai eteneviin syihin. (Erkinjuntti 2006b, 79).

Hyvin monien tekijöiden tiedetään vaikuttavan muistiin. Etenevien aivosairauksien lisäksi, muun muassa yksilön primääriset tekijät, mielialatekijät, stressi, uupumus, unihäiriöt, ympäristö ja tilannetekijät, psyykkiset ja elimelliset sairaudet, aistipuutokset, aineenvaihdunnan sairaudet sekä alkoholi ja lääkeaineet voivat vaikuttaa muistin toimintaan. (Erkinjuntti ym. 2015.) Tiedonkäsittely hidastuu ja muuttuu katkonaiseksi, laajojen kokonaisuuksien hallinta ja monimutkaisten päätösten tekeminen vaikeutuvat sekä luovuutta ja uuden suunnittelua vaativat tehtävät hankaloituvat. Alzheimeria sairastavalla potilaalla nämä toissijaiset syyt voivat huonontaa hänen mahdollisuuksiaan käyttää jäljellä olevia kykyjään. Tulisikin muistaa Alzheimer potilaalla kiinnittää aiempaa enemmän huomiota esimerkiksi verenpaineen vaihteluun, suureen kolesterolipitoisuuteen ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin. (Erkinjuntti ym. 2006a, 26, 40)

2.2 Ohimenevät, pysyvät jälkitilat ja hoidettavissa olevat muistihäiriön syyt

Muistihäiriöiden syitä selvitetessä on tärkeää erottaa ohimenevät ja hoidettavissa olevat syyt etenevistä ja pysyvistä jälkitilojen aiheuttamasta muistihäiriöstä. Ohimeneviä muistihäiriön syitä ovat esimerkiksi aivoverenkiertosaigus, lievä aivovamma, epileptinen kohta, päihtet ja psykiatriset häiriöt. Hoidettaessa olevat tilat tulisi havaita ennen pysyvän toimintakyvyn heikentymistä. Muistihäiriö voi johtua esimerkiksi jostakin yleissairaudesta kuten masennuksesta,

lisämunuaisen toiminnan häiriöstä, maksan- tai munuaisen vajaatoiminnasta tai vain foolihapon tai B1- ja B12-vitamiinin vähäisestä saannista. Pysyvän jälkitilan voi aiheuttaa aivovamma, tulehdukselliset aivoverenkierronsairaudet, B1-vitamiinin puutos, leikkaus ja sädehoito ja alkoholiin liittyvä aivovaurio. (Erkinjuntti 2006a, 37-38.)

2.3 Etenevät muistisairaudet

Elämää olennaisesti haittaavan muistivaikeuden takana on aivojen toimintaan heikentävästi vaikuttava sairaus. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen eli aivoverenkiertosaireuden muistisairaus, Alzheimerin ja aivoverenkiertosaireuden yhteisvaikutus, otsalohkorappeumat ja Lewyn kappale-patologiaan liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale-tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus. Etenevä muistisairaus on keskeinen dementiaan johtava tila joka johtaa aina kuolemaan. Tavoitteena on muistisairauden oikea diagnoosin tekeminen, muistihäiriön pahentavien toissijaisten tekijöiden hoito, vaaratekijöiden hallinta, lääkehoitojen toteuttaminen, hoitoketjun eheyden varmistaminen sekä yksilöllisen kunto- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen. (Erkinjuntti ym. 2006a, 33; Erkinjuntti ym. 2006b, 79-80; Käypä hoito -suositus, 2017).

Alzheimerin tauti on yleisin etenevistä muistisairauksista. Noin 70 % kaikista etenevää muistisairautta sairastavista on Alzheimerin tauti. Tauti alkaa tyypillisesti muistioireella, ja muisti on koko sairauden ajan vaikeimmin heikentynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. Diagnoosi perustuu tyypillisen poirekuvaan sekä tautia tukeviin kliinisiin ja neuropsykologisiin löydöksiin, kuvantamislöydöksiin ja biologisten merkkien löydöksiin. Omatoimisuuden heikentyminen on yhteydessä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen, mutta muut neurologiset oireet ja löydökset ovat harvinaisia taudin varhaisvaiheessa. Poikkeamat taudin tyypillisessä kulussa viittaavat liitännäissairauksiin kuten, sydän-, verisuoni- ja aivoverenkiertosaireuksiin tai aivovammoihin, jotka tulee tunnistaa ja hoitaa. Parantavia hoitoja Alzheimerin tautiin tutkitaan laajasti. (Käypä hoito -suositus, 2017; Erkinjuntti ym. 2015.)

Aivoverenkiertosaireuden muistisairaus käsittää tiedonkäsittelyn yhdellä tai useammalla osa-alueella ilmenevät rajalliset oireet ja myös oirekuvaltaan laaja-alaiset etenevät muistisairaudet. Tähän ryhmään kuuluvat oirekuvaltaan monen tyyppiset verisuoniperäiset ja aivomuutoksiin liittyvät tiedonkäsittelyn ja muistin alenemat. Infarktin aiheuttamat tilat ja pienten- ja suurten suonien tauti kuuluvat tähän ryhmään. (Käypä hoito -suositus, 2017)

Lewyn kappale -patologiaan liittyville sairauksille on tyypillistä, että muistimuutokset tapahtuvat vasta taudin myöhemmässä vaiheessa. Hermosolun sisäisiä Lewyn kappaleita nähdään Parkinsonin taudissa mustatumakkeessa ja aivokuoressa. Lewyn kappale -taudissa niitä esiintyy erityisesti limbisen järjestelmän rakenteissa ja aivokuoressa. Lewyn kappale -tautia sairastavilla noin puolella on aivossa myös Alzheimerintaudin muutoksia ja näitä sairauksia on joskus

kliinisesti mahdotonta erottaa toisistaan. Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti ja sen ydin oirekuvat ovat tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittelyn vaihtelu, toistuvat näköharhat sekä Parkinson tyypiset oireet kuten vapina, kävelyvaikeus ja hitaus. Potilaat ovat herkkiä psykoosilääkkeille ja jo pienet annokset saattavat aiheuttaa sekavuutta ja liikuntakyvyttömyyttä. Parkinsonin taudin muistisairauden tyypillisiä oireita on aloitekyvyn, tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen ja muistitoimintojen heikentyminen ja hidastuminen, liiallinen päiväkainen väsymys sekä persoonallisuuden muutos ja näkö- ja aistiharhat. (Erkinjuntti ym. 2006b, 165-166; Käypä hoito -suositus, 2017)

Frontotemporaalinen dementia on yleisnimitys otsalohkojen toiminnan heikkenemiselle ja siitä johtuvalle oireistolle. Otsalohkot käsittävät suuren osan isoaivojen tilavuudesta ja ne ottavat osaa hyvin monien toimintojen ja tehtävien suorittamiseen. Otsalohkojen toimintaan voi vaikuttaa erilaiset vauriot, kuten verenkiertohäiriö, vammat ja kasvaimet tai taustalla saattaa olla dementoiva sairaus. Otsalohkojen dementoivassa sairaudessa tyypillinen piirre on hiipivä alku ja vähittäinen eteneminen, persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, toiminnan ohjauksen vaikeudet sekä puheentuoton vaikeudet. (Erkinjuntti 2006b, 169-171; Käypä hoito -suositus, 2017)

2.4 Dementia

Dementia on oireyhtymä joka johtaa toimintakyvyn heikentymiseen. Dementia ei siis ole erillinen sairaus vaan oire erinäisistä toimintakykyä heikentävistä sairaustiloista. Muistihäiriön lisäksi siihen liittyy laajempaa kognitiivisen toiminnan heikkenemää joka rajoittaa potilaan itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Dementiaoireyhtymän aiheuttajana voi olla useita etiologisia, toisistaan poikkeavia aivomuutoksia joka voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. (Erkinjuntti ym. 2006a, 94; Käypä hoito -suositus, 2017.)

