



Erityispiirteet muistisairaan osastohoidossa - kirjallisuuskatsaus

Kaisa Huopio

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Erityispiirteet muistisairaan osastohoidossa - kirjallisuuskatsaus

Kaisa Huopio
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2020

Kaisa Huopio

Erityispiirteet muistisairaahan osastohoidossa - kirjallisuuskatsaus

Vuosi

2020

Sivumäärä

30

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kautta selvittää, mitä ovat osastohoidossa olevan muistisairaahan potilaan hoidon erityispiirteet. Tästä tutkimuksesta voivat hyötyä sosiaali- ja terveysalan opiskelijat ja työntekijät ollessaan tekemisissä muistisairaiden ihmisten kanssa. Opinnäytetyön tietoperustana käytettiin yleisimpien etenevien muistisairauksien teoretietoaa, johon sisältyi sairauden syyt, yleisyys, riskitekijät ja hoitovaihtoehdot. Lisäksi tietoperustassa huomioitiin hyvän hoidon käytäntöjä sekä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Kirjallisuuskatsaukseen käytetyt aineistot haettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin useasta tietokannasta. Tulosten raportoinnin välineeksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä se sopi mielestäni parhaiten kyseessä olevan aiheen käsittelyyn.

Tämän opinnäytetyön keskeisenä tuloksena oli huomio siitä, että erityispiirteet muistisairaahan osastohoidossa johtuivat suurelta osin muistisairaahan potilaan kognition alenemasta, käytös- ja psykologisista oireista sekä omaisten roolista. Nämä tekijät vaikuttivat voimakkaimmin hoidon molemminpuoliseen yhteisymmärrykseen. Hoidon erityispiirteistä eniten esille nousi lääkehoidon haastavuus, fyysisen ympäristön järjestämiseen liittyvät asiat sekä henkilökunnan kokemus muistisairaahan hoidosta.

Koska tutkimuskysymys oli aiheena laaja, mutta asetelmana melko rajattu, jäi kirjallisuuskatsauksen aineisto niukaksi, ja lopulta päädyin käyttämään katsauksessa vain neljää tutkimusta. Koen kuitenkin, että tutkimuskysymykseen saatiin vähintäänkin kohtalainen vastaus sisällöllisesti. Johtopäätöksenä totean, että tutkittua tietoa muistisairaahan potilaan hoidosta osastolla yleisellä tasolla on vähän, vaikka aiheella on suuri rooli terveydenhuollon eri yksiköissä. Kehittämisehdotukseni on ”Miten hoidan muistisairasta potilasta” -oppaan laatiminen terveydenhuollon henkilöstölle.

The purpose of this thesis was to chart, through a systematic literature review, what special features there are in the care of a memory disordered patient at a ward. This study can benefit social- and healthcare students and employees when dealing with a patient who suffers from a memory disorder. The theoretical basis of the thesis was the theoretical framework of the most common progressive memory disorders, which included the causes of the disorder, prevalence, risk-factors and treatment options. In addition, the knowledge base took into account “good care practices” and the law on the status and rights of the patient. The materials used for the literature review were retrieved from several databases using the methods of a systematic literature review. A descriptive literature review was chosen as the tool for reporting the results, as I think it was best suited to address the topic in question.

The main result of the thesis was the attention to the fact that the special features of a memory disordered patient in ward care were largely due to the decreased cognition of the patient, behavioral and psychological symptoms, and the role of relatives. These factors had the strongest effect on mutual understanding of treatment. Among the special features of the treatment, the challenges of pharmacotherapy, issues related to the organization of the physical environment and the staff’s experience of treating a memory disordered patient arose the most.

Because the study question was a broad topic, but the layout was strictly limited, the literature review material was scarce, and in the end I ended up using only four scientific sources in the review. However, I find that the study question received at least a moderate answer in terms of content. In conclusion, there is not much researched information on the care of a memory patient in the ward, although the topic plays a major role in different health care units. My development proposal is to make a “How I treat a memory disordered patient” guide for healthcare professionals.

Keywords: memory disorder, hospital, ward care, special feature

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Etenevien muistisairauksien teoria.....	6
2.1	Alzheimerin tauti	6
2.2	Aivoverenkiertohäiriöön liittyvä muistisairaus.....	7
2.3	Lewyn kappale -tauti.....	8
2.4	Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus	8
2.5	Otsa-ohimolohkorappeuma.....	9
3	Hyvän hoidon kriteerit.....	10
4	Potilaan oikeudet.....	11
5	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä	11
6	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	12
6.1	Hakusanat ja tietokantahaku	13
6.2	Valitut tutkimukset	15
6.3	Tulosten yhteenveto.....	19
6.4	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	22
6.5	Pohdinta	24
	Lähteet	27
	Taulukot	30

1 Johdanto

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa sekä muisti, että muut tiedonkäsittelyn eli kognition osa-alueet heikkenevät. Muistisairaus voi olla ohimenevä, hoidettavissa oleva tai etenevä. Muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä Suomessa on yli 190 000, ja arvioidaan, että uusia sairastuneita on vuosittain lähes 15 000 henkilöä. Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita, mutta joukkoon kuuluu myös tuhansia työikäisiä. Kolme neljäsosaa pitkäaikaishoidossa olevasta ikääntyneestä potilaasta sairastaa muistisairautta. (THL 2020.) THL:n ylläpitämän, Sotkanet.fi-sivuston tilastotietojen mukaan muistisairaiden asiakkaiden osuus kaikista asiakkaista erikoissairaanhoidon laitoshoidossa oli 8,4 %, tehostetussa palveluasumisessa 53 %, terveyskeskusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa 27,7 %, terveyskeskusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa 53,5 % ja vanhainkodeissa 50,6 % vuonna 2015.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ne erityispiirteet, joita muistisairaahan potilaan osastohoidossa kohdataan. Erityispiirteellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sellaista seikkaa osastolla tapahtuvassa hoidossa, joka aiheuttaa eriasteista järjestelyä tai mukautumista nimenomaan muistisairauden aiheuttamien tekijöiden vuoksi. Tässä työssä tulen keskittymään eteneviin muistisairauksiin.

2 Etenevien muistisairauksien teoria

Etenevä muistisairaus on yleisin yli 80-vuotiailla. Eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus eli vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeuma. (THL 2020.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava muistisairaus, jonka yleisyys kasvaa ikääntymisen myötä. Alzheimerin tautia esiintyy 15-20 prosentilla yli 85-vuotiaista. Taudin perimmäinen syy on tuntematon. Se tiedetään, että aivoissa tapahtuu mikroskooppisia muutoksia vaurioittaen hermoratoja ja aivosoluja, joka aiheuttaa muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä. Nämä mikroskooppiset muutokset ja niiden aiheuttamat vauriot alkavat aivojen ohimolohkojen sisäosista, ja leviävät vuosien mittaan laajemmalle alueelle aivokuorta. Alzheimerin tauti ei ole suurimmassa osassa tapauksista perinnöllinen, mutta on olemassa riskitekijöitä, jotka lisäävät tautiin sairastumisen todennäköisyyttä. Näitä riskitekijöitä on naissukupuoli sekä suvussa esiintyvä Alzheimerin tauti. (Juva 2018.)

Elintapoihin liittyvät tärkeimmät riskitekijät ovat keski-ikä korkea verenpaine, korkea kolesteroli, diabetes, ylipaino, liikunnanpuute sekä tupakointi. Nämä riskitekijät vaikuttavat myös geneettisiin riskitekijöihin. (Härmä & Juva 2013.)

Taudin ensimmäisenä ja merkittävimpana oireena on erityisesti lähimuistin heikkeneminen sekä vaikeudet uuden oppimisessa. Sairauden edetessä kielellinen toiminta, näköaistiin perustuva hahmottaminen sekä toiminnanohjaus heikkenee. Ensimmäisenä ilmaantuvat oireet voidaan sekoittaa normaaliin hajamielisyyteen, mutta lopulta myös tavallisista päivittäisistä toiminnoista, kuten peseytymisestä, suoriutuminen heikkenee. Kävely- ja puhekyvyn heikentyminen esiintyy aivan sairauden loppuvaiheessa. Usein oireistoon kuuluu myös psyykkistä oireilua, kuten masennusta ja ahdistusta, toisinaan jopa harhaluuloja. (Juva 2018.)

Alzheimerin tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireistoa voi lieventää ja sairauden kulkua hidastaa lääkeshoidolla. Lääkkeinä käytetään donepetsiiliä, galantamiinia tai rivastigmiiniä, jotka estävät asetyylikoliini-nimisen välittäjäaineen hajoamista sekä memantiinia, joka vaikuttaa glutamaatti-nimiseen välittäjäaineeseen. Myös lääkkeettömiä hoitoja on runsaasti. (Juva 2018.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriöön liittyvä muistisairaus

Vaskulaarinen dementia on verenkiertoperäinen muistisairaus, ja se on toiseksi yleisin muistisairausten syy. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista noin joka neljäs sairastuu verenkiertohäiriöön liittyvään muistisairauteen. Sairaus on yleisin vanhemmassa väestössä, miehillä sairautta tavataan jonkin verran enemmän kuin naisilla. Aiheuttajana toimiva verenkiertohäiriö on esimerkiksi aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai aivojen syvien osien hapenpuutteesta johtuva vaurio. Vaskulaarisen dementian syyt ovat samat, kun aivoverenkiertohäiriöiden. Näitä ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, ylipaino, liikunnan vähäisyys, diabetes, alkoholi sekä tupakointi. (Atula 2019.)

Vaskulaarisen dementian varhaisina oireina esiintyy lieviä muistihäiriöitä, puhehäiriöitä, kömpelyyttä, töpsöttelevää kävelyä eli vaikeutta kävellä sekä hahmottamisvaikeuksia. Tunneherkkyys ja mielialanvaihtelut surusta iloon kuuluvat myös usein oirekuvaan, ja ne voivat alkaa nopeastikin sekä vaihdella päivittäin ja kuukausittain. Oireet määräytyvät sen perusteella, millä alueella aivoja verenkiertohäiriön aiheuttamat vauriot esiintyvät. (Muistiliitto 2017.)

Jos verrataan vaskulaarista dementiaa ja Alzheimerin tautia, on vaskulaarisessa dementiassa toiminnanohjauksen heikentyminen muistin heikentymistä selvempää, eli muistihäiriöt eivät ole yhtä hallitseva piirre. Tämän lisäksi oireet alkavat usein nopeammin kuin Alzheimerin taudissa, ja ne etenevät portaittain. (Atula 2019.)

Vaskulaariseen dementiaan ei ole olemassa lääkehoitoa. Alzheimerin tautiin käytetyillä lääkkeillä ei ole osoitettu olevan riittävää hyötyä tutkimuksissa. Hoidossa keskitytään ehkäisemään uusia aivoverenkiertohäiriöitä sekä hoitamaan riskitekijöitä. Yksilöllisesti arvioiden hoitona käytetään esimerkiksi fysio- ja puheterapiaa. (Atula 2019.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Alzheimerin taudin jälkeen toiseksi yleisin rappeuttava muistisairaus on Lewyn kappale -tauti. Suomessa yli 75-vuotiailla Lewyn kappale -tautia esiintyy 5 prosentilla. Kaikista muistisairaista tautia esiintyy 20 prosentilla, ja se on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. Puolella sairastavista on samanaikaisesti Alzheimerin taudin aiheuttamia muutoksia aivoissa. Tauti on saanut nimensä Lewyn kappaleiden kertymisestä aivojen kuorikerroksen alueelle (Muistiliitto 2017), joita esiintyy myös Parkinsonin taudissa. Perimmäinen syy Lewyn kappale -tautiin on tuntematon. (Atula 2019.)

Tauti alkaa ja etenee hitaasti, ja sen ensioireina voivat olla älyllisten toimintojen heikentyminen sekä tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Toistuvat, yksityiskohtaiset näköharhat ovat myös taudin ominainen oire. Myös liikkeiden hidastuminen, jäykkyys, kävelyhäiriöt sekä käytöshäiriöt Rem-unen aikana kuuluvat taudinkuvaan. Lyhyitä tajunnanmenetyskohtauksia, kaatumisia, sekavuutta sekä käytöshäiriöitä voi myös esiintyä. Muistiongelmia esiintyy yleensä vasta taudin edetessä. Keskimäärin 8 vuodessa tauti johtaa lopulta kuolemaan. (Atula 2019.)

Lewyn kappale -taudin lääkehoito on erittäin haasteellista, eikä siihen ole olemassa ehkäisevää, parantavaa tai pysäyttävää hoitoa. Potilaat ovat poikkeuksellisen herkkiä tietyille psyykenlääkkeille, sillä ne voivat pieninäkin annoksina aiheuttaa heikentynyttä kävelykykyä ja sekavuutta. Jotkin markkinoiden uusimmat psyykenlääkkeet sopivat ja niistä saadaan hyötyä. Alzheimerin tautiin tarkoitetuilla lääkkeillä ei ole myyntilupaa Lewyn kappale -taudissa, vaikka niillä on todettu olevan hyötyä käytösoireisiin. Kävely- ja tasapaino-ongelmiin, ja niiden kautta liikuntakyvyn säilyttämiseen tärkeänä hoitona on varhaisessa vaiheessa aloitettu fysioterapia. (Atula 2019.)

2.4 Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus

Suomessa on noin 10 000 Parkinsonin tautia sairastavaa, ja noin 30 prosentilla heistä on Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus. Tiedonkäsittelyn ja muistin ongelmat yleistyvät Parkinsonin taudin edetessä. Perustaa tälle ei täysin tunneta, mutta yleisimpänä syynä pidetään Lewyn kappaleiden kehittymistä aivokuoren alueelle, jonka oletetaan vaikuttavan välittäjäaine dopamiiniin vähentävästi. Dopamiinin väheneminen näkyy esimerkiksi liikkeiden suorittamisen vaikeutena ja heikentyvänä aloitekykynä. Myös asetyylikoliini-, noradrenaliini- ja serotoniinijärjestelmissä tapahtuu muutoksia, jotka heijastuvat esimerkiksi univalvetilan sekä

mielialan muutoksina. Oireet näyttäytyvät jokapäiväisessä elämässä esimerkiksi tavaroiden hukkaamisena, asioiden mieleen palauttamisen vaikeutena, erilaisten laitteiden käytön vaikeutena sekä eksymisinä. (Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet 2016.)

Parkinsonin taudin muistisairautta hoidetaan muun terveydenhoidon ja tukipalveluiden ohella muistisairauslääkkeillä oireen mukaisena hoitona. Asetyylikoliiniesteraasientsyymien (AKE:n) estäjistä on saatu parhaat tulokset niiden tehostaessa aivojen kolinergisen välittäjäainejärjestelmän toimintaa. AKE:n estäjistä Rivastigiimia käytetään Suomessa lievän tai kohtalaisen Parkinsonin taudin lääkohoitoon. Lääkehoidolla ei saada pysäytettyä muistisairautta, mutta oireiden pahenemisen hidastaminen on mahdollista. (Käypä Hoito -työryhmä Muistisairaudet 2016.)

2.5 Otsa-ohimolohkorappeuma

Eteneviä, otsalohkoja vaurioittavia aivosairauksia, kutsutaan otsa-ohimolohkorappeumasta johtuviksi muistisairauksiksi. Tautimuotoja on kolme; otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia sekä semanttinen dementia. Otsalohkodementia on näistä selvästi yleisin, kaksi muuta ovat harvinaisia. Kussakin tautimuodossa aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminta heikkenee aiheuttaen erilaisia oireita. Noin kolmasosalla sairastuneista suvusta löytyy muitakin sairastuneita. Sairauden syntyyn vaikuttavia geenivirheitä on löydetty, mutta ne selittävät vain murto-osan sairastuneista. (Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet 2016.)

Eri tautimuotojen aiheuttamat oireet ovat samankaltaisia. Oireet alkavat hitaasti. Ne näyttäytyvät käyttäytymisen ja toiminnanohjauksen muutoksina, joka näkyy esimerkiksi arvostelu- ja keskittymiskyvyttömyytenä, tai vaihtoehtoisesti apaattisuutena. Myös joustamattomuus, äkkipikaisuus, empaattisuuden heikkeneminen ja henkilökohtaisen hygienian muutokset voivat olla osa oireistoa. Otsalohkossa tapahtuu myös merkittävä osa puheen tuottamisesta, joten oireistoon kuuluu usein myös puheen tuottamisen vaikeudet. Sairastuneen sairautentunto puuttuu yleensä kokonaan. (Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet 2016.)

Otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttamiin muistisairauksiin ei ole olemassa parantavaa tai hidastavaa hoitoa. (Härmä & Juva 2013) Muistisairauslääkkeet voivat olla jopa haitallisia. Käyttöoireita voidaan helpottaa esimerkiksi masennuslääkityksellä tai rauhoittavalla lääkkityksellä, mutta niiden seuranta on tärkeää, sillä ne voivat joskus lisätä käyttöoireita. Hoidossa keskitytään lisäämään sairastuneen ymmärrystä omasta tilastaan. Puheentuoton vaikeuksia hoidetaan puheterapian avulla. (Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet 2016.)

3 Hyvän hoidon kriteerit

Osastohoitoon liittyviä asioita tarkastellessa on tärkeä ymmärtää, mitä osastolla tapahtuvan hoidon tulisi parhaimmassa mahdollisessa tilanteessa olla. Vaasan keskussairaala on julkaissut vuonna 2014 ”Hyvän hoidon kriteerit”. Julkaisussa on käsitelty erikseen osastohoitoa. Potilaan osastohoito alkaa hoitotyön suunnittelulla ja koordinoinnilla, jonka alussa laaditaan hoitosuunnitelma, ja jota päivitetään hoidon kuluessa. Hoitosuunnitelman tekoon osallistuu moniammatillinen tiimi, potilas sekä tarvittaessa hänen läheisensä, ja siinä huomioidaan potilaan tarpeet. Tässä kohtaa tulee myös varmistaa potilaan omien voimavarojen riittävyys potilaan omatoimisuuden arvioinnin välineenä. Hoidon jatkuvuus varmistetaan jo hoidon suunnittelun aikana. (Lehti, Salmela, Vesimäki, Wisu-Hokkanen, Matila, Kinnunen 2014, 7.)

Potilaan yleisvointia, sairauden oireita ja peruselintoimintoja seurataan, ja olennaiset muutokset tulee havaita ja tiedottaa ajoissa. Peruselintoimintoja tulee ylläpitää ja avustaa hoidon tarpeiden mukaisesti. Peruselintoimintojen ja sairauden oireiden hoito tulee kirjata hoitokertomukseen ja hoidon arviointi tulee tehdä kirjallisena. (Lehti ym. 2014, 7-8.)

Potilaan lääkitys tulee tarkistaa asianmukaisesti hoitojakson alkaessa, ja se kirjataan hoitokertomukseen. Tarkistus tehdään yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä sekä lähettävän hoitopaikan kanssa yhteistyössä. Lääkehoitoa tulee suunnitella, toteuttaa ja kirjata ohjeiden mukaan ja lääkehoidon osa-alueita tulee arvioida kirjallisesti. Potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä tulee saada lääkehoitoon liittyvää ohjausta, mahdollisuus kysymyksiin ja lääkehoidon ymmärtäminen varmistetaan kysymyksin. Lääkehoito tulee tarkastaa ja kirjata taas hoitojakson päättyessä. (Lehti ym. 2014, 8.)

Potilaan ravitsemustila tulee arvioida ja ravitsemustottumukset kartoittaa, sekä suunnitella, toteuttaa, arvioida ja kirjata potilaan yksilöllinen ravitsemushoito. Potilaan vakaumus ja eettiset näkökohdat huomioidaan. Potilaalle ja mahdollisesti hänen läheiselleen annetaan ravitsemusohjausta, jonka ymmärtäminen varmistetaan kysymyksin. (Lehti ym. 2014, 8.)

Potilaan hoito tulee toteuttaa sairaalahygienian periaatteiden mukaisesti. Potilaan yksilöllinen avuntarve henkilökohtaisessa hygieniassa ja eritystoiminnassa kartoitetaan ja kirjataan. Potilasta ohjataan ja avustetaan edellä mainituissa toiminnoissa, jossa potilaan intimitetti ja toimintakyky tulee ottaa huomioon. Potilaan nestetasapainoa tulee seurata, johon kuuluu sen suunnittelu, toteutus, arviointi ja kirjaaminen. (Lehti ym. 2014, 8-9.)

Potilaan kanssa tulee keskustella sairauden vaikutuksista päivittäiseen toimintakykyyn ja levontarpeeseen. Omatoimiseen toimintakykyyn ylläpitämiseen ja sen lisäämiseen motivoidaan ja kannustetaan sairauden aiheuttamat rajoitteet huomioiden. Omatoimista liikkumista tuetaan ja liikkumisessa avustetaan turvallisesti apuvälineiden kanssa, joihin potilaan tulee saada tarvittavaa ohjausta. Jos kyseessä on vuodepotilas, toteutetaan asentohoitoa, jossa

huomioidaan yksilöllisyys ja ihovaurioiden ennaltaehkäisy. Jos potilas on levoton, hänen turvallisuutensa huomioidaan yksilöllisyyttä ja eettisiä ohjeita noudattaen. Potilaalle tulee luoda mahdollisuus rauhalliseen yöneen. Toimintakykyyn liittyvät asiat tulee kirjata hoitokertomukseen. (Lehti ym. 2014, 9.)

Potilaan ja mahdollisesti hänen läheisensä avuntarve tulee huomioida sairauden aiheuttamaan elämänmuutokseen liittyen, sekä apukeinoista ja tiedonsaantikanavista informoidaan. Hoidon tavoitteiden toteutuminen arvioidaan ja jatkohoitosuunnitelma tehdään hoitajakson aikana. Potilaan kotiutuminen ja jatkohoito mahdollisten tukipalveluiden avuin suunnitellaan. (Lehti ym. 2014, 10.)

4 Potilaan oikeudet

Laki potilaan oikeuksista koskee julkisia ja yksityisiä terveydenhuollon toimintayksiköitä sekä esimerkiksi vanhainkodeissa annettavia terveydenhuollon palveluita. Potilaan oikeudet käsittävät hoidon laadun, potilaan kohtelun, itsemääräämisoikeuden, tietojen antamisen potilaalle, hoitosuunnitelman sekä potilaan oikeusturvakeinot. Lakia täydentävät lisäksi kansalliset Käypä hoito -suositukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää hoitoa. Kohtelun tulee olla hyvää, ja sen tulee kunnioittaa ihmisarvoa, mahdollista vakaumusta sekä yksityisyyttä. Hoidossa ja kohtelussa otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet sekä kulttuuri. Terveyspalvelujen yhdenvertainen antaminen käsittää sen, että ihmiset ovat samassa asemassa ikään, terveydentilaan, vammaisuuteen tai asuinkuntaan katsomatta. Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan, tai tilanteen niin vaatiessa laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen kanssa. Potilaalle tulee antaa tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja vaihtoehtoista sekä vaikutuksista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Laki käsittää yllä mainittujen lisäksi myös muita seikkoja, mutta yllä tuodaan esille tämän opinnäytetyön aiheen, eli muistisairaana potilaan hoidon kannalta merkittävimmät osa-alueet.

5 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan perustuva tutkimusmenetelmä. Tutkimuksen tavoin kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa. Kirjallisuuskatsauksen tärkeimmät tehtävät ovat tieteenalan teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittäminen, teorian kehittäminen sekä jo olemassa olevan teorian arvioiminen. Kirjallisuuskatsauksen avulla

muodostetaan kokonaiskuva tietystä aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksen eri tyyppjä on useita, mutta ne kaikki sisältävät samat osat, joita ovat kirjallisuuden haku, arviointi sekä aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi. Narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus kuvailee tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta aikaisempaa tutkimusta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7-9.)

Ensimmäinen kirjallisuuskatsauksen vaihe on määrittää tarkoitus ja tutkimusongelma. Hyvänä tutkimusongelmana ja -kysymyksenä pidetään sellaista, joka on aiheeseen nähden relevantti sekä tarpeeksi fokuoitunut, muttei liian suppea. Ennen kuin tutkimuskysymys muodostetaan, tulisi kirjallisuuden riittävyden varmistamiseksi tehdä alustavia kirjallisuushakuja sekä varmistaa, ettei samasta aiheesta ole juuri julkaistua kirjallisuuskatsausta. Seuraava vaihe on varsinainen kirjallisuushaku sekä aineiston valinta. Tässä vaiheessa on tarkoitus tunnistaa ja löytää kaikki se materiaali, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Tutkija määrittelee itse keskeiset käsitteet, joita käytetään tiedonhaussa hakusanoina tai -lausekkeina. Löydettyjen tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen kuuluu keskeisesti tiedonhaun strategiaan. Kolmantena vaiheena on katsauksessa käytettävien tutkimusten arviointi, jossa tarkastellaan tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta, sekä havaitaan, kuinka relevanttia tieto on oman tutkimuskysymyksen kannalta. Neljännessä vaiheessa, eli aineiston analyysissä ja synteesissä, tutkimusten tuloksista tehdään yhteenvetoja. Opinnäytetyön tasoissa katsauksissa usein järjestetään ja luokitellaan aineistoa sekä etsitään niiden yhtäläisyyksiä ja eroja. Tämän päätteeksi tulokset kirjoitetaan ja niitä tulkitaan sillä tavoin, että niistä muodostuu synteesi, eli ymmärrystä lisäävä kokonaisuus. Viimeisenä katsauksen vaiheena on tulosten raportointi, jolloin katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Tulosten raportoinnin tulee olla riittävän tarkkaa tutkimuksen toistettavuuden ja sen luotettavuuden arvioinnin mahdollistamiseksi. Katsauksen raportoinnissa tulee olla ainakin tiivistelmä, tausta, tutkimuskysymykset, katsauksen menetelmät, hakuprosessi, tiedot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista, tutkimusten laadun arviointi, tulokset, pohdinta heikkouksista, johtopäätökset, tulosten sovellettavuuden arviointi, jatkotutkimusehdotukset sekä lähdeluettelo. (Stolt ym. 2016, 24-32.)

6 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta selvittää, mitkä ovat muistisairaana potilaan osastohoidon hoidolliset erityispiirteet. Tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskenteleville tai alalla opiskeleville. Tutkimuskysymys on: Mitä ovat muistisairaana potilaan osastohoidossa olevia erityispiirteitä?

6.1 Hakusanat ja tietokantahaku

Tarkennetun tietokantahaun menetelmänä on hakea tietoa valituilla hakusanoilla ja rajauksilla. Hakusanat ideoidaan miettimällä, mitkä termit ja sanat kuvaisivat parhaiten tutkimuskysymyksen tärkeitä osia. Tässä opinnäytetyössä hakusanat koskevat siis muistisairautta ja osastolla tapahtuvaa hoitoa. Hakusanojen katkaisu ja päättäminen asteriskimerkkiin (*) mahdollistaa kyseessä olevan hakusanan kaikkien sanamuotojen huomioon ottamisen haussa. Kun haetaan kaksiosaisella termillä, kuten ”memory disorder”, on hakusana laitettava heittomerkkien väliin, ja tietokanta hakee tällöin tarkan termin sisältävät tulokset. Boolean operaattoreiksi kutsutaan haussa käytettyjä sanoja, joilla voi yhdistää hakukokonaisuuksia toisiinsa. Sana ”OR” yhdistää toisilleen vaihtoehtoiset sanat, ”AND” taas yhdistää hakukokonaisuudet ja ”NOT” sulkee siihen valittuja sanoja sisältävät tulokset pois. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 38-41.)

