

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Annika Sankari & Tiia Virta

TARVITTAVA OSAAMINEN KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ

– Kirjallisuuskatsaus

ANNIKA SANKARI & TIIA VIRTÄ

TARVITTAVA OSAAMINEN KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ

- Kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä osaamista tarvitaan muistisairautta sairastavan potilaan hoidossa sairaalaosastolla, erityisesti silloin, kuin se ilmenee erilaisina käytösoireina. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää muistisairaiden hoitotyössä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi TYKS, Salon sairaala.

Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena (n=10). Aineiston haku rajattiin vuosille 2009-2019, mutta lopullisessa työssä tutkimusten julkaisuvuodet sijoittuvat vuosille 2011-2019. Aineistoa etsittiin Cinahlista, Medicistä, PubMedistä ja Terveystietokannasta. Tutkimukset analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.

Opinnäytetyössä tarvittava osaaminen jaoteltiin kliiniseen hoitotyön osaamiseen, yhteistyöosaamiseen sekä työntekijästä ja työnantajasta lähtöisin oleviin osaamiseen vaikuttaviin tekijöihin. Riittävä tieto-taito on edellytys hyvälle hoidolle sekä kuntoutukselle. Kuntouttava hoitotyö ylläpitää toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Lääkehoidon osaaminen vaatii riittävän tietopohjan, hoitajan tulisi osata kyseenalaistaa lääkkeiden tarpeellisuutta sekä käyttää kemiallista rajoittamista tarvittaessa. Moniammatillisuus tukee muistisairaana kokonaisvaltaista hoitoa. Vastuun jakaminen turvaa muistisairaana hyvän hoidon ennaltaehkäisemällä hoitajien uupumista. Omaiset ovat usein läsnä muistisairaana hoidossa ja sen on todettu rahoittavan potilasta, tämän vuoksi omaisten kanssa yhteistyössä toimiminen on tärkeää. Luovuuden ja erityisesti musiikin käytön on todettu rauhoittavan muistisairaita sekä parantavan heidän elämänlaatuaan. Muistisairaana hoidossa hoitajan etiikka korostuu varsinkin rajoittamisen osalta. Vuorovaikutustilanteisiin tulee varata riittävästi aikaa sekä on tärkeää toimia rauhallisesti ja kunnioittavasti potilaan tahdissa. Motivaatio vaikuttaa siihen hyödyntääkö hoitaja oppimiaan taitoja käytännössä. Riittävät henkilöstöresurssit mahdollistavat taitavasti toimimisen hoitotilanteissa. Virikkeiden mahdollistaminen rauhoittaa sekä tukee potilasta.

Jatkossa olisi hyvä saada hoitajille lisäkoulutusta sekä lisää tutkimustietoa varsinkin lyhytaikaisesta hoidosta ja hoitajakson vaikutuksista arkeen palaamiseen.

ASIASANAT:

Muistisairaus, käytösoireet, osaaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

December 2019 | 39 of pages

ANNIKA SANKARI & TIIA VIRTÄ

NECESSARY KNOW-HOW IN THE NURSING TO PATIENT WHO HAS BEHAVIORAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

- A Literature Review

The purpose of this thesis was to clarify what kind of know-how is needed in care of patient with dementia in a hospital ward, especially when it's manifested in different behavioral symptoms. The objective is to produce information which can be used in nursing of patients with dementia. Tyks Salo hospital served as the principal of this thesis.

The thesis was executed as narrative literature review (n=10). The search of material was marked off for the years 2009-2019, but in the final work the publication years of the studies is placed between the years 2011-2019. The material was searched from Cinahl, Medic, PubMed and Terveystietä. The studies were analysed by using the content analysis.

In this thesis the know-how needed when nursing a demented patient with behavioral symptoms, was divided to clinical know-how, cooperation know-how and worker and employer based issues that affect the know-how. Sufficient know-how is a precondition for good care and rehabilitation. Rehabilitating nursing maintains the patients ability to function and improves the quality of life. The know-how of medical treatment needs sufficient base knowledge, the nurse should know how/when to question the necessity of medicines, and should know how to use chemical restriction, if necessary. Multiprofessionality supports the comprehensive care of the demented. Sharing the responsibility secures good care for the demented patients, by preventing the nurses exhaustion. The close relatives are often present in the care of demented patients, and it's noticed to calm down the patient, and because of this working in cooperation with the close relatives is important. With creativity and especially the use of music has been discovered to calm the demented patients and improving their quality of life. In the care of demented patients the nurse's ethics is emphasized particularly concerning the restricting. Enough time has to be reserved for interactions, and it is important to operate peacefully and respectfully at the same pace with the patient. Motivation affects the fact whether the nurse utilises the learned skills in practice. The sufficient human resources makes skillfully operating possible in care situations. Enabling of stimuli calms and supports the patient.

In the future, it would be good to enable further education for nurses, and to gain more research information about short term care and about the effects of the treatment period when returning to normal life.

KEYWORDS:

Dementia, behavioral symptoms, know-how

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 MUISTISAIRAUDET	7
2.1 Alzheimerin tauti	7
2.2 Verisuoniperäinen muistisairaus	8
2.3 Sekamuoto	9
2.4 Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet	9
2.5 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus	10
2.6 Käyttösoireet	12
3 OSAAMINEN MUISTISAIRAAN HOIDOSSA	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	17
5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	18
6 TULOKSET	26
6.1 Kliinisen hoitotyön osaaminen	26
6.2 Yhteistyöosaaminen	28
6.3 Työntekijästä lähtöisin olevat osaamiseen vaikuttavat tekijät	29
6.4 Työnantajasta lähtöisin olevat osaamiseen vaikuttavat tekijät	30
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	31
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	34
LÄHTEET	37

KUVIOT

Kuvio 1. Hoidossa tarvittavan osaamisen jaottelu.	26
---	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaku.	19
Taulukko 2. Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten esittely.	21

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat kansantauteja, joista kärsii arviolta 193 000 ihmistä Suomessa (Muistiliitto 2017a; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Väestön ikääntyessä muistisairaiden määrä lisääntyy, joten muistisairaita kohtaa entistä enemmän myös lyhytaikaisessa hoidossa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Käyttöoireita esiintyy noin 90% muistisairaista (Erkinjuntti ym. 2010, 485; Käypä hoito –työryhmä Muistisairaudet 2016a).

Kansallisen muistiohjelman osaamisen tavoitteiksin vuodelle 2020 on laadittu, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt kohtaavat muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa kaikissa eri palveluissa arvostaen, ottavat hoidossa huomioon eri muistisairauksien mukanaan tuomat muutokset, pystyvät ennakoimalla hallitsemaan käyttöoireiden ilmaantumisesta ja niiden mukanaan tuomia tilanteita ja toimivat muistisairaahan toimintakykyä tukien. Hoidon tulisi olla näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaista. (Sillanauke ym. 2012.)

Muistisairaahan hoidon perustana on osaaminen, tutkimuksellinen näyttö sekä kerätty tieto muistisairaahan ja omaisten hyvän elämän edellytyksistä sairauden eri vaiheissa. Muistisairaahan toimintakyvyn ja osallisuuden tukeminen, muistisairaahan ja omaisten arvostava kohtaaminen ja osallisuuden huomioiminen, kirjaaminen ja kirjatun tiedon hyödyntäminen, hoidon järjestäminen ja toteuttaminen sekä käyttöoireiden ilmaantumisen ennakoiminen, vähentäminen ja haasteellisessa tilanteessa toimiminen on hoitajan osaamisen pohja muistisairaahan potilaan hoidossa. (Hallikainen ym. 2017, 8-9.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), Salon sairaala. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä osaamista tarvitaan muistisairautta sairastavan potilaan hoidossa sairaalaosastolla, erityisesti silloin, kuin se ilmenee erilaisina käyttöoireina. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää muistisairaiden hoitotyössä.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudet ovat kansantauteja ja ne ovat yleisimpiä iäkkäillä ihmisillä (Muistiliitto 2017a). Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja sitä kautta aiheuttavat tiedonkäsittelyn ja toimintakyvyn heikentymistä (Muistiliitto 2017b; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017). Maailmanlaajuisesti muistisairauden kanssa eläviä on yli 46 miljoonaa (Ali ym. 2015). Arviolta Suomessa on 193 000 muistisairasta ihmistä, näistä 100 000 sairastaa lievää muistisairautta ja 93 000 keskivaikeaa tai vaikeaa. Suomessa noin 7 000:lla työikäisellä on muistisairaus. Muistisairauteen sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 500 henkilöä. (Muistiliitto 2017b; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.) Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, kahden edellä mainitun yhdistelmä sekä Lewyn kappale –patologiaan liittyvät sairaudet ja otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus (Muistiliitto 2017a; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017). Käyttöoireita ilmenee jopa 90%:lla muistisairasta (Erkinjuntti ym. 2010, 485; Käypä hoito –työryhmä Muistisairaudet 2016a).

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus. Sen osuus etenevistä muistisairauksista on noin 70%. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Tautia esiintyy yli 85-vuotiailla 15-20 prosentilla. Taudissa aivosoluja sekä hermoratoja vaurioittavia mikroskooppisia muutoksia tapahtuu aivoissa. Perimmäistä syytä Alzheimerin taudille ei kuitenkaan tiedetä. (Juva 2018.)

Alzheimerin taudin riskitekijöitä ovat korkea ikä, tupakointi, ylipaino, masennus, runsas alkoholin käyttö, korkea verenpaine, diabetes, perinnöllisyys, yksinäisyys sekä aivovammat ja aivoverenkierronhäiriöt. Elämäntapavalinnat ovat suuressa roolissa Alzheimerin taudin synnyssä, eikä sairaus ole niin vahvasti perinnöllinen kuin kuvitellaan. (Juva 2018; Muistiliitto 2017d.) Diagnoosi tehdään biologisten merkkitekijöiden sekä tyyppillisen oirekuvan perusteella. Biologiset merkkitekijät todetaan selkäydinnesteestä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Oireet jaotellaan toimintakyvyn muutoksiin, käyttöoireisiin sekä kognitiivisiin ja somaattisiin oireisiin. Alzheimerin tauti jaotellaan kliinisen oirekuvan perusteella viiteen eri vaiheeseen: prekliiniseen, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan.

(Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Ensimmäisiä oireita ovat yleensä muistioireet, erityisesti uuden oppimisen vaikeus, mutta myös hahmottamisen, kielellisten toimintojen sekä toiminnanohjauksen ongelmia voi ilmetä jo varhaisessa vaiheessa. Taudin edetessä muistiongelmät lisääntyvät, toimintakyky heikkenee sekä käytösoireet lisääntyvät. (Juva 2018; Muistiliitto 2017d; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

2.2 Verisuoniperäinen muistisairaus

Verisuoniperäinen (vaskulaarinen) muistisairaus on toiseksi yleisin muistisairaus (Atula 2019a; Muistiliitto 2017c). Tauti on yleisin vanhemmassa väestössä ja se on jonkin verran yleisempi miehillä kuin naisilla. Vaskulaarisen muistisairauden taustalla voi olla monia aivoverenkiertosairauksia. Niin sanotut hiljaiset aivoinfarktit altistavat myös muistisairaudelle. Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeen noin neljäsosa ihmisistä sairastuu vaskulaariseen muistisairauteen. (Atula 2019a.)

