



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

MUISTISAIRAAN POTILAAN KOH- TAAMINEN LEIKKAUSOSASTOLLA

Ohjelehti henkilökunnalle

Mikko Pöyry

Satu Rantanen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MIKKO PÖYRY & SATU RANTANEN:
Muistisairaahan potilaan kohtaaminen leikkausosastolla
Ohjelehti henkilökunnalle

Opinnäytetyö 34 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Maaliskuu 2016

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Hatanpään sairaalan leikkausosastolle ohjelehti, joka toimii työkaluna muistisairaahan potilaan kohtaamisessa. Opinnäytetyön tehtävänä oli etsiä tietoa tyypillisimmistä muistisairauksista ja koostaa niistä selkeä tietopaketti. Tehtävinä oli myös selvittää, mitkä ovat keskeisiä asioita muistisairaahan potilaan kohtaamisessa perioperatiivisessa hoitoympäristössä, miten leikkausosaston henkilökunnan tietoa muistisairaahan potilaan kohtaamisesta leikkausosastolla voidaan lisätä ja millainen on hyvä ohjelehti. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä leikkausosaston henkilökunnan tietoa muistisairauksista ja auttaa heitä muistisairaahan potilaan kohtaamisessa ohjelehden avulla.

Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa käyttäen mahdollisimman ajankohtaisia ja luotettavia kirja- ja verkkolähteitä sekä hoitotieteen että lääketieteen näkökulmista. Tiedonkeruussa käytettiin apuna myös asiantuntijahaastattelua. Opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta tuotettiin ohjelehti leikkausosaston henkilökunnan käyttöön. Ohjelehti laadittiin yhteistyössä työelämäyhteyden kanssa ja sen ulkoasussa kiinnitettiin erityistä huomiota käytettävyyteen perioperatiivisessa hoitotyössä. Ohjeistukset ryhmiteltiin kolmen eri teeman mukaan, joita olivat ympäristö, vuorovaikutus ja mahdolliset ongelmatilanteet. Ohjeistukset pidettiin lyhyinä, yksinkertaisina ja helposti luettavina.

Opinnäytetyö tehtiin vastaamaan työelämän tarpeeseen kehittää leikkausosaston sairaanhoitajien ammattitaitoa muistisairaahan potilaan kohtaamisessa. Ohjelehden hyödyllisyys, toimivuus ja muokkaamistarpeet tulevat esiin ajan kuluessa, kun ohjelehteä on päästy riittävästi kokeilemaan käytännössä. Kehitysehdotuksena esitetään, että ohjelehteä voitaisiin muokata myös uuden henkilökunnan perehdyttämiseen soveltuvaksi työkaluksi. Jatkossa aihetta voitaisiin tutkia esimerkiksi lääkehoidon näkökulmasta tuottamalla tuotokseen painottuvan opinnäytetyön keinoin ohjelehti muistisairaahan potilaan perioperatiivisessa lääkehoidossa vältettävistä lääkeaineista, kun halutaan ehkäistä leikkauksen jälkeistä sekavuutta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

PÖYRY, MIKKO & RANTANEN, SATU:
Encountering a patient with dementia in the Operating Room
Information Leaflet for Operating Room Personnel

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 4 pages
March 2016

The purpose of this thesis was to gather information about the most typical forms of dementia and to produce an information leaflet for operating room personnel about how to encounter a patient with dementia. This study was done in collaboration with Hatanpää hospital in Tampere and it was carried out as a functional project.

The data were collected using literature with both medical and nursing science aspects. One geriatrics expert was also interviewed in order to gather more information about the subject. The produced information leaflet was based on a thesis' theoretical section and it was intended to be used as an instructive tool when treating patients with dementia. The objective was to improve operating room nurses' skills in encountering patients with dementia.

The utility of the information leaflet will only become clear in practice. Further research is required in order to develop perioperative nursing when treating patients with dementia, for example to produce instructions how to properly medicate patients with dementia in operating room.

Key words: demented patient, encountering, data sheet, operating room

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Alzheimerin tauti	8
3.1.1	Alzheimerin taudin oirekuva ja aivomuutokset eri vaiheissa	9
3.1.2	Alzheimerin taudin diagnoosin kriteerit.....	11
3.1.3	Alzheimerin taudin hoito.....	11
3.2	Lewyn kappale -tauti	12
3.2.1	Lewyn kappale –taudin oireet	12
3.2.2	Lewyn kappale –taudin diagnoosin kriteerit	13
3.2.3	Lewyn kappale –taudin hoito	13
3.3	Vaskulaarinen dementia.....	14
3.3.1	Vaskulaarisen dementian muodot ja oireet	16
3.3.2	Vaskulaarisen dementian hoito ja diagnosointi.....	17
3.4	Muistisairaahan potilaan oikeus hyvään hoitoon.....	18
3.5	Vuorovaikutus muistisairaahan potilaan kanssa.....	19
3.6	Muistisairas potilas leikkausosastolla.....	20
3.6.1	Henkilökunnan rooli.....	21
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	23
4.1	Millainen on hyvä ja toimiva ohjelehti	24
4.2	Opinnäytetyön prosessi	24
4.2.1	Opinnäytetyön tuotos: ohjelehti henkilökunnalle	26
5	POHDINTA.....	27
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	27
5.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	28
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET	32
	Liite 1. Haastattelulomake.....	32
	Liite 2. Haastattelulupa.....	33
	Liite 3. Taulukko eri muistisairauksien erityispiirteistä.....	34
	Liite 4. Ohjelehti henkilökunnalle.....	35

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat Suomessa hyvin yleisiä ja jo nyt merkittävä haaste suomalaisten kansanterveydelle ja -taloudelle. Muistisairaiden määrä tulee tulevaisuudessa vain lisääntymään: vuonna 2010 keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta 95 000 ihmistä ja vuonna 2020 määrän arvioidaan nousevan jopa 130 000:een. Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen muistiohjelman mukaan muistisairauksiin sairastuu 36 suomalaista päivittäin, eli noin 13 000 ihmistä joka vuosi. Nämä sairaudet eivät koske pelkästään iäkkäitä, vaan myös työikäisiä suomalaisia. Työikäisten muistisairaiden määrän arvioidaan olevan 5000–7000 luokkaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 3.)

Muistisairaus vaikuttaa sairastuneen henkilön kaikkiin terveyden osa-alueisiin, niin psyykkiseen, fyysiseen, kuin sosiaaliseenkin terveyteen (Kalliomaa 2012; Pirttilä & Suhonen 2010). Muistisairaus voi vaikuttaa henkilön yhteiskunnalliseen asemaan ja oikeustoimikelpoisuuteen, sekä ihmisillä voi olla muistisairautta sairastavaa henkilöä kohtaan erilaisia asenteita ja ennakkoluuloja (Jussila 2016). Muistisairauksien ehkäisy ja hyvä hoito on siten tärkeää niin yksilön hyvinvoinnin, kuin yhteiskunnankin kannalta.

Työelämäyhteyden yhtenä toiveena oli saada opinnäytetyön avulla henkilökunnalle lisää tietoa muistisairauksista. Työssämme päädyimme käsittelemään muistisairauksista kolmea yleisintä, eli Alzheimerin tautia, vaskulaarista dementiaa ja Lewyn kappale –tautia, sillä nämä kolme muistisairautta kattavat suurimman osan kaikista muistisairauksiksi luokiteltavista taudeista (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus, 2010).

Kommunikaation ja vuorovaikutuksen erityispiirteet muistisairaahan potilaan hoidossa ovat työmme pääpaino, sillä opinnäytetyön pohjalta tehdyn tuotoksen avulla pyrimme tuomaan henkilökunnalle lisää valmiuksia ja käytännön ohjeita muistisairaahan potilaan kohtaamiseen perioperatiivisessa hoitotyössä. Kommunikaatio on muistisairaahan potilaan hoidon yksi tärkeimmistä näkökulmista, ja hoitajan sanomisilla ja tekemisillä onkin suuri vaikutus muistisairaahan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Adams 2008, 144). Opinnäytetyömme pyrkii vastaamaan perioperatiivisen hoitotyön tarpeisiin muistisairaahan potilaan hoidossa, joten käsittelemme työssämme erityisesti sellaisia muistisairaahan potilaan kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä, joista leikkausosastolla työskentelevät sairaanhoitajat todennäköisimmin hyötyisivät.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Hatanpään sairaalan leikkausosastolle ohjelehti, joka toimii työkaluna muistisairaalan potilaan kohtaamisessa ja edistää muistisairaalan potilaan hyvää ja laadukasta hoitoa leikkausosastolla.

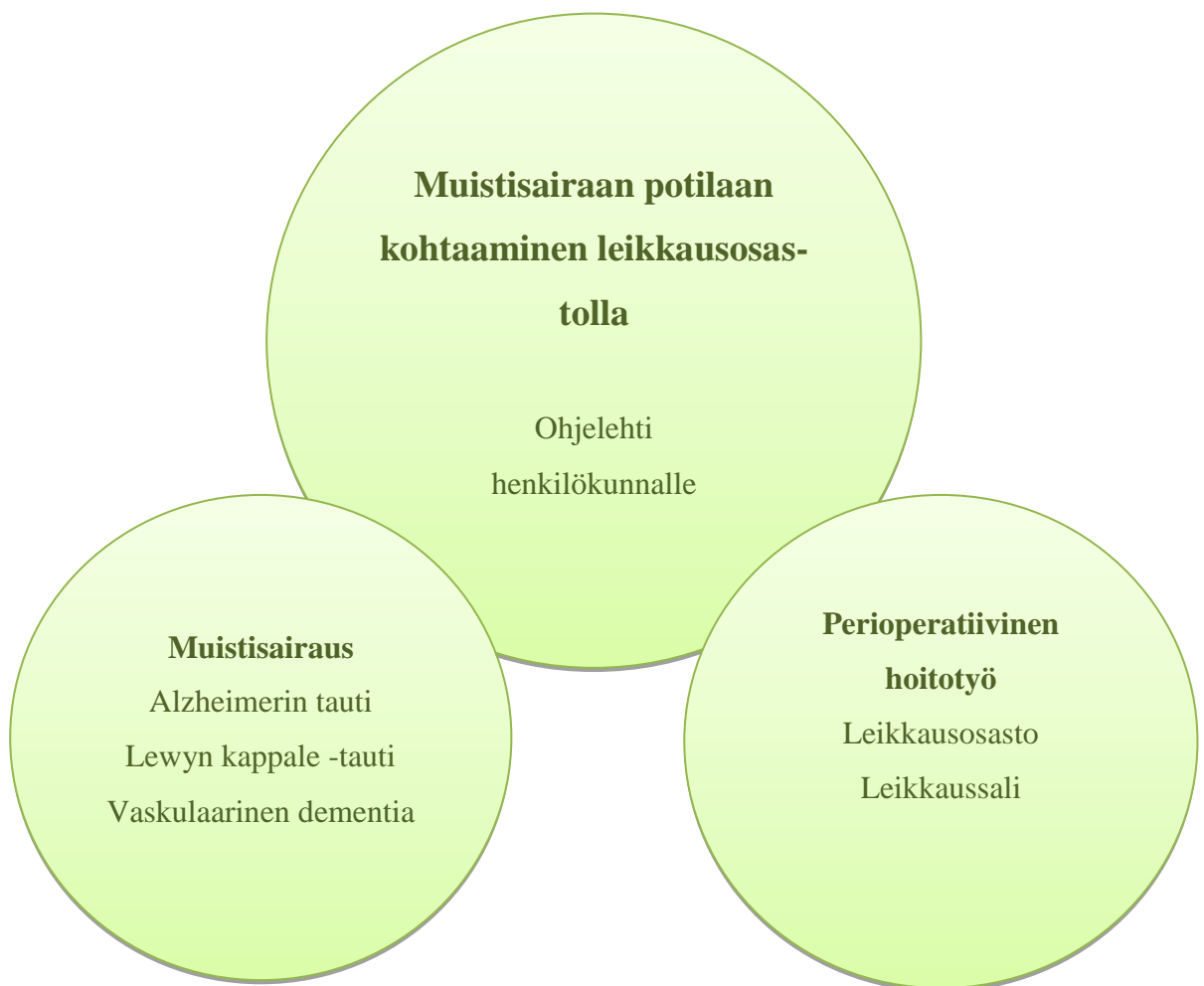
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä muistisairauksilla tarkoitetaan?
2. Mitkä ovat keskeiset asiat muistisairaalan potilaan perioperatiivisessa hoidossa?
3. Miten leikkausosaston henkilökunnan tietoa muistisairaalan potilaan kohtaamisesta leikkausosastolla voidaan lisätä?
4. Millainen on hyvä ohjelehti?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä leikkausosaston henkilökunnan tietoa muistisairauksista ja auttaa heitä muistisairaalan potilaan kohtaamisessa. Tuotoksen avulla henkilökunnalle saadaan lisää valmiuksia vuorovaikutukseen muistisairaalan potilaan kanssa perioperatiivisessa hoitoympäristössä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana on muistisairaahan potilaan kohtaaminen leikkausosastolla. Työn keskeiset käsitteet ovat perioperatiivinen hoitotyö, muistisairaus ja muistisairaahan potilaan kohtaaminen. Teoreettisen lähtökohdan avulla pyritään selvittämään komponentteja, jotka liittyvät muistisairaahan potilaan kohtaamiseen leikkausosastolla ja näin selvittämään millainen ohjelehti on leikkausosastolle hyödyllinen. Opinnäytetyön teoreettinen osuus tuo uutta tietoa leikkausosaston henkilökunnalle ja auttaa heitä muistisairaahan potilaan hoidossa.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta.

3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava muistisairaus, joka etenee sille tyypillisin vaiheihin hitaasti ja tasaisesti vaurioittaen valikoituneita aivoalueita ja neurokemiallisia järjestelmiä (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121-122). Alzheimerin taudissa ihmisen aivojen koko pienenee huomattavasti verrattuna terveeseen ihmisen aivoihin. Alzheimer-potilaan aivokuori surkastuu, mikä vahingoittaa aivojen alueita, jotka vastaavat ihmisen ajattelusta, muistista ja tulevien asioiden suunnittelusta. Erityisesti hippokampuksen alue kuituu merkittävästi Alzheimerin taudin vaikutuksesta. Hippokampus on aivokuoren osa, joka vastaa etenkin uusien muistijälkien muodostamisesta. (Alzheimer's Association 2015.) Sulkavan (2010A) mukaan Alzheimer-potilaan aivojen surkastumaa nähdään erityisesti ohimo- ja päälakilohkojen alueilla. Etenkin iäkkäillä potilailla voi ilmetä myös aivokammioden laajentumista, joka on merkki aivojen sentraalisesta atrofiasta, eli aivojen keskellä sijaitsevien alueiden surkastumisesta (Sulkava 2010A). Suurimmalla osalla potilaista esiintyy myös psyykkisiä oireita ja käyttäytymisen häiriöitä, jopa aggressiivisuutta, jossain sairauden vaiheessa (Juva 2015).

Alzheimerin taudille on ominaista, että tautia sairastavan kognitiiviset taidot heikkenevät päinvastaisessa järjestyksessä kuin ne lapsuusaikana kehittyvät. Toisin sanoen Alzheimeria sairastavan kyvyt selvitä monimutkaisista toiminnoista, kuten rahan käytöstä ja vaativista työtehtävistä häviävät ensimmäisenä ja viimeisimpänä esimerkiksi taito peseytyä tai selvitä wc-käynneistä ilman apua. On kuitenkin aina muistettava, että Alzheimerin tautia sairastava ei muutu lapseksi, vaan hän säilyttää aikuisen ihmisen arvokkuutensa ja elämänhistoriasta, joten häntä on aina kohdeltava sen mukaisesti. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 128.)

3.1.1 Alzheimerin taudin oirekuva ja aivomuutokset eri vaiheissa

Alzheimerin taudin vaiheet ovat oireeton, varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Kusakin taudin vaiheessa potilaalla todetaan taudin vaiheelle tyypillisiä oireita. Oireet johtuvat aivojen patologisista muutoksista, jotka paikantuvat tietyille alueille taudin vaiheesta riippuen. Näin taudin oirekuva ja sen kehittyminen ovat ennustettavissa. Erilaiset muistioireet ovat Alzheimerin taudille kaikkein tyypillisimpiä kognitiivisen toiminnan häiriöitä kaikissa taudin etenemisen vaiheissa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–122, 124.)

Alzheimerin taudin kaikkein varhaisinta vaihetta kutsutaan oireettomaksi-, eli prekliiniseksi vaiheeksi. Oireettomassa vaiheessa aivomuutokset ovat vielä hyvin rajoittuneita. Tässä vaiheessa tautia suurin osa potilaista on täysin oireettomia, kuitenkin joillain potilailla saatetaan todeta lievää kognitiivista heikentymistä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126.) Draperin (2013, 67) mukaan Alzheimerin taudin kaikkein varhaisimmista oireista, ja etenkin siitä kuinka oireet voidaan erottaa normaalista ikääntymisestä ja muista sairauksista, on hyvin rajallisesti tietoa. Draper (2013, 67) mainitsee kuitenkin, että häiriöt asioiden mieleen palauttamisessa, etenkin jos annetut vihjeet eivät helpota muistamista, kielivät alkavasta Alzheimerin taudista.

Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa tyypillisiä oireita ovat lievät muistihäiriöt, etenkin mieleen palauttamisen ja mieleen painamisen vaikeudet (Sulkava 2010A). Etenkin lähimuistin ongelmat ovat tyypiesimerkki varhaisimmista näkyvistä Alzheimerin taudin oireista. Tällä tarkoitetaan ongelmia hetki sitten tapahtuneiden asioiden muistamisessa, esimerkiksi eilispäivän tapahtumissa. (Draper 2013, 67.) Tautia sairastava saattaa esimerkiksi unohtaa mihin laittoi lompakkonsa kauppareissulta tullessaan, tai mitä aviopuoliso kertoi työpäivästään eilen illalla. Vastoin yleistä käsitystä lähimuistin ongelmista kärsivä henkilö on usein hyvin tietoinen ongelmistaan (Draper 2013, 67). Pirttilän ja Erkinjuntin (2010) mukaan kuitenkin Alzheimerin tautia sairastava usein vähättelee oireitaan muille ihmisille ja tekee niitä merkityksettömiksi erilaisin selityksin (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 130).