2.5 Delirium

Delirium eli sekavuusoireyhtymä on äkillinen, elimellisten tekijöiden aiheuttama aivotoiminnan häiriö, joka ilmenee muutoksina ajattelussa ja käyttäytymisessä. Keskeisiä deliriumin oireita on häiriintynyt ajatustoiminta, alentunut havainnointikyky, muistihäiriöt, aistiharhat sekä joko kiihtynyt tai alentunut psykomotoriikka. Potilaan ajattelu voi olla järjestäytymätöntä, keskittyminen hankalaa ja puhe saattaa harhailla ja hyppiä asiasta toiseen. Potilas voi olla levoton ja agitoitunut, mutta delirium voi ilmetä myös hiljaisena oireyhtymänä, jolloin potilas on omiin maailmoihiinsa vajonnut ja hidastunut. (Hallikainen ym. 2017, 35; Erkinjuntti ym. 2006b, 220-221; Koponen & Sillanpää 2005, 378.)

Deliriumia voi esiintyä kaikenikäisillä akuutisti sairailta ihmisillä, mutta minkä tahansa tason dementiassa, on deliriumin vaara huomattavasti suurentunut. Dementiasta poiketen, delirium on yleensä ohimenevä tila, joka väistyy sen aiheuttaman laukaistutekijän korjaannuttua. Vanhuspotilaan deliriumin vaaraa lisäävät akuutin sairauden ja päivystyspoliklinikan rauhattoman

ja vieraan ympäristön lisäksi vanhenemisen myötä kaventuneet marginaalit. Hoidon ja tutkimusten kestäessä on mahdollista, että orientoitunut ja asiallinen vanhus menee deliriumiin. Deliriumin huomaamatta jättäminen on pahimpia virheitä, mihin yleensä vanhuspotilaita hoidettaessa voi syyllistyä. (Koponen & Sillanpää 2005, 378.) Dementiapotilaan kokemana delirium on hyvin ahdistava kokemus. Tunnetasolla nämä ihmiset kaipaavat huolenpitoa, läheisyyttä ja varmuutta siitä, että joku on heidän vierellään ja auttaa heitä pelkotilan ollessa pahimmillaan. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 11.)

Delirium on yleinen ilmiö sairailta vanhuksilla ja keskimäärin joka neljännes iäkkäistä potilaista sairastuu deliriumiin jossakin vaiheessa sairaalajaksoaan (Erkinjuntti ym. 2006b, 223). Delirium on akuuttia hoitoa vaativa tila, joten sen varhainen tunnistaminen on tärkeää. Delirium hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömästi ja sen hoidossa vältetään rajoittamista sitomalla tai lääkkeillä. (Hallikainen ym. 2016, 35.) Akuutihoidossa hoitajien valmiudet tunnistaa oireyhtymä on hoidon aloituksen ja potilaan selviytymisen kannalta tärkeää, sillä hoitajat ovat avainasemassa tarkkailtaessa potilaan muuttuvia oireita. Hoitajilla on kuitenkin todettu olevan haasteita tunnistaa deliriumin oireita dementiapotilaalla, tai näiden oireyhtymien eroja ei kunnolla tiedetä. (Brooke 2018.) Deliriumin tunnistamiseen on kehitetty apuvälineitä ja tarkistuslistoja, jotta sen tunnistaminen helpottuisi. Suomessa on terveysalalla käytössä CAM-testi (Confusion Assessment Method), joka helpottaa deliriumin tunnistamisessa ja on käyttökelpoinen myös muistisairaille (Hallikainen ym. 2016, 35).

2.6 Muistisairaankäyttöoireet

Käyttöoireita esiintyy noin 90 %:lla eri muistisairauksista kärsivillä potilailla. Käyttöoireet heikentävät elämänlaatua ja lisäävät palveluntarvetta sekä ne ovat merkittävin pitkäaikaishoidon alkamisen syy. Käyttöoireiden ilmaantuessa on tärkeää kartoittaa niiden mahdollinen somatisesta sairaudesta johtuva syy tai muiden laukaisevien tekijöiden kuten kivun osuus käytöksen muuttumiseen. Hoito on aiheellista aloittaa mikäli käyttöoireet rasittavat potilasta, heikentävät hänen omatoimisuutta tai sosiaalista vuorovaikutusta tai jos potilas oireet aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle itselleen tai muille. (Käypä hoito-suositus 2017.) Ympäröivä maailma voi sairauden edetessä tuntua sairastuneelle joskus pelottavalta ja hallitsemattomalta, ja tällaiset tilanteet voi laukaista ihmisessä reaktion jota nimetään herkästi käyttöoireeksi (Hyvän hoidon kriteeristö 2016.)

Muistisairaankäyttöoireiden kliinisen tilan äkillisen muutoksen ja käyttöoireiden ilmaantumisen mahdollisia aiheuttajia voivat olla kipu, pään vammat, kasvaimet, infektio, epäasiallinen lääkitys, nestetasapainon häiriö, sydän- ja verenkiertosairaudet ja hyperglykemia. Syynä voi myös olla päihitteiden haittavaikutukset, turhautuminen sekä epämukavuutta voi myös aiheuttaa ummetus ja virtsaretentio, joka esiintyy käyttöoireiluna. (Käypä hoito -suositus, 2017.)

Muistisairaahan käytösoireiden hoidossa lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia. Hyvän perushoidon lisäksi on tutkimuksissa osoitettu, että muistisairaahan potilaan käytösoireita voidaan hoitaa muun muassa hoitohenkilökunnan kommunikaatiotaitoja parantamalla, käytösoireita laukaisevien tekijöiden eliminoinnilla kuten kivun ja epäasiallisen lääkityksen poistamisella sekä viriketoiminnalla ja musiikkiterapialla. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Käytösoireiden ensisijainen lääkehoito on muistisairauden oikea ja asianmukainen lääkehoito. Masennusoireisiin ja levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa tarvitaan psyykenlääkkeitä, mutta niiden osalta pyritään vain yhden valmisteeseen käyttöön. (Käypä hoito -suositus, 2017.)

