



Käytösoireisen, erityisesti aggressiivisen muistisairaan kokonaisvaltainen hoito

Janika Partanen ja Sanni Qvarnström

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Käytösoireisen, erityisesti aggressiivisen muistisairaahan kokonaisvaltainen hoito

Janika Partanen ja Sanni Qvarnström

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyö

10/2021

Muistisairaiden hyvän hoidon perustana on hoitohenkilökunnan tietoisuus sairaudesta ja sen näyttäytymisestä ikääntyneiden voinnissa ja käyttäytymisessä. Muistisairauteen voi liittyä käyttöoireita ja nämä käyttöoireet voivat tuoda haasteita hoitotyöhön. Tieto käyttöoireista ja niiden syistä auttaa huomioimaan ja edistämään ikäihmisen kokonaisvaltaista hoitoa ja hyvinvointia.

Opinnäytetyössä käydään läpi muistisairauksia ja niihin mahdollisesti liittyviä käyttöoireita. Käyttöoireiden osalta erityisesti keskitytään käyttöoireiden esiintymismuotoihin ja niitä mahdollisesti lisääviin ja lieventäviin tekijöihin, kuten fyysisiin ja psyykkisiin tekijöihin. Opinnäytetyössä painotetaan käyttöoireista aggressiivisuutta eli sen esiintyvyyttä sekä hoitoa. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa hoitohenkilökunnalle osaamisen vahvistamiseksi kirjallinen muistilistan käytöshäiriöisen, erityisesti aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kuinka toimia aggressiivisen muistisairaana kanssa. Opinnäytetyön tavoite on tarjota aggressiivisia muistisairaita hoitaville hoitajille lisää tietoa aggressiivisen muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta.

Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä yhdessä Helsingin kaupungin Riistavuoren seniorikeskuksen kanssa. Yhteistyökumppanille toimitettiin muistilista aggressiivisen muistisairaana hoidon keskeisistä tekijöistä. Opinnäytetyö tukee osaltaan muistilistaa. Muistilistan avulla yhteistyökumppanin hoitohenkilöstö voi nopeasti kerrata aggressiivisen muistisairaana hoitoa ja etsiä syitä aggressiiviseen käytökseen.

Janika Partanen and Sanni Qvarnström

Care of an especially aggressive patient with a memory disorder and behavioral problems

Year

2021

Pages

23

Good care for people with a memory disorder is based on the awareness of nursing staff about the disease and its appearance in the well-being and behavior of the elderly. Memory disease can be associated with behavioral symptoms, and these symptoms can bring challenges to nursing. Knowledge of behavioral symptoms and their causes helps to consider and promote comprehensive care and well-being among the elderly.

The thesis reviews memory disorders and possible related behavioral symptoms. Regarding behavioral symptoms, there is a particular focus on the manifestation of behavioral symptoms and the factors that may increase and alleviate them, such as physical and mental factors. The purpose of the thesis is to conduct a checklist of comprehensive treatment for the nursing staff to strengthen nursing for people with memory disorders, especially those with aggressive behavior, and how to take care of them. The aim of the thesis is to provide caregivers treating memory patients with more information about the treatment of an disorder treatment of an aggressive memory patient.

The thesis is implemented as a functional thesis together with the Riistavuori Senior Centre in the city of Helsinki. The checklist allows partner's nursing staff to briefly study the treatment of an aggressive patient with a memory disorder and look for possible reasons for the aggressive behavior. The thesis supports the checklist, which allows the partners nursing staff to quickly rehearse the treatment of an aggressive memory disorder and search for reasons for aggressive behavior.

Keywords: Elderly, memory disorder, behavioral symptoms, interaction skills, treatment of a patient with memory disorder

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Muistisairaudet ja muistisairauksien hoito	6
3	Aggressiivisuus ja aggressiivinen muistisairas	8
3.1	Aggressiivisuuden somaattiset syyt ja niiden hoito	8
3.1.1	Delirium.....	8
3.1.2	Virtsatieinfektio	9
3.2	Aggressiivisuuden psyykkiset syyt ja niiden hoito	9
3.2.1	Ahdistus ja levottomuus	10
3.2.2	Aistiharhat ja psykoosioireet.....	10
3.2.3	Masennus.....	11
3.3	Aggressiivisuuden kemialliset syyt ja niiden hoito	11
3.4	Aggressiivisuuden sähköhoito	12
4	Käytösoireisen muistisairaahan kohtaaminen	12
5	Työelämäkumppani	13
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	14
7	Menetelmälliset valinnat ja toiminnallinen opinnäytetyö.....	14
8	Eettisyys ja luotettavuus.....	15
9	Pohdinta.....	16
10	Lähteet.....	18
	Liite 1	24

1 Johdanto

Suomen väestö ikääntyy eli ikääntyneiden osuus kokonaisväestöstä kasvaa. Samalla eliniän-odote pidentyy ja tämä osaltaan kasvattaa ikääntyneiden määrää väestössä. Muistisairauden todennäköisyys kasvaa, kun ikä karttuu ja näin ikääntyneiden määrän kasvaessa, myös muisti-sairautta sairastavien määrä kasvaa. Muistisairaus tuo mukanaan monenlaisia muutoksia sairastuneelle, niin fyysisinä kuin psyykkisiäkin. Muistisairaus voi vaikuttaa myös negatiivisesti sairastuneen käytökseen. (Elintavat ja muisti 2019). Erilaisia muistisairauksiin liittyviä käytöshäiriöitä esiintyy jopa 90 prosentilla sairastuneista (Koponen ja Vataja, 2016)

Muistisairaudesta johtuvat käytösoireet ovat hyvin laaja käsite ja käytösoireet voivat ilmetä hyvinkin laaja-alaisena. Käytösoireet voidaan jakaa pääosin positiivisiin ja negatiivisiin käytösoireisiin. Positiiviset käytösoireet eivät häiritse muistisairaana tai häntä ympäröivän yhteisön elämää, kun taas negatiiviset käytösoireet näin tekevät. Muistisairaudesta johtuvat käytösoireet voivat muuttua muistisairauden edetessä. Tässä opinnäytetyössä keskitytään käytösoireista erityisesti aggressiivisuuteen, joka luokitellaan negatiiviseksi käytösoireeksi. (Ikätalo.fi, 2019). Käytösoireisiin on tärkeää kiinnittää huomiota, koska ne vaikuttavat muistisairaana ja hänen läheistensä elämänlaatuun, lisäävät sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä sekä laitoshoidon tarvetta. (Koponen ym. 2016).

Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Riistavuoren seniorikeskuksen kanssa. Opinnäytetyöllä tuodaan Riistavuoren seniorikeskuksen työntekijöille tietoa käytösoireisen, erityisesti aggressiivisen muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tämän kirjallinen muistilistan käytöshäiriöisen, erityisesti aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kuinka toimia aggressiivisen muistisairaana kanssa. Opinnäytetyön tavoite tarjota aggressiivisia muistisairaita hoitaville hoitajille lisää tietoa aggressiivisen muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta.

2 Muistisairaudet ja muistisairauksien hoito

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä sekä muuta kognitiota eli ajatustoimintaa. Suomessa jonkin asteista muistisairautta sairastaa noin 200 000 henkilöä, uusia diagnooseja annetaan vuosittain 14 500. Muistisairaudet ovat yksi kansantautien luokkaan kuuluvista sairauksista. Etenevässä muistisairaudessa muistisairaus rappeuttaa aivoja laaja-alaisesti ja näin vaikuttaa henkilön toimintakykyyn. Yleisimmin muistisairaudet esiintyvät iäkkäillä ja pitkäaikaishoidon yleisin syy on dementia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ym. 2021, Muistisairaudet)

Joka kolmas yli 65-vuotias kärsii ajoittaisesta muistinheikentymisestä, mutta kyseessä ei tavallisesti kuitenkaan ole etenevä muistisairaus. Normaali ikääntyminen ei aiheuta muutoksia arjen toimintakykyyn. Näin ollen, mikäli hankaluudet muisti- ja ajelutoiminnassa ovat tavanomaista suurempia tai havaitaan selvästi arkea hankaloittavia oireita, voi kyseessä olla etenevä muistisairaus. Muistisairauksiin ei tällä hetkellä ole parantaa hoitoa, mutta oireita voidaan lievittää lääkehoidolla. (Muistisairaudet 2021).

Muistisairaus vaikuttaa heikentävästi henkilön toimintakykyyn ja varhaisessa vaiheessa aloitettu kuntoutus on jarruttava keino hidastaa toimintakyvyn laskua. Kuntoutuksella voidaan vähentää sairaudesta johtuvaa kuormitusta ja näin myös hillitä kokonaiskustannuksia (Muistisairaudet, 2021). Muistisairaahan hoito tulee toteuttaa yksilöllisesti, kiireettä sekä muistisairaahan toiveita kunnioittaen. Ennalta laadittu hoitotahto auttaa muistisairaahan läheisiä ja hoitohenkilökuntaa toteuttamaan muistisairaahan toivomaa hoitoa (Ikääntyminen 2021).

Seuraavaksi käsitellään muistisairauksia ja niiden hoitoon käytettäviä lääkkeitä, jotta voidaan ymmärtää itse muistisairautta sekä ymmärtää, että ajoittain myös muistisairauden hoitoon käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa käytösoireita.

Muistisairauksien hoitoon käytetään pääosin kolmea eri lääkettä lääkärin arvion ja valinnan mukaan. Donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini estävät tärkeän välittäjäaineen, asetyylikoliinin, liian nopeaa hajoamista aivoissa ja näin vähentävät muistisairauksien oireita. Muistisairauksien hoitoon käytetään myös Memantiinia, joka vaikuttaa myös välittäjäaineiden toimintaan. Varhaisessa ja lievässä Alzheimerin taudin lääkehoidossa suositellaan käyttämään donepetsiilia, galantamiinia tai rivastigmiinia. Keskivaikeassa tai vaikeassa Alzheimerin lääkehoidossa voidaan käyttää myös Memantiinia. (Lääketietokeskus 2015)

Muistisairauden lääkehoidon vastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia tulee seurata säännöllisesti. Lääkehoito tulee lopettaa, mikäli lääkehoidon seuranta ei onnistu tai lääkehoidosta ilmenee vaikeita haittavaikutuksia. Lääkehoito tulee myös lopettaa, mikäli vastetta ei saavuteta kuudessa kuukaudessa tai lääkehoidolla ei enää saada toimintakyvyn tai käytösoireiden kannalta muutosta vaikeassa muistisairaudessa. Muistisairaahan lääkitys koostuu usein useasta lääkkeestä ja lääkitykseen tulee kiinnittää huomiota. Erityisiä riskejä lääkityksessä ovat yli kuuden lääkkeen samanaikainen käyttö, hallitsematon monilääkitys, lääkityksen epäselvyydet sekä iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttö. (Lääketietokeskus 2015).

Kuten kaikilla lääkkeillä, myös muistisairauksien hoitoon käytettävillä lääkkeillä on haittavaikutuksia. Lääkkeiden haittavaikutukset tuleekin muistaa, jos muistisairas alkaa käyttäytyä poikkeavasti, erityisesti uuden lääkkeen aloittamisen jälkeen. Donepetsiilin voi ajoittain aiheuttaa esimerkiksi väsymystä, unettomuutta ja ruokahaluttomuutta. Donepetsiili voi myös tehdä muistisairaahan levottomaksi tai ärtyisäksi. (Lääketietokeskus 2020). Galantamiini voi myös aiheuttaa ruokahalun heikentymistä ja näin painon laskua.

Galantamiini voi myös aiheuttaa näkö-, kuulo- ja tuntoharhoja eli hallusinaatioita. Muita haittavaikutuksia, jotka voivat esiintyä käytöshäiriöinä ovat masennus, tinnitus ja näön hämärtyminen (Lääkeinfo, 2019). Rivastigmiini puolestaan aiheuttaa haittavaikutuksina ahdistuneisuutta, kiihtyneisyyttä, yleistä huonovointisuutta ja sekavuutta (Rosenvall 2016). Myös painajaisia voi esiintyä. Melko harvinaisina haittavaikutuksina lisäksi esiintyy masennusta ja hyvin harvinaisena aistiharhat eli hallusinaatiot. (Lääkeinfo 2019). Memantiinin käyttäjillä on todettu vähemmän aggressiivisuutta (Löppönen ja Suhonen 2016). Memantiini aiheuttaakin haittavaikutuksina tavallisesti päänsärkyä, ummetusta ja uneliaisuutta (Lääketietokeskus 2015).

3 Aggressiivisuus ja aggressiivinen muistisairas

Aggressiivisuus eli agitaatio on oireiden kokonaisuus, johon kuuluu ahdistus, sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus ja motorinen levottomuus. Agitaatiota esiintyy noin 20 prosentilla muistisairaista ja erityisesti muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Agitaatio voi liittyä kipuun, yksinäisyyteen, uhan kokemiseen tai muistisairauden psykoosioireisiin. Mikäli agitaatio ilmenee äkillisesti, on taustalla yleensä jokin somaattinen syy. Agitaatio - oireet ovat pitkäkestoisia ja voivat jatkua yli puoli vuotta. (Talaslahti, Vataja, Ginters ja Koponen 2019).

Parhaita hoitotuloksia saavutetaan käytännön hoitotyössä tavallisimmin yhdistämällä psykososiaalisia hoitomuotoja ja lääkehoitoa (Koponen ym. 2016). Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi kognitiiviset kuntoutusohjelmat, joita voidaan toteuttaa musiikki- ja taideterapiana (Psykososiaaliset hoidot 2021).