Varhaisessa vaiheessa tautia sairastava yleensä kykenee vielä toimimaan itsenäisesti lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Ihmisen sosiaaliset taidot herkästi piilottavat Alzheimerin taudin ensioireet ja siksi tautia sairastavan läheiset eivät välttämättä huo-

maa mitään oireita, tai eivät pidä niitä merkityksellisinä. (Draper 2013, 67.) Oireiden taustalla on vaurio aivojen sisemmässä ohimolohkossa, joka on muistin kannalta tärkeä alue. Magneettikuvauksissa vaurio voidaan nähdä tämän aivoalueen surkastumisena, eli atrofiana. PET-tutkimuksessa (positroniemissiotomografia) havaitaan usein verenkierron ja aineenvaihdunnan heikentymistä, etenkin hippokampuksen ja talamuksen alueilla. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126.)

Taudin edetessä lievään vaiheeseen edellä mainitut aivomuutokset etenevät ja muuttuvat vaikeammiksi. Lievässä vaiheessa myös isoaivojen sisäosista aivokuorelle johtavat yhteydet alkavat vaurioitua. Selvimmät muutokset nähdään etuaivojen ns. Meynertin tumakkeesta aivokuorelle lähtevissä hermoyhteyksissä. Tautia sairastavan muutkin kognition eri osa-alueet alkavat heikentyä muistin ohella. Potilaalla alkaa ilmetä dysfaattisia (sanojen löytäminen, asioiden nimeäminen) vaikeuksia, hänen aloitekykynsä heikkenee ja paljon huomiota vaativissa toiminnoissa, kuten raha-asioiden hoidossa ja lääkityksistä huolehtimisessa alkaa ilmetä vaikeuksia. Oireet alkavat haitata potilasta päivittäin ja myös arkisissa toimissa, kuten kauppareissuilla tarvitaan muistiapuja. Tutkimustilanteessa havaitaan ns. päänkääntöoire: potilas kääntää päätään mukana olevan omaisen puoleen odottaen vastausta kysytyyn kysymykseen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126; 131.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa Alzheimerin tautia sairastavan sairaudentunto on heikentynyt huomattavasti. Lähimuisti heikentyy niin, että tavarat ovat koko ajan hukassa, potilas ei muista lukemiaan asioita eikä televisio-ohjelmien sisältöjä (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 131.) Lähimuistin heikentyminen on niin rajua, ettei potilas enää välttämättä muista edes muutamia minuutteja aikaisemmin tapahtuneita asioita (Sulkava 2010A). Päivittäisessä verbaalissa ulosannissa huomataan runsaasti ongelmia asioiden nimeämisessä ja ihmisten nimien muistamisessa. Potilas kysyy samaa kysymystä yhä uudelleen ja uudelleen, ja saattaa antaa saman vastauksen peräkkäin kysytyihin eri kysymyksiin. Useampaa eri kieltä osaavat potilaat saattavat puhua sekaisin eri kielillä tiedostamatta sitä itse lainkaan. Luetun ymmärtämisessä ilmenee enenevässä määrin vaikeuksia, mikä näkyy tekstin lukemiseen kuluvan ajan pitenemisenä, jopa siinä määrin että potilas voi lukea kirjan tai lehden samaa sivua päivien tai viikkojen ajan. (Draper 2013, 75.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa potilaan aivojen ohimolohkojen sisäosat ovat jo suurimmaksi osin tuhoutuneet. Edellä mainittujen oireiden lisäksi kyseisenlainen aivojen atrofia aiheuttaa myös kävelyn ja pukeutumisen vaikeutta ja osalle potilaista ekstrapyramidaalioireita, kuten jähmeyttä, ilmeettömyyttä ja hidasta kävelyä. Vaikeassa vaiheessa myös ihmisen primaariheijasteet, esimerkiksi imemis- ja tarttumisheijaste tulevat esille. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 127.)

3.1.2 Alzheimerin taudin diagnoosin kriteerit

Alzheimerin taudin diagnosointi on vaativa tehtävä, joka edellyttää lääkäriltä kokemusta ja erityisosaamista (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2010). Alzheimerin tauti voidaan diagnosoida joko mahdollisena tai varmana Alzheimerin tautina. Mahdollisen Alzheimerin taudin diagnoosi tehdään kun potilaalla havaitaan diagnoosin pääkriteerin täyttävät oireet ja sen lisäksi yksi tai useampi diagnoosia tukevista piirteistä. (Erkinjuntti, Suhonen, Hallikainen & Pirttilä 2010.)

Diagnoosin pääkriteerin täyttääkseen potilaalla tulee olla vähitellen ja vähintään kuuden kuukauden ajan edennyt varhainen ja merkittävä heikentymä tapahtumamuistissa. Muistin heikentyminen täytyy läheisiltä tai potilaalta saadun tiedon lisäksi olla todettavissa myös testein, esimerkiksi CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) –testillä. Diagnoosia tukevia piirteitä ovat selkäydinnestetutkimuksessa, sekä magneetti- ja PET-tutkimuksessa tehdyt tietyt tyypilliset poikkeavat löydökset. Varman Alzheimerin taudin diagnoosi tehdään kun mahdollisen Alzheimerin taudin kriteerien täytyessä potilaalla todetaan tyypilliset löydökset myös aivobiopsianäytteenä, tai hänellä todetaan Alzheimerin taudille tyypillinen geneettinen mutaatio (kromosomeissa 1, 14 tai 21). (Erkinjuntti, Suhonen, Hallikainen & Pirttilä 2010.)

3.1.3 Alzheimerin taudin hoito

Nykylääketiede ja tämän hetkiset hoitomenetelmät eivät vielä pysty varsinaisesti estämään Alzheimerin taudin puhkeamista tai vaikuttamaan sen kulkuun. Lääkehoidolla pystytään kuitenkin kohentamaan potilaan yleistä vointia, lisäämään aktiivisuutta ja aloitteellisuutta sekä helpottamaan käytösoireita ja arjen toiminnoista suoriutumista.

Lääkehoidolla ei kuitenkaan ole kohentavaa vaikutusta muistiin. Lääkehoito perustuu pääasiassa asetyylikoliiniesteraasin estäjiin, eli AKE-estäjiin, joita ovat donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini, sillä näistä lääkeaineista on vahvin tieteellinen näyttö. Lisäksi käytössä on memantiini –niminen lääkeaine (NMDA-reseptorin salpaaja), jota käytetään taudin edetessä yhdistettynä AKE-estäjiin. (Hallikainen 2014.)

Alzheimerin taudin onnistuneessa hoidossa olennaista on myös erilaisten lääkkeettömien menetelmien käyttö, joita ovat muun muassa erilaiset muistikuntoutukset ja –terapiat, riittävä virikkeiden järjestäminen ja käytösoireita aiheuttavien tilanteiden välttäminen. Myös liikunnalla, hyvällä ravitsemuksella sekä arjen rutiineilla ja harrastuksilla on positiivinen vaikutus Alzheimerin tautia sairastavan vointiin ja hoidon onnistumiseen. (Alz-Point 2013.)

3.2 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale –tauti on yksi Lewyn kappale –patologiaan liittyvistä sairauksista, joihin kuuluvat myös Parkinsoniin liittyvä dementia, sekä Lewyn kappale –taudin ja Alzheimerin yhdistelmä. Edellä mainittujen muistisairauksien osuus kaikista etenevistä muistisairauksista on 10-15 %:n luokkaa. Nimensä tauti on saanut aivoissa esiintyvistä patologisista Lewyn kappaleista, joita aivoissa havaitaan Lewyn kappale –taudissa aivokuoren alueella otsa-, ohimo- ja päälaenlohkojen seuduilla. Lewyn kappaleita esiintyy aivoissa myös Parkinsonin taudissa vagushermon tumakkeessa. Lewyn kappale –tauti alkaa vähitellen ja useimmiten 50-80 vuoden iässä ja sen kesto vaihtelee kahden ja kahdentoista vuoden välillä. Tautia esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla. (Rinne 2010B, 159.)

3.2.1 Lewyn kappale –taudin oireet

Lewyn kappale –taudin tyypilliset oireet jaetaan parkinsonismiin, sekä kognitiivisiin ja psykoottisiin oireisiin. Parkinsonismin oireita kuten rigiditeettiä (lihasjäykkyyttä), hypokinesiaa (liikkeiden hidastumista) ja kävelyvaikeuksia ilmenee 40-90 %:lla potilaista. Hienomotoriikka heikkenee, askelpituus lyhenee ja tasapainossa esiintyy vaikeuksia. Kognitiivisiin oireisiin kuuluvat muistin heikkous, kielelliset häiriöt, kätevyuden heik-

kous, sekä hahmotushäiriöt, joita 75 %:lla potilaista esiintyy jossakin taudin vaiheessa. Tarkkavaisuuden ja vireystilan vaihteluiden vuoksi toimintakyky saattaa vaihdella merkittävästi samankin päivän aikana. Myös kognitiivisten toimintojen heikkenemistä on havaittavissa. Psykoottisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot ja hallusinaatiot, joista yleisimpiä ovat visuaaliset aistiharhat. Näitä kokevat 30-60 % potilaista ja useimmiten heidän kuvauksensa hallusinaatioista ovat yksityiskohtaisia ja tarkkoja. Vainoharhat ovat tavallisimpia harhaluuloista ja ne saattavat olla taudin ensioire. (Härmä & Juva 2013, 4.)

