



Haasteet muistisairaan käyttösoireiden lääkehoidossa

Inka-Mari Turunen

2020 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

Haasteet muistisairan käyttöoireiden lääkehoidossa

Inka-Mari Turunen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2020

Inka-Mari Turunen

Haasteet muistisairaana käytösoireiden lääkehoidossa

Vuosi

2020

Sivumäärä

29

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää muistisairaana käytösoireiden lääkehoitoa ja sen haasteita. Tavoitteena oli edistää ikääntyneiden turvallista lääkehoitoa, erityisesti turvallista psyykenlääkkeiden käyttöä. Tavoitteena oli myös tuottaa aiheesta tietoa, jota sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työn teoreettinen viitekehys käsittelee ikääntymistä, muistisairauksia ja niiden käytösoireita sekä psyykenlääkkeitä ikääntyneiden hoitotyössä. Käytetty aineisto koottiin Medic-, Pubmed, Google Scholar ja Terveystietokannista. Hakuprosessissa tarkasteltavaksi valikoitiin seitsemän suomenkielistä tutkimusta tai artikkelia.

Tulokset osoittivat, että ikääntyneiden psyykenlääkkeiden käyttöön liittyy haasteita, mutta käyttö on perusteltua tietyissä tilanteissa. Suurimpia haasteita olivat ikääntymisen vaikutukset lääkehoitoon, ikäihmisten herkkyys psyykenlääkkeiden haittavaikutuksille sekä monilääkityksen yleisyys. Lääkityksen tarve, tavoiteltavat hyödyt ja mahdolliset haitat arvioidaan säännöllisesti. Hoitotyön rooli oli tärkeä lääkehoidon toteutuksessa ja vasteen arvioinnissa. Tuloksista ilmeni myös hoitajien koulutuksen merkitys ikääntyneiden lääkehoidossa.

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin muistisairaana käytösoireiden lääkehoitoon, mutta lääkkeettömiä hoitomuotoja ei voitu täysin ohittaa, sillä ne olivat käytösoireiden hoidossa ensisijaisia. Vaikka hoitotyön näkökulma painottikin enimmäkseen juuri näitä lääkkeettömiä vaihtoehtoja oli opinnäytetyön tuloksistakin nähtävissä, että hoitajien lääkehoidon osaaminen oli ensiarvoisen tärkeää onnistuneen moniammatillisen hoidon takaamiseksi.

Asiasanat: Muistisairaus, käytösoireet, lääkehoito, psyykenlääkkeet

Inka-Mari Turunen

The challenges in pharmacological treatment of memory disorder patients with neuropsychiatric symptoms

Year

2020

Pages

29

The purpose of this thesis was to examine the difficulties of psychotropic medication when treating neuropsychiatric symptoms in patients with memory disorders, as well as acknowledging these issues in nursing care. The aim was to increase knowledge of safe drug use with the elderly especially considering neuropsychiatric symptoms that may occur in memory disorders.

The research method for this thesis was a descriptive literature review. The theoretical framework consists of ageing, memory disorders and their neuropsychiatric symptoms and the use of psychotropic drugs in elderly care. The material for this review was collected from multiple databases such as Medic, Pubmed, Google scholar and Terveysportti. Seven Finnish researches and articles were selected.

The results indicate that despite the issues caused by the use of psychotropic drugs in elderly care, the treatment is necessary and justified in certain situations. The main challenges are the age-related changes affecting pharmacological treatments, polypharmacy and the increased sensitivity of elderly to the side effects of psychotropic drugs. The pros and cons of medication should be evaluated regularly and whether the drug is needed at all. Nursing care plays a significant role in the implementation of the drug therapy and evaluating the response. The results also highlight the significance of education among nurses in elderly care.

This thesis especially focuses on pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in memory disorders, without bypassing the importance of non-pharmacological treatments, which should be preferred. Non-pharmacological treatments are often underlined in nursing care, but expertise of drug therapy among nurses is extremely valuable to successful overall elderly care.

Keywords: memory disorder, neuropsychiatric symptoms, pharmacological treatment, psychotropic drugs

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Ikääntyminen.....	8
2.1	Ikääntymisen vaikutukset lääkehoitoon.....	9
2.2	Muistisairaudet	10
2.2.1	Käyttöoireet.....	11
3	Psykenlääkkeet ikääntyneiden hoitotyössä.....	12
3.1	Uni- ja rauhoittavat lääkkeet.....	12
3.2	Perinteiset- ja toisen polven psykoosilääkkeet.....	13
3.3	Masennuslääkkeet.....	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	16
5	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina	16
5.1	Opinnäytetyön aineiston keruu.....	17
5.2	Aineiston rajaaminen.....	18
5.3	Opinnäytetyön aineiston analysointi.....	20
6	Tulokset.....	21
6.1	Muistisairaahan käyttöoireiden lääkehoidon haasteet	21
6.1.1	Psykenlääkkeiden haittavaikutukset	23
6.1.2	Monilääkitys ja yhteisvaikutukset	24
6.2	Muistisairaahan käyttöoireiden lääkehoidon haasteiden huomiointi hoitotyössä.....	25
7	Pohdinta.....	28
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	29
	Lähteet	30
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Suomessa sairastuu vuosittain yli 14 000 ihmistä johonkin etenevään muistisairauteen. Tällä hetkellä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on listannut Suomessa olevan arviolta noin 190 000 muistisairasta henkilöä. Vaikka muistisairaista enemmistö on ikääntyneitä, koskevat ne myös arviolta 5000-7000 työikäistä ihmistä. (THL 2019a) Muistisairaudet luetaan kansantaudeiksi siinä missä sydän- ja vesisuonisairaudetkin. Eteneviä muistisairauksia sairastavat käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita; muun muassa kolmella neljästä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista on muistisairaus. (STM 2012)

Ikääntyneiden sekä muistisairauksien määrän noustessa korostuu hoitoalojen ammattilaisten erityisosaamisen tarve näitä potilasryhmiä hoidettaessa. Ikääntyneiden hoitotyö poikkeaa lähes jokaisella osa-alueella muiden ikäryhmien hoidosta. Elimistön vanhenemismuutokset aiheuttavat erityispiirteitä muun muassa sairauksien oireisiin, paranemiseen, kuntoutumiseen sekä lääkeaineiden erittymiseen ja hajoamiseen. (Kivelä 2006)

Ikääntyneiden lääkehoidon haasteet ovat aiheellisesti nousseet esille. Haitat on syytä tunnistaa ja pitää mielessä, mutta monilääkityksen pelon ei tulisi johtaa ikäihmisten alihoitoon. (Pitkälä & Juola 2018) Ikääntymisen myötä tapahtuvat vanhenemismuutokset ovat yksilöllisiä ja tarkkaa rajaa niiden huomioinnille on vaikea määrittellä. Saman ikäisten henkilöiden väliset farmakokineettiset ja farmakodynaamiset erot voivat olla suuriakin. Yleisesti voidaan kuitenkin sanoa, että yli 75- vuotiaiden kohdalla tulee nämä muutokset huomioida tarkasti. Mitä iäkkäämpi henkilö, sitä suuremmat vanhenemismuutokset ja sitä tarkemmin ne on otettava huomioon lääkehoidossa. (Kivelä & Rähä 2007)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää muistisairaiden käytösoireiden lääkehoitoa ja sen haasteita. Ikääntyneiden psykykenlääkkeiden käyttö itsessään on haastavaa, mutta joskus käytösoireiden helpottamiseksi, se on perusteltua haasteista huolimatta (Pitkälä & Juola 2018). Opinnäytetyön tavoitteena on edistää ikääntyneiden turvallista lääkehoitoa, erityisesti turvallista psykykenlääkkeiden käyttöä. Tavoitteena on tuottaa aiheesta tietoa, jota sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaiset pystyisivät hyödyntämään muistisairaiden hoitotyössä. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

2 Ikääntyminen

Ikäihmisten määrä Suomessa on selkeässä kasvussa. Nousu on selitettävissä syntyvyyden laskulla sekä elinajan odotusten kasvulla. Vuonna 2018 Suomen väkiluku oli 5,513 miljoonaa ihmistä ja näistä 21,9% oli yli 65-vuotiaita. (Tilastokeskus 2019) Jämsenin & Jylhän (2019) mukaan vuonna 2030, olisi joka viides suomalainen 70-vuotias tai sitä vanhempi. Jo vuonna 2024 ikäryhmän koon ennustetaan ylittävän miljoonan, joka on melkein puoli miljoonaa enemmän kuin vuosituhannen vaihtuessa.

Ihmisen näkyvät ikääntymisen merkit alkavat jo 40-50 vuotiaana. Ihmisen vanhetessa, elimistö käy läpi monia fyysisiä sekä psyykkisiä muutoksia. Vanheneminen tapahtuu kehossamme eri aikaan eri osissa, mutta karkeasti tarkasteltuna elimistömme vanhenee 1% per vuosi ja sitä pidetään normaalina vanhenemistahtina. (Pohjolainen 2019)

Fyysiset muutokset, esimerkiksi hengitys- ja verenkiertoelimistössä sekä tuki- ja liikuntaelimistössä, ovat suurimpia fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Eläkeikään mennessä on arvioitu verenkiertoelinten toimintakyvystä olevan jäljellä enää 60-70 % ja maksimaalisesta lihasvoimasta 80-90%. Myös havaintomotoriset, kuten kuulon ja näköaistin sekä tasapainon muutokset, ovat oleellisia tekijöitä fyysisen toimintakyvyn kannalta. (Pohjolainen 2019)

Siinä missä edellä mainitut fyysiset muutokset ovat selkeästi iän mukana laskevia, ovat psyykkisen sekä kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet monimuotoisempia muutokselle. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät henkilön kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa, muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta sekä kyky tuntee ja kokea. Näihin ikääntymisen vaikutukset ovat hyvinkin yksilöllisiä. (Pohjolainen 2019, Vuoksimaa 2019)

Ikääntymisen vaikutuksena aivoihin muodostuu esimerkiksi vaskulaarisia muutoksia, jotka ovat myös muistisairauksille tyypillisiä. Näiden muutosten myötä ei jokaisella ikääntyneellä kuitenkaan ilmene kognitiivista heikentymistä. Vuoksimaa (2019) painottaa kognitiivisten muutosten yksilöllisyyttä seuraavasti; toisilla muistiongelmien alkavat ilmetä jo myöhäiskeskusiässä, kun taas toisilla ei ole muistiongelmia vielä yli 90-vuotiaanakaan.

