

Sanatonta kipua

Hoitajien kokemuksia muistisairaana kivun hoitotyöstä

Anna-Marie Klaavu

Roosa Laurila

Saara Aaltonen

Opinnäytetyö, kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Aaltonen, Saara & Klaavu, Anna-Marie & Laurila, Roosa. Sanatonta kipua -Hoitajien kokemuksia muistisairaahan kivun hoitotyöstä. Kevät 2017, 83 s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaiset käsitykset hoitohenkilökunnalla on muistisairaahan kivunhoitoprosessin eri vaiheiden toteutumista: kivun tunnistamisesta, kivun arvioinnista, hoitotyön auttamiskeinoista, hoidon arvioinnista ja kirjaamisesta. Lisäksi halusimme selvittää millaiset käsitykset henkilökunnalla on kipulääkkeistä ja niiden käytöstä. Tulosten avulla voidaan suunnitella henkilökunnan täydennyskoulutusta. Muistisairaahan kivun hoidosta on kansainvälisiä tutkimuksia, mutta suomalaisia tutkimuksia ei juurikaan ole, joten tutkimuksen aihe oli tärkeä ja ajankohtainen.

Tutkimus toteutettiin ympärivuorokautisessa palvelukeskuksessa. Tutkimus oli laadullinen, ja aineisto kerättiin lomakehaastatteluna. Lomakehaastattelu sisälsi teemoitettuja ja avoimia kysymyksiä. Vastajaat olivat sairaanhoitajia, apu-, lähi- ja perushoitajia, jotka työskentelivät kolmella eri osastolla.

Tutkimuksessa selvisi, että muistisairaahan kivun hoidossa ei käytetä yhteneväisiä kivun arvioinnin menetelmiä ja välineitä, kuten kipumittaria. Suuri osa henkilökunnasta arvioi muistisairaahan kipua ilmeiden ja eleiden perusteella sekä ääntelystä tai aggressiivisesta olemuksesta. Muistisairaahan kivun hoitoon toivottiin yhtenevää käytäntöä, enemmän henkilökunnan keskeistä puhetta kivun hoidon toteutuksesta, sekä lisää koulutusta. Lisäkoulutusta voisi järjestää kivun hoidon arvioinnista, kivun lääkehoidosta ja erilaisista kipumittareista, kuten PAINAD -mittarista. Jatkotutkimusideana olisi omaisten mukaanotto tutkimukseen.

Asiasanat: elämänlaatu, kipu, kivun arviointi, kivun hoitotyö, muistisairaus

ABSTRACT

Aaltonen, Saara & Klaavu, Anna-Marie & Laurila, Roosa. Speak-less pain - Nurses experiences. 83 p., 2 appendices. Language: Finnish. Spring 2017. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to discover how caretakers recognize pain in clients' with dementia and the identification of pain, pain assessment, nursing-effective interventions, evaluation and recording of treatment. We also assessed what kind of opinions the staff has about pain medication and its use with elderly people.

The research was conducted in a round-a-clock service center. It was a qualitative research and the data was collected with an interview form. The form consisted of theme-based and open questions. The target group were nurses and practical nurses from three different departments. We received a total of 15 forms.

The results show that in pain treatment with elderly people there are not consisted tools in active use for pain assessment, such as pain subscale. The most of the staff evaluated the pain based on facial expressions, aggressive behavior and noises, such as grunts or screams. There was a desire for consist practice, increased conversation between employees on how to implement the pain treatment, and increased training.

The results can be used in staff training. There are international studies on pain treatment to people diagnosed with memory disorders, however such studies do not exist in translated into Finnish, at least not which are timely and directly related to the topic. A written evaluation of pain management is a good challenge for further research. Additional training could be organized about pain treatment assessment, pain medication and different kind of pain indicators, such as the PAINAD- indicator. Further research topic could be implementing relatives to the study.

Keywords: dementia, elderly, medication, pain, pain management, quality of life

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 MUISTISAIRAUDET	8
2.1 Alzheimerin tauti	11
2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	12
2.3 Parkinsonin tauti	13
2.4 Lewyn kappale -tauti	14
2.5 Otsa- ohimolohkorappeuma	14
3 MUISTISAIRAAN HOIDON JA HUOLENPIDON TURVAAMINEN	16
3.1 Muistisairas ja yhdenvertaisuus	19
3.2 Muistisairas ympärivuorokautisessa hoidossa	20
3.3 Omaiset muistisairaana tukena	24
4 MUISTISAIRAAN KIVUN HOITOTYÖ	27
4.1 Kivun tunteminen ja kipukäyttäytyminen	29
4.2 Kivun arviointi ja tunnistaminen	31
4.3 PAINAD -mittari	35
4.4 Kivun lääkehoito	40
4.4.1 Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen	43
4.4.2 Lähihoitajan lääkehoidon osaaminen	43
4.5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	43
4.6 Kivun kirjaaminen	44
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	46
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	46
5.2 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä	47
5.3 Aineiston keruu	48
5.4 Aineiston analyysi	50
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	52
6.1 Kivun ilmeneminen	53
6.2 Kivun arviointi	54

6.3 Kivun hoito.....	55
6.4 Kivun hoidon esteet.....	58
6.5 Kivunhoidon kehittäminen	59
7 POHDINTA	60
7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	61
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	66
7.3 Ammatillinen kasvu	69
7.4 Jatkotutkimusaiheita.....	71
LÄHTEET.....	73
LIITE 1: Saatekirje	81
LIITE 2: Kyselylomake	82

1 JOHDANTO

Ikäihmisten määrä kasvaa, ja näin ollen myös erilaisia muistisairauksia ilmenee enemmän. Ihmiset elävät nykypäivänä pidempään ja monet sairaudet lisääntyvät eliniän kasvaessa. Yksi tärkeä elämänlaatua heikentävä tekijä on kipu, joka liittyy oleellisena osana useaan sairauteen. (Tilvis 2016.) Eri tutkimusten mukaan 16–86 % iäkkäistä kärsii toistuvista kivuista ja 25 %:lla kipu on jatkuvaa. (Kivelä & Rähä 2007, 74.) Suomessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa 20–25%:lla on arvioitu esiintyvän kipua päivittäin. Kipuja aiheuttavat sairaudet lisääntyvät iän myötä. (Tilvis 2016.) Kipua ei seurata ja arvioida riittävästi. Vanhainkodissa asuvilla: 40 %, joilla kirjattiin esiintyvän päivittäin kipua tai vaikeaa kipua, ei saanut kipulääkettä kuuden kuukauden seurannan aikana. (Laakkonen 2012.)

Muistisairaudet vaikuttavat ihmisen kognitioon, jonka vuoksi sekä puheentuotto että itsensä ilmaisu voivat vaikeutua. Nämä tekijät vaikeuttavat kivun havaitsemista. Kun kyse on ikäihmisestä, joka sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta ja jolla on fyysinen kipua aiheuttava sairaus, ollaan tilanteessa, jossa hoitajien ammattitaito on avainasemassa. Haastetta muistisairaahan kivun tunnistamiseen tuo arvioiminen siitä, onko asiakkaalla kipua vai johtuuko käytöshäiriö jostakin muusta tekijästä. Näin ollen on tärkeää tutkia kivun ilmenemistä muistisairailta, sen tunnistamisen haasteita ja keinoja, jotta kivunhoitoa voitaisiin kehittää ja parantaa muistisairaiden yksiköissä. (Tilvis 2016.)

Opinnäytetyön aihe on muistisairaahan kivun hoito, hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin vanhusten palvelukeskuksessa. Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Keräsimme tietoa muistisairaahan hoidosta hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeilla. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaiset käsitykset hoitohenkilökunnalla on muistisairaahan kivunhoitoprosessin eri vaiheiden toteutumisesta; kivun tunnistamisesta, kivun arvioinnista, hoitotyön auttamiskeinoista, hoidon arvioinnista ja kirjaamisesta, sekä millaiset käsitykset henkilökunnalla on kipulääkkeistä ja niiden käytöstä. Opinnäytetyö pohjautuu aiheeseen liittyvään teorian tietoon ja uusiin tutkimuksiin. Tulosten avulla voidaan suunnitella henkilökunnan täydennyskoulutusta.

Olemme hoitotyössä työkokemuksen kautta huomanneet, että kivunhoito vaihtelee suuresti paikasta ja henkilöstä riippuen. Työelämässä olemme nähneet kivunhoidon arvioinnissa puutteita. Monesti perustelut kivun hoidolle tai hoitamatta jättämiselle eivät perustu esimerkiksi kipumittarin käyttöön. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä jatkuvasti lisääntyvän muistisairaiden vuoksi. Teoria- ja tutkimustieto tukee näkemystä muistisairauden kivunhoidon haasteellisuudesta. Muistisairaus vaikuttaa kivun kokemiseen sekä kykyyn ilmaista kivun tuntemuksia. Muistisairauden edetessä kivun olemassaoloa ei välttämättä huomaa. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 235.)

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairauksia on erilaisia. Tavallisimmat etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset muistisairaudet ja Lewyn kappale -tauti. Kaikista pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista kaksi kolmasosaa sairastaa etenevää muistisairautta. (Viramo & Sulkamo 2002, 20.) Suomessa on arviolta 200 000 henkilöä, joilla tiedonkäsittely on lievästi heikentynyt. Vuonna 2013 noin 100 000 henkilöä kärsi lievästä ja 93 000 vähintään keskivaikeasta dementiasta. Suomessa vuosittain noin 14 500 henkilöä sairastuu muistisairauteen. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Parantavaa hoitoa muistisairauksiin ei yrityksistä huolimatta vieläkään ole löydetty. Maailmassa arvioidaan olevan 47 miljoonaa muistisairasta ja sairastuneiden lukumäärän arvioidaan kolminkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. Kolmella neljästä ympärivuorokautisen hoidon asukkaasta on muistisairaus. Diagnosoitujen muistisairauksien osuus kasvaa joka vuosi. 72 % kotihoidon asiakkaista ja ympärivuorokautisen asumispalvelun asukkaista kärsii jostakin diagnosoidusta muistisairaudesta. (Finne-Soveri 2015, 8.)

Muistisairaudet aiheuttavat monenlaisia oireita tiedonkäsittelyn ongelmista käytösoireisiin. Näitä ovat esimerkiksi masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus sekä uni-valverytmin häiriöt. Käytösoireita ilmenee kaikissa etenevissä muistisairauksissa. Masennus on tavallinen oire muistisairaalla. Noin 20 – 50 % Alzheimerin tautia sairastavista kärsii siitä. Masennus voi myös olla muistisairauden ensimmäinen oire, ja aiemmin sairastettuna myös altistava tekijä. Apatia on toinen tyypillinen muistisairauden oire, joskin huonommin tunnettu. Siihen liittyy oireita, kuten tunne- elämän latistumista, välinpitämättömyyttä, motivaation ja mielenkiinnon hiipumista. Suuri osa muistisairautta sairastavista kärsii ahdistuneisuudesta. Muistisairaudesta aiheutuva ahdistus esiintyy tyypillisesti levottomuutena tai kireänä olona. Erilaisia psykoottisia oireita voi myös ilmetä, kuten näkö- ja kuuloharhoja ja pelkoa tavaroiden varastamisesta tai puolison uskottomuudesta. Muistisairaalla erilaiset persoonallisuuden piirteet saattavat korostua tai muuttua, esimerkiksi aiemmin äkäisestä voi tulla sairauden myötä kiltimpi. Im-

pulssikontrolli voi heikentyä, jolloin ihmisen käytös voi olla epäasiallista ja esto-
tonta. Uni- ja valverytmi saattaa sekoittua ja syvän unen määrä vähentyä, johtuen
osittain siitä, että muistisairaahan käytösoireet ovat usein pahimmillaan alkuyöstä ja
pimeään vuorokaudenaikaan. Myös seksuaalisesti poikkeava käytös voi kuulua
muistisairaahan oireistoon ilmeten hyperseksuaalisuutena tai seksuaalisen mie-
lenkiinnon häviämisenä. (Vataja & Koponen 2015, 90–98.)

Muistisairaudet etenevät yksilöllisesti ja oireilevat eri tavoin. Sairaahan etenemi-
seen ja oirekuvaan vaikuttavat erilaiset tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi
ihmisen persoonallisuus, eletyn elämän kokemukset sekä tunne-elämä. Muisti-
sairaahan ihmisen saama diagnoosi on suoraan yhteydessä sairaahan oireistoon.
(Muistiliitto 2016.) Etenevän muistisairaahan vaikeusastetta arvioidaan lievänä,
keskivaikeana tai vaikeana muistisairautena. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suo-
situs 2017.)

Lievässä muistisairaudessa on tyypillistä että henkilö unohtelee asioita. Muisti-
sairaalla esiintyy sanojen hakemista, ja oppiminen heikkenee. Keskustelun seu-
raaminen on haastavaa. Muistisairas on herkästi ärsyyntyvä ja äreä. Hän vetäy-
tyy ja eristäytyy muista ihmisistä. Lievässä sairaahan vaiheessa henkilöllä ilme-
nee usein alakuloisuutta ja masennusta. (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus
2017.)

Keskivaikeassa muistisairaudessa lähimuisti on heikko. Henkilöllä saattaa esiin-
tyä keskittymiskyvyttömyyttä, harhaluuloisuutta ja hahmottamishäiriöitä. Muisti-
sairaahan tavarat häviävät herkästi, hän eksyy ja vaeltelee. Arkiset askareet muut-
tavat haastavammaksi. Ruuan laittaminen hankaloituu, mikä saattaa aiheuttaa
henkilön laihtumista. Keskivaikeassa vaiheessa muistisairaalla on sairaudentun-
nottomuutta. Muistisairaahan on hankalaa pysyä normaalissa päivärytmissä, ja
univalve-rytmi on häiriintynyt. (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2017.)

Vaikeassa muistisairaudessa puheen tuottaminen rajoittuu ja sen ymmärtäminen hankaloituu. Muistisairaalla saattaa olla ei-sanallista kiihtyneisyyttä, kuten: keskittymiskyvyttömyyttä, levottomuutta ja aggressiivisuutta. Aggressiivisuus saattaa ilmetä huutamisena ja lyömisenä. Liikkuminen kankeutuu ja kävely muuttuu töpötteleväksi. Arjen perustoiminnot eivät onnistu ilman apua. Vaikeassa muistisairaudessa virtsanpidätyskyvyttömyys lisääntyy. On yleistä, että muistisairaalla on masennusta ja apatiaa. Ajan ja paikan tajun kadottaminen voimistuu. (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2017.)

Sairastuneella voi esiintyä muita elämänlaatua heikentäviä asioita samanaikaisesti, kuten kipua, matalaa verenpainetta, uupumusta sekä epämukavaa oloa. Joskus sairastunut voi kokea muiden ihmisten kielteistä suhtautumista ja hänellä voi itselläänkin olla haasteita sopeutua sairauden tuomiin muutoksiin elämässä. Turvallisuuden tunne on yksi merkittävä tekijä, sekä se, millaiseksi sairastunut kokee ympäristönsä. Turvallisuuden tunteeseen vaikuttaa, onko ärsykejä liikaa tai liian vähän, saako ihminen olla rauhassa vai onko ilmapiiri kovin levoton. Annettu hoito sekä sen vastaaminen yksilöllisiin tarpeisiin vaikuttaa sairauden esiintymiseen ja etenemiseen. (Muistiliitto 2016.)

Muistisairaahan ihmisen hoidon tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa. Siihen kuuluu muistisairaahan elämäntavan ja -taustan vaaliminen, arvokkuuden sekä sosiaalisen verkoston ylläpitäminen. Hoitotahdon laadun riittävän ajoissa jo sairauden lievässä vaiheessa, varmistaa, että hoidossa noudatetaan potilaan omia elämänarvoja ja mahdolliset hoitoratkaisut perustuvat hänen omaan tahtoonsa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yksi yleisimmistä muistisairauksista ja sitä sairastaa noin 70 % kaikista etenevää muistisairautta sairastavista. Se on vaiheittain etenevä aivosairaus, jonka oireiston aiheuttavat tiettyjen aivoalueiden vaurioituminen. Tauti alkaa useimmiten muistioireilla, ja muisti onkin yksi vaikeimmin heikentyneestä tiedonkäsittelyn osa-alueista koko sairauden ajan. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 119–120.) Sairastumisen riski kasvaa iän myötä. Varsinaista syytä sairauden puhkeamiselle ei vielä tiedetä, mutta tiedetään, että se aiheuttaa muutoksia aivoissa. (Juva 2015.) Alzheimerin tauti jaetaan diagnostisesti kahteen eri luokkaan: varhain alkavaan, jolloin se puhkeaa ennen 65 ikävuotta, ja myöhään alkavaan eli jälkeen 65 ikävuoden. Tautiin liittyvä oireisto ja aivomuutokset ovat yhteneviä huolimatta sairastumisistä eikä sukupuolten välillä ole juuri eroja. (Remes ym. 2015, 119–120.) Alzheimerin tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta lääkehoidolla voidaan lievittää käytösoireita sekä parantaa toimintakykyä ja keskittymiskykyä. (Juva 2015.)

Alzheimerin taudissa aivomuutokset lisääntyvät tietyssä järjestyksessä ja kliininen oirekuva voidaan jakaa vaiheisiin, joista ensimmäinen on oireeton vaihe. Sitä seuraa varhainen ja lievä vaihe, jonka jälkeen tulee keskivaikea ja vaikea Alzheimer. Oireettomassa vaiheessa voidaan todeta lievää tiedonkäsittelyn ja tapahtumamuistiin liittyvää heikentymää. Suurin osa on kuitenkin vielä oireettomia. Varhaisessa vaiheessa uuden oppiminen muuttuu työläämmäksi ja asioiden unohtelu on tyypillistä. Tiedon käsittelyssä voidaan havaita lievää heikentymistä. Lievässä vaiheessa muisti ja tiedonkäsittely alkavat jo merkittävästi heiketä, ja sanojen löytäminen ja toiminnanohjaus ovat hidastuneet. Kun saavutetaan keskivaikea ja vaikea vaihe, ovat aivoissa tapahtuneet vauriot jo sen verran isoja, että hahmottaminen ja toiminnanohjaus heikkenevät selvästi, eikä ihminen enää selviä arkisista toiminnoistaan. Tässä vaiheessa voi ilmetä ekstrapyramidaalioireita, kuten jäähmyyttä, hidasta kävelyä ja ilmeettömyyttä. Keskivaikeaa tai vaikeaa Alzheimeria sairastavan sairaudentunto on heikentynyt eikä hän tunnista vaikeuksiaan selvitä arkisista toiminnoista. Muisti on huono, ja siksi potilas usein

kysyy samoja kysymyksiä useaan kertaan ja hukkaa jatkuvasti tavaroitaan. Vaikeassa vaiheessa apatiaa esiintyy 90 %:lla potilaista ja potilas kärsii usein masennuksesta, joka voi ilmetä levottomana käytöksenä tai ahdistuneisuutena. (Remes ym. 2015, 122–125.)

Sairauden edetessä kielelliset toiminnot heikentyvät, jolloin henkilön voi olla vaikeaa löytää sanoja. Hahmottamiskyvyn heiketessä ympäristössä liikkuminen, esineiden ja henkilöiden tunnistaminen vaikeutuu. Toiminnan suunnittelu, tekemisen aloittaminen ja toteuttaminen vaikeutuvat taudin edetessä. Sairauden loppuvaiheessa puhe- ja kävelykyky heikentyvät sekä tavanomaisista arjen toiminnoista suoriutuminen vaikeutuu. (Juva 2015.)

2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Toiseksi yleisen muistisairaus liittyy aivoverenkiertosairauteen, jota sairastaa noin 15–20 % kaikista muistisairautta sairastavista. Se voidaan jakaa kahteen päätyyppiin; pienten aivoverisuonten tautiin sekä suurten suonten tautiin. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus kattaa laajan oireiden kirjon, ja se on yläkäsite aivoverenkiertosairauksiin liittyviin muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiin. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137.)

Pienten aivoverisuonten tauti aiheutuu aivojen pienien verisuonten ahtautumisesta, jonka seurauksena aiheutuu infarkteja ja valkean aineen muutoksia. Oireistoon kuuluu tiedonkäsittelyn hidastuminen, sekä toiminnanohjaukseen liittyvät muutokset, kuten aloitekyvyn, suunnitelmallisuuden ja käsitteellisen ajattelun heikentyminen. Persoonallisuuden muutoksia sekä psykomotorista hidastumista esiintyy myös. (Melkas ym. 2015, 148–150.)

Suurten verisuonten taudissa valtimotauti ja sydänperäiset aivoinfarktit vaurioittavat tyypillisesti aivokuorta, sillä ne sijaitsevat suurten verisuonien alueella. Taudin oireita vasemman aivopuoliskon vaurioituessa ovat puheoireet, kielellisen muistin heikentymät ja kirjoittamisen sekä laskemisen vaikeudet. Oikean aivopuoliskon vaurioitumiseen liittyy hahmotusvaikeuksia, toispuoleinen huomiotta jättäminen, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöt. (Melkas ym. 2015, 142—143.)

2.3 Parkinsonin tauti

Kaikista muistisairauksista Parkinsonin tautia sairastavien osuus on noin 3–4 %. (Suhonen, Martikainen & Pasila 2012, 6). Parkinson kuuluu ekstrapyramidaali sairauksiin, joihin liittyy tiedonkäsittelyn heikentymistä ja usein neuropsykiatrisia oireita, kuten apatiaa ja impulssikontrollin muutoksia. Taudille tyypillistä on tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen sekä hahmottamisen heikentyminen. Parkinsonin taudissa väliaivoissa tapahtuu hermosolujen tuhoutumista vähitellen. Tämä johtaa erilaisiin oireisiin, kuten hajuaistin häviämiseen, unihäiriöihin ja autonomisen hermoston oireisiin. Motorisia oireita ilmenee ensin toispuolisena, jonka jälkeen ne leviävät toiselle puolelle kehoa. Oireistoon kuuluu vapinaa, lihasjäykkyyttä ja hidaslaikeisuutta. (Rinne & Karrash 2015, 157—159.)

Parkinsonin taudin alkuvaiheessa potilaalla saattaa esiintyä masennusta, joka ilmenee alavireisyytenä ja negatiivisten tunteiden korostumisena. Kun tauti etenee, selviää usein, että masennusoireet ovat enemmänkin apatiaa, eli sisäiset toimintavirikkeet sekä tunteet vähenevät. Apatia aiheuttaa yleistä toimintakyvyn heikentymistä, jolloin ihminen ei enää suoriudu arkisista toiminnoistaan kuten ennen. Parkinsonin tautia sairastavilla todetaan myös impulssikontrollin heikkoutta, joka voi johtaa erilaisiin riippuvuuksiin ja aiheuttaa häiriötiloja. (Rinne & Karrash 2015, 159.)

2.4 Lewyn kappale -tauti

Kaikista muistisairauksia sairastavista on arviolta noin 20 % Lewyn kappale -tautia sairastavia. (Teräväinen 2012.) Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, jonka oireisiin kuuluu vireystilan, tiedonkäsittelyn sekä tarkkaavaisuuden heikentymistä. Tautia sairastavalla on parkinsonismia, kävelyvaikeuksia ja lihasjäykkyyttä. Se voi aiheuttaa näköharhoja, jotka ovat usein hyvin selkeitä ja yksityiskohtaisia. Tiedonkäsittelyssä ilmenee puutteita, hahmotushäiriöt ovat tyypillisiä ja tarkkaavaisuus sekä toiminnanohjaus heikentyvät. Tautia sairastavalla voi esiintyä kaatuilua, pyörtymistä, tajunnanhäiriöitä sekä harhaluuloja. Erilaiset hallusinaatiot ja harhat kuuluvat taudin psykoottisiin oireisiin, ja ne voivat olla taudin ensimmäisiä oireita. Tautia sairastavalla esiintyy usein REM- unen aikana käytösoireita, jotka liittyvät pelottaviin ja vilkkaisiin uniin. Lewyn kappale -tautia sairastava on hyvin herkkä neurolepteille, jo pienikin annos voi johtaa parkinsonismi oireiden selvään pahenemiseen, eli vapinaan, lihasjäykkyyteen ja liikkeiden hidastumiseen. (Rinne 2015, 165—166.)

2.5 Otsa- ohimolohkorappeuma

Muistisairauksista Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavien osuus on noin 5—10 %. (Erkinjuntti 2011). Otsa- ohimolohkorappeumiksi kutsutaan ryhmää sairauksia, jotka etenevästi vaurioittavat etenkin aivojen otsalohkoja. Tauti alkaa 45—65 -vuoden iässä, ja noin puolella sairastuneista on sukurasitetta. Otsalohkoissa tapahtuu monenlaista toimintaa, kuten aktiivisuuden säätelyä, tiedon yhdistelyä, toiminnan suunnittelun laatimista ja säätelyä. Sairaudessa ihmisen käyttäytymisen ja persoonallisuus muuttuvat, ja potilailla esiintyy erilaisia oireita, estottomuudesta aloitekyvyttömyyteen. Tautia sairastavalla voi myös esiintyä apaattisuutta, ja asioihin ryhtyminen on usein haastavaa. Muistin heikentyminen ei näin ollen ole päällimmäinen piirre, vaan se linkittyy muun muassa tarkkaavaisuuden ja

suunnitelmallisuuden heikentymiseen. Sairauden edetessä oireet pahenevat ja potilaalla saattaa esiintyä kävelyvaikeuksia, lihasjäykkyyttä sekä hitautta liikkeissä. (Remes & Rinne 2015, 172—174.)

3 MUISTISAIRAAN HOIDON JA HUOLENPIDON TURVAAMINEN

Muistisairaahan hyvän hoidon edellytyksenä on mahdollisimman omannäköisen elämän jatkaminen, sekä kuntoutuksen ja tarvittavien palvelujen saaminen. (Hollopainen & Siltanen 2015, 2). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012) astui voimaan 28.12.2012. Lain tarkoituksena on tukea iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Lain tavoitteena on parantaa iäkkäiden henkilöiden mahdollisuuksia saada laadukkaita palveluita, sekä vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja kehittämiseen kunnassa.

Vanhuspalvelulaki (5§) (980/2012) velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemista varten, ja tämä suunnitelma on tarkistettava valtuustokausittain. Vuonna 2013 uudistetun laatusuosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö varmistaa ohjauksessaan muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa perus- ja ihmisoikeuksien hyvän toteutumisen. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos tuottaa yhdessä muiden tutkimusorganisaatioiden kanssa tietoa muistisairaiden perusoikeuksien toteutumisesta. (Huovinen, Haatainen, Varhila & Myllärinen 2013, 5, 13; Parjanne 2004, 3, 13–14.)

Palvelutarpeen kasvu edellyttää panostamista ikääntyvien toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen, ja näin ollen kunnilla on suuri haaste varautua ikärakenteen muutoksiin. Tämä tarkoittaa palvelurakenteiden kehittämistä huomioimaan ikääntyvän väestön osallisuus, voimavarat ja ikääntymisen tuomat mahdollisuudet. Esteettömällä ympäristöllä edistetään itsenäistä selviytymistä. (Huovinen ym. 2013, 5, 13; Parjanne 2004, 3, 13–14.)

Elämänlaatu on moniulotteinen käsite, sillä siihen yhteydessä olevia tekijöitä on useita, ja jokaisella näillä tekijöillä on oma merkityksensä. Elämänlaatua voidaan kuvailla neljän osa-alueen avulla; ensimmäisenä on kyky toimia sopeutuen ja sosiaalisesti tarkoituksenmukaisella tavalla; toisena ympäristö, johon kuuluvat sekä fyysiset että ihmisten väliset tekijät; kolmantena psyykkinen terveys ja hyvinvointi, ja neljäntenä subjektiivinen tyytyväisyys. Elämänlaatuun sisältyy tunteet, kuten onnellisuus, masennus, hengellisyys, itsetunto, tyytyväisyys omaan elämään, moraalit sekä itsehoito. Elämänlaatua mitataan myös seuraavilla osa-alueilla: sosiaaliset suhteet, sosiaalinen ympäristö, kuten tapaamiset, fyysinen turvallisuus, yksityisyys, virikkeiden laatu, asumisolosuhteet, esteettömyys sekä terveys. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan elämänlaatu on yksilön oma käsitys elämäntilanteesta suhteessa päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin oman kulttuurin ja arvomaailman määrittämässä viitekehysessä. (Holopainen & Siltanen 2015, 5.)

Elämänlaadun mittaaminen on haastavaa etenkin muistisairaiden ihmisten kohdalla silloin, kun sairauden vuoksi on vaikea ilmaista itseä ja omia tarpeita. Elämänlaatumittareita on kehitetty paljon, mutta näissä ei välttämättä ole huomioitu muistisairaana henkilön omaa käsitystä siitä, mitkä osa-alueet heidän mielestään ovat merkityksellisiä elämänlaadulle. Elämänlaatu voidaan nähdä esimerkiksi terveyteen liittyvänä, jolloin arvioinnin ulkopuolelle voivat jäädä muistisairaana ihmisen sosiaaliset ulottuvuudet tai millaisessa asuinympäristössä muistisairas henkilö elää. (Holopainen & Siltanen 2015 5—6.) Elämänlaatuun liittyvät tekijät kuvataan alla olevassa taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Elämänlaatuun liittyvät tekijät (Holopainen & Siltanen 2015, 11)

Elämänlaatuun yhteydessä olevat tekijät	Elämänlaatua lisäävä (positiivinen), vähentävä (negatiivinen) tai ei yhteyttä (ei näyttöä)
Sosiodemografiset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä^{15,27}: ei näyttöä • Sukupuoli^{15,27}: ei näyttöä • Siviilisäät¹⁵: ei näyttöä • Koulutus^{15,27}: ei näyttöä
Muistisairauteen liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Lewyn kappale -tauti²⁷: negatiivinen • Varhainen sairauden puhkeamisikä²⁷: negatiivinen • Masennus lievässä tai keskivaikeassa muistisairaudessa^{15,27}: negatiivinen • Ahdistuneisuus¹⁵: negatiivinen • Levottomuus¹⁵: negatiivinen • Riippuvuus muista päivittäisissä toiminnoissa^{15,28}: negatiivinen • Tietoisuus sairauden luonteesta²⁷: ei näyttöä • Kokee itsensä hyvinvoivaksi ja terveeksi²⁸: positiivinen
Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmissuhteet, yhteys perheeseen ja muihin itselle tärkeisiin henkilöihin^{28,34}: positiivinen • Kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemukset²⁸: positiivinen • Toiminnallisuus, osallisuus^{28,34}: positiivinen • Vuorovaikutuksen puuttuminen, yksinäisyys²⁸: negatiivinen • Tunne, ettei kuulu minnekään²⁸: negatiivinen • Hengellisyys auttaa sopeutumaan muistisairauteen³⁴: positiivinen
Hoitoympäristöön liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajilla koulutusta muistisairaiden hoitoon²⁷: positiivinen • Henkilöstöä riittävästi²⁷: positiivinen • Hoitajien kuormittuminen²⁷: negatiivinen • Hoitoympäristössä huomioitu muistisairaiden erityistarpeet, kodinomaisuus^{27,28}: positiivinen
YKSITTÄISET TUTKIMUKSET	
Elämänlaatuun yhteydessä olevat tekijät	Elämänlaatua lisäävä (positiivinen), vähentävä (negatiivinen) tai ei yhteyttä (ei näyttöä)
Muistisairauteen liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Riippuvuus muista päivittäisissä toiminnoissa^{29,30}: negatiivinen • Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista³¹: positiivinen • Kipu^{32,33}: negatiivinen
Hoitoympäristöön liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Pitkäaikaishoitoon siirtyminen ei välttämättä heikennä muistisairaalan elämänlaatua²⁹: positiivinen • Hoidon jatkuminen ympärivuorokautisessa hoidossa (ad 3kk)³¹: positiivinen • Liikkumisen rajoittaminen eri tavoin³²: negatiivinen • Kaatuminen³²: negatiivinen

Viime aikoina on vahvistunut yhteinen näkemys muistisairaalan ihmisen elämänlaadun oman arvion tärkeydestä, lievässä ja keskivaikeassa muistisairaudessa. Vaikeassa muistisairaudessa hoitohenkilökunnan tai omaisen havainnointiin perustuva arvio on laadukkaampi mittari. Elämänlaadun mittaamiseen liittyy voimakkaasti subjektiivisuutta, joten muistisairaiden ihmisten, omaisten ja ammattilaisten arviot elämänlaadusta vaihtelevat. (Holopainen & Siltanen 2015 5—6.)

Tutkimuksen mukaan eniten Alzheimerin tautia sairastavan omaan arvioon elämänlaadusta vaikuttivat sairauden aiheuttamat depressiiviset oireet. Omaishoitajan arvioon muistisairaana elämänlaadun tekijöistä perustuivat muistisairaana käy-tösoireisiin sekä toimintakykyyn. Sairauden edetessä Alzheimerin sairastavan oma kokemus elämänlaadustaan ei heikennyt. Omaisen näkemys muistisairaana elämänlaadusta sairauden edetessä kuitenkin heikkeni merkittävästi. Tämä ko-rostaa hoitohenkilökunnan vastuuta entistä enemmän hyödyntämään muistisai-raan hyvin tunteman henkilön näkemystä sairastuneen terveydentilasta sekä elä-mänlaadusta. (Hongisto 2017, 11.)

3.1 Muistisairas ja yhdenvertaisuus

Etenevää muistisairautta sairastavat ihmiset muodostavat erityisen haavoittuvan ryhmän, ja heidän sosiaali- ja oikeusturvan toteutumiseksi tulee tehdä laajaa ja monitahoista kehittämis- ja uudistustyötä. Muistisairaiden sosiaaliturvan tukimuo-tojen saatavuuden yhdenvertaisuus on varmistettava, hakuprosesseja on sel-keytettävä ja prosessien vastuu on määriteltävä. Sosiaali- ja oikeusturvan kysy-myksissä on alan ammattihenkilöstöllä oltava mahdollisuus riittävään lisä- ja jat-kokoulutukseen. Ammattilaisten on noudatettava laajaa ohjaus- ja neuvonta vel-vollisuutta. (Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna & Nikumaa, Henna 2010, 79–101.)

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia riip-pumatta heidän sukupuolestaan, iästään, alkuperästään, kansalaisuudestaan, kielestään, uskonnostaan ja vakaumuksestaan, mielipiteestään, poliittisesta tai ammattiyhdistystoiminnastaan, perhesuhteistaan, vammastaan, terveydentilas-taan, seksuaalisesta suuntautumisestaan tai muusta henkilöön liittyvästä syystä. (Oikeusministeriö 2017.) Perusoikeudet, kuten oikeus henkilökohtaiseen vapau-teen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yhdenvertaisuus ja yksityiselämän suoja turvataan jokaiselle perustuslaissa. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen perustuslaillisena oikeutena liittyy merkittävällä tavalla muistisairaiden ihmisten

koko elämäntilanteeseen. Muistisairautta sairastavilla henkilöillä on muita kansalaisia suurempi riski tulla itsemääräämisoikeuksien suhteen rajoitetuksi. Perusoikeuksiin kohdistuvien rajoitusten tulee perustua lakiin. (Finne-Soveri 2015, 8.) Etenevää muistisairautta sairastavien ihmisten yhdenvertaisten oikeuksien toteutumiseksi tulee tehdä laajaa ja monitahoista vaikuttamis-, kehittämis- ja uudistustyötä. Jokaisella muistisairaalla ihmisellä, oli hän minkä ikäinen tahansa tai oli hänen diagnoosinumeronsa mikä hyvänsä, on takana aina merkityksellinen menneisyys ja edessä tärkeä tulevaisuus, johon kuuluvat yhdenvertaiset oikeudet. (Nikumaa 2015, 24.)

lääkään potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Jos iäkäs ei pysty enää käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, hänen tahtonsa on pyrittävä selvittämään muilla keinoilla. Mikäli hän on laatinut hoitotahtdon, on sitä ensisijaisesti noudatettava. Ellei hoitotahtoa ole, iäkäs on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai läheisensä kanssa (Kotisaari & Kukkola 2012, 102). Vanhuksia olisi hyvä rohkaista hoitotahtdon ilmaisemiseen. Ihmisen kunnioittaminen on yksi tärkeimmistä terveydenhuollon etiikan periaatteista, joka korostuu elämän ääriolotiloina. Jokainen ihminen ansaitsee kunnioituksen ja arvostuksen, sekä erityisesti ystävällisen ja inhimillisen kohtelun. (Hallikainen ym. 2014, 19–20.)

3.2 Muistisairas ympärivuorokautisessa hoidossa

Kahdella kolmesta ympärivuorokautisen hoidon asiakkaasta on muistisairaus, ja sairauden aste on vähintään keskivaikea. Ympärivuorokautisen hoidon laatu on ydinkysymys, erityisesti muistisairaille ihmisille. Valtaosa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista tarvitsee hoitoa muistisairauksien aiheuttamien toimintakyvyn vajeiden vuoksi: vuonna 2016 muistisairauden aste on vähintään keskivaikea 71

-%:lla tehostetun palveluasumisen, 78 %:lla vanhainkotien ja 72 %:lla terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen hoidettavista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Iso osa etenevää muistisairautta sairastavista viettää viimeiset elinvuotensa ympärivuorokautisessa hoidossa. Siihen milloin ihminen joutuu laitoshoitoon, esimerkiksi vanhainkotiin, vaikuttavat monet eri tekijät. Keskeisinä tekijöinä ovat muistisairauden vaikeusaste, jäljellä oleva toimintakyky, muut sairaudet sekä erilaiset käytösoireet. Hyvä laitoshoido tarkoittaa monenlaisten asioiden yhteen toimivuutta; henkilökunnan riittävää määrää, ammattitaitoa, turvallista ympäristöä ja lääkehoitoon liittyvää saatavuutta ja sen tasoa. Ympärivuorokautisessa hoidossa on tärkeää, että muistisairautta sairastava saa mahdollisimman kokonaisvaltaista hoitoa ja hänestä pidetään hyvää huolta. Asiakaslähtöisyys korostuu, eli hoito perustuu jokaisen yksilöllisiin tarpeisiin. Lääkehoidon täsmällinen ja yksilöllinen toteutus sekä asukkaan saama kuntoutus omien voimavarojen mukaan, on merkittävä ja tärkeä osa asiakaslähtöistä hoitoa. Hyvän hoidon onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että muistisairaat olisivat eriytyvällä osastolla, jossa on ammattitaitoa ja osaamista hoitaa juuri keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. (Juva, Valvanne & Voutilainen 2002, 500—507.)

Haasteena laitoshoidon hyvälle toteutumiselle on ammattitaito, eli hoitohenkilökunnan riittävä erityisosaaminen hoitaa muistisairaita. Lisäksi lääkäripalvelujen saatavuus korostuu hyvän hoidon edellytyksenä. (Juva ym. 2002, 507—510.) Hoitavan henkilökunnan arvot ja osaaminen määrittävät muistisairaahan ihmisen elämän- ja kuoleman laadun. Mielekäs tekeminen ja erilaiset säännölliset aktiviteetit ovat toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän hoidon perusta. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017). Ympäristön suunnittelu muistisairaille asukkaille sopivaksi vaatii henkilökunnalta ymmärrystä ja sairauden erityispiirteiden tunnistamista. Hoitoympäristö tulee suunnitella niin, että se tukee, ylläpitää ja parantaa asukkaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Turvallisuutta tulisi parantaa erilaisin keinoin, kuten riittävällä valaistuksella, hälyttimillä, henkilökunnan näkyvillä olemisena ja luomalla rauhallinen ilmapiiri. Lisäksi voidaan käyttää erilaisia luovia

keinoja muistisairaalan elämän helpottamiseksi, kuten laittaa nimikyltit huoneiden oviin. (Juva ym. 2002, 507—510.)

Jokaiselle muistisairaalle ihmiselle tulee laatia kuntoutus-, palvelu- ja hoitosuunnitelma. On tärkeää, että suunnitelma kirjoitetaan voimavaralähtöisesti ja yksilöllisyys sekä tarpeet huomioidaan. Suunnitelma laaditaan moniammatillisesti ja yhdessä muistisairaalan ihmisen ja hänen läheistensä kanssa. Kuntoutuksen ammattilaisia, kuten fysio-, toiminta-, puhe- ja perheterapeutteja kannattaa konsultoida mahdollisuuksien mukaan. Suunnitelma ohjaa päivittäistä kuntoutumista, hoivaa ja hoitoa, ja sitä arvioidaan säännöllisesti. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 13).

Asiakkaiden hoitoon on kehitetty mittareita ja Suomessa on käytössä RAI sekä RAVA-järjestelmät. Terveystieteiden tutkimuskeskus on kehittänyt RAI-tietojärjestelmän, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-järjestelmää hyödynnetään täysipainoisesti RAIssoft-LTC -ohjelmiston avulla. RAIssoft on ympärivuorokautisen hoidon ohjelmisto, jolla laatu indikaattoreiden avulla mitataan järjestelmällisesti kaikkien asukkaiden fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, ravitsemukseen, lääkitykseen ja elämänlaatuun liittyviä tekijöitä (THL: Tietoa RAI-järjestelmästä 2017.) Henkilön toimintakyky arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen ja havainnoiden. Arviointi käsittää aina vähintään neljä toimintakyvyn ulottuvuutta, joita ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Mittareiden sisältämät yksittäiset kysymykset antavat arvokasta tietoa asiakkaan tarpeista. RAVA -toimintakykymittari on Kuntaliiton omistama ja FCG Oy:n lisensoima ikäihmisen toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. RAVA-mittari mittaa ensisijaisesti päivittäisistä perustoimista selviytymistä. Mittarin ylläpitotaho suosittelee, että arvioinnin tukena käytetään MMSE-testiä ja GDS-seulaa, joilla selvitetään tarkemmin muistia ja mielialaa. (Soteluokitustuotteet: RAVA-toimintakykymittari 2015.)

Muistisairauden edetessä ja toimintakyvyn heikentyessä seuraa vaihe, jolloin muistisairaahan hoito on palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan ihmisen jopa vuosia kestävä, oireita lievittävää hoitoa. Päämääränä on kuolevan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvän elämänlaadun varmistaminen muistaen, että kuolema on elämään kuuluva normaali tapahtuma. Saattohoito voi sisältyä palliatiiviseen hoitoon sen loppuvaiheessa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 60—62.)

Palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen on hoitopäätös, josta on keskusteltava kuolevan itsensä kanssa. Jos hän ei itse pysty päättämään hoidostaan, keskustellaan päätöksestä lähiomaisten tai laillisen edustajan kanssa. Muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheisilleen mahdollistetaan diagnoosin saamisesta alkaen turvallinen ja salliva ilmapiiri keskustella elämän merkityksestä, oman kuoleman lähestymisestä ja siihen valmistautumisesta. Ihmisarvon mukainen kohtelu kuoleman lähestyessä merkitsee sitä, että kärsimystä pitkittävästä hoidosta luovutaan. (Grönlund & Anttonen & Lehtomäki & Agge 2008, 26—29.)

Saattohoitovaiheessa ei tulisi tehdä toimenpiteitä, joista potilas ei varsinaisesti enää hyödy ja jotka vaikuttavat jäljellä olevaan elinaikaan negatiivisesti. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi suonensisäinen nesteytys, verinäytteiden otto tai letkun kautta menevä ravitseminen. Tutkimusten perusteella letkuravitsemuksen hyödyistä on olematonta näyttöä, ja siksi se saattaa ennemminkin lisätä turhaa kärsimyksiä saattohoitopotilaalla. Ylihoitaminen ei lisää elämänlaatua. Potilaalla tulee olla oikeus osallistua päätöksentekoon hänen kognitiivisen toimintakykynsä mukaisesti. Arvokas kuolema ja hoito ovat jokaisen perusoikeus (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017.)