3.2.2 Lewyn kappale –taudin diagnoosin kriteerit

Lewyn kappale –taudin diagnosointi ei ole yksinkertaista ja näyttää siltä, että moni tautia sairastava jää diagnoosia vaille. Erotusdiagnostisiksi ongelmiksi nousevat vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen, Parkinsonin tauti ja Alzheimerin tauti. Keskeisin diagnosointiin vaadittava oire on voimakas kognitiivinen heikentyminen. Erityisesti vireydessä ja tarkkaavaisuudessa esiintyy vaihteluita, jotka vaikeuttavat henkilön toiminta- tai työkykyä. Muistin heikentyminen ei välttämättä ole merkittävää vielä taudin alkuvaiheessa. Lewyn kappale –taudin todennäköiseen diagnoosiin vaaditaan kognitiivisen heikentymisen lisäksi joko visuaalisia aistiharhoja, tai parkinsonismin piirteitä. Taudin diagnoosiin viittaavia muita piirteitä ovat herkkyys neuroleptilääkitykselle, REM-unen aikaiset käytösoireet, sekä dopamiinin takaisinottokehtien voimakkaasti pienentynyt määrä SPET-tutkimuksessa. (Rinne, 2010A.)

3.2.3 Lewyn kappale –taudin hoito

Lewyn kappale –tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa, mutta joitakin tautiin liittyviä oireita voidaan helpottaa ja hoitaa. Muistisairauksilla on vaikutuksia potilaan lisäksi myös läheisiin, joten potilaan ja hänen lähipiirinsä tukeminen on tärkeää sairauden hoidossa. Elämäntilanteen ja tarpeiden perusteella kartoitetaan, mitä hoitoja ja kuntoutuksellisia keinoja otetaan käyttöön. Tarjolla on erilaisia etuuksia, kuten omaishoidon tuki, sekä tukipalveluita, kuten ruoka- tai siivouspalveluita. Säännöllinen seuranta alueen muistihoitajan ja lääkärin taholta on varmistettava, sekä yleisestä terveydentilasta pidettävä huolta. Pitkäaikaissairauksien tulisi olla hyvässä tasapainossa ja erilaiset puutostilat tulisi hoitaa ja ennaltaehkäistä. Läheisten tehtäväksi jää perhesuhteista huolehtiminen,

sekä virikkeiden järjestäminen, kuten liikunnan mahdollistaminen. Poikkeustilanteisiin olisi hyvä varustautua etukäteen, sekä laatia potilaan kanssa hoitotahto. (Muistisairauksien Käypä hoito –työryhmä, 2010.)

Muistisairauslääkkeitä voidaan käyttää, mikäli potilaalla esiintyy samanaikaisesti Alzheimerin tautiin liittyviä muutoksia aivoissa. Parkinsonin taudin lääkkeitä voi olla hyötyä parkinsonismiin liittyviin oireisiin. Mikäli potilas tiedostaa hallusinaatioiden olevan harhoja, eikä niistä koidu hänelle pelkotiloja tai muuta haittaa, ei lääkehoitoa aistiharhoihin liittyen tarvita. Jos harhat ovat vaikeita ja hallitsevia voidaan oireisiin käyttää toisen polven psykoosilääkkeitä, kuten risperidonia. Psykoosilääkkeiden käytössä tulee kuitenkin olla varovainen Lewyn kappale –taudin kohdalla. (Muistisairauksien käypä hoito –työryhmä 2010; Härmä & Juva 2013, 4-5.)

3.3 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen dementia (VD) on joukko erilaisia oireyhtymiä, joiden taustalla ovat erilaiset aivoverenkierron häiriöt ja muutokset aivoissa. (Sulkava 2010B; Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142). Nykytietämyksen mukaan erilaiset aivoverenkiertohäiriöt ja –sairaudet aiheuttavat monenlaisia muutoksia ihmisen muistissa ja tiedonkäsittelyssä, ja oireet kattavatkin koko kirjon lievestä kognition häiriöistä aina täyteen dementiaoireyhtymään asti. Tästä syystä yleisemmin käytössä oleva termi on vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä, vascular cognitive impairment, eli VCI. VCI terminä kattaa erilaisia kognitiivisia oireita lievestä vaikeimpiin, kuten aivoverenkiertosairauden jälkeisen kognitiivisen heikentymän, varsinaisen vaskulaarisen muistisairauden, sekä Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertohäiriön yhdistelmän. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 143; Segura & Jurado 2011, 4.) Tässä työssä keskitymme ainoastaan VCI:n dementia-asteiseen muotoon, vaskulaariseen dementiaan (VD), sillä VCI terminä pitää sisällään myös oireyhtymiä, jotka eivät ole varsinaisia muistisairauksia.

VCI esiintyy myös usein muiden muistisairauksien ohella, sillä 15% muistihäiriöpotilaista on myös aivoverisuonisairaus, joka johtuu aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista (Sulkava 2010). Aivohalvaus itsessään on myös suurin yksittäinen muistisairauden riskitekijä: yli 60-vuotiaan aivohalvauksen sairastaneen riski sairastua muistisai-

rauteen on yli 9-kertainen muuhun väestöön verrattuna (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 146).

3.3.1 Vaskulaarisen dementian muodot ja oireet

VD:lla ei ole olemassa täysin spesifiä oirekuvaa, sillä oireet ovat hyvin potilaskohtaisia ja riippuvat siitä millä alueella aivoja syntynyt vaurio sijaitsee (Sulkava 2010B). VD voidaan luokitella karkeasti kolmeen päätyyppiin: kortikaaliseen-, subkortikaaliseen- ja kognitiivisesti kriittisten alueiden VD:aan (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 144-145). Kortikaalisen VD:n (aivojen vaurio sijaitsee aivojen kuorikerroksen alueella) aiheuttaa yleensä keskimmäisen aivovaltimon, eli arteria cerebri median infarkti, joka aiheuttaa kohtalaista älyllisen toimintojen heikkenemistä riippuen infarktialueen sijainnista aivokuorella. Tapahtumamuistin vaurio jää usein vain lieväksi, mutta potilaalle ilmaantuu vaikeus suorittaa ja suunnitella asioita, vaikka hän kuulee ja ymmärtää ohjeistukset. Osalla potilaista voi ilmetä puheen tai hahmottamisen häiriöitä, jotka pahimmillaan oireilevat niin sanottuna neglect-oireina, jossa potilas ei tunnista toista puolta kehostaan, eikä havainnoi tällä puolella tapahtuvia asioita. (Sulkava 2010B.)

Subkortikaalisen VD:n (aivojen vaurio sijaitsee kuorikerroksen alapuolisissa osissa, eli valkeassa aineessa) aiheuttavat aivojen niin kutsuttujen päätevaltimoiden infarktit. Näiden valtimoiden infarkteista seuraa valkean aineen iskeemisiä, eli kudosten hapenpuutteesta aiheutuvia, muutoksia, jotka aiheuttavat akuutissa vaiheessa sekavuutta. Laaja-alaista, päätevaltimoiden taudista aiheutuvaa valkean aineen vaurioitumista kutsutaan myös Biswangerin taudiksi. (Sulkava 2010B.)

Potilas voi akuutissa vaiheessa olla joskus täysin oireeton, jolloin puhutaan niin sanottuista hiljaisesta aivoinfarktista. Sairauden alkuvaiheessa tyypillisiä oireita ovat kävelyvaikeudet, yleinen masentuneisuus ja alavireisyys, sekä yöllinen sekavuus. Taudin muut oireet painottuvat toiminnanohjauksen häiriöihin ja tauti on usein tasaisesti etenevä tai jopa ennallaan pysyvä. Subkortikaalisesta VD:sta kärsivät potilaat ovat yleensä tietoisia oireistaan ja siten myös melko sairaudentuntoisia. (Sulkava 2010.) Subkortikaalinen muoto on VD:n muodoista selvästi yleisin: noin 40-60 % kaikista VD:ista on tätä muotoa (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 145).

Kognitiivisesti kriittisten alueiden VD:lla tarkoitetaan muistisairautta, joka aiheutuu kognitiivisesti merkittävien aivoalueiden infarkteista ja oirekuva riippuu vaurioituneesta aivojen alueesta. Erityisesti talamuksen alueelle paikallistuvat infarktit heikentävät merkittävästi ihmisen kognitiivista kykyä. (Sulkava 2010.) Talaamisen demencian (talamuksen alueen infarktista johtuva) oireita ovat muun muassa sekavuus, tajunnantason vaihtelut, aloitekyvyttömyys, apaattisuus ja silmien liikkeiden häiriöt. Talaamiselle demencialle on tyypillistä myös oireiden äkillinen alkaminen (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 148.)