Yleisesti Suomessa ikäihmisen määritelmäksi katsotaan 75-vuoden ikä. Tämän jälkeen muutosten ja toimintakyvyn laskun määrä on kasvava. Useimmilla yli 85 ikävuoden ylittäneillä on jo vähintään fyysisiä rajoitteita liikkumiselle, mukaan lukien muut toimintakyvyn rajoitteet. Näistä syistä myös yli 85-vuotiaiden laitoshoidon tarve on kasvanut huomattavasti. Ikääntymismuutokset tulevat merkityksellisiksi siinä vaiheessa, kun ne vaikeuttavat yksilön selviytymistä eivätkä ole kompensoitavissa lääkityksen, apuvälineiden eikä muiden ympäristötekijöiden avulla. (Pohjalainen 2019)

2.1 Ikääntymisen vaikutukset lääkehoitoon

Ikääntymisen myötä elimistön koostumus sekä toiminta muuttuvat ja niiden myötä tulee erilaisia huomioitavia tekijöitä myös lääkehoidolle. Lääkeaineiden kulku, jakautuminen ja vaikutusvasteet muuttuvat ikääntymisen myötä yksilöllisesti. Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että mitä iäkkäämpi, hauraampi tai sairaampi vanhus on sitä herkempi hän on lääkevaikutuksille. (Pitkälä, Standberg & Tilvis 2016)

Ikääntyneet ovat herkkiä erityisesti bentsodiatsepiinien, metoklopramidin, oraalisten anti-koagulanttien, perinteisten psykoosilääkkeiden ja opioidien vaikutuksille. Edellä mainitut lääkkeet voivat aiheuttaa haittavaikutuksia jo pienilläkin annoksilla. Ikääntymisen myötä tapahtuvien autonomisen hermoston toiminnan, verenpaineen säätelyjärjestelmän, glukoosimetabolian, kognitiivisten voimavarojen, lämmönsäätelyn ja immunologisten mekanismien heikkeneminen voivat muuttaa lääkevastetta ja aiheuttaa haittavaikutusten lisääntymistä. (Saano & Taam-Ukkonen, 2014, 106)

Lääkeaineiden jakautumisen muutokset liittyvät ikääntymisen tuomiin kehon rasva- ja vesipitoisuuksien muutoksiin. Vesiliukoisten lääkeaineiden pitoisuus plasmassa sekä rasvaliukoisten lääkeaineiden pitoisuus kudoksissa kohoaa ja lääkkeiden puoliintumisaikat pitenevät. Tästä syystä monien lääkkeiden annos on ikäihmisillä nuorempia pienempi. Lääkeaineiden jakautumiseen vaikuttavat myös verenkierron heikentyminen. (Kivelä & Rähä 2007)

Lääkeaineiden eliminaatio eli poistuminen elimistöstä pitää sisällään lääkeaineen erittymisen sekä metabolian. Lääkeaineen metaboliolla tarkoitetaan sen aineenvaihduntaa, jonka seurauksena lääkeaine muuttuu aineenvaihduntatuotteeksi. Eritymisessä lääkeaine poistuu elimistöstä muuttumattomana. Lääkeaineet erittyvät muun muassa virtsan, ihon, sapen sekä keuhkojen ja hengityksen kautta. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 106) Maksan vanhenemismuutokset heikentävät metaboliaa ja siitä johtuen voimakkaasti metaboloituvien lääkeaineiden aineenvaihdunta hidastuu. Tämäkin puoltaa jo aiemmin painotettua pienemmän lääkeannoksen huomioimista ikäihmisillä. Maksan verenkierron ja metabolian heikkeneminen voi pidentää myös useiden muiden lääkeaineiden puoliintumisaikaa ja suurentaa niiden pitoisuutta plasmassa. Lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu ikääntymisen myötä, erityisesti munuaisten kautta virtsaan erittyvillä lääkeaineilla ja täten lääkkeiden vaikutusajat voivat olla pidempiä. (Kivelä & Rähä 2007) Pitkälän ym. (2016) mukaan munuaisten kyky poistaa lääkeaineita on 80-vuotiaalla vain puolet nuoren ihmisen munuaisen toimintakyvystä.

Kun tarkastellaan ikääntyneitä lääkehoidon erityisryhmänä, on huomioitava, että he perussairauksineen käyttävät yleisesti paljon lääkkeitä. Polyfarmasia eli niin kutsuttu monilääkitys onkin yksi ikääntyneiden lääkehoidon riskeistä ja erityishuomioista. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt monilääkityksen niin, että ikääntyneiden potilaiden lääkemäärä olisi hyvä pitää maksimissaan neljässä eri lääkevalmisteessa. Suositusta on pyritty tuomaan käytäntöön,

mutta todellisuudessa monisairaat vanhuksat tarvitsevat useita lääkkeitä. Muutamankin perussairauden hoidossa saattaa tämä suositeltu neljä lääkettä ylittyä helposti. Tärkeintä on, että hoidossa pyritään hallittuun monilääkitykseen ja tiedostetaan sen merkitys. Lääkityksen tarpeellisuutta on syytä arvioida säännöllisesti, ainakin vuosittain. Monisairaiden kohdalla jopa tiheämpi seuranta on suotavaa. (Pitkälä ym. 2016)

Ikääntymisen myötä lisääntyvät lääkkeiden haittavaikutukset ja monilääkitys ovat toisiinsa vahvasti liitettävissä olevia haasteita. Monilääkitys lisää haittavaikutusten sekä lääkkeiden haitallisten yhteisvaikutusten määrää. Polyfarmasian suurimpana ongelmana onkin haittavaikutusten hoito uusilla lääkkeillä, jolloin ongelma ruokkii itseään. (Kivelä & Räihä, 2007)

2.2 Muistisairaudet

Ikääntymisen myötä, lisääntyvät myös erilaiset muistinongelmat. Vanheneminen tutkitusti hidastuttaa aivojen toimintaa, jonka seurauksena esimerkiksi asioiden mieleen palauttaminen voi kestää aiempaa kauemmin. Myös yhtäaikaisiin toimintoihin keskittyminen voi olla vaikeampaa. (Sulkava 2010) Joka kolmas yli 65-vuotiaista on ilmoittanut kärsivänsä jonkin asteisista muistiongelmista. Tämä ei kuitenkaan yksinään riitä kertomaan muistisairaudesta, sillä lyhytaikaisia muistiongelmia saattaa ilmetä muun muassa stressaavassa elämäntilanteessa tai väsymyksen sekä masennuksen seurauksena. Vakavampaa sairautta muistiongelmia takana on syytä selvittää, mikäli ne pahentuvat, eivätkä väisty ajan kuluessa. (Tarnanen, Rosenvall & Tuunainen 2017)

THL (2019a) on listannut Suomessa olevan arvioilta noin 190 000 muistisairasta henkilöä. Valtaosa heistä on yli 80-vuotiaita, mutta joukosta löytyy myös yli 7000 työikäistä (35-65-vuotiaita), joilla on diagnosoitu etenevä muistisairaus. Lisäksi arviolta 14 500 ihmistä sairastuu vuosittain muistisairauteen. Tarnanen ym. (2017) mukaan pitkäaikaishoidossa, kolme neljästä ikääntyneestä sairastaa jotakin muistisairautta.

Muistisairaudet kuuluvat kansantauteihin ja ne ovat eteneviä sairauksia, joihin liittyy moninaisia oireita. Osa oireista on liitoksissa tiettyyn diagnoosiin, mutta esimerkiksi tunnetuin oire eli muistin ja kognition heikentyminen, on esiintyvä kaikissa etenevissä muistisairauksissa. (Muistiliitto 2017) Muistisairauksiin liitetään usein myös käsite dementia. Dementiaa itsessään ei lueta sairaudeksi, vaan kyseessä on pikemminkin oire tai yhteisnimitys muistisairauden aiheuttamalle muistin ja kognition alentumalle. (Rosenvall 2016)

Muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, jonka osuus on Muistiliiton (2017) mukaan muistisairautta sairastavista noin 60-70%. Muita eteneviä muistisairauksia ovat esimerkiksi verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin- sekä MS-tautiin liittyvä muistisairaus ja otsa- sekä ohimolohkorappeumat. Vanhemmissa ikäryhmissä tavataan usein myös

niin kutsuttuja monimuotoisia muistisairauksia eli esimerkiksi Alzheimerin taudin sekä aivoverenkiertosairauden piirteitä omaavia potilaita. (Koponen & Vataja 2015)

Muistisairauksiin ei tällä hetkellä ole parantavaa hoitoa, vaan se keskittyy oireiden lievitykseen. Ennaltaehkäisyllä ja riskitekijöihin vaikuttamalla voidaan vähentää muistisairauksien ilmaantumista. Muistisairauksien varhaisella tunnistamisella, diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja hillitä kustannuksia. (Koponen & Vataja 2015) Kuitenkin edelleen merkittävä osa muistisairauksista jää ilman diagnoosia. Tämä käy yhteiskunnalle kalliiksi, sillä THL:n mukaan diagnosoimattomat muistisairaudet johtavat lisääntyneeseen sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön. (THL 2019b)

2.2.1 Käyttöoireet

On hyvinkin tavallista, että muistisairauteen liittyy käyttöoireita. Niitä ilmenee jopa 90%:lla muistisairaasta, jossakin vaiheessa sairauden kulkua. (Talaslahti, Vataja, Ginters & Koponen 2019) Käyttöoireet ovat muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia potilaan käytöksessä ja/tai tunne-elämässä. Muistisairaiden käyttöoireiden Käypä hoidossa listattuja, yleisimpiä käyttöoireita ovat masennus, ahdistuneisuus, agitaatio, aggressiivisuus, psykoosioireet sekä unenhäiriöt. (Koponen & Vataja 2015) Potilaan, omaisten sekä hoitohenkilökunnan kesken, nämä kyseiset käyttöoireet koetaan usein kuormittavampina kuin sairauden aiheuttamat muistiongelmien ja kognitiiviset häiriöt (Talaslahti ym. 2019).

