OPINNÄYTETYÖ - **AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO**
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

SAVONIA

MUISTISAIRAAN POTILAAN KÄYTÖSOIREET JA LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT

SÄHKÖINEN OHJEISTUS VETREA TERVEYS OY:N, OTSOLAN YKSIKÖN HOITOHENKILÖKUNNALLE

TEKIJÄT: Maria Saarimäki
Reetta Polvinen

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Tiivistelmä

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Maria Saarimäki, Reetta Polvinen	
Työn nimi Muistisairaan potilaan käytösoireet ja lääkkeettömät hoitokeinot	
Päiväys 5.11.2015	Sivumäärä/Liitteet 29/38
Ohjaaja(t) Pirjo Kinnunen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Vetrea terveys Oy, Otsola	

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja laatia sähköinen ohjeistus muistisairaan potilaan käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyömme avulla vastaamme kysymyksiin millaisia ovat muistisairaan potilaan käytösoireet ja kuinka niitä voidaan hoitaa lääkkeettömin menetelmin. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta muistisairaiden käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista.

Sähköinen ohjeistus laadittiin Vetre Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnan käyttöön. Otsolan asukkaista suurin osa on muistisairaita ja usealla heistä esiintyy käytösoireita, jonka vuoksi hoitohenkilökunta tarvitsee lisää tietoa muistisairaan potilaan käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsiteltiin yleisimpiä muistisairauksia, niihin liittyviä käytösoireita sekä lääkkeettömiä hoitokeinoja. Muistisairauksiin liittyy usein käytösoireita, jotka ovat yleensä merkkejä potilaan kokemasta hädästä. Käytösoireilla tarkoitetaan sekä mielensisällöstä kertovia psykologisia oireita sekä käyttäytymisessä havaittavia muutoksia. Ongelmana on, että käytösoireiden hoidossa turvaudutaan usein lääkkeisiin, esimerkiksi liialliseen rauhoittavaan lääkitykseen, mikä taas heikentää muistisairaan toimintakykyä ja kokonaisennustetta.

Tavallisimpia käytösoireita muistisairailla ovat levottomuus, masennus, ahdistuneisuus ja apatia, harhaluulot ja aistiharhat. Käytösoireiden ilmaantuminen heikentää merkittävästi paitsi muistisairaan itsensä, myös hänen läheistensä elämänlaatua. Lääkkeettömään hoitoon kuuluu jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen hoitoympäristön ja -yhteisön avulla. Käytösoireiden esiintyvyyttä on mahdollista ehkäistä lääketieteellisen hoidon lisäksi hyvän perushoidon, toiminnallisuuden tukemisen, liikkumisen, turvallisten ja arvostavien ihmissuhteiden sekä elinympäristön avulla.

Avainsanat
käytösoireet, lääkkeetön hoito, muistisairas, dementia, potilas

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Maria Saarimäki, Reetta Polvinen			
Title of Thesis Behavioural disorders of a patient suffering from dementing illness and non-medicine treatment methods used			
Date	5.11.2015	Pages/Appendices	29/38
Supervisor(s) Pirjo Kinnunen			
Client Organisation /Partners Vetrea Terveys Oy, Otsola			

Abstract

The aim of this thesis was to plan and create electrical instructions for the personnel of Vetrea Terveys Oy at Otsola unit about the behavioural disorders of a patient suffering from dementing illness and non-medicine treatment methods used. With this thesis we are able to answer the following questions; what kind of behavioral disorders do patients with dementing illnesses have and how can they be treated without using medicines. The aim is to increase knowledge among Otsola´s personnel about non-medicine treatment methods in the care of patients with dementing illnesses and behavioral disorders.

The electrical instructions were created for the use of Otsola personnel. Most of the residents in Otsola are elderly people with some dementing illness, for example Alzheimer´s disease, Lewy syndrome or vascular dementia and many of them are suffering from behavioral disorders such as agitation, restlessness or aggressiveness. This is why personnel at Otsola needs more trustworthy information about the methods how to nurse these elderly people.

The theoretical section of the thesis was focused on the most common dementing illnesses, behavioural disorders and non-medicine treatment methods. Behavioral symptoms often occur with dementing illnesses and they are usually signs of patient´s distress. Behavioral disorders can be psychological disorders that tell us about patient´s state of mind or changes in one's behavior. The problem is that usually the treatment for behavioral disorders includes medicines, for example tranquilizers that weaken patient´s performance and overall prognosis.

The appearance of behavioral disorders weakens significally not just patients, but also the quality of life of-his/hers loved ones. Non-medicine treatment methods includes supporting the performance of a patient with the help of good nursing environment and community. The incidence of disorders can be preempted not only with pharmacological methods but also with good nursing, exercising, safe and appreciative relationships and with good living environment.

Keywords
behavioural disorders, non-medicine treatment, progressive memory loss, dementia, patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 5

2 MUISTISAIRAAN POTILAAN KÄYTÖSOIREET JA YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET 7

2.1 Muistisairaan potilaan käytösoireet, niiden synty ja ehkäisy 7

2.2 Yleisimmät muistisairaudet 8

3 KÄYTÖSOIREIDEN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT 11

3.1 Aggressiivisen potilaan hoitokeinot 12

3.2 Levottoman ja vaeltelevan potilaan hoitokeinot 12

3.3 Ahdistuneen potilaan hoitokeinot 13

3.4 Hyvän hoitoympäristön merkitys ja elämän merkityksellisyyden tukeminen hoitokeinona 14

3.5 Toiminta- ja terapiamuodot käytöshäiriöiden hoitokeinoina 15

4 KEHITTÄMISTYÖ 17

4.1 Kehittämistyön vaiheet 17

4.2 Kehittämistyön suunnittelu 17

4.3 Sähköisen ohjeistuksen suunnittelu ja toteutus 18

4.4 Kehittämistyön arviointi ja päättäminen 19

5 POHDINTA 20

5.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus 20

5.2 Sähköisen ohjeistuksen arviointi 21

5.3 Kehittämistyöprosessi ja ammatillisen kehittymisen arviointi 21

5.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat 23

LÄHTEET 24

LIITTEET 29

LIITE 1 Lupa kehittämistyön tekemiseen 29

LIITE 2 Muistisairaan potilaan käytöshäiriöt ja lääkkeettömät hoitokeinot- sähköinen ohjeistus Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnalle 30

1 JOHDANTO

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka elimellisestä syystä, tavallisimmin aivoja vaurioittavasta vammasta tai sairaudesta johtuen heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten toiminnanohjausta, kielellisiä toimintoja ja näönvaraista hahmottamista. Etenevät muistisairaudet johtavat usein muistin sekä tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82; Terveyskirjasto 2010.)

Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy sitä mukaa, kun väestö ikääntyy ja siksi on kiinnitettävä huomiota sairauden ennaltaehkäisyyn, hyvään hoitoon ja kuntoutukseen. Muistisairauksia tutkitaan ympäri maailmaa, mutta parantavaa tai sairauden kulkua pysäyttävää lääkettä ei ole vielä keksitty. Tutkimuksilla pyritään muistisairauksien parempaan ymmärrykseen ja tätä kautta varhaisempaan diagnosointiin. Suomessa on tällä hetkellä arviolta 130 000 muistisairaudesta kärsivää potilasta, joista noin 85 000:lla sairaus on keskivaikeassa vaiheessa. Noin 60 – 90 %:lla sairastuneista käytösoireita esiintyy sairauden vaikeassa vaiheessa. Vuosittain sairastuu noin 13 000 henkilöä, eli noin 36 henkilöä päivittäin. Työikäisiä muistisairaista on 7000 – 10 000. (Muistiliitto 2015.) Muistisairauksien lisääntyminen kasvattaa sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Yhden muistisairaan epäsuorat ja suorat kustannukset olivat vuonna 2008 Pohjois-Euroopassa noin 36 000 euroa vuodessa. (Mackenzie, Pakrasi & Fossey 2008, 228; Sulkava 2010, 136; THL 2014.)

Muistisairauksiin liittyy usein käytösoireita, jotka ovat yleensä merkkejä potilaan kokemasta hädästä. Käytösoireilla tarkoitetaan sekä mielensisällöstä kertovia psykologisia oireita sekä käyttäytymisessä havaittavia muutoksia. Psykologiset oireet ilmenevät esimerkiksi ahdistuneisuutena tai masennuksena ja käyttäytymisen oireet muun muassa aggressiivisena käyttäytymisenä, levottomuutena, toisto-oireina, estottomuutena tai huuteluna. Käytösoireet ja niiden hoito tuovat potilaan hoitoon paljon haasteita niin omaisille kuin hoitajillekin koti- ja laitoshoidossa. Suurin syy muistisairaiden kotihoidon päättymiseen on nimenomaan potilaan käytösoireet. Käytösoireet aiheuttavat muistisairaalle itselleen kärsimystä ja uuvuttavat myös omaishoitajan. Laitoshoidossa käytösoireista voi aiheutua haittaa myös muille asukkaille sairastuneen jatkuvan vaeltelun ja huutelun takia. Ongelmana on, että käytösoireiden hoidossa turvaudutaan usein lääkkeisiin, esimerkiksi liialliseen rauhoittavaan lääkitykseen, mikä taas heikentää muistisairaan toimintakykyä ja kokonaisennustetta. (Kan & Pohjola 2012, 219.)

Sairaanhoitaja kohtaa työssään useita haastavia asiakasryhmiä, joista yksi on muistisairaat käytösoireista kärsivät ikääntyneet. Sairaanhoitajan keskeinen tehtävä on väestön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, potilaan kärsimyksen lievittäminen ja sairauksien ehkäiseminen. Sairaanhoitajan työssä on tärkeää tukea potilasta ja hänen omaisiaan, sekä auttaa parantamaan heidän elämänlaatuaan. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Perustuslain (Perustuslaki 731/1999/6 §) mukaan muistisairaiden heikkenevä terveydentila tai toimintakyky ei ole este perusoikeuksien, kuten yhdenvertaisuuden ja päätöksenteon toteutumiselle. Muistisairaalla on oikeus saada riittävästi tietoa, ohjausta ja neuvontaa oikeus- ja sosiaaliturvan moninaisissa kysymyksissä. Ohjauksen on oltava ennaltaehkäisevää, systemaattista sekä yksilöllistä ja saatavilla läpi

sairausprosessin. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on neuvonta- ja ohjausvelvollisuus joka korostuu erityisesti silloin, kun asiakkaana on potilas, jolla on kognitiivisiin toimintoihin vaikuttava etenevä muistisairaus. Sekä sosiaalihuollon asiakaslaissa (812/2000) että potilaslaissa (785/1992) säädetään asiakkaan oikeudesta saada ja vastaanottaa tietoa. Terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden on annettava potilaalle selvitys tämän terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista ja muista potilaan hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Lisäksi potilaslain mukaan selvitykset potilaalle annetaan siten, että hän riittävissä määrin ymmärtää niiden sisällön ja merkityksen. (Nikumaa 2011, 20 – 21.)

Yksi tärkeimmistä perus- ja ihmisoikeuksiin kuuluvista periaatteista on itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeus määritellään jokaisen toimintakykyisen ihmisen yhdenvertaiseksi oikeudeksi päättää itseään koskevissa asioista. Ihminen on itse määräävä, kun hän kykenee itse määrittelemään, ymmärtämään ja arvoimaan eri asioiden seurauksia ja päättämään niistä itse. Aina ihminen ei itse tähän kykene täydellisesti, vaan esimerkiksi toimintakykyä alentavissa dementoivissa sairauksissa kyky itsenäiseen päätöksentekoon heikkenee. Dementoituneen ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa koko sairauden ajan ja potilasta tulee hoitaa mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Mäki-Petäjä-Leinonen, 2004.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja laatia sähköinen ohjeistus muistisairaan potilaan käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyömme avulla vastaamme kysymyksiin millaisia ovat muistisairaan potilaan käytösoireet ja kuinka niitä voidaan hoitaa lääkkeettömin menetelmin. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta muistisairaiden käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista. Valitsimme aiheen sen ajankohtaisuuden sekä kiinnostavuuden vuoksi. Yhteistyökumppaninamme toimii Kuopion Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikkö. Yhteistyössä heidän kanssaan tuotamme aiheesta sähköisen ohjeistuksen hoitohenkilökunnan käyttöön. Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikkö on ympärivuorokautista palveluasumista tarjoava hoivakoti, jossa tarjotaan hoivapalveluja, kuntoutusta, tutkimusta sekä lääkärin ja terapeutin palveluja. Otsolassa ikäihmisen tarpeet huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja hoidon tarpeeseen vastataan kuntouttavaa ja asiakaslähtöistä hoitotyötä toteuttaen.