3.3.2 Vaskulaarisen demencian hoito ja diagnosointi

Varsinaista lääkehoitoa VD:aan ei tällä hetkellä ole olemassa. VD:n tärkein hoitomuoto onkin taudin aiheuttajien, eli verisuonisairauksien riskitekijöiden hyvä ja oikeaoppinen hoito. Erityisesti rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sydänsairaudet, verenpainetauti ja diabetes altistavat verisuonisairauksille ja sitä kautta myös VD:lle. Näissä edellä mainituissa sairauksissa hyvän hoitotasapainon säilyttäminen on parasta mahdollista VD:n hoitoa. Myös tupakointi olisi syytä lopettaa ja alkoholin käyttö pitää maltillisella tasolla. Potilaille aloitetaan myös usein veren hyytymistekijöihin vaikuttava lääkitys, esimerkiksi asetyylisalisylihappo 50-100 mg vuorokaudessa. (Atula 2015; Sulkava 2010B.)

VD diagnosoinnissa painottuu kliininen oirekuva, joka on taudille tyypillinen. Potilaalla, jolla tautia epäillään, on yleensä myös esitiedoissa nähtävissä tietoja aikaisemmista sairastetuista ja toistuneista aivoinfarkteista. Diagnoosia voidaan tukea MRI- ja CT-kuvauksilla, eli magneetti- ja tietokonetomografiatutkimuksilla, joilla voidaan nähdä potilaan aivoissa merkkejä aiemmista aivoverenkiertohäiriöistä, mitä ovat tyypillisimmin aivoiarttien jättämät arvet aivokudoksessa. (Atula 2015.)

3.4 Muistisairaana potilaan oikeus hyvään hoitoon

Potilaan oikeudet laadukkaaseen hoitoon ja hyvään kohteluun on Suomessa turvattu lailla: ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Ihmis- ja perusoikeudet kuuluvat kaikille, myös muistisairaille. Kansainvälinen Alzheimer-järjestö ADI (Alzheimer’s Disease International) on julkaissut vuonna 2003 hyvän hoidon periaatteiden julistuksen, jossa mainitaan muun muassa seuraavia asioita: Muistisairaalla ihmisellä on oikeus inhimilliseen ja arvokkaaseen kohteluun, turvalliseen elinympäristöön, lääketieteellisiin tutkimuksiin, kuntoutukseen, hoitoon, sekä itseä koskevaan päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun osallistumiseen. Julistuksessa mainitaan myös omaisten tukeminen ja muistisairaiden kanssa työskentelevän henkilökunnan koulutus ja ajanmukainen tieto muistisairauksista, sekä niiden hoidosta. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2014, 4.)

Kaiken hoidon, kuten myös leikkaushoidon lähtökohtana on potilaan suostumus hoitoon. Hoitoa koskevan päätöksenteon tueksi muistisairaalla on oikeus saada riittävästi tietoa omasta diagnoosista, oireista ja terveydentilasta. Muistisairaalla potilaalla on oikeus saada kyseiset tiedot tavalla, joka mahdollistaa ymmärtämään tiedon sisällön ja merkityksen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Keskustelussa tulee käyttää mahdollisimman yksinkertaista kieltä, jota potilas ymmärtää, esimerkiksi ”Tehdään lonkkaleikkaus, koska lonkkanne on murtunut” (Jussila 2016). Potilaan tiedottamisesta ei saa aiheutua potilaalle tarpeetonta levottomuutta tai kärsimystä. Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, vaan eri muistisairauksien alkuvaiheessa potilas voi pystyä itse päättämään hoidostaan. Muistisairauden edetessä on kuitenkin usein vastassa tilanne, jossa hoitopäätöksen tekee potilaan edustaja tai potilaan omainen. Hoitopäätöksiä tehtäessä on otettava huomioon potilaan aiemmin ilmaisema hoito- tahto. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2014, 6-7; Jussila 2016.)

3.5 Vuorovaikutus muistisairaana potilaan kanssa

Muistisairaalla potilaalla esiintyy erilaisia oireita sairauden eri vaiheissa. Vuorovaikutukseen niistä vaikuttavat afasia, agnosia, apraksia ja abstraktin ajattelun vaikeutuminen. Afasiassa on kyse kielen ja puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksista. Muistisairaana potilaan vastaaminen voi tästä syystä olla hidasta. Tuttujen esineiden hahmotushäiriö, eli agnosia voi saada aikaan sen, ettei potilas tunnista enää esimerkiksi kaukosäädintä. Apraksiassa tahdonalaiset liikkeet altistuvat koordinaatiohäiriöille, mikä aiheuttaa kömpelyyttä tutuissakin asioissa, kuten pukeutumisessa. (Pohjavirta 2012, 17.) Leikkaussalilyöskentelyä ajatellen suurin haaste voi liittyä muistisairaana vähentyneeseen kykyyn ajatella abstraktisti. Pohjavirran (2012) mukaan potilaan on vaikeaa jäsentää erilaisia kokonaisuuksia, toimia järjestelmällisesti ja suunnitella tulevaa. Tästä syystä voi olla hyödytöntä kertoa potilaalle etukäteen leikkaussaliin siirtymisestä tai tulevasista toimenpiteistä. Oireiden vaikeusaste kuitenkin vaihtelee muistisairauksien eri vaiheissa, mutta edellä mainitut oireet on silti hyvä pitää mielessä muistisairasta potilasta hoidettaessa.

Kommunikaatio on yksi tärkeimmistä näkökulmista muistisairaana potilaan hoitamisessa ja hoitajat voivatkin vaikuttaa sanomisillaan ja tekemisillään voimakkaasti muistisairaana potilaan ja hänen läheistensä psyykkiseen, emotionaaliseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Muistisairaana potilaan kommunikaation vaikeuksiin voi olla monta eri syytä: joissain tapauksissa kommunikaatiovaikeudet voivat olla seurausta muistisairaudesta itseltään, tai ne voivat johtua potilaan normaaliin ikääntymiseen liittyvistä asioista, esimerkiksi näön ja kuulon heikkenemisestä. (Adams 2008, 144-145.) Tästä syystä hoitajan on tärkeää huolehtia, että potilaalla on käytössään hänen tarvitsemansa apuvälineet, kuten silmälasit ja kuulolaite.

Muistisairaana potilaan kanssa kommunikoitaessa tulee hänelle tehdä selväksi, että hän on puheen ja kommunikoinnin kohteena. Potilasta puhutellaan hänen omalla nimellään, käytetään hyvää katsekontaktia ja hänen kanssaan keskustellaan suoraan. Elekieli olisi pyrittävä pitämään mahdollisimman hienovaraisena ja asiallisena. Esimerkiksi hellä kosketus potilaan käsivarteen voi auttaa häntä keskittymään paremmin keskustelun kulkuun. (Adams 2008, 146.) Kosketuksella on myös tärkeä rooli potilaan turvallisuuden tunteen luomisessa (Jussila 2016).

Vuorovaikutuksessa käytettävä kieli tulisi olla mahdollisimman yksinkertaista ja konkreettista arkikieltä, välttämättä ammattikielen, erityissanaston ja sivistyssanojen käyttöä. Muistisairaana kanssa keskusteltaessa kannattaa hänelle kertoa vain vähän asioita ja uutta informaatiota kerrallaan (Jussila 2016.) Äänensävyyn olisi hyvä olla selkeä ja puheen hitaanpuoleista. Mikäli vaikuttaa siltä, että potilaalla on vaikeuksia ymmärtää jotain yksittäistä sanaa tai asiaa, kannattaa sana yrittää kiertää jollain muulla ilmaisulla tai samaa asiaa tarkoittavalla sanalla. (Adams 2008, 146.) Esimerkiksi ”tämä laite mittaa sydämesi ja keuhkojesi toimintaa” on helpommin muistisairaana ymmärrettävissä kuin ”tämä on happisaturaatiomittari”. Keskustelussa on myös hyvä esittää potilaalle tarkentavia kysymyksiä, jotta voidaan varmistua tiedon välittymisestä ja potilaan ymmärryksestä (Jussila 2016). Vuorovaikutuksen tärkeimpänä tavoitteena on saada luotua luottamussuhde hoitajan ja potilaan välille sekä turvallinen olo potilaalle. Potilaan kuuleminen ja hänen kanssaan samalle aaltopituudelle virittäytyminen edesauttavat yhteisen maaperän luontia. (Pohjavirta 2012, 17.)

3.6 Muistisairas potilas leikkausosastolla

Potilaan suostumuksesta tulevaan toimenpiteeseen tulee varmistua lähiomaisten avulla. Ennen toimenpidettä tai leikkausta ei kannata eritellä leikkauksen mahdollisia riskejä niin tarkasti kuin työikäisen kanssa, koska tämä voi aiheuttaa turhaa ahdistusta ja pelkoa muistisairaalle potilaalle. Leikkaussalin henkilökunnan työskentelyssä korostuu rauhallisuus, fyysinen läsnäolo, riittävä ajankäyttö potilaan kanssa, sekä johdonmukaisuus. Potilaan ajantasainen informointi tilanteesta ja tulevista tapahtumista on suositeltavaa. (Jussila 2016.)