3 PÄIVYSTYSHOITOTYÖ

3.1 Päivystyshoitotyötä valvovat tahot

Suomen perus- ja erikoissairaanhoidon toteutuksesta vastaa valtion tuella toteutettu kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kiireellisen hoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta sekä valvonnasta. Päivystyksellisessä hoidossa annetaan potilaalle kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan sellaista toimenpidettä jonka tekemättä jättäminen olisi potilaalle henkeä uhkaavaa. Tällaisia tilanteita on äkillinen sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämä välitön arviointi ja hoito, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (sosiaali- ja terveysministeriö.)

Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä säädetään terveydenhuoltolaissa 1326/2010 ja päivystysasetuksessa 583/2017. Ympäri vuorokautisen päivystyksen järjestäminen on kunnan tai sairaanhoitopiirin vastuulla ja se on oltava yhteispäivystyksenä erikoissairaanhoidon kanssa. Kuntien terveydenhuollon- ja erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa sovitaan päivystyspisteet ja niiden välinen työnjako. Päivystyspisteiden välisessä työnjaossa on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön palvelutarve. Näin ollen usein ympärivuorokautinen päivystys on keskitetty sairaaloihin. Päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden ja ensihoidonpalvelun on tehtävä sujuvaa yhteistyötä jotta ne muodostavat alueellisesti toimivan kokonaisuuden. Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto eli Valvira, valvovat päivystyspalveluiden saatavuutta. (sosiaali- ja terveysministeriö.)

3.2 Päivystysapu

Päivystysapu on kansallinen ohjaus- ja neuvontapalvelu johon kansalaiset voivat soittaa päivystyksellisissä sosiaali- ja terveysongelmissa. Päivystysapu ei ole hätänumero eikä se ole tarkoitettu hätätilanteisiin. (sosiaali- ja terveysministeriö). Päivystysavussa hoidon tarpeen arvioinnin tekee riittävän työkokemuksen omaava terveydenhuollon ammattilainen (Syväoja & Äijälä

2009, 30). Muistisairaahan kohdalla käyntejä päivystyspoliklinikalla tulee välttää erityisesti sairauden edetessä. Mikäli päivystyskäynti todetaan tarpeelliseksi, kuljettavalle taholle kerrotaan muistisairaudesta ja sen vaikutuksesta kuljetustilanteeseen. Mahdollisuuksien mukaan, päivystyskäynnille lähtee mukaan tuttu hoitava henkilö tai läheinen. Läheinen tuo turvaa muistisairaalle levottomassa ympäristössä, joten hoidon jatkuessa olisi hyvä, että muistisairaahan omaiselle sallitaan pitkät vierailuajat. Akuutin tilanteen väistyessä muistisairas pyritään kotiuttamaan mahdollisimman pian. (Hallikainen ym. 2017, 30.)

3.3 Liikkuva sairaala LiiSa

Espoon sosiaali- ja terveystoimien ja HUSin yhteistyönä toteutettu Liikkuva sairaala LiiSa tarjoaa päivystyspalvelua Espoon vanhusten hoivakoteihin. Palvelun tarkoitus on, että hoivakodin asukas saa tarvitsemansa hoidon viivettä omassa tutussa ympäristössään. Näin ollen ikäihmistä rasittavilta kuljetuksilta ja päivystyksessä odottelulta vältytään. LiiSa on Espoon kotisairaalan yksikkö, joka palvelee espoolaisia pitkäaikaishoidon asiakkaita ja hoivakoteja. LiiSa palvelee ympärivuorokauden ja sen toiminta perustuu hoivakotiasukkaan luona tapahtuvaan tutkimukseen ja arviointiin. Palvelukäynnin tekee toimeen erikoiskoulutettu, kokenut sairaanhoitaja jolla on etäyhteys kotisairaalan tai päivystyspoliklinikan lääkäriin. Pikadiagnostiikka välineiden avulla sairaanhoitaja voi muun muassa mitata potilaan tulehdusarvon ja verensokerin. Mikäli on tarve, etäyhteyden avulla sairaanhoitaja voi aloittaa antibioottitiputuksen lääkärin ohjeella. Palvelut eivät korvaa hoivakotilääkärin hoitoa, vaan siitä vastaa edelleen hoivakodin vastuulääkäri. Myöskään LiiSa ei pysty toimimaan ensihoidollisissa henkeä uhkaavissa tilanteissa vaan silloin soimitaan hätäkeskukseen 112-palveluun. (hus.)

4 HYVÄN HOIDON KÄYTÄNNÖT

Muistisairaahan potilaan kohtaamisen peruseriaatteita on kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Kohtaamisen ja kohtelun merkitys kasvaa, kun muistisairauden edetessä henkilö ei enää kykene ilmaisemaan itseään ja ymmärtämään muita. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 9). Muistiliiton hyvänhoidon kriteeristö (2016) määrittää muistisairaahan hyvän hoidon käytäntöihin yksilökeskeinen kuntoutuksen, hoivan ja hoidon jota säännöllisesti päivitetään vastaamaan juuri sen hetkistä toimintakykyä ja tarpeita. Muistisairaahan kykyä tehdä omia valintoja tuetaan sairauden kaikissa vaiheissa ja hänelle annetaan mahdollisuus olla mukana häntä koskevien hoitoon liittyvässä päätösten teossa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016.) Muistisairauksien ehkäisy on kaikkien tehtävä ja muistioire tulee tunnistaa mahdollisimman varhain. Muistipotilaan diagnostiikka ja hoidon organisointi on suositeltavaa keskittää muistipoliklinikkaan ja muistioireen syy tulee selvittää Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Muistisairauksia on myös työikäisillä, ja niiden diagnostiikka ja hoito vaativat erityisosaamista. Muistisairaahan diagnoosi tulee selvittää niin potilaalle kuin hänen läheisilleen. Diagnoosin jälkeen laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jonka toteutumista muistikoordinaattori valvoo.

(Käypä hoito -suositus 2017). Tässä opinnäytetyössä pohdin hyvän hoidon käytäntöjä erityisesti akuuttihoidon ja päivystyksen näkökulmasta.

4.1 Muistisairaahan identiteetin tukeminen

Muistisairaahan elämänselämän historian tunteminen tukee hänen omaa identiteettiä säilymistä ja sen avulla voidaan toteuttaa hänelle mieluista toimintaa ja arkea. Taustan huomiotta jättäminen aiheuttaa muistisairaalle epävarmuutta ja ahdistuneisuutta, sillä hän ei sairautensa edetessä aina pysty ilmaisemaan itseään ja tarpeitaan. Yksi tärkeimmistä periaatteista hyvän elämän laadun ja ihmislähtöisen hoidon toteutuksessa on ylläpitää muistisairaahan ihmisen sosiaalisia verkostoja hänelle merkityksellisten ihmisten kanssa. (Muistiliitto 2016, 10.) Päivystystoiminnan nopea-temppoisuus ja vieras ympäristö aiheuttavat muistisairaalle usein ahdistusta ja levottomuutta, joten hänellä on hyvä olla päivystyksessä mukanaan hänen tuntemansa saattaja, joka tuo turvallisuuden tunnetta. Asianmukaisen päivystyksellisen hoidon järjestäytymisen toteutumiseen auttaa myös Hoidon tarpeen arviointi-kaavake, jossa kartoitetaan potilaan vitaalielintoiminnat, lääkitys ja toimintakyky. (Hallikainen ym. 2017, 30-31.)

