



MielenMuutos pitkäaikaishoidossa:

käyttösoireiden hoidosta muistisairaiden
asukkaiden hyvinvoinnin tukemiseen

Espoo 28.2.2011

Dosentti Ulla Eloniemi-Sulkava

Erikoistutkija, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Tiedetään pitkäaikaispaikoista

- Asukkaista 80 %:lla on muistisairaus.
- Hoidon laadussa ja asukkaiden elämänlaadussa on puutteita.
- Muistisairaiden ihmisten toimintatapoja on vaikeaa ymmärtää ja heidän hoidossaan usein koetaan vaikeuksia
- Näistä vaikeuksista perinteisesti käytetään käytösoireen käsitettä.

Käyttösoireiden muuttuva käsitys

Kognitiivisista muutoksista
johtuva toimintatapa

Delirium

Käyttösoire

Hyvinvoinnin tarpeen
ilmaisu

Psykoottinen
oire

**Mistä muistisairaana ihmisen
hyvinvointi koostuu?**

**Mitä hän tarvitsee
elämänlaatuunsa?**

Muistisairaahan kokonaisvaltainen hoito

Mahdollisuus elää
omannäköistä elämää

- Liikkuminen
- Toiminta, osallisuus
- Arvot, vakaumus
- Identiteetti

Tuki kognitiivisissa
vaikeuksissa

Henkisesti turvallinen
ympäristö

Omaisten tukeminen

Vuorovaikutus

- Normaali
- Arvostava ja luotettava
- Selkeä, rauhallinen

Varhainen ja oikea
diagnosointi

Asianmukainen
lääkehoito

Somaattisten
sairauksien hoito

Hyvä
ravitsemustila

Fyysisten vaivojen
hoito

Kuntoutus ja
fysioterapia
tarvittaessa

Elämänlaatu

Tutkimuksen tarkoituksena oli

- lisätä ymmärrystä muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä
- lisätä tietoa tukea muistisairaiden ihmisten elämänlaatua
- kehittää hoitoon toimintamalli joka parantaa muistisairaiden ihmisten elämänlaatua ja vähentää käytösoireita.

Toteutus

- Lähtötilanteessa mukana olivat kaikki Espoon vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon osastot (n=19), joissa noin 400 asukasta
- Hoitoyksiköt arvottiin:
 - interventioryhmään (tuettu ryhmä) ja
 - vertailuryhmään
- Tutkimuksen kesto kunkin yksikön kohdalla 14 kk

Tutkimuksen kulku 0 kk > 14 kk

Vertailuyksiköt

- Jatkoivat omia hoitokäytäntöjään
- Saivat tehdä omaa kehittämistyötään
- Saivat osallistua tutkimusryhmän järjestämään koulutusiltapäivään
- Saivat tutkimuksen päätyttyä suulliset palautteet yksikkönsä ELO-D – havainnoinnista kehittämistyön tueksi

Tukitoiminta eli interventio

Intervention (14 kk) periaatteet

- Keskiössä muistisairas asukas ihmisenä joka tuntevana ja kokevana ihmisenä ilmaisee itseään omilla tavoillaan ja kyvyillään
- Yhteistyö asukkaiden, omaisten ja moniammatillisten toimijoiden kanssa
- Asukkaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu jotta voitiin ymmärtää asukkaan erilaisia tarpeitaan
- Rääätälöinti
 - Henkilökunnan tukeminen erilaisten keinojen löytämisessä ja käyttämisessä

Intervention ydintoiminnat

- Asiantuntijasairaanhoidtaja
 - tuki ja ohjasi henkilökuntaa
- Konsultoiva geriatri
 - muistisairauden diagnosointi
 - lääketieteellisen hoidon kommentit
- Rääätälöintitapaamiset
 - tapaaminen jossa asukaslähtöisesti tunnistettiin asukkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tarpeita ja etsittiin niiden huomioimiseksi räätälöityjä hoitokeinoja
 - moniammatillisesti
 - omaisten kanssa

Lisäksi henkilökunnalle tarjottiin välineitä hoidon räätälöintiin

- lauluvalmennukset (6 x 1,5h)
- muistelukoulutukset (4 x 1,5h)
- tutkimusryhmän fysioterapeutin käytännön ohjaus yksiköissä liikkeen käytöstä hoitotyössä
- ympäristöarvioinnit
- ruokapäiväkirjat