Ensimmäinen tiedonhakuun käytetty tietokanta oli Finna.fi, joka kattaa suomalaisten yliopisto- ja korkeakoulukirjastojen, museoiden, arkistojen ja lukuisten yleisten kirjastojen kokoelmat (Laurea, 2020). Finnan tietokantahaussa käytettiin seuraavia hakusanoja: Alzheimer* OR Dement* OR Muistisaira* OR ”Memory disorder” AND ”Hospital care” OR Ward* OR Inpatient* OR Osasto* OR Sairaala* NOT Theseus. Theseus on ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä julkaiseva alusta, eivätkä ne käy toisen opinnäytetyön tieteellisiksi lähteiksi. Rajaukseksi laitettiin julkaisuvuodeksi 2010-2020, jotta saadaan luotettavuuden näkökulmasta tarpeeksi tuoreita tuloksia. Aineistotyyppiksi rajattiin väitöskirja. Tuloksia saatiin yhteensä 4, jonka jälkeen otsikon perusteella hyväksyttiin 1 tulos, ja koko tekstin perusteella hyväksyttiin 1 tulos.

Toinen tietokanta oli Medic, joka on Helsingin yliopiston Meilahden kampuskirjaston tuottama terveystieteiden artikkeliviite- ja kokotekstitietokanta (Laurea, 2020). Käytössä olivat seuraavat hakusanat: Muistisaira* OR Dementia* OR Alzheimer* OR ”Memory disorder” AND ”Hospital care” OR Ward* OR Inpatient* NOT Theseus. Rajauksena julkaisuvuosi 2010-2020. Tuloksia saatiin kokonaisuudessaan 53. Otsikon perusteella hyväksyttiin 1 tulos, ja koko tekstin perusteella hyväksyttiin 1 tulos.

Kolmas käytetty tietokanta oli EbscoHOST yhdistelmähaku, joka kohdistuu kaikkiin Laurealle hankittuihin EBSCOn tietokantoihin, kuten terveystieteiden CINAHL (Laurea 2020). Hakusanat olivat: ”memory disorder” OR alzheimer* OR dementia* OR ”cognitive impairment” AND ”hospital unit” OR ward* OR inpatient* AND difficultie* OR challenge* OR barrier* OR issue* NOT Theseus. Rajauksena käytettiin julkaisuvuotta 2010-2020, tulokset rajattiin saatavaksi koko tekstinä ja hakutermit rajattiin tulosten otsikossa esiintyviksi. Tuloksia saatiin 1, joka ei lopulta ollut soveltuva tämän kirjallisuuskatsauksen lähteeksi.

Neljäs tietokanta oli Google Scholar, jossa voi tehdä tieteelliseen kirjallisuuteen kohdistuvia hakuja (Oulun yliopisto 2020). Haku tehtiin käyttämällä hakulausetta ”muistisairas potilas

osastolla” ilman sanoja ”opinnäytetyö”. Julkaisuvuodeksi rajattiin 2010-2020. Tuloksia saatiin yhteensä 417. Otsikon perusteella hyväksyttiin 2 tulosta, ja koko tekstin perusteella hyväksyttiin 1 tulos.

Viimeisenä tehtiin manuaalinen haku, jonka kautta koko tekstin perusteella hyväksyttiin 1 tulos.

Alla olevassa taulukossa on kuvattu kirjallisuuskatsauksen tietokantahaku. Taulukossa on eriteltynä käytetty tietokanta, hakusanat, haussa käytetyt rajaukset, kokonaistulosten lukumäärä, otsikon perusteella hyväksytyjen tulosten lukumäärä sekä koko tekstin perusteella hyväksytyjen tulosten lukumäärä.

Taulukko 1. Hakusanat ja tietokantahaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt
Finna	Alzheimer* OR Dement* OR Muistisaira* OR "Memory disorder" AND "Hospital care" OR Ward* OR Inpatient* OR Osasto* OR Sairaala* NOT Theseus	Julkaisuvuosi 2010-2020, aineistotyyppi: väitöskirja	4	1	1
Medic	Muistisaira* OR Dementia* OR Alzheimer* OR "Memory disorder" AND "Hospital care" OR Ward* OR Inpatient* NOT Theseus	Julkaisuvuosi 2010-2020	53	1	1
EbscoHOST	"memory disorder" OR alzheimer* OR dementia* OR "cognitive impairment" AND "hospital unit" OR ward* OR inpatient* AND difficultie* OR challenge* OR barrier* OR issue* NOT Theseus	2010-2020 Limit to: full text Search words: Title	1	1	0
Google Scholar:	Kaikilla sanoilla: "Muistisairas potilas	Julkaisuvuosi 2010-2020	417	2	1

tarkennettu haku	osastolla” ilman sanoja: ”opinnäytetyö”				
Manuaalinen haku					1

6.2 Valitut tutkimukset

Ensimmäinen katsaukseen valitsemistani tutkimuksista on Maija Rantalan vuonna 2014 toteuttama Itä-Suomen yliopistossa julkaistu tutkimus ”Nurses’ Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia”. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää sairaanhoitajien raportoimana lonkkamurtuman post-operatiivisen kivun hoitoa potilailla, jotka sairastivat dementiaa. Tutkimus käsitteli hoitokäytäntöjä, kivunhallinnan esteitä, farmakologista kivun hoitoa sekä sairaanhoitajien tietoa kipulääkkeiden mahdollisesti merkittävistä haittavaikutuksista. Lisäksi selitettiin sairaanhoitajien mielipiteet liittyen riittävään kivunhoitoon. Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2011 maaliskoukokuussa ortopedisilta osastoilta seitsemästä yliopistollisesta sairaalasta sekä kymmenestä keskussairaalasta (n=333).

Tutkimuksen ”Nurses’ Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia” hoitohenkilökunnalle kohdennetuista avoimista kysymyksistä kävi ilmi, että suurimman haasteen muistisairaahan potilaan kivunhoitoon tuo potilaan kognitiivisten ongelmien aiheuttama vaikeus kivun arviointiin. Potilaan muistisairauteen liittyvät haasteet kivunhoidossa olivat potilaiden hämmennys, joka aiheutti hoidon vastustamista ja lääkehoitoon tarkoitettujen suonensisäisten kanyylien pois repimistä, sekä muistinmenetys, jonka vuoksi potilas ei ymmärtänyt hoitotoimenpiteiden merkitystä. Muistinmenetys aiheutti ahdistusta, joka kasvatti kiputuntemusta, sekä potilaiden liikkeellelähtöä heti leikkauksen jälkeen aiheuttaen riskin kaatumisille ja muille kipua aiheuttaville tilanteille. Tutkimustulokset osoittivat, että dementiaa sairastavan potilaan post-operatiivinen kivunhoito koettiin haasteelliseksi. Hoitajat kokivat kivun arvioinnin vaikeaksi potilaan kognitiivisen heikentymän vuoksi. Kipumittarit, kivun arviointi neljän tunnin välein sekä kipulääkkeen vaikutuksen arviointi ja sen dokumentointi liittyivät hoitajien näkökulmasta kivunhoidon tehokkaaksi kokemiseen. Eniten käytetty kipumittari oli VAS, joka todettiin olevan sopimaton muistisairaiden potilaiden kivun arviointiin, sillä se vaatii potilaalta kykyä abstraktiin ajatteluun. VAS on kipujana, jonka vasen pääty tarkoittaa kivuttomuutta, ja oikea pääty pahinta mahdollista kipua (Terveyskylä 2019, Opi arvioimaan kipua). Toiseksi eniten osastoilla käytetty kipumittari oli VRS, joka soveltuu kognitiivisen heikentymän omaaville potilaille. VRS on kivun arviointiin käytetty sanallinen

mittari, jonka asteikko on ei kipua-lievä kipu-kohtalainen kipu-kova kipu-sietämätön kipu (Terveyskylä 2019).

”Nurses’ Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia” - tutkimuksessa ilmeni, että potilaille annettavat kipulääkkeet olivat useimmiten suun kautta otettavia. Todettiin, että suun kautta otettavat lääkkeet voivat olla sopimattomia dementiapotilaille, joilla on nielemisvaikeuksia tai kieltäytymistä tabletin ottamisesta. Myös epiduraalisessa kivunhoidossa todettiin olevan suuria vaikeuksia hoitoa vastustavilla potilailla. Johtopuudutus oli haastattelussa koettu hyväksi kivunhoidon menetelmäksi, mutta siihen todettiin tuovan haastetta potilaan mahdollinen muistamattomuus kivuttomuuden vuoksi operoidusta alueesta ja liikkeellelähtö tämän takia liian nopeasti. Yhtenä päätelmänä oli, että hoitajilla on tärkeä rooli siinä, että potilaan omaiset ja läheiset saavat viettää aikaa potilaan kanssa, koska he tuntevat potilaan, vähentävät läsnäolollaan potilaan ahdistusta sekä osaavat lukea potilaan kivun voimakkuutta.

Toinen tutkimus on Kirsi Suontaka-Jamalaisen Pro-Gradu -tutkielma Tampereen yliopistossa vuodelta 2011 ”Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa”. Kyseessä oli kvantitatiivinen tutkimus, joka kuvasi vanhuspsykiatrisella osastolla hoidettujen muistisairaiden potilaiden käytösoireita, toimintakykyä sekä niiden muutosta hoidon aikana. Tutkimusjoukkona toimi osastolla hoidossa olevat potilaat, jotka sairastivat muistisairautta (N=85). Myös potilaiden läheiset sekä muu hoitava henkilöstö osallistuivat tutkimukseen. Käytösoireiden ja toimintakyvyn arvioinnin menetelminä käytettiin neuropsykiatrista haastattelua sekä kahta eri toimintakykymittaria - Barthelin indeksiä sekä ADCS-ADL-mittaria. ADCS-ADL mittari on mittari, jossa pisteytetään tarvittavan avun määrä (Rosenvall 2016, Toimintakyvyn arviointi, Käypä hoito). Tutkimukseen osallistuneista naisista oli 64 % ja keski-ikä 78 vuotta. Tyypillisin muistisairaus tutkitavilla oli keskivaikea Alzheimerin tauti.