Jussilan (2016) mukaan leikkaussalin valaistuksen tulee olla hyvä ja myös rauhallisen musiikin avulla voi luoda leppoista ja kiireetöntä tunnelmaa. Muistisairaalle leikkauspotilaalle tulee pyrkiä luomaan olo, että hänestä huolehditaan koko toimenpiteen tai leikkauksen ajan. Niin sanotun kartalla pitämisen lisäksi hoitaja voi tiedustella potilaan mahdollisista kivuista, tämä tietenkin edellyttää, että leikkaus tehdään puudutuksessa ja potilas on toimenpiteen ajan hereillä. ”Puudutetun potilaan kanssa työskentely vaatii luonnollisesti hoitajalta enemmän, kun potilas on hereillä ja tajuissaan koko toimenpiteen ajan”. Muistisairasta potilasta ei tulisi koskaan jättää yksin missään toimenpiteen vaiheessa, koska muistisairas ahdistuu helposti jäätyään yksin vieraassa ympäristössä.

Yleisanestesiassa tehtävissä leikkauksissa korostuu vuorovaikutus ennen anestesian aloitusta. Leikkauksen jälkeen potilasta tiedotetaan toimenpiteen kulusta. (Jussila 2016.)

Mahdollisia ongelmatilanteita ovat muistisairaahan potilaan sekavuus ja ahdistuneisuus toimenpiteen aikana, aggressiivisuus ja toimenpiteestä kieltäytyminen. Sekavuutta ja ahdistuneisuutta pyritään ennaltaehkäisemään lääkkeettömästi ja hoitamaan vuorovaikutuksellisin keinoin, kuten rauhoittamalla potilasta ja olemalla tilanteessa aktiivisesti läsnä. Mikäli vuorovaikutukselliset ja lääkkeettömät keinot osoittautuvat riittämättömiksi, kannattaa edellä mainittuja oireita lääkittää herkästi rauhoittavilla lääkkeillä. Mahdollisissa aggressiotilanteissa tulee huomioida hoitohenkilökunnan työturvallisuus. Tilanteisiin ei saa mennä tai jäädä yksin ja tarvittaessa voi pyytää miespuolisen hoitajan tai lääkärin paikalle. Mikäli aggressiivinen käyttäytyminen tapahtuu leikkaustilanteessa, kannattaa paikalle pyytää potilasta hoitava anestesia lääkäri. Aggressiivisuutta voidaan leikkaussalissa lääkittää reilusti, mikäli muut keinot eivät osoittaudu toimiviksi. Perusteina lääkitsemiselle ovat henkilökunnan työturvallisuus ja toimenpiteen sujuminen potilaalle turvallisesti. (Jussila 2016.)

Potilaan kieltäytyessä toimenpiteestä leikkaussalissa pyritään potilaalle perustelemaan leikkauksen hyötyjä ja tarpeellisuutta, sanomalla esimerkiksi ”lonkkanne on murtunut, ette voi liikkua murtuneella jalalla ja siksi jalka on korjattava leikkauksella”. Mikäli potilaan vakuuttelu ei onnistu, voidaan mahdollisuuksien mukaan pyytää omaisen paikalle selittelemään tilannetta, tai konsultoida anestesia lääkäriä ja kirurgia. Jos toimenpiteestä kieltäytyminen tapahtuu jo osastolla, on mahdollista konsultoida geriatria ja pyytää häntä keskustelemaan potilaan kanssa. (Jussila 2016.)

3.6.1 Henkilökunnan rooli

Muistisairaahan potilaan laadukas hoito vaatii paljon tietoa ja ymmärrystä muistisairauksista. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan kykyä ja halua itsetutkiskeluun ja heidän on tunnistettava omat lähtökohtansa, asenteensa ja arvonsa sekä pohdittava kysymyksiä, kuten ”miten minä suhtaudun muistisairaisiin?”. Hoitohenkilökunnan on myös kyettävä kriittisesti tarkastelemaan omia työskentelytapojaan. Työyhteisön tulisi käydä keskenään keskustelua hoitotyön filosofiasta ja työn arvoperustasta laadukkaan hoidon varmistamiseksi.

miseksi. Keskustelua tulisi käydä myös omaisten kohtaamisen ja huomioon ottamisen osalta. (Lauri 2001, 11-15; Jussila 2016.)

Henkilökunnan kannattaa hoitotyön suunnittelussa pyrkiä siihen, että sama hoitaja hoitaisi muistisairasta potilasta mahdollisimman paljon ja mahdollisimman monessa hoitotyön vaiheessa. Henkilökunnan tulee esittäytyä muistisairaalle, mieluiten kättelemällä, sillä muistisairas potilas kokee kättelyn ja kohteliaan esittäytymisen yleensä positiivisena ja miellyttävänä. Potilaalle on tarpeen tullen hyvä esitellä konkreettisesti myös käytössä olevaa tilaa ja välineistöä. (Jussila 2016.) Esimerkiksi ”laitetaan teille tällaiset sydämen toimintaa mittaavat tarrat” (EKG-elektrodit). Muistisairas potilas tulisi pyrkiä sijoittamaan rauhalliseen tilaan, jossa häiriötekijöitä on mahdollisimman vähän, koska levoton ympäristö saa muistisairaahan herkästi ahdistumaan. (Jussila 2016).

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakouluissa käytössä oleva opinnäytetyön toteutusmuoto, joka on vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Terminä toiminnallinen opinnäytetyö pitää sisällään paitsi varsinaisen käytännön toiminnan ja tapahtumien järjestämisen, myös erilaisten tuotosten, kuten ohjelehtien ja oppaiden tuottamisen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää käytännön toteutukseen kirjallinen raportointi tutkimusviestinnällisin keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä korostuu opinnäytetyön kohderyhmä ja sen rajausta, sillä opinnäytetyön tuotos tehdään aina jonkun yksilön, yhteisön tai ryhmän käytettäväksi ja näin ollen sen tulisikin palvella käytäntöä mahdollisimman hyvin. Tuotosta laatiessa on myös tärkeää pitää mielessä ratkaistavana oleva ongelma ja ohjata tuotoksen toteutusta ongelman ratkaisemisen suuntaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 39.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli sairaanhoitajille suunnattu ohjelehti muistisairaana potilaan kohtaamisesta leikkausosastolla tapahtuvassa hoitotyössä. Tuotoksemme kohderyhmän koostuessa sairaanhoitajista, pyrimme rajaamaan tuotoksen sisällöltään mahdollisimman hyvin juuri hoitotyön ammattilaisia palvelevaksi.

Opinnäytetyömme teoriapohjan ja tuotoksena olevan ohjelehtisen laadinnan tueksi haastattelimme geriatrian erikoislääkärinä ylilääkäri Mauri Jussilaa. Haastattelulla pyrimme kartoittamaan erityisesti perioperatiiviseen hoitotyöhön liittyviä muistisairaana kohtamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteitä. Toteutimme haastattelun haastattelulomakkeella, johon laadimme kysymykset valmiiksi ennen haastattelun toteuttamista. Pyrimme luomaan kysymykset mahdollisimman paljon opinnäytetyömme aihetta vastaaviksi, jotta saisimme haastattelulla vastauksia meitä askarruttaneisiin kysymyksiin, joihin emme kirjallisuuslähteistä löytäneet riittävän hyvää tietoa. Haastattelukysymykset pyrimme pitämään sen verran avoimina, että pystyimme haastattelussa esittämään täydentäviä kysymyksiä saatuihin vastauksiin. (Liite 1.)

4.1 Millainen on hyvä ja toimiva ohjelehti

Ohjelehteä tehdessä tulee pohtia ohjelehteä, sen kieliasua, asiasisältöä ja ulkoasua monipuolisesti. Ohjelehden sisältöön vaikuttaa myös kohderyhmä, jolle ohjelehti on tulossa käyttöön. Kohderyhmällä on vaikutusta muun muassa lukijan puhutteluun ja kieliasuun. (Hyvärinen 2005.) Tämän opinnäytetyön tuotoksen kohderyhmänä ovat leikkausosaston sairaanhoitajat.

Tekstin aloitustapaa tulee miettiä, jotta ohjeen lukijalle selviää välittömästi, mistä ohjeessa on kysymys. Tärkein pohdinnanalainen tekijä on ohjeen sisältö, mikä tieto on olennaista ja miten asiat esitetään loogisessa järjestyksessä. Järjestys voi olla joko kronologinen tai tärkeysjärjestyksen mukainen. (Hyvärinen 2005.) Päädyimme käyttämään omassa tuotoksessamme kronologista järjestystä, koska koimme että se sopii perioperatiivisen hoitotyön luonteeseen parhaiten. Hyvärisen (2005) mukaan ulkoasu on onnistuneessa ohjelehdessä asianmukainen, virkkeiden rakenne on selkeä ja oikeinkirjoitus on viimeistelty huolellisesti. Hyvä ohje houkuttelee lukemaan ja se on helposti sekä silmäiltävissä, että luettavissa. Mikäli ohjelehdessä halutaan korostaa tärkeimpiä asioita, tulee korostusten tapaa miettiä. (Hyvärinen 2005.)