2 MUISTISAIRAAN POTILAAN KÄYTÖSOIREET JA YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET

Iän myötä eriasteiset muistioireet lisääntyvät. Lievemmissä tapauksissa kyseessä voi olla ohimenevä erilaisiin sairauksiin tai muihin tekijöihin liittyvä ongelma. Vakavammissa tapauksissa kyse on etenevistä muistisarauksista, jotka voivat johtua aivoja rappauttavista sairauksista. Näistä yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti ja aivojen verenkierronhäiriöistä johtuva vaskulaarinen dementia. (Käypä hoito 2010a; Suutama 2013, 218; Muistiliitto 2015.)

2.1 Muistisairaan potilaan käytösoireet, niiden synty ja ehkäisy

Muistisairauksiin liittyy erilaisia psykologisia käytösoireita sekä käyttäytymisen oireita. Käytösoireet ovat muistisairaan käyttäytymisen erilaisia piirteitä, joita voidaan havainnoida. Psykologiset oireet kertovat dementoituneen mielensisällöstä ja nämä oireet tulevat tavallisimmin esiin potilaan ja läheisen kanssa keskustellessa. Suomenkielessä käytösoireilla tarkoitetaan molempia edellä mainittuja. Käytösoireet ovat yksi suurimmista syistä muistisairaan potilaan laitostumiseen ja omaisten väsymiseen. Oireet aiheuttavat kärsimystä myös itse muistisairaalle henkilölle. Käytösoireiden ennalta arvaamattomuus ja niiden nopea vaihtelu aiheuttavat omaisille ja hoitohenkilökunnalle haasteita potilaan hoidossa. (Sulkava 2010, 133; Gitlin, Kales & Lyketsos 2012.)

Käytösoireiden taustalta löytyy yleensä useita syitä. Aivojen rappeutumiseen liittyvän käyttäytymistä säätelevien hermoratojen vaurioitumisen ja näiden toiminnan kannalta tärkeiden välittäjäaineiden toiminnan muutosten uskotaan aiheuttavan käytösoireita. Tällaisten niin kutsuttujen neuropatologisten sekä neurokemiallisten muutosten lisäksi oireiden syntyyn vaikuttaa psykologiset sekä sosiaaliset tekijät, kuten sairastuneen persoonallisuus ja persoonallisuushäiriöt (esimerkiksi päihdeongelmat ja tunne-elämän epävakaus) sekä ympäristötekijät (ympäristön kireys, kiireisyys ja negatiiviset asenteet). Käytösoireita selittäviä tekijöitä on useita ja niistä tärkeimmät ovat potilaan sairastama dementoiva sairaus, sen vaikeusaste sekä siitä aiheutuvat kognitiiviset muutokset. Alzheimerin taudissa psykologisia oireita esiintyy yleensä taudin alkuvaiheessa (masennus ja ahdistus) ja ongelmat käyttäytymisessä ilmenevät yleisemmin taudin vaikeassa vaiheessa. Vaskulaarisessa dementiassa esiintyy oireita, kuten depressiota, psykoosia ja ahdistuneisuutta. Lewyn kappale-taudissa harhaluulot ja yksityiskohtaiset näköharhat sekä aggressiivisuus ovat tavallisimpia oireita. Lisäksi kaikkien, mihin tahansa muistisairauteen sairastuneen persoonallisuudessa ennen sairastumista esiintyneet piirteet vaikuttavat käytösoireiden syntyyn. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 14; Vataja 2001; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118 – 119.)

Osa käytösoireista, kuten virhetulkinnat, syntyvät muistisairautta aiheuttavan sairauden kognitiivisten ongemien pohjalta. Osaan oireista vaikuttavat puolestaan ympäristön ja yksilön vuorovaikutuksen häiriöt. Huonoimmillaan ympäristö, jossa muistisairas ikääntynyt elää, synnyttää käytösoireita, kuten depressiota tai aggressiivisuutta. Muistisairaan säännöllisellä elämänrytmillä voidaan ehkäistä käytösoireiden syntyvyyttä; uni-valverytmin sekä ruokailuaikojen säännöllisyydellä sekä liikunnan määrällä on suuri merkitys. Elinympäristön tunnelmalla ja kanssaihmisten, esimerkiksi hoitajien asenteilla on suuri merki-

tys käytösoireiden esiintyvyyteen. Hoitajien epäkunnioittava, muistisairasta ymmärtämätön tai pakottava suhtautuminen altistaa käytösoireiden synnylle. Ympäristötekijöistä esimerkiksi melu tai alati vaihtuvat hoitajat lisäävät käytösoireiden määrää. Hoitoympäristön muokkaaminen turvalliseksi ja virikkeiden määrän tehostaminen on osa hyvää muistisairaan hoitoa ja erinomainen keino vähentää käytösoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Hoitohenkilökunnan kommunikointikyky ja sen kehittäminen on myös avainasemassa minimoidessa käytösoireisiin johtavien tilanteiden syntyä. (Sulkava ym. 1999, 14,18; Rayner, O`Brien & Schoenbacher 2006.)

Tavallisimpia käytösoireita muistisairailla ovat levottomuus, masennus, ahdistuneisuus ja apatia, harhaluulot ja aistiharhat. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118,119; Suontaka-Jamalainen 2011, 3). Käytösoireita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa, mutta ne ovat vaikeimmillaan sairauden keskivaikeassa ja vaikessa vaiheessa. Käytösoireiden ilmaantuminen heikentää merkittävästi paitsi muistisairaan itsensä, myös hänen läheistensä elämänlaatua. Sairastuneen oireilu ja omaisten uupumus voivat johtaa turhaan tai liialliseen rauhoittavien lääkkeiden käyttöön, minkä seurauksena muistisairaan ennuste heikkenee entisestään. Yleensä muistisairas itse ja hänen omaisensa pitävät käytösoireita sairauteen kuuluvina ongelmina, joille ei voi tehdä mitään. Omainen voi hävetä sairastuneen läheisensä aggressiivisuutta tai mustasukkaisuutta eikä välttämättä ota muuttunutta käyttäytymistä puheeksi esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Rohkaiseva keskustelu ja edellä mainituista oireista puhuminen auttaa ja tukee omaisia ja on oleellinen osa käytösoireiden hoidon onnistumista. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118,119.)

TAULUKKO 1. Tavallisimmat muistisairauksiin liittyvät käytösoireet (mukaillen Vataja & Koponen 2015 ja Viramo 2015.)

Psykologiset käytösoireet %	Käyttäytymisen oireet %
Apatia 20 – 90 %	Levottomuus (agitaatio) 20 – 75 %
Masennus 20 – 80 %	Uni-valverytmin häiriöt 60 – 70 %
Ahdistuneisuus 20 – 50 %	Seksuaaliset käytösoireet 10 – 15 %
Persoonallisuuden muuttuminen 50 – 90 %	Psykoottiset oireet 5 – 75 %

2.2 Yleisimmät muistisairaudet

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä dementiaa aiheuttava muistisairaus. Eteneviä muistisairauksia sairastavista 70 %:lla on Alzheimerin tauti ja Suomessa sairastuneita on yli 60 000. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 121; Suontaka-Jamalainen 2011, 5.) Alzheimerin taudissa omatoimisuus heikkenee muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisen myötä ja tautiin liittyy käytösoireita, jotka vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. (Erkinjuntti ym. 2010, 121.)

Alzheimerin taudin tyypillisin ensioire on oppimisvaikeus, joka voidaan todeta muistitesteissä jo selvästi ennen kuin se olennaisesti häiritsee selviytymistä arkielämässä. Sairastunut ei esimerkiksi puhuessaan löydä oikeita sanoja vaan käyttää kiertoilmaisuja. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 61; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86). Sairauden alkuvaiheessa potilaalla on vaikeuksia myös vaikeiden lauseiden ymmärtämisessä, erityisesti sellaisten, joissa on mukana huumoria, sarkasmia tai muita epäsuoria ilmauksia. Sairauden edetessä kielelliset ongelmat voivat johtaa täydelliseen puhumattomuuteen. (Lindholm 2011, 14.) Toiminnanohjauksen, kielellisen ilmaisun ja hahmottamisen vaikeudet sekä myöhemmin toimintakyvyn heikkeneminen esiintyvät vaiheittain ja etenevät hitaasti. Konkreettisesti sairaus vaurioittaa aivoissa olevia tiedonsiirtoverkkoja sekä niiden säätelyjärjestelmiä. Taudin tunnusmerkkinä on muun muassa laaja-alainen, mutta valikoiva rappeuma sisemmässä ohimolohkossa, toiselta nimeltään hermosolukato, mistä seuraa aivokudoksen ja hippokampuksen surkastuminen. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 61; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 87.)

Tavallisimpia Alzheimerin tautiin liittyviä käytösoireita ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus sekä apatia, mutta niitä on joskus vaikea tunnistaa potilaan alentuneen kommunikointikyvyn vuoksi. Käytösoireiden hoitaminen on tärkeää, koska ne alentavat merkittävästi potilaan sekä hänen läheistensä elämänlaatua. Alzheimerin tautiin liittyy myös harhaisuutta; aistiharhoja, harhaluuloja sekä varastamisharhoja, jolloin potilas luulee muiden varastavan häneltä. Tosiasiassa potilas on itse hukannut tavaran, jonka luulee olevan varastettu. Tautiin liittyy myös levottomuutta ja persoonallisuudessa tapahtuvia muutoksia. Nämä voivat tarkoittaa sitä ettei potilas esimerkiksi osaa ilmaista itseään kiroilematta tai huutamatta. (Alzheimerinfo 2012; Nissinen 2013, 9 – 10.) Sairastunut voi kärsiä myös seuraavista käytösoireista: aggressiivisuus, motorinen levottomuus, näköharhat ja unihäiriöt. Fyysisinä oireina voi esiintyä laihtumista sekä virtsanpidätyskyvyttömyyttä. (Sulkava ym.1999, 6; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86 – 87.)

Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia on toiseksi yleisin muistisairauden syy ja sitä sairastaa noin 15 % muistisairaista. Vaskulaarinen dementia on aivoverenkiertohäiriön aiheuttama muistisairaus, johon joskus liittyy myös Alzheimerin taudin piirteitä. Vaskulaarinen dementia jaetaan kahteen päätyyppiin vaurioiden sijainnin mukaan. Pienten vuotojen tai verisuonitukosten aiheuttamaa aivojen syvissä osissa esiintyvää niin sanotun valkean aineen tautia esiintyy noin 60 – 70 %:lla potilaista. Tällöin kyseessä on subkortikaalinen vaskulaarinen dementia. Suurten aivoverisuonten tukkeutumisesta johtuvassa kortikaalisessa vaskulaarisessa dementiassa aivojen kuorikerrokseen syntyy hapen puutteen vuoksi kuolioalueita. Jopa yksittäinen aivoinfarkti voi tärkeällä alueella aiheuttaa dementian. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90; Terveyskirjasto 2009; Käypä hoito 2010c; Kan & Pohjola 2012, 199; Terveyskirjasto 2012; Terveyskirjasto 2015c.) Sairauden etenemistapa vaihtelee. Taudinkuva saattaa olla tasaisesti etenevä tai pysyä pitkään muuttumattomana. Vaskulaarinen dementia eroaa Alzheimerin taudista siten, että siinä muistioireet eivät ole yhtä hallitsevia, mutta taudin alkuvaiheessa toiminnanohjaus on selvästi muistia heikentyneenpi. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90; Nissinen 2013, 11 – 12; Terveyskirjasto 2015a.) Vaskulaarisen dementian hallitsevat oireet ovat yleinen hitaus, jähmeys sekä puheen puuroutuminen. Liikkumisen ongelmat, erityisesti kävelyvaikeudet ovat myös yleisiä: askeleista tulee lyhyitä ja töpöttäviä eivätkä jalat nouse entiseen tapaan ja liikkeelle lähteminen on vaikeaa. Myös näköhäiriöt, tasapainohairiöt sekä kaatumiset kuuluvat taudinkuvaan. Lisäksi virtsanpidätyskyky heikkenee ja

virtsaamisentarve tihentyy. Vaskulaariseen dementiaan liittyy myös käytösoireita kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja erityisesti yöllistä sekavuutta sekä unihäiriöitä. (Sulkava ym. 1999, 9; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90; Kan & Pohjola 2012, 199.)