Tutkimuksessa ”Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa” raportoitiin erilaisten käytösoireiden esiintyvyyttä osastohoitoon tullessa, ja niiden muutoksia osastohoidon aikana aina siihen asti, kun hoito päättyi. Mitattavia käytösoireita olivat harhaluulot, aistiharhat, levottomuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, kohonnut mieliala, apatia, estottomuus, ärtyisyys, poikkeava motorinen käyttäytyminen, neuropsykiatriset oireet, hoitajan stressipisteet, unen häiriöt sekä ruokahalun ja syömisen häiriöt. Näistä oireista hoitoon tulon vaiheessa eniten, yli 70 prosentilla, potilaista esiintyi niiden esiintymisen yleisyysjärjestyksessä apatiaa, ärtyisyyttä, masentuneisuutta, levottomuutta ja harhaluuloja. Seuraavaksi yleisimmät käytösoireet hoitoon tullessa, esiintyvyydeltään 50-69 prosenttia, olivat yleisyysjärjestyksessä ahdistuneisuus, ruokahalun ja syömisen häiriöt, aistiharhat sekä unen häiriöt. Alle 50 prosentilla tutkituista esiintyi hoitoon tullessa yleisyysjärjestyksessä poikkeavaa motorista käyttäytymistä, estottomuutta, ja

kohonnutta mielialaa. Näistä käytösoireista tilastollisesti erittäin merkitsevästi vähenivät apatia, masentuneisuus, levottomuus, harhaluulot, aistiharhat, ärtyisyys, unen häiriöt sekä ruokahalun ja syömisen häiriöt. Merkitsevästi väheni poikkeava motorinen käyttäytyminen. Suuntaa antavasti väheni ahdistuneisuus. Tilastollisesti merkittävää muutosta ei tapahtunut estottomuuden, kohonneen mielialan tai epäasianmukaisen käytöksen ilmenemisessä. Tutkimuksessa mitattiin myös potilaiden päivittäisistä toimista selviytymistä. Mitattuja toimintoja olivat ruokailu, liikuntakyky, henkilökohtaisen hygienian hoito ja pukeutuminen, suolen ja rakon toiminta sekä WC-toiminnot. Tutkimustulokset osoittivat, että jos potilas oli siirtynyt osastohoitoon kotoa, oli potilaan päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen tilastollisesti erittäin merkitsevästi parempaa kuin niillä potilailla, jotka olivat tulleet laitostyyppisestä hoidosta. Jos potilas siirtyi osastolta kotihoitoon, oli suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista merkittävästi parempaa kuin niillä, jotka siirtyivät toiseen laitostyyppiseen hoitopaikkaan. ADCS-ADL-asteikolla mitattujen tulosten mukaan hoitojakson aikana muutosta huonompaan selviytymiseen tapahtui kävelykyvyssä, WC-toiminnoista suoriutumisessa, peseytymisessä ja pukeutumisessa. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajia kuormittavimpia käytösoireita olivat ahdistuneisuus, aggressiivinen tai kiihtynyt käytös, aistiharhat, vaeltelu ja unihäiriöt. Henkilökunnan monipuolinen erikoisosaaminen, hyvät vuorovaikutustaidot potilaan ja läheisten kanssa sekä moniammatillinen yhteistyö edistää muistipotilaiden toimintakykyä ja hyvinvointia. Lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja tulisi suosia. Vuorovaikutusta voidaan parantaa ja käytösoireita lieventää esimerkiksi muistelu- ja mielikuvaterapialla, musiikilla ja liikunnalla.

Kolmas tutkimus on Nina Hynnisen Oulun yliopistossa vuonna 2016 julkaistu tutkimus ”Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla”. Tutkimuksen kohteena oli kirurgisen vuodeosaston potilaat, omaiset, hoitohenkilökunta ja lääkärit. Tutkimus pyrki selvittämään ikääntyvän muistisairaana potilaan hoidon erityispiirteitä, kyseisen potilasryhmän hyvää hoitoa edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä käytettyjä hoitokäytäntöjä. Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla, ryhmä- pari- ja yksilöhaastatteluilla sekä sähköisellä kyselylomakkeella. Haastatteluissa vastaajina olivat hoitohenkilökunta (n=19) ja lääkärit (n=9), potilaat (n=7) ja potilaan omaiset (n=5). Sähköiseen kyselylomakkeeseen vastasi kirurgisella vuodeosastolla työskentelevä hoitohenkilökunta (n=191).

Tutkimuksessa ”Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla” potilaan erityispiirteet jaettiin tutkimuksessa seuraaviin osioihin; kognitiivinen toimintakyvyn taantuminen, käytösoireiden korostuminen, riski leikkauksen jälkeisestä sekavuudesta, auktoriteetin kunnioittaminen, henkilökohtainen minä, nykyisyydestä kiinni pitävä minä sekä sairauteen liittyvä minä. Näihin erityispiirteisiin liittyvistä tuloksista ilmeni, että potilaan käytösoireiden korostuminen osastolla oli yleistä. Niitä olivat levottomuus sekä verbaalinen ja fyysinen aggressiivisuus. Delirium, eli leikkauksen jälkeinen äkillinen sekavuus, oli myös yleistä. Vastaajat pitivät yleisenä sitä, että lääkärikierron ajaksi potilas muuttui asialliseksi, vaikka

juuri ennen lääkärin saapumista olisi käyttäytynyt levottomasti. Muistisairaalle potilaalle oli yleistä halu viettää aika yksinään. Potilailla oli vastausten mukaan usein myös voimakas oma tahto, joka saattoi aiheuttaa konflikteja hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaiden kognitiivinen toimintakyvyn heikkeneminen näkyi omaisten mukaan vaikeutena puheen ymmärtämisessä ja tuottamisessa sekä paikan- ja ajantajun heikkenemisenä. Potilaan hoitoon liittyvät erityispiirteet jaettiin tutkimuksessa seuraaviin osioihin; fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen avuntarpeeseen vastaaminen, turvallisen hoitoympäristön luominen, harkinnanvarainen rajoitteiden käyttö, omaisten osallistuminen hoitoprosessiin ja potilaan kielteisen asenteen huomioiminen. Hoidon painopiste oli hoitohenkilökunnan vastausten mukaan perushoidossa, ja avuntarve liittyy ruokailuun, puhtauteen, lepoon ja ympäristöön. Vastaajat toivat esille sen, että potilaan ohjauksen tarve on korostunut. Potilaat tarvitsivat paljon rauhoittelua ja vakuuttelua. Myös muistisairaana potilaan huonekaverit olivat usein huolissaan potilaan pärjäämisestä sairaalassa. Turvallisen hoitoympäristön luomiseen liittyi se, että potilaan muistisairaudesta tiedotettiin henkilökuntaa, ulko-ovi lukittiin usein yön ajaksi sekä potilas pyrittiin sijoittamaan osastolla kanslian läheisyyteen ja yhden hengen huoneeseen. Hoitotyössä käytettiin harkinnanvaraisesti erilaisia rajoitteita lääkärin luvalla, mutta rajoitteiden sijasta oli myös otettu käyttöön esimerkiksi omahoitaja osastolla. Omaisen roolin kuvattiin olevan keskeinen tekijä potilaan hoidossa heidän osallistuessa aktiivisesti kotiuttamisiin ja jatkohoitoon, käymällä osastolla vierailmassa, esittämällä kiinnostusta potilaan voinnista ja esimerkiksi osallistumalla potilaan syöttämiseen. Potilaan kielteinen asenne kohdistui usein lääkehoitoon ja sairaalassa oloon.

Tutkimuksessa ”Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla” käsiteltiin potilaan hoitoa estäviä tekijöitä. Osaamisen puute henkilökunnassa ja kokonaisuuden vastuun siirtäminen esimerkiksi avoterveydenhuoltoon olivat estäviä tekijöitä. Omaiset toivat esille henkilökunnan tiedonannon puutteellisuutta, kokivat rajoitteiden käytön potilasta alentavana sekä lääkäreiden tavoitettavuuden huonoutta. Omaiset olivat usein uupuneita ja kokivat häpeää esimerkiksi potilaan käytöksestä. Lisäksi potilaat ja omaiset kokivat kivunhoidon puutteellisuutta. Henkilökunta kuvasi tutkimuksessa hoitokäytäntöjä ikääntyvän muistisairaana potilaan kohdalla. Noin puolet vastaajista toteutti potilaan ohjausta suullisesti, ja yli puolet kiinnitti erityistä huomiota puheensa selkeyteen. Potilaan taustoihin usein tutustuttiin ja potilaan vireystila huomioitiin ohjausta edeltävästi. Ohjauksen yhteydessä huomiota kiinnitettiin ympäristön rauhallisuuteen ja monesti mahdollistettiin omaisen läsnäolo. Potilaan ohjaus kirjattiin potilastietoihin. Moni käytti rajoitteiden sijasta muita toimia, kuten kipulääkkeen antamista ja potilaan huomion kiinnittämistä johonkin muuhun. Kollegan tai omaisten kanssa usein neuvoteltiin oikeista lähestymistavoista ja fyysistä ympäristöä tehtiin turvallisemmaksi.

Neljänneksi tieteelliseksi lähteeksi valikoitui kansainvälisessä aikakauslehdessä ”International Journal of Geriatric Psychiatry” vuonna 2018 julkaistu katsaus ”Hospital outcomes of older

people with cognitive impairment: An integrative review”. Katsauksen tekijät olivat Carole Fogg, Peter Griffiths, Paul Meredith ja Jackie Bridges. Katsauksen tarkoituksena oli kerätä yhteen tietoa sairaalahoidon tuloksista ja potilasryhmän koetuista lisäriskeistä ikääntyneillä potilailla, joilla oli kognitiivista vajausta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin integroivaa kirjallisuuskatsausta, ja tutkimusaineisto käsitti 104 artikkelia.

Katsauksen ”Hospital outcomes of older people with cognitive impairment: An integrative review” tulosten mukaan käytös- ja psykologisten oireiden esiintyvyys kasvoi potilailla sairaalassa olon aikana, johtuen todennäköisesti tarpeiden täyttämättömyydestä ja ahdistuksesta. Potilaat saivat myös korkeammat BEHAVE-AD-pisteet, joka oli yhteydessä korkeampaan kuolleisuuteen. BEHAVE-AD on mittari, jolla voidaan tarkastella käyttäytymisen muutoksia yleisellä tasolla Alzheimerin taudissa (Tuomikoski, Parisod, Oikarainen, Siltanen & Holopainen 2018). Potilailla on myös korkeampi riski aliravitsemukseen sairaalahoidossa, varsinkin niillä, jotka kärsivät aliravitsemuksesta jo ennen sairaalaan tuloa. Myös nestevajaus on riskinä erityisesti sekavilla ja dementiaa sairastavilla potilailla. Potilaan kognitiivinen vajaus kasvattaa riskiä toimintakyvyn heikkenemiseen sairaalassa, ja dementiaa sairastavalle potilaalle kehittyä herkemmin delirium. Delirium tarkoittaa äkillistä sekavuustilaa ja aivojen vajaatoimintaa (Huttunen 2018). Katsauksessa tunnistettiin deliriumin lisäksi 3 yleisintä komplikaatiota dementiapotilailla sairaalassa olon aikana, joita ovat virtsatietulehdus, painehaavat ja keuhkokuume. Dementiapotilailla on myös suurempi riski akuuttiin elimen toimintahäiriöön ja vaikeaan sepsikseen, etenkin, jos potilas sairastaa samanaikaisesti esimerkiksi keuhkohtaumatautia. Dementia vähentää potilaiden kykyä kuvailla kipua ja sen muutoksia, joka voi johtaa infektioiden diagnoosin viivästymiseen tai liialliseen kivun lääkehoitoon esimerkiksi opioideilla, joka taas voi aiheuttaa komplikaatioita. Iäkkäimmille potilaille, joilla on kognitiivista vajausta, toteutetaan todennäköisemmin epäasianmukaista katetrointia, jota perustellaan hoidon helpoudella.

6.3 Tulosten yhteenveto

Muistisairaana potilaan lääkehoitoon liittyviä erityispiirteitä ovat kivun arvioinnin vaikeus, kivun voimakkuuden kokemisen vaihtelevuus, potilaan kyvyn heikentyminen kuvailla kipua ja sen muutoksia aiheuttaen riskin liialliseen kivun lääkehoitoon sekä yleisesti kivunhoidon mahdollinen puutteellisuus. Lisäksi voi esiintyä kannylien pois repimistä, nielemisvaikeuksia, joka vaikeuttaa suun kautta otettavien lääkkeiden ottamista, potilaan kieltäytymistä lääkehoidosta sekä yleistä kielteisyyttä lääkehoitoa kohtaan. Muistisairaana potilaan kohdalla tulisi myös hyödyntää lääkkeettömiä hoitokeinoja.

Muistisairaana potilaan ohjauksen erityispiirteet sisältävät korostuneen ohjauksen tarpeen, potilaan ymmärtämättömyyden hoitotoimenpiteitä kohtaan sekä suullisen ohjauksen ja puheen

selkeyden tärkeyden. Potilas voi vastustaa hoitoa, ja tarvita rauhoittelua ja vakuuttelua. Potilaan viireystila pitää huomioida ohjaustilanteissa. Potilaalla voi olla puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeuksia. Kipumittarina muistisairaalle soveltuu parhaiten VRS-mittari.

Muistisairaahan potilaan osastohoidon erityispiirteisiin kuuluu myös omaisten rooli. Potilaalle ajan viettäminen omaisten ja läheisten kanssa ja on tärkeää. Omaisen yleinen läsnäolo on tärkeää, ja omaisen rooli on keskeinen muistisairaahan potilaan osastohoidossa. Omaisen kanssa tulisi neuvotella potilaan hoidosta. Omaiset saattavat kokea rajoitteet alentavana ja lääkärin tavoitettavuuden huonona.

Muistisairaalla potilaalla on runsaasti erilaisia psyykkisiä- ja käytösoireita. Näitä ovat ahdistus, hämmennys, apatia, ärtyisyys, levottomuus, masentuneisuus, aggressiivisuus, harhaluulot ja aistiharhat. Deliriumin kehittyminen on yleistä muistisairaalla potilaalla. Potilaan ajan- ja paikantaju heikkenee. Levottomuus ja aggressiivisuus sekä muut käytösoireet korostuvat osastolla. Potilailla voi olla voimakas oma tahto ja kielteisyyttä sairaalassaoloa kohtaan. Potilas saattaa muuttaa asiallisuuttaan lääkärikierron ajaksi. Masennusta, apatiaa, levottomuutta, harhaluuloja ja aistiharhoja sekä ärtyisyyttä on mahdollista vähentää osastohoidossa.

Erilaisina riskeinä osastohoidossa ovat kaatumisriski ja potilaan toimintakyvyn heikkeneminen osastolla. Potilaan kävelykyky, WC-toiminnot, peseytyminen ja pukeutuminen heikentyvät osastolla. Muistisairas potilas on osastolla korkeammassa riskissä virtsatietulehdukseen, painehaavoihin, keuhkokuumeeseen, akuuttiin elimen toimintahäiriöön, sepsikseen ja infektioiden diagnoosin viivästymiseen. Muistisairailta potilailla on osastolla myös korkeampi kuolleisuus. Myös ravitsemuksessa, unessa ja fyysisen ympäristön järjestämisessä on erityispiirteitä muistisairaahan potilaan osastohoidossa. Potilaalla voi olla ruokahalun ja syömisen häiriöitä sekä korkeampi riski aliravitsemukseen sekä nestevajaukseen. Unen häiriöitä voi esiintyä. Osastolla on kuitenkin hyvin mahdollista vähentää unen, ruokahalun ja syömisen häiriöitä. Fyysisen ympäristön turvallisuuden parantamiseksi saattaa ulko-oven lukitseminen, potilaan sijoittaminen kanslian läheisyyteen ja yhden hengen huoneen järjestäminen olla tarvittavaa. Ympäristön rauhallisuus on tärkeää.

Kotoa siirtynyt potilas suoriutuu päivittäisissä toiminnoissa paremmin kuin toisesta yksiköstä siirtynyt potilas. Hoidon painopiste osastolla on perushoidossa, eli ruokailusta, puhtaudesta, levosta ja ympäristöstä huolehtimista. Muistisairailta potilailla esiintyy epäasianmukaista katetointia.

Henkilökunnan toimintaan liittyy myös erityispiirteitä muistisairaahan potilaan ollessa osastolla. Henkilökunnan kuormittuneisuutta esiintyy johtuen potilaan ahdistuneisuudesta, aggressiivisuudesta, kiihtyneisyydestä, aistiharhoista, vaelteluista ja unihäiriöistä. Konfliktitilanteet potilaan kanssa ovat mahdollisia. Tärkeitä henkilökunnan toimintoja ovat tiedotus muistisairaasta potilaasta, tutustuminen potilaan taustoihin ja kollegan kanssa

neuvottelu. Muistisairaalle potilaalle voidaan järjestää omahoitaja. Henkilökunnan riskeinä on osaamisen puute, tiedonannon puutteellisuus ja kokonaishoidon vastuun siirtäminen esimerkiksi avoterveydenhuoltoon. Henkilökunnan tulisi panostaa erityisosaamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön ja vuorovaikutustaitoihin potilaan ja läheisen kanssa.

Alla olevassa taulukossa tulokset on esitetty luettelomaisesti ryhmittäin.

Taulukko 2. Tulokset ryhmittäin

Lääkehoito	<ul style="list-style-type: none"> Kivun arvioinnin vaikeus Kivun voimakkuuden kokeminen Kannylien pois repiminen Nielemisvaikeudet Lääkehoidosta kieltäytyminen Lääkkeettömät hoitokeinot Kielteisyys lääkettä kohtaan Kivunhoito puutteellista Potilaan kyky kuvailla kipua ja sen muutoksia vähenee Riski liialliseen kivun lääkehoitoon
Potilaan ohjaus	<ul style="list-style-type: none"> Hoitoimenpiteiden ymmärtämättömyys Hoidon vastustaminen Puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeus Korostunut ohjauksen tarve Potilaan rauhoittelu ja vakuuttelu Suullinen ohjaus Selkeä puhe Potilaan vireystilan huomiointi Toimivin kipumittari VRS
Psykologiset- ja käytösoireet	<ul style="list-style-type: none"> Ahdistus Hämmennys Apatia Ärtyisyys Levottomuus Masentuneisuus Harhaluulot Aistiharhat Käytösoireiden korostuminen osastolla Delirium Voimakas oma tahto Paikan- ja ajantajun heikkeneminen Kielteisyys sairaalassaoloa kohtaan Potilaan asiallisuuden muutos lääkärikierron ajaksi

Riskit ja häiriöt	<p>Kaatumisriski Toimintakyvyn heikkeneminen Ruokahalun ja syömisen häiriöt Korkeampi riski aliravitsemukseen Korkeampi riski nestevajaukseen Unen häiriöt Korkeampi riski virtsatietulehduksiin, painehaavoihin, keuhkokuumeeseen, akuuttiin elimen toimintahäiriöön, sepsikseen Riski infektioiden diagnoosin viivästymiseen Kävelykyvyn, WC-toimintojen, peseytymisen ja pukeutumisen heikentyminen Korkeampi kuolleisuus</p>
Omaiset	<p>Ajan viettäminen omaisten ja läheisten kanssa Omaisen rooli keskeinen Omaisen läsnäolo tärkeää Omaiset kokevat rajoitteet alentavana ja lääkärin tavoitettavuuden huonona Omaisen kanssa neuvottelu (henkilökunta)</p>
Ympäristö	<p>Ulko-oven lukitseminen tarvittaessa Potilaan sijoitus kanslian läheisyyteen Mielellään yhden hengen huone Rauhallinen ympäristö</p>
Henkilökunta	<p>Kuormittavuus – potilaan ahdistuneisuus, aggressiivisuus, kiihtyneisyys, aistiharhat, vaeltelu ja unihäiriöt Konfliktitilanteet mahdollisia Panostus – erityisosaaminen, vuorovaikutustaidot potilaan ja läheisen kanssa, moniammatillinen yhteistyö Henkilökunnan tiedotus muistisairaasta potilaasta Henkilökunnan tutustuminen potilaan taustoihin Tarvittaessa omahoitaja potilaalle Riskit - Osaamisen puute henkilökunnassa sekä kokonaisuhoiton vastuun siirtäminen esim. avoterveydenhuoltoon heikentää potilaan hoitoa Riskit - Henkilökunnan tiedonannon puutteellisuus Kollegan kanssa neuvottelu</p>
Muut huomiot	<p>Kotoa siirtynyt potilas suoriutuu päivittäisissä toiminnoissa paremmin Hoidon painopiste perushoidossa – ruokailu, puhtaus, lepo, ympäristö Epäasianmukaista katetointia esiintyy Masennusta, apatiaa, levottomuutta, harhaluuloja, aistiharhoja, ärtyisyyttä, unen häiriöitä sekä ruokahalun ja syömisen häiriöitä hyvä mahdollisuus vähentää</p>

6.4 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Arvioin tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta käyttäen kirjaa ”Tutkimus hoitotieteessä”, tekijöinä Päivi Kankkunen ja Katri Vehviläinen-Julkunen. Käytän sen sisältämää runkoa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Tämä kirjallisuuskatsaus on kvalitatiivinen eli laadullinen, sillä kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää

tutkimuskysymyksen kohteen laatua, ominaisuuksia ja kokonaisvaltaista merkitystä (Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola & Himberg, 2015).

Luotettavuuden arvioinnin kriteereinä toimii arviointi tutkimuksen uskottavuudesta, siirrettävyydestä, riippuvuudesta ja vahvistettavuudesta. Jotta tutkimus on uskottava, tulee lukijan ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuuteen vaikuttaa myös se, miten käytetyt kategoriat ja luokitukset kattavat aineiston. Aineiston ja tulosten kuvauksessa uskottavuutta lisää esimerkiksi taulukoinnit ja liitteet. Tutkimuksesta tekee siirrettävän se, jos sen tulokset ovat siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Tätä edesauttaa aineiston keruun ja analyysin tarkka kuvaus. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2017, 197-198.)

Yksityiskohtaisemmin kvalitatiivista tutkimusta arvioidaan sen tarkoituksen, asetelman, otoksen valinnan, analyysin, tulkinnan, refleksiivisyyden, eettisen näkökulman sekä relevanssin ja siirrettävyyden arvioinnilla. Tutkimuskysymyksen tulee olla selkeä ja perusteltu ja kontekstin pitää perustua kirjallisuuteen. Mielestäni tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on selkeä, sekä konteksti, eli teorian tieto ja tutkimukset, perustuvat kirjallisuuteen. Pohdinta on tämän opinnäytetyön ainoa osuus, johon olen lisännyt omia mietteitäni. Metodina ja asetelmana käytin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja systemaattista kirjallisuushakua. Arviointikriteerien mukaan niiden tulee olla selkeitä ja loogisia tutkimuksen tarkoituksen kanssa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus oli luonnollisin valinta tutkimuskysymystä ajatellen ja systemaattinen kirjallisuushaku on raportoitu. Katsaukseen valikoitujen otosten, eli tässä tapauksessa tutkimusten, valinta tulee olla sopiva. Joidenkin tutkimusten kohdalla jouduin miettimään, sopiiko se katsaukseen mukaan, ja päädyinkin jättämään jotain pois. Koen kuitenkin, että valikoidut tutkimukset palvelevat tutkimuskysymystä hyvin. Analyysin tulee olla asianmukainen. Analyysin asianmukaisuutta tässä katsauksessa lisää tutkimusten raportointi sekä kirjoitettuna, että jäseneltynä omiin kategorioihin. Tutkijan tulee toimia refleksiivisesti. Olen avannut omaa käsitystäni tutkittavasta aiheesta jonkin verran pohdinnan yhteydessä. Tiedostan sen, että omat ennakoasenteeni tutkimusongelmaa kohtaan saattaa vaikuttaa pohdinnan sisältöön. Tutkimuksen eettisen arvioinnin välineenä tässä kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää sitä, olenko kunnioittanut lähteideni tekijöitä. Olen pyrkinyt viittaamaan lähteisiin ja tekemään lähdeluettelon oikeaoppisesti. Viimeinen arvioinnin kohta on relevanssin ja siirrettävyyden arviointi. Tutkimuksen tulee esimerkiksi tuoda uutta tietoa ja ymmärrystä, esittää käytännön merkitystä sekä saavuttaa tutkimuksen tavoite. Nämä kohdat ovat toteutuneet mielestäni oikein hyvin. (Kankkunen ym. 2017, 202-204.)

Suurin heikentävä tekijä tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuudessa on mielestäni tutkimuskysymyksen hankalahko asetelma tutkitun tiedon löytämisen kannalta sekä käytettyjen tutkimusten vähäisyys.

6.5 Pohdinta

Tutkimuksista käy selvästi ilmi, että muistisairaahan potilaan osastohoidossa on erityispiirteitä, joita tulee huomioida hoidossa. Lääkehoito on keskeinen osa osastohoitoa, ja potilaan muistisairaus tuo haasteita sen arvioinnissa ja toteuttamisessa. Kun potilaan ymmärtämisen ja vuorovaikutuksen taso on madaltunut, kärsii suuresti potilaan mahdollisuus ymmärtää sitä, miksi hänelle annetaan lääkettä. Lääkehoitoon kuuluu keskeisenä se, että potilaalla on oikeus saada tieto siitä, miksi lääke otetaan ja miten se vaikuttaa. Käsittelemissäni hyvän hoidon kriteereissä tämän voi toteuttaa myös omaisen avulla. Johtopäätöksenä voi siis todeta, että jos muistisairaalle potilaalle tehdään muutoksia lääkitykseen osastolla olon aikana, tulisi muistisairaahan kognitiivinen kyky huomioiden informoida omaista asiasta ja antaa mahdollisuus lääkitystä koskeviin kysymyksiin. Omaisella saattaa olla taito saada potilas ymmärtämään nämä muutokset paremmin, kuin hoitohenkilökunnalla. Tuloksista käy ilmi myös ylilääkityksen riski kivun arvioinnin vaikeuden vuoksi, ja ajattelisin, että tätä riskiä voitaisiin pienentää mittaamalla usein peruselintoimintoja, kuten verenpainetta, sykettä ja hengitysfrekvenssiä, niiden reagoidessa kipuun. Arviointia voidaan helpottaa myös käyttämällä soveltuvaa kipumittaria sekä konsultoimalla omaista hänen mahdollisesti näkiessä kivun asteen potilaan olemuksesta. Vaikeampi kysymys on se, missä vaiheessa on perusteltua ja eettisesti oikein pakkolääkittää potilasta vai onko koskaan, jos hän kieltäytyy täysin ottamasta lääkettä.

Muistisairaahan potilaan ohjauksessa on saman suuntaisia erityispiirteitä, kuin lääkehoidossa. Siihen voi liittyä ymmärtämättömyyttä ja kieltäytymistä. Omaehtoisen kokemuksen perusteella voin todeta, että muistisairas potilas todella tarvitsee huomattavasti enemmän ohjausta, rauhoittelua ja vakuuttelua kuin ei-muistisairas potilas. Tämä voi näyttäytyä esimerkiksi saman asian kysymisenä lukemattomia kertoja peräkkäin. Tässä kohtaa henkilökunnalta tarvitaan hyvin paljon ymmärrystä ja empaattisuutta, vaikka se voikin tuoda ylimääräistä työtä. Olen itsekin huomannut, että lyhyet, selkeät lauseet toimivat muistisairaahan potilaan ohjauksessa parhaiten.