Käyttöoireiden vaikutukset yltävät pitkälle, sillä usein niiden myötä muistisairaahan altistuminen uusille sairauksille, hoitoon käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksille ja altistuminen loukkaantumisille kasvaa. Kun käyttöoireita alkaa ilmetä, on oleellista perehtyä potilaan kokonaistilanteeseen sekä pyrkiä selvittämään mitkä ovat mahdollisia laukaisevia tekijöitä käyttöoireilun takana. Käyttöoireet voivat heijastua muun muassa kivusta, ympäristöstä ja sen ilmapiiristä tai toisten potilaiden levottomuudesta. (Koponen & Vataja 2015)

Käyttöoireita hoidettaessa pääpainona ovat ensimmäisenä lääkkeettömät vaihtoehdot. Esimerkiksi ahdistus- ja masennusoireet voivat olla suurestikin potilaan elämänlaatua heikentäviä oireita, mutta niihin voidaan vaikuttaa hyvällä perushoidolla, epäasiallisen lääkehoidon purkamisella ja käyttämällä aktiivisesti erilaisia viriketoimintoja sekä läsnäoloa työmenetelmänä. Lievien oireiden tiiviimpi seuranta antaa hyvän kokonaiskuvan oireiden laadusta sekä aikaa mahdollisten itsestään väistyville oireille. Muita hoitovaihtoehtoja on harkittava, kun käyttöoireet rasittavat potilasta huomattavasti, aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle tai hänen ympärillään oleville tai kun ne vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun tai omaisten jaksamiseen. (Koponen & Vataja 2015)

3 Psyykenlääkkeet ikääntyneiden hoitotyössä

Suomessa sekä kotona että laitoshoidossa asuvat ikääntyneet käyttävät paljon erilaisia psyykenlääkkeitä. Tutkimuksen mukaan kotona asuvista vanhuksista 37% käytti vähintään yhtä psyykenlääkettä ja 12% vähintään kahta. Tavallisimpia käytössä olevia lääkkeitä olivat uni- ja rauhoittavat lääkkeet, joiden osuus oli noin 30%. Psyykenlääkkeiden käyttö vaikutti painottuvan muistisairauksia sairastaville. Laitoshoidossa psyykenlääkkeitä käyttävien vanhusten osuus oli vielä suurempi. (Pitkälä, Hosia-Randell, Raivio, Savikko & Standberg 2006)

Pitkälän ym. (2006) mukaan vuosina 1999-2000 laitoksissa asuvista muistisairaista jopa 87% käytössä oli vähintään yksi psyykenlääke. Vuonna 2011 tehty tutkimus osoitti, että 80% ikääntyneistä laitospotilaista käytti vähintään yhtä psyykenlääkettä. Uudemmissa tutkimuksista, Kurosen (2017) tekemä tutkimus, osoitti että laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä on yleisesti käytössä mm. psykoosilääkkeitä muistisairauksien käytösoireiden hillitsemiseksi. Tutkimuksessa selvisi, että antipsykootteja käytti 38% laitoksissa asuvista muistisairaista, mikä on kansainvälisesti korkealla tasolla.

Vaikka ikääntyneiden rauhoittavien ja unilääkkeiden sekä antipsykoottien käyttö on viime vuosina ollut laskusuunnassa, on esimerkiksi antidepressiiveja käyttävien osuus vielä merkittävä. Lisäksi muun muassa opioidien käyttö on lisääntynyt. Suomalaisissa hoitokäytännöissä on siis selvää kehittämistarvetta ikääntyneiden psyykenlääkkeiden käytön minimoinnissa. (Pitkälä 2006)

3.1 Uni- ja rauhoittavat lääkkeet

Unilääkkeiden käyttö on Suomessa vielä runsasta ja yleistyy, mitä vanhemmasta ikäryhmästä puhutaan. Kaikista yli 65-vuotiasista suomalaisista noin 15-17% on säännöllisesti käytössä jokin unilääke. Käyttö lisääntyy erityisesti hoitolaitoksissa ja siellä lääkehoitojaksot ovat pitkäaikaisia. Toisaalta taas laitoksissa asuvien, huonosti itseään ilmaisevien ja ulkopuolisen antaman huolenpidon varassa olevien potilaiden uniongelmat ovat riskissä jäädä hoitamatta, mikä huonontaa entisestään potilaan elämänlaatua. (Seppälä 2016)

Bentsodiatsepiinit ovat rauhoittavia lääkkeitä, joiden indikaatioina ovat muun muassa ahdistuksen, jännitystilojen, pelkotilojen sekä univaikeuksien hoito. Lääkehoidon tulee kuitenkin olla aina perustelu. Vaikka bentsodiatsepiineilla on tehokas ja nopea vaikutus esimerkiksi ahdistusoireisiin, eivät ne sovellu pitkäaikaisten oireyhtymien hoitoon. Nopean vaikutuksen hyödyntämistä voidaan harkita hoidon alkuvaiheessa tehostamaan esimerkiksi SSRI-lääkityksen vastetta tai vähentämään SSRI-lääkkeiden (selektiiviset serotoniinin takaisinottajat) alkuvaiheen haittoja. Bentsodiatsepiineihin lukeutuvat esimerkiksi diatsepaami (Diapam®), oksatsepaami (Opamox®), loratsepaami (Temesta®). Eräät unilääkkeet, kuten tsopikloni

(Imovane®) ja tsolpideemi (Stilnoct®, Stella®) ovat bentsodiatsepiineja muistuttavia, bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavia lääkkeitä. (Valvira 2018) Monia näistä edellä mainituista lääkkeistä, hyödynnetään myös muistisairauksien aiheuttamien käytöshäiriöiden hoidossa (Talaslahti ym. 2019).

Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden pitkäaikaisessa käytössä kehittyä toleranssi, jonka vuoksi niiden unta antava vaikutus hiipuu ajan myötä. Hyvän vasteen säilyttämiseksi unilääkkeitä pitäisikin käyttää vain lyhyinä kuureina tai pelkästään tarvittaessa. Mikäli säännöllisen bentsodiatsepiini lääkityksen omaavalle potilaalle tulee uniongelmia, olisi annosta suurennettava, jotta hän saisi lääkkeestä sopivan hyödyn ongelmaansa. Osa valmisteista saattaa aiheuttaa niin kutsutun rebound- ilmiön eli itse aiheuttaa potilaalle unettomuutta. Bentsodiatsepiinien pitkäaikaisessa käytössä piilee myös vahva riippuvuuden riski ja tämän vuoksi lääkehoito on aina lopetettava asteittain, hitaasti oireita seuraten. (Hartikainen 2007)

Bentsodiatsepiinien käyttöön iäkkäillä tulee suhtautua varovasti sillä iäkkäät ja heikkokuntoiset potilaat ovat herkempiä näiden lääkkeiden haittavaikutuksille. Niistä tavallisin on väsymys, johon voi liittyä ataksiaa, koordinaation ja tarkkaavaisuuden häiriöitä, sekavuutta sekä lihasheikkoutta. (Huttunen 2017a) Toinen mainittava haittavaikutus on mahdolliset muistihäiriöt, joiden riski kasvaa suurina annoksina käytettäessä. Näiden muistihäiriöiden ilmeneminen on ongelmallista etenkin jo jotakin muistisairautta sairastavien potilaiden kohdalla. Kaikista edellä mainituista syistä, on ikääntyneillä potilailla huomioitava aina tavallista pienempi lääkeannos. (Niemelä 2020)

Haittavaikutusten lisäksi bentsodiatsepiinien käyttöön voi liittyä niin kutsuttuja paradoksaalisia reaktioita. Näitä ovat muun muassa levottomuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus ja harhaluulot sekä hallusinaatiot. Näitä reaktioita on havaittu juuri ikääntyneiden keskuudessa. Haasteena on, että nämä kyseiset reaktiot sekä haittavaikutukset ovat samalla myös käytösoireita omaavien potilaiden oirekuvastoa, joista lääkkeen tarve nousee esiin. Näiden erottaminen on suuri haaste ikäihmisten lääkehoidossa. (Niemelä 2020)

3.2 Perinteiset- ja toisen polven psykoosilääkkeet

Psykoosilääkkeiden käyttöaiheita ovat nimensä mukaisesti psykoottisten oireiden hoito, skitsofreeniset häiriöt sekä muistisairauksien aiheuttaman käytöshäiriöt (Huttunen 2017c). Vaikkakin monia näistä lääkkeistä voidaan hyödyntää muistisairaana käytösoireiden hoidossa, on risperdoni tällä hetkellä ainut lääkeaine, jonka käyttöaiheissa se on virallisesti listattuna. (Koponen & Vataja 2015)

Psykoosilääkkeiden jaottelu niin kutsuttuihin perinteisiin sekä toisen polven psykoosilääkkeisiin perustuu niiden kehitykseen. Ensimmäinen toisen polven psykoosilääke, klotsapiini tuli

markkinoille jo 1970- luvulla ja sen todettiin aiheuttavan vähemmän ekstrapyramidaalisia haittavaikutuksia eli hermostoperäisiä tahdottomien liikkeiden ongelmia, jotka ovat yleisiä psykoosilääkkeitä käytettäessä. (Korpi & Piepponen 2018) Näitä vertailtaessa, on toisen polven psykoosilääkkeiden kiistaton etu ikääntyneillä, niiden huomattavasti pienempi neurologisten haittavaikutusten riski kuin vanhoja psykoosilääkkeitä käytettäessä (Koponen & Vataja 2015).

Kuitenkin myös toisen polven psykoosilääkkeissä piilee omia riskejä, sillä uusien tutkimusten mukaan on niiden katsottu lisäävän muistisairaiden, iäkkäiden henkilöiden aivoverenkiertohäiriöiden riskiä 2-3- kertaiseksi (Huttunen 2017c). Tästä syystä on painotettava, että lääkettä harkitseva lääkäri on tietoinen potilaan aiemmista aivojen verenkiertohäiriöistä. Näistä varoituksista huolimatta on näyttöä siitä, että toisen polven psykoosilääkkeet ovat perinteisiä turvallisempia ja ovat toimineet dementiapotilaiden psykoottisten ja aggressiivisten oireiden hoidossa. (Pitkälä ym. 2016)

Psykoosilääkkeet aiheuttavat vanhuksilla tavallista herkemmin haittavaikutuksia, joita ovat esimerkiksi ekstrapyramidaalioireet (motorinen levottomuus, liikkumisen hitaus, vapina), antikolinergiset haitat, turvotukset, infektioherkkyys, väsymys, verenpaineen lasku, kognitiivisen toiminnan heikentyminen sekä kaatumisriskin nousu. Osaa psykoosilääkkeiden haittavaikutuksista voi olla vaikeaa erottaa sairauden aiheuttamista käytösoireista. Esimerkiksi motorista levottomuutta, liikkumisen pakkoa ja vaikeutta istua aloillaan on haastavaa erottaa muistisairaanpotilaan vaeltelusta. (Alanen, Järventausta, Talaslahti & Leinonen 2013)

Antikolinergiset haittavaikutukset perustuvat psykoosilääkkeiden kykyyn estää parasympaattisen hermoston hermopäätteiden välittäjäaineen asetyylikoliinin vaikutuksia. Antikolinergisia haittoja ovat esimerkiksi virtsaamisenvaikeudet, näön hämärtyminen, huimaus ja ummetus. Nämä oireet ovat pahimmillaan useimmiten lääkehoidon alussa. (Huttunen 2017d) Voimakkaasti antikolinergisesti vaikuttavat psykoosilääkkeet, kuten klotsapiini voivat aiheuttaa pahimmillaan niin kutsutun antikolinergisen oireyhtymän. Sen oireisiin kuuluvat muun muassa sekavuus, ärtyisyys ja näköharhat. Pahimmillaan potilaalla on laajentuneet, huonosti reagoivat pupillit, punakat kasvot, kuiva iho ja limakalvot, kiihtynyt sydämen lyöntitiheys, virtsaamisvaikeutta, ummetusta ja kohonnut verenpaine. (Alanen ym. 2013)

3.3 Masennuslääkkeet

Masennustilat ovat ikääntyneillä yleisiä ja niiden taustalta löytyy usein psykososiaalisia tekijöitä, yksinäisyyttä, muistojen kipuilua, kuolemanpelkoa ja perussairauksia. Pääasiassa masennuksen hoidossa keskitytään psykoterapeuttisiin keinoihin, mutta usein myös masennuslääkkeistä voi olla hyötyä. (Huttunen 2017b)

Ikääntyneiden masennustilan diagnostiikka ei eroa työikäisistä. Oirekuvastoa ovat usein ruumiilliset vaivat, kognitiiviset häiriöt, tuskaisuus ja itsetuhoisuus. (Huttunen, 2017b) Toimintakykyyn vaikuttava masennustila vaatii hoitoa ja sen hoitamatta jättämiselle on Sorvaniemen (2002) mukaan vaikeaa löytää järkiperusteluita; ongelmallista on lääkehoidosta pidättäytyminen tai tehottomien annosten käyttö haittavaikutusten pelon vuoksi tai siksi, että masennusta pidetään vanhuksen elämän tilanteeseen peilattuna ymmärrettävänä.

