

Leena Kankainen – Majamäki

MUISTISAIRAAN KIVUNHOITO SAATTOHOIDOSSA
YKSITYISISSÄ TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN
YKSIKÖISSÄ

VANHUSTYÖN KOULUTUSOHJELMA
2015



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

MUISTISAIRAAN KIVUNHOITO SAATTOHOIDOSSA YKSITYISISSÄ TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN YKSIKÖISSÄ

Kankainen - Majamäki, Leena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Lokakuu 2015
Ohjaaja: Kankaanranta, Päivi
Sivumäärä: 49

Asiasanat: muistisairaus, kivunhoito, saattohoito, yksityinen tehostettu palveluasuminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka muistisairaan kivunhoidon tarve tunnustetaan saattohoitovaiheessa. Miten henkilökunta tunnistaa kivun ja kuinka siihen reagoidaan? Lisäksi tarkoitus oli selvittää, kuinka varmistetaan, että hoito on riittävää ja toteutuu suunnitelman mukaan. Minkälaisia kehittämistarpeita hoitohenkilökunta näkee muistisairaan saattohoidossa. Tavoitteenani oli tutkia hoitajien tietoa ja kokemuksia aiheesta heidän omassa työyhteisössään. Haastateltavat ilmaisivat myös kyseisen aiheen kehittämistarpeita. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto kerättiin haastatteluina. Haastatteluihin osallistui kolme yksityisen palvelukodin hoitajaa.

Hoitajien kokemukset näyttäytyivät hyvin monimuotoisina. Osa hoitajista koki, että kivunhoito oli toteutunut hyvin. Työyhteisössä oli ammatillista osaamista, saattohoito koettiin luontevaksi ja ohjeistus oli selkeää ja sitä noudattamalla loppuelämän hoito toteutui parhaalla mahdollisella tavalla. Yksi hoitajista koki työyhteisön osaamisen huonoksi, hoitajien osaamisessa ja asenteessa oli parannettavaa. Arvovaltaan liittyviä ristiriitoja ilmeni ja valitettavan usein todettiin työn laadun riippuvan siitä kuka oli työvuorossa. Esimiehen ja työyhteisön tuki koettiin voimaannuttavaksi tekijäksi. Työkokemuksella ja asukkaan ja hoitajan yhteisestä hoitohistoriasta koettiin olevan apua kivun aiheuttamien muutoksien tunnistamisessa vanhuksen tilanteessa.

Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytyksen tärkeyttä painotettiin ja kaikki hoitajat kokivat ajan käytön ja ajan puutteen olevan yksi tärkeimmistä kehittämiskohteista. Hoitajat kokivat asukkaiden olevan eriarvoisessa asemassa esim. lääkäripalveluiden osalta, riippuen kotikunnasta.

Kaikkiaan osaamisen laatu koettiin kirjavavaksi ja hoitajat tiedostivat lisäkoulutuksen tarpeen yleisesti saattohoidossa sekä myös omaisten kohtaamisessa.

PAIN TREATMENT FOR TERMINAL CARE PATIENTS SUFFERING FROM MEMORY DISORDER IN PRIVATE INTENSIFIED SHELTERED HOUSING UNITS

Kankainen - Majamäki, Leena

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in elderly care

October 2015

Supervisor: Kankaanranta, Päivi

Number of pages: 49

Key words: memory disorder, pain treatment, terminal care, private intensified sheltered housing

The objective of this final project is to study how the need for pain treatment concerning patients suffering from memory disorder can be assessed in terminal care. How can the medical staff detect the symptoms of pain and how does the staff react. How can it be assured that the treatment is adequate and implemented according to the plan. What development needs the medical staff has discovered in terminal care concerning patients suffering from memory disorder. My aim was to examine the nurses' know-how and experiences on this subject in their own work environments. The interviewees also indicated development needs. The examination is qualitative and the research data was collected by interviewing three nurses working in different private units.

The data indicated that the nurses' experiences were quite diverse. Some of them found that pain treatment was effective, the staff was competent and terminal care was felt to be natural. Instructions were clear and following them assured that the care during the final moments of life could be carried out in the best possible way. On the other hand, one of the nurses saw flaws in the competence of the staff and the know-how and attitude of the nurses needed improvement. Authority conflicts appeared and regrettably often the quality of work depended on who was working the shift. An empowering factor was the support from the superior and other staff members. Work experience and the common care history of the resident and the nurse helped in the assessment of changes in the condition of an elderly resident brought about by pain.

The importance of introducing new staff members and temps into the practices was emphasized and all the interviewees mentioned time management and the lack of time as important development needs. They also found that the residents had an unequal status regarding e.g. medical assistance depending on their home municipality. In all, the interviewees noted that the level of competence varies and they recognized the need for further training concerning terminal care in general and ways of conduct with close relations.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Muisti.....	7
2.1.1 Muistisairaus	8
2.1.2 Käypähoito suositus muistisairauksista	9
2.2 Muistisairaudet.....	12
2.2.1 Alzheimerin tauti	12
2.2.2 Vaskulaarinen dementia.....	13
2.2.3 Lewyn kappale-tauti	14
2.2.4 Otsalohkodementia	15
2.2.5 Parkinsonin tauti.....	15
2.3 Kipu	16
2.3.1 Vanhusten kipu ja kivunhoito	17
2.3.2 Muistisairaahan kipu ja kivun arviointi.....	18
2.3.3 Keskeistä lääkkeellisestä kivunhoidosta.....	20
2.3.4 Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät.....	21
2.4 Saattohoito	22
2.4.1 Saattohoitosuosituksat	22
2.4.2 Hoitajan rooli vanhuksen saattohoidossa.....	24
2.4.3 Muistisairaahan saattohoito	25
2.4.4 Etiikka muistisairaahan saattohoidossa	26
2.5 Tehostettu palveluasuminen	27
3 TUTKIMUSPROSESSI.....	30
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tehtävä ja tavoite	30
3.2 Tutkimusmenetelmä	30
3.3 Tutkimusympäristö ja aineiston keruu	32
3.4 Aineiston analyysi ja luotettavuus	32
4 TUTKIMUSTULOKSET.....	34
4.1 Henkilökunnan kokemuksia muistisairaahan kivun tunnistamisesta	34
4.1.1 Kivun arviointi	34
4.1.2 Muistisairaahan kivun arviointia edistävät tekijät	35
4.1.3 Muistisairaahan kivun arviointia estävät tekijät	36
4.1.4 Kuinka toimitaan, kun kivun oireet tunnistetaan	38
4.1.5 Kuinka kivunhoidossa onnistuttiin	39
4.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia kivunhoidon menetelmistä.....	40

4.2.1 Lääkkeetön hoito	40
4.2.2 Psykkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen ja niiden esteet	41
4.3 Miten muistisairaahan kivunhoitoa tulisi kehittää	43
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	44
LÄHTEET	47

1 JOHDANTO

Muistisairas ei välttämättä osaa kertoa kivustaan verbaalisesti, ja pitkälle kehittyneen taudin saattohoitovaiheessa oleva vanhus ei ehkä lainkaan. Hoitajan on osattava tulkita muistisairaahan käytöksestä asioita, jotka saattavat kertoa kivusta. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet kuitenkin saattavat peittää kivun oireet. Opinnäytetyöni tarkoitus onkin tuoda keinoja ja tietämystä tunnistaa sellaisen muistisairaahan kipu, joka ei siitä enää pysty itse kertomaan. Lisäksi tarkoitus on selvittää, kuinka hoitajana siihen reagoidaan ja miten se hoidetaan.

Vanhusten määrä lisääntyy ja se aiheuttaa haasteita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kivunhoito kuuluu perusoikeuksiin ja edellytys on, että myös vanhuksille tarjotaan riittävän tehokasta kivunhoitoa. Laitoshoidossa tai yksityisessä tehostetun palveluasumisen yksikössä 80 %:lla asukkaista (Voutilainen, Tiikkainen 2010, 248) on pitkäkestoista tai lähes päivittäistä kipua.

Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa ja kohtelua. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan, lääkärin on ennen tärkeää hoitopäätöstä kuultava potilaan laillista edustajaa tai muuta läheistä, jotta saataisiin selville, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos omaiset ovat eri mieltä potilaan hoidosta, lääkäri päättää hoidosta potilaan parhaaksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785. 3§ 1992.)

Haluan tutkia aihetta, koska on vähän tutkittua tietoa nimenomaan yksityisen tehostetun asumisen näkökulmasta. Tietoa löytyy kyllä yleisesti saattohoidosta ja yleensä puhutaan saattohoidosta laitoksessa, joka on vanhainkoti tai sairaala, jossa ammattitaitoinen henkilökunta, sairaanhoitajat ja lääkäri sekä lääkkeet ovat aina saatavilla.

Yksityisellä sektorilla henkilökuntarakenne on erilainen. Työvuoroissa on lähihoitajia ja hoitoapulaisia, joissain vuoroissa sairaanhoitaja. Henkilöstö on usein alimitoitettu. Aika ja ammattitaito riittävät perushoitoon, mutta ei välttämättä huomioimaan muutoksia asukkaan voinnissa. Lisäksi yksityiset tehostetun asumisen yksiköt on

tarkoitettu kodinomaiseen asumiseen, jolloin tilaratkaisut tuovat omat hankaluutensa hyvään hoitoon.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää muistisairaahan kivunhoitoa saattohoidossa yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tehtävänä on selvittää, kuinka muistisairaahan kivunhoidon tarve tunnistetaan saattohoitovaiheessa. Miten henkilökunta tunnistaa kivun, kuinka siihen reagoidaan ja kuinka se hoidetaan. Kuinka muistisairaahan saattohoitoa tulisi kehittää ja kuinka varmistetaan, että hoito on riittävää ja toteutuu suunnitelman mukaan.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Muisti

Muisti on kykyä painaa mieleen asioita, tallentaa niitä ja palauttaa tarvittaessa mieleen. Eli muisti on kykyä varastoida tietoa siten, että sen voi myöhemmin palauttaa mieleen. Muisti ei ole yksi yksikkö jossakin tietyssä aivojen osassa, vaan se on monien erilaisten toimintojen rakennelma ja verkosto: erilaisia muistiin liittyviä tehtäviä hoitavat muistin osat sijaitsevat eri puolilla aivoja. Muisti on ihmiselle tärkeä, se auttaa meitä selviytymään itsenäisesti arkipäivästä ja oppimaan jatkuvasti uutta. (Terveysnetti www – sivut.)

Muistia tarvitaan kaiken aikaa. Arkikielessä muistilla tarkoitetaan pitkäkestoista muistia – varastoa, jonne tallennetaan kaikki tärkeä tieto, kuten kertotaulu, läheisten syntymäpäivät ja ostoslistat. Muistin toiminta on kuitenkin paljon laajempi kokonaisuus, joka voidaan jakaa useaan toiminnalliseen osaan. Yleisin tapa hahmottaa muistin rakennetta ja ymmärtää sen toimintaa on erottaa toisistaan hetkellinen aistimuisti, lyhykestoinen työmuisti ja pitkäkestoinen säilömuisti. Aistimuisti tuo aivoihin tietoa aistien kautta. Se voidaan edelleen jakaa ikoni-, kaiku- ja kosketusmuistiin sen mukaan, mitä aistimuksia minnekin aivoalueelle tallennetaan. Aistimuisti on osa tajuntaa, vaikkei sitä useinkaan tiedosta. Vasta kun tieto kulkeutuu työstettäväksi työmuistiin, aistien vastaanottamaa tietoa ajatellaan aktiivisesti.

Työmuisti pitää asioita mielessä vain muutamia sekunteja. Työmuisti toimii, kun esimerkiksi puhelinnumero tarkistetaan luettelosta ja pidetään mielessä sen näppäilyyn saakka.

Säilömuisti jakaantuu tosiasioita sisällään pitävään semanttiseen muistiin ja tarinoita ja elämyksiä sisältävään tapahtuma- eli episodiseen muistiin. Säilömuistissa on myös taitomuisti, johon tallennetaan opitut taidot, kuten pyörällä ajaminen. (Muistiliitto [www-](http://www.muistiliitto.fi) sivut 2015.)

2.1.1 Muistisairaus

Muistihäiriö on ensimmäinen merkki siitä, että jotain saattaa olla vialla. Siksi asiaan kannattaa paneutua. Parhaassa tapauksessa häiriö voi kertoa liian kiireisestä elämänmenosta ja on hoidettavissa korjaamalla elämäntapoja. Se voi olla myös ensimmäinen oire dementiaan johtavasta muistisairaudesta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 48.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. (Erkinjuntti ja muut 2010. 19.)

Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät laaja-alaisesti toimintakykyä. Ne ovat kansantauteja siinä missä sydän- ja verisuonisairaudetkin. Muistisairaudet ovat yleisempiä iäkkäillä ihmisillä. Edetessään etenevät muistisairaudet johtavat dementiaoireyhtymään. (Muistiliitto [www.sivut](http://www.muistiliitto.fi) 2013.)

Jokaisella etenevää muistisairautta sairastavalla on jäljellä voimavaroja. Iloa, nautintoa ja onnistumisen kokemuksia tuottavien asioiden tekeminen tukee kuntoutumista.

Muistisairaahan ihmisen hoito ja kuntoutus tähtää sairastuneen ja hänen läheistensä hyvinvointiin, mielekkääseen elämään, oireiden etenemisen hidastumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Lääkehoito on tärkeää, mutta lääkkeetön hoito usein ensisijaista.

Sairauden alkuvaiheessa on tärkeintä, että sairastunut ja hänen läheisensä ymmärtävät, mistä sairaudesta on kyse ja mitä on odotettavissa. Tietoa, ohjausta ja neuvontaa tulee saada läpi sairausprosessin, mielellään tutulta lääkäriltä tai muistihoitajalta. (Muistiliitto www-sivut 2015.)

Vaikka puhe ja ymmärryskyky katoavatkin, muistisairas ihminen tarvitsee entiseen tapaan läheisyyttä ja kontakteja muihin ihmisiin. Halu olla vuorovaikutuksessa säilyy ihmisellä elämän loppuun saakka. Muistisairauden lievässä vaiheessa ihminen puhuu yleensä sujuvasti ja ymmärrettävästi ja ymmärtää hyvin tuttua, arkipäiväänsä liittyvää puhetta. Keskusteleminen voi kuitenkin olla tavallista hitaampaa sananlöytämisen vaikeuksien takia. Ihminen saattaa myös käyttää väärinä sanoja tai unohtaa, mistä hän oli puhumassa. Muistisairauden edetessä kielelliset vaikeudet lisääntyvät. Omaaloitteinen puhuminen vähenee, sanoja on entistä vaikeampi saada mieleen ja puheeseen tulee yhä enemmän tilanteeseen sopimattomia tai merkityksettömiä sanoja. Tutun, päivittäin toistuvan puheen ymmärtäminen onnistuu vielä melko hyvin.

Lopulta muistisairaus etenee vaiheeseen, jossa sanallinen kommunikointi vähenee ja lopulta hiipuu kokonaan pois. Ilmaisua ei kuitenkaan lopu kokonaan vaan muistisairaalla ihmisellä on vielä paljon keinoja, joiden avulla hän voi viestiä mielipiteitään, tarpeitaan ja tunnetilojaan. (Kehitysvammaliiton Papunet www-sivut 2015.)

2.1.2 Käypähoito suositus muistisairauksista

Käypä hoito-suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. (Käypä hoito-suositus muistisairauksista. 2015.)

Muistioireiden esiintyvyys ja syyt

Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa muistioireista. Suomessa ilmaantuu noin 13 000 uutta dementiatasoisista muistisairaustapausta vuodessa. Merkittävä osa näistä jää edelleen diagnosoimatta. Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti (70 %).

Muita tärkeitä sairauksia ovat aivoverenkiertosairauteen liittyvä vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (15–20 %) sekä sen ja Alzheimerin taudin yhdistelmä (10 %). Alzheimerin taudin ja samanaikaisen aivoverenkiertosairauteen yhdistelmä on merkittävä vanhemmissa ikäryhmissä ja saattaa olla tulevaisuudessa yleisin etenevän muistisairauteen alatyypiksi. Lewyn kappale -sairauksien eli Parkinsonin tautiin liittyvän muistisairauteen, Lewyn kappale -taudin sekä sen ja Alzheimerin taudin yhdistelmän osuus on 10–15 %. Muistisairauksia voidaan ehkäistä vaikuttamalla tunnettuihin vaaratekijöihin, kuten kohonneeseen verenpaineeseen. (Käypä hoito-suositus muistisairauksista.2010.)

Diagnostiikka ja oireiden arviointi

Potilaan ilmaisemien muistioireiden syy tulee selvittää. Jos potilaalla todetaan viitteitä etenevästä muistisairaudesta mutta diagnoosia ei voida heti tehdä, tilannetta seurataan säännöllisesti. Keskeisten muistisairauksien diagnostiikka perustuu kliinisiin kriteereihin, joissa kiteytyvät kunkin sairauden tyypilliset taudinkuvat. Tutkimukset jakautuvat perusselvityksiin ja lisätutkimuksiin. Kaikille etenevästä muistisairauksista kärsiville tehdään aivojen kuvantamistutkimus. Magneettitutkimus muistiohjelmalla on ensisijainen kuvantamismenetelmä. Muistisairauksien diagnostiikka ja hoidon arviointi edellyttävät erityisosaamista ja kokemusta. Tutkimukset ja hoidon seuranta pitää keskittää asiaan erityisesti perehtyneisiin yksiköihin, esimerkiksi lähipalveluna toimiviin alueellisiin muistipoliklinikoihin. (Käypä hoito-suositus muistisairauksista.2010.)

Muistisairauslääkitys – käytännön toteutus ja seuranta

Kun jonkin edellä mainitun muistisairauteen diagnoosi on tehty, tulee aina harkita lääkehoidon aloittamista. Käytössä on kolme asetyylikoliiniesteraasin (AKE) estäjää, jotka tehostavat kolinergisen järjestelmän toimintaa: Donepetsiiliini, galantamiini ja rivastigmiini. Memantiini salpaa glutamaattivälitteisiä NMDA-reseptoreja.

Varhaisen ja lievän Alzheimerin taudin ensisijaiseksi lääkkeeksi suositetaan jotakin kolmesta AKE:n estäjästä. Kohtalaisen vaikeaa tai vaikeaa Alzheimerin tautia hoidetaan AKE:n estäjillä tai memantiinilla. Parkinsonin tautiin liittyvän muistisairauteen

ja Lewyn kappale -taudin oireiden ensisijainen lääkitys on AKE:n estäjä. Niistä vain rivastigmiinin virallisena käyttöaiheena on myös Parkinsonin taudin dementian hoito. Vaskulaarisessa kognitiivisessa heikentymässä (VCI) muistisairauslääkkeistä on hyötyä kognition muttei omatoimisuuden osalta. VCI ei ole minkään tutkitun muistisairauslääkkeen virallinen käyttöaihe. Galantamiinin teho Alzheimer-potilailla, joilla on samanaikainen aivoverenkiertosairaus, on yhtä hyvä tai parempi kuin pelkässä Alzheimerin taudissa. AKE:n estäjien tai memantiinin hyödyistä otsahohimolohkorappeumien hoidossa ei ole näyttöä, joten näiden sairauksien hoidossa kyseisiä lääkkeitä ei tule käyttää. (Käypä hoitosuositus muistisairauksista.2010.)

Lievässä vaiheessa tavallisin hoitovaste on tilan vakiintuminen tai oireiden odotettua hitaampi eteneminen, keskivaikeassa vaiheessa toimintakyvyn säilyminen tai kohe-neminen ja vaikeassa vaiheessa käytösoireiden helpottuminen. Vastetta tulee seurata säännöllisesti. Hoito lopetetaan, ellei sen valvonta onnistu tai ilmenee vaikeita haittavaikutuksia. Jos vastetta ei saavuteta kuudessa kuukaudessa uuden lääkityksen aloittamisesta tai lääkehoidolla ei enää saada vaikeassa dementiassa hyötyä toiminta-kyvyn tai käytösoireiden osalta, lääkitys lopetetaan. (Käypä hoito-suositus muistisairauksista.2010.)

Käytösoireiden lääkehoito

Käytösoireiden ensisijainen hoito on asianmukainen muistisairauslääkitys. Muuta lääkitystä tarvitaan vaikeimpien masennus-, levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa, mutta monien muiden vaikeiden oireiden hoidossa niistä ei ole hyötyä.

Sertraliini saattaa olla tehokas ja turvallinen dementiapotilaan masennuksen hoidossa. Sitalopraami voi olla tehokas dementiaan liittyvien käytösoireiden hoidossa laitospotilailla.

Psykoosilääkkeitä tulee käyttää vain vaikeimpien psykoottisten oireiden ja levottomuuden tai aggressiivisuuden lyhytaikaisessa hoidossa, koska niihin saattaa liittyä aivoverenkierron häiriöitä ja kuolleisuutta dementiapotilailla. Tarvetta tulee arvioida säännöllisesti. Dementiaan liittyvät vaikeat käytösoireet ovat virallinen käyttöaihe vain risperidonilla, joka on niiden hoidossa tehokas. (Käypä hoito-suositus muistisairauksista.2010.)

Hoidon kokonaisuus – mitä diagnoosin jälkeen?

Hoidon onnistumisen edellytyksenä on saumaton, yksilöllinen hoito- ja palveluketju, joka mahdollistaa suunnitelmallisen seurannan ja sairastuneen ja hänen omaisensa selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumisen oikeaan aikaan. Muistisairauslääkitys ja muu lääketieteellinen hoito on osa tätä kokonaisuutta. Muistipotilaalle laaditaan yksilöllinen kuntoutus- ja palvelusuunnitelma, jota tarkistetaan säännöllisesti sairauden edetessä. Hoidon laatua parantaa muistikoordinaattorin säännöllinen seuranta ja ohjaus (Käypä hoito-suositus muistisairauksista.2010.)

2.2 Muistisairaudet

2.2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus, se on aivojen rappeumasairaus joka etenee hitaasti ja tasaisesti. Ikä lisää riskiä sairastumiseen, mitä vanhemmaksi ihminen elää, sitä suurempi vaara on sairastua. Toisinaan sairaus voi alkaa jo keski-iässä. Sairastumiselle merkittäviä riskitekijöitä ovat aivoverenkierron sairaudet, korkea kolesteroli ja verenpaine sekä taudin esiintyminen suvussa.

Tauti jaotellaan yleensä kolmeen vaiheeseen:

- Lievään, jossa muistin lisäksi myös muut kognition osa-alueet alkavat heiketä, erityisesti toiminnan ohjaus, kielellinen ilmaisu ja havaintotoiminnot. Potilas tarvitsee toistuvaa usein jo päivittäistä ohjausta ja valvontaa, mutta selviytyy vielä yksin kotona. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010,126–130.)

- Keskivaikeaan vaiheeseen, jossa toiminnanohjauksen heikentyminen on keskeinen tekijä omatoimisuuden heikentymisessä. Lähimuisti on erittäin heikko, minkä takia tavarat ovat jatkuvasti kadoksissa ja potilas kyselee toistuvasti samoja asioita. Tavallisenkin keskustelun seuraaminen tuottaa vaikeuksia ja aktiivinen osallistuminen keskusteluun vähenee. (Erkinjuntti ym. 2010,127- 131.)

– Vaikeaan vaiheeseen, jossa potilasta on kaikissa perustoiminnoissa ohjattava ja konkreettisesti autettava. Konkreettista apua tarvitaan ensin pukeutumisessa, sitten peseytymisessä ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa, sitten WC- toiminnoissa ja lopulta syömisessä. Loppuvaiheessa potilaalla on vain harvoja ilmaisuja, hänen raajansa jäykistyvät, hän menettää kävelykykynsä, on pidätyskyvytön ja syötettävä (nielemiskyky säilyy pitkään). (Erkinjuntti ym. 2010,133–134.)

2.2.2 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen dementia on aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama muistisairaus. Se on toiseksi yleisin muistisairauksien syy. Taudinkuva on monimuotoinen, ja joskus voi mukana olla myös Alzheimerin taudin piirteitä. Taustalla voi olla monia aivoverenkiertosairauksia, kuten aivoinfarktit, aivoverenvuodot tai aivojen syvien osien eli valkean aineen hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Muistisairaudelle altistavat myös niin sanotut hiljaiset aivoinfarktit, jotka ovat tulleet ilman havaittuja oireita. Noin neljäsosa ihmisistä sairastuu verenkiertoperäiseen muistisairauteen aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Tauti on aiheuttavien tekijöidensä vuoksi luonnollisesti yleisin vanhemmassa väestössä, miehillä jonkin verran yleisempi kuin naisilla. (Atula. 2015.)

Verenkiertoperäinen muistisairaus jaetaan kahteen päätyyppiin sen mukaan, ovatko aivojen muutosalueet enemmän kuorikerroksella vai aivojen syvissä osissa. Pienten verisuonitukosten, vuotojen tai muiden muutosten aiheuttama aivojen syvien osien niin sanotun valkean aineen tauti on yleisin. Aivo- ja sydänperäisistä syistä mahdollisesti johtuvat suurten aivoverisuonten tukokset saavat aikaan aivojen kuorikerroksen hapenpuutteesta aiheutuvia kuolioalueita. (Atula. 2015.)

Tieto pienten suonten ja suurten suonten tautien luonnollisesta kulusta ja ennusteesta on toistaiseksi vielä puutteellista. Tuoreet havainnot viittaavat siihen, että pienten suonten taudin ennuste on suurten suonten tautia huonompi. (Erkinjuntti ym. 2010, 146.)

Pienten suonten taudissa oireiden alku on vaihteleva. Vaivihkainen alku on äkillistä yleisempi ja oireet etenevät suurella osalla potilaista tasaisesti ilman portaittaista pahenemisvaihetta. Oireet saattavat kuitenkin vaihdella ja potilailla on monesti pidempiäkin, kuukausia kestäviä jaksoja. (Erkinjuntti ja muut 2010, 149.) Suurten suonten taudissa oireiden alku on useimmiten nopea, oireet pahenevat portaittain (toipuminen pahenemisvaiheen jälkeen) ja ne vaihtelevat. Kun riskitekijät ovat hallinnassa, potilailla on usein jopa vuoden mittaisia tasaisia vaiheita. (Erkinjuntti ym. 2010.150.)

2.2.3 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale – tauti on saanut nimensä muun muassa aivojen kuorikerroksella esiintyvistä Lewyn kappaleista. Oireina on älyllisen toimintakyvyn heikentyminen, joka voi olla taudin alkuvaiheessa lievää. Vähitellen oireet lisääntyvät: lauseet käyvät lyhyiksi ja tietyssä vaiheessa sanojen löytyminen katoaa kokonaan tai lähes kokonaan (Erkinjuntti & Huovinen, 2008. 91.) Psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot (erityisesti visuaaliset) sekä harhaluulot, harhaluulot saattavat jopa olla sairauden ensimmäinen oire. Lewyn kappale -tautiin liittyvien harhojen hoidossa on tärkeää pohdita sitä, tuottavatko ne sairastuneelle itselleen pelkoa, ahdistusta, turvattomuutta tai vaikuttavatko ne haitallisesti ihmissuhteisiin. Mikäli muistisairauslääke ei hallusinaatioita tai harhaluuloisuutta hillitse, ja ne aiheuttavat pelkoa tai ahdistusta, voi niitä yrittää hoitaa tietyillä muilla psykenlääkkeillä. Jos harhat ovat neutraaleja ja/tai ne tiedostaa harhoiksi, ne kannattaa vain opetella hyväksymään. (Muistiliiton www-sivut 2013.)

Tauti etenee pikkuhiljaa ja johtaa omatoimisuuden menetykseen, vuodehoitoon ja lopulta kuolemaan keskimäärin vajaassa kymmenessä vuodessa. (Duodecim www-sivut.)

2.2.4 Otsalohkodementia

Otsalohkopainotteisessa muodossa oireiston alku on hidas ja asteittainen. Keskeinen omaisten havaitsema oire on potilaan luonteen muuttuminen. Tämä muutos voi näkyä esimerkiksi holtittomana käyttäytymisenä kuten riskien ottamisena liikenteessä, pelihimona, päihteiden käyttämisenä, ahmimisena, seksuaalisten normien rikkomisena tai apatiana jne. Käyttäytyminen voi olla tilanteeseen sopimaton, hyvien tapojen tai normien vastainen. Elämänhallinta suurissa ja pienissä asioissa kuten talouden, perheen, työn tai ystävyysuhteiden hoitamisessa rakoilee, ja potilaiden on vaikeata toimia suunnitelmallisesti. He laiminlyövät usein oman siisteytensä tai saattavat puheutua oudosti. Mieliala on usein tilanteeseen sopimattoman hilpeä, mutta usein myös masentunut tai apaattinen, latistunut. Potilaille saattaa muodostua uusia pakonomaisia toimintoja tai rutiineja, jotka voivat olla haitallisia. Sairaudentunto potilailta useimmiten puuttuu, ja esimerkiksi rajaamistilanteissa saattaa reaktiona siten olla kiukunpuuskia tai jopa väkivaltaista käyttäytymistä. (Duodecim [www-sivut](http://www.duodecim.fi) 2010.)

Otsa – ohimolohkorappeutumassa aivoatrofia painottuu otsa- ja ohimolohkoihin. Siihen liittyy perinteisesti kolme tyypillistä oirekuva: 1) frontotemporaalinen dementia, 2) etenevä sujumaton afasia, 3) semanttinen dementia. Näihin alatyyppeihin voi sairauden edetessä liittyä myös fyysisiä oireita. Fyysisiä oireita voivat olla jäykkyys, vapina, hitaus ja virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyys. Työikäisten muistisairauksista noin 10 prosenttia kuuluu otsalohkorappeumista johtuviin muistisairauksiin. Sairauden kuvaan kuuluu mm. se, että työtehtävistä suoriutuminen alkaa vaikeutua aloitteellisuuden, suunnitelmallisuuden ja toimintojen loogisuuden heikentyessä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 97.)

2.2.5 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on keski- ja vanhuusiän hitaasti etenevä liikehäiriösairaus, johon liittyy vapinan, yleisen liikkumisen hidastumisen ja lihasjäykkyyden lisäksi lukuisia muitakin oireita. Sairaus alkaa 50 – 70 vuoden iässä, keskimäärin 1 % yli 60-

vuotiaista sairastaa tätä tautia. Miesten sairastavuus on hieman naisia korkeampi. (Atula. 2015.)

Parkinsonin tauti on sairaus, jonka aiheuttamat kemialliset muutokset keskushermostossa tunnetaan, mutta ei tiedetä, mistä ne johtuvat. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 96.) Parkinsonin tauti alkaa hitaasti ja oireet pahenevat ajan myötä. Oireet ovat aluksi toispuoleisia, mutta sairauden edetessä ne leviävät myös toiselle kehon puoliskolle. Keskeiset oireet ovat vapina, hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyys. (Erkinjuntti ym. 2010,173.)

Parkinsonin tauti on vakava sairaus, jonka on hoitamattomana todettu lyhentävän ihmisen elinaikaa muutamalla vuodella. Taudin luonnollinen kulku ilman hoitoa kasvattaa kuolleisuuden 2–3 - kertaiseksi vastaavanikäiseen väestöön verrattuna. Hoitojen kehittymisen myötä Parkinsonin tautiin liittyvä kuolleisuus on kuitenkin pienentynyt selvästi, eikä se enää poikkeaa merkittävästi muun väestön kuolleisuuslukuista. Sairautta voidaan edelleen pitää vakavana, mutta ei enää kuolemaan johtavana. (parkinsoninfo.www-sivut.)

2.3 Kipu

Kipu on aisti, kuten näkö, kuulo ja muut aistit. Toisin kuin muihin aisteihin kipuaistimukseen liittyy aina tunnekokemus. Muista aisteista kipu poikkeaa siinä, että sen tehtävä on puolustuksellinen. Kipu on kuin hälytin, se rajoittuu varoittamiseen. Kipua on joskus pidetty yhtenä ihmisen tunteista. Kipuun voi liittyä esimerkiksi pelkoa, masennusta ja ahdistusta. (Granström 2010,15.) Kipu on arkielämän peruskokemuksia, tuttu jokaiselle ihmiselle, samoin kärsimys joka on yhtä vanha kuin ihmiskunnan historia (Vainio 2004, 12). Kipuun liittyy aina myös erilaisia epämiellyttäviä tunteita, kuten ahdistusta, tuskaa ja pelkoa. Kipu on aina ”korvien välissä”, mutta eri tavalla kuin mitä tuolla sanonnalla yleensä tarkoitetaan (Vainio 2004, 12). Kivun kokemus on hyvin omakohtainen, eikä se suoranaisesti ilmene muille ihmisille. Kipukokemus on myös hyvin yksilöllinen, tämä johtuu osittain perinnöllisyydestä, sillä geenit vai-

kuttavat kivun säätelyyn. Elämän aikana kertyneet fyysiset ja mielen kokemukset vaikuttavat myös siihen, kuinka aistimuksia havaitaan. (Granström 2010, 27.)

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for the Study of Pain, IASP), mukaan kipu määritellään seuraavasti: kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaaurion tai jota kuvataan kudosaaurion käsittein. (Kalso & Vainio 2002, 94; Salanterä ym. 2006, 7.)

Kivun on todettu olevan sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus. Kipua voidaan aistia sekä kokea, ilman kudosaaurioitakin. On muistettava, että kipu on aina henkilökohtainen kokemus, jonka ihmiset kokevat eri tavoin. Yksilön kokemus ja kulttuuri vaikuttavat omalta osaltaan kivun tuntemiseen. Lisäksi kivun kokemiseen liittyvät fysiologiset muutokset, ajatukset, tunteet, sosiaaliset suhteet, yksilön toiminta sekä monet muut tekijät. Näin kivun tunnistaminen ja hoitaminen on haasteellista ja edellyttää hoitotyön ammattilaiselta tietotaitoa. (Salanterä ym. 2006, 7.)

Hoitotyössä kipua on luokiteltu myös seuraavasti: kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän (McCafferty & Pasero 1999). Tämä määritelmä auttaa ymmärtämään kivun henkilökohtaista luonnetta ja muistuttaa hoitotyöntekijää siitä, että potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. Määritelmä ei kuitenkaan sovellu kivun yleiseksi määritelmäksi, sillä on olemassa paljon ihmisiä, joiden kyky kommunikoida sanallisesti on puutteellinen ja silti kivun kokeminen on heille mahdollista. Heitä ovat muun muassa vielä puhekyvyttömät lapset, dementoituneet tai sekavat vanhukset ja erilaisista kehityshäiriöistä kärsivät sekä tajuttomat ja nukutetut potilaat. (Salanterä ym. 2006, 8.)

2.3.1 Vanhusten kipu ja kivunhoito

Ikääntyminen aiheuttaa elimistössä fysiologisia muutoksia. Myös kipujärjestelmän toiminnassa tapahtuu muutoksia. Vaikka yleisesti aikaisemmin on ajateltu vanhuudessa kipuaistin heikkenevän, kipujärjestelmän ikääntymismuutosten merkitys on

epäselvä. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että vanhuuden kipu on alihoidettu ja vanhusten kipu tunnistetaan huonosti. (Salanterä ym. 2006, 198 – 199.)

Kivun tunnistamisen ja arvioinnin lähtökohtana pitäisi olla vanhuksen oma kuvaus kivusta ja sen laadusta, sijainnista, voimakkuudesta ja kestosta. Tärkeää on kysyä vanhukselta kipua aiheuttavista tekijöistä ja kipua lievittävästä tekijöistä. Mahdollinen lääkitys on myös syytä selvittää. (Kankkunen 2008, 252.)

Usein kipua pidetään virheellisesti ikääntymisen luonnollisena osana, mutta sitä se ei ole. Iäkkäälläkin kivun syynä on kudonvaurio, keskushermoston epätarkoituksenmukainen toiminta tai patologinen prosessi. Ikääntyminen muuttaa omaa suhtautumista kipuun, kehon säätelyjärjestelmiä sekä kehon rakenteita. (Finne-Soveri 2008, 192.)

Vanhusten kivunhoito on haasteellista, koska heillä on kroonisia sairauksia ja niiden komplikaatioita sekä niihin liittyvää kipua. Monet krooniset kiputilat esiintyvät tyyppillisesti vanhuksilla ja ovat vaikeahoitoisia. Lääkkeiden huono sietokyky, yhteisvaikutukset ja monien lääkkeiden samanaikainen käyttö voivat aiheuttaa ongelmia. Muiden sairauksien lisäksi vanhuksilla voi olla dementiaa, afasiaa tai depressiota, jotka vaikeuttavat vanhusten kokeman kivun ilmaisua. (Kalso & Vainio 2002, 328). Vanhuspotilailla – varsinkin heillä, joiden muisti on heikentynyt – kivut voivat laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hankalasti hoidettavan sekavuustilan. Pitkäaikaiset tai toistuvat kivut aiheuttavat jatkuvaa tutkimustarvetta ja ovat yleisimpiä hoitoon hakeutumisen syitä. Näitä selviltä näyttäviä yhteyksiä tarkasteltaessa voi vain ihmetellä, miten vähän on näyttöä siitä, että tehokkaalla kivun hoidolla voitaisiin myös vähentää näitä haitallisia seurausvaikutuksia. (EBM-guidelines www- sivut.)

2.3.2 Muistisairaan kipu ja kivun arviointi

Muistisairautta sairastavan kivun hoitotyössä yhtenä haasteena on se, että potilaan muistin heikentyessä saattaa hänen kipumuistinsa huonontua. (Kankkunen 2009, 247.) Muistisairas vanhus saattaa kärsiä monenlaisista kivuista. Dementiaan liittyy

jäykistyminen, virheasennot, liikkumattomuus tai lakkaamaton vaeltelu sekä erilaiset kolhut voivat aiheuttaa kipua. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006. 298.)

Terveydenhuollon perustehtäviä on kivun tunnistaminen. Kipua aiheuttaa itse sairaus, mutta myös tutkimukset ja hoidot. Kivun paras asiantuntija on yleensä vanhus itse. Tunnistamisen lähtökohtana on ihmisen oma näkemys kivusta. Muistisairailla vanhuksilla kipu joudutaan tunnistamaan ja arvioimaan muilla keinoin. Oleellista kuitenkin on, että kivun syy löydetään ja kipua arvioidaan säännöllisin väliajoin. (Salanterä ym. 2006, 75.)

Koska pitkälle edennyttä muistisairautta sairastava ei osaa kertoa kivustaan, hän ilmaisee sen usein aggressiivisella käyttäytymisellä. Tämän vuoksi on riskinä, että potilaalle määrätään esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä sen sijaan, että tunnistettaisiin kipu ja hoidettaisiin sitä tehokkaasti. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 250.)

Muistisairautta sairastavat voivat ilmaista kipuaan käyttäytymisen muutoksin, fysiologisin muutoksin ja äänтелеillä. Heidän kipunsa tunnistaminen ja arviointi perustuukin siihen, kuinka hyvin esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstö osaa havainnoida näitä muutoksia. Muistisairaana kivun tunnistaminen on haasteellista, koska myös reaktiot kipuun muuttuvat dementoivan sairauden edetessä (Kankkunen 2009, 255). Kipua arvioidaan mm. tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, kehon asentoa, raajojen liikkeitä sekä vanhuksen tunnetilaa. Kivun tarkkailussa on erityisen tärkeää tuntea asiakkaan normaali käyttäytyminen. (Salanterä ym. 2006, 76.)

Muistisairaana kivun arviointi perustuu kivun itsearviointiin ja toisen havainnointiin. Itsearvioinnin luotettavuuteen vaikuttaa muistisairauden vaihe. Varhaisessa vaiheessa muistisairas pystyy arvioimaan kokemaansa kipua ja kertomaan siitä. Myöhemmissä vaiheissa läheisen tai hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa kivun ilmeneminen. Olennaista on havainnointien järjestelmällisyys ja vakiointi. Ammattihenkilön havainnoinnin täytyy tapahtua säännöllisesti sovittuna aikana päivittäisten toimintojen yhteydessä. Seurattavista asioista sovitaan ja ne kirjataan: hengityksen ja pulssin kiihtyminen, ilmeiden muutos ja käytöksen muutokset. (Öun 2014, 238.)

Muistisairautta sairastaville on kehitetty lukuisia käyttäytymisen muutoksiin perustuvia kipumittareita. Suomenkielisiä muistisairautta sairastavien kipumittareita ei juurikaan ole saatavana. Poikkeuksena on Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD). (Kankkunen 2009, 257.)

Painad- kipumittari on kehitetty pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kivun arviointiin. Mittari sisältää viisi arviointiosiota: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Käytön on oltava järjestelmällistä, mikäli muistisairaahan hoitotyössä käytetään kipumittareita. Jokaisella arviointikerralla käytetään samaa mittaria ja arviointia tehdään useita kertoja vuorokaudessa. Hoitohenkilöstön jokainen jäsen käyttää mittaria samalla tavalla. Kivun arvioinnin tulisi olla järjestelmällistä ja jatkuvaa.

2.3.3 Keskeistä lääkkeellisestä kivunhoidosta

Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty kivun hoitomuoto. Kipulääkkeellä tarkoitetaan sellaista lääkelaiassa määriteltyä valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä kipua (Salanterä ja muut 2006, 107). Kivun hoitamiseen valitaan lääke periaatteella tehokas kivunlievittäjä sopivalla annostuksella ja vähillä haittavaikutuksilla. (Öun 2014, 240.)

Vanhusten kivunhoidossa lääkehoidolla on merkittävä rooli. Hoitaja toteuttaa lääkärin antamia lääkemääräyksiä sekä seuraa ja arvioi lääkehoidon vaikutusta ja mahdollisia haittavaikutuksia. Turvallisen lääkehoidon toteutumisen kannalta hoitajan tulee ymmärtää ikääntyneen lääkehoitoon liittyvät erityispiirteet ja olla tietoinen mahdollisista haittavaikutuksista. (Hartikainen 2008, 248 – 249.)

Kipulääkkeitä ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja opioidit. Kudosvauriokivun hoidossa ensisijainen lääke on parasetamoli, jolla on vähän haittavaikutuksia. Tulehduskipulääkkeet soveltuvat sellaiseen kudosvaurioon, jossa on mukana tulehdusta (vammat, infektiot). Muistisairaus ei vaikuta annosteluun. Nämä valmisteet usein ärsyttävät mahan limakalvoa, aiheuttaen haavaumia ja vuotoa. Mahansuojalääkkeiden käyttö on välttämätöntä. Hermovauriokipuun käytettävät lääkkeet nostavat kipu-

kynnystä. Muistisairailta käytetään eniten pregabaliinia. Amitriptyliiniä ei tulisi käyttää antikolinergisten haittavaikutusten vuoksi. Vaikeissa kiputiloissa, joissa mielommat kipulääkkeet eivät tehoa ja kivulla on tunnettu syy, myös muistisairailta käytetään opioideja. Opioidien aloitusannostuksessa noudatetaan varovaisuutta muistisairailta. (Öun 2014, 240.)

2.3.4 Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät

Lääkkeetön hoito on usein yksin riittämätön, mutta se tukee hyvin lääkehoitoa. Fyysioterapia eri muodoissa ja hieronta monessakin tapauksessa lievittävät kipua. Akupunktio on myös tehokas niissä tapauksissa, joissa muistihäiriö on lievä. (Öun 2014, 240.)

Lääkkeettömät menetelmät luokitellaan usein kahteen eri ryhmään: fyysisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin. Fyysiset menetelmät vaikuttavat lähinnä ihon kautta ja kognitiivis – behavioraaliset menetelmät muuntavat potilaan kokemusta kivusta ja lisäävät hänen kykyään selviytyä kivusta. Useat fyysiset menetelmät soveltuvat hyvin ikääntyneiden muistisairautta sairastavien kivun hoitoon. On kuitenkin huomioitava, että erityisesti ihon kautta käytettävillä menetelmillä voi olla myös haittavaikutuksia. Esimerkiksi liian kova hieronta voi aiheuttaa ikääntyneelle iho- ja muita kudonvaurioita. (Kankkunen 2009, 261 – 262.)

Hoitotyön kivunhoitomenetelmät ovat menetelmiä, joita jokainen hoitaja voi omien kykyjensä mukaan toteuttaa. Niillä on se etu, että ne eivät vaadi lääkärin määrääystä, niillä on harvoin haittavaikutuksia ja ne ovat kustannuksiltaan edullisia. Menetelmät voivat olla hyvinkin yksinkertaisia, hyvän asennon löytäminen tai joskus pelkkä keskusteleminen voi helpottaa vanhuksen kipua. Joillekin vanhuksille kipua helpottavat tekijät voivat olla sellaisia, joita ei välttämättä mielletä kivunhoitomenetelmiksi. Hoitajan tulisikin kuunnella vanhusta ja keskustella hänen kanssaan siitä – mikäli se on mahdollista, muistisairauden tilasta johtuen – mitkä keinot ja tekijät vanhus on aikaisemmin kokenut kipuaan helpottavaksi. Vanhus on oman kipunsa asiantuntija ja hänen näkemystään tulee kunnioittaa.

2.4 Saattohoito

Saattohoito on kuolevan potilaan hoitoa. Saattohoitoon siirrytään siinä vaiheessa, kun parantavasta hoidosta ei ole enää potilaalle apua, eikä sairauden etenemiseen pystytä lääketieteellisesti vaikuttamaan.

2.4.1 Saattohoitosuositukset

Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus, jonka perustana on ihmisen kuolemaan johtava sairaus. Lääkärillä on vastuu 24/7 ja vastuusuhteet on määritelty. Lääkärit ja hoitajat ovat koulutettuja saattohoitoon (palliativinen hoito). Hoitohenkilökunnan osaamisalueina ovat kärsimyksen ja kivun lievittäminen, huomioida psykososiaaliset, fyysiset, henkiset, eksistentiaaliset sekä kulttuuriset tarpeet ja toiveet. Tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit sekä omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen.

Saattohoitoa järjestävä laitos sitoutuu potilaan tarpeisiin, toiveisiin, hyvään laatuun ja Käypä hoitosuosituksiin.

Saattohoito toteutetaan potilaan toiveiden mukaisesti laitoksissa ja kodeissa.

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset vastaavat saattohoidon organisoinnista.

Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilöstön työhyvinvointia, herkkyyden ja intuition säilymistä tuetaan.

Saattohoidon kansalaiskeskustelu. (Sosiaali- ja terveysministeriö. [www-sivut.](#))

Saattohoidon tavoitteena on hoitaa potilasta niin, että hänen jäljellä olevan elinaikansa laatu on mahdollisimman hyvää, ilman kipuja tai muita haittaavia oireita. Vaikkei parantavaa hoitoa enää ole, potilas saa edelleen hoitoa, huomioidaan kaikki tehtävissä oleva hänen olonsa helpottamiseksi. Saattohoidossa olevan potilaan omaisille on annettava ymmärrettävästi ja riittävästi tietoa potilaan hoidosta ja voinnista sekä mahdollisista muutoksista. Saattohoidossa olevan potilaan voinnin heikkeneminen saattaa tulla omaisille yllätyksenä, vaikka heille olisi annettukin tietoa tilanteesta. Osa omaisista tarvitsee aikaa ja useita keskusteluja, joissa käydään läpi hoidon tavoitteita, sairauden kulkua ja etenemistä. Hyvin toteutettu hoitoneuvottelu antaa potilaalle ja omaisille tiedon siitä, missä suunnilleen ollaan menossa, vaikka taudin kul-

kua ei kovin tarkasti voitaisikaan ennustaa. Yhteinen, yhdessä keskustellen tehty saattohoitopäätös antaa potilaalle ja omaisille mahdollisuuden keskittyä olennaiseen eli potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. Tällä saavutetaan usein sekin, että elämän loppuvaiheessa potilaalla on turvallinen, tuttu ympäristö (hoitolaitos tai koti), tutut hoitajat ja lääkärit, eikä häntä siirretä äkillisesti esimerkiksi keskussairaalaan akuuttihoitoon. (Valviran www-sivut.)

Saattohoito on turvallista ja jatkuvaa oireenmukaista hoitoa, jossa kunnioitetaan ihmisarvoa ja läheisten merkitystä. Tavoitteena on, että kuolema olisi mahdollisimman oireeton ja turvallinen ja että läheiset selviytyisivät potilaan poismenosta.

Pääsääntönä saattohoidossa on, että siinä taataan potilaan olon mukavuus ja oireettomuus. Oireenmukainen lääkehoito, potilaan ja läheisten tukeminen, miellyttävä ympäristö ja arvokas ja inhimillinen kohtelu kuuluvat aina saattohoitoon. Pitkälle edennyt sairaus saattaa aiheuttaa monenlaisia oireita, joihin löytyy erilaisia hoitotapoja. Kivunlievitykseen on olemassa monia tehokkaita keinoja, joilla taltutetaan miltei kaikenlaiset kivut. (Syöpäjärjestöt www- sivut 212.)

Saattohoidon parissa työskenteleviä yhdistää halu auttaa ihmistä ja tehdä jotakin todella tärkeää. Oma työnäky, lähimmäisenrakkaus ja kuolevan hoitamiseen liittyvän työn haasteellisuus auttavat jaksamaan. Työyhteisön voimana on sekä perussuomalainen niskavuorelaisuus että sitoutuminen yhteiseen asiaan, saattohoitoideologiaan. Tutkimusajankohtana haastateltu henkilökunta oli ollut saattohoitotyössä hoitokotien perustamisesta lähtien ja siksi yhteisvastuuseen ja kuolevan hoitamiseen voimallisesti sitoutuneita. Ensimmäisten suomalaisten saattohoitokotien omaksuma, inhimilliseen ja hyvään hoitamiseen pyrkivä kuolevan potilaan hoito ja hoitokulttuuri on ylilättävää monimuotoisuudessaan ja toiminnallisuudessaan. Siihen kuuluu olennaisena osana myös varsinaiseen saattohoitoyhteisöön kuulumattomien henkilöiden tuki ja osallisuus, mikä merkitsee suomalaisittain, että veljeä ei jätetä. Lähitulevaisuudessa tapahtuva hoitajakunnan sukupolvenvaihdos tuo eteen uusia kysymyksiä sekä hoidon arvoista, hoitokulttuurista että kuolevan hoitamisen käytännön järjestämisestä terveydenhuollon eri alueilla. (Sand 2003.)

2.4.2 Hoitajan rooli vanhuksen saattohoidossa

Hoitohenkilökunnan rooli vanhusten kivunhoidossa saattohoidossa on merkittävä. Hoitavan tahon tehtävä on kuunnella vanhusta, tutkia ja selvittää syyt ja asettaa hoidoille selkeitä päämääriä. Kivun hoitoa voidaan toteuttaa lääkkeellisen tai lääkkeettömän hoidon valitsemisella, riittävällä informoimisella, kivun seurannan suunnittelimisella ja toteuttamisella yhteistyössä vanhuksen ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa. (Finne-Soveri 2008, 201). Konkreettinen tuki tarkoittaa vanhuksen kivun hoidon järjestämistä, vaihtoehtojen tarjoamista kivun lievittämiseksi sekä ajan antamista. Siihen kuuluu päivittäisissä toiminnoissa auttaminen ja läsnäolo kun kipu on voimakasta. (Salanterä ym. 2006, 24.)

Hoitajan on tärkeä tunnistaa vanhuksen kipu ja tiedottaa siitä muille hoitotiimin jäsenille. Tämä edellyttää, että tiedot kirjataan havaintoihin perustuen mahdollisimman muuttumattomina. Hoitajan rooli kivun seurannassa ja arvioinnissa on tärkeä. Kirjaamisessa olisi huomioita kiinnitettävä siihen, että ei käytetä tulkintoja sisältäviä ilmaisuja, vaan tiedot kivun luonteesta ja sijainnista kerrotaan tarkasti. Onnistuneen kivunhoidon edellytyksiä ovat toistuvat arvioinnit, hyvä tiedonkulku, ammattitaito, monipuoliset hoitovaihtoehdot, välittäminen ja luottamus. (Finne-Soveri 2008, 206.)

Elämän loppuvaiheessa hoitajan tehtävänä on turvata vanhukselle arvokas ja hyvä kuolema. Kivunhoito on yksi keskeisimmistä saattohoitopotilaan hoidon osa-alueista. Hoitajalla on tärkeä rooli saattohoidossa olevan vanhuksen kivun arvioinnissa, hoidossa ja lääkehoidon toteutuksessa. Lääkkeellisen hoidon tukena hoitajan on hyvä muistaa myös hoitotyön menetelmät kivun lievittämisessä. Kuoleva vanhus tarvitsee usein läheisyyttä, läsnäoloa ja turvallisuutta. Yksilöllisyys hoitotyössä on muistettava. Kivut ovat usein kuolevan vanhuksen yksi suurimmista huolenaiheista. Pelko kipua kohtaan on usein pahempaa ja voimakkaampaa kuin itse kivut. Saattohoidossa olevaa vanhusta tulee kuunnella tehokkaan kivunhoidon mahdollistamiseksi. Kuolevan vanhuksen kivun esiintymiseen ja voimakkuuteen vaikuttavat muutkin kuin biologiset syyt: pelko, tuska ja masennus lisäävät kipua ja alentavat kipukynnystä. (Tuomikoski 1996, 328–329.)

Koulutuksella ja mentoroinnilla pyritään hälventämään hoitohenkilökunnan pelkoja ja arkuutta toimia saattohoidossa. Heilläkin on oikeus tuntea surua, mikä saa myös näkyä. Ammatillisuus tulee hoitotilanteessa kuitenkin aina säilyttää. (Nukari, Lotvonen, Rosenvall 2014, 214.)

2.4.3 Muistisairaahan saattohoito

Muistisairaahan osalta on viimeisten elinpäivien määrittäminen usein vaikeaa, koska sairauden loppuvaihe voi olla pitkä ja hidasta hiipumista. Mietitäänkin, tarvitaanko muistisairaalle erityistä saattohoitoa. Usein loppuvaiheen hoito muodostuu sattumanvaraisista päätöksistä, joita tekevät kuolevaa tuntemattomat päivystäjät eikä hoitajilla ole läheskään aina selkeitä hoitolinjoja. Jäljellä olevaa aikaa on vaikeaa/mahdotonta ennustaa, hoitoratkaisuissa otetaan kantaa vaikeisiin eettisiin kysymyksiin eikä muistisairaahan mielipidettä hoitoratkaisuihin voi kysyä. (Sulkava.2010.)

Saattohoitovaiheen lähestyessä läheiset kutsutaan keskustelemaan yhdessä muistisairaahan ja lääkärin kanssa tilanteesta. Mikäli hoitotahto on olemassa, sen sisällöstä tulee keskustella. Asian selkeä esille tuominen on tärkeää: ollaan vaiheessa, jossa päätös saattohoidon aloittamisesta tehdään. Päätöksestä vastaa aina hoitava lääkäri. Päätös vapauttaa saattohoitoon osallistuvat ammattihenkilöt ja läheiset huolehtimaan sairastuneen hyvinvoinnista kaikin mahdollisin tavoin. Hoitoa ei suinkaan lopeteta, vaan saattohoidon aloittamisesta mahdollistaa intensiivisen elämän laadun kohentamisen, toiveiden huomioimisen ja läheisten tiiviin läsnäolon. Arvostava kohtaaminen ja muistisairaahan mielipiteen huomioiminen kuuluu saattohoitoon. (Nukari ja muut 2014, 214.)

Vaikka saatettavalla ei olisi kykyä ilmaista itseään, saattaa hän hyvinkin kuulla ja aistia ympäröivän ilmapiirin ja erityisesti kosketuksen. Hoitaessa on hyvä kertoa mitä ja miksi tapahtuu. Hoitavien käsien merkitys on suuri. Ne voivat välittää arvostusta ja rakkautta, mutta myös kylmyyttä ja välinpitämättömyyttä. (Nukari ja muut 2014, 214.)

Saatettavalle ilmaistaan selvästi saavutettavissa olo ja toisen ihmisen läsnäolo niin usein kuin mahdollista. Mikäli jatkuva läsnäolo ei ole tarpeen tai mahdollista, vierellä pistäydytään mahdollisimman usein.

2.4.4 Etiikka muistisairaana saattohoidossa

Etiikka on arvojen ja elämäkokemuksen sisäistämiseen perustuvaa kykyä itseohjautuvuuteen, sekä kykyä arvioida omia toimintoja kriittisesti. Ammattikäytäntöjä ohjataan laeilla ja muilla virallisilla määräyksillä, mutta ammattietiikka ei voi perustua pakkoon tai ulkopuoliseen kontrolliin. Ammattietiikka voi olla sekä yksilöllinen että yhteisöllinen. Yksilötasolla työntekijä sitoutuu omiin periaatteisiinsa, mistä muodostuu hänen ammattikäytäntönsä perusta. Yhteisötasolla on ammattietiikka työyhteisön yhteiseen sopimukseen perustuva ammatillisten arvojen ja periaatteiden kokonaisuus. Terveystieteissä eettiset arvot liittyvät ihmisoikeuksiin, potilaan autonomiaan, terveydenhuollon yleiseen etuun. Etiikka on kulttuurisidonnainen ja sidoksissa aikaan ja paikkaan. Ammatin eettiset velvollisuudet on lueteltu terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa. (Hannikainen 2008, 12–14.)

Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus huomioida, mitä potilaan oikeuksissa säädetään. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15. §). Eettisten ohjeiden noudattaminen on selkeää silloin, kun ihminen pystyy itse päättämään omasta hoidosta. Kun ihminen ei enää pysty päättämään omista asioistaan, eikä hoidostaan, esim. silloin kun hän on dementoitunut, voi syntyä ongelmatilanteita.

Saattohoidossa ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Ihmisarvon kunnioittaminen ei pääty henkilön kuolemaan. Muistisairaana saattohoito eroaa muiden saattohoidosta siinä, ettei dementoitunut sairautensa vaikeassa vaiheessa osaa pelätä kuolemaa. Hänen tunteensa kulkevat sen hetkisen tilanteen mukaan. Hänelle on turha puhua kuolemasta tai peloista, ne eivät kuulu hänen maailmaansa. (Tervaskari 1999, 77.)

Vanhuksella on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Vanhuksen hoitotahtoa on kunnioitettava. Hoitolinjauksen päätökset on syytä tehdä hyvissä ajoin yhdessä ikääntyneen tai hänen läheistensä kanssa kunnioittaen vanhuksen omia toiveita ja elämänarvoja. Yksilöllisesti valitun hoitolinjan selkeä dokumentointi helpottaa hoitohenkilöstön työtä, vähentää omaisten ahdistusta ja lisää vanhuksen hyvinvointia. (Etene 2008.)

Elämän loppuvaiheessa hoitopaikan viihtyisyydellä on suuri merkitys. Oma huone ja tutut hoitajat luovat turvallisuutta ja rauhoittavat. Kodinomaisuus ja tutut esineet luovat levollisuuden tunnetta. Harva ihminen tarvitsee laitosmaista ympäristöä kuollessaan. Henkisistä ja hengellisistä tarpeista huolehditaan vakaumuksen ja toiveiden mukaisesti. Pappi tai muu omaa uskonnollista suuntausta edustava henkilö kutsutaan tarvittaessa viivytyksettä. (Nukari ym. 2014, 214.)

2.5 Tehostettu palveluasuminen

Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan tehostettua palveluasumista palvelutalossa, tehostettua palveluasumista ryhmäkodissa tai lyhytaikaista tehostettua palveluasumista. Tehostettua palveluasumista järjestävät kunnat ja yksityiset palvelun tuottajat.

Tehostetun palveluasuminen on tarkoitettu asiakkaille, jotka eivät enää selviydy kotonaan turvallisesti kotiin annettavien palveluiden ja tukitoimien turvin. Asiakkaat tarvitsevat runsaasti avustamista, ohjausta ja tukea päivittäisissä toiminnoissa esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Tehostetun palveluasumisen asunnot ovat vuokra-asuntoja, joihin asukkaat tuovat omat huonekalunsa. Asukas maksaa vuokran ja asiakasmaksun saamastaan palvelupaketista. Palvelupakettiin kuuluvat ateriat, kodinhoito, huolenpito, hoiva, hoito, lääkejako ja -hoidon seuranta, ajanviete- ja viriketoiminta. Lisäksi asukas maksaa omat lääkkeensä ja terveydenhoitokulunsa. (Tampereen kaupungin www.sivut.fi.)

Tehostetun palveluasumisen yksiköt tarjoavat ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa sekä tarvittavat sairaanhoitopalvelut yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman mu-

kaan. Toiminnan tarkoituksena on tukea asukkaiden omatoimisuutta niin pitkään kuin se vain on mahdollista, taata turvallinen asuinympäristö, jossa asukas säilyttää itsemääräämisoikeutensa ja yksityisyytensä sekä omanlaisen elämäntyylinsä mahdollisimman pitkään. Toimintaa ohjaavia arvoja ovat mm. yksilöllisyys ja asukaslähtöisyys. Yksiköissä työskentelee sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä hoivaavustajia. (Tampereen kaupungin www.sivut.)

Yksityinen tehostettu palveluasuminen

Yksityinen tehostettu palveluasuminen voi olla omistusmuodoltaan esimerkiksi säätiö, yhdistys tai osakeyhtiö. Kunnat voivat järjestää tehostettua palveluasumista ostopalveluna sekä palvelusetelin avulla.

Palveluseteli on yksi vaihtoehto, jolla kaupunki järjestää palveluja asukkailleen. Sen lisäksi kaupunki tuottaa itse palveluja ja ostaa niitä yksityisiltä palveluntuottajilta ja yhteisöiltä. Palvelusetelillä ikäihmisten palvelujen asiakas voi hankkia hänelle myönnettyjä hoito- ja hoivapalveluja itse valitsemaltaan, kaupungin hyväksymältä palveluntuottajalta. (Sitra, www-sivut.)

Palvelun tuottajalla on toiminnan edellyttämät asianmukaiset tilat ja toimintaympäristö, jotka mahdollistavat tehostetun asumispalvelun tuottamisen. Asiakkaat voivat oleskella, liikkua ja toimia hoitoyksikössä esteettömästi ja turvallisesti. Yhteistilat ovat sopivat asiakkaiden palvelutarpeeseen nähden. Tiloissa on pystyttävä järjestämään kuntouttavaa toimintaa sekä yhteisiä tilaisuuksia. Asiakkaiden on saatava käyttöönsä riittävästi jokapäiväistä toimintaa helpottavia apuvälineitä. Hoitosänky on järjestettävä asiakkaan käyttöön tarvittaessa.

Palvelun tuottaja on palvelusetelijärjestelmän puitteissa palvelua tuottava, yksityisesti terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tai yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetussa laissa (603/1996) tarkoitettu palvelun tuottaja. Palvelun tuottaja sitoutuu täyttämään palvelusetelilain (569/2009) 5 §:n mukaiset yleiset ehdot.

Kunnalla on oikeus vaatia palvelun tuottajaa toimittamaan kirjalliset todistukset tai muun riittävän näytön siitä, että tässä kohdassa mainitut yleiset edellytykset täyttyvät.

Tehostetun palveluasumisen yksikön hoitohenkilökunnan tulee täyttää ammatilliset ja lakisääteiset vaatimukset, jotka vaaditaan ympärivuorokautista vanhusten asumista tuottavilta yksiköiltä. Sairaanhoidajan ja muun terveydenhuollon henkilöstön kelpoisuusvaatimukset on säännelty terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Lain kolmannessa luvussa säädetään myös terveydenhuollon ammattia koskevista yleisistä vaatimuksista. Lähihoitajan pätevydestä säädetään sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (8 §, laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005 ja asetus 608/2005). Lain tarkoituksena on edistää sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihooltoon ja hyvään kohteluun edellyttämällä, että sosiaalihuollon ammatillisella henkilöstöllä on tarvittava koulutus ja perehtyneisyys.

Toimintayksikön palvelujen vastuuhenkilöllä on sosiaali- ja/tai terveystieteiden korkeakoulututkinto tai vastaava tutkinto, riittävä johtamistaito ja vähintään kolmen (3) vuoden työkokemus vastaavista tehtävistä. Toimintayksikön sijaisilla tulee olla riittävä sosiaali- ja/tai terveystieteiden koulutus.

Henkilökunnan osaamisen tulee olla asiakkaiden hoidontarpeen edellyttämällä tasolla. Palveluyksikön henkilökunnan on kyettävä yhteistyöhön asiakkaan, hänen omaistensa/läheistensä, terveys- ja kulttuuripalvelujen tuottajien sekä kunnan toimijoiden kanssa. Toimintayksikön on huolehdittava henkilöstönsä ammattitaidon säilymisestä ja kehittämisestä muun muassa täydennyskoulutuksen turvin (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Muistisairaiden kanssa työskentelevillä tulee olla hyväksytyt oppilaitoksen antama koulutus muistisairaiden hoitamisesta tai vähintään kolmen (3) vuoden työkokemuksella osoitettu osaaminen.

Henkilöstöllä on oltava riittävä suomen kielen taito ja kohderyhmän tarvitsema kielitaito.

Palveluyksikön toiminnan tulee perustua Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksiin. (Sitra www – sivut. viitattu 25.5 2015.)

3 TUTKIMUSPROSESSI

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tehtävä ja tavoite

Aiemman työhistoriani perusteella minulla on vankka kokemus toimimisesta ikäihmisten ja etenkin muistisairaiden vanhusten parissa, minulla on myös selkeä näkemys kivunhoidosta muistisairaana saattohoidossa.

Saattohoito on potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa, jolla pyritään helpottamaan kuolevan oloa ja hoitamaan sairauden oireita. Tehokas kivunhoito on tärkeä osa saattohoitoa. Kivunlievitykseen on nykyään olemassa monia tehokkaita keinoja, jotka auttavat useimmiten erityyppisiin kipuihin. Tavoitteena on, että kuolevalle taataan miellyttävä ympäristö ja ihmisarvoinen ja inhimillinen hoito, jossa läheiset ovat mukana. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää: 1. Kuinka muistisairaana kivunhoidon tarve tunnistetaan saattohoitovaiheessa, myös silloin kun kyseessä on puhumaton vuodepotilas. 2. Miten henkilökunta tunnistaa kivun ja kuinka siihen reagoidaan. 3. Kuinka varmistetaan, että hoito on riittävää ja toteutuu suunnitelman mukaan. 4. Minkälaisia kehittämistarpeita hoitohenkilökunta näkee muistisairaana saattohoidossa. Tavoitteenani oli tutkia hoitajien tietoa ja kokemuksia aiheesta heidän omassa työyhteisössään.

3.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni on laadullinen ja tutkimusmenetelmäni haastattelu, koska tarkoituksenani oli kerätä hoitajien kokemuksia muistisairaana kivunhoidosta saattohoidossa. Tutkittua tietoa saattohoidosta on saatavilla ja jonkin verran vanhusten saattohoidosta, mutta muistisairaana kivun arvioinnista – ja hoidosta saattohoitovaiheessa erittäin vähän.

Haastattelun ja kyselyn idea on hyvin yksinkertainen. Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on järkevää kysyä asiaa häneltä. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selvittää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Tällöin on perusteltua antaa haastattelukysymykset ja aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelun onnistumisen kannalta siis suositellaan, että tiedonantajat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin haastattelun aiheeseen etukäteen. Käytännössä tämä toteutuu, kun haastatteluluvasta ja haastattelun ajankohdasta sovitaan. On eettisesti perusteltua kertoa tiedonantajalle, mitä aihetta haastattelu koskee. (Tuomi & Sarajärvi. 2009.)

Koska laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ja teoriaa (Öhman 2005), sitä käytetään yleensä silloin, kun tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa. Joskus laadullista tutkimusta käytetään myös silloin, kun halutaan jo tutkittuun ilmiöön uusi näkökulma. (Fossey ym. 2002; Peters ym.2002; Kylmä ym. 2003, 30.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteuttavaan tutkimukseen sisältyy aina kysymys: mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Käsityksen ja vastaavan kokemuksen välillä ei välttämättä ole yhteyttä. Kokemus on aina omakohtainen. Käsitykset kertovat pikemminkin yhteisön perinteellisistä ja tyyppillisistä tavoista ajatella yhteisössä. (Laine 2001, 36–37.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän erityispiirteenä voisi todeta, että tällä tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytyminen tutkittavasta asiasta. Tutkimuksen tavoitteena on tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla näyttää esimerkiksi ihmisen toiminnasta tai hänen tuottamistaan kulttuurituotteistaan jotakin, joka on välittömän havainnoinnin tavoittamattomissa. (Vilkka, 2005, 98.)

3.3 Tutkimusympäristö ja aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimusympäristönä on kolme, yksityisen palvelun tuottajan, tehostetun palveluasumisen yksikön työntekijää. Yksiköt sijaitsevat Pirkanmaalla ja näissä asumisyksiköissä lähes kaikilla asukkailla on muistisairaus. Kokemusta hoitajilla oli muistisairaiden hoidosta 6-28 vuotta.

Koska tiedonkeruumenetelmän tulee olla perusteltua, ei haastatteluakaan tule valita pohtimatta sen soveltuvuutta kyseisen ongelman ratkaisuun. Haastateltavien valinnassa on muistettava, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusongelmasta riippuen on mielekästä valita haastateltavat joko teemaa tai tutkittavaa asiaa koskevan asiantunteumuksen tai kokemuksen perusteella. Tärkeä kriteeri tällöin on, että haastateltavalla on omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta. (Vilka 2005,114.)

Saatuani luvat haastatteluun yksiköiden esimiehiltä, sovimme haastatteluajankohdat ja paikat. Sopimuksen hyväksyivät opinnäytetyöni ohjaaja sekä osaamisalueen johtaja. Haastattelut toteutettiin huhtikuussa 2015.

Koulutusperinteen mukaan työelämän tutkimusta luonnehtii ammatillisuus eli tutkitaan asioita, jotka luontevasti kuuluvat omaan ammatti – tai toimialaan. Tutkimustarpeita säätelevät käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus. Tutkimuskohteina ovat siten työelämän käytännöt, jotka parhaillaan kaipaavat kehittämistä, muuttamista, ylläpitämistä tai peräti uusien käytäntöjen luomista. (Vilka 2005. 12.)

3.4 Aineiston analyysi ja luotettavuus

Laadullisella tutkimuksella tehdyssä tutkimuksessa ei tavoitella yleistettävyyttä samassa merkityksessä kuin määrällisellä tutkimuksella tehdyssä tutkimuksessa. Tilastollisten yleistysten sijaan tavoitteena on esimerkiksi vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen ja ilmiön selittäminen ymmärrettäväksi niin, että se antaa mahdollisuuden ajatella toisin. Tähän tavoitteeseen päästään pienelläkin määrällä tutkimusainestoa, mikäli analyysi tehdään perusteellisesti.(Eskola & Suoranta 2000,18,16–21;

Varto 1992,64; Alasuutari 1994, 206–207; Hirsijärvi & Hurme 2001, 59; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.)

Kun tutkimusaineisto on kerätty, se pitää muuttaa muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Haastatteluaineiston kohdalla tämä tarkoittaa nauhoitusten muuttamista tekstimuotoon. Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksissa analysoitava aineisto on aina kuva- tai tekstimuodossa. Haastatteluaineiston muuttamista tekstimuotoon kutsutaan litteroinniksi. Haastatteluaineiston muuttaminen tekstimuotoon helpottaa myös tutkimusaineiston analysointia eli tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmittelyä ja luokittelua (Vilka 2005, 115.)

Saatuani haastattelut tallennettua, muutin ne mahdollisimman pian tekstimuotoon. Tekstiaineistoa kertyi jokaiselta haastateltavalta 3 - 4 sivua. Luin tekstejä kokonaisuuksina useita kertoja ja ryhmittelin niitä mm. alleviivauksilla ja värikynillä. Koska olin lähettänyt haastattelukysymykset haastateltaville etukäteen, ne etenivät kaikki loogisessa järjestyksessä ja siten tutkimuksen kannalta olennaiset aiheet oli helpommin eroteltavissa.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä vaan sen laatu (Vilka 2005, 126.)

Myös tutkimusaineiston analyysi on tärkeä tutkimuksen eettisyyden arvioinnissa (Leino-Kilpi&Tuomaala 1989; Orb ym. 2001; Leino-Kilpi 2003). Aineiston analyysiprosessissa on suojeltava haastateltavina olleita ihmisiä. Esimerkiksi ääninauhoissa, puhtaaksikirjoitetuissa haastatteluissa ja muistiinpanoissa ei käytetä haastateltavina olevien ihmisten nimiä, vaan esimerkiksi numeroita. (Kylmä & Juvakka 2007, 153.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Laadullista tutkimusta arvioitaessa voidaan arvioida esimerkiksi sitä, miten aineiston keruu on tapahtunut, millä perusteella tutkimuksen tiedonantajat on valittu, miten tutkijatiedonantajasuhde toimi, millaisella aikataululla tutkimus on

tehty, miten aineisto analysoitiin, sekä miten luotettavaa raportointi on. (Tuomi 2007, 151–152.)

4 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata hoitajien kokemuksia omassa työyhteisössään muistisairaana kivunhoidosta saattohoidossa. Saattohoidossa oleva muistisairas ei välttämättä pysty itse kertomaan kivustaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, miten hoitaja ja työyhteisö tunnistavat kivun, miten siihen reagoidaan ja miten se hoidetaan. Tutkimustulokset -osiossa käytettyjen suorien lainauksien avulla on pyritty havainnollistamaan esiteltyjä tuloksia.

4.1 Henkilökunnan kokemuksia muistisairaana kivun tunnistamisesta

4.1.1 Kivun arviointi

Haastatteluissa hoitajien esiin nostamat kokemukset kuvasivat erilaisia emotionaalisia ja fyysisiä sekä käyttäytymisen muutoksia muistisairaana tilassa. Näitä olivat epätyypillinen käyttäytyminen, eleiden ja ilmeiden muutokset sekä aktiivisuuden ja kehon liikkeiden muutokset.

”Se voi ilmetä sellasena levottomuutena, kärsimättömyytenä, vihaisuutena, se kipu.”

Kasvojen ilmeiden muutokset olivat selkein merkki kivusta, kulmien kurtistaminen ja ääntelehtiminen, voihkaisut asukasta siirrettäessä tai kääntäessä. Kipu saattