

Ikäihmisen delirium

Opas omaisille

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

2021

Salla Lohtander

Emilia Viinikka

Tiivistelmä

Tekijä(t) Lohtander, Salla Viinikka, Emilia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika 2021
	Sivumäärä 19	
Työn nimi Ikäihmisen delirium Opas omaisille		
Tutkinto Sairaanhoidtaja (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Akuutti24 päivystys, PHHYKY		
Tiivistelmä <p>Deliriumilla tarkoitetaan äkillistä sekavuustilaa, jota esiintyy poikkeuksellisen paljon iäkkäillä potilailla. Deliriumtilaan johtaneet syyt ja sen oireet ovat moninaisia. Delirium on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Sen tärkeimpänä hoitona on tilaa aiheuttavan syyn selvittäminen ja hoito. Joka kolmannella potilaalla esiintyy deliriumia sairaalahoidon aikana.</p> <p>Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Sen tuotoksena on tehty omaisille suunnattu opas ikääntyneen deliriumista. Oppaan tarkoituksena on antaa vastauksia mahdollisiin mieltä askarruttaviin kysymyksiin, kun läheinen on sairastunut deliriumiin ja näin lisätä omaisten tietoa aiheesta. Tietoperusta on koottu aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta etsien lähteitä eri tietokannoista. Työstä on rajattu kokonaan pois delirium tremens, joka eroaa ikääntyneen deliriumtilasta.</p> <p>Deliriumtilan tunnistaminen on haastavaa sen moninaisten syiden ja oireiden vuoksi. Tunnistamisessa omaisen rooli voi olla ratkaiseva, ja omaisia on kannustettava kertomaan havainnoistaan hoitohenkilökunnalle.</p>		
Asiasanat Delirium, äkillinen sekavuustila, ikääntynyt, omainen, opas		

Abstract

Author(s) Lohtander, Salla Viinikka, Emilia	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 19	Published 2021
Title of Publication Elderly person's delirium A guide for the close ones		
Name of Degree Registered nurse (UAS)		
Name, title and organization of the client Akuutti24, PHHYKY		
Abstract <p>This bachelor's thesis has been made as a functional guide for families of delirium patients. The main goal for this project was to make a complete guide for families of elderly delirium patients. The meaning of this guide is to both answer common questions about delirium and educate the close ones of the patient who has been diagnosed with delirium. The information for this guide has been searched from different databases and various resources, which are related to delirium, have been used.</p> <p>The state of delirium is challenging to diagnose since it is hard to notice for various symptoms and reasons. Detecting symptoms and reporting them to healthcare staff is important and crucial. It is also essential that the families of delirium patients are encouraged to tell the staff about their observations.</p>		
Keywords Delirium, sudden state of confusion, elderly person, close ones, guide.		

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Delirium	1
2.1	Syntymekanismi	1
2.2	Tunnistaminen ja oirekuva	2
2.3	Ennuste	5
3	Deliriumin hoito.....	6
3.1	Ennaltaehkäisy	6
3.2	Lääkkeetön hoito.....	7
3.3	Lääkehoito.....	8
4	Opinnäytetyön toteutus	10
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	10
4.2	Deliriumopas omaisille	10
4.3	Palautekysely ja kyselyn tulokset	11
5	Pohdinta	13
5.1	Johtopäätökset.....	13
5.2	Eettisyys ja luotettavuus	13
5.3	Prosessin arviointi	14
5.4	Jatkotutkimusaiheita	14
	Lähteet	15

Liitteet

Liite 1. CAM-testi

Liite 2. Deliriumopas omaisille

1 Johdanto

Delirium mielletään usein päihteiden käyttäjiin. Delirium oireyhtymä on sekavuustila, jota esiintyy poikkeuksellisen paljon vanhuspotilailla. Sekavuustilaoireyhtymä poikkeaa yleisesti tiedossa olevasta vieroitusdeliriumista, sekä hoidollisesti että sen aiheuttajista. Etenkin vuodeosastoilla deliriumin esiintyvyys on suurta, mutta delirium näyttäytyy suuresti myös päivystyspoliklinikoilla. (Laurila 2017.) Delirium on vaikea tunnistaa ja diagnosoida sen moninaisten oireiden vuoksi. Usein tila sekoitetaan muistisairauksiin tai masennukseen sekä psykoosiin. Deliriumtila itsessään lisää kuolleisuutta ja altistaa toimintakyvyn heikentymiselle. Akuutin sairaalahoidon aikana deliriumia esiintyy joka kolmannella potilaalla. (Kangas ym. 2018.)

Tulevaisuudessa väestön ikääntyessä deliriumtila tulee yleistymään, ja se tulee olemaan merkittävästi enemmän esillä kuin nyt (Helin & Orre 2017). Lääkäri diagnosoi potilaan, hoitaja on avainasemassa potilaan oireiden havainnoimisessa ja tilan tunnistamisessa. Myös iäkkään potilaan läheisten haastattelu on tärkeää, jotta päästään deliriumin jäljille. (Laurila 2017.)

Läheisen sairastuminen voi olla vaikeaa ja raskasta. Sairauden keskellä voi olla haastavaa ymmärtää mistä on kysymys ja mikä on johtanut sairastumiseen (Mielenterveystalo). Opinäytetyön tarkoituksena on lisätä omaisten tietoa ikäihmisten äkillisestä sekavuustilasta, kun läheinen on sairastunut deliriumiin. Tavoitteena on tehdä aiheesta selkeä ja ymmärrettävä opas omaisille. Opas omaiselle on toteutettu toiminnallisena opinäytetyönä yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän päivystyskeskus Akuutti24:n kanssa.

Akuutti24 on Päijät-Hämeen keskussairaalan yhteydessä toimiva yhteispäivystyskeskus. Se on yksi Suomen suurimpia ympärivuorokautisesti toimivia yksiköitä. Kuukausitasolla Akuutti24 hoitaa noin 8 000 potilasta ja siellä työskentelee yli sata lähi- ja sairaanhoitajaa. (Akuutti24 2017.) Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä tuottaa terveydenhoitopalveluja yli 200 000 asukkaalle (PHHYKY 2020). Päivystyksessä hoidetaan potilaat, joiden tutkimista ja hoitoa ei voida turvallisesti siirtää seuraavalle arkipäivälle tai omaan terveyskeskukseen tehtäväksi. Päivystykseen saavuttaessa kaikille potilaille tehdään hoidontarpeen arviointi ja heidät hoidetaan heidän sairautensa vaatimassa kiireellisyysjärjestyksessä. Päivystyksessä hätätilapotilaat ja kiireelliset tapaukset hoidetaan kiireellisyysluokitusten mukaan ensin. (Akuutti24 2017.)

2 Delirium

2.1 Syntymekanismi

Deliriumilla eli sekavuustilalla tarkoitetaan äkillistä sekavuustilaa ja aivojen vajaatoimintaa, jonka voivat aiheuttaa erilaiset elimelliset tekijät ja sairaudet (Huttunen 2018). Deliriumin uskotaan liittyvän hermojen välittäjäaineiden epätasapainoon (Hautamäki 2006). Sekavuustilassa henkilön tajunnan taso, tarkkaavaisuus ja huomiokyky ovat heikentyneet. Deliriumille on ominaista, että se kehittyy lyhyessä ajassa, muutamasta tunnista yhteen vuorokautteen. (Huttunen 2018.) Deliriumia esiintyy yleisimmin iäkkäillä, jotka ovat sairastuneet äkillisesti. Deliriumin esiintyvyys yleissairaaloissa on esitetty olevan 10–30 %. (Laurila 2017.) Sisätautien osastoon verraten deliriumia esiintyy vielä enemmän päivystys-, leikkaus- ja tehohoitopotilaiden joukossa (Laurila 2016).

Iäkkäillä on usein äkillisen sairauden lisäksi myös muita sairauksia ja geriatriasia oireyhtymiä. Usein akuutin sairauden taustatekijöitä ovat diagnosoimattomat sairaudet sekä oireyhtymät, joiden oireet ovat jääneet huomioimatta. Yleisimmin alidiagnosoituja ovat delirium ja dementia. (Kangas ym. 2018.) Dementian tiedetään olevan yksi yleisimmin deliriumille altistava tekijä (Strandberg 2013). Muistisairaus itsessään altistaa sairaalahoitossa kehittyvälle deliriumille. Muistisairaalta delirium jää yleensä diagnosoimatta, koska deliriumin oireet liitetään muistisairauden taudinkuvaan. (Kangas ym. 2018.) Deliriumin diagnosoiminen muistisairaudeksi on potilaan parantumisen kannalta kohtalokasta, koska silloin perussairaus ei tule hoidetuksi. (Strandberg 2013). Deliriumin oireet tulevat yleisimmin esiin itse potilaskontaktissa, mutta lievemmat oireet jäävät monesti huomioimatta. Esimerkiksi hiljainen delirium saattaa usein jäädä huomaamatta, vaikka on yhteydessä jopa huonompaan ennusteeseen potilaan kohdalla. (Kangas ym. 2018.) Läheiseltä saadut esitiedot voivat paljastaa deliriumin, myös vaikeasti käytösoireilevalta potilaalta (Laurila 2017).

Delirium johtuu keskushermoston toiminnan häiriöstä (Huttunen 2018). Ikäihmisen sekavuustila tarkoittaa kognitiivisten toimintojen kokonaisvaltaista häiriötilaa (Laurila 2016). Riskitekijät deliriumin kehittymiselle voidaan jakaa akuutista sairaudesta kehittyvään, potilaasta johtuviin sekä hoidosta tai ympäristöstä johtuviin syihin (Hautamäki 2006). Deliriumin taustalla voivat olla hyvin monet erilaiset sairaudet, nestetasapainon häiriöt, leikkausten jälkitilat, myrkytykset, alkoholi ja muut päihteet tai niiden äkillinen lopettaminen (Huttunen 2018). Sekavuuden taustalla voi olla hoidettavissa oleva erillinen syy, esimerkiksi virtsatie-tulehdus, aivotapahtuma, maksan tai munuaisten vajaatoiminta tai suolatasapainon häiriö. Lääkkeiden lopettaminen ja annosmuutokset voivat myös olla syynä sekavuudelle. (Terveyskylä 2018.)

Ikäihmisillä deliriumia laukaisevia tekijöitä voivat olla myös hengitysteideninfektiot, sydäninfarkti, rytmihäiriöt, elektrolyyttihäiriöt sekä erilaiset traumat (Laurila 2017). Deliriumille altistavia fyysisiä tekijöitä ovat mm. korkea ikä, yleiskunnon heikkous, aikaisemmat aivovauriot, lääkkeiden ja päihteiden käyttö sekä näön ja kuulon heikentyminen. Stressi, kipu ja univaje voivat toimia myös laukaisevana tekijänä. (Huttunen 2018.) Ikääntymisen lisäksi deliriumille altistavat potilaan keskushermostoa rappeuttavat tai sen metaboliaa heikentävät tekijät kuten aliravitsemus, anemia sekä matala verensokeri (Laurila 2017). Hoidosta tai ympäristöstä johtuvia laukaisevia tekijöitä voivat olla sedatiivien tai opiaattien käyttö, vuodelepo esim. lepositeiden käyttö, hengityslaitteiden käyttö, sekä meluisa ja levoton ympäristö (Hautamäki 2006). Nuorilla deliriumin esiintyvyys aiheutuu yleensä vakavista sairauksista kuten sepsiksestä tai autoimmuunisairaudesta (Laurila 2017). Deliriumin riski lisääntyy mitä useammalle riskitekijälle ihminen altistuu. Kolmelle tai useammalle riskitekijälle altistuminen nostaa deliriumin todennäköisyyden 60 %: iin tai sitä suuremmaksi. (Hautamäki 2006.)

2.2 Tunnistaminen ja oirekuva

Deliriumtilan tunnistaminen edellyttää potilaan säännöllistä arviointia. On tärkeää kiinnittää huomiota muutoksiin potilaan käyttäytymisessä, orientaatioissa eli ajan ja paikan hahmottamisessa sekä muistitoimintaan. Yhtenä tärkeimpänä oireena voidaan pitää tarkkaavaisuuden häiriötä. (Jämsen 2017a.) Tarkkaavaisuuden häiriön tunnistamiseen voidaan käyttää kuukausien tai viikonpäivien luettelemista takaperin. Testi on havaittu tutkimuksessa parhaaksi deliriumin seulontatestiksi. (Kangas ym. 2018.) Deliriumtilaan viittaavana tekijänä voidaan pitää, että potilas ei pysty keskittymään kuukausien luettelemiseen takaperin tai hän pääsee kuukausissa puoleen väliin (Jämsen 2017a). Deliriumseulonnassa poikkeavan testituloksen saaneiden kohdalla tulee arvioida, täyttyykö muut deliriumin kriteerit (Kangas ym. 2018). Normaali suoriutuminen kuukausien luettelemisessä puhuu vahvasti deliriumtilaa vastaan (Jämsen 2017a). Testi kuukausien luettelemisesta takaperin on todettu toimivaksi ja nopeaksi seulonnaksi myös yliopistollisessa sairaalassa (Kangas ym. 2018).

Deliriumin tunnistamiseen suositellaan käytettäväksi Confusion Assessment Method-testiä (Kuvio 1) (Jämsen 2017a). CAM-testi deliriumin diagnosoimiseen on kehitetty vuosina 1980–1990. Menetelmän tarkoituksena oli nopeuttaa sekä myös tarkentaa deliriumtilan tunnistamista, myös ei psykiatrian koulutusta omaavilta klinikoilta luotettavalla toimintatavalla. Testistä on tullut laajasti käytetty työkalu deliriumin tunnistamiseen maailmanlaajuisesti luotettavuuden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Testiä on käännetty yli kuudelle eri kielelle. (Sharon & Inouye 2014.) CAM-testi on kehitetty sairailta vanhuksilla yleisen sekavuusoireyhtymän tunnistamiseen. Sen avulla voidaan parantaa deliriumin diagnosoimista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014). Testin mukaan potilas voidaan luokitella deliriumiin mikäli 1–2 pääkohdat

täyttyvät ja sen lisäksi joko numero 3 tai 4. (Jämsen 2017a). Potilaat, jotka eivät pysty puhumaan, kommunikoimaan tai ovat tehohoidossa on kehitetty oma CAM-ICU-testi. CAM-ICU-testillä voidaan arvioida luotettavasti dementoituneen potilaan delirium, huomioimalla kumminkin dementian vaikeusaste ja potilaan kognitiokyky. (Wesley 2010.)

1. Äkillinen alku ja vaihteleva oireiston kulku	Äkillinen alku tarkoittaa oireiden kehittymistä tunteissa tai muutamassa päivässä. Muistisairaudet tai masennus eivät ala näin nopeasti. Deliriumin kulku on vaihteleva: oireiden vaikeus vaihtelee ja ne voivat olla välillä kokonaan poissa. Äkillisen alun ja vaihtelevan oireiston kulun havaitseminen edellyttää riittäviä tietoja potilaan tuntevilta henkilöiltä (omaiset, hoitaja) ja potilaan seuranta.
2. Tarkkaavaisuuden häiriö	Potilaan on vaikea keskittää ja ylläpitää huomiota. Hänen on vaikeuksia keskittyä tekeillä olevaan asiaan ja pysyä puhutussa asiassa. Tarkkaavaisuustestinä voidaan käyttää esim. viikonpäivien tai kuukausien luettelemista takaperin.
3. Hajanainen ajattelu	Potilaan ajattelu on hajanaista ja sekavaa. Puhe on harhailevaa tai asiaankuulumatonta, ajatustenvirta epäselvää tai epäloogista tai potilas siirtyy ennakoimattomasti asiasta toiseen.
4. Poikkeava vireystila	Hyperaktiivisessa deliriumissa potilas on levoton ja säpsähtelevä, hypoaktiivisessa deliriumissa apaattinen, unelias, nukahteleva tai tajuton.

Kuvio 1. Confusion Assessment Method (Jämsen 2017a).

Delirium voidaan jakaa kahteen eri päämuotoon, jotka ovat hyperaktiivinen muoto sekä hypoaktiivinen muoto. Kolmantena deliriumin muotona voidaan pitää molempien päämuotojen oireiden esiintymistä potilaalla. Tätä deliriumin tyyppiä voidaan kutsua sekamuotoiseksi deliriumiksi. (Laurila 2017; Hautamäki 2006.) Hyperaktiivinen muoto on tunnistettavampi muoto, jonka oireina on levottomuus, aggressiivisuus ja unettomuus (Laurila 2016). Hyperaktiivisessa muodossa ilmenee myös hoitokielteisyyttä, voimakkaita pelkotiloja sekä myös huutamista (Laurila 2017). Tutkimustulosten perusteella hyperaktiivinen delirium muoto on vähiten esiintyvä muoto ikäihmisillä (Hautamäki 2006). Hypoaktiivisessa muodossa potilas on vaikeasti heräteltävissä, poikkeavan unelias ja liikkeiltään hidastunut (Laurila 2017). Hypoaktiivista muotoa voidaan kutsua myös hiljaiseksi deliriumiksi (Kangas ym. 2018). Oireitymisen vaihtuva oirekuva ja niiden vaihtelu hankaloittavat tunnistamista. Hypoaktiivinen

muoto jää usein tunnistamatta ja se diagnosoidaan monesti muistisairaudeksi tai depressioksi. Lisäksi oireet voidaan myös sekoittaa psykoosiin. (Laurila 2017.) Hypoaktiivinen delirium on tutkimusten mukaan yleisin ikäihmisten deliriumissa esiintyvä muoto (Hautamäki 2006).

Oireet voivat voimakkuudeltaan vaihdella suuresti saman vuorokauden aikana, ja potilas voi olla ajoittain täysin oireeton (Huttunen 2018). Oireet ovat yleensä voimakkaammillaan ilt- sekä yöaikoina (Strandberg 2013). Henkilö, joka voidaan luokitella sekavaksi ei kykene kohdistamaan huomiota yhteen asiaan. Henkilön ajattelu on epäloogista ja puhe voi olla harhailevaa. Hän tulkitsee ympäristön tapahtumia väärin, ja hänellä ilmenee illuusioita, halusinaatioita sekä myös deluusioita. (Huttunen 2018.) Deliriumissa harhat ovat yleensä näköharhoja, poiketen psykoosissa yleensä ilmaantuvista kuuloharhoista (Strandberg 2013). Unirytmii sekä orientaatio aikaan ja paikkaan ovat häiriintyneet. Potilaalla voi ilmetä myös pelkotiloja. (Huttunen 2018.) Sekavuus voi ilmetä joko kiihtyneisyytenä tai myös toiminnan hidastumisena (Terveyskylä 2018). Autonomisen hermoston toiminta on kiihtynyt sekavuuden vuoksi. Tämän johdosta potilas hikoilee ja sydämen syke on kiihtynyt, verenpaine ja lämpötila ovat kohonneet ja silmän mustuaiset laajentuneet. (Huttunen 2018.)

Viidennes Suomen päivystyspoliklinikoiden potilaista on ikäihminen, yli 75-vuotiaita. Kyseinen potilasryhmä on haasteellinen, ja heidän hoitoonsa kohdistuu enemmän aikaa ja resursseja verraten muihin ikäryhmiin. (Helin & Orre 2017.) Ikäihmisen päivystyskäynnin yleisimpiä syitä ovat viisi d-kirjainta sekä neljä i-kirjainta: d-kirjaimet ovat dementia, delirium, depressio, drugs (huumeet), ja dehydraatio (elimistön kuivuminen) ja i-kirjaimet infektio, iskemia/infarkti, insuffisienssit (vajaatoiminnat) ja intoksikaatio (myrkytys). Noin 80 prosentilla päivystyksen iäkkäämmistä potilaista on todettavissa geriatria oireyhtymiä, muistiongelmia joka neljännellä, delirium tai depressio joka kuudennella, painonlaskua joka viidennellä ja kaatumisia joka kolmannella. (Jämsen 2017b.)

Omaisten tai läheisten hyvä haastatteleminen potilaan ensitilasta voi jo itsessään paljastaa deliriumin vaikeasti käytösoireilevalta ikäihmiseltä. Huomiota tulee kiinnittää ensiarviota tehdessä etenkin tarkkaavaisuuden häiriöön sekä oireiden alkuun ja kulkuun. (Laurila 2017.) Yleistilan lasku on yksi yleisin ja haasteellisin iäkkäiden potilaiden päivystyskäyntien syistä, ja on monen tekijän summa. Päivystyksessä käytettävä ensitilanteen luokittelutiedot (Triage-luokitukset) tunnistavat ikäihmisten terveyttä uhkaavat hätätilanteet huonosti, joten lääkärin tilannearvioon tulisi päästä nopeasti. Päivystyskäynnin pitkittyminen altistaa sekavuudelle, kuivumiselle ja vajaaravitsemukselle, jotka voivat itsessään jo edesauttaa deliriumin syntymistä. (Jämsen 2017b.)

2.3 Ennuste

Deliriumista ei välttämättä palaudu täysin ennalleen ja usein toipuminen voi kestää jopa kuukausia (Laurila ym. 2015). Deliriumoireita voi toipumisen jälkeen esiintyä kuukausienkin kuluttua. Sairautta edeltävä normaali toimintakyky voi jäädä kokonaan saavuttamatta (Laurila 2012). Deliriumista toipuneilla on merkittävästi suurentunut riski uuden muistisairauden kehittymiseen, pysyvään toimintakyvyn laskuun sekä jopa pysyvään laitoshoitoon päätymiseen. Keskimäärin 40 % deliriumoireista kärsineistä on joutunut jo 1–2 vuoden seurannassa pysyvään laitoshoitoon. Toisinaan deliriumin on todettu olevan ensimmäinen merkki kehityksessä olevasta etenevästä muistisairaudesta. Toipumisvaiheen jälkeen, eli noin 6–12 kuukauden kuluttua, deliriumista toipuneet iäkkäät tulisi ohjata muistiselvityksiin, jotta myöhemmin mahdollisesti kehittyvän muistisairauden diagnostiikka ja hoito ei viivästyisi. Esimerkiksi MMSE-testin tai CERAD-kyselyn avulla voi selvittää muistihäiriöitä. Jatkotutkimukset ovat tarpeen, mikäli muistitestissä esiintyy jotain poikkeavaa. Akuutin sairauden aikana tavanomaisia muistitutkimuksia ei kuitenkaan ole syytä tehdä, koska ne saattavat antaa valheellisesti huonon tuloksen. (Laurila ym. 2015, 229; Kangas ym. 2018.) Omaisten informointi ja tukeminen ovat myös tärkeitä (Laurila 2017).

Deliriumpotilailla ennuste on huono. Ennuste riippuu sekä sekavuustilan aiheuttajasta, että potilaan lähtötilanteesta. Noin joka neljäs geriatrisista deliriumpotilaista kuolee puolen vuoden sisään oireiden alkamisesta. Heillä delirium on merkki taustalla olevista vakavista perussairauksista, mutta deliriumin on osoitettu olevan myös kuolleisuuden itsenäinen selittäjä. (Laurila ym. 2015, 229; Laurila 2017.)