3.3 Omaiset muistisairaana tukena

Muistisairauksia diagnosoitaessa oirediagnoosi perustuu usein potilaan haastatteluun. Se on kuitenkin melko epävarma tiedon lähde muistisairaana henkilön kohdalla. Muistisairaalla saattaa olla heikentynyt käsitys omasta tilastaan ja sen tiedostamisesta, sekä epävarmuutta muisti- ja päättelykyvyssä. Omaisten haastattelu on tärkeää, koska sillä on merkitystä muistisairaana diagnoosia tehdessä. Läheiset usein havaitsevat muistisairaana henkissä suorituskyvyssä muutoksia jo aikaisessa vaiheessa. (Pulliainen & Kuikka & Salo 2002, 358—363.) Perheenjäsenten ja muiden läheisten antamat tiedot elämänsä historiasta sekä sairastuneen persoonasta, elintavoista ja tottumuksista auttavat hoidon suunnittelua. Hoidon suunnittelun tueksi tarvitaan myös tietoa potilaan sairaus- ja hoitohistoriasta, lääkityksestä ja allergioista. Perehtymällä ihmisen elämänsä historiaan, arvoihin, valintoihin, tapoihin ja keskustelemalla läheisten kanssa, voidaan selvittää läheisen hoitotahtoa. Keskusteltaessa muistisairaana omaisten kanssa on hyvä muistaa, että kyseessä on muistisairaana oman tahdon selvittäminen, ei läheisten. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 10, 62.)

Muistisairaana ollessa varhaisessa vaiheessa, toiset potilaista huomaavat muistinsa heikentyneen. Usein muutosten edetessä vähitellen ja ajoittaiset paremmat jaksot johtavat siihen, ettei tilannetta selvitetä tarkemmin. Lievää muistisairaana sairastava ei usein enää tuo esille muistiongelmia, hän saattaa myöntää vaikeuksia olevan, muttei kuitenkaan osaa eritellä niitä sen tarkemmin. Voi myös olla ettei muistisairas muista, millaisia ongelmia hänellä on aiemmin ollut. Usein muistisairaalla esiintyy sairaudentunnottomuutta, jolloin sairastunut vähättelee tai jopa kieltää sairautensa aiheuttamia toimintakyvyn ongelmia. Potilaan samanaikainen masentuneisuus tai ahdistuneisuus voi vaikuttaa niin, että hän jopa suurettelee muistiongelmiaan. Mielialahäiriöt voivat itsessään lisätä muistioireita, ja uuden oppiminen tai asioiden mieleen palauttaminen hidastuvat. On siis monia syitä, jotka voivat vääristää potilaan kokemusta muistiongelmistaan. (Pulliainen ym. 2002, 359.)

Muistisairaahan läheiset tunnistavat usein tarkasti muistisairauteen viittaavia ja sitä ennakoivia oireita kognitiossa. Oireita on saattanut ilmaantua jo vuosia ennen varsinaista sairastumista, ja osa läheisistä havaitsee hyvin muistisairauden ensioireiksi kutsuttuja muutoksia. On havaittu, että läheisten havainnot ovat suorassa suhteessa potilaan suoriutumiseen muistitesteissä sekä ennustavat myöhemmin puhkeavaa muistisaurautta. Arvioitaessa henkilön mahdollista muistisaurautta, on tärkeää muistaa kokonaisuus ja millaiseksi se muotoutuu testihavaintojen, potilaan omien kokemusten sekä läheisten havaintojen yhteissummasta. Muistisairaahan henkilön läheisille on suunnattu erilaisia kyselyitä, joista yksi on IQCODE (The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly). Kysely koostuu 26 kysymyksestä joilla kartoitetaan läheisen havaitsemia muutoksia muistisairaahan muistissa ja toimintakyvyssä verraten nykyhetkeä kymmenen vuotta sitten olleeseen. Kyselyn tavoitteena on selvittää muutosta toimintakyvyssä, ei niinkään nykyistä toimintakykyä. Etenevän muistisairaahan seulonnoissa IQCODE on osoittautunut todella hyödylliseksi keinoksi kartoittaa muistisairauteen liittyviä tekijöitä. (Pulliainen ym. 2002, 359–363.)

Kun muistisairaus etenee pidemmälle ja ihminen siirtyy laitoshoidon, omaisten tärkeys korostuu. Pelkkä omaisten vierailu muistisairaahan luona voi olla merkittävä elämän laatua kohottava tekijä. Omaiset ovat erilaisia, toiset ovat hyvinkin aktiivisesti mukana muistisairaahan läheisensä hoidossa, kun taas toiset eivät pysty tai jaksaa osallistua. Omaisia ei pitäisi nähdä terveydenhuollon resurssina, vaan voimavarana ja osana hyvää hoitoa. (Rantanen 2013). Pitkäaikaishoitoon siirtyessä läheisillä on arvokasta tietoa, jota tarvitaan hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Perheenjäsenten ja läheisten antamat tiedot elämänhistoriasta sekä sairastuneen persoonasta, elintavoista ja tottumuksista tukevat hoidon suunnittelua. Hoidon suunnittelun avuksi tarvitaan tietoa potilaan sairaus- ja hoitohistoriasta, lääkityksestä ja allergioista. On tärkeää, että omaiset kokevat olevansa tervetulleita osastolle. Ilmapiiri on tärkeä luoda avoimeksi ja keskustellevaksi, jolloin henkilökunnan sekä omaisten on helppo puhua mieltä askarruttavista asioista. (Kalliomaa 2012; Juva ym. 2002, 514.)

Muistisairaahan elämäntilanne vaikuttaa koko perheeseen, vaikka sairastunut selviytyisi arjen toiminnoissa melko itsenäisesti. Perheen jäsenten täytyy pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan, jotta he jaksaisivat tukea sairastunutta. (Kalliomaa, 2012). Omais-/läheisauttajat ovat hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien iäkkäiden henkilöiden hoidon ja huolenpidon kannalta tärkeä voimavara, ja heidän toimintakykyisenä pitäminen sekä tavoitteellinen tukeminen, on eduksi kaikille. Omaishoitoperheen vaikuttavin tukimuoto on perheen tarpeiden pohjalta räätälöity yksilöllinen tuen ja palveluiden kokonaisuus. Omaishoitajien säännöllinen vertaistuki on tärkeässä roolissa omaisen jaksamiseksi. (Huovinen ym. 2013, 42.) Pitkäaikaishoitoon siirtyminen on suuri muutos paitsi sairastuneelle myös häntä hoitavalle omaiselle. Muistisairaahan hoitovastuu siirtyy omaiselta hoivakotiin. Luopuminen ja suru ovat normaaleja tunteita tässä muutoksessa. Hoivakodeissa ja palvelukeskuksissa on läheisille omia ryhmiä, joissa he voivat saada vertaistukea. (Kalliomaa 2012).

4 MUISTISAIRAAN KIVUN HOITOTYÖ

Kansainvälinen kipututkimusyhdistys IASP on määritellyt kivun seuraavasti; ”Kipu on epämiellyttävä tuntoaistiin perustuva tai tunnepohjainen kokemus, joka liittyy mahdolliseen keholliseen vaurioon ja jota kuvataan samoin tavoin”. Kipu on kobjalleen todellista. Kun ihminen ilmaisee kipua, on kyseessä kipuongelma (Estlander 2003, 9; Sailo & Vartti 2000, 30). On hyvä muistaa että potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. Määritelmä ei kuitenkaan sovellu kivun yleiseksi määritelmäksi. On ihmisiä, joiden kommunikaatiokyky on merkittävästi heikentynyt ja he silti tuntevat kipua. Tällaisesta tärkeänä esimerkkinä ovat muistisairaat. (Salanterä, Hegelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7–8).

Joka kuudennen pitkälle edenneen dementiaa sairastavan laitospotilaan on raportoitu kärsivän päivittäisestä epämiellyttävästä tuntemuksesta, joka heitä hoitavien sairaanhoitajien arvion mukaan on kipua. Muistisairauden edetessä on kivun arvioinnissa kyse kahdesta perusasiasta; kivun itsearviointi on tärkeää ja hoitajan tulee havainnoida kipua. Uhkana muistisairaiden kivun arvioinnissa on kivun aliarviointi. (Finne-Soveri 2007.)

Vanhusten kipu yhdistetään varsin yleisesti osaksi normaalia ikääntymistä, ja moni vanhus hyväksyy kivun osaksi jokapäiväistä elämää. Hyvän kivunhoidon tavoitteena on hyvä kivunlievitys mahdollisimman vähäisillä sivuvaikutuksilla. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään pitkäaikaishoidossa olevien, erityisesti muistisairaudesta kärsivien vanhusten kivun olevan alihoidettua. (Kivelä & Rähä 2007, 74–81.) Taulukossa 2 on kuvattu laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ilmaisee potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus hyvään kivunhoitoon. Kivunhoidon tulee perustua tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvaan kivun arviointi ja hoitovaihtoehtojen valitsemiseen, käyttöön sekä arviointiin.

TAULUKKO 2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (Kangasniemi 2017, 11.)

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista:
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoon tarvitaan potilaan suostumus. • Hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. • Potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta, riskitekijöistä ja hoidon vaihtoehdoista. • Potilaalla on oikeus tarkistaa potilasasiakirjoihin merkityt tietonsa ja oikaista ne. • Hoitoa jonottavalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. • Hoitoon tyytymätön voi tehdä muistutuksen hoitolaitokselle. • Hoitolaitoksella on oltava potilasta avustava potilasasiamies. Hän antaa tietoa potilaalle oikeuksista ja avustaa tarvittaessa muistutuksen, kantelun tai korvaushakemuksen teossa. • Lapsipotilaan mielipide on otettava huomioon, kun lapsi on kyllin kehittynyt ilmaisemaan sen. Lääkäri tai muu ammattihenkilö arvioi lapsen kehittyneisyyden. • Lapsen huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi.

Pesonen (2011) on tehnyt väitöskirjatutkimuksen iäkkäiden potilaiden kivunhoidosta sydänkirurgian jälkeen. Tutkimukseen osallistui 366 potilasta. Näistä 86 potilasta kärsivät kroonisista kivuista kuntoutus- tai pitkäaikaishoidossa, vaikka heillä oli ennestään jokin lääkitys. Osallistuneiden keski-ikä oli 77 vuotta. Tutkimuksen apuna käytettiin neljää erilaista kivun voimakkuutta mittaavaa sanallista asteikkoa. Tutkimuksessa saatiin selville, että lievä krooninen kipu ei heikentänyt iäkkäiden potilaiden päivittäistä aktiivisuutta samalla tavalla kuin kognitiivinen toimintahäiriö tai depressio. Pesonen toteaa, että vanhusten kivun hoidon kehittämiseksi tarvitaan paljon kliinistä tutkimustyötä sekä vanhusten kivun hoitoon erikoistuneita yksiköitä. (Pesonen 2011, 158–160.)

Kipu voi altistaa sekä ylläpitää muistisairauteen liittyviä käytösoireita. Kivulias muistisairautta sairastava voi oireilla olemalla esimerkiksi aggressiivinen, huuteleva ja levoton. Kipu voi ylläpitää muistisairauteen liittyvää masennusta, ahdistuneisuutta ja unihäiriöitä. Muistisairaahan kivun hoidossa on erityisen tärkeää tuntea henkilön taustatiedot ja historia sekä haastatella omaisia. (Salanterä ym. 2006.) Sairaanhoidajalla on keskeinen rooli kivun hoitotyön prosessissa. Hoitaja hoitaa potilasta kaikkina vuorokauden aikoina, erilaisissa tilanteissa. Hoitajalla on hyvät

mahdollisuudet oppia tuntemaan potilas sekä tunnistaa hänen tuntemansa kipu. Kivun arviointi säännöllisesti ohjaa lääkehoidon toteuttamista sekä etsimään sopivat hoitotyön auttamismenetelmät potilaalle. Sairaanhoidajan päätöksentekoa ohjaavat ja auttavat kivun arviointiin kehitetyt kipumittarit. Tavoitteellinen kivun hoitotyö edellyttää hoidon jatkuvaa seuraamista. (Salanterä ym. 2013, 6.)

Muistisairaahan kivun hoitotyössä tulee ottaa huomioon kivun mahdollinen aiheuttaja, esimerkiksi ummetus, virtsatieinfektio, epä mukavat jalkineet tai nivelkulumat. Tieto muistisairaahan sairaushistoriasta helpottaa kivun aiheuttajan määrittämistä. Kivun syy tulee aina tutkia, tarpeen mukaan kliinisellä tutkimuksella, tarvittavilla kuvauksilla tai laboratoriokokeilla. Tavoitteena kivun hoitotyössä on kivuton yöuni, kivuttomuus päivällä levossa sekä liikkeessä. Useimmiten kivun aiheuttajan syyt ovat hoidettavissa. (Öun 2015, 239—240.)

4.1 Kivun tunteminen ja kipukäyttäytyminen

Kipu on aina subjektiivinen ja epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonvaurioon tai sen uhkaan (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015). Kipua voidaan luokitella kestoajan ja luonteen perusteella akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu johtuu vammasta tai sairaudesta. Sillä on yleensä tarkka sijainti, luonne ja ajoitus. Akuuttiin kipuun liittyy autonomisen hermoston hyperaktiivisuuden oireita, kuten sydämen tiheälyöntisyyttä, verenpaineen kohoamista, hikoilua ja mydriaasia eli silmän mustuaisen laajenemista. (Kalso ym. 2009, 94—100.) Akuutti kipu ei jätä keskushermostoon jälkeä. Akuutin kivun asianmukainen hoito on tärkeää jotta ehkäistään kivun kroonistuminen. (Sailo & Varti 2000, 34.) Kipuärsykkeet laukaisevat monia elimistöä suojaavia väistämisrefleksejä ja reaktioita. Kivun hoidossa on olennaista erottaa nämä kipujärjestelmän normaalit, fysiologiset toiminnat kroonisista kiputiloista. Akuutti sekä erityisesti pitkään jatkunut krooninen kipu vaikuttavat myös aivoissa. Tästä syystä myös elintoimintojen muutokset näkyvät fysiologisena muutoksena sekä psykosomaattisina oireiluna. (Salanterä ym. 2006, 33—34).

Krooninen kipu on pitkäkestoista, jolloin kipu on saattanut kestää useita kuukausia. (Kalso ym. 2009, 94–100.) Krooninen kipu aiheuttaa hermostossa pysyviä muutoksia. (Sailo & Vartti 2000, 34). Se ei ole selvästi yhteydessä vammaan tai sairauteen. Kipu voi jatkua, vaikka kipua aiheuttanut vaurio olisi jo hoidettu. Kroonisen kivun luonne ja kipukohta voivat olla epämääräisiä. Autonomisen hermoston oireet ovat kadottaneet adaptaation, eli ihminen on jo tottunut kipuun. Kroonisessa kivussa voi olla oireettomia jaksoja ja kipukohtausjaksoja. Kroonista kipua aiheuttavat esimerkiksi fibromyalgia, nivelreuma, nivelrikko, erilaiset selkävaivat, lihasjännityspäänsärky ja syöpä. (Kalso ym. 2009, 94–100.)

Kivun tuntemukset muodostuvat aiemmista kipukokemuksista, siihen vaikuttavat henkilön fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, sekä hengelliset tekijät ja kulttuuri-tausta. (Sailo & Vartti 2000, 30.) Kivun pitkittyessä sen aiheuttamat seuraukset kasaantuvat ja seuraukset ulottuvat usein eri elämänalueille. Pitkäaikainen kipu hallitsee ihmisen elämää. Tyypillisiä piirteitä kivusta kärsivällä ovat kehon toimintojen tarkkailu, unettomuus, masennus, yksinäisyys. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 165).

Kipukäyttäytyminen kuvaa potilaan tapaa ilmaista kipua. (Estlander 2003, 65). Kivun ilmaisu voi olla sekä kielellistä että ei-kielellistä. Kivusta puhuminen, huokailu, kipeän paikan hierominen ja asennon muuttaminen voivat olla merkkejä henkilön kipukokemuksesta. Kipu voi näkyä fyysisen aktiivisuuden muutoksena muun muassa lepäämisenä, ruumiillisten ponnistelujen välttämisenä sekä paikoillaan istumisena. Lääkkeiden ja terveyspalveluiden käyttö tai käyttämättömyys kertovat henkilön kipukäyttäytymisestä. (Estlander 2003, 190.) Hoitamaton kipu haittaa elimistön muita toimintoja, kuten liikkumista ja hengittämistä sekä vaikuttaa mielialaan. Hoitamattomana kipu voi muuttua krooniseksi, jolloin sen hoito on haasteellisempaa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016).

lääkäillä ihmisillä esiintyy myös muita sairauksia, kuten diabetes, voivat aiheuttaa kipujärjestelmän toiminnan muutoksia. Nykyisin yhä iäkkäämmille henkilöille tehdään vaativia leikkaustoimenpiteitä. Syyt johtuvat myös lisääntyneistä kaatumis-tapaturmista. Kirurgisten toimenpiteiden jälkeen vanhusten kivunlievitys saattaa olla riittämätöntä. (Salanterä ym. 2006, 198–199). Väitöstutkija Nina Hynninen

kertoo sairaanhoitaja lehden artikkelissa, että kirurgisen muistisairaahan potilaan hoitotyön tueksi tarvitaan toimintaohjeita sekä hoitotyön suosituksia. Erityisen tärkeää on huomioida ikääntyvien ja muistisairaiden määrän kasvu sairaanhoitajien täydennyskoulutuksessa. (Hurri 2017.)

4.2 Kivun arviointi ja tunnistaminen

Muistisairaahan kivun arvioiminen on haastavaa, sillä hän ei aina pysty sanallisesti kertomaan kivuista. Muistisairaant saattavat peittää sairautensa liittyvien käytöshäiriöiden alle oireet kivusta. Näin kipu jää helposti huomioimatta. On tutkittu että krooniset somaattiset sairaudet aiheuttavat haastetta kivunhoitoon ja arviointiin. Tästä syystä muistisairaahan kipu saattaa olla usein ali- tai yllilääkittyä. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään pitkäaikaishoidossa olevien, erityisesti muistisairaudesta kärsivien vanhusten kivun olevan alihoidettua. (Kivelä & Räihä 2007, 74; Cunningham, McClean & Kelly 2010, 29–35.). Muistisairaahan kipua saatetaan aliarvioida. Olennaista on havainnoida kipua järjestelmällisesti ja yhtenevällä käytännöllä. Ammattihenkilökunnan tulee sopia yhdessä säännölliset kivun arviointimenetelmät. (Öun 2015, 239.)

Hoidon prosessimalli korostaa potilaskohtaista, yksilöllistä hoitoa ja kaiken oleellisen kirjaamista. Prosessin jokainen vaihe sisältää päätöksentekoa. Potilaan tilanteen huolellinen kartoittaminen on näyttöön perustuvan päätöksenteon tietoperustaa, jossa paras ajantasainen tieto arvioidaan tarkasti. Päätöksentekoa ohjaa tiedon kriittinen ajattelu. (Salanterä ym. 2006, 102). Kivun hoitotyön prosessi koostuu kivun tunnistamisesta, arvioinnista, kivun hoitamisesta ja kivun hoidon arviosta. Muistisairaahan kivun arvioinnissa tulee huomioida kivun voimakkuus, kesto ja sijainti. (Kankkunen 2011, 22). Kivunhoitotyö on kipua kokevan potilaan sekä omaisen auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö edellyttää että hoitohenkilökunta kykenee tunnistamaan potilaan kipua. Hoitajan tulee osata valita tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamismenetelmät sekä yhdistää ne muihin kivunhoitomenetelmiin ja arvioida hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9). Sai-

raanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996).




Varhaisessa vaiheessa muistisairas pystyy arvioimaan kokemaansa kipua ja kertomaan siitä. Myöhemmissä vaiheissa läheisen tai hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa kivun ilmeneminen. Potilaan oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa tutkittuun ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvaa kivun arviointi- ja hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä sekä arviointia. (Salanterä ym. 2013, 3; Hallikainen 2014, 238–239.)

Kommunikaatiokyvyn heiketessä ja muistisairauden vaikeusasteen edetessä potilaan omaan ilmaisuun perustuvat kivunhoidon menetelmät ovat ongelmallisia. Etenevässä muistisairaudessa joudutaan turvautumaan kivun arviointiin, joka perustuu käyttäytymismuutoksiin. Haastavaksi kivun arvioinnin tekee se, että käyttäytymismuutokset voivat olla hyvin monimuotoisia ja ne voivat aiheutua myös muista tekijöistä. (Tilvis 2016.) Koska muistisairas ei kykene useinkaan ilmaisemaan kipua, tulee henkilökunnan havaita herkästi sitä. Toimintakyvyn tai levottomuuden takana voi olla kipu, jolloin sitä hoitamalla myös potilaan hoito helpottuu. On useita sairauksia, jotka voivat aiheuttaa epämääräistä levottomuutta, kuten sydämen vajaatoiminta tai diabetes. (Juva ym. 2002, 510–514.) Heikentynyt kognitio liittyy vähentyneeseen hoitajien kivun raportointiin sekä havainnointiin. Kipulääkkeitä, erityisesti vahvoja kipulääkkeitä, määrätään vähemmän iäkkäille yli 85-vuotiaille ja dementiaa sairastaville. (Laakkonen 2012).

