

Liisa Hõbesaar

Anna-Greta Irval

Õendusabi Alzheimeri tõvega patsientidele statsionaarses ravis

Lõputöö

Tallinn 2021

Oleme koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Lubame Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

Liisa Hõbesaar

/allkirjastatud digitaalselt/
/kuupäev digitaalallkirjas/

Lõputöö autori allkiri

Anna-Greta Irväl

/allkirjastatud digitaalselt/
/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Pirge Toms, MA

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Liisa Hõbesaar, Anna-Greta Irval (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Õendusabi Alzheimeri tõvega patsientidele statsionaarses ravis. Lõputöö on 23 leheküljel ja kasutatud on 38 kirjandusallikat.

Lõputöö on kirjanduse ülevaade, mille eesmärgiks on kirjeldada õendusabi Alzheimeri tõvega patsientidele statsionaarses ravis.

Uurimistöö koostamisel analüüsiti eesti- ja ingliskeelseid teemakohaseid artikleid, raamatuid ning õigusakte. Andmed on kogutud erinevatest andmebaasidest nagu EBSCOhost, Science Direct, PubMed ning Google Scholar.

Alzheimeri tõvega patsiendi probleemiks statsionaarses ravis on käitumishäired, depressioon, agiteeritus, hallutsinatsioonid, meelepetted ning ärevus. Haige võib väljendada füüsilist ja verbaalset agressiooni. Tervishoiutöötajatel on puudulik teadmine haigusest ning puudulik enesekindlus selliste patsientide eest hoolitsedes. Dementsuse ja Alzheimeri tõve spetsiifiline väljaõpe suurendab töötajate pädevust ja rahulolu tööga, vähendab stressitaset ja kaadrivoolavust, mis omakorda toetab hoolduse järjepidevust ja hooldustegevuste kvaliteedi paranemist.

Õendustöötaja võib patsiendile õpetada tehnikaid, mille abil on võimalik toetada mälu, samuti tuleb motiveerida kompenseerivate strateegiate pidevat kasutust. Mittemedikamentoosete sekkumiste abiga on võimalik vähendada õendushaiglas viibivate patsientide käitumuslike sümptomite esinemise sagedust ja ägedust. Medikamentoosse ravi puhul peab õendustöötaja jälgima ravimite tõhusust ja kõrvaltoimeid.

Võtmesõnad: õendusabi, Alzheimeri tõbi, patsient, statsionaarne ravi.

SUMMARY

Liisa Hõbesaar, Anna-Greta Irväl (2021). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing. Nursing care for patients with Alzheimer's disease in inpatient settings. The final paper contains 23 pages and is based on 38 literary sources.

The thesis is based on review of research articles and the aim of the dissertation is to describe nursing care for patients with Alzheimer's disease in inpatient settings. Both Estonian and English academic articles, books and legislation were used. The data is collected from various databases such as EBSCOhost, Science Direct, PubMed and Google Scholar.

Behavioral disorders, depression, agitation, hallucinations, delusions and anxiety are problems in an inpatient with Alzheimer's disease. The patient may express physical and verbal aggression. Healthcare professionals have a lack of knowledge about the disease and a lack of confidence in caring for such patients. Specific training in dementia and Alzheimer's disease increases staff competence, job satisfaction and reduces stress levels, which in turn improves quality of patient care.

The nurse can teach the patient techniques that can support memory and motivate them to use compensatory strategies. With the help of non-medical interventions, it is possible to reduce the frequency and severity of behavioral symptoms in patients in a nursing home. If medications are used, the nurse should monitor the effectiveness and side effects of the medication.

Keywords: nursing care, Alzheimer's disease, patient, inpatient care.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY.....	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA.....	8
2. ALZHEIMERI TÕBE PÕDEVATE PATSIENTIDE PROBLEEMID STATSIONAARSES RAVIS.....	9
2.1. Dementsus Alzheimeri tõvest.....	9
2.2. Alzheimeri tõvega seotud probleemid statsionaarses ravis.....	10
3. ÕENDUSABI ALZHEIMERI TÕVEGA PATSIENDILE STATSIONAARSES RAVIS... 12	
3.1. Alzheimeri tõvega patsientide elukvaliteedi hindamine.....	12
3.2. Palliatiivravi õendushaiglas Alzheimeri tõvega patsiendile.....	13
3.3. Õendussekkumised Alzheimeri tõvest tingitud mäluhäirete korral.....	13
3.4. Õendussekkumised käitumis- ja psühholoogiliste probleemide korral.....	15
4. ARUTELU.....	17
JÄRELDUSED.....	19
KASUTATUD KIRJANDUS.....	20

SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsioon defineerib Alzheimeri tõve kui neurodegeneratiivset haigust, mis on progresseeruv. Tuvastatud on mitmed riskitegurid, mis mõjutavad haigust. Alzheimeri tõve peamised riskitegurid on sugu ja vanus. (Niu jt, 2017: 524).

Elanikkonna kiire vananemine on põhjustanud Alzheimeri tõvega patsientide kasvu suurenemise. 2006. aastal oli Alzheimeri tõbi diagnoositud 26.6 miljonil patsiendil kogu maailmas. 2020. aasta seisuga elab maailmas rohkem kui 50 miljonit dementset inimest. See number pea kahekordistub iga 20. aasta tagant, saavutades 82 miljonit haiget 2030. aastaks. Alzheimeri tõvega seotud uuringud ei ole Eestis tehtud. 2012. aastal on Maailma Terviseorganisatsioon teinud uuringu, mille andmetel võib Eestis dementsusega inimesi olla kuni 13 000. Arenenud riikides on Alzheimeri tõbi pärast südamehaigusi, vähki ja insulti neljas peamine surmapõhjus. (Dementia statistics; Ravijuhend 2018; Theofanidis jt, 2021: 106).

