



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Susanna Hietanen & Niina Juvonen

Hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2021

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

2021 Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Susanna Hietanen & Niina Juvonen

Työn nimi: Hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta: kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ohjaaja: Niina Keskinen, TtM, lehtori & Kirsi Kivistö-Rahnasto, TtM, lehtori

Vuosi: 2021

Sivumäärä: 45

Liitteiden lukumäärä:3

Delirium tunnetaan toiselta nimeltään sekavuustilana, ja se usein kehittyy nopeasti. Deliriumpotilaita hoidetaan lähes jokaisella sairaalan osastolla. Covid-19 on lisännyt deliriumin esiintyvyyttä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyöhön käytetty aineisto löytyi CINAHL- ja Medic-tietokannoista, ja aineisto on vuosilta 2010–2020. Aineisto koostui 12 tutkimusartikkelista, joista yksi oli kotimainen ja loput kansainvälisiä. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille kahdeksan eri yläluokkaa, jotka olivat: resurssien vaikutus hoitoon, deliriumin tunnistamisen haasteet, yhteistyö potilaan hyväksi, arviointityökalut arvioinnin tukena, deliriumin arviointi hoitotyössä, tiedon puute hoitotyön haasteena, koulutuksen saaminen deliriumista tärkeää sekä yksilöllinen taito kohdata potilaita. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että hoitajilla oli puutteita tunnistaa delirium. Hoitajat kokivat tarvitsevansa tietoa ja lisäkoulutusta deliriumin hoitokeinoihin, arviointiin sekä arviointityökalujen käyttöön.

Hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta löytyi paljon kansainvälisellä tasolla, mutta kotimaisia tutkimuksia löytyi vain yksi. Aihetta tulisi tutkia lisää, sillä tulosten mukaan hoitajat tarvitsevat lisää tietoa deliriumista ja sen hoidosta. Deliriumin hoidossa tärkeää on nopea tunnistaminen ja hoidon aloitus. Hoidon aloituksen viivästyessä potilaan sairaalajakso yleensä pidentyy, mistä aiheutuu puolestaan lisäkuluja myös yhteiskunnalle. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää deliriumpotilaan hoidossa ja deliriumin ehkäisyssä. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnalle tulisi tarjota jatkuvaa koulutusta, jotta deliriumin ja riskiryhmäpotilaiden tunnistaminen olisi tehokkaampaa ja hoito laadukkaampaa.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Specialisation: Bachelor of Health Care, Registered Nurse

Author/s: Susanna Hietanen & Niina Juvonen

Title of thesis: Nurses' Experiences of Assessment, Identification and Treatment of Delirium: descriptive literature review

Supervisor(s): Niina Keskinen MNSc, Senior Lecture & Kirsi Kivistö-Rahnasto MNSc, Senior Lecture

Year: 2021

Number of pages: 45

Number of appendices: 3

Delirium, also known as confused mental state, which occurs suddenly. Patients with delirium are treated in almost every ward in the hospital. Covid-19 has increased the amount of delirium cases. The purpose of this thesis was to describe nurse's experiences of delirium assessment, identifying and treatment.

This thesis was carried out using the methods of descriptive literature review. The data used for thesis was found in the CINAHL- and Medic-databases and the studies are from the years between 2010 and 2020. The material consists of 12 research articles, one of which is domestic and the rest international. The material of the thesis was analyzed by using content analysis.

The aim of the thesis was to produce information about the nurses' experiences of delirium assessment, identification and treatment. Eight different upper classes emerged from the results of the thesis: the impact of resources on treatment, the challenges of identifying delirium, cooperation for the benefit of the patient, assessment tools to support assessment, the evaluation of delirium, the lack of knowledge as a challenge in nursing, the importance of obtaining training from delirium, and the individual ability in facing patients. The results of the thesis revealed that nurses had trouble identifying delirium. Nurses expressed they needed more information and additional training for delirium treatment, assessment and the use of tools used for the assessment.

The information revealed by this study can be used in prevention and managing patients with delirium. The study reveals also that nurses need ongoing education about delirium and its risk factors. Early identification and patient treatment are important when managing patients with delirium. When the start of treatment is delayed, patient's hospitalization usually lengthens, which in turn also entails additional costs for society. The information obtained from this thesis can be used in treatment of patients with delirium and in preventing it. According to the results, nursing staff should be provided with continuous training to make the identification of delirium and at-risk patients more efficient and provide higher quality treatment.

Keywords: delirium, nurse's perspective, assessment, identifying, management

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	1
Thesis abstract	2
SISÄLTÖ	3
Taulukkoluetelo	5
1 JOHDANTO	6
2 DELIRIUM JA ALATYYPIT	8
2.1 Delirium	8
2.2 Deliriumin alatyypit	9
2.3 Delirium tremens	10
3 DELIRIUMOIREIDEN ARVIOINTI JA DIAGNOSTIIKKA.....	11
3.1 Confusion Assesment Method (CAM) ja CAM-ICU (Intensive Care Unit)	11
3.2 Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	12
3.3 Months Of the Year Backwards (MOTYB) ja 4 “As” test (4AT).....	13
4 DELIRIUMPOTILAAN HOITOTYÖ	14
4.1 Hoitotyö	14
4.2 Hoitohenkilökunta.....	15
4.3 Deliriumin hoito.....	16
4.4 Deliriumin ennaltaehkäisy	17
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	20
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	21
6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	21
6.2 Aineiston hankinta	21
6.3 Opinnäytetyön aineiston kuvaus.....	23
6.4 Opinnäytetyön aineiston analysointi	23
7 TULOKSET	26
7.1 Resurssien vaikutus hoitoon.....	26
7.2 Deliriumin tunnistamisen haasteet.....	26
7.3 Yhteistyö potilaan hyväksi	27
7.4 Arviointityökalut arvioinnin tukena	28

7.5	Deliriumin arviointi hoitotyössä	29
7.6	Tiedon puute hoitotyön haasteena	29
7.7	Koulutuksen saaminen deliriumista tärkeää	30
7.8	Yksilöllinen taito kohdata potilas.....	31
8	POHDINTA.....	32
8.1	Tulosten tarkastelu	32
8.2	Oppimisprosessin pohdinta	34
8.3	Eettisyys.....	34
8.4	Luotettavuus.....	35
8.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	36
	LÄHTEET	38
	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET	43
	LIITTEET	45

Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Deliriumin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvät keinot	19
Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	22
Taulukko 3. Esimerkki sisällönanalyysistä "deliriumin tunnistamisen haasteet" yläluokan ensimmäisestä alaluokasta	25

1 JOHDANTO

Hoitohenkilökunta on eniten potilaan vierellä, joten hoitajat ovat avainasemassa deliriumin ehkäisyssä, tunnistamisessa sekä oireiden arvioinnissa. Tämän vuoksi on tärkeää saada tietoa siitä, millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin tunnistamiseen liittyvissä asioissa. (Gorji, Firozjaji & Habibi 2017.) Useilla sairaalahoidossa olevilla COVID-19-potilailla tulee olemaan myös deliriumoireita. (Kotfis ym. 28.4.2020.) Siksi aihe koskettaa etenkin koronaepidemian aikana myös muita ikäluokkia, koska deliriumpotilaiden hoitoa tapahtuu lähes joka osastolla. Jotta oikeanlaista hoitoa osataan tarjota välittömästi, on tärkeää tunnistaa nopeasti deliriumoireiset potilaat.

Tämän opinnäytetyön aiheena on hoitajien kokemukset deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta. Deliriumpotilaan ennuste on yleensä huono, ja sitä sairastavia potilaita tunnistetaan ja diagnosoidaan vain kolmasosa (Laurila 2018). Hoitajat ovat osastoilla eniten potilaan seurassa, ja siksi deliriumoireiden tunnistaminen ja sen ehkäisyyn liittyvät menetelmät ovat tärkeää hallita ja tiedostaa, etenkin hoitotyötä tekevien ammattilaisten piirissä. Deliriumoireiden tunnistamiseen liittyvistä haasteista ja arviointimenetelmien käytöstä löytyy paljon aikaisempia kansainvälisiä tutkimuksia. Tunnistamiseen käytetään yleisesti Confusion Assessment Method-testiä eli CAM-testiä (Jämsen 2017). Suomessakin suositellaan deliriumin tunnistamiseen CAM-testiä, mutta testin käyttäjällä on oltava riittävästi perehtyneisyyttä testin tekemiseen, jotta tuloksessa olisi riittävä herkkyys. (Kangas ym. 2018, 713).

Päivystyshoitoa tarvitsevilla geriatrisilla potilailla delirium on toiseksi suurin syy hakeutua päivystykseen. Päivystyksen lisäksi iäkkäitä deliriumpotilaita on yleensä kirurgisilla vuodeosastoilla, tehohoidossa ja heräämössä. (Laurila 2016.) Lähes joka kolmannella geriatrisella potilaalla on akuutin sairaalahoidon aikana delirium. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöt ovat sairaalapotilailla yleisiä, mutta niitä tunnistetaan huonosti. Iäkkäillä potilailla deliriumia ei välttämättä tunnisteta, koska se sekoitetaan herkästi muistisairauteen. (Kangas ym. 2018, 713.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmin. Kun oireet ja deliriumia aiheuttavat tekijät tunnistetaan nopeasti, luonnollisesti myös sekavuustilan esiintyvyys sairaalahoidossa laskee. Kun hoitajat osaavat käyttää deliriumin tunnistamiseen

liittyviä menetelmiä oikein ja tehokkaasti, tällöin myös potilaat hyötyvät tästä. Varhaisen deliriumin tunnistaminen voi vähentää potilaan sairaalajakson pituutta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta. Tietoa voidaan hyödyntää deliriumpotilaiden kohtaamisessa ja hoitotyössä, sekä sen avulla voidaan osaltaan auttaa organisaatioita kouluttamaan hoitohenkilökuntaansa niin, että deliriumoireet tunnistettaisiin ajoissa ja tehokkaammin. Laajasti käytössä olevien testimenetelmien käyttöön voidaan mahdollisesti tarjota lisäkoulutusta henkilöille, jotka kokevat niiden käytön haasteelliseksi.

Sairaalajakson pituus deliriumpotilailla on yleensä jopa kaksinkertainen keskimääräiseen normaaliin sairaalahoitoon verraten (Laurila 2018). Sairalahoidon pidentyminen aiheuttaa kuluja sekä yhteiskunnalle että potilaalle itselleen, joten opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla voitaisiin parantaa deliriumin tunnistamista, parantaa hoidon laatua ja sitä kautta välttyä myös mahdollisilta lisäkustannuksilta. Tuloksia voidaan käyttää apuna myös kolmannen sektorin sosiaali- ja terveysorganisaatioissa, sillä deliriumia esiintyy myös sairaaloiden ulkopuolella avohoidossa. Opinnäytetyön yhteistyöorganisaationa toimii Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystysosasto.

2 DELIRIUM JA ALATYYPIT

2.1 Delirium

Delirium tunnetaan toiselta nimeltään sekavuustilana. Sillä tarkoitetaan tilaa, jossa on äkillisiä kognitiivisia toimintahäiriöitä. Usein tilaan liittyy tarkkaavaisuuden häiriöitä, aistiharhoja, harhaluuloja tai erilaisia uni-valverytmiuongelmia. (Japp & Robertson 2020, 75.) Delirium kehittyy nopeasti ja oireet sekä niiden voimakkuudet voivat vaihdella eri vuorokaudenaikoina (Laurila 2018). CINAHL määrittelee deliriumin näin: "Mielenterveyden häiriö, jolle on ominaista levottomuus, sekavuus sekä häiriintynyt puhe."([Viitattu 2.10.2020]).

Häiriön taustalla voivat olla sairaudet, äkillinen pähteiden käytön lopettaminen tai esimerkiksi nestehukka (Huttunen 2018). Lisäksi ikääntyvillä deliriumin altistavina tekijöinä ovat esimerkiksi muistisairaudet, monilääkitykset sekä somaattiset sairaudet (Kelo ym. 2015, 199). Deliriumin voi laukaista moni erilainen asia, kuten esimerkiksi stressi, kipu, vieras ympäristö tai liian useat eri ärsykkeet. Se on hoitamattomana hengenvaarallinen tila ja olennaisimpana hoitomuotona on tilan laukaisevien tekijöiden tunnistaminen sekä hoitaminen. (Huttunen 2018.) Tavallisimmiksi deliriumin aiheuttajiksi on akuuttihoiton oppaassa nimetty sopimaton antikolinergisesti vaikuttava lääkehoito (Laurila 2018). Vuonna 2017 julkaistussa narratiivisessa katsauksessa todettiin, että deliriumin esiintyminen riippuu sairauden vakavuudesta, arviointiin käytetyistä mittareista ja sairaalahoidon aiheuttaneesta syystä. Katsaukseen oli valittu 19 relevanttia artikkelia vuosilta 1999–2014. Moniammatillisella hoidolla voidaan tutkimuksen mukaan ehkäistä deliriumia, lieventää sen oireita ja lyhentää sairaalahoidon pituutta. Katsauksessa päästiin lopulta johtopäätökseen, että hoitajien koulutuksella voidaan vähentää deliriumin esiintyvyyttä. (Gorji ym.2017.)

Deliriumin lukeutuu myös geriatrian jättiläisiksi kutsuttuun oireyhtymään, joka ennustaa terveydentilan huononemista ja avuntarpeen lisääntymistä. Oireyhtymään kuuluvat myös deliriumin lisäksi vähäinen liikkuminen, huonontunut tasapaino, muistihäiriöt ja virtsainkontinenssi. Delirium on vanhuksilla yleinen oire, joka kertoo siitä, että vanhuksen voimavarat ovat ehtyneet. (Räihä, Seppälä & Viitanen 2006.) Delirium on myös yleinen lonkkamurtuman yhteydessä, ja se yleensä pidentää sairaalajakson pituutta (Lonkkamurtuma 2017, 21–25). Leikkauksen jälkeisen deliriumin riski on jopa 85 prosenttia, jos deliriumille altistavia tekijöitä on muitakin. Altistaviksi tekijöiksi on mainittu muun muassa kognitiivista ja

fyysistä toimintakykyä sekä aistitoimintoja huonontavat tekijät. Deliriumin puhkeaminen on myös yhteydessä dementiaan, ja se onkin todettavissa jopa 75 prosentilla deliriumpotilaista. (Räihä ym. 2006.)

Deliriumin laukeaminen voi vaikuttaa myös vahvasti potilaan läheisiin. Deliriumoireista kärsivä potilas voi tulkita ympäristöään väärin ja kärsiä harhaluuloista. Tämä voi johtaa esimerkiksi läheisten syyttelyyn tai jopa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Saattohoitopotilaiden läheisille tulee informoida deliriumista lähes poikkeuksetta, sillä tämän ryhmän potilailla delirium on todella yleinen. Asiallinen informointi voi myös osaltaan helpottaa perheenjäsenten surutyötä potilaan kuoleman jälkeen. (Laurila 2015.)

2.2 Deliriumin alatyypit

Oirekuvien perusteella delirium voidaan jakaa kolmeen eri alatyypiin; hyperaktiivinen, hypoaktiivinen sekä sekamuotoinen delirium. Sekamuotoinen delirium on nimensä mukaisesti sekoitus hyperaktiivisesta ja hypoaktiivisesta deliriumista. Sen oirekuva on vaihteleva, ja usein potilaan oireet vaihtelevat apaattisuudesta kiihtyneisyyteen. (Karjula 2020, 52.) Eri alatyypien ja deliriumin oireiden ymmärtäminen on avainasemassa, jotta delirium voidaan tunnistaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, ja hoito voidaan aloittaa välittömästi (Olson 2012). Myös hoidollisesti eri alatyyppejä voidaan lähestyä eri tavoin ja on mahdollista, että eri alatyypien patofysiologiatkin erottuvat toisistaan (Laurila 2016).

Hyperaktiivinen delirium on yleisemmin tunnettu muoto (Liisanantti 2011, 290). Sen oireina ovat kiihtyneisyys, levottomuus, ärsyyntyneisyys, aggressiivisuus sekä nopea ja äänekäs puhe. Kaikista deliriumtapauksista hyperaktiivista muotoa on 2–15 prosenttia, ja sitä esiintyy yleensä vieroitusoireina päihteiden käytön jälkeen. Hyperaktiivinen deliriumpotilas saattaa myös olla hallusinoiva ja vastustella hoitotoimia tai esimerkiksi riisua vaatteitaan. (Karjula 2020, 52.) Tyyppiesimerkkinä tästä alatyypistä voidaan pitää delirium-tremens-oireyhtymää. Potilaan silmän mustuaiset voivat olla laajat ja hän voi hengittää kiivaasti sekä olla takykardinen. (Laurila 2016).

Hypoaktiivinen delirium on pitkäkestoisempi ja vaikeampi deliriumin muoto. Kyseisen muodon oireiden tunnistaminen on myös vaikeampaa, joten sen vuoksi hoidon aloittaminen usein viivästyy. Hypoaktiivisen deliriumin oirekuvaan kuuluvat tietoisuuden vähentyminen, vähäinen tai hidas puhe, jähmeys, tuijotus, apatia, nukahtelu sekä motorisen aktiivisuuden

vähentyminen. Hypoaktiivinen delirium sekoitetaan yleensä masentuneisuuteen, ja sitä esiintyy enemmän ikääntyneillä potilailla. Kaikista deliriumiin sairastuvista hypoaktiivista deliriumia sairastavat noin 44–46 prosenttia. (Karjula 2020, 52.) Tämän alatyypin tyyppiesimerkkinä voidaan pitää esimerkiksi maksakoomaan vajonnutta potilasta, sillä hän on unelias ja voi olla myös vaikeasti herätettävissä. Herättyään potilas ei myöskään saavuta täyttä normaalia vireystilaansa. (Laurila 2016.)

2.3 Delirium tremens

Delirium tremens tunnetaan toiselta nimeltään juoppohulluutena ja alkoholideliriumina. Se kehittyy useimmiten pidempään jatkuneen ja runsaan alkoholikäytön lopettamisen jälkeen. (Huttunen 2018.) Pahimmillaan delirium tremens saattaa olla silloin, kun alkoholin lopettamisesta on kulunut kolme vuorokautta (Mustajoki ym. 2018, 695). Taudista kärsivällä potilaalla voi ilmetä tajunnantason häiriöitä sekä paikan- ja ajantajunnan taso voi olla häiriintynyt. (Huttunen 2018). Alkoholideliriumissa psykomotorinen aktiivisuus on usein lisääntynyt, ja potilaan oirekuvaan kuuluvat harhat, sekavuus, hallusinaatiot, kuumeilu, unihäiriöt, pahoinvointi, hikoilu, ärtymys sekä levottomuus. Alkoholideliriumin tunnistaminen ei yleensä tuota ongelmia, mutta taustalla oleva somaattinen sairaus tai lääkkeet voivat joskus viivästyttää diagnoosia. Vanhusten alkoholideliriumin tunnistamista voi häiritä sen epätyypilliset oireet. (Leppävuori & Alho 2007.)

Alkoholidelirium eroaa muista deliriumin muodoista EEG:ssä, eli aivosähkökäyrän mittauksessa, jossa voidaan todeta matala-aaltainen nopea aktiivisuus (Leppävuori & Alho 2007). Alkoholidelirium on hengenvaarallinen tila hoitamattomana, ja siksi se vaatii kiireellistä hoitoa. Noin joka viides kuolee hoitamattomaan alkoholideliriumiin ja asianmukaisesti hoidettunakin tautiin kuolee 5–10 prosenttia. (Huttunen 2018.) Alkoholideliriumin hoidossa diatsepaamia annostellaan potilaalle suun kautta noin puolen tunnin välein, ja kaikille tämän tyyppin deliriumpotilaille suositellaan myös tiamiinin antamista kolmena peräkkäisenä päivänä. (Janes 2015).

3 DELIRIUMOIREIDEN ARVIOINTI JA DIAGNOSTIIKKA

Deliriumin diagnosoinnissa on tärkeää, että potilaan tilaa on arvioitu säännöllisesti, sillä diagnosoinnissa kiinnitetään huomiota potilaan käyttäytymiseen, orientaation ja muistitoiminnan muutoksiin (Jämsen 2017). Jos näistä ei ole aikaisempaa tietoa, voi diagnoosi olla hyvin vaikeaa. Aikaisemman tiedon saamiseksi voidaan haastatella esimerkiksi potilaan läheistä tai omaishoitajaa. Tarkkaavaisuuden häiriö on deliriumin tärkein oire.

Deliriumoireet saattavat jäädä havaitsematta, sillä yli puolella potilaista oireet ovat vähäisiä, tai niitä hallitsevat apatia ja vetäytyminen, jotka ovat hankala tunnistaa. Deliriumoireet voidaan myös sekoittaa dementiaan, depression tai muuhun psykiatriseen sairauteen. (Räihä ym. 2006.) Erityisesti muistisairailla deliriumin seulonta on tärkeää, sillä deliriumin oireet voivat olla ensimmäisiä oireita muistisairauteen tai itsenäinen syy muistitestien poikkeavissa tuloksissa (Kangas ym. 2018, 718). Deliriumoireiden tunnistamiseen on kehitetty useita arviointityökaluja ja tässä kirjallisuuskatsauksessa on esitelty niistä muutamia yleisimpiä. Iäkkäillä seulontamenetelmänä käytetään CAM-testiä (Räihä ym. 2006). Vuonna 2014 julkaistun tutkimuksen mukaan jopa puolet vastanneista hoitajista ei käyttänyt deliriumoireiden arviointiin tarkoitettuja arviointityökaluja. Lisäksi tutkimuksen mukaan jopa lähes puolet vastaajista kertoi, ettei ole saanut minkäänlaista koulutusta arviointityökalujen käyttöön tai sekavuuden hoitoon. (Sampaio & Sequeira 2014.)

3.1 Confusion Assessment Method (CAM) ja CAM-ICU (Intensive Care Unit)

Deliriumin tunnistamisessa suositellaan käytettäväksi Confusion Assessment Method -testiä, CAM-testiä, jossa on neljä arvioitavaa kohtaa.

1. Äkillinen alkua ja vaihteleva oireiston kulku
2. Tarkkaavaisuushäiriö
3. Hajanainen ajattelu
4. Poikkeava tajunnan taso

Kohdassa 1. tarkastellaan potilaan äkillisesti alkaneita oireita. (Jämsen 2017.) Siinä voidaan esittää kaksi kysymystä, jotka helpottavat arviointia: ”Onko näyttöä, että tutkittavan psyykinen tilanne on muuttunut perustilastaan?” sekä ”Onko epänormaali käyttäytyminen ollut kuluultaan

vaihtelevaa?”. Molempiin kysymyksiin on vastattava myöntävästi, jotta kohta yksi täyttyy. Selvitystä potilaan tilanteesta voidaan kysellä omaiselta tai hoitajalta. (Laurila & Pitkälä 2015.) Lisäksi arvioidaan kohtien 2–4 avulla, onko potilaan tarkkaavaisuudessa ongelmia, onko potilaalla hajanaista tai sekavaa ajattelua sekä onko hänen vireystilassaan poikkeavuuksia.

Testin mukaan potilaalle voidaan diagnosoida delirium, jos pääkohdat 1. ja 2. täyttyvät sekä lisäksi jompikumpi tai molemmat kohdista 3. ja 4. (Jämsen 2017.) Vuonna 2018 julkaistussa kvalitatiivisessa tutkimuksessa selvitettiin hoitajien mielipidettä Confusion Assessment Method -työkalun käytöstä. Tutkimuksen mukaan osallistujilla oli ristiriitaisia ajatuksia CAM:in käytöstä, ja vain 35 prosenttia heistä kertoi saaneensa koulutusta työkalun käyttöön. Kaikissa ryhmissä oli hoitajia, jotka olivat arvioineet potilaan hämmentyneisyyden perusteella potilaan tajunnantaso, vaikka tämä lähestymistapa on väärin. (Wong ym. 2018.)

Tehohoitopotilailla arviointimenetelmänä käytetään CAM-ICU:ta, jonka avulla delirium voidaan herkästi tunnistaa jo ennen ensimmäisten oireiden ilmenemistä. Testin tekeminen on monimutkaista, ja se vaatii sitä, että potilas pystyy ilmaisemaan itseään verbaalisesti. (Liisanantti 2011.) Deliriumin tehokasta hoitoa ja ennaltaehkäisyä pidetään yhtenä pääpiirteenä tehohoidon jälkeisten ongelmien ehkäisemisessä (Niittyvuopio & Pikkupeura 2017, 277). Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2017 kehitettiin tehohoidossa käytettävä deliriumprotokolla, jonka tavoitteena oli parantaa tehohoitodeliriumin sekä riskitekijöiden varhaista tunnistamista. Protokollan avulla myös lääkkeettömien ennaltaehkäisykeinojen käyttöä pyrittiin parantamaan. (Karjula 2020, 52–53.)

3.2 Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

ICDSC, eli Intensive Care Delirium Screening Checklist on teho-osastoilla käytettävä deliriumoireiden arviointiin käytettävä työkalu. Tarkistuslistassa on kahdeksan erinlaista arvioitavaa kohtaa, joista jokaisesta kyllä-vastauksesta tulee yksi piste. Mikäli testin tulokset ylittävät yli neljä pistettä, viittaa tulos mahdolliseen deliriumiin. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 472.) Arvioitavia kohtia ovat potilaan tajunnantaso, orientoituminen, tarkkavaisuus, hallusinaatiot ja harhat, psykomotorinen aktiivisuustaso tai levottomuus, sekava puhe tai mieliala, vuorokausirytmien häiriöt ja oireiden aaltoilu. Työkalua ei voida hyödyntää tokkuraisille tai tajuttomien potilaiden arviointiin. (Society of Critical Care Medicine [Viitattu 29.1.2021].)

3.3 Months Of the Year Backwards (MOTYB) ja 4 “As” test (4AT)

Deliriumin tunnistamiseen on kehitetty myös suppeampia ja yksinkertaisempia mittareita, kuten MOTYB ja 4AT-testit. MOTYB-testissä potilaan tulee luetella kuukaudet ensin etuperin ja sen jälkeen takaperin (Kangas ym. 2018, 715). MOTYB- testin on tutkimusten mukaan huomattu olevan hyvä mittari käytettäväksi väestölle, jossa on korkea dementian esiintyvyys. Vuonna 2016 julkaistussa tutkimuksessa suositellaankin näiden suppeampien testien käyttöä ensisijaisena mittarina. Jos testin mukaan deliriumin mahdollisuus on olemassa, suositellaan lisäksi myös yksityiskohtaisemman testin tekemistä. (Hendry ym. 2016.) Testi on nopea ja helppo tehdä, ja aikaa siihen kuluu vain muutamia minuutteja. Testin tekemisen lisäksi potilaiden yleisvointia on tärkeä tiedustella, esimerkiksi ovatko he kokeneet oloaan sekavaksi. Testin tuloksissa on poikkeavuutta silloin, jos potilas ei selviydy luettelemaan kuukausia etuperin tai hän ei kykene luettelemaan kuukausia takaperin kuin kesäkuuhun asti. Mikäli testin tekemiseen kuluu yli kolme minuuttia, on testin tulos silloin poikkeava. (Kangas ym. 2018, 714–715.)

4AT-testi on havaittu hyväksi vaihtoehdoksi erityisesti sairaalahoidossa olevan vanhemman väestön arviointiin. 4AT on arviointimenetelmänä ytimekäs ja yksinkertainen, ja sitä voidaan käyttää myös rutiininomaisesti vastaanotoilla. (Bellelli ym. 2014.) 4AT-testissä on neljä kohtaa, joista jokainen kohta pisteytetään. Ensimmäisessä kohdassa arvioidaan potilaan vireystilaa. Kohdassa kaksi potilaan täytyy kertoa oma nimensä, syntymäaika, tämänhetkinen paikka ja vuosi. Kohdassa kolme arvioidaan potilaan vireystilaa pyytämällä häntä luettelemaan kuukaudet takaperin. Viimeisessä kohdassa selvitetään, onko potilaan taudinkulussa vaihtelevuutta ja potilaan toiminnoissa huomattavissa muutoksia. Testin tulos viittaa mahdolliseen deliriumiin tai kogntiiviseen häiriöön, mikäli pisteitä tulee yli neljä. (Japp & Robertson 2018, 86.)

4AT-testi ei edellytä erillistä koulutusta ja se on helppokäyttöinen. Arviointityökalun käyttö sopii myös todella rauhattomien tai uneliaiden potilaiden arvioimiseen. 4AT-testin käyttöä on tutkittu geriatrisilla osastoilla ja kuntoutusosastoilla vuonna 2014. (Bellelli ym. 2014.)

4 DELIRIUMPOTILAAN HOITOTYÖ

4.1 Hoitotyö

Hoitotyön päätarkoituksena ovat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, terveyden säilyttäminen sekä ihmisten auttaminen, tukeminen ja sopeutuminen erilaisiin tilanteisiin (Rautava-Nurmi ym. 2016,16). Terveyden edistämällä tarkoitetaan kaikkien väestöryhmien jäsenten hyvän elämän, elämänlaadun ja tasa-arvon saavuttamista sekä sairauksien vähentämistä (Anttila ym. 2017, 15–17). Ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä on sosiaali- ja terveysministeriöllä, ja heidän tavoitteenansa on kaventaa eri väestöjen terveyseroja. Terveyden edistämiseen tähtäviä lakeja ovat muun muassa ehkäisevän päihdetyön järjestäminen, tupakkalaki, alkoholilaki, sosiaalihuoltolaki ja työturvallisuuslaki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla kansalaisella on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon ilman syrjintää. Hoito on järjestettävä jokaisen yksityisyyttä kunnioittaen eikä kenenkään ihmisarvoa saa loukata. Potilasta kohdatessa on otettava huomioon hänen äidinkieltensä, kulttuurinsa sekä yksilölliset tarpeet. (L 17.8.1992/785.) Täysi-ikäinen potilas saa itse osallistua päätöksentekoon hoitonsa suhteen, ja hänellä on oikeus päättää, kenelle häntä koskevia terveystietoja saa luovuttaa. Mikäli potilas ei ole kykenevä päätöksentekoon kehitysvamman, mielenterveydellisten syiden tai jonkun muun syyn takia, on hoitotoimenpiteisiin saatava suostumus hänen lähiomaisiltaan tai edunsaajalta. Jos suostumusta ei saada, täytyy potilasta hoitaa aina hänen omien etujensa mukaisesti. (Valvira 2019.)

Hoitotyö on kokonaisvaltaista ja vuorovaikutuksellista, ja myös potilaan läheiset täytyy ottaa huomioon, sillä sairastuminen koskettaa myös heitä (Rautava-Nurmi ym. 2016,16). Tietotaidon ja ammattitaidon lisäksi hoitotyössä tarvitaan taitoa kohdata jokainen potilas yksilönä. (Ranta 2012, 102). Hoitotyötä ohjaavat eettiset arvot ja periaatteet. (Anttila ym. 2017, 20). Hoitotyön periaatteet perustuvat hoitotyön perusarvoihin, jotka auttavat hoitohenkilökuntaa toimimaan oikein ja löytämään keinoja hoitotyön haasteisiin. Keskeisimpinä periaatteina ovat kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, omatoimisuus, terveyskeskeisyys, kokonaishoidon periaate sekä hoidon jatkuvuus. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 20–26.)

Sairaanhoitajaliitto on koonnut sairaanhoitajan eettiset ohjeet, jotka ovat hyväksytyt 28.9.1996. Ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien eettistä päätöksentekoa. Ohjeet myös ilmaisevat sairaanhoitajien perustehtävät ja heidän työnsä periaatteet. Eettisissä ohjeissa on määritelty sairaanhoitajan tehtävä sekä sairaanhoitajan merkitys yhteiskunnalle ja ammattikunnalle. Terveystieteiden ammattilaisilla on velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan. (Sairaanhoitajaliitto 2020.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) pyrkii takaamaan eettisten ohjeiden toteutumista Suomessa (Ranta 2012, 53).

4.2 Hoitohenkilökunta

Hoitohenkilökunta on koulutautunutta, ja ammattilaiset ovat saaneet koulutuksissaan taitoa ja tietoa auttaa ihmisiä terveyden edistämiseksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 25). Hoitohenkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat, lääkärit sekä usein myös esimerkiksi sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit ja psykologit. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (L 7.12.2007/1200) määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön näin:

1) henkilöä, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö); sekä

2) henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö).

Näiden terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyöllä voidaan potilaan hoidossa hyödyntää moniammatillista osaamista. Moniammatillinen yhteistyö on toimintaa, jossa eri alojen ammattilaiset tekevät yhdessä töitä, ja sillä voidaan vastata väestön tarpeiden muuttumiseen (Ranta 2012, 28–34). Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen on tärkeää, sillä sen avulla pystytään ratkomaan nykyaikaisen terveydenhuollon ongelmakohtia sekä edistämään potilasturvallisuutta ja työhyvinvointia (Collin ym. 2013). Moniammatillinen yhteistyö vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, ongelmanratkaisutaitoja sekä avointa ja luottamuksellista yhteishenkeä. (Ranta 2012, 28–29). Moniammatillisella yhteistyöllä pystytään hoitamaan kokonaisvaltaisesti asiakasta, sillä eri alan ammattilaiset tuovat esille omia näkökulmiaan asioihin, ja tietoja voidaan hyödyntää yhteisesti. Näin pystytään takamaan hoidon laatu ja apua

pystytään kohdentamaan oikeisiin asioihin. Moniammatillisessa yhteistyössä tärkeää on osata hyödyntää toisten tiimiläisten tietoa, taitoa ja osaamista. (Koivukoski & Palomäki 2009, 94–95.)

Työntekijöiden keskinäinen luottamus on tärkeää hoitavien yksiköiden kannalta. Jos ristiriidat työntekijöiden välillä jatkuvat pitkään, ne voivat vaikuttaa myös potilassuhteeseen haitallisesti. Parhaimmillaan työryhmän sisäinen luottamus voi korjata pettyneen potilaan kokemusta sairaalahoidosta. Johtamisella voidaan vaikuttaa työyhteisöön myönteisesti ja laajasti. Työntekijän tulee voida luottaa esimieheen ja johtamiseen, sillä myös työntekijät tarvitsevat kokemuksen selustansa turvaamisesta. (Arvonen 2019.)

4.3 Deliriumin hoito

Deliriumin hoidossa on erilaisia vaiheita, kuten syiden ja oireiden hoito, yleishoito, komplikaatioiden esto sekä jatkoahoito. Delirium yleensä väistyy, kun sen aiheuttaneet syyt ovat tiedossa ja niitä hoidetaan. Yleishoitona ja tärkeimpänä deliriumin hoidossa on peruselintoimintojen tukeminen (Laurila 2018.) Deliriumin ehkäisyyn ja hoitoon liittyvät keinot on esitetty myös taulukossa (taulukko 2).

Peruselintoimintojen arvioinnissa apuna käytetään ABCDE-protokollaa, jonka avulla saadaan nopea ja täsmällinen ensiarvio potilaan tilanteesta (Kuisma ym. 2013, 93–94). ABCDE-protokollaa voidaan hyödyntää NEWS-pisteytysjärjestelmässä, jonka avulla voidaan arvioida peruselintoimintoja. NEWS-pisteytyksessä huomioidaan potilaan hengitystaajuus, happisaturaatio, verenpaine, syketaajuus, tajunnantaso, lämpötila sekä mahdollinen lisähappi. Jokainen edellä mainituista kohdista pisteytetään asteikolla 0–3. Pisteiden loppusumma kertoo luotettavasti potilaan peruselintoimintojen tilasta, ja millaisia tukimuotoja potilaan hoidossa olisi syytä ottaa huomioon. Korkea pistemäärä voi viitata mahdolliseen tehohoidon tarpeeseen. (Karjalainen ym. 2018.)

Peruselintoimintoja tukevat toiminnot voivat olla esimerkiksi nesteytys, verenpaineen seuranta ja hoito, riittävä hapettumisen varmistaminen sekä varhainen mobilisaatio (Laurila 2018). Hapettumisella tarkoitetaan potilaan riittävän hapensaannin varmistamista ja mobilisaatiolla puolestaan tarkoitetaan potilaan liikkumista ja kuntouttamista. Varsinkin tehohoitopotilailla varhainen mobilisaatio on todettu auttavan tehohoidon jälkeistä deliriumin esiintyvyyttä (Niittyvuopio & Pikkupeura 2017, 277). Potilaan mobilisoinnissa apuna voidaan käyttää kinestetiikkaa, jossa hyödynnetään potilaan omia voimavaroja. Kinestetiikassa

perusajatuksena on luonnollisten liikkeiden ja aistitoimintojen oivaltaminen sekä aktiivinen koskettaminen. (Karjula 2020, 53.)

Myös erittämisen seuraaminen kuuluu hyvään perushoitoon. Verisuonitukosten ennaltaehkäisy tulee huomioida, varsinkin iäkkäillä potilailla. Deliriumpotilailla lepositeiden käyttöä tulisi välttää. (Laurila, Pitkälä & Erkinjuntti 2015.) Hoidossa on hyvä huomioida, että potilaan aggressiivisuus johtuu useimmiten pelokkuudesta, ja siksi potilaan sitominen voi pahimmillaan pahentaa oireita ja jopa lisätä kuolleisuutta (Laurila 2018).

Oirehoitoa, kuten esimerkiksi lääkkeellistä hoitoa, annetaan vain niille potilaille, joilla on merkittävästi haittaavia deliriumoireita. Merkittäviä deliriumoireita ovat agitaatio, aggressio, ahdistavat harhat sekä käänteinen vuorokausirytm. Psykoosilääkkeillä voidaan hoitaa suurin osa näistä potilaista. Jos psykoosilääkkeitä ei voida potilaan hoidossa käyttää, vaihtoehtoisena lääkehoitona voidaan käyttää bentsodiatsepiineja. Käänteisen vuorokausirytmien hoidossa voidaan myös kokeilla tilapäisesti ja harkitusti unilääkkeitä, esimerkiksi tsolpideemia. Deliriumpotilaiden hoidossa ei tule käyttää suuriannosneurolepteja, sillä ne voivat aiheuttaa verenpaineen laskua ja pahentaa aivotoiminnan häiriöitä. (Laurila 2018.) Liisanantin (2011, 290) mukaan iäkkäimmillä potilailla bentsodiatsepiinien ja opioidien käytöllä voi olla sekä deliriumia lisäävä vaikutus, että deliriumin kesto pidentävä vaikutus.

Asetyylikoliiniesteraasin estäjien käyttö ei sovellu deliriumhoitoon, ja tutkimusnäyttö niiden tehosta on melko niukkaa, mutta niiden käyttöä voidaan kuitenkin harkita. Lääkkeiden käytössä on huomioitava, että potilaalle annetaan vain lääkkeitä, joiden käytölle on selvä aihe, ja antikolinergisesti vaikuttavia lääkeaineita pyritään vähentämään (Laurila ym. 2015.) Kun potilaalle toteutetaan lääkehoitoa, on potilasasiakirjoihin merkittävä selvästi, millaista lääkehoitoa potilas on saanut ja onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä. Merkinnoistä täytyy ilmetä lääkkeen nimi, käyttötarkoitus, määrä, kerta- ja vuorokausiannos, lääkemuoto, antotapa, antoajankohta ja lääkkeen määrän nimi. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 69–71.)

4.4 Deliriumin ennaltaehkäisy

Deliriumin ennaltaehkäisy on tehokkaampaa kuin deliriumin hoito, mutta ennaltaehkäisymenetelmien hyödyntäminen vaatii toistuvaa ja systemaattista käyttöä (Karjula 2020, 53). Deliriumin ehkäisyssä lääkkeettömät toimet ovat edullisia ja matalan riskin toimia, jotka eivät välttämättä vaadi suuria investointeja (Rivosecchi ym. 2015, 48). Lääkkeettömät

keinot voivat olla fysioterapia, uni-valverytmin tukemisen keinot sekä apuvälineiden käyttö, kuten silmälasit ja kuulolaitteet (Liisanantti 2011, 291). Myös läheisten ihmisten vierailuilla voi olla positiivinen ja rauhoittava vaikutus potilaaseen. (Laurila ym. 2015). Potilaan hoitoympäristö tulisi olla rauhallinen ja valoisa, ja potilasta olisi hyvä pystyä tarkkailemaan jatkuvasti sekä sen pitää tukea potilaan hyvinvointia (Laurila ym. 2015; Karjula 2020, 53). Esimerkiksi teho-osastolla ympäristöä voidaan muuttaa niin, että se tukee potilaan uni-valverytmiä mahdollisimman hyvin. Tämän lisäksi meluhaitan vähentäminen ja yöaikaiset häiriöt tulisi vähentää minimiin. (Olson 2012.) Riittävän ja hyvän kivunhoidon avulla on mahdollista vähentää deliriumin esiintymistä (Lonkkamurtuma 2017,15). Tehokkaalla kivun ja levottomuuden arvioinnilla on todettu olevan lieventäviä vaikutuksia niin deliriumin vaikeusasteissa kuin sairauden kestossakin. (Karjula 2020, 53).

Deliriumia ehkäistäessä ja hoidettaessa on otettava myös huomioon, että vieraat paikat ja ihmiset sekä sekavat tilanteet vaikeuttavat potilaan oireita. On siis tärkeää, että hoitajana toimii mahdollisimman usein potilaan omahoitaja. (Laurila 2018.) Karjula (2020, 53) toteaa, että potilaan ja hoitajan välinen kommunikointi ja hyvä vuorovaikutus on tärkeää sekä deliriumin ennaltaehkäisyssä että myös hoidossa. Rivosecchin ym. (2015) mukaan kommunikoinnin päävastuu on sairaanhoitajilla, jotka työskentelevät potilassängyn vieressä, sillä he ovat yleisemmin kontaktissa potilaaseen. Jatkuvalla kommunikoinnilla ja potilaan tiedottamisella tuetaan potilaan psyykkistä vointia sekä orientaatiota (Laurila ym. 2015). Potilas olisi hyvä orientoida senhetkiseen paikkaan ja aikaan sekä keskustella hänen kanssaan muistia tukevalla tavalla (Rivosecchi ym. 2015, 48). Potilaan informoiminen myös hänen toivuttuaan on tärkeää mahdollisten jälkikomplikaatioiden ehkäisemisen vuoksi. (Laurila ym. 2015).

Deliriumoireiden esiintyessä on selvää, että alttius myös muiden terveysongelmien kannalta saattaa olla lisääntynyt. Omahoitajuuden ja potilaan hoitosuhteen jatkuminen on tärkeää, jotta deliriumin uusiutuminen voitaisiin ehkäistä ja terveydentilan pienetkin muutokset voitaisiin ajoissa huomata. Jatkohoito on tärkeää myös siksi, että joka kolmannes iäkkäistä deliriumpotilaista kuolee puolen vuoden kuluessa perussairauteensa tai joutuu pysyvään laitoshoidon. (Laurila 2018.) Jatkuvan henkilökunnan kouluttamisen sekä suositeltujen arviointityökalujen ja ehkäisevien menetelmien käytön avulla voidaan tehokkaasti vähentää deliriumin esiintymistä sekä sen mukanaan tuomia vakavia vaikutuksia potilaalle sekä hänen läheisilleen (Olson 2012).

Taulukko 1. Deliriumin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvät keinot

Hoito- ja ehkäisykeinomenetelmät	
Peruselintoimintojen varmistaminen ja tukeminen	Mittaukset, nesteytys, ravitseminen, happilisa, erityksen seuranta
Ympäristön muokkaaminen	Rauhallinen ympäristö, riittävä valaistus, uni-valverytmiä tukeva, meluhaitan minimointi
Lääkehoito	Kivun hoito, oirehoito
Lääkkeettömät keinot	Fysioterapia, kinestetiikka, potilaan orientointi
Apuvälineet	Silmälasit, kuulolaitteet
Vuorovaikutus	Hyvä kommunikointi ja vuorovaikutus, omahoitajuus, läheiset ihmiset
Henkilökunta	Riittävä ja oikeanlainen koulutus, arviointimenetelmien käyttö, hoitosuhteen jatkuminen

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää deliriumpotilaiden kohtaamisessa ja hoitotyössä, sekä sen avulla voidaan osaltaan auttaa organisaatioita kouluttamaan hoitohenkilökuntaansa niin, että deliriumoireet tunnistettaisiin ajoissa ja tehokkaammin.

Opinnäytetyötä ohjaa tutkimuskysymys:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kuvailla aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia, niiden laajuutta ja syvyyttä (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen tutkimusmenetelmä, jossa aikaisemmin tutkittua tietoa kootaan, kuvaillaan ja jäsennellään. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta sekä kritisoidaan että pidetään vahvana tutkimusmenetelmänä. Kritisoinnin syynä ovat subjektiivisuus ja sattumanvaraisuus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuutena pidetään argumentointia sekä sitä, että tutkimuskysymyksiä avulla voidaan tarkastella haluttuja ja määriteltyjä asioita. (Kangasniemi ym. 2013.)

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, koska kyseisen menetelmän avulla voidaan luoda kattava tiivistelmä aikaisempien tutkimuksien pohjalta ja tulosten perusteella voidaan selvittää, millaista tutkimustietoa tulevaisuudessa vielä tarvittaisiin. Lisäksi voidaan saada selville kattavasti, miten deliriumia voidaan ehkäistä ja hoitaa tehokkaammin erityisesti hoitajien näkökulmasta. Hoitajat viettävät eniten aikaa potilaan vierellä hoitotyössä, joten he ovat avainasemassa myös ehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa.

Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta on olemassa kaksi erityyppistä muotoa, narratiivinen ja integroiva kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tässä opinnäytetyössä käytettiin narratiivista metodia, jonka tarkoitus on tiivistää aikaisempia tutkimuksia, ja yhteenveto tehdään ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Narratiivisen katsauksen tutkimukset eivät käy läpi erityisen systemaattista seulaa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus auttaa ajantasaistamaan tietoa, mutta varsinaista analyttistä tietoa se ei tarjoa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voi joskus olla luonteeltaan myös hieman kriittinen. (Salminen 2011, 6–7.)

6.2 Aineiston hankinta

Aineistoksi kirjallisuuskatsaukseen etsittiin tutkimuksia, jotka käsittelivät deliriumin ehkäisyä, arviointia tai hoitoa sekä siihen liittyviä mahdollisia haasteita hoitajien näkökulmasta. Tietoa haettiin systemaattisen tiedonhaun menetelmällä. Tutkimusten hakeminen aloitettiin

syksyllä 2020, ja hakua jatkettiin keväällä 2021. Hakuja tehtiin useina päivinä ja eri hakusanoilla. Hakusanoista ja tulosten laadusta pidettiin päiväkirjaa. Tutkimuksia haettiin yleisimmistä käytettävissä olevista tietokannoista, kuten SeAmk-Finna, Finna, Arto, Medic, PubMed, CINAHL, Cochrane, Google sekä Google Scholar, mutta lopulta valitut tutkimukset löytyivät kaikki CINAHL Complete -tietokannasta, lukuun ottamatta yhtä kotimaista artikkelia, joka löytyi Medic-tietokannasta. Tiedonhaussa apuna käytettiin hakusanojen välillä AND ja OR-sanoja, jotta aineistoa saataisiin mahdollisimman kattavasti.

Aineiston hankinnassa käytettiin tiettyjä sisäänottokriteerejä (taulukko 2). Yhtenä sisäänottokriteerinä oli se, että aineistoissa täytyi tulla ilmi hoitajien kokemukset. Aineistot, jotka käsittelevät siis esimerkiksi potilaan näkökulmia, jätettiin automaattisesti pois opinnäytetyöstä. Muina sisäänottokriteereinä olivat ajankohtakriteeri, joka rajattiin viimeiseen kymmeneen vuoteen (2010–2020), tutkimuksen kokotekstin saatavuus sekä julkaisukieli. Julkaisukielen tuli tutkijoiden kielitaidon vuoksi olla joko suomi tai englanti. Lisäksi yhtenä sisäänottokriteerinä tutkimuksen valinnalle oli se, että tutkimus vastasi tutkijoiden asettamaan tutkimuskysymyksen. Tutkimushaussa tuloksia tuli paljon, mutta suurimmassa osassa tutkimus ei vastannut haluttuja asioita, kuten hoitajien kokemuksia. Tutkimukset valittiin luotettavista lähteistä ja alkuperäistutkimuksia valittiin opinnäytetyöhön lopulta 12 kappaletta. Tiedonhaun menetelmästä luotiin systemaattinen taulukko, joka on tämän työn lopussa. (Liite 1).

Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto on julkaistu vuosina 2010–2020	Aineisto yli 10 vuotta vanha
Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Hoitajien kokemukset	Potilaiden tai läheisten kokemukset
Aineiston kieli suomi tai englanti	Julkaisut muulla kielellä kuin suomi tai englanti
Käyttöoikeus, koko teksti saatavilla	Opinnäytetyöt, ei käyttöoikeutta

6.3 Opinnäytetyön aineiston kuvaus

Kun valittu tutkimusaineisto saatiin kasaan, se taulukoitiin ja taulukkoon merkittiin tutkimusten perustiedot, eli tutkimuksen julkaisuvuosi, tekijät, julkaisumaa, tutkimusmenetelmät, tutkimuksen tarkoitus sekä keskeiset tulokset. Valituissa tutkimuksissa aineisto oli kerätty joko haastattelujen tai kyselylomakkeiden avulla, ja vanhin valittu tutkimus oli julkaistu vuonna 2012 sekä uusin vuonna 2020. Pääasiassa aineisto oli englanninkielistä, lukuun ottamatta yhtä suomenkielistä tutkimusta. Aineistoista kuusi oli kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimuksia ja kuusi tutkimusta kvantitatiivisia eli määrällisiä tutkimuksia. Aineistojen alkuperäismaat ovat: Alankomaat (1), Amerikka (1), Australia (1), Brasilia (1), Iso-Britannia (2), Kanada (1), Suomi (1), Yhdysvallat (4). Tutkimusaineisto on esitelty opinnäytetyön lopussa (Liite 2).

6.4 Opinnäytetyön aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä keskitytään siihen, mistä aiheista ja teemoista käytetty aineisto kertoo. Sisällönanalyysillä voidaan laajoja aineistoja analysoida luoden niistä luokkia aineistolähtöisesti ja avoimin mielin. Aineiston analyysin on aina oltava systemaattista, eli aineistotekstistä etsitään samoja asioita tarkoittavia seikkoja tai lauseita, ja niistä aletaan rakentaa esimerkiksi taulukkoa. (Kallinen & Kinnunen [Viitattu 2.5.2021].)

Aineiston pelkistämävaiheessa aineistosta karsitaan epäoleelliset asiat pois ja etsitään kuvauksia määritetyille tutkimuskysymykselle. Apuna ilmaisujen etsinnässä voi käyttää esimerkiksi erilaisia värikyniä. Kun tutkimuskysymykseen etsityt kuvailevat ilmaisut ovat löytyneet, ilmaisut pelkistetään kadottamatta asian ydintä. Sen jälkeen pelkistykset ryhmitellään siten, että niistä etsitään samankaltaisia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Näistä muodostuvat alaluokat, jotka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tässä vaiheessa aineisto tiivistyy. Aineiston luokittelua jatketaan siten, että alaluokkia yhdistämällä muodostetaan yläluokkia ja yläluokkia yhdistämällä saadaan aineiston pääluokat. Pääluokat on nimetty niin, että ne kuvaavat aineistosta nousseita ilmiöitä kuvattavien aiheiden mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Sisällöstä pyritään tämän jälkeen tekemään johtopäätöksiä, jotka kertovat tutkimuksesta jotakin kiinnostavaa (Kallinen & Kinnunen [Viitattu 2.5.2021]).

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, koska haluttiin tietää, millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta

sekä löytämään kehittämiskohdat, joihin tulevaisuudessa olisi hyvä kiinnittää huomiota. Aineiston analysointi toteutettiin helmikuussa 2021. Ensiksi aineisto luettiin huolellisesti useaan otteeseen ja tutkimuksista poimittiin alkuperäisilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin kadottamatta huolellisesti, jottei niistä kadotettu olennaisia asioita. Sen jälkeen pelkistykset luokiteltiin teemoittain alaluokiksi. Analyysiä jatkettiin siten, että alaluokille määriteltiin vielä yhteneväiset yläluokat (taulukko 3). Aineistosta nousi yhteensä 19 kappaletta alaluokkia, joista lopulta muodostettiin kahdeksan yläluokkaa, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Aineiston analyysistä koottiin taulukko, joka on esitelty opinnäytetyön lopussa (Liite 3).

Taulukko 3. Esimerkki sisällönanalyysistä "deliriumin tunnistamisen haasteet" yläluokan ensimmäisestä alaluokasta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistäminen	Alaluokka	Yläluokka
<p>...deliriumin sekoittaminen dementiaan tai muihin sairauksiin.</p> <p>Hoitajat kuvailivat vaikeuksia deliriumin erottamisesta muista samankaltaisia oireita aiheuttavista sairauksista, kuten dementiaasta tai masennuksesta.</p> <p>Hoitajat tunnistivat iäkkäillä esiintyvän sekamuotoisen deliriumin todennäköisemmin kuin iäkkäillä esiintyvän deliriumin hypoaktiivisen muodon.</p> <p>Suurin osa hoitajista tunnsti oikein hyperaktiivisen deliriumin oireet, mutta vain muutama tunnsti hypoaktiivisen deliriumin oireet.</p>	<p>Deliriumin tunnistamisen vaikeus dementiaasta tai muista sairauksista (2)</p> <p>Deliriumin tunnistaminen hankalaa samanoireisista sairauksista (2)</p> <p>Deliriumin hypoaktiivisen muodon tunnistaminen on hankalaa (7)</p> <p>Eri deliriumin muotoja on hankala tunnistaa (9)</p>	<p>Deliriumin diagnostiikan haasteet</p>	<p>Deliriumin tunnistamisen haasteet</p>

7 TULOKSET

Opinnäytetyötä ohjasi tutkimuskysymys: millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin tunnistamisesta, arvioinnista ja hoidosta. Opinnäytetyön tuloksiksi nousivat resurssien vaikutus hoitoon, deliriumin tunnistamisen haasteet, yhteistyö potilaan hyväksi, arviointityökalut arvioinnin tukena, deliriumin arviointi hoitotyössä, koulutuksen saaminen deliriumista tärkeää, tiedon puute hoitotyön haasteena sekä yksilöllinen taito kohdata potilaita.

7.1 Resurssien vaikutus hoitoon

Resurssien vaikutus hoitoon nousi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ensimmäiseksi yläluokaksi. Yläluokkaan päädyttiin kahdesta alaluokasta. Alaluokat olivat riittävät resurssit hyvän hoidon mahdollistajana sekä puutteelliset resurssit esteenä hoidolle.

Riittävät resurssit hyvän hoidon mahdollistajana. Riittäväillä resursseilla oli mahdollista parantaa deliriumin laaja-alaista arviointia ja hoitoa. Riittävinä resursseina pidettiin riittävää aikaa, pätevää henkilökuntaa sekä kohtuullista työkuormaa. Laaja-alaiseen arvioinnin ja hoidon mahdollistamiseen hoitajat toivoivat myös selvää deliriumityökalua ja -protokollaa. Hoitajat toivat myös esille, että tietokoneiden uudelleensijoittelu helpottaisi potilaan tarkkailua. Tämän he perustelivat sillä, että mikäli tietokoneet olisivat potilaan läheisyydessä, olisi potilaan tarkkailusta saatavia tietoja helpompi dokumentoida suoraan potilasasiakirjatietoihin. (Oosterhouse ym. 2016.)

Puutteelliset resurssit esteenä hoidolle. Hoitajat kokivat resurssit puutteellisiksi (Fraser ym. 2018) ja he kokivat, että organisaatiolta puuttuu deliriumprotokolla, jonka avulla he tunnistaisivat deliriumia sairastavat potilaat (Spiegelberg ym. 2020). Huonosti suunnitellut tilat ja materiaalien puutteet koettiin olevan este hoidolle ja este etenkin lääkkeettömälle hoidolle (Eberle ym. 2019).

7.2 Deliriumin tunnistamisen haasteet

Deliriumin tunnistamisen haasteet nousi toiseksi yläluokaksi. Yläluokkaan kuului kaksi alaluokkaa, jotka ovat deliriumin diagnostiikan haasteet sekä hoitajista riippumattomat syyt deliriumin tunnistamisessa.

Deliriumin diagnostiikan haasteet. Hoitajat kokivat, että deliriumia on vaikeaa tunnistaa dementiasta tai muista sairauksista. Hankalaa tunnistaminen oli etenkin samanoireisista sairauksista. (Buettel, Cleary & Bramble, 2017). Deliriumin alamuodot koettiin hankalaksi tunnistaa (Rowley-Conwy, 2017). Hoitajilla oli haasteita tunnistaa etenkin deliriumin hypoaktiivinen muoto (Oosterhouse ym. 2016).

Hoitajista riippumattomat syyt deliriumin tunnistamisessa. Hoitajat toivat myös esille sellaisia syitä, jotka vaikeuttivat deliriumin tunnistamista mutta joihin he eivät voineet itse suoranaisesti vaikuttaa. Deliriumin tunnistamisen esteeksi koettiin suuri asiakasmäärä sekä raskas työmäärä (Buettel ym. 2017). Hoitajat kokivat myös, että rajoitettu potilaskontakti vaikeutti oireiden tunnistamista (Harris, Spiller & Finucane 2020) sekä tunnistamisen ja hoidon esteeksi muodostui välillä potilaiden käyttäytymisestä johtuvat ennakoimattomat tilanteet (Buettel ym. 2017).

7.3 Yhteistyö potilaan hyväksi

Yhteistyö potilaan hyväksi nousi kolmanneksi yläluokaksi. Sen muodostivat kolme alaluokkaa. Alaluokat olivat moniammatillisesta yhteistyöstä saatavat hyödyt, perheen tuki sekä tuen tarve muilta ammattikunnilta.

Moniammatillisesta yhteistyöstä saatavat hyödyt. Hoitajat luottivat tiimityöskentelyyn ja kokivat, että tiimityöskentelyllä parannettiin hoidon lopputulosta (Buettel ym. 2017). Deliriumin laaja-alaista arviointia ja hoitoa olisi tiimityöskentelyn lisäksi mahdollista parantaa yhteistyöllä sekä instituution tuella. Hoitajat tarkoittivat instituution tuella sitä, että ylemmän tahon ja laitoksen tulisi tukea sairaanhoitajia, sillä se vaikuttaisi positiivisesti deliriumin arviointiin ja hoitoon. (Oosterhouse ym. 2016.)

Perheen tuki. Läheisten läsnäoloa pidettiin tärkeänä osatekijänä deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa, ja hoitajat kokivat läheisten läsnäolon toimivan hoitomuotona (Eberle ym. 2019). Hoitajat kokivat, että perheen osallistaminen oli hyödyllistä etenkin deliriumin ehkäisytoimissa (Smithburger ym. 2017), ja läheisten läsnäolo voisi tuoda turvallisuuden tunnetta potilaille (Eberle ym. 2019). Hoitajat kokivat myös, että läheisten läsnäolo ei aina vaikuttanut potilaaseen positiivisesti, vaan perheen stressi tai ahdistus vaikeutti heidän osallistumistansa deliriumin ehkäisytoimiin (Smithburger ym. 2017).

Tuen tarve muilta ammattikunnilta. Hoitajien kokemuksista tuli esille tuen puutetta erityisesti lääkäreiltä. Hoitajat kokivat, etteivät saa tarpeeksi tukea deliriumin hoitotyöhön lääkäreiltä, eivätkä halua häiritä heitä puheluilla, sillä pelkäsivät lääkäreiden suuttuvan (Oosterhouse ym. 2016). Lisäksi hoitajat kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi mahdollisuuksia keskustella hoitosuunnitelmasta työryhmässä (Fraser ym. 2018).

7.4 Arviointityökalut arvioinnin tukena

Neljäs yläluokka kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on hoitajien kokemukset arviointityökalut arvioinnin tukena. Tämän yläluokan muodostivat kolme alaluokkaa. Alaluokat olivat positiiviset kokemukset arviointityökaluista, haasteet arviointityökalujen käytössä sekä hoitajien toiveet arviointityökalujen parantamiseksi.

Positiiviset kokemukset arviointityökaluista. Hoitajat kokivat hallitsevansa arviointityökalun käytön (Van de Steeg ym. 2014). Arviointityökaluista CAM-ICU koettiin tarpeeksi herkkänä tunnistamaan riskipotilaat (Spiegelberg ym. 2020). Hoitajat kokivat myös, että heillä on riittävä tieto ja varmuus ICDCS-arviointityökalun käytössä (Law ym. 2012). Lisäksi arviointityökalu auttoi hoitajia kommunikoidaan lääkäreiden kanssa (Van de Steeg ym. 2014).

Haasteet arviointityökalujen käytössä. Hoitajat kertoivat, että arviointityökalujen käyttäminen oli monimutkaista (Rowley-Conwy 2017), ja käytön esteenä pidettiin myös epäselvyyttä testin käyttötarkoituksesta (Harris ym. 2020). Muita syitä arviointityökalun esteinä pidettiin sitä, että arviointityökalun käyttö koettiin turhana tai sen käyttämistä pidettiin velvoitteena (Van de Steeg ym. 2014). Myös potilaiden stressaantuminen koettiin esteeksi arviointityökalun käytölle (Harris ym. 2020). Hoitajat kokivat myös, ettei heillä ollut riittävästi motivaatiota käyttää arviointityökalua, sillä sen hyödyistä ei ollut tarpeeksi näyttöä. (Van de Steeg ym. 2014). ICDCS-arviointityökalun esteenä hoitajat kokivat ammatillisen roolin sekä tunteen työkalun hyödyttömyydestä (Fraser ym. 2018).

Hoitajien toiveet arviointityökalujen parantamiseen. Hoitajat nostivat esille, että arviointityökalujen käyttäminen tulisi olla helpompaa. He nostivat esille myös, että arviointityökalujen tulisi olla pakollinen osa potilashoitoa. (Oosterhouse ym. 2016.)

7.5 Deliriumin arviointi hoitotyössä

Viidenneksi yläluokaksi nousi deliriumin arviointi hoitotyössä. Tämän yläluokan muodosti kaksi alaluokkaa. Alaluokat olivat arvioinnin hyödyt ja arvioinnin haasteet.

Arvioinnin hyödyt. Hoitajilla oli kokemus siitä, että arviointi oli hyödyllistä. Hoitajat esittivät, että arvioinnin avulla he voivat puuttua deliriumiin aikaisin, ehkäistä komplikaatioita, lyhentää potilaan hoitajaksoa sekä parantaa potilasturvallisuutta. Arvioinnin avulla hoitajat pääsivät myös selville deliriumin laukaisevista tekijöistä. (Oosterhouse ym. 2016.)

Arvioinnin haasteet. Hoitajat kertoivat arvioinnin vievän aikaa (Oosterhouse ym. 2016), ja ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa arviointien tekemiseen (Van de Steeg ym. 2014; Rowley-Conwy 2017). Myös alkuarvioinnissa rajattu aika koettiin arvioinnin esteeksi (Harris ym. 2020). Hoitajat eivät pitäneet arviointia tärkeänä, ja arvioinnin toteuttaminen koettiin liian työlääksi. Lisäksi hoitajat kokivat, että arviointi yöllä saattaisi häiritä potilaan uni-valverytmiä. (Oosterhouse ym. 2016.) Iäkkäiden hoidossa hoitajat eivät kokeneet arviointia oleellisena asiana (Van de Steeg ym. 2014). Useat hoitajat raportoivat lääkärit suurimmaksi esteeksi deliriumin hoidossa ja arvioinnissa (Law ym. 2012).

Myös haastavat tilanteet hankaloittivat deliriumin arviointia. Hoitajat kokivat erityisesti nuoremmat potilaat haasteena, sillä he usein ärsyntyivät helposti toistuvasta arvioinnista. Lisäksi potilaan läheiset koettiin haasteena arvioinnille, sillä läheiset saattoivat kokea, että hoitaja kiusaa potilasta kyselemällä jatkuvasti samoja asioita. Hoitajat myös uskoivat, että yöllä tapahtuva arviointi saattaisi aiheuttaa potilaan uni-valverytmin häiriintymistä. (Oosterhouse ym. 2016.) Hoitajat myös toivat esille, että sedatoidut tai puhumattomat ja intuboidut potilaat olivat haasteellisia arvioinnin kannalta (Rowley-Conwy 2017).

7.6 Tiedon puute hoitotyön haasteena

Kuudenneksi yläluokaksi nousi tiedon puute hoitotyön haasteena. Yläluokan muodosti kolme alaluokkaa. Alaluokat olivat tiedon puute deliriumista, tiedon puute hoitokeinoista ja tiedon puute arvioinnista.

Tiedon puute deliriumista. Deliriumista ei ollut kuultu lainkaan kaikissa hoitoympäristöissä. Lisäksi delirium-käsite puuttui hoitajien sanastosta kokonaan. Delirium-termiä ei käytetty, vaan sillä oli korvaavia termejä. (Buettel ym.2017.)

Tiedon puute hoitokeinoista. Hoitajilla ei ollut tarpeeksi tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, eikä niitä sen vuoksi pystytty hyödyntämään (Eberle ym. 2019). Lisäksi hoitajat kokivat omat taitonsa deliriumin hoidossa vähäisiksi (Baker ym. 2015).

Tiedon puute arvioinnista. Hoitajat toivat esiin, että deliriumin arvioinnille ei ollut tarpeeksi tietotaitoa (Rowley-Conwy 2017). Lisäksi osa hoitajista ei tunnistanut tarvetta deliriumin arvioinnille (Buettel ym. 2017).

7.7 Koulutuksen saaminen deliriumista tärkeää

Seitsemänneksi yläluokaksi muodostui koulutuksen saaminen deliriumista tärkeää. Yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta. Alaluokat olivat hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta sekä koulutuksen hyödyt.

Hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta. Hoitajat kokivat tutkimusten mukaan tarvitsevansa lisää koulutusta deliriumista (Buettel ym. 2017). Koulutusta koettiin tarvittavan myös lasten deliriumista, arviointiin käytettävistä mittareista sekä deliriumiin sairastuneen lapsen vanhempien ohjauksesta. Hoitajat toivat esiin myös toiveen asiantuntijaluennosta, joka koskisi lasten deliriumia (Riikonen ym. 2020.) Hoitajat kokivat myös tarvitsevansa lisää harjoitusta deliriumin arviointiin ja hoitoon (Oosterhouse ym. 2016). Hoitajat kertoivat, etteivät olleet saaneet aiheesta tarpeeksi koulutusta (Buettel ym. 2017), ja näkivät useimmiten lisäkoulutuksen aiheelliseksi (Baker ym. 2015).

Koulutuksen hyödyt. Hoitajat uskoivat, että lisäkoulutus mahdollistaisi deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (Oosterhouse ym. 2016). Lisäksi tutkimuksista selvisi, että käytännön koulutus auttoi hoitajia tunnistamaan delirium-oireita ja deliriumiin sairastuvien riskiryhmiä (Spiegelberg ym. 2020).

7.8 Yksilöllinen taito kohdata potilas

Yksilöllinen taito kohdata potilaita nousi kahdeksanneksi yläluokaksi. Yläluokan muodosti kaksi alaluokkaa, jotka ovat hoitajien tunteet sekä yksilölliset toimintatavat.

Hoitajien tunteet. Hoitajat kokivat, että heillä oli itsevarmuutta deliriumin hoidossa ja ehkäisytilanteissa. Hoitajat nostivat kuitenkin esille, että deliriumpotilaiden hoito aiheutti hoitajille stressiä. Hoitajat kokivat myös turvattomuuden tunnetta työympäristössä hoitaessaan deliriumpotilaita. (Van de Steeg ym. 2014.)

Yksilölliset toimintatavat. Hoitajat luottivat työssään omaan intuitioonsa sekä toimintansa automaattisuuteen (Buettel ym. 2017). Ensisijaisesti potilaiden hoidossa käytettiin lääkkeettömiä hoitokeinoja (Harris ym. 2020), ja niiden avulla potilasta orientoitiin aikaan ja paikkaan (Eberle ym. 2019). Hoitajat arvioivat deliriumoireita keskustelemalla potilaan kanssa sekä tarkkailemalla heidän toimintaansa (Harris ym. 2020). Myös perhe ja läheiset otettiin mukaan deliriumin ehkäisytoimiin (Smithburger ym. 2017).

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että hoitajat kokivat erityisesti puutteelliset resurssit olevan esteenä lääkkeettömille hoitokeinoille. Lääkkeettömiä hoitokeinoja suositetaan deliriumin hoidossa, sillä ne ovat edullisia, eivätkä ne usein vaadi suuria investointeja (Rivosecchi ym. 2015, 48). Lääkkeettöminä hoitokeinoina toimii jo pelkästään apuvälineet, kuten kuulolaitteet ja silmälasit (Liisanantti 2011, 291). Tärkeää on erityisesti mukaila potilaan omaa vuorokausirytmää siten, että päivällä potilashuone on valoisa ja yöllä pimeä. On myös tärkeää, että huoneesta löytyy asioita, joilla voidaan tukea potilaan orientoitumista. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 474.) Hoitajien kokemuksista esille nousi etenkin se, ettei kaikissa huoneissa ollut televisiota tai ikkunoita, joiden avulla potilasta olisi helpompi orientoida päivään ja vuorokaudenaikaan.

Opinnäytetyöstä nousi esille, että hoitajilla oli vaikeuksia tunnistaa deliriumin alamuotoja, erityisesti hankaluutta oli tunnistaa hypoaktiivista deliriumin alamuotoa. Hoitajat kokivat myös, että deliriumia oli vaikea erottaa muista samanoireisista sairauksista. Deliriumista esiintyy kolmea alatyyppeä; hyperaktiivista, hypoaktiivista ja sekamuotoista deliriumia. Deliriumista yleisin alamuoto on hypoaktiivinen delirium, jota esiintyy 44–46 prosentilla kaikista deliriumtapauksista. (Karjula 2020, 52.) Deliriumista hypoaktiivinen muoto jää yleisimmin diagnosoimatta, sillä sen oireet sekoitetaan helposti dementiaan tai masennukseen (Ritmala-Castrén ym. 2017, 471). Hypoaktiivisen deliriumin hankala tunnistaminen voi viivästyttää hoidon aloittamista (Karjula 2020, 52). Puolestaan deliriumin muodoista hyperaktiivinen on yleisimmin tunnettu muoto. (Liisanantti 2011, 290). Hyperaktiivinen deliriumin muoto tunnistetaan yleisimmin oireiden perusteella. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 471).

Hoitajat kokivat, että deliriumin laaja-alaista arviointia ja hoitoa olisi tiimityöskentelyn lisäksi mahdollista parantaa yhteistyöllä sekä instituution tuella. Toisaalta tuloksien mukaan hoitajat eivät kokeneet saavansa tarpeeksi tukea työyhteisöstä, etenkään lääkäreiltä. Teoriatiedon mukaan työntekijöiden keskinäinen luottamus on hoidon kannalta tärkeää, ja etenkin kuormittavassa työssä hoitavat henkilöt joutuvat henkisesti koviin (Arvonen 2019).

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat, että potilaan perhe on tärkeässä osassa deliriumia ehkäisevässä työssä ja sen hoidossa. Perheen läsnäolo koettiin joskus myös negatiivisena, sillä perheen kokeman stressin ja ahdistuksen koettiin hankaloittavan ehkäisytoimiin osallistumista. Toisaalta potilaan perhe on olennainen osa hoitotyötä, sillä läheisen sairastuminen vaikuttaa suuresti myös läheisiin. Lisäksi perhekeskeisyys on yksi hoitotyötä ohjaavista perusarvoista. (Rautava-Nurmi ym. 2016,16–26.)

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille myös, että hoitajilla oli tiedon puutetta deliriumista yleisesti, deliriumin hoidosta sekä deliriumin arviointityökaluista. Osa hoitajista ei ollut kuullut delirium-termiä lainkaan, tai sille saattoi olla korvaavia termejä. Tietoa ei ollut tarpeeksi deliriumin hoitokeinoista eikä sen arvioinnista. Hoitajat nostivat esille myös arvioinnissa apuna käytettävien arviointityökalujen käytön vaikeuden. Osa hoitajista koki arviointityökalun käytön turhana tai liian monimutkaisena. Hoitajat kertoivat kokevansa sen myös jopa ikävänä velvoitteena, eikä heillä ollut tarpeeksi motivaatiota käyttää arviointityökaluja, sillä niiden hyödyistä ei ollut tarpeeksi näyttöä. Aikaisempien tutkimusten mukaan jopa puolet hoitajista ei ollut saanut tarpeeksi koulutusta deliriumin hoidosta tai sen arviointiin käytetyistä työkaluista (Sampaio & Sequeira 2014). Myös Wongin ym. (2018) tutkimuksessa CAM-arviointityökalun käytöstä hoitajat kertoivat, että vain 35 prosenttia vastanneista oli saanut koulutusta kyseisen työkalun käyttöön.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että vaikka osa hoitajista koki arvioinnin hyödylliseksi, he kertoivat, ettei heillä ollut riittävästi aikaa arviointiin, ja sen tekeminen oli liian työlästä. Myös iäkkäiden potilaiden hoidossa arviointia ei välttämättä nähty oleellisena osana hoitoa. Kuitenkin etenkin muistisairaiden arviointi on tärkeää, sillä deliriumin oireet voivat olla muistisairauden ensimmäisiä oireita (Kangas ym. 2018, 718). Delirium iäkkäällä potilaalla on toiseksi suurin syy hakeutua päivystykseen (Laurila 2016). Tehokkaalla arvioinnilla on todettu olevan lieventäviä vaikutuksia deliriumin vaikeusasteeseen ja sairauden kestoon (Karjula 2020,53).

Deliriumin diagnosoimisen kannalta on tärkeää, että potilaan tilaa arvioidaan säännöllisesti, sillä käyttäytymisen muutokset ovat diagnosoimisen perusta. (Jämsen 2017). Deliriumin arviointiin on käytettävissä apuna erilaisia arviointityökaluja, joista osa on suppeampia, mutta helppokäyttöisempiä. (Kangas 2018, 715). 4AT-testin käyttäminen ei edellytä erillistä koulutusta, ja se on arviointimenetelmänä yksinkertainen, minkä vuoksi se sopii myös rutiinimaiseen käyttämiseen vastaanotoilla. Arviointimenetelmää pystytään hyödyntämään myös uneliailla ja rauhattomilla potilailla. (Bellelli ym, 2014.) Myös MOTYB-testi on nopea ja

helppokäyttöinen testi, jonka tekemiseen kuluu vain muutamia minutteja (Kangas ym. 2018, 714–715).

Opinnäytetyön tuloksista nousi isosti esille myös se, että hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta deliriumista, arviointiin käytettävistä työkaluista sekä myös deliriumiin sairastuneen lapsen vanhempien ohjauksesta. Lisäksi hoitajat uskoivat, että lisäkoulutus mahdollistaisi laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon sekä auttaisi tunnistamaan delirium-oireita ja riskiryhmiä paremmin. Myös teorian tiedon mukaan jatkuvalla hoitohenkilökunnan koulutuksella voidaan vähentää deliriumin esiintyvyyttä sen mukanaan tuomia haittoja. (Olson 2012).