Ydintiimin = Memotiimin tapaamiset 5/ 09 alkaen

- Tavoitteet: Intervention tehokkuuden lisääminen ja juurtumisen varmistuminen
- Kustakin interventioyksiköstä vähintään 2 hoitajaa (sh + ph/ lh)
- Koulutukselliset vertaistapaamiset kerran kuukaudessa
- Tiimissä mukana myös kaksi fysioterapeuttia. Mukaan kutsutut lääkäri, mukana kakis kertaa, ja sairaalapastori mukana kerran)

Henkilökunta

- Henkilökuntamitoitus kansallisten minimisuositusten mukainen
 - V. 2008 keskiarvo 0.66 (vaihteluväli 0.62-0.75)
 - V. 2009 keskiarvo 0.63 (vaihteluväli 0.58-0.77)
 - V. 2010 keskiarvo 0.64 (vaihteluväli 0,58-0.77)
- Lähtötilanteesta tutkimuksen loppuun
 - työn kuormittavuuden kokemus lisääntyi
 - Tyytymättömyys johtamiseen lisääntyi merkitsevästi
- Jatkuva epävarmuus osastojen lakkauttamisesta ja ylipaikkojen lisääntymisestä



Tuloksia

Muistisairaat asukkaat (n=233) lähtötilanteessa

- keski-ikä 81 vuotta
- naisia 65%
- Alzheimerin tauti 64.8 %
- Lewyn kappale -tauti 29.6 %
- muistisairauden vaikeusaste
 - keskivaikea 34.3 %
 - vaikea 45.9 %
- Ravitsemustila
 - Kärsii virheravitsemuksesta 30.0 %
 - Hyvä ravitsemustila 3.9 %

80 %:lla pitkäaikaishoidon asukkaista muistisairaus (1)

- Merkittävää että 29,6 %:lla heistä Lewyn kappale -tauti



- Taito tukea näiden ihmisten kotona asumista vähentäisi pitkäaikaishoidon tarvetta
- Henkilökunta tarvitsee erityisosaamista Lewyn kappale -tautia sairastavien asukkaiden hoitoon ja kuntoutukseen

80 %:lla pitkäaikaishoidon asukkaista muistisairaus (2)

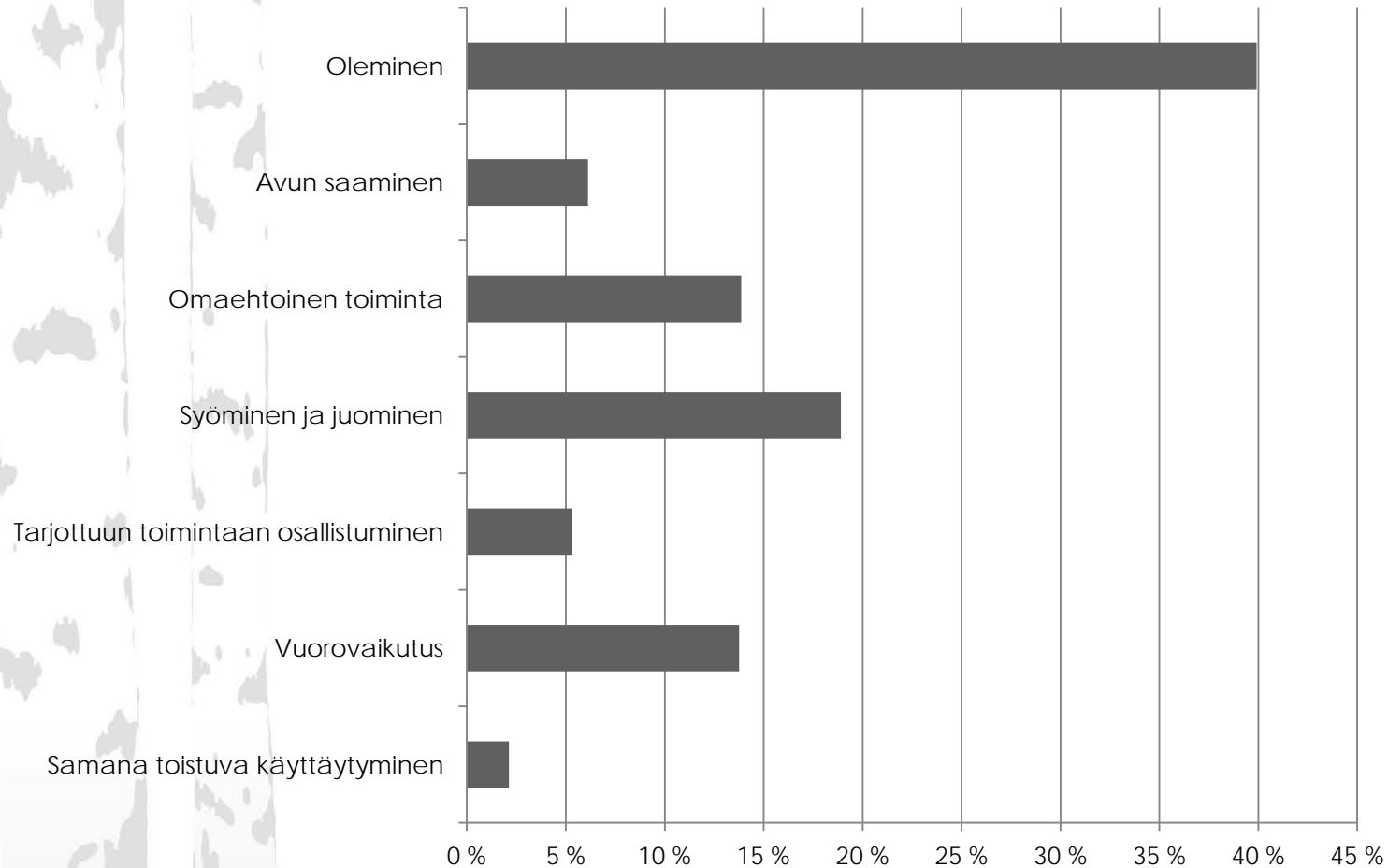
- Heistä 79 %:lla on hoitajien kokemana hankalaa käyttäytymistä, käytösoireita
 - 62.7 %:lla heistä esiintyi levottomuus/ aggressiivisuus -käytösoiretta

Käyttösoireet ja elämänlaatu

- Käyttösoireiden merkitsevin selittäjä oli asukkaan huono elämänlaatu
- Huonoa elämänlaatua selittivät toiminnan puuttuminen, huono ravitsemustila, pitkälle edennyt muistisairaus ja huono fyysinen toimintakyky

Mitä oli asukkaiden arki lähtötilanteessa?

Aukkaiden toiminta havainnoituna 5235 viiden minuutin havainnointijakson aikana



Asukkaiden hyvinvoinnin arvot eri toimintaluokissa 5235 viiden minuutin havainnointijakson aikana

	Hyvinvointi -1 (n = 304)	Hyvinvointi 0 (n= 4244)	Hyvinvointi 1 (n = 662)	Hyvinvointi 2 (n = 24)
Oleminen	12,8 %	47,7 %	3,9 %	0,0 %
Avun saaminen	16,8 %	4,9 %	9,1 %	8,3 %
Omaehtoinen toiminta	8,9 %	15,3 %	6,8 %	12,5 %
Syöminen ja juominen	11,2 %	19,6 %	18,7 %	4,2 %
Tarjottu toiminta	1,0 %	3,6 %	16,9 %	50,0 %
Vuorovaikutus	36,8 %	7,2 %	44,6 %	25,0 %
Toistokäyttäytyminen	12,5 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %

Intervention vaikuttavuuden tuloksia

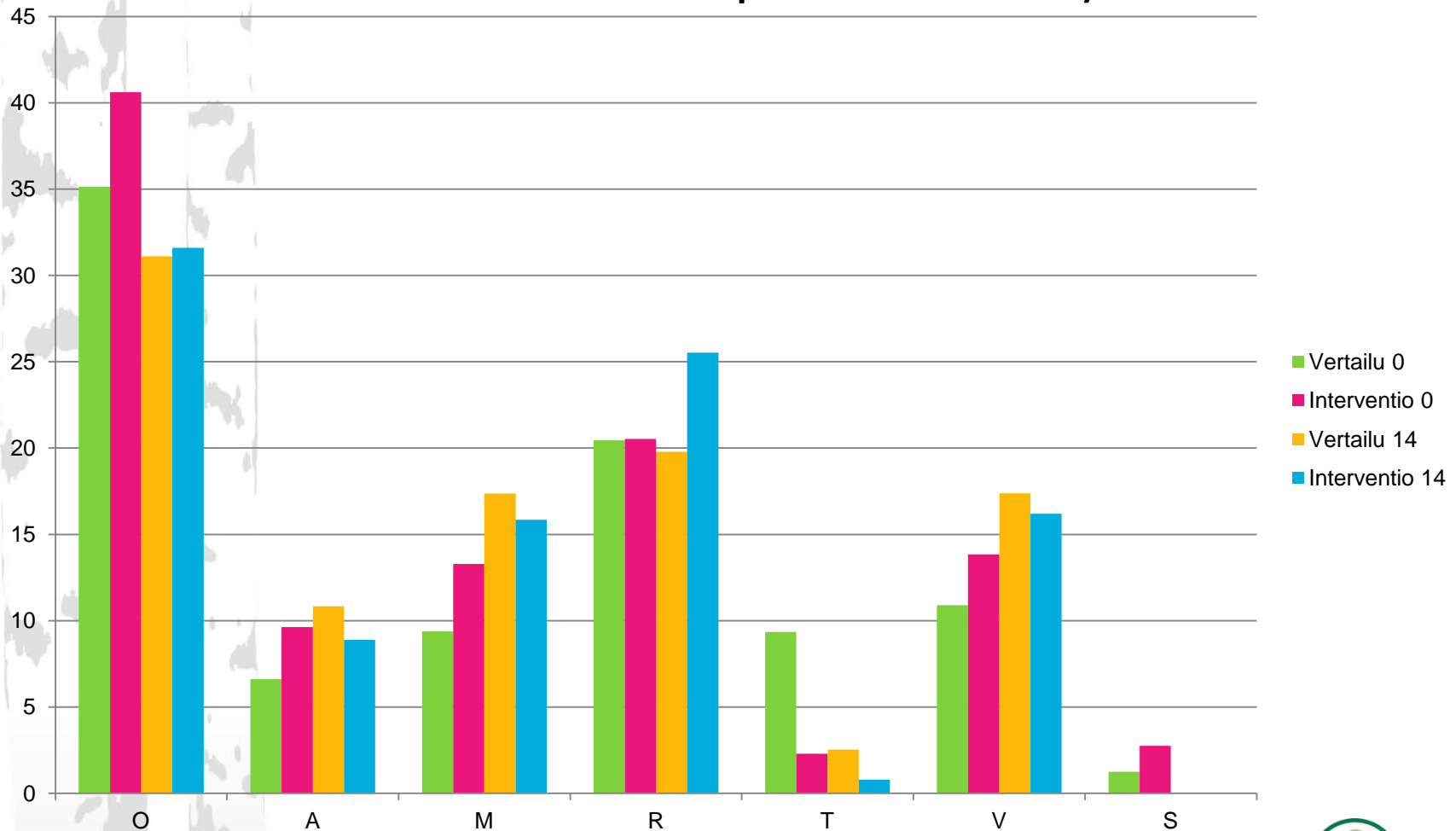
- Kaikkien asukkaiden käytösoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi
- Kaikkien asukkaiden elämänlaatua parani lähes merkitsevästi
- Kaikkien asukkaiden masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi
- Henkilökunnan käytösoireista kokema stressi väheni tilastollisesti merkitsevästi
- Interventioryhmässä kaikkien psykenlääkkeiden käyttö väheni tilastollisesti merkitsevästi

Psyykenlääke	Interventioryhmän asukkaat			Vertailuryhmän asukkaat		
	Lähtötilanne	Tutkimuksen lopussa	p-arvo	Lähtötilanne	14 kuukauden seuranta	p-arvo
Antipsykootit, n (%)	30 (33.7)	20 (22.5)	.002	37 (42.0)	26 (29.5)	.027
Bentsodiatsepiinit, n (%)	26 (29.2)	13 (14.6)	.002	20 (22.7)	14 (15.9)	.109
Antidepressiivit, n (%)	32 (36.0)	21 (23.6)	.021	28 (31.8)	30 (34.1)	.481
Unilääkkeet, n (%)	13 (14.6)	3 (3.4)	.006	14 (15.9)	7 (8.0)	.084

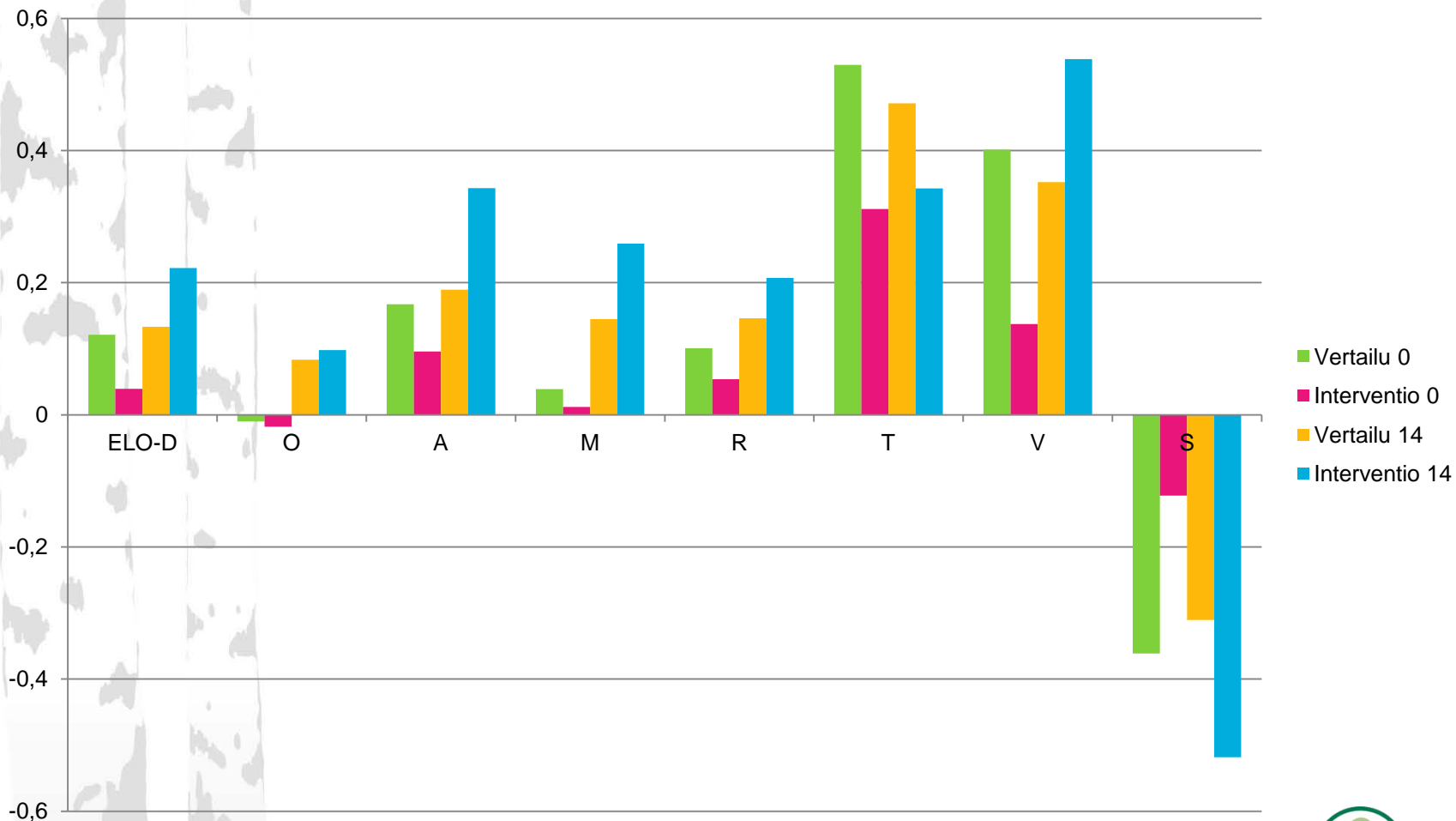
Vertailuryhmään verrattuna interventioryhmän asukkaiden

- ELO-D –havainnoinneilla arvioitu elämänlaatu parani tilastollisesti merkitsevästi
- masennuslääkkeiden käyttö väheni tilastollisesti merkitsevästi
- ravitsemustila korjaantui

Asukkaiden ELO-D –toimintaluokkien ajalliset osuudet havainnointiaikana (lähtötilanne = 0 kk, tutkimuksen lopussa = 14 kk).



Asukkaiden toimintaluokkien aikaisten hyvinvoinnin keskiarvojen muutokset interventio- ja vertailuryhmän välillä



Tukitoiminta paransi ravitsemusta vertailuryhmään verrattuna

- 14 kuukauden aikana asukkaiden ravitsemustila merkitsevästi huononi, kuitenkin tuetussa ryhmässä merkitsevästi vertailuryhmää vähemmän ($P=.004$)
- Ruokapäiväkirjat osoittivat interventioryhmässä tapahtuneen merkitsevää paranemista lähtötilanteeseen verrattuna vuorokauden
 - energian saannissa ($p.000$)
 - proteiinin saannissa ($p.000$)
 - D- ja E-vitamiinin saannissa ($p.000$)

Aukkailla oli runsaasti hyvinvointia vähentäviä tarpeita joita ei huomioida hoidossa (vrt. unmet needs behavior)

- Niitä voitiin tunnistaa moniammatillisen työryhmän laaja-alaisella ja analyyttisellä yhteistyöllä, kun:
 - potilas keskiössä
 - omaisen yhteistyössä

Hyvinvointitarpeet voidaan jakaa (1)

- Ihmisestä itsestään aiheutuviin tarpeisiin, jotka liittyvät
 1. fyysiseen tilanteeseen
 2. lääketieteelliseen hoitoon
 3. ravitsemukseen
 4. kognitiivisen toimintakykyyn
 5. persoonallisuuteen ja elämäntapaan

Hyvinvointitarpeet voidaan jakaa (2)

- Vuorovaikutuksessa syntyviin tarpeisiin, kuten
 1. Luottamus ja turvallisuus
 2. Arvostus
 3. Identiteetin säilyminen

Hyvinvointitarpeet voidaan jakaa (3)

- Ympäristön aiheuttamiin tarpeisiin jotka syntyvät
 1. kun fyysisen ympäristö ei tarjoa tukea
 1. identiteetille
 2. toiminnalle ja osallistumiselle
 3. toimintakyvyn ylläpitämiselle
 2. kun psykososiaalisen ympäristö ei tarjoa
 1. turvallista ja arvostavaa ilmapiiriä
 2. tukea identiteetille

Tarpeiden tunnistaminen vaatii

- Muistisairaahan ihmisen kuuntelua ja häneen ihmisenä paneutumista
- Yhteistyötä omaisten kanssa
- Moniammatillista yhteistyötä
- Monialaisesti osaavaa henkilökuntaa

Yhteenveto (1)

- Elämänlaatu ja käytösoireet vahvasti selittävät toisiansa
- Elämänlaatua voidaan kohentaa kokonaisvaltaisella hoidolla jolla vaikutus myös käytösoireisiin
- Tutkimuksen tulokset linjassa aikaisempien vastaavien tutkimusten kanssa kuitenkin tässä tutkimuksessa:
 - Tarpeiden tunnistaminen aiempaa systemaattisempaa ja kokonaisvaltaisempaa

Yhteenveto (2)

- Tutkimuksen tulokset voidaan jalkauttaa myös kotona asuvien muistisairaiden asukkaiden hoitoon kun
 - järjestelmässä selkeä käytännön toimintamalli
 - eri ammattiryhmien osaaminen varmistetaan

Kiitos tutkimusryhmälle (1)

- Harriet Finne-Soveri, geriatrian dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Marjo Forder, fysioterapeutti, Vanhustyön keskusliitto
- Sonja Frosti, M.Sc. (sosiaalipsykologia), Vanhustyön keskusliitto
- Sirkkaliisa Heimonen, PsT, Ikäinstituutti
- Eeva Hölttä, psykiatri, geriatri, tohtorikoulutettava, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- Riitta Koivula, YTM, tohtorikoulutettava, Jyväskylän yliopisto
- Helinä Kotilainen, yliarkkitehti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Terhi Köykkä, TtM (hoitotiede), tohtorikoulutettava, Vanhustyön keskusliitto
- Jelena Meinelä, ravitsemustieteen opiskelija, Helsingin yliopisto

Kiitos tutkimusryhmälle (2)

- Ava Numminen, musiikin tohtori, psykologi, laulunopettaja, Uudenmaan taidetoimikunta ja Sibelius-Akatemia
- Minna Pietilä, PhD (sosiologia), Vanhustyön keskusliitto
- Heli Sillanpää-Nisula, psykiatrinen sairaanhoitaja, Vanhustyön keskusliitto
- Marja Saarenheimo, FT, psykologi, Vanhustyön keskusliitto
- Niina Savikko, TtT (hoitotiede), Vanhustyön keskusliitto
- Timo Sinervo, sosiaali- ja terveydenhuollon dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Raimo Sulkava, geriatrian professori, Itä-Suomen yliopisto
- Merja Suominen, ETT, Suomen muistiasiantuntijat ry
- Päivi Topo, terveys sosiologian dosentti, Suomen Akatemia ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos



Kiitos yhteistyöstä!

www.mielenmuutos.fi