Uurimisprobleem on Alzheimeri tõve põdevate inimeste hulga suurenemine tingituna elanikkonna vananemisest. Siiski on tervishoiutöötajatel puudulik teadmine dementsusest, negatiivne hoiak dementsuse suhtes ja puudulik enesekindlus selliste patsientide eest hoolitsedes. Uuringud on näidanud, et dementsuse ja Alzheimeri tõve spetsiifiline väljaõpe suurendab töötajate pädevust ja rahulolu tööga, vähendab stressitaset ja kaadrivoolavust, mis omakorda toetab hoolduse järjepidevust ja hooldustegevuste kvaliteedi paranemist. Töötajate väljaõppeprogrammid pikaajalistes hooldusasutustes on näidanud mõõdukaid edusamme Alzheimeri tõve ja dementsusega patsientide hoolduskvaliteedis, mis puutub patsiendi elukvaliteedi parandamisesse, vähendades hospitaliseerimist ja visiite erakorralise meditsiini osakonda ning probleemset käitumist ja psühholoogilisi sümptomeid patsientide hulgas. (Gkioka jt, 2020: 2-4; Dassel jt, 2020).

Lõputöö **eesmärk** on kirjeldada õendusabi Alzheimeri tõvega patsientidele statsionaarses ravis.

Lõputöö eesmärgist lähtuvad **uurimisülesanded**:

- 1) kirjeldada Alzheimeri tõvest tulenevaid probleeme;
- 2) kirjeldada õendusabi Alzheimeri tõvega patsientidele statsionaarses ravis.

Lõputöö kesksed mõisted:

Alzheimeri tõbi (*Alzheimer's disease*) – Alzheimeri tõbi on närvisüsteemi krooniline haigus, mida esmakordselt kirjeldas 1906. aastal Alois Alzheimer (Ravijuhend 2018).

Patsient (*patient*) – füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust (Tervishoiuteenuste korraldamise ..., 2015:§ 3¹).

Õendusabi (*nursing care*) – statsionaarne või ambulatoorne tervishoiuteenus, mille eesmärk on säilitada ning parandada patsiendi tervislikku seisundit (Õendusabi 2021).

Statsionaarne ravi (*inpatient care*) – tervishoiuteenus, mille osutamiseks on vaja patsienti hospitaliseerida (Statsionaarse õendusabi osakonna ..., 2021).

1. METOODIKA

Käesolev lõputöö on koostatud uurimisprobleemi käsitleva kirjanduse ülevaatenähtena, sealjuures on kasutatud erinevatest kirjandusallikatest saadud eesti- ja ingliskeelset informatsiooni (Hirsijärvi jt, 2010:111).

Lõputöö teema valimisele järgnes uurimisprobleemi püstitamine, seejärel lõputöö eesmärgi ja ülesannete sõnastamine. Kirjanduse ülevaate koostamisel töötati läbi eesti- ja võõrkeelseid teemakohaseid kirjandusallikaid. Lõputöö koostamiseks sobisid muuhulgas erinevate patsientide juhtumiraportid, õdede poolt kirjutatud teaduslikud artiklid, õigusaktid ning interneti otsingumootori kaudu leitud teemakohased allikad. Allika valikul olid kriteeriumiteks tõendus põhjus ja seotus lõputöö teemaga. Andmeid tuli koguda iga teema kohta eraldi.

Lõputöö koostamiseks on teavet kogutud ka erinevatest andmebaasidest nagu näiteks EBSCOhost, Science Direct, PubMed, Google Scholar jt. Andmebaase kasutades sisestati järgmiseid otsingufiltreid: täistekst (*linked full text*) ja allikate olemasolu (*reference available*). Andmebaasidega töötamisel kasutati järgmisi otsingusõnu: õde (*nurse*), Alzheimeri tõbi (*Alzheimer's disease*), statsionaarne ravi (*stationary treatment*). Otsingusõnadest koostati järgmised kombinatsioonid: Alzheimeri tõbi ja statsionaarne ravi ja õde (*Alzheimer's disease and stationary treatment and nurse*).

Tööülesanded olid autoritel võrdselt ära jaotatud. Tööd alustati teabe kogumisest andmebaasidest vastavalt omavahelisele tööjaotusele. Autorid kirjutasid peatükid eraldi, kuid hiljem vajadusel täiendasid teineteise kirjutatud teksti.

Lõputöö usaldusväärsuse tagavad kirjandusallikate valiku kriteeriumid. Töös on viidatud kõikidele kasutatud allikatele, kõik allikad on loetletud kasutatud kirjanduse loetelus ning töö ei sisalda plagiaati. Töö on vormistatud vastavalt Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendile.

2. ALZHEIMERI TÕBE PÕDEVATE PATSIENTIDE PROBLEEMID STATSIONAARSES RAVIS

2.1. Dementsus Alzheimeri tõvest

Dementsus on mälu, vaimsete võimete ja igapäevategevustega toimetuleku süvenev halvenemine määrani, kus inimene vajab kõrvalist abi. Dementsusel on mitmeid põhjuseid, neist kõige sagedasem (50%-75% juhtudest) on Alzheimeri tõbi. Alzheimeri tõbi on närvisüsteemi krooniline haigus, mida esmakordselt kirjeldas 1906. aastal Alois Alzheimer. Tema järgi on haigus oma nime saanud. Haigus põhjustab aeglast närvirakkude kahjustumist ja aju kärbumist. Haiguse tõttu halvenevad järk-järgult mälu ja vaimsed võimed ning igapäevaste tegevustega toimetulek. (Ravijuhend 2018).

Suurim riskifaktor on vanus. Suurem osa patsientidest (96%), kellel haigus areneb, on üle 65-aastased ning vaid 1-5% juhtudest on tegu varase algusega Alzheimeri tõvega, mis avaldub tavaliselt hilistes 40ndates või varastes 50ndates. II tüüpi diabeet, hüpertensioon, düslipideemia, rasvumine, istuv eluviis ja suitsetamine kuuluvad riskitegurite hulka. Riskitegurid, mida vältida ei saa on vanus ja geneetika. (Tartu Ülikooli Kliinikum; Brayne jt, 2011; Ulep jt, 2017: 129; Alves jt, 2019: 3).

Siiani ei ole usaldusväärset biokeemilist markerit Alzheimeri tõve avastamiseks ja kindla diagnoosi saab panna vaid aju histoloogilise uuringu põhjal autopsia käigus. Siiski on epidemioloogilised uuringud viinud erinevate biomarkerite avastamiseni, mis aitavad hinnata riski Alzheimeri tõve tekkeks ja toetavad diagnoosi. Markereid on võimalik leida näiteks liikvorist ja plasmast. MRT uuringul võib hilise algusega Alzheimeri tõve iseloomustada oimusagara atroofia. (Castellani jt, 2010); (Brayne jt, 2011).