Vaskulaarisen muistisairauden riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, diabetes, alkoholi, tupakointi, liikunnan vähäisyys sekä ylipaino. Riskitekijät lisäävät aivoverenkiertohäiriöiden mahdollisuutta, mikä puolestaan altistaa vaskulaariselle muistisairaudelle. (Atula 2019a; Muistiliitto 2017c.)

Yleisin (60-70%) on pienten verisuonitukosten, vuotojen tai muiden muutosten aiheuttama aivojen syvien osien niin sanottu valkean aineen tauti (Atula 2019a). **Pienten suonien tautia** Suomessa sairastaa noin 250 000 (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Oirekuvaan liittyvät puheentoton häiriöt ilman sanojen löytämisvaikeutta, toispuoleiset halvausoireet sekä kömpelö kävely ja tasapainohäiriöt, oireet voivat kuitenkin olla lieviä. Pakkoitkua ja -naurua esiintyy osalla potilaista. Tyypillistä on älyllisten toimintojen hidastuminen, sekä jo aiemmin mainitut toiminnanohjauksen häiriöt. Käytösmuutoksia voi myös esiintyä. Muistihäiriöt eivät ole yhtä helposti tunnistettavissa kuin muissa muistisairauksissa. (Atula 2019a.) Yleensä oireiden alkua on vaihkeinen ja oireet etenevät tasaisesti suurella osalla potilaista. Potilailla on monesti pitkiäkin tasaisia vaiheita. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Sydän- ja aivoperäisistä syistä johtuvat suurten aivoverisuonien (**suurten suonien tauti**) tukokset saavat aikaan aivojen kuorikerroksen hapenpuutteesta aiheutuvia kuolio-alueita. Oirekuvaan kuuluu tällöin eriasteista sanojen löytämisvaikeutta sekä usein toispuoleinen halvaus ja kävelyhäiriö. Älyllisten toimintojen puutoksia ilmenee

samantapaisesti kuin niin sanotussa pienten suonten taudissa. (Atula 2019a.) Useimpien oireiden alku on nopea. Oireet vaihtelevat ja pahenevat portaittain. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Usein vaskulaarisen muistisairauden taudinkuva oireineen ja löydöksineen on tyypillinen. Yleensä on jo tiedossakin esimerkiksi aiemmat aivoinfarktit. Aivojen tietokone- tai magneettitutkimus varmistaa diagnoosia. Yleensä niistä nähdään merkit aiemmista aivoverenkiertohäiriöistä. (Atula 2019a.)

2.3 Sekamuoto

Sekamuodolla tarkoitetaan Alzheimerin taudin ja vaskulaarisen muistisairauden yhdistelmää (Muistiliitto 2017a; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017). Sekamuodon esiintyvyys on suurempi kuin puhtaan Alzheimerin taudin tai vaskulaarisen muistisairauden esiintyvyys (Erkinjuntti ym. 2010, 154). Sekamuoto on tärkeä etenevän muistisairauden alatyyppejä varsinkin vanhemmissa ikäryhmissä. Vähintään puolella yli 80-vuotiaista on kyseessä sekamuoto. (Erkinjuntti ym. 2010, 154; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.)

Alzheimerin taudilla ja verisuoniperäisellä muistisairaudella on monia samoja riskitekijöitä, kuten kohonnut verenpaine, veren suurentunut kolesterolipitoisuus, diabetes ja valtimosairaudet. Kliininen tunnistaminen on haasteellista, sillä potilailla on aivoverenkiertosaireuteen viittaavia paikallisia neurologisia oireita ja löydöksiä sekä aivoverenkiertosairauden aiheuttamia muutoksia aivokuvassa. Muun muassa selkäydinnesteessä nähtävät merkkiaineet ja sisemmän ohimolohkon kuduskato aivokuvassa tukevat samanlaisen Alzheimerin taudin toteamista. (Erkinjuntti ym. 2010, 154; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.)

2.4 Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet

Lewyn kappale -taudissa solunsisäisiä Lewyn kappaleita esiintyy runsaasti erityisesti limbisen järjestelmän rakenteissa ja aivokuoressa. Noin puolella potilaista on myös aivoissa Alzheimerin taudin muutoksia. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.) Lewyn kappale -tauti on Alzheimerin taudin jälkeen toiseksi yleisin rappeuttava aivosairaus.

Suomessa esiintyvyydeksi on arvioitu noin 20% kaikista muistisairauksista. Tauti on hie-
man yleisempi miehillä. (Atula 2019b.)

Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti, ja sen ydinpiirteet ovat: tarkkaavuuden, vireyden ja
tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu, toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat tai ekstrapyra-
midaalioireet eli Parkinson-tyyppiset oireet (jähmeys, hitaus, kävelyvaikeus, joskus va-
pina). Ydinpiirteistä vähintään kahden kriteerin tulee täytyä. Lewyn kappale -tautiin viit-
taavia piirteitä ovat herkkyys psykoosilääkkeille ja REM-unen aikaiset käytösoireet. Al-
kuvaiheessa muistioireet eivät ole tyypillisiä. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus
2017.)

Usein aivojen magneettikuvassa muistialueet säilyvät normaaleina. Diagnoosi perustuu
taudinkuvaan ja Alzheimerin taudin muutosten puuttumiseen magneettikuvauksesta. Le-
wyn kappale -taudille tyypillisiä kuvantamis- tai verikoelöydöksiä ei ole. (Atula 2019b.)

Parkinsonin taudin muistisairautta sairastaa Suomessa arviolta noin 3 000 (Muistisai-
raudet: Käypä hoito -suositus 2017; Suhonen ym. 2012). Parkinsonin taudin muistisai-
rauden osuus on noin 3-4% kaikista muistisairauksista (Suhonen ym. 2012). Muistisai-
raus on harvinainen niillä, joiden Parkinsonin tauti on alkanut nuoremmalla iällä (Käypä
hoito -työryhmä Muistisairaudet 2016b; Suhonen ym. 2012). Tyypillisesti Parkinsonin
taudissa solunsisäisiä Lewyn kappaleita nähdään mustatumakkeessa, tyvitumakkeissa
ja vaihtelevassa määrin myös aivokuoressa. Parkinsonin taudin muistisairaudelle altis-
tavat: korkea ikä, vaikea ja hidasliikkeinen parkinsonismi, tasapainon epävarmuus, kä-
velyvaikeus ja varhain ilmenevät muistioireet. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus
2017; Suhonen ym. 2012.) Aloitekyvyn heikentyminen, persoonallisuuden muutos, nä-
köharhat, harhaluulot ja päiväaikainen väsymys ovat käytösoireita, joita ilmenee Parkin-
sonin taudin muistisairaudessa (Hallikainen ym. 2017, 233).

2.5 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

Otsa-ohimolohkorappeumissa aivojen kuorikerroksen atrofia (kudoskato) painottuu ot-
salohkoihin ja ohimolohkojen etuosiin, mutta sairauden alkuvaiheessa atrofia voi vielä
puuttua (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017). Suomessa tapauksia arvioidaan
olevan noin 600-700 (Erkinjuntti ym. 2010, 165). Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy
kaksi tyypillistä oirekuvaa: otsalohkodementia ja primaarinen etenevä afasia, joka

jaotellaan edelleen etenevään sujumattomaan afasiaan, semanttiseen dementiaan ja logopeniseen etenevään afasiaan (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017).

Otsalohkodementia alkaa yleensä 45-65 vuoden iässä. Otsa-ohimolohkorappeumista otsalohkodementia käsittää noin puolet. Kliinisiä ominaispiirteitä ovat: hiipivä alku ja vähittäinen eteneminen, oireiden alkaminen usein käyttäytymisen muutoksella, toiminnanohjauksen vaikeudet, sosiaalisten taitojen varhainen heikentyminen sekä sympatia- ja empatiakyvyn heikentyminen, stereotyyppinen toistava käyttäytyminen, päättely- ja ongelmanratkaisukyvyn heikkeneminen, puheen tuoton vaikeutuminen, sairautentunnon heikentyminen, muistin ja spatiaalisten taitojen säilyminen alkuvaiheessa sekä niin sanottujen primitiiviheijasteiden tuleminen esille. Aivojen magneettikuvassa näkyvät etuotsalohkon tai ohimolohkon etuosan atrofia, laboratoriokokeissa ei ole tyypillisiä muutoksia sekä EEG on yleensä normaali. (Erkinjuntti ym. 2010, 166; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.)

Primaarisesti etenevät afasiat alkavat usein 50-70 vuoden iässä, kuitenkin noin kolmella neljästä alle 65 vuoden ikäisenä. Keskeisiä piirteitä primaarisesti eteneville afasioille ovat hiipivä alku ja hidas eteneminen. Sairauden alkaessa ja oireiden edetessä keskeisiä ovat kielelliset vaikeudet. Tyypillisiä eivät sen sijaan ole tapahtumamuistin vaikeudet ja persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.)

Etenevä sujumaton afasia alkaa noin puolella tapauksista ennen 65 vuoden ikää, eli se alkaa nuoremmalla iällä, kuin Alzheimerin tauti. Kliinisiä ominaispiirteitä etenevälle sujumattomalle afasialle ovat: hiipivä alku ja vähitellen eteneminen, työläs puheentuotto, fonologiset ja kielioppivirheet, lyhyet lauseet ja yksinkertainen lauseenrakenne, mahdolliset luku- ja kirjoittamisvaikeudet, yksinkertaisen puheen ymmärtämisen sujuminen arkikeskusteluissa sekä muiden tiedonkäsittelyn alueiden säilyminen alkuvaiheessa. (Erkinjuntti ym. 2010, 168-169; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.) Oireisto voi edetä täydelliseen puhumattomuuteen sairauden myöhäisvaiheessa (Muistiliitto 2017e). Aivojen magneettikuvassa atrofiaa on yleensä vasemmalla otsalohkossa sekä ohimolohkon etuosissa (Erkinjuntti ym. 2010, 169; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017).

Semanttisesta dementiaasta kärsivillä puhe etenee sujuvasti, mutta puheen sisältö on tyhjää ja potilaalla on vaikeuksia puheen ymmärtämisessä ja asioiden nimeämisessä. Sairaudesta kärsiville sanelusta kirjoittaminen, puheen toistaminen ja lukeminen

säilyvät, mutta sisällön ymmärtäminen on haastavaa sekä kielellisten ilmausten merkitys häviää. Potilailla on myös vaikeuksia tunnistaa kasvoja ja esineitä sekä havainnoida visuaalisesti. (Erkinjuntti ym. 2010, 169; Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.) Semanttinen dementia on yleisempää naisilla ja se alkaa yleensä 50-70 vuoden iässä (Erkinjuntti 2010, 169). Aivojen magneettikuvassa näkyy ohimolohkon etuosien rappeumaa, joka painottuu vasemmalle puolelle (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017).

Logopenisestä etenevästä afasiasta kärsivällä potilaalla on vaikeuksia spontaanissa puheessa sekä nimeämisessä, eivätkä he pysty toistamaan lauseita. Heillä ei esiinny kielioppivirheitä. Heillä on säilynyt yksittäisten sanojen ymmärtäminen sekä esineiden ja kasvojen tunnistamiskyky. Atrofiaa esiintyy vasemman parietaalikuoren alueella tai Sylviuksen uurteen seudussa. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.)

2.6 Käyttöoireet

Jopa 90%:lla muistisairaista potilaista esiintyy erilaisia muistisairauksiin liittyviä käyttöoireita (Erkinjuntti ym. 2010, 485; Käypä hoito –työryhmä Muistisairaudet 2016a). Muistisairauden aiheuttamia haitallisia käyttäytymisen ja tunne-elämän muutoksia kutsutaan käyttäytymisen muutoksiksi, joskus käyttöoireiksi (Hallikainen ym. 2017, 54). Käyttöoireet vaikuttavat muistisairaahan sekä hänen läheistensä elämänlaatuun, lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja laitoshoidon tarvetta. Oireet voivat olla ohimeneviä tai jatkua jopa vuosia. (Erkinjuntti ym. 2010, 485.) Käyttöoireet ovat monitekijäisiä eli ne eivät johdu vain yhdestä syystä. Muistisairas ei tee asioita ilkeyttään tai pyri aiheuttamaan tahallisesti harmia, vaan kyse on sairauden aiheuttamista muutoksista, tämän ymmärtäminen auttaa hoitohenkilökuntaa sekä omaisia suhtautumaan käyttäytymisen muutoksiin. (Hallikainen ym. 2017, 54.) Muistisairas reagoi omiin sisäisiin kokemuksiinsa ja ympäristön tapahtumiin aivan kuten jokainen. Usein reaktiot ovat muistisairaalle järkeviä ja loogisia, mutta muista ihmisistä ne voivat tuntua käsittämättömiltä tai kiusallisilta. (Muistiliitto 2017f.)

Keskimäärin **masennusta** tavataan muistisairailla vaikeana noin 5-15%:lla ja lievänä noin 25%:lla. Jossain muistisairauden vaiheessa tavataan yksittäisiä masennusoireita noin puolella. Useimmiten masennusta on muistisairauden alkuvaiheessa, jolloin kognitiiviset oireet ovat vielä lieviä tai keskivaikeita. Masennus voi olla muistisairaahan reaktio kokemaansa kognitiivisten ja päivittäisten kykyjen heikkenemiseen. Masennusoireet, jotka liittyvät muistisairauksiin ovat ajallisesti muita käyttöoireita lyhytkestoisempia.

(Koponen & Vataja 2016.) Masennukseen usein liittyy myös muita käyttäytymisen muutoksia kuten ahdistuneisuutta, univaikeuksia tai syömättömyyttä. Vakava masennus altistaa somaattisille sairauksille, kuten tulehdussairauksille, sydäninfarkteille ja aivoverenkierron häiriöille. Masennuksesta kärsivät saattavat menettää halun selviytyä sekä alkoholinkäyttö saattaa lisääntyä. Rungas pitkään jatkuva alkoholinkäyttö vaikeuttaa masennustilaa sekä estää siitä toipumista. Masentuneen muistisairaahan hoidossa on otettava huomioon itsetuhoisen käyttäytymisen vaara. Vaikeimmillaan itsetuhoisen käytös on itsemurhapuheita ja -yrityksiä. Muistisairailta on usein heikentynyt impulssikontrolli. (Hallikainen ym. 2017, 62-63.) Masennusoireita hoidetaan usein erilaisilla masennuslääkkeillä. Masennuslääkkeiden tarpeellisuutta tulee arvioida aina muun seurannan yhteydessä, sillä vaikeimmat oireet kestävät useimmiten vain muutamia kuukausia. (Koponen & Vataja 2016.)

Apatialla tarkoitetaan motivaation ja mielenkiinnon katoamista, joka ilmenee aloitekyvyttömyytenä (Hallikainen ym. 2017, 64). Noin kolmanneksella muistipotilaista esiintyy apatiaa. Noin 80%:lla potilaista esiintyy päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä aloitteellisuusongelmia jossain muistisairauden vaiheessa. (Koponen & Vataja 2016.) Omaisille apatia on usein raskasta, mutta muistisairas ei itse juurikaan kärsi siitä. Oireiltaan apatia muistuttaa masennusta ja toisinaan ne ovat osa masennusoireita, keskeinen ero kuitenkin on, että apaattinen ei koe surua tai mielihapaa. (Hallikainen ym. 2017, 64.) Kolinergisen hermoverkon toiminnan häiriintymisen yhteys apatiaan on merkittävä, tämän vuoksi uudet muistilääkkeet tai dopamiinivälitteiseen hermotoimintaan vaikuttavat lääkkeet ovat ensisijainen valinta (Koponen & Vataja 2016).

Ahdistuneisuus on tavallinen muistisairauteen liittyvä käytösoire. Ajatellaan, että serotiinivälitteisen toiminnan häiriöllä on merkittävä osuus ahdistuneisuuden synnyssä. Noin 40-50%:lla muistisairaista ahdistuneisuutta tavataan jossain sairauden vaiheessa. Tavallisimmin sitä tavataan muistisairauden lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa. (Koponen & Vataja 2016.) Ahdistuneisuus voi esiintyä itsenäisenä, voimakkaasti elämänlaatua heikentävänä oireena, mutta usein se liittyy masennukseen (Hallikainen ym. 2017, 65). Ärtynisyys ja psykomotorinen levottomuus, jotka liittyvät ahdistuneisuuteen ovat usein potilasta sekä ympäristöä kuormittavia oireita (Koponen & Vataja 2016). Ahdistuneisuus ilmenee sekä psyykkisin että fyysisin oirein (Hallikainen ym. 2017, 65). Lyhytkestoiseen tai satunnaiseen ahdistuksen hoitoon käytetään usein bentsodiatsepiinia. Buspironi, moklebemidi ja serotoniinin takaisin ottoa estävät masennuslääkkeet ovat

käyttökelpoisia erityisesti keskivaikeassa ja vaikeissa ahdistusoireissa, joissa tarvitaan pidempiaikaista hoitoa. (Koponen & Vataja 2016.)

Psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja liittyy usein muistisairauksiin (Hallikainen ym. 2017, 66). Tavallisimmin muistisairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa voi esiintyä aistiharhoja ja harha-ajatuksia, niitä esiintyy noin 25-50%:lla muistisairaista (Koponen & Vataja 2016). Muistisairaahan harhaluulot liittyvät tavallisimmin omaisiin tai läheisiin, mutta tavallisia ovat myös: varastamiseen liittyvät epäluulot, uhkailun ja vainon kohteena olemiseen liittyvä ahdistuneisuus ja pelko sekä omaan terveydentilaan liittyvät harhat. Aistiharhoja voivat olla kuulo-, näkö-, tai hajuharhat ja harhatuntemukset, mitkä liittyvät kosketusaistiin. (Hallikainen ym. 2017, 66-67.) Äkillinen psykoosioireiden ilmaantuminen muistisairaille voi myös olla merkki sekavuustilan kehittymisestä tai lääkkeen haittavaikutuksesta, tällaisessa tilanteessa on perusteltua somaattisen terveydentilan ja mahdollisten ympäristön muutosten selvittely. Harha-ajatusten ja aistiharhojen hoidossa psykoosilääkkeet ovat tehokkaita. (Koponen & Vataja 2016.)

Vuorokausiryhtiin ja uneen liittyvät muutokset käyttäytymisessä voivat ilmetä iltaa kohti lisääntyvänä sekavuutena, päiväaikaisena väsymyksenä ja liiallisena nukkumisena, touhuamisena ja heräilyä yöllä, yöaikaisena pelokkuutena, levottomuutena tai sekavuutena tai toiminnallisena unettomuutena (Hallikainen ym. 2017, 70-71). Univaikeudet ovat tavallisia muistisairailta, noin neljänneksellä potilaista esiintyy yöllistä heräilyä (Koponen & Vataja 2016). Univaikeudet vaikuttavat muistisairaahan toimintakykyyn. Ensisijaista on selvittää unihäiriöiden syyt ja ottaa käyttöön helpottavat käytännöt. (Hallikainen ym. 2017, 71.) Unihäiriöiden lääkehoidossa muistisairailta käytetään samoja valmisteita kuin iäkkäiden hoidossa (Koponen & Vataja 2016).

Levottomuus-oireet ovat yksiä tavallisimpia myöhäisvaiheen oireita muistisairailta, niitä esiintyy 50-60%:lla muistisairaista potilaista. Oireet ovat vaikeimmissa muodoissa ajallisesti pitkäkestoisia ja hoitoratkaisuiltaan vaativia, ne myös kuormittavat voimakkaasti potilaan lähiympäristöä. Vaikeiden levottomuuden ja aggression muotojen hoitoon on käytetty psykoosilääkkeitä. Myös mielialantasaajista, karbamatsepiinista ja valproaatista on joissain tutkimuksissa hyötynyt potilaista 2/3, vaste on kuitenkin ollut vaihtelevampi kuin psykoosilääkkeillä. (Koponen & Vataja 2016.)

3 OSAAMINEN MUISTISAIRAAN HOIDOSSA

Jokaisen osaamisprofiili on erilainen, sillä se on yksilön pääomaa. Osaamista on vaikea määritellä, mutta voidaan katsoa sen koostuvan tiedoista, taidoista, kokemuksista, asenteista sekä verkostoista. Taitoja karttuu käytännön tekemisen kautta ja tietoja muun muassa opintojen kautta. Usein ajatellaan, että kokemus on työkokemusta, mutta myös esimerkiksi elämäkokemus on osaamista. Yhteiskunnassa tapahtuvien asioiden seuraamista sekä ajan tasalla pysymistä voidaan tarkoittaa verkostoilla. Kaikki osaaminen ei ole näkyvää. On tärkeää tunnistaa ja nostaa esille niin sanottua hiljaista osaamista. Osaamisen näkymättömään osaan liittyvät yksilön motiivit, minäkuva ja yksilölliset ominaisuudet. (Opintokeskus Sivis 2019.)

Väestön palvelutarpeissa ja lainsäädännössä tapahtuvat muutokset, uusi tutkimustieto, palvelurakenteen kehittäminen ja sosiaali- ja terveystieteelliset ohjelmat vaikuttavat sairaanhoitajan osaamiseen. Sairaanhoitajan vähimmäisosaaminen on määritelty ammatti-pätevyysdirektiivin mukaan. Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen on määritelty yhdeksään osaamisalueeseen: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus. Osaamisalueet on edelleen jaettu alateemoihin. Kliinisen hoitotyön alla on alaluokka Gerontologinen hoitotyö ja kotisairaanhoito, tämän yhteydessä huomioidaan muun muassa muistisairaudet. Osaamiskuvauksiin on avattu, että sairaanhoitajan tulisi osata tukea iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn saavuttamista ja säilyttämistä. Vähimmäisosaamiseksi määriteltyjen alueiden mukaan koostuu sairaanhoitajaopinnot. (Eriksson ym. 2015.)

Muistisairaahan hyvä hoito perustuu osaamiseen, tutkimukselliseen näyttöön sekä kerättyyn tietoon muistisairaahan ja hänen läheistensä hyvän elämän edellytyksistä sairauden eri vaiheissa. Hoitajan osaaminen muistisairaahan potilaan hoidossa koostuu muistisairaahan toimintakyvyn ja osallisuuden tukemisesta, muistisairaahan ja hänen omaistensa arvostavasta kohtaamisesta ja osallisuuden huomioimisesta, kirjaamisesta sekä kirjatun tiedon hyödyntämisestä, hoidon järjestämisestä ja toteuttamisesta sekä käytösoireiden ilmentymisen ennakoimisesta, vähentämisestä ja haasteellisessa tilanteessa toimimisesta. (Hallikainen ym. 2017, 8-9.) Hoitajien tiedot, taidot ja asenteet mahdollistavat eettisesti

kestävän toiminnan kaikessa hoidossa sekä palveluissa (Sillanaukee ym. 2012). Potilaan oma näkemys sekä itsemääräämisoikeus omaan elämään korostuu muistisairaana potilaan hoidossa. Vaikeassakaan sairauden vaiheessa itsemääräämisen kunnioittamisen periaate ei poistu. (Hallikainen ym. 2017, 8-9.)

Kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen ovat muistisairaana potilaan kohtaamisen peruseriaatteet. Kunnioittaminen pohjautuu elämäkokemuksen huomioonottamisesta, kuuntelemisesta, hyväksymisestä sekä rinnalle asettumisesta. On tärkeää myös muistaa potilaan fyysisen ja psyykkisen oman tilan loukkaamattomuus. Arvostaminen rakentuu ihmisarvon kunnioittamisesta, toiveiden ja mielipiteiden huomioonottamisesta, tunteiden hyväksymisestä sekä potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen tukemisesta. Luottamuksen saavuttaminen on tärkeää. Luottamuksen saavuttaa, kun potilaan kohtaa kiireettömästi ajan kanssa ja suhtautuu ymmärtäväisesti. Myös turvallisuuden ja jatkuvuuden ylläpitäminen ihmissuhteissa ja arjessa luo luottamusta hoitajan ja potilaan välille. (Hallikainen ym. 2017, 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa on kirjattu osaamisen tavoitteeksi vuodelle 2020, että palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt edistäisivät kansalaisten aivoterveyttä sekä tunnistaisivat muistioireet ja ohjaisivat asiantuntijasuosituksen mukaisesti muistioireiset henkilöt tutkimuksiin. Ammattihenkilöiden tulisi kohdata muistisairas henkilö sekä hänen omaisensa kaikissa eri palveluissa arvostaen, ottaen hoidossa huomioon eri muistisairauksien mukana tuomat muutokset sekä pystyä ennakoimalla hallitsemaan käytösoireiden ilmaantumista ja niiden mukana tuomia tilanteita ja toimia muistisairaana toimintakykyä tukien. Tavoitteeksi vuodelle 2020 on myös kirjattu, että hoidon tulisi olla näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaista. Ammattihenkilöstöllä tulisi olla riittävä osaaminen muistisairaana henkilön identiteettiä ja elämänlaatua tukevaan hoitoon ja palveluun. Hoitajien koulutukseen on panostettava sekä kuntoutuksen on sisällytettävä työntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen sekä perehdytysohjelmiin hyvän hoidon ja palveluiden laadun turvaamiseksi. (Sillanaukee ym. 2012.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä osaamista tarvitaan muistisairautta sairastavan potilaan hoidossa sairaalaosastolla, erityisesti silloin, kuin se ilmenee erilaisina käytösoireina. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää muistisairaiden hoitotyössä.

Tutkimusongelma:

1. Mitä osaamista tarvitaan käytösoireisen muistisairaahan lyhytaikaisessa hoidossa?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Muistisairaahan hoidossa tarvittava osaaminen on ajankohtaista, sillä tulevaisuudessa muistisairaiden määrä tulee lisääntymään (Ali ym. 2015). Toimeksiantajana toimii TYKS, Salon sairaala. Toimeksiantajan toiveena on saada tietoa muistisairaahan potilaan hoidossa vaadittavasta osaamisesta.

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa määritellään **kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma** (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Toimeksiantajan toiveena oli saada tutkimustietoa muistisairaahan potilaan hoidossa vaadittavasta osaamisesta. Liian laaja tutkimuskysymys tuottaa liiallisen aineiston vuoksi ongelmia, jolloin tutkijalla ei ole mahdollisuutta käsitellä kaikkea löytämäänsä kirjallisuutta (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Opinnäytetyö on rajattu tutkimuskysymyksellä käyttösoireista kärsiviin muistisairaisiin ja heidän kanssa vaadittavaan osaamiseen.

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe koostuu **kirjallisuushausta ja aineiston valinnasta**, tämä sisältää varsinaiset haut sekä merkityksellisen kirjallisuuden valintaprosessin. Kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali on tarkoitus tunnistaa ja löytää systemaattisessa kirjallisuushaussa. Tiedonhakuja varten tarvitaan soveltuvat hakusanat. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.) Tiedonhaku suoritettiin hakemalla tietoa eri tietokannoista, kuten Medic, Cinahl, Pubmed ja Terveysportti. Hakusanoina käytettiin muun muassa dementia, memory, aggression, non pharmacological interventions, aggressive behavior, short-term care, muistisairaus, hoitotyö, osaaminen, sairaanhoito, apatia, masennus ja käyttösoireet.

Keskeisesti hakustrategiaan kuuluu mukaanotto- ja poissulkukriteerit (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Opinnäytetyön aineisto on rajattu julkaisuvuoden, saatavuuden sekä aiheeseen sopivuuden perusteella. Aineisto on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana, joko suomeksi tai englanniksi, sekä aineisto on kokonaan saatavilla. Tutkimukset on valittu edellä mainittujen hakuehtojen sekä aiheeseen sopivuuden perusteella. Tiedonhakua tehtiin useilla hakusanoilla ja hakusanojen yhdistelmillä. Osa käytössä olleista tutkimuksista löytyi useammalla hakusanalla, sen vuoksi taulukko näyttää useampaa tutkimusta, kuin todellisuudessa käytettiin. Tiedonhakua esitellään taulukossa 1. Kokotekstin maksuttomuus tai saatavuus ei saisi määrittää kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- tai poissulkukriteereitä, sillä se johtaa ongelmiin katsauksen luotettavuudessa (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Koska rahoitusta ei ollut opinnäytetyötä tehdessä, oli yksi

poissulkukriteereistä aineiston maksuttomuus. Katsaukseen valittujen artikkelien lähdeluetteloja läpikäymällä voidaan toteuttaa manuaalista hakua (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27). Kirjallisuuskatsauksessa manuaalinen haku on suoritettu tutkimusten ja aiheeseen sopivien kirjallisuuskatsausten lähdeluettelosta.

Taulukko 1. Tiedonhaku.

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Cinahl	dementia+ aggression+ non-pharmacological interventions	3	3	2	0
Cinahl	dementia + behavior + apathy	15	12	5	0
PubMed	aggressive behaviour+ dementia+ short-term care	12	4	4	0
Medic	muistisairaus+ hoitotyö	43	13	2	2
Medic	muistisairaus+ osaaminen	2	0		
Medic	muistisairaus+ sairaanhoito	12	5	2	2
Medic	muistisairaus+ käytösoireet	15	9	3	1
Medic	muistisairaus + apatia	1	1	1	0
Medic	muistisairaus + masennus	10	3	2	0
Medic	memory + aggression	2	2	0	
Terveysportti/ Käypä hoito	Muistisairaus	6	1	1	1
Manuaalinen haku					7
Tutkimuksia yhteensä					10

Kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe koostuu hakuprosessin perusteella valittujen **tutkimusten arvioinnista**. Arvioinnin tarkoituksena on tutkimuksista saadun tiedon laajuuden ja edustavuuden tarkastelu sekä havaita oman tutkimusongelman ja -kysymyksen kannalta merkitykselliset tiedot. Jokaisen valitun tutkimuksen asetelman eheyttä ja luotettavuutta arvioidaan erikseen. Tutkimusten arviointi aloitetaan perehtymällä valittuihin tutkimuksiin. Arvio tutkimuksista perustuu yleisten kriteerien mukaan alkuperäistutkimusten vahvuuksien ja heikkouksien arviointiin. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28-29.) Opin näytetyön tässä vaiheessa tarkasteltiin tutkimuksia edellistä vaihetta tarkemmin. Tutkimuksia luettiin sekä pohdittiin niiden merkityksellisyyttä opin näytetyön kannalta. Myös alkuperäistutkimusten luotettavuutta arviointiin tässä vaiheessa. Muistisairaahan hoidosta

löytyi paljon tutkimuksia, tosin niiden heikkoutena oli se, ettei suurimmassa osassa käsitelty lyhytaikaista hoitoa toisin, kuin opinnäytetyön tutkimuskysymyksessä.

Aineiston analyysi ja synteesi on kirjallisuuskatsauksen neljäs vaihe, sen tarkoituksena on järjestää sekä tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Useimmissa kirjallisuuskatsauksissa, joita tehdään kandidaatintutkielmana katsauksen tekijä, järjestee sekä luokittelee aineistoa ja etsii yhtäläisyyksiä sekä eroja. Lopuksi tekijä kirjoittaa sekä tulkitsee tuloksia niin, että niistä muodostuu kokonaisuus, joka lisää ymmärrystä (synteesi). Käytännössä analyysi ja synteesi tapahtuvat samanaikaisesti. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30.)

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa kuvataan tutkimuksen tärkeää sisältöä eli tutkimuksen kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Suositellaan tutkimusten yhteenvedon tekemistä taulukkomuotoon, sen tarkoituksena on luoda kokonaiskuva ja ymmärrys aineistosta. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30-31.) Taulukosta 2 selviää opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, menetelmä, otos ja keskeiset tulokset.

Taulukko 2. Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten esittely.

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Eloniemi-Sulkava, Savikko. 2011. Suomi.	Lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, löytää uusia toimintatapoja heidän hyvinvointinsa laaja-alaiseen tukemiseen sekä kehittää käytösoireista kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan soveltaa erilaisissa muistisairaiden ihmisten hoitopaikoissa ja kotihoitossa	Haastattelu, havainnointi. Tutkittavat jaoteltiin vertailuryhmään ja interventioryhmään. Interventioryhmässä potilaille kehitettiin moniammatillisesti toimintamalli, jota noudatettiin hoidossa.	Vanhuspalveluiden pitkäaikaisosastot (n=11)	Käytösoireista kärsineiden muistisairaiden asukkaiden käytösoireiden kokonaispisteet laskivat tutkimuksen aikana tilastollisesti merkitsevästi, samoin kuin hoitajien oireista kokema stressi. Myös masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi asukkaiden elämänlaatu parani.
Hultqvist. 2013. Suomi.	Kuvata hoitajien toimintamalleja iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä	Kvantitatiivinen tutkimus, joka sisälsi kvalitatiivisen osion. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella.	Muistisairaahan hoitotyön ammattilaiset (n=132)	Alle 15 potilaan osastolla toimitaan usein taitavasti mallin mukaisesti, kun taas keskisuurella ja suurella osastolla esiintyy harvemmin taitavasti toimimista. hoitajan ammattitaito, hoitajan asennoituminen työhön ja potilaisiin, johtajuuden luomat toimintaedellytykset sekä hoitajan työhyvinvoinnin mahdollisuudet vaikuttivat hoidon laatuun.
Hynninen. 2016. Suomi.	Kuvata ja selittää ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoitotyötä kirurgisella vuodeosastolla muistisairaiden potilaiden, omaisten, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden näkökulmasta	Haastattelut sekä kyselylomake hoitohenkilökunnalle.	Haastattelu: muistisairaant (n=7), omaiset (n=5), hoitohenkilökunta (n=19) ja lääkärit (n=9). Kyselylomake: hoitohenkilökunta (n=191)	Muistisairaahan hoitotyössä korostui fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen avuntarpeeseen vastaaminen, joka vaati keskimääräistä enemmän aika- ja henkilöstöresursseja. Hoitohenkilökunnan mukaan heillä ei ollut tarvittavaa tietoa muistisairaiden potilaiden hoitamiseen. Hoitajat, joilla oli pitkä työkokemus reagoivat muistisairaahan potilaan käytösoireisiin välinpitämättömämmin.

(jatkuu)

Taulukko 2. (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Juhola, Taipale, Koponen, Tanskanen, Tiihonen, Hartikainen, Tolppanen. 2019. Suomi.	Tarkoituksena oli tutkia Alzheimerin taudin diagnoosin eri vuosina saaneiden henkilöiden psyykenlääkkeiden käyttöä sekä heidän osuuttaan 65 vuotta täyttäneestä väestöstä erityisvastuualueittain	Menetelmänä oli rekisteritutkimus. Aineisto on kerätty Kelan erityiskorvausrekisteristä.	Kaikki vuosina 2005–11 Alzheimerin taudin lääkkeisiin rajoitetun peruskorvauksisuuden saaneet henkilöt (n = 70 718)	Noin puolet käytti psyykenlääkkeitä 0–2 vuotta ennen diagnoosia ja noin 60 % diagnoosin jälkeen. Psykoosilääkkeiden ja masennuslääkkeiden käytön yleisyys säilyi samansuuruisena koko tutkimusjakson ajan. Vain bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkkeiden käyttö diagnoosin jälkeen väheni merkittävästi vuosikohorteittain.
Laitinen. 2015. Suomi.	Kuvata ja ymmärtää työntekijöiden kokemuksia TunteVa -työskentelystä ja niiden merkityksiä muistisairaiden kohtaamisessa.	Avoimet haastattelut, jotka nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin Giorgin kuvailevan fenomenologisen menetelmän mukaisesti.	Työntekijät (n=6), joista kolme oli käynyt TunteVa peruskurssin ja kolme TunteVa hoitajan -koulutuksen	TunteVa -työskentely monipuolista työtä antamalla uusia työkaluja, laajensi ymmärrystä muistisairaana ihmisen käyttäytymisestä ja lisäsi työn mielekkyyttä onnistumisen kokemusten kautta. Hoitajat kokivat, että asiakkaan kohtaaminen arvostavasti sekä rauhallisesti lisäsi asiakkaan rauhallisuutta.
Orrell, Yates, Leung, Kang, Hoare, Whitaker, Burns, Knapp, Leroi, Moniz-Cook, Pearson, Simpson, Spector, Roberts, Russell, Waal, Woods, Orgeta. 2017. Britannia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kotona toteutettavan kognitiivisen stimuloivan terapian vaikutavuutta kognition ja elämänlaadun parantamisessa dementiaa sairastavalla sekä hoitajan hyvinvointia	Pragmaattinen randomoitu vertailututkimus.	Lievää tai keskivaikeaa dementiaa sairastavat (n=365)	Kotona toteutettavan kognitiivisen stimuloivan terapian ei todettu vaikuttavan dementiaa sairastavan kognition tai elämänlaatuun. Kuitenkin terapian todettiin vaikuttavan dementiaa sairastavan ja hoitajan väliseen suhteeseen positiivisesti, sekä hoitajan elämänlaatuun.

(jatkuu)

Taulukko 2. (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg, Tilvis. 2013. Suomi.	Selvittää liikunnallisen harjoittelun vaikuttavuutta kotona asuvien, Alzheimerin tautia sairastavien toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin, heidän omaishoitajiensa elämänlaatuun sekä molempien palveluiden käyttöön ja niiden kustannuksiin vuosina 2008–2011.	Satunnaistettu vertailututkimus. Kolme yhtä suurta ryhmää: 1) ryhmäkuntoutusryhmä, 2) kotikuntoutusryhmä ja 3) vertailuryhmä. Tutkimushoitajan haastattelut tehtiin 0:n, 3:n, 6:n, 12:n ja 24 kuukauden kohdalla.	(n= 210) pariskuntaa, joista toinen puoliso oli muistisairaana omaishoitaja.	Kotona annetulla räätälöidyllä kuntoutuksella voidaan hidastaa muistisairaiden fyysisen toimintakyvyn (mitattu FIM-mittarilla) heikkenemistä merkittävästi. Liikuntatesteissä (SPPB) ei ollut eroja ryhmien välillä. Myös kognitiossa näkyi myönteinen muutos toiminnanohjauksen osalta kellotestillä mitattuna kotikuntoutusryhmässä.
Suontaka-Jamalainen. 2011. Suomi.	Kuvata vanhuspsykiatrisella osastolla hoidettuja muistisairautta sairastavien potilaiden käytösoireiden ilmenemistä, jäljellä olevaa toimintakykyä ja niiden muutosta hoitointervention aikana.	Haastattelu ja potilaiden havainnointi. Myös potilaskertomusmerkinnät toimivat tiedonlähteenä.	Muistisairautta sairastavat potilaat (n=85)	Vaikeasti dementoituneilla levoittomuus ja aggressiivisuus olivat yleisempiä kuin keskivaikeaa tai lievää muistisairautta sairastavilla. Käytösoireet vähenivät hoitointervention aikana merkittävästi. Käytösoireiden ehkäisemiseksi ja toimintakyvyn parantamiseksi toimii musiikki, liikunta sekä mielikuvaterapia. Hoitajalta vaaditaan myös pitkäjänteisyyttä luovuutta sekä positiivista asennetta hoidossa.
Särkämö, Tervaniemi, Laitinen, Numminen, Kurki, Johnson, Rantanen. 2013. Suomi.	Selvittää säännöllisen musiikin kuuntelun tai laulamisen vaikutusta päivittäisessä hoidossa.	Satunnaistettu vertailututkimus. Tutkimuksessa käytettiin muistisairaalle tuttuja lauluja. Muistisairaahan kognitiota, mielialaa sekä elämänlaatua mitattiin tutkimuksen eri vaiheissa.	Laulua hoidossa käytävä ryhmä (n = 30). Musiikin kuuntelua hoidossa käytävä ryhmä (n = 29). Vertailuryhmä (n = 30).	Laulaminen ja musiikin kuuntelu vaikutti myönteisesti mielialaan, orientaatioon ja pitkäaikaiseen muistiin sekä vähäisessä määrin kognitioon. Laulaminen vaikutti positiivisesti lyhytaikaiseen sekä työmuistiin. Laulaminen vaikutti positiivisesti myös muistisairaahan elämänlaatuun

(jatkuu)

Taulukko 2. (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Valkohaapa. 2014. Suomi.	Antaa lisätietoa hoitajien tietämyksestä, käsityksistä ja asenteista psyykenlääkkeitä sekä kemiallista rajoittamista kohtaan sekä siitä, miten nämä asiat vaikuttavat päätöksentekoon kemiallisen rajoittamisen käyttämisestä.	Ryhmäkeskustelu, keskustelurungon mukaisesti edeten.	Hoitajia (n=13)	Hoitajien mielestä kemiallinen rajoittaminen on oikeutettua, kun asukkaiden turvallisuus täytyy taata, helpottaa heidän ahdistunutta oloaan tai taata henkilökunnan työnteon edellytykset. Muita syitä kemialliseen rajoittamiseen olivat mm. henkilökunnan vajaamiehitys ja omaisten vaatimukset. Yhteisten toimintalinjojen ja -periaatteiden puute osastoilla aiheuttaa hämmennystä ja variaatioita kemiallisen rajoittamisen käytämisessä.

Analyysin toisessa vaiheessa tekijä lukee aineistoa, tekee merkintöjä ja muodostaa merkintöjen avulla luokkia. Tämän vaiheen tarkoituksena on etsiä tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ryhmitellä ja vertailla niitä, ja sitten tulkita niitä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 31.) Tutkimusten tuloksia vertailtiin ja niistä etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tuloksia kirjoitettiin ylös ja niihin tehtiin merkintöjä, tämän jälkeen lähdettiin muodostamaan luokkia.

Analyysin kolmannessa vaiheessa muodostetaan löytyneistä yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista looginen kokonaisuus. Taulukoita ja kuvioita voidaan käyttää synteessin havainnollistamiseksi. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 31.) Yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista lähdettiin muodostamaan luokkia ja alaluokkia, joista lähdettiin tekemään loogisia kokonaisuuksia aiheiden perusteella. Tulososassa käytetään kuviota havainnollistamaan synteesiä.

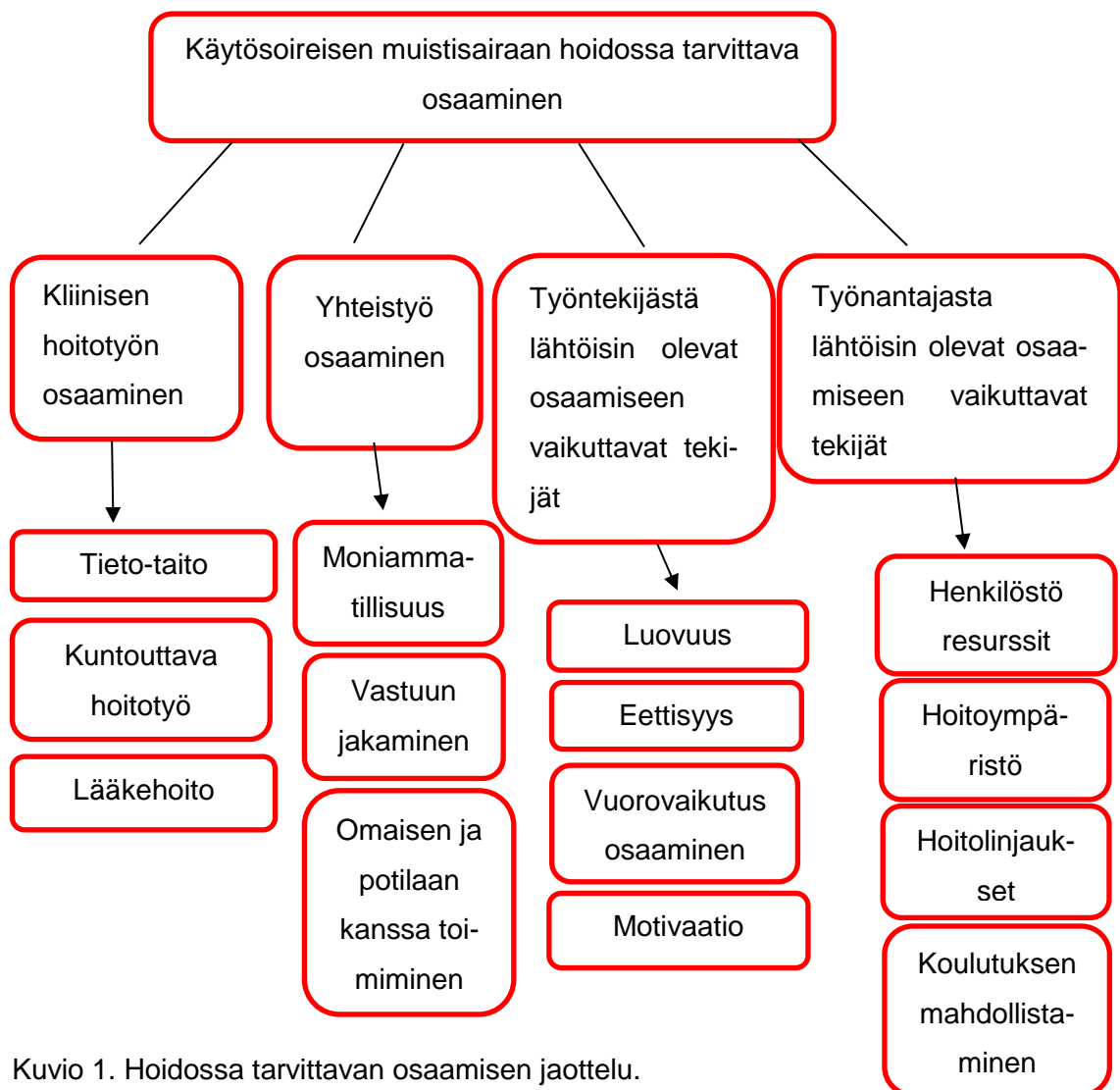
Kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on **tulosten raportointi** (katsauksen kirjoittaminen lopulliseen muotoon). Katsauksen raportoinnin tulee sisältää ainakin tiivistelmä, tausta, tutkimuskysymykset, katsauksen menetelmät, hakuprosessi, tiedot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista, tutkimusten laadun arviointi, katsauksen tulokset, pohdinta katsauksen mahdollisista heikkouksista, johtopäätökset, tulosten sovellettavuuden arviointi, jatkotutkimusehdotukset sekä lähdeluettelo. (Niela-Vilén & Hamari 2016.) Opinnäytetyö koostuu tiivistelmästä, kirjallisuuskatsauksesta,

