



# Arvokasta elämää loppuun asti

Käyttösoireisen muistisairaahan lääkkeettömän hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin käytettävän menetelmän testaaminen osasto-olosuhteissa

Asta Manninen  
Maiju Vainio

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Arvokasta elämää loppuun asti  
Käyttösoireisen muistisairaalan lääkkeettömän  
hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja  
arviointiin käytettävän menetelmän  
testaaminen osasto-olosuhteissa**

Asta Manninen  
Maiju Vainio  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Helmikuu 2019

Asta Manninen, Maiju Vainio

**Käyttöoireisen muistisairaalan lääkkeettömän hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin käytettävän menetelmän testaaminen osasto-olosuhteissa**

Vuosi 2019 Sivumäärä 51

---

Opinnäytetyö on tehty osana HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosityksikön gero-, neuro ja riippuvuuspsykiatrian kehittämishanketta ja se on tehty yhteistyössä Kellokosken sairaalan neuropsykiatrisen osasto 22:n hoitohenkilökunnan kanssa. Johtajalääkäri Risto Vataja on kehittänyt Michiganin yliopiston professori Helen Kalesin DICE-malliin perustuvan instrumentin, jonka tarkoitus on olla apuna hoitajalle käyttöoireisen muistisairaalan lääkkeettömän hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa hoitajien kokemuksista instrumentin käyttöön liittyen. Hoitajat testasivat instrumenttia muistisairaiden käyttöoireiden hoitotyössä kahden kuukauden ajan osasto-olosuhteissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työn tilaajalle instrumentin hyödyllisyydestä, käytettävyydestä ja tarpeellisuudesta. Opinnäytetyön tulosten pohjalta instrumenttia olisi tarkoitus kehittää toimivampaan suuntaan.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun keinoin haastattelemalla neuropsykiatrisen osaston hoitohenkilökuntaa, joka osallistui instrumentin testaamiseen. Haastattelun aihepiirit oli valittu valmiiksi ja haastattelu käsitteli instrumentin hyödyllisyyttä, käytettävyyttä, käytännöllisyyttä sekä mahdollisia ongelmia, haasteita ja parannusehdotuksia. Hoitajien yksilöhaastatteluja toteutettiin lopulta kuusi. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla.

Tutkimusten tulosten mukaan instrumentti koettiin hyödylliseksi ja sille olisi käyttöä. Instrumenttiin tulisi kuitenkin tehdä vielä muutamia muutoksia. Instrumentista todettiin, että sen suurimmat hyödyt saavutettaisiin muistisairaiden asumispalveluyksiköissä.

Jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia hoitajien käsityksiä muistisairauksien käyttöoireista sekä lääkkeettömästä hoidosta, sillä tutkimuksen aikana kävi ilmi, että näissä asioissa olisi selvennettävää varaa. Myös instrumentin pitkäaikaiskäytön hyötyjä tulisi tutkia. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia instrumentin käytön vaikuttavuutta verrattuna yksikköön, jossa instrumentti ei ole käytössä.

Asiasanat: Muistisairaudet, lääkkeetön hoito, käyttöoireet

Asta Manninen, Maiju Vainio

**Testing a method for designing, implementing and evaluating non-pharmalogical interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia under ward conditions**

Year 2019 Pages 51

---

This thesis is part of Helsinki University Hospital's (HUS) Psychiatry department's gero, neuro and addiction development project, done in collaboration with the nursing staff of Kellokoski hospital's neuropsychiatric Ward 22. The medical director Risto Vataja has developed an instrument based on the Michigan University professor Helen Kales's DICE-model. The purpose of the instrument is to assist the caregiver in the design, implementation and evaluation of non-pharmalogical interventions for dementia patients with behavioral and psychological symptoms.

The purpose of the thesis was to collect information on the use of this instrument under ward conditions. The objective was to provide information about the usefulness, usability and necessity of the instrument.

The research material of this thesis was collected by conducting theme interviews with six nurses of Ward 22. The themes of the semi-structured interview were usefulness, usability, practicality, possible problems, challenges and suggestions for improvement of the instrument. The material was analyzed by means of theoretical content analysis.

According to the results of the interviews, the instrument was generally found to be useful and in use. However, the instrument needs some further development. The results suggested that the instruments greatest benefits would be in nursing homes for dementia patients.

In the future, it might be useful to study nurses' understandings of behavioral and psychological symptoms of dementia and non-pharmalogical interventions, as it became clear during the research that there was a need for clarification. The benefits of long-term instrument use should also be explored. In addition, it would be interesting to study the effectiveness of using the instrument compared to a ward, where the instrument is not in use.

Keywords: Dementia, non-pharmalogical interventions, behavioral and psychological symptoms

## Sisällys

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Johdanto .....                                     | 6  |
| 2   | Opinnäytetyn tausta, tarkoitus ja tavoite .....    | 7  |
| 3   | Muistisairaudet .....                              | 7  |
| 3.1 | Etenevät muistisairaudet.....                      | 8  |
| 3.2 | Muistisairauteen liittyvät käytösoireet .....      | 11 |
| 4   | Muistisairaahan hoitotyö.....                      | 14 |
| 4.1 | Muistisairaahan hyvä perushoito .....              | 14 |
| 4.2 | Muistisairaahan käytösoireiden hoito.....          | 18 |
| 5   | Opinnäytetyön toteutus.....                        | 19 |
| 5.1 | Opinnäytetyön tutkimusympäristö ja aikataulu.....  | 20 |
| 5.2 | Instrumentin esittely ja testaus.....              | 20 |
| 5.3 | Laadullinen tutkimus.....                          | 22 |
| 5.4 | Teemahaastattelu ja aineiston keruu .....          | 22 |
| 5.5 | Analyysi, tulosten tulkinta ja johtopäätökset..... | 23 |
| 6   | Tutkimuksen tulokset .....                         | 24 |
| 6.1 | Hyödyllisyys.....                                  | 25 |
| 6.2 | Käytännöllisyys ja käytettävyys .....              | 27 |
| 6.3 | Ongelmat, haasteet ja parannusehdotukset .....     | 28 |
| 7   | Pohdinta ja johtopäätökset .....                   | 29 |
| 7.1 | Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus .....          | 31 |
| 7.2 | Jatkotutkimusehdotukset .....                      | 33 |
|     | Lähteet .....                                      | 35 |
|     | Taulukot .....                                     | 39 |
|     | Liitteet .....                                     | 40 |

## 1 Johdanto

Muistisairaudet ovat nykypäivän Suomessa suuri kansanterveydellinen sekä kansantaloudellinen haaste. Suomalainen väestö ikääntyy vauhdikkaasti ja sen myötä etenevät muistisairauksen lisääntyvät. Tällä hetkellä noin 190 000 henkilö sairastaa muistisairautta ja siihen sairastuu arviolta 14 500 henkilöä vuosittain. Sairastuneista suurin osa on yli 80-vuotiaita, mutta yli 7000 työikäisellä on diagnosoitu etenevä muistisairaus. (Muistisairaudet 2017; Muistisairauksien yleisyys 2018.) Noin 90% muistisairaista kärsii jossain sairauden vaiheessa käytösoireista. Käytösoireet ovat muistisairaalle sekä hänen läheisilleen raskaita. Hoitamattomana käytösoireet lisäävät muistisairaahan sosiaali- ja terveystalouden käyttöä ja ovat yksi iso tekijä muistisairaahan laitoshoidon joutumisessa. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus, 2017.)

Opinnäytetyön aihe valittiin osittain juuri sen merkitsevyyden takia. HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan Psykiatriakeskukseen on avautumassa toukokuussa 2019 geropsykiatrisen osaston, jossa on tarkoituksenaan hoitaa käytösoireisia muistisairaita ensisijaisesti lääkkeettömällä keinoin. Lääkkeettömällä hoitolla olisi tarkoitus toteuttaa opinnäytetyön aiheena olevan instrumentin avulla. Muistisairaahan käytösoireita tulisi Käypä hoito-suosituksen mukaan hoitaa ensisijaisesti lääkkeettä (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017).

Käytösoireita joudutaan kuitenkin usein hoitamaan myös lääkkeellisesti, ja tällöin lääkehoidon käytetään masennuslääkkeitä, psykoosilääkkeitä sekä bentsodiatsepiinejä, usein useampaa valmistetta samanaikaisesti (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017). Vaikka lääkehoidon usein onkin muistisairaahan hoidon kannalta tärkeää, käytettävät lääkkeet lisäävät muistisairaahan kaatumisriskin puolitoistakertaiseksi. 2% kaatuneista ikääntyneistä saa kaatumisen yhteydessä murtumavamman, joka vähentää kaatuneen elämänlaatua ja aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Vuonna 2015 yli 50-vuotiaista suomalaisista 1100 kuoli kaatumisen yhteydessä. (Hartikainen & Antikainen 2018.) Käytösoireita saatetaan myös lääkittää liikaa tai turhaan. Tämä heikentää muistisairaahan ennustetta (Eloniemi-Sulkava 2010).

Liiallinen paikasta toiseen siirtyminen myös hämmentää muistisairaita. Työperäisen kokemuksen perusteella, käytösoireisen muistisairaahan oireita voi jopa provosoida siirtyminen hoivakodista erikoissairaanhoidon hoitoon. Tällöin varsinkin sairaalaan joutumisen syy saattaa jäädä vähemmälle huomiolle, sillä ensin täytyy hoitaa paikan vaihdoksesta johtuva oireilu. Uusi, sekoittava käytösoire voi myös johtaa siihen, että muistisairasta on pakko lääkittää enemmän, kuin alkuperäinen käytösoire ehkä tarvitsisi. Tämä taas voi pitkittää muistisairaahan hoitojaksoa. Lisäksi hoivakotiin takaisin siirtyminen voi aktivoida muistisairaalle uuden oireen.

Tämän vuoksi käytösoireiden lääkkeettömään hoitoon tulisi kiinnittää huomiota jo ennen kuin potilaat päätyvät erikoissairaanhoidon piiriin ja erikoissairaanhoidossa tulisi hoitaa vain haastavimmat käytösoireet. Hoivakotien hoitohenkilökuntaa tulisi perehdyttää ja tukea entistä

enemmän muistisairauksista johtuvien käytöshäiriöiden lääkkeettömään hoitoon. Muistisairaalle kannalta olisikin hyvä, että hoitohenkilökunnalla olisi monipuolisesti keinoja puuttua erilaisiin käytösoireisiin. Tällöin käytösoire saataisiin ehkä hallintaan, ennen kuin erikoissairaanhoidolle olisi tarvetta. Tämä mahdollistaisi turvallisen lääkehoidon, ja lisäksi sekoittavat paikannvaihdoksen jäisivät pois. Näin ikääntyneet saisivat viettää arvokasta elämää loppuun asti.

## 2 Opinnäytetyn tausta, tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tilaajana toimii HUS Psykiatrian gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian johtajalääkäri Risto Vataja, ja opinnäytetyömme onkin osa HUS Psykiatrian kehittämishanketta liittyen muistisairaalle potilaan lääkkeettömään hoitoon. Kehittämishankkeen tarkoituksena on lisätä käytösoireista kärsivien muistisairaiden lääkkeetöntä hoitoa, ja sen perustana käytetään Michiganin yliopiston professori Helen Kalesin luomaa DICE-mallia (Kales, Gitlin & Lyketsos 2014). Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä tietoa lääkärin kehittämän työvälineen eli instrumentin testauksesta. Instrumentin avulla pyritään tuomaan lääkkeettömiä hoitokeinoja voimakkaammin muistisairaiden hoitotyöhön. Instrumentti on hoitohenkilökunnalle suunnattu lääkkeettömän hoidon työväline, joka on apuna muistisairaalle hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Tavoitteena on tuottaa tilaajalle tietoa instrumentin hyödyllisyydestä, käytettävyydestä ja tarpeellisuudesta. Jatkossa instrumentin avulla olisi tarkoitus välttää muistisairaiden käytösoireiden liiallista lääkitsemistä. Kehittämishankkeen myötä instrumentin käyttö olisi tarkoitus levittää myös hoivakotien ja palvelutalojen käyttöön. Tämän myötä tarkoituksena olisi, että käytösoireisten muistisairaiden sairaalahoitojaksot vähenisivät.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Toimiiko instrumentti lääkkeettömän hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa?
2. Millaisia muutoksia instrumentin ensimmäiseen versioon tulee tehdä, jotta se olisi käyttökelpoinen?
3. Onko kyseiselle instrumentille tarvetta?

## 3 Muistisairaudet

Ihmisen ikääntyessä on luonnollista, että muistaminen ja asioiden mieleen painaminen tuntuu työlämmältä, kuin aikaisemmin. Tiedonkäsittely hidastuu iän karttuessa ja uusien asioiden muistelu saattaa tuntua hankalalta. Aiemmin opitut taidot ja tiedot kuitenkin säilyvät ja uudet asiatkin palautuvat mieleen ilman ongelmia erilaisten vihjeiden avulla. Muistitoimintojen

luonnollisen heikkenemisen myötä arkiset toiminnot eivät kuitenkaan vaikeudu eikä ikääntyneelle aiheudu haittaa sosiaalisissa kanssa käymisissä. (Ikääntyminen ja muisti 2014; Erkinjuntti 2011.)

Muistioireilla tarkoitetaan tapahtumamuistiin, eli episodiseen muistiin, ja asiamuistiin, eli semanttiseen muistiin, liittyviä häiriöitä. Muistioireet ilmenevät mieleen painamisen ja palauttamisen hankaluutena sekä muistissa säilyttämisen vaikeutena. Muistiin vaikuttaa kuitenkin monet muutkin tekijät, kuin muistisairaudet, eivätkä muistivaikeudet ole aina merkki muistisairaudesta. Esimerkiksi jotkin neurologiset sairaudet kuten aivoverenkiertohäiriöt, epileptiset kohtaukset ja aivovammat, vitamiinipuutokset, päihteet, lääkkeet, sekavuustilat ja jotkin psykiatriset häiriöt voivat vaikuttaa muistitoimintoihin ohimenevästi. Myös unihäiriöt ja niistä johtuva väsymys, stressi, jännitys, kipu ja ympäristötekijät voivat vaikuttaa muistiin väliaikaisesti. Kun ihmisellä ilmenee muistioireita, on arvioitava niiden lisäksi myös toiminnanohjaus, tarkkaavuus ja työmuisti. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 20; Paajanen & Remes 2015, 29-34; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Muistisairaudesta puhuttaessa tarkoitetaan sairautta, joka heikentää ihmisen muistia ja tämän lisäksi sairastuneella ilmenee tiedonkäsittelyn ongelmia, kuten toiminnanohjauksen heikkenemistä ja kielellisiä ongelmia. Aikaisemmin muistisairaudesta puhuttaessa on käytetty termiä dementia, nykyisin kuitenkin ymmärretään, että dementia on oireyhtymä, ei itsenäinen sairaus. Dementialla tarkoitetaan tilaa, jolloin ihmisen muistin ja toimintakyvyn heikkeneminen on niin voimakasta, että sairastuneella on vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Dementia johtuu etenevästä muistisairaudesta. (Erkinjuntti ym. 2015, 20; Muistisairaudet 2018.)

### 3.1 Etenevät muistisairaudet

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus suomalaisessa väestössä. Tautia sairastaa noin 70% kaikista muistisairauksia sairastavista ihmisistä. Alzheimerin tautiin sairastutaan useimmiten yli 65-vuotiaana ja sen todennäköisyys kasvaa, mitä iäkkäämmäksi ihminen tulee. Alzheimerin tauti voidaan kuitenkin todeta harvoissa tapauksissa jo alle 50-vuotiailta. Taudin perimmäistä aiheuttajaa ei tiedetä. Sairastuneen aivoihin alkaa kertyä amyloidiproteiinia, joka sakkautuu aivoihin. Amyloidiproteiinisakka muodostaa aivoihin mikroskooppisen pieniä muutoksia, jotka vaurioittavat aivokudosta. Aivojen vaurioituminen alkaa ohimolohkojen sisäosista edeten aivokuorelle laajemmin vuosien kuluessa. On arvioitu, että muutokset alkavat kehittyä noin 20-30 vuotta ennen ensimmäisiä oireita. (Alzheimerin taudin aiheuttajaa ei tunneta 2018; Härmä & Juva 2013; Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 119-121.)

Riskitekijöitä Alzheimerin tautiin sairastumiseen tiedetään paljon. Hyvin harvoissa tapauksissa tauti on perinnöllinen. Tällöin tauti johtuu geenimutaatiosta ja tautiin sairastutaan jopa alle 60-vuotiaana. Perinnöllistä muotoa on kuitenkin vain muutamilla kymmenillä kaikista tautia



sairastavista. Noin 30% suomalaisista kantaa ApoE4-geenimuotoa, joka tiettävästi lisää riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. ApoE4-geenimuoto yhdessä korkean verenpaineen, diabeteksen, korkean kolesterolin, ylipainon, liikunnan puutteen sekä tupakoinnin kanssa lisää riskiä sairastumiseen. Myös matalan koulutustason, masentuneisuuden, yksinäisyyden, sosiaalisen verkoston puutoksen, runsaan alkoholin käytön ja erilaisten aivoverenkiertosairauksien on todettu nostavan Alzheimerin tautiin sairastumisen riskiä. Sairastumista voi ennaltaehkäistä terveillä elintavoilla, kouluttautumalla, masennuksen hyvällä hoidolla, perussairauksien hyvällä hoidolla sekä suojaamalla aivoja vammautumiselta. On myös todettu, että vaihdevuosien jälkeinen hormonikorvaushoito, tulehduskipulääkkeiden käyttö sekä tiettyjen kolesterolilääkkeiden käyttö vähentävät sairastumisriskiä. (Juva 2015; Härmä & Juva 2013; Alzheimerin tauti 2017.)

Alzheimerin taudin ensimmäiset oireet ovat yleensä muistin heikkeneminen sekä uuden oppimisen vaikeutuminen. Oireet ilmenevät vähitellen, eikä niitä useimmiten osata erottaa normaalista hajamielisydestä sairauden alkuvaiheessa. Taudin edetessä lähimuisti heikkenee entisestään, puheen tuottaminen ja sen ymmärtäminen vaikeutuvat sekä kehittyä hahmottamisen ja suunnistamisen vaikeus. Lisäksi toiminnanohjaus heikentyy, erilaisten esineiden käyttäminen vaikeutuu ja abstraktien asioiden, kuten ajan, ymmärtäminen heikkenee. Monet tautia sairastavat myös laihtuvat huomattavasti. Taudin loppuvaiheessa potilaan on vaikeaa ilmaista itseään, lopulta kävelykyky häviää ja potilaasta tulee täysin autettava. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Juva 2015; Alzheimerin tauti 2017; Remes ym. 2015, 125-131.)

Aivoverenkiertosairauden muistisairautta sairastaa noin 15-20% kaikista muistisairautta sairastavista. Sairauden aiheuttaa verisuoniperäinen ongelma aivoissa. Sairastuneella on edeltävästi ollut jokin aivoverenkiertosairaus, kuten aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai aivojen syvien osien hapenpuutteesta johtuva vaurio. Myös hiljaiset, oireettomat, aivoinfarktit altistavat sairaudelle. Kuitenkin vain noin neljännes AVH-potilaista sairastuu muistisairauteen. Aivoverenkiertosairauden muistisairas jakautuu kahteen eri sairauteen, pienten suonien tautiin ja suurten suonien tautiin. 70% sairastuneista sairastaa pienten suonien tautia. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Atula 2015.)

Aivojenverenkiertosairauden muistisairauden riskitekijät ovat samat, kuin sydän- ja verisuonisairauksissa. Huonot elintavat, korkea verenpaine ja kolesteroli sekä diabetes altistavat aivoverenkiertohäiriöille, jonka seurausta muistisairaus on. Myös matala koulutustaso suurentaa sairastumisen riskiä. Sairastumista voi ennaltaehkäistä huolehtimalla hyvistä elintavoista. Myös verenkiertoelimistön perussairaudet tulisi hoitaa kunnolla. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Verisuoniperäinen muistisairas 2017; Atula 2015.)

Toisin kuin Alzheimerin taudissa, aivoverenkiertosairauden muistisairauden alkuvaiheessa sairastuneen toiminnanohjaus heikentyy selkeästi. Muistioireet ovat lievempiä. Muita sairastumisen ensimmäisiä oireita ovat esimerkiksi kävelyn ongelmat, puheentuition häiriöt ja halvausoireet. Oireet riippuvat siitä, millä alueella AVH:sta johtuvat puutosalueen aivoissa sijaitsevat. Pienten suonien taudissa esiintyy yleisimmin puheentuition häiriöitä, kävelyvaikeutta, tasapainohäiriöitä sekä toispuolisia halvausoireita. Myös virtsaamisongelmia, nielemisvaikeutta, mielialan vaihtelua, tunneherkkyyttä, hidastuneisuutta ja lihasjäykkyyttä esiintyy. Oireet alkavat usein vaihtelevasti, useimmiten oireet alkavat hitaasti. Potilaalla voi olla pitkiä tasaisia vaiheita ilman oireiston pahenemista. Suurten suonien taudissa potilaalla ilmenee vaikeutta löytää sanoja, neglect-oireita sekä näköhäiriöitä. Kävely voi muuttua, suupieli saattaa roikkua ja potilaalla voi olla toispuolihalvaus. Suurten suonien taudin oireet alkavat usein nopeasti, päivien tai tuntien aikana. Oireet pahenevat asteittain. Kuitenkin potilaalla saattaa olla pitkiä tasaisia vaiheita, kun AVH:n aiheuttaneet tekijät ovat hallinnassa. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Verisuoniperäinen muistisairas 2017; Atula 2015.)

Lewyn kappale -tautia sairastaa noin 20% kaikista muistisairaista. Tauti alkaa keskimäärin 50-80 vuoden iässä ja on saanut nimensä Lewyn kappaleista, jotka kertyvät aivokuorella olevien solujen sisään rappeuttaen niiden toimintaa. Lisäksi dopamiini ja asetyylikoliini välittäjäaineiden toiminta häiriintyy. Syytä tälle ei tiedetä. Noin puolella potilaista on myös Alzheimerin taudille tyypillisiä muutoksia aivoissaan. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Lewyn kappale-tauti 2017; Atula 2015.)

Taudin oireet alkavat hitaasti. Sairastuneen älyllinen toimintakyky heikkenee ja lisäksi tarkkaavuus sekä vireystila vaihtelevat. Liikkeet hidastuvat, potilaalla esiintyy jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. Potilaalla voi myös olla toistuvia näköharhoja sekä harhaluuloja. Myös hahmottaminen heikkenee. Potilaalla voi myös sairauden edetessä olla tajunnanhäiriöitä, jotka ovat ohimeneviä. Liikkumisen huononemisen vuoksi potilaat saattavat kaatuilla. Myös sekavuus ja käytösoireet ovat yleisiä. Muistihäiriö ei ole sairauden alkuvaiheessa hallitseva oire, mutta sairastuneen muisti heikkenee taudin edetessä. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Lewyn kappale-tauti 2017; Atula 2015.)

Otsa-ohimolohkorappeuma johtuu kuduskadosta aivojen kuorikerroksella. Kuduskatoa tapahtuu otsalohkoissa sekä ohimolohkojen etuosissa. Otsa-ohimolohkorappeumat jaetaan otsalohkodementiaan ja primaariseen etenevään afasiaan, jonka yleisimpiä osia ovat semanttinen dementia ja etenevä sujumaton afasia. Sairastumisikä on muihin eteneviin muistisairauksiin verrattuna alhaisempi, sairaus alkaa noin 45-65-vuotiaana. Tarkkaa syytä sairastumiselle ei tiedetä, mutta noin puolella sairastuneista on perinnöllinen alttius. Onkin epäilty, että perimällä ja geenivirheillä on suuri vaikutus sairastumiseen. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus 2017.)

Otsalohkodementian oireet alkavat hitaasti ja etenevät vähitellen. Ensimmäiset oireet ovat yleisimmin muutoksen käyttäytymisessä sekä persoonallisuudessa. Potilas muuttuu vähitellen lyhytjänteiseksi, huolettomaksi, tahdittomaksi, estottomaksi, apaattiseksi tai arvostelukyvottomäksi. Myös toiminnanohjaus vaikeutuu, ja sen myötä suunnitelmallisuus, tarkkaavaisuus ja keskittymiskyky heikkenee. Potilaan sosiaaliset taidot huononevat ja potilaan on vaikeaa tuntea sympaattisia tai empaattisia tunteita muita kohtaan. Potilas saattaa kaavamaisesti toistaa samaa asiaa ja lisäksi hänen puheentuottonsa ja ongelmaratkaisukykynsä heikkenee. Sairauden edetessä puheentuoton ongelmat ovat normaaleja ja potilas on myös sairaudentunnon. Sairauden alkuvaiheessa muistitoiminnot, motoriset taidot sekä havaintokyky säilyvät usein ennallaan tai melkein ennallaan. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus 2017.)

Semanttista dementiaa sairastavalla potilaalla on vaikeus ymmärtää sanojen merkityksiä, eikä hän välttämättä tunnista tuttuja esineitä tai kasvoja. Potilaan puhekyky säilyy hyvänä, mutta puheessa ei ole sisältöä. Lisäksi potilaan empatiakyky heikkenee ja potilas saattaa olla poikkeuksellisen kiinnostunut rahasta sekä säästämisestä. Useimmiten potilaan muisti ei ole heikentynyt ja lisäksi muut kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet ovat säilyneet. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus 2017.)

Etenevän sujumattoman afasian oireet alkavat vähitellen ja huomaamatta. Sairastuneen puheentuottaminen muuttuu työlääksi, sairastunut alkaa tehdä puheessaan äänne sekä kielioppivirheitä ja lauserakenteet yksinkertaistuvat. Sairastuneelle voi myös kehittyä vaikeutta kirjoittamisen ja lukemisen suhteen. Arkikielistä puhetta sairastunut kuitenkin ymmärtää ja keskustelut sujuvat hyvin mikäli pitäydytään tarpeeksi yksinkertaisessa kielessä. Kuten semanttisessa dementiaassa, muistitoiminnot sekä kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet ovat säilyneet hyvin. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017; Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus 2017.)

### 3.2 Muistisairauteen liittyvät käytösoireet

Käytösoireella tarkoitetaan muistisairaahan käytöksessä tapahtuvaa haitallista muutosta käyttäytymisen sekä psyykkisten toimintojen osalta. Käytösoireet voivat ilmetä ennen varsinaisia muistioireita ja olla näin ensimmäinen oire etenevästä muistisairaudesta. Käytösoireet johtuvat sairauden aiheuttamista muutoksista aivoissa. Suurin osa ihmisen psykologisista ja motorisista toiminnoista tapahtuvat otsalohkon kuorikerroksella. Koska eri toiminnot tapahtuvat eri kohdassa kuorikerroksella, määrittää sairauden aiheuttama vaurio kohta käyttäytymisen muutoksen. Myös eri välittäjäaineiden vähentynyt määrä keskushermostossa on liitetty tiettyihin käytöshäiriöihin. Lisäksi perintötekijöillä saattaa olla vaikutusta esimerkiksi psykoottisuutena esiintyvään käytöshäiriöön. (Vataja & Koponen 2015, 90-91, 95-98.)

Käyttöoireet johtuvat aivoissa tapahtuvista välittäjäaineiden muutoksista, hermoston rappeutumisesta ja muistin sekä toiminnanohjauksen häiriöistä. Lisäksi käyttäytymisen häiriötä laukaisevia tekijöitä ovat levoton ja turvaton ympäristö, potilaan persoonallisuus, mahdollinen psyykinen oireilu aikaisemmin ja sairastuneen suhtautuminen sairauteen sekä muiden suhtautuminen sairastuneeseen. Myös sairastuneen muut sairaudet ja lääkitykset voivat vaikuttaa epäedullisesti käyttäytymiseen. (Vataja 2016a; Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017.)

| Käyttöoire                   | Yleisyys |
|------------------------------|----------|
| Ahdistuneisuus               | 20%      |
| Aistiharhat                  | 10%      |
| Apatia                       | 35%      |
| Estottomuus                  | 10%      |
| Harhaluulot                  | 15%      |
| Hypomania - mania            | 10%      |
| Levottomuus, aggressiivisuus | 30%      |
| Masennus                     | 30%      |
| Ärtyneisyys                  | 25%      |

Taulukko 1: Käyttöoireiden yleisyys (Mukaihen Vataja 2016a.)

Masennus on yleinen käytöshäiriö muistipotilaalla ja joskus masennus saattaa ilmetä jo ennen varsinaisia muistioireita. Muistipotilaan masennus on aina hoidettava asianmukaisesti. Myös muistisairaana itsetuhoisuus tulee ottaa vakavasti, sillä sairastuneen impulssikontrolli saattaa olla heikentynyt, eikä sairastunut harkitse, ennen kuin siirtyy ajatuksista tekoihin. Masennus ilmenee muistisairaalla alakuloisuutena, surumielisyytenä ja itkuisuutena. Masentunut ei tunne mielihyvää, hänen asenteensa voi olla kielteinen ja puheissa kuuluu arvottomuus, toivottomuus ja syyllisyys. Toimintakyky laskee nopeasti ja lisäksi potilaalla voi ilmetä erilaisia somaattisia vaivoja, joille ei löydy selitystä. Potilas voi myös laihtua nopeasti, olla hidastunut tai tuskaisen yliaktiivinen. (Vataja 2016b; Vataja & Koponen 2015, 91-92.) Apatia on oire, joka sekoitetaan usein masennukseen. Apaattinen potilas ei kuitenkaan koe mielihapaa eikä surua. Apatia käyttöoireena on usein raskaampi potilaan omaiselle, kuin itse potilaalle.

Apaattinen muistisairas ei puhu spontaanisti ja hänen tunne-elämänsä on latistunut. Päivät kuluvat lähinnä paikallaan maata tai istuessa. Potilas ei tällöin liiku omatoimisesti ja on aloitekyvytön. (Vataja 2016d.) Muistisairas voi myös kärsiä maniasta. Tällöin potilas on poikkeuksellisen hyväntuulinen sekä yliaktiivinen. Potilaan aktiivisuustaso nousee, rahankäyttö muuttuu ja unentarve häviää. Potilaalla voi myös ilmetä motorista yliaktiivisuutta, levottomuutta sekä ärtyneisyyttä. (Vataja 2016c.)

Muistisairaalla esiintyy usein myös ahdistuneisuutta, joka joko liittyy masennukseen tai on itsenäinen oire. Ahdistunut muistisairas voi hakeutua tutkimuksiin, sillä ahdistus esiintyy ruumiillisin oirein. Yleisimmät oireet ovat sydämen tykytys, hengenahdistus, palan tunne kurkussa, korvien soiminen, hikoilu, vapina sekä monet muut yleisoireet. Lisäksi potilas on usein pelokas, eikä uskalla jäädä yksin. Pelottavat ja huolestuttavat asiat pyörivät päässä, joka lisää ahdistusta entisestään. Ahdistunut kärsii myös usein unettomuudesta. Muistisairaalla esiintyy sekä paniikkikohtauksia sekä yleistynyttä ahdistuneisuutta (Vataja & Koponen 2015, 93; Vataja 2016e.)

Psykoottiset oireet muistisairaalla ilmenevät näkö- ja kuuloharhoina, harhaluuloisuutena ja väärin tunnistamisena. Muistipotilaan psykoottiset oireet ilmenevät jaksoittain. Jaksot kestävät usein lyhyemmän aikaa, kuin vaikkapa levottomuusoireet. Psykoottisten oireiden ilmeneminen kertoo usein muistisairauden nopeasta etenemisestä. Joissakin tapauksessa psykoottiset oireet voivat myös kertoa muistisairauden tyypistä. Esimerkiksi Lewyn kappale -taudissa näköharhoja ilmenee jo varhaisessa vaiheessa. (Vataja & Koponen 2015, 93-94.)

Levottomuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, joka on epätarkoituksenmukaista aggressiivisuuteen, motorisuuteen tai ääneen käyttöön liittyvää. Useimmiten levottomuuden taustalla on esimerkiksi potilaan kipua, huono olo, tai suru, jota potilas ei kykene ilmaisemaan, eikä hoitaja osaa tunnistaa tilaa. Levottomuusoireet kestävät usein pitkään ja niitä saatetaan hoitaa vuosia lääkkein. Levottomuus ilmenee lyömisenä, raapimisena, potkimisena ja tarttumisena. Myös tavaroiden särkeminen, paiskominen, keräily ja piilottaminen ovat yleistä. Potilas voi myös huutaa ja kiroilla. Potilas saattaa myös vaellella, varjostaa hoitajaa, tunkeutua toisten huoneisiin ja koettaa karata. Aggressiivisuuteen voi johtaa potilaan tunne siitä, että potilaan puoliso tai omainen on vieras tunkeilija kotona. Harhaluuloinen potilas voi kokea puolustautuvansa vakavaa uhkaa vastaan ja tämä voi usein olla vakavaa ja hengenvaarallista. Levottomuus voi ilmetä myös katastrofireaktiona, jolla tarkoitetaan huuto-, itku- tai aggressiivisuuskohtausta. Reaktio ilmenee äkillisesti, kun muistipotilas joutuu tiedonkäsittelykyvyilleen ylivoimaisen haasteen eteen. (Vataja & Koponen 2015, 92-93.)