4.2 Kuntouttaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen

Muistisairaahan kuntouttaminen ja toimintaa ylläpitävät harjoitteet auttavat ylläpitämään aktiivista arkea. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan muistisairaahan diagnosoimisessa, sairausasteen määrittämisessä ja etenemisen seurannassa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 13, 20.) Hoidon tarpeen arviointi-kaavake on toimintakykyä ylläpitävältä kannalta myös hyvä, sillä sen avulla päivystyksessä tiedetään toimintakyvyn lähtökohdat ja voidaan ylläpitää henkilön toimintakykyä myös sairaalassa olon ajan. Näin arkeen kotiutuminen on helpompaa.

4.3 Ravitsemuksesta huolehtiminen

Ravitsemustilan arvioiminen kuuluu muistipotilaan tilan seurantaan (Käypä hoito -suositus 2017). Muistisairaahan voi vaikuttaa nälän tai kylläisyyden tunnistamattomuuteen, joka voi tulla esiin syömättömyytenä tai jatkuvana syömisen tarpeena. Muistisairas ei yleensä jaksa syödä suuria aterioita kerrallaan, joten hänen on hyvä ruokailla monta kertaa päivässä. Aterioita on vähintään kuusi päivän mittaan: kolme pääruokaa ja kolme välipalaa, niin ettei yöpaasto saa ylittää 11 tuntia. Muistisairaahan heikentää toimintakykyä ja hahmottamista, joten ruokailussa avustaminen tehdään potilasta kunnioittaen ja niin ettei hänen tarvitse tuntea alemmuutta. (Hallikainen ym. 2017, 114-115; Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 31).

4.4 Oikeus hyvään kivun hoitoon

Muistisairaalla on oikeus hyvään kivun hoitoon. Muistisairaahan edetessä ja sairautensa loppuvaiheissa muistisairas kärsii usein kivusta, jota hänen on vaikea sanoittaa. Muistisairaahan kivun arviointiin ja havainnointiin on erilaisia kipumittareita kuten RAI-arviointi (Resident Assessment

Instrument) ja PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). RAI-arvio perustuu sekä arvioijan että sairastuneen omaan ilmoitukseen, eli tässä mittarissa sairastuneen oma arvio on välttämätön. PAINAD-mittari perustuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutoksen, kuten hengitys, ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen, havainnointiin. Kivun lääkehoidossa tulee huomioida iän tuomat lääkkeiden metaboliamuutokset sekä monilääkityksen liittyvät yhteisvaikutukset. Lääkehoidon lisänä kivun hoitoon voidaan kokeilla lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kuten kylmä- ja lämpöhoitoa, hierontaa, asentohoitoa, liikuntaa sekä rentoutus- ja mielikuvaharjoitteita. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 42.)

4.5 Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys

Arvostaminen, kunnioittaminen ja tasavertainen kohtaaminen ovat vuorovaikutustaitojen ydin-arvoja. Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys kasvaa, jos muistisairas ei kykene ilmaisemaan itseään, tai hän ei ymmärrä mitä hänelle yritetään kertoa. Muistisairas voi ajoittain elää menneessä ja tuo hetki on hänelle silloin totta. Muistisairas voi elää esimerkiksi lapsuuden kodissaan ja puhua vanhemmistaan. Muistisairaalle totuus on hänen mielensisäinen maailmansa, joten oikean totuuden kertominen voi tehdä kipeää. Muistisairaana eläessä mielenmaisemissaan lapsuuttaan voi hoitaja rohkeasti heittäytyä mukaan ja puhella hänen kanssaan vanhempiinsa liittyvistä muistoista. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016.) Päivystyksessä muistoihin mukaan heittäytyminen vaatii potilaan tilan tunnistamista ja tietoa diagnosoidusta muistisairaudesta. Hoitohenkilökunnan ammattitaito sekä tieto muistisairauksien vaikutuksista auttavat tukemaan turvallisuuden tunnetta ja laukaisemaan hankalia tilanteita ja väärinymmärryksiä (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 46).

4.6 Esteetön ympäristö

Hyvän hoidon käytäntöihin kuuluu myös ympäristön esteettömyyden huomioiminen ja tarvittavien apuvälineiden hyödyntäminen. Esteettömyyttä voidaan tarkastella fyysisen, psykososiaalisen, auditiivisen, visuaalisen, kongnitiivisen ja sosiaalisen ympäristön näkökannasta. Fyysisen ympäristön voidaan tarkastella sen helppokulkuisuuden ja esteettömyyden näkökulmasta. Kulkureittien tulee olla tasaisia ja tilavia ja materiaalit pinnoiltaan sopivia. Auditiivinen näkökulma tarkoittaa ympäristö äänimaisemaa. Kova meteli ja taustahäly häiritsevät ennestään muistisairaana heikentyneitä hahmottamiskykyä. Visuaalisen hahmottamisen avuksi on oltava selkeät ja kirkkaat opastukset. Värikäs ja sekava ympäristö tuottaa usein väärinymmärrystä, mutta täysin valkoinen pinta on muistisairaana vaikea hahmottaa. Sosiaalinen esteettömyys tarkoittaa avointa, turvallista ja kannustavaa ilmapiiriä. Asenteilla ja suhtautumisella on sosiaalisen turvallisuuden tunteelle suuri rooli. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 52.)

4.7 Muistisairaana itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky

Edunvalvontavaltuus, hoitotahdon laadinta ja ajoterveysten arviointi ovat osa ennakoivaa muistipotilaan hoitoa (Käypä hoito -suositus 2017). Itsemääräämisoikeus on yksi tärkeimmistä

ihmisen perusoikeuksiin kuuluvista periaatteista, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Itsemääräämisoikeus voidaan määritellä jokaisen toimintakykyisen yksilön yhdenvertaiseksi oikeudeksi päättää itsestään ja itseään koskevista asioista. Oikeudellisella toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä tehdä oikeudellisesti merkittäviä päätöksiä, kuten taloudellisia toimia, lahjoittamista ja testamentin tekoa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 60; Koponen, Juva & Hietanen, 2015.)