Pesosen (2011) mukaan kivun mittaamista on tutkittu paljon. Lukuisia erilaisia mittausten menetelmiä ja mittareita on kehitetty sekä akuutin leikkauksen jälkeisen kivun että kroonisen kivun arviointiin. Suurin osa tutkimuksista on kuitenkin tehty keski-ikäisillä tai kognitiivisesti normaaleilla iäkkäillä potilailla. Muistihäiriöistä ja muistisairautta sairastavilla henkilöillä näitä tutkimuksia on tehty selvästi vähemmän. Kipua arvioidaan käytöksen kautta, tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, itkuja, kyöneleitä, kehon asentoa, raajojen liikkeitä sekä henkilön suhtautumista omaan kehoon. Hermostuneisuus, kehon suojaaminen, ahdistus ja regressiivisyys ovat usein merkkejä kivusta. On tärkeää, että mahdollisuuksien mukaan potilas itse

arvioi kivun voimakkuutta, sijaintia, kestoa, laatua sekä asioita, jotka lisäävät tai helpottavat kipua.

Yleisimmin potilastyössä käytetyt kipumittarit ovat sanallinen asteikko eli Verbal Rating Scale (VRS). Aikaisemmissa tutkimuksissa VRS:n on todettu hyväksi vanhusten kivun arviointiin ja seurantaan, koska kipusanastoa on helppo ymmärtää. Kuvassa 1 on esitetty kipumittareista VRS, VAS, RWS ja FPS. (Salanterä ym. 2006, 83–90; Pesonen 2011, 23–26, 156–157.) Sairauden edetessä kivun arviointiin soveltuu PAINAD -mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Mittari on tarkoitettu kivun aiheuttaman käyttäytymisen muutoksen havainnointiin. (Warden, Hurley & Volicer 2003.) Kankkunen ja Määttä (2009) ovat tutkineet kansainvälisiä kipumittareita, joita käytetään vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arviointiin. Tutkimuksessa PAINAD -kipumittarin käyttö on osoittautunut luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi kivun arvioinnin välineeksi. Mittarin käyttö tehostaa muistisairaam kivun arviointia. (Kankkunen 2011, 22; Määttä & Kankkunen 2009, 292.) Muistisairautta sairastavat ilmaisevat kipuaan käyttäytymisen muutoksin, fysiologisin muutoksin sekä äänтелеillä. Muistisairauden edetessä kivun tunnistaminen usein vaikeutuu, koska reaktiot kipuun muuttuvat. (Kankkunen 2009, 255.)

Sanallinen kipuasteikko/ Verbal Rating Scale	VRS	0 = ei kipua 1 = lievä kipu 2 = kohtalainen kipu 3 = voimakas kipu 4 = erittäin voimakas/ sietämätön kipu	0–4
Visual Analogue Scale	VAS		0–10 cm
Kipukiila/ Red Wedge Scale	RWS		0–50 cm
Kasvoas- teikko/ Facial Pain Scale	FPS		0–6 cm

KUVA 1. (Pesonen 2011, 157)

Rantala (2014) on tutkinut väitöskirjassaan muistisairaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa hoitohenkilökunnan arvioimana. Rantalan mukaan tutkimus on keskeinen ja ajankohtainen, koska aiheesta ei ole Suomessa aikaisempaa tutkimustietoa. Tutkimuksessa hoitajille kaikista yleisin kipumittari oli VAS, joka ei tutkimusten perusteella ole luotettava mittari muistisairaille. Rantalan tutkimuksessa selvisi että hoitohenkilökunta raportoi muistisairailla lonkkamurtumapotilailla esiintyvän kehonkieleen ja käyttäytymismuutoksiin perustuvia kivun ilmaisuja. Kivun ilmaisut olivat esimerkiksi äänekkästä huutelua, levottomuutta ja sekavuutta, jotka voivat olla merkki hoitamattomasta kivusta. Tulosten perusteella hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli muistisairaiden potilaiden hyvän kivunhoidon turvaajana. Tutkimuksessa esille nousi se että hoitohenkilökunnalta vaaditaan monipuolista osaamista muistisairaana potilaan hoitotyössä. (Rantala 2014, 63–65.)

4.3 PAINAD -mittari

PAINAD -mittari on helppokäyttöinen käyttäytymisen muutosten kartoittamiseen sekä havainnointiin perustuva kipumittari. PAINAD -mittari on kehitetty avuksi nimenomaan pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin. Mittari soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden potilaiden kivun arviointiin. PAINAD -mittarissa on viisi erilaista olemukseen ja käyttäytymiseen liittyvää arviota. Muokattuna mittari sopii myös omaisten käyttöön. Mittarin käyttö hoitotoimenpiteissä auttaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan ja raportoimaan kivun oireita sekä tunnistamaan kipulääkkeiden käytön tarpeellisuutta. (Hallikainen ym. 2014, 239.) PAINAD -mittarin taulukossa 3. on viisi osa-aluetta: hengitys, ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Kasvojen ilmeet voivat vaihtua surullisesta pelokkaiseen tai jopa vihaiseen. Hengitys voi olla ajoittain raskasta tai hyperventiloivaa ja äänekästä. Ääntely saattaa olla vaikeroiva, rauhaton, huutelevainen tai itkuinen. Kehon kieltä on syytä tarkkailla. Se voi olla kireää, keho saattaa olla jäykkä, ihminen voi kävellä tai liikehtiä ahdistuneesti, kädet ja polvet voivat olla koukkuasennossa tai kädet puuskassa. Muistisairas voi koskettaessa riuhtoa tai torjua työntämällä pois. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 35–42)

Päivärinta (2012) on tutkinut opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia PAINAD -mittarista. Tutkimus oli toteutettu Hopealammen tehostetun palveluasumisen yksikössä dementiaosastolla Kangasalan kunnassa. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että pääsääntöisesti hoitajat pitivät PAINAD -kipumittaria helppona käyttää ja mittari koettiin monipuolisena muistisairaahan kivun arvioinnissa. Hoitajat olivat kokeneet, että kivun arviointi on laadukkaampaa PAINAD -kipumittaria apuna käyttäen kuin ilman kipumittaria tehty arviointi, ja mittarin käytöstä on hyötyä muistisairaahan kivun lääkityksessä niin että lääke tulee annettua juuri oikeaan aikaan. (Päivärinta 2012, 19–22).

Mäkynen ja Visuri (2011) ovat tutkineet opinnäytetyössään PAINAD -mittarin käytön hyötyä. He olivat esitelleet mittarin kolmelle geriatrisen sairaalahoidon osastolle sekä neljälle ympärivuorokautisen hoidon osaston hoitohenkilökunnalle. Osaston hoitohenkilökunta käyttivät PAINAD -mittaria neljän viikon ajan demen-

tiapotilaiden kivun arvioinnissa. Neljän viikon jälkeen hoitohenkilökuntaa haasteltiin heidän kokemuksistaan PAINAD -mittarin käytöstä. Tutkimuksessa oli kolme kysymystä; Miten hoitohenkilökunta voisi hyödyntää PAINAD -mittaria dementiapotilaan kivun arvioinnissa? Miten hoitajien mielipiteet PAINAD -mittarista eroavat toisistaan eri osastoilla? Mitä kritiikkiä ilmeni PAINAD -mittarin käytössä? Tulokset osoittivat, että hoitohenkilökunta kokee PAINAD -mittarin helpottavan kivun arviointia. Kipulääkkeen käyttö koettiin helpottavan lääkkeen perusteltavuutta, ja mittarista koettiin olevan apua myös kivun ja ahdistuksen erottamisessa. (Mäkynen & Visuri 2011, 2.)

TAULUKKO 3. PAINAD -mittari. Muistisairaahan kivun arviointi. (Warden, Hurley & Volicer 2003.)


PAINAD-mittari	Kivuton, 0 piste	Kivulias, 1 pistettä	Vaikeasti kipuleva, 2 pistettä	pisteet
HENGITYS	Normaali, huomaamaton	Ajoittain vaivalloista, pitkä hyperventilaatiojakso	Äänekästä ja vaivalloista, katko-naista, Cheyne-Stokes -hengitystä	
Negatiivinen ääntely	Ei ole	Satunnaista vaikeointia tai voihketta, valittavaa tai moittivaa puhetta. Hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikeointia tai voihketta, itkua	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistelyä	
Elekieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, poisvetämistä tai työntämistä, riuhtomista	
Lohduttaminen	Ei tarvetta	Ääni tai kosketus kääntää huomioon muualle tai tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion poiskääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu	
			Yhteensä:	

PAINAD -mittaustulos arvioidaan kipua kokevan käyttäytymisen perusteella. Arviointi tehdään havainnoimalla noin 5 minuutin ajan. Mittari sisältää viisi osiota. Kokonaispistemäärä siis 0-10 pistettä: 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu.

- Hengitys, 0-2 pistettä
- Negatiivinen ääntely, 0-2 pistettä
- Ilmeet, 0-2 pistettä
- Kehon kieli, 0-2 pistettä
- Lohduttaminen, 0-2 pistettä

Kipua tulee arvioida säännöllisesti. Akuutissa vaiheessa arvioidaan tiheämmin, myöhemmin vähintään kerran vuorossa, sekä aina ennen kivunhoitoa ja kivunhoidon jälkeen. Oireiden tulkintaan ja mittarin käyttöön voi käyttää apuna PAINAD -mittarin määritelmää taulukossa 4. Määritelmä-taulukko löytyy Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän sivuilta.

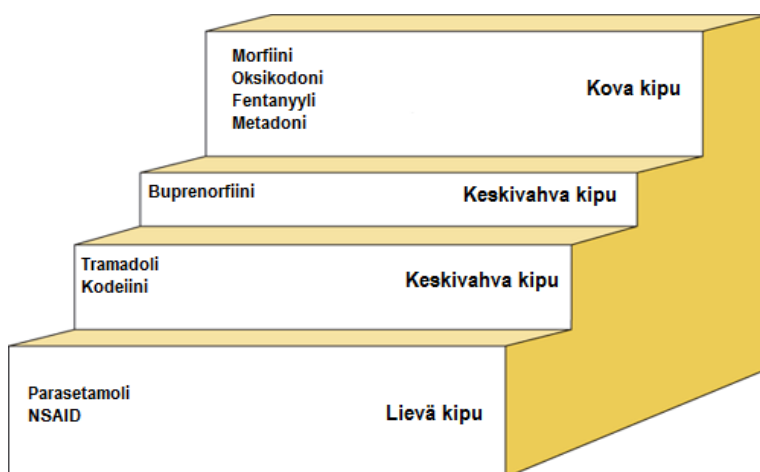
TAULUKKO 4. Painad -määritelmät (PKSSK – PAINAD -mittari 2014)

<p>HENGITYS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normaali hengitys. Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista). 2. Ajoittain vaivalloista hengitystä. Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta. 3. Lyhyt hyperventilaatiojakso. Ohimeneviä lyhyiden, syvien hengitysten hengitysten sarjoja. 4. Äänekästä vaivalloista hengitystä. Äänekästä sisään tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä. 5. Pitkä hyperventilaatiojakso. Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään. 6. Cheyne-Stokes-hengitystä. Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaihtelevaa hengitystä, jossa on välillä hengityspysähdyksiä. 	<p>NEGATIIVINEN ÄÄNTELY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ei negatiivista ääntelyä. Puhe tai ääntely on sävyltään neutraalia tai miellyttävää. 2. Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti. 3. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn. 4. Rauhatonta huutelua. Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätääntyneesti. 5. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti. 6. Itkua. Tunteen ilmaisua, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyhkytyksiä tai hiljaista itkua
<p>ILMEET</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hymyilevä tai ilmeeton. Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luonteavaa, levollista tai tyhjää ilmettä. 2. Surullinen. Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä. 3. Pelästynyt. Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki. 4. Tuima. Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympärys saattavat olla tavallista enemmän ryppyssä. 5. Irvistää. Vääristynyt, hätääntyneet ilme. Otsa ja suun ympärys ovat tavallista enemmän ryppyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni. 	<p>ELEKIELI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levollinen. Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta. 2. Kireä. Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois). 3. Ahdistunutta kävelyä. Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta. 4. Levotonta liikehdintää. Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti. 5. Jäykkä. Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois). 6. Kädet nyrkissä. Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availlaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä. 7. Polvet koukussa. Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois). 8. Pois työntämistä tai vetämistä. Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois. 9. Riuhtomista. Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa.
	<p>LOHDUTTAMINEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ei tarvetta lohduttamiseen. Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä. 2. Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää. Käyttäytyminen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta. 3. Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu. Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.

4.4 Kivun lääkehoito

lääkkään ihmisen kivun lääkehoidon valinta perustuu kivun syyhyn ja mekanismiin. Vaikka iäkkäät ihmiset ovat herkkiä kipulääkkeiden vaikutuksille ja haittavaikutuksille, kivun lääkehoitoa voidaan turvallisesti toteuttaa. On otettava huomioon ikäryhmän erityispiirteet kun suunnitellaan ja toteutetaan hoitoa. Kipulääkkeen tulisi olla mahdollisimman yksinkertainen ja säännöllinen sekä hoitoympäristö tulee ottaa toteutuksessa huomioon. Kipulääkkeen ylläpitoannos on pienin tehokkaaksi todettu annos ilman haittavaikutuksia. (Salanterä ym. 2006, 201–203).

WHO on julkaissut lääkehoidon portaikon, kuvassa 2. Portaikon avulla havainnollistetaan kivun lääkehoitoa. Hoidon alussa olisi hyvä aloittaa miedoilla lääkkeillä ja tarvittaessa siirtyään portaittain vahvempiin kipulääkkeisiin. (Vanhusten kivun hoito 2017.) Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on kehittänyt internetiin tietokannan, josta voi käydä tarkistamassa lääkeaineiden sopivuuden iäkkäiden lääkehoitoon. Tietokannan hakupalvelun avulla kirjoitetaan ensin lääkkeen nimi, jolloin se kertoo lääkkeen sopivuudesta yli 75-vuotiaalle. Lääkeaineet on luokiteltu muista terveydenhuollon tietokannoista tuttuihin A-, B-, C- ja D-luokkiin. Luokat kuvaavat lääkeaineen sopivuutta 75 vuotta täyttäneiden käyttöön. A- luokka tarkoittaa, että lääke soveltuu iäkkään käyttöön, B-luokassa tutkimusnäyttö, käyttökokemus tai teho on vähäistä 75 vuotta täyttäneillä, C- luokan lääkkeet soveltuu varauksin iäkkäille ja D-luokan lääkkeiden käyttöä tulee välttää iäkkäillä. (Fimea 2017.)



KUVA 2. WHO:n lääkehoitoportaikko (Vanhusten kivun hoito 2017.)

Kivun lääkehoito aloitetaan yhdellä lääkeaineella ja pienellä annoksella vastetta ja haittavaikutuksia seuraten, ja annosta suurennetaan tarvittaessa vähitellen. Uusien lääkkeiden aloittamisen välin tulee olla riittävän pitkä, jotta kunkin lääkkeen vaikutusta voidaan arvioida. Iäkkäät ovat muita alttiimpia saamaan haittavaikutuksia opioideista. Sivuvaikutuksena tulee usein ummetusta ja keskushermoston haittavaikutuksia, joten niiden käyttöä tulisi heillä välttää. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015.) Porrastetun kivunhoidon mukaan peruslääke on parasetamoli tai tulehduskipulääke, johon tarvittaessa lisätään vahvempi kipulääke, yleensä mieto opioidi ja sitten vahvempi opioidi. Lääkeannosta suurennetaan asteittain, kunnes riittävä vaikutus on saavutettu. Jos lääkkeestä huolimatta vastetta ei saavuteta ja haittavaikutukset ovat merkittävät, lopetetaan lääkehoito ja tilalle aloitetaan toinen kipulääke. Kahta samaa vaikuttavaa lääkettä ei saa käyttää yhdessä. Kipulääke pyritään antamaan suun tai ihon kautta. Parenteraaliseen eli ruuansulatuskanavan ulkopuoliseen lääkitykseen turvaudutaan jos muu antotapa ei onnistu. (Kivelä & Rähä 2007, 80.)

Parasetamolilla on kohtalainen kipua lievittävä vaikutus. Se on hyvin siedetty lääke vanhuksilla, eikä se aiheuta vatsan ärsytystä tai altista verenvuodolle. Vähäisten haittavaikutusten takia sitä käytetään vanhuksilla tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen hoidossa. Parasetamolin käytössä on huomioitava, että suurilla annoksilla se lisää maksatoksisuuden vaaraa. Vanhuksilla, joilla on maksasairaus ja maksan toiminta heikentynyttä, ei tule käyttää parasetamolia. Parasetamoli lievittää kipua kohtalaisesti, alentaa kehon lämpötilaa ja sillä on vähäinen tulehdusta rauhoittava vaikutus. Maksimiannos on 4 g vuorokaudessa, mutta vanhuksilla annos on hyvä suhteuttaa painoon. Annoksen vastetta on seurattava yksilöllisesti. Lääke imeytyy nopeasti, huippupitoisuus saavutetaan noin 90–120 minuutissa. (Kivelä & Rähä 2007, 74).

Tulehduskipulääkkeistä Burana, Voltaren, Naprometin ovat todettu hyviksi lievissä ja keskivaikeissa kivuissa sekä kivuissa, joihin tarvitaan anti-inflammatorista eli tulehdusta poistavaa vaikutusta. Tulehduskipulääkkeitä käytetään vammoista aiheutuneisiin kiputiloihin, tuki- ja liikuntaelimistön kipuihin, syöpäkipuihin ja leikkauksen jälkeisiin kipuihin. Hermovauriokipuun tulehduskipulääkkeet eivät auta. Vanhuksilla tulehduskipulääkkeiden käyttämisestä haittavaikutukset ovat maha-suolikanavan ongelmat. Erityisesti pitkään käytettynä lääke altistaa maha- ja pohjukaissuolihaavaumille, maha-suolikanavan verenvuodolle ja ripulille. Varfariinin eli verenhennuslääkkeen ja tulehduskipulääkkeen yhteiskäytössä on huomioitava riski verenvuotovaaran. Paikallisesti käytettävät tulehduskipulääkevalmisteet lievittävät akuutteja, pinnallisia kiputiloja. Lääkkeitä käytetään säännöllisesti annetun ohjeen mukaan, jotta ihonalaiskudokseen kertyy tehokas pitoisuus lääkeainetta. Syöpäkivuissa tulehduskipulääke yhdistetään usein opioidihoitoon parantamaan kivun hoidon tehoa. (Kivelä & Rähä 2007, 75.)

Kroonisessa kivussa käytetään lyhytvaikutteisia opioideja pahenevan kivun hoitoon. Vaikea-asteiseen, kroonisen kivun hoitoon käytetään pitkävaikutteisia oraalisia lääkkeitä tai depotlaastareita, joista lääkeaine imeytyy ihoon. Opioidihoidon haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, sekavuus, uneliaisuus, kutina, ummetus, keuhkoputkien supistuma ja vaarallisimpana hengityslama. Hoito vaatii usein rinnalle laksatiivin ummetuksen hoitoon. Vanhuksilla opioidihoito aloitetaan puolikkaalla suositellusta aloitus-annoksesta. Annosta suurennetaan aina asteittain, kunnes riittävä kivunlievitys on saavutettu tai haittavaikutukset estävät annoksen suurentamisen. (Kivelä & Rähä 2007, 75.)

Pesonen (2011) toteaa tutkimuksessaan, että vanhusten kivunhoito ja kipulääkeannokset tulisi suunnitella yksilöllisesti, jotta vältettäisiin kipulääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. Kipulääkkeiden annostelu on erityisen vaikeaa yli 75-vuotiaiden potilaiden kohdalla, sillä lääkkeiden vaikuttavuuden yksilölliset erot ovat suuria vanhuspotilailla. Vanhukselle lääkitystä valittaessa tulee aina selvittää potilaan muut sairaudet ja jo käytettävät lääkkeet. On tiedettävä aiempien lääkehoidosten mahdollisesti aiheuttamat yhteisvaikutukset ja sivuvaikutukset. Elimistön sietokyky lääkityksille huonontuu iän myötä, erilaiset sivuvaikutukset ja yhteisvaikutusten tuomat ongelmat ovat tavallisia. (Pesonen Anne, 2011.)

4.4.1 Sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen

Sairaanhoitajat saavat ammatillisessa koulutuksessaan laajan lääkehoidon koulutuksen. He voivat koulutuksensa perusteella toteuttaa lääkehoitoa monipuolisesti. Sairaanhoitajat tilaavat, jakavat, sekä antavat lääkkeitä luonnollista tietä. Injektioiden antoon ei tarvitse erillistä lupaa. Sairaanhoitajat ovat vastuussa toimintayksiköiden lääkehoidon toteutuksesta ja turvallisuudesta. He vastaavat muiden ammattiryhmien ohjaamisesta ja perehdytyksestä. Sairaanhoitaja tarvitsee erillisiä lupia esimerkiksi laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, epiduraalitalaan menevän lääkehoidon toteuttamiseen, ääreislaskimokatetrin asettamiseen ja verensiirtoihin. (Lääkehoidon toteuttaminen 2017.)

4.4.2 Lähihoitajan lääkehoidon osaaminen

Lähihoitajien ammatilliseen koulutukseen sisältyy lääkehoidon opintoja, joiden perusteella he voivat toteuttaa lääkehoitoa. Lähihoitajat voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa lääkkeitä luonnollista tietä, eli tabletteina, kapsseleina, liuoksina, silmä- ja korvatippoina, voiteina, laastareina ja peräpuikkoina ilman erillistä lupaa. PKV eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden antoon sekä huumausaine pohjaisiin lähihoitajat tarvitsevat erilliset luvat. Perus- ja apuhoitajan koulutukseen ei sisälly yhtä laajoa lääkehoidon opintoja kuin lähihoitajalla. Työnantajan on selvitettävä heidän suorittamansa lääkehoidon osaaminen yksilöllisesti. Lähihoitajien osaamisen varmistamiseen tarvitaan erillinen kirjallinen lupa vaativamman lääkehoidon toteuttamiseen, esimerkiksi injektioiden antaminen ihon alle ja lihakseen. (Lääkehoidon toteuttaminen 2017.)

4.5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkkeettömät hoidot ovat kivun hoidon perusta, ja niitä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat muistisairaana kivun hoidossa usein yksinään riittämättö-

miä. (Tarnanen & Mäntyselkä & Komulainen 2016.) Lääkkeetön hoito on kuitenkin tärkeä ja tarpeellinen tuki lääkkeelliselle kivun hoidolle. Tutkimusten mukaan musiikkiterapia, ryhmätoiminta ja omaisiin tai hoitohenkilökuntaan kohdistuvat, kommunikaatiota ja potilaskeskeistä hoitoa edistävät interventiot ovat tehokkaita muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoidossa (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Lääkkeettömiä hoitoja ovat esimerkiksi liikunta joka on fysioterapeutin suunnittelemaa ja ohjaamaa. Myös fysikaalisilla kylmä- ja lämpöhoidoilla on todettu olevan muistisairaahan kivunhoidossa hyötyä. (Tarnanen & Mäntyselkä & Komulainen 2016.) Hieronta ja akupunktio saattavat lievittää kipua lievissä muistisairauksissa. Lohdutus ja läsnäolo helpottavat oloa ja saattavat lievittää kipua. (Öun 2014, 240.) Kivun voimakkuuden kokemus on matalampi henkilöillä joiden huomio suunnataan pois kivuista. Huomion pois suuntaaminen kivusta aktivoi aivoaluetta, joka oletettavasti heikentää kipusignaalin välittymistä. (Valet, Sprenger, Boecker, Willoch, Rummeny, Conrad, Erhard & Tolle 2004, 109, 399–408.)

Kroonisen kivun käypä hoito -suositus puoltaa voimakkaasti lääkkeettömiä hoitomuotoja. Vaikeasta kroonisesta kivusta kärsivät potilaat tarvitsevat oireenmukaisen ja kohdistetun lääkehoidon. Suomen Kipu ry korostaa että usean kipupotilaan kohdalla ainoastaan vahvat kipulääkkeet, kuten opioidit helpottavat kroonistunutta vaikeaa kipua. Jatkuvasti kivusta kärsivää ei tule syyllistää että hän pyrkii elämään edes jossakin määrin kivutonta elämää. (Paasisalo & Sahi, 2016.)

4.6 Kivun kirjaaminen

Asianmukainen ja säännöllinen kirjaaminen on hyvän hoidon jatkumisen edellytys. Hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia toteutetaan kirjaamisen avulla. Kirjaaminen luo sekä muistisairaahan että hoitajan oikeusturvan. (Sailo & Vartti 2000, 97.) Kivunhoidon hyvä kirjaaminen antaa selkeän kuvan potilaan kipuongelmasta sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Potilaan hoidon jatkuvuuden, hoidon suunnittelun sekä hoidon toteutuksen ja arvioinnin edellytys

on, että kirjaaminen on ollut säännöllistä. Hoitoprosessi korostaa potilaskohtaista, yksilöllistä hoitoa sekä oleellisen kirjaamista. Potilasasiakirjoihin merkitään vain hoidon kannalta välttämättömät tiedot. Kivunhoidon tarkka kirjaaminen on tärkeää, koska se määrittää yksilöllisen hoidon laadun. (Salanterä ym. 2006, 102.)

Terveystieteiden ammattihenkilön toimintaa ohjaa asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), joka velvoittaa työntekijän kirjaamaan potilaspapereihin potilaan hoitoon liittyvät asiat sekä säilyttämään ne salassa. Potilasasiakirjoihin tehtäviä merkintöjä määrittää laki (298/2009) potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että potilastietoihin merkitään potilaan kivun hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi kaikki tarvittava tieto. Potilasasiakirjoista tulee ilmetä kivun hoidon tarpeen määrittäminen, miten kipua on hoidettu ja miten annettu hoito on vaikuttanut. Kivun kirjaamisessa on tärkeää että lääkeaineyliherkkyydet, mahdolliset edellisten kivun hoidon vaikutukset sekä lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset on kirjattuna tarkasti ylös. Tietoihin merkitään kirjata saadut lääkkeet ja niiden vaikutukset sekä tarvittavat kipulääkkeet. Käytössä olevat kivun mittausvälineet ja kipumittarit tulee olla yhteisesti sovitut, jotta kipua voidaan mahdollisimman tarkasti arvioida. Kivun kirjaaminen pohjautuu potilaan omaan kipukokemukseen, kivun ilmenemismuotoihin sekä kivun ilmaisemiseen liittyviin yksilöllisiin tekijöihin. Potilaan kivun kirjaaminen hänen omilla kuvauksillaan takaa potilaalle paremman mahdollisuuden vaikuttaa kivun hoitoon. (Sailo & Varti 2000, 98–99.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aiheena on muistisairaana kivun hoito hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin ympärivuorokautisessa palvelukeskuksessa. Tutkimus oli laadullinen ja aineisto kerättiin lomakehaastatteluna muistisairaita hoitavalta hoitohenkilökunnalta. Palvelukeskus oli kahdelle meistä entuudestaan tuttu työharjoittelun sekä työn kautta. Lomakehaastattelu sisälsi puolistukturoituja eli teemoitettuja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä (LIITE 2 Kyselylomake). Kyselylomakkeen tutkimuskysymykset perustuivat ja nousivat muistisairaana kivun hoitoon liittyvästä teoria- ja tutkimustiedosta.

Laadulliselle aineistolle tyypillistä on ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus sekä aineiston yhteen kokoaminen. (Alasuutari 2014, 84, 111). Laadullisen tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä vaan sen laatu. Tavoitteena on vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen sekä ilmiön selittäminen ymmärrettävästi, jonka avulla saadaan ymmärrystä ajatella toisin. (Vilkkä 2015, 150.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kerätään tietoa ilmiöstä moninaisesti, kuten tulkinnan, jäsentämisen ja merkityksellistämisen kautta. Aineisto analysoidaan ymmärryksen kautta, samalla pyritään säilyttämään aineiston ainutlaatuisuus ja yksittäisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 16).

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisena hoitajat kokevat ikääntyneen muistisairaana kivun hoidon?
2. Millaisia menetelmiä hoitajat käyttävät kivun arvioinnissa?
3. Miten hoitajat arvioivat kipulääkkeen tarpeellisuuden?

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaiset käsitykset hoitohenkilökunnalla on muistisairaana kivunhoitoprosessin eri vaiheiden toteutumista: kivun tunnistamisesta, kivun arvioinnista, hoitotyön auttamiskeinoista, hoidon arvioinnista ja kirjaamisesta sekä millaiset käsitykset henkilökunnalla on kipulääkkeiden käytöstä.

Tulosten avulla voidaan suunnitella henkilökunnan täydennyskoulutusta. Työmme tarkoitus oli tuottaa tietoa, jotta muistisairaahan kivun hoitoa voidaan kehittää, sekä laajentaa hoitajien tietämystä. Tietoa lisäämällä voidaan parantaa hoitotuloksia ja vaikuttaa näin myönteisesti muistisairaahan tilanteeseen.

Tutkimustarpeita säätelevät työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus. Tutkimuskohteenä olivat työelämän käytännöt, tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnan kokemukset muistisairaahan kivun hoidosta, jotka mahdollisesti kaipaavat kehittämistä, muuttamista, ylläpitämistä tai uusien käytäntöjen luomista.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ja teoriaa. Laadullista tutkimusta käytetään, kun halutaan tuottaa teoreettista tietoa huonosti tunnetusta ilmiöstä tai löytää uusia näkökulmia jo osittain tuttuihin ilmiöihin. (Öhman 2005, 273–280.) Muistisairaahan kivun hoidosta on kansainvälisiä tutkimuksia, mutta suomalaisia tutkimuksia ei juurikaan ole, joten tutkimuksen aihe on tärkeä ja ajankohtainen.

5.2 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin ympärivuorokautisessa palvelukeskuksessa, kolmelle eri osastolle, joissa asuu muistisairaita. Tutkimusaineisto kerättiin hoitohenkilökunnalta. Pitkäaikaista laitoshoidoa, eli ympärivuorokautista palvelukeskuksen asuimuotoa tarjotaan ja annetaan henkilölle, jolle ei voida järjestää hänen tarvitsemaansa hoitoa kotona. Siihen liittyy hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatteet sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan ympärivuorokautisessa palvelukeskuksessa, vanhainkodeissa sekä terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja erilaisissa hoito-, hoiva-, ja sairaskodeissa. Ikääntyneiden laitoshoidon periaatteista säädetään vanhuspalvelulaissa (5§, 980/2012, Laitoshoido i.a.) Vanhuspalvelulain mukaan ympärivuorokautisen palvelukeskuksen palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta, ja ehkäisevät ennalta muuta palveluntarvetta. (Huovinen ym. 2013, 37).

5.3 Aineiston keruu

Otimme yhteyttä palvelutalon kolmen eri osastojen osastonhoitajiin ja ylihoitajaan. Aloitimme tutkimusprosessin hakemalla tutkimuslupaa ja saimme tutkimusluvan Helsingin kaupungilta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Haastattelulomakkeessa oli avoimia sekä teemoitettuja kysymyksiä, liittyen muistisaira-an asukkaan kivun hoitotyöhön. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien ääni korostuu. Tutkimuksessa pyritään välttämään ennako- oletuksia. (Varto 2005, 48, 92, 136–135). Kyselylomakkeessa kysymykset ovat avoimia ja kysymysten esitysjärjestys ja muoto on vakioitu. (Vilkkä 2015, 224). Kyselylomake oli selkokielenen, jotta vastaaja ymmärtää ja sisäistää mahdollisimman hyvin luetun tekstin. (Selkokieli 2015.) Lomakehaastattelun kysymykset ovat muodostuneet prosessin kautta. Tutkimuskysymykset nousivat kivunhoidon periaatteista; arvioinnista, kirjaamisesta ja hoidosta (Käypä hoito -suositus 2015.) Palvelukeskuk-sen ylihoitaja tarkasti tekemämme kyselylomakkeen, jonka jälkeen esitimme ky-selylomakkeen luonnosversion koulun seminaarissa opettajille ja opiskelijoille. Otimme saamamme muutosehdotukset kyselylomakkeen suunnittelussa huomi-oon. Valmis kyselylomake on näiden pohjalta muotoutunut.

Olimme yhteydessä ylihoitajaan sekä osastonhoitajiin ennen lomakkeiden vientiä osastoille. Sovimme tutkimuksen aikatauluista, sekä lomakkeiden ja laatikoiden viennistä heidän kanssaan. Lomakkeita toimittaessa osastolle, kerroimme vuo-rossa olleille työntekijöille tutkimuksesta, sekä sen tarkoituksesta. Veimme osas-toille saatekirjeet, kyselylomakkeet sekä lomakkeille tarkoitetut keräyslaatikot. Saatekirje sisälsi tietoa tutkimuksesta. Siinä perusteltiin tutkimuksen tärkeyttä ja sen tavoitteita. (LIITE 1.) Saatekirjeen perusteella tutkittava päättää osallistuuko tutkimukseen vai ei. Saatekirjeen tehtävänä on vakuuttaa tutkimuskohde tutki-muksesta sekä motivoida hänet osallistumaan tutkimukseen. Saatekirjeessä ja kyselyssä vaikuttaa kolmea asiaa, jonka perusteella mahdollinen tutkimuskohde tekee päätöksensä osallistua tutkimukseen. Nämä ovat visuaalinen ilme, saat-teen sisältö sekä lomakkeen laajuus ja kieli. (Vilkkä 2015, 163–164.) Aineisto kerättiin joulukuussa 2016. Laatikot haimme osastoilta, kun viimeinen vastaus-päivä meni umpeen.

Kyselylomakkeita veimme yhteensä 75 kappaletta palvelutalon eri osastolle. Tutkimukseen osallistuvat olivat koulutukseltaan apu-, lähi-, perushoitajia ja sairaanhoitajia. Vastattuja kyselylomakkeita saimme takaisin yhteensä 15, joista 13 lomaketta tuli hoitajilta ja kaksi sairaanhoitajilta. Vastausprosentti oli 20 %. Vastajien työkokemuksen pituus hoitoalalla vaihtelee yhdestä vuodesta yli 30 vuoteen. Alla olevasta taulukosta 4 voi nähdä, miten työkokemus jakautuu 15 vastaajan kesken.

TAULUKKO 4.

1-5v	6-15v	16-30v	yli 30v
5	5	3	2

Kyselylomakkeessa oli kipulääkkeiden antoon liittyvä kysymys, jossa kysyttiin hoitajan mahdollisesta lääkeluvasta, sekä monivalintakysymys kipulääkkeiden antamisesta. Monivalintakysymyksessä vastaaja valitsi sopivan vaihtoehdon. Kyselylomakkeessa kysyttiin hoitajan taustatietoja, jossa ilmeni vastaajan ammattinimike sekä työkokemuksen pituus alalta. Avoimilla kysymyksillä pyrimme selvittämään hoitohenkilökunnan kokemuksia kivun arvioinnista, havainnoinnista sekä lääkehoidosta. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset alkavat kysymyksillä kivun ilmenemisestä, havainnoimisesta sekä kipumittarin käytöstä. Lomakkeessa kysyimme esteitä kivun hoidolle sekä osallistumista kivun lääkehoitoon. Tässä yhteydessä vastaaja saa valita kyllä tai ei siihen, onko hänellä lupaa antaa PKV eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Hoitohenkilökunnalta kysyttiin kokemuksia muistisairaana kivun hoidossa käytettävästä kipulääkityksestä, jolloin piti rastittaa sopiva vaihtoehto seuraavista: Liian vähän, Riittävästi, Liikaa ja En osaa sanoa. Tämän jälkeen vastaus tuli perustella. Kirjaamisesta ja sen hyödyistä halusimme tietää, kysymällä avoimella kysymyksellä siihen liittyvän kysymyksen. Lomakkeen lopussa kysyimme, miten kivun lääkehoitoa voisi kehittää ja mitä muuta vastaaja haluaa sanoa.

Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä pyrimme siihen että ne johdattelevat mahdollisimman vähän vastaajaa. Vastaaja sai itse pohtia mahdollisimman vapaasti vastauksia. Avoimet kysymykset antavat varmemmin laaja-alaista ja käytännönläheistä tutkimustietoa, kuin pelkät monivalintakysymykset.

5.4 Aineiston analyysi

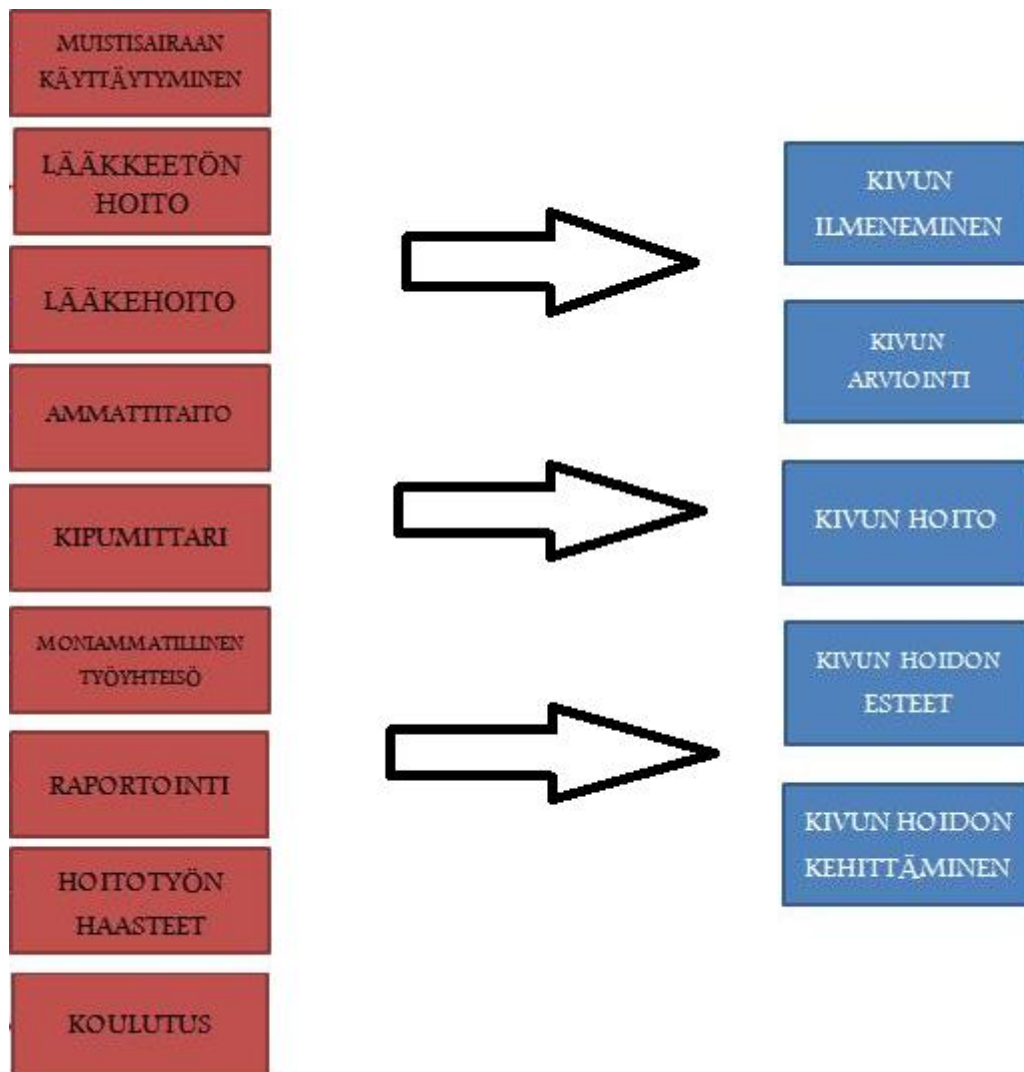
Analysoimme tutkimustulokset hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä käytetään väljänä teoreettisena kehyksenä. Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi pyrkii luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluvat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Sisällön analyysin perustana on kerätty aineisto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 103, 108) Tutkimustulokset muodostuivat aineiston analyysiprosessin kautta.

Aineiston analyysissä kyselylomakkeet luetaan ja sisältöön perehdytään perusteellisesti. Tekstistä etsitään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tekstistä karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistetyt ilmaukset listataan, ja etsitään sieltä samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja muodostetaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistellään ja luodaan niistä yläluokkia. Yläluokista muodostetaan kokoavia käsitteitä. (Tuomi ym. 2006, 111) Kyselylomakkeet luettiin läpi useamman kerran, jolloin meille syntyi esiyymmärrys aineistosta. Lukemalla aineistoa useamman kerran läpi, meille muodostui selkeä käsitys tekstin sisällöstä. Kyselylomakkeista heränneet kommentit, muistiinpanot ja alaviitteet kirjasimme ylös. Alustavat ryhmitykset muodostuivat ylös kirjoitettujen muistiinpanojen ja kommenttien perusteella. Samaa asiaa tarkoittavat ajatuskokonaisuudet ryhmiteltiin. Pelkistimme aineiston ja perkasimme sieltä kaiken ylimääräisen, ei tutkimuksen kannalta tärkeän pois. Aineiston ryhmittely tapahtui tekstissä usein toistuvien asioiden pohjalta. Alaluokista loimme tutkimustulosten yläluokat.

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon, kadottamatta sen sisältämää tietoa. Laadullisen aineiston analysoinnilla pyritään lisätä informaatioarvoa, koska hajanainen aineisto pyritään luomaan selkeään, mielekkääseen ja yhtenäiseen informaatio muotoon. (Tuomi ym 2006, 110.) Pyrimme saamaan muodostetuista käsitteistä mahdollisimman selkeän ja tiiviin kokonaisuuden samalla säilyttäen sen alkuperäisen ajatuksen ja tekstin sisällön. Aineistosta saatiin koottua tiivis kokonaisuus. Kuvaamme muodostamiamme alaja yläkäsitteitä tutkimuksen tulokset osassa kuviossa 1.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

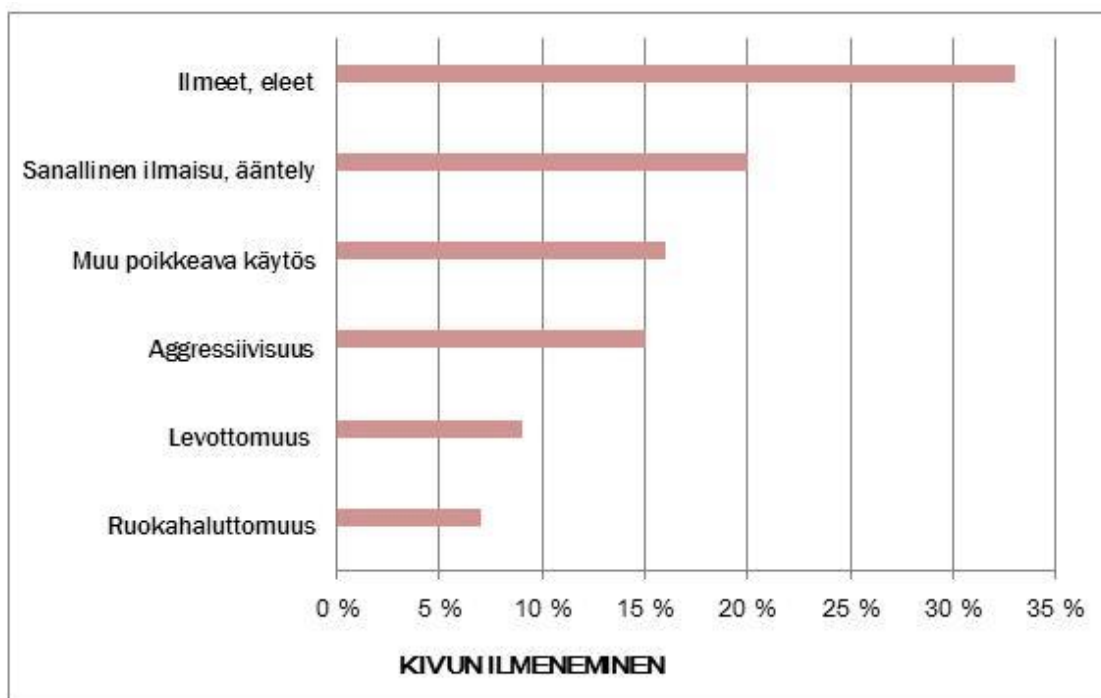
Tutkimustulokset muotoutuivat sisällönanalyysin kautta pelkistettyyn, tiiviiseen ja selkeään muotoon. Tutkimustuloksista muodostuneet alakäsitteet ovat lääkehoito, lääkkeetön hoito, moniammatillinen työyhteisö, kipumittari, ammattitaito, koulutus, muistisairaahan käytös, hoitotyön haasteet ja raportointi. Yläkäsitteet ovat kivun ilmeneminen, kivun arviointi, kivun hoito, kivun hoidon esteet ja kivunhoidon kehittäminen. Alla olevassa kuviossa on kuvattu työn ala- ja yläkäsitteitä, avaamme käsitteitä lisää tekstissä.