Lewyn kappale-tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus ja se on yleisempi miehillä kuin naisilla. Taudin oireet alkavat yleensä 50 – 80 ikävuoden välillä. Lewyn kappale-tautia on arvioitu esiintyvän Suomessa 5 %:lla yli 75-vuotiaista ja noin 20 %:lla kaikista muistisairaista. Yleisimpänä Lewyn kappale-taudin syynä pidetään hermosolujen sisällä sijaitsevien Lewyn kappaleiden kertymistä aivokuoreen. Lisäksi on todettu tapahtuvan muutoksia aivojen välittäjäaineissa, kuten dopamiinissa ja asetyylikoliinissa. On todettu, että nämä muutokset liittyvät taudissa havaittaviin tiedonkäsittely- ja käytösoireisiin. Lewyn kappale- tautiin liittyy usein näköharhoja sekä harhaluuloja. (Sulkava ym. 1999, 7; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 92 – 93; Käypä hoito 2010b; Terveyskirjasto 2015b.) Lewyn kappale-taudin diagnoosi perustuu potilaan oireisiin ja siihen tarvitaan aina näyttö potilaan kognitiivisen tason heikentymisestä. Tämän lisäksi potilaalla tulee esiintyä vähintään kaksi seuraavista kolmesta oireesta: a) spontaani parkinsonismi eli ekstrapyramidaalioireet, kuten jäykkyys, liikkeiden hitaus, kävelyhäiriö tai karkea lepovapina, b) vireystason ja oireiden nopea vaihtelu ja c) yksityiskohtaiset näköharhat. Lisäksi edellytetään potilaan asianmukaista tutkimista eli perusteellisia muistihäiriöpotilaan tutkimuksia, aivojen kuvantamistutkimuksia sekä verikokeita dementiaa aiheuttavien yleissairauksien poissulkemiseksi. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 93.) Lewyn kappale-taudin tavallisimpia käytösoireita ovat harhaluulot, näköharhat sekä aggressiivisuus. Lisäksi voi ilmetä oireita, kuten puheen tuottamisen vaikeutta, selittämättömiä kaatumisia ja lyhyitä tajuttomuuskohtauksia, kuuloharhoja, harhaluuloja sekä sekavuutta. Oireet lisääntyvät taudin edetessä ja esimerkiksi lauseiden muodostaminen loppuu lähes kokonaan. On muistettava potilaan ymmärryksen säilyvän vaikka puheen tuottaminen hankaloituu. (Sulkava 1999, 11; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 93 – 94; Sulkava 2010, 134; Nissinen 2013, 11.) Sairauden hoidossa kiinnitetään erityistä huomiota sairastuneen liikuntakykyyn ja fyysiseen kuntoon. Kuntoutuksella voidaan muun muassa hidastaa kävelykyvyn menetyksestä johtuvaa laitoshoitoon joutumista. Lewyn kappale-tautia sairastavat ovat erityisen herkkiä lääkkeiden sivuvaikutuksille, joten lääkkeettömien hoitokeinojen suosiminen on hoidon kulmakivi. Lääkkeetön hoito keskittyy liikuntakyvyn ylläpitämiseen, esimerkiksi voimistelun ja säännöllisten kävelylenkkien avulla. Kuntoutus on hyvä aloittaa välittömästi, kun diagnoosi sairaudesta on saatu. Oireiden edetessä myös fysioterapialla on suuri vaikutus laitoshoitoon joutumista ehkäisevänä tai viivästävänä hoitokeinona. (Sulkava ym. 1999, 7.)

3 KÄYTÖSOIREIDEN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan, että muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksen mukaisesti ilman lääkkeitä. Lääkkeettömään hoitoon kuuluu jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen hoitoympäristön ja -yhteisön avulla. Käytösoireiden esiintyvyyttä on mahdollista ehkäistä lääketieteellisen hoidon lisäksi hyvän perushoidon, toiminnallisuuden tukemisen, liikkumisen, turvallisten ja arvostavien ihmissuhteiden sekä elinympäristön avulla. On tärkeää löytää ne keinot, joilla voidaan vaikuttaa käytösoireiden syntyyn. Terveydentilan tutkiminen (esimerkiksi laboratoriokokeet, verenpaineen mittaus, lääkityksen tarkistaminen) on tärkeää. Vajeet aistitoinnoissa altistavat käytösoireille. Kuulon ja näön tutkiminen ja arviointi on aiheellista, sillä sopivien näön ja kuulon apuvälineillä muistisairaan havainto- ja kommunikaatiokykyä voidaan parantaa. Häiriöt esimerkiksi suolen ja virtsarakon toiminnassa aiheuttavat epämukavuutta ja niiden hoito voi oleellisesti helpottaa sairastuneen vointia ja poistaa käytösoireen syyn. Myös oireiden toistuvuus sekä vakavuusaste on arvioitava ennen itse oireeseen puuttumista. Usein hoidettavaa käytösoiretta ei saada täysin poistettua, mutta sen etenemistä voidaan hidastaa tai muuttaa oire siedettävämmälle tasolle. Muistisairauden aiheuttamien kognitiivisten muutosten tunnistaminen ja ymmärtäminen auttaa käsittämään käytösoireisen potilaan puheita ja toimintatapoja. On pyrittävä ymmärtämään muistisairaan sanattomia tai ”väärin” sanottuja viestejä. Muistisairaan puhuessa esimerkiksi kotiin lähtemisestä kyseessä saattaa olla rakkauden, välittämisen, ruoan tai unen kaipuu eli kotiin liittyvät tunteet ja tarpeiden tyydytys. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 123 – 124; Zec & Burkett 2008, 432; Gitlin ym. 2012; Terveyskirjasto 2015a.)

Käytösoireiden hoidossa lääkkeettömät hoidot tulisi olla ensisijaisia. Käytösoireita tulee hoitaa aina kun ne rasittavat potilasta tai hänen omaistaan, heikentävät sairastuneen kykyä huolehtia itsestään, vaarantavat sosiaalista kanssakäymistä tai aiheuttavat vaaratilanteita. Usein kuitenkin joudutaan tyytymään oireiden lieventymiseen tai siihen että hoito tehoaa vain osittain. (Sulkava 2010, 134; Suontaka-Jamalainen 2011,9.)

Käytösoireiden ennaltaehkäisyn ensimmäisenä tavoitteena on omaisten neuvonta ja ohjaus, hoitohenkilökunnan ammattitaito sekä hoidettavan tarpeet huomioiva elinympäristö. Kaikkiin käytösoireisiin ei tarvitse puuttua. Niihin puututaan ainoastaan silloin, kun oireet haitallisesti kuormittavat muistisairasta itseään, omaisia tai muita ihmisiä. Käytösoire voi tarkoittaa muistisairaan heikentynyttä kykyä huolehtia itsestään, ja se voi vaarantaa sosiaalista kanssakäymistä sekä aiheuttaa vaaratilantaita. Tällaisissa tilanteissa tulee käytösoireisiin puuttua. Käytösoireiden hoidon tavoitteena on lyhentää oireiden kestoa, parantaa muistisairaan elämänlaatua sekä keventää sairastuneen, hänen läheistensä sekä hoitohenkilökunnan stressiä. Useimmiten käytösoireita ei voida poistaa kokonaan mutta niitä voidaan lieventää. Käytösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen ja poistaminen vaatii usein hoitajilta pitkäjänteisyyttä sekä tavoitteellisuutta. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 235.) Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia lähestymistapoja vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamisen avulla. (Curtin 2010, 370; Terveyskirjasto 2015a.)

Hoitohenkilökunnan analyysi- ja oivalluskyvyllä sekä sitoutumisella mahdollistetaan potilaan käytösoireen taustalla olevien psykologisten tarpeiden tyydyttyminen. Muistisairas ei kaipaa niinkään hoita-

jaa vaan kanssaihmistä. Sairastunut kohdataan hienotunteisesti ja häntä kohdellaan aikuisena ja normaalina ihmisenä. Muistisairaan ja hoitohenkilökunnan hyvä keskinäinen vuorovaikutus on pohja sairastuneen mielekkäälle elämälle. Vuorovaikutuksella on todettu oleva suuri merkitys käytösoireiden esintyvyyden kannalta, koska kongitiivisten taitojen heikentyessä ohjeiden antamisen määrä lisääntyy. On myös mietittävä kuinka ohjeita annetaan. Vuorovaikutustilanteiden hyvä pohjustus on tärkeää. Muistisairasta olisi tärkeää koskettaa tai sanoa hänen nimensä ääneen ennen kuin alkaa puhua hänelle. Näin muistisairas saadaan orientoitumaan tapahtuvaan. Muistisairaan kanssa keskustellessa on hyvä huomioida seuraavanlaisia asioita: hoitajan on hyvä yksinkertaistaa puhettaan ja toistaa sanottava asia tarpeen mukaan selkeästi artikuloiden. Avointen kysymysten esittäminen saattaa aiheuttaa ymmärryksen puutteen vuoksi ahdistumista tai aggressiivisuutta. Hoitajan esittämät kysymykset olisi hyvä olla muotoiltuna kysymyksiksi, joissa muistisairaalle tarjotaan vastausvaihtoehtoja. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 124; Lindholm 2011, 16.)

3.1 Aggressiivisen potilaan hoitokeinot

Muistisairaan potilaan aggressiivisuus on usein ongelmallista, koska hän ei itse kykene kuvaamaan tunteitaan sanallisesti eikä kontrolloimaan käyttäytymistään. Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy muistisairauden edetessä ja kotihoidosta laitoshoitoon siirryttäessä. Vaaratekijöitä aggressiiviselle käyttäytymiselle ovat harhaluulot, masennus, miessukupuoli sekä varhainen muistisairauden alkamisikä. Aggressiivisuus voi ilmetä joko fyysisenä tai sanallisena käytösoireena. Oireilun ollessa fyysistä, voi aggressiivisuus purkautua esimerkiksi epätarkoituksenmukaisena voimankäyttönä tai suoranaisena väkivaltana. Useimmiten aggressiivisuuden kohteena on joko omainen tai hoitaja mutta joskus se voi kohdistua myös toisiin asukkaisiin ja potilaisiin. Harhaluuloista kärsivän potilaan aggressiivisuus on usein vakavaa ja saattaa olla pahimmillaan hengenvaarallista potilaan puolustautuessa mielikuvituksensa tuottamaa uhkaa vastaan. Aggressiivisuus voi liittyä tiettyihin tilanteisiin ja sitä voi ilmetä esimerkiksi peseytymisen, pukeutumisen tai syömisen yhteydessä. Tällaisessa niin kutsutussa tilannesidonnaisessa aggressiossa on tärkeintä pyrkiä muuttamaan joko itse tilannetta tai hoitajan/omaisen toimintaa ja asennoitumista tilanteeseen. Muistisairas kokee tulevansa helposti alistetuksi, nolatuksi tai pakotetuksi esimerkiksi peseytymiseen liittyvissä toiminnoissa, joten avustajan on tärkeä muistaa hienotunteisuus, ihmisen omatoimisuuden kykyjä tukeva ja arvostava puhetapa sekä selkeä ohjeistus. Myös huumorista saattaa olla apua. Kansainvälisten tutkimusten mukaan hyviä keinoja rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta on esimerkiksi hoitotilanteen keskeyttäminen, avun pyytäminen toisilta hoitajilta sekä potilaan verbaalinen rauhoittelu. (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 48; Kan & Pohjola 2012, 223 – 224; Vataja & Koponen 2015, 92 – 93.) Muistisairaat, joiden oireet ovat voimakkaita ja joko verbaalisesti tai fyysisesti aggressiivisia, tarvitsevat usein lääkkeettömien hoitokeinojen tueksi jonkinasteista lääkkeellistä hoitoa (Rayner ym. 2006).

3.2 Levottoman ja vaeltelevan potilaan hoitokeinot

Muistisairaan potilaan levottomuus ilmenee epätarkoituksenmukaisena aggressiivisena, motorisena tai äänen käyttöön liittyvänä käyttäytymisenä. Oireiden taustalta löytyy usein jokin potilaan kannalta mielekäs syy kuten suru, masennus, kipu tai huono olo, mutta verbaalisten vaikeuksien vuoksi hoitajan on

vaikea niitä tunnistaa. Muistisairaan levottomuus eli agitaatio voi olla sekä verbaalista että fyysistä. Verbaaliseen levottomuuteen kuuluu toistuva kyseleminen, samojen asioiden ”hokeminen”, huutelu, kiroilu ja esimerkiksi hoitajan toistuva kutsuminen ilman yksittäistä syytä. Fyysinen levottomuus ilmenee yleensä jatkuvana kävelynä, hoitajan seuraamisena, harhailuna, karkailuna tai muuna toistuvana touhuiluna. Jotta levottomuuden syy saataisiin selville, on muistisairaan taustaan perehdyttävä ja selvitettävä milloin, missä tilanteissa ja minkä tyyppisiä levottomuuden oireita esiintyy. (Ouldred & Bryant 2008, 244; Alzheimerinfo 2012; Kan & Pohjola, 2012, 225; Vataja & Koponen 2015, 92 – 93.) Vaeltelu voi olla merkki muistisairaan energia- ja aktiivisuustasosta. Levottomuus voi olla muistisairaalle mielekäs stressin laukaisukeino ja se voi olla seurausta joko fyysisestä tai henkisestä pahoinvoinnista. Agitaatioon voi liittyä äkillinen levottomuusoireisto, eli katastrofireaktio, jollaisen valtaan potilas saattaa joutua kohdatessaan tiedonkäsittelykyvyilleen ylivoimaisia haasteita. Ympäristöstä tulevat ärsykkeet voivat tuntua potilaasta vierailta, pelottavilta ja turhauttavilta. Kohtauksia esiintyy tavallisimmin erilaisten arkisten tilanteiden yhteydessä, esimerkiksi kun potilasta kosketellaan pukemisen tai peseytymisen yhteydessä. Levottomuuden ja vaeltelun hoidossa on tärkeää kiinnittää huomio ympäristön turvallisuuteen. Ympäristöstä saadut negatiiviset palautteet, yhteisten hoitolinjojen puuttuminen, työyhteisön ristiriidat sekä yleinen melu ja rauhattomuus aiheuttavat turvattomuuden tunnetta muistisairaassa. Liikkumisen sekä touhuilun salliminen on tärkeää, sillä niiden avulla muistisairas saa purettua ahdistustaan ja energiaansa. Ympäristön, jossa vaeltelu tapahtuu, on luotava mahdollisimman turvalliseksi, jotta sairastunut ei satuta itseään eikä levottomuudessaan lisää ahdistuksen määrää. Omien tavaroiden tai vaatteiden parissa touhuilu tuottaa parhaimmillaan onnistumisen elämyksiä ja vähentää levottomuutta. (Sulkava ym. 1999, 34; Vataja & Koponen 2015, 92 – 93.)

3.3 Ahdistuneen potilaan hoitokeinot

Ahdistuneisuus on tavallinen muistisairauksiin liittyvä käytösoire ja sitä tavataan noin 40 – 50 %:lla sairastuneista sairauden jossain vaiheessa (Terveyskirjasto 2015a). Muistisairas tuntee itsensä yleensä ahdistuneeksi sairauden lievässä vaiheessa eli silloin, kun hän itse kykenee vielä ymmärtämään oman tilansa. Tässä vaiheessa aiemmin mielihyvää tuottaneet tapahtumat saattavat muuttua ahdistaviksi ja tulevaisuus aiheuttaa huolta. Yleensä muistisairas potilas kokee ahdistuneisuutta odottelutilanteissa, esimerkiksi lääkärin vastaanottoa edeltävänä päivänä tai omaisen poistuessa kotoa joko töihin tai ostoksille. Paniikkihäiriön kaltaisia, ilman selvää syytä ilmaantuvia ahdistuneisuuspuuskia voi myös esiintyä. Ahdistuneisuuden taustalla saattaa olla pelko yksinäisyydestä ja esimerkiksi omaishoitajan poistuminen näköpiiristä saattaa synnyttää pelon yksin jäämisestä. Heikentynyt oppimiskyky ja muisti sekä toistuva kyseleminen voivat johtaa asioiden kaaokseen sairastuneen mielessä. Omaishoitajan ja hoitajan turhautuminen oireiluun useimmiten pahentaa muistisairaan ahdistuneisuutta. Ensisijaiset keinot ahdistuneisuuden hoitoon ovat lääkkeettömiä. Turvallisuuden tunteen vahvistaminen, tuttujen vaatteiden ja tapojen käyttäminen, kuunteleminen, rauhallisuus, aktiivinen läsnäolo sekä ympäristön muuttaminen selkeäksi ja ilmapiiriltään kodikkaaksi lievittää ahdistusta. (Kan & Pohjola 2012, 225; Vataja & Koponen 2015, 93.) Muistisairaat pitävät siitä, että heihin suhtaudutaan arvostavasti, normaalisti sekä lämpimästi. Kanssakäymisessä selkeys, rauhallisuus ja välittämisen viestittäminen luovat muistisairaalle turvallisuuden tunnetta. Hoitoympäristön muuttaminen turvalliseksi sekä sopivien virikkeiden tarjoaminen ovat yksi osa hyvää hoitoa. (Aejmelaeus ym. 2008, 235; Sulkava 2010, 133.)

TAULUKKO 2. Psykologiset käytösoireet ja lääkkeettömät hoitokeinot. (mukaellen Aejmelaeus ym. 2007; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008; Sulkava 2010; Kan & Pohjola 2012; Hungerford, Jones & Cleary 2014.)

Psykologiset käytösoireet	Hoitokeinot
Ahdistuneisuus	• Turvallisuuden tunteen vahvistaminen • Aidon kiinnostuksen ja ymmärtämishalun viestiminen • Totutut tavat • Hoitajan aktiivinen ja rauhallinen läsnäolo • Kodikas ilmapiiri • Erilaiset terapiamuodot • Selkeys ohjeiden annossa
Aggressiivisuus	• Hoitajan hienotunteisuus ja rauhallisuus • Potilasta arvostava puhetapa • Henkisen tilan antaminen • Potilaan kunnioitus • Selkeys ohjeiden annossa • Potilaan rauhoittelu puheella • Hoitotilanteen keskeytys ja avun pyytäminen
Levottomuus ja vaeltelu	• Ympäristön ja asuintilojen turvallisuus (tilojen avoimuus ja valoisuus, hillityt värit, kävelytilojen väljyys, riittävä valaistus, tarvittaessa alueiden lukitseminen) • Liikkumisen/touhuilun salliminen

3.4 Hyvän hoitoympäristön merkitys ja elämän merkityksellisyyden tukeminen hoitokeinona

Tänä päivänä vanhustenhoidon tavoite on antaa ikääntyneille mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotona asuminen lisää sekä ikääntyneen elämän hallintaa että vapauden tunnetta. Siinä vaiheessa kun ikääntynyt ei enää pärjää kotonaan omin avuin tai läheisten turvin, hänelle järjestetään ensisijaisesti kotiapua, johon kuuluu kotipalvelu, kotisairaanhoito sekä muut mahdolliset tukipalvelut jotka suunnitellaan aina yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Kan & Pohjola 2012, 43.) Muistisairas selviytyy usein omassa kodissaan monia vuosia sairastumisen jälkeen edellyttäen, että hän saa päivittäisiin tilanteisiin riittävästi apua. Yhteiskunnan kannalta kotona tapahtuva hoito on laitoshoitoa edullisempaa ja usein myös dementoituneen ja hänen omaisensa toive. (Virkola & Vuori 2006, 30.) Muistisairaalle potilaalle ympäristön tuottamilla kokemuksilla ja tunnelmilla on suuri merkitys. Kokemukset ja tunnelmat eivät välttämättä pohjaudu muistiin tai järkeen eivätkä sattuman varaisesti koettuihin hyviin tapahtumiin, vaan kyseessä on ympärivuorokautinen elämäntapa. Terapeuttisessa hoitoyhteisössä asukas tuntee olonsa turvalliseksi ja hyväksytyksi. Muistisairaiden kanssa työskenneltäessä erilaiset rutiinit, aikataulut ja jäykkä hierarkia on syytä unohtaa, sillä ne ovat esteenä joustavuudelle ja persoonallisille työskentelytavoille. Jokainen muistisairas on oman elämänkokemuksensa muokkaama persoonallisuus. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan on hyvä tietää potilaistaan mahdollisimman paljon osatakseen sopeutua heidän tarpeisiinsa ja rytmiinsä. Hoitoympäristöä suunniteltaessa tieto potilaan erityistarpeista ja hänen kyvyistään on tärkeää. Sekä fyysistä että psyykkistä tilaa on oltava tarpeeksi, sillä jokainen tarvitsee myös omaa rauhaa sekä arvostavan, hyväksyvän ja luotettavan ilmapiirin. Fyysisen ympäristön turvallisuuteen vaikuttavia asioita ovat muun muassa asuintilojen avoimuus ja valoisuus, hillityt värit, kävelyti-

lojen väljyys, riittävä valaistus myös yöaikaan, erilaisten tilojen lukitsemismahdollisuus sekä mattojen ja kynnysten poistaminen asuintiloista. On tärkeää, että tarpeen vaatiessa hoitoyksikössä voidaan lukita ne alueet, joihin potilaiden ei toivota menevän. Lukitsemalla alueet vältytään kieltämiseltä ja estämiseltä, mikä vähentää epäonnistumisen kokemuksia ja tuskaisuutta. Muistisairaan ihmisen hyvä asuinympäristö on fyysisesti turvallinen, ilmapiiriltään luotettava ja rauhallinen, onnistumisen kokemuksia ruokkiva sekä ihmisarvoa tukeva. Tällaisen asuinympäristön luomisessa hoitohenkilökunta ja heidän ammattitaitonsa on avainasemassa. (Aejmelaeus ym. 2008, 244 – 249.) Hoitoyhteisön henkinen ja sosiaalinen ilmapiiri on fyysistä ympäristöä ympäristöä tärkeämpi ja siihen vaikuttavat yhteisön eri jäsenten asenteet, arvot, toimintatavat, tunteet, keskinäinen kanssakäyminen sekä esimiehen esimiestaidot. Hoitoyhteisössä sovitut periaatteet ja arvot ohjaavat muistisairaan arkielämää. Hyvän työyhteisön jokaisen jäsenen tulisi sitoutua panostamaan omat yksilölliset voimavaransa yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Hoitoratkaisujen ja -käytäntöjen tulee olla joustavia ja tämä edellyttää väljää hallintoa, koska erilaiset säännöt ja toimintaohjeet voivat muodostua esteeksi eläessä elämää muistisairaan ehdoilla.(Aejmelaeus ym. 2008, 249; Vataja & Koponen 2015, 485 – 486.)