3 Deliriumin hoito

3.1 Ennaltaehkäisy

Deliriumin ennaltaehkäisyssä ei ole selkeää yhtenäistä linjaa. Ennaltaehkäisyn tärkeänä osana voidaan nähdä riskitekijöiden tunnistaminen ja niiden nopea korjaaminen. (Hautamäki 2006.) Ennaltaehkäisyä voidaan pitää toimintakyvyn säilyttämistä sairaalahoidon aikana. Sairaalahoitoon liittyvällä toimintakyvyn heikentymisellä tarkoitetaan avun tarpeen kehittymistä tai lisääntymistä päivittäisissä toiminnoissa akuuttiin sairauteen liittyvän sairaalahoidon aikana. Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä arkielämän toiminnoista omassa elinympäristössä. (Jämsen ym. 2015.) Kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn kuuluvat ihmisen fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (Wuorela & Viikari 2019). Ikääntyneen kohdalla toimintakyvyn säilyttäminen on tärkeää avun tarpeen, ympärivuorokautisen hoidon tarpeen ja kuolleisuuden ennustetekijä. Toimintakyky antaa lisäksi kuvan eri sairauksien, erityisesti muistisairauksien, vaikeusasteesta. (Jämsen ym. 2015.)

Äkillinen sairastuminen ja sairaalahoitoon joutuminen voivat tuoda jo alkaneet toimintarajoitteet näkyviksi (Kerminen ym. 2019). Toimintakyky kartoittaa samanaikaisten sairauksien vaikutusta arkielämään (Jämsen ym. 2015). Riittävän ajoissa aloitetulla oireiden ja sairauksien hoidolla sekä kuntoutuksella, voidaan ennaltaehkäistä ja hidastaa toimintarajoitteiden syntyä (Kerminen ym.2019). Sairaalahoitoon liittyvän toimintakyvyn heikentymisen ennuste on huono: noin kolmanneksella se jää pysyväksi, ja kuolleisuus vuoden seurannassa on jopa 41 prosenttia. Suurin riski joutua uudelleen sairaalahoitoon on potilailla, joiden toiminnanvajeen kehittymistä ei ole huomattu. (Jämsen ym. 2015.)

Toimintakyvyn säilyttämisessä pääasia on, että henkilö tekee itse ne toimet, joihin hän on ennen sairaalahoitoa kyennyt (Jämsen ym. 2015). Deliriumia ennaltaehkäisevä keino on varhainen mobilisaatio (Hautamäki 2006). Liikkumattomuus heikentää toimintakykyä huomattavasti. Mitä vähäisempää mobilisaatio sairaalahoidossa on, sitä suurempi riski toimintakyvyn heikentymiselle muodostuu. (Jämsen ym. 2015.) Akuutin sairastumisen myötä potilaiden aktiivisuus laskee terveydentilan takia, minkä vuoksi hyväkuntoisetkin potilaat viettävät tarpeettoman paljon aikaa vuodelevossa (Kerminen ym. 2019). Sairaala ja päivystykset ovat jo itsessään passivoivia ympäristöjä, ja monet potilaat sekä myös omaiset omaksuvat nopeasti hoidon kohteen roolin. Ikäihmisillä lihaskato on nopeampaa kuin nuoremmilla potilailla. (Jämsen ym. 2015.)

Aistivajeet vaikeuttavat liikkumista sekä altistavat deliriumin kehittymiselle (Jämsen ym. 2015). Deliriumia voi ennaltaehkäistä turvaamalla potilaalle hänen tarvitsemansa apuväli-

neet normaaliin arkeen esim. silmälasit ja kuulokojeet. Uni- ja vuorokausirytmien ylläpitäminen ennaltaehkäisevät deliriumin syntymistä. (Hautamäki 2006.) Orientaation säilyttämiseksi voi potilaan läheisyyteen sijoittaa kellon, kalenterin ja läheisen valokuvan (Laurila 2012). Myös riittävä valaistus auttaa ajan- ja paikantajun ylläpitämisessä sekä ennaltaehkäisee deliriumin kehittymistä (Jämsen ym. 2015).

Deliriumia ennakoivana tekijänä voidaan pitää myös joidenkin lääkkeiden käyttöä (Strandberg 2013). Vasta aloitettujen lääkkeiden vaikutus deliriumin syntymiseen tulee huomioida (Laurila 2012). Akuutin sairauden ohella myös lääkehaitat ovat yleisiä, mutta ne jäävät päivystyksessä usein huomioimatta (Jämsen 2017b). Potilaan lääkitys tulee arvioida aina kriittisesti ja polyfarmasia eli monilääkitys mahdollisuuksien mukaan lopettaa (Laurila 2012). Lääkehoitoa arvioidessa tulee kiinnittää huomiota iäkkäille haitallisiin lääkkeisiin (Jämsen ym. 2015). Erityisesti deliriumia tyypillisesti altistavia ja laukaisevia lääkkeitä ovat mm. parkinson-lääkkeet, epilepsia lääkkeet, sytostaatit, trisykliset masennuslääkkeet, sedatiiviset antihistamiinit, monet virtsankarkailun hoitoon tarkoitetut lääkkeet sekä lihasrelaksantit. Kyseiset lääkkeet ovat yleisesti iäkkäillä käytössä olevia lääkkeitä. (Laurila 2017.)

3.2 Lääkkeetön hoito

Delirium on hoitamattomana hengenvaarallinen tila (Huttunen 2018). Oireiden hoidossa tärkeintä on keskittyä lääkkeettömään hoitoon (Laurila 2012). Ikäihmisillä on usein monia erilaisia altistavia sekä laukaisevia tekijöitä, joten yleisimmin ensimmäisen tekijän hoito ei useinkaan riitä deliriumin hoitamiseen (Laurila 2017). Oireiden syntyessä on mentävä vuorokauden kuluessa lääkärin vastaanotolle terveyskeskukseen tai sairaalan päivystyspoliklinikalle (Huttunen 2018). Deliriumin hoito voidaan jakaa aiheuttajien hoitoon, yleishoitoon ja komplikaatioiden estoon (Laurila 2017).

Deliriumin tärkeimpänä hoitona on tilaa aiheuttavan syyn selvittäminen ja hoito (Huttunen 2018). Hoidossa tärkeää on korjata ensisijaisesti elintoiminta- ja metaboliset häiriöt (Hautamäki 2006). Äkillinen sairaus, kuten myös muut henkilön terveydentilaa ja toimintakykyä uhkaavat tekijät, on hoidettava heti. Samalla on silti huomioitava muut päivystyskäynnin taustalla olevat syyt. Tilanteen heikentyminen ja uusien päivystyskäyntien lisääntyminen kasvavat entisestään, mikäli taustatekijöitä potilaan tilasta ei huomioida. (Jämsen ym. 2015.) Päivystyksessä on tärkeää todeta kriittiset sairaudet sekä tunnistaa potilaat, joilla on suuri riski toimintakyvyn ja terveydentilan heikentymiseen. Potilaan näkökulmasta päivystyskäyntiin on aina jokin syy, vaikka kaikkia ongelmia ei pystyittäisikään hoitamaan. (Jämsen 2017b.)

Akuutisti sairastuneen ikäihmisen hoito edellyttää aktiivista, kokonaisvaltaista ja kuntouttavaa työtä lääkehoitoa sekä hoitohenkilöstöltä. Tarpeetonta sairaalahoitoa tulisi välttää ikäihmisten kohdalla. Tärkeimmät syyt ikäihmisen päivystykseen hakeutumiselle ja sairaalahoitokäynnille ovat sydän- ja verisuonisairaudet, infektiotaudit sekä kaatumisesta aiheutuneet traumat. Akuutin sairauden vuoksi päivystykseen tulevista joka kuudes on yli 65-vuotias ja joka kolmas yli 80-vuotias. (Jämsen ym. 2015.) Ikäihmisistä, jotka ovat täyttäneet 85-vuotta, heistä lähes puolet tarvitsevat sairaalahoitoa vuosittain (Wuorela & Viikari 2019). Väestön ikääntyessä iäkkäiden potilaiden määrä ja suhteellinen osuus päivystyspotilaista kasvavat (Jämsen ym. 2015).

Sairastunut tarvitsee vastasyntyneeseen verraten yhtä paljon hoitoa ja huolenpitoa, koska hän ei kykene huolehtimaan itsestään. Deliriumia sairastavan ikäihmisen nesteytyksestä, ravinnosta ja hapensaannista on huolehdittava. (Laurila 2016.) Sairalahoidon aikana riittävän proteiinin- ja energiansaannin turvaamiseksi on hyvä käyttää runsas energisiä aterioita, potilaan lempiruokia ja proteiinia sisältäviä täydennysravintovalmisteita. (Laurila ym. 2015, 223; Jämsen ym. 2015.) Potilaan ympäristö tulisi rauhoittaa (Laurila 2012). Turvallinen ympäristö ja tutut läheiset tai hoitavat henkilöt vähentävät sekavuutta (Jämsen 2017b). Potilasta pyritään palauttamaan todellisuuteen kertomalla missä hän on ja miksi (Strandberg 2013). Tutut tavaramerkkejä sairastuneen omasta kodista auttavat deliriumia sairastavaa orientoitumaan paikkaan ja aikaan (Huttunen 2018). Läheisten hyödyntäminen sairaalahoitossa on varsin vähäistä tai heidän osallistumistansa potilaan hoitoon on vierastettu. Muistisairaana kohdalla tutun ihmisen läsnäolo voi vähentää jo merkittävästi sekavuutta ja helpottaa hoitotoimien sujuvuutta. (Laurila ym. 2015, 223; Jämsen ym. 2015.)

3.3 Lääkehoito

Deliriumin oireiden hoidossa on käytettävä ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitokeinoja (Laurila 2012). Ainoastaan vaikeasti oireilevat potilaat, joilla esiintyy mm. voimakasta ahdistusta tai epämiellyttäviä harhoja, tarvitsevat deliriumoireita lievittävää lääkehoitoa. Lääkehoito tulee aloittaa antipsykoottisilla lääkkeillä koska deliriumoireet ovat psykoottisia. Aloitus tehdään pieninä annoksina. (Laurila 2016.) Neurolepteja ja anksiolyyttejä on perinteisesti käytetty deliriumoireiden hallintaan, mutta näyttöä niiden ennustetta parantavasta vaikutuksesta ei ole. Haloperidoli on aiemmin ollut peruslääke deliriumoireisiin ja se on edelleen käyttökelpoinen kiihtyneiden ja levottomien potilaiden hoidossa, kun tarvitaan nopeaa oireenmukaista hoitoa. Sen suurimpana haittana ovat ekstrapyramidaalioireet (pakkoliikkeet), etenkin iäkkäillä ja erityisesti muistisairailta. (Laurila ym. 2015, 227–228.)

Etenkin ikääntyneiden potilaiden deliriumoireiden hallitsemisessa käytetään nykypäivänä haloperidolin sijasta niin sanottuja atyyppisiä antipsykootteja (toisen polven psykoosilääkkeet), joita ovat risperidoni, olantsapiini, ketiapiini ja tsiprasidoni. Kyseisten lääkkeiden käyttöön liittyy pienempi ekstrapyramidaalioireiden riski verrattuna haloperidoliin. (Laurila ym. 2015, 227–228; Huttunen 2017.) Näitäkin lääkkeitä suositellaan käytettävän vain silloin, kun tarvitaan levottoman potilaan rauhoittamista. Bentsodiatsepiinit ovat käyttökelpoisia vain antipsykootin ohessa vaikeasti hallittavan hyperaktiivisen deliriumin oireiden hillinnässä, mutta hitaan puoliintumisaikansa ja kumuloitumisriskin takia diatsepaami ei sovi iäkkäille lainkaan. (Laurila ym. 2015, 227–228.) Useimmat deliriumpotilaat tarvitsevat lisäksi unilääkkeen tukemaan vuorokausirytmää (Strandberg 2013).

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu työelämälähtöiseen toimeksiantoon (Jyväskylän ammattikorkeakoulu). Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena opiskelija tekee tuotoksen, joka voi olla esimerkiksi perehdytyskansio, malli, esite tai opas. Toiminnallisen opinnäytetyön luonteeseen kuuluen, oppaan laatiminen edellyttää työn eri vaiheissa mukana olevia toimijoita. (Salonen 2013, 5–6.) Työn toteutustavan määrittävät toimeksiantaja ja kohde-ryhmä (Saastamoinen ym. 2018). Toimeksiantajan ehdotuksesta päätimme toteuttaa omaisille suunnatun deliriumoppaan.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallinen osuus sekä opinnäytetyön raportti. Raportti sisältää opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen, opinnäytetyöprosessin kuvauksen ja arvioinnin sekä perustelut tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 84; Saastamoinen ym. 2018.)

4.2 Deliriumopas omaisille

Opinnäytetyöprosessi etenee lineaarisen mallin mukaan, joka on esitetty Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön -oppaassa. Lineaarinen malli on kaavamainen, perättäisinä vaiheina etenevä malli, jossa työskentelyvaiheet seuraavat toisiaan laaditun suunnitelman mukaisesti. Lineaarisen mallin mukaan työskentely etenee suunnittelun, toteutuksen ja prosessin päättämisen jälkeen loppuarviointiin. (Salonen 2013, 14–15.)

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2021 opinnäytetyön suunnittelukurssilla, jonka yhteydessä määritimme opinnäytetyön tavoitteen. Aiheeksi valikoitui ikääntyneen delirium, koska aiheesta on vähän tietoa, ottaen huomioon miten paljon deliriumia esiintyy. Teimme työllemme alustavan suunnitelman ja otimme yhteyttä toimeksiantajaan. Toimeksiantajan ehdotuksesta päätimme toteuttaa omaisille suunnatun oppaan, jonka tarkoituksena on lisätä omaisten tietoa ikääntyneen äkillisestä sekavuustilasta. Saimme toimeksiantajalta materiaalia liittyen ikääntyneen deliriumiin ja materiaalien pohjalta lähdimme pohtimaan opinnäytetyön tarkempaa sisältöä. Opinnäytetyön toteutusvaiheessa otimme yhteyttä toimeksiantajaan ja kartoitimme aiheita oppaan sisältöön liittyen, jotta oppaasta tulisi omaisia palveleva. Toteutusvaiheessa kirjoitimme työn tietoperustan valmiiksi, josta oppaan sisältö rakentui. Koko prosessin ajan olimme aktiivisesti yhteydessä ohjaavaan opettajaan, joka auttoi meitä muokkaamaan opinnäytetyötä sen eri vaiheissa. Prosessin loppuvaiheessa toimitimme oppaan toimeksiantajalle arvioitavaksi ja pyysimme palautetta oppaan sisällöstä.