KUVIO 1. Tutkimuksen ylä- ja alakäsitteet

6.1 Kivun ilmeneminen

Alla olevasta kaaviosta 1 voi tarkastella hoitohenkilökunnan arviota muistisairaan kivun ilmenemistä, sen erilaisia muotoja, sekä niiden jakautumista prosentuaalisesti. Kaaviosta nähdään, että yleisin kivun ilmenemismuoto on erilaiset ilmeet ja eleet. Lisäksi hoitohenkilökunta arvioi muistisairaan kivun ilmenevän sanallisena ilmaisuna, kuten ääntelynä tai aggressiivisuutena, joka näyttäytyy erilaisena käyttäytymisen muutoksina. Aggressiivisuus voi joskus kohdistua hoitavaan henkilökuntaan fyysisenä. Vastauksissa esille nousee levottomuus ja ruokahaluttomuus, sekä jokin muu poikkeava käytös, kuten itkuisuus. Muistisairaan muu poikkeava käytös vaihtelee yksilöllisesti ja voi ilmetä esimerkiksi mielialan muutoksina, kuten itkuisuutena.



KAAVIO 1. Hoitohenkilökunnan arvio kivun ilmenemisestä

Hoitohenkilökunta tunnistaa laaja-alaisesti kivun erilaisia ilmenemismuotoja. Tutkimustuloksista voidaan havaita, että kivun ilmeneminen tunnistetaan usein muistisairailla liittyväksi erilaisiin ei-sanallisiin viestinnän muotoihin. Kipua havainnoidaan käyttäytymisen perusteella. Kipukäyttäytyminen ilmenee aggressiivisuutena, kasvojen ilmeissä ja eleissä, levottomuutena ja ruokahaluttomuutena. Tuloksista käy ilmi, että osa muistisairaista kykenee ilmaisemaan jonkin verran sanallisesti itseään, usein tämä tapahtuu äänтелеillä. Muistisairas voi myös koskettaa kipukohtaa, jolloin hoitava henkilö voi paikallistaa kivun sijainnin. Kivuista kärsivä saattaa vältellä ja aristella liikkumista. Hoitotoimenpiteiden yhteydessä hän voi ilmaista kivuliaisuutta irvistämällä tai aristamalla tiettyä ruumiinosaa. Kivulias muistisairas voi oireilla fyysisesti, esimerkiksi hikoilemalla tai nopealla sydämen sykkeellä. Kivuliaalla asukkaalla kuvataan olevan otsa kurtussa ja huolestunut ilme kasvoillaan, hän saattaa olla levoton ja valvoa yöllä.

Osa pystyy kertomaan kivusta sanallisesti. Toisilla kipu ilmenee levottomuutena, aggressiivisuutena, kovaäänisenä ääntelynä, hampaiden narskutteluna, osalla kipu "luettavissa" kasvoilta eli otsan rypistely/tuskainen ilme.

6.2 Kivun arviointi

Hoitajat arvioivat muistisairaahan kipua kivun ilmenemisen perusteella. Kun hoitaja tuntee asukkaan, hän osaa tulkita tämän ilmeitä ja eleitä, ja arvioida vaikuttaako hän kivuliaalta. On tärkeää, että hoitaja tutustuu muistisairaahan menneisyyteen. Hoitajan on hyvä lukea tietojärjestelmästä asukkaasta kirjatut kertomukset ja diagnoosit. Omaisilta voidaan kysyä tietoa muistisairaahan aikaisemmasta kipuhistoriasta ja kipukäyttäytymisestä. Pieni osa vastaajista kertoo käyttävänsä joskus kivun arviointivälineenä muistisairaahan kivun arviointiin tarkoitettua PAINAD -mittari tai ainakin tiedostaa sen olemassaolon. Yksi vastaaja kertoi, ettei käytä PAINAD -mittaria, vaikka tiedostaa että sellainen on kehitetty muistisairaahan kivun arviointiin. Suurin osa vastaajista ilmoitti että käyttää muuta kipumittaria harvoin, tai ei lainkaan. Pieni osa siis käyttää kipumittaria kivun arvioinnissa tarvittaessa.

Kivun arvioinnissa otetaan huomioon mahdollisen kivun aiheuttaja, mm. ummetus, VTI, riittävä ravitsemus, nesteiden saanti, vaatetus, pitkäaikainen vuodelepo, krooniset sairaudet, kuten osteoporoosi, artroosi, hampaiden ja suun kunto mm. kieli, suun haavat.

Kipumittaria käytän harvemmin, vähemmän muistisairaalla voi yrittää.

6.3 Kivun hoito

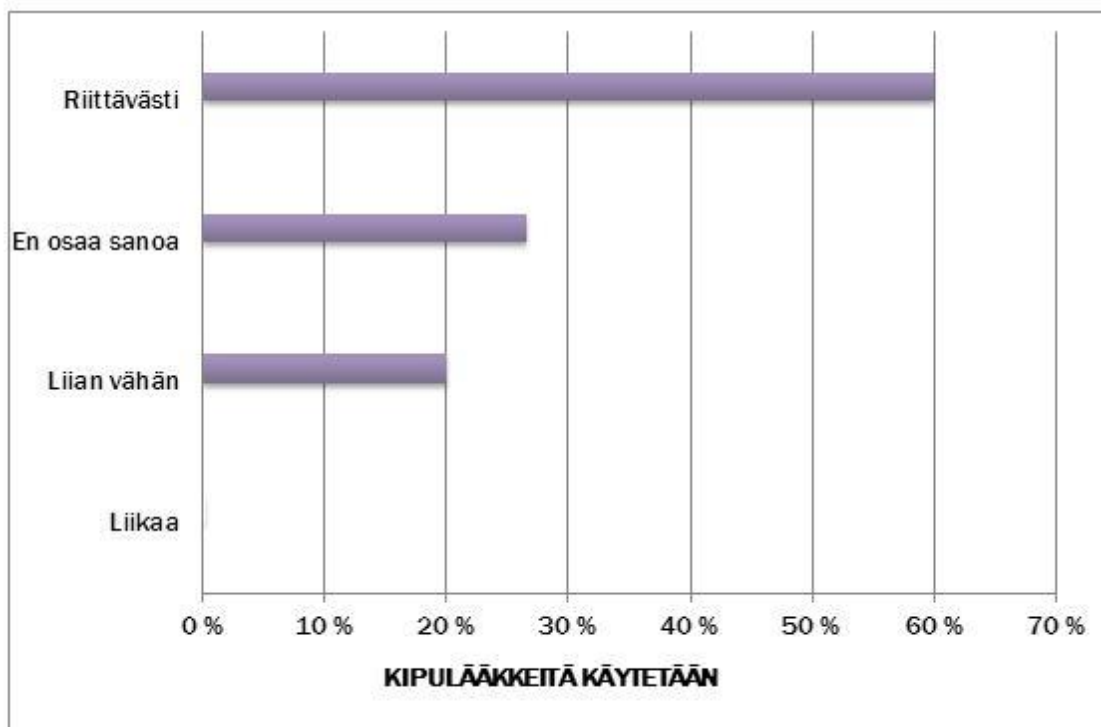
Hoitohenkilökunta osallistuu monin eri tavoin kivun hoitoon. Kivun hoitoon osallistumisessa koettiin tärkeäksi keskustelu työyhteisön kanssa. Kivun hoitoon osallistutaan konsultoimalla sairaanhoitajaa tai lääkäriä. Hoitoon otetaan tarvittaessa fysioterapeutti mukaan arvioimaan hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. Informaation kulku moniammatillisessa yhteistyössä koetaan tärkeäksi. Lääkärille ja sairaanhoitajalle informoidaan poikkeavista huomioista, joita hoitava henkilö on tehnyt. Asukkaan kokonaisvaltainen tunteminen, sekä luottamuksellinen hoitosuhde edesauttavat hyvän kivun hoidon toteutumista.

Vastaajat toteuttavat kivunhoitoa seuraamalla lääkitystä, antamalla lääkärin määräämiä lääkkeitä ja tarvittaessa otettavia lääkkeitä, sekä vaihtamalla kipulaastaria. Hoitaja pyytää tarvittaessa reseptiä lisälääkkeeseen lääkäriltä. Osa vastaajista ilmoitti käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, kuten lämpötyynyä ja asentohoitoa. Asukasta hoidettaessa kipu pyritään huomioimaan päivittäisissä toiminnoissa ja asukasta liikuteltaessa. Vastauksissa korostui kipulääkkeiden tarpeen mukainen saanti ja herkästi reagoiminen kipuun sekä tarvittaviin lääkitysmuutoksiin.

Kipuihin puututaan herkästi. Elämänlaadun kannalta on syytä poistaa kivusta sen minkä voi.

Tärkein hoito on mielestäni kivunhoito.

Alla olevasta kaavio 2 kuvasta voi nähdä, että suurin osa hoitohenkilökunnasta piti kipulääkkeiden käyttöä riittävänä. Vajaa puolet vastaajista ei osannut sanoa miten kipulääkkeitä käytetään heidän mielestään. Muutamassa vastauksessa ilmenee että kipulääkkeiden käyttö on liian vähäistä.



Kaavio 2. Hoitohenkilökunnan arvio kipulääkkeiden käytöstä

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevat muistisairaat saavat PKV-lääkkeitä. PKV-lääkkeistä käytössä on esimerkiksi bentsodiatsepiinit ja opioidit. Kysyimme lomakkeessa onko hoitajalla lupa antaa PKV- lääkkeitä. 12 vastaajaa ilmoitti, että heillä on lupa antaa PKV- lääkkeitä, kolmella vastaajista ei ollut tähän lupaa.

Hoitohenkilökunnan oma motivaatio etsiä tietoa lääkkeistä, esimerkiksi terveysportista, on yksi hyvää kivun lääkkeellistä hoitoa edistävä asia. Toiveena on että kaikki osallistuisivat kivun hoitoon, jolloin vältytään turhilta lääkkeitä ja henkilökunta voi oppia toinen toiselta. Säännöllinen lääkityksen läpikäyminen ja epäkohtiin puuttuminen edesauttavat kivun lääkehoidon parempaa toteutumista.

Hoitohenkilökunta kertoo raportoivan kirjallisesti eli kirjaavan potilastietojärjestelmään muistisairaankivusta. Henkilökunta toivoo myös muiden työntekijöiden kirjaavan kokonaisvaltaisesti asukkaan päivittäisistä toimista. Kirjauksissa tulee näkyä asukkaan käyttämät apuvälineet, liikkuminen sekä liikkumisen sujuminen. Henkilökunta toivoo kirjauksissa selviävän, jos asukkaalla on ollut kipua, esimerkiksi kääntyessä tai kävellessä. Alla oleva lainaus kuvastaa yksinkertaisuudessaan hyvin sitä, miksi kivusta kirjaaminen on tärkeää muistisairaankivusta asukkaan kannalta.

Sitä, että sieltä voi tarkastaa onko ollut kipua, koska harvoin muistisairas muistaa itse.

Hoitohenkilökunta kokee että kirjaaminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista kivun hoitoa. Kirjaamisen tärkeys nousee jokaisessa vastauksessa esille. Henkilökunta seuraa kirjaamisen avulla kipukäyttäytymistä ja lääkitystä; onko muistisairaalla ollut kipuja, milloin kipua on ollut, missä kipua on ollut, kipulääkitystä, sekä lääkeyksen vaikutusta vointiin. Kirjaaminen koetaan hyväksi tiedonkulun välineeksi. Hoitajat kokevat, että on tärkeää kirjata muistisairaankivusta puolesta, sillä hän ei välttämättä itse muista mitä on milloinkin kokenut. Kirjauksista katsotaan milloin kipulääkitys on alkanut. Näin voidaan arvioida lääkkeen vaikutusta ja seurata sitä. Kirjauksista nähdään kuinka useasti tarvittaessa otettavia kipulääkkeitä on jouduttu käyttämään, tai onko annetuilla kipulääkkeillä ollut vastetta. Kirjausten kautta perustellaan onko aiheutta lisätä tai vähentää asukkaalla säännöllisesti menevää kipulääkitystä.

6.4 Kivun hoidon esteet

Tutkimustuloksista käy ilmi että yhtenä esteenä muistisairaahan kivun hoidolle on ammattitaidon puute. Hoitaja ei ymmärrä tai tunnista kipua käytösoireiden takaa. Kokematon hoitaja ja useasti vaihtuvat sijaiset koetaan yhdeksi esteeksi hyvälle kivun hoidon toteutumiselle. Kokematon hoitaja ei välttämättä omaa ammattitaitoa muistisairaahan kivun tunnistamiseen. Sijaiset eivät tunne asukasta, jolloin asukkaan henkilöhistoria ja kipukäyttäytyminen eivät ole tuttuja. Lääkäreiden tiuha vaihtuminen voi vaikuttaa kielteisesti muistisairaahan hyvän kivun hoidon toteutumiseen. Lääkäri ei välttämättä tunne muistisairasta, hänen historiaansa, eikä välttämättä osaa arvioida kivun laatua ja voimakkuutta tai olemassaoloa. Lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset koetaan esteeksi hyvän kivun hoidon toteutumiselle. Lääkkeiden, erityisesti vahvojen kipulääkkeiden haittavaikutukset voivat olla ikävät. Osa vastaajista on sitä mieltä, ettei kivun hoidolle ole varsinaisia esteitä ja se onnistuu yleensä hyvin. Osa taas on sitä mieltä, että ei ole tarpeeksi resursseja tai vapaita käsiä vaikuttaa kivun hoitoon, jolloin vastuu ikään kuin siirretään jollekin muulle. Riittämätön kipulääkitys nähdään esteenä hyvälle kivun hoidon toteutumiselle. Joskus lääkärit määräävät huonosti vahvoja kipulääkkeitä, vaikka lääkkeen määräämiselle olisi tarve. Tämän voi aiheuttaa pelko vahvojen kipulääkkeiden haittavaikutuksista. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että kipulääkkeitä käytetään liian vähän. Tämä koettiin etenkin saattohoitovaiheessa, jossa kivun hoito korostuu ja kipulääkitys saattaa olla liian kevyt.

PKV -lääkkeiden antamisessa myös hoitajat kokevat varovaisuutta, koska niillä on paljon haittavaikutuksia ja ne eivät sovi kaikille. Hoitohenkilökunta koki haasteellisena PKV- lääkkeiden tarpeen arvion ja sen vuoksi niiden käyttö saattaa jäädä vähemmälle.

Aina ei ole vapaita käsiä vaikuttaa kivun hoitoon.

Joskus voi olla arkuutta antaa riittävää kipulääkitystä.

Aika ajoin tulee tapauksia jolloin asukkaalla pitkään selvästi kipua mutta siihen ei reagoida.

Hoitajat eivät osaa havainnoida kipua tai ota todesta kipua, ovat välinpitämättömiä.

6.5 Kivunhoidon kehittäminen

Osa vastaajista pitää nykyistä kivun hoitoa hyvänä, eikä näe erityistä kehittämistarvetta sille. Suurin osa vastaajista kokee muistisairaana kivun hoidon tutkimisen tärkeänä. Vastauksista ilmenee, että useat hoitajat ovat kiinnostuneita kehittämään kivun hoitotyötä työyhteisössä.

Kivun lääkehoidosta voisi keskustella enemmän päivittäin. Hoitajien pitäisi käyttää samoja tapoja, jolla tunnistaa kipua.

Kivunhoidon koulutukset ja mittareiden käyttö mm. PAINAD muistisairaiden kivunhoidossa.

Koulutusta kipulääkkeistä ja raportointia lisää.

Olisi hyvä jos työyhteisössä kerrottaisiin enemmän kivunhoidosta.

Muistisairaana kivun hoitoon liittyvää koulutusta toivotaan lisää. Henkilökunta toivoo työyhteisössä entistä enemmän sujuvaa tiedonkulkua, suullista ja kirjallista raportointia. Henkilökunta haluaisi ottaa työyhteisössä kipumittarin yhteisesti käyttöön. Erikseen mainittiin, että kivunhoidon arvioinnin apuvälineenä toivotaan PAINAD -mittarin käyttöä. Kivun lääkehoidon kehittämisideana vastauksissa mainittiin paikallishoito-tuotteiden, kuten kipugeelien kehittämistä.

Muistisairaana kivun hoito koetaan haastavaksi. Hoitajat toivovat, että saisivat lisää tietoa muistisairaana kivun hoidosta. Henkilökunta toivoo, että työyhteisössä käytäisiin keskustelua muistisairaana lääkehoidosta sekä tavoista tunnistaa kipua. Työpaikalle halutaan luoda ilmapiiri, jossa puhutaan asukkaan kivusta avoimesti. Lisäksi toiveena on, että hoitajilla olisi uskallus toimia rohkeasti ja luovasti kivunhoitoprosessin eri vaiheissa.

7 POHDINTA

Muistisairaahan kivunhoito on tärkeä osa-alue toteuttaessa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Kipu vaikuttaa voimakkaasti elämänlaatuun erityisesti silloin, jos se jää hoitamatta tai sitä ei tunnisteta. Tutkimuksemme antoi paljon tietoa, miten hoitohenkilökunta havainnoi kipua ja millaisia kivun hoidon erityispiirteitä he nostivat esille muistisairaahan kivun hoidossa. Saimme tietoa siitä, millaiset tekijät voivat estää kivun hoidon toteutumisen. Tulokset eivät olleet kovin yllättäviä, sillä jokaisella meistä oli jo kokemusta hoitoalalta, etenkin muistisairaiden parissa työskentelystä. Teoriatieto ja tutkimukset aiheesta tukevat tutkimustuloksiamme.

Tutkimuksessa ilmeni, että lähi-/perushoitajat ja sairaanhoitajat kokevat roolinsa muistisairaahan kivunhoitoprosessissa erilaisena. Olemme myös itse kokeneet, että sairaanhoitajan ja lähi-/perushoitajan rooli on erilainen kipua hoidettaessa. Sairanhoitajalla on kokonaisvaltainen ja suurempi vastuu lääkehoidon toteuttamisessa. Näin ollen lähi-/perushoitaja voi kokea, ettei hänellä ole niin paljon vaikutusmahdollisuuksia kivunhoidossa. Vastauksissa korostui moniammatillisen yhteistyön merkitys ja tärkeys kipua hoidettaessa. Moniammatillisessa tiimissä kaikilla on oma asiantuntijuusalue sekä ammattitaito, joka takaa laadukkaan kivun hoitotyön. Jokainen työntekijä voi vaikuttaa muistisairaahan kivun hoitoon omalla työpanoksellaan ja ammattitaidollaan, riippumatta koulutustasosta. Pelkästään jo hoitajan havainnot ja raportointi ovat oleellinen osa hyvää kivun hoitoa.

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kivulias muistisairautta sairastava voi oireilla olemalla aggressiivinen, huuteleva ja levoton. Kipu saattaa ylläpitää myös muistisairauteen liittyviä psykologisia oireita, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja unihäiriötä. Muistisairaana vanhuksen kivun tunnistaminen edellyttää vanhuksen hyvää tuntemista. Muistisairaana kivun hoidossa on erityisen tärkeää tuntea henkilön taustatiedot ja historia sekä haastatella omaisia. (Salanterä ym. 2006, 201–202.) Hoitohenkilökunnan mukaan muistisairaana kipu ilmenee erityisesti ilmeiden ja eleiden kautta. Lisäksi vastauksissa mainittiin sanallinen ilmaisu, kuten ääntely, aggressiivisuus, levottomuus ja ruokahaluttomuus. Tulosten mukaan fyysiset oireet, kuten hikoilu ja pulsin nousu, voivat olla merkkejä kivusta. Kivuliaalla muistisairaalla saattaa olla otsa kurtussa ja huolestunut ilme kasvoillaan. Kipu saattaa ilmetä unettomuutena. Hoitajien mukaan on tärkeää tuntea muistisairaana henkilöhistoria, sekä luoda luottamuksellinen hoitosuhde. Henkilöhistorian tunteminen sekä luottamuksellinen hoitosuhde muistisairaaseen auttaa henkilökuntaa ymmärtämään millainen käytös ei ole tyypillistä ja miten kipu on aiemmin ilmennyt muistisairaalla.