Alzheimeri tõbi on väljalülitamise diagnoos, kuid diagnoosimisel kasutatakse laialdaselt ka standardiseeritud diagnostilisi kriteeriume. Järgides kindlaid diagnostilisi kriteeriume, on Alzheimeri tõve diagnoosi õigsus *ante mortem* ligikaudu 80-90%. Alzheimeri tõbi peab olema diferentseeritud teistest dementsust põhjustavatest haigustest. Alzheimeri tõbe võib segi ajada Picki tõvega, mida iseloomustavad varajased käitumishäired ning frontaalsagara kahjustuse nähud. Alzheimeri tõve kiiresti arenevat vormi tuleb eristada Creutzfeldti-Jakobi haigusest. Teine sagedasem dementsuse põhjus võib olla vaskulaarsüsteemi patoloogia. Diagnoosimaks arvatavat Alzheimeri tõbe, tuleb järgida järgmist: haigusnähud peavad vastama dementsuse

kriteeriumitele, haiguse algus on salakaval, haiguse kulgu on progresseeruv (üle mitme kuu või aasta); kognitiivne halvenemine ning esialgsed sümptomid on amnestilised või mitteamnestilised. (Tartu Ülikooli Kliinikum; Castellani jt, 2010; Ulep jt, 2017: 130-131).

Kliiniline leid on Alzheimeri tõve puhul varieeruv, kuid kindlalt esineb hiljutiste sündmuste puhune mäluhäire, kusjuures suheliselt hästi suudetakse meenutada varasemaid sündmusi, kõnehäired (kõne ladusus, esemete nimetamine, mõistete sisu, kõne sisu), ruumitajuhäire ning tegevuse sooritamise häire (probleemi püstitamine, planeerimine, lahendamine). Afaasia ja ruumitajuhäire võivad olla osal haigetel esmasnähtudeks. Tavalised on ka käitumishäired, samuti depressioon, agiteeritus, hallutsinatsioonid, meelepetted ning ärevus. Neuroloogilisel uuringul ei ilmne tavaliselt peale psüühikahäirete mingit kõrvalekallet, kuigi osal juhtudel võivad esineda ka ekstrapüramidaalne rigiidsus, kõnnakuhäired, müokloonused või epileptilised hood, eriti haiguse hilisstaadiumis. (Tartu Ülikooli Kliinikum).

2.2. Alzheimeri tõvega seotud probleemid statsionaarses ravis

Dementsed inimesed moodustavad märkimisväärse osa tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste kasutajatest. Haiglas olevatest patsientidest kuni 40% on dementsed ja õendushaiglas viibivatest patsientidest kuni 80% põevad Alzheimeri tõbe. Võrreldes teiste patsientidega on dementsedel patsientidel halvemad ravitulemused, neil on kõrgem suremuse määr ning suurem tõenäosus taashospitaliseerimiseks. Lisaks viibivad dementsed inimesed haiglaravil keskmiselt 16,4 päeva, mis on pea kaks korda kauem võrreldes teiste patsientidega, kes viibivad haiglas keskmiselt 8,9 päeva. Mõned neist erinevustest on tingitud eelduslikult haiguse olemusest, kuid palju mõjutab ka kehv hoolitsus, mis ei ole kohandatud vastavalt inimese dementsusest tulenevatele vajadustele. (Smith jt, 2019: 2; Surr jt, 2020: 511-512; Miller 2012: 261).

Võrreldes teiste patsientidega on dementsedel patsientidel kaks korda suurem risk kukkuda, saada sepsis või lamatis. Luumurdude tekkimise ja deliiriumi esinemise tõenäosus on samuti dementsedel patsientidel kolm korda suurem. Õendushaiglasse sattudes kasvab Alzheimeri tõvega patsientidel risk kukkumiseks, mis on põhjustatud haiguse keerukusest ja progresseerumisest. Sageli on ka valuravi ebajärjekindel, sest patsiendid on võimetud valu väljendama ning vahendid valu hindamiseks on dementsete patsientide jaoks ebaadekvaatsed. Üldiselt ei hospitaliseerita patsiente dementsusest tingituna, mistõttu on dementsus harva

hoolitsuse või ravi prioriteet. Lisaks võib personali teadlikkus ja väljaõpe dementsusest olla puudulik. Selle tulemusel jäävad patsiendi vajadused rahuldamata, mis omakorda suurendab käitumuslike ja psühholoogiliste sümptomite esinemissagedust. (Gaugler jt, 2014: 2; Dementia care...2014: 8; Timmons jt, 2016: 8-9; Surr jt, 2020: 511-512; Zonsius jt, 2020: 34).

Käitumuslikud ja psühholoogilised sümptomid on kõige häirivamad haiguse aspektid, mis mõjutavad Alzheimeri tõvega patsiente. Agressiivse või inhibeeritud käitumisega püüab haige näidata oma füüsilist või vaimset rahulolematust. Selliste sümptomite esmane ravi peaks olema mittefarmakoloogiline ning seda peaks teostama tervishoiutöötaja. Uimastite kasutamine selliste sümptomite puhul võib esile kutsuda vastupidise efekti, sellepärast tuleb kaaluda alternatiivset ravi enne farmakoloogilise ravi alustamist. (Gaugler jt, 2014:3).

Dementsusele on iseloomulikud ka mäluhäired, millele kaasnevad muud kognitiivsed häired nagu näiteks agnoosia, afaasia ja apraksia. Uuringud näitavad, et paljud patsiendid kaebavad talituslike- ja mäluhäireid aastaid enne seda, kui dementsus ja Alzheimeri tõbi välja kujunevad. Kerged kognitiivsed häired mõjutavad umbes 15-20% üle 65-aastaseid. Kergete kognitiivsete häiretega isikutel areneb dementsus välja kiiremini kui normaalsete kognitiivsete võimetega inimestel. Seetõttu on olulised teadmised mäluhäirete esinemissagedusest ja suurusjärgust, sest varajane diagnoos võib haiguse arengut ja mälukaotust edasi lükata. (Steingrimsdottir ja Arntzen 2011; Aigbogun jt, 2017)

Sõltumata osakonnast või asutusest, hoolitsevad õed sageli dementsete inimeste eest. Kognitiivseid funktsioone kahjustavate tegurite ära tundmine kuulub õe vastutusse. Lisaks peavad õed ja teised dementsete eest hoolitsevad inimesed säilitama patsiendi väärikust ja elukvaliteeti nii palju kui võimalik, vaatamata tõsistele ja progressiivsetele kaotustele, mida dementsed inimene kogeb. Alzheimeri tõvega patsientidega tegelev personal vajab oskusi ja teadmisi, et dementsete inimeste eest hästi hoolt kanda. Vajalik on teada, kuidas dementsed inimesega suhelda ning kuidas reageerida käitumuslikele ja psühholoogilistele sümptomitele. Aastatel 1997-2015 tehtud uuringute ülevaatest, kus uuriti õdede teadmisi dementsuse õendusabist ja hoiakuid sellesse ning kus osales 4274 õde, selgus, et teadmistes dementsete patsientide eest hoolitsemises on olulised puudujäägid. (Miller 2012: 255; Zonsius jt, 2020: 34; Smith jt, 2019: 2).