Masennuslääkkeen valinta seuraa myös lähes samoja periaatteita kuin nuoremmilla. Huomioitavaa on kuitenkin lääkkeiden siedettävyyden ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa. Iäkkäillä aloitetun hoidon vaste näkyy usein tavallista hitaammin; noin 6-12 viikon välillä. (Huttunen 2017b)

Yleisimpiä käytettäviä masennuslääkkeitä ovat SSRI- lääkkeet eli niin kutsutut selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät. SSRI-lääkkeiden rinnalle on noussut myös uusia masennuslääkkeitä, kuten SNRI- lääkkeet eli serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät. Näiden kahden lisäksi, tavataan kuitenkin vielä varsin yleisesti myös vanhempia, trisyklisiä masennuslääkkeitä. Ikääntyneiden masennuksen lääkehoidossa tulee kuitenkin huomioida trisyklisten masennuslääkkeiden antikolinergiset vaikutukset. (Huttunen 2017e)

SSRI-lääkkeet (fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami, essitalopraami) ja SNRI-lääkkeet (duloksetiini, milnasipraani, venlafaksiini) ovat ensisijaisia lääkevaihtoehtoja ikääntyneiden masennuksen hoidossa, niiden hyvän siedettävyyden vuoksi. SSRI-lääkkeiden suosiota puoltaa myös niiden teho muihin masennustilojen kanssa yhdessä ilmeneviin psykiatriin ongelmiin kuten paniikkihäiriöön ja erilaisiin ahdistuneisuus- ja pelkotiloihin. Kuten muitakin psyykenlääkkeitä käyttäessä, on ikääntyneiden masennuslääkkeidenkin kohdalla tavallista pienempi aloitusannos. Hyödyllistä on, että esimerkiksi fluoksetiinilla on pitkä puoliintumisaika, jonka vuoksi tätä voidaan ikääntyneillä annostella myös tavallista harvemmin. Riittävään vasteeseen voidaan päästä jo antamalla 20mg fluoksetiinia vain kerran viikossa. (Huttunen 2017b)

Merkittävä haittavaikutus joka SSRI- ja SNRI- lääkkeiden kohdalla on huomioitava, on serotoniinioireyhtymä. Se on myrkytystila, joka johtuu serotoniinin liiallisesta vapautumisesta synapsiraossa. Yleisin aiheuttaja on SSRI- tai SNRI-lääkkeiden yhdistäminen moklobemidiin. Joskus aiheuttajana voi olla myös SSRI-lääkityksen yhdistäminen johonkin muuhun trisykliseen lääkkeeseen tai esimerkiksi särky- ja migreenilääkkeinä käytettyihin tramadoliin tai sumatriptaaniin. Serotoniinioireyhtymä on harvinainen, mutta hengenvaarallinen tila. Sen oireina ovat vaikea ripuli, vatsankouristukset, sekavuus, puheen häiriöt, pakkoliikkeet, koordinaatiohäiriöt, sydämen tiheälyöntisyys, hikoilu, kuume ja pahimmillaan kooma. (Huttunen 2017e, Scheinin, Korpi, & Pesonen 2018) Serotoniinioireyhtymän hoito on oireenmukaista ja tila

väisty usein nopeasti. Varsinaista vastalääkettä SSRI- ja SNRI-lääkkeille ei löydy, mutta lääkehiiltä voidaan antaa lääkeaineen imeyttämiseksi. (Päihdelinkki 2017)

Koposen & Raaskan (2020) mukaan iäkkäiden masennuslääkkeistä tehtyjen tutkimusten pienet koot yhdessä iäkkäiden depressiota aiheuttavien tekijöiden heterogeenisuuden kanssa, vaikeuttavat lääkehoidon tehon havaitsemista. Koponen & Raaska (2020) listaavat iäkkäiden depression heterogeenisuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi muun muassa geneettisten tekijöiden lisäksi mahdollisen alkavan muistisairauden, keskushermoston verisuonimuutokset (vaskulaarinen depressio), muut somaattiset sairaudet ja muutokset lääkemetaboliassa sekä erot aikaisempien depressiojaksojen ja niiden jälkeen esiintyneiden jäännösoireiden määrissä. Pääasiassa iäkkäiden masennuslääketutkimuksia on vähän, mutta pääosa tuloksista puhuu kuitenkin lääkehoidon puolesta iäkkäiden masennuksen hoidossa.

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää muistisairaiden käytösoireiden lääkehoitoa ja sen haasteita. Tavoitteena on edistää ikääntyneiden turvallista lääkehoitoa, erityisesti turvallista psyykenlääkkeiden käyttöä. Tavoitteena on myös tuottaa aiheesta tietoa, jota sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään.

Tässä opinnäytetyössä etsitään vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä haasteita on muistisairaana käytösoireiden lääkehoidossa?
2. Miten nämä lääkehoidon haasteet huomioidaan hoitotyössä?

5 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodinä

Kirjallisuuskatsaus on yksi tieteellisten tutkimusten tekemiseen käytetyimmistä tutkimusmetodeista. Sen tavoitteena on muun muassa kehittää olemassa olevaa tietoa, tuottamalla uutta tietoa entisen tueksi. Kirjallisuuskatsaus ei siis nimensä mukaisesti ole pelkkä lyhyt katsaus valittuun aiheeseen, vaan itsenäinen tutkimusmetodinsa. Kirjallisuuskatsauksilla kootaan yhteen tutkimusten tuloksia ja niin sanotusti tutkitaan tehtyjä tutkimuksia. (Salminen 2011)

Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan olemassa olevaa tietoa kehittää ja arvioida sekä koota yhteen selkeä kokonaiskuva aiheesta. Kirjallisuuskatsauksella voidaan myös tunnistaa ja nostaa esiin ongelmakohtia aiheesta. Tutkimusmetodinä se tarjoaa myös mahdollisuuden kuvata tutkitun tiedon historian kehitystä.

Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri päätyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Näistä kolmesta, kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekijä pystyy kuvaamaan ilmiötä laaja-alaisesti, sillä sen aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännökset, vaan aineistoa on mahdollisuus käyttää laajemmin kuin muissa kirjallisuuskatsauksen perustyypeissä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää neljä eri tutkimus vaihetta: tutkimuskysymysten muotoilu, aineiston kerääminen, aineiston kuvaaminen ja saatujen tulosten tarkastelu. (Salminen 2011)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusmetodi valikoitui aikataulun sekä resurssien perusteella. Valintaan vaikutti, ettei kirjallisuuskatsaus aseta tutkimukselle kovin rajaavia sääntöjä, vaan esimerkiksi valittu aineisto saa olla laaja ja menetelmällisesti erilaisia toisistaan. Katsaukseen valitut aineistot ovat kuitenkin vain tieteellisiä, päteviä julkaisuja.

5.1 Opinnäytetyön aineiston keruu

Tutkimuksen tiedonhakuprosessi alkaa menetelmäkirjallisuuteen sekä valittuun tutkimusmenetelmään tutustumisella (Salminen 2011). Tiedonhakutaidot ovat oleellinen osa luotettavan tiedon löytämistä. Aineiston keruussa on huomioitava aina lähdekriittisyys, etenkin internet-lähteitä etsittäessä. (Elomaa & Mikkola 2008)

Elomaa & Mikkola (2008) ovat listanneet onnistuneen tiedonhaun vaiheita seuraavasti:

1. Lähtökohtana on aihe/ongelma, jonka ratkaisemiseen tarvitaan tietoa.
2. Määritellään aiheen/ongelman sisältämät käsitteet.
3. Muunnetaan käsitteet hakusanoiksi ja mietitään, miten ne voidaan yhdistää/rajata.
4. Valitaan sopivaksi arvoituja tiedonlähteitä (tietokantoja).
5. Suoritetaan haku kunkin tietokannan edellyttämällä tavalla.
6. Hakutulokset arvioidaan: ovatko lähteet relevantteja, laadukkaita ja luotettavia; vastaako lopputulos hakijan ennako-odotuksia ja tarpeita.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston keruu voidaan suorittaa kahdella eri tavalla; implisiittisesti tai eksplisiittisesti. Erona näiden kahden välillä on, ettei implisiittisessä aineiston keruussa raportoida käytössä olleita tietokantoja tai aineistoa rajaavia kriteereitä. Eksplisiittinen aineiston keruu taas noudattaa enemmän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen piirteitä. Erottavana tekijänä systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuitenkin on, ettei aineiston haku kuitenkaan pohjaa ainoastaan rajattuihin hakusanoihin, vaan aineisto kehittyy opinnäytetyön tutkimuskysymysten mukaisesti koko työskentelyn ajan. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295-296) Tässä opinnäytetyössä on käytetty

eksplisiittistä aineiston keruuta Elomaan & Mikkolan (2008) hakuprosessin vaiheiden mukaisesti.

Internet-lähteiden arvioinnissa haasteena on tutkimusten luotettavuuden arviointi. Hakuselaimien kautta, voi löytyä kenen tahansa tekemiä tutkimuksia, kun taas tietokannoissa ja lehdissä, on julkaisujen takana esimerkiksi toimitus, joka vastaa sisällön julkaisemisesta. Sopivien tietokantojen käyttö lisää siis löytyneiden lähteiden luotettavuutta. (Elomaa & Mikkola 2008)

Hakutermit helpottavat tiedonhakua. Hakukoneissa on hyvä laajentaa hakutermejä mahdollisilla synonyymeillä sekä laajemmilla/suppeammilla termeillä. Hakusanojen valintakin vaatii kunnollista suunnittelua, jotta tiedonhausta saa mahdollisimman paljon irti. (Elomaa & Mikkola 2008)

Tämän opinnäytetyön aineiston etsimiseen käytettyjä tietokantoja olivat Medic, PubMed, Google Scholar ja Terveysportti. Käytettyjä hakusanoja olivat muun muassa muistisairaus AND käytösoireet, muistisairaus AND lääkehoito, käytösoireet AND lääkehoito, ikääntynyt AND lääkehoito, vanhukset AND lääkehoito, muistisairaus AND hoitotyö, ikääntynyt AND hoitotyö, ikääntynyt AND psyykenlääkkeet sekä yksittäisinä muistisairaus ja käytösoireet.