Elämän tarkoituksenmukaisuus ja merkityksellisyys on olemassaolon ydinkysymys myös ikääntyneelle. Jokainen meistä haluaa kokea, että elämällämme on tarkoitus ja että olemme jollekulle läheisellemme merkityksellisiä. Ikääntyneen toimintakyky säilyy paremmin silloin, kun hän tuntee olevansa turvassa ja kokee hallitsevansa ympäristönsä. Ikääntyneellä on ihmisenä oikeus olemisen elinpiiriin ja ympäristöön. Tähän liittyvät vahvasti muistot ja tunteet. Erityisesti muistot ovat tärkeitä, sillä ne mahdollistavat kokonaisvaltaisen elämän suhteessa ajalliseen olemassaoloon, johon kuuluu menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Muistisairas laitoshoidossa elävä ikääntynyt on osa omaa hoitoyhteisöään subjektiivisena kokevana persoonana ja hänen maailmansa on usein osaston kokoinen ja henkilökunta muodostaa vanhuksen maailmankuvan. Ikääntyneen ainoa lähikontakti ja henkireikä saattaa olla hoitotoimintoihin liittyvä vuorovaikutustilanne hoitajan kanssa. Se, millainen tuosta hetkestä muodostuu voi olla ikääntyneelle ainutlaatuisen tärkeää. Hoidon toteutuessa yhteisöllisesti ja ammatillisesti, se ottaa huomioon paitsi ikääntyneelle, mutta myös hänen perheensä, läheisensä ja ystävänsä. (Näslindh-Ylispangar 2012, 15 – 18.)

3.5 Toiminta- ja terapiamuodot käytöshäiriöiden hoitokeinoina

Erilaisten terapiamuotojen avulla voidaan vähentää yksittäisiä käyttäytymisoireita, kuten ahdistuneisuutta tai aggressiivisuutta sekä tuottaa potilaille mielihyvän kokemuksia mutta ei pystytä välttämättä kokonaan poistamaan sairastuneen toimintakyvyssä tai persoonassa tapahtuneita muutoksia. Lääkehoidolla, ja varsinkin rauhoittavalla lääkityksellä on yleensä jonkinasteisia sivuvaikutuksia. Lääkkeettömien hoitomuotojen, kuten musiikki-, aroma- ja lemmikkieläinterapian avulla voidaan vähentää käyttäytymisoireita ja samalla ehkäistä sivuvaikutusten syntyminen. (Saarnio ym. 2011, 48; Jonsson & Olsson 2013; Hungerford ym. 2014, 75; Vataja & Koponen 2015, 477 – 478.)

Musiikkiterapia on yksi hoitokeino dementiassa esiintyviin käytösoireisiin. Musiikkia voidaan hyödyntää tehokkaasti eri elämänvaiheiden läpikäymiseen ja sillä voidaan aktivoida muistitoimintoja. Musiikkiterapian on havaittu edistävän muistisairaiden reagointikykyä. Vaikeastikin dementoitunut ihminen voi löy-

tää musiikista kanavan tunteidensa ilmaisuun erityisesti silloin, kun kielellinen ilmaisu on rajoittunutta. Musiikkiterapian sisältöön voi kuulua esimerkiksi tuttujen laulujen laulamista, soitinten soittamista, lempimusiikista keskustelemista ja sen kuuntelemista. Terapian avulla voidaan vähentää ahdistuneisuutta ja levottomuutta, ehkäistä eristäytymistä ja sen on todistettu parantavan sairastuneen kognitiivisia taitoja. (Saarnio ym. 2011, 48; Suontaka-Jamalainen 2011, 10; Hungerford ym. 2014, 75.) Tutkimusten mukaan Alzheimerin tautia sairastavat potilaat kykenevät vielä sairauden loppuvaiheessakin tunnistamaan tuttua musiikkia, muistamaan laulujen sanoja ja yleensä reagoimaan musiikkiin. Miellyttävän ja tutun musiikin kuuntelu vähentää ahdistusta ja lisää kielellistä sujuvuutta. Ruotsalaisessa hoitokodissa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat esimerkiksi aamupesutilanteet sekä fyysisesti mutta myös eettisesti raskaina asiakkaiden aggressiivisuuden sekä kommunikaatio-ongelmien vuoksi. Usein pesutilanteissa jouduttiin käyttämään voimaa jotta aamutoimet saataisiin tehdyksi. Tilanteessa, jossa kokeiltiin soittaa aamupesujen aikaan asiakkaan lempimusiikkia tai että hoitaja lauloi, tilanne muuttui: hoitajien mukaan tilanne rauhoittui ja asiakas alkoi hymyillä enemmän. Hoitajien kokemusten mukaan kommunikaatio asiakkaan kanssa kaiken kaikkiaan helpottui ja ilmapiiri pesutilanteessa oli myönteisempi ja rauhallisempi. (Numminen 2011, 6. ks. myös Ridder, Wigram & Ottesen 2009, 107.)

Kuvataideterapian avulla muistisairas voi työstää ja tiedostaa omia kokemuksiaan, toiveitaan ja ristiriitojaan. Kuvataideterapia on monitasoinen psyykkinen tapahtuma, jossa ei välttämättä tavoitella harmoniaa ja kauneutta. Terapian lopputuloksena voi olla yhtä hyvin rutistettu paperimytty kuin hieno taideteoskin. Tekeminen itsessään on lopullista tuotosta tärkeämpää, sillä se herättää tunteita ja siihen voi siirtää tunteita. Erilaiset käsin koskeltavat materiaalit ja värit tai esimerkiksi valokuvat voivat toimia ilmaisun välineinä. Kun asioille ei löydy sanallista ilmaisukeinoa voi taide olla tapa kommunikoida. Kuvataideterapian tavoitteena on minä-tunteen vahvistaminen omakohtaista toimintaa apuna käyttäen. Tavoitteena on auttaa jännitystilojen ja tunteiden purkautumisessa. Tekeminen itsessään rauhoittaa sairastuneen levotonta mieltä ja vähentää ahdistuneisuutta. (Aejmelaeus ym. 2008, 249; Mackenzie ym. 2008.)

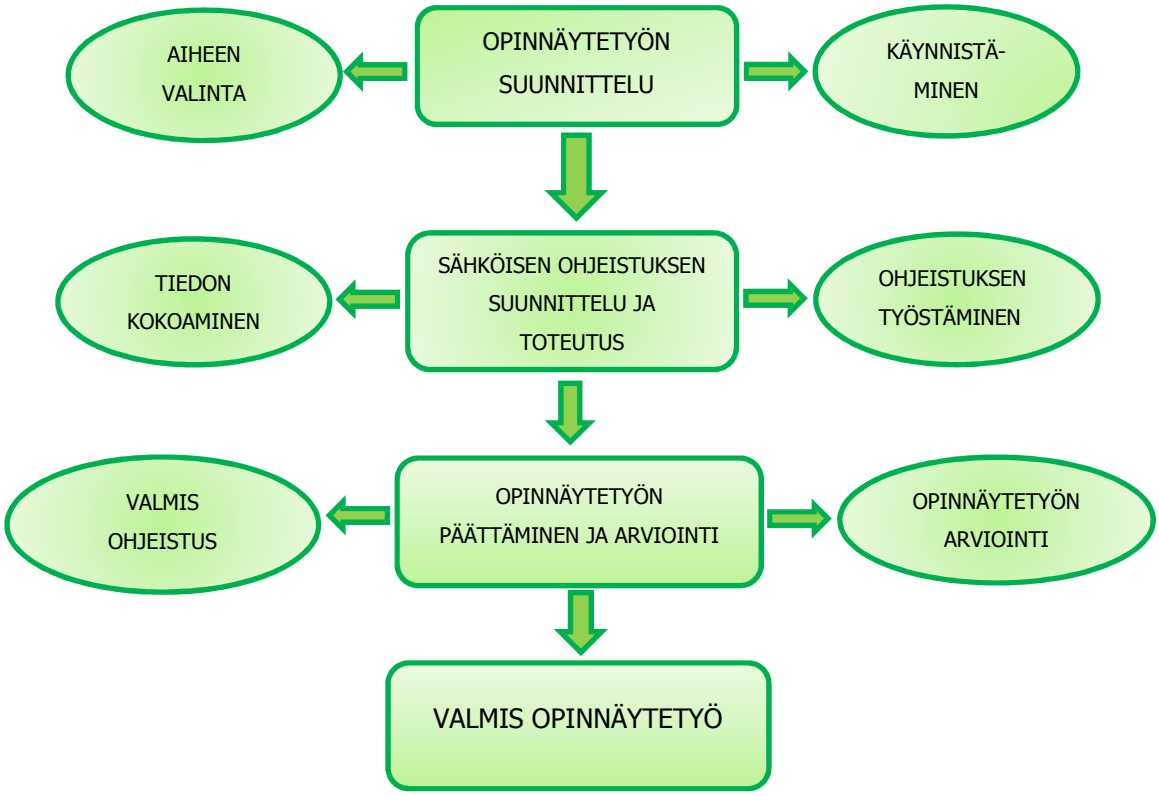
Lemmikkiterapian avulla on todistettu, että hoitokotien asukkaat, joissa muistisairaiden parissa elää lemmikkejä kärsivät muita vähemmän ahdistuneisuudesta tai yksinäisyydestä. Lisäksi esimerkiksi akvaarion asentaminen ruokailutilaan saattaa vähentää fyysisesti aggressiivisten oireilua ruokailutilanteissa ja lisätä ruokailun mielekkyyttä. (Mackenzie ym. 2008.) Eläinten avulla voidaan tuottaa muistisairaille mielihyvän ja ilon kokemuksia. Eläimen tuoma mielihyvä ei yleensä ole vain hetkellinen vaan vaikutusten on tutkimusten mukaan todettu olevan paljon syvällisempiä ja monitasoisempia. Eläimet vaikuttavat henkilöiden sosiaaliseen verkostoon, eläimen avulla on yleensä helpompi ottaa kontaktia muihin ihmisiin. (Ikäheimo 2013.) Hoitokodeissa vierailevat eläimet voivat tuoda muistisairaiden mieliin eläimiin liittyviä muistoja. Vierailuillaan eläimet katkaisevat laitosmaiset rutiinit sekä tuovat ”normaalin elämän” ja ilon tuntua muistisairaan päivään. Eläinten on todettu myös motivoivan muistisairaita liikkeeseen. Muistisairas voi esimerkiksi viedä koiraa ohjauksessa ulkoilemaan. Suurin hyöty eläinvierailuista muistisairaiden hoidossa saadaan vierailuiden säännöllisyydellä. (Salovuori 2014.)

4 KEHITTÄMISTYÖ

4.1 Kehittämistyön vaiheet

Sähköinen ohjeistus hoitohenkilökunnalle on kehittämistyömme tuotos. Tuotos toimitetaan Power point-esityksenä sähköpostin liitetiedostona tilaajalle, jolloin se on käytettävissä sähköisessä muodossa. Tilaaja laittaa tuotoksen Vetrea Terveys Oy:n intranettiin, josta se on hoitohenkilökunnan saatavilla helposti ja sitä on helppo palata lukemaan aina kun siihen on tarvetta. Tutkimustiedon ja kirjallisuuden avulla aiheen teoriaosuuden työstäminen sujui hyvin.

Sähköisen ohjeistuksen tavoitteena on helpottaa ja yhtenäistää muistisairaan potilaan käytösoireiden hoitoa. Samalla on mahdollista edistää muistisairaan toimintakykyä ja parantaa kokonaisvaltaisesti hänen elämänlaatuaan. Heikkilän, Jokisen & Nurmelan (2008, 57.) mukaan hankkeet etenevät vaiheiden 3 – 9 mukaan. Tämä kehittämistyö toteutettiin kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäiseen vaiheeseen kuului kehittämistyön suunnittelu. Toisena vaiheena oli sähköisen ohjeistuksen suunnittelu ja toteutus. Viimeinen vaihe oli kehittämistyön päättäminen sekä arviointi.



KUVIO 1. Prosessin vaiheet mukaillen Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008.

4.2 Kehittämistyön suunnittelu

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi keväällä 2014 aiheen valinnalla sekä aihekuvauksella. Saimme Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksiköltä ehdotuksen aiheesta ja tartuimme haasteeseen. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa turvaudutaan turhan usein rauhoittavaan lääkityk-

seen oireiden poistamiseksi vaikka lääkkeettömien hoitomenetelmien avulla päästäisiin samaan lopputulokseen. Lääkkeettömien menetelmien tulisi olla ensisijainen vaihtoehto hoitoa suunnitellessa. Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikössä on koettu, että hoitohenkilökunta tarvitsee lisätietoa muistisairaan potilaan käytöshäiriöiden hoidosta ja erityisesti lääkkeettömistä hoitokeinoista. Tämän vuoksi tarvitaan yhtenäiset hoito-ohjeet.