Henkilökohtaiseen vapauteen kuuluu fyysisen vapauden ohella tahdonvapaus ja itsemääräämisoikeus. Jos sairastuneen itsensä tai muiden terveys uhkaa vaarantua voi olla mahdollista, että rajoittavia toimenpiteitä on käytettävä. Lainsäädäntö rajoitustoimenpiteille terveydenhuollossa ollessa valmisteilla on yksikössä toimittava omavalvontasuunnitelman periaatteiden mukaiseksi, joka on jokaiselle toimintayksikölle laadittu. Omavalvonnan idea on kirjallinen suunnitelma, jonka avulla asiakkaan palvelussa esiintyvät epäkohdat ja riskiä aiheuttavat tilanteet pystytään tunnistamaan. Sosiaali- ja terveyden huollon palvelujen valvonnassa korostuu näin ollen palveluntuottajan oma vastuu toiminnan asianmukaisuudesta ja laadusta asiakas- ja potilasturvallisuudessa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016 ,60 ; Valvira.)

4.8 Vuorovaikutus käytännötilanteissa

Ele- ja ilmeviestit voivat vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen enemmän kuin ääneen puhutut sanat. Muistisairauden edetessä muistipotilaan elekieli jäykistyy ja katsekontakti voi puuttua, mikä voi vaikuttaa hoitajan käyttäytymiseen hoitotilanteessa. Tunteiden kieli on osa ihmisen sanatonta ei-tietoista viestintää. Tunneviestien oikea tulkinta voi olla avain hyvään tunneyhteyteen potilaan kanssa. Käden asettaminen potilaan olkapäälle viestii välittämisestä ja halusta ymmärtää ja olla tukena. Vaikka kosketus on yleensä läheisyyttä luova ele, se saattaa kuitenkin joillekin ihmisille olla vastenmielistä. Ihmisen henkilökohtaisen tilan tarve on paitsi kulttuurisidonnaista niin myös yksilöllistä, jota on kunnioitettava. Jos läheisyyteen liittyy vastenmielisyttä, voi myönteiseen tunneviestintään käyttää muita ilmaisuja kuten pehmeä, rauhallinen äänensävy sekä hymy ja katsekontakti. Tunnetasolla etäännyttävä ja välttelevä viestintä saa ihmisen tuntemaan itsensä hylätyksi, joten hoitajan tulee välttää eleitä kuten otsan rypistämistä tai kasvojen hymyttömyys, äänensävyn kiireellisyyttä tai vihaisuutta mutta myös liiallista hiljaa olemista tai puhetyylin teennäistä selkeyttä liian huolellisella artikuloinnilla. Myös puhuminen kolmannessa persoonassa henkilön ohi on heikkoa vuorovaikutusta. (Laaksonen, Rantala, & Eloniemi-Sulkava 2016 34, 36-37.)

Pronominien käyttöä tulee välttää, esimerkiksi hän, tuo, se jne. Henkilöitä, esineiden ja asioiden nimiä kannattaa käyttää ja niitä toistaa uudelleen ja uudelleen. Keskustelussa kannattaa useamman kerran puhutella muistisairasta hänen nimellään. Puhuttelu auttaa muistisairasta keskittymään kuunteluun sekä oman nimen kuuleminen on myönteinen huomion osoitus. Kun muistisairaus on edennyt jo pitkälle, kannattaa hoitajan esitellä itsensä aina, kun on tekemisessä potilaan kanssa. Muistisairaana on myös vaikea ymmärtää lauseita ´ennen kuin´ ja ´sen

jälkeen kuin´. Esimerkiksi kehotus: ”Ennen kuin menet sihuun, juo kahvisi”, on paremmin ymmärrettävässä lauserakenteella: ”Juo ensin kahvisi. Mene sitten sihuun”. (Laaksonen ym. 2016, 48- 49). Päivystysympäristössä harvemmin on aikaa sihuun, mutta asia yhteydestä riippumatta, on hyvä pitää kiinni selkeistä ja lyhyistä lauserakenteista. Helpoin kysymysmuoto on sellainen, johon voi vastata joko kyllä tai ei. Pitkälle edenneessä muistisairaudessa potilaan on vaikeampi vastata kysymykseen: ”Millainen olo sinulla on?”, kun tiedusteluun: ”Haluatko nukkumaan?” Koska päättelykyky on muistisairaalla heikentynyt, on potilaalle annettavien ohjeiden oltava selkeitä. Meillä on taipumus lisätä pyyntöihimme selityksiä, millä pyrimme tekemään niistä kohteliaampia, muistisairaalle se voi olla kuitenkin liian paljon vaikeita sanoja peräkkäin ja vaikea ymmärtää. Esimerkiksi jos muistisairas on mennyt väärään huoneeseen, on parempi sanoa että ”Nyt olet eksyksissä. Mennään sinun omaan huoneeseesi”, kuin selitellä, että se on väärin ja niin ei saa tehdä. (Laaksonen ym. 2016, 47-49.)

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä yhteen tietoa muistisairaahan potilaan hyvän hoidon käytännöistä akuuttihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten muistisairaahan potilaan päivystyskokemusta voidaan parantaa ja hoitohenkilökunnan tietotaitoa lisätä tämän potilasryhmän erityistarpeita vastaamaan.

Opinnäytetyössä vastataan tutkimuskysymykseen: Mitkä ovat ne keinot, jolla voidaan optimoida muistisairaahan potilaan hyvä hoito päivystyspoliklinikalla, sekä mitä hoitohenkilökunta voi hoitoon vaikuttaa.

6 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksen tyypilliset osat ovat kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8). Opinnäytetyöni tutkimus on kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivisen katsauksen tehtävä on kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sen laajuutta syvyyttä ja määrää (Suhonen ym. 2016, 9).

Tietyn aiheen tutkimuksia yhteen kokoamalla saadaan kuvaa siitä, miten paljon tutkimustietoa siitä on olemassa sekä millaista niiden sisältö ja menetelmät ovat. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on vaikuttaa olennaisesti siihen sisällytettävään tutkimusaineistoon. Jo kahden tutkimuksen yhteiskäsittelyä voidaan kutsua kirjallisuuskatsaukseksi, mutta huomionarvoista on myös kirjallisuuskatsaukset, joissa hakutuloksia ei kerry. Tutkimuksen puute on tiedeyhteisölle tärkeä tieto, tällöin kirjallisuuskatsaus on niin sanotusti ´tyhjä` ja se tulee merkitä tietokantoihin, eikä siitä voi syntyä johtopäätöksiä tai pohdintaa. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri. 2007, 3, 54.)

Kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus jo olemassa oleviin tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin ja sen katsaus kohdistuu tietyinä aikoina tehtyihin vain relevantteihin ja tarkoitusta vastaaviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaukseen voidaan hyväksyä sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimuksia. Huolellinen tutkimussuunnitelman tekeminen, riittävän tarkkoine tutkimuskysymyksineen vaatii tarkkaa suunnittelua, jossa ammattilaisen apu on välttämätöntä. (Johansson ym. 2007, 4-5, 55.) Opinnäytetyöni hakuprosessin tueksi osallistuin Laurean tiedonhallinnan lehtorin järjestämään tiedonhankinnan pajaan, josta oli suuri apu kattavaan tiedon keräämiseen ja valikoimiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin toukokuun 2019 aikana. Aiempaa kokemusta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen ei ollut, joten kirjallisuuslähteitä tutkimuksen tekemiseen kahlasin läpi ennen työn aloitusta. Aineiston keruu aloitettiin tiedonhankinnan pajassa, jossa suoritettiin testihakuja. Hakuja täsmennettyä saatiin hyvä määrä hakutuloksia, joita käytiin läpi. Alkukarsinta tapahtui otsikon perusteella, joka sisälsi tutkimuksia muistisairaahan hoidosta akuuttihoiton ympäristössä. Näiden valittujen tutkimusten tiivistelmän lukemisen perusteella valittiin lopulliset kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt tutkimukset, joita oli yhteensä kolme.

Opinnäytetyön tietokantojen valinta ja aineiston haku tapahtuivat toukokuussa 2019. Hakurobotit Finna, Medic, Cinahl ja ProQuest Central valittiin tietokannoiksi, sillä ne tarjoavat laajan tutkimusaineiston nimenomaan terveysalalta.

Hyväksymiskriteerit:

- Tutkimukset aikaväliltä 2009-2019
- Kansalliset ja kansainväliset tutkimukset ja tutkimusartikkelit, jotka käsittelevät muistisairaahan potilaan kohtelua ja khtaamista akuuttihoitossa hoitohenkilökunnan osalta
- Tutkimukset luettavissa kokonaan eli full text
- Tutkimukset oli vertaisarvioitu eli peer reviewed
- Tutkimusten ja artikkelien julkaisukielenä oli suomi tai englanti

Poissulkukriteerit:

- Otsikon perusteella ei käsittele muistisairaahan potilaan hoitoa akuuttihoiton ympäristössä

Kuva 1: Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen hyväksymis- ja poissulkukriteerit.

Hakualusta	hakusanat	rajaukset	tulokset	otsikon mukaan valitut	abstraktin jälkeen valitut
Finna	muistisair* OR demetia* OR Alzheimer* AND päivystys* OR akuuttihoi*	2009-2019 Pro gradu	1	1	0
Medic	muistisair* OR dementia* OR alzheimer* AND päivystys* OR akuuttihoi*	2009-2019	8	0	0
Cinahl	dementia* AND "emergency department" OR "acute care unit" AND attitude AND nurse	2009-2019 Full text Peer reviewed	9	6	0
ProQuest Central	alzheimer* OR dementia* AND "emergency department" OR "acute care" AND attitude AND nurse NOT old	2009-2019 full text Peer reviewed	76	15	3

Taulukko 1: Kirjallisuuskatsauksen hakurobotit, hakusanat ja tulokset

7 TULOKSET

7.1 Kvalitatiivinen tutkimus terveydenhuoltohenkilöstön asenteista dementia hoitoon ja koulukseen

Online kysely jossa vastaajat vastasivat anonyymisti 20 kysymykseen skaalalla 1 - 5, jossa 1-kohta kuvasi `ei lainkaan samaa mieltä` ja 5-kohta kuvasi `hyvin samaa mieltä`. Tutkimuksessa vastattiin kysymyksiin, jotka selvittivät vastaajien, millaiseksi he arvioivat oman ammattitaitonsa ja itseluottamuksen hoitaessaan dementia potilasta sekä millä sektorilla he nykyisin työskentelevät ja ovatko he olleet minkäänlaisessa dementiakoulutuksessa vuoden sisällä. Tutkimuksessa kysyttiin myös vastaajien ikä, koulutustausta, postinumero, työvuosien määrä ja millä sektorilla työ on tehty. Vastaajia oli 524 joista suurin osa, 60 prosenttia, oli laillistettuja sairaanhoitajia joista 31 prosenttia työskenteli akuuttihoidossa. Tutkimuksen tulos osoitti, että mitä pidempään terveydenhoidon ammattilainen oli työskennellyt dementia potilaiden parissa, sitä parempi on hänen tietotaitonsa kohdata tämä potilasryhmä, sekä sitä positiivisempi asenne hänellä on myös dementiapotilaiden hoitoa kohtaan. Akuuttihoidossa hoitajien asenne ja ammattitaito olivat selvästi alhaisemmat kuin muilla kentillä.

7.2 Dementiaa sairastavien potilaiden hoito akuutissa trauma- ja ortopedian yksikössä- toiminnallinen tutkimus

Toiminnallinen tutkimus jonka tarkoituksena on lisätä tietoisuutta dementiaoireyhtymää sairastavan potilaan tarpeista trauma- ja ortopedian yksikössä päivystävässä sairaalassa. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä yksikön hoitajien kanssa ja sen tarkoitus oli tunnistaa parannettavissa olevia keinoja potilaan hoitamiseen. Tutkimus toteutettiin kolmessa osassa. Sisältö, data, saatiin takautuvasti 20 yksikön hoitoon tulleilta potilailta, joilla oli ortopedisen hoidon tarpeen lisäksi myös dementia. Tutkimuksen ensimmäinen osa oli jaettu tarkkailu-, kehittämis- ja koikeiluosiin. Ensimmäisessä osassa hoitajien käyttäytymistä tarkkailtiin ja siinä huomattiin kehittämistä vaativat osa-alueet. Ensimmäisen vaiheen toisessa osassa havaittuja puutteita, kuten kommunikointia, kivunhallintaa ja deliriumin tunnistamista, alettiin kehittää hoitajajohtoisesti apuvälineitä hoidon parantamiseksi. Omaisten ja hoitajien kommunikointia helpotettiin ravitsemuskartalla, johon omaisen voi lisätä hoitajia helpottavia lisätietoja potilaan ruokatottumuksista ja avuntarpeesta. Tätä ravitsemuskarttaa pidettiin potilaan sängyn päädyssä niin, että se oli siinä kaikkien käytettävissä. Kivun hallintaan kehitettiin havainnointi lomake, jossa potilasta tarkkailemalla arviointiin hänen kipukokemuksiaan ja kivunhoidon tarvetta. Deliriumin tunnistamisen apuna käytettiin kaaviota, joka perustui maan kansallisen terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen suositukseen deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa. Tutkimuksen toisen vaiheen tarkoitus oli kouluttaa hoitohenkilökunta käyttämään näitä kehitettyjä työkaluja. Koulutuksen tekevät dementia-työkalupakin kehittävät hoitajat. Kolmannessa vaiheessa tarkkailtiin dementia-

työkalupakin vaikutuksia trauma- ja ortopediayksikön dementia potilaiden hoitoon. Alustavat tutkimustulokset ja hoitohenkilökunnan ja omaisten palaute on ollut positiivisia.

