

LÄÄKEMUUTOKSET OSANA MUISTISAIRAAN ELÄ- MÄNLAATUA

- Palvelukoti Kivitaskussa hoitajien näkökulmasta

Ulla Heikkinen ja Riitta Niskanen

Opinnäytetyö, syksy 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Itä Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Minä olen tässä

olen tässä elämässä, vaikken tiedä missä
minä olen tässä
et aina tiedä
mikä luo tuskaa
Tahdon rauhaa, hellyyttä,
ymmärrystä suurta,
tarvitsen vierellä kulkijaa,
Pidä kädestä kiinni
minut huomaa,
pienen hetken
hoitajan suomaa
olen tässä elämässä, vaikket tiedä missä
minä olen tässä

Riitta & Ulla

TIIVISTELMÄ

Heikkinen Ulla & Niskanen Riitta. Lääkemuutosten vaikutukset osana muistisairaana elämänlaatua - Palvelukoti Kivitaskussa hoitajien näkökulmasta. Pieksämäki, syyskuu 2011, 52 s., 6 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden elämänlaatua ja lääkehoidon osuutta siihen on tutkittu vähän. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää eräiden psyyke-, muistisairaus- ja kipulääkkeiden muutoksia ja lääkemutosten vaikutuksia muistisairaiden elämänlaatuun Palvelukoti Kivitaskussa vuoden tutkimusjakson aikana. Lääkehoidon tutkimustarve lähti Kivitaskusta. Toivomme, että tutkimuksemme lisää keskustelua lääkehoidon merkityksestä muistisairaana elämänlaadulle.

Haastattelimme neljää Kivitaskun hoitajaa, jotka kuvasivat neljän Kivitaskussa asuvan asiakkaan lääkemutosten vaikutuksia elämänlaatuun. Hoitajien kertomuksen mukaan asiakkailla oli keskivaikea tai vaikea muistisairaus. Tutkimuksemme toteutettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Analysoimme teemahaastattelun sisällönanalyyysillä asiakkaiden elämänlaadun muutoksista ja vertailimme tutkimuksen lähtötilannetta lopputilanteeseen.

Tutkimustulokseksi saatiin hoitajien kertoman mukaan, että kaikilta asiakkailta vähennettiin psyykelääkkeitä. Kahdelle asiakkaalle lisättiin kipulääkitystä sekä yhdelle asiakkaalle aloitettiin muistisairauslääkitys. Hoitajien kuvausten mukaan vuoden tutkimusjakson aikana kahden asiakkaan elämänlaatu parani ja kahden heikkeni. Lääkemutosten vaikutuksia elämänlaatuun oli vaikea selvittää, koska elämänlaatuun vaikuttavia asioita on paljon. Haastateltavien hoitajien mukaan oikeanlaisen psyykelääkityksen löytyminen ja muistisairauslääkkeen aloittaminen näytti parantavan muistisairaana elämänlaatua.

Ennen lääkemutosten tekoa olisi tärkeää kouluttaa henkilökunta tunnistamaan lääkemutosten vaikutusta elämänlaatuun. Jatkotutkimushaasteena olisi lääkehoidon moniammatillisuuden merkitys muistisairaiden elämänlaadulle.

Asiasanat: elämänlaatu, lääkehoito, muistisairas, pitkäaikaishoito, ikääntynyt

ABSTRACT

Heikkinen Ulla and Niskanen Riitta. The effects of medicine changes as a part of quality of life among memory disordered clients -from the perspective of nurses in nursing home Kivitasku. 52 p., 6 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2011.

Diaconia university of applied sciences. Degree programme in nursing. Degree: nurse.

In long-term care memory disordered clients' quality of life and the part of medical treatment in it have been studied to a small extent. Our research's purpose was to examine some of psyche-, memory- and analgesic medicine changes and medical changes effects on the quality of life in nursing home kivitasku in one year's period of examining. The need of examining medical treatment started from kivitasku. We hope that our research will add more conversation from the meaning of medical treatments' for memory disordereds' quality of life.

We interviewed four kivitaskus' nurses, who described four clients' medical changes effects to their quality of life, who lived in kivitasku. By the nurses narration all clients had severe or average memory problems. Our research was made using a qualitative research method. We analyzed with theme interviews' contentanalyze the clients life quality changes by comparing starting results and end results.

Research results were by nurses recitation, that reducing all clients' amounts of psychotic drugs. Two of clients were given more analgesic medication and memory medication was started for one client. After one year of examining period two clients' quality of life improved and two clients' quality of life weakened. Medical changes' influences on the quality of life were hard to figure out because there are many things that affect the quality of life. According to our interwieved nurses finding the right kind of psychotic medication and starting memory medication seemed to improve memory disordered clients' quality of life.

Before making the medical changes it would be very important to train staff to recognize the effects of medical change on the quality of life. The futures research challenge would be medical treatments' multiprofessional significance on the quality of life.

Keywords: quality of life, medication, the memory disorder, long-term care, aged

SISÄLLYS

1 HOITAJA VIERELLÄKULKIJANA.....	5
2 MUISTISAIRAAN ELÄMÄNLAATUUN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	6
2.1 Ikääntyneen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä	6
2.2 Pitkäaikaishoidossa olevan elämänlaatuun vaikuttavat tekijät.....	7
2.3 Muistisairaana elämänlaatua heikentäviä tekijöitä.....	8
3 IKÄÄNTYNEEN LÄÄKEHOITO OSANA ELÄMÄNLAATUA.....	10
3.1 Ikääntyneen lääkehoidon toteutuksessa huomioitavaa.....	10
3.2 Ikääntyneen lääkehoidon seuranta.....	12
3.3 Psyky-, muistisairaus- ja kipulääkkeet	12
3.4 Sairaanhoidajan rooli lääkehoidossa ja elämänlaadun tukijana	14
4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA ELÄMÄNLAADUSTA JA LÄÄKEHOIDOSTA	
.....	16
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	18
6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINESTO	19
6.1 Tutkimusympäristö.....	19
6.2 Tutkimukseen valitut lääkeryhmät	19
6.3 Tutkimusaiheen ja menetelmien valinta.....	20
6.4 Tutkimuksen lupa-asiat sekä haastateltavien hoitajien valinta.....	21
6.5 Laadullinen teemahaastattelu ja litterointi.....	22
6.6 Haastatteluaineiston analyysi ja tulosten esittäminen	24
7 TULOKSET	26
7.1 Hilman elämänlaadun muutokset	26
7.2 Emman elämänlaadun muutokset.....	28
7.3 Vienon elämänlaadun muutokset	30
7.4 Mantan elämänlaadun muutokset.....	32
8 SOPIVA JA RIITTÄVÄ LÄÄKITYS TUKEE ELÄMÄNLAATUA	34
8.1 Yhteenveto yksilötasolla	34
8.2 Tutkimustulosten tarkastelua.....	35
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	37
8.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	38
8.5 Loppusanat	40
LÄHTEET.....	42

LIITTEET	47
LIITE 1 Lähtötason kuvauslomake	47
LIITE 2 Tutkimuksen haastatteluteemat	48
LIITE 3 Hilman fyysinen elämänlaatu	49
LIITE 4 Hilman psyykinen elämänlaatu	50
LIITE 5 Hilman sosiaalinen ja hengellinen elämänlaatu	51
LIITE 6 Hilman lääkemuutokset	52

1 HOITAJA VIERELLÄKULKIJANA

Väestötutkimusten mukaan Suomessa on tällä hetkellä n. 89 000 keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairasta. Pitkäaikaishoidossa olevista kahdella kolmesta on muistisairaus. Vuonna 2060 Suomessa arvioidaan olevan jo 239 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa. Siksi on yhä tärkeämpää kiinnittää muistisairaaseen elämänlaatuun ja lääkehoitoon huomiota jo varhaisessa vaiheessa, jotta muistisairaiden laadukas ja taloudellinen sekä tehokas hoito toteutuu. (Martikainen, Viramo & Frey 2010, 38–39, 49.) Muistisairaaseen optimaalisen lääkehoidon toteutumiseen liittyy monia ongelmia, joiden ennaltaehkäisyssä sairaanhoitajalla ja muilla lääkehoitoon osallistuvilla täytyy olla yhteinen näkemys ja riittävä osaaminen. Hyvä lääkehoito edistää muistisairaaseen elämänlaatua. Sairaanhoitajan täytyy työssään pohtia muistisairaaseen lääkehoitoa osana elämänlaatua.

Tutkimuksemme käsittelee palvelukoti Kivitaskun asiakkaiden lääkemuutosten vaikutuksia elämänlaatuun hoitajien näkökulmasta. Pitkäaikaishoidossa olevan muistisairaaseen elämänlaadussa lääkehoidolla on suuri merkitys ja lääkehoidon ongelmista puhutaan paljon julkisuudessa. Sairaanhoitaja on osaltaan vastuussa lääkehoidon toteutuksesta ja ikääntyneen elämänlaadun tukemisesta. Näemme tärkeäksi tiedostaa työssämme lääkehoidon vaikutukset muistisairaiden elämänlaatuun. Tutkimme lääkemuutosten vaikutuksia Virtasalmella palvelukoti Kivitaskussa, missä on tehostettua ympärivuorokautista hoitoa.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää eräiden psyyyke-, muistisairaus- ja kipulääkkeiden muutoksia ja lääkemuutosten vaikutuksia asiakkaiden elämänlaatuun palvelukoti Kivitaskussa vuoden tutkimusjakson aikana. Rajasimme lääkkeet jatkuvasti käytössä oleviin psyyyke-, muistisairaus- ja kipulääkkeisiin, koska niiden käytössä on tutkimusten (mm. Hosia-Randell 2010; Kivelä ja Räihä 2007) mukaan eniten ongelmia. Tutkimuksessa mukana olleet asiakkaat olivat naisia, joiden keski-ikä oli 89 vuotta. Käytämme heistä käsitettä ikääntynyt. Pitkäaikaishoito tai laitoshoido käsitteillä tarkoitamme tutkimuksessamme tehostettua ympärivuorokautista hoitoa. Tutkimustuloksiamme voi hyödyntää Kivitaskussa. Toivomme, että tutkimuksemme lisää keskustelua lääkehoidon merkityksestä muistisairaaseen elämänlaadulle.

2 MUISTISAIRAAN ELÄMÄNLAATUUN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Muistisairaus esiintyy noin 80–85 %:lla pitkäaikaishoitopaikalla asuvalta. (Suhonen ym. 2008, 16–17.) Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, mikä heikentää muistin lisäksi hahmottamista, toiminnanohjausta ja kielellisiä toimintoja. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet kuten moni-infarktidentia sekä Parkinsonin taudin muistisairaus. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 16.) Haastatteluvien hoitajien mukaan asiakkailta oli jokin edellä mainituista muistisairauksista.

2.1 Ikääntyneen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä

Elämänlaatua on tutkittu paljon, mutta sitä on vaikea määritellä, koska elämänlaatu on monimuotoinen ilmiö ja siihen vaikuttavat painotukset muuttuvat henkilöistä, kulttuurista ja tilanteista riippuen. Ikääntyvien elämänlaatu ja siihen vaikuttavat asiat tulevat tärkeämmiksi vanhustenhuollon palveluissa, koska vuonna 2020 Suomessa arvioidaan tilastokeskuksen mukaan olevan 1,3 miljoonaa yli 65-vuotiasta. (Kattainen 2010, 192–193.) Muistisairaiden elämänlaatua on tutkittu vasta vähän. Lawtonin mallissa elämänlaatuun sisältyvät psykologinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu, tarkoituksenmukainen ympäristö ja kognitiivinen sekä toiminnallinen kyvykkyys. (Hänninen 2011.) Vartiaisen (2005, 59) mukaan lääkehoidolla on suuri merkitys ikääntyneen elämänlaadulle.

Vaaraman (2002, 11–13) mukaan elämänlaatuun vaikuttavat myös hengelliset asiat sekä suhtautuminen toimintakyvyn laskuun ja hoitoon sekä palveluun. Subjektiiivinen elämänlaatu kertoo ihmisen omasta kokemuksesta elämänlaadustaan ja objektiivinen elämänlaatu mittaa elämänlaatua toisen tarkastelemana. Hoidon laadulla tuetaan elämänlaatua ja hoidon laadun ja sen saatavuuden merkitys kasvaa avun tarpeen lisääntyessä. (Vaarama 2002, 11–13; Lamminniemi & Nurminen 2008.) Tutkimuksessamme tulokset koskivat objektiivista elämänlaatua hoitajien näkökulmasta.

Ikääntyneen elämänlaatuun vaikuttaa fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ympäristö. Läheiset ihmiset, kuten perhe, ystävät ja hoitohenkilökunta ovat merkityksellisiä elämänlaadun ylläpitämisessä muistisairaalle laitoksessa asuvalle ikääntyneelle. Onnelli-

suus, yksilöllinen kokemus terveydentilasta ja elämään tyytyväisyys määrittävät ikääntyneen elämänlaatua. Ikääntyneille terveys on sairauksista selviytymistä ja terveyden säilymistä mahdollisimman hyvänä. Ikääntymisen hyväksyminen edellyttää sopeutumista ikääntymisen aiheuttamiin menetyksiin, huoliin ja toimintakyvyn sekä terveyden heikkenemiseen. Hyödyllisyyden kokemus sekä kehon ja mielen tasapaino edistävät sopeutumista. Ikääntyneen elämänlaatua on vaikea tarkastella ulkopuolelta koska yksilölliset kokemukset eroavat toisistaan suuresti ja koko eletty elämä vaikuttaa sen hetkiin elämänlaadun kokemiseen. (Lamminniemi & Nurminen 2008; Kattainen 2010, 191–194.)

Kattaisen (2010, 194–196) mukaan toimintakyky ja elämänlaatu ovat yhteydessä toisiinsa, sillä tunne hyvästä selviytymisestä arjessa parantaa elämänlaatua. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat päivittäiset perustoiminnot, liikkuminen ja aistitoiminnot. Psykkiseen toimintakykyyn sisältyvät kognitiiviset taidot eli muisti, oppiminen ja kielelliset taidot, psyykinen hyvinvointi, selviytymiskeinot ja elämäntilanne. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät osallistuminen ja yhteisöön kuuluminen. Aktiivisuus edistää toimintakykyä ja toimintakyvyn säilyminen mahdollistaa arjen askareista selviytymisen sekä oman elämän hallinnan tunteen. Toimintakyvyn lasku lisää avun tarvetta ja heikentää itsemääräämistä, elämänlaatua sekä hyvinvointia. (Kattainen 2010, 194–196.)

2.2 Pitkäaikaishoidossa olevan elämänlaatuun vaikuttavat tekijät

Savikko, Huusko ja Pitkälä (2006, 24–39) toteavat, että elämänlaadun mittaukset saattavat antaa virheellisen tuloksen suhteessa siihen miten ikääntynyt itse kokee elämäntilansa olevan. Ikääntynyt voi kokea elävänsä laadukasta elämää saadessaan avun ja tuen jokapäiväisen elämän sujumiseen. Ikääntyneen elämänlaatua tutkittaessa on tärkeää huomioida elämäntilanne ja painottaa ikääntyneen elämän tärkeitä osa-alueita. Elämänlaadun mittaaminen luotettavasti on vaikeaa muistisairaalta kommunikaatiokyvyn heikentymisen vuoksi. Mittaustulos perustuu joko läheisen tai hoitajan näkemykseen, eikä sisällä subjektiivista kokemusta. Hoitaja tai läheinen määrittelee usein elämänlaadun ja toimintakyvyn huonommaksi kuin se potilaan mielestä on. (Savikko, Huusko & Pitkälä 2006, 24–39.)

Lamminniemen ja Nurmisen (2008) mukaan hoiva- tai palvelukodissa asuvat ovat tyytyväisempiä elämäänsä kuin laitoshoidossa olevat. Laitoshoitoon meno vaikuttaa ikääntyneen elämänlaatuun kokonaisvaltaisesti. Fyysisesti huonokuntoisen ja hoitajista riippuvaisen elämänlaatua edistää osallistumisen ja toiminnan mahdollistava ympäristö. Ikääntyneen omien mieltymysten mukaan suunnitellulla aktiviteetilla sekä sosiaalisella tuella voidaan parantaa heikkokuntoisen ihmisen elämänlaatua. Omatoimisuuden tukeminen ja kuntouttava työote ovat tärkeitä, joilla edistetään toipumista ja ehkäistään voimien heikkenemistä. Kokonaisvaltainen hoito tukee elämänlaatua ikääntyneen jäädessä pitkäaikaiseen laitoshoitoon. (Lamminniemi & Nurminen 2008.)

Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden elämänlaatu on ollut huono erityisesti psykososiaalisella alueella ja syinä ovat olleet vähäiset vuorovaikutussuhteet sekä toiminnan ja osallistumismahdollisuuksien puuttuminen. Pitkäaikaishoidossa yleisten käyttöhäiriöiden syynä on usein huono elämänlaatu. Elämänlaatua pystyttiin parantamaan ihmislähtöisellä ja kokonaisvaltaisella hoidolla, lääketieteellistä hoitoa kehittämällä ja psykososiaalisen hoidon menetelmin. (Eloniemi-Sulkava 2011.) Psykososiaalisiin hoitoihin kuuluvat mm. validaatio- eli realiteettiterapia, muistelu, musiikki sekä päivittäiset viriketoiminnot (Kivelä & Koistinen 2010, 597).

2.3 Muistisairaana elämänlaatua heikentäviä tekijöitä

Muistisairaista lähes kaikilla on käytösoireita. Ne heikentävät muistisairaana elämänlaatua. Tavoitteena on ennaltaehkäistä käytösoireita lääkkeettömällä hoidolla. Käytösoireita voivat olla esim. levottomuus, masennus, ahdistuneisuus, unettomuus, huutelu ja saman sanan pakonomainen toisto. Muistisairaana kovaäänistä huutelua voi aiheuttaa mm. kipu, masennus, hoitamaton sairaus, fyysinen epämukavuus tai virikkeettömyys. Käytösoireiden syy on aina selvitettävä ja hoidettava. (Koponen & Saarela 2010, 485–486, 489–495.) Hoitajien mukaan asiakkailta löytyi kaikkia edellä mainittuja käytösoireita.

Tilviksen (2006, 17) mukaan yli 80-vuotiaista joka toinen kärsii toimintakykyä ja elämänlaatua alentavista kivuista. Kipu heikentää merkittävästi ikääntyneen elämänlaatua, koska se heikentää toimintakykyä ja liikkumista sekä aiheuttaa masennusta, univaikeuk-

sia ja sosiaalista eristäytymistä. Siksi kroonisen kivun hoito tukee omatoimisuutta ja elämänlaatua. (Pitkälä 2006, 4–8.)

Muistisairaudet heikentävät kivun ilmaisemista ja tunnistamista, siksi muistisairaana kivun hoito on erittäin haasteellista. Hyvän ammattitaidon lisäksi hoitajan kiinnostus, kiireettömyys, aito läsnäolo sekä asiakkaan tunteminen auttavat sen tulkitsemisessa. Hoitajan oma asenne kipua kohtaan vaikuttaa kivun tunnistamiseen. Ellei muistisairas kykene enää sanallisesti ilmaisemaan kivun tunnettaan, hoitajan täytyy tunnistaa se ulkoisista tekijöistä kuten ilmeistä, eleistä, valituksesta sekä kehon liikkeistä. Muistisairaana ilme voi olla tuskainen, hän voi kyetä näyttämään kipeää kohtaa, tai hieroa sitä käsillään. Fyysiset muutokset voivat esimerkiksi näkyä muuttuneina ruokailutottumuksina, unirytmissä tai kivun aiheuttamana tuskan hikenä. Muistisairaana aktiivisuuden muutokset, aggressiivinen tai ärtyisä käytös, hätäisyys tai levottomuus voivat kertoa kivusta. (Kankkunen, Taponen & Suominen 2007; Kekola, Siljander, Tähtäpää, Vanne & Viili 2004, 77, 78, 80.)

Muistisairaana heikentynyt lääkkeensietokyky ja monilääkitys vaikeuttavat kivun tunnistamista ja hoitoa. Kipu kroonistuu helpommin, siksi sen tehokas hoito alusta asti on tärkeää. Kivut kaventavat ajatusmaailmaa sekä vaikeuttavat kognitiivisia toimintoja. Muistisairaana kipu voi laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hoidettavan sekavuustilan. (Pitkonen 2009, 96.) Erityisesti muistisairailta tarkkaillaan keskushermostoperäisiä sivuvaikutuksia kuten väsymystä, uneliaisuutta ja sekavuutta. Vaikean kivun hoito voi vaatia useamman lääkkeen yhdistelmää. Toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kärsimyksen lievittämiseksi arvioidaan, mikä lääke yhdistelmä aiheuttaisi suurimman hyödyn ja pienimmät haitat. Laitoksessa asuvan ikääntyneen kivun hoidon tavoitteena on viimeisten elinvuosien paras mahdollinen elämänlaatu. (Finne-Soveri 2006, 9–13.)

3 IKÄÄNTYNEEN LÄÄKEHOITO OSANA ELÄMÄNLAATUA

Lääkehoidon tarkoituksena on parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä. Ikääntyminen voi hidastaa tai nopeuttaa lääkkeiden imeytymistä. Lääkeaineen hidas poistuminen elimistöstä nostaa lääkepitoisuudet korkeiksi lisäten haitta- sekä yhteisvaikutusten riskiä. Nopea lääkeaineen poistuminen puolestaan estää lääkkeen toivottua vaikutusta. (Kivelä & Rähä 2007.) Ikääntyneille sopimattomista lääkkeistä laadituilla listoilla on tarkoituksena vähentää sopimattomien lääkkeiden käyttöä ikääntyneillä. Ikääntyneet yhdistävät oireet yleensä sairautensa tai pitävät niitä ikääntymiseen kuuluvana asiana eivätkä siten tunnista lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista tulevia oireita. Oireiden alkuperä pitääkin aina selvittää. Tutkimusten lisäksi pitää perehtyä asiakkaan hoitokertomuksiin, joista löytyy diagnoosien lisäksi tietoa tutkituista asioista sekä milloin ja mihin lääkityksiä on aloitettu. (Lampela, Pasi; Hartikainen, Sirpa; Sulkava, Raimo & Huupponen, Risto 2007, 2664–2666.)

Eniten lääkkeitä käyttävät 85 vuotta täyttäneet laitoksessa asuvat naiset. Säännöllisesti käytettävien lääkkeiden määrä yleistyy ja tarvittavien lääkkeiden määrä vähenee. Noin puolet ikääntyneistä käyttää psyykelääkkeitä ja kaikilla laitoshoidossa olevilla on hermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Vartiainen (2005) mukaan tämänhetkistä WHO:n suositusta ikääntyneen lääkehoidosta korkeintaan 3-4 lääkkeestä tulisi nostaa viiteen lääkkeeseen, jolloin raja olisi realistisempi nykytilanteeseen nähden. (Vartiainen 2005, 18, 59.) Ahosen (2011) mukaan 29 % ikääntyneistä käytti vähintään kymmentä eri lääkettä. Hosia-Randellin mukaan ikääntyneillä yleisimpiä käytössä olevia lääkkeitä ovat sydän- ja verisuonilääkkeet, diabeteslääkkeet ja laksatiivit (Hosia-Randell 2010).

3.1 Ikääntyneen lääkehoidon toteutuksessa huomioitavaa

Ikääntyneillä on tärkeää aloittaa lääkehoito pienellä annoksella lääkevaikutusta seuraten ja suurentaa hitaasti annosta. Runsasta ja monimutkaista lääkitystä pitää välttää. Oikein toteutetulla lääkehoidolla elämänlaatu paranee ja aktiivinen elinikä pitenee. Lääkkeet voivat aiheuttaa yleiskunnon romahtamisen ja henkisen suorituskyvyn laskun sekä sairaalaan joutumisen. (Tilvis ym. 2011, 137.)

Monilääkitys tarkoittaa useiden lääkkeiden samanaikaista käyttöä. Laitoshoidossa olevilla monilääkitys on yleisempää kuin kotona asuvilla (Vartiainen 2005, 18). Lääkkeen toivotun vaikutuksen lisäksi lääkkeestä voi tulla haittavaikutuksia. Oireista ja niiden vahvuuksista riippuu, miten haittavaikutukseen reagoidaan. Mitä enemmän lääkkeitä on käytössä, sen suurempi riski on niiden yhteisvaikutuksille. Lääkkeiden käyttömäärä lisääntyy iän mukana, jolloin vaikutuksia sekä haittavaikutuksia on tärkeää seurata. Se vaatii tarkkuutta ja yhteistyötä hoitoon osallistuvilta tahoilta, potilaalta ja omaisilta. Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksiin voidaan määrätä lääkitystä, jolloin käytettävien lääkkeiden määrä kasvaa. Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset heikentävät ikääntyneen elämänlaatua ja lisäävät tapaturmien vaaraa. Siksi on syytä pyrkiä optimaaliseen tilanteeseen, jolloin lääkitään riittävästi, mutta ei liikaa. (Kivelä & Rähä 2007.)

Hosia-Randell (2010) totesi psyykelääkkeitä käytettävän vanhainkodissa asuvilla ikääntyneillä paljon ja suurella käyttömäärällä olevan yhteys henkilökunnan pieneen määrään. Psyykelääkkeitä käytettiin herkemmin niillä ikääntyneillä, joilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Jyrkän (2011) mukaan laitoksessa asuvilla ikääntyneillä oli käytössä keskimäärin kolme lääkettä enemmän kuin kotona asuvilla ikääntyneillä. Sairautta kohti käytettävien lääkkeiden määrä oli suuri. Sairauksien määrä nostaa lääkemäärää jolloin Ahosen (2011) mukaan riski iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käytöstä kasvaa ja sitä kautta niiden yhteisvaikutusten riski myös nousee. Jyrkkä pohtiikin hoitosuosituksen merkitystä ikääntyneiden lääkemäärän kasvussa. Vartiainen (2005, 53) näkee medikalisaation yleistymisen olevan suurimpia syitä lääkemäärien lisääntymiselle. Useissa tutkimuksissa (esim. Hosia-Randell 2010, Ahonen 2011, Jyrkkä 2011) todetaan ikääntyneen terveydentilan, ravitsemustilan ja toimintakyvyn huonontuessa lääkityksen lisääntyvän, jolloin myös monilääkityksen ja yhteisvaikutusten riski kasvaa. (Hosia-Randell 2010; Jyrkkä 2011; Ahonen 2011.)

Useissa tutkimuksissa (mm. Ahonen 2011, Jyrkkä 2011, Lipsanen 2009, 45) painotetaan moniammatillisuuden tärkeyttä ikääntyneen lääkehoidossa. Se edesauttaa laadukasta ja hyvää hoitoa. Työryhmään kootaan ikääntyneen hoitoon osallistuvan lääkärin lisäksi farmaseutti, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Tarvittaessa olisi tärkeää saada myös geriatriin näkemys ikääntyneen lääkehoidosta. Moniammatillisen lääkehoidon mallissa hyödynnetään kaikkien osapuolten erityisosaamista. Kaikkiin hoitoon osallistuvien tahojen tehdessä yhteistyötä ehkäistään monilääkitystä ja yh-

teisvaikutusten riski pienenee. Tästä yhteistyöstä on todettu olevan potilaan elämänlaadun paranemisen lisäksi taloudellisesta hyötyä. (Lipsanen 2009, 45; Heikura, Pitkänen, Hakala & Puurunen 2009; Ahonen 2011; Jyrkkä 2011.)

3.2 Ikääntyneen lääkehoidon seuranta

Ikääntyneiden lääkehoidossa on monenlaisia ongelmia. Lääkitykselle ei välttämättä ole enää sitä tarvetta, mihin se aikoinaan on määrätty, jolloin lääkityksen pääasiallinen vaikutus saattaa jopa olla haitallinen. Liian pienet lääkeannokset puolestaan eivät tuo toivottua tehoa. (Lipsanen 2009, 75) Erityisesti hoitolaitoksissa tulisi pohtia tarkoituksenmukaista lääkkeenmääräystä ja hoitotapoja sekä hoitokulttuuria, koska niillä on suuri merkitys ikääntyneen lääkityksessä (Vartiainen 2005, 54). Ikääntyneiden lääkitys tulisi arvioida aina kun terveydentilassa tapahtuu muutoksia tai vähintään vuoden välein (Ahonen 2011). Erityisen tärkeää on arvioida toistuvasti psykye- ja kipulääkkeiden tarvetta. (Tilvis, Neuvonen & Pitkälä 2011, 127–128.)

Lääkehoitoa tarkasteltaessa tulee huomioida ikääntyneen terveydentila, sairaudet ja kokonaislääkitys ja sen tarve. Vakituksessa käytössä olevien lääkkeiden vähentäminen tai lopettaminen pitää suunnitella huolella ja tehdä seurannassa. Lääkemäärää vähennetään asteittain ja yksi lääke kerrallaan. Tällöin pystytään huomioimaan mahdolliset seuraukset joita lääkemutoksista tulee. Jos muutetaan yhtä aikaa useamman lääkkeen annostusta, on vaikea paikallistaa minkä lääkkeen muutoksesta johtuu mahdollinen oire. Laitoshoidossa olevan monisairaana ikääntyneen lääkehoidon hyötyä ja haittaa tulee arvioida säännöllisesti. Pyritään oireita lievittävään ja sairauden etenemistä ehkäisevään hoitoon, jolla pidetään yllä mahdollisimman hyvää elämänlaatua. (Lampela ym. 2007, 2664–2666.)

3.3 Psykye-, muistisairaus- ja kipulääkkeet

Psykelääkkeiden tarkoitus on lievittää erilaisia jatkuvia tai pitkäkestoisia psyykkisiä oireita esim. masennusta, ahdistusta tai unettomuutta. Antipsykoottisia lääkkeitä käytetään mielen sairauksien hoidon lisäksi vakavan masennuksen hoitoon, persoonalli-

suushäiriöiden hoitoon sekä ahdistuneisuuden hoitoon. Masennuslääkkeitä käytetään lisäksi ahdistuneisuushäiriöissä sekä kroonisen kivun hoidossa. Ahdistuneisuus- ja unilääkkeitä voidaan käyttää monenlaisissa psykiatrisissa häiriöissä. Lisäksi on olemassa vielä mieltä tasaavia lääkkeitä. Psykkelilääkkeillä on paljon haittavaikutuksia kuten väsymys, uneliaisuus, huimaus, levottomuus, pakkoliikkeet sekä muistin heikentyminen. Psykkelilääkkeet voivat heikentää laitoksessa asuvan ikääntyneen muistisairaana toimintakykyä ja elämänlaatua, joten käyttöä pitää harkita tarkasti. (Huttunen 2010.)

Psykoosilääkkeitä käytetään skitsofreniaoireiden lisäksi sekavuustilojen hoidossa sekä muistisairaana käytösoireiden hoidossa (Huttunen 2008). Haittavaikutuksina niillä on mm. ummetus, muistivaikeudet ja matala verenpaine. Masennuslääkkeitä käytetään ikääntyneiden vaikeiden masennustilojen hoidossa. Ne saattavat aiheuttaa väsymystä, hikoilua ja huimausta sekä voimistaa Parkinsonin taudin oireita. Unilääkkeistä melatoniini voi aiheuttaa mm. ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Bentsodiatsepiinit aiheuttavat herkästi väsymystä, muisti- ja käytöshäiriöitä, sekavuutta sekä riippuvuutta. (Kivelä & Rähä 2007.) Deprakinea voidaan käyttää kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa ja se voi aiheuttaa keskushermosto- ja ruoansulatuskanavaoireita, aistiharhoja, väsymystä ja ahdistuneisuutta. (Kivelä ja Rähä 2007; Pitkonen 2009, 44, 49–51.)

Muistisairauslääkkeiden viralliset käyttöaiheet ovat Alzheimerin tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465; Kivelä & Rähä 2007; Käypähoito 2010). Lääkehoidon tarkoituksena on tilan vakiinnuttaminen, omatoimisuuden ja toimintakyvyn ylläpito sekä käytösoireiden lievittäminen ja vähentäminen. Hoitovastetta on seurattava säännöllisesti ja lääkehoitoa jatketaan siihen asti kun siitä on hyötyä. (Pirttilä ym. 2010, 475–480; Käypähoito 2010.) Hoitovasteen kesto on yksilöllistä, mutta keskivaikeassa ja vaikeassakin muistisairaudessa muistilääkkeistä on vielä hyötyä. Parkinsonin taudin muistisairaudessa muistisairauslääke parantaa viireystasoa. (Pirttilä ym. 2010, 477–480.) Kolinergisiä lääkkeitä käytetään yleensä keskivaikeaan Alzheimerin tautiin. Niiden haittavaikutuksia ovat mm. pahoinvointi, ripuli, ruokahaluttomuus ja päänsärky. Glutaminergiseen järjestelmään vaikuttavaa lääkeainetta käytetään yleensä keskivaikeaan tai vaikeaan muistisairauteen. Haittavaikutuksina on mm. huimaus, päänsärky ja ummetus. (Kivelä & Rähä 2007; Käypähoito 2010.)

Kipulääkkeistä parasetamolin haitat ovat pieniä, joten se on turvallinen, ellei annos-suositusta ylitetä. Se on ensisijainen lääke ikääntyneille lievän ja kohtalaisen kivun hoidossa. Parasetamoli ei lievitä tulehdusta. Kipua lievittävä teho paranee, kun se yhdistetään tulehduskipulääkkeeseen. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita lievässä ja keskivaikeassa kivussa. Ikääntyneille ne aiheuttavat herkästi maha-suolikanavan haittoja varsinkin pitkäaikaiskäytössä. Laitoshoidossa riski on 5-6 kertaa suurempi. (Kivelä ja Rähkä 2007; Pitkonen 2009, 39–40.) Elleivät parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet auta, vaikeassa kroonisessa kivussa käytetään pitkävaikutteisia opioideja ja lyhytvaikutteisia opioideja läpilyöntikivun hoitoon. Opioidit voivat aiheuttaa ummetusta, huimausta, kaa-tuulia, sekavuutta sekä käytös- ja muistihäiriöitä. (Kivelä ja Rähkä 2007; Pitkonen 2009, 44, 49–51.)

3.4 Sairaanhoitajan rooli lääkehoidossa ja elämänlaadun tukijana

Piironen mukaan sairaanhoitajat kokevat kantavansa paljon vastuuta lääkehoidosta. Sairaanhoitajat arvioivat sitä ja kertovat lääkäreille huomioistaan lääkehoidon vaikutuksista ja päällekkäisestä tai tarpeettomasta lääkityksestä. Useimmiten koetaan lääkärin kuuntelevan sairaanhoitajan näkemyksiä. Lääkkeen ottamisen ongelmissa kysytään lääkäriltä vaihtoehtoisia lääkemuotoja tai mahdollisuutta murskata lääke. Sairaanhoitajat kysyvät tarvittaessa neuvoja myös apteekista. Lääkärin ja apteekin lisäksi sairaanhoitajat keskustelevat myös toisten hoitajien kanssa asiakkaan lääkehoidosta. (Piironen 2009, 36, 39.)

Läkehoidossa sairaanhoitajien työtä ohjaavat turvallisen lääkehoidon suositukset sekä lait mm. lääkelaki (1987) ja huumausainelaki (2008). Sairaanhoitajat tekevät myös itsenäisiä päätöksiä lääkehoidon suhteen. He arvioivat kipu- ja rauhoittavien lääkkeiden tarvetta sekä niiden vaikutusta. Sairaanhoitaja valitsee mahdollisuuksien mukaan asiakkaan tilanteeseen sopivan lääkemuodon esim. nielemisvaikeudesta kärsivälle kipulääkkeen suppona tai injektiona. Sairaanhoitajat kirjaavat lääkehoidon suunnittelun ja ylimääräisen lääkityksen annon sekä arvioinnin lääkehoidon vaikutuksesta. (Piironen 2009, 37–38, 40; Stm 2006.)

Piironen (2009) tutkimuksessa todettiin sairaanhoitajien kokevan lääkehoidon haasteelliseksi ja koulutuksella olevan merkitystä siihen miten sairaanhoitajat tunsivat hallitsevansa lääkehoidon. Ahonen (2011) nostaakin tutkimuksessaan esiin koulutuksen tärkeyden. Ahosen mukaan ikääntyneiden hoitoon osallistuvien perus- ja täydennyskoulutuksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteisiin. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaiset pitäisi kouluttaa paremmin havaitsemaan yhteisvaikutuksia sekä saman vaikutusmekanismin omaavien lääkkeiden päällekkäistä käyttöä. (Piironen 2009, 37–38, 40; Ahonen 2011.)

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA ELÄMÄNLAADUSTA JA LÄÄKEHOIDOSTA

Lamminniemi ja Nurminen tutkivat gradussaan, miten ikääntynyt koee elämänlaatunsa pitkäaikaisessa hoidossa ja onko hoidon muodolla vaikutusta siihen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla useammassa eri hoitolaitoksessa asuvia vanhuksia. Tutkijat totesivat hoiva- tai palvelukodissa asuvien olevan tyytyväisempiä elämäänsä kuin laitoshoidossa olevien. Fyysisesti huonokuntoisen elämänlaatuun vaikuttaa enemmän ympäröivien tahojen toiminta, millaiset olosuhteet luodaan ja miten mahdollistetaan osallistuminen toimintaan. MMSE-tutkimusten tulosten ja elämänlaadun kokemuksella oli yhteys. Hyvät tulokset saaneet kokivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin heikommat tulokset saaneet. (Lamminniemi & Nurminen 2008.)

Gradussaan Hänninen tutki muistisairaiden elämänlaatua havainnoimalla mm. Qualidmittaria hyödyntäen. Tutkimuksessa vain alle viidellä prosentilla oli hyvä elämänlaatu. Huono tai erittäin huono elämänlaatu oli yli puolella tutkimukseen osallistuneilla. Hännisen tutkimuksessa tulokset poikkesivat aiemmista tutkimuksista siten, että muistisairauden asteella (keskivaikea tai vaikea) ei ollut huomattavaa yhteyttä elämänlaatuun. (Hänninen 2011.)

Vartiainen tutki gradussaan strukturoidulla terveyshaastattelulla yli 75-vuotiaiden Kuopiolaisten iäkkäiden lääkitysmuutoksia vuosina 1998–2003. Pitkittäistutkimuksessa säännöllisesti käytettävä lääkitys yleistyi, psykelääkkeiden käyttö lisääntyi, eniten lääkkeitä käyttivät laitoshoidossa olevat yli 85-vuotiaat naiset. Heillä oli keskimäärin 11 lääkettä käytössä. Yleisimpiä lääkityksiä olivat sydän- ja verisuonilääkkeet, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ja ruuansulatuselinlääkkeet. Vartiaista huolestutti, että kaikilla laitospotilailla on keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä ja niitä käytetään runsaasti. Siihen tulisi hänen mielestään kiinnittää huomiota. Lääkehoidolla oli suuri vaikutus ikääntyneen elämänlaatuun. (Vartiainen 2005, 59–63.)

Gradussaan Pitkonen tutki iäkkäiden kivun hoitoa ja kivun lääkehoidossa esiintyneitä ongelmia Leppävirtalaisessa palvelukeskuksessa. Tutkittavat olivat keski-ikältään 87-vuotiaita naisia. Yleisintä oli hermostoon vaikuttava lääkitys. Varsinkin muistisairaiden

kipu oli alilääkittyä. Kymmenestä tutkittavasta seitsemän kipuili päivittäin lääkityksestä huolimatta, kolmella ei ollut lainkaan kipulääkettä kivuista huolimatta. Lisäksi suurimmalla osalla tuki- ja liikuntaelinkipu oli kestänyt yli kolme kuukautta ja se oli kroonistunut. Kipua pitäisikin arvioida säännöllisesti muistisairaalle soveltuvalla kipumittarilla ja huolehtia riittävästä kipulääkityksestä. (Pitkonen 2009, 95–101.)

Jyrkkä (2011) tutki väitöskirjassaan lääkkeiden käytössä tapahtuneita muutoksia iäkkäillä 1990 luvun lopulta lähtien. Tutkimukseen valittiin osallistujat satunnaisotoksella Kuopio 75+- ja Hyvän Hoidon Strategia-aineistoista. Tutkimuksen mukaan yleisimmin käytössä ikääntyneillä on sydän- ja verisuonilääkkeet. Tutkimuksessa todettiin, että tarvittavien lääkkeiden käyttö oli vähentynyt ja säännöllisten lääkkeiden käyttö lisääntynyt sekä laitoshoidossa käytettiin lääkkeitä enemmän. Jyrkän mukaan lääkemäärän sijaan huomio tulisi keskittää lääkityksen sisältöön ja laatuun. Tutkimuksen mukaan ikääntyminen lisäsi monilääkitystä. Ikääntyneen kokemus huonosta terveyden tilasta oli yhteydessä monilääkitykseen. Tutkimuksen mukaan kuolleisuus oli runsasta yli kymmentä lääkettä käyttävillä. Tutkimuksen mukaan ikääntyneen lääkehoitoa tulee toteuttaa moniammatillisesti sekä säännölliset lääkitysarvioinnit sisällyttää ikääntyneen hoitoon. (Jyrkkä 2011.)

Väitöskirjassaan Ahonen tutki (2011) vältettävien lääkkeiden käyttöä sekä kliinisesti merkittävän yhteisvaikutuksen esiintyvyyttä 77 vuotta täyttäneillä kuopiolaisilla. Hyvän hoidon strategia-tutkimuksesta saatuja terveys- ja lääkitystietoja vuodelta 2006 käytettiin tutkimuksen perustana. Tutkimuksen mukaan vältettävien lääkkeiden määrällä ja yhteisvaikutuksilla oli yhteys sairauksien määrään. Ikääntyneet, joilla oli heikoin liikunta- ja toimintakyky, käyttivät eniten ikääntyneillä vältettäviä lääkkeitä ja heillä oli eniten yhteisvaikutuksia. Tutkimuksessa todettiin, ettei haittavaikutuksia tule hoitaa toisella lääkkeellä ja iäkkään lääkitys on arvioitava vähintään vuoden välein tai kun terveydentilassa tapahtuu muutoksia. Moniammatillisen tiimin käyttöä lääkityksen arvioinnissa pitäisi alkaa hyödyntää. Tärkeää olisi tehdä arviointeihin valtakunnalliset suositukset. (Ahonen 2011.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Muistisairaiden elämänlaatua on tutkittu vähän. Valitsimme tutkimukseemme muistisairaita, joiden elämänlaadun ylläpitäminen on täysin tai lähes kokonaan riippuvainen hoitohenkilökunnasta ja omaisista. Silloin korostuu sairaanhoitajan kyky arvioida lääkehoidon vaikutuksia kokonaisvaltaisesti osana elämänlaatua. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää eräiden psyyke-, muistisairaus- ja kipulääkkeiden muutoksia ja lääke muutosten vaikutuksia muistisairaiden elämänlaatuun palvelukoti Kivitaskussa vuoden tutkimusjakson aikana. Toivomme, että tutkimuksemme lisää keskustelua lääkehoidon merkityksestä muistisairaana elämänlaadulle.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten psyyke-, muistisairaus- ja kipulääkitys muuttui tutkimusjakson aikana?
2. Miten lääkemutokset vaikuttivat ikääntyneen muistisairaana elämänlaatuun?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO

6.1 Tutkimusympäristö

Palvelukoti Kivitasku kuuluu Pieksämäen kaupungin alaisuuteen. Kivitasku sijaitsee Virtasalmella Maaveden rannalla. Asiakaskunta koostuu lähinnä muistisairaista ikään-tyneistä, talossa asuu myös kehitysvammaisia ja mielenterveysongelmista kärsiviä. Suurin osa asiakkaista asuu Kivitaskussa palvelusopimuksella, pitkäaikaishoivan sopimuk-sia tehdään nykyisin enää harvoin. Suuntaus on palvelusopimukseen, koska näin saadaan siirrettyä kuluja asiakkaan maksettavaksi. Kaikkia asiakkaita hoidetaan tasavertaisesti heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Kivitaskussa on 35 paikkaa, joista 2–4 on ly-
hytaikaishoidon paikkoja.

Palvelukoti Kivitaskussa on vastaava sairaanhoitaja ja hoidosta vastaava sairaanhoitaja. Lisäksi talossa työskentelee perushoitajia ja lähihoitajia, 13 vakinaisena ja neljä pitkäai-
kaista sijaista. Yksi lähihoitajista toimii osittain myös viriketyössä. Talossa on ympäri-
vuorokautinen hoito. Kivitaskuun tullaan Pieksämäen kaupungin SAS-ryhmän kautta, kun kotona ei enää selviydy kotiavun turvin.

Asiakkaat tarvitsevat paljon apua ja tukea selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästään. Talossa pyritään kodinomaisuuteen ja välttämään laitosmaista hoitokulttuuria. Asiak-
kaiden päiviin pyritään luomaan sisältöä heidän toiveidensa ja mieltymystensä mukaan. Talossa pyritään asiakaslähtöiseen työhön itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä kun-
nioittaen. Kivitaskun lääkehoidon suunnitelma on tehty Pieksämäen kaupungin suunni-
telmaan pohjautuen, joka noudattaa lääkelakia sekä turvallisen lääkehoidon suosituksia (Laki lääkkeistä 1987; Laki huumausaineista 2008; Stm 2006).

6.2 Tutkimukseen valitut lääkeryhmät

Valitsimme tutkimuksemme jatkuvasti käytössä olevat psyyke- ja kipulääkkeet niiden ajankohtaisuuden vuoksi ja koska niiden käytössä on tutkimusten mukaan eniten on-
gelmia (mm. Hosia-Randell 2010; Kivelä ja Räihä 2007). Muistisairauslääkkeet valit-

simme, koska kaikilla tutkimuksessa mukana olevilla asiakkailla oli muistisairaus ja tutkimuksista nousi esiin muistisairaiden yleisyys laitoshoidossa. Mukaan otettavia lääkeryhmiä oli rajattava, ettei aineisto kasvaisi liian suureksi.

Asiakkailla oli käytössä psykoosilääkkeitä (Risperdal 0,25 mg, Seroquel 25 mg, Neulac-til 2,5 mg ja Zyprexa 5 mg), masennuslääkkeitä (Citalopram 10 mg ja Fevarin 50 mg), ahdistus- (Opamox 7,5 mg–15 mg) sekä unilääkkeitä (bentsodiatsepiini/Tenox 10 mg ja melatoniini/Circadin 2 mg) ja epilepsialäke (Deprakine mixt 60 mg/ml), joka oli psyykelläke käytössä. Muistilääkkeistä asiakkailla oli käytössä kolinergisiä lääkeaineita (Aricept 10 mg ja Doneratio 10 mg) sekä glutaminergiseen järjestelmään eli aivojen välittäjäaineisiin vaikuttava lääkeaine (Ebixa 10 mg). Kipulääkkeinä asiakkailla oli parasetamoli (Panadol 500 mg-1 g), tulehduskipulääke (Burana 600 mg) ja opiaatteina (Norspan 20µg/h, Oxynorm 2,5 mg ja Panacod).

6.3 Tutkimusaiheen ja menetelmien valinta

Tutkimusaiheen voi löytää työelämästä ja suunnitteluun sekä rajaamiseen kannattaa käyttää aikaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 66–67). Tutkimusaihetta miettiesämme pohdimme lääkehoidon ja lääkkeettömien hoitokeinojen suhdetta. Julkisessa keskustelussa puhutaan paljon ennen kaikkea ikääntyneiden ylläkkityksestä. Kuulimme kotihoidon ylläkkärin aloittaneen Pieksämäen alueen ikääntyneiden lääkitysten tarkastamisen Kivitaskun lisäksi Kerttulassa, Karjalankadun palvelukeskuksessa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hän ehdotti, että tutkisimme lääkemutosten vaikutuksia Kivitaskussa. Lääkemutokset olivat jo aluillaan toukokuussa 2010, kun saimme aiheen tietoomme, joten jouduimme pikaisesti laatimaan hoitajille asiakkaiden lähtötasonkuvusten kysymykset, koska se oli tärkeää tehdä ennen lääkemutoksia. Tämän jälkeen laadimme tutkimussuunnitelman, jolla rajasimme aiheitamme ja teimme aikataulusuunnitelman.

Laadullinen tutkimus tutkii ihmisten kokemuksia, näkemyksiä, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Näin saadut tulokset ovat ainutlaatuisia. Laadullinen menetelmä sopii myös tilanteeseen, jolloin halutaan uusia näkökulmia alueeseen, josta ei vielä ole paljoa tietoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 160–164; Kankkunen

& Vehviläinen-Julkunen 2009, 50, 56.) Elämänlaatua tutkittaessa laadullinen tutkimus sopii hyvin, koska tutkimuksessamme hoitajat kuvaavat omia näkemyksiään ja kokemuksiaan. Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden elämänlaatua on tutkittu vain vähän. Heidän kykynsä ilmaista sanallisesti omia tuntemuksiaan sekä kokemuksiaan on usein alentunut ja elämänlaadun ylläpitäminen on usein hoitajan vastuulla. Tämän vuoksi valitsimme tutkimukseemme hoitajan näkökulman. Hoitajan näkökulmasta nousee merkitykselliseksi hoitajan rooli ikääntyneen muistisairaana elämänlaadun tukijana. Hoitajat toivat haastatteluissa esiin paljon toimintansa merkitystä elämänlaadun tukemisessa. Lääkäri näkee asiakasta hoitajaa vähemmän ja siksi onkin tärkeää, että hoitaja tiedostaa lääkehoidon seurannan, kirjaamisen ja lääkkeettömien hoitokeinojen merkityksen.

6.4 Tutkimuksen lupa-asiat sekä haastateltavien hoitajien valinta

Ennen tutkimuksen aloittamista haetaan lupa tutkimuskohteen päättäviltä tahoilta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133). Teimme tutkimuksesta sopimuksen Palvelukoti Kivitaskun vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Tutkimussopimuksessa määrittelimme mitä tutkimme ja tutkimuksen tavoitteen sekä tarkoituksen. Siinä määriteltiin myös aineistoon keruuseen liittyvät asiat sekä huomioitiin vaitiolovelvollisuus. Teimme myös sopimuksen opinnäytetyönohjauksesta ohjaavan opettajan kanssa.

Tutkimuksen tekemiseen pitää kysyä lupa ja osallistumisen pitää olla vapaaehtoista. Lupa pyydettyä heille pitää kertoa, mitä tutkitaan ja miksi. Tutkimukseen osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti, tutkittavan asian mukaan. Aineiston kokoon ei ole mitään selkeää määritelmää. Tuomi & Sarajärven (2009, 85) mukaan opinnäytetöissä aineiston koko ei ole tärkein mittari osaamisen osoittamisessa. Aineiston käsittely vaatii oman aikansa ja tämä yleensä rajaakin opinnäytetöissä aineiston aika pieneksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85, 132–133; Hirsjärvi ym. 2009, 24–25, 164, 179, 181–182.) Pohdituamme aineiston määrää, päädyimme pyytämään viittä hoitajaa vastaamaan viiden asukkaan lähtötasokyselyyn sekä haastatteluihin. Talon molemmat sairaanhoitajat pyydettiin mukaan sekä vakinaisista lähi- ja perushoitajista kolme. Valintaan vaikutti hoitajien oma mielenkiinto lääkehoitoon ja tuleviin lääkemuutoksiin sekä halukkuus osallistua tutkimukseen. Tutkimuskauden aikana tammikuussa 2011 talon toinen sairaanhoita-

ja vaihtoi työpaikkaa, tutkimusjakson ollessa kesken, joten emme voineet haastatella häntä. Haastateltavia hoitajia jäi neljä. Valitsimme viisi asiakasta, joille oli tulossa lääkemuutoksia tutkimusjakson alkuvaiheessa. Asiakkaista Telma kuoli kesken tutkimusjakson syksyllä 2010, joten asiakkaita jäi neljä ja siksi Telma puuttuu tutkimustuloksista.

Kerrotaan kaikille mahdolliset riskit, jotka tutkimukseen osallistumisesta syntyy. Lupaa kysyttäessä pitää huomioida myös luvan antajan kyky ymmärtää ja käsitellä hänelle kerrotut asiat. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25.) Heille kerrottiin myös, etteivät heidän nimensä tule esiin tutkimuksessa. Jokainen sai miettiä asiaa ennen suostumista. Yksi henkilö kieltäytyi, hyväksyimme sen emmekä yrittäneet houkutella häntä mukaan tutkimukseen. Koska kyse oli muistisairaista ikääntyneistä, jokaisen kohdalla osallistuminen tutkimukseen varmistettiin myös omaisilta. Pahimpana riskinä toimme esiin jonkun asiakkaan tunnistamisen, jos työn lukee joku Kivitaskussa käyvä. Osallistujat ja heidän omaisensa pitivät riskiä todella pienenä. Tutkimuksessa on tärkeä huomioida, että kerätään vain tarpeelliset tiedot. Tunnistamisriskin minimoinnissa on huomioitava, että tuomme esiin vain tutkimukseen liittyvät tarvittavat tiedot esim. vain tutkimukseemme liittyvät lääkkeet. Diagnoosien esiintuomista pohdimme ja päädyimme jättämään ne pois. Nimesimme tutkimukseemme asiakkaat keksityillä nimillä.

6.5 Laadullinen teemahaastattelu ja litterointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä mm. haastattelemalla tai kyselyn avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 132–133). Keräsimme lähtötason kuvaukset kyselyllä (liite 1). Hoitajat saivat asiakkaiden lähtötasokysymykset toukokuussa 2010, heille annettiin kuukausi aikaa vastata kyselyyn. Teimme niiden perusteella jokaisesta asiakkaasta yhteenvedon, joka oli hoitajien käytössä haastatteluun valmistautuessa sekä käytimme sitä tulosten vertailussa. Tutkimusjakson lopussa päädyimme tekemään teemahaastattelun. Koimme haastattelun ja aineiston käsittelyn antavan meille paljon uutta oppia. Haastattelemalla uskoimme saavamme myös paljon enemmän tietoa hoitajilta, koska voimme esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä.

Teemahaastattelussa on keskeiset teemat, joiden mukaan haastattelu etenee. Teemat muodostuvat tutkimuksen viitekehyksen mukaan ja tarpeen mukaan esitetään lisäkysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–76.) Lähtötasokysymysten ja teemojen laadinnassa hyödynsimme teoretietoa sekä olemassa olevaa ammattitaitoamme ja tietoamme ikääntyneiden elämänlaadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Valitsimme teemahaastattelun, koska lähtötason kuvausten kysymyksetkin oli tehty myös teemojen mukaan. Tämä helpotti lähtö- ja lopputilanteen vertailua. Haastatteluteemat luotiin lähtötason teemojen pohjalta. Liitimme näihin myös samat kuvaukset mukaan, jotka olivat käytössä lähtötason kuvauksissa. Meillä oli joka teeman perässä pieni tarkentava teoria, jolla pyrittiin avaamaan sitä mitä kysymyksellä tarkoitetaan. Mietimme myös valmiiksi mahdollisia tarkentavia kysymyksiä.

Haastattelupaikka kannattaa valita tarkoin. Hyvän tuloksen saavuttamisen kannalta on tärkeää, että haastateltava kokee ympäristön turvalliseksi ja näin hän on mahdollisimman rento haastattelutilanteessa. (Eskola & Vastamäki 2007, 28–29.) Ennen varsinaisen haastattelukierroksen aloittamista kannattaa tehdä koehaastattelu, jolla saa tuntumaa haastatteluun sekä huomaa kysymysten toimivuuden tutkittavan asian suhteen (Hirsjärvi ym. 2009, 211). Haastattelutilanne sisältyi hoitajien työaikaan, joten haastattelut tehtiin Kivitaskussa. Pyrimme valitsemaan aina haastatteluun tilan, jota muut eivät tarvitse ja myös tiedottamaan muille, että tila on käytössämme. Haastatteluajankohta pyrittiin valitsemaan niin, ettei siihen tulisi kiireen tuntua, vaan hoitaja kykeni rauhassa keskittymään haastatteluun. Teimme yhden koehaastattelun vakitukselle pitkään talossa olleelle hoitajalle. Haastattelutekniikan harjoittelun lisäksi tarkensimme lisäkysymysten listaa koehaastattelun perusteella.

Haastattelijan omassa päätöksessä on se, esittääkö hän kaikki kysymykset haastateltaville samassa muodossa ja samassa järjestyksessä, vai eteneekö hän haastateltavan mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–76.) Annoimme kysymykset (liite 2) hoitajille toukokuun lopulla 2011 ja tästä noin viikon päästä alkoi haastattelukierros, kahden viikon sisällä haastateltiin kaikki. Tarkentavia kysymyksiä esitimme tarpeen mukaan, etenimme haastateltavan tahtiin. Haastatteluihin meni aikaa puolesta tunnista tuntiin. Jokaisen haastattelutilanteen jälkeen menimme keskenämme haastattelun hyvät ja huonot puolet lävitse. Näin pyrimme kehittämään haastattelutekniikkaamme koko haastattelukierroksen ajan. Haastattelut aloitettiin joka kerta eri asiakkaasta. Haastattelun edetessä haasta-

teltava rentoutui. Näin haastattelun alkujännitys ei sattunut aina saman asiakkaan kohdalle.

Aineiston puhtaaksikirjoittamisen eli litteroinnin tarkkuus riippuu analyysistä (Eskola & Vastamäki 2007, 41–42). Teemahaastattelumenetelmällä saatu aineisto voidaan purkaa teema-alueittain. Ilman tekstianalyysiohjelmaa tietokoneella voidaan tallentaa kunkin henkilön tiedot yhteen tiedostoon, käyttäen kullekin teemalle omaa sivua. Aineiston käsittelyssä huomioidaan luottamuksellisuus sekä asianmukainen käsitely. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 141–143; Tuomi & Sarajärvi, 2009, 131–133.) Pohdimme pitkään eri litterointi muotoja ja tulimme siihen tulokseen, ettei tutkimuksemme vaadi sanatarkkaa purkamista.

Haastattelussa saattoi toisen teeman sisällä tulla myös toiseen teemaan liittyviä vastauksia. Siirsimme ne oikean teeman alle. Päädyimme purkamaan haastattelut teemoittain, haastattelukysymysten mukaan. Litteroinnin hoidimme itse jotta aineisto tulee purettua oikein sekä vaitiolovelvollisuus huomioiden, kun haastateltavilta lipsahti haastattelussa välillä asiakkaan nimi. Tutkimusjakson alussa numeroimme asiakkaat. Asiakkaiden nimiä emme kirjoittaneet litteroinnissa vaan käytimme asiakkaan numeroa. Jätimme pois kaikki ylimääräiset esim. huokaukset, mietintä äänet, yskähdykset ym. sellaiset, koska niillä ei tulokseen ollut merkitystä. Haastateltavat numeroitiin haastattelukierroksella haastattelujärjestyksessä. Purimme jokaisen haastattelun omaksi tiedostoksi, joka teemalle oma sivunsa. Litteroitua aineistoa saimme 34 sivua. Tulosten kirjoittamisen jälkeen tuhosimme kaikki nauhoitteet. Litteroinnit tuhosimme työn valmistuttua.

6.6 Haastatteluaineiston analyysi ja tulosten esittäminen

Analysointi aloitetaan tekemällä selkeä päätös tutkimukseen liittyvästä aineistosta. Aineiston läpikäynnin yhteydessä kerätään tutkimukseen liittyvä materiaali erilleen muusta aineistosta. Tämä materiaali teemoitellaan eli aineisto ryhmitellään teemojen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–94.) Päätimme teemojen muodostuvan haastattelun teemoista. Kävimme litteroidun aineiston lävitse, poistimme tutkimukseen kuulumattoman aineiston. Kysymyksistä muodostimme teemat elämänlaadun osa-alueiden mukaan: fyysinen elämänlaatu, psyykkinen elämänlaatu, sosiaalinen elämänlaatu, hengellinen

elämänlaatu sekä lääkemuutokset. Teema on aina yläluokka. Lisäksi Hilman kohdalle perustimme vielä teeman huuto. Ominaisuus nousi hänen kohdallaan niin hallitsevasti esiin, että koimme selkeämmäksi tarkastella sitä omana kokonaisuutena. Teemoissa olevat asiasisällöt menivät joiltakin osin ristiin niin, että sama asia sopi kahteen tai useampaan teemaan. Teimme selkeät päätökset näistä asioista, mikä asia käsitellään missäkin teemassa.

Aineistosta tiivistetään samankaltaiset asiat yhdeksi kokonaisuudeksi. Tästä saadaan tehtyä yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–94.) Teeman sisälle syntyneistä asiakokonaisuuksista teimme alaluokat. Olimme ennen haastatteluita tarkentavia kysymyksiä suunnitellessa miettineet niitä asioita joilla muutoksia mitataan. Teemasta riippuen alaluokkia muodostui erilainen määrä, fyysiseen ja psyykkiseen molempiin 5 alaluokkaa ja muihin vähemmän. Tässä kohtaa meille alkoi hahmottua, miten paljon tuloksia on syntynyt. Seuraavaksi kävimme aineiston lävitse jaotellen asiat oikeiden teemojen alle. Jaottelimme aineiston sisällönanalyysillä teeman sisällä asiakokonaisuuksiin ja teimme niistä pelkistettyjä ilmaisuja.

Päätimme laittaa lyhenteen ltn (=lähtötasoon nähden) pelkistetyn ilmaisun perään, kun kyse on hoitajien kertomasta muutoksesta, joka on tullut lähtötasoon nähden. Joissain kohdissa hoitajilla oli vastakkaisia näkemyksiä. Tulimme siihen tulokseen, että neljästä haastateltavasta eriävien mielipiteiden määrä on järkevää nostaa esiin vain silloin, jos yhdellä on eri näkemys kuin muilla. Päätimme laittaa eriävän mielipideilmaisun perään sulkeisiin numero 1, jos vain yksi haastateltavista oli eri mieltä. Esimerkkinä luokittelusta Hilman luokitukset (liite 3-6).

Tulokset esitetään kaunistelemattomasti ja raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa eikä puutteellista. Tuloksia tarkastellaan kriittisesti sekä arvioidaan ja punnitaan niiden oikeellisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tulosten esittämisen työstämisessä olemme tehneet paljon työtä. Olemme pohtineet ja etsineet oikeaa ilmaisua. Lääkemuutokset päädyimme tuomaan esiin taulukon avulla. Kaikista tutkimuksessa mukana olevista asiakkaista käsitellään yksilötasolla tulokset, joita tarkastellaan pohdintaosuudessa. Toinen opinnäytetyöntekijöistä työskentelee Kivitaskussa ja se ei ole saanut vaikuttaa tulosten ja johtopäätösten esittämiseen.

7 TULOKSET

Hoitajien mukaan kaikilta asiakkailta vähennettiin psyykelääkitystä ja osalle asiakkaista etsittiin paremmin sopivia psyykelääkkeitä tilalle. Psyykelääkityksen vähentäminen ei välttämättä parantanut elämänlaatua, mutta oikeanlaisen psyykelääkityksen löytyminen kohensi elämänlaatua. Kahdelle asiakkaalle lisättiin kipulääkitystä, mutta riittävää kipulääkitystä ei löytynyt ja kivut jatkuivat heikentäen asiakkaan elämänlaatua kokonaisvaltaisesti. Haastateltavat kertoivat, että yhdeltä asiakkaalta poistettiin kipulääkitys ja se ei huonontanut elämänlaatua. Yhdeltä asiakkaalta poistettiin muistisairauslääkitys, joka saattoi vaikuttaa toimintakykyä ja elämänlaatua heikentävästi. Yhdelle asiakkaalle aloitettiin kaksi muistisairauslääkettä, mikä näytti parantavan toimintakykyä ja elämänlaatua. Kahden asiakkaan elämänlaatu parantui ja kahden heikentyi hoitajien kuvausten mukaan.

Taulukoissa 1-4 näkyy tutkimuksemme lääkeryhmien osalta ensimmäisessä sarakkeessa, mitä lääkkeitä oli käytössä ennen lääkitysmuutosta. Toisessa sarakkeessa ”lääkitys muutoksen jälkeen 5/2010” näkyy millainen lääkitys jäi muutoksen jälkeen toukokuussa 2010. Sarakkeessa ”lääkitys 5/2011” näkyy mitä lääkkeitä oli käytössä tutkimusjakson lopussa toukokuussa 2011. Sannan kohdalla sarakkeessa ”lääkitys 3/2011” näkyy mitä lääkkeitä oli käytössä hänen muutto hetkellä 3/2011. Huomioitavaa sarakkeessa ilmenee tarkentavia tietoja lääkityksestä.

7.1 Hilman elämänlaadun muutokset

Hoitajien mukaan Hilmalta poistettiin lähtötilanteessa kaksi psyykelääkeryhmään kuuluvaa lääkettä, unilääke, muistisairauslääke sekä kipulääke (taulukko 1). Lähtötilanteen muutostilanteessa aloitettiin yksi psyykelääkeryhmään kuuluva lääke. Lopputilanteessa oli kaksi psyykelääkettä palannut käyttöön, toinen isommalla, toinen pienemmällä annoksella sekä aloitettu kaksi uutta kipulääkettä.

TAULUKKO 1. Taulukossa tarkastellaan 93-vuotiaan Hilman lääkemutoksia.

LÄÄKITYS EN- NEN MUUTOSTA 4/2010	LÄÄKITYS MUU- TOKSEN JÄL- KEEN 5/2010	LÄÄKITYS 5/2011	HUOMIOITAVAA
Deprakine mixt 60 mg/ml, 300 mg x 2		Deprakine mixt 60 mg/ml 300 mg x 3	Psyketarkoitukseen Lopetettiin aluksi, mutta aloitettiin uudelleen
	Risperdal 0,25 mg x 2	Risperdal 0,25 mg x 1	
Opamox 15 mg x 3		Opamox 15 mg x 2	
Circadin 2 mg			
Ebixa 10 mg x 1			
Panadol 1 g x 2			Tarvittaviin
		Norspan 20µg/h	Aloitettu 5/2011
		Oxynorm 2,5 mg x 2	Aloitettu 5/2011 tarv. lisää 5 mg x 2

Hoitajien mukaan Hilman fyysinen toimintakyky heikentyi lähtötilanteeseen verrattuna ja Hilma muuttui passiiviseksi. Hoitajat kertoivat hänen liikutelleen lähtötilanteessa jalkojaan vähän, nyt ei enää lainkaan. Hoitajien mukaan käsien käyttö jäi pois melkein kokonaan, esim. hän ei enää syö itse, kampa hiuksiaan tai ole mukana pesuissa. Hoitajat sanoivat hänen istuvan enää harvoin g-tuolissa. Hoitajat kertoivat hänen kipujensa lisääntyneen ja Hilman ilmaisevan liikuteltaessa tuskaisuuden huutamalla. Hoitajien mukaan itsensä ilmaiseminen ilmein ja elein jäi pois. Hoitajien mielestä fyysinen vastusteleminen hoitotoimissa vähentyi, vireystila muuttui väsyneemmäksi lähtötilanteeseen nähden. Hoitajien mukaan fyysinen elämänlaatu heikentyi.

Hilman psyykinen toimintakyky heikentyi lähtötilanteeseen nähden, sillä puheen tuottaminen ja ymmärtäminen heikentyi, eikä hän kyennyt enää ilmaisemaan itseään sanallisesti. Hoitajat kertoivat, että hänen omien tarpeiden ja tunteiden ilmaisukykynsä heikentyi, esim. hymyily väheni. Hoitajat totesivat hänellä alkaneen tulla poissaoloaikoja, jolloin hän ei reagoi toimintaan ympärillään eikä ota ohjeita vastaan. Hoitajien näkemyksen mukaan nykyinen lääkitys aiheutti tokkuraisuutta ja pysähtyneisyyttä. Itsensä ilmaisemisen heikentyessä myös persoonan ilmaisu kaventui. Hoitajat totesivat myös Hilman ahdistuneisuuden lisääntyneen. Ennen hän myös seurasi enemmän ympäristön tapahtumia ja katseli maisemia ikkunasta. Psyykinen elämänlaatu heikentyi hoitajien mukaan.

Hilman sosiaalinen toimintakyky heikentyi. Hoitajien mukaan talon tapahtumiin osallistuminen vähentyi lähtötilanteeseen nähden. Hoitajat kertoivat lähtötilanteessa Hilman vielä keskustelleen puhelimesta, nykyisin hän ei enää puhu puhelimeen kuin yksittäisiä sanoja. Hoitajat sanoivat hengellisyyden olleen Hilmalle aina tärkeää, hengellinen musiikki sekä kirjallisuuden lukeminen rauhoittivat häntä. Nykyisin nämä eivät aina auta levottomuuteen. Hoitajat totesivat välillä hänen edelleen nauttivan hengellisistä hetkistä esim. virsistä ja hartauksista. Hoitajien mukaan hengellisten tarpeiden ilmaisu vähentyi lähtötilanteesta. Sosiaalinen sekä hengellinen elämänlaatu heikentyi hoitajien mukaan.

Hoitajat kertoivat Hilmalla olleen huutelua jo vuosia. Hoitajat kuvasivat lähtötilanteessa huutelussa olleen eri sävyjä, hän toisti jotain sanaa tai huuteli runomuodossa asioita. Hoitajat pystyivät kyselemällä usein jäljittämään huudon syyn. Hoitajien mukaan huudosta erottui tällöin kipu, henkinen tuska, ahdistus, turvattomuus ja yksinäisyys. Hoitajat kertoivat huutoon auttaneen tilanteesta riippuen lääkitys, asennon muutokset, vaipan vaihto, hengellinen musiikki tai hengellisen kirjan lukeminen ja hoitajan läsnäolo. Hoitajat toivat julki, että huudon sävy muuttui vaativammaksi. Hoitajat kuvasivat huudon olevan nykyisin yksioikoista ja kimeää, jopa kirkumista. Huutaessa asento oli jäykkä ja kouristuksen omainen. Yhden hoitajan mielestä huudon määrä lisääntyi, muiden mielestä se vähentyi. Kaikkien mielestä huutelu muuttui vaikeaselkoisemmaksi, eikä siitä pystynyt aina enää selvittämään huudon aiheuttajaa. Hilma ei saanut huudon avulla viestitettyä hoitajille tarpeitaan, joten sen mukaan elämänlaatu heikentyi.

Hoitajien mukaan lääkemuutokset heikensivät fyysistä toimintakykyä ja aiheuttivat tokkuraisuutta, mikä vaikeutti myös itsensä ilmaisua. Toisaalta hoitajat totesivat Hilman tulleen levollisemmaksi sekä kipujen vähentyneen. Haastatteluissa psyykkisen elämänlaadun teeman kohdalla hoitajat kuvasivat, että ahdistus lisääntyi. Lääkemuutokset teeman alla hoitajat kuvasivat lääkemuutosten vähentäneen ahdistusta.

7.2 Emmen elämänlaadun muutokset

Hoitajien mukaan Emmalla lopetettiin lähtötilanteessa yksi psykiatrisen ryhmään kuuluva lääke ja yksi kipulääke (taulukko 2). Hänen lääkityksensä ei hoitajien mukaan muuttunut tutkimusjakson aikana.

TAULUKKO 2. Taulukossa tarkastellaan 94- vuotiaan Emman lääkemutoksia.

LÄÄKITYS EN- NEN MUUTOSTA 4/2010	LÄÄKITYS MUU- TOKSEN JÄLKEEN 5/2010	LÄÄKITYS 5/2011	HUOMIOITAVAA
Seroquel 25 mg x 1			Tarvittaviin
Aricept 10 mg x 1	Aricept 10 mg x 1	Aricept 10 mg x 1	
Panadol 500mg x 3			Tarvittaviin

Emman liikkumiskyky heikentyi lähtötilanteeseen nähden. Hoitajat kertoivat lähtötilanteessa Emman kävelleen rollaattorilla hoitajien tukemana lyhyitä matkoja, nyt jalat eivät kannan enää lainkaan vaan hän käy pyörätuolin tai g-tuolin avulla ulkoilemassa ja aulassa. Hoitajien mukaan Emma haluaisi kävellä mutta ei enää kykene. Hoitajien mukaan Emma ei välillä ilmaissut wc-tarpeitaan lainkaan, mutta ajoittain hän jälleen pyytää päästä wc:hen. Muuten hoitotoimet tehdään nykyisin sängyssä. Hoitajien mukaan käsien toimintakyky parantui lähtötilanteeseen nähden, esim. Emma osallistui pukeutumiseen käsiään nostaan. Hoitajat kertoivat myös ruokahalun parantuneen. Hoitajat totesivat, että Emman vireystila kohentui lähtötilanteesta ja hän oli enemmän hereillä sekä virkeämpi päivällä. Hoitajien mukaan vireystilan nousu paransi elämänlaatua, vaikka kävelykyky heikentyi.

Hoitajat kertoivat, että Emma virkistyi psyykkisesti. Hoitajien mukaan puheen tuotto lisääntyi paljon ja Emma kyseli oma-aloitteisesti hoitajilta asioita. Hoitajat kertoivat Emman ottavan aktiivisesti kantaa asioihin ja keskustelevan hoitajien kanssa asioista. Hoitajat totesivat Emman olevan pirteämpi ja sanallisen ilmaisun parantumisen lisänneen omien tarpeiden esiin tuomista. Hoitajien mukaan ilmaisun paranemisen myötä persoona on tullut selkeämmin esiin. Hoitajat totesivat Emman seuraavan ympäristön tapahtumia tarkemmin. Psyykkisen virkistymisen myötä elämänlaatu on hoitajien mukaan parantunut.

Hoitajat kertoivat sosiaalisen toimintakyvyn kohentuneen piristymisen vuoksi. Emma liikkuu enemmän huoneen ulkopuolella, ruokailee aulassa sekä on mukana talon tapahtumissa. Hoitajien mukaan Emma ei osaa enää ilmaista hengellisiä tarpeitaan, vaan tämä on täysin hoitajalähtöistä. Hoitajat tietävät Emman hengelliset mieltymykset ja osaavat siltä pohjalta tarjota hengellistä musiikkia, hengellisiä lukuhetkiä, hartauksiin osallistumista ja iltarukousta sekä virttä. Hoitajat kertoivat Emman kiittävän näistä aina tyyty-

väisenä. Hoitajat toivat läpi haastattelujen esiin Emman piristymisen sekä sen elämänlaatua nostavan vaikutuksen.

7.3 Vienon elämänlaadun muutokset

Vieno muutti kesken tutkimusjakson maaliskuussa 2011 toiseen hoitolaitokseen, joten hänen tilannettaan verrattiin muuttotilanteeseen.

Vienolta lopetettiin lähtötilanteessa yksi psykiatrisiin kuuluvat lääke sekä kipulääke (taulukko3). Tutkimusjakson lopussa lopetettiin toinen psykiatrisiin kuuluva lääke. Kipulääke oli palautettu suuremmalla annostuksella.

TAULUKKO 3 Taulukossa tarkastellaan 91-vuotiaan Vienon lääkemutoksia.

LÄÄKITYS ENNEN MUUTOSTA 4/2010	LÄÄKITYS MUUTOKSEN JÄLKEEN 5/2010	LÄÄKITYS 3/2011	HUOMIOITAVAA
Neulactil 2,5 mg x 1			
Citalopram 10 mg x 1	Citalopram 10 mg x 1	Citalopram 10 mg x 1	
Opamox 7,5 mg x 1	Opamox 7,5 mg x 1		Tarvittaviin
Ebixa 10 mg x 2	Ebixa 10 mg x 2	Ebixa 10 mg x 2	
Panadol 500 mg x 3		Panadol 500 mg+500mg+1g	
			Burana 600 mg x 2 kokeilussa ei vastetta, tarvittaviin
			Panacod x 3, kokeilussa, tokkuraisuuden vuoksi lopetettu
			Mobilat voidetta käytetty kipuun

Vienon fyysinen toimintakyky heikkeni. Hoitajat kertoivat lähtötilanteessa Vienon siirtyneen sängystä pyörätuoliin tai g-tuoliin liukulevyn, pyörähdyslaudan tai nosturin avulla. Muuttotilanteessa siirrot tehtiin pelkästään nosturilla voimakkaiden olkapääkipujen vuoksi. Hoitajien mukaan muuttotilanteessa Vieno ei kyennyt enää liikuttelemaan jalko-

ja vuoteessakaan vaikka aiemmin hän oli kyennyt varaamaan jaloilla siirtotilanteissa. Hoitajat totesivat hoitotoimiin osallistumiskyvyn heikentyneen, Vieno ei enää kyennyt nostamaan ylävartaloa apinapuuta apuna käyttäen tai pukeutuessa ojentamaan käsiään. Hoitajien mukaan Vienon ruokahalu heikkeni voinnin heikkenemisen myötä eikä itsenäinen syöminen onnistunut enää. Hän yritti syödä vasemmalla kädellä, jossa oli vähemmän kipua, muttei se onnistunut. Hoitajien mukaan kivun ilmaiseminen lisääntyi sanallisen ilmaisun lisäksi myös elein ja äännähdyksin. Hoitajat kertoivat kivun vaikeutaneen kaikkia hoitotoimia, koska hoitajien piti varoa kaikkea liikuttamista, koska pelkkä kosketuskin tuotti kipua. Hoitajat kertoivat muuttovaiheessa Vienon unirytmien vaihtelevan koko ajan, välillä hän valvoi öitä ja oli päivisin usein väsynyt sekä unelias. Hoitajien mukaan hän oli muuttohetkellä täysin autettava kaikissa toimissa. Hoitajien mukaan kipu heikensi fyysistä elämänlaatua.

Vienon psyykkinen toimintakyky heikkeni. Hoitajien mukaan lähtötilanteeseen nähden puheen tuottaminen heikentyi ja vähentyi, hän haki sanoja eikä asioiden looginen eteneminen onnistunut. Hoitajat kertoivat Vienon oma-aloitteisesti aloittavan keskustelun hoitajien kanssa. Hoitajien mukaan Vieno oli lähtötilanteessa yleensä rauhallinen, elämään tyytyväinen ja huumorintajuinen ihminen. Hoitajat kertoivat hänen myös orientoituvan aikaan ja paikkaan, mutta hänellä oli epärealistinen käsitys omista kyvyistä esim. hän uskoi pystyvänsä kävelemään. Hoitajien mukaan loppuvaiheessa Vieno oli aikaan ja paikkaan orientoitumaton. Hoitajat totesivat Vienon puhuvan sekavia ja olevan levoton sekä soittelevan paljon kelloa myös yöllä. Hoitajat kertoivat Vienolla olleen myös näköharhoja ja Vieno teki pois lähtöä koko ajan. Hoitajien oli vaikea erottaa mistä sekaavuus johtui, aiheuttiko sitä kipu, lääkitys tai sen muutokset vai perussairauksien eteneminen. Hoitajien mukaan Vieno vaikutti turvattomalta ja ahdistuneelta, huolet ja käsittelemättömät asiat alkoivat painaa mieltä. Vieno kykeni sanallisesti ajoittain purkamaan ahdistustaan. Hoitajien mukaan Vienon omien tarpeiden ilmaisu ei onnistunut enää loppuvaiheessa. Hoitajat kertoivat Vienon olevan välillä poissaoleva eikä häneen saanut kontaktia. Hoitajien mukaan psyykkisen elämänlaadun heikkenemiseen vaikutti kipu.

Vienon sosiaalinen kanssakäyminen väheni lähtötilanteesta. Hoitajien mukaan loppuajoina Vieno ei juuri halunnut osallistua talon tapahtumiin, missä hän ennen kävi aktiivisesti, koska hän pelkäsi kipua. Hoitajat kertoivat puhelimen oma-aloitteisen käytön vähentyneen, hän ei itse enää soitellut, keskusteli kyllä puhelimesta, kun hänelle soitettiin.

Hoitajien mukaan Vienon mielenkiinto ympäristöä kohtaa hävisi. Hoitajien mukaan Vieno ei tuonut esiin omia hengellisiä tarpeitaan. Hoitajat tarjosivat Vienolle hengellisiä tilanteita, esim. hartaudet olivat ajankulua, joihin hän virkeänä osallistui mielellään. Kokonaisvoinnin muutos vähensi myös osallistumishalua. Hoitajien näkemyksen mukaan kipu ja lääkitys myös väsyttivät ja vaikutti kokonaisvaltaisesti Vienoon. Hoitajat pohtivat lääkemutosten osuutta kivun lisääntymiseen, osa hoitajista näki sen yhtenä tekijänä, muttei ainoana syynä elämänlaadun heikkenemiseen.

7.4 Mantan elämänlaadun muutokset

Hoitajien mukaan Mantalta lopetettiin lähtötilanteessa kolme psykiatrisiin keryhmään kuuluvaa lääkettä, joista yksi oli unilääke (taulukko 4). Tutkimusjakson aikana Mantalle oli aloitettu uusia lääkkeitä ja lopputilanteessa Mantalla oli käytössä kaksi psykiatrisiin keryhmään kuuluvaa lääkettä ja kaksi muistisairauslääkettä.

TAULUKKO 4. Taulukossa tarkastellaan 78-vuotiaan Mantan lääkemutoksia.

LÄÄKITYS ENNEN MUUTOSTA 4/2010	LÄÄKITYS MUUTOKSEN JÄLKEEN 5/2010	LÄÄKITYS 5/2011	HUOMIOITAVAA
Zyprexa 5 mg x 1			
Citalopram 10 mg x 1			
Tenox 10 mg x 1			
		Seroquel 25 mg x 2	Aloitettu 1/2011
		Fevarin 50 mg x 2	Aloitettu 8/2010
		Doneratio 10 mg x 1	Aloitettu 8/2010
		Ebixa 20 mg x 1	Aloitettu 1/2011

Mantan liikkumiskyky parantui lähtötasoon nähden. Hoitajat kertoivat lähtötilanteessa Mantan kävelleen lyhyitä matkoja rollaattorilla hoitajan avustamana ja pidemmät matkat esim. aulaan Manta liikkui pyörätuolilla. Hoitajien mukaan lopputilanteessa Manta ainoastaan ulkoilee pyörätuolissa, kaikki muu liikkuminen tapahtuu kävellen. Kävely sujuu hyvin ja kivuttomasti. Hoitajien mukaan Mantan liikkeelle lähtö on myös helpompaa. Hoitajat totesivat Mantan ruokahalun parantuneen tutkimusjakson aikana, sillä lähtötilanteessa hän jätti välillä ruuan syömättä. Hoitajien mukaan pään alueen hikoilu

häiritsee Manta paljon. Hoitajat sanoivat hikoilun myös välillä vaikeuttavan unen saamista ja yöunta. Hoitajien näkemyksen mukaan fyysinen elämänlaatu koheni.

Mantan psyykinen toimintakyky parantui. Hoitajien näkemyksen mukaan tutkimusjakson aikana puheen tuotto oli vähäistä, nyt Manta on alkanut puhumaan enemmän. Hoitajat kuvasivat Mantan toistavan samaa sanaa pakonomaisesti ilman merkitystä, tämä on vähentynyt huomattavasti lähtötilanteesta. Hoitajat totesivat myös lähtötilanteessa saman sanan toistamisen häirinneen Manta itseään. Hoitajien mukaan lähtötilanteessa Manta oli passiivisempi, nyt kun hän on muuttunut aktiivisemmaksi, hän turhautuu välillä tekemisen puutteesta. Hoitajat totesivat Mantan oman persoonan tulleen jälleen näkyviin. Hän on nykyisin iloinen ja huumorintajuinen eikä hän ole enää itkuinen. Hoitajat kuvasivat Mantan mielialan vaihtelujen tasoittuneen. Hoitajat muistelivat Mantalla olleen tutkimuksen lähtötilanteessa vaihe, jolloin hän kaipasi kotiinsa, koska uskoi pärjäävänsä siellä. Hoitajien mukaan tämä aiheutti myös psyykkistä levottomuutta, joka ilmeni mm. huutamisena ja ahdistuksena, kun Manta joutui olemaan laitoksessa ja koki turvattomuutta yksin ollessaan. Hoitajat kertoivat Mantan kaivanneen omaisia, kun he eivät olleet läsnä ja Manta oli tyytymätön tilanteeseen. Hoitajien mukaan tutkimusjakson lopussa Manta oli sopeutunut tilanteeseensa. Hoitajat kuvasivat, että Manta ei ole enää levoton, ahdistunut eikä turvaton. Hoitajien mukaan psyykinen elämänlaatu kohentui.

Hoitajien mukaan Manta on aina viihtynyt seurassa ja pitää keskustelemisesta. Hoitajat kertoivat Mantan osallistuvan talon tapahtumiin valikoiden oman mielensä mukaan. Hoitajien mukaan tutkimusjakson aikana psyykkisen toimintakyvyn notkahdus vähensi Mantan keskusteluhaluja sekä yhteisiin tilaisuuksiin osallistumista. Hoitajat toteavat sosiaalisuuden parantuneen entiselle tasolle psyykkisen toimintakyvyn parannuttua. Hoitajat totesivat elämänhalun ja elämästä nauttimisen lisääntyneen lähtötilanteesta. Hoitajien mukaan Mantan hengellisessä toimintakyvyssä ei ole tapahtunut muutoksia. Hoitajien näkemyksen mukaan oli vaikea erottaa, mikä johtuu lääkemutoksista ja mikä muista tekijöistä. Yksi hoitaja näki lääkemutosten aiheuttaneen hikoilua ja väsymystä, joihin pitäisi vielä puuttua. Muiden hoitajien mielestä taas Manta on nyt virkeämpi ja aktiivisempi. Ruokahalun parantumisen nähtiin johtuvan lääkemutoksista. Hoitajat näkivät lääkityksen olevan nyt tasapainossa ja elämänlaadun kohentuneen.

8 SOPIVA JA RIITTÄVÄ LÄÄKITYS TUKEE ELÄMÄNLAATUA

8.1 Yhteenveto yksilötasolla

Hilman elämänlaatu heikentyi kaikilla osa-alueilla. Lääkemuutosten vaikutus elämänlaatuun oli epäselvää. Psykelääkkeenä käytetty Deprakine lopetettiin lähtötilanteessa, mutta palautettiin isommalla annoksella lääkelistalle. Lääkityspitoisuus ei ollut aiemmin hoitotasolla, joten pyrkimyksenä oli kokeilla löytyisikö annoksen nostamisella apu huu-teluun. Muistisairauslääkkeen lopettaminen saattoi vaikuttaa psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen mm. puheen tuottamisen ja sen ymmärtämisen heikkenemiseen (Pirttilä ym. 2010, 475). Liikkumiskyky saattoi heikentyä sairauden etenemi-sen vuoksi, mutta lisääntyneet kivut heikensivät kokonaisvaltaisesti toimintakykyä ja elämänlaatua (Pitkonen 2009, 96).

Hoitajien vastauksissa oli ristiriita, koska fyysisestä elämänlaatu temasta puhuttaessa he kokivat kipujen lisääntyneen, mutta haastattelujen lopussa lääkemuutosten vaikutuk-sista puhuttaessa he kokivat kipujen vähentyneen. Hilmalle oli aloitettu Norspan-kipulaastarilääkitys sekä Oxynorm-kipulääkitys ennen haastatteluja. Ristiriita johtui todennäköisesti siitä, että haastattelukierroksemme kesti kaksi viikkoa, siksi ensimmäis-ten ja viimeisten haastateltavien välillä tuli eroa kipujen määrän arvioinnissa. Norspan- ja Oxynorm lääkitykset aiheuttivat tokkuraisuutta ja väsymystä, joita hoitajat toivat esiin haastattelussa sen hetkisestä tilanteesta (Kivelä ja Rähä 2007).

Emman elämänlaatu parantui hoitajien näkemyksen mukaan, vaikka kävelykyky hei-kentyi. Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen toivat elämään sisältöä. Tutkimukseemme kuuluvia lääkkeitä muutettiin vähän. Lääkemuutosten oletettiin vai-kuttaneen psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä elämänlaadun paranemiseen (Tilvis ym.2011, 137).

Vienon elämänlaatu heikentyi. Loppuvaiheessa kipu vaikutti Vienon elämään suuresti. Kaikki liikuttelu tuotti asiakkaalle kipua, joten hän ei uskaltanut hyvinäkään het-kinä lähteä liikkeelle sängystään. Kivun todettiin laskeneen elämänlaatua ja mahdoli-kesti olleen osasyynä loppuaikana esiintyneeseen sekavuuteen (Pitkonen 2009, 96). Ki-

puun ei löydetty tehoavaa lääkitystä ja hoitokeinoa Vienon talossa ollessa. Lääkkeet eivät tehonneet tai aiheuttivat sekavuutta tai tokkuraisuutta (Kivelä & Räihä 2007). Sopivan kipulääkityksen löytyminen voi olla haasteellista muistisairaalle, kun lääkitystä valittaessa pitää huomioida terveydentila ja muu lääkitys kipulääkityksen lisäksi (Finne-Soveri 2006, 9-13.)

Mantan elämänlaatu parantui kaikilla osa-alueilla. Psykelaakkeita vähennettiin aluksi, mutta myöhemmin aloitettiin kaksi psykelaaketta asteittain psyykkisen toimintakyvyn notkahduksen vuoksi. Aloitetut muistisairauslääkkeet todennäköisesti tukivat kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn paranemista (Pirttilä ym. 2010, 477) ja elämänlaatu parantui kaikilla osa-alueilla, voimme todeta oikeanlaisella lääkityksellä päästävän hyvään tulokseen (Lipsanen 2009, 75).

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Vaarama (2002) sekä Lamminniemi ja Nurminen (2008) nostavat esiin hoidon laadun merkityksen ikääntyneen muistisairaana elämänlaadussa, silloin kun hän asuu jossain hoitoyksikössä. Pyrkiessään laadukkaaseen hoitoon, hoitajat muuttavat toimintaansa ikääntyneen voinnin mukaan. Laitoksessa tai hoitokodissa asuvan hoitokäytännöt ovatkin voineet vuoden aikana muuttua monta kertaa. Tutkimuksessa, jossa nykytilaa peilataan vuoden takaiseen, vaaditaan siihen osallistavalta hoitajalta valmistautumista. Hoitajat saivat kysymykset 1–2 viikkoa ennen haastattelua, haastatteluajankohdasta riippuen. Aineistoa litteroidessa sekä analysoidessa huomasimmekin joidenkin haastateltavien vastauksissa ristiriitaa, joka ilmeisesti johtui tästä valmistautumattomuudesta. Vastaukset tarkentuivat haastattelun edetessä ja selkeämmin tuli esiin vertausta lähtötilanteen ja nykyisyyden välille. Totesimme, ettei kaikille haastateltaville jäänyt montaa työpäivää kysymysten saannin jälkeen, joten valmistautumisaika olisi pitänyt olla pidempi.

Savikon, Huuskon ja Pitkälän (2006) mukaan ikääntynyt voi kokea elämänsä laadukkaaksi, kun hänellä on tarvittava apu ja tuki käytössä jokapäiväisen elämän sujumisessa. Hänninen (2011) tuo tutkimuksessaan esiin Lawtonin mallin jossa elämänlaatuun sisältyvät psyykinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu, tarkoituksenmukainen ympäristö ja kognitiivinen sekä toiminnallinen kyvykkyys. Tutkimuksessamme nousi esiin selkeästi,

että hoitajien mielestä muistisairaana ikääntyneen elämänlaadussa on tärkeää asiakkaan henkinen hyvinvointi. Tyytyväisyyttä pidettiin tärkeänä mittarina, sekä sitä ettei asiakas ole ahdistunut tai tuskainen psyykkisesti tai fyysisesti. Lääkemuutosten tai sairauden aiheuttamaa väsymystä ei niinkään pidetty pahana, jos asiakkaan oli muuten hyvä olla.

Tutkimuksessamme nousi esiin, että laadukkaaseen lääkehoitoon pyrkiessä lääkemäärää tärkeämpi tekijä on lääkityksen sopivuus. Jyrkkä (2011) toteaa tutkimuksessaan, että lääkemäärän sijasta kannattaisi kiinnittää huomio lääkityksen sisältöön ja laatuun. Tämä vaatii lääkäriltä syventymistä asiaan. Kivitaskun lääkärin työkenttä on laaja, johon kuuluu avopuolen lisäksi useampi laitos kaupungin alueelta. Lääkärin lisäksi onnistuneeseen hoitoon tarvitaan sitoutunut henkilökunta, jotka omalla työllään tukevat lääkärin panostusta lääkehoitoon. Tilvis ym. (2011) teroittaa oikein toteutetun lääkeshoidon tärkeyttä ja Vartiaisen (2005) mukaan hoitolaitoksissa tulisikin pohtia hoitotapoja ja hoitokulttuuria lääkityksen suhteen. Hoitajat nostivatkin esiin monenlaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joita käytetään jokapäiväisessä hoidossa. Keinot nousevat asiakkaan omista mieltymyksistä ja totumuksista, joiden tiedetään helpottavan ja auttavan esimerkiksi ahdistuksessa. Eloniemi-Sulkava (2011) painottaa asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen hoidon merkitystä pitkäaikaishoidossa olevan elämänlaadun tukemisessa. Hoitajien esiin nostamien lääkkeettömien hoitokeinojen käyttö osana muistisairaana hoitoa tukee Eloniemi-Sulkavan näkemystä. (Eloniemi-Sulkava 2011.)

Kahdella asiakkaalla parantui elämänlaatu hoitajien näkemyksen mukaan. Yhdellä asiakkaalla lääkkeitä vähennettiin lähtötilanteessa, mutta muita muutoksia ei tehty ja hänen elämänlaatunsa parantui hoitajien näkemyksen mukaan. Lipsanen (2009) toteaa, ettei lääkitykselle välttämättä ole enää sitä tarvetta, johon se on määrätty, jolloin haittavaikutukset voivat laskea elämänlaatua. Hosia-Randell (2010), Ahonen (2011) sekä Jyrkkä (2011) korostavatkin tutkimuksissaan moniammatillisen tiimin merkitystä ikääntyneen lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitajat kertoivatkin toisen asiakkaan voinnin heikentyneen lääkevähennysten jälkeen. Hoidon suunnittelussa käytettiin geriatrin näkemystä. Geriatri aloitti ensin yhden muistilääkkeen sekä mielialalääkkeen ja myöhemmin lisäsi lääkitykseen toinen muistisairauslääke ja mielialalääke. Geriatri seurasi omaisen välityksellä tilannetta viikoittain ja hoitajat kokivatkin tämän yhteistyön tuloksena löytyneen sopiva lääkitys ja asiakkaan lääkityksen olevan nyt tasapainossa.

Lampelan ym. (2007) mukaan lääkemutoksia tehdään yksi kerralla jolloin nähdään muutosten vaikutukset. Vuosi on pitkä aika muistisairaana ikääntyneen elämässä, jolla on monia muitakin sairauksia. Hoitajat toivat monessa kohtaa haastattelua esiin sen, ettei voi suoraan sanoa, johtuuko muutos lääkitysmuutoksesta vai perussairauksien etenemisestä. Kaikkien asiakkaiden elämänlaadussa tapahtui vuoden aikana muutoksia, muttemme voi suoraan sanoa kaikkien muutosten johtuneen lääkemutoksista. Tulokset olisivat lyhyemmällä tutkimusjaksolla jääneet epäselvemmiksi, koemmekin vuoden tutkimusjakson olleen hyvä.

Hosia-Randell (2010), Ahonen (2011) sekä Jyrkkä (2011) päättelevät kaikki ikääntyneen terveydentilan, ravitsemustilan ja toimintakyvyn kulkevan käsi kädessä, jolloin ne kaikki vaikuttavat toisiinsa. Kahden asiakkaan kohdalla vointi heikkeni tutkimusjakson aikana ja heille oli haasteellista löytää sopiva lääkitys. Hoitajien näkemyksen mukaan vointien muutokseen vaikuttivat monenlaiset syyt, eivät yksistään lääkemutokset. Hoitajat kokivat lääkemutosten tuoneen myös elämänlaatua laskevia vaikutuksia, eivätkä he saaneet omaa näkemystään aina tarpeeksi kuuluville lääkärinkierrolle. Piironen (2009) tuo tutkimuksessaan esiin hoitajien keskinäisen yhteistyön tärkeyden lääkehoi-dossa. Piironen ja Ahonen (2011) toteavat molemmat hoitohenkilökunnan koulutuksen tärkeyden lääkehoidon toteutuksessa ja lääkehoidon vaikutuksissa. Lääkemutosten toteutuksessa kunnan etukäteistiedottamisella ja koulutuksella lisätään yhteistyötä ja voidaan sopia yhteiset linjaukset, jotka lisäävät yhteistyötä.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Päädyimme seuraaviin johtopäätöksiin

1. Ikääntyneellä muistisairaalla lääkehoidon muutosten vaikutuksia on vaikea seurata, kun asiakas ei aina itse pysty kertomaan oireistaan ja tuntemuksistaan.
2. Lääkevähennys ei automaattisesti lisää elämänlaatua ikääntyneelle muistisairaalle, vaan sopiva ja riittävä lääkitys pitää hakea lääkärin ja hoitajien yhteistyönä, jossa voi tarvittaessa käyttää muitakin ammattiryhmiä.
3. Ennen isompien lääkemutosten tekemistä olisi tärkeää kouluttaa hoitohenkilökunta seuraamaan lääkemutoksen vaikutuksia.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla

1. Minkälaista hyötyä elämänlaadun tukemiseen saadaan moniammatillisesta tiimityöstä laitoksessa asuvan muistisairaana lääkehoidossa
2. Millaisin keinoin hoitajat voivat edistää muistisairaana elämänlaatua
3. Miten sydän- ja verisuonilääkkeet, diabeteslääkkeet ja laksatiivit vaikuttavat ikääntyneen elämänlaatuun

8.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Aiheen rajaamisen kanssa meillä on ollut koko tutkimustyön ajan ongelmia. Hirsjärven ym. (2009) mukaan aiheensuunnitteluun ja rajaamiseen kannattaa käyttää aikaa. Olemmekin joutuneet käymään lukuisia keskusteluita ja pohdintoja rajauksen parissa. Lääkehoidon vaikutuksesta elämänlaatuun löytyy paljon mielenkiintoista aineistoa ja vasta tulosten jälkeen pystyimme rajamaan hyödyllisen ja turhan tiedon. Koemmekin saaneemme paljon hyödyllistä tietoa tutkimustyömme ohessa. Aiheen löydyttyä työstömme alkoi kiireellä, koska lääkemuutoksia oli jo aloitettu tekemään. Työn aloittaminen ennen selkeää rajaamista on varmasti vaikuttanut siihen, että rajausta on täsmennetty koko työn ajan. Määrittelimme tutkimusjakson ajaksi vuoden. Vuoden aikana muistisairaana terveydentilan muutosten vaikutuksia on vaikea erottaa lääkemuutosten vaikutuksista. Oikean lääkitystason löytyminen vaatii oman aikansa. Hoitajien haastatteluista nousi selvästi esiin se, että puolta vuotta aiemmin kahden asiakkaan, joiden elämänlaatu parani, tulos olisi ollut huonompi

Lamminniemen ja Nurmisen (2008) sekä Kattaisen (2010, 191–194) mukaan ikääntyneen elämänlaatua on vaikea tarkastella ulkopuolelta. Haastateltavia valittaessa kävimme eettistä pohdintaa siitä, voivatko hoitajat kuvata luotettavasti muistisairaana elämänlaatua. (Hirsjärvi ym. 2009, 160–164.) Tiesimme, ettei ikääntynyt muistisairas välttämättä kykene itse ilmaisemaan kokemuksiaan, ainakaan vertaamaan sen hetkistä tilanetta vuoden takaiseen. Tiesimme myös, että voi olla erittäin haasteellista saada muistisairas ymmärtämään kysymykset. Savikon ym. (2006, 38) mukaan hoitajat kuvaavat elämänlaadun usein huonommaksi kuin mitä ikääntynyt itse kokee. Mielestämme haastatteluissa tuli ilmi elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä kattavasti ja hoitajat kertoivat asiakkaiden elämänlaadusta monipuolisesti. (Savikko ym. 2006, 38.) Haastattelemalla

saimme paljon enemmän tietoa kuin lähtötason kuvauksella. Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluita jatketaan niin kauan, kuin haastateltavilta tulee asiakkaan asiaan liittyen jotain uutta tietoa (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25). Haastatteluissa aineisto kylläntyi eli uutta tietoa ei enää tullut, joten haastateltavia oli riittävästi.

Palvelukodissa hoitaja on muistisairaana elämänlaadun äärellä työssään koko ajan. Lamminniemi ja Nurminen (2008) tuovat esiin hoitajan toiminnan tärkeyden muistisairaana elämänlaadun tukijana, koska muistisairas on riippuvainen hoitajan tuesta selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä. Laadullisella tutkimuksella pyritään tuomaan aina uutta tietoa. Tutkimukseen osallistuminen saa hoitajan pohtimaan omaa toimintaa ja tutkimuksen tuloksien avulla hoitajat näkevät, mitkä tekijät heidän työssään ovat hyviä ja toimivia sekä näkevät kehittämistarpeita sekä saavat tietoa miten niitä voi kehittää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34–35.)

Opinnäytetyön tekijöistä toinen työskentelee Kivitaskussa. Tämän vaikutusta työn laatuun pohdimme opinnäytetyön eri vaikeissa. Hoitajien haastattelut tehtiin heti hänen kolmen kuukauden työharjoittelun jälkeen, jolloin hänellä ei ollut ennakko-oletuksia tuloksista ja hän työskenteli toisella puolen taloa eikä hoitanut tutkimuksessa mukana olleita asiakkaita haastattelukierroksen aikana. Hoitajat uskalsivat tuoda omat mielipiteensä julki eivätkä miettineet mitä odotetaan vastaukseksi, koska asiaa korostettiin haastattelujen yhteydessä. Tulosten tulkinnassa huomioimme myös toisen tekijän työskentelyn Kivitaskussa. Tarkkuutta vaadittiin, koska työsuhteessa olevalla oli asiakkaista tietoa, joka ei noussut tutkimuksessa esiin. Tämän vuoksi palasimme jokaisessa epäselvässä tilanteessa haastattelunauhojen pariin varmistuaksemme tuloksen tulleen varmasti haastatteluista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131–133.)

Olemme tarkastelleet lähteitä kriittisesti ja pyrkineet mahdollisimman luotettavien ja ajantasaisten lähteiden käyttöön. Pyrimme tuomaan esille myös tutkimuksessa mahdollisesti eettisiä ristiriitoja aiheuttavat asiat, kuten haastatteluista nousevat muistisairaana hoitoon osallistuvien näkemyserot. Heikon kielitaitomme vuoksi saimme tukea englanninkielisen materiaalin käsittelyssä hyvän kielitaidon omaavalta sairaanhoitajalta Seija Bäckmanilta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131–133.)

Tulosten raportoinnin tuottamisen eteen teimme töitä, jotta saimme esiin kaikki tulokset oikein. Rajaamiseen käytimme aikaa, jolloin saimme esiin kaiken oleellisen, mutta karstittua turhan aineiston. Tulosten tarkasteluun käytimme myös runsaasti aikaa. Tarvitimme siihen pitkän prosessin, että saimme punnittua ja tarkasteltua tulokset oikein. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.)

8.5 Loppusanat

Sosiaali- ja terveysviranomaisten sekä lääkealan asiantuntijoiden laatiman Lääkepolitiikka 2020 tavoitteena on mahdollistaa kaikille turvallinen, tarkoituksenmukainen, tehokas ja taloudellinen lääkehoito mm. moniammatillisuutta, lääkehuollon vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta ja lääketutkimusta kehittämällä. Sairaanhoidajan pitää työssään tarkastella lääkeasioita näistä näkökulmista, koska siten hän voi edistää muistisairaana elämänlaatua. Asiakirjassa korostetaan moniammatillista toimintamallia potilaan lääkityksen toteutuksessa, neuvonnassa ja seurannassa. Terveystieteiden ammattilaisten on saatava luotettavaa ja näyttöön perustuvaa lääketietoa, jotta he pystyvät monisairaiden lääkityksen kokonaiskuvan määrittämiseen sekä lääkkeiden oikean käytön ohjeistamiseen. (Stm 2011.)

Tiesimme, että opinnäytetyön tekeminen on pitkä ja haastava prosessi opiskelun sekä työn ohella: siksi halusimme tehdä siitä mahdollisimman mukavaa. Haimme uusia ulottuvuuksia työhömmä työstämällä sitä eri paikoissa mm. kylpylöissä, kesämökillä ja asuntovaunussa. Onnistuimme mielestämme hyvin hyödyntämään toistemme vahvuuksia, työkokemusta ja ammattitaitoa prosessin eri vaiheissa. Löysimme ideoita ja ratkaisuja ongelmiin pohtimalla ääneen askarruttavia kysymyksiä. Vuorovaikutustaitomme ja ristiriitatilanteiden hallinta kehittyivät, koska avasimme näkemyksiämme toisillemme. Kävimme pitkiäkin keskusteluja päästäksemme yhteiseen näkemykseen.

Kielelliset ja kirjalliset taitomme kehittyivät prosessin edetessä kuten myös kokonaisuuden laajempi hallinta. Työstimme työtä paljon yhdessä, mutta jaoimme myös välillä tehtäviä. Koemme kantaneemme yhdessä vastuun kokonaisuudesta ja panostaneemme työhön yhtä paljon. Tunteet ja mieliala vaihtelivat prosessin edetessä, mutta puhuimme ristiriidat auki. Suhtauduimme joustavasti ja ymmärtäväisesti toisiimme etsiessämme

yhteistä aikaa. Hyödynsimme saamaamme palautetta ja haimme myös vertaistukea. Lopputulokseen olimme tyytyväisiä. Toivomme, että työssämme näkyy innostus ja antoisan prosessin aiheuttama ammatillisen kasvun edistyminen. Olemme läpi työn pohtineet eettisyyttä, elämänlaatua ja lääkehoidon osuutta siihen. Prosessin aikana opimme, ettei lääkelistojen kriittinen tarkastelu tarkoita sitä, että lääkkeitä vain vähennetään, vaan että pyritään muistisairaana elämänlaadun kannalta parhaaseen mahdolliseen lääkehoidon löytymiseen.

Haluamme esittää lämpimät kiitokset hyvin toimivasta yhteistyöstä Palvelukoti Kivitas-kulle, ohjaavalle opettajalle sekä englanninkielisten tutkimusten kääntämisessä auttaneille. Perheillemme esitämme suuret kiitokset tuesta, kannustuksesta ja ennen kaikkea kärsivällisyydestä. Ilman teitä opinnäytetyömme ei olisi koskaan valmistunut.

LÄHTEET

- Ahonen, Jouni 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. Farmasian laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 1.10.2011.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf
- Eloniemi-Sulkava, Ulla 2011. Elämänlaatu ja hyvän elämän mahdollisuudet ympärivuorokautisissa pitkäaikaishoitopaikoissa. Artikkelissa Ava Numminen; Ulla Eloniemi-Sulkava; Päivi Topo & Hannu Valtonen 2011. Miten käy iäkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa? Tieteessä tapahtuu 6. Viitattu 23.9.2011. ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/download/4409/4147
- Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Timo Erkinjuntti; Juha Rinne & Hilikka Soininen Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Finne-Soveri, Harriet 2006. Laitoksessa asuvan vanhuksen kivun hoito. Teoksessa vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen- Cilag.
- Heikura, Marja-Liisa; Pitkänen, Kaisa; Hakala, Annamari & Puurunen, Terttu 2009. OLKA- Oikea lääkehoito kokonaisarvioinnin avulla. Kokeiluhankeraportti. Helsinki: Sitra. Viitattu 30.9.2011.
<http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2013.pdf?download=Lataa+pdf>
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hosia-Randell, Helka 2010. Perspectives on prescribing. in nursing homes in Helsinki. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Hjelt-instituutti, Väitöskirja. Viitattu 28.4.2011 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6251-3>

- Huttunen, Matti O. 2010. Psykkeenlääkkeet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412.
- Huttunen, Matti O. 2008. Antipsykootiset lääkkeet. Duodecim Oy. Viitattu 19.10.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00103
- Hänninen, Mimmu 2011. Dementiaa sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu pitkäaikashoidossa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma. Viitattu 20.9.2011.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/27229/URN:NBN:fi:ju-2011062711058.pdf?sequence=1>
- Jyrkkä, Johanna, 2011. Drug Use and Polypharmacy in Elderly Persons. University of Eastern Finland, School of Pharmacy, Social Pharmacy, Faculty of Health Sciences, väitöskirja. Viitattu 20.8.2011.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0385-3/urn_isbn_978-952-61-0385-3.pdf
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, Päivi; Taponen, Rauni & Suominen, Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia 2007; 4: 311-319. Viitattu 31.1.2011. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Elektra-aineisto.
- Kattainen, Eija 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen- ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen: teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy. 1.painos.
- Kekola, Pauliina; Siljander, Marjo; Tähtäpää, Päivi; Vanne, Maria & Viili, Erja 2004. Miten kuulen dementoituvaa ihmistä? Teoksessa Harri Kankare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Koistinen Laura 2010. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. Suomen lääkäri-lehti. 2010; 65 (7): 593 – 598.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Rähä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Viitattu 7.11.2010
http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/17702_julkaisut_kapseli35.pdf

- Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2010. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Timo Erkinjuntti; Juha Rinne & Hilikka Soininen Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 4 painos. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C katsauksia ja aineistoja 10. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Käypähoito 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 25.7.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakusana=muistisairaus#s10>
- Laki huumausaineista. 2008/373, 30.5.2008. Viitattu 28.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>
- Laki lääkkeistä 1987. 1987/395, 10.4.1987. Viitattu 28.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>
- Lamminniemi, Terhi & Nurminen, Katja 2008. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu - tutkielma. Viitattu 6.11.2010
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18757/URN_NBN_fi_jyu-200807045586.pdf?sequence=1
- Lampela, Pasi; Hartikainen, Sirpa; Sulkava, Raimo & Huupponen, Risto 2007. Iäkäs potilas tunnistaa lääkkeidensä haittavaikutukset huonosti. Suomen Lääkärilehti 2007; 62(27–31): 2664–2666.
- Lipsanen, Heli 2009. Kokemuksia iäkkäiden lääkehoidon selvitysprosessista Leivolan palvelukeskuksessa- psyykelääkkeiden käyttö ja lääkehoidossa ilmenneet ongelmat. Kuopion yliopisto. Sosiaalfarmasian laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Martikainen, Janne; Viramo, Petteri & Frey, Harry 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Piironen, Mirka 2009. Ikääntyneen lääkehoidon toteuttaminen vanhainkodissa- sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma

- Pirttilä, Tuula; Suhonen, Jaana; Rahkonen, Terhi & Erkinjuntti, Timo 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilkka Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pitkonen, Anu 2009. Kokemuksia iäkkäiden lääkehoidon selvitysprosessista Leppävirralaisissa palvelukeskuksissa- Kivut ja kivun lääkehoito sekä lääkehoidossa esiintyneet ongelmat. Kuopion yliopisto. Farmakologian ja toksikologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Pitkälä, Kaisu 2006. Kroonisen kivun hoidon karikkoja kotona asuvilla ikäihmisillä. Teoksessa vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen- Cilag.
- Savikko, Niina; Huusko, Tiina & Pitkälä, Kaisu 2006. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Tiina Huusko; Timo Strandberg & Kaisu Pitkälä (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Stm 2011. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Viitattu 4.7.2011. www.stm.fi/julkaisut
- Stm 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.8.2011. <http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>
- Sufuca-projekti i.a. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 15.5.2010. <http://www.sufuca.fi/fi/index.html>
- Suhonen, Jaana; Alhainen, Kari; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Juhela, Pirjo; Juva, Kati; Löppönen, Minna; Makkonen, Markku; Mäkelä, Matti; Pirttilä, Tuula; Pitkälä, Kaisu; Remes, Anne; Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri & Erkinjuntti, Timo 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkärilehti 2008; 63 (10): 9–21.
- Tilvis, Reijo 2006. Opioidit vanhusten vaikean kivun hoidossa. Teoksessa vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen- Cilag.
- Tilvis, Reijo; Neuvonen, Pertti J. & Pitkälä, Kaisu 2011. Lääkehoidon erityispiirteet vanhuksilla. Teoksessa Pertti J Neuvonen.; Janne T Backman.; Jaakko-Juhani Himberg; Risto Huupponen; Tapani Keränen & Kari T Kivistö

(toim.) Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Helsinki : Kandidaattikustannus Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. 6s painos. Helsinki: Tammi.

Vaarama, Marja 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Päivi Voutilainen; Marja Vaarama; Kaisa Backman; Leena Paasivara; Ulla Eloniemi-Sulkava & Harriet U Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämis- ja tutkimuskeskus.

Vartiainen, Leena 2005. Iäkkäiden lääkitysmuutokset 1998-2003- Kuopio 75+- tutkimus. Kuopion yliopisto. Sosiaalifarmasian laitos. Pro gradu-tutkielma.

LIITTEET

LIITE 1 Lähtötason kuvauslomake

ASIAKKAAN TOIMINTAKYVYN ARVIOIMINEN 1 (5/2010)

Arvioi asiakkaan voimavarat ja toimintakyky eri osa-alueiden pohjalta erilliselle paperille. Liitteestä numero 1 näet mikä numero vastaa ketäkin asiakasta.

ARVIOITAVAT OSA-ALUEET:

1. Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitamme liikkumiskykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa on huomioitava myös sairaudet ja lääkitys sekä aistien toimivuus. Toimintakykyyn vaikuttavia fyysisiä tekijöitä ovat myös suun terveys ja ravitsemustila, kipu ja ihon kunto. (Sufuca-projekti i.a.)

2. Psyykinen toimintakyky

Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat mielenterveyden häiriöt tai sairaudet, dementoivat sairaudet, puheen tuottamis- ja ymmärtämiskyky, persoonallisuus, mieliala, tunteiden ilmaisu ja niiden käsittelykyky sekä mahdolliset käytösoireet. Psyykkiset voimavarat ja asiakkaan kokemus turvallisuus tai turvattomuus ovat psyykkisen toimintakyvyn osatekijöitä. (Sufuca-projekti i.a.)

3. Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueita ovat asiakkaan kyky ilmaista itseään ja omia tarpeitaan, sosiaalinen kanssakäyminen ympäristön kanssa, puhelimen käyttö, keskustelu hoitajien ja muiden asiakkaiden kanssa sekä osallistuminen talon toimintaan tai sen ulkopuolelle. (Sufuca-projekti i.a.)

4. Hengellinen toimintakyky

Hengellinen toimintakyky sisältää uskonnollisuuden, elämäkatsomuksen, arvot, filosofian sekä suhtautumisen elämään ja kuolemaan. (Sufuca-projekti i.a.)

5. Tuleeko mieleesi jotain muuta oleellista?

LIITE 2 Tutkimuksen haastatteluteemat

ASIAKKAAN ELÄMÄNLAADUN ARVIOIMINEN 2 (6/2011)

Ennen haastattelua:

Pyydämme lukemaan tutkimuskansiosta jokaisen asiakkaan lähtötasokuvaukset. Haluessasi voit myös tutkia papereita etukäteen. Näitä materiaaleja ei oteta mukaan itse haastattelutilanteeseen. Vastauksissa kerrotte tämänhetkisen tilanteen ja tuotte esiin myös mahdolliset muutokset.

ARVIOITAVAT OSA-ALUEET:

1. Kuvaile asiakkaan terveydentilaa ja fyysistä suoriutumista

Fyysisellä suoriutumisella tarkoitamme liikkumiskykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Fyysisen suoriutumisen arvioinnissa on huomioitava myös sairaudet ja lääkitys sekä aistien toimivuus. Toimintakykyyn vaikuttavia fyysisiä tekijöitä ovat myös suun terveys ja ravitsemustila, kipu ja ihon kunto. (Sufuca-projekti i.a.)

2. Kuvaile asiakkaan psyykkistä selviytymistä

Psyykkiseen selviytymiseen vaikuttavat mielenterveyden häiriöt tai sairaudet, dementoivat sairaudet, puheen tuottamis- ja ymmärtämiskyky, persoonallisuus, mieliala, tunteiden ilmaisu ja niiden käsittelykyky sekä mahdolliset käytösoireet. Psyykkiset voimavarat ja asiakkaan kokemus turvallisuudesta tai turvattomuudesta ovat psyykkisen toimintakyvyn osatekijöitä. (Sufuca-projekti i.a.)

3. Kuvaile asiakkaan sosiaalista elämää

Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueita ovat asiakkaan kyky ilmaista itseään ja omia tarpeitaan, sosiaalinen kanssakäyminen ympäristön kanssa, puhelimen käyttö, keskustelu hoitajien ja muiden asiakkaiden kanssa sekä osallistuminen talon toimintaan tai sen ulkopuolelle. (Sufuca-projekti i.a.)

4. Kuvaile asiakkaan hengellisyyttä

Hengellisyys sisältää uskonnollisuuden, elämäntutkimuksen, arvot, filosofian sekä suhtautumisen elämään ja kuolemaan. (Sufuca-projekti i.a.)

5. Hoitajan näkökulmasta, miten lääkehoidon muutokset ovat vaikuttaneet elämänlaatuun?

LIITE 3 Hilman fyysinen elämänlaatu

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
joskus käsiä liikuttaa tarttuu sängyn laitaan jalat eivät liiku sängyllä aulaan/ulos todella harvoin g-tuolissa ltn ei enää kampa/pese itse ltn	LIKKUMINEN	FYYSINEN ELÄMÄN- LAATU
vaihtelevasti syö ravitsemustila hyvä täysin autettava ruokailussa söi ennen itse ltn	RUOKAILU	
kivulias kipujen ilmaisu ilmein elein heikkoa tyytyväisyyden näyttää nyökkäämäl- lä ilmeet ja eleet jääneet pois ltn kivut lisääntyneet ltn	ILMEET, ELEET JA KIPU	
tykkää hellästä koskettamisesta ei pidä hoitotoimista, vastustele, aggressiivinen vastusteleminen hoi- totoimissa vähentynyt ltn	KOSKETUS	
yön nukkuu hyvin nukkuu päivällä paljon poissaoleva väsynyt ltn	VIREYSTILA	

Käytämme talukossa lyhennettä ltn= lähtötilanteeseen nähden, kertoo aina muutoksesta jossa hoitaja tuo esiin tämän asian muuttuneen lähtötilanteeseen nähden. Esim. todella harvoin g-tuolissa ltn, kertoo suoraan, että lähtötilanteessa istui g-tuolissa useimmin.

LIITE 4 Hilman psyykkinen elämänlaatu

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
puhuu muutamalla sanalla puheen tuottaminen vähentynyt ltn oma-aloitteinen puhuminen vähentynyt ltn	PUHUMINEN	PSYKKINEN ELÄMÄNLAATU
ymmärtää puhetta ajoittain aina ei ymmärrä mitä kerrotaan aina ei voi olla varma ymmärtääkö, katsoo silmiin ja nyökyttelee ymmärtämiskyky alentunut ltn	PUHEEN YMMÄRTÄMINEN	
ilmaisee tunteita apua huutamalla virkeänä hetkenä ilmaisee itseään ei muunlaista tunteiden ilmaisua aina ei saa kontaktia poissaoleva/tokkurainen ennen ilmaisi monipuolisemmin tunteitaan (sanoin, elein) ltn hymyily vähentynyt ltn	ITSENSÄ JA TARPEIDEN ILMAISEMINEN	
oma persoonallisuus kaventunut ltn	PERSOONA	
nauttii hellästä kosketuksesta (silitely, kampaaminen) ei pidä hoitotoimista, ärsyyntyy, alkaa huutaa kokee turvattomuutta, ilmaisee huutamalla vastustelu vähentynyt poissaolevuuden vuoksi ltn aiemmin seurasi ympäristöä enemmän ltn ahdistuneisuus lisääntynyt ltn	MIELIALA	

LIITE 5 Hilman sosiaalinen ja hengellinen elämänlaatu

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
virkeänä osallistuu tapahtumiin ei pidä suurista ihmisjoukoista osallistui ennen tapahtumiin enemmän ltn	TALON TAPAHTUMAT	SOSIAALINEN ELÄMÄNLAATU
kuuntelee ja vastailee puhui ennen enemmän puhelimeen ltn	PUHELIMEN KÄYTTÖ	
nauttii seurasta ja huomiosta henkilökohtainen, kahdenkeskinen huomio tärkeää taantunut, ei selkeästi enää ilmaise nauttiiko seurasta ltn	SEURA JA HUOMIO	

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
ollut aina hengellinen tuonut selkeästi oman vakaumuksen esiin oma hengellisyys ei enää selkeästi nähtävissä ltn	HENGELLISYYS	HENGELLINEN ELÄMÄNLAATU
nauttii virsistä, hengellisestä musiikista nauttii hengellisestä kirjallisuudesta osallistuu hartauksiin ei enää jaksaa osallistua hartauksiin ltn lauloi ennen virttä mukana ltn ei tuo tarpeitaan enää esiin ltn	HENGELLINEN TOIMINTA	

LIITE 6 Hilman lääkemuutokset

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
rauhalliset jaksot lisääntyneet huutelu vähentynyt levottomuus vähentynyt kivut vähentyneet ahdistus vähentynyt hyvä olla	POSITIIVISET	LÄÄKEMUUTOKSET
väsyneempi tokkurainen ei jaksa ilmaista tarpeitaan ei jaksa liikuttaa jäseniään	NEGATIIVISET	

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
auttakaa, auttakaa kovaa ja tuskaista välillä kirkumista asento välillä kouristuksen omai- nen kimeää, ennen monotonista ltn	MITEN HUUTAA	HUUTO
iltaisin hoitotoimien yhteydessä yksin ollessaan vähentynyt ltn lisääntynyt (1) ltn	MILLOIN JA MITEN PALJON	
kipu, epä mukava olo yksinäisyys ahdistus turvattomuus psyykinen syy ei selkeää syytä vaikeampi tulkita ltn	MIKSI HUUTAA	
hoitajan läsnäolo ja huomio vaipan vaihto asennon vaihto kipulääke monia keinoja käytettävä	MIKÄ AUTTAA	