3. ÕENDUSABI ALZHEIMERI TÕVEGA PATSIENDILE STATIONAARSES RAVIS

3.1. Alzheimeri tõvega patsientide elukvaliteedi hindamine

Õendushaiglas keskendub õendusabi patsiendi elukvaliteedi parandamisele. Haigete ravi on individuaalne ja kohandatud iga inimese võimete ja vajaduste järgi. Alzheimeri tõvega patsientide elukvaliteet langeb, kui haigus progresseerub kergemast etapist raskemasse. Haiguse raskemates etappides esineb haigel käitumuslikud sümptomid, mis segavad igapäevaseid toiminguid. (Gaugler jt, 2014: 2).

Kognitiivsete ja funktsionaalsete võimete halvenemine dementsuse korral on progresseeruv ja ravimatu. Seetõttu on elukvaliteedi (QoL - *quality of life*) suurendamine muutunud dementsete abis fookuseks ning pälvinud järjest enam tähelepanu. Ameerika psühholoogi John Flanagani loodud elukvaliteedi skaala (QOLS - *The Quality of Life Scale*) on kohandatud kasutamiseks krooniliste haiguste korral. Elukvaliteedi skaala näitajad on muutunud tähtsaks ja vajalikuks osaks ravitulemuste hindamisel. Krooniliste haigustega elanikkonna jaoks võimaldab elukvaliteedi mõõtmine määratleda tervishoiu tulemuslikkust ka juhul kui tervenemine pole võimalik. (Burckhardt jt 2003: 1-2; Pothiban jt 2020: 1066-1068).

Alzheimeri tõvega patsientide jaoks on loodud eraldi elukvaliteedi hindamise skaala - QoL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease). Skaala koosneb 13. punktist (füüsiline tervis, energia, tuju, eluolukord, mälu, perekond, abielu, sõbrad, isik tervikuna, võimekus koduste töödega toimetulekul, võimekus meelelahutustegevusteks, raha ja elu tervikuna). Vastusevariandid on järgmised: 1- kehv, 2 - piisav, 3 - hea ja 4 - suurepärane. Skaala punktisumma on vahemikus 13-52 ning kõrgem punktisumma viitab paremale elukvaliteedile. (Torisson jt, 2016: 3-5).

Skaala on laialdaselt kasutuses tänu oma kasutusmugavusele, samuti on varasemad uuringud näidanud selle usaldusväärsust. Üldiselt hindavad patsiendid enda elukvaliteeti ise kõrgemalt kui nende hooldajad. Mõned allikad väidavad, et ka kaugelearenenud dementsusega patsiendid suudavad ise elukvaliteeti adekvaatselt hinnata, kuid sageli ei suuda nad küsimustele vastata. Haigetel tekib probleeme küsimuste mõistmisel või olukordade meelde tuletamisel. Sellisel juhul hindab elukvaliteeti patsiendi eest pereliige või õendustöötaja. (Gómez-Gallego jt, 2014; Torisson jt, 2016: 3-5).

3.2. Palliatiivravi õendushaiglas Alzheimeri tõvega patsiendile

Dementsuse varajases staadiumis elavad haiged sageli kodus koos pereliikmetega, kes abistavad neid igapäevastes toimingutes. Ligikaudu kolmandik dementsust põdevatest inimestest elab õendushaiglates. Haige õendushaiglasse sattumise tõenäosus suureneb tema käitumuslike sümptomite süvenedes. Õendushaiglad pakuvad elulõpu hooldust ning paljud dementsed haiged surevad hooldekodus või haiglas. Kõrge sissetulekuga riikides on kõige sagedamaks surmakohaks õendushaigla, ulatudes 49% Walesis kuni 93% Hollandis. (Eisenmann jt, 2020: 2).

Palliatiivravi abiga patsient ei tervene, tegemist on enesetunnet leevendava meetmega. Ravi eesmärk on muuta elukvaliteeti paremaks, leevendada sümptomeid ja pikendada eluiga, vähendades valu ja teisi probleeme, olgu need füüsilised, psühhosotsiaalsed või hingelised. Haigust leevendatakse medikamentoosselt, vaimselt ja füüsiliselt. Palliatiivravi on võimalik osutada raviasutuse statsionaarses osakonnas või hooldekodus. Oluline on koostöö õe ning patsiendi vahel. Palliatiivravi õe ülesanne on seletada patsiendile, kuidas on võimalik haigusega kergemini toime tulla. (Schroeder ja Lorenz 2017: 5; Eisenmann jt, 2020: 2; Põhja-Eesti Regionaalhaigla 2021).

Palliatiivravi peab teostama vastavalt patsiendi füüsiliste ja vaimsete vajadustele. Õde jälgib haige elulisi näitajaid ja teostab ravi vastavalt arsti korraldusele, samal ajal pakkudes patsiendile mugavust ja tuge. Patsient võib tunda huvi, miks tema haigus progresseerub ja õde peab oskama haigele seda võimalikult lihtsalt ära seletada. (Schroeder ja Lorenz 2017: 5-6).

3.3. Õendussekkumised Alzheimeri tõvest tingitud mäluhäirete korral

Mäluhäireid seostatakse sageli normaalse vananemisega, kuid Alzheimeri tõve puhul on see tavaliselt esimene tunnus haigusest. Esialgu võivad mäluhäired olla nii kerged, et pereliikmed ja sõbrad ei pruugi probleemist aru saada kuni haigus areneb ning sümptomid muutuvad selgemaks. Samuti võivad pereliikmed keelduda tunnistamast sümptomeid ja üritada eitada haigust kuni haigel tekivad äärmiselt ebatavalised või isegi ohtlikud käitumismustrid. Isegi kui muutuseid märgatakse, leitakse neile seletus näiteks depressiooni või mõne suure elusündmuse näol (pensionile jäämine, lehestumine). Varajases faasis dementsusega inimesed võivad hoiduda keerulistest ülesannetest, et kaitsta ennast kahanevate kognitiivsete võimete

mõju eest. Inimesed, kes ei pea tegelema keerukate vaimsete või psühhomotoorsete tegevustega, võivad olla suutelised varjama või kompenseerima kognitiivseid kaotusi kuni puudujäägid hakkavad tõsiselt igapäevast elu häirima. (Miller 2012: 266; Theofanidis jt, 2021).

Alzheimeri tõbi algab järk-järgult, süveneb aja jooksul ning lõpuks halvendavad mäluhäired inimese võimekust tööl, sotsiaalses suhtluses ja suhetes. Mäluhäire tunnused võivad olla samade küsimuste korduv küsimine, inimeste nimede, paroolide ja kohtade unustamine, asjade valesse kohta asetamine ning sõnade sassi ajamine või unustamine. Harjumuspärased tegevused võivad rohkem aega võtta, samuti eksitakse sõites ja kõndides ära tuttavates kohtades. Mäluhäired on seotud haiguse esimese faasiga. Lisaks on selles faasis patsientidel probleeme tähelepanu ja keskendumisega. Alzheimeri tõve esimeses faasis tuleks kasutusele võtta tehnikad mälukaotuse ravimiseks, mida tuleb õpetada nii patsiendile. (Lanzi jt, 2017: 363; Theofanidis jt, 2021).

Kompenseerivad strateegiad (nt pilt, mille juures on tekst) on tõhus vahend toetamiseks semantilist mälu ja sõnade leidmise oskust, et parandada suhtlust. Nende strateegiate õpetamine haiguse varajases staadiumis võib aidata suurendada iseseisvust ja üldist elukvaliteeti. Samuti on oluline soodustada nende strateegiate jätkuvat kasutust haiguse arenedes. Soovitatud sekkumiste hulgas on ka täiendavad teraapiad, näiteks meditatsioon, massaaž või võimlemine. Need tegevused võivad aidata vähendada mälukaotuse ägenemisest tingitud stressi. Tõendust on leidnud, et tegevusteraapia ja mõõdukas kehaline aktiivsus säilitavad Alzheimeri tõbe põdevate inimeste võimekust ja lükkavad edasi õendushaiglas viibimise vajadust. Patsientidele, kelle mälu on häiritud, on heaks abiks kirjalikud või suulised meeldetuletused. Neile võib soovitada päeviku kasutamist, oma ülesannetest nimekirja koostamist või paluda kellelki abi kohustuste meelde tuletamiseks. (Alzheimeri tõve...2017: 25; Lanzi jt, 2017: 363; Theofanidis jt, 2021).

Haiguse arenedes raskemas faasi halveneb verbaalne suhtlus märkimisväärselt, muutub ebaselgeks või kaob. Patsient ei pruugi lähedasi ära tunda. Segadusseisundis patsient võib paluda näha oma lahkunud vanemat või abikaasat. Ebarealistlikud palved on sageli tülikad, kuid õde peaks neist pigem tähelepanu kõrvale juhtima, et patsienti reaalse olukorra selgitamisega mitte ärritada. Haiguse hilisemas faasis olevate patsientidega töötades tuleb rõhuda tugevuspõhiste ja patsiendikesksete sekkumistele. Dementsetel inimestel säilib soov olla edukas, omada eesmärki ja suhelda ka haiguse raskes faasis. Patsiendi kognitiivsete

funktsioonide halvenedes tuleb õendussekkumisi kohandada. Kiirustades, patsienti mitte kuulates ja vaid käesolevale ülesandele keskendudes (nt vereproovi võtmine, haava sidumine) võib tekitada kahju, mida hiljem pole võimalik tagasi pöörata. Dementsed inimesed ei pruugi küll täpselt juhtunut mäletada, kuid kui emotsionaalne mälestus on traumaatiline, siis taas sellises olukorras viibides võib nende suhtumine muutuda negatiivseks. Seevastu meeldivad emotsionaalsed mälestused seoses kindlate inimeste ja kohtadega toetavad positiivset suhtumist. (B Juhasz, 2016: 1162; Lanzi jt, 2017: 363; Theofanidis jt, 2021).

3.4. Õendussekkumised käitumis- ja psühholoogiliste probleemide korral

Haiguse arenedes hakkavad rohkem avalduma ärevuse, ärrituse ja rahutuse sümptomid. Pea 90% Alzheimeri tõvega patsientidel tekivad käitumuslikud häired, 40% on kerge depressiooni sümptomid ja kuni 66% kogevad ärevust. Alzheimeri tõve käitumuslikud aspektid on patsiendi jaoks väga stressirohked. Sageli esinevad rahutuse, apaatia ja psühhoosi (nt hallutsinatsioonid) sümptomid, mis õõnestavad veelgi patsiendi iseseisvust, tekitades hirmu, viha ja frustratsiooni. Häirivamad sümptomid nagu agitatsioon, vägivaldsus, uriinipidamatus ja uitamine viivad sageli patsiendi paigutamiseni õendushaiglatesse. (Manju ja Pharm, 2007: 400).

Käitumuslikud sümptomid on peamised stressiallikad haige jaoks ning hospitaliseerimise käigus need tihti süvenevad. Kuigi sageli määratakse sümptomitega toimetulekuks antipsühhootikume, seostatakse neid ravimeid tõsiste ja ebasoodsate kõrvalmõjudega, samas on need patsiendi jaoks vähese kasulikkusega. Näiteks suurendab sage öine rahustite kasutamine vanemate inimeste kukkumisriski, kui nad üritavad tundmatus keskkonnas tualetti kasutada. (Manju ja Pharm, 2007: 400; Dementia care..., 2014: 14).

Kukkumine ei ole alati tingitud haigusest, põhjuseks võib olla keskkond. Kukkumisriski vähendamiseks peab õde jälgima patsienti ümbritsevat keskkonda, eemaldama esemed, mis võivad patsiendi jaoks olla ohtlikud. Oluline on patsiendi voodi kõrgus, kõrged voodid ja voodipiire puudumine suurendavad kukkumise riski. Kui patsient ei ole enam võimeline iseseisvalt liikuma ja peab kasutama abivahendeid, on oluline, et õde motiveeriks haiget abivahendeid kasutama ja õpetaks patsienti neid käsitlema. (Luzia jt, 2014: 636-637).

Mittefarmakoloogilistel sekkumistel on potentsiaal vähendada õendushaiglates viibivate patsientide käitumuslike sümptomite esinemise sagedust ja ägedust. Mittefarmakoloogilised sekkumised puudutavad käitumishäirete kolme peamist põhjust: patsiendi rahuldamata vajadused, ärritavad faktorid ja ebasobiv keskkond. Näiteks kõrvaldades kõik probleemse käitumise meditsiinilised põhjused (nt valu ja deliirium), vähendades üleliigset stimulatsiooni keskkonnast ja eemaldades kõik ärritavad tegurid, võib väheneda füüsiline ja verbaalne agressioon. Samuti võib patsiendikäsitlust muuta individuaalsemaks ja patsiendikesksemaks, suurendades personalipoolset järelvalvet ja monitoriseerimist. (Manju ja Pharm, 2007: 400-401; Dementia care..., 2014: 14).

Psühhotroopsete ravimite (antipsühhootikumid, antidepressandid, antikrampolid jm) kasutust tuleb kaaluda juhul, kui mittefarmakoloogilised sekkumised ei ole tulemuslikud, sümptomid on loomult psühhootilised ning dementsusest tulenevad käitumishäired põhjustavad haigele füüsilist või emotsionaalset kahju. Samas leidub sümptomeid, mille puhul üldse ravimeid ei soovitata. Näiteks ei toimi ravimid uitamise ja verbaalse agressiooni/karjumise korral. Psühhotroopseid ravimeid kasutades on soovituslik ravimivajaduse regulaarne hindamine ja kõrvaltoimete tekke jälgimine. (Manju ja Pharm, 2007: 400-401; Dementia care..., 2014: 14; Dementia related..., 2015: 2; The use..., 2014: 20).

Dementsusest tuleneva käitumise ravis tuleks vältida füüsilist fikseerimist ja seda tuleks kasutada vaid äärmisel vajadusel ning muude alternatiivide puudumisel olukorras, kus inimese tervis, terviklikkus või elukeskkond saaks fikseerivaid vahendeid mitte kasutades kahjustada. Esialgu tuleb kasutada kõige vähem piiravaid meetodeid ja inimese vabadust ei tohiks piirata kauem, kui hädavajalik. Otsus fikseerivaid vahendeid kasutada peab põhinema individuaalsel ja ulatuslikul hinnangul. Samuti peaks konsulteerima patsiendi lähedastega, kes teda hästi tunnevad. Juhul, kui füüsilist fikseerimist siiski rakendatakse, tuleb selle näidustused korralikult dokumenteerida ning kahjude minimeerimiseks võtta kasutusele vastavad abinõud. Õdedel on äärmiselt oluline roll fikseerivate vahendite kasutamise otsuses ning nende kasutamisega kaasnevatest riskidest teabe jagamisel. Arvestada tuleb, et fikseerivate vahendite kasutamine on tugevas korrelatsioonis kukkumiste, uriinipidamatuse ja nahakahjustuste tekkega, lisaks soodustavad need lamatiste riski. (Miller, 2012: 458, 471; The use..., 2014: 12-13; Dementia related..., 2015: 2).

4. ARUTELU

2017. aastal Eesti Haigekassa ja Tartu Ülikooli koostööna valminud ravijuhendist teemal “Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi” selgub, et Eestis ei ole läbi viidud Alzheimeri tõvega seotud uuringuid. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel oli Eestis 2012. aastal üle 13 000 dementsust põdeva inimese. Haigusesse haigestumine suureneb seoses rahvastiku vananemisega. Alzheimeri tõbi on süvenev haigus, mis mõjutab mälu ja vaimseid võimeid ning haiguse lõppfaasis jääb patsient voodihaigeks. Maailma Terviseorganisatsiooni 2019. aastal avaldatud uuringust selgub, et Eestis ei ole eraldiseisvat või integreeritud dementsusega tegelemise plaani ning dementsust põdevate inimeste arvu regulaarselt ei jälgita.

Gkioka jt (2020) ja Dassel jt (2020) uurimistöödest selgub, et tervishoiutöötajatel on puudulik teadmine dementsusest, negatiivne hoiak dementsuse suhtes ja puudulik enesekindlus selliste patsientide eest hoolitsedes. Uuringud on näidanud, et dementsuse ja Alzheimeri tõve spetsiifiline väljaõpe vähendab töötajate stressitaset ning suurendab nende pädevust. Mõlemad autorid nõustuvad, et nii on võimalik tõsta haigete hoolduskvaliteeti.

Smitj jt (2019) ja Surr jt (2020) uurimistöödest selgub, et dementsust põdevad inimesed moodustavad suure osa tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste kasutajatest, nad viibivad haiglaravil kauem kui dementsuseta patsiendid. Pikem haiglaravi tuleneb sellest, et patsientidel ei ole nende haigusele vastavat ravi. Personalil puudub spetsiifiline väljaõpe, mille tulemusel jäävad patsiendi vajadused rahuldamata ja haiguse sümptomid suurenevad.

Tuginedes erinevatele uurimistöödele on autorid lõputöö lähtuvalt õendusabist jaotanud kolmeks peatükiks. Nendeks on palliatiivravi, õendussekkumised mäluhäirete ning õendussekkumised käitumis- ja psühholoogiliste probleemide korral. Palliatiivravi eesmärk on leevendada haigussümptomeid ning muuta elukvaliteeti paremaks. Palliatiivravi on võimalik osutada raviasutuse statsionaarses osakonnas või hooldekodus. Schroeder ja Lorenz (2017) ning Eisenmann jt (2020) on ühiselt oma uurimistöodes märkinud, et palliatiivraviga leevendatakse haigust medikamentoosselt, vaimselt ja füüsiliselt.

Alzheimeri tõvega patsientide jaoks on loodud elukvaliteedi hindamise skaala, millest kirjutavad oma uurimistöös Torisson jt (2016). Skaala abil on võimalik määratleda ravi tulemuslikkust ning vajadusel ravi muuta. Juhul, kui patsiendil tekib probleeme küsimuste mõistmisel, vastab küsimustele õendustöötaja.

Õendustöötaja võib patsiendile õpetada tehnikaid, mille abil on võimalik toetada mälu, samuti tuleb motiveerida kompenseerivate strateegiate pidevat kasutust. Lanzi jt (2017) ning Theofanidis jt (2021) on ühiselt oma uurimistöodes välja toonud, et patsiendi kognitiivsete funktsioonide halvenedes tuleb õendussekkumisi kohandada vastavalt haigusele, õendustoiminguid tuleb teostada rahulikult ja patsiendiga suheldes, sest vaatamata mäluhäiretele mäletab haige siiski erinevates olukordades kogetud emotsioone. Autorite isiklik kogemus on näidanud, et Alzheimeri tõve põdeva patsiendiga tuleb õendustoiminguid sooritades varuda rohkem aega ja kannatust, nii on võimalus seletada protseduuri olemust ning patsiendile jääb positiivne mälestus antud protseduurist.

Mittemedikamentoosete sekkumiste abiga on võimalik vähendada õendushooldusasutuses viibivate patsientide käitumuslike sümptomite esinemise sagedust ja ägedust. Mittemedikamentoossed sekkumised puudutavad käitumishäirete kolme peamist põhjust: patsiendi rahuldamata vajadused, ärritavad faktorid ning ebasobiv keskkond. Eemaldades kõik ärritavad tegurid, väheneb patsiendi füüsiline ja verbaalne agressioon. Dementsusest tuleneva käitumise ravis tuleks vältida fikseerimist ning kasutada seda vaid äärmisel vajadusel. Juhul kui fikseerimist ikkagi rakendatakse, tuleb seda dokumenteerida ning põhjendada. Autorid nõustuvad, et fikseerimist tuleb rakendada äärmisel juhul, sest fikseerimine võib põhjustada nahavigastusi ning lamatisi, sest patsient ei ole enam võimeline end voodis keerama.

Antud lõputöö on kasulik osakondades ja hooldekodus töötavatele õdedele, sest tervishoiutöötajatel on siiski puudulikud teadmised dementsusest ja puudulik enesekindlus selliste patsientide eest hoolitsedes. Gkioka jt (2020) ning Dassel jt (2020) uurimistöödest on selgunud, et dementsuse ja Alzheimeri tõve spetsiifiline väljaõpe suurendab töötajate pädevust ja rahulolu tööga, vähendab stressitaset ja kaadrivoolavust, mis omakorda toetab hoolduse järjepidevust ja hooldustegevuste kvaliteedi paranemist.

Ettepanekud:

1. Autorid tutvustavad oma töö tulemusi statsionaarses osakonnas või hooldekodus töötavatele õdedele.
2. Autorid pakuvad ajakirja Eesti õde toimetusele võimalust avalikustada artikkel uurimistööst, et tõsta õdede teadlikkust õendusabist Alzheimeri tõvega patsiendile statsionaarses ravis.

JÄRELDUSED

Lähtudes uurimistöös püstitatud uurimisülesannetest, saab teha järgmiseid järeldusi:

1. Dementsed inimesed viibivad haiglaravil pea kaks korda kauem võrreldes teiste patsientide, põhjustatud kehvast hoolitsusest, mis ei ole kohandatud vastavalt inimese dementsusest tulenevatele vajadustele. Dementsuse ja Alzheimeri tõve spetsiifiline väljaõpe vähendab töötajate stressitaset ning suurendab nende pädevust, samal ajal parandades haigete hoolduse kvaliteeti. Sageli on ka valuravi ebajärjekindel, sest patsiendid on võimetud valu väljendada ning vahendid valu hindamiseks on dementsete patsientide jaoks ebaadekvaatsed.
2. Õendustöötaja võib patsiendile õpetada tehnikaid, mille abil on võimalik toetada mälu, samuti tuleb motiveerida kompenseerivate strateegiate pidevat kasutust. Patsiendi kognitiivsete funktsioonide halvenedes tuleb õendussekkumisi kohandada vastavalt haigusele, õendustoiminguid tuleb teostada rahulikult ja patsiendiga suheldes, sest vaatamata mäluhäiretele mäletab haige siiski erinevates olukordades kogetud emotsioone. Mittemedikamentoossete sekkumiste abiga on võimalik vähendada õendushooldusasutuses viibivate patsientide käitumuslike sümptomite esinemise sagedust ja ägedust. Eemaldades kõik ärritavad tegurid, väheneb patsiendi füüsiline ja verbaalne agressioon.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aigbogun, M.S., Stellhorn, R., Krasa, H., Kostic, D. (2017). Severity of memory impairment in the elderly: Association with health care resource use and functional limitations in the United States. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 8, 51-59.

DOI: 10.1016/j.dadm.2017.04.001

Alves, L.C.V., Borges, K.B.G., Loures, C.M.G., Silva, M.V.F. (2019). Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. *Journal of Biomedical Science* 26(33).

DOI: 10.1186/s12929-019-0524-y

Alzheimeri tõbi. Tartu Ülikooli Kliinikum.

<https://kliinikum.ee/narvikliinik/patsiendile/7-alzheimeri-tobi> (15.11.21)

Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi, RJ-G/23.1-2017. (2017). Ravijuhendite nõukoda. (22.11.21)

B Juhasz, A. (2016). Encouraging positive interactions in dementia care. *British Journal of Nursing*, 25(21), 1162.

DOI: 10.12968/bjon.2016.25.21.1162

Brayne, C., Mayeux, R., Reitz, C. (2011). Epidemiology of Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology* 7, 137–152.

DOI: 10.1038/nrneurol.2011.2

Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health and quality of life outcomes*, 1, 60.

DOI: 10.1186/1477-7525-1-60

Castellani, R.J., Rolston, R.K., Smith, M.A. (2010). Alzheimer Disease. *Disease-a-Month* 56(9), 484-546.

DOI: 10.1016/j.disamonth.2010.06.001

Dassel, Kara, Jorie Butler, Jacqueline Telonidis, and Linda Edelman. (2020). Development and Evaluation of Alzheimer's Disease and Related Dementias (ADRD) Best Care Practices in Long-Term Care Online Training Program. *Educational Gerontology* 46 (3), 150–57.

DOI: 10.1080/03601277.2020.1717079

Dementia Care in the Acute Hospital Setting: Issues and Strategies. A report for Alzheimer's Australia. (2014). Alzheimers Australia.

https://www.dementia.org.au/sites/default/files/Alzheimers_Australia_Numbered_Publication_40.PDF (15.11.21)

Dementia related behaviour. (2015). Alzheimer's Association.

<https://www.alz.org/media/Documents/dementia-related-behaviors-statement.pdf> (15.11.21)

Dementia statistics. Alzheimer's Disease International.

<https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/> (15.11.21)

- Eisenmann, Y., Golla, H., Perrar, K.M., Schmidt, H., Voltz, R. (2020). Palliative Care in Advanced Dementia. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 699.
DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00699
- Gaugler, J.E., Yu, F., Davila H.W., Shippee, T. (2014). Alzheimer's disease and Nursing Homes. *Health Aff (Millwood)*, 33(4), 650–657.
DOI: 10.1377/hlthaff.2013.1268
- Gkioka, M., Teichmann, B., Moraitou, D., Papagiannopoulos, S., & Tsolaki, M. (2020). Effects of a Person Centered Dementia Training Program in Greek Hospital Staff—Implementation and Evaluation. *Brain Sciences*, 10(12), 976.
DOI: 10.3390/brainsci10120976
- Gómez-Gallego, M., Gomez-García, J., & Ato-García, M. (2014). Confirmatory Factor Analysis of the Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale in Patients with Alzheimer's Disease. *Experimental Aging Research*, 40(3), 266–267
DOI: 10.1080/0361073X.2014.896664
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajuvaara, P. (2010). Uuri ja kirjuta. Tallinn: Medicina.
- Info Alzheimeri tõvega inimestele ja nende lähedastele. (2018). Ravijuhend.
<https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/128/info-alzheimeri-tovega-inimestele-ja-nende-lahedastele#toc19> (22.11.21)
- Lanzi, A., Burshcnic, V., Bourgeois, M.S. (2017). Person-Centered Memory and Communication Strategies for Adults With Dementia. *Top Lang Disorders*, 37(4), 361-374.
DOI: 10.1097/TLD.000000000000136
- Lorenz, K., Schroeder, K. (2018). Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763437/pdf/APJON-5-4.pdf> (14.08.21)
- Luzia, M.F., Almeida, M.A., Lucena, A.F. (2014). Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. 632-640.
DOI: 10.1590/S0080-623420140000400009
- Manju T. B., Pharm. D. (2007). Treatment Strategies for the Behavioral Symptoms of Alzheimer's Disease: Focus on Early Pharmacologic Intervention. *Pharmacotherapy* 27(3), 399–411.
DOI: 10.1592/phco.27.3.399
- Miller, C. A. (2012). Nursing for wellness in older adults. Sixth edition (458). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Niu, H., Alvarez- Alvarez, I., Guillen- Grima, Aguinaga- Ontoso, I. (2017). Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. *Neurologia*, 32(8), 523-532.
DOI: 10.1016/j.nrleng.2016.02.009
- Pothiban, L., Chintanawat, R., Wongpakaran, N., Srirat, C., Sucamwang, K. (2020). Quality of Life of Older People with Dementia in Thailand. *Walailak Journal of Science &*

Technology, 17(10), 1067.
DOI: 10.48048/wjst.2020.5132

Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. (2021). Statsionaarse õendusabi osakonna info suunavale raviarstile.
<https://www.kliinikum.ee/taastusravi/et/oendusabi-raviarstile> (14.08.21)

Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla. (2021). Palliatiivravi keskus.
<https://www.regionaalhaigla.ee/et/palliatiivravi-keskus> (14.08.21)

Smith, S.J., Parveen, S., Sass, C., Drury, M., Oyebode, J.R., Surr, C.A. (2019). An audit of dementia education and training in UK health and social care: a comparison with national benchmark standards. *BMC Health Serv Res*, 19.
DOI: 10.1186/s12913-019-4510-6

Steingrimsdottir, H.S., Arntzen, E. (2011). Using conditional discrimination procedures to study remembering in an Alzheimer's patient. *Behavioral Interventions*, 26(3), 179-192.
DOI: 10.1002/bin.334

Surr, C.A, Sass, C., Burnley, N., Drury, M., Smith, S.J., Parveen, S., Burden, S., Oyebode, J. (2020). Components of impactful dementia training for general hospital staff: a collective case study. *Aging & Mental Health*, 24(3), 511-521.
DOI: 10.1080/13607863.2018.1531382

Ulep, M.G., McLea, S., Saraon, S.M. (2017). Alzheimer Disease. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 129-135.
<https://www.npjournals.org/action/showPdf?pii=S1555-4155%2817%2930819-X> (14.08.21)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284; 09.12.2013).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/126022015015> (14.08.21)

Theofanidis, D., Fountouki, A., Kotrotsiou, S. (2021). Nursing Interventions in Alzheimer's Disease: A Concise Practical Guide for Everyday Use. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 106.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/12_theofanidis_original_%2014_1.pdf (21.11.21)

The use of restraints and psychotropic medications in people with dementia. (2014). A report for Alzheimer's Australia. (2014). Alzheimers Australia.
https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20140321_Publication_38_A4_print%20version_Web.pdf (21.11.21)

Timmons, S., O'Shea, E., O'Neill, D., Gallagher, P., Siún, A., McArdle, D., Gibbons, P, Kennelly S. (2016). Acute hospital dementia care: results from a national audit. *BMC Geriatr*. 16.
DOI: 10.1186/s12877-016-0293-3

Torisson, G., Stavenow, L., Minthon, L., & Londos, E. (2016). Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale in medical inpatients. *Health & Quality of Life Outcomes*, 14, 2.
DOI: 10.1186/s12955-016-0493-8

Zonsius, C. M., Cothran, A. F., Miller, M. J. (2020). Acute care for patients with dementia. *American Journal of Nursing*, 120(4), 34-42.
DOI: 10.1097/01.NAJ.0000660024.45260.1a

Õendusabi. (2021). Eesti Haigekassa.
<https://www.haigekassa.ee/oendusabi> (15.08.21)