7.3 Toteutettavuustutkimus somaattisen sairauden takia akuuttihoitoon joutuville dementia potilaille demensian erikoisyksikössä

Tutkimus toteutettiin Heidelbergin yliopistossa, siten että yhden akuutti hoidollisen osaston kuusi vuotta rajattiin omaksi erikoisyksiköksi. Erikoisyksikössä hoidettiin 332 potilasta joista 285 oli diagnosoitu dementia. Yksikkö rauhoitettiin, niin että siitä poistettiin päivystysympäristölle tyypilliset häiriö tekijät. Miljöö tehtiin kodinomaiseksi huonekaluilla ja sisustuksella, kuitenkin tinkimättä akuuttihoiton hoidontoteutuksen vaatimuksista. Potilaiden fyysistä ja lääkkeellistä rajoittamista vältettiin. Päiväohjelmaa, kuten fysioterapiaa ja puheterapiaa, järjestettiin sekä omaisia kannustettiin osallistumaan niihin potilaiden kanssa. Erikoisyksikön toteutumista akuuttihoitossa arvioitiin henkilökunnan haastattelulla ja potilastilastolla. Henkilökuntaa haastateltiin erikoisyksikön tarpeesta ennen konseptin alkua, sekä vuoden kokeilun jälkeen. Tilastollisessa arvioissa näytti siltä, että erikoisyksikkö vähentää potilaiden kaatumisriskiä ja siirtoa psykogeriatriseen hoitoon sekä vähentää kuolleisuutta verrattaessa tavalliseen akuuttihoiton osastoon.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksissa arvioidaan niiden toistettavuutta eli reabiteettia ja pätevyyttä eli validiteettia. Tutkimuksen reliabiliteetti kertoo tutkimuksen luotettavuudesta ja tarkkuudesta. Mikäli kahden eri tutkijan tekemä tutkimus tulos samasta aineistosta ja samoilla keinoilla, on yhdenmukainen, voidaan tutkimusta pitää luotettavana. Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tarkoituksenmukaisuutta eli tutkimuksessa mitataan juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Kaikkien tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi jollakin tavalla arvioida. Määrällisiin (kvalitatiivisiin) ja laadullisiin (kvantitatiivisiin) tutkimuksiin on kehitetty kansainvälisesti testattuja mittareita, joilla voidaan luotettavasti vertailla eri maissa saatuja tutkimus tuloksia. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara, 2013, 231-232.)

Määrällisten tutkimusten luotettavuuteen on kehitetty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joiden avulla voidaan arvioida niiden luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen ydinasioita on henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohtaa tutkijan tarkka raportointi tutkimuksen kulusta. Esimerkiksi haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa olosuhteet olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 232.) Pyrin opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa kuvaamaan tarkasti jokaisen tutkimuksen hakuvaiheen ja perustella tutkimusvalintani. Haun tuloksista kerrottiin sekä sanallisesti että taulukolla havainnollistamalla.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttivat haussa käytettyjen hakusanojen täsmällisyys, haussa käytetty aikajana (2009-2019) ja valitut hakurobotit (Finna, Medic, Cinahl ja ProQuest

Central). Hakukantoja oli opinnäytetyössäni käytetty neljää eri alustaa. Useampia hakukantoja käyttämällä ja manuaalisella käsihaulla tutkimustuloksia olisi voinut löytyä enemmän varteen-otettavia tutkimuksia. Haussa rajattiin hakukriteereihin vain koko tekstin -full text, sisältävät artikkelit, jotka on vertaisarvioitu -peer reviewed. Valitut tutkimukset olivat englanninkielisiä julkaisuja, joten niiden kääntämisessä olin erityisen huolellinen. Valitut tutkimukset olivat kaikki tieteellisiä julkaisuja ja niiden julkaiseva lähde tarkistettiin.

Kirjallisuuskatsauksessa jossa on käytetty sekä määrällistä, että laadullista tutkimusta, tulee kummallekin metodilla tehdyt tutkimukset arvioida erikseen. Näin ollen tarvitaan kaksi erillistä laadun arvioinnin metodia. Laadunarvioinnilla pyritään lisäämään kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta ja päätetään mukaan otettavien tutkimusten minimilaatutaso. (Johansson ym. 2007, 93, 101.) Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen voidaan kuitenkin systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta poiketen olla ottamatta kantaa valittujen tutkimusten luotettavuuteen ja valikoitumiseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen heikkous on valitun materiaalin laadun arvioinnin puute. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kirjallisuuskatsauksen avulla selvisi, että vaikka muistisairaiden hyvän hoidon käytäntöä on tutkittu laajasti terveydenhuollossa, siitä tehdyt tutkimukset akuuttihoiossa ja päivystyksessä on suppeat. Katsaukseen valikoidut tutkimukset osoittivat, että panostamalla muistisairaiden potilaiden hoitoon, huomioimalla heidän erityistarpeet niin kommunikoinnissa, kivun hoidossa kuin ympäristön tuomalla merkityksellä, voidaan edesauttaa heidän nopeampaa kotiutusta sekä vähentää komplikaatioita kuten delirium-oireyhtymän syntymistä sairaalahoidon aikana.

Yhdessä tutkimuksessa kävi ilmi, että akuuttihoion hoitajilla oli heikoin itseluottamus hoitaa muistisairaita. Muistisairauden koulutusohjelma lisäsi hoitajien itseluottamusta hoitaa muistisairaita dementia potilaita. Dementia hoitoon tarkoitetut apuvälineet kuten muistipotilaalle tarkoitettu kipumittari ja viestinnän apuväline auttoivat hoitajia saavuttamaan paremman hoitotuloksen kuin ilman apuvälineitä. Deliriumin tunnistusmittari auttoi hoitajien työtä tunnistamaan delirium-oireyhtymä dementiaasta. Dementiapotilaille kehitetty akuuttihoion yksikkö, jossa oli otettu huomioon ympäristön ja hälinän aiheuttaman häiriön minimoiminen sekä hoito-tiljööön kodinomaisuuden lisääminen ja henkilökunnan koulutus, auttoi potilaiden nopeampaan kotiutukseen, vähensi kaatumisia ja turhia siirtoja psykiatriosastolle.

Tutkimukset olivat kaikki länsimaisen terveydenhuollon toimesta tehtyjä. Kulttuurieroja kuitenkin oletettavasti löytyy, niin palveluiden tuottajissa kuin hoitohenkilökunnan välillä verrattuna suomalaiseen hoitokulttuuriin. Mielenkiintoista olisi tietää, millainen on suomalainen päivystyshoidon hoitohenkilökunnan asenne ja ammattitaito muistisairautta sairastavan potilaan hoidossa. Muistiliiton tavoite Kansallisessa muistiohjelmassa (2015) vuodelle 2020 on vähentää

ennakkoluuloja muistisairauksia kohtaan ja ennaltaehkäistä muistisairauksien syntymistä (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. 2012). Seuraavaan muistiohjelmaan voisi sisällyttää tavoitteen ja tutkimuksen muistisairaiden hyvän hoidon käytännöistä päivystyksessä Suomessa.