8.2 Oppimisprosessin pohdinta

Opinnäytetyö aloitettiin syyskuussa 2020. Aluksi opinnäytetyön aiheena oli deliriumin hoito päivystysosastolla. Alustavan tiedonhankinnan jälkeen päädyttiin jättämään päivystysosasto pois, sillä se rajasi aineistoa liikaa sekä hiljattain oli valmistunut samankaltainen opinnäytetyö iäkkäiden deliriumpotilaiden hoidosta päivystysosastolla. Uusi opinnäytetyön aihe muokkaantui niin, että aihe rajattiin koskemaan hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta osastosta tai työympäristöstä riippumatta.

Opinnäytetyötä tehtiin sekä yksin että yhdessä. Yhteistyö sujui hyvin, ja opinnäytetyön aikataulussa pysyttiin. Opinnäytetyön tekeminen kehitti yhteistyötaitoja sekä kasvatti ammatillista kehitystä. Opinnäytetyön vaiheet tulivat tutuiksi työn edetessä.

8.3 Eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä tulee arvioida tarkoin, ja virheiden syntymistä tulee pyrkiä välttämään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231). Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimuksen tekemisen ajan. Muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia tulee kunnioittaa, ja niihin tulee viitata asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, [viitattu 5.10.2020].) Hyvän tieteellisen tutkimuksen loukkauksena voidaan pitää piittaamattomuutta ja vilppiä. Piittaamattomuudella tarkoitetaan muiden tutkijoiden vähättelyä, puutteellisia viittauksia, puutteellisia tulosten kirjaamisia sekä samojen tulosten uudelleenjulkaisemisia. Vilpillä tarkoitetaan sepittämistä, havainnointien vääristelyä, luvaton lainaamista tai anastamista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 365.)

Opinnäytetyössä noudatettiin hyviä tutkimuskäytäntöjä. Tutkijoiden osuutta ei ole manipuloitu, eikä tutkijoiden osuutta vähätellä tai korosteta. Hyvien tutkimuskäytäntöjen laiminlyönti voi vähentää tutkimustyön uskottavuutta ja luotettavuutta. Tutkimusta harjoittavien organisaatioiden tulee hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaisesti huolehtia siitä, että tutkijat ovat saaneet koulutuksen tutkimuksen suunnitteluun, metodologiaan ja analysointiin. (All European Academies 2020.) Tutkijat ovat saaneet koulutusta tutkimuksen tekemiseen liittyvistä vaiheista ja metodeista Seinäjoen ammattikorkeakoulussa opintojensa yhteydessä.

8.4 Luotettavuus

Aineistolähtöisessä tutkimuksessa tulosten on perustuttava aineistoon. Lisäksi on olennaista, että tutkija on saanut aineistostaan kaiken olennaisen esille. Luotettavuutta voidaan arvioida myös siirrettävyydellä, eli voidaanko tulokset siirtää toiseen samanlaiseen kontekstiin tulosten muuttumatta. Myös uskottavuutta sekä todeksi vahvistettavuutta voidaan pitää aineistolähtöisen tutkimuksen luotettavuuden mittarina. (KAMK [Viitattu 2.5.2021].) Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että kirjallisuuskatsauksen aineistoon löytyi kansainvälisiä tutkimuksia ympäri maailmaa, jossa hoitajien kokemuksia deliriumin arvioinnista, tunnistamisesta ja hoidosta käsiteltiin monipuolisesti. Opinnäytetyöhön käytetyt tutkimukset olivat pääasiassa englanninkielisiä. Tutkimuksen suomennokset on huolellisesti tehty siten, että tutkimusten tarkoitus pysyi ymmärrettävänä ja tieteellisesti luotettavana.

Opinnäytetyössä on käytetty luotettavia lähteitä, ja niiden alkuperäiset kirjoittajat ovat merkitty asianmukaisesti tekstiviitteisiin ja lähdeluetteloon. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 92–93) mukaan luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksissa tulisi käyttää vain alkuperäislähteitä, aineiston ikää on arvioitava kriittisesti ja tutkimuksien perustana tulisi käyttää vain tuoretta tietoa. Opinnäytetyöhön käytettyjen lähteiden soveltavuutta ja käytettävyyttä on arvioitu lähdekritiikin avulla. Tiedonhaku on rajattu siten, että pääasiassa lähteiden alkuperä on vuosilta 2010–2020. Yli kymmenen vuotta vanhempaa aineistoa on käytetty vain harkiten. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat peräisin luotettavista kotimaisista ja kansainvälisistä hoitotyön tutkimuksista sekä alan oppikirjoista ja kirjallisuudesta. Opinnäytetyöt on rajattu aineiston ulkopuolelle.

Tutkimusaineisto on haettu siten, että tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Löydettyjen aineistojen tuottamat tulokset tuodaan esiin alkuperäisten tutkijoiden esittämällä tavalla eikä

tietoa vääristellä. Vääristelyllä tarkoitetaan tutkimusaineistojen, laitteistojen tai tutkimusprosessien tahallista manipulointia, tulosten muuttamista tai poistamista. Vääristelyksi lasketaan myös tulosten esittämättä jättäminen. (All European Academies 2020.) Tutkimuksen toistettavuuden varmistamiseksi hakusanoista ja hakutuloksista pidettiin päiväkirjaa, johon merkittiin käytetty tietokanta, päivämäärä, hakutulokset ja niiden rajaukset sekä valitun tutkimuksen nimi.

Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta arvioitiin koko työprosessin ajan. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen vaiheet on tarkasti ja totuudenmukaisesti kuvattu. Tutkimuksen lukijan on tärkeä ymmärtää, kuinka tutkimus on tapahtunut ja miten tutkijat ovat päätyneet saatuihin tutkimustuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Tuloksia kuvatessa lukijan on ymmärrettävä tulosten analyysi sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,198).

Opinnäytetyön vaiheet on kuvattu selkeästi ja johdonmukaisesti. Opinnäytetyön valmistuttua se lähetetään Urkund-palveluun, joka tunnistaa mahdollisen plagioinnin. Plagioinnilla tarkoitetaan tieteellistä varkautta, jossa toisten tuottamaa tietoa esitetään omanaan (Hirsjärvi ym. 2009, 122). Tarkastuksen jälkeen opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa.

8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan todeta, että hoitajien tietotasoa deliriumista, tunnistamisesta ja arviointityökaluista olisi hyvä lisätä. Myös opastusta ja koulutusta hoitajille erilaisten deliriumiin käytettävien arviointityökalujen käytöstä tulisi tarjota enemmän.

Deliriumin hoito on monipuolista ja laaja-alaista, ja siinä tarvitaan resursseja. Kuitenkin usein hoitajat kokivat resurssit puutteellisiksi, ja usein kaivattiin myös selkeää deliriumprotokollaa. Hoitotilojen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi ottaa huomioon deliriumia ehkäisevät ympäristötekijät. Lisäksi hoitohenkilökunnan kirjaamiseen tarkoitettujen tietokoneiden sijoittelu tulisi jatkossa toteuttaa niin, että hoitajat voisivat tarkkailla potilaita paremmin ja siten myös ehkäistä deliriumin esiintyvyyttä.

Perheiden osallisuutta voitaisiin mahdollisesti lisätä antamalla kirjallista tietoa deliriumista ja deliriumin ehkäisemisestä, sillä lähes jokaisella sairaalan osastolla on hoidettavana deliriumia sairastavia potilaita. Läheisten osallistamista deliriumpotilaan hoidossa kannattaa hyödyntää,

sillä läheisiltä voi saada myös sellaisia tietoja potilaan käyttäytymisestä ja tavoista, jotka hyödyttävät hoitajia hoitotilanteissa. Koska deliriumpotilailla vieraat ihmiset ja paikat voivat vaikuttaa deliriumoireiden vaihtelevuuteen ja ilmentymiseen, läheisten läsnäolon hyödyntämisellä voidaan saada positiivisia ja rauhoittavia vaikutuksia.

Deliriumin esiintyvyys kaikilla osastoilla tulisi ottaa huomioon jo hoitajien koulutusvaiheessa. Riittävät tiedot ja taidot deliriumin oirekuvasta ja hoidosta ovat tärkeänä kulmakivenä nopeaan reagointiin, jotta deliriumin hoidon aloittaminen ei viivästyisi. Riittävä koulutus arviointityökalujen käytöstä voisi sekä selkiyttää arviointityökalujen tarkoituksia hoitajille että lisätä hoitajien motivaatiota käyttää arviointityökaluja. Hoitajien lisäkoulutuksella voitaisiin mahdollisesti saada myös taloudellinen hyöty, sillä usein deliriumiin sairastuminen lisää sairaalajakson pituutta sekä kasvattaa siitä seuraavia kustannuksia yhteiskunnalle. Osastoilla tulisi olla olemassa yhtenäinen deliriumprotokolla, jota noudatetaan. Se selkiyttää yhteistyötä myös lääkäreiden kanssa, sillä usein hoitajat kokivat tekemiensä arviointien tulokset arvottomiksi lääkäreiden silmissä.

Työyhteisön tuki ja tiimityöskentely on iso osa työhyvinvointia. Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön olisi hyvä toimia saumattomasti, sillä hyödyntämällä moniammatillista hoitotyötä potilasta pystytään hoitamaan kokonaisvaltaisesti. Varsinkin deliriumpotilaita hoidettaessa tiimityöskentely on tärkeää, sillä deliriumpotilaiden hoito vaatii jatkuvaa tarkkailua ja nopeaa reagointia. Työyhteisössä vallitseva positiivinen yhteishenki voi parantaa sekä henkilökunnan työssä jaksamista sekä tämän kautta mahdollisesti myös hoitotyön laatua. Deliriumpotilaan hoitaminen koetaan usein raskaaksi ja stressaavaksi, sekä se herättää hoitajissa turvattomuuden tunnetta. Myös tämän vuoksi työntekijöiden keskinäistä luottamusta tulisi kehittää, jotta jokainen tuntisi selustansa turvatuksi.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto koostui yhtä tutkimusta lukuun ottamatta kansainvälisistä tutkimuksista. Kotimainen tutkimus kertoi hoitajien kokemuksia lasten deliriumiin liittyvästä tietotaidosta, mutta deliriumin tietotasoa olisi tärkeä tutkia myös yleisellä tasolla. Deliriumiin aikaisen puuttumisen ja hoidon aloituksen kannalta olisi myös erittäin tärkeää, että hoitajilla olisi riittävä taito käyttää deliriumin arviointiin ja tunnistamiseen käytettäviä työkaluja. Tulosten mukaan hoitajat myös usein kaipasivat arviointityökalua, joka olisi osa sähköistä potilastietojärjestelmää ja siten myös käyttäjätasoisempi. Tulevaisuuden kannalta olisi hienoa, jos tämänkaltainen arviointityökalu olisi mahdollista kehittää testattavaksi

LÄHTEET

- All European Academies. 2020. Tutkimuseetiikan eurooppalaiset käytännöt ja ohjeistus. The European Code of Conduct for Research Integrity Revised Edition- ohjeen suomennos. [Verkkajulkaisu]. Saksa: Berliini. 2020. [Viitattu 15.11.2020]. Saatavana: https://allea.org/wp-content/uploads/2020/08/Finnish_European_Code_of_Conduct_digital-final.pdf
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2017. Hoitamalla hyvää oloa. 22.uud. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Arvonen, T. 11.6.2019. Yleissairaalapsykiatria: Luottamus ja yhteistyö. Duodecim Oppiportti. [Verkkokirjaartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim 2021.[Viitattu 1.4.2021]. Saatavana Duodecim Oppiportti -käyttöliittymästä. Vaatii käyttöoikeuden.
- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., Ryan, T., Cash, H., Guerini, F., Torpilliesi, T., Del Santo, F., Trabucchi, M., Annoni, G. & MacLulich A. 2.3.2014. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. [Verkkolehtiartikkeli]. Age and Ageing (43), 496–502. Oxford University Press. [Viitattu 20.11.2020]. Saatavana: CINAHL Complete - tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- CINAHL-tietokanta. 2020. [Verkkosivu]. EBSCO Industries. [Viitattu 2.10.2020]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Collin, K., Valleala, U.M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Lilljeström. 2012. Moniammatillisen yhteistyö muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. [Verkkolehtiartikkeli]. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (49) 31–43. [Viitattu 30.11.2020]. Saatavana: <https://journal.fi/sla/article/view/9343>
- Gorji, A., Firozjaji, A. & Habibi, V. 19.1.2017. Nursing preventive measures against the incidence of delirium in hospitalized patients: a narrative review. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Nursing and Midwifery Sciences 4 (2), 58–67. [Viitattu 12.11.2020]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hendry, K., Quinn, T., Evans, J., Scortichini, V., Miller, H., Burns, J., Cunnington, AL. & Stott, D. 8.8.2016. Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy atudy. [Verkkolehtiartikkeli]. Age and Ageing 45, 832–837. Oxford University Press. [Viitattu 20.11.2020]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2018. Juoppohulluus. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 4.10.2020]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376

- Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (delirium). [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 15.9.2020]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357
- Janes, R. 30.11.2015. Palliatiivinen hoito: Deliriumin hoidon periaatteet. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 1.2.2021]. Saatavilla: Duodecim Oppiportti käyttöliittymästä. Vaatii käyttöoikeuden.
- Japp, A. G. & Robertson C. 2020. Macleod's Clinical Diagnosis 2nd edition: Diagnostiikkaa akuuttilääketieteessä. Helsinki: Duodecim.
- Jämsen, E. 16.10.2017. Äkillisen sekavuustilan (delirium) diagnosointi. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim Käypähoito. [Viitattu 26.10.2020]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/nix00424>
- Kallinen, T. & Kinnunen, T. [Ei päiväystä]. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [Viitattu 2.5.2021]. Saatavana: [Ohjeet - Tietoaarkisto \(tuni.fi\)](http://tuni.fi)
- Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti (73) 713–718. [Viitattu 31.1.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201809212582>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. [Verkkolehtiartikkeli]. Hoitotiede, 25(4), 291–301. [Viitattu 10.11.2020]. Saatavana: Elektra-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.uud.painos. Helsinki: SanomaPro.
- KAMK. [Ei päiväystä]. Luotettavuus. [Verkkojulkaisu]. Kajaani: Kajaanin Yliopisto. [Viitattu 2.5.2021]. Saatavana: [Luotettavuus - Kajaanin ammattikorkeakoulu \(kamk.fi\)](http://www.kamk.fi/luotettavuus)
- Karjalainen, M., Norrqård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti 73 (12–13), 786–788. [Viitattu 31.1.2021]. Saatavana: <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8>
- Karjula, E. 2020. Tehohoitosekavuuden ennaltaehkäisyprotokolla – ”deliriumprotokolla”. Tehohoito 38 (1), 52–53.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: SanomaPro.

- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kotfis, K., Roberson, S., Wilson, J., Dabrowski, W., Brenda T. Pun & Ely, W. 2020. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. [Verkkolehtijulkaisu]. Critical Care 24(1). [Viitattu 15.9.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x>
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3–4. painos. Helsinki: SanomaPro.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 7.12.2007/1200. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä.
- Laukkanen, E. & Ruokoniemi, P. (toim.).2021. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimisen. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8682-4>
- Laurila, J. 2015. Palliatiivinen hoito: Vanhuksen deliriumin hoito. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 1.2.2021]. Saatavilla: Duodecim Oppiportti käyttöliittymästä. Vaatii käyttöoikeuden.
- Laurila, J. 2016. Geriatria: Delirium. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim 2020. [Viitattu 8.10.2020]. Saatavana: Duodecim tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Laurila, J. 2018. Iäkkään potilaan sekavuusoireyhtymän eli deliriumin hoito. Akuuttihoito-opas. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu: 26.10.2020]. Saatavana: Duodecim tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Laurila, J. 2018. Lääkärin käsikirja: Äkillinen sekavuustila (delirium). [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 8.10.2020]. Saatavana: Duodecim tietokannassa. Vaatii käyttöoikeuden.
- Laurila, J. & Pitkälä, K. 2015. CAM-testi. [Verkkojulkaisu]. Vaasa: Vaasan keskussairaala. [Viitattu 17.12.2020]. Saatavana: https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/geriatrisen-potilaan-palveluketju/suomi/cam_testi.pdf
- Laurila, J., Pitkälä, K., Erkinjuntti, T. 27.3.2015. Muistisairaudet: Deliriumin hoito. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 1.2.2021]. Saatavilla: Duodecim Oppiportti käyttöliittymästä. Vaatii käyttöoikeuden.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro. s. 25, 365.

- Leppävuori, A. & Alho, H. 2007. Alkoholideliriumin hoito. [Verkkoartikkeli]. Aikakausikirja Duodecim: 213(2): 169–75. [Viitattu: 28.10.2020]. Saatavana: Duodecim tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Liisanantti, J. 2011. Tehohoitopotilaan delirium. [Verkkolehtiartikkeli]. Finnanest 44 (4), 290–292. [Viitattu 25.11.2020]. Saatavana: [liisanantti_delirium.pdf \(finnanest.fi\)](https://www.finnanest.fi/files/niittyvuopio/pikkupeura_tehohoitopotilaan.pdf)
- Lonkkamurtuma. 2017. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 8.2.2021]. Saatavilla: <https://terveysportti.mobi/xmedia/hoi/hoi50040.pdf>
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. 9. uud. painos. Helsinki: Duodecim.
- Niittyvuopio, M. & Pikkupeura, J. 2017. Tehohoitopotilaan hoitajakson jälkeiset ongelmat ja elämänlaatu akuutin kriittisen sairauden jälkeen. [Verkkolehtiartikkeli]. Finnanest 50 (4), 274–279. [Viitattu 3.2.2021]. Saatavana: http://www.finnanest.fi/files/niittyvuopio/pikkupeura_tehohoitopotilaan.pdf
- Olson, T. 2012. Delirium in the intensive care unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment. [Verkkoartikkeli]. Dynamics, 23(4), 32–36 [Viitattu 31.1.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ranta, I. (toim). 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt: Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto Oy.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4–5. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Rivosecchi, R., Smithburger, P., Svec, S., Campbell, S. & Kane-Gill, S. 2015. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: An evidence-based systematic review. [Verkkolehtiartikkeli]. Critical care nurse 35 (1), 39–49. [Viitattu 18.2.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgren-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. 2017. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Räihä, I., Seppälä, M. & Viitanen, M. 2006. Geriatrian jättiläiset. [Verkkoartikkeli]. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim: 122 (12), 1483–90. [Viitattu 12.11.2020]. Saatavana: Duodecim tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sairaanhoidajaliitto. 2020. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. [Verkkosivu]. Helsinki. [Viitattu 30.11.2020]. Saatavana: <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoidajien-eettiset-ohjeet.pdf>

- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus?: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. [Verkojulkaisu]. Vaasan yliopiston julkaisuja: Opetusjulkaisuja 62. [Viitattu 1.11.2020]. Saatavana: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sampaio, F. & Sequeira, C. 20.2.2014. Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey. [Verkojulkaisu]. Perspectives in Psychiatric Care 51, 98–105. [Viitattu 31.1.2021]. Saatavana: CINAHL Complete - tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Society of Critical Care Medicine, SCCM. Ei päiväystä. [Verkojulkaisu]. USA: Society of Critical Care Medicine. [Viitattu 29.1.2021]. Saatavana: [Intensive-Care-Delirium-Screening-Checklist-\(ICDSC \(sccm.org\)\)](https://www.sccm.org/Intensive-Care-Delirium-Screening-Checklist-(ICDSC))
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. [Verkkosivu]. Lainsäädäntö. Helsinki. [Viitattu 30.1.2021]. Saatavana: <https://stm.fi/hyvinvoinnin-edistaminen/lainsaadanto>
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. Turku: Turun yliopisto.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ei päiväystä. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). [Verkkosivu]. Helsinki. [Viitattu 5.10.2020]. Saatavana: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. [Verkkokirja]. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavilla: Ellipse-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Valvira. 2019. Omaisten oikeudet. [Verkkosivu]. Helsinki. [Viitattu 30.1.2021]. Saatavana: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omaisten_oikeudet
- Wong, E., Lee, J., Surendren, S., Nair, K., Maestra, N., Migliarini, M., Onge, J., & Patterson, C. 25.7.2018. Nursing perspectives on confusion assessment method: a qualitative focus group study. [Verkojulkaisu]. Oxford University Press 2018: Age and Ageing 2018 (47), 880–886. [Viitattu 31.1.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A. & Tillman, P. 2015. Delirium: Why Are Nurses Confused?. [Verkkolehtiartikkeli]. *Medsurg nursing* 24 (1), 15–22. [Viitattu 4.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Buettel, A., Cleary, M., Bramble, M. 2017. Delirium in a residential care facility: An exploratory study of staff knowledge. [Verkkolehtiartikkeli]. *Australasian journal on ageing*, 36 (3), 228–233. [Viitattu 4.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Eberle, C. C., Santos, A. A. d., Junior, L. J. J. d. M. & Martins, J. B. 2019. Non-Pharmacological Management of Delirium From the Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit. [Verkkolehtiartikkeli]. *Revista de pesquisa, cuidado é fundamental*, 11 (5), 1242–1249. [Viitattu 26.2.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Fraser, V. Cossette, S. Mailhot, T., Brisebois, A. & Dudé, V. 2018. Evaluatin of an Intervention With Nurses gi for Delirium Detection After Cardiac Surgery. [Verkkolehtiartikkeli]. *Wordlviews on evidence-based nursing*, 15 (1), 38–44. [Viitattu 5.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Harris, C., Spiller., J. & Finucane, A. 2020. Managing delirium in terminally ill patients: Perspective of palliative care nurse specialists. [Verkkolehtiartikkeli]. *British journal of community nursing* 25 (7), 346–352. [Viitattu 5.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Law, T. J., Leistikow, N. A., Hoofring, L., Krumm, S. K., Neufeld, K. J & Needham, D. M. 2012. A survey of nurse´s perceptions of the intensive care delirium screening checklist. [Verkkolehtiartikkeli]. *Dynacims*, 23 (4), 18–24. [Viitattu 5.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Oosterhouse, K. J., Vincent, C., Foreman, M. D., Gruss, V. A., Corte, C. & Berger, B. 2016. Intensive Care Unit Nurses´ Beliefs About Delirium Assessment and Management. [Verkkolehtiartikkeli]. *AACN Advancend Critical Care*, 27 (4). 379–393. [Viitattu 23.2.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Riikonen, M., Peltonen, J., Mäki-Koivisto, J. & Axelin, A. 2020. Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta lasten deliriumista Suomen lasten teho-osastoilla. *Tehohoito*, 38 (1), 56–59.
- Rowley-Conwy, G. 2017. Critical care nurse´s knowledge and practice of delirium assessment. [Verkkolehtiartikkeli]. *British journal of nursing*, 26 (7), 412–417. [Viitattu 5.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Smitburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L. & Alaxander, S. A. 2017. Perceptions of Family Members Nurses and Physicians on Involving Patients Families in Delirium

Prevention. [Verkkolehtiartikkeli]. *Critical care nurse*, 37 (6), 48–57. [Viitattu 4.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Spiegelberg, J., Song, H., Pun, B., Webb, P. & Boehm, L. M. 2020. Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care. [Verkkolehtiartikkeli]. *Critical care nurse*, 40 (2), 33–43. [Viitattu 26.2.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Van de Steeg, L., Lanfelaan, M., Ijkema, R, Nugus, P. & Wagner, C. 2014. Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20 (6), 813–819. [Viitattu 5.3.2021]. Saatavana: CINAHL Complete -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Hakutaulukko

Liite 2. Valitut alkuperäistutkimukset

Liite 3. Valitun aineiston analyysi

Liite 1. Hakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut	Valintaperuste	Rajaukset
Medic	Delirium	39	1	Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittu	2010–2020
CINAHL Complete	Delirium OR Alcohol Withdrawal delirium OR ICU psychosis AND nurses	8	2	Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittu	2010–2020 Research Article Full text
CINAHL Complete	Delirium OR Alcohol Withdrawal delirium OR ICU psychosis	388	7	Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittu	2010–2020 Research Article Full text
CINAHL complete	Intensive care unit nurse AND delirium	34	2	Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittu	2015–2021 Research Article Full text

Liite 2. Valitut alkuperäistutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset
1. Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A. & Tillman, P. Yhdysvallat 2015 Delirium: Why Are Nurses Confused?	Tarkoituksena tutkia hoitajien tietämystä deliriumista, ja sen riskitekijöistä, ja selvittää korreloivatko tulokset hoitajan työkokemuksen, koulutuksen tai toimialueen mukaan.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselytutkimus lähetettiin 150 hoitajalle eri sairaalan osastoille sähköpostitse. Kyselytutkimukseen vastasi 60 hoitajaa, ja vastausprosentti oli 40 prosenttia. Aineisto analysoitiin SPSS-menetelmällä.	Hoitajilla oli suuria puutteita tietotaidossa koskien deliriumia ja sen riskitekijöitä. Tutkimuksen avulla ei löydetty korrelaatiota koulutuksen tasoon, työkokemusvuosien tai toimialueen mukaan.
2. Buettel, A., Cleary, M. & Bramble, M. Australia 2017 Delirium in a residential care facility: An exploratory study of staff knowledge	Tarkoitus tutkia, mitä henkilökunta tietää deliriumista heidän kuvaileminaan, ikääntyneiden asumisyksikössä.	Kvalitatiivinen tutkimus, joka on toteutettu yksilöhaastatteluin. Haastatteluihin osallistui kuusi hoitajaa, jotka työskentelivät australialaisessa vanhusten hoitolaitoksessa. Aineisto analysoitiin Colaizzin analyysimenetelmällä.	Tuloksista nousi esiin neljä teemaa: delirium sanan puuttuminen, hoidon perustuminen intuitioon ja automaattiseen toimintaan, tiimityöhön tukeutuminen sekä deliriumin, dementian ja masennuksen sekoittaminen toisiinsa.
3. Eberle, C. C., Santos, A. A. d., Junior, L. J. J. d. M. & Martins J. B. Brasilia 2019	Tarkoitus tunnistaa lääkkeettömien hoitokeinojen käytön laajuuden deliriumin	Kvalitatiivinen tutkimus. Teema-haastattelu, joka kerätty teho-osaston hoitajilta Brasilian julkisesta sairaalasta huhtikuussa	Hoitajilla on tietoa deliriumista ja käyttävät useita lääkkeettömiä hoitokeinoja deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa. Hoitajat kokevat tiedon aiheeseen liittyen erittäin tärkeänä,

<p>Non-Pharmacological Management of Delirium from The Perspective Of Nurses in an Adult Intensive Care Unit</p>	<p>hoidossa teho-osastolla, hoitajien näkökulmasta.</p>	<p>2017. Haastatteluun osallistui 12 hoitajaa. Aineisto on analysoitu aiheenmukaisella sisällönanalyysi menetelmällä.</p>	<p>jotta delirium voidaan tunnistaa ja sitä voidaan ehkäistä, sekä läheisten läsnäolon merkitys on hoitajien mielestä tärkeää. Haasteet näiden toimenpiteiden käytössä olivat esteet fyysisessä struktuurissa, materiaalisissa resursseissa ja informaation puutteessa liittyen aiheeseen.</p>
<p>4. Fraser, V., Cossette, S., Mailhot, T., Brisebois, A. & Dudé, V. Kanada 2018</p> <p>Evaluation of an Intervention With Nurses for Delirium Detection After Cardiac Surgery</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on arvioida tiedonsiirto-intervention vaikutusta deliriumin tunnistamiseen tarkoitetun työkalun loppuun tekemisestä sydänkirurgisen osaston hoitajien keskuudessa. Lisäksi haluttiin selvittää, monestiko arviointia tehtiin loppuun saakka työvuorossa, sekä selvittää niiden potilaiden yhdistävät piirteet, jotka olivat yhteydessä suurempiin tuloksiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa toteutettiin gallup/mielipidekyselyä ennen- jälkeen intervention. Tutkimuksessa 47 hoitajaa oli tutkimuskelpoisia, mutta lopulta heistä vain 30 suostui tutkimukseen. Tulokset analysoitiin ristiintaulukoinnilla.</p>	<p>Suurin osa hoitajista uskoi, että heillä oli riittävästi tietoa, taitoa sekä aikomusta suorittaa ICDSC lomake loppuun saakka. Informaation tarve deliriumista ja sen oireista nousi esiin esteenä. Ilta ja yövuoroissa lomake täytettiin useammin loppuun saakka, kuin aamuvuoroissa.</p>