#### 4 Muistisairaahan hoitotyö

Eteneviä muistisairauksia ei voi parantaa, mutta niiden etenemistä voidaan hidastaa. Sairastuneiden toimintakykyä saadaan parannettua varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella. (Muistisairaudet 2018.) Hyvällä hoidolla voidaan sairauden etenemistä hidastaa olennaisesti, ja tätä kautta pysyvän ympärivuorokautisen hoidon tarve siirtyy. Muistisairauden hoito ja kuntoutus nivoutuvat tiiviisti yhteen. Kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon sairastuneen elämäntilanne ja olosuhteet, sekä tarkastellaan mahdollisuuksia voimavarakeskeisesti. (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2016.) Jokaiselle muistisairaalle laaditaan kuntoutus-, palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka tehdään palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Palveluntarvetta on tärkeää arvioida säännöllisesti aina diagnoosista elämän loppuun saakka. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 13.)

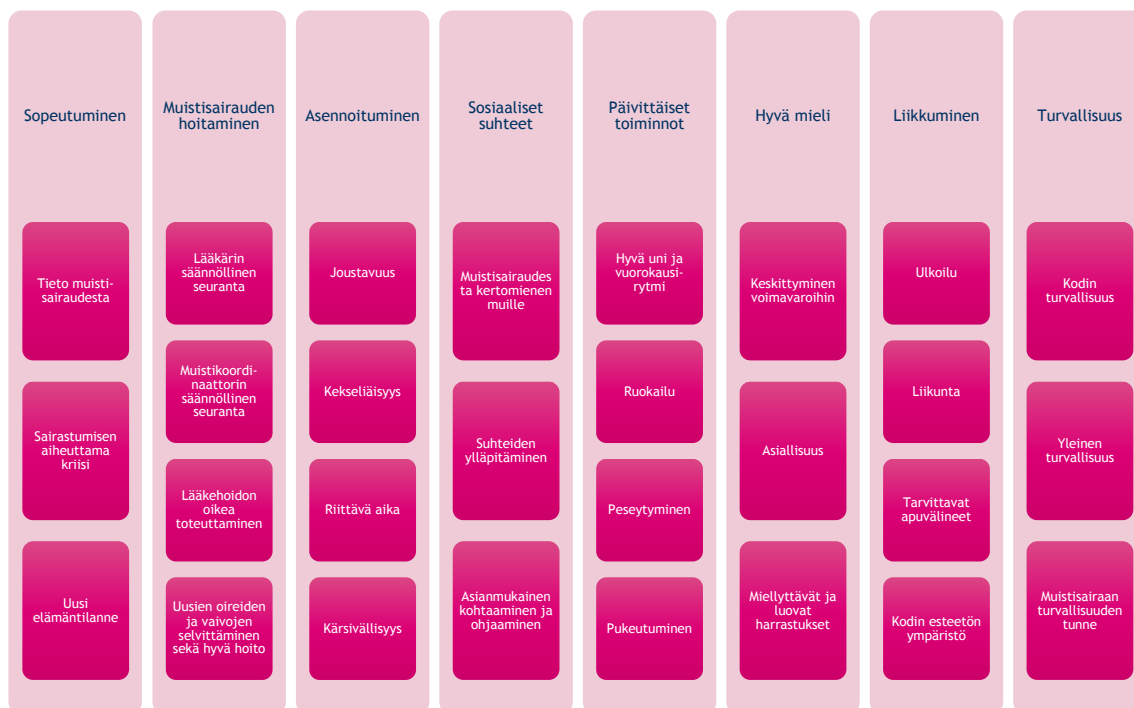
Hoidossa on otettava huomioon myös muistisairaahan itsemääräämisoikeus, sekä hänen mielipidettään on kunnioitettava, jos hän kykenee sen ilmaisemaan. Muistisairaahan oikeustoimikelpoisena laatimaa suullista tai kirjallista hoitotahtoa on myös noudatettava, vaikka läheisillä olisi eriäviä mielipiteitä. Kaikki tiedot hoitotahdosta ja muista tärkeistä dokumenteista on kirjattava myös kuntoutus-, palvelu ja hoitosuunnitelmaan. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 13.)

Suunnitelmallisella ja moniammatillisella kuntoutuksella mahdollistetaan muistisairaalle sairaudesta huolimatta mielekäs, aktiivinen ja omannäköinen elämä. Kuntoutuksella pyritään lisäämään muistisairaahan hyvinvointia, toimintakykyä, voimavaroja ja elämänhallintaa käyttäen hyödyksi toimintamahdollisuuksia ympäristössä. Kuntoutus koskee sairastuneen lisäksi oleellisesti myös hänen läheisiään, jotka tarvitsevat myös tukea sairauden kanssa pärjäämiseen. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 13.)

Muistisairaahan hoitotyö perustuu voimavaralähtöiseen ajatteluun, jolla saadaan vaikutettua koko elämäntapaan ja toimintaan. Näistä asioista rakentuu kokonaisvaltainen ja tavoitteellinen hoito, joka on kuntouttavaa. Oleellista on muistisairaahan kunnioittaminen oman elämänsä asiantuntijana, ja tasa-arvoinen suhtautuminen häneen sairauden kaikissa vaiheissa. (Mönkäre ym. 2016.)

##### 4.1 Muistisairaahan hyvä perushoito

Muistisairaalle tulisi tarjota mahdollisimman hyvä ja turvallinen arki. Muistisairaahan arjen tulisi koostua aktiivisesta elämästä, joka tukee ja ylläpitää muistisairaahan toimintakykyä. Sairastuminen on muistisairaalle ja hänen läheisilleen kriisi, jonka takia sairauden alkuvaiheessa tulee niin sairastuneelle, kuin läheisille tarjota riittävästi tukea ja tietoa, jotta sopeutuminen uuteen tilanteeseen voi alkaa. Muistisairaahan tarjoamat uudet haasteet arjen sujumiseen tulee ratkaista niin, että kotona asuminen mahdollistuu niin pitkään, kuin se on turvallista. (Mönkäre 2016d.)



Taulukko 2: Muistisairaana turvallinen arki ja hyvän elämän eri osa-alueet (Mukailten Mönkäre 2016e.)

Muistisairaana arjessa on tärkeää ylläpitää vuorokausirythmiä. Jos muistisairas ei ymmärrä vuorokauden aikaa, pahimmassa tapauksessa yöunet kärsivät ja muistisairaana vireystaso laskee. Vuorokausirythmi voi myös kääntyä päinvastaiseksi, kuin mitä sen pitäisi olla. Riittävästä valaistuksesta tuleekin huolehtia päivällä ja öisin tulisi olla hämärää, myös kesällä. Muistisairaana vuorokausirythmiä voi myös pitää yllä säännöllisellä nukkumaanmeno- ja heräämisajalla. Iltapäivään ajoittuvat, korkeintaan puolentoista tunnin mittaiset, päiväunet ylläpitävät muistisairaana vireystilaa ja mielialaa. Iltarutiinit tuovat muistisairaalle turvallisuutta ja valmistavat yötä, ja rauhallista yönä, varten. Muistisairaalla tulisi olla myös hyvä sänky sekä vuodevaatteet, sopiva huonelämpötila, tarpeeksi lämpimät yövaatteet ja oma rauha. Mikäli muistisairas heräilee yöllä, tulisi hänet saattaa takaisin omaan vuoteeseen rauhallisesti ohjaten. (Kivelä 2016.)

Muistisairaana tulisi saada valita itse, mitä hän pukee päälleen. Vaatteiden tulisi olla helposti puettavia, jotta muistisairas saisi puettua ne omatoimisesti. Muistisairasta tulisi ohjata asianmukaiseen pukeutumiseen, mutta kuitenkin niin, että muistisairas saa itse tehdä päätökset, mikäli siihen kykenee. Muistisairaana vaatekaappien tulisi olla järjestyksessä ja vaatekappaleiden tulisi olla tarkoituksenmukaisia. Riisuutuminen voi olla muistisairaalle hankalaa ja pelottavaa. Muistisairaana voi olla vaikeaa tunnistaa oman ruumiinsa rajoja, jonka takia vaatteet auttavat hahmottamaan kehonkuvaa. Riisuminen voi kuitenkin hävittää oman ruumiin tunte-

misen sekä hahmon. Riisumistilanne voi myös tuoda mieleen uhkaavia mielikuvia sekä epämieluisia muistoja. Muistisairas voi myös kokea vilua. Vaatteiden vaihtoon liittyvistä tilanteista tulisivatkin tehdä samankaltaisia ja riittävästä huoneen lämpötilasta tulee pitää huolta. (Mönkäre, Hurnasti & Topo 2016.)

Peseytymistilanteet voivat olla muistisairaalle kiusallisia, etenkin jos hän tarvitsee niissä toisen ihmisen apua. Muistisairas voi myös olla tottunut siihen, että peseytyminen on tapahtunut kerran viikossa ja peseytymisen yhteydessä on käyty saunassa. Tämän takia jokapäiväinen suihkussa käynti voi olla muistisairaalle hankala käsittää. Muistisairaalla kohdalla olisivatkin järkevää selvittää hänen aikaisemman peseytymistottumukset ja noudattaa niitä. Ikääntymiseen liittyy tuntoaistin muutos ja tämän takia suihkuveden voimakkuus voi tuntua pistelevältä. Myös vedenlämpötilan miellyttävyys on yksilöllistä, jonka takia muistisairaalla kanssa tulisi kokeilla yhdessä suihkuveden lämpötila ja voimakkuus, ennen varsinaista peseytymistä. (Mönkäre & Topo 2016.)

Ihon kuntoon tulee kiinnittää huomiota. Ikääntynyt iho ohenee sekä kuivuu. Myös hiertymiä ja hankautumia tulee helpommin, kuin ennen. Muistisairaalla ihon kuntoon tuleekin kiinnittää erityistä huomiota. Liiallinen peseytyminen voi aiheuttaa iho-ongelmia. Ihon pesemiseen ja hoitoon tulisi käyttää ihoystävällisiä tuotteita. Taipeiden, ihopoimujen ja sormien sekä varpaiden välien kunnosta tulee pitää erityistä huolta. Edellä mainittuihin paikkoihin jää helposti likaa ja pesun jälkeen vettä, joka voi johtaa erilaisiin ihovaurioihin ja tulehduksiin. Myös muistisairaalla jalkojen kuntoon tulee kiinnittää huomiota. Jalkakivut, liian pitkät varpaankynnet ja niistä johtuvat vaivat voivat jäädä huomaamatta, sillä muistisairas ei välttämättä taudin edetessä enää hahmota jalkojaan. Kengät ja sukat tulee valita jalkojen terveyttä edistäen sekä liikkumisen turvallisuutta ajatellen. (Mönkäre & Topo 2016.)

Muistisairaalla hampaiden pesu kuuluu päivittäiseen hygieniaan, oli kyseessä omat hampaat tai tekohampaat. Hampaiden kunto vaikuttaa terveyden lisäksi myös ruokailun sujumiseen sekä ruoan maistumiseen. Hampaista johtuvat syyt, kuten särky tai rikkoontuneet tekohampaat voivat vaikuttaa muistisairaalla syömisen ongelmiin. Lisäksi epämääräinen kipu suussa voi vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen. Myös suun kuivuminen on yleinen ongelma iäkkäällä. Riittävä juominen usein auttaa, mutta joskus voi joutua turvautumaan suuta kostuttaviin tuotteisiin. Suun kuivuminen vaikuttaa syömiseen sekä makuaistiin. Muistisairaalla hammaslääkärissä käynnistä tulee huolehtia. Hammaslääkärikäynnit voivat kuitenkin olla raskaita muistisairaalle, jonka takia olisi hyvä, että muistisairaalla olisi mukana luotettava henkilö. (Mönkäre 2016c.)

Muistisairaudesta edetessä pidätyskyky heikkenee. Itsenäisiin wc-käynteihin tukeminen ja tarvittava avustaminen ylläpitävät pidätyskykyä niin pitkään, kuin se on mahdollista. Muistisai-



rasta olisikin hyvä muistutella wc-käynnistä, mikäli wc:hen meneminen unohtuu. Wc-tilat tulisiikin merkittävästi selkeästi, jotta muistisairas löytäisi sinne myös itsenäisesti. Wc-tilat tulisi myös sisustaa selkeästi, kontrasteja käyttäen, jotta esimerkiksi wc-istuimen käyttö on yksinkertaista. Tarvittaessa otetaan käyttöön inkontinenssisuojat ja vaipat, joiden vaihtaminen saattaa sujua aluksi itsenäisesti. Vaihtotilanteisiin, kuten muihinkin wc-toimintoihin tulee muistisairaansa omaisen tai hoitajan suhtautua asiallisesti ja huomaavaisesti. (Mönkäre, Nukari, Hurmasti & Topo 2016.)

Ruokailussa muistisairasta on tuettava omatoimisuuteen. Taito syödä omatoimisesti säilyy pitkään. Muistisairaansa ruokailuissa tärkeintä on kunnioittaa muistisairaansa omaa ruokailurytmiä sekä turvata kulutusta vastaava energian saanti. Annoskoon tulisi olla pieni, sillä muistisairas ei jaksa syödä suuria annoksia kerrallaan. Ateriakertoja olisi hyvä olla kuusi päivittäin. Mikäli normaalista ruoasta energiaa ei saa tarpeeksi, tulee turvautua täydennysravintovalmisteisiin. Koska muistisairaalla on usein hahmottamisvaikeuksia, kattaukseen tulisi valita selkeästi erotuvat lasit ja lautaset. Muistisairaalle voi myös tarjota yhden lautasen tai lasin kerralla eteen, jotta hän kykenee syömään itsenäisesti ja häiriöttä. Ruokailutilanteen tulisi olla rauhallinen ja ruokailuun tulisi olla riittävästi aikaa. Myös ruoan tuoksuun, makuun, väriin, rakenteeseen ja lämpötilaan tulisi kiinnittää huomiota. (Suominen 2016.)

Muistisairaansa kohtaamisessa tulee hoitohenkilökunnan kiinnittää huomiota erityisesti kunnioittamiseen, arvostamiseen ja luottamuksen saavuttamiseen. Sairaudesta edetessä vähenee kyky toisen huomioon ottamiseen ja vastavuoroisuuteen ja näin ollen tasavertaisuus vuorovaikutuksessa muuttuu. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tasa-arvoisuus suhteessa muistisairaansa kanssa muuttuisi, vaan se pysyy ennallaan. Muistisairasta tulee kohdella asiallisesti ja kunnioittavasti, vaikka hän tarvitsee enemmän ja enemmän apua päivittäisissä toiminnoissaan. Muistisairasta ei myöskään tule aliarvioida ja väheksyä vaikka itseilmaisuuksia ja itsestä huolehtiminen vähenee. Muistisairasta ei tule nolata, käyttää hyväksi tai huomautella hänen osaamattomuudestaan. Muistisairaansa koskemattomuutta tulee kunnioittaa. Muistisairasta ei tule kohdella kuin lasta, vaan hänen toiveita, jäljellä olevia taitoja, ikää ja elämäkokemusta arvostetaan voimavarana. Muistisairaansa toiveet tulee ottaa huomioon ja mielipidettä tulee kysyä. Hoitajan on kyettävä rakentamaan muistisairaansa, sekä hänen läheistensä kanssa luottamuksellinen suhde. Tämä lisää muistisairaansa turvallisuuden tunnetta sekä on keskeinen osa muistisairaansa hyvinvointia. (Mönkäre 2016f.)

Muistisairaansa ohjaamisessa tulee muistaa kunnioitus sekä omatoimisuuteen tukeminen. Hoitajan tulee ohjata muistisairasta rauhallisesti ja hienovaraisesti. Muistamista ja osaamista ei tule vaatia. Ohjaajan oma tunnetila vaikuttaa myös muistisairaansa toimintoihin ja tunnetilaan. Samojen asioiden toistaminen päivästä toiseen voi olla turhauttavaa, mutta muistisairaansa hy-

vinvoinnin tulisi aina olla ensisijalla. Joka päiväiset toistuvat asiat ja rutiinit onnistuvat ohjattuna paremmin, kuin uudet asiat. Toistaminen lisää muistisairaana turvallisuuden tunnetta. (Mönkäre 2016g; Mönkäre 2016h.)

Hoitohenkilökunnan tulee tukea myös muistisairaana omaisia ja läheisiä. Läheiselle tulee antaa tarpeeksi tietoa potilaan sairaudesta ja muutoksista, jotka muistisairaassa sairauden edetessä tapahtuvat. Läheisen omaan jaksamiseen tulee kiinnittää huomiota ja läheistä tulee tukea esimerkiksi laitoshoitoon siirtymisen vaiheessa. Läheistä ei tule jättää yksin muistisairauteen liittyvien asioiden kanssa, vaan ohjata avun piiriin, mikäli läheinen ei selviä muistisairaudesta aiheuttamista muutoksista yksin. (Mönkäre 2016b.)

#### 4.2 Muistisairaana käytösoireiden hoito

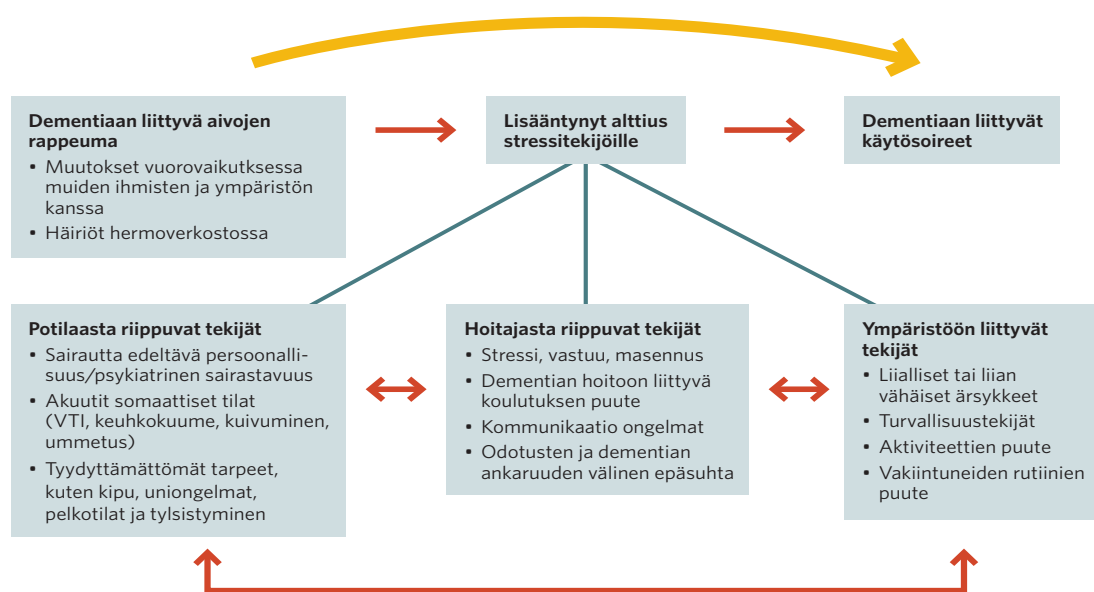
Muistisairaana käytösoireiden pahentuessa tai ilmaantuessa on aina selvitettävä somaattisten sairauksien tai muiden mahdollisten laukaisevien tekijöiden osuus. Käytösoireet voivat johtua esimerkiksi kivusta, infektiosta, päihteiden haittavaikutuksista tai kasvaimista. Jos somaattista laukaisevaa tekijää ei kuitenkaan löydy, ja käytösoireet rasittavat potilasta tai vaikuttavat hänen omatoimisuuteen tai sosiaaliseen vuorovaikutukseen, on käytösoireiden hoito välttämätöntä. Käytösoireet voivat myös aiheuttaa potilaalle itselleen tai muille vaaratilanteita, jolloin hoito on aiheellista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Lääkkeettömän hoidon tarkoitus on pyrkiä tunnistamaan laukaisevat tekijät, joista seuraa haasteellisia tilanteita. Käyttäytymisen muutosten hoitoon käytetään ensisijaisesti lääkkeettömiä keinoja, ja vasta sen jälkeen arvioidaan lääkehoidon tarvetta. Muistisairaalle tunteiden, tarpeiden ja mielitekojen ilmaiseminen voi olla haasteellista sanallisesti. Tällöin hän pyrkii ilmaisemaan itseään muilla keinoin, jotka usein tulkitaan haasteellisena käytöksenä ja toimintana. Lääkkeettömän hoidon keinot perustuvatkin usein muistisairaana tapaan tehdä asioita omalla totutulla tavallaan, joka luo hänelle turvallisuuden tunnetta. Keinot voivat olla hyvinkin yksikertaisia. Esimerkiksi yövalolla voidaan mahdollisesti helpottaa levottomuutta ja ahdistusta yöllä. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 35.)

Lääkkeettömässä hoidossa on tärkeää, että potilaalla on hyvä luottamuksellinen suhde läheisiinsä ja hoitajiinsa. Kun läheinen tai hoitaja tuntee muistisairaana hyvin, hän osaa tulkita käyttäytymistä silloinkin, kun kommunikaatio alkaa heikentyä. Oleellisinta on pitää huolta muistisairaana hyvinvoinnista ravintoon, lepoon, liikuntaan ja hygieniaan liittyen. (Lääkkeettömän hoito 2017.) Useimpien käytösoireiden hoidossa käytetään ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitokeinoja. Tällöin lähtökohtana on hyvä perushoito, omaisten tuki ja ohjaus sekä riittävä liikunta ja hyvä ravitsemus. Lisäksi on tutkittua näyttöä siitä, että musiikkiterapia, ryhmätoiminta, sekä omaisille ja hoitohenkilökunnalle suunnatut interventiot, jotka edistävät kommunikaatiota ja potilaskeskeistä hoitoa, ovat tehokkaita keinoja käytösoireiden hoidossa. Lääk-

keittämiä hoitomahdollisuuksia ovat myös laukaisevien tekijöiden eliminointi, merkityksellisiä kokemuksia painottavat menetelmät, erilaiset terapiat ja monenlaiset luovat toiminnot. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Käyttöoireisiin käytetään myös lääkehoitoa, joka perustuu muistisairauden asianmukaiseen lääkehoitoon. Masennusoireisiin ja vaikeimpiin levottomuus- ja psykoosioireiden hoitoon voidaan tilapäisesti käyttää masennuslääkkeitä, neuroleptejä ja bentsodiatsepiineja. On kuitenkin olemassa paljon vaikeita oireita, kuten esimerkiksi huutelu, kuljeskelu, esineiden syöminen, itsensä vahingoittaminen ja hyperseksuaalisuus, joihin psykoosilääkkeistä ei ole apua. Psykoosilääkkeiden kohdalla pyritään aina yhden valmisteen käyttöön, ja vastetta voidaan arvioida kuukauden kuluttua aloituksesta. Lisäksi lääkehoidon toteutuksessa tulee ottaa huomioon lääkkeiden mahdolliset haittavaikutukset. Psykoosilääkkeiden käytössä on kuitenkin huomioitava, että esimerkiksi Lewyn kappale-tautia sairastavat ovat herkkiä psykoosilääkkeiden haittavaikutuksille. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017; Atula 2015.)



Taulukko 3: Muistisairaahan käyttöoireisiin johtavat tekijät (Mukailten Kales, Gitlin & Lyketsos, 2015).

## 5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen, koska sen tarkoitus on edistää konkreettisesti uusia hoitomahdollisuuksia. Instrumentin toimintaa testattiin hoitajilla, joilla on kokemusta muistisairaiden kanssa työskentelystä. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla haastatteleamalla hoitajia, jotka olivat instrumenttia testanneet.

## 5.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö ja aikataulu

Opinnäytetyö toteutettiin HYKS Psykiatrian Kellokosken sairaalan neuropsykiatrisella osastolla P22. Osastolla hoidetaan yli 65-vuotiaita psyykkisiä häiriöitä sairastavia henkilöitä, sekä käytösoireisia muistisairaita. Osastolla 22 henkilökunta on tottunut hoitamaan käytösoireisia muistisairaita, ja tilanteen eskaloituessa olisi tarkoitus pyrkiä ensisijaisesti lääkkeettömiin keinoihin.

Opinnäytetyö toteutettiin syksyn 2018 aikana. Instrumentin testausvaihe käynnistettiin osastolla 13.9. osastotunnilla, jonne Risto Vataja tuli kertomaan lääkkeettömästä hoidosta ja instrumentista. Lisäksi hoitajat perehdytettiin instrumentin käyttöön. Tämän jälkeen jokaiselle osaston hoitajalle lähetettiin vielä aineisto ja ohjeet sähköpostitse. Tarvittaessa heillä oli myös mahdollisuus kysyä apua ja ohjeistusta myöhemminkin. Instrumenttia testattiin osastolla syys-marraskuussa 2018. Haastattelut toteutettiin joulukuussa 2018 kahtena eri päivänä ja haastatteluihin osallistui yhteensä kuusi hoitajaa. Saatu aineisto analysoitiin tammikuussa 2019 ja opinnäytetyön tulokset luovutettiin tilaajalle helmikuussa 2019 opinnäytetyön valmistuessa.

## 5.2 Instrumentin esittely ja testaus

Instrumentin raakaversio koostuu kolmesta eri osa-alueesta. Ensimmäisessä osassa arvioidaan potilaan oireita ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tämän jälkeen toisessa osassa suunnitellaan potilaan lääkkeetön hoito ja kolmannessa osassa arvioidaan hoidon vaikuttavuutta. Tarvittaessa palataan yksi askel taaksepäin. Prosessin etenemistä havainnollistetaan valumakartassa (Liite 2.).

Ennen instrumentin käyttöä, potilaan oire arvioidaan käyttämällä apuna NPI-Q-mittaria, joka on kehitetty neuropsykiatristen oireiden sekä niiden vaikeusasteen arvioimiseen. NPI-Q-mittarissa kuvataan käytösoire, sekä sen vaikeusaste (asteikolla 1-3) ja kuormittavuus (asteikolla 0-5). Tämän jälkeen vaikeusaste kerrotaan kuormittavuudella ja jokaisesta kohdasta saadut pisteet lasketaan yhteen. Oireet, joita NPI-Q mittarissa käydään läpi ovat: harhaluulot, aistiharhat, levottomuus/aggressiivisuus, masennus/alakuloisuus, ahdistuneisuus, liiallinen hyväntuulisuus, apatia/välinpitämättömyys, estottomuus, ärtyneisyys, levoton liikuskelu, yöhön ja uneen liittyvät oireet sekä ruokahalu ja syöminen. Mitä korkeammat pisteet potilas mittarista saa, sitä kuormittavampi potilaan käytösoire on.

Lisäksi on tarkoitus arvioida potilaan masennusta, tuskaisuutta ja itkuisuutta Cornellin asteikolla, joka on kehitetty dementiaa sairastavien potilaiden masennusoireiden arvioimiseen. Masennusoireita arvioidaan viidellä eri osa-alueella, jotka ovat: mielialaan liittyvät oireet, käyttäytymisen oireet, ruumiilliset oireet, vuorokauden rytmiin liittyvät oireet ja vääristyneisiin mielikuviin liittyvät oireet. Mittarissa on 19 kysymystä ja pisteytys on asteikolla 0-38. Mitä matalammat pisteet sairastunut saa, sitä vähemmän sairastuneella on masennusoireita.

Mikäli potilaalla on sekavuustila, arvioidaan sitä CAM-testillä. Testissä on neljä kysymystä ja mikäli kolmeen niistä vastataan myöntävästi, on mitä todennäköisimmin kyseessä deliriumtila. Testissä arvioidaan oireiston syntyä, potilaan tarkkaavaisuutta, ajattelun hajanaisuutta sekä tajunnan tasoa. Osastotunnilla sovittiin, että CAM-testi ja sekavuustiloista kärsivät potilaat suljetaan kokeilun ulkopuolelle.

Kun arvio potilaan voinnista on tehty, pohditaan instrumentin ensimmäisen osion avulla, mitkä tekijä voivat olla vaikuttamassa potilaan haasteelliseen neuropsykiatriseen oireiluun. Instrumentin ensimmäisessä osiossa (Liite 3) on kysymyksiä potilaan oirekuvasta, oireiluun mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä ja potilaan omista tuntemuksista. Lisäksi on potilaan ympäristöön liittyviä kysymyksiä, lomakkeen täyttäjän arvio siitä, miksi tilanne on vaikeutunut sekä hoitajan tai omaisen kokemus tilanteesta. Kun arvio on tehty, siirrytään instrumentin toiseen osaan.

Toinen osio (Liite 4) auttaa suunnittelemaan käytösoireisen potilaan lääkkeetöntä hoitoa. Osio koostuu kahdesta kokonaisuudesta, ensimmäisessä on ajatuksia, miten yleisesti lääkkeetöntä hoitoa voisi toteuttaa ja toisessa kokonaisuudessa keskitytään yksittäiseen käytösoireeseen. Ensimmäisen kokonaisuuden osa-alueet ovat: aktiviteetit, omaishoitajan ohjaaminen ja tukeminen, kommunikointi, ympäristö ja tehtävien yksinkertaistaminen. Esimerkiksi ”tehtävien yksinkertaistus”-kohta neuvoo pilkkomaan askareet osatehtäviin sekä luomaan potilaalle säännöllisen ja turvallisen päivärytmin. Toisen kokonaisuuden osa-alueet ovat: äänten kuuleminen, vaeltelu, valvominen, toistuva kyseleminen ja aggressiivisuus. Tässä kokonaisuudessa esimerkiksi ”äänten kuuleminen”-kohdassa kehoitetaan tarkastamaan mahdollisen kuulokojeen toiminta, tukemaan sairaudentuntoa sekä varmistamaan, että potilaan ympäristö ei ole liian hiljainen.

Instrumentin kolmannessa osiossa (Liite 5) arvioidaan lääkkeettömän hoidon vaikuttavuutta. Potilaan vointi arvioidaan samalla mittarilla, kuin aluksi ja verrataan, onko tilanne lähtökohtaan verrattuna parantunut vai huonontunut. Tarvittaessa palataan toiseen osioon suunnittelemaan lääkkeetöntä hoitoa uudestaan, mikäli potilas ei ole vielä lääkkeettömästä hoidosta hyötynyt tai potilaan oire on pahentunut.

Instrumenttia testattiin osastolla niin, että käytösoireisen potilaan omahoitajapari arvioi potilaan käytösoireen käyttämällä potilaan tilaan sopivaa mittaria tai mittareita. Tämän jälkeen omahoitajapari toimi instrumentin ohjeiden mukaisesti ja arvioi, suunnitteli ja toteutti potilaan lääkkeetöntä hoitoa. Omahoitajapari arvioi lääkkeettömän hoidon tulosta, jonka jälkeen hoitosuunnitelmaa joko muutettiin tai toteutettiin sellaisenaan. Lisäksi hoitohenkilökunta koki tarpeellisena tehdä jatkohoitoon siirtyvästä potilaasta instrumentin perusteella lääkkeettömän hoidon ohjeet.

### 5.3 Laadullinen tutkimus

Instrumentin testauksen jälkeen hoitajia haastateltiin, ja kerättiin aineistoa instrumentin käyttökokemuksista. Koska tilaaja haluaa saada tietoa ja kehittää instrumenttia käyttökokemusten perusteella, päädyttiin tutkimusmenetelmänä käyttämään kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä muutoksia ja parantaa instrumenttia, jotta siitä saataisiin tarkoituksenmukainen. Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on kerätä kokonaisvaltaista tietoa todellisista tilanteista, samalla huomioiden asioiden suhteet toisiinsa. Tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita, eikä niinkään todistaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Harkinnanvarainen otos tarkoittaa, että tutkittavat valitaan tutkijan asettamien kriteerien mukaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Tutkittavaksi voidaan valita yksi luonnollisesti olemassa oleva ryhmä, ja haastatella koko ryhmän jäsenet (Hirsjärvi ym. 2007, 176). Opinnäytetyössämme tutkittava ryhmä oli HYKS Psykiatrian Kellokosken sairaalan neuropsykiatrisella osastolla P22 työskentelevät hoitajat. Pohdimme toimeksiantajan kanssa tarkkaan, missä aineiston hankinta tehdään. Eri vaihtoehtoina oli Kellokosken osasto 22, Psykiatriakeskuksen geropsykiatriset osastot ja neuropsykiatrinen osasto sekä palvelutalot. Kellokosken sairaalan osasto 22 valikoitui tutkimuksen kohteeksi, koska sieltä löytyy eniten kokemusta käytöshäiriöisistä muistisairaista. Lisäksi palvelutalot karsittiin pois liiallisten lupamenettelyiden takia. Hoitajia on osastolla yhteensä noin 20, mutta lopulliseen tutkimukseen osallistui kuusi hoitajaa. Haastateltavien hoitajien joukko määräytyi sen mukaan, että he pääsivät käyttämään instrumenttia hoitotyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, koska tutkimuskysymyksiin vastauksen löytäminen vaatii hoitajien kokemusten ja näkemysten selvittämistä. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Näin saatiin selville, onko lääkärin kehittämä instrumentti sellainen, jonka avulla lääkkeettömiä hoitokeinoja saadaan lisättyä vanhustenhoitossa.

### 5.4 Teemahaastattelu ja aineiston keruu

Puolistrukturoidulla haastattelulla, eli teemahaastattelulla, tarkoitetaan sellaista haastattelua, jossa haastattelu suunnataan tiettyihin teemoihin. Teemahaastattelussa kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuvat, mutta haastattelun aihepiirit ovat valmiiksi tiedossa. Haastattelija voi siis vaihdella kysymysten järjestystä ja sanamuotoa, sekä lisäksi hän voi syventää tietoja esimerkiksi kysymällä perusteluja. Kyselylomakkeeseen verrattuna haastattelussa on useita etuja. Se antaa haastattelijalle paremmat mahdollisuudet ymmärtää vastauksia, koska hän pystyy tulkitsemaan myös ei-kielellisiä vihjeitä. Lisäksi haastattelu motivoi ihmisiä paremmin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34-36, 47; Hirsjärvi ym. 2007, 203)

Teemahaastattelu valittiin menetelmäksi, koska sen avulla saadaan tutkimuksen kannalta mahdollisimman monipuolista tietoa instrumentin käyttökokemuksista, joista on eniten hyötyä instrumentin kehittämisen kannalta. Teemahaastattelua varten tehtiin kysymysrunko, joiden avulla haastatteluissa edetään. Näiden lisäksi haastattelijalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja tarkentavia kysymyksiä tilanteesta riippuen. Tarkoituksena on kuitenkin pysytellä tarkoituksen mukaisten aihealueiden ympärillä, jotta aineisto ei tule liian suureksi. Haastattelun aihealueina olivat instrumentin hyödyllisyys, käytännöllisyys, mahdolliset haasteet ja parannusehdotukset sekä tarpeellisuus. Hyödyllisyydellä taas tarkoitetaan sitä, että saako hoitaja instrumentin avulla lisää mahdollisuuksia hoidon toteutukseen. Lisäksi instrumentin hyödyllisyyttä voidaan pohtia siltä kannalta, että onko potilas hoitajan mielestä hyötynyt instrumentista. Käytännöllisyydellä tarkoitetaan instrumentin käytettävyyttä hoitotyössä. Aiheuttaako instrumentin käyttö mahdollisesti liikaa lisätyötä, vai onko sen käyttö helppoa muiden töiden ohessa? Vastaajan iästä, koulutuksesta ja työhistoriasta kysytään myös taustakysymyksiä. Taustakysymysten avulla saadaan selvitettyä, toistuuko vastauksissa tietyt yhteneväisyydet saman taustan omaavilla henkilöillä.

Jokainen instrumenttia käyttänyt osaston hoitaja pyrittiin haastattelemaan, jotta tutkimukseen oltaisiin saatu mahdollisimman laaja aineisto. Sairastapauksen ja tutkimuksen aikana olleen potilasmateriaalin vuoksi haastateltavia hoitajia oli lopulta kuusi. Jotta hoitajat pystyivät realistisesti vastaamaan kysymyksiin, oli heidän perehdyttävä instrumenttiin mahdollisimman hyvin, ennen sen käytön aloittamista.

Haastattelut toteutettiin kahtena eri päivänä osaston kokoustilassa. Haastattelussa käytettiin apuna haastattelurunkoa (Liite 1). Haastateltaville informoitiin hyvissä ajoin, minä päivänä heidän haastattelunsa pidettäisiin. Haastatteluihin ei ollut varattu tiettyä kellonaikaa, mutta tarkoitus oli haastatella hoitajia iltapäivästä, jolloin paikalla oli sekä aamu- että iltavuoron hoitajia. Näin pyrittiin vähentämään haastatteluiden aiheuttamaa työvoimapulaa hoitotyössä. Ennen haastattelua jokainen hoitaja allekirjoitti suostumuslomakkeen. Lisäksi heille kerrottiin, että haastattelu äänitetään. Haastattelut sujuivat suunnitelmien mukaisesti, ja ne olivat kestoltaan noin 10-20 minuuttia. Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin sanasta sanaan.

## 5.5 Analyysi, tulosten tulkinta ja johtopäätökset

Tutkimuksessa ydinasiana on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Ennen varsinaista analyysiä on tehtävä esitöitä. Aluksi aineisto järjestetään tietojen tarkistus mielessä. Selvitetään mahdolliset virheellisyydet ja tietojen puutteet. Viimeisenä esityön vaiheena aineisto järjestetään analyyseja ja tiedon tallentamista varten. (Hirsjärvi ym. 2007, 216-217.)

Laadullisessa tutkimuksen analyysissä käytetään yleensä ymmärtämiseen pyrkivää lähestymistapaa. Analyysi tehdään sellaisella tavalla, jonka avulla saadaan parhaiten vastaus tutkimustehtävään. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.) Sisällönanalyysillä kerättyä tietoaineistoa saadaan tiivistettyä. Tiivistämisen avulla tutkittavaa ilmiötä saadaan kuvattua lyhyesti ja yleistävästi, tai sen avulla tutkittavien ilmiöiden suhteita saadaan selkeästi esille. Sisällönanalyysin avulla voidaan dokumenteista tehdä havaintoja, jonka jälkeen havaintoja voidaan analysoida systemaattisesti. Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Teoriaohjaava sisällönanalyysi tehdään aineiston ehdoilla, mutta abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä aineisto yhdistetään teoreettisiin käsityksiin. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin teoreettiset käsitteet ovat valmiiksi jo olemassa, eikä niitä muodosteta aineiston pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133.)

Teemahaastattelun analyysimuodoksi valittiin teoriaohjaava sisällönanalyysi, koska oleelliset teoreettiset käsitteet olivat selvillä ennen analyysivaihetta. Litteroitu haastatteluaineisto luettiin läpi ja aineistosta poimittiin hoitajien alkuperäisiä ilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, jonka jälkeen ilmaukset ryhmiteltiin. Pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin alaluokiksi yhteisen sisällön mukaan. Tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin pääluokiksi. Aineiston analyysi tallennettiin taulukkomuotoon (Liite 8), jossa esitellään alkuperäiset ilmaukset, pelkistetyt ilmaukset, alaluokat sekä pääluokiksi.

Tulkintavaiheessa tuloksista muodostetaan synteesejä, joiden avulla saadaan koottua yhteen pääseikat ja vastattua asetettuihin ongelmiin. Lopulliset johtopäätökset pystytään tekemään synteisien perusteella. Tärkeää on pohtia tulosten merkitystä tutkimusalueella, mutta myös niiden laajempi merkitys on oleellista ottaa huomioon. (Hirsjärvi ym. 2007, 224-225.) Sisällönanalyysin avulla aineistosta saatiin esille instrumentin käyttöön liittyviä ongelmia, mutta myös toisaalta sen käytössä koetut positiivisiksi koetut asiat. Näin saatiin instrumentin kehittämisen kannalta tärkeää tietoa jäseneltyä. Analyysivaiheen jälkeen tuloksia tulkittiin esiin nousseiden asioiden selkiyttämällä ja pohdinnalla.

## 6 Tutkimuksen tulokset

Jotta tilaaja saisi tutkimuksesta suurimman mahdollisen hyödyn, esitellään tutkimustulokset mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Analyysissä nousi esille kolme pääluokkaa, hyödyllisyys, käytännöllisyys ja käytettävyys sekä ongelmat, haasteet ja parannusehdotukset. Pelkistetyistä tuloksista kävi ilmi, että instrumentti koettiin hyödylliseksi, mutta aluksi hieman työlääksi. Muutama hoitaja koki myös, että akuutilla osastolla instrumentti ei ole hyödyllinen, vaan suurin hyöty instrumentista saataisiin esimerkiksi hoivakodeissa, palvelutaloissa ja muissa muistisairaita pitkäaikaisesti hoitavissa yksiköissä.



Instrumentti todettiin pääasiassa toimivaksi, mutta joihinkin kysymyksiin toivottiin tarkennusta. Lisäksi koettiin, että kysymyksiä oli jopa liikaa. Instrumentti koettiin myös tarpeelliseksi, sillä sen avulla potilaan oirekuvaa kyettiin arvioimaan monipuolisemmin ja tarvittavien hoitotyöntoimintojen suunnittelemiseen oli yksinkertaisempaa. Instrumentin avulla sai myös arvioitua lääkkeettömän hoidon hyötyjä potilaalle.

### 6.1 Hyödyllisyys

Ensimmäiseksi pääluokaksi valikoitui hyödyllisyys. Hoitajat kokivat, että instrumentista oli hyötyä hoitotyön keinojen valinnassa potilaalle ja potilaan oireiston kartoittamisessa.

Kun potilaan oireisto oli arvioitu tarkkaan etukäteen, oli helpompaa arvioida, mitkä hoitotyönkeinot auttaisivat potilasta parhaiten. Lisäksi lääkehoidolle oli helpompaa miettiä vaihtoehtoja, kun potilaan oireesta oltiin tarkemmin selvillä ja lääkkeettömän hoidon eri vaihtoehdot olivat konkreettisesti esillä.

”Miettii niitä keinoja, et mitä muuta, kun lääkehoitoa voidaan käyttää”

”Ei oo vaan sitten se lääkehoito vaan että siinä on sitten muitakin keinoja kohdata ihminen tai potilas ja asiakas”

”Ajattelee paljoin yksityiskohtaisemmin potilaan tilannetta ja siis tätä hänen oireistokuvaansa”

Instrumentti koettiin myös hyödyllisenä moniammatillisuuden näkökulmasta. Instrumentin avulla oli helpompi tehdä yhteistyötä osastonlääkärin kanssa, sillä instrumentin avulla myös lääkäri sai selkeämmän kuva potilaan oireesta. Lisäksi koettiin, että instrumentista hyötyi koko työryhmä, sillä potilaan lääkkeettömän hoidon suunnitelma oli kaikkien nähtävillä ja apuna.

”Siitä on tullut lääkärille selkeämpi kuva oireistosta ja samalla lailla näistä hoitotyön tarpeista”

”Yhteistyö niin kun lääkärin kanssa, pystyy suunnittelemaan sen että miten sillä pystyy niin kun potilasta auttamaan”

”Muutkin hoitajat näkee sen yhteenvedon”

Positiivisena puolena instrumentissa oli myös potilaan saama hyöty. Haastatellut hoitajat kokivat, että instrumentin avulla pystyy vaikuttamaan potilaan päivittäiseen hoitotyöhön. Johdonmukaisuus ja yhtenäiset käytännöt käytöshäiriöistä kärsivän potilaan hoitotyössä todennäköisesti helpottaisivat potilaan käytösoireilua nopeammin, kuin epäjohdonmukaisuus. Tämän

kautta potilaan hoitajakso mahdollisesti lyhenisi ja potilas pääsisi palaamaan normaaliin elämänsä. NPI-Q-mittaria potilaan hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa pidettiin myös hyvänä. Näin potilaan lääkkeettömän hoidon arviointiin saatiin joku konkreettinen väline ja potilaan lääkkeettömästä hoidosta saama hyöty nähtiin nopeasti. Tämä myös tuntui lisäävän hoitajan motivaatiota lääkkeettömää hoitoa kohtaan.

”Uskon, että vaikuttaa siihen päivittäiseen hoitotyöhön ja sen kautta myös mahdollisesti potilaan hoitajakson pituuteen”

”Todella voimakkaiden käytösoireiden takia hän oli tullut tänne... hän sai loppulta siitä viisi pistettä”

Instrumentista koettiin olevan myös hyötyjä hoitajalle. Pitkään osastolla työskennelleet hoitajat toimivat automaattisesti lääkkeettömän hoidon periaattein muistisairaiden käytösoireisten potilaiden kanssa. Osa myös koki, että keinoja kyllä käytetään, mutta ne jäävät helposti taka-alalle lääkehoidon jalkoihin. Instrumentin myötä hoitajien lääkkeettömän hoidon osaaminen tuntui vahvistuvan ja lisäksi lääkkeettömän hoidon keinojen ylläpitäminen oli yksinkertaisempaa. Myös potilaan kuormittavuuteen liittyviä tekijöitä tuli enemmän mietittyä joidenkin hoitajien toimesta instrumentin myötä. Kuormittaako potilas hoitohenkilökuntaa kuitenkin niin kovasti, kuin potilaan käytöksen perusteella voisi olettaa vai kuormittaako potilas kenties enemmän, kuin mitä ajatellaan?

”Mä sanoisin, että tässä tulee niin kun osa asioista tulee niin kun automaattisesti”

”Toki niitä käytetäänkin monia keinoja ihan valmiiks, mut sit ne helposti niin kun jää vähän taka-alalle”

”Rupes miettimään ite sitä omaa, et kuinka kuormittava se potilas loppujen lopuks onkaan”

Instrumentti koettiin huonoksi sellaisenaan akuutille osastolle, mutta sen ajateltiin olevan hyvä muistisairaita pitkäaikaisesti hoitaviin yksiköihin. Osa haastatelluista hoitajista ajatteli myös, että mikäli instrumentti olisi erikoissairaanhoidon yksikössä käytössä, olisi suurin instrumentista saatava hyöty se, että potilaan jatkohoitopaikassa pärjättäisiin lääkkeettömän hoidon suunnitelman avulla. Tämän johdosta potilas ei ehkä tarvitsisi uutta hoitajaksoa erikoissairaanhoidossa.

”Tässä osastolla välttämättä en”

”Varmasti parempi ehkä johonkin hoitokoteihin”

”Että se potilas pärjäis siellä jatkohoidossa, eikä palais enää tänne meille”

”Jos meidän tarkoituksena ois tehdä vaik sinne jatkohoitopaikkaan potilaasta hyvät niin sanotut käyttöohjeet”

## 6.2 Käytännöllisyys ja käytettävyys

Instrumentti koettiin helppokäyttöiseksi, mutta ensimmäisellä kerralla hieman hankalaksi käyttää. Mikäli instrumentti olisi käytössä osastolla tai hoivakodissa, tarvittaisiin instrumentin käyttöön kunnan perehdytys. Yhtenä vaihtoehtona pidettiin osastotuntia, jollainen opinnäyte-työprosessin puitteissa pidettiin. Perehtymisen jälkeen instrumenttia ei kuitenkaan pidetty vaikeana käyttää, vaan selkeänä työvälineenä.

”Instrumentti vaatii hetken, et perehtyy”

”Et koko työyhteisölle pidettäis vaik joku osastotunti”

”Ekan kerran oli hankalaa, mut toisella kerralla se jo meni ihan, ei nyt ihan rutiinilla, mut melkein”

Instrumentti vaatii oikean kohderyhmän. Siitä hyötyvät potilaat tulee valita tarkoin. Erikois-sairaanhoidon geropsykiatrisilla osastoilla potilasmateriaali on monipuolista. Käyttösoireisen muistisairaana ja psykiatrista sairautta sairastavan potilaan erottaminen toisistaan voi olla välillä vaativaa, etenkin jos potilaasta ei ole hyvin esitietoja. Tämän vuoksi potilaan valintaan täytyy kiinnittää erityistä huomiota.

”Et aina täytyy arvioida, kun potilas tulee osastohoitoon, sopiiko tämä hänelle”

”Riippuu potilaasta, et miten se niin kun soveltuu”

Instrumentti sai kaiken kaikkiaan positiivisen vastaanoton ja hoitajilla olisi motivaatiota käyttää sitä myös jatkossa. Instrumentista koettiin myös olevan hyötyä oma työn tekemisessä. Lisäksi se koettiin käytännölliseksi ja pituudestaan huolimatta helpoksi käyttää.

”Kyllä mä uskon, et tulis käytettyä”

”Varmasti tulis käytettyä ja olis hyvä käyttää”

”Mun mielestä se helpotti sitä oman työn tekemistä”

Instrumentin käyttöönotto osastoilla ja yksiköissä ei tapahdu itsestään. Tämän vuoksi instrumentin käyttöönotto vaatii ihmisen, joka vie sitä aktiivisesti eteenpäin. Tällä ihmisellä tulisi olla hyvät tiedot ja taidot instrumentista, sekä aktiivinen ote instrumentin markkinoimiseen osasto- tai hoivakotiolosuhteissa.

”Vaatii semmosen aktiivisen ihmisen, joka vie tätä asiaa eteenpäin”

### 6.3 Ongelmat, haasteet ja parannusehdotukset

Jokaisen hoitajan vastauksesta kävi ilmi, että suurin haaste instrumentin käytössä oli kiire. Työ osastolla on kiireistä ja potilaiden perustarpeista huolehtiminen vie suurimman osan työpäivästä. Instrumentti on selkeydessään pitkä kokonaisuus, jonka asianmukainen täyttäminen vie aikaa. Instrumenttia ei myöskään voi tehdä huolimattomasti, sillä silloin instrumentista saatava hyöty menee hukkaan.

”Näin akuutilla osastolla sen käyttäminen vie niin kun aikaa liikaa”

”Mietti, et missä vaiheessa mä ehdin tän tekemään”

Suurin osa kyselyyn vastanneista koki, että työparin kanssa tekeminen oli selkeää ja hyödyllistä. Muutama kuitenkin koki, että parin kanssa tekeminen oli hankalaa ja jotkin kohdat aiheuttivat ristiriitoja työparin välillä. Työpari koettiin kuitenkin hyväksi, sillä potilaan oirekuvasta pystyi silloin keskustelemaan ja potilaan tilan arvioiminen koettiin luotettavammaksi.

”Työparin kanssa oli ihan selkeitä ristiriitoja keskenään”

”Parin kanssa sitä oli mun mielestä hankalampi tehdä”

Suurimmat ongelmat instrumentissa liittyivät kysymyksiin sekä instrumentin rakenteeseen. Kysymykset tuntuivat osittain toistavan itseään. Lisäksi osa koki, että muutama kysymyksistä oli sen verran epätarkasti ilmaistu, että niihin olisi kaivattu tarkennusta. Koettiin myös, että kysymyksiä pystyi tulkitsemaan eri tavalla. Yksi vastaaja koki myös, että NPI-Q ei ollut tarkoituksen mukainen, sillä sen vastausvaihtoehdot antoivat liikaa liikkumavaraa. Myös NPI-Q:n pisteiden lasku aiheutti kyseiselle vastaajalle päänvaivaa, potilaan tila oli hoitojakson aikana parantunut niin paljon, että hän koki suunnattoman pisteiden laskun virhetulokseksi, jonka takia pohti, olisiko pisteitä pitänyt vääristellä.

”Joku voisi tehdä väärässä järjestyksessä”

”Samat kysymykset kysytään siellä osittain vähän eri tavalla muotoiltuna uudelleen”

”Muutamaan kysymykseen pohdittiin, et oisko joku tarkennuskohta”

”Kysymyksiä pystyi tulkitsemaan vähän erilaisilla”

”Mun mielestä siinä on ihan hirveen paljon niitä kohtia”

Vastanneet hoitajat kokivat, että lääkkeettömästä hoidosta on oltava kokemusta, jotta instrumentti palvelee tarkoitustaan. Instrumenttia on myös vaikeaa käyttää, mikäli ei ymmärrä, mitä lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan. Myös hoitajien asenteet käytösoireita kohtaan voivat vaikeuttaa instrumentin käyttöä.

”Vaatii kokemusta lääkkeettömästä hoidosta niiltä, jotka sitä tekee”

## 7 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön aiheen rajausta ja menetelmiä mietittiin aluksi moneen kertaan, vaikka tarkoitus ja tavoite olivatkin selvillä. Yhteistyö tilaajan kanssa oli erittäin helppoa ja työn toteutuksen suhteen saatiin tehdä päätöksiä itsenäisesti. Aluksi suunnitelmissa oli, että haastattelut olisivat toteutettu lomakkeen avulla. Lopulta kuitenkin päädyttiin teemahaastatteluun, koska uskottiin sen avulla saatavan monipuolisempi ja kattavampi vastausaineisto. Varsinkin kun lopullinen haastateltavien joukko oli pienekö, haastattelutyypin vaihtaminen oli varmasti oikea ratkaisu.

Opinnäytetyön tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin hyvin. Aineiston analysoiminen tuntui ensin haastavalta, mutta lopulta analyysikin saatiin tehtyä ilman ylimääräisiä ponnisteluja. Opinnäytetyöllä ei ollut tarkkaa aikataulua, tavoitteena oli saada instrumentin testaus ja haastattelut tehtyä ennen vuoden 2018 loppua, sillä Kellokosken sairaalan neuropsykiatrisen osasto lopetti silloin toimintansa. Käytösoireisten muistisairaiden hoito kuitenkin jatkuu HUS Psykiatriassa, jonka takia opinnäytetyöstä saatu hyöty on tärkeää niin heidän, kuin tulevaisuudessa asumispalveluyksiköissä asuvien muistisairaiden hoidon kehittämisen kannalta. Työn tilaajan palautteen perusteella opinnäytetyön tuloksia tullaan hyödyntämään instrumentin kehittämiseen. Saatua tietoa tullaan käyttämään myös sisäisissä koulutuksissa. Jatkossa henkilökuntaa perehdytetään instrumentin käyttöön huolellisesti.

Tulosten perusteella instrumentti olisi toivottu lisä käytösoireisen muistisairaahan lääkkeettömän hoidon toteuttamiseen. Jokainen hoitaja tulee uransa aikana kohtaamaan muistisairaita työympäristöstään riippumatta. Muistisairaiden käytösoireet tuntuvat kuitenkin olevan vieraita kokeneellekin hoitajalle. Myös ymmärrys käytösoireista on puutteellista. Omakohtaisen kokemuksen perusteella, osa hoitajista ei ymmärrä, että muistisairaahan haastava käyttäytyminen johtuu itse sairaudesta. Osa kokee, että potilas käyttäytyy tietoisesti ja tahallaan esimerkiksi aggressiivisesti, jonka takia hoitajan suhtautuminen potilaaseen voi olla lähtökohtaisesti väärä. Tämä taas saattaa vaikeuttaa potilaan hoitoa, mikäli potilaan voinnista ei saada totuudenmukaista kuvaa.

Lääkkeetön hoito tuntuu myös olevan vieras käsite usealle. Lääkkeetön hoito ymmärretään väärin ja sillä käsitetään usein, että potilaan kaikki lääkehoito lopetettaisiin. Tämän vuoksi sekä sairaanhoitaja- että lähihoitajaopinnoissa tulisi jatkossa keskittyä entistä enemmän

muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen. Työssä olevia hoitajia tulisi myös kouluttaa entistä enemmän suhtautumaan oikein muistisairaiden käytösoireita kohtaan. Lääkkeettömien hoitokeinojen käytölle löytyy paljon syitä, mutta silti niiden käyttöön panostetaan suhteellisen vähän.

lääkällä esiintyy lääkkeiden käytön yhteydessä yleisemmin haittavaikutuksia kuin nuoremmilla. Haittavaikutusten riskiä lisäävät sairauksiin ja ikään liittyvät farmakodynaamiset ja -kineettiset muutokset, keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden runsas käyttö sekä monilääkitys. Lisäksi iäkkäällä reseptoritoiminta ja neurotransmissio ovat muuttuneita, jolloin antiko-lienergiset haittavaikutukset lisääntyvät. Iäkkäiden lääkehoidossa tulee myös ottaa huomioon iän tuoma munuaistoiminnan heikkeneminen, joka vaikuttaa lääkkeiden eliminaatioon. Iäkkäillä yksi merkittävä lääkkeiden haittavaikutus on kaatumisriski. Erityisesti psyykenlääkkeet, verenpainelääkkeet, opioidit ja epilepsialääkkeet lisäävät kaatumisvaaraa. (Iäkkäiden lääkehoidon moniammatillisesta arvioinnista 2018; Hartikainen & Antikainen 2018)

Muistisairauksiin liittyy tasapainon ja liikkumisen ongelmia. Esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavalla on kaksinkertainen todennäköisyys kaatumiseen verrattuna kognitiivisesti terveeseen ihmiseen. (Komulainen 2015.) Iäkkäiden kaatumisista aiheutuu yleensä sellaisia vammoja, joista seuraa sairaalahoitajakso tai ainakin lääkärillä tai terveydenhoitajalla käyntejä. Ikääntyneiden kaatumiset aiheuttavat siis huomattavan määrän terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksia. (Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy 2012.) Muistisairaahan kohdalla olisi siis järkevää välttää lääkehoitoa, jotta kaatumisriski ei kasvaisi valtavaksi. Kaatumisista aiheutuu paitsi yhteiskunnalle kustannuksia, mutta ne vaikuttavat myös iäkkään elämänlaatuun.

Lääkkeettömän hoidon instrumentti olisikin siis erittäin tervetullut parantamaan muistisairaiden hoivaa ja huolenpitoa. Instrumentti kuitenkin tarvitsee vielä muokkaamista, ennen kun se voidaan ottaa käyttöön. Potilaan oirekuvan vaikeuden arviointiin ja lääkkeettömän hoidon toimivuuden arviointiin käytettävä NPI-Q-mittari on hyvä. Mittarin käyttö saattaa kuitenkin olla hankalaa, etenkin jos sitä ei ole aikaisemmin käyttänyt. Jatkossa onkin hyvä pohtia, pitäisikö instrumenttia käyttävän henkilökunnan ensin perehtyä NPI-Q-mittariin ja opetella käyttämään sitä, ennen kun koko instrumentti otetaan käyttöön. Muita potilaan arviointiin käytettäviä apuvälineitä, Cornellin asteikkoa ja CAM-testiä, on helppo käyttää kylmiltään.

Instrumentin osio A oli yksinkertainen, kysymyksiä tulisi kuitenkin tarkentaa. Muutamassa kohdassa kysymykset toistivat itseään ja kysymyksissä oli myös tulkinnan varaa. A-osio on myös varsin pitkä, joka voi vähentää halukkuutta instrumentin tekemiseen. A-osiota tulisikin muokata mahdollisimman yksinkertaiseksi ja selkeäksi ilman, että A-osiosta saatava informaatio potilaan oireista kärsisi.

B-osio antaa hoitajalle paljon. Osion vinkit lääkkeettömän hoidon suunnitteluun ovat hyviä ja yksinkertaisia, sellaisia asioita, joita jokaisen hoitajan tulisi osata automaattisesti käyttäen potilaiden kanssa. Todennäköisesti sen takia, että keinot ovat niin arkipäiväisiä, niiden käyttöä ei aina osata ajatella. Potilaan akuuttiin oireiluun voi olla helpompi hakea apua rauhoittavasta lääkkeestä, kuin lääkkeettömästä hoidosta, vaikka sillä saatettaisiin usein saavuttaa parempi hoitovaste. Etenkin jos tilanne on kovin uhkaava, voi hoitaja kokea oman turvallisuutensa uhatuksi, jonka takia tilanteessa on hankala ajatella kaikkia käytettävissä olevia vaihtoehtoja. Tämän vuoksi B-osion arkipäiväisyys ja yksinkertaisuus todennäköisesti tuo lääkkeettöntä hoitoa tutummaksi ja muistettavammaksi hoitajalle, jolle lääkkeetön hoito ei vielä ole niin tuttua.

C-osio tarvitsee ehkä eniten hiontaa. C-osion sanallinen arviointi on hieman turha, koska osion yhteydessä tehdään myös NPI-Q uudestaan. Osastolla 22 heräsi ajatus siitä, että potilaasta pitäisi tehdä hoitoseloste jatkohoitopaikkaan, jossa lääkkeettömän hoidon keinoja potilaan kohdalla käytäisiin läpi yksityiskohtaisesti läpi. C-osiossa olisikin ehkä järkevää keskittyä niihin lääkkeettömän hoidon keinoihin, joita potilaan kohdalla on käytetty. Tällöin instrumentista saataisiin suurin mahdollinen hyöty ja potilaan lääkkeetöntä hoitoa voisi jatkaa saumattomasti jatkohoitopaikassa.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että instrumentti on helppokäyttöinen, kunhan siihen saa kunnollisen perehdytyksen. Pelkkä osastotunti on tähän huono, sillä aikaa on tällöin useimmiten hyvin rajallisesti käytössä. Instrumentin käyttöönotto olisikin viisaampaa koulutuspäivän yhteydessä. Instrumentin käyttöä ja houkuttelevuutta saattaisi lisätä myös se, että instrumentin avuksi olisi olemassa jokin pieni opas. Oppaassa voisi olla lyhyesti tietoa eri muistisairauksista, tyypillisimmistä käytösoireista sekä lääkkeettömästä hoidosta. Lisäksi siinä voisi olla instrumentin käyttöohjeet sekä tarkemmin avattu esimerkiksi A-osion kysymyksiä.

Opinnäytetyöprosessin aikana kuitenkin heräsi ajatus, että instrumentti voisi olla hyödyllisempi muistisairaiden asumispalveluyksiköissä, kuin erikoissairaanhoidossa. Liialliset ympäristön vaihdokset voivat provosoida käytösoiretta negatiivisempaan suuntaan. Tämän takia olisikin muistisairaalle kannalta järkevämpää, että tilanne saataisiin hoidettua muistisairaalle omassa ympäristössä. Tämä olisi myös yhteiskunnan kannalta edullisempää, kun erikoissairaanhoidon hoitajaksojen määrät vähenisivät.

## 7.1 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Jokaisen tutkimuksen kohdalla tutkijan on kyettävä arvioimaan, onko tutkimus tehty sekä eettisesti, että luotettavasti. Tutkijan on varmistettava, että hänen tutkimuksensa noudattaa hyviä tieteellisiä toimintatapoja. Tieteellisten toimintatapojen mukaan tutkimuksen on oltava rehellinen, huolellisesti tehty ja tarkkuutta noudattava. Tutkimuksen tiedonhankinnassa tulee

käyttää tieteellisiä sekä eettisesti hyväksyttäviä tutkimus- tiedonhankinta-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Mikäli tutkimus sivuaa välillisesti muita tutkijoita, on muiden tutkijoiden työtä kohdeltava arvokkaasti. Tutkimustulokset tulee julkaista avoimesti. Myös tutkijoiden asema ja oikeudet, vastuu ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuuteen liittyvät kysymykset tulevat olla tutkimusta tehtäessä määritelty. Mikäli tutkijoilla on rahoitusta tutkimukseen tai tutkijat ovat sidonnaisia tutkimuksen kannalta oleelliseen tahoon, tulee ne olla ilmoitettu. (Tutkimuseettiset ohjeet 2018.)

Tutkittavalta on saatava kirjallinen tai suullinen suostumus tutkimukseen. Suostumuksesta tulee käydä ilmi tutkittavan kyky antaa suostumus, välittää tutkittavalla tarpeeksi tietoa ja varmistaa, että tutkittava on ymmärtänyt saadun tiedon. Tutkittavan tulee myös antaa suostumus vapaaehtoisesti. Tutkittavalla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta ennen varsinaista aineiston keruuta. Tutkittavalla on myös oikeus esittää kysymyksiä koko aineiston keruun ajan. Tutkittavaa tulee myös kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti. Tutkittavalla on myös oikeus keskeyttää tutkimus niin halutessaan ja hänelle tulee pyydettyä antaa tietoa tutkimustuloksista. Tutkittavan tulee saada esiintyä tutkimuksessa anonymisti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Tässä tutkimuksessa hoitajille annettiin etukäteen tietoa instrumentista, kyselylomakkeesta ja kyselyn tulosten analyysistä. Hoitajien osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Hoitajien kaikkiin kysymyksiin vastattiin ja hoitajille korostettiin, että vastaukset käsitellään anonymisti. Osallistuville hoitajille myös kerrottiin, että he saavat halutessaan lopettaa opinnäytetyöhön osallistumisen kesken. Opinnäytetyön tulokset julkaistaan opinnäytetyöseminaarissa, ja lisäksi tulokset toimitetaan työn tilaajalle sekä tutkimukseen osallistuneille hoitajille. Osallistuvia hoitajia oli lopulta sen verran vähän, että hoitajien taustatiedot päätettiin jättää analyysivaiheessa käyttämättä, sillä niiden perusteella olisi voinut identifioida hoitajan. Koska opinnäytetyö tehdään HUSin alaisuudessa toimivalla osastolla, haettiin opinnäytetyötä varten tutkimuslupa.

Yksi tieteellisen tutkimuksen keskeinen osa on luotettavuuden arviointi. Luotettavuutta arvioidaan siksi, koska on olemassa tietyt normit ja arvot, jotka tutkimukselle on asetettu. Reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet ovat ensisijaisesti määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin soveltuvia, mutta niitä voi käyttää myös laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin soveltuvien osien. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin mittaaman ilmiön luotettavuutta ja toistuvuutta. Validiteetilla arvioidaan luotettavuuden pätevyyttä. Tärkeintä laadullisen tutkimuksen arvioimisessa on tutkimuksen uskottavuuden sekä luotettavuuden arviointi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa, on huomioitava yleistettävyyden ja siirrettävyyden näkökulma, eli voidaanko tulokset yleistää tai siirtää muihin tilanteisiin tai kohteisiin. (Tutkimuksen toteuttaminen 2010; Käsitteet 2018.)



Haastattelun laatu määrittää sen luotettavuuden. Laatuun voidaan vaikuttaa positiivisesti, kun tehdään valmiiksi hyvä haastattelurunko. Etukäteen on myös tärkeä miettiä mahdollisia lisäkysymyksiä. Luotettavuuden kannalta on oleellista, että haastatteluja käydään läpi myös haastatteluvaiheessa. Haastattelija voi kuunnella nauhoja, jotta huomaa haastattelussa tapahtuneet muutokset verrattuna alkuvaiheen haastatteluihin. Lisäksi luotettavuutta voidaan parantaa huolehtimalla teknisen välineistön kunnosta. (Hirsjärvi & Hurme 2001.) Tässä tutkimuksessa oli valmis haastattelurunko, ja mahdollisia lisäkysymyksiä oli mietitty etukäteen. Haastatteluja kuunneltiin myös haastatteluvaiheessa. Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan, ja huomioitiin anonyymiteetti koko prosessin ajan. Haastateltavista osa selvästi jännitti tilannetta, joka saattoi vaikuttaa luotettavuuteen.

Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, että opinnäytetyö tehdään toisen tutkijan työpaikalla. Vaikuttaako vastauksiin se, millaiset välit vastaajan ja toisen tutkijan välillä on? Vastaavatko hyvät työkaverit mielistellen tutkimukseen? Osaston henkilökunta on kuitenkin motivoitunutta viemään lääkkeitöntä hoitoa eteenpäin. Tämän perusteella onkin oletettavaa, että tutkimukseen osallistuvan hoitajat haluavat auttaa kehittämään instrumentista toimivan. Haastattelut toteutetaan lisäksi niin, että tutkija, joka ei ole osastolla töissä, käy tekemässä ne. Näin tutkija ja haastateltava ovat vieraita toisilleen, jolloin haastattelu on luotettavampi.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää eri vaiheiden tarkka ja selkeä kuvaus. Suostumuslomakkeet, ääninauhat ja litteroinnit hävitetään heti opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen, johon asti niitä säilytetään lukitussa kaapissa tai tietokoneella salasanan takana. Luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon myös tutkijoiden kokemattomuus, sillä tämä opinnäytetyö on tekijöidensä ensimmäinen.

## 7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää hoitajien asenteita instrumenttia kohtaan. Testauksen perusteella instrumentin käyttö oli aluksi aikaa vievää ja se vaati perehtymistä. Onko tämä sellainen asia, joka voi kääntyä instrumenttia vastaan? Millainen perehdytys olisi hoitajien mielestä riittävä, että instrumenttia olisi vaivatonta käyttää? Tutkimus olisi varmaankin järkevintä toteuttaa hoivakotitasolla, mikäli instrumentti saadaan jatkossa jalkautettua hoivakoteihin. Ennen instrumentin jalkauttamista hoivakoteihin olisi hyödyllistä tutkia, koetaanko hoivakodeissa instrumentille olevan käyttöä.

Instrumentin pidempiaikaista käyttöä osastotyössä tai hoivakodissa olisi myös mielenkiintoista tutkia. Koetaanko instrumentti hyödyllisenä ja tarpeellisenä? Onko se ollut hoitotyössä avustava tekijä vai tuonut lisäkuormitusta hoitajille? Tutkimuksen perusteella instrumentti koettiin hyvänä ajatuksena ja helpottavana tekijänä. Tämän vuoksi myöhempi tutkimus olisi tarpeellinen, jotta nähtäisiin instrumentin hyödyllisyys pidemmällä aikavälillä.

Myös hoitajien ymmärrystä lääkkeetöntä hoitoa ja muistisairaiden käytösoireita kohtaan olisi hyvä tarkastella, sillä opinnäytetyön käynnistämisen perusteella etenkin uusilla ja vastavalmistuneilla tai muulta erikoisalalta tulleilla hoitajilla tuntui olevan puutteelliset tiedot lääkkeettömästä hoidosta ja muistisairaiden käytösoireista. Lääkkeetön hoito tuntui olevan osalle hoitajista vierasta, vaikkakin sitä osastolla on paljon toteutettu. Useampi tuore hoitaja tuntui käsittävän, että lääkkeetön hoito tarkoittaa kaikkien lääkkeiden poisjättämistä, jota kritisoi- tiin kovasti, kun opinnäytetyöstä osastolla ensimmäisen kerran kerrottiin. Jotkut hoitajat tun- tuivat myös ajattelevan, että käytösoire on muistisairaana tietoisista huonoa käyttäytymistä ja kiusantekoa hoitohenkilökuntaa kohtaan. Jotkut jopa kokivat, että käytösoire on kytkettävissä pois, mikäli potilasta oikealla tavalla kouluttaa. Opiskelutovereidemme ja opettajiemme kes- kuudessa vallitsi epätietoisuutta siitä, mitä lääkkeetön hoito ja muistisairaiden käytösoireet tarkoittavat. Ikääntyvän väestön ja lisääntyvien muistisairauksien vuoksi hoitoalalla työsken- televien ihmisten tietoisuutta olisi tulevaisuuden kannalta hyödyllistä lisätä.

Olisi myös kiinnostavaa tutkia lääkkeettömän hoidon instrumentin käytön vaikuttavuutta ver- rattuna siihen, että instrumentti ei olisi käytössä. Tutkimus kuitenkin todennäköisesti vaatisi valtavat resurssit ja ison tutkimusaineiston, eikä sinällään sopisi ammattikorkeakoulun opin- näytetyöksi. Tutkimuksen toteuttaminen saattaisi myös olla hankalaa, sillä hoitoon vaikutta- vat monet asiat, kuten yksikön käytännöt, asiakas-/potilasmateriaali sekä henkilökunnan mo- tivaatio lääkkeetöntä hoitoa kohtaan.

## Lähteet

### Painetut

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Paajanen, T. & Remes, A. 2015. Muistioireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvän käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

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

### Sähköiset

Alzheimerin taudin aiheuttajaa ei tunneta. 2018. Alzheimerin tauti - tukea sairastuneen elämään. Oy H. Lundbeck Ab. Viitattu 20.05.2018. <http://www.alzheimerinfo.fi/alzheimerin-tauti/alzheimerin-taudin-aiheuttajaa-ei-tunneta>

Alzheimerin tauti. 2017. Muistiliitto. Viitattu 20.5.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti>

Atula, S. 2015. Lewyn kappale -tauti. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 21.5.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01105](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105)

Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 21.5.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01106](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106)

Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito -työryhmä. Duodecim. Viitattu 1.2.2019. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01635#R29>

Erkinjuntti, T. 2011. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.5.2018. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2011/1/duo99264>

Hartikainen, S. & Antikainen, R. 2018. Tunnista kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet. sic! Lääketietoa Fimeasta. Viitattu 1.2.2019. <http://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/2018/vain-verkossa/tunnista-kaatumisvaaraa-lisaavat-laakkeet>

Hyvän hoidon kriteeristö. 2016. Muistiliitto. Viitattu 6.6.2018. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)

Härmä, H. & Juva, K. 2013. Alzheimerin tauti. Muistiliitto. Viitattu 20.5.2018. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/1015/1385/4659/Alzheimerin\\_tauti.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/1015/1385/4659/Alzheimerin_tauti.pdf)

Ikääntyminen ja muisti. 2014. Kansantaudit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.5.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/ikaantymisen-ja-muisti>

lääkäiden kaatumisten ehkäisy 2016. Opas 16. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. Viitattu 4.2.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL\\_Opas\\_16\\_verkko.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf)

lääkäiden lääkehoidon moniammatillisesta arvioinnista 2018. Fimea. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 4.2.2019. [https://stm.fi/documents/1271139/1957330/Lääkehoidosta\\_STM\\_07062016.pdf/0fa2ba74-a828-487b-885a-991afc1b007b/Lääkehoidosta\\_STM\\_07062016.pdf.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/1957330/Lääkehoidosta_STM_07062016.pdf/0fa2ba74-a828-487b-885a-991afc1b007b/Lääkehoidosta_STM_07062016.pdf.pdf)

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 20.5.2018 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00699](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699)

Kales, H. C., Gitlin, L. N. & Lyketsos, C. G. 2015. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ. Viitattu 30.8.2018 [https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/917839?path=/bmj/350/8003/Clinical\\_Review.full.pdf](https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/917839?path=/bmj/350/8003/Clinical_Review.full.pdf)

Kales, H. C., Gitlin, L. N. & Lyketsos, C. G. 2014. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. Journal of the American geriatrics society. Viitattu 30.8.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146407/>

Kivelä. 2016. Muistisairaana hyvä uni ja vuorokausirytmä. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Komulainen, P. 2015. Muistisairaudet ja niihin liittyviä liikkumisen ja tasapainon ongelmia. Lisätietoa. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Viitattu 4.2.2019. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02279>

Käsitteet. 2018. Tilastokeskus. Viitattu 4.6.2018. <https://www.stat.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html>

Lewyn kappale -tauti. 2017. Muistiliitto. Viitattu 21.5.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/lewyn-kappale-tauti>

Lääkkeiden hoito. 2017. Muistisairaudet. Muistiliitto. Viitattu 5.6.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito>

Muistisairaudet. 2018. Kansantaudit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.5.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriin -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suo-

men Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 20.05.2018). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Muistisairauksien yleisyys. 2017. Kansantaudit. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 20.5.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Mönkäre, R. 2016a. Luova toiminta muistisairaana toimintakyvyn tukena, johdanto. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 6.6.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016b. Läheinen muistisairaana rinnalla sairauden eri vaiheissa. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.08.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016c. Muistisairaana hampaiden ja suun hoito. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.08.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016d. Muistisairaana hyvä arki, johdanto. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016e. Muistisairaana hyvän elämän osa-alueita. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016f. Muistisairaana kohtaamisen peruseriaatteita. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016g. Muistisairaana ohjaamisen hyvät käytännöt. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. 2016h. Muistisairaana ohjaamisen periaatteet. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R., Hurnasti, T., & Topo, P. 2016. Muistisairaana vaatetus. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R., Nukari, T., Hurnasti, T. & Topo, P. 2016. Muistisairaana wc-käyntien onnistuminen. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. & Semi, T. 2016. Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaana toimintakyvylle. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 6.6.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Mönkäre, R. & Topo, P. 2016. Muistisairaana peseytyminen ja hygienian hoitaminen. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. 2017. Muistiliitto. Viitattu 21.5.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. 6.2 Aineiston määrä ja tutkittavat. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.5.2018. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_2.htmlh](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2.htmlh)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. 3.1.2 Hyvä tutkimuskäytäntö. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.5.2018. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_2.htmlh](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.htmlh)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. 7.3.4 Teemoittelu. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 6.9.2018. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)

Suominen, M. 2016. Muistisairaana ruokailu. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Tutkimuksen toteuttaminen. 2010. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 30.5.2018. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Tutkimuseettiset ohjeet. 2018. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.5.2018. <https://staff.jyu.fi/Members/matukuiv/Tietosuoja/Tutkimuseettiikka/?searchterm=eettiset%252520ohjeet>

Vataja, R. 2016a. Muistisairaana käyttäytymisen muutosten syyt. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 25.5.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Vataja, R. 2016b. Masennus muistisairaalla. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 29.6.2018 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Vataja, R. 2016c. Mania muistisairaalla. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 29.6.2018 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Vataja, R. 2016d. Apatia muistisairaalla. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 29.6.2018 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Vataja, R. 2016e. Ahdistuneisuus muistisairaalla. Muistisairaana kuntouttava hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 29.6.2018 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti>

Verisuoniperäinen muistisairaus. 2017. Muistiliitto. Viitattu 21.5.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus>

## Taulukot

|  |    |
|--|----|
| Taulukko 1: Käyttöoireiden yleisyys (Mukaillen Vataja 2016a.).....   | 12 |
| Taulukko 2: Muistisairaana turvallinen arki ja hyvän elämän eri osa-alueet (Mukaillen Mönkäre 2016e.).....   | 15 |
| Taulukko 3: Muistisairaana käyttöoireisiin johtavat tekijät (Mukaillen Kales, Gitlin & Lyketsos, 2015). .... | 19 |

## Liitteet

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Liite 1: Haastattelurunko .....   | 41 |
| Liite 2: Valumakartta .....       | 42 |
| Liite 3: Tsekkauslista A .....    | 43 |
| Liite 4: Tsekkauslista B .....    | 44 |
| Liite 5: Tsekkauslista C .....    | 45 |
| Liite 6: Suostumuslomake .....    | 46 |
| Liite 7: Tutkimustiedote .....    | 47 |
| Liite 8: Aineiston analyysi ..... | 48 |



## Liite 1: Haastattelurunko

## Palautelomake

Ikä:

Alle 30 \_\_ 30-40 \_\_ 40-50 \_\_ yli 50 \_\_

Ammatti:

Sairaanhoitaja \_\_ II asteen koulutus \_\_ Opiskelija \_\_

Kokemus psykogeriatrisesta hoitotyöstä: \_\_\_\_\_

Onko instrumentti mielestäsi hyödyllinen? (Hyödyllisyys)

---

---

---

---

Oliko instrumenttia helppo käyttää? (Käytännöllisyys)

---

---

---

---

Minkälaisia ongelmia tai haasteita koit instrumentin käytössä?

---

---

---

---

Mitä parannettavaa mielestäsi instrumentissa olisi?

---

---

---

---

Jos instrumentti olisi käytössä työpaikallasi, käyttäisitkö sitä?

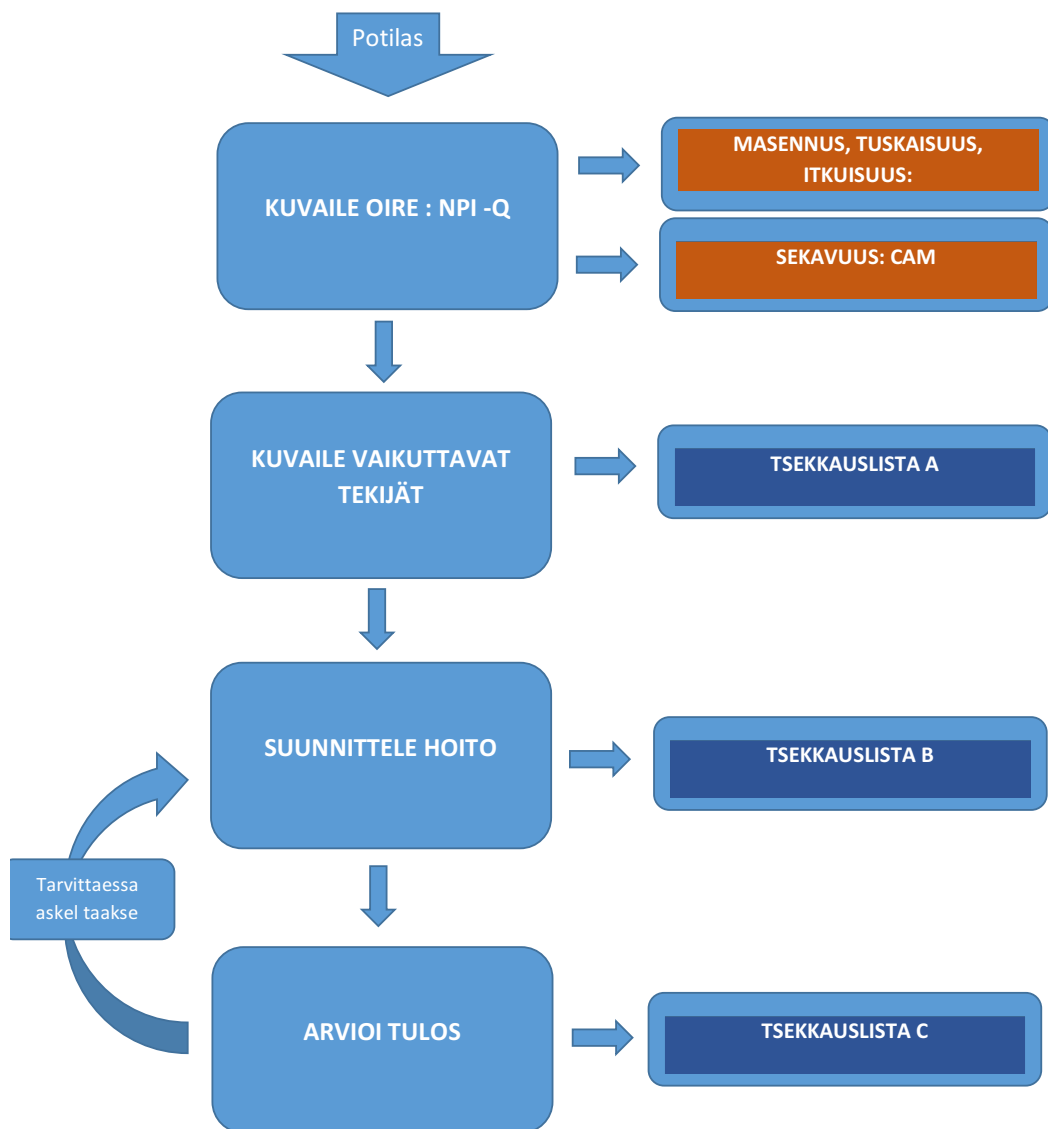
---

---

---

---

## Liite 2: Valumakartta



## Liite 3: Tsekkauslista A

Ympäri ja kuvaa kyllä –vastaukset alle tarkemmin

## TSEKKAUSLISTA A

Kuvaile lyhyesti käyttöoire: mitä potilas teki tai tekee?