tutkimuskysymyksestä, katsauksen menetelmästä, katsauksen tuloksista, johtopäätöksistä, lähdeluettelosta ja opinnäytetyön empiirisestä osiosta löytyy hakuprosessi sekä tiedot mukaan otetuista tutkimuksista. Opinnäytetyön laatua on arvioitu eettisyyden ja luotettavuuden osiossa.

Opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2019. Se esitettiin Turun ammattikorkeakoulun Salon kampuksella, julkaistiin Theseus-tietokannassa sekä toimitettiin toimeksiantajalle.

6 TULOKSET

Käyttösoireisen muistisairaahan lyhytaikaisessa hoidossa tarvittava osaaminen on tässä opinnäytetyössä jaoteltu kliinisen hoitotyön osaamiseen, yhteistyöosaamiseen sekä työntekijästä ja työnantajasta lähtöisin oleviin osaamiseen vaikuttaviin tekijöihin.



Kuvio 1. Hoidossa tarvittavan osaamisen jaottelu.

6.1 Kliinisen hoitotyön osaaminen

Kliinisen hoitotyön osaamiseen liittyvät tieto-taito, kuntouttava hoitotyö sekä lääkehoito.

Riittävä **tieto-taito** muodostaa osaamisen perustan. Käyttösoireisen muistisairaahan hoito edellyttää monipuolista erikoisosaamista (Suontaka-Jamalainen 2011). Puutteellinen tieto-taito aiheuttaa hoitajien fyysistä ja psyykkistä uupumista (Hynninen 2016). Hoitajan kokiessa työnsä palkitsevaksi sekä jaksessa toimia tehokkaasti, myös potilaan persoonallisuuden ja dementian ominaispiirteet huomioiva toiminta lisääntyi. Hyvä hoito on yksilöllistä ja lähtee potilaan tarpeista, sekä siinä huomioidaan potilaan ikä sekä muistisairaus. (Hultqvist 2013.) Suontaka-Jamalaisen (2011) tutkimus tuki yksilöllisen hoidon tärkeyttä. Hoitajan on tärkeä osata hahmottaa toimintakyvyn eri osa-alueet, koska toimintavajeet kehittyvät dementian eri vaikeusasteiden mukaan (Suontaka-Jamalainen 2011). Laitisen (2015) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajien kokemuksen mukaan keskustelu TunteVa -työskentelyyn kuuluvien tekniikoiden avulla lievittää muistisairaahan ahdistusta sekä ehkäisee käyttöoireita. TunteVa -työskentelyyn kuuluvia tekniikoita ovat koskettaminen, katsekontakti, elämäntarinan ja taustan tunteminen, musiikki, avainsanojen toistaminen, tunteiden sanoittaminen, muistelu, keskusteleminen ja kuunteleminen, lempeää äänensävyä sekä avointen kysymysten ja äärikysymysten kysyminen. TunteVa-työskentelyyn liittyy myös yleisesti asukkaan arvostava kohtaaminen ja turvallisuuden tunteen luominen. (Pohjavirta 2018.)

Kuntouttava hoitotyö lähtee jäljellä olevien voimavarojen arvioinnista. Hoitajan on osattava arvioida potilaan lähtökohta, jotta kuntoutus voidaan toteuttaa mahdollisimman hyödyllisesti. (Suontaka-Jamalainen 2011.) Pitkälä ym. (2013) tutkimuksessa todettiin kuntoutuksen parantavan lihaskuntoa, toimintakykyä sekä muistia. Liikunta myös vähentää ärtyisyyttä ja mielialojen vaihtelua (Pitkälä ym. 2013). Puutteellinen kivunhoito rajoittaa potilaan liikkumista, joten siksi myös tarvittavan kivunhoidon mahdollistaminen vaikuttaa kuntoutukseen (Hynninen 2016).

Lääkehoidon tarpeellisuuden arvioinnin osaaminen on tärkeä osa hoitotyötä (Valkohaapa 2014). Psykyenlääkkeiden käyttö lisääntyy huomattavasti muutamassa vuodessa muistisairaus diagnoosin toteamisesta (Juhola ym. 2019). Valkohaavan (2014) tutkimuksen mukaan risperidonia ja ketiapiinia käytetään pikemmin säännöllisenä kuin tarvittaessa, vaikka käytön tulisi olla lyhytaikaista sekä sen tarpeellisuutta tulisi arvioida säännöllisesti. Hoitajat kertoivat syyksi kemialliseen rajoittamiseen muun muassa muistisairaahan aggressiivisuuden, hoitohenkilökunnan työskentelymahdollisuuksien turvaamisen, asukkaan oman turvallisuuden takaamisen sekä muiden asukkaiden rauhan ja turvallisuuden varmistamisen. Lääkkeettömien keinojen hyödyntäminen on kuitenkin ensisijainen keino käyttöoireiden hillitsemiseksi. (Valkohaapa 2014.) Aggressiivisuus on

kuitenkin selkeä syy kemialliselle rajoittamiselle, jotta työturvallisuus säilyy (Valkohaapa 2014).

6.2 Yhteistyöosaaminen

Yhteistyöosaamiseen liittyvät moniammatillisuus, vastuun jakaminen sekä omaisen ja potilaan kanssa toimiminen.

Moniammatillisuus on osa muistisairaahan kokonaisvaltaista hoitoa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011). Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2011) tutkimuksessa hoitajat tekivät yhdessä asiantuntijasairaanhoidajan sekä konsultoivan geriatriin kanssa muistisairaahan hoitosuunnitelman. Hoitajat saivat myös ohjausta ravitsemuskuntoutukseen, ergonomisten työasentojen löytämiseen, muistisairaahan voimavarojen tunnistamiseen sekä tietoa hoitoympäristön parantamisesta. Tämän todettiin vähentävän psyykenlääkkeitä vaativia käytösoireita ja syömisen häiriöitä sekä lisäävän elämänlaatua. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011.) Moniammatillisuus auttoi myös toimintakyvyn ylläpitämisessä (Suontaka-Jamalainen 2011).

Vastuun jakaminen on tärkeää hoitajan jaksamisen kannalta. Hoitovastuun jakaminen useammalle hoitajalle ennaltaehkäisee yksittäisen hoitajan uupumista. (Hynninen 2016.) Muistisairaahan hoitaminen voi olla raskasta hoitajalle suuren työmäärän ja haastavien työtilanteiden vuoksi. Työpaikkaansa tyytyväiset hoitajat toimivat usein taitavasti muistisairasta hoidettaessa. (Hultqvist 2013.) Myös toisen hoitajan mukaan ottaminen hoitotilanteeseen voi auttaa kiinnittämään potilaan huomion muuhun kuin hoitamiseen (Hynninen 2016).

Omaisen ja potilaan kanssa toimiminen yhteistyössä on yksi toimivan kuntoutuksen edellytyksistä (Suontaka-Jamalainen 2011). Omaisten osallistuminen hoitoprosessiin on muistisairaahan kohdalla yleistä. Omaisten läsnäolon on muun muassa todettu rauhoittavan muistisairasta. (Hynninen 2016.) Orrell ym. (2017) tutkimuksessa ilmeni, että kolme kertaa viikossa omaisen toteuttama kognitiivisesti stimuloiva terapia parantaa omaisen ja muistisairaahan välistä suhdetta sekä auttaa omaisen jaksamisessa. Omaiset kokevat usein fyysisen rajoittamisen potilasta alentavana (Hynninen 2016). Kemiallinen rajoittaminen sen sijaan on usein omaisten mielestä parempi vaihtoehto (Valkohaapa 2014).

6.3 Työntekijästä lähtöisin olevat osaamiseen vaikuttavat tekijät

Työntekijästä lähtöisin olevat osaamiseen vaikuttavat tekijät olivat luovuus, eettisyys, vuorovaikutus sekä motivaatio.

Luovuus hoitotilanteessa auttaa ehkäisemään käytösoireita (Hynninen 2016; Valkohaapa 2014). Luovat ratkaisut sekä virikkeet voivat jopa poistaa rauhoittavan lääkkeen tarpeen (Valkohaapa 2014). Särkämön ym. (2013) tutkimuksen mukaan musiikkiterapia paransi muistisairaana yleiskognitiota sekä keskittymis- ja suorituskkyä. Myös musikaaliset vapaa-ajan aktiviteetit, kuten laulaminen ja tuttujen laulujen kuunteleminen paransivat mielialaa sekä elämänlaatua (Särkämö ym. 2013). Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2011) tutkimus tuki myös tulosta laulamisen positiivisista vaikutuksista. Laulaminen sai asukkaan hyvälle tuulle, lievitti ahdistusta sekä aggressiota ja sai muistisairaana unohtamaan hoidon vastustamisen (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011).

Hoitajat pohtivat kemiallisen rajoittamisen **eettisyyttä** Valkohaavan (2014) tutkimuksessa esimerkiksi tilanteessa, jossa kemiallista rajoittamista käytettiin muistisairaana pahan olon poistamiseksi. Hoitajat kokivat surua siitä, etteivät voineet hoitaa taustalla olevaa syytä. Kuitenkin potilaan ollessa aggressiivinen, hoitajat kokivat kemiallisen rajoittamisen oikeana vaihtoehtona. Hoitajan on osattava erottaa, milloin kemiallinen rajoittaminen on perusteltua muistisairaana hyvinvoinnin kannalta ja milloin tarkoituksena on vain työtaakan helpottaminen ja mukavuus. (Valkohaapa 2014.)