4.2 Opinnäytetyön prosessi

Keväällä 2015 saimme Tampereen kaupungilta aiheen ”Muistisairas potilas leikkausosastolla”. Koimme aiheen hyvin mielenkiintoiseksi ja asiaa selvittäessämme huomasimme, että aihe kaipaa erityistä huomiota ja sitä on tarpeen kehittää. Pidimme työelämäyhteys henkilöiden kanssa palaverin, jossa aihetta rajattiin ja tarkennettiin, sekä määriteltiin opinnäytetyön toteutustavaksi toiminnallinen opinnäytetyö, jonka pohjalta tehtäisiin tuotos (ohjelehti).

Käytimme opinnäytetyön suunnitteluun paljon aikaa, mikä edesauttoi varsinaisen opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamista suuresti. Aihe osoittautui kuitenkin hyvin laajaksi ja koimme tarpeelliseksi rajata aihetta vielä tarkemmin yhteistyössä työelämäyhteys henkilöiden kanssa. Pidimme syyskuussa Hatanpään sairaalalla toisen palaverin, jossa rajasimme työstämme pois lääkehoitoon liittyvät asiat ja hoitotyön ympäristöksi leikkausosaston. Työelämän toiveena oli saada opinnäytetyön avulla henkilökunnalle lisää

tietoa muistisairauksista ja teimme yhdessä päätöksen keskittyä työssä vuorovaikutukseen, sillä tämä näkökulma oli mielestämme kaikkein olennaisin asia, jota voisi hoitotyön opinnäytetyöllä kehittää. Työelämän toiveesta ydinasiat muistisairauksien keskeisimmistä piirteistä tiivistettiin myös helppolukuisen taulukon muotoon (Liite 3). Palaverissa saimme myös ylilääkäri Mauri Jussilan yhteystiedot mahdollista asiantuntijahaastattelua varten, jonka toteutimme haastattelulomakkeen avulla.

Opinnäytetyötä tehtiin tiiviissä yhteistyössä työelämäyhteyden kanssa ja työtä lähetettiin useaan otteeseen yhteyshenkilöille luettavaksi ja tarkastettavaksi. Valmis opinnäytetyö esitettiin Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarin lisäksi myös Hatanpään sairaalan omassa opinnäytetyöseminaarissa ja leikkausosaston osastotunnilla.

Maaliskuu 2015	Aiheen valinta Työelämäpalaveri Työn ideointi ja suunnitelman aloitus
Huhtikuu 2015	Suunnitelman kirjoittaminen
Toukokuu 2015	Suunnitelmaseminaari Suunnitelman hiominen
Kesäkuu 2015	Tutkimusluvan hakeminen
Syyskuu-lokakuu 2015	Työn aiheen, sisällön ja tuotoksen tarkentaminen työelämäyhteyden kanssa Tiedonhaku Työn suunnittelu ja jäsentäminen
Marraskuu 2015-tammikuu 2016	Teoriaosuuden kirjoittaminen Tiedonhakua Käsikirjoitusseminaari Asiantuntijahaastattelu (M. Jussila)
Helmikuu-maaliskuu 2016	Teoriaosuuden viimeistely Tuotoksen tekeminen Valmiin työn palautus
Toukokuu 2016	Esitysseminaarit (TAMK ja Hatanpään sairaalan oma opinnäytetyöseminaari, leikkausosaston osastotunti)

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön prosessi.

4.2.1 Opinnäytetyön tuotos: ohjelehti henkilökunnalle

Ohjelehden (liite 4) tavoitteena oli antaa henkilökunnalle työkaluja vuorovaikutukseen muistisairaana potilaan kanssa ja tarjota toimintakeinoja mahdollisiin leikkaushoitotyössä ilmeneviin ongelmatilanteisiin. Ohjelehti huomioi myös leikkaussaliympäristön vaikutuksen muistisairaana potilaan hoitoon. Ohjelehti jaettiin kolmeen pääteemaan, ympäristöön, vuorovaikutukseen ja mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Jokaisessa osiossa on ranskalaisin viivoin ohjeita kyseiseen osioon liittyen. Ohjeet on kirjoitettu kehottavaan muotoon yksikön toisessa persoonassa, esimerkiksi vuorovaikutus-teemassa: ”Puhu selkeästi ja hitaasti, pidä äänensävy rauhallisena.”

Ohjelehti pyrittiin pitämään yksinkertaisena ja selkeänä, mutta samalla mahdollisimman informatiivisena. Ohjelehden otsikko sijoitettiin yläreunaan muuta tekstiä selkeästi isommalla fonttikoolla, jotta otsikko ja ohjelehden aihe tulisivat selkeästi esille sitä katsottaessa. Ulkoasun selkeyttämiseksi pääteemat jaettiin omiin laatikkoihin teemojen otsikoiden alle. Näin tarvittava tieto on nopeasti luettavissa ohjelehteä katsottaessa. Lauserakenteet valittiin sellaisiksi, että tarvittava tieto välittyisi lukijalle tehokkaasti ja yksiselitteisesti. Ohjelehti toteutettiin laminoidulle A4-kokoiselle paperille vaakatasoon, jolloin kaikki informaatio on helposti löydettävissä. Koimme, että leikkaussaliympäristössä käytettävän ohjelehden olisi käytettävyyden kannalta hyvä olla yksisivuinen, koska ajoittain nopeatempoisessa leikkaushoitotyössä monisivuisten ja liian yksityiskohtaisten ohjeiden seuraaminen voi olla vaikeaa. Ohjelehden kirjasintyyppi ja -koko valittiin sellaisiksi, että se olisi informatiivisuuden lisäksi myös miellyttävän näköinen, ja myös värien valinta tehtiin tätä silmällä pitäen. Ohjelehti tehtiin Microsoft Publisher –ohjelmalla ja se toimitettiin työelämälle pdf-tiedostomuodossa.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ohjelehti Hatanpään sairaalan leikkausosastolle. Ohjelehden tarkoituksena oli helpottaa muistisairaahan potilaan kohtaamista leikkaussaliympäristössä ja siten edistää muistisairaahan potilaan hoitoa. Lähetimme ohjelehden Hatanpään sairaalan leikkausosaston henkilökunnalle heti sen valmistuttua ja saimme siitä myönteistä palautetta. Ohjelehden hyödyllisyys käytännössä tulee kuitenkin ilmi vasta myöhemmin, kun hoitohenkilökunta ottaa ohjelehden käyttöön.

Mielestämme onnistuimme työssämme määrittelemään yleisimmät muistisairaudet melko kattavasti työelämäyhteyden tarpeisiin nähden. Muistisairaahan potilaan perioperatiivisesta hoidosta on saatavilla vain vähän tietoa ja työmme kannalta asiantuntijahaastattelu olikin merkittävä tietolähde, jota käytimme hyödyksi erityisesti siinä, mitä asioita poimimme valmiiseen ohjelehteen. Perehdyimme tuotosta laatiessamme ensin hyvän ohjelehden ominaisuuksiin potilasohjeiden kautta. Henkilökunnalle suunnatuista ohjelehdistä ei löytynyt suoraan tietoa, joten sovelsimme Hyvärisen (2005) ”Millainen on hyvä potilasohje?” –artikkelia henkilökunnan ohjelehden teossa.

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Pyrimme opinnäytetyössä käyttämään mahdollisimman tuoreita ja monipuolisia lähteitä. Pieni osa lähteistä oli verraten vanhoja, mutta koimme että näiden lähteiden antamat tiedot olivat sellaisia, etteivät ne olleet oleellisesti muuttuneet ajan saatossa. Perehdyimme myös kansainvälisiin lähteisiin ja vertailimme niitä kotimaisten lähteiden kanssa ja havaitsimme että lähteet korreloivat keskenään hyvin. Asiantuntijahaastattelua varten pyysimme ylilääkäri Jussilalta kirjallisen suostumuksen haastatteluun (Liite 2). Haastattelu toteutettiin haastattelulomakkeella, johon olimme laatineet kysymykset valmiiksi. Opinnäytetyö raportoitiin noudattaen Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeita ja virallista opinnäytetyöpohjaa. Saimme työelämäyhteydeltä luvan mainita Hatanpään sairaalan ja leikkausosaston työssämme. Opinnäytetyössämme ei ollut tarvetta rahoitukselle ja työstä aiheutuneista kuluista vastasimme itse.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Ikääntyneen potilaan perioperatiivisesta hoidosta on olemassa tutkimustietoa, mutta varsinaisesti muistisairaana potilaan näkökulmasta tutkimustietoa on hyvin vähän. Työmme taustalla oli työelämän tarve kehittää muistisairaana potilaan perioperatiivista hoitoa ja aiheen laajuuden vuoksi keskityimme työssä muistisairaana potilaan kohtaamiseen. Rajasimme työn ulkopuolelle muun muassa muistisairaana potilaan perioperatiivisen lääkehoidon erityispiirteet, mikä olisi mielestämme hyvä jatkotutkimusaihe. Muistisairaana potilaan perioperatiivisesta lääkehoidosta voitaisiin esimerkiksi opinnäytetyönä tuottaa muistilista leikkauksen aikana vältettävistä lääkkeistä, kun halutaan ehkäistä leikkauksen jälkeistä deliriumia, eli sekavuutta, tai välttää mahdollisia lääkeaineiden haitallisia interaktioita, eli yhteisvaikutuksia.