Löytyneitä tutkimuksia on tarkasteltu aluksi jo pelkän otsikoinnin perusteella. Tämän jälkeen jokaisesta tutkimuksesta on tutustuttu vähintään tiivistelmään tai tarvittaessa koko sisältöön, jotta on nähty vastaako tutkimus opinnäytetyötä ohjaaviin tutkimuskysymyksiin.

5.2 Aineiston rajaaminen

Opinnäytetyössä käytettävän aineiston tärkeimpänä valintakriteerinä on aineiston sisällön vastaaminen opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Aineiston rajaamiseen kuuluu keskeisesti sen sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden avulla voidaan helpottaa valittuun tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston löytymistä. (Kangasniemi ym. 2013, 295) Tämän opinnäytetyön aineistoa rajanneet sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat esitetty Taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tieteelliset julkaisut	Ei tieteellinen julkaisu
Julkaistu vuosina 2005-2020	Julkaistu ennen vuotta 2005
Suomen tai englannin kielinen julkaisu	Muun kielinen julkaisu
Käsittelee käytösoireiden	Käsittelee käytösoireiden
lääkehoitoa	lääkkeetöntä hoitoa
Vapaa pääsy aineistoon	Maksulliset julkaisut/aineistot

Opinnäytetyöhöni valikoitui seuraavat tutkimukset;

1. Alanen, A-M., Koponen, H. & Leinonen, E. 2016. Psykoosilääkkeet muistisairaana potilaan hoidossa. Lääkärilehti.
2. Alanen, H-M., Santala, M. & Leinonen, E. 2006. Psykoosilääkkeet dementiapotilaan hoidossa - hyötyä vai haittaa? Lääkärilehti.
3. Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa. Vanhustyönkeskusliitto.
4. Jalava, S., Pohjanoksa-Mäntylä, M., Puustinen, J., Airaksinen, M. & Dimitrow, M. 2018. Psykoosilääkkeiden käyttö iäkkäillä; järjestelmällinen katsaus. Lääkärilehti.
5. Koponen, H., Leinonen, E. & Isohanni, M. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Duodecim katsausartikkeli.
6. Pitkälä, K. & Juola, A-L. 2018. Ikääntyneiden lääkehoidon sudenkuopat. Suomen yleislääkäri gpf ry.
7. Talaslahti, T., Vataja, R., Ginters, M. & Koponen, H. 2019. Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. Duodecim.

5.3 Opinnäytetyön aineiston analysointi

Aineiston analysointi sisältää aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn sekä yhdistävien tekijöiden tarkastelun. Aineiston pelkistäminen tehdään esittämällä aineistolle oma tutkimuskysymys ja näin löytäen sieltä käsitteitä tai ilmauksia. Pelkistämisen jälkeen ilmaukset ryhmitellään yhtäläisiksi ja nimetään vastaamaan sisältöä. Tämän jälkeen saman sisältöiset aineistot yhdistetään. Tällä keinolla saadaan kasattua aineisto, joka vastaa hyvin haluttuun tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009)

Teemoittelu on yksi laadullisen analyysin perustemenetelmistä, jolla tarkoitetaan laadullisen aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä eri aihepiireihin eli teemoihin (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2020). Keskeisiä aiheita eli teemoja muodostetaan useimmiten aineistolähtöisesti etsimällä aineistosta eri haastatteluja, vastauksia tai aineistoja yhdistäviä (tai erottavia) tekijöitä. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää myös teorialähtöistä lähestymistapaa, jossa teemoittelu ohjautuu jonkin tietyn viitekehyksen tai teorian mukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

Kun aineistoa analysoidaan teemoilla, kootaan kunkin teeman alle kustakin tutkimukseen valikoituneesta aineistosta ne kohdat, jossa puhutaan kyseessä olevasta teemasta. Konkreettisenä esimerkkinä toteutuksesta voi olla esimerkiksi teemakortisto, johon leikataan tulostetusta aineistosta teemaan liittyvät kohdat. Nykyisin kuitenkin suositumpaa on tietokoneella toteutettu ”leikkaa-liimaa” toiminto. Tietokoneella tehtynä teemoittelussa on mahdollista yhdistää aineistoja monien eri teemojen alle helpommin kuin käsin tehdyssä teemoittelussa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

Tutkimuksen tulosten esittelyssä teemojen sisältöä voidaan kuvailla aineistosta poimituilla, alkuperäisillä sitaateilla. Ne ovat sanatarkkoja lainauksia alkuperäisistä teksteistä, joilla aineistoa ja siitä nousseita teemoja pyritään kuvaamaan. Sitaatteja voidaan käyttää tukemaan myös tutkimuksen tulkintaa ja johtopäätöksiä. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2020) Tutkimusrapotti ei kuitenkaan ole vain peräkkäisten sitaattien listaamista, vaan mukana täytyy olla tutkijan kommentteja, tulkintaa sekä kytkeä teoriaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

Tässä opinnäytetyössä on aineiston analyysissä hyödynnetty teemoittelua. Opinnäytetyössä on aineiston teemoiksi nostettu tutkimuskysymykset ja niistä muodostuneet alakategoriat. Näiden mukaan aineistoa on yhdistelty ja tiivistetty tuloksiksi.

6 Tulokset

6.1 Muistisairaahan käytösoireiden lääkehoidon haasteet

Muistisairauksiin liittyviin käytösoireisiin voidaan hakea helpotusta lääkehoidosta, mikäli ne ovat muistisairaahan toimintakykyyn ja päivittäiseen elämään vaikuttavia. Ikääntyneet ovat kuitenkin lääkeaineenvaihdunnan muutosten vuoksi erityisen herkkiä lääkkeille ja niiden haittavaikutuksille. Esimerkiksi bentsodiatsepiinien vaikutusaika voi olla vanhuksilla yllättävän pitkä ja ne voivat kumuloitua elimistöön. (Pitkälä & Juola 2018)

Ikääntyneillä psykoosilääkkeiden haittavaikutuksille altistavia tekijöitä ovat myös keskushermoston vanhenemismuutokset ja erityisesti mahdollinen muistisairaus (Alanen, Koponen & Leinonen 2016).

Myös Talaslahti, Vataja, Ginters & Koponen (2019) painottavat muistisairauspotilaiden käytösoireiden hoidon haasteellisuutta. Käytösoireita voi ilmetä samanaikaisesti useita, mutta psykykenlääkkeitä harkittaessa on pyrittävä löytämään ne keskeiset ydinoireet, joihin halutaan vaikuttaa. Artikkelissa mainitaan, että noin kolmanneksella muistisairauspotilaista hoito on erityisen haastavaa piirteiltään vaikeiden ja pitkäkestoisten oireiden vuoksi. Pitkään jatkuvat ja vaikeat käytösoireet ovat haaste, sillä ikääntyneiden psykykenlääkitysten suositellaan olevan vain lyhytaikaisia.

Jalavan, Pohjanoksa-Mäntylän, Puustisen, Aikasisen & Dimitrown (2018) mukaan esimerkiksi psykoosilääkkeitä kuitenkin määrätään iäkkäille yleisesti ja pitkinä jaksoina muuhun kuin varsinaisiin indikaatioihin.

Alasen ym. (2016) artikkelissa otettiin myös kantaa psykykenlääkkeiden hoitajaksojen kestoon. Muistisairauksien vaikeissa käytösoireissa (aggressiossa, agitaatiossa ja harhoissa) on siis näyttöä psykykenlääkkeiden tehosta, lyhyissä 8-12 viikkoa kestävässä hoidoissa. Psykykenlääkkeiden suositusten mukaan, käyttöä tulee rajata vain välttämättömimmäksi ajaksi sekä vain sellaisten käytösoireiden hoitoon, joihin psykykenlääkkeiden jo tiedetään tehoavan.

Psykykenlääkkeiden tehosta on näyttöä muistisairauksien vaikeissa käytösoireissa, kuten aggressiossa, agitaatiossa ja harhoissa, lyhyissä noin 8-12 viikkoa kestävässä hoidoissa. Vaikka psykykenlääkkeiden käyttöön liittyy muistisairauspotilaiden kohdalla erilaisia riskejä, ovat käytösoireet hoitamattomina vahingollisia potilaalle kuin hänen ympäristölleen ja voivat johtaa laitoshoidon tai potilaan menehtymiseen. (Alanen ym. 2016)

Alasen, Santalan & Leinosen (2006) mukaan käytännön haasteena muistisairaiden käytösoireiden lääkehoidossa on, että suosituksista huolimatta psykykenlääkitys jää käyttöön liian pitkäksi aikaa. Käytösoireiden tiedetään esiintyvän jaksottaisesti, paitsi poikkeuksena olevat

psykoottiset oireet, jotka tutkitusti voivat kestää pidempään. Liian pitkiin hoitajaksoihin ajaututaan, jollei psykykenlääkityksen tarpeellisuutta arvioida tehokkaasti ja tarpeeksi säännöllisesti.

Haasteellista muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoidossa on myös se, että niiden lääkehoidossa joudutaan usein turvautumaan myös ikääntyneille sopimattomiksi luokiteltuihin lääkkeisiin. Tällöin käytön tulee tietysti olla tarkkaan perusteltua. (Pitkälä & Juola 2018)

Pitkälän & Juolan (2018) artikkelissa kuvataan ikääntyneille sopimattomia lääkkeitä Beersin (2015) taulukon avulla. Beersin listaa on päivitetty useaan otteeseen ja vuonna 2015 se laajeni merkittävästi. Nykyisin lista siis sisältää myös erilaisia psykykenlääkkeitä ja tulehduskivulääkkeitä. Ikääntyneelle sopimattomaksi lääke määritellään, mikäli sen tehoa ei ole tieteellisesti osoitettu, sen sivu-/haittavaikutukset ylittävät saadun hyödyn tai lääkkeelle on olemassa turvallisempi vaihtoehto. Taulukossa 2. on kuvattu Beersin (2015) listalta poimittuja, tässä opinnäytetyössä käsiteltyjä ikääntyneille sopimattomia lääkkeitä.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä ikääntyneille sopimattomista lääkkeistä Beersin (2015) listalta.