Kehittämistyön aiheen valinnan jälkeen aloimme hakemaan ja etsimään kirjallisuutta sekä tutkimustietoa. Tietoa aiheesta löytyi runsaasti mutta haasteeksi nousi ajankohtaisen kirjallisuuden löytyminen. Aiheesta on kirjoitettu runsaasti vuosikymmenien aikana joten tehtävämme oli löytää näistä yhtenäinen asiasisältö ja tuottaa niistä tekstiä synteesin muodossa. Tutkimustietoa aiheesta kerättiin tietohaun avulla seuraavista tietokannoista: YSA, MeSH, Cinahl. Lisäksi teimme hakua Savonia-ammattikorkeakoulun Aapeli-tietokannasta. Hakujen tekemiseen saimme apua ohjaavalta opettajalta sekä kirjaston henkilökunnalta. Hakusanoina käytimme muun muassa sanoja: Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti, vaskulaarinen dementia, muistisairaudet, muistisairauksiin liittyvät käytösoireet, käytösoireiden lääkkeettömät hoitokeinot/muodot, memory disorders, social behavioral disorders.

Sähköinen tuotos on tiivistelmä muistisairaan potilaan käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista. Ohjeistuksen avulla Otsolan yksikön hoitohenkilökunta saa tietoa aiheesta selkeällä ja yksinkertaisella tavalla ja se antaa keinoja kohdata käytösoireisia muistisairaita. Ohjeistuksen selkeyteen kiinnitimme huomiota valitsemalla lyhyitä ja selkokielisiä lauseita.

Kehittämistyöhön valittiin keskeisimmät muistisairaudet ja niihin liittyvät yleisimmät käytösoireet. Työhön haluttiin tuoda mukaan myös terveyden edistämisen sekä ennaltaehkäisyn näkökulmat. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) sanotaan, että hänen tehtävänään on väestön terveyden edistäminen. Eloniemi-Sulkavan & Sulkavan (2008, 121 – 122.) mukaan käytösoireiden ennaltaehkäisyn ja syntymisen kannalta käytösoireiden syntyyn vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ja sovitun hoidon toteuttaminen vähentävät sairastuneen oireilua sekä parantavat tämän elämänlaatua.

4.3 Sähköisen ohjeistuksen suunnittelu ja toteutus

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita sekä -oppaita jotka voivat pituudeltaan vaihdella sivun mittaisista aina useamman sivun oppaisiin tai kirjoihin. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan kenelle ohje on suunnattu ja mikä sen tarkoitus on. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35; Kyngäs ym. 2007, 124 – 127.) Kirjallisesta tuotoksesta keräämämme tärkein tieto tiivistettiin ja luotiin pdf-muodossa esitettävä sähköinen ohjeistus, joka työn tilaajan toimesta tallennetaan Vetrea Terveys Oy:n, Otsolan yksikön yhteiseen intranettiin.

Ohjeistuksen sisällön ja siinä olevan tekstin tulisi olla helposti ymmärrettävää sekä helppolukuista. Kirjallisessa ohjeessa kielen tulee olla yleiskieltä ja siinä tulee välttää monimutkaisia virkkeitä sekä lääketieteellisiä termejä. Tekstin tulee edetä loogisesti tapahtumajärjestyksen mukaan. Lukemista helpottaa selkeät otsikoinnit ja kappalejaot. (Torkkola ym. 2002, 43 – 53; Kyngäs ym. 2007, 124 –

127.) Ohjeistusta elävöitettiin ja selkeytettiin käyttämällä taustavärejä ja kehyksiä. Vetrea Terveys Oy:n logossa oleva vihreä väri on sama kuin ohjeistuksen taustavärinä käyttämämme. Lyhyet lauseet ja ilmava ulkoasu tukevat ohjeistuksen luettavuutta. Ohjeistuksen visuaaliseen ulkonäköön kiinnitimme huomiota lisäämällä siihen taulukoita. Taulukot helpottavat oleellisen tiedon löytämistä. Kirjallisen ohjeen tulisi olla helposti saatavilla jonka vuoksi valitsimme sähköiseen muotoon laadittavan ohjeistuksen.

Sähköinen versio tukee ohjeistuksen saatavuutta sekä helpottaa sen päivitystä (Torkkola ym. 2002, 60,73). Olemme antaneet tilaajalle luvan ohjeistuksen päivittämiseen. Ohjeistuksessa olevan tiedon on oltava virheetöntä ja oikeaa. Sen täytyy edetä objektiivisesti ja olla ajantasaista. Lukijan on voitava luottaa sen perustuvan tutkittuun tietoon. Luotettavia lähteitä ovat tuoreet tutkimukset. Intrnetistä peräisin olevaan tietoon tulee suhtautua kriittisesti. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 12; Mäkinen 2006, 130 – 131.)

4.4 Kehittämistyön arviointi ja päättäminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja laatia sähköinen ohjeistus muistisairaan potilaan käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnalle. Työn tavoitteena oli koota monipuolinen sähköinen ohjeistus käyttämällä apuna tutkimustietoa, kirjallisuutta sekä alan artikkeleita ja edesauttaa kerätyn tiedon avulla hoitajien valmiuksia kohdata ja hoitaa käytösoireista kärsiviä muistisairaita potilaita lääkkeettömiä hoitotyön keinoja käyttäen. Kehittämistyönä laadittu sähköinen ohjeistus helpottaa ja yhtenäistää muistisairaan potilaan käytöshäiriöiden hoidon toteutumista ja parantaa hänen elämänlaatuaan. Opinnäytetyötä tehdessä syvensimme tietoutta muistisairauksista sekä niihin liittyvistä käytösoireista ja lääkkeettömistä hoitokeinoista. Työn edistyessä huomasimme perustiedon aiheesta pysyneen samana viimeisen vuosikymmenen aikana. Keinoja muistisairaan potilaan käytösoireiden hoitoon lääkkeettömin menetelmin on olemassa mutta silti yleensä turvaudutaan lääkehoitoon.

Sairaanhoitajana vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta tarkoittaa sitä, että hän pyrkii auttamaan potilastaan parhaalla mahdollisella terveyttä edistävällä ja mahdollisia haittoja ehkäisevällä toiminnalla. Lähdemateriaalia oli runsaasti saatavilla. Tutkittua tietoa on paljon ja kirjallisuudessa sekä uusia että vanhoja tiedon lähteitä. Kehittämistyömme aihealueen kirjallisuus ja tutkittu tieto on periaatteiltaan pysynyt vuosikymmenien ajan samana jonka vuoksi jotkin lähteistämme on melko vanhoja. Tutkittuamme aiheen ajantasaisia lähteitä ja verrattuamme niitä vanhoihin huomasimme tiedon pysyneen samana. Ohjeistuksen sisällön tarkoitus oli vastata hoitotyön tarpeisiin.

Ohjeistuksessa käsitellään muistisairauksiin liittyvien käytöshäiriöiden oleellisia lääkkeettömiä hoitomuotoja sekä niiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyviä asioita. Kehittämistyön aikataulutus onnistui mielestämme oikein hyvin. Opinnäytetyöprosessin aloittaminen hieman aiemmassa opintojen vaiheessa olisi toki tuonut lisäaikaa työstämisvaiheelle. Aikataulutuksen ja ohjaavan opettajamme antaman palautteen ansiosta pysyimme kuitenkin tehtäviemme tasalla ja työ eteni suunnitelmallisesti.

5 POHDINTA

5.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikassa on kyse oikeudenmukaisuudesta, hyvän tekemisestä, hyvästä elämästä sekä ihmisarvon kunnioittamisesta sekä perusteltavuudesta. Opinnäytetyön aihetta valitessa etiikka on vahvasti läsnä ja valintaa tehdessä on kysyttävä kenen ehdoilla ja miksi opinnäytetyö tehdään. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 153; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 26.) Sähköisen ohjeistuksen tarkoituksena on lisätä Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnan tietoutta muistisairaan potilaan käytöshäiriöiden lääkkeettömistä hoitokeinoista. Aiheenvalinta on perusteltua, sillä Otsolan yksikössä ei ole lainkaan ohjeistusta käytöshäiriöiden lääkkeettömistä hoitomahdollisuuksista mutta asia on ollut työyhteisössä paljon puhuttu aihe. Opinnäytetyössä on käytetty sekä uusia mutta myös huomattavasti vanhempia lähteitä, sillä ne osoittavat että aiheemme asiassällöt ovat vuosien kuluessa pysyneet samoina.

Sairaanhoitajan tehtävä on suojella ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa sekä kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuuri, jossa huomioidaan yksilön arvot, tavat ja vakaumus (Sairaanhoitajaliitto 2014). Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan ”Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. ”

Opinnäytetyön ja sähköisen ohjeistuksen avulla pyritään lisäämään hoitotyöntekijöiden tietoutta käytösoireiden synnystä sekä oireiden yleisimmistä ilmenemismuodoista. Ohjeistuksen avulla edistämme käytösoireisten muistisairaiden hyvää ja turvallista hoitoa.

Eettisesti korkeatasoisen kehittämistyön tekijä ei sorru plagiointiin eli tieteelliseen varkauteen. Plagioinnissa toisen tekijän tekstiä esitetään omana ilman viitteitä. Työn on perustuttava rehellisyyteen ja läpinäkyvyyteen eikä sen tuloksia saa kaunistella tai yleistää kritiikittömästi. Raportoinnin on oltava selkeää ja asianmukaista eikä puutteellista tai harhaan johtavaa. Eettisyys käy ilmi aiheen ja menetelmän valinnassa, työskentelytapojen soveltamisessa sekä julkaisemisessa. (Hakala 2004, 138; Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 28; Hirsjärvi ym. 2015, 26 – 28.)

Opinnäytetyössä luotettavuus ja eeettisyys on huomioitu. Työ on toteutettu yhteistyössä Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön kanssa. Lupa opinnäytetyön toteutukseen saatiin työn tilaajalta (Liite 1). Vastuu työn tekemisestä ja tuloksesta oli työn tekijöillä. Työtä teimme yhteistyössä sekä toimeksiantajan sekä ohjaavan opettajan kanssa ja heiltä saadun ohjauksen ja palautteen avulla työstimme työtämme. Opinnäytetyötä ja tuotoksena syntynyttä sähköistä ohjeistusta arvioitiin ohjaavan opettajan sekä toimeksiantajan kanssa.

5.2 Sähköisen ohjeistuksen arviointi

Kehittämistyönä tehdyn tuotoksen arviointi kuuluu keskeisenä osana kehittämistyöhön. Muistisairaan potilaan käytöshäiriöiden lääkkeettömään hoitoon liittyy paljon huomioon otettavia asioita. Aiheen rajausta mietittiin tarkoin ja lopullinen tuotoksemme on osa-alueineen mielestämme onnistunut. Ohjeistuksessa käsitellyt asiat ovat oleellisimmat mietittäessä muistisairaan potilaan käytöshäiriöiden hoitoa ja erityisesti lääkkeettömiä hoitokeinoja. Sähköisessä ohjeistuksessa olemme tuoneet esille yleisimmät muistisairaan potilaan käytösoireet ja keskittyneet niiden kannalta tärkeimpiin lääkkeettömiin hoitokeinoihin.

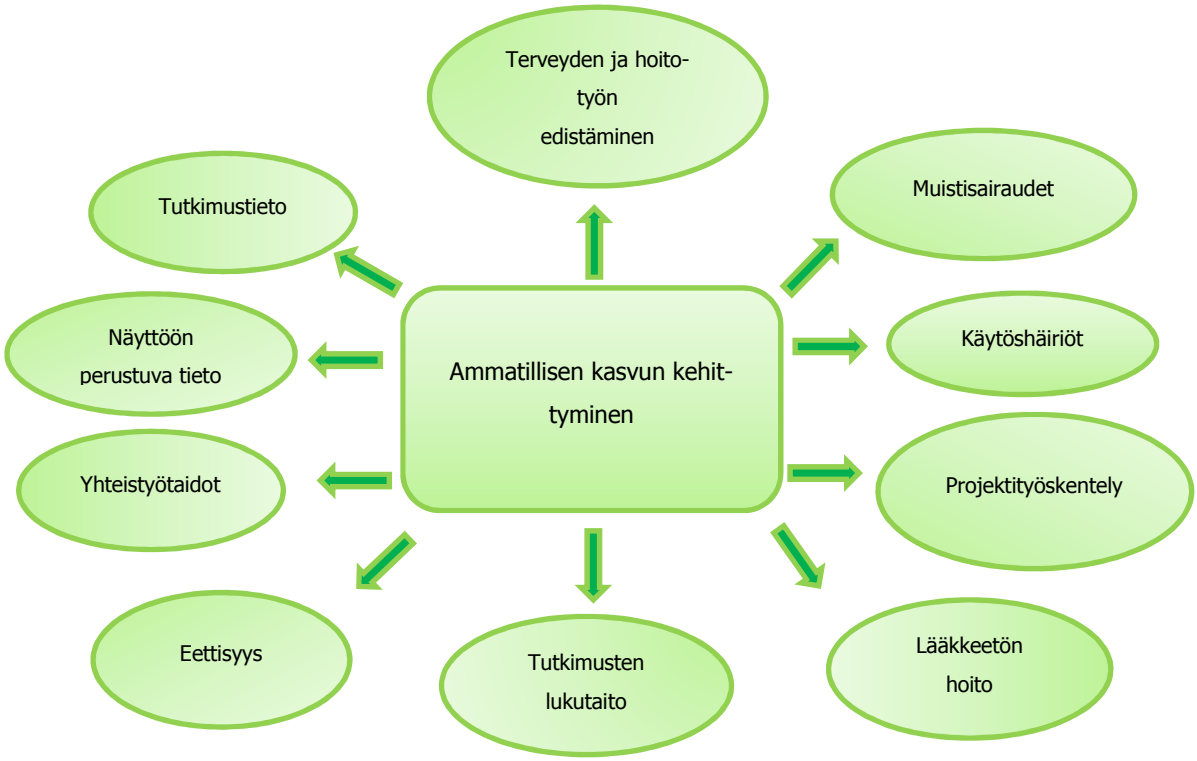
Vahvuutemme kehittämistyötä tehdessä olivat kokemuksemme muistisairaiden parissa työskentelystä, saumaton yhteistyömme sekä toistemme motivointi ja tukeminen. Molemmilla on useiden vuosien kokemus ikääntyneiden parissa työskentelystä joten käytöshäiriöiden ilmeneminen ja niiden hoidon tärkeys olivat tuttuja asioita. Molemmilla on ollut suuri mielenkiinto ja halu kehittää muistisairaiden käytöshäiriöiden hoitoa ja korostaa erityisesti lääkkeettömien hoitokeinojen merkitystä muistisairaita hoidettaessa. Molempien työskennellessä täysipäiväisesti opiskelun ja kehittämistyön teon ohella oli ajoittain aikoja, kun väsymys ja tekemättä olevien tehtävien ja asioiden paljous aiheutti motivaation hiipumista. Toinen toistamme tukien ja kannustaen saimme lopputuloksesta juuri sellaisen kuin oli tavoitteena. Muita vahvuuksia työtä tehdessä olivat tutkimustiedon, ja erityisesti kansainvälisen tutkimustiedon runsaus sekä aiheemme herättämä kiinnostus työyhteisöissämme. Suurimman haasteen työn etenemiselle asetti se, että lähdeaineistoa löytyi hyvin paljon ja erityisesti se, että aineistoa oli aina viidentoista vuoden takaa tähän päivään asti. Aluksi ajattelimme käyttää ainoastaan uusimpia lähdeaineistoja mutta kirjallisuutta tutkiessamme huomasimme tiedon pysyneen samana näiden vuosien ajan. Uusimpien käyttämiemme lähteiden mukaan muistisairaan käytöshäiriöiden lääkkeettömät hoitokeinot ovat samoja tai samankaltaisia kuin mitä vanhimmissa käyttämissämme lähteissä mainitaan. Haasteena oli käydä aineistot läpi ja löytää sieltä nämä samana pysyneet tiedot ja ohjeet ja koota ne edelleen kehittämistyön pohjaksi.

5.3 Kehittämistyöprosessi ja ammatillisen kehittymisen arviointi

Savonia-ammattikorkeakoulun laatimien tavoitteiden tulee täyttyä opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyö-opintojaksokuvauksen (2012) mukaan opiskelijan tulee ymmärtää vastuunsa ammatillisesta kehittymisestään ja ammattialansa kehittämisestä sekä noudattaa tutkimuseettisiä ohjeita. Aloittaessa kehittämistyötä mietimme ensimmäiseksi millaisia haasteita se meille asettaa erityisesti aikataulutuksen sekä yhteisen ajan löytämisen suhteen. Työ toteutettiin parityönä, jonka vuoksi suunnitellun aikataulun mukaan eteneminen oli ajoittain haastavaa. Yhteisen ajan löytäminen työstämiseen oli hankalaa molempien ollessa aktiivisesti työelämässä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Lisäksi molempien elämässä tapahtui työstämisen aikana suuria muutoksia jotka vaikuttivat prosessin etenemiseen. Kykenimme kuitenkin järjestämään tarpeeksi yhteistä aikaa ja tapaamisia. Prosessi eteni lopulta aikataulussa ja suunnitelman mukaisesti. Muita erityisiä haasteita koimme aluksi olevan aiheen rajaamisen ja ajantasaisen

tutkimustiedon löytymisen. Mietimme pitkään kuinka aiheemme on viisainta rajata niin, että kerromme kaiken tarpeellisen mutta ettei työ laajene liikaa. Yhteinen linja aiheen rajaamisesta löytyi kuitenkin nopeasti ja suurena apuna siinä oli ohjaava opettajamme sekä muut luokkamme jäsenet. Parityöskentelymme on ollut onnistunutta ja ongelmatonta. Kehittämistyöprosessi on opettanut meille paitsi itse työn tekemiseen liittyviä konkreettisia taitoja mutta myös oma-aloitteisuutta, pitkäjänteisyyttä ja yhteistyötaitoja. Olemme onnistuneet prosessin läpiviennissä erityisesti toisiltamme saadun tuen ja kannustuksen ansiosta ja juuri sen vuoksi motivaatio työn tekemiseen on ajoittain voinut olla vähenemässä, muttei koskaan päässyt loppumaan.

Kehittämistyötä tehdessä opimme paljon asioita, joita sairaanhoitajakoulutus ei itsessään tarjoa ja jotka kuitenkin ovat tärkeitä työskennellessä muistisairaiden parissa. Tämän vuoksi erityisesti koemme aihevalintamme täysin oikeaksi. Ennen opinnäytetyön aloittamista tietomme aiheesta olivat melko hyvällä tasolla. Opetussuunnitelman mukaisten geriatristen aineopintojen ja harjoittelun lisäksi molemmilla on useita vuosia kokemusta työskentelystä ikääntyneiden parissa. Ja juuri tämän kokemuksen ansiosta valitsimme aiheen. Muistisairaan potilaan käytöshäiriöt hoidetaan liian usein lääkkeellisin menetelmin. Potilaan toimintakyky alenee erityisesti rauhoittavan lääkityksen johdosta puhumattakaan haittavaikutuksista joita erilaiset lääkkeet ikääntyneissä aiheuttavat. Lääkkeettömät menetelmät ovat aina ensisijaisia hoitolinjausta mietittäessä ja uskomme tekemämme sähköisen ohjeistuksen antavan Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnalle uusia työvälineitä käytösoireisen potilaan hoitoon.
Kehittämistyötä tehdessä syvennyimme eettisyyteen, terveyden edistämiseen, näyttöön perustuvaan tietoon, tutkimustietoon, muistisairauksiin, käytösoireisiin sekä lääkkeettömiin hoitokeinoihin. Kuvioon 2 olemme koonneet ammatillisen kasvun osa-alueet, joissa koemme kehittyneemme opinnäytetyöprosessin aikana.



KUVIO 2. Ammatillisen kasvun kehittyminen

5.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Jatkokehittämisideana olisi mielenkiintoista päästä testaamaan sähköisen ohjeistuksen toimivuutta sekä sisällön riittävyyttä. Ohjeistuksen aktiivisen käytön myötä sitä voitaisiin kehittää ja tarvittaessa muokata vastaamaan vielä paremmin ajantasaisien hoito-ohjeiden kysyntään. Ohjeistuksen voisi myös jakaa kaikille Vetrea Terveys Oy:n yksiköille jolloin hoitotkäytännöt yhtenäistyisivät. Ohjeistus olisi myös mielenkiintoista saada käännetyksi englannin kielelle, jolloin se tavoittaisi myös kansainväliset asiakkaat. Kohtaamme työssämme usein vieraskielisiä omaisia ja ohjeistuksen avulla käytöshäiriöistä ja hoitokeinoista puhuminen helpottuisi.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto K-R. & Pohjola, L. 2008. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.

Alzheimerinfo 2012. Käytösoireet lisääntyvät alzheimerin taudin edetessä. [Viitattu: 2014 – 12 – 2] Saatavissa: http://www.alzheimerinfo.fi/oireet/kaeytoesoireet-lisaeaentyvaet-alzheimerin-taudin-edetessae

Curtin, A. 2010. Rhode Non-pharmacological Approaches To Dementia In the Long Term Care Setting. Island Medical Society. 93 (12); 370. [Viitattu: 2015 – 4 – 8] Saatavissa: https://www.rimed.org/medhealthri/2010-12/2010-12-369.pdf

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: Hoidon haaste. Teoksessa: Hartikainen S & Lönnroos E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WSOY.

Gitlin, L., Kales, H. & Lyketsos, C. 2012. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. [Viitattu: 2015 – 6 – 30] Saatavissa: http://www.healthinaging.org/resources/resource:non-drug-remedies-can-help-treat-behavioral-problems-among-older-adults-with-dementia/

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus Kirja.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Vantaa:Tummavuoren kirjapaino.

Hungerford, C., Jones, T. & Cleary, M. 2014. Pharmacological versus non-pharmacological approaches to managing challenging behaviours for people with dementia. British Journal of Community Nursing. 19 (2); 75,76.

Hyvärinen, R. 2014. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. [Viitattu: 2015 – 3 – 10] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf

Ikäheimo, K. 2013. Eläimen ja ihmisen suhde. Teoksessa: Ikäheimo, K. (toim.) Karvaterapiaa, eläinavusteinen työskentely suomessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Jonsson, K. & Olsson, D. 2013. Icke-farmakologisk behandling av oro hos personer med demens. Kirjallisuuskatsaus. Gävlen ammattikorkeakoulu. [Viitattu: 2015 – 6 – 25] Saatavissa: http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:665891/FULLTEXT01.pdf

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuokkanen, R., Kivirinta, M., Määttänen, J. & Ockenström, L. 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Katsauksia ja aineistoja 10. [Viitattu: 2015 – 9 – 21] Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Muut_PDF/C10_2007_Kohti_tutkivaa_ammattikaytantoa.pdf

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito 2010a. Muistisairaudet. [Viitattu: 2015 – 4 – 1] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044

Käypä hoito 2010b. Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale -tauti. [Viitattu: 2014 – 12 – 2] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01604

Käypä hoito 2010c. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). [Viitattu: 2015 – 9 – 26] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01587

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. [Viitattu: 2015 – 2 – 25] Saatavissa: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Lindholm, C. 2011. Muistisairaudet, kieli ja vuorovaikutus. Muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti nro 2. Suomen muistiasiantuntijat ry. 14 – 17.

Mackenzie, J., Pakrasi, L. & Fossey, J. 2008. Non-pharmacological treatments of challenging behaviours. Nursing & Residential care. 10 (5); 228 – 232.

Muistiliitto 2015. Alzheimer Centralförbundet. Muistisairaudet. [Viitattu: 2015 – 2 – 25] Saatavissa: http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Teoksessa: Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimerkeskusliitto ry. Helsinki: Edita publishing Oy.

Nikumaa, H. 2011. Muistisairaan yhdenvertaiset oikeudet. Muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti nro 1. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Nissinen, H. 2013. Muilla kuin muistioireilla ilmenevä aivorappeumasairaus – oirekuva ja diagnostiikka. [Viitattu: 2015 – 4 – 8] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140282/urn_nbn_fi_uef-20140282.pdf'

Numminen, A. 2011. Musiikki, laulu ja muistisairaus. Muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti nro 3. Suomen muistiasiantuntijat ry. 6 – 8.

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Ouldred, E. & Bryant, C. 2008. Dementia care. Part 2: understanding and managing behavioural challenges. British Journal of Nursing. 17 (4); 244.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisusarja 7/2001. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki: Tri – Offset.

Perustuslaki 731/1999. Helsinki. Perustuslakivaliokunta. 11.6.1999.

Rayner, A., O´Brien, J. & Schoenbacher, B. 2006. Behavior disorders of dementia: Regognition and treatment. [Viitattu: 2015 – 6 – 30] Saatavissa: http://www.aafp.org/afp/2006/0215/p647.html

Ridder, HM., Wigram, T. & Ottesen, AM. 2009. A pilot study on the effects of music therapy on frontotemporal dementia - developing a research protocol. Nordic Journal of Music Therapy. 18 (2). 103 – 132.

Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede. Journal of Nursing Science. 23 (1). 46 – 55.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto 2014. [Viitattu: 2015 – 4 – 14] Saatavissa: https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/

Salovuori, T. 2014. Luonto kuntoutumisen tukena. Tampere: Mediapinta.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys. [Viitattu:2015 – 4 – 9] Saatavissa: http://kouvolanseudunmuisti.fi/linkkisivut/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa: Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 82 – 94.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Porvoo: WSOY. 133 – 136.

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. [Viitattu: 2015 – 4 – 8] Saatavissa: http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1

Suutama, T. 2013. Muisti ja oppiminen. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinkii: Duodecim.

Terveyskirjasto 2009. Dementia. [Viitattu: 2015 – 9 – 23] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00054

Terveyskirjasto 2010. Muistisairaudet. [Viitattu: 2014 – 12 – 2] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50044

Terveyskirjasto 2012. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). [Viitattu: 2014 – 12 – 2] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Terveyskirjasto 2015a. Muistisairauden käytösoireiden hoito. [Viitattu: 2015 – 2 – 24] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00524

Terveyskirjasto 2015b. Lewyn kappale-tauti. [Viitattu: 2015 – 9 – 23] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Terveyskirjasto 2015c. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). [Viitattu: 2015 – 9 – 26] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Muistisairauksien kustannukset. [Viitattu: 2015 – 3 – 10] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Vataja, R. 2001. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Muistikeskus Helsinki-Bulevardi. [Viitattu: 2015 – 4 – 22] Saatavissa: http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/39/kaytosoireet140403.pdf

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 477 – 478, 485 – 486.

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Käytösoireiden hoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 92 – 93

Valta, M. 2011. VeTePo-hanke. Hoitotieteenlaitos. VSSHP. [Viitattu: 2015 – 3 – 10] Saatavissa: http://www.vete.fi/Raportit/PO/Julkaisut/Julkaisu_J13.pdf

Viramo, P. 2015. Muistisairauden aiheuttamat käytöoireet. Oulun seudun muistiyhdistys. [Viitattu: 2015 – 8 – 25] Saatavissa: http://www.osmy.fi/sites/default/files/Muistisairauksien%20k%C3%A4yt%C3%B6soireet%20Petteri%20Viramo.pdf

Virkola, C. & Vuori, U. 2006. Suomen dementiahoitoyhdistys. Dementiamaailma. Kuopio: Liikekirjapaino Oy.

Zec, RF. & Burkett, NR. 2008. Non-pharmacological and pharmacological treatment of the cognitive and behavioral symptoms of Alzheimer disease. NeuroRehabilitation. 23; 432.

LIITTEET

LIITE 1 Lupa kehittämistyön tekemiseen

Kuopio 28.9.2015

Vetrea Terveys Oy

Otsola

Opiskelijoilla Maria Saarimäki ja Reetta Polvinen on lupa tehdä opinnäytetyö muistisairaan potilaan käytösoireista ja lääkkeettömistä hoitokeinoista kohde organisaatiossa Vetrea Terveys oy:n Otsolan palvelukoti

Palvelujohtaja Pirjo Shemeikka

LIITE 2 Muistisairaan potilaan käytöshäiriöt ja lääkkeettömät hoitokeinot- sähköinen ohjeistus Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön hoitohenkilökunnalle

Ohjeistuksen tavoitteena

- Lisätä hoitajien tietoisuutta muistisairaan potilaan käytösoireiden lääkkeettömistä hoitokeinoista.
- Auttaa hoitajia ymmärtämään käytösoireiden syitä.
- Kertoa yleisimmistä muistisairauksista ja niihin liittyvistä käytösoireista ja niiden lääkkeettömistä hoitokeinoista.

Yleisimmät muistisairaudet

- Alzheimerin tauti (70 %)
- Lewyn kappale-tauti (20 %)
- Vaskulaarinen dementia (15 %)

Yleisimmät muistisairaan käytösoireet

- Aggressiivisuus
- Levottomuus ja vaeltelu
- Ahdistuneisuus

Käytösoireiden lääkkeetön hoito

- Muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksen mukaisesti.
- Lääkkeettömään hoitoon kuuluu jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen hoitoympäristön ja – yhteisön avulla.

Käytösoireiden lääkkeetön hoito

- Hyvin tehty käyttäytymisen syiden selvitys, arviointi sekä selkeällä puhekielellä toteutettu ohjaus saattavat riittää käytösoireiden hoidoksi.

Käytösoireiden hoidon tavoite

- Ensisijainen tavoite on käytösoireiden ennaltaehkäisy, johon liittyy hoitohenkilökunnan hyvä osaaminen sekä hoidettavan tarpeet huomioiva elinympäristö.
- Kaikkiin käytösoireisiin ei tarvitse puuttua. Niihin puututaan ainoastaan, jos oireet rasittavat muistisairasta itseään, omaisia tai muita ihmisiä.

Aggressiivisuuden ilmeneminen

- Aggressiivisuus usein ongelmallista, koska potilas ei itse kykene kuvaamaan tunteitaan sanallisesti eikä kontrolloimaan käyttäytymistään.
- Aggressiivisuus voi ilmetä sekä fyysisenä että sanallisena käytösoireena. Voimankäyttö, väkivalta ja huutelu.
- Useimmiten aggressiivisuuden kohteena on joko omainen tai hoitaja mutta joskus se voi kohdistua myös toisiin asukkaisiin ja potilaisiin.

Aggressiivisuuden helpottaminen

- Aggressiivisuus voi liittyä tiettyihin tilanteisiin ja sitä voi ilmetä esimerkiksi peseytymisen, pukeutumisen tai syömisen yhteydessä. Tärkeintä pyrkiä muuttamaan joko itse tilannetta, hoitajan tai omaisen toimintaa ja asennoitumista tilanteeseen.
- Kun muistisairas kokee tulevansa alitetuksi, nolatuksi tai pakotetuksi esimerkiksi peseytymissä tärkeä muistaa hienotunteisuus, ihmisen omatoimisuuden kykyjä tukeva ja arvostava puhetapa sekä selkeä ohjaus.

Levottomuuden ja vaeltelun ilmeneminen

- Levottomuus voi olla sekä verbaalista että fyysistä.
- Verbaaliseen levottomuuteen kuuluu toistuva kyseleminen, samojen asioiden hokeminen ja esimerkiksi hoitajan toistuva kutsuminen ilman yksittäistä syytä sekä tavaroiden keräily tai toisto-oireet.
- Jotta levottomuuden syy saataisiin selville, on muistisairaan taustaan perehdyttävä ja selvitettävä milloin, missä tilanteissa ja minkä tyyppisiä levottomuuden oireita esiintyy.

Ahdistuneisuutta aiheuttavat tekijät

- Muistisairas tuntee itsensä yleensä ahdistuneeksi sairauden lievässä vaiheessa, jolloin hän itse kykenee vielä ymmärtämään oman tilansa. Tässä vaiheessa aiemmin mielihyvää tuottaneet tapahtumat saattavat muuttua ahdistaviksi ja tulevaisuus aiheuttaa huolta.
- Ahdistuneisuuden taustalla saattaa olla myös pelko yksinäisyydestä ja esimerkiksi hoitajan poistuminen näköpiiristä saattaa synnyttää pelon yksin jäämisestä.
- Heikentynyt oppimiskyky ja muisti sekä toistuva kyseleminen voivat johtaa asioiden kaaokseen sairastuneen mielessä.

Ahdistuneisuus ja sen helpottaminen

- Ensisijaiset keinot ahdistuneisuuden hoitoon ovat lääkkeettömiä.
- Hoitajan turhautuminen oireiluun useimmiten pahentaa muistisairaan ahdistuneisuutta.

Ahdistuneisuuden helpottaminen

- Turvallisuuden tunteen vahvistaminen, tuttujen vaatteiden ja tapojen käyttäminen, kuunteleminen, rauhallisuus, aktiivinen läsnäolo sekä ympäristön muuttaminen selkeäksi ja ilmapiiriltään kodikkaaksi lievittää ahdistusta.

Ympäristön vaikutus käytösoireisiin

- Asuinympäristön tulisi olla fyysisesti turvallinen, ilmapiiriltään luotettava ja rauhallinen, onnistumisen kokemuksia mahdollistava sekä ihmisarvoa tukeva.
- Asuinympäristön luomisessa hoitohenkilökunta ja heidän ammattitaitonsa sekä asenteensa ovat avainasemassa.

Ympäristön vaikutus käytösoireisiin

- Kanssakäymisessä selkeys, rauhallisuus ja välittämisen viestittäminen luovat muistisairaalle turvallisuuden tunnetta.
- Hoitoympäristön muuttaminen turvalliseksi sekä sopivien virikkeiden tarjoaminen ovat yksi osa hyvää hoitoa.

Käytösoire	Hoitokeinot
Ahdistuneisuus	Luo turvallinen ja kodikas ilmapiiri. Säilytä totutut rutiinit. Kohtaa muistisairas kunnioittavasti, ole läsnä. Käytä mahdollisuuksien mukaan erilaisia terapiamuotoja kuten musiikki- tai lemmikkiterapia. Puhu selkeästi ja anna yksinkertaisia ohjeita.
Aggressiivisuus	Ole hienotunteinen ja rauhallinen. Puhu arvostavasti ja selkeästi. Anna selkeät ohjeet. Rauhoittele potilasta puhumalla, pysy itse rauhallisena. Tarvittaessa keskeytä hoitotilanne ja pyydä apua.
Levottomuus ja vaeltelu	Varmista ympäristön ja asuintilojen turvallisuus. (tilojen avoimuus ja valoisuus, hillityt värit, kävelytilojen väljyys, riittävä valaistus, lukitse ovet tarvittaessa). Salli touhuilu ja liikkuminen, vältä liiallista rajoittamista.

Lähteitä

- Gitlin, L., Kales, H. & Lyketsos, C. 2012. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. [Viitattu: 2015 – 6 - 30] Saatavissa: http://www.healthinaging.org/resources/resource:non-drug-remedies-can-help-treat-behavioral-problems-among-older-adults-with-dementia/
- Hungerford, C., Jones ,T. & Cleary, M. 2014. Pharmacological versus non-pharmacological approaches to managing challenging behaviours for people with dementia. British Journal of Community Nursing. 19 (2); 75,76.
- Ridder, HM., Wigram ,T. & Ottesen, AM. 2009. A pilot study on the effects of music therapy on frontotemporal dementia - developing a research protocol. Nordic Journal of Music Therapy. 18 (2). 103 – 132.
- Terveyskirjasto 2015a. Muistisairauden käytösoireiden hoito. [Viitattu: 2015 – 2 – 24] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00524

Tekijät:
Reetta Polvinen
Maria Saarimäki
Yhteistyössä Vetrea Terveys Oy:n Otsolan yksikön kanssa