Vuorovaikutus muistisairaana kanssa on oltava rauhallista. Myös vanhoista asioista puhuminen ja huomion kiinnittäminen muuhun kuin hoitoon sekä läsnäolo auttaa rauhoittamaan muistisairasta. Käytösoireiden vähentämiseksi on myös tärkeää, että hoitaja osaa antaa muistisairaalle aikaa, eikä toimi kiireessä. (Hynninen 2016.) Valkohaavan (2016) tutkimuksessa myös käy ilmi, että rauhoittelu ja turvallisuuden tunteen luominen on tärkein kemiallisen rajoittamisen vaihtoehto. Oman persoonan käyttö, kommunikointi, läsnäolo ja fyysinen läheisyys ovat myös tärkeitä tekijöitä vuorovaikutuksessa muistisairaana kanssa (Valkohaapa 2016).

Motivaatio vaikuttaa uusien käytäntöjen oppimiseen (Laitinen 2015). Muistisairaana hoidossa on tärkeää toimia kuntouttavalla työotteella sekä hyödyntää hoitotyön menetelmiä (Hultqvist 2013). TunteVa -työskentely on yksi toimivaksi todettu hoitotyön menetelmä. Laitisen (2015) tutkimuksen mukaan muistisairaana käytösoireisiin liittyvä osaaminen ja TunteVa- työskentelyn tekniikat tekivät työskentelystä mielekästä, helpotti jaksamista ja

innostivat oman työn kehittämiseen. Negatiivinen suhtautuminen työtä kohtaan kuitenkin vaikeutti TunteVa -työskentelyä (Laitinen 2015).

6.4 Työnantajasta lähtöisin olevat osaamiseen vaikuttavat tekijät

Työnantajasta lähtöisin olevat osaamiseen vaikuttavat tekijät olivat henkilöstöresurssit, hoitoympäristö, hoitolinjaukset sekä koulutuksen mahdollistaminen.

Henkilöstö resurssien riittävyys on muistisairaahan hoidossa taitavasti toimimisen edellytyksenä. Resurssien puute johtaa ajan puutteeseen, jonka vuoksi taitavasti toimiminen vaikeutuu. (Hultqvist 2013.) Kun hoitajalla on aikaa potilaille niin potilaat ovat yleensä rauhallisempia (Hynninen 2016).

Sopiva **hoitoympäristö** sekä muistisairasta tukeva ympäristö ovat olennainen osa taitavasti toimimista. Usein pienillä, alle 15 potilaan osastoilla, toimitaan enemmän taitavasti muistisairaahan hoidossa, kuin suuremmilla osastoilla. (Hultqvist 2013.) Hynnisen (2016) tutkimuksessa todettiin, että rauhallinen ympäristö edisti muistisairaahan leikkauksesta toipumista, joten heidät pyrittiin sijoittamaan usein lähelle kansliaa yhden hengen huoneeseen. Virikkeiden, kuten musiikin käytön mahdollistaminen päivittäisessä hoidossa edistää muistisairaahan elämänlaatua taloudellisesti (Särkämö ym. 2013).

Hoitolinjaukset tässä tarkoittavat yhteneväisiä ohjeistuksia muistisairaiden hoitoon ja lääkitsemiseen. Valkohaapa (2014) tutkimuksessa hoitajat kertovat toivovansa erityisesti kemialliseen rajoittamiseen lääkärin kanssa yhdessä sovittuja linjauksia. Hoitajat toivovat myös enemmän keskustelua henkilöstöpalavereissa kemialliseen rajoittamiseen liittyen (Valkohaapa 2014). Myös Hynnisen (2016) tutkimuksesta ilmenee, että hoitajat toivovat enemmän selkeitä toimintaohjeita.

Koulutuksen mahdollistaminen ja siihen kannustaminen on tärkeää, vaikka osaaminen riippuukin pitkälti hoitajan omasta motivaatiosta kehittyä. Henkilökunnan riittävä osaamistaso on yksi muistisairaahan hoidossa taitavasti toimimisen edellytyksistä. (Hultqvist 2013.) Valkohaavan (2014) tutkimuksessa ilmenee, että hoitajat toivovat lisää koulutusta farmakologiseen osaamiseen. Myös Hynnisen (2016) tutkimuksessa todetaan, ettei hoitajilla ole tarpeeksi tietoa muistisairaanhoidosta, varsinkaan käytösoireista. Puutteellinen osaaminen muistisairaahan hoidossa on yksi kemiallista rajoittamista lisäävä tekijä (Valkohaapa 2014).

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Ennen opinnäytetyön aloittamista tehdään yhteistyösopimus toimeksiantajan, ammatti- korkeakoulun ja opiskelijoiden välillä, missä sovitaan keskeisistä opinnäytetyöhön liittyvistä pelisäännöistä, kuten aiheesta ja aikataulusta, ohjauksesta, kustannuksista ja niiden korvaamisesta, tausta-aineistosta ja sen käyttöoikeuksista, tulosaineistosta ja sen omistus- ja käyttöoikeuksista, salassa pidettävästä ja muusta luottamuksellisesta aineistosta sekä vastuusta ja vastuunrajoituksista. Yhteistyösopimuksella pyritään vähentämään ristiriitaa toimeksiantajan toiveiden ja opiskelijaa sitovien tieteen pelisääntöjen välille. (Kettunen ym. 2017.) Ennen tämän opinnäytetyön aloittamista on laadittu tutkimussuunnitelma, jonka opinnäytetyön ohjaajat sekä toimeksiantaja on hyväksynyt. Tutkimussuunnitelmassa on käyty kaikki edellä mainitut oleelliset asiat. TYKS Salon sairaalan kanssa on tehty kirjalliset sopimukset opinnäytetyön toteuttamisesta.

Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin kuvamaan työn eteneminen ja analysointi mahdollisimman tarkasti. Tutkimukset käytiin yksitellen läpi mahdollisimman tarkasti ja niistä kirjattiin ylös tulokset, joista kirjoitusvaiheessa nostettiin esille opinnäytetyön kysymyksen kannalta oleellimmat tulokset. Analysointiin saattoi vaikuttaa tahattomasti tekijöiden omat kohtaamiset sekä työkokemukset muistisairaiden kanssa. Opinnäytetyössä on noudatettu rehellisyyttä ja huolellisuutta työn kaikissa vaiheissa.

Henkilötietojen käsittelyyn ja tutkimuskohteiden tietosuojan toteutumiseen tulee kiinnittää huomiota opinnäytetyöprosessissa (Kettunen ym. 2017). Tässä opinnäytetyössä ei käsitelty henkilötietoja. Aineistoksi valittiin tutkimuksia, joiden toteutuksessa oli huomioitu eettiset kysymykset, kuten kunnioitus tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa, oikeuksia ja yksityisyyttä kohtaan.

Tutkijoiden tulisi ottaa muiden tutkijoiden työ ja saavutukset huomioon niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden työtä ja viittaavat muiden tutkijoiden töihin asianmukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyössä viitataan muiden tutkimusten tekijöiden töihin oikein ja asianmukaisesti sekä kunnioitetaan heidän työtään.

Ennen kuin opinnäytetyöt lähetetään tarkastajille arvioitavaksi tulee kaikki opinnäytetyöt tarkistaa plagiointitunnistusjärjestelmässä (Kettunen ym. 2017). Tämä opinnäytetyö lähetettiin plagiointitunnistusjärjestelmän tarkistettavaksi, ennen kuin se lähetettiin tarkastajille arvioitavaksi.

Periaatteessa kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- tai poissulkukriteereitä ei voi määrittää kokotekstin saatavuus tai maksuttomuus, koska se johtaa ongelmiin katsauksen luotettavuudessa (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Tässä opinnäytetyössä yksi poissulkukriteereistä oli kokotekstin saatavuus sekä maksuttomuus. Tämä johtui siitä, että opinnäytetyöllä ei ollut rahoitusta. Koska rahoitusta ei opinnäytetyössä ollut saattoi aiheeseen sopivia tutkimuksia jäädä analysoimatta, mikä saattaa aiheuttaa opinnäytetyöhön vääristymän. Vääristymä syntyy jos näistä mahdollisista tutkimuksista olisi löytynyt eriävää tietoa. Jos vähintään kaksi henkilöä suorittaa itsenäisesti tutkimusten arvioinnin, lisää se arvioinnin luotettavuutta (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28). Opinnäytetyön tutkimukset on arvioitu kummankin opinnäytetyön tekijän toimesta.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää valmiiden arviointityökalujen käyttäminen, mutta ne voivat olla aloittelijalle työläitä käyttää. Valmiiden arviointityökalujen käyttöä kannattaa harkita käytettävissä olevan ajan ja resurssien mukaan, sekä sen mukaan tavoitellaanko katsauksen julkistamista tieteellisessä lehdessä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 29.) Tässä opinnäytetyössä ei ole käytetty valmiita arviointityökaluja, sillä ne eivät olleet tekijöille entuudestaan tuttuja. Myöskään ajallisesti niiden käytön opettelu ei olisi ollut kannattavaa. Opinnäytetyön tavoitteena ei ollut tieteellisessä lehdessä julkistaminen. Tulosten raportoinnissa on oleellista riittävä tarkkuus, jotta lukija voi arvioida kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta raportin perusteella (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32). Opinnäytetyössä on pyritty mahdollisimman tarkkaan raportointiin luotettavuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyön vanhin tutkimus on vuodelta 2011 ja uusin tutkimus vuodelta 2019. Tämä tekee kirjallisuuskatsauksesta luotettavamman, sillä siinä on käytetty ajantasaisinta tietoa. Tuoreimpia tutkimuksia olisi voinut löytyä enemmän, jos hakua olisi laajennettu suomen- ja englanninkielisten tutkimusten ulkopuolelle. Tutkimuksen keruussa pyrittiin käyttämään mahdollisimman yksinkertaisia sanoja, jotta tutkimustuloksia saataisiin mahdollisimman kattavasti. Tutkimuksia haettiin luotettavista tietokannoista, kuten Medicistä, Terveysportista, PubMedista ja Cinahlista. Haku suoritettiin suomeksi sekä englanniksi.

Luotettavuuteen negatiivisesti saattaa vaikuttaa myös se, ettei lyhytaikaista hoitoa käsitteleviä tutkimuksia löytynyt. Pitkäaikaishoidossa tehtyjä tutkimuksia pystyy jonkin verran soveltamaan lyhytaikaiseen hoitoon. Muistisairaille tärkeää on muun muassa rutinit ja tuttu ympäristö, jotka vaihtuvat lyhytaikaishoitoon saavuttua.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä osaamista tarvitaan muistisairautta sairastavan potilaan hoidossa sairaalaosastolla, erityisesti silloin, kuin se ilmenee erilaisina käytösoireina. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää muistisairaiden hoitotyössä. Toimeksiantajana toimi TYKS, Salon sairaala. Opinnäytetyö tehtiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena.

Tutkimustietoa muistisairautta sairastavasta potilaasta lyhytaikaishoidossa löytyi vain vähän, suurin osa tutkimuksista käsitteli pitkäaikaishoitoa tai kotihoitoa. Myös erityisesti käytösoireita käsittelevät tutkimukset olivat harvassa. Osa tutkimuksista, jotka vaikuttivat sopivilta opinnäytetyön aiheeseen, olivat sellaisia, joihin tekijöillä ei ollut lukuoikeutta tai lukuoikeuden hankkiminen olisi ollut maksullista. Tutkimuksia haettiin nettietokannoista.