Sopimaton lääke	Syy sopimattomuuteen
Masennuslääkkeet; amitriptyliini, amoksaapiini, desipramiini, doksepiini, imipramiini, klomipramiini, nortriptyliini, trimipramiini ja paroksetiini	Vahva antikolinerginen vaikutus, väsyttäviä, ortostaattisen hypotension riski. VÄLTETTÄVÄ.
Perinteiset ja toisen polven psykoosilääkkeet	Aivohalvauksen riski, muistisairailta kognition heikentyminen. VÄLTETTÄVÄ paitsi, sitsofrenian ja bipolaaritaudin hoidossa.
Bentsodiatsepiinit; loratsepaami, oksatsepaami, tematsepaami, triatsolaami, diatsepaami, fluratsepaami, klonatsepaami	Kognition heikentyminen, delirium-, kaatumis-, murtuma- ja onnettomuusriskin nousu. Iäkkäät erityisen herkkiä haittavaikutuksille. VÄLTETTÄVÄ.
Unilääkkeet; Tsopikloni, tsolpideemi	Samoja haittoja kuin bentsodiatsepiineilla. Vähäinen vaikutus unihäiriöihin. VÄLTETTÄVÄ.

Koposen, Leinosen & Isohannin (2015) mukaan ikääntyneelle sopimattomaksi lääkkeen tekee sen aiheuttamat antikolinergiset haitat, jotka voivat ikääntyneellä ilmetä psykoottisina oireina, kuten äkillisesti kehittyvänä deliriumina tai lyhytkestoisena psykoosina. Esimerkkejä näistä lääkkeistä ovat muun muassa vanhemman polven antihistamiinit, jotka voivat aiheuttaa sedaatiota sekä haitata kognitiivista toimintaa. Parkinsonin taudin hoitoon käytetyt dopamiiniagonistit taas voivat aiheuttaa ikääntyneelle psykoosioireita. Suun kautta otettava kortisoni sekä kodeiinia tai tramadolia sisältävät kipulääkkeet on myös liitetty ikääntyneiden psykoosioireiluun ja sekavuustiloihin.

6.1.1 Psykykläkkeiden haittavaikutukset

Yhteneväistä lähes kaikilla tutkimuksilla oli psykykläkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ikääntyneillä.

Talasilahti, Vataja, Ginters & Koponen (2019) mukaan masennuslääkkeisiin liittyvät haittavaikutukset ovat usein antikolinergisia. Masennuslääkkeisiin ikääntyneillä liittyy myös hyponatremiariski ja se on suurimmillaan hoidon alkuvaiheessa. Antikolinergisia haittavaikutuksia voidaan välttää, kunhan lääkevalintaan on kiinnitetty huomiota. Maha-suolikanavan verenvuotoriskiä laskee, kun käytetään ensisijaisesti SSRI-lääkkeitä. Trisykliset masennuslääkkeet eivät sen sijaan yleensä sovi muistisairauspotilaiden hoitoon, sillä niihin liittyy vahvoja antikolinergisia ja muita haittaoireita.

Myös Pitkälä & Juola (2018) mainitsevat trisyklisten masennuslääkkeiden haitoista ikäihmisillä. Heidän mukaansa käyttöä on rajattava, sillä niille on olemassa myös turvallisempia vaihtoehtoja. Masennukseen käytettävien SSRI-lääkkeiden yhdistäminen tulehduskipulääkkeisiin voi aiheuttaa maha-suolikanavan verenvuotoa. Tramadolien tai kodeiinin yhdistäminen SSRI-lääkkeisiin voi taas aiheuttaa niin kutsutun serotoniinioireyhtymän.

Alanen ym. (2016) listasivat vakavimmiksi psykykläkkeiden haittavaikutuksiksi mortaliteettiriskin kaksinkertaistumisen sekä toisen polven psykykläkkeiden aiheuttamien verenkiertohäiriöiden lisääntymisen. Heidän mukaansa muistisairaudet lisäävät myös riskiä saada psykykläkkeistä ekstrapyramidaalioireita, infektioita, väsymystä sekä hypotensiota. Osa psykykläkkeistä vaikuttaa voimakkaan antikolinergisesti. Tällaisia ovat esimerkiksi levomepromatsiini, olantsapiini ja klotsapiini. Antikolinergisen vaikutuksensa vuoksi ne heikentävät muistisairaana potilaan kognitiota entisestään. Ikääntyneille ovat yleisiä myös muut antikolinergiset haitat, kuten virtsaamisenvaikeudet, ummetus, huimaus ja sydämen tiheilyöntisyys.

Jalava ym. (2018) järjestelmällisen katsauksen tuloksista käy myös ilmi ikääntyneiden psykoosilääkkeiden käyttäjillä havaittu kuolleisuuden lisääntyminen. Psykoosilääkkeiden käyttäjien kuolemanriski oli noin kaksinkertainen lääkkeitä käyttämättömiin verrattuna.

Alanen ym. (2006) mainitsivat psykoosilääkkeisiin liittyvästä neurologisesta haitasta, tardiivi dyskinesiasta (TD) eli toistuvista pakkoliikkeistä erityisesti kasvojen alueella. Heidän mukaansa korkea ikä, dementiasairaus, psykoosilääkkeen käytös pituus sekä annostus altistavat tardiivi dyskiesialle. Psykoosilääkkeiden aiheuttama TD-esiintyvyys on avohoidossa olevilla ikääntyneillä 15%, mutta laitoshoidossa olevilla sen esiintyvyys kasvaa jopa 80 prosenttiin. Ikääntyneillä tardiivi dyskiesiaan liittyy lisääntynyt kuolleisuus.

Tardiivi dyskiesiasta löytyy mainintaa myös Alasen ym. (2016) tekstistä. Ikääntyminen, naisukupuoli ja etenevä aivosairaus lisäävät riskiä tardiivi dyskiesialle. Oireisto voi usein jäädä pysyväksi, vaikka psykoosilääkkeen käyttö lopetettaisiin.

Pitkälän & Juolan (2018) mukaan psyykenlääkkeet ovat monin tavoin haitallisia ikääntyneille. Myös he listasivat antipsykoottien lisäävän aivohalvauksen ja kuoleman riskiä. Suurannosneuroleptit taas ovat vahvasti antikolinergisia ja sedatiivisia, jonka vuoksi lisäävät myös kaatumisvaaraa. Bentsodiatsepiinit ja muut rauhoittavat lääkkeet ovat luokiteltu Pitkälän & Juolan (2018) artikkelissa esitellyn Beersin (2015) listan mukaan ikääntyneille sopimattomiksi lääkkeiksi niiden sedatoivan, kaatavan sekä toleranssia ja riippuvuutta aiheuttavan vaikutuksen vuoksi.

Loukkaantumisriskin kasvun ja psykoosilääkkeiden yhteydestä on myös Jalavan ym. (2018) artikkelissa. He listasivat tuloksia, joiden mukaan kahden tai useamman psykoosilääkkeen samanaikainen käyttö sekä opioidien ja psykoosilääkkeiden yhdistäminen olivat yhteydessä kasvaneeseen murtumariskiin miehillä. Kuopio 75+ tutkimuksesta, he kertoivat löytyneen näyttöä kipu- ja psykoosilääkkeiden sekä rauhoittavien tai masennuslääkettä samanaikaisesti käyttävien potilaiden lantiomurtumien yleisyydestä verrattuna lääkettä käyttämättömiin henkilöihin. Jalava ym. (2018) tekstissä mainitaan myös laitoshoidossa olevien yli 90-vuotiaiden psykoosilääkityksen sekä lantiomurtuminen merkittävä yhteys.

6.1.2 Monilääkitys ja yhteisvaikutukset

Pitkälä & Juola (2018) kirjoittavat artikkelissaan Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmästä monilääkitykselle, jonka mukaan ikääntyneelle ei tulisi määrätä enempää kuin neljää eri lääkevalmistetta. WHO:n suositusta ikääntyneiden lääkemäärille on haastavaa viedä käytäntöön, sillä ikääntyneet perussairauksineen tarvitsevat ja käyttävät yleisesti paljon lääkkeitä. Monet perussairaudet vaativat myös yhdistelmähoitoja, jotka luonnollisesti nostattavat

lääkemääriä. Myös erityisesti ikääntyneille kehitetyt lääkkeet, kuten esimerkiksi muistilääkkeet ja osteoporoosilääkkeet lisäävät lääkkeiden määrää entisestään.

Jalava ym. (2018) taas ovat ottaneet kantaa katsausartikkelissaan jo aiemmin tehtyyn Kuopio 75+ tutkimuksentuottamiin tuloksiin. Tutkimuksessa selvisi, että jo pelkistä psyykenlääkkeistä käytössä olevat lääkemäärät voivat nousta merkittävästi. Perussairauksien lääkitysten päälle jo yksittäinenkin psyykenlääke tuo suuren kuorman. Kuopio 75+ tutkimustulokset kertoivat, että rauhoittavaa- ja psykoosilääkettä käytti samanaikaisesti 5% tutkimukseen osallistuneista kotona asuvista ikäihmisistä. Masennus- ja psykoosilääkettä käytti 2% ja psykoosi-, masennus- ja rauhoittavaa lääkettä 1%. Samanaikainen käyttö oli kaksi kertaa yleisempää muistisairailta kuin kognitiivisesti terveillä. Jalava ym. (2018) tarkastelivat myös MEDALZ-tutkimusta, jossa todettiin, että psykoosi-, masennus- ja rauhoittavaa lääkettä käytti yhtäaikaista yli 4 % Alzheimerin tautia sairastavista ja 1 % kognitiivisesti terveistä. Vanhainkotien asukkaista 5 % sai samanaikaisesti kahta tai useampaa psykoosilääkettä vuonna 2003. Pitkäaikaisvuodeosastolla kolmasosa potilaista sai säännöllisesti kolmea tai useampaa psykoosilääkettä sekä rauhoittavaa tai masennuslääkettä. (Jalava ym. 2018)

Ikääntyneiden monilääkitys on haasteellista, sillä siihen liittyy lääkkeiden haitallisia sivu- ja yhteisvaikutusten riskejä. Monilääkityksen rajana pidetään yleensä viittä lääkettä ja liiallisen monilääkityksen rajana taas yli yhdeksää lääkettä. (Pitkälä & Juola 2018)

6.2 Muistisairaana käytösoireiden lääkehoidon haasteiden huomiointi hoitotyössä

Alasen ym. 2016 mukaan käytösoireet ovat kuormittava tekijä muistisairaalle, hoitavalle henkilökunnalle ja riskiä suurentava tekijä muistisairaana pitkäaikaiselle laitoshoidolle.