Lähteet

Painetut

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006a. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2006b. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim

Hallikainen, M., Mönkäre, P. & Numeri, T. (toim.) 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä -tule ymmärretyksi - Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Tammi

Sähköiset

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Hyvän hoidon kriteeristö. 2016. Muistiliitto. Viitattu 28.5.2019

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. 2012. sosiaali- ja terveysministeriö

Käypä hoito suositus. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 19.5.2019 <https://www.kaypahoito.fi/>

Laurila, J., Pitkälä, K. & Rahkonen, T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito - opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Viitattu 30.5.2019. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/DEMdeliriumOpasLR.pdf>

Liikkuva sairaala LiiSa tuo päivystyspalvelut hoivakoteihin Espoossa. 2019. HUS. Luettu 15.5.2019 <https://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Liikkuva-sairaala-LiiSa-tuo-p%C3%A4ivystyspalvelut-vanhusten-hoivakoteihin-Espoossa.aspx>

McCorkell, G., Harkin, D., McCrory, V., Lafferty, M. & Coates, V. 2017. Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedics unit. Nursing Standard. London Vol 31. Iss. 36.

Omavalonta sosiaalipalveluissa. 2012. Valvira. Viitattu 28.5.2019 <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivystys. Viitattu 19.5.2019. <https://stm.fi/paivystys>

Travers, C., Beattie, E., Martin-Khan, M. & Fielding, E. 2013. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. BMC Geriatrics. London Vol 13

Zieschang, T., Dutzi, I., Müller, E., Hestermann, U. & Grunendahl, K. 2010. Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study. International Psychogeriatrics. Cambridge Vol. 22, Iss 1

Liitteet

Liite 1: Kuvaus kirjallisuuskatsauksen tuloksista 28

Liite 1. Kuvaus kirjallisuuskatsauksen tuloksista

LÄHDE JA TIETOKANTA	TARKOITUS	TUTKIMUSMENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
<p>McCorkell, G., Harkin, D. & McCrory, V.</p> <p>2014</p> <p>Irlanti</p> <p>Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedics unit</p> <p>Nursing Standard London Vol. 31, Iss. 36,</p> <p>ProQuest Central / full text, peer reviewed</p>	<p>Lisätä hoitohenkilökunnan tietotaitoa kohdata dementiaapotilas trauma- ja ortopedisessä yksikössä.</p>	<p>Toiminnallinen tutkimus, joka toteutettiin kolmessa osassa. ensimmäisessä osassa havainnoitiin hoitokäytäntöjä ja niiden puutteita.</p> <p>Puutteita dementiapotilaan hoidossa havaittiin viestinnässä, kivun hoidossa ja deliriumin havainnoinnissa. Tutkimuksen toisessa vaiheessa kehitettiin työkaluja puutteiden ehkäisemiseen ja kolmannessa vaiheessa työkalut otettiin laajempaan käyttöön ja niiden tuloksia analysoitiin takautuvasti.</p>	<p>Demetiahoidon apuvälineillä kuten viestinnän parantamisen apukeinoilla, kivun havainnoinnin-mittarilla ja deliriumin ehkäisyyn käytetyllä arviointilomakkeella voidaan parantaa dementia potilaan sairaalassa oloa akuuttihoitossa ja vähentää kuolleisuutta.</p>
<p>Travers, C., Beattie, E., Martin-Khan, M. & Fielding, E.</p> <p>2013</p> <p>Australia</p> <p>A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training</p> <p>BMC Geriatrics Vol. 13: 101</p> <p>ProQuest Central / full text, peer reviewed</p>	<p>Tutkia terveysalantyöntekijöiden asenteita dementiaapotilaita ja heidän hoitoon ja dementia koulutukseen kohdistuvia asenteita ja työntekijöiden työitseluottamusta hoidettaessa dementiaa sairastavaa potilasta.</p>	<p>Anonyymi online kysely jossa 20 kysymystä joiden vastausvaihtoehdot olivat 1-5, niin, että kohta 1 on `erittäin erimieltä` ja kohta 5 on `erittäin samaa mieltä`.</p> <p>Kysymykset olivat laatineet kokeneet sairaanhoitajat joilla on dementiaapotilaiden hoidosta vankka kokemus. Kaikki avainkysymykset olivat tutkimuksen tarkoituksen mukaisia. Laadun takaamiseksi kysymykset annettiin arvioitavaksi dementia hoidon terveysalan ammattilaisille. Kysymyksiä koskevat huomautukset saatiin kymmeneltä hengeltä.</p> <p>Tutkimukseen vastasi 524 terveysalantyöntekijää joista 60 % oli sairaanhoitajia. 40 % heistä työskenteli dementiaapotilaiden</p>	<p>Vastausprosenttia oli vaikea määrittää sillä kyselyä levitettiin laajasti monella tavalla.</p> <p>Itseluottamus dementiaapotilaita kohtaan korreloi positiiivista asennetta dementiahoitotyöhön.</p>

<p>Zieschang, T., Dutzi, I., Muller, E., Hestermann, U. & Grunendahl K.</p> <p>2010</p> <p>Iso-Britannia</p> <p>Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study</p> <p>International Psychogeriatrics Vol. 22, Iss. 1</p> <p>Proquest Central / Full text, Peer reviewed</p>	<p>Tarkoituksena vähentää akuuttiosaston hoitajien työtaakkaa ja vähentää dementia potilaiden sairaalahoidon aikaisia komplikaatioita, sekä siirtoa eri yksiköiden välillä.</p>	<p>Toiminnallinen tutkimus, jossa havainnointiin dementia erikoisyksikön toimivuutta akuutisti somaattisesti sairaille dementia potilaille. Henkilökunta koulutettiin dementiapotilaan hyvän hoidon käytännöt ja erikoisyksikkö toteutettiin rakenteellisesti sopimaan dementiapotilaan hoitoon.</p> <p>Tutkimus toteutettiin Heidelbergin yliopistossa, siten että yhden akuutti hoidollisen osaston kuusi vuotta rajattiin omaksi erikoisyksiköksi. Erikoisyksikössä hoidettiin 332 potilasta joista 285 oli diagnosoitu dementia.</p>	<p>Tilastollisessa arviossa näytti siltä, että erikoisyksikkö vähentää potilaiden kaatumisriskiä ja siirtoa psykogeriatriseen hoitoon sekä vähentää kuolleisuutta verrattaessa tavalliseen akuuttihoitoon osastoon.</p> <p>Malli näyttäisi olevan myös kustannustehokas, sillä dementia potilaan hoito vie resursseja normaalilta akuuttihoitoon osastolta. Järjestämällä dementiapotilaille oma erityisyksikkö, jossa on osavat dementiaa sairastavien potilaiden hoitoon koulutettu hoitohenkilökunta, parannetaan dementia potilaiden hoitoa sekä tavallisen osaston resursseja vapautuu muiden potilaiden hoitoon.</p>
---	---	--	--