<p>5. Harris, C., Spiller, J. & Finucane, A. Iso-Britannia 2020</p> <p>Managing delirium in terminally ill patients: Perspective of palliative care nurses specialists.</p>	<p>Tarkoitus tuottaa tietoa palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden hoitajien kokemuksista ja toimintatavoista deliriumin hoidosta avohuollossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Haastattelututkimus, johon osallistui 10 hoitajaa. Haastattelut tehty saattohoitoon erikoistuneessa laitoksessa syyskuussa 2019.</p>	<p>Avohuollossa deliriumin hoidossa esiintyi haasteita: hoitajat viettävät potilaan kanssa aikaa vain vähän, omaishoitajiin tukeutuminen sekä lääkityksen muuttamisen vaikeudet.</p>
<p>6. Law, T., Leistikow, N. A., Hoofring, L., Krumm, S. K., Neufeld, K. J & Needham, D. M. Yhdysvallat, 2012</p> <p>A survey of nurse´s perceptions of the intensive care delirium screening checklist.</p>	<p>Tutkimuksen avulla haluttiin saada tietoa hoitajien mielipiteistä ICDSC-työkalun käytöstä sekä deliriumin arviointiin ja hoitoon liittyvistä esteistä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, joka toteutettu gallup/mielipidekyselyllä. Kysely lähetettiin 189 akuuttihoitajalle, joista 84 hoitajaa vastasi kyselyyn. Kyselyn vastausprosentti oli 44. Hoitajat työskentelivät neljällä eri onkologian osastolla Baltimoressa, joissa ICDSC oli ollut käytössä yli viisi vuotta.</p>	<p>Kyselyyn vastaajat uskoivat, että heillä on tietoa deliriumista, varmuutta ICDSC:n käyttöön, ja he uskovat, että työkalu on hyödyllinen. Lääkärit olivat useimmiten mainittu este deliriumin hoidossa ja arvioinnissa. Myös ajanpuute, sekä palautteen puute työsuorituksesta sekä tiedon puute nousivat esiin esteinä.</p>
<p>7. Oosterhouse, K, J., Vincent C., Foreman, M. D., Gruss, V. A., Corte, C. & Berger, B. Yhdysvallat 2016</p> <p>Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management</p>	<p>Tuottaa tietoa, tunnistavatko tehohoitajat deliriumin, mitä toimia hoitajat suorittaisivat potilaalle, jolla ilmenee deliriumoireita, ja uskomuksia arviointityökaluista ja hoidosta</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa käytetty poikittaistutkimusta. Tutkimukseen osallistui 30 teho-osaston hoitajaa. Tutkimuksessa hoitajille esiteltiin kaksi tapausta, jotka molemmat edustivat sekaoireista deliriumia. Hoitajia haastateltiin, jotta heidän käyttäytymisensä ja uskomuksena saatiin</p>	<p>Hoitajat eivät tunnistaneet ja nimenneet deliriumia oikein, mutta tunnistivat arviointityökalun avulla saadut tulokset, jotka olivat yhteydessä deliriumiin. Deliriumoireiden tunnistaminen, hoitotoimet, sekä hoidon priorisointi olivat alhaisimmat hypoaktiivisten iäkkäiden deliriumpotilaiden hoidossa.</p>

		selville. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.	
8. Riikonen, M, Peltonen, J., Mäki-Koivisto. J. & Axelin, A. Suomi 2020 Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta lasten deliriumista Suomen lasten teho-osastoilla.	Kuvata sairaanhoitajien tämänhetkistä tietotaitoa, jotta tulevaisuudessa osataan suunnitella tarvittavaa koulutusta lasten deliriumin ehkäisyyn, tunnistamisen ja hoitoon lasten teho-osastolla	Kvantitatiivinen tutkimus. Kuvaileva korrelaattinen poikittaistutkimus, jonka aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella keväällä 2019 kolmelta Suomen lastenteholta. Kysely lähetettiin 165 hoitajalle, ja kyselyn vastausprosentti oli 58. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.	Lasten teho-osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien tietotaito lasten deliriumista, ehkäisystä ja hoidosta oli puutteellinen. Sairaanhoitajat kokivat myös itse tarvitsevansa lisää koulutusta asiasta.
9. Rowley-Conwy, G. Iso-Britannia 2017 Critical care nurse´s knowledge and practice of delirium assesment	Tarkoitus tutkia, mitä esteitä teho-osaston hoitajat kokevat deliriumin arvioinnissa, sekä koulutuksen vaikutusta heidän tietoonsa ja käytännön toimintaansa.	Kvantitatiivinen tutkimus Gallup/mielipidetutkimus, joka toteutettiin sairaalan kriittiselle kirurgian osastolle hoitajille elokuussa 2016. Tutkimus lähetettiin 60 hoitajalle, joista 31 osallistui tutkimukseen. Vastausprosentti tutkimukseen oli 52. Analysointimenetelmänä kuvaileva tilastoanalyysi.	Kaikenlainen koulutus johti merkittävästi parempiin tuloksiin. Tiedon puute, ja intuboidut potilaat nousivat suurimmiksi arvioinnin haasteeksi.
10. Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. & Alaxander, S. A. 2017. Yhdysvallat.	Tarkoitus selvittää terveydenhuollon henkilökunnan mielipiteitä ja halukkuutta ottaa potilaan perhe/läheiset	Kvantitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin kahdella kyselytutkimusta joista toinen oli henkilökunnalle ja toinen	Kaikki hoitajat teho-osastolla uskoivat, että perheenjäsenet voisivat auttaa deliriumin ehkäisyssä. Vain 50% kertoi

<p>Perceptions of Family Members Nurses and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention.</p>	<p>mukaan lääkkeettömien deliriumin ehkäisykeinojen käytössä.</p>	<p>potilaiden perheenjäsenille. 60 hoitajaa ja 58 lääkäriä osallistui tutkimukseen. Tutkimuksen aikaväli oli lokakuusta 2014 heinäkuuhun vuonna 2015.</p>	<p>keskustelevansa perheen kanssa deliriumista ja sen ehkäisystä.</p>
<p>11. Spiegelberg, J., Song, H., Pun, B., Webb, P. & Boehm, L. M. 2020. Amerikka.</p> <p>Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on minimoida deliriumin riski, ottamalla käyttöön CAM-ICU vakiotutkimuksena deliriumin arvioinnissa teho-osastolla ja vähentämällä suurenriskin lääkkeitä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, joka suoritettiin kaksivaiheisena, vuosina 2017–2018. Tutkimus osoitettiin 59 hoitajalle, mutta ensimmäiseen osallistui 24 hoitajaa ja vastausprosentti oli 41. Toisen vaiheeseen osallistui 15 hoitajaa ja vastausprosentti oli 25. Ensimmäisessä vaiheessa hoitajille pidettiin koulutus, jonka jälkeen toisessa vaiheessa arvioitiin sen vaikuttavuutta. Tulokset analysoitiin sekamuotoinen regressioanalyysillä.</p>	<p>Suuren riskin lääkkeiden käyttö väheni huomattavasti intervention jälkeen. Hoitajat kokivat, että käytännön koulutus CAM-ICU:n käytöstä lisäsi heidän varmuuttaan tunnistaa potilaat, jotka ovat riskissä sairastua deliriumiin</p>
<p>12. Van de Steeg, L., Langelaan, M., Ijckema, R., Nugus, P. & Wagner, C. 2014. Alankomaat.</p> <p>Improving delirium care for hospitalized</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on tunnistaa ja luokitella esteet, miksi hoitajat eivät voi noudattaa suosituksia deliriumin hoidossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin Avoimilla haastatteluilla. 63 osallistujaa, joista 28 oli hoitajia. (10 geriatrasta hoitajaa, 14 sisätautikirurgista hoitajaa ja 4 osastonhoitajaa). Kaikki</p>	<p>Hoitajien nostamaista esteistä nousi neljä teemaa: motivaatio ja tavoitteet, tieto ja taito, ammatillinen asema ja identiteetti sekä konteksti ja resurssit.</p>

older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence.		osallistujat työskentelivät sairaaloissa Alankomaissa. Aineisto kerätty kesäsyyskuussa vuonna 2011, ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.	
---	--	---	--

Liite 3. Valitun aineiston analyysi

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys ilmaisu
<p style="text-align: center;">Resurssien vaikutus hoitoon</p>	<p>Riittävät resurssit hyvän hoidon mahdollistajana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riittävä aika mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (7) • Pätevä henkilökunta mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (7) • Kohtuullinen työkuorma mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (7) • Deliriumtyökalu ja -protokolla mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon. (7) • Tietokoneiden uudelleensijoittelu helpottaisi potilaan tarkkailua (7)
	<p>Puutteelliset resurssit haasteena hoidolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deliriumprotokollan puuttuminen organisaatiolta (11) • Puuttuvat materiaalit esteenä lääkkeettömälle hoidolle (3) • Huonosti suunnitellut tilat esteinä hoidolle (3) • Materiaalin puutteet esteinä hoidolle (3) • Puutteelliset resurssit (4)
	<p>Deliriumin diagnostiikan haasteet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deliriumin tunnistamien hankalaa samanoireisista sairauksista (2) • Deliriumin hypoaktiivisen muodon tunnistaminen on hankalaa (7) • Deliriumin alamuotoja hankala tunnistaa (9)

Deliriumin tunnistamisen haasteet		<ul style="list-style-type: none"> • Deliriumin tunnistamisen vaikeus dementiaasta tai muista sairauksista (2)
	Hoitajista riippumattomat syyt deliriumin tunnistamisessa	<ul style="list-style-type: none"> • Rajoitettu potilaskontakti vaikeutti oireiden tunnistamista (5) • Deliriumin tunnistamisessa ja hoidossa esteenä potilaiden käyttäytymisestä johtuvat ennakoimattomat tilanteet (2) • Deliriumin tunnistamisessa esteenä suuri asiakasmäärä (2) • Deliriumin tunnistamisessa ja hoidossa esteenä raskas työmäärä (2)
Yhteistyö potilaan hyväksi	Moniammatillisen yhteistyön hyödyt	<ul style="list-style-type: none"> • Tiimityöskentely mahdollistaa deliriumin arvioinnin ja hoidon (7) • Yhteistyö mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (7) • Instituution tuki mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (7) • Tiimityöllä parannettiin hoidon lopputulosta (2) • Tiimityöskentelyyn luotettiin (2)
	Perheen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • Läheisten läsnäolo tärkeä osatekijä deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa (3) • Läheiset voivat tuoda turvallisuuden tunteen potilaille (3) • Perheen osallistaminen hyödyllistä deliriumin ehkäisytoimissa (10) • Perheen stressi tai ahdistus vaikeutena osallistumista deliriumin ehkäisytoimiin (10) • Läheisten läsnäolo toimii hoitomuotona (3)

	Tuen tarve muilta ammattikunnalta	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajat eivät koe saavansa tarpeeksi tukea lääkäreiltä (7) • Liian vähäiset mahdollisuudet keskustella hoitosuunnitelmasta työryhmässä (4) • Hoitajat eivät halua häiritä lääkäreitä (7)
Arviointityökalut arvioinnin tukena	Positiiviset kokemukset arviointityökaluista	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajat kokevat hallitsevansa arviointityökalun käytön (12) • CAM-ICU koettiin tarpeeksi herkkänä tunnistamaan riskipotilaat (11) • Hoitajilla riittävä tieto ja varmuus ICDCS-arviointityökalun käytössä (6) • Arviointityökalu auttaa hoitajia kommunikoidaan lääkäreiden kanssa (12)
	Haasteet arviointityökalujen käytössä	<ul style="list-style-type: none"> • Arviointityökalujen tulokset eivät ole arvokkaita (9) • Arviointityökalujen käyttö on monimutkaista (9) • ICDCS-arviointityökalun tuloksia ei pidetty arvokkaina (6) • Hoitajilla ei ollut riittävästi motivaatiota käyttää arviointityökalua (12) • Hoitajat kokivat arviointityökalun käyttämisen veloitteena (12) • Hoitajat kokivat arviointityökalun käytön turhana (12) • Hoitajilla ei ollut arviointityökalun hyödyistä tarpeeksi näyttöä (12)

		<ul style="list-style-type: none"> • Arviointityökalun käytön esteenä epäselvyys testin käyttötarkoituksesta (5) • ICDSC-arviointityökalun tarkistuslistan käytön esteenä voi olla ammatillinen rooli (4) • ICDSC-arviointityökalun tarkistuslistan käytön esteenä voi olla tunne työkalun hyödyttömyydestä (4) • Arviointityökalun esteenä potilaiden stressaantuminen (5)
	Hoitajien toiveet arviointityökalujen parantamiseen	<ul style="list-style-type: none"> • Arviointityökalun käyttäminen tulisi olla pakollinen osa potilashoitoa (7) • Arviointityökalujen käyttäminen pitäisi olla helpompaa (7)
Deliriumin arviointi hoitotyössä	Deliriumin arvioinnin hyödyt	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioinnin avulla deliriumin laukaisevat syyt voidaan selvittää (7) • Arvioinnin avulla hoitajat voivat puuttua aikaisin (7) • Arvioinnin avulla voidaan ehkäistä komplikaatioita (7) • Arvioinnin avulla voidaan mahdollisesti lyhentää potilaan hoitajaksoa (7) • Arvioinnin avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta (7) • Hoitajat pitävät arviointia hyödyllisenä (7)
		<ul style="list-style-type: none"> • Arviointi vie aikaa (7) • Arvioinnin esteenä on ajan puute (12) • Arvioinnille ei ole aikaa (9)

	Haasteet deliriumin arvioinnissa	<ul style="list-style-type: none"> • Arviointityökalun käytön esteenä on rajoitettu aika alkuarvioinnissa (5) • Lääkärit koettiin suurimpana esteenä deliriumin hoidossa ja arvioinnissa (6) • Arviointia ei pidetä tärkeänä (7) • Arviointi on liian työlästä (7) • Hoitajat eivät kokeneet arviointia oleellisena iäkkäiden hoidossa (12) • Intuboidut, sedatoidut tai mykät potilaat haasteellisia arvioida (9) • Nuoret potilaat ärsyyntyvät helposti toistuvista arvioinneista (7) • Potilaan läheiset esteenä jatkuvalla arvioinnille (7) • Arviointi yöllä saattaa aiheuttaa uni-valverytmin häiriintymistä (7)
Tiedon puute hoitotyön haasteena	Tiedon puute deliriumista	<ul style="list-style-type: none"> • Deliriumista ei ollut kuultu (2) • Perheen tietämättömyys deliriumista koettiin ongelmaksi (10) • Delirium-sana puuttui kokonaan (2) • Delirium-termiä ei käytetty (2)
	Tiedon puute hoitokeinoista	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkkeettömistä hoitokeinoista ei ollut tarpeeksi tietoa (3) • Lääkkeettömiä hoitokeinoja ei pystytty hyödyntämään tiedonpuutteen vuoksi (3) • Hoitajat kokivat deliriumin hoidossa taitonsa vähäisiksi (1)

	Tiedon puute arvioinnista	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioinneille ei ole riittävästi tietotaitoa (9) • Hoitajat eivät tunnistaneet deliriumin arvioinnin tarvetta (2)
<p style="text-align: center;">Koulutuksen saaminen deliriumista tärkeää</p>	Hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta deliriumista	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajat kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta lasten deliriumista (8) • Hoitajat toivovat asiantuntijaluentoa lasten deliriumista (8) • Hoitajat kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta arviointiin käytettävistä mittareista (8) • Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta ja harjoitusta deliriumin arviointiin ja hoitoon (7) • Deliriumin lisäkoulutuksen tarpeelle nähtiin aiheutta (1) • Deliriumista ei ole saatu riittävästi koulutusta (1) • Hoitajat kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta vanhempien ohjauksesta (8) • Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta deliriumista (2) • Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa deliriumista (4)
	Deliriumin koulutuksesta saatavat hyödyt	<ul style="list-style-type: none"> • Käytännön koulutus deliriumista auttoi hoitajia deliriumoireiden ja riskiryhmien tunnistamisessa (11) • Lisäkoulutus mahdollistaa deliriumin laaja-alaisen arvioinnin ja hoidon (7)
	Hoitajien tunteet	<ul style="list-style-type: none"> • Deliriumpotilaiden hoito aiheuttaa hoitajille stressiä (12)

Yksilöllinen taito kohdata potilaita		<ul style="list-style-type: none"> • Deliriumpotilaiden hoito aiheuttaa hoitajille turvattomuuden tunnetta (12) • Hoitajilla on itsevarmuutta deliriumin hoidossa ja ehkäisyssä (12)
	Yksilölliset toimintatavat	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajat käyttivät ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitokeinoja (5) • Hoitajat arvioivat deliriumia puhumalla ja tarkkailemalla potilasta (5) • Hoitajat käyttivät lääkkeettömiä hoitokeinoja potilaan orientointiin (3) • Hoitajat toimivat automaattisten toimintatapojen varassa (2) • Hoitajat luottivat hoidossa omaan intuitioonsa (2) • Perhe otettiin mukaan potilaan deliriumin ehkäisytoimenpiteisiin (10)