Muistisairaalla tulee olla yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä moniammatillisen työyhteisön sekä omaisten kanssa. Omaisten rooli hoidon suunnittelussa on tärkeää. Kuntoutuksen ammattilaisia, kuten fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja konsultoidaan tarpeen mukaan. Hoitosuunnitelma ohjaa asiakkaan hoitoa. Suunnitelma tulee säännöllisesti arvioida ja päivittää. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 13). Vastauksissa korostuu moniammatillisen työryhmän tärkeys. Henkilökunta keskustelelee työyhteisössä, konsultoi sairaanhoitajaa ja lääkäriä. Fysioterapeutti on mukana kivun hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitohenkilökunta kokee, että yhteistyö eri asiantuntijoiden kesken on laadukkaana hoitotyön toteutumisen edellytys. Moniammatillisuus on tärkeää ja siitä halutaan pitää kiinni.

Muistisairaahan kivun arvioiminen aiheuttaa haastetta käytösoireiden tulkinnan sekä sanallisen ilmaisun rajoittuneisuuden vuoksi, näin kipu jää helposti huomioidamatta. Tämä johtaa helposti muistisairaahan kivun ali- tai yllilääkintään. (Kivelä & Rähä 2007, 74.) Muistisairaahan kipua saatetaan aliarvioida ja kipu on usein alihoidettua. (Kivelä & Rähä 2007, 74; Öun 2015, 239.) Muistisairaahan heikentynyt kognitio liittyy vähentyneeseen kivun raportointiin ja havainnointiin. (Laakkonen 2012.) Tutkimuksessa hoitajat kokivat kivun arvioinnin haasteelliseksi. Muistisairaahan heikentyneet kognitiokyvyt, käytösoireiden tulkitseminen, etenkin käytösoireiden erottaminen kivusta johtuviin käytösoireisiin, koettiin haasteelliseksi.

Kipumittarin käyttö tehostaa muistisairaahan kivun arviointia. (Kankkunen 2011, 22.) Suurin osa henkilökunnasta kertoi, ettei käytä säännöllisesti tai ollenkaan kipumittaria kivun arvioinnin välineenä. Kipumittarin käyttö kuitenkin tutkitusti lisää luotettavuutta kivun arvioinnissa. Tämä herättää kysymyksen, miten hoitajat arvioivat luotettavasti kipua, jos se ei perustu tieteellisesti hyväksi koettuun käytäntöön. Mietimme myös, mihin tutkimuksessa esille nousut kokemukset kivun riittävstä tai liian vähäisestä lääkehoidosta perustuu, jos sitä ei arvioida luotettavalla menetelmällä.

Käytössä olevat kivun mittausvälineet ja kipumittarit tulee olla yhteisesti sovitut, jotta kipua voidaan mahdollisimman tarkasti arvioida. Käytössä olevat kivun mittausvälineet ja kipumittarit tulee olla yhteisesti sovitut, jotta kipua voidaan mahdollisimman tarkasti arvioida. Kipua tulee havainnoida kipua järjestelmällisesti. (Sailo & Vartti 2000, 98; Öun 2015, 239.) Tutkimuksessa ilmeni että hoitohenkilökunnalla ei ole yhteneväistä käytäntöä muistisairaahan kivun arvioinnissa. Kuitenkin henkilökunta toivoi yhteistä välinettä kivun arviointiin. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme tunteneet välillä toivottomuutta siitä, että vaikeasti dementoituun muistisairaahan kipua on vaikea arvioida. Muistisairailta on oikeus hyvään kivun hoitoon, mutta miten kipua hoidetaan, jos kipua ei arvioida kunnolla. Kipulääkkeiden turha käyttö voi johtaa sekavuuteen, onnettomuuksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Mikä on kultainen keskitie, jotta kipu tulee hoidettua ja turha lääkitseminen minimoitua.

PAINAD -mittari on kehitetty muistisairaankivun arviointiin. Mittari soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden potilaiden kivun arviointiin. Mittarin käyttö hoitotoimenpiteissä auttaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan ja raportoimaan oireita sekä tunnistamaan kipulääkkeiden käytön tarpeellisuutta. (Hallikainen ym. 2014, 239.) PAINAD -mittarin käyttö nousi tutkimuksessa vain muutamissa vastauksessa esille. Yhdessä vastauksessa hoitaja tiesi PAINAD -mittarin, mutta kertoi ettei käytä sitä työssään. Toinen vastaaja kertoi käyttäneensä PAINAD -mittaria satunnaisesti. Vain yksi vastaajista kertoi käyttävänsä sitä säännöllisesti muistisairaankivun arvioinnin tukena. Muita kipumittareita hoitohenkilökunta käyttää satunnaisesti, harvoin tai ei ollenkaan. Kipumittareiden käytöstä ei ollut työyhteisössä yhtenäistä linjausta. Vastauksissa mainittiin toive siitä, että työyhteisössä olisi kipumittari yhteisesti sovitusti käytössä.

Kipulääkkeitä, erityisesti vahvoja kipulääkkeitä, määrätään vähemmän iäkkäille yli 85-vuotiaille ja dementiaa sairastaville. (Laakkonen 2012.) Kyselylomakkeista nousseet vastaukset vahvistavat teoriaa vahvojen kipulääkkeiden määräämisen niukkuudesta muistisairaille. Vahvoja kipulääkkeitä ei mielellään määrätä, koska niiden aiheuttamia sivuvaikutuksia pelätään. Kipulääkkeiden niukka määrääminen korostuu jos konsultoidaan entuudestaan tuntematonta lääkäriä. Joskus on tilanteita, että lääkäriä ei ole ollenkaan tavoitettavissa. Kirjaamisella ja työyhteisön kommunikoinnilla koettiin myös olevan vaikutusta. Lääkäri lukee hoitajan kirjauksia ja arvioi niiden perusteella lääkitystä. Jos kirjaukset ovat puutteellisia, voi sillä olla merkitystä lääkärin määräämään hoitoon.

Lääkkeettömiä kivun hoitomuotoja tulee käyttää aina kuin mahdollista. Kivun hoidossa niiden pitäisi olla ensisijaisia menetelmiä. Esimerkiksi musiikkiterapia, ryhmätoiminta, liikunta, kylmä- ja lämpöhoidot ja terapeuttinen harjoittelu tutkitusti vähentävät kivun kokemista. (Käypä hoito -suositus 2017; Tarnanen ym. 2016.) Osa hoitohenkilökunnasta kertoo käyttävänsä lääkettä kiviä hoitomenetelmiä muistisairaankivun hoidossa. Erikseen mainittiin lämpöhoidon ja musiikkiterapian käyttö. Hoitohenkilökunta huomioi kipua asentohoidolla sekä päivittäisissä toimissa, esimerkiksi erilaisia apuvälineitä käyttämällä.

Turvallisuuden tunne on merkittävä muistisairaana elämänlaatuun liittyvä tekijä. Hoidon vastaaminen muistisairaana yksilöllisiin tarpeisiin vaikuttaa sairauden esiintymiseen ja etenemiseen. (Muistiliitto 2016.) Tutkimuksessa turvallisuuden tunne ja turvallisuuden tunteen luominen mainittiin yhdessä vastauksessa. Hoitohenkilökunta pyrkii vastaamaan muistisairaana yksilöllisiin tarpeisiin. Tämä vaikuttaa positiivisesti hoidon- ja elämänlaatuun, sekä sairauden etenemiseen.

Asianmukainen ja säännöllinen kirjaaminen on hyvän hoidon edellytys. Kirjaaminen luo sekä muistisairaana että hoitajan oikeusturvan. (Sailo & Vartti 2000, 97.) Kivunhoidossa tarkka kirjaaminen on yksilöllisen sekä laadukkaan hoidon perusta. Laki (785/1992) edellyttää että potilastietoihin merkitään potilaan kivun hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi kaikki tarvittava tieto. Potilastietoihin tulee kirjata saadut kipulääkkeet, niiden vaikutukset sekä tarvittavat kipulääkkeet. (Sailo & Vartti 2000, 98.) Tutkimustuloksissa nousi esille kirjaamisen tärkeys osana hyvää kivun hoitoa. Kirjaamisen avulla seurataan lääkityksen aloitusta, vaikutusta, varmistetaan onko kipua ollut. Lähes kaikista vastauksista nousee esille seurannan ja tiedonkulun tärkeys.

Henkilökunnan saadulla lisäkoulutuksella on vaikutusta potilaan kivunhoitoon. Koulutuksen jälkeen potilaan kipua arviointiin useammin kipumittarin avulla, kivun hoitotyön kirjaaminen parani ja potilaiden kivun voimakkuus oli matalampi. Jatkuvan ja säännöllisen koulutuksen avulla voidaan vaikuttaa hoitohenkilökunnan tieto-taitoon ja asenteisiin. Koulutuksen tulisi tapahtua työpaikkakohtaisesti, näin kivun hoidon laatu paranee. (Bergh, Gunnarsson, Allwood, Odén, Sjöström & Steen 2005, 110–118.) Henkilökunta toivoi lisäkoulutusta muistisairaana kivun hoidosta. Toiveena on että heillä olisi käytössä yhdessä sovittu kipumittari ja kivun arviointi käytänteet. Tämä olisi myös tutkimuksien mukaan kivun hoitotyön kannalta tärkeää, koska kivun arviointi paranee ja kivun kokonaisuhoito on laadukkaampaa. Koulutuksen tulisi kuitenkin olla säännöllistä, jotta asenteita ja tietotaitoa voidaan kehittää pysyvällä tasolla. Lisäämällä apuvälineitä osastoille, parannetaan turvallisuutta ja autetaan myös hoitajia työssängä niin, että he voivat hoi-

taa asukkaita kivuttomammin. Jos osastolle saataisiin kivun hoitoon erikoistuneita hoitajia, voisivat he opastaa toisia hoitajia ja tuoda ajanmukaista tietoa kivunhoidosta koko henkilökunnalle.

Tutkimuksessa ilmeni, että osastoilla työskentelee pitkän työkokemuksen omaavia hoitajia. Kauimmin työskennelleillä on työkokemusta yli kolmekymmentä vuotta. Pitkistä työsuhteista huolimatta, hoitajilla on melko vähän koulutusta kivunhoidosta ammattitutkinnon lisäksi. Hoitohenkilökunnan osaamisen selvittäminen auttaa suuntaamaan lisäkoulutus tarpeita. Osaamista voidaan vahvistaa hankkimalla kirjallisuutta ja tutkimuksellista tietoa työyksikköön. On varmasti mielekästä suunnata ulkopuolista koulutusta vastuuhenkilöille. (Grönlund ym. 2008, 50—52.) Esimerkiksi saattohoidosta tarvitaan tänä päivänä tietoa, ja hoitajille pitäisi järjestää koulutuksia kuolevan potilaan hoidosta. Vastuualueet ovat aina tärkeitä työyksiköissä ja koulutusten avulla hoitajan oma ammatillinen osaaminen vahvistuu.

Henkilöstön ammattitaito, sekä osaamisen oikea kohdentaminen vaikuttavat hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Osaamisen oikea kohdentaminen varmistaa muistisairaille heidän tarpeenmukaisen hoidon, sekä lisää potilasturvallisuutta. (Huovinen ym. 2013, 39.) Tutkimuksessa selvisi, että yhtenä esteenä hyvälle kivun hoidon toteutumiselle on hoitajan ammattitaidon puute. Riittämätön perehdytys muistisairaahan hoitoon voi olla yksi syy miksi kipua ei huomioida tai hoideta kunnolla. Ennakoimalla ja ohjeistamalla uusi työntekijä kunnolla työtehtäviin, voidaan ehkäistä osaksi tiedon puutteeseen liittyvät ongelmat. Hoitajat kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi osaamista ja riittäviä työkaluja tunnistaa muistisairaahan kipua.

Tuloksissa esiintyi vahvasti halu kehittää omaa, sekä osaston osaamista muistisairaahan kivun hoitotyössä. Työyksiköissä on erikseen nimetty muistihoitaja. Muistihoitajalla on erityistä osaamista muistisairaiden hoitoon. Hänen roolinsa on tär-

keä työyhteisössä tiedon jakamisessa. Esimiehen tulee järjestää ja ohjata henkilökuntaa erilaisiin koulutuksiin, jotta uusi ja ajankohtainen tieto tavoittaa heidät. Koulutuksissa voidaan saada käytäntöön soveltuvia toimintamalleja, jotka voidaan ottaa käyttöön työyhteisössä. Vastauksista ilmeni, että muistisairaana kivun hoidon tutkiminen nähdään tärkeänä aiheena.

Eettisyys ja ammatillisuus ovat tärkeässä roolissa sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoitajan tulee toimia hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden mukaisesti, noudattaen työskentelyssään lain säätämiä ohjeita. Sairaanhoitajan eettiseen toimintaan kuuluu oleellisesti esimerkiksi kärsimyksen lievittäminen. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996.) Vastauksissa eettisesti huomiota ja huolta herättävät monet asiat. Hoitohenkilökunta koki, ettei muistisairaana kivun hoidossa aina voi vaikuttaa kivun hoidon toteutumiseen, vastuuta ei aina oteta itse. Hoitohenkilökunta koki, ettei heillä ole tarpeeksi valtuuksia vaikuttaa asukkaan lääkitykseen. Tähän liittyy muun muassa lääkärin vaihtuvuus sekä koulutuksen tuomat oikeudet tai rajoitukset kivun lääkkeellisessä hoidossa. Kivun hoidosta ei oteta tarpeeksi vastuuta. Muistisairaana kipua ei oteta todesta ja kipu saatetaan ohittaa. Vastauksista kerrottiin että osa hoitajista siirtää vastuun kivun hoidosta muille. Ajoittain on tilanteita, että potilaalle pitäisi aloittaa kipulääkitys, mutta lääkäriä ei tavoiteta. Henkilökunta ei tunnista kipua. Työntekijät vaihtuvat ja koulutus on puutteellista. Nämä ovat eettisesti painavia asioita ja vaikuttavat oleellisesti kivun hoidon toteutumiseen, niihin tulee puuttua hoitotyössä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Jotta tutkimus toteutuu eettisten periaatteiden mukaan, osallistuminen kyselytutkimukseen tulee olla vapaaehtoista. Vastaukset tulee käsitellä luottamuksellisesti ja nimettöminä. Tätä menetelmää käyttämällä vastauksia saadaan paljon melko lyhyessä ajassa, ja se ei vie liikaa aikaa ja kustannuksia hoitohenkilökunnalta. (Räsänen, 2016.) Tutkittavalle tulee kertoa miten kerätty tieto käytetään, säilytetään ja hävitetään. (Kuula 2011, 34–35). Haimme tutkimusluvan Helsingin kaupungilta syksyllä 2016. Ilmoitimme tutkittaville saatekirjeessä että tutkimus tehdään

anonymisti, eli tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Kerroimme että tutkimus toteutetaan luottamuksellisesti, tutkimustieto säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti. Saatekirjeessä kerrottiin että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Kirjeessä ilmeni tutkimusaihe, sekä tieto miksi tutkimusaihe ja vastaukset ovat tärkeitä. Siinä oli arvio tutkimuksen ajallisesta kestosta. Lomakkeen täyttämiseen oli varattu aikaa noin 15 minuuttia. Lomakkeen täyttöön sai käyttää työaika, työnantajalle ei syntynyt lisäkustannuksia tutkimuksesta. Tutkittaville ilmoitettiin saatekirjeessä tutkijoiden yhteystiedot, mikäli heille tulisi tutkimuksesta lisäkysymyksiä. Saatekirjeessä ilmoitettiin opinnäytetyön julkaisupaikka ja -ajankohta. Olemme pyrkineet toteuttamaan eettisiä periaatteita vaihe vaiheelta.

Laadullisella tutkimuksen voi sanoa olevan luotettava silloin kun tutkimuskohde sekä tutkittu materiaali ovat yhteensopivia, eikä teorian muodostukseen ole vaikuttaneet tutkimuksessa epäolennaiset ja satunnaiset tekijät. (Varto 2005, 103—104.) Tekemämme tutkimus pohjautuu teorian tietoon, aiheeseen liittyviin tutkimuksiin sekä hoitohenkilökunnan haastatteluihin. Tutkimustulokset ovat muotoutuneet hoitohenkilökunnalta saaduista vastauksista. Tulokset syntyivät aineiston analyysin kautta, useammin aineistossa toistuvista asioista, joten ne eivät ole satunnaisia tekijöitä. Teoriatieto sekä tutkimukset tukivat hyvin tekemäämme tutkimusta ja niistä nousi paljon yhteneviä asioita esille.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, sillä arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessa tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla (Eskola & Suoranta 2000, 208, 210.) Tutkimusta tehdessämme pyrimme olla asettamatta ennako-olettamuksia tutkittavasta aiheesta. Työ perustui rehelliseen ja läpinäkyvään työskentelytapaan. Arvioimme tutkimuksessa jokaisen valinnan kohdalla luotettavuutta ja eettisyyttä.

Tutkimuksen tekemisessä tutkija noudattaa työssään suunnitelmallisuutta. Tutkimus tehdään perusteellisesti ja sen vaiheista kerrotaan työssä tarkasti. Tutkijan vastuu on toimia hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Tutkimuksessa tulee käyttää hyviä tieteellisiä käytänteitä, eettisesti oikeita menetelmiä, arvioidessa,

kerätessä sekä tallentaessa tietoa. Työvaiheita ei tule salailla. Työssä tulee huomioida muut tutkimukset sekä tietolähteet tarkoituksenmukaisesti. Tutkimus joka on toteutettu rehellisesti, huolellisesti sekä hyvien tieteellisten käytänteiden mukaisesti, on eettisesti hyvin toteutettu. (Kuula 2011, 34–35.) Käytimme tietoa kerätessä, arvioidessa sekä tietoa tallentaessa tutkittuun tietoon perustuvia menetelmiä. Työvaiheet toteutuivat suunnitelmallisesti. Kuvailimme eri vaiheita avoimesti ja rehellisesti työssä. Hyödynsimme käyttämiämme tietolähteitä ja tutkimuksia tarkoituksenmukaisesti, työn tukena. Jokainen työvaihe on pyritty toteuttamaan hyvien eettisten toimintaperiaatteiden mukaisesti.

Tutkimusta tehdessä ja kysymyksiä muotoillessa tulee olla maltillinen. On hyvä määritellä mitä tietoa tarvitaan ja mitä ei. Jokaisen kysymyksen kohdalla tulee erikseen miettiä, miksi se on tutkimukselle tärkeä ja oleellinen. Kyselylomaketta tehtäessä tulee tutkimussuunnitelma pitää mielessä, jotta se vastaa tutkimustehävään ja tutkimus olisi mahdollisimman pätevä. (Vilkkä 2015, 107.) Kyselylomakkeen suunnittelu oli pitkä prosessi. Lomaketta tehdessä mietimme mitä työelämä toivoo, mitä me opiskelijoina haluamme tutkia, sekä opettajien näkemykset asiaan. Kyselylomake muotoutui ajan kanssa. Koemme että laadullinen tutkimus ja tekemämme kyselylomake oli paras mahdollinen vaihtoehto saada kattavasti ja kokonaisvaltaisesti tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista muistisairaana kivun hoidon prosessista. Jälkikäteen pohdimme olisiko lomakkeeseen pitänyt lisätä kysymys muistisairaana omaisten roolista kivun hoito prosessissa. Toisaalta omaisen rooli nousi muutamassa vastauksessa ilman kysymystä esiin. Lisäksi lääkkeitömiä kivun hoitomenetelmiä olisi voinut painottaa kyselylomakkeessa, koska uusi käypä hoito -suositus painottaa erityisesti lääkkeitöntä kivunhoitoa.

Yksi yllättävä asia tuloksissa oli se, ettei yhdessäkään vastauksessa mainittu kiireestä tai resurssien puutteesta. Nämä tekijät ovat nousseet monessa muussa tutkimuksessa esille sekä mediassa, jossa puhutaan lähes jatkuvasti resurssien puutteesta. Jäimme pohtimaan, mistä tämä voisi johtua. Onko niin, ettei asiasta haluta mainita vai onko kyseisessä tutkimuskohteessa huomioitu esimerkiksi paremmin hoitajamitoitus tai organisoitu työtehtävät.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on vienyt aikaa vajaa 1,5 vuotta. Opinnäytetyö on toteutettu kolmen hengen ryhmässä. Työ on edennyt tasaisessa tahdissa, aikataulujen mukaisesti. Ryhmätyöskentely on sujunut mallikkaasti ja olemme jokainen antaneet tasaisen työpanoksen työn etenemiseksi. Ryhmätyöskentely on vaatinut jokaiselta joustamista sekä toisen näkemyksen kunnioittamista. Yhteistyö työelämän kanssa on sujunut hyvin. Koska jokaisella on oma tyyliinsä oppia ja tuottaa kirjallista tekstiä, olemme jakaneet työn aihe- alueita niin, että kukin ryhmän jäsen on saanut rauhassa perehtyä omaan osa- alueeseen ja työstää sitä itsenäisesti. Olemme täydentäneet jokainen toistemme vastuulla olevia työ-alueita, joten työ on kuitenkin yhdessä tehty. Päädyimme siihen että tämän on kaikkein selkein ja tehokkain tapa tehdä työtä.

Olemme kokoontuneet säännöllisesti yhdessä pohtimaan mitä olemme saaneet aikaan ja millaisia muutoksia haluamme vielä tehdä, sekä tarvittaessa päivittäneet työnjakoa. Opinnäytetyön kautta olemme vahvistaneet ryhmätyöskentelytaitoja. Olemme saaneet paljon tietoa ja oppineet muistisairaudesta, kivunhoidosta sekä muistisairaahan kivun hoitotyöstä. Opinnäytetyö on opettanut meitä kriittiseen ajatteluun ja tiedonhankintaan. Työtä tehdessä olemme joutuneet rajaamaan aihetta ja miettineet mikä on työssä oleellista ja tärkeää. Tietoa hakiessa on täytyntä tutustua tietolähteisiin huolellisesti, sekä arvioida niiden luotettavuutta.