Tutkimuksista kymmenen valikoitui analysoitavaksi tarkemmin. Analysointi vaiheessa avattiin keskeiset tulokset ja ryhmiteltiin osaamisen sekä siihen vaikuttavien tekijöiden kannalta järkeviin ryhmiin. Analysointi vaiheeseen olisi voitu käyttää järkevämmin aikaa. Aikaa käytettiin turhan paljon teoreettiseen käsittelyyn. Alkuun tekijöiden oli myös haastavaa saada tulokset jäsenneiltyä järkevästi.

Väestön ikääntyessä muistisairaiden määrä lisääntyy, joten muistisairaita kohtaa entistä enemmän myös lyhytaikaisessa hoidossa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Käytösoireita esiintyy noin 90% muistisairaista (Erkinjuntti ym. 2010, 485; Käypä hoito –työryhmä Muistisairaudet 2016a). Tämän vuoksi opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen. On tärkeää huomioida muistisairaudet myös lyhytaikaishoidossa sekä osata kohdata ja hoitaa muistisairaita sekä niiden mukana tulevia mahdollisia käytösoireita.

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta kaipaa lisäkoulutusta muistisairauksiin liittyen (Valkohaapa 2014; Hynninen 2016). Tästä selviää, että myös hoitohenkilökunta on huomannut muistisairauksien ajankohtaisuuden sekä tarvittavan tiedon ja taidon puuttumisen. Tutkimuksista ilmeni, että lisäkoulutusta kaivataan erityisesti kemialliseen rajoittamiseen (Valkohaapa 2014) sekä käytösoireisiin (Hynninen 2016). Hoitolinjauksien puuttuessa yksittäinen hoitaja joutuu tekemään päätöksen, joten potilaan hoito saattaa vaihdella huomattavasti riippuen vuorossa olevan hoitajan osaamisesta. Turhan kemiallisen rajoittamisen ehkäisemiseksi hoitajat tarvitsevat riittävästi koulutusta lääkkeettömistä keinoista. Tarvittava osaaminen vaatii riittävän tieto-aidon, jonka hankkimiseksi

tarvitaan hoitohenkilökunnalta motivaatiota oppia uutta sekä mahdollisuuden kouluttamiseen (Laitinen 2015). TunteVa-malli on todettu toimivaksi muistisairaana kohtaamisessa sekä innostavan hoitohenkilökuntaa oman työnsä kehittämiseen (Laitinen 2015).

Muistisairaana hoidon on oltava yksilöllistä ja lähteä potilaan tarpeista (Hultqvist 2013; Suontaka-Jamalainen 2011). Arvostava kohtaaminen sekä turvallisuuden tunteen luominen ovat hoidon keskiössä (Laitinen 2015). Muistisairaana hoidossa on toimittava kuntouttavalla työotteella (Suontaka-Jamalainen 2011; Pitkälä ym. 2013) rauhallisesti sekä hyödyntää luovuutta (Laitinen 2015; Hynninen 2016). Hoitajien on ymmärrettävä, että muistisairaana hoidossa saattaa kulua enemmän aikaa, joten siihen on hyvä varautua. Tämän vuoksi on myös tärkeää, että työnantaja pitää huolen siitä, että työvuoroissa on tarpeeksi henkilökuntaa, jotta hoitajilla on aikaa muistisairaana oikeanlaiseen kohtaamiseen. Muistisairas on ihminen, jota tulee kohdella kunnioittavasti ja arvostavasti niin, kuin kaikkia muitakin ihmisiä. Muistisairas ei ole tahallaan hankala eikä tee asioita ilkeyttään tai pyri aiheuttamaan harmia (Hallikainen ym. 2017, 54).

Hoitovastuun jakaminen useammalle hoitajalle ennaltaehkäisee yksittäisen hoitajan uupumista (Hynninen 2016). Tämän takia omien rajojen tunnistamisen osaaminen sekä työnkierto on ajoittain välttämätöntä, jotta muistisairaana hoito ei kärsi hoitajan uupumuksen vuoksi. Moniammatillisuus auttoi toimintakyvyn ylläpitämisessä (Suontaka-Jamalainen 2011). Hoitajan on osattava tarvittaessa pyytää apua ja toimia yhdessä muiden ammattilaisten kanssa hyvän hoidon takaamiseksi. Omaisen läsnäolon on todettu rauhoittavan muistisairasta (Hynninen 2016). Omaisen ja potilaan kanssa yhteistyössä toimiminen on yksi toimivan kuntoutuksen edellytyksistä (Suontaka-Jamalainen 2011). Hoitajan on osattava ottaa omaiset huomioon muistisairaana hoidossa, mutta kuitenkin pitää potilaan etu ensisijaisesti mielessä. Omaiset kokevat fyysisen rajoittamisen muistisairasta alentavana (Hynninen 2016), kemiallista rajoittamista omaiset taas pitävät parempana vaihtoehtona (Valkohaapa 2014). Hyvän vuorovaikutussuhteen säilymisen kannalta on tärkeää, että hoitaja osaa perustella myös omaiselle miksi esimerkiksi rajoittaminen on ollut tarpeen.

Hoitajan on osattava erottaa, koska kemiallinen rajoittaminen on perusteltua muistisairaana hyvinvoinnin kannalta ja milloin on tarkoituksena vain työtaakan helpottaminen ja mukavuus (Valkohaapa 2014). Tässä kohtaa hoitajan henkilökohtainen etiikka tulee tärkeään rooliin. Hoitajan on arvioitava toimintaansa eettisestä näkökulmasta sekä pyrkittävä toimimaan eettisesti oikein. Jos osastoilla olisi selkeät hoitolinjaukset sekä -ohjeet muistisairaiden hoitoon ja rajoittamiseen helpottuisi hoitajien päätöksenteko sekä

yksittäisen päätöksen vastuu ei olisi niin suuri. Hoitolinjaukset sekä -ohjeet tulee aina jo suunnittelu vaiheessa miettiä myös eettisestä näkökulmasta, jolloin hoitajien henkilökohtainen etiikka ei ole niin suuressa osassa hoitopäätöstä.

Tuloksissa eniten yllätti se, kuinka positiivinen vaikutus musiikilla voi olla muistisairaiden elämänlaatuun. Työelämässä tekijät ovat kohdanneet muistisairaita ja havainnoineet toimivaksi riittävän ajankäytön sekä rauhallisen kohtaamisen. Tutkimukset vahvistivat jo havaittuja asioita. Työelämässä on myös kohdattu monenlaisia toimintamalleja muiden hoitajien toimesta osa parempia kuin toiset. Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitajat saavat lisäkoulutusta muistisairaiden hoitoon. Lisäkoulutus mahdollistaa toimivien toimintamallien hyödyntämisen käytännössä. Jatkossa olisi hyvä saada lisää tutkimustietoa varsinkin lyhytaikaisesta hoidosta muistisairailla ja hoitojakson vaikutuksista arkeen palaamiseen.

LÄHTEET

- Ali, G-C., Guerchet, M., Prina, M., Prince, M., Wimo, A. & Wu, Y-T. 2015. World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International. Viitattu 8.10.2019 <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Atula, S. 2019a. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Viitattu 5.11.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106
- Atula, S. 2019b. Lewyn kappale -tauti. Viitattu 17.11.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa: Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Viitattu 22.11.2019 <https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2019/07/Mielenmuutos-pitk%C3%A4aikaishoidossa.pdf>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Viitattu 19.11.2019 <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 22.11.2019 <http://jultika oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>
- Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulun yliopisto: Oulu Viitattu 22.11.2019 <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>
- Juhola, L., Taipale, H., Koponen, M., Tanskanen, A., Tiuhonen, J., Hartikainen, S. & Tolppanen, A-M. 2019. Alzheimer-potilaat ja psykiatriset lääkkeiden käyttö 2005-2011. Viitattu 22.11.2019 <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/alzheimer-potilaat-ja-psykiatrisien-lääkkeiden-kaytto-2005-ndash-2011/>
- Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Viitattu 17.11.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Kettunen, J., Kärki, A., Näreaho, S. & Päällysaho, S. 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 28.11.2019 http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222
- Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairaahan käyttösoireiden hoito. Viitattu 17.11.2019 <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>
- Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet. 2016a. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käyttösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Viitattu 9.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/nix01592>
- Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet. 2016b. Ohje potilaille ja läheisille: Parkinsonin taudin muistisairaus. Viitattu 17.11.2019 <https://www.kaypahoito.fi/nix01596>

Laitinen, M. 2015. Työntekijöiden kokemuksia TunteVa-työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä. Viitattu 22.11.2019 <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/48294/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201601091047.pdf>

Muistiliitto. 2017a. Muistihäiriöt- ja sairaudet - Muistisairaudet. Viitattu 9.10.2019 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>

Muistiliitto. 2017b. Muistisairaudet. Viitattu 8.10.2019 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>

Muistiliitto. 2017c. Verisuoniperäinen muistisairaus. Viitattu 5.11.2019 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus>

Muistiliitto. 2017d. Alzheimerin tauti. Viitattu 5.11.2019 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti>

Muistiliitto. 2017e. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 17.11.2019 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Muistiliitto. 2017f. Muistisairauksien oireisto. Viitattu 17.11.2019 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit –yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.10.2019 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50044?tab=suositus>

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 23-34.

Opintokeskus Sivis. 2019. Osaamisen tunnistaminen. Viitattu 28.11.2019 <https://www.ok-sivis.fi/tunnista-ja-tunnusta-osaaminen/osaamisen-tunnistaminen.html>

Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., Burns, A., Knapp, M., Leroi, I., Moniz-Cook, E., Pearson, S., Simpson, S., Spector, A., Roberts, S., Russell, I., de Waal, H., Woods, R. & Orgeta, V. 2017. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomized controlled trial. Viitattu 22.11.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369684/pdf/pmed.1002269.pdf>

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Viitattu 22.11.2019 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence=1>

Pohjavirta, H. 2018. TunteVa vapaaehtoiselle. Viitattu 27.11.2019 https://tamperecitymission.fi/wp-content/uploads/Tunteva_vapaaehtoiselle.pdf

Sillanaukee, P., Voutilainen, P., Eloniemi-Sulkava, U., Erkinjuntti, T., Huhtamäki-Kuoppala, M., Jolkkonen, J., Kontturi, J., Lupsakko, T., Malmivaara, A., Olkkonen-Nikula, A., Palomäki, H., Sario-Lähteenkorva, S., Soininen, H., Strandberg, T., Suhonen, J., Virnes, E., Heimonen, S. & Topo, P. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 11.10.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72532>

Suhonen, J., Martikainen, K. & Pasila, A. 2012. KUN AJATUSKIN JÄHMETTYY: Parkinsonin taudin muistisairaus, Tietoa sairastuneille, läheisille ja hoitohenkilökunnalle Parkinsonin tautiin liittyvistä tiedonkäsittelyongelmista. Viitattu 17.11.2019 https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Parkinsonin_taudin_%20muistisairaus_web12_0.pdf

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 9.10.2019 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. & Rantanen, P. 2013. Cognitive, Emotional, and Social Benefits of Regular Musical Activities in Early Dementia: Randomized Controlled Study. Viitattu 22.11.2019 <https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/4/634/650429>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Muistisairaudet. Viitattu 17.10.2019 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 26.11.2019 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valkohaapa, A-M. 2014. Hoitajien suhtautuminen psyykenlääkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Pro gradu-tutkielma. Farmasian tiedekunta. Helsingin yliopisto: Helsinki. Viitattu 22.11.2019 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/136136/Valkohaapa.%20Pro%20gradu.pdf?sequence=1>