Hoitamattomana käytösoireet ovat muistisairaana jokapäiväistä elämää vaikeuttavia, toimintakykyä heikentäviä ja hoitavaa henkilökuntaa uuvuttavia. Kotona asuvien muistisairaiden omaishoitajien väsyminen, stressi tai mahdollinen depressio usein johtaa muistisairaiden ennen aikaiseen laitoshoittoon. Tämän myötä myös muistisairaana odotettavissa oleva elinikä saattaa lyhentyä. (Alanen ym. 2006)

Koponen ym. 2015 mainitsevat myös vanhusten psykoosioireiden, alkavaan muistisairauteen liittyvien kognitiivisten häiriöiden ja psykooseihin liittyvän monisairastamisen tekevän hoidosta vaativaa. Etenkin elämän viimeiset vuodet ovat sinänsä monin tavoin kuormittavia sekä potilaalle että omaisille ja pitkäkestoinen psykoottinen oireilu lisää näiden vuosien haasteellisuutta.

Edellä mainituissa kolmessa artikkelissa yhteneväistä oli käytösoireiden kuormittavuus hoitotyölle. Pitkäaikaishoitoyksiköissäkin käytöshäiriöt ja psykoottiset oireet koetaan usein

hankaliksi. Hoitohenkilökunnalla on vaikeuksia tulla toimeen aggressiivisten ja hoitokielteisten muistisairaiden kanssa ja hoitotyö koetaan raskaana ja kuormittavana. Hoitamattomat käytösoireet voivat aiheuttaa vaaratilanteita niin muistisairaalle itselleen, hoitaville henkilöille kuin muulle ympäristölle. Aggressiivinen käytös voi johtaa rajoittaviin toimenpiteisiin, kuten sitomisiin, muistisairaahan kaatumisiin, painon laskuun sekä yleisvoiminnan nopeaan laskuun. Käytösoireiden jatkuessa hoidon laatu saattaa heikentyä. (Alanen 2006, Koponen ym. 2015, Alanen ym. 2016)

Alanen ym. (2006) listasivat myös käytösoireiden lääkehoidon haasteiden huomioinnin vaikeudesta. Aivomuutoksien vuoksi dementiapotilaiden koordinaatiokyky ja kävelytasapaino heikentyvät ja siksi he ovat alttiita kaatumaan. Kun kaatumisriskiä lisäävät entisestään käytösoireet, kuten agitaatio ja vaeltelu ja samalla niihin käytetyt hoidot (lääkehoito, fyysinen rajoittaminen), on hoitotyössä haasteita saada minimitoimintaa onnettomuuksia. Muita haastavia havainnointikohteita hoitajille ovat esimerkiksi muistisairaahan psykoosilääkehoidosta johtuvan akatisian eli liikkumispakon erotus muistisairauteen liittyvästä vaeltelusta. Näissä huomioissa korostuu hoitohenkilöstön tarkkaavaisuuden, tietotaidon ja potilaan tuntemuksen tärkeys.

Pitkälä & Juola (2018) ovatkin kirjoittaneet artikkelissaan hoitohenkilökunnan lääkehoidon koulutuksen tärkeydestä. He ovat aiemmin toteuttaneet tutkimuksen helsinkiläisissä, tehostetun palveluasumisen yksiköissä vuosina 2012-2014, jonka tarkoituksena oli kouluttaa puolet osaston hoitajista ikääntyneiden lääkehoitoon. Koulutukseen osallistuivat osastojen sairaanhoitajat, lääkevastaavat sekä osaan koulutuksista myös lääkäri. Tärkeänä kohderyhmänä koulutukselle kuitenkin pidettiin hoitohenkilökuntaa, sillä he ovat ympärivuorokautisessa hoidossa keskeisiä asukkaiden hyvinvoinnin ja lääkehoidon seuraajia ja toimijoita. Hoitajat havaitsevat työssään ongelmia, joiden mukaan he vievät asukkaan asiat lääkärille konsultaatioon. Mikäli näin ei käy, lääkäri ei välttämättä näe asukasta kuin vain vuosikontrolleissa. Tutkimuksen koulutus sisälsi kaksi iltapäivää, joista toisessa käytiin läpi tässäkin opinnäytetyössä mainittuja ikääntyneiden lääkehoidon haasteita ja toisessa yksiköiden omia potilastapauksia. Koulutus sisälsi myös keskustelua systemaattisesti monilääkityksestä ja sopimattomien lääkkeiden kriteereistä sekä pohdittiin yhteisesti mm. neuropsykiatristen oireiden lääkkeettömiä hoitoja. Intervention seurauksella asukkaiden sopimattomien lääkkeiden käyttö väheni, erityisesti psyykenlääkkeiden osalta. Tämän seurauksena interventio-osaston asukkaiden elämän laatu heikkeni hitaammin kuin vertailuosastoilla. Interventio-osastoilla oli myös 20% vähemmän kaatumisia. Myös sairaalapäiviä oli merkittävästi vähemmän. Tutkimuksen tulokset puhuivat siis vahvasti hoitohenkilökunnan lääkehoidon koulutuksen tärkeyden puolesta.

Jalava ym. (2018) viittaavat toiseen samankaltaiseen tutkimukseen, jossa tutkittiin vaikuttaako hoitajien saama koulutus iäkkäille potentiaalisesti haitallisista lääkkeistä vähentämään potilaiden kaatumisia. Tuloksista ilmeni haitallisten lääkkeiden (erityisesti psykoosi-,

masennus- ja rauhoittavien lääkkeiden) käytön sekä kaatumisten väheneminen interventio-osastoilla.

Lääkehoidon näkökulman rinnalla on kuitenkin lopuksi vielä nostettava esiin Eloniemi-Sulkavan & Savikon (2011) Mielenmuutos tutkimusraportti, josta käy ilmi, että käytösoireita vähentää myös oleellisesti elämänlaatua tukeva hoitotyö. Hoitohenkilöstöllä on keskeinen rooli asukkaiden tarpeiden yksilöinnissä, niin sairauden, toimintakyvyn kuin elämäntapojen ja ihmissuhteisiin liittyvien odotusten näkökulmasta. (Perinteisesti käytösoireista puhuttaessa on viitattu muistisairaiden hankalana pidettyyn käytökseen ja aiheuttamiin vaikeuksiin ympäristölle, mutta Eloniemi-Sulkavan & Savikon (2011) Mielenmuutos-tutkimushankkeessa käytösoireita kuvattiin muistisairaana ihmisen tarpeiden ilmaisuna, joka sairauden seurauksena on muuttunut normaalista. Tutkimuksen lähtökohtana pidettiin muistisairasta ihmistä tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka ilmaisee itseään omien tapojen ja kykyjensä mukaan. Tutkimuksessa paneuduttiin käytösoirekäsitteen merkityksen pohtimiseen ja sen avaamiseen. Tutkimuksen interventio suunniteltiin tukemaan mahdollisimman paljon tätä uudenlaisen muistisairaslähtöisen ajattelutavan juurtumista hoitokäytäntöihin. Eloniemi-Sulkavan & Savikon (2011) mukaan kuitenkin tällä hetkellä tarvitaan vielä käytösoireen käsitettä, jolla ilmaistaan näkyvää, vaikeaksi ja normittomaksi koettua käyttäytymistä. Tutkimus tuo lääkehoidon rinnalla käytettäväksi hyvän työvälineen, joka tukee henkilökuntaa ymmärtämään ja tietoisemmin tarkastelemaan asukkaiden yksilöllisiä tarpeita sekä käyttämään räätälöityjä, erilaisia keinoja vastata niihin.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää muistisairaiden käytösoireiden lääkehoitoa ja sen haasteellisuutta. Tavoitteena oli edistää ikääntyneiden turvallista lääkehoitoa, erityisesti turvallista psyykenlääkkeiden käyttöä. Tavoitteena oli myös tuottaa aiheesta tietoa, jota sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään.

Aiheen valintaan vaikuttivat muun muassa opinnäytetyön tekijän kiinnostus sekä aikaisempi työkokemus muistisairaiden hoitotyöstä. Valitusta aiheesta oli tarjolla paljon lääketieteellistä aineistoa, mutta hoitotyön näkökulmasta aineistoa oli tarjolla enemmän käytösoireiden lääkkeettömistä hoitovaihtoehdoista. Lääketieteelliset artikkelit ja tutkimukset käsittelivät paljon ikääntyneiden psyykenlääkitystä ja sen haasteita. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin esittämään ja käsittelemään keskeisimpiä muistisairaana käytösoireiden lääkehoidon haasteita; ikääntymisen vaikutuksia lääkehoitoon, ikääntyneiden herkkyyttä psyykenlääkkeiden haittavaikutuksille sekä monilääkityksen yleisyyttä.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä ikääntyneiden hoitotyö saa koko ajan enemmän ja enemmän näkyvyyttä. Ikääntyneiden määrä Suomessa on kasvussa ja tämän myötä tulee myös muistisairauksien ilmaantuvuus kasvamaan muiden kansantautien rinnalla. Ikääntyneet ovat ja tulevat olemaan suuri ryhmä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä. Viime vuosina ikääntyneiden hoito on myös ollut kritiikin kohteena ja sitä pyritään tehostamaan koko ajan enemmän. (Muistiliitto 2017)

Opinnäytetyötä tehdessä opin paljon ikääntyneiden lääkehoidon omista erikoispiirteistä, joita mielestäni kaikkien ikääntyneiden kanssa työskentelevien on syytä tuntea. Ikääntymismuutosten myötä esimerkiksi lääkkeiden siedettävyyden, vaikuttavuuden sekä poistuminen elimistöstä muuttuvat. Näiden tekijöiden ymmärtäminen ja tiedostaminen edesauttaa ikäihmisten turvallista lääkehoitoa, joka on heidän toimintakykynsä sekä elämänlaadun kannalta tärkeimpiä peruskiviä. (Niskanen, 2013)

Muistisairauksien käytösoireiden lääkehoidossa haasteellista on ikääntyneiden psyykenlääkkeiden käyttöön liittyvät useat varoitukset. Haittavaikutuksia dokumentoidaan ja painotetaan paljon, sillä ne voivat olla usein vakaviakin. Kuitenkin opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että myös hoitamattomat käytösoireet ovat vakavasti otettavia ongelmia. Ne vaikuttavat muistisairaana toimintakykyyn ja elämänlaatuun heikentävästi sekä lisäävät onnettomuusriskiä huomattavasti. Tästä syystä, vaikka ikäihmisten psyykenlääkityksiin liittyykin monia haasteita, käy tuloksista ilmi, että niiden käyttö on kuitenkin perusteltua joissain tilanteissa. Käytösoireiden haasteellisuus on suuri rasite muistisairaiden hoitotyölle ja onnistuneella, turvallisella lääkehoidolla voidaan saada näitä ongelmakohtia hoidettua. Hoitajien osaamisella on suuri merkitys ja tietotaidon lisäämisellä voidaan parantaa muistisairaiden hoidon laatua entisestään. (Alanen ym. 2016, Alanen ym. 2006)

Opinnäytetyön tulokset osoittivat myös, että lääkehoidosta puhuttaessa korostetaan paljon lääketieteen näkökulmaa sekä lääkärin vastuuta sen kokonaisuudesta. Tämä on tosi asia, mutta myös hoitajilla on suuri rooli lääkehoidon toteuttajina. Lääkehoidon osaaminen ei rajoitu pelkkään lääkkeiden annosteluun, vaan hoitajilla on tärkeää olla tarvittava tietotaito myös lääkehoidon toteutuksen arviointiin. Toivon, että tällä opinnäyte työllä voitaisiin lisätä myös hoitajien osaamista ikääntyneiden ja muistisairaiden potilaiden psyykenlääkityksestä. Tämä edistäisi tulevaisuudessa muistisairaiden turvallisen lääkehoidon toteutumista ja samalla mahdollisesti käytösoireiden helpottuessa, elämänlaadun parantumista. (Pitkälä & Juola 2018)

Tällä opinnäytetyöllä saatiin yhteen tietoa muistisairaahan käytösoireiden lääkehoidon haasteista, mutta aineistona oli vain suomenkielisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Jatkokehittämissuunnitelmana voisi olla opinnäytetyön aiheen tarkastelu myös kansainvälisesti.