Potilasohjeita kirjoitettaessa tärkeintä on, että se on kirjoitettu juuri potilaalle tai hänen omaiselleen, eikä esimerkiksi toisille sairaanhoitajille tai lääkäreille. Oppaan lukija haluaa saada tietoonsa aihealueeseen liittyvää tietoa, ja ne tiedot tulisi tarjota hänelle mahdollisimman yleiskielisesti, lauserakenteiltaan ja sanastoltaan selkeästi. Jos esitystapaan ei kiinnitetä huomiota, sisällöltään mitä oivallisinkin ohje jää ymmärtämättä. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeet eivät voi koskaan olla liian selkeitä (Nummi & Järvi 2012). Mahdollisuuksien mukaan kannattaa käyttää yleiskielen sanoja, koska potilasohjeen tyypillinen lukija on maallikko (Hyvärinen 2005). Jo laatimisvaiheessa kirjalliset ohjeet tulisi antaa luettavaksi maallikoille ja kouluttamattomille, koska he osaavat parhaiten kertoa, mihin tarvitaan tarkennusta (Nummi & Järvi 2012). Hankalat ilmaukset tulisi selittää, jos aiheesta ei ole mahdollista kertoa ilman lääketieteen lyhenteitä tai termejä. Vierasperäiset sanat voidaan myös sekoittaa tai ymmärtää väärin. Potilasohjeen on oltava tekstiltään huoliteltua, jotta se on ymmärrettävä. (Hyvärinen 2005.) Silti ammattilaiset ovat taipuvaisia kuvittelemaan, että yksityiskohdattaiset ja perusteelliset kirjalliset ohjeet antavat asiasta selkeän kuvan. Ne saattavat kuitenkin sekoittaa potilasta. (Nummi & Järvi 2012.) Tekstin luettavuutta edesauttavat tekstin asianmukainen asettelu ja sivujen taitto sekä miellyttävä ulkoasu, jotka lisäävät tiedon jäsentelyä. Tarpeen mukaan asiaa voi selventää kuvilla, jos teksti itsessään ei ole tarpeeksi selkeää. (Hyvärinen 2005.)

Luettavuuden vuoksi opas on toteutettu mahdollisimman yksinkertaisessa ja helppolukuisessa muodossa. Oppaassa ei ole käytetty lääketieteellisiä termejä, koska oppaan lukija on todennäköisesti maallikko. Opas on jätetty lyhyeksi, jotta se olisi helposti lähestyttävä. Opas on luotu opinnäytetyön tietopohjan kokoamisen jälkeen ja käytetty tietopohja perustuu tutkittuun tietoon sekä Käypä hoito -suosituksiin. Oppaaseen on sisällytetty toimeksiantajalta saadut aiheet.

4.3 Palautekysely ja kyselyn tulokset

Toimitimme oppaan toimeksiantajalle sähköpostilla arvioitavaksi, kun olimme luoneet oppaasta raakaversioiden. Kysyimme sisältöön liittyen korjausehdotuksia tai lisäyksiä sekä oppaan visuaaliseen ilmeeseen mahdollisia toiveita. Tarkoituksenamme oli muokata opasta saamamme palautteen perusteella. Toimeksiantajan mielestä oppaan sisältö oli tarkoituksenmukainen. Oppaan visuaaliseen ilmeeseen emme saaneet toiveita. Käsitteeseen Akuutti24 saimme täsmennystä, ja sen korjasimme sekä opinnäytetyöraporttiin että oppaan alkusanoihin.

Oppaan visuaalista ilmettä kohennettiin prosessin lopussa. Muutoksia tehtiin oppaan kanteen, sekä otsakkeiden väriytykseen. Oppaasta luotiin yksinkertainen luettelomainen esite, jota olisi helppo jakaa omaisille.

5 Pohdinta

5.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön teoriaan peilaten voidaan todeta deliriumin olevan väestön ikääntyessä yleistymässä oleva ongelma aikaa vievien tutkimusten ja hoidon vuoksi (Kangas ym. 2018; Jämsen ym. 2015). Oppaan uskotaan parantavan omaisten tietoa oireyhtymästä, sekä auttaa omaisia ymmärtämään oireyhtymän hankala hoidettavuus ja parantumisennuste. Opas helpottaa tiedon sisäistämistä, johon omainen voi palata myöhemmässäkin hoidon vaiheessa.

Opinnäytetyön tavoite saavutettiin määrätietoisesti. Työ valmistui suunnitelmasta poiketen myöhemmin. Erityisesti panostettiin tietopohjan luomiseen sekä oppaaseen nostettavien aiheiden rajaamiseen.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Suomen ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet käyttämään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa-ohjetta. Suositusten tavoitteena on yhtenäistää ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia, edistää hyvää tieteellistä käytäntöä, ennaltaehkäistä epärehellisyttä ja omalta osaltaan kohentaa opinnäytetöiden laatua. AMK opinnäytetyön tekijän on hallittava hyvä tieteellinen käytäntö opinnäytetyöprosessissaan, tieteellisen käytännön vastuut, ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen yleiset periaatteet sekä eettisen ennakoarvioinnin lähtökohdat, tarpeellisuus ja ennakoarviointimenettely. Opinnäytetyön ohjaajan ja opiskelijan tueksi tarjotaan asiantuntija-apua erityisesti opinnäytetyösopimukseen, henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojaan. (Arene 2019.)

Tietoperustaa kerätessä on etsitty tutkittua tietoa useista tietolähteistä. Opinnäytetyön aiheeseen liittyvää lähdeaineistoa on runsaasti internetissä, joten lähdeaineiston valinnassa vaaditaan lähdekriittisyyttä. Lähdeaineistoa valitessa tulee arvioida tiedonlähteen auktoriteetti ja tunnettuus, lähteen ikä, laatu ja uskottavuus. Lähteinä tulisi käyttää mahdollisimman uusia, ajantasaisia lähteitä. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.) Opinnäytetyön tietoperustan keräämisessä on käytetty 5–10 vuotta vanhoja julkaisuja, myös vanhempia julkaisuja on käytetty.

Tutkitusta tiedosta on koottu keskeisin sisältö ja siitä on muodostettu selkeästi luettava, napakka opas deliriumiin sairastuneen läheisille. Tietokantojen käyttämiseen ja tiedonhakuun liittyen on hyödynnetty LUT-tiedekirjaston järjestämää tiedonhakuklinikkaa. Alkuperäiset tietolähteet tulee merkitä selkeästi ja ovat näin jäljitettävissä (Vilka & Airaksinen 2003,

78). Käytetyt lähteet on merkitty lähdeviitteinä tekstiin sekä lähdeluetteloon tarkasti ammatikorkeakoulumme opinnäytetyöohjeen mukaan. Opinnäytetyöprosessin alussa toimeksiantajan kanssa on allekirjoitettu LAB-ammattikorkeakoulun yhteistyösopimus. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisemia hyvän tieteellisen käytännön menettelytapoja.

5.3 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön suunnittelukurssin aikana hankimme toimeksiantajan deliriumoppaan toteuttamiseksi. Toimeksiantajalta saimme ennakkomateriaalia liittyen ikääntyneen päivystyspotilaan kognition arvioon sekä delirium ehkäisyyn päivystyspoliklinikalla ja sairaalaosastolla.

Opinnäytetyöprosessi eteni vaiheittain. Tietopohjan keräämisen jälkeen ryhdyimme valmistelemaan opasta omaisille. Ennen oppaan toteutusta kartoitimme toimeksiantajalta mahdollisia toiveita oppaan sisältöön ja aiheiden rajaamiseen. Toimeksiantajan mielestä oppaan sisältöön tulisi nostaa deliriumin ennakointi, tunnistaminen ja hoito. Opinnäytetyön tietopohjasta päätimme nostaa jokaisesta aihealueesta keskeisimmän sisällön oppaaseen. Tärkeimmiksi aihealueiksi nostimme deliriumin syntymekanismien ja oirekuvan, hoitomuodot sekä ennaltaehkäisyä.

5.4 Jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyön teoriapohjaa kerätessä huomio kiinnittyi somaattisesti sairaan ja etenkin ikääntyneiden deliriumin Käypä hoito -suositukseen. Käypä hoito -suositukset ovat suppeat verraten delirium tremensin Käypä hoito -suositukseen. Huomioiden ikääntyneiden deliriumin suuren, kasvavan ja laajan esiintyvyyden. Deliriumin syntymekanismista sekä laukaisevista tekijöistä on tehty runsaasti tutkimuksia, mutta tilan ennaltaehkäisemisessä ja hoidossa on paljon vaihtelevuutta (Hautamäki 2006; Laurila 2012). Tulevaisuudessa deliriumin ennaltaehkäisy on tärkeää, koska päivystyspoliklinikoiden potilaista suhteellisen suuri osuus on ikääntyneitä (Jämsen 2017b; Helin & Orre 2017).

Opinnäytetyön edetessä nousi esille ajatus oppaan hyödyntämisestä eri hoitoyksiköissä. Opasta olisi mahdollista hyödyntää myös somaattisilla vuodeosastoilla, koska deliriumin ensisijainen hoitopaikka tulisi olla vuodeosasto, ei päivystys. Delirium on vakava, huono ennusteinen tila, joka tulevaisuudessa väestön ikääntyessä tulee lisääntymään sairaanhoidossa. (Laurila 2017; Huttunen 2018.) Tulevaisuudessa oppaan suuntaaminen laajempaan käyttöön on tarpeellista, mutta haasteellista. Lisäämällä ikääntyneiden läheisten ja omaisten tietoa deliriumista, olisi mahdollista nopeuttaa deliriumin diagnosointia sekä parantaa ennustetta varhaisen hoitoon pääsemisen kautta.

Lähteet

Akuutti24. 2017. Viitattu 10.2.2021. Saatavissa <http://www.akuutti24.fi/>

ARENE. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosta Arene ry. Viitattu 9.9.2021. Saatavissa http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-SET%202020.pdf?_t=1578480382

Hautamäki, R. 2006. Tehohoitopotilaan delirium. Finnanest. Viitattu 29.10.2021. Saatavissa http://www.finnanest.fi/files/a_hautamaki.pdf

Helin, U. Orre, P. 2017. Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä. Lääkärilehti. Nro 44/2017. Viitattu 26.2.2021. Saatavissa [https://www.laakarilehti-fi.ezproxy.saimia.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/vanhuspotilaan-kognition-arvioiminen-osaksi-paivystyksen-kaytanta/](https://www.laakarilehti.fi.ezproxy.saimia.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/vanhuspotilaan-kognition-arvioiminen-osaksi-paivystyksen-kaytanta/)

Huttunen, M. 2017. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.11.2021. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00028>

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila. Duodecim. Viitattu 21.6.2021. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa asian perilemmen. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 11.9.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 29.10.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo10163#s3>

Laurila, J. 2016. Delirium sekoitetaan helposti dementiaan. Tehy-lehti. Viitattu 11.8.2021. Saatavissa <https://www.tehylehti.fi/fi/terveys/delirium-sekoitetaan-helposti-dementiaan>

Laurila, J. 2017. Delirium. Yleislääkäri. Nro 4/2017. Viitattu 21.6.2021. Saatavissa <https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suo-men%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=cdaff0ea-55a4-11e7-bded-00155d64030a>

Laurila, J., Pitkälä, K., Erkinjuntti, T. 2015. Sekavuustila. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Viitattu 2.9.2021. Saatavissa <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistointi/projektityo-vs-ns-toiminnallinen-tutkimuksellinen-kehittamishanke-opinnaytetyo/>

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T., Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. Lääkärilehti. 14–15/15. Viitattu 27.7.2021. Saatavissa <https://www.potilaanlaakari-lehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/>

Jämsen, E. 2017a. Äkillisen sekavuustilan (delirium) diagnosointi. Duodecim Käypä hoito. Viitattu 27.7.2021. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix00424>

Jämsen, E. 2017b. Yleistilan heikkenemisen ABC. Lääkärilehti. Nro 44/2017. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti.fi.ezproxy.saimia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/yleistilan-heikkenemisen-abc/>

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J., Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. Lääkärilehti. Nro 11/2018. Viitattu 26.2.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.saimia.fi/tieteessa/alkuperaistutki-mukset/muistin-ja-tarkkaavaisuuden-hairioiden-seulonta-sairaalassa-on-aiheellista/>

Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P., Havulinna, S. 2019. TOIMIA-suositukset. Terveysportti. Viitattu 18.10.2021. Saatavissa https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=tms00051

Mielenterveystalo. Tietoa sairastuneen läheiselle. Terveyskylä. Viitattu 21.10.2021. Saatavissa https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/myos_laheinen_tarvitsee_tukea.aspx#ongelman_selvittelyvaihe

Nummi, V., Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti. Viitattu 30.10.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-potilasohje-on-osa-toipumista/>

PHHYKY. 2020. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Yhtymä. Viitattu 22.8.2021. Saatavissa <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/>

Saastamoinen, M., Vähä, T., Ypyä, J., Alahuhta, M., Päätaalo, K. 2018. Toiminnallisen opinnäytetyön oppimiskokemukset. Oulun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.9.2021. Saatavissa <http://www.oamk.fi/epooki/2018/toiminnallinen-opinnaytetyo/>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.9.2021. Saatavissa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

- Sharon, K., Inouye, M.D. 2014. The Confusion Assessment Method. Hospital Elder Life Program. Viitattu 29.10.2021. Saatavissa [http://www.hospitalelderlifeprogram.org/uploads/disclaimers/CAM_Training_Manual_\(Long_CAM\)_9-23-14.pdf](http://www.hospitalelderlifeprogram.org/uploads/disclaimers/CAM_Training_Manual_(Long_CAM)_9-23-14.pdf)
- Strandberg, T. 2013. Vanhuksen sekavuus ja sen hoito. Viitattu 31.8.2021. Saatavissa <https://www.gernet.fi/artikkelit/1301/vanhuksen-sekvauustila-ja-sen-hoito>
- Terveyskylä. Sekavuus. Viitattu 27.7.2021. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/palliativimentalo/oireiden-hoito/oireet/sekavuus>
- Terveysportti. 2014. Tunnistatko vanhuksen deliriumin. Viitattu 29.10.2021. Saatavissa https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=23&p_artikkeli=uux17332
- Terveysportti. 2018. CAM-testi. Viitattu 29.10.2021. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/dtk/loma/koti>
- Vilkka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Wesley, E. 2010. Confusion Assessment Method for the ICU. Vanderbilt University. Viitattu 29.10.2021 Saatavissa http://tetaf.org/wp-content/uploads/2016/03/CAM_ICU_training.pdf
- Wuorela, M., Viikari, L. 2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. Duodecim. Viitattu 18.10.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo15095>

Liite 1. CAM-testi

CAM-testi

1. Äkillinen alku ja vaihteleva oireiston kulku

Tämä selvitetään tavallisesti omaiselta tai hoitajalta. Tarvitaan myönteinen vastaus kumpaankin seuraavista kysymyksistä: Onko näyttöä, että tutkittavan psyykkinen tila on muuttunut nopeasti perustilastaan? Onko epänormaali käyttäytyminen ollut kulultaan vaihtelevaa, ts. onko se ollut mahdollisesti välillä kokonaan poissa tai vaihdellut vaikeudeltaan?

2. Tarkkaavaisuushäiriö

Myönteinen vastaus seuraavaan kysymykseen: Onko tutkittavalla vaikeutta kiinnittää huomiotaan, esim. onko hän helposti hämmentynyt tai onko hänellä vaikeutta pysyä puhutussa asiassa?

3. Hajanainen ajattelu

Myönteinen vastaus seuraavaan kysymykseen: Onko potilaan ajattelu hajanaista, sekavaa, kuten harhailevaa tai asiaankuulumatonta puhetta, epäselvää tai epäloogista ajatustenvirtaa tai ennakoimatonta siirtymistä asiasta toiseen?

4. Poikkeava tajunnan taso.

Onko tutkittavan tajunnantaso jotain muuta kuin normaali? Potilaan tajunnan tason arviointi: normaali (valpas), ylivalpas (säpsähtelevä, yliherkkä ympäristön virikkeille), unelias (helposti herätettävissä), erittäin unelias (tokkurassa, vaikeasti herätettävissä) tai tajuton (ei herätettävissä).

Delirium

Opas omaisille

Tämä opas on tarkoitettu deliriumiin sairastuneen omaisille. Oppaaseen on koottu kysymyksiä, jotka saattavat askarruttaa Teitä, kun läheinen on sairastunut deliriumiin. Sairauden keskellä voi olla vaikeaa ymmärtää mistä on kysymys ja mikä on johtanut sairastumiseen. Oppaan tarkoituksena on lisätä omaisten tietoa deliriumista ja kannustaa omaisia kertomaan hoitohenkilökunnalle. Opas on toteutettu opinnäytetyönä yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan Akuutti24 päivystyksen kanssa.

Tekijät Emilia Viinikka & Salla Lohtander, LAB-ammattikorkeakoulu

Mikä on delirium?

Deliriumilla tarkoitetaan äkillistä sekavuustilaa, ikään kuin aivojen vajaatoimintaa. Sen aiheuttajana voi olla erilaiset elimelliset tekijät ja sairaudet. Sekavuustilassa henkilön tajunnan taso, tarkkaavaisuus ja huomiokyky ovat heikentyneet. Tyypillisesti delirium kehittyy lyhyessä ajassa, muutamasta tunnista vuorokauteen. Oireyhtymää esiintyy poikkeuksellisen paljon ikääntyneillä.

Usein delirium sekoitetaan muistisairauteen tai masennukseen sen moninaisten oireiden vuoksi. Delirium tremens on alkoholista johtuva tila, ja täysin eri tila kuin ikääntyneillä esiintyvä delirium.

Mistä delirium johtuu?

Deliriumia esiintyy yleisimmin äkillisesti sairastuneilla iäkkäillä henkilöillä. Muistisairaus lisää riskiä deliriumin kehittymiseen. Muita altistavia tekijöitä ovat

- korkea ikä
- yleiskunnon heikkous
- aikaisemmat aivovauriot
- lääkkeiden ja päihteiden käyttö
- näön ja kuulon heikentyminen

Deliriumin taustalla voi olla hyvin monet eri sairaudet, infektiot, nestetasapainon häiriöt, leikkausten jälkitilat, myrkytykset sekä päihteet tai niiden äkillinen lopettaminen. Laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi stressi, kipu, univaje, vieras ympäristö sekä liian vähäiset tai runsaat ulkoiset ärsykkeet.

Mistä tiedän, onko läheiselläni delirium?

Delirium on vaikea tunnistaa juuri sen moninaisten oireiden vuoksi. Tilan tunnistaminen edellyttää henkilön säännöllistä arviointia. On tärkeä kiinnittää huomiota henkilön käyttäytymisessä, ajan ja paikan hahmottamisessa sekä muistitoiminnoissa tapahtuviin muutoksiin.

Tarkkaavaisuuden häiriötä voidaan pitää yhtenä tärkeimpänä oireena. Henkilö ei kykene kohdistamaan huomiota yhteen asiaan sekä hänen ajattelunsa on epäloogista. Puhe on yleensä harhailevaa. Unirytmisi sekä ajan ja paikan taju voivat häiriintyä. Henkilöllä voi olla erilaisia pelkoja ja hän voi olla joko kiihtynyt tai lamaantunut. Oireiden voimakkuus voi vaihdella suuresti saman vuorokauden aikana ja ajoittain hän voi olla täysin oireeton.

Läheisten tekemät havainnot saattavat olla avainasemassa deliriumin tunnistamisessa, ja niistä on tärkeää kertoa hoitohenkilökunnalle. Oireiden alkaminen sekä oireiden vertaaminen aikaisempaan yleistilaan ovat hoitavalle henkilöstölle oleellista tietoa ja antavat kuvan deliriumin kehittymisestä.

Miten deliriumia hoidetaan?

Deliriumin taustalla voi olla monia eri syitä. Tärkeimpänä hoitona on tilaa aiheuttavan syyn selvittäminen ja sen hoito. Deliriumin hoidossa ensisijaisia ovat lääkkeettömät hoitokeinot, joita ovat

- ympäristön rauhoittaminen
- tuttu ympäristö sekä tutut ihmiset
- liikunta
- aikaan ja paikkaan palauttaminen (kalenterit, kellot nähtävissä)
- ravinnosta ja nesteytyksestä huolehtiminen.

Vaikeammassa deliriumtilassa voi esiintyä voimakasta ahdistusta tai epämieltyttäviä harhoja. Lääkkeettömien hoitokeinojen ohella vaikeimmin oireilevilla potilailla voidaan käyttää deliriumoireita lievittävää lääkehoitoa. Lääkäri arvioi lääkehoidon tarpeellisuuden.

Palautuuko siitä ennalleen?

Deliriumista parantumisen ennuste on valitettavasti huono, eikä deliriumista välttämättä palaudu enää täysin ennalleen. Toipumisen ennuste riippuu deliriumin aiheuttajasta sekä lähtötilanteesta. Useimmalla kuolevaan johtavalla deliriumpotilaalla on vakavia perussairauksia. Toipuminen sairastumisesta voi kestää kuukausia. Monella sairastuneella on suurempi riski sairastua muistisairauteen tai joutua ympärivuorokautisen hoidon piiriin. Deliriumin sairastaneella on myös kohentunut riski sairastua uudelleen.

Miten voin auttaa läheistäni?

Etenkin muistisairaana kohdalla läheisen läsnäolo voi vähentää jo merkittävästi sekavuutta ja helpottaa hoitotoimien sujuvuutta. Tuttu ja turvallinen ympäristö vähentävät sekavuutta. Tutut esineet sairastuneen omassa kodissa auttavat deliriumia sairastavaa orientoitumaan paikkaan ja aikaan. Läheisyydessä sijaitsevat kellot ja kalenterit voivat auttaa vähentämään sekavuutta. Läheisen kuva yöpöydällä voi lisätä turvallisuuden tunnetta.

Miten ennaltaehkäistä deliriumia?

Tärkein ennaltaehkäisy on hoitaa perussairaudet tai deliriumin tilan syntyyn vaikuttavat tekijät esimerkiksi kipu. Toimintakyvyn säilyttämisellä voidaan ennaltaehkäistä deliriumin syntyä. Toimintakyvyn säilyttämisessä pääasia on tehdä itse ne toimet, joihin hän ennen sairaalahoitoa on pystynyt. Toimintakykyä ylläpitävät myös käytössä olevat silmälasit ja kuulolaite.

Liikunta ennaltaehkäisee deliriumin syntymistä ja hyvä yleiskunto ennaltaehkäisee toimintakyvyn alentumista sairastumisen keskellä ja nopeuttaa toipumista. Deliriumtilan syntymisen edesauttavina tekijöinä voidaan pitää myös elimistön kuivumista ja vajaaravitsemusta, eli on tärkeää huolehtia riittävästä ravinnosta ja nesteytyksestä.

On myös tärkeää huomioida, että deliriumin puhkeamisen taustalla voi olla stressi, kipu, univaje tai vierasympäristö. On tärkeää kiinnittää huomiota stressitason ja kiputilojen vähentämiseen sekä säännölliseen vuorokausirytmiiin.

Lähteet

Jämsen, E. 2017. Äkillisen sekavuustilan (delirium) diagnosointi. Duodecim Käypä hoito.

Laurila, J. 2017. Delirium. Yleislääkäri. Nro 4/2017.

Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila. Duodecim.