3.1 Aggressiivisuuden somaattiset syyt ja niiden hoito

Muistisairauksista johtuvien käytösoireiden syyt tulee aina selvittää ja käytösoireiden hoitolinja valitaan tämän selvityksen pohjalta. Selvityksessä arvioidaan johtuvatko käytösoireet fyysisestä sairaudesta, kivusta, muusta vaivasta ja onko niillä yhteyttä potilaan ympäristöön vai johtuvatko ne vuorovaikutuksen haasteesta.

Käytösoireet tulee hoitaa, kun ne rasittavat muistisairasta, heikentävät toimintakykyä tai vaikeuttavat sosiaalista vuorovaikutusta. Käytösoireet tulee hoitaa myös, mikäli ne aiheuttavat vaaratilanteita muistisairaalle itselleen tai muille. (Koponen ym. 2016). Seuraavassa esitellään kaksi yleisintä aggressiivisuuden somaattista syytä eli fyysistä syytä.

3.1.1 Delirium

Deliriumilla eli sekavuustilalla tarkoitetaan äkillistä sekavuustilaa ja aivojen vajaatoimintaa. Deliriumia voivat aiheuttaa erilaiset elimelliset tekijät ja sairaudet. Deliriumissa tajunnan

taso, tarkkaavaisuus sekä huomiokyky ovat heikentyneet. Delirium kehittymisessä kestää muutamasta tunnista vuorokauteen. (Huttunen 2018)

Deliriumissa puhe on harhailevaa ja huomion keskittäminen yhteen asiaan on heikentynyt. Myös ympäristön tapahtumat on mahdollista tulkita väärin deliriumin aikana. Tämä voi ilmetä aistiharhoina ja harhaluuloina. Oireiden voimakkuus voi vaihdella saman vuorokauden aikana, ajoittain oireet voivat kadota kokonaan. Deliriumissa autonominen hermosto on kiihtyneessä tilassa ja tämä ilmenee hikoiluna, sydämen lyöntitiheyden kiihtymisenä, verenpaineen ja lämmön kohoamisena sekä mustuaisten laajentumisena. (Huttunen 2018)

Delirium johtuu keskushermoston toimintahäiriöstä. Häiriön voivat aiheuttaa erilaiset sairaudet, nestetasapainon häiriöt, leikkauksen jälkitila, myrkytys, lääkkeet, alkoholi, muut päihitteet sekä pähteiden lopettaminen. Deliriumille altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, yleiskunnon heikkous, aiemmat aivovauriot, lääkkeiden ja pähteiden käyttö sekä näön ja kuulon heikentyminen. Deliriumin laukaisevia tekijöitä ovat stressi, kipu, univaje, liian vähäiset tai runsaat ärsykkeet sekä vieras ympäristö. Delirium voi esimerkiksi olla seurausta ikääntyneen käynnistä päivystyksessä, kun muuttunut ympäristö laukaisee deliriumin. (Huttunen 2018)

Hoitamattomana delirium on hengenvaarallinen. Oireiden ilmaantuessa lääkäriä on konsultoitava viimeistään vuorokauden kuluessa. Selvittelyvaiheen delirium hoidetaan antipsykooteilla ja rauhoittavilla lääkkeillä. Deliriumista toipumista auttavat myös tuttu ja turvallinen ympäristö sekä tutut henkilöt. Myös musiikki ja hieronta voivat auttaa. (Huttunen 2018).

3.1.2 Virtsatieinfektio

Ikääntyneillä yleiskunnon äkillinen romahtaminen, pahoinvointi sekä sekavuus voivat olla merkkejä virtsatieinfektioista (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ym. 2021, Virtsatieinfektiot). Virtsatieinfektion oireena voi esiintyä myös levottomuutta sekä vetäytymistä. Virtsatieinfektio altistaa ikääntyneen deliriumille. (Urinary tract infections and dementia 2021).

lääkällä naisilla toistuvien virtsatieinfektioiden riskitekijänä ovat vaihdevuosien heikentävät limakalvot. lääkkäillä virtsatieinfektion aiheuttama sekavuus tunnistetaan yhä paremmin. Täytyy kuitenkin muistaa, että yleisin iäkkäiden yleiskuntoa heikentävä infektio on keuhkokuume. Virtsanäytteiden rutiiniomainen ottaminen ja tutkiminen aiheuttaa ikääntyneelle infektioriskin ja aiheettomia mikrobilääkityksiä, koska virtsassa kasvaa myös oireettomia bakteereja. (Vuento 2020).

3.2 Aggressiivisuuden psyykkiset syyt ja niiden hoito

Aggressiivisuus, joka kumpuaa psyykkisistä syistä voi johtua hyvin monista eri syistä. Usein psyykkisten vaivojen hoito koetaan hoitohenkilökunnan kannalta haastavampana kuin fyysiset vaivat. Psykkisiä syitä on haastavampi tutkia ja todeta sekä ilmenemismuodot vaihtelevat

suuresti muistisairaiden välillä. (Koponen ym. 2016) Seuraavassa esitellään muistisairaiden yleisimmin kokemia psyykkisiä aggressiivisuuden syitä ja kuinka niitä hoidetaan. Jokaisen oireen kohdalla on eritelty oireeseen yksinomaan sopiva lääkehoito. On kuitenkin muistettava, että muistisairaahan käytösoireita hoidetaan lähtökohtaisesti muistisairaahan hoitoon tarkoitettuilla lääkkeillä ja psyykkisten oireiden ensisijainen hoito on lääkkeetön hoito. (Jansson 2019).

3.2.1 Ahdistus ja levottomuus

40-50 prosenttia muistisairautta sairastavista on kokenut ahdistusta sairautensa aikana. Lyhytkestoista ja satunnaista ahdistusta, joka vaatii lääkehoitoa, hoidetaan bentsodiatsepiineilla. Keskivaikeassa ja vaikeassa ahdistuksessa pidempiaikaisena lääkehoitona toimivat buspironi, moklobemidi ja serotoniinin takaisinottoa estävät masennuslääkkeet. (Löppönen ym. 2016).

Levottomuusoireista kärsii muistisairaista noin 50-60 prosenttia. Bentsodiatsepiinia hyödynnetään lääkehoitona lievässä ja tilannesidonnaisessa aggressio- ja levottomuusoireita hoidettaessa. Bentsodiatsepiineista suositellaan levottomuuden hoitoon pienellä annoksella keskipitkävaikutteista valmistetta, kuten oksatsepaamia, koska ne ovat puoliintumisaikansa ja yksinkertaisen lääkeainepoistumansa takia ikääntyneelle suositeltavia. Vaikeaa levottomuutta hoidettaessa voidaan käyttää serotoniinin takaisinoton estoon perustuvia masennuslääkkeitä tai psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkkeitä käytettäessä tulee niiden tarve ja teho arvioida säännöllisesti ja rajata käyttö mahdollisimman lyhyeen ajanjaksoon. (Koponen ym. 2016).

Lääkehoito tulee olla viimesijainen hoitomuoto muistisairaahan ahdistukseen ja levottomuuteen. Paras keino ahdistuksen ja levottomuuden hoitoon on tunnistaa muistisairaalle ahdistusta ja levottomuutta aiheuttavat tilanteet sekä ärsykkeet ja poistaa ne muistisairaahan ympäristöstä. (Koponen ym. 2016).

3.2.2 Aistiharhat ja psykoosioireet

Aistiharhoja ja harha-ajatuksia esiintyy 25-50 prosentilla muistisairauspotilaista. Lieviä aistiharhoja hoidettaessa on hyvä tarkkailla aistiharjoja 1-3 kuukautta ennen mahdollisen lääkehoidon aloittamista. Vaikeat aistiharhat - kuten se, että muistisairas pyrkii jatkuvasti toimimaan harhojensa perusteella tai harhat ovat ympäristöä kuormittavia - vaativat varhaisempaa lääkehoitoa, kuin lievät harhat. Pidempikestoisen psykoosilääkehoidon yhteydessä tulee lääkeshoidon tarvetta sekä annostusta arvioida säännöllisesti ja lääkehoidossa tulee pyrkiä aina pienimpään mahdolliseen annokseen. Muistisairaalle itselleen aistiharhat ja harhaluulot voivat olla aitoja ja muistisairas toimii niiden pohjalta. Ristiriitatilanteita syntyykin helposti, mikäli muistisairaahan kokemia harhoja kyseenalaistetaan ja näin muistisairas voi tuntea itsensä uhatuksi ja epävarmaksi. Aistiharjoja ei ole kannattavaa kieltää kokonaan, mutta muistisairaahan ajatuksia voi ohjata kertomalla, että itse ei tätä samaa aistiharhaa näe. Harhoja ei pidä

myöskään vahvistaa. Aistiharhat aiheuttavat sekavan tilan ja tätä voi helpottaa hoitohenkilökunnan läsnäolo ja luoma turva. Aistiharhoja, harhaluuloja ja virhetulkintoja muistisairauden lisäksi aiheuttaa nälkä sekä jano. (Löppönen ym. 2016).

Psykoosioireita esiintyy noin 18 prosentilla muistisairaista. Muistisairauspotilailla psykoosilääkitykseen liittyy 1,6 -ertainen kuolleisuusriski ja suurin riski liittyy haloperidoliin. Haloperidolia ei suositella psykoosioireiden ensisijaiseksi lääkkeeksi, ellei äkillinen sekavuustila vaadi kiireellistä hoitovastetta. Psykoosilääkkeisiin liittyy myös 1,6 -ertainen aivoverenkiertohäiriöriski muistisairailta. Tämän takia psykoosilääkkeitä tulisi käyttää ainoastaan vaikeimpien oireiden hoidossa 6-12 viikkoa. 12 viikon hoito voi olla riittämätön vaikeissa tapauksissa ja altistaa oireiden uusiutumiselle 2-4 kertaa useammin, kuin jos psykoosilääkkeitä jatketaan. Vaikeissa tapauksissa psykoosilääkehoito tuleekin lopettaa harkiten mahdolliset lääkehoitoon liittyvät riskit ja haitat. Psykoosioireiden uusiutumisen riskin takia muistisairaahan seurantaan tulee kiinnittää huomiota. Erityisesti Alzheimerin tautiin ja Parkinsonin tautiin liittyvien psykoosioireiden hoitoon kehitetty pimavanseriini saattaa osoittautua nykyisiä psykoosilääkkeitä turvallisemmaksi. (Talaslahti ym. 2019).

3.2.3 Masennus

Muistisairautta sairastavilla vaikeaa masennusta esiintyy noin 5-15 prosentilla ja lievää masennusta 25 prosentilla. Lisäksi yksittäisiä masennusoireita on kokenut noin puolet muistisairaista jossakin sairautensa vaiheessa. Lieviin, mutta toimintakykyä heikentäviin masennusoireisiin lääkehoitona käytetään pientä annosta serotoniini takaisinottoon vaikuttavaa masennuslääkettä. Näitä voivat olla esimerkiksi mirtatsapiini, moklobemidi tai venlafaksiini. Keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen annosta nostetaan lähemmäs toiminnallisissa masennustiloissa käytettyjä annoksia.

Muistisairaahan masennusta voi olla haastava tunnistaa (Juva 2007). Työkaluina tunnistamiseen voidaan käyttää GDS 15 kyselylomaketta eli myöhäisiä masennuseulaa. Toinen käytetty lomake on GDS 30 eli geriatrinen depressioasteikko. (Geriatrinen depressioasteikko 2019). Muistisairaahan masennusta voivat aiheuttaa monet tekijät. Mahdollisen lääkehoidon lisäksi masennuksen hoidossa voidaan hyödyntää keskustelua, läheisyyttä, läsnäoloa ja aktiviteetteja. Muistisairaahan alkuvaiheessa itse muistisairausha diagnoosi voi aiheuttaa masennusta ja pelkoa tulevasta. Muistisairasta kannattaakin tällöin kuunnella ja hänen kanssaan on hyvä keskustella diagnoosista ja mieltä painavista asioista. Yksi suurin syy masennukseen on yksinäisyys. Tällöin masennusta hoidetaan hoitamalla muistisairaahan yksinäisyyttä. (Jansson 2019)

3.3 Aggressiivisuuden kemialliset syyt ja niiden hoito

Aggressiivisuuden kemialliset syyt johtuvat tavallisimmin lääkkeitä tai alkoholisti. Muistisairaahan ei tule vastata itse lääkehoidostaan, mikäli hän ei siihen kykene ja lääkehoidon vastuuta

tulee arvioida säännöllisesti. Muistisairas voi vahingossa ottaa yliannostuksen lääkkeitä, koska ei muista ottaneensa jo lääkkeitään. Yliannostus voi olla myös tarkoituksellinen ja tällöin tulee selvittää yliannostukseen johtaneet syyt. Muistisairas tai lääkityksestä vastaava henkilö ei välttämättä ymmärrä lääkityksen ohjeita tai ole muuten kykenevä huolehtimaan lääkityksestä. Itsemurhan riski on myös tunnistettava. Tällöin taustalta voi löytyä yksinäisyyttä tai masennusta. (Talaslahti ym. 2019)

Yksinäisyys ja masennus voivat aiheuttaa muistisairaahan turvautumista alkoholiin. Alkoholin nauttiminen voi olla myös siirtynyt tapa työiästä ja lisääntyneen vapaa-ajan takia kulutus on kasvanut. Alkoholi vaarantaa muistisairaahan terveyden ja turvallisuuden sekä vaikuttaa lääkitykseen. Syyt juomisen taustalla tulee selvittää ja muistisairas tulee ohjata tarvittaessa jatkohoitoon. (Vataja 2016)

3.4 Aggressiivisuuden sähköhoito

Mikäli aggressiivisuus ei lievene muuttamalla muistisairaahan ympäristö tai hoitoa, poistamalla tai lisäämällä ärsykeitä tai lääkehoidolla voidaan kokeilla sähköhoitoa. Sähköhoito on osoittautunut kaikkein vaikeimpien aggressiivisuuksien hoidossa tehokkaaksi hoitomuodoksi. Sähköhoitoa voidaan antaa myös, mikäli muistisairas sietää heikosti lääkehoitoa ja näin lääkehoidon toteuttaminen on haastavaa. Sähköhoidon vaste on yleensä nopeaa. Sähköhoidon toteuttaminen on optimaalisinta vanhuspsykiatrian yksiköissä. (Talaslahti ym. 2019).