Opinnäytetyössä paneuduttiin myös pääasiassa lääkehoidon keinoihin, joten lääkkeettömien hoitovaihtoehtojen esiin tuominen lääkehoidon rinnalle olisi jatkossa kehittävä.

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen eettiset kysymykset liittyvät hyvään tutkimuseetiikkaan kaikissa katsauksen teon vaiheissa. Tutkimuskysymysten muodostaminen tuo opinnäytetyölle jo eettistä pohjaa. Kun opinnäytetyön tekoprosessin vaiheet on kuvattu mahdollisimman tarkasti, on sen eettinen arviointi helpompaa. Luotettavuuskysymykset taas liittyvät tutkimuskysymysten ja käytössä olleen aineiston valinnan perusteluihin sekä prosessin johdon mukaisuuteen (Kangasniemi ym. 2013, 292). Tämän opinnäytetyön aineistonhaku on nähtävissä ja kuvattuna sekä aineistoa rajanneet sisäänotto- sekä poissulkukriteerit on esitetty kuvauksen yhteydessä.

Lisäksi kun opinnäytetyön taustalla on toisten omistamia aineistoja, kuten kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet, tulee niiden alkuperä, tekijät ja lähdemerkinnät mainita oikein, hyvää tutkimustapaa sekä lainsäädäntöä noudattaen. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2018)

Tämän opinnäytetyön tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman rehellisesti ja suoraan, jättämättä pois tai valikoimatta tietoa mielivaltaisesti. Kuitenkin kirjallisuuskatsaukseen valikoitu aineisto on subjektiivisesti arvioitu vastaavan työtä ohjaaviin tutkimuskysymyksiin. Lisäksi työn on tehnyt vain yksi henkilö, joten aineiston ja henkilön tulkinnan aiheuttama vääristymän riski on suurempi kuin useamman henkilön tekemissä tutkimuksissa.

Lähteet

Painetut

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4/2013.

Saano, S. & Taam-Ukkonen. 2014. Turvallisen lääkehoidon perusteet. 6. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki. Tammi

Sähköiset

Alanen, A.-M., Koponen, H. & Leinonen, E. 2016. Psykoosilääkkeet muistisairaana potilaan hoidossa. *Lääkärilehti*. Viitattu 15.05.2020.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230288/SLL402016_2516.pdf?sequence=1

Alanen, H.-M., Järventausta, K., Talaslahti, T. & Leinonen, E. 2013. Psykykenlääkkeet voivat aiheuttaa ongelmia ikäihmiselle. *Fimea*.

https://sic.fimea.fi/2_2013/psykykenlaakkeet_voivat_aiheuttaa_ongelmia_ikaihmisille

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 18.05.2020.

<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Alanen, H.-M., Santala, M. & Leinonen, E. 2006. Psykoosilääkkeet dementiapotilaan hoidossa - hyötyä vai haittaa? *Lääkärilehti*. Viitattu 15.05.2020.

<https://www-laakarilehti-fi.libproxy.helsinki.fi/pdf/2006/SLL352006-3459.pdf>

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä, tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.04.2020.

<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa. Vanhustyönkeskusliitto. Viitattu 16.05.2020.

<https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2019/07/Mielenmuutos-pitk%C3%A4aikaishoidossa.pdf>

Hartikainen, S. 2007. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. Duodecim. Viitattu 11.4.2020.
<https://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96845.pdf>

Huttunen, M. 2017a. Ahdistus- ja unilääkkeet iäkkäillä. Käypähoito. Viitattu 11.4.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00106

Huttunen, M. 2017b. Masennuslääkkeet iäkkäillä. Viitattu 11.3.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00104

Huttunen, M. 2017c. Psykoosilääkkeet iäkkäillä. Viitattu 11.4.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00103

Huttunen, M. 2017d. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 15.4.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033#s4

Huttunen, M. 2017e. Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet. Viitattu 11.03.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039

Jalava, S., Pohjanoksa-Mäntylä, M., Puustinen, J., Airaksinen, M. & Dimitrow, M. 2018. Psykoosilääkkeiden käyttö iäkkäillä; järjestelmällinen katsaus. Lääkärelehti. Viitattu 15.05.2020.
<https://www-laakarilehti-fi.libproxy.helsinki.fi/tieteessa/katsausartikkeli/psykoosilaakkeiden-kaytto-iakkailla-jarjestelmallinen-katsaus/>

Jämsen, E & Jylhä, M. 2019. Vanhuuden vallankumous on jo täällä - mutta kuinka siihen suhtaudumme? Duodecim. Viitattu 20.4.2020
<https://www-terveysportti-fi.libproxy.helsinki.fi/xmedia/duo/duo14960.pdf>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2020. Laadullisen analyysi ja tulkinta: Teemoittelu. Viitattu 20.05.2020.
<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu>

- Kivelä, S-L. & Rähkä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli35 julkaisut. Fimea.
https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf
- Kivelä, S-L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveys ministeriö. Viitattu 16.5.2020.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70723/Selv200630.pdf?sequence=1>
- Koponen, H. & Raaska, K. Masennuslääkkeiden teho iäkkäiden masennuksen hoidossa. Viitattu 30.4.2020.
<https://www.kaypahoito.fi/nak04382>
- Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Muistisairauksien lääkehoito. Muistisairaudet e- oppikirja. Oppiportti. Viitattu 30.3.2020.
<https://www.oppiportti.fi/op/msa00328/do>
- Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito. Viitattu 30.3.2020.
<https://www.kaypahoito.fi/nix00524>
- Koponen, H., Leinonen, E. & Isohanni, M. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Duodecim. Viitattu 15.05.2020.
[https://www-laakarilehti-fi.libproxy.helsinki.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/Korpi E., Piepponen, P. 2018. Lääketieteellinen farmakologia & toksikologia e-oppikirja. Oppiportti. Viitattu 16.4.2020](https://www-laakarilehti-fi.libproxy.helsinki.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/Korpi%20E.,%20Piepponen,%20P.2018.Laaketieteellinen%20farmakologia%20&%20toksikologia%20e-oppikirja.Oppiportti.Viitattu%2016.4.2020)
- Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. University of Eastern Finland. Viitattu 01.05.2020.
https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2432-2/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf
- Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 12.04.2020.
<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>
- Niemelä, S. 2020. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvät hoitokäytännöt. Käypä hoito. Viitattu 30.3.2020
<https://www.kaypahoito.fi/nix02647>
- Niskanen, Leo. 2013. Ikäihmisten lääkehoito on taitolaji. Fimea. 21.05.2020.
https://sic.fimea.fi/2_2013/ikaihmissen_laakehoito_on_taitolaji

- Pitkälä, K. & Juola, A-L. 2018. Ikääntyneiden lääkehoidon sudenkuopat. Viitattu 16.05.2020.
<https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suo-men%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=a9e9574c-1187-11e8-be42-00155d64030a>
- Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N. & Standberg, T. 2006. Vanhuksen lääkehoidon karikoita. Duodecim. Viitattu 13.4.2020.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo95804>
- Pitkälä, K., Standberg, T. & Tilvis, R. 2016. Geriatrian e-oppikirja. Oppiportti. Viitattu 15.4.2020
<https://www.oppiportti.fi/op/ger03204/do>
- Pohjolainen, P. 2019. Fysiologinen vanheneminen. Ikäinstituutti. Viitattu 22.3.2020.
<https://docplayer.fi/17223425-Fysiologinen-vanheneminen.html7>
- Päihdelinkki. 2017. SSRI- ja SNRI-lääkkeet. Viitattu 30.4.2020.
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/masennuslaakkeet-ssri-ja-snri-laakkeet>
- Rosenvall, A. 2016. Muistisairauksiin liittyviä käsitteitä. Käypähoito. Viitattu 12.04.2020
<https://www.kaypahoito.fi/nix02415>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemoittelu. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 20.05.2020.
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto.
https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Scheinin, M., Korpi, E. & Pesonen, U. 2018. Serotoniinin biologiset vaikutukset. Lääketieteellinen farmakologia ja toksilogia. Oppiportti. Viitattu 10.3.2020.
<https://www.oppiportti.fi/op/lft00061/do#s6>
- Seppälä, M. 2016. Vanhusten unihäiriöiden hoito. Geriatrian e-oppikirja. Oppiportti. Viitattu 23.04.2020.
<https://www.oppiportti.fi/op/ger02903/do>
- Sorvaniemi, M. 2002. Vanhuksen masennuksen hoito. Duodecim. Viitattu 11.3.2020.
<https://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92788.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 16.05.2020
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sulkava Raimo, 2010, Aivojen onnistunut vanheneminen. Viitattu 13.3.2020
<http://www.mehilainen.fi/aivojen-onnistunut-vanheneminen>

Talasilahti, T., Vataja, R., Ginters, M. & Koponen, H. 2019. Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. Duodecim. Viitattu 23.3.2020.
<https://www-duodecimlehti-fi.libproxy.helsinki.fi/lehti/2019/21/duo15228>

Tarnanen, K., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. 2017. Muisti pätkii - mistä kyse, mikä avuksi? Käypä hoito. Viitattu 22.3.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 22.03.2020.
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Muistisairauksien hoito. Viitattu 22.03.2020.
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-hoito>

Tilastokeskus. 2019. Väestörakenne. Viitattu 11.3.2020.
https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Valvira. 2018. Bentsodiatsepiinien määrääminen. Viitattu 11.4.2020.
https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen_2

Vuoksima, E. 2019. Kognitiivisten toimintojen muutokset- mikä on ikääntymistä, mikä sairautta? Duodecim. Viitattu 20.4.2020
<https://www-terveysportti-fi.libproxy.helsinki.fi/xmedia/duo/duo14952.pdf>

Liitteet

Liite 1: Ensimmäisen liitteen otsikko.....	36
Liite 2: Toisen liitteen otsikko.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Liite 1: Ensimmäisen liitteen otsikko