Jos tekisimme uudestaan alusta alkaen tämän opinnäytetyön, voisimme tehdä heti kunnollisen ja selkeän suunnitelman mitä lähdemme tekemään ja miksi. Työn selkeyden kannalta olisi hyvä rakentaa ensin johdonmukainen sisälllys, josta käsin lähtisimme työstämään opinnäytetyötä. Toisaalta nyt opinnäytetyö on hiljalleen kehittynyt ja selkeytynyt. Opettajan antamien väliarvioiden perusteella olemme jatkuvasti muokanneet työn runkoa ja sisältöä. Työmme on alkumetreiltä muokkautunut paljon. Olemme muokanneet opinnäytetyötä, erityisesti teoriaosuutta sen mukaan mikä parhaiten tukee keräämämme tutkimusaineistoa. Työtä tekemällä ja työstämällä olemme parhaiten syventäneet ja sisäistäneet tie-

tämystä muistisairaahan kivun hoidosta, sekä siihen liittyvistä erityispiirteistä. Aiheen laajuuden vuoksi on ollut hankala rajata sitä. Muistisairaudet ja kivun hoito ovat jo itsessään hyvin laajoja käsitteitä, eivätkä niiden avaaminen ja yhdistäminen ole aivan yksinkertaista. Tietoa aiheista on paljon saatavilla, joten vaatii kriittisyyttä valita mistä lähteistä tietoa ottaa ja kuinka laadukasta se on.

Sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu asiakaslähtöisyys, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja kykenee kohtaamaan potilaan tai asiakkaan oman elämänsä asiantuntijana sekä hyödyntää omaa osaamistaan sairauksien hoidossa. (Eriksson & Korhonen & Merasto & Moisio 2015, 35–36.) Opin- näytetyöprosessi on herättänyt meissä ajatuksia erityisesti siitä, kuinka tärkeää ja merkityksellistä hyvän hoidon toteutumisen kannalta, on tuntee muistisairaahan elämänhistoria. Muistisairas ei välttämättä itse osaa kertoa miltä hänestä tuntuu, tai mikä olisi parasta hänen yksilöllisen hoitonsa toteutumisen kannalta. Hoitohenkilökunta voi kuitenkin kartoittaa muistisairaahan aiempaa elämää, ja sitä kautta huomioida hänen hoidossaan yksilöllisiä toiveita ja erityispiirteitä. Jos ihminen on pitänyt aina esimerkiksi lukemisesta tai neulomisesta, voi hänelle jäädä nämä taidot ja kiinnostuksen kohteet, vaikka muu toimintakyky olisikin alentunut. Tämä on tärkeä huomioida osana hoitoa. Myös omaiset on hyvä ottaa mukaan hoidon suunnitteluun, sillä he pystyvät toimimaan läheisensä puolestapuhujina.

Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus ovat yksi sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vaatimukseen sisältyvä osa-alue. Eettistä toimintaa on se että sairaanhoitaja toimii hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden mukaisesti sekä noudattaa työskentelyssään myös lain säätämiä ohjeita. (Eriksson ym. 2015, 27, 30, 32.) Hoitotyössä eettisyys ja sen mukaan toimiminen on lähtökohta kaikelle toiminnalle. Hoidettaessa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavaa, eettinen toimiminen saattaa olla joskus haasteellista. Esimerkiksi itsemääräämisoikeus ja sen toteuttaminen voi aiheuttaa vaikeita eettisiä ongelmakysymyksiä. Tuloksissa ilmeni myös että muistisairas ei aina tiedä mikä hänelle on parasta. On tärkeää, että hoitohenkilökunta pyrkii parhaansa mukaan toimimaan eettisesti ja ylläpitämään mahdollisimman hyvää elämänlaatua, sisällyttäen jokaisella oikeuden omiin päätöksiin.

Kliinisen hoitotyön hallitseminen vaatii ammattitaitoa. Esimerkiksi lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Sairaanhoitajalta vaaditaan lääkehoidon hyvää suunnittelu- ja arviointikykyä sekä turvallista toteuttamista. Iäkkäiden ihmisten kohdalta on erikseen määritelty sairaanhoitajan osaamisvaatimuksissa, että heidän täytyy osata tukea ikäihmisen terveyttä sekä hyvinvointia ja ylläpitää niitä. Sairaanhoitajan tulee tuntea ihmisen ikääntymiseen liittyviä muutoksia sekä ymmärtää muistisairaiden hoidon pääpiirteitä. Sairaanhoitajan tulee tukea ja osallistaa muistisairaahan perhettä ja läheisiä osaksi hoitoa. (Eriksson ym. 2015, 28, 32, 38–39.) Opinnäytetyön kautta olemme sisäistäneet laaja-alaisesti muistisairaahan hoidon erityispiirteet, sekä kivun hoitoon ja lääkehoitoon liittyvät asiat. Työ on täydentänyt aiempaa osaamistamme muistisairaahan hoitotyöstä. Haluamme ylläpitää ja välittää muistisairaahan hoitotyön laatua ja osaamista. Ymmärrämme nyt paremmin omaisen tärkeän merkityksen ja roolin muistisairaahan hoitotyössä.

Vaikka hoitoalan ammattilaiset olisivat tietoisia muistisairaiden hoidon erityispiirteistä, voi niiden huomioiminen hoidossa olla joskus haastavaa. Liian vähäinen henkilökunta, vaihtuvat työntekijät, puutteellinen perehdytys ja ongelmat tiedonkulussa voivat aiheuttaa tilanteen jossa muistisairaiden hoitoa ei pystytä toteuttamaan täysin eettisesti ja hoitotyön arvojen mukaisesti. Opinnäytetyö herättää meissä paljon eettisiä näkökulmia ja ajatuksia. Toivomme että siitä on hyötyä myös työelämälle ja hoitotyön ammattilaisille, jotka tekevät arvokasta työtä muistisairaiden parissa. Uskomme että mahdolliset puutteet kivun hoidossa voidaan huomioida ajoissa. Hyvä perehdytys, koulutukset, sujuva tiedonkulku, riittävä kirjaaminen ja avoin keskustelu ovat tekijöitä jotka lisäävät hyvän kivun hoidon toteutumista muistisairaiden parissa työskennellessä.

7.4 Jatkotutkimusaiheita

Tutkittaessa muistisairaiden kivunhoitoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta, keskitytään ainoastaan henkilökunnan näkemykseen muistisairaahan kivunhoitoprosessin toteutumisesta. Opinnäytetyössä ja kyselylomakkeessa emme hyödyntä-

neet omaisten näkökulmaa aiheesta. Kyselylomakkeessa kysyttiin kuitenkin ehdotuksia kivunhoidon kehittämiseksi, sekä mitä muuta vastaaja haluaa sanoa. Näissä kohdissa vastaaja olisi voinut halutessaan nostaa omaisten roolia esille. Omaisen rooli mainittiin muutamassa vastauksessa. Tutkimukset sekä teoriatieto osoittavat että omaisen rooli muistisairaana hoidossa korostuu ja on korvaamaton. Omaisen merkitys tutkimustuloksissa peilattuna teoria- ja tutkimustietoon, ei kuitenkaan merkittävästi korostunut. Omaiset ovat tärkeä osa muistisairaana elämää, sillä heillä on usein paljon arvokasta tietoa läheisensä elämänhistoriasta. Jatko-tutkimus ideana voisikin olla omaisten mukaanotto tutkimukseen, sillä heidän tietoaan ei kukaan hoitohenkilökunnasta pysty korvaamaan.

Tutkimuksemme tulokset menemme esittämään palvelutalon henkilökunnalle kevään 2017 aikana. Pidämme henkilökunnalle yhteisen tiedotustilaisuuden jossa käymme tutkimusta ja tuloksia läpi. Viemme henkilökunnalle PAINAD-kipumittarin jota he voivat hyödyntää muistisairaana kivun hoidossa omassa työssään. Toivomme että tiedotustilaisuuteen osallistuu osastonhoitajia sekä ylihoitaja. Tulosten kuuleminen on tärkeää, jotta he voisivat miettiä antaako tutkimus aiheita henkilökunnan täydennyskoulutukseen. Muistisairaana kivun hoitotyössä on aiheellista että kivun hoidon käytänteet yhtenäistyisivät, jolloin kivun hoitotyö mahdollistaisi potilaiden tasa-arvoisen ja laadukkaan hoidon. Kivun hoidon kirjallinen arviointi olisi hyvä jatkotutkimushaaste

LÄHTEET

- Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 137—150.
- Alasuutari, Pertti 2014. Laadullinen tutkimus 2.0. Osuuskunta Vastapaino: Tampere.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 14.2.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>
- Bergh Ingrid, Gunnarsson Magnus, Allwood Jens, Odén Anders, Sjöström Björn & Steen Bertil. 2005. Descriptions of pain in elderly patients following orthopaedic surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19 (2), 110—118.
- Cunningham, Colm & McClean, William & Kelly, Fiona 2010. The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People*, 29—35.
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva- Liisa 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen- Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. Bookwell Oy: Porvoo.
- Erkinjuntti, Timo 2011. Muistisairaudet - käypä tutkimus ja hoito. Kansanterveyspäivät, Ikääntyvän väestön terveyshaasteet . Helsinki. Viitattu 12.2.2017. https://www.thl.fi/documents/10531/103715/KTpaivat_Erkinjuntti_Muistisairaudet_140111.pdf
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. WSOY: Helsinki.
- Fimea 2017. Lääkehaut ja luettelot tietokanta. Viitattu 12.12.2016.
http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-
- Finne-Soveri, Harriet 2007. Dementoituvan kipu-aikamatkustajan sanatonta kärsimystä. *Suomen lääkärilehti vsk 62, 26/2007*. Viitattu 1.1.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/dementoituvan-kipu-aikamatkustajan-sanatonta-karsimysta/>

- Finne-Soveri, Harriet 2015. Kansallisen muistiohjelman toimeenpanosuunnitelma vuosille 2015-2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.1.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129596/TY%c3%962015_37_Kansallinen%20muistiohjelma_web.pdf?sequence=3
- Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna; Agge, Eva (toim.) 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 25.4.2017.
- Hallikainen, Merja; Mönkäre, Riitta; Nukari, Toini; Forder, Marjo 2014. Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Holopainen, Arja & Siltanen, Hannele 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä. Muistiliiton julkaisusarja 1/2015. Muistiliitto Ry.
- Hongisto, Kristiina 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer`s disease. Dissertations in Health Sciences. Publications of the university of eastern Finland. Kuopio. <http://www.yhdenvertaisuus.fi/yhdenvertaisuus/> <https://publications.theseus.fi>
- Huovinen, Susanna; Haatainen, Tuula; Varhila, Kirsi & Myllärinen, Tarja 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto.
- Hurri, Suvi 2017. Ole läsnä muistisairaalle. Sairaanhoidaja-lehti 3/2017. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 13.
- Hus 2016. Kivunhoito HUS. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki
- Hyvän hoidon kriteeristö 2016. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Muistiliitto Ry. Viitattu 12.1.2017. Verkkojulkaisuna: http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf
- Juva, Kati 2015. Alzheimerin tauti. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 28.02.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

- Juva, Kati; Valvanne, Jaakko & Voutilainen, Päivi 2002. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne; Kari, Alhainen & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 500—514.
- Kalliomaa, Satu 2012. Muistisairaahan tukeminen - ohjeita läheisille. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 10.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899#s3
- Kalso, Eija 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kangasniemi, Mari 2017. Ammattina hyvä hoito ja palvelu. Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta. Tehyn eettinen toimikunta.
- Kankkunen, Päivi 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Päivi, Voutilainen & Pirjo, Tiikkainen. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 247—265.
- Kankkunen, Päivi 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. Sairaanhoidajalehti 84/9, 22.
- Kipu 2015. Käypä hoito –suositus. Duodecim. Viitattu 12.1.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Rähä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Turku: Kansaneläkelaitos. Verkkojulkaisuna: https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf
- Kotisaari, Marja-Liisa; Kukkola, Sirkka 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laakkonen, Marja-Liisa 2012a. Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito. Viitattu 6.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak0781>
- Laakkonen, Marja-Liisa 2012b. Kuolevan vanhuspotilaan kivun taustatekijöistä. Käypä hoito -suositus. Viitattu 7.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07812>
- Laitoshoido. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.2.2017. <http://stm.fi/laitoshoido>

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 18.3.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 30.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 1.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Lääkehoidon toteuttaminen 2017. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 21.4.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen
- Melkas, Susanna; Jokinen, Hanna & Erkinjuntti, Timo 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 137–150.
- Muistiliitto 2016. Muistisairauksien oireisto. Viitattu 1.1.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto/>
- Muistisairaudet 2017. Käypä hoito –suositus. Duodecim. Viitattu 9.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>
- Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna & Nikumaa, Henna 2010. Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Helsinki: Yliopistopaino. Verkkojulkaisuna: https://www.thl.fi/documents/470564/817072/paaseeko_asiakas_oikeuksiinsa.pdf/3763c13d-1f2f-4e38-83ca-054e89519d8d
- Mäkynen, Elina & Visuri, Tiina 2011. Painad -mittarin hyödynnettävyys dementiapotilaiden kivun arvioinnissa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisuna: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37923/Makynen_Elina_Visuri%20_Tiina.pdf?sequence=1
- Määttä, Maija & Kankkunen, Päivi 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. *Hoitotiede*. 21(4), 282—293.

- Nikumaa, Henna 2015. Toteutuuko muistisairaahan ihmisen yhdenvertaisuus? Suomen muistiasiantuntijat ry. 24. Viitattu 20.4.2017. Verkkojulkaisuna: <http://www.alzheimer-hki.com/wp-content/uploads/2015/09/Henna-Nikumaa.pdf>
- Oikeusministeriö/Demokratia-, kieli- ja perusoikeusasioiden yksikkö 2017. Yhdenvertaisuus. Viitattu 25.4.2017.
- Paasisalo, Virpi & Sahi, Liisa 2016. Kivunhoidossa otettava kaikki keinot käyttöön. Suomen Kipu ry. Viitattu 7.2.2017. <http://www.suomenkipu.fi/2016/10/kannanotto-kivunhoidossa-otettava-kaikki-keinot-kayttoon/>
- Parjanne, Marja-Liisa 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkojulkaisuna: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113699/Selv200418.pdf>
- Pesonen, Anne 2011. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Helsinki: Helsingin yliopisto. Verkkojulkaisuna: http://www.finanest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf
- Pkssk 2014. Kivun hoito. PAINAD-mittari ja määritelmät. Pohjois- Karjalan Sairaanhoido- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>
- Pulliainen, Veijo; Kuikka, Pekka & Salo, Juhani 2002. Läheisten haastattelut ja muistikyselyt. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne; Kari, Alhainen & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 358—363.
- Päivärinta, Anne 2012. Muistisairaahan kivun arviointi. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisuna: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49089/Paivarinta_Anne.pdf?sequence=1
- Rantala, Maija 2014. Nurses' evaluations of postoperative pain management in patients with dementia. Kuopio: Publications of the University of

- Eastern Finland. Verkkojulkaisuna: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf
- Rantanen, Annika 2013. Väitös: Muistisairaana omaiset nähdään laitoshoidon resursseina. Viitattu 10.02.2017. <http://yle.fi/uutiset/3-6693107>
- Remes, Anne & Rinne, Juha 2015. Otsa- ohimolohkorappeumat. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 172—174.
- Remes, Anne; Hallikainen, Merja & Erkinjuntti, Timo 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 119—125.
- Rinne, Juha & Karrasch, Mira 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut extrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 157—159.
- Rinne, Juha 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 165—171.
- Räsänen, Henrik 2016. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. Viitattu 30.10.2016. <http://docplayer.fi/4983633-Kvantitatiiviset-tutkimusmenetelmät-henrik-rasanen-tekniikan-tohtori-kauppatieteiden-lisensiaatti.html>
- Sailo, Eriikka & Varti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 9.1.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittymisen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Salanterä, Sanna; Heikkinen, Katja; Kauppila, Marjo; Murtola, Laura-Maria & Siltanen, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkojulkaisuna: http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

- Selkokieli. Selkokeskus 2015. Viitattu 4.10.2016. <http://selkokeskus.fi/selkokieli>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Suhonen, Jaana; Martikainen, Kirsi & Pasila, Arja 2012. Kun ajatuskin jähmettyy. Parkinsonin taudin muistisairaus. Tietoa sairastuneille, läheisille, hoitohenkilökunnalle Parkinsonin tautiin liittyvistä tiedon käsittelyongelmista. Suomen Parkinsonin-liitto Ry. Novartis Finland Oy: Turku.
- Tarnanen, Kirsi; Mäntyselkä, Pekka & Komulainen, Jorma 2016. Aut - Nyt satuu! Kipu-suositus. Duodecim. Viitattu 7.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00119&p_hakusana=krooninenkivunhoito#s3
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 1.4.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- Teräväinen, Heikki 2012. Lewyn kappale -taudin ja Parkinsonin taudin eroja ja yhtäläisyyksiä. Suomen Parkinson-säätiö. Viitattu 30.2.2017. <http://www.parkinsonsaatio.fi/parkinsonin-tauti/artikkelit/lewyn-kappale-taudin-ja-parkinsonin-taudin-eroja-ja-yhtalaisyyskia>
- Tilvis, Reijo 2016a. Dementoituneilla esiintyvien kipujen tunnistaminen. Geriatria. Duodecim. Viitattu 12.4.2016. <http://www.oppiportti.fi/op/ger02804/do#q=kipu>.
- Tilvis, Reijo 2016b. Kivut vanhusten vaivoina. Geriatria. Duodecim. Viitattu 12.5.2016. <http://www.oppiportti.fi/op/ger02801/do#q=kipu>
- Toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari ikäihmisiä varten 2015. Sote- luokitustuotteet. Viitattu 1.4.2017. <http://www.soteluokitustuotteet.fi/luokitustuotteet/rava>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustanneosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, Anneli 2009. Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94–100.

- Valet, M; Sprenger, T; Boecker, H; Willloch, F; Rummeny, E; Conrad, B; Erhard, P & Tolle, TR 2004. Distraction modulates connectivity of the cingulo-frontal cortex and the midbrain during pain—an fMRI analysis. *Pain*.
- Vanhusten kivun hoito 2017. Toimija.fi. Portaittainen kivun hoito. Viitattu 1.1.2017. <http://vanhustenkivunhoito.toimija.fi/portaittainen-kivun-hoito/>
- Warden, Victoria; Hurley, Ann C & Volicer, Ladislav 2003. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc* 4, 9—15.
- Varto, Juha 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vataja, Risto & Koponen, Hannu 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Anne, Remes; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 90—98.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Pietilä, Anna-Maija 2004. Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, Hanna 2015a. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, Hanna 2015b. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viramo, Petteri & Sulkava, Raimo 2002. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne; Kari, Alhainen & Hilikka, Soininen. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 20.
- Öhman, Arne 2005. Qualitative methodology for rehabilitation research. *Journal of rehabilitation Medicine* 37(5), 273—280.
- Öun, Irja 2014. Muistisairaahan kivun arviointi ja hoito. Teoksessa Merja Hallikainen; Riitta Mönkäre, Toini Nukari & Marjo Forder. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Boowell Oy, 239—240.

LIITE 1: Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa hoitotyön koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyön muistisairaankivunhoidosta. Työmme tavoitteena on selvittää muistisairaankivunhoidon toteutumista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämä kysely on tarkoitettu muistisairaankivunhoidon toteutumista hoitohenkilökunnalle. Kyselytutkimus tehdään eri osastoille. Vastamalla saamme tietoa kivunhoidosta ja tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi teidän täydennyskoulutuksenne suunnittelussa.

Osallistuminen kyselylomaketutkimukseen on vapaaehtoista. Kyselytutkimukselle on myönnetty tutkimuslupa. Kyselylomaketutkimukseen saa käyttää työaika, vastaamiseen menee noin 15-20 minuuttia. Vastaukset käsitellään nimettöinä ja luottamuksellisesti. Kyselylomakkeen voitte palauttaa siihen varattuun laatikkoon osastollanne viimeistään **29.12.2016**. Valmis opinnäytetyö tullaan julkaisemaan keväällä 2017 internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Tarvittaessa voit ottaa yhteyttä meihin sähköpostitse.

Yhteistyöstä kiittäen

Saara Aaltonen

saara.aaltonen@student.diak.fi

Anna-Marie Klaavu

anna-marie.klaavu@student.diak.fi

Roosa Laurila

roosa.laurila@student.diak.fi

Helsinki 7.12.2016

LIITE 2: Kyselylomake

**KYSELY MUISTISAIRAAN POTILAAN KIVUN HOITOTYÖSTÄ
HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA**

Ole ystävällinen ja vastaa seuraaviin kysymyksiin ja väittämiin rastittamalla sopivaksi katsomasi vaihtoehto, tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

Taustakysymykset

Työnimike työtehtävässäsi

hoitaja	<input type="checkbox"/>
sairaanhoitaja	<input type="checkbox"/>

Työkokemus hoitotyössä ___ vuotta ___ kuukautta

KIVUN ARVIOINTI, HAVAINNOINTI JA LÄÄKEHOITO

1. Miten muistisairaahan kipu ilmenee? Kuvaile esimerkillä.

2. Miten havainnoit kipua muistisairaalla asukkaalla, joka ei pysty sanoin ilmaisemaan sitä?

3. Käytätkö kipumittaria/muuta menetelmää?

4. Millaiset syyt ovat esteenä muistisairaahan kivun hoidolle? Kerro esimerkkejä tilanteista

5. Onko sinulla lupa antaa PKV- lääkkeitä? (Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat)

Kyllä Ei

6. Miten osallistut kivun lääkehoitoon?

7. Käytetäänkö kipulääkkeitä mielestäsi:

Liian vähän

Riittävästi

Liikaa

En osaa sanoa

Perustele vastauksesi

8. Mitä hyötyä kirjaamisesta on muistisairaana kivun hoidossa?

9. Miten kivun lääkehoitoa voisi mielestäsi kehittää työyhteisössänne?

10. Mitä muuta haluat sanoa?

Kiitos vastauksistasi!