Opinnäytetyömme tuotosta, eli ohjelehteä voisi jatkossa kehittää esimerkiksi uuden henkilökunnan perehdytyksen tueksi. Muistisairaana potilaan kohtaaminen voisi olla hyödyllinen uudelle henkilökunnalle perehdytettävä asia sellaisilla leikkausosastoilla, joilla hoidetaan paljon iäkkäitä potilaita. Väestön ikääntyminen ja kirurgian kehittyminen voi tulevaisuudessa johtaa siihen, että entistä vanhempia potilaita leikataan, jolloin myös muistisairaudet ovat leikkauspotilaalla todennäköisempiä. Näin ollen työmme aihe tulee luultavasti olemaan hyvin ajankohtainen myös tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Adams, T. 2008. Communication between people with dementia, family members and nurses. Teoksessa: Adams, T. (toim.) 2008. Dementia care nursing – promoting well-being in people with dementia and their families. New York: Palgrave MacMillan publishing.

Alzheimer's Association. 2015. What we know today about Alzheimer's disease? Luettu 26.11.2015. http://www.alz.org/research/science/alzheimers_brain_tour.asp

AlzPoint. 2013. Alzheimerin taudin hoito. Alzheimerin taudin tutkimus-, koulutus- ja innovaatioverkosto. Luettu 20.3.2016. <http://www.alzpoint.fi/index.php/fi/alzheimerintauti/hoito>

Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 21.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Draper, B. 2013. Understanding Alzheimer's Disease And Other Dementias. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 142-158.

Erkinjuntti, T., Suhonen, J., Hallikainen, M. & Pirttilä, T. 2010. Alzheimerin taudin diagnostiset kriteerit vuodelta 2007. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01590&suositusid=hoi50044>. Luettu 12.1.2016.

Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin taudin nyky lääkehoito ja lääkekehityksen haasteet. Sic! Lääketietoa Fimeasta 1/2014, 14-18.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? Aikakauskirja Duodecim 121 (16), 1169-1173.

Härmä, H. & Juva, K. 2013. Lewyn kappale – tauti. Muistiliitto Ry. Luettu 27.11.2015. http://www.muistiliitto.fi/files/4313/9055/4032/Sairausesite_Lewyn_kappale_-_tauti_145x210_Web_sivuittain.pdf

Jussila, M. geriatrian poliklinikan ylilääkäri. 2016. Haastattelu 25.1.2016. Haastattelijat Pöyry, M. & Rantanen, S. Tampere.

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 10.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699.

Kalliomaa, S. 2012. Muistisairaana tukeminen – ohjeita läheisille. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lauri, L. 2001. Ajatuksia laadukkaasta hoitotyöstä. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2001. Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 11-15.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2014. Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas. Helsinki: Muistiliitto Ry. Luettu 1.2.2016
<http://pirkanmaanmuistiyhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/94c01b664d87987903354262a152a714/1455014559/application/pdf/207082/MUISTILIITTO-Oikeusopas-210x145-3-paivitys-2014-HR-korjattu.pdf>

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 121-141.

Pirttilä, T. & Suhonen, J. 2010. Muistisairauden diagnosiikka, oireiden arviointi ja sairauden seuranta. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00509.

Pohjavirta, H. (toim.) 2012. Onko tänään eilen? TunteVa -opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys Ry.

Rinne, J. 2010A. Lewyn kappale –dementian kliinisen diagnoosin kriteerit vuodelta 2005. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 29.11.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01599>

Rinne, J. 2010B. Lewyn kappale –tauti. . Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 159-164.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. 2010. Muistisairaudet. Käypä hoito –suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 12. ja 31.5.2015, 10.12.2015. www.kaypahoito.fi

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. 2010. Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale –tauti. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 29.11.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Segura, B. & Jurado M.A. 2011. Vascular risk factors, brain changes and cognition: The role of metabolic syndrome. Teoksessa Jacobsen, S.R. (toim.) 2011. Vascular Dementia: Risk Factors, Diagnosis, And Treatment. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers Inc.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020, tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10.

Sulkava, R. 2010A. Alzheimerin tauti. Teoksessa Tilvis, R. Pitkälä, K. Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sulkava, R. 2010B. Aivoverisuonisairaudet muistisairauden syynä (vaskulaarinen dementia). Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelulomake

Asiantuntijahaastattelu 25.1.2016. Haastateltavana geriatrian poliklinikan ylilääkäri Mauri Jussila


1. Mitä olisi hyvä ottaa huomioon vastaanottaessa potilasta leikkausosastolle? Millaisia asioita kannattaa leikkauksesta kertoa ja millaisia ei? Millä tavalla muistisairaalle olisi hyvä kertoa toimenpiteestä (sanavalinnat yms.)?
2. Miten leikkaustiimin tulisi valmistautua muistisairaahan potilaan hoitoon? (salin valmistelu, ympäristö, tunnelman luominen)
3. Miten hoitaja voi lisätä muistisairaahan potilaan turvallisuuden tunnetta leikkausosastolla (ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikana ja toimenpiteen jälkeen)?
4. Miten hoitohenkilökunnan tulisi toimia ongelmatilanteissa? Esimerkiksi potilas unohtaa olevansa leikkauksessa, muuttuu sekavaksi tai aggressiiviseksi, tai kieltäytyy yllättäen hoidosta.
5. Miten vuorovaikutus potilaan kanssa vaihtelee eri muistisairauksien muotojen välillä?
6. Millaisia vinkkejä voitaisiin antaa potilaan ohjaamiseen käytännössä?

Liite 2. Haastattelulupa

LIITE 2.

Haastattelulupa 25.1.2016

Osallistun vapaaehtoisesti haastatteluun opinnäytetyötä, ”Muistisairaana potilaan kohtaaminen leikkausosastolla: ohjelehti henkilökunnalle”, varten.



ANU VUORI

Liite 3. Taulukko eri muistisairauksien erityispiirteistä

	Alzheimerin tauti	Lewyn kappale – tauti	Vaskulaarinen dementia
Oireet	<p>Kognitiivisen toiminnan häiriöt</p> <p>Alkuvaihe: mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeudet, lähimuistin ongelmat</p> <p>Keskivaihe: dysfaattiset oireet, aloitekyvyn heikentyminen, oireet alkavat häiritä päivittäisiä toimintoja</p> <p>Vaikea: asioiden ja ihmisten nimet unohtuvat, kävelyn ja pukeutumisen vaikeudet</p>	<p>Parkinsonismi: lihaskäykyys, liikkeiden hidastuminen, kävelyvaikeudet</p> <p>Kognitiiviset oireet: muistin heikkous, kielelliset häiriöt, kätevyuden heikkous, hahmotushäiriöt</p> <p>Psykoottiset oireet: harhaluulot, hallusinaatiot</p>	<p>Oirekuvat potilaskohtaisia, oireita esiintyy aivojen vaurion sijainnin mukaan</p> <p>Kortikaalinen VD: vaikeus suunnitella ja suorittaa asioita, puheen ja hahmottamisen häiriöt</p> <p>Subkortaalinen VD: sekavuus, kävelyvaikeudet, yleinen masentuneisuus ja alavireisyys, yöllinen sekavuus, sairautentunto</p> <p>Kognitiivisesti kriittisten alueiden VD: sekavuus, tajunnantason vaihtelut, aloitekyvyttömyys, apaattisuus ja silmien liikkeiden häiriöt</p>
Diagnosointi	<p>CERAD-muistitutkimus</p> <p>Magneettikuvaus</p> <p>PET-kuvaus</p> <p>Likvornäyte</p> <p>Aivobiopsia</p>	<p>Voimakas kognitiivinen heikentyminen, lisäksi visuaalisia aistiharjoja, tai parkinsonismin piirteitä, herkkyys neuroleptilääkitykselle</p>	<p>Taudinkuva oireineen ja löydöksineen tyypillinen, aivojen tietokone ja magneettitutkimukset varmistavat, nähtävissä merkkejä aiemmista aivoverenkiertohäiriöistä</p>
Hoito	<p>AKE-estäjät (donepetsiili, rivastigmiini, galantamiini) ja memantiini. Ei parantavaa eikä ehkäisevää hoitoa. Lääkkeet eivät vaikuta muistiin.</p> <p>Erilaiset lääkkeettömät hoitokeinot.</p>	<p>Ei parantavaa hoitoa, joitakin oireita voidaan helpottaa. Yleisen terveydentilan ylläpitäminen, pitkäaikaissairauksien hyvä tasapaino, puutostilojen ehkäisy ja hoito. Muistisairauslääkkeet, mikäli esiintyy samanaikaisesta Alzheimer, Parkinsonin taudin lääkkeitä, psykoosilääkkeet oireiden mukaisesti.</p>	<p>Verisuonisairauksien riskitekijöiden ennaltaehkäisy ja hoito. Hyvä hoitotasapaino rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, sydänsairauksiin, verenpainetautiin ja diabetekseen. Tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin kohtuukäyttö. Usein käytetään veren hyytymiseen vaikuttavaa lääkitystä.</p>

Liite 4. Ohjelehti henkilökunnalle

Tuotosta ei julkaista Theseus –julkaisuarkistossa.