- |  |      |
|--|------|
| 1) Aiheuttaako oire uhkaa itselle, toisille tai ympäristölle?                                  | K/ E |
| 2) Voidaanko vaikuttaa puheella?   | K/ E |
| 3) Mitä potilas itse kertoo tilanteesta ja oireensa syystä?                                    | K/ E |
| 4) Provosoituuko oireisto toisten (potilaiden, hoitajien tms ) vaikutuksesta                   | K/ E |
| 5) Onko oireistossa vuorokausirytm?  | K/ E |
| 6) Onko oireilua lähes yksinomaan hoitotilanteissa?  | K/ E |
| 7) Onko oireilua vain silloin kun muitakin on läsnä?   | K/ E |
| 8) Onko oireita vain silloin kun potilas on yksin?   | K/ E |
| 9) Muistiko potilas oireen jälkikäteen ja katuiiko hän sitä?                                   | K/ E |
| 10) Oliko potilaalla itsellään käsitystä siitä, kuinka oire tulevaisuudessa voitaisiin välttää | K/ E |

Minkäläisten potilaaseen liittyvien asioiden arvelat vaikuttaneen tilanteen vaikeutumiseen? (ympäri)

- |   |     |
|---|-----|
| 11) Vaikeus ilmaista tarpeitaan tai ajatuksiaan   | K/E |
| 12) Väsyminen tai uupuminen; univaje  | K/E |
| 13) Ikävystyminen   | K/E |
| 14) Masennus tai ahdistuneisuus   | K/E |
| 15) Pelot   | K/E |
| 16) Harhat  | K/E |
| 17) Hämmentyminen tai puutteellinen käsitys siitä mitä on tapahtumassa  | K/E |
| 18) Potilaan kokemus siitä että häntä kohdellaan huonosti (alentuvasti, epäoikeudenmukaisesti, loukkaavasti...) | K/E |
| 19) Kivut   | K/E |
| 20) Muut somaattiset oireet   | K/E |
| 21) Lääkevaikutus   | K/E |
| 22) Tupakkaan tai päihteisiin liittyvät syyt  | K/E |
| 23) Oliko oireilun havaitsemisessa ongelmia tai viiveitä?   | K/E |

Hoitajan /omaisen kokemus

- |   |     |
|---|-----|
| 24) Koitko ymmärtäväsi potilaan oireilua?   | K/E |
| 25) Koitko tarvitsevasi jotakin potilaan sairauteen tai muihin seikkoihin liittyvää tietoa tai ymmärrystä?          | K/E |
| 26) Koitko tarvitsevasi neuvoja, koulutusta tai tukea selviytyäksesi paremmin samankaltaisesta oireilusta myöhemmin | K/E |

Ympäristö

- |  |     |
|--|-----|
| 27) Onko potilaan ympäristö liian levoton?   | K/E |
| 28) Onko potilaan ympäristö liian yksitoikkoinen?                                      | K/E |
| 29) Voiko oireisto liittyä vääränlaiseen kohtaamiseen?                                 | K/E |
| 30) Onko potilaalla muita epämuikavuutta aiheuttavia fyysisiä oireita?                 | K/E |
| 31) Onko lääkäri tehnyt somaattisen tarkastuksen ja määrännyt tarvittavat tutkimukset? | K/E |
| 32) Onko potilaan lääkelista tarkastettu käyttöoireiden näkökulmasta?                  | K/E |

Kuvaile tähän tarkemmin KYLLÄ-vastauksia

---



---



---



---



---



---



---

## Liite 4: Tsekkauslista B

## Tsekkauslista B: hoidon suunnitteleminen

|   | <b>Yleiset, ei suoraan kohdeoireeseen tähtäävät</b>   |
|---|---|
| Aktiviteetit                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aikaisempien harrastusten ja vahvuuksien kautta pohtiminen</li> <li>Toistuvia liikesarjoja hyödyntävät (nappien lajittelu, pyyhkeiden taittelu...)</li> <li>Houkutteleva järjestely</li> </ul>   |
| (Omais)hoitajan ohjaaminen ja tukeminen | <p>Opettaminen: mistä käytösoireissa on kyse<br/>           Ei liian tiukkoja sääntöjä ja rutiineja<br/>           Autoritaarisuuden välttäminen, suostuttelu, selittäminen potilaalle<br/>           Omaisen huolehtiminen omasta jaksamisestaan, kannustaminen<br/>           Tukiverkkojen rakentaminen, tunnistaminen ja käyttäminen</p>  |
| Kommunikointi                           | <p>Potilaalle riittävästi aikaa ymmärtää ja vastata<br/>           Yksinkertaiset ja lyhyet lauseet, ohjeet ja pyynnöt<br/>           Rauhoittava ja tyyni äänensävy<br/>           Ei kielteisiä sanoja tai kireyttä<br/>           Kevyt rohkaiseva ja rauhoittava kosketus<br/>           Varmista että potilas tunnistaa kuka olet<br/>           Auta potilasta löytämään sanat itseilmaisulle</p>   |
| Ympäristö                               | <p>Poista epäjärjestys, häly ja levottomuus<br/>           Nimeä keskeiset esineet ja ovet (vessa...)<br/>           Riittävästi –ei liikaa- mielenkiintoista ympäristöä</p>  |
| Yksinkertaista tehtävät                 | <p>Askareet pilkotaan helppoihin osatehtäviin<br/>           Käytä joka vaiheessa kosketus- tai äänivihjeitä<br/>           Luo säännöllinen ja turvallinen päivärytmi</p>  |
|   | <b>Esimerkkejä kohdeoireeseen tähtäävistä strategioista</b>   |
| Äänen kuuleminen                        | <p>Kuulokoje<br/>           Tue sairaudentuntoa<br/>           Liian hiljainen ympäristö<br/>           Missä tilanteissa aiheuttavat todellisen ongelman</p>   |
| Vaeltelu                                | <p>Tunnista vaeltelua laukaisevat tekijät ja poista ne<br/>           Turvalliset keinot rajoittaa kotoa poistumista, tekniset apukeinot</p>  |
| Valvominen                              | <p>Unitottumukset, unihygienia: lämpö, valo, sängyn laatu<br/>           Kahvi pois<br/>           Päiväaskareet –ja rytmi tukemaan normaalia vuorokauden kulkua<br/>           Ei päiväunia<br/>           Yövalo?<br/>           Kuinka omaiselle järjestetään yölepo</p>   |
| Toistuva kyseleminen                    | <p>Vastaa rauhallisella äänellä, koskettaen kevyesti<br/>           Ilmoita tapahtumista vasta kun täytyy (esim. lääkäriin lähtö)<br/>           ”Harhauta”; mielekkäät askareet</p>  |
| Aggressiivisuus                         | <p>Rakenna valmis malli, joka on mietittynä valmiiksi sitten jos (kun) tilanne tulee<br/>           Tunnista kipu, pelko, harhat, mania, vuorovaikuksen ongelmat, laukaisevat tekijät<br/>           Varoita omaista vastaamasta omalla aggressiolla<br/>           Pohdi muita suojauskeinoja (harhautus, peräytyminen, avun hakeminen...)<br/>           Poista vaaralliset esineet<br/>           Luo rauhallinen, levollinen ympäristö/olosuhde</p> |

## Liite 5: Tsekkauslista C

**Tsekkauslista C****NPI –Q (tarvittaessa CAM tai Cornell)****Potilaan arvio:** onko tilanne

Paljon huonompi

Huonompi

Sama

parempi

Paljon parempi

**Läheisen arvio:** onko tilanne

Paljon huonompi

Huonompi

Sama

parempi

Paljon parempi

**Hoitajan arvio:** onko tilanne

Paljon huonompi

Huonompi

Sama

parempi

Paljon parempi

## Liite 6: Suostumuslomake

## SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun haastatteluun, jossa selvitetään hoitajien kokemuksia muistisairaana käytösoireiden lääkkeettömän hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin käytettävästä menetelmästä. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Päiväys

---

Jos Teille tulee jotain kysyttävää koskien opinnäytetyötä ja sen toteutusta, vastaamme mielellämme.

Asta Manninen

Laurea-ammattikorkeakoulu, asta.manninen@student.laurea.fi

Maiju Vainio

Laurea-ammattikorkeakoulu, maiju.vainio@student.laurea.fi

Ohjaava opettaja

Minna Pulli, minna.pulli@laurea.fi

Liite 7: Tutkimustiedote

## TUTKIMUSTIEDOTE

Hei,

olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta, Hyvinkään kampukselta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on testata lääkärin kehittämä työväline eli instrumentti, jonka avulla on tarkoitus tuoda lääkkeettömiä hoitokeinoja voimakkaammin muistisairaiden hoitotyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tarkoituksenmukainen instrumentti, jonka avulla muistisairaiden käytösoireiden liiallista lääkitsemistä vältettäisiin.

Opinnäytetyötä varten tulemme haastattelemaan osastolla työskenteleviä hoitajia, jotka ovat testanneet työvälinettä etukäteen. Haastattelu kestää noin puoli tuntia ja se nauhoitetaan. Haastattelut suoritetaan yksilöhaastatteluna. Laatumme teemahaastattelurunko on haastattelun tukena. Haastattelunauhat hävitetään, kun nauhat on käsitelty. Haastattelun tuloksia käytetään työkalun arvioimisessa ja niistä kirjoitetaan raportti opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyömme julkaistaan sähköisenä Theseus-palvelussa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Halutessanne voitte keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja olemme vaitiolovelvollisia. Tutkittavien henkilöllisyys ei käy ilmi missään vaiheessa.

Asta Manninen

Laurea-ammattikorkeakoulu, asta.manninen@student.laurea.fi

Maiju Vainio

Laurea-ammattikorkeakoulu, maiju.vainio@student.laurea.fi

Ohjaava opettaja

Minna Pulli, minna.pulli@laurea.fi

## Liite 8: Aineiston analyysi

| Alkuperäinen ilmaus   | Pelkistetty ilmaus                          | Alaluokka                                       | Pääluokka    |
|---|---|---|--------------|
| <p>”Miettii niitä keinoja, et mitä muuta, kun lääkehoitoa voidaan käyttää”</p> <p>”Ei oo vaan sitten se lääkehoito vaan että siinä on sitten muitakin keinoja kohdata ihminen tai potilas ja asiakas”</p>                                       | Lääkehoidon vaihtoehdot                     | Hoitotyön keinot                                | Hyödyllisyys |
| ”Keinoja, miten sitä sen ihmisen levottomuutta pystytään helpottamaan”  | Lääkkeettömän hoidon keinot                 |   |              |
| ”Systemaattisemmin osaa myös miettiä, että miten häntä tulis hoitaa ja mitkä on ne hoitotyön keinot”  | Potilaalle sopivat hoitotyön keinot         | Hyödyllisyys potilaalle                         |              |
| <p>”Uskon, että vaikuttaa siihen päivittäiseen hoitotyöhön ja sen kautta myös mahdollisesti potilaan hoitajakson pituuteen”</p> <p>”Todella voimakkaiden käytösoireiden takia hän oli tullut tänne... hän sai lopulta siitä viisi pistettä”</p> | Potilaan saama hyöty                        |   |              |
| <p>”Siitä on tullut lääkärille selkeämpi kuva oireistosta ja samalla lailla näistä hoitotyön tarpeista”</p> <p>”Yhteistyö niin kun lääkärin kanssa, pystyy suunnittelemaan sen että miten sillä pystyy niin kun potilasta auttamaan”</p>        | Tiedonkulku moniammatillisesti              | Moniammatillisuus ja yhteistyö                  |              |
| ”Muutkin hoitajat näkee sen yhteenvedon”  | Yhteistyö ja tiedonkulku hoitoryhmässä      |   |              |
| ”Toki niitä käytetäänkin monia keinoja ihan valmiiks, mut sit ne helposti niin kun jää vähän takalalle”   | Lääkkeettömän hoidon keinojen ylläpitäminen | Hoitajan ammattitaidon ylläpito ja kehittyminen |              |



|  |   |  |                                 |
|--|---|--|---------------------------------|
| ”Mä sanoisin, että tässä niin kun osa asioista tulee niin kun automaattisesti”   | Lääkkeettömän hoidon osaaminen          |  |                                 |
| ”Ajattelee paljon yksityiskohtaisemmin potilaan tilannetta ja siis tätä hänen oireistokuvaansa”<br><br>”Sitä käy ehkä systemaattisemmin läpi sitä potilaan tilaa”  | Konkreettinen kuva potilaan tilanteesta | Kokonaisuuden hahmottaminen  | Hyödyllisyys                    |
| ”Muutenhan tällöstä kuormittavuutta ei tule mietittyä, ellei sulla oli niitä kysymyksiä edessä”<br><br>”Rupes miettimään ite sitä omaa, et kuinka kuormittava se potilas loppujen lopuks onkaan”   | Hoitajan kuormittuneisuus               | Hoitajan kuormittuneisuuden määrittäminen                                  |                                 |
| ”Tässä osastolla välttämättä en”   | Akuutille osastolle huono               | Oikea ympäristö  |                                 |
| ”Varmasti parempi ehkä johonkin hoitokoteihin”   | Hyvä työväline hoitokoteihin            |  |                                 |
| ”Että se potilas pärjäis siellä jatkohoidossa, eikä palais enää tänne meille”<br><br>”Et se olis sinne jatkohoittoon se hyöty”<br><br>”Jos meidän tarkoituksena ois tehdä vaik sinne jatko-<br>hoitopaikkaan potilaasta hyvät niin sanotut käyttöohjeet” | Erikoissairaanhoidon jaksot vähenisivät | Yhteiskunnallinen säästö   |                                 |
| ”Riittävästi sitä tietoa potilaasta, et pystyy tän tavallaan oikeudenmukaisesti tekemään, et ei tuu tavaltaan väärää kuvaa”  | Riittävä tietojen kerääminen etukäteen  | Potilaan tilanteen kartoittaminen  | Käytännöllisyys ja käytettävyys |
| ”Musta oli kiva tehdä tätä kaverin kanssa”   | Työparityöskentelyn edut                | Yhteistyö hoitoryhmässä  |                                 |
| ”Instrumentti vaati hetken, et perehtyy”<br><br>”Et koko työyhteisölle pidettäis vaik joku osastotunti”  | Tarvitsee perehtymisen                  | Käyttäminen on helppoa, kunhan perehdyttäminen ja perehtyminen on riittävä |                                 |

|  |  |                                     |   |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <p>”Vaatii ehkä vähän rutiinia”</p> <p>”Ekan kerran oli hankalaa, mut toisella kerralla se jo meni ihan, ei nyt ihan rutiinilla, mut melkein”</p> <p>”Useempi käyttökerta siihen, et ois päässy jyvälle siitä ihan kokonaan”</p>                                   | <p>Helppo käyttää, kun käyttöön tulee rutiinia</p> |                                     |   |
| <p>”Et aina täytyy arvioida, kun potilas tulee osastohoitoon, sopiiko tämä hänelle”</p> <p>”Riippuu potilaasta, et miten se niin, kun soveltuu”</p>  | <p>Potilaan valinta</p>                            | <p>Oikea kohderyhmä</p>             |   |
| <p>”Kyllä mä uskon, et tulis käytettyä”</p> <p>”Varmasti tulis käytettyä ja olis hyvä käyttää”</p> <p>”Varmastikin tulisi käytettyä, jos olisi yksikössä käytössä”</p> <p>”Mun mielestä se helpotti sitä oman työn tekemistä”</p>                                  | <p>Koetaan käytännölliseksi</p>                    | <p>Positiivinen vastaanotto</p>     |   |
| <p>”Vaatii semmosen aktiivisen ihmisen, joka vie tätä asiaa eteenpäin”</p>   | <p>Aktiivinen käyttö</p>                           | <p>Instrumentin ylläpito</p>        |   |
| <p>”Työparin kanssa oli ihan selkeitä ristiriitoja keskenään”</p>  | <p>Ristiriidat työparin kanssa</p>                 | <p>Työparityöskentelyn haasteet</p> | <p>Ongelmat, haasteet ja parannusehdotukset</p> |
| <p>”Parin kanssa sitä oli mun mielestä hankalampi tehdä”</p>   | <p>Yhteistyöongelmat</p>                           |                                     |   |
| <p>”Kun on aika tiivis rytmi, niin sen ajan löytäminen siihen keskittymiseen”</p> <p>”Mietti, et missä vaiheessa mä ehdin tän tekemään”</p> <p>”Se vie niin kun niin paljon aikaa”</p> <p>”Näin akuutilla osastolla sen käyttäminen vie niin kun aikaa liikaa”</p> | <p>Kiire</p>                                       | <p>Ajankäytölliset ongelmat</p>     |   |

|  |                        |                             |  |
|--|------------------------|-----------------------------|--|
| "Tässä nyt oli sinällään vähän lyhyt aika"   | Lyhyt testiaika        |                             |  |
| "Joku voisi tehdä väärässä järjestyksessä"   | Ohjeistuksen merkitys  | Instrumentin hiomisen tarve |  |
| "Samat kysymykset kysytään siellä osittain vähän eri tavalla muotoiltuna uudestaan"<br><br>"Muutama kysymyksen pohdittiin, et oisko joku tarkennuskohta"<br><br>"Kysymyksiä pysty tulkitsee vähän erilailla" | Kysymysten tarkennus   |                             |  |
| "Mun mielestä siinä on ihan hirveen paljon niitä kohtia"   | Työläs tehdä           |                             |  |
| "Jotkut kysymykset oli vähän silleen, et ne ei just sille potilaalle ollu"   | Soveltamisen taito     |                             |  |
| "Vaatii kokemusta lääkkeettömästä hoidosta niiltä, jotka sitä tekee"   | Hoitajan kokemattomuus | Työryhmän valinta           |  |
| "Toimiva, joo"<br><br>"Ei tuu mieleen parannettavia asioita"   | Toimivaksi koettu      | Selkeä kokonaisuus          |  |