Muistisairaalla potilaalla voi olla hyvin paljon psyykkistä oireilua aina masennuksesta harhaluuloihin ja aggressiivisuuteen. Tämä on huomattava erityispiirre muistisairaahan osastohoidossa, ja lisäksi tulosten mukaan oireilu kasvaa osastolla olon aikana. Esimerkiksi tavallisella terveyskeskuksen vuodeosastolla ei hoidetakaan vain mahdollista somaattista sairautta, vaan huomiota pitäisi kiinnittää merkittävästi myös potilaan psyykkiseen vointiin. Valituissa tutkimuksissa ilmeni usein omaisen tai läheisen roolin tärkeys muistisairaahan potilaan ollessa osastohoidossa. Se, miten henkilökunta voi tähän vaikuttaa, on omaisten läsnäolon mahdollistaminen ja tarvittaessa heidän mielipiteensä huomioon ottaminen hoidon suunnittelussa. Mikäli potilaalla ei ole omaisia, voi hoidon toteutus muuttua monin kerroin haastavammaksi. Omaisen läsnäolo voi kuitenkin tuoda myös haasteita, jos omainen näkee

hoitotoimenpiteet väärinä tai alistavana. Näin tapahtuessa pitää hoitohenkilökunnan panostaa myös omaisen ohjaukseen.

Muistisairaahan potilaan ravitsemukseen ja nesteytykseen tulee kiinnittää tavallista enemmän huomiota. Muistisairasta saattaa joutua muistuttamaan usein syömään annetut ateriat ja juomaan riittävästi, ja mahdollisesti myös konkreettisesti avustaa potilasta. Tämän potilasryhmän kohdalla voi olla kannattavaa kysyä tarkkaan, mistä ruoasta ja juomasta potilas erityisesti pitää ja järjestää ateriat sen mukaisesti, jotta ravitsemus ja nesteytys pysyisivät suuremmalla todennäköisyydellä kunnossa.

Unen häiriöitä hoidetaan usein uni- tai nukahtamislääkkeillä. Niiden mahdolliset haittavaikutukset saattavat kuitenkin heikentää potilaan vointia, joten lääkkeellinen unenhoidon tarpeellisuus tulisi punnita huolellisesti. Unilääkkeet lisäävät muun muassa potilaan muistivaikeuksia ja kaatumisalttiutta (Huttunen 2017).

Ympäristön järjestämiseksi turvalliseksi muistisairaalle potilaalle on keinoja, mutta varsinkin yhden hengen huoneen järjestäminen voi olla joillain osastoilla mahdotonta. Oven lukitseminen yön ajaksi saattaa aiheuttaa eettisen ongelman potilaan itsemääräämisoikeuden vuoksi.

Koska muistisairaalla potilaalla on korkeampi riski tiettyihin somaattisiin sairauksiin osastolla ollessaan, pitäisi niiden riski huomioida hoidossa. Uskon kuitenkin valitettavasti, että käytännössä potilaassa keskitytään enemmän jo olemassa olevaan sairauteen, eikä mahdolliseen tulevaan.

Muistisairaahan potilaan osastohoitoon liittyen on monia seikkoja, jotka liittyvät henkilökunnan keskinäiseen toimintaan. Muistisairaahan potilaan käytös- ja psyykinen oireilu kuormittaa henkilökuntaa. Kun joku potilas on osastolla erityisen kuormittava henkilökunnalle, saattaa potilaan hoito kärsiä. Tällaiselle potilaalle saatetaan tehdä vain kaikista välttämättömimmät hoitotoimenpiteet, ja potilaan psyykkiseen hyvinvointiin keskittyminen saattaa pahimmassa tapauksessa jäädä jopa kokonaan huomiotta. Muistisairaalle potilaalle voidaan järjestää omahoitaja, jolloin potilas saa yksilöllisempää hoitoa. Voisin kuvitella, että kustannussyiden takia tätä ei usein järjestetä. Muistisairaahan potilaan kohdalla olisi erityisen tärkeää tutustua potilaan taustoihin ja pitää henkilökunta ajan tasalla potilaan tilanteesta. Olen itse huomannut usealla osastolla, että muistisairas potilas kasvattaa henkilökunnan tarvetta kollegojen tukeen niin fyysisesti, kuin henkisesti.

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella muistisairaahan potilaan osastohoidon haastavimmat osa-alueet liittyen hyvän hoidon käytäntöihin ovat potilaan osallisuus päätöksentekoon, olennaisten terveydentilassa tapahtuvien muutosten havaitseminen, lääkehoidon tarkistus potilaan kanssa, hoidon osa-alueiden ohjaus ja ymmärtäminen, ravitsemuksen ja nestetasapainon toteuttaminen sekä omatoimisen toimintakyvyn ja liikkumisen ylläpitäminen.

Potilaan oikeuksiin liittyvät haasteet liittyvät itsemääräämisoikeuteen, tietojen antamiseen potilaalle, ihmisarvon kunnioittamiseen sekä yhteisymmärryksen toteutumiseen hoidossa. Lähes kaikkiin yllämainitsemiini haasteisiin liittyy olennaisesti se, onko potilaalla hänen asioistaan huolehtivaa omaista. Usealla muistisairailla potilaalla ei tällaista omaista ole.

Lähteet

Painetut

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Sähköiset

Atula, S., 2019. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.10.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Atula, S., 2019. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.10.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Fogg, C., Griffiths, P., Meredith, P., Bridges, J. 2018. Hospital outcomes of older people with cognitive impairment: An integrative review. International Journal of Geriatric Psychiatry. Sep; 33(9). UK. John Wiley & Sons Ltd. 1177-1197.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6099229/>

Huttunen, M. 2017. Unilääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.11.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00074

Huttunen, M. 2018. Delirium. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.11.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Hynninen, M. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>

Härmä, H., Juva, K., 2013. Alzheimerin tauti. Muistiliitto.

https://www.muistiliitto.fi/application/files/1015/1385/4659/Alzheimerin_tauti.pdf

Härmä, H., Juva, K., 2013. Otsa-ohimolohkorappeuma & siitä johtuvat muistisairaudet. Muistiliitto.

<https://www.muistiliitto.fi/application/files/9015/1263/4778/Otsa-ohimolohkorappeuma.pdf>

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 30.9.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kivunhallintatalo, 2019. Opi arvioimaan kipua. Terveyskylä. Viitattu 2.11.2020.

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Käypä Hoito -työryhmä 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.10.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/nix01594>

Käypä Hoito -työryhmä 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Parkinsonin taudin muistisairaus. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.10.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/nix01596>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilaan oikeudet. Viitattu 12.10.2020.

<https://stm.fi/potilaan->

[oikeudet#:~:text=%20Potilaan%20oikeuksia%20%201%20Hoidon%20laatu.%20Potilaalla,kanssa.%20Hoidon%20aloittamiseksi%20hankitaan%20aina%20kun...%20More%20](https://stm.fi/potilaan-oikeudet#:~:text=%20Potilaan%20oikeuksia%20%201%20Hoidon%20laatu.%20Potilaalla,kanssa.%20Hoidon%20aloittamiseksi%20hankitaan%20aina%20kun...%20More%20)

Laurea 2020. Laurea LibGuides: Etusivu. Viitattu 14.12.2020.

<https://libguides.laurea.fi/etusivu>

Lehti, A. M., Salmela, S., Vesimäki, G., Wisu-Hokkanen, C., Matila, E., Kinnunen, K. 2014. Hyvän hoidon kriteerit. Vaasan keskussairaala.

<https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/yksikot/yksikoiden-tiedostot/hoitoalan-opetus/hyvan-hoidon-kriteerit-2014.pdf>

Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L., Himberg, T., 2015. Laadullinen tutkimus. Menetelmäpolkuja humanisteille. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta. Viitattu 8.12.2020.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmäpolkuja/menetelmäpolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Muistiliitto 2017. Lewyn kappale -tauti. Viitattu 5.10.2020.

<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/lewyn-kappale-tauti>

Muistiliitto 2018. Verisuoniperäinen muistisairaus. Viitattu 1.10.2020.

<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus>

Oulun Yliopisto 2020. Tieteellisiin julkaisuihin pohjautuva arviointi: Google Scholar. Viitattu 14.12.2020.

<https://libguides oulu.fi/julkaisujenarviointi/GS>

Rantala, M. 2014. Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteiden laitos. Kuopio.

https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf

Rosenvall, A. 2016. Toimintakyvyn arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 6.11.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/nix00522>

Sotkanet 2020. Tulostaulukko. THL. Viitattu 26.11.2020.

https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1jDezNtLTNbTWNQbShgA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rAWA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

THL 2020. Muistisairaudet. Viitattu 30.9.2020.

<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

THL 2020. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 26.11.2020.

<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tuomikoski, A., Parisod, H., Oikarainen, A., Siltanen, H., Holopainen, A. 2018.

Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen -raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. Muistiliiton julkaisusarja 1/2018. Muistiliitto.

https://www.muistiliitto.fi/application/files/9515/6223/6595/Katsaus_laakkeettomat.pdf

Taulukot

Taulukko 1 Hakusanat ja tietokantahaku.....	14
Taulukko 2 Tulokset ryhmittäin	21