4 Käytösoireisen muistisairaahan kohtaaminen

Ensisijaisesti ihminen tulee kohdata ihmisenä, oli hänellä muistisairaus tai ei. Muistisairaalle tulee puhua kuin aikuiselle, arvosta keskustelukumppaniasi. Kun keskustellaan muistisairaahan kanssa, on hyvä antaa keskustelulle aikaa. Hoitajilla esiintyvä kiire ei saisi estää tai haitata muistisairaahan kohtaamista. Asioita ei suositella tehdä muistisairaahan puolesta tai holhoamalla, mikäli hän pystyy asioista suoriutumaan ilman apua. Tämä ohjetta on hyvä myös ohjata muistisairaahan omaisille.

Mikäli muistisairaasta tuntuu mukavalta, myös kosketus on hyvä keino kohdata ja rauhoittaa. Muistisairasta lähestyvän tulee kuitenkin osata lukea lähestymäänsä muistisairasta, onko muistisairas vastaanottava kosketukselle. Mikäli muistisairas on voimakkaasti ahdistuneessa tilassa, voi kosketus olla hänelle liikaa ja hän voi kokea sen uhkana. (Vaikeat tilanteet 2021).

Turvautumista ja siitä syntyviä käytöshäiriöitä voidaan ehkäistä tarjoamalla muistisairaalle säännöllinen liikunta, arjen askareita sekä mielekästä puuhastelua, jotka purkavat energiaa. Lisäksi tulee tarjota muistisairaalle hänelle mieluisia aktiviteetteja, kuten taiteen tekemistä ja musiikin kuuntelua. Tavallisesti muistisairaahan aggressiota aiheuttaa muistisairaahan kokemus

siitä, että häntä ei kuunnella tai huomioida. Myös kokemus aliarvioinnista ja alistamisesta aiheuttaa aggressiivisuutta. (Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen 2021).

Muistisairaalla ympäristön havaitseminen ja ymmärtäminen heikkenee sairauden etenemisen myötä, joten jos muistisairas ei ymmärrä mitä ympärillä tapahtuu, saattaa tästä seurata muistisairaahan levottomuutta ja levottomuudesta aggressiivisuutta. Muistisairas saattaa myös pelätä, että häntä satutetaan tai häneltä otetaan jotakin pois ja nämä pelot voivat putkautua aggressiivisuutena. (Lyhty M. 2018). Pitkäaikaisessa hoivayksikössä nousee tärkeään rooliin muistisairaiden tunteminen, näin voidaan ennakoida, mikäli jollakin muistisairaalla on taipumusta aggressiiviseen käyttäytymiseen. Hyvä muistisairaahan tuntemus auttaa myös huomamaan, mikäli joku on kyseisenä päivänä tai hetkenä huonolla tuulella ja näin mahdollisiin aggressioihin voidaan varautua. (Aggressive behaviours 2020).

Muistisairaiden ja hoitajien turvallisuutta lisäävät työhön sopivat tilat sekä riittävä henkilöstömitoitus. Minimimiehityksellä tiimin tuoma turva saattaa jäädä vajaaksi. Turvallisuuden takaamiseksi on hyvä ensin miettiä voiko muistisairaahan luokse mennä yksin. Kahdestaan hoidetut tilanteet voivat rauhoittua jo ennen kuin tilanne syntyy ja näin parannetaan muistisairaahan turvallisuutta sekä tietenkin työturvallisuutta. Mikäli muistisairas ehtii raivostua, normaaliin tunnetilaan on lähes mahdotonta palata ja näissä tilanteissa on parempi poistua paikalta, mikäli se on muistisairaahan oman turvallisuuden kannalta mahdollista. (Lyhty M. 2018).

Käytösoireita ilmetessä tulee tunnistaa muistisairasta ärsyttävä tai aggressiivista käytöstä laukaiseva tekijä. Aiheuttaako jokin paikka, valaistus, puhetyyli tai väri hänelle ärsytystä tai pelkoa, joka purkautuu aggressiona. Ärsykkeen tunnistaminen ja näin poistaminen tai muuttaminen voi poistaa aggression kokonaan. (Daily Caring 2021). Muistamiseen liittyvissä tilanteissa suora totuuskien sanominen saattavat aiheuttaa turhaa mielihäiriötä ja johtaa väittelyihin. Sen sijaan rauhallinen jutteleminen ja kysely esimerkiksi menneisyydestä ja muistisairasta kiinnostavista asioista voi helpottaa tilannetta. Tätä rauhoittumista hoitaja tukee omalla rauhallisella käytöksellään. Esimerkki muistamiseen liittyvästä tilanteesta on muistisairaahan jatkuva kotiin hakeutuminen, kun hän ei muista asuvansa pitkäaikaishoidossa. (Behavior & Personality Change 2014).

5 Työelämäkumppani

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin kaupungin Riistavuoren seniorikeskuksen kanssa. Opinnäytetyön aihe Riistavuoren tarpeesta saada lisää tietoa ja toimintatapoja käytösoireisen muistisairaahan hoitoon. Tarve toimintatavoille ja kehittymiselle nousi esille työterveyslaitoksen työntekijöille teettämän Kunta10 - tutkimuksen tulosten perusteella. Kunta10 - tutkimus selvittää kunta-alan henkilöstön työtä ja työssä tapahtuvia muutoksia sekä

niiden vaikutuksia henkilöstön terveyteen ja hyvinvointiin (Ervasti, Vesa, Olin, Nikunlaakso ja Aalto 2021). Vaikka Riistavuorella hoidetaan paljon muistisairaita, kaipaavat hoitajat siitä huolimatta lisää työkaluja ja osaamista muistisairaiden käytöshäiriöiden hoitoon. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa hoitohenkilökunnalle osaamisen vahvistamiseksi kirjallinen muistilista käytöshäiriöisen, erityisesti aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kuinka toimia aggressiivisen muistisairaana kanssa sekä mitkä ovat aggressiivisuutta yleisemmin aiheuttavat tekijät. Muistilistan lisäksi tämä opinnäytetyö toimitettiin yksikölle ohjeeksi aggressiivisen muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta. Opinnäytetyön tavoite oli tarjota aggressiivisia muistisairaita hoitavalle hoitohenkilökunnalle lisää tietoa aggressiivisen muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta. Muistilista on opinnäytetyön liite 1.

6 Menetelmälliset valinnat ja toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohdaksi on konkreettinen tehtävä, johon etsitään ratkaisua opinnäytetyön avulla (Opinnäytetyön muodot 2021). Toiminnallisessa opinnäytetyössä tapahtuu käytännön toiminnan ohjeistusta, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Tuotoksena voi syntyä ohjeita tai opastusta alan ammattilaisten käyttöön. Työstä pitäisi syntyä konkreettinen tuotos, joka on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. (Vilka & Airaksinen 2003, 10-11). Toiminnallinen opinnäytetyö toteutetaan yhdessä työelämäkumppanin kanssa ja tässä opinnäytetyökumppanina toimi Helsingin kaupungin Riistavuoren seniorikeskus. Opinnäytetyössä tuotettiin Riistavuoren seniorikeskukselle muistilista, johon kerätiin tietoa käytöshäiriöisen, erityisesti aggressiivisen muistisairaana kokonaisvaltaisesta hoidosta (Opinnäytetyön muodot 2021).

Ennen opinnäytetyön aloittamista on tärkeää miettiä suunnitellusti mitä opinnäytetyöllä halutaan tuottaa ja miten se toimisi parhaiten suunniteltuun tarkoitukseen. Tulee miettiä työn ja tuotoksen kokonaiskuvaa, jotta se olisi helposti luettava ja ulkoasu miellyttävä. (Vilka & Airaksinen 2003, 51-52). Tässä opinnäytetyössä tärkeäksi kriteeriksi nousi hoitohenkilökunnan käytössä oleva aika ja sen vähyys. Muistilista toteutettiin ulkoasultaan ja sisällöltään mahdollisimman selkeäksi ja tiiviiksi, kuitenkin unohtamatta riittävää sisältöä. Vilkan ja Airaksisen mukaan muistilistan keskeisiä kriteerejä ovat sen muoto, käytettävyys suunnatulle kohderyhmälle eli hoitohenkilökunnalle sekä soveltuminen käyttöympäristöön (Vilka & Airaksinen 2003,56).

Riistavuoren seniorikeskuksessa hoitohenkilökunnan työ muistisairaiden kanssa on hyvin liikkuvaa, joten paikkaan sidottu tieto ei aina ole hoitohenkilökunnan käsillä. Muistilista toteutettiin sähköisenä versiona, joten se on mahdollista kuljettaa mukana hoitohenkilökunnan

käytössä olevissa työpuhelimissa. Muistilistaan koottiin keskeinen tieto aggressiivisen ikääntyneen hoidosta ja aggressiivisuutta aiheuttavista tekijöistä. Muistilistalla luodaan hoitohenkilökunnalle mahdollisuus tarkistaa aggressiivisen muistisairaahan hoidon perusteet nopeasti. Tämä opinnäytetyö tukee muistilistaa ja laajentaa muistilistassa käsiteltyjä asioita.

7 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys tarkoittaa pohdintaa oikeasta ja väärästä. Etiikan lähikäsitteenä on moraalii, joka on jokaisen yksilön oma käsitys oikeasta ja väärästä. Hoitotyössä tarvitaan eettistä osaamista, joka muodostuu koulutuksesta, tahdosta toimia ja motivaatiosta tehdä oikein. (Kivimäki 2012). Opinnäytetyössä eettisyys näkyy lähdekritiikkinä, tiedon luotettavuutena ja sovittujen sisältöjen sekä aikataulujen noudattamisena. Opinnäytetyössä edellytetään rehellisyyttä ja läpinäkyvyyttä (Eettisyys 2021).

Eettisyys ohjaa vahvasti hoitotyötä ja hoitajan toimintaa harjoittaessaan työtään. Hoitohenkilökunta on velvollinen hankkimaan riittävän ammattitaidon ja ylläpitämään sekä lisäkoulututtamaan osaamistaan. Myös työnantaja on velvollinen kehittämään ja ylläpitämään työntekijöidensä osaamista. Työntekijän tulee tuoda työnantajan tietoon, mikäli hän ei pysty täyttämään työtehtäviään olemassa olevalla koulutuksella, koska tällöin asiakas- ja potilasturvallisuus ei toteudu. Esimerkiksi, jos pitkäaikaishoitoon tulee harvinaisempaa muistisairautta sairastava ikääntynyt, on työnantajan hyvä kartoittaa työntekijöidensä osaaminen ja tarvittaessa järjestää lisä- tai kertauskoulutusta. (Eettisyys 2021)

Eettiseen toimintaan kuuluu myös informaation tuottaminen sekä käyttäminen. Tämä liittyy yhteen kollegiaalisen toiminnan kanssa. Työntekijä jakaa osaamistaan ja käyttää samalla hyödykseen myös kollegoidensa osaamista. Yhteinen toiminta ja lojaalius nähdään voimavarana, ei kilpailuna osaamisesta tai vastuusta. Kollegiaalisessa toiminnassa myös autetaan ja ohjataan kollegaa ja näin saavutetaan muistisairaiden kannalta paras hoitotulos. Hyvä kommunikatio ja yhteistyö lisää hoidon luotettavuutta (Kanerva, 2021).

Opinnäytetyössä eettisyys korostui erityisesti muistisairaiden hoidossa. Jokapäiväisessä työssä hoitohenkilökunta joutuu pohtimaan eettisiä periaatteita hoitaessaan muistisairaita, joten opinnäytetyön toteutuksessa eettisyys tuli ottaa huomioon. Kiperimmät eettiset kysymykset liittyivät käytösoireisten muistisairaiden lääkitsemiseen sekä tilanteisiin, jossa käytösoireinen muistisairas ei itse kärsi käytösoireestaan, mutta muut hänen ympärillään kärsivät. Näissä tilanteissa tulee pohtia eettisyyttä hyvin monelta eri kannalta. Opinnäytetyössä eettisyys näkyy näiden tilanteiden kohdalla esimerkiksi lääkkeettömien hoitomuotojen suosimisella. Eettisyys otettiin huomioon myös muistilistaa koottaessa. Muistilistassa tila oli rajallista, joten tiedon rajauksessa piti pohtia, mikä on kriittistä tietoa ja mikä ei. Kriittiseksi tiedoksi koettu

tieto voi olla hyvin yksilöllistä, joten parhaaseen eettiseen lopputulokseen päästiin käymällä keskustelua muiden kokemuksista.

Opinnäytetyön luotettavuus eli reliabiliteetti perustuu ennen kaikkea luotettavien lähteiden käytölle. Annettaessa ohjeita ja opastusta hoitohenkilökunnalle, tulee tiedon olla ajantasaista sekä oikeaa. Muistilistan käytön tulee olla selkeää ja helppoa, jotta neuvot sekä ohjeet ovat ymmärrettäviä. Näin vältetään virhetulkintoja ja niistä syntyviä mahdollisia virhetilanteita. Opinnäytetyössä on käytetty kotimaisia ja kansainvälisiä lähteitä rinnakkain takaamassa tiedon ajantasaisuuden. (Vilka 2005, 161-162).

8 Pohdinta

Opinnäytetyön idea lähti halustamme hyödyntää työkokemustamme ikääntyneiden ja muistisairaiden parissa. Lisäksi meillä oli kontakti Riistavuoren seniorikeskukseen, jota halusimme hyödyntää. Otimmekin yhteyttä Riistavuoren seniorikeskukseen ja kyselimme mahdollisia opinnäytetyön aiheita. Aluksi meitä kiinnosti tehdä opinnäytetyö muistisairaiden fyysisistä akuuttitilanteista, mutta Riistavuoren kontaktihenkilömme ehdotti muistisairaiden aggressiivista käytöstä, koska aihe oli noussut esille työntekijöiden täyttämässä Kunta10-työhyvinvointikyselyissä. Niinpä päädyimme tekemään opinnäytetyömme käytöshäiriöisistä muistisairaista, erityisesti keskittyen aggressiivisuuteen.

Yhteistyömme koko opinnäytetyöprosessin aikana on ollut saumatonta, ja tätä on varmasti edistänyt monta vuotta kestänyt ystävyysme. Meidän on ollut helppo jakaa vastuuta ja tehtäviä keskenämme. Tiedämme myös toistemme vahvuudet sekä mielenkiinnon kohteet, joten niiden hyödyntäminen on ollut tehokasta.

Opinnäytetyömme aikatauluun on vaikuttanut muun muassa kesken kaiken vaihdettu aihe sekä meidän molempien samanaikainen työskentely ja muut opinnot. Toisaalta olemme kokeneet, että samanaikainen työskentely on pitänyt meidät kiinni työelämässä ja näin kasvattanut osaamistamme koskien muistisairauksia ja muistisairaiden kanssa toimimista. Olemmekin tehneet opinnäytetyön, jossa näkyy hyvin olemassa oleva osaamisemme, kokemuksemme sekä uusi tieto, jota olemme opinnäytetyötä tehdessämme omaksuneet. Opinnäytetyöstä tuli kattava kokonaisuus muistisairaiden käytösoireista ja niiden syistä sekä hoitomuodoista. Koemme että opinnäytetyöstä ja muistilistasta voi olla paljonkin hyötyä varsinkin uusien hoitajien keskuudessa tai muistisairaiden omaisille. Varmistimme muistilistan toimivuuden kysymällä työntekijöiden mielipidettä listasta. Muistilista koettiin hyödylliseksi ja toimivaksi.

Pohdimme kuinka opinnäytetyötämme voisi myöhemmällä tutkimuksella jatko kehittää. Opinnäytetyötä osana oleva muistilista aggressiivisen muistisairaahan hoidosta ja aggressiivisuuden mahdollisista syistä sai yhteistyökumppanimme hoitohenkilökunnalta positiivista palautetta.

Jatkotutkimuksessa muistilistaa voisikin laajentaa koskemaan myös muita haastavia asukas- ja potilasryhmiä, esimerkiksi aggressiivisen kehitysvammaisen hoitoa. Koemme muistilista- konseptin hyödylliseksi myös muualla hoitotyössä. Esimerkiksi uusi hoitaja voisi hyötyä osastolla olevasta muistilistasta, jossa käydään läpi osastolla yleisimmin esiintyvien sairauksien hoitopolkua.

9 Lähteet

Painetut

Kivimäki S. 2021. Eettinen osaaminen hoitotyössä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Vilka ja Airaksinen. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka H. 2005 Tutki ja Kehitä. Helsinki: Tammi.

Sähköiset

Aggressive behaviours. 2020. Dementia Australia. Viitattu 20.4.2020 <https://www.dementia.org.au/national/support-and-services/carers/behaviour-changes/aggressive-behaviours>

Behaviour & Personality Changes. 2014. UCSF, Memory and Aging center. Viitattu 20.4.2021 <https://memory.ucsf.edu/caregiving-support/behavior-personality-changes>

Daily Caring. 2021. 14 Ways of dealing with aggressive behavior in dementia. Viitattu 24.4.2021 <https://dailycaring.com/14-ways-of-dealing-with-aggressive-behavior-in-dementia/>

Eettisyys. 2021. KAMK-University of Applied Sciences. Viitattu 4.5.2021 <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Eettisyys>

Elintavat ja muisti. 2019. Terveyskylä, Ikätalo. Viitattu 23.9.2021 <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4-terveys-ja-sairaudet/elintavat-ja-toimintakyky/elintavat-ja-muisti>

Ervasti, Vesa, Olin, Nikunlaakso ja Aalto. 2021. Kunta10 - tutkimus. Työterveyslaitos. Viitattu 19.4.2021 <https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kunta10-tutkimus/>

Geriatrinen depressioasteikko. 2019. Käypä hoito. Viitattu 10.8.2021 <https://www.kaypa-hoito.fi/pgr00024>

Huttunen. 2018. Sekavuustila (Delirium). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.4.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>

Ikääntyminen. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2021 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotohto>

- Jansson. 2019. Muistipotilaan masennus voi kertoa yksinäisyydestä. Lääkärelehti. Viitattu 9.10.2021 https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/uutiset/muistipotilaan-masennus-voi-kertoa-yksinaisyydesta/?public=e7154454ce35bf21725f8bacfdac926f&utm_source=facebook
- Juva A, 2007. Dementia ja depressio. Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 20.4.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo96488>
- Koponen, Leinonen ja Isohanni. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Potilaan lääkäri-lehti. Viitattu 20.4.2021 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/>
- Koponen ja Vataja. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito, Käypä hoito-suositus. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/nix01592>
- Lyhty M. 2018. Miten kohdata aggressiivinen ihminen? Hoitoalan ammattilaisten lehti, Super. Viitattu 24.4.2021 <https://www.superlehti.fi/tyoelama/ammattissa/miten-kohdata-aggressiivinen-ihminen/>
- Lääkeinfo. 2019. Memantin Orion. Lääketietokeskus. Viitattu 20.4.2021 https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=17667&i=ORION+PHARMA_MEMANTIN+ORION
- Lääketietokeskus. 2015. Memantin Orion. Lääkeopas Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/far01114>
- Lääketietokeskus. 2020. Lääkeopas Terveyskirjasto, Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/far01104>
- Löppönen ja Suhonen. 2016. Memantiinin haittatapahtumat Alzheimerin taudin, vaskulaaridementian ja sekamuotoisen dementian hoidossa. Käypä Hoito-suositus. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/nak05355>
- Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. 2021. Muistiliitto. Viitattu 20.4.2021 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen>
- Muistisairaudet. 2021: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2021 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Opinnäytetyön muodot. 2021. Karelian opinnäytetyön ohje: Opinnäytetyön eri muodot. Karelia ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.5.2021 <https://libguides.karelia.fi/c.php?g=679019&p=4901221>

Psykososiaaliset hoidot. 2021. Mielen-terveystalo.fi. Viitattu 8.10.2021 <https://www.mielen-terveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykososiaalisethoidot.aspx>

Riistavuoren seniorikeskus. 2020. Helsinki, Sote-palvelujen toimipisteet. Viitattu 20.4.2021 <https://www.hel.fi/sote/toimipisteet-fi/aakkosittain/riistavuoren-seniorikeskus/>

Rosenvall M. 2016. Rivastigmiinin haattavaikutukset Azlheimerin taudissa. Duodecim Käypä Hoito. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/nak05340>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. 2021 Muistisairaudet. Käypä Hoito-suositus. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistys ry:n, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2021. Virtsatieinfektio. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi10050>

Talaslahti, Vataja, Ginters ja Koponen. 2019. Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 20.4.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo15228>

Urinary tract infections and dementia. 2021. Alzheimer's Society. Viitattu 19.4.2021 <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/daily-living/urinary-tract-infections-utis-dementia>

Vaikeat tilanteet. 2021. Muistiliitto. Viitattu 19.4.2021 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistisaira-an-ihmisen-kohtaaminen/vaikeat-tilanteet>

Vataja R. 2019. Alkoholien käyttöön liittyvä muistisairaus. Käypä hoito. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/nix01619>

Vuento R. 2020. Virtsatietulehdus (virtsatieinfektio) aikuisilla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.4.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00615>

Liite 1

Käyttösoireisen muistisairaahan hoito ja käyttösoireiden selvittäminen

Mitä käyttösoireet ovat?

Muistisairaus saattaa tuoda esille käyttösoireita jotka vaikuttavat asukkaan ja läheisten elämänlaatuun, käyttösoireita saattaa olla vähän tai enemmän riippuen muistisairaudesta ja asukkaasta. Käyttösoireet voivat olla ohimeneviä tai kestää pitkän aikaa, jopa vuosia.

Yleisiä käyttösoireita ovat fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus, estoton käytös, pakko-oireet, levottomuus, huutelu, aistiharhat, harhaluulot ja virhetulkinnat, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja unihäiriöt

Tarkista nämä:

Mikä tilanne

Alkoivatko käyttösoireet tai toistuvatko käyttösoireet tietyissä tilanteissa?
Onko tapahtunut jotain stressaavaa tai uutta? Pystyykö tilannetta rauhoittamaan?

-hoitotoimet tarvittaessa lyhyesti ja vain välttämättöminä toimina, jos asukas reagoi negatiivisesti hoitotoimiin

-asukastuntemus: mitkä ärsykkeet aiheuttavat reaktioita

-käyttösoireisen asukkaan luota poistuminen ja tarvittaessa hoitajan vaihto

-asukkaan rauhallinen ja turvallinen ympäristö omien tavaroidensa ympäröimänä

-rutiinien ylläpito ja niiden tuoma turva

-uudet henkilöt ja hoitajat saattavat ahdistaa

-vuorokauden aika saattaa vaikuttaa, yleensä iltaisin enemmän levottomuutta

Kipu

Vaikuttaako asukas kivuliaalta? Vaivaako jokin? Pystyykö asukas kertomaan mahdollisesta kivusta? Tutki aristaako tai näkyykö asukkaassa jotain ki-puun/särkyyn viittaavaa?

-asukkaan käytöksen muuttuminen tai levottomuus vai johtua kivusta, muu-tosta havainnoidessa asukkaan normaalin käytöksen tunteminen tärkeää

-kivun syyn selvitys; asukaan voi olla haastavaa itse kertoa kivusta, joten seu-ranta ja huolellinen tutkiminen auttavat kivun selvittelyssä

-asukkaan historia; vanha vamma voi ilmetä kipuna, kuten myös yksinäisyys tai tylsyytys

-kipulääkitys, hyödynnetään myös lääkkeetöntä kivunlievitystä esimerkiksi lämpöä, asentohoitoa ja läsnäoloa

-asukkaan riittävä ravitseminen ja nesteidensaanti

Lääkitys

Onko lääkehoito toteutettu? Onko lääkehoidossa ollut virheitä? Lääkemuutok-set? Hyötyykö asukas tarvittavan lääkkeen antamisesta? Voiko käyttöoireet olla haittavaikutus lääkityksestä?

-varmistaa, että asukaan lääkehoitoa on toteutettu oikein

-tuodaan asukkaan toistuva levottomuus, ahdistus ja aggressiivisuus lääkärin tietoon, akuutissa tilanteessa konsultoidaan päivystävää lääkäriä

-aktiivisesti seurataan asukkaan lääkkeiden vastetta, huomioidaan muutostar-peita ja viedään ne lääkärin tietoon

-pyritään välttämään monilääkitystä ja ymmärretään asukkaan käytössä olevan monilääkityksen riskit, jos lääkkeiden yhteisvaikutukset mietityttävät konsul-toidaan lääkäriä

Vuorovaikutus

Ymmärtääkö asukas mistä puhut tai mitä tarkoitat? Onko asukas ymmärrettävissä? Onko asukasta aikaa kuunnella ja tuntee kohtauksi?

-pidä puhe selkeänä ja yksinkertaisena, puhu rauhallisesti ja kunnioittavasti

-tehosta kommunikointia katsekontaktilla ja kosketuksella, ole kääntyneenä asukkaaseen päin puhuessa ja puhu kuuluvalla äänellä

-kuuntele asukasta rauhassa ja anna aikaa ulostuontiin, kokeile tarjota sanoja ja varmista lopuksi, että olette yhteisymmärryksessä

-kysy apua, toinen hoitaja saattaa tuntea tai ymmärtää asukasta paremmin

Sekavuustila (delirium) ja virtsaaminen

Onko asukas sekava? Onko asukas käynyt päivystyksessä tai kärsinyt akuutista sairaudesta lähiaikoina? Onko virtsannut normaalisti, onko virtsaaminen tiheytyntä tai vähentynyt? Onko virtsatieinfektion oireita?

-pidetään päivittäistä kirjausta asukkaan erityksestä, näin pysytään perillä hälyttävistä muutoksista ja pystyy helpommin tarkistamaan tarvittaessa

-seurataan tuntuuko virtsatessa kirvelyä ja virtsaamistiheyttä sekä asukkaan lämpöä

-VTI-oireiden esiintyessä tai infektiota epäiltäessä sairaanhoitajan tai lääkärin konsultaatio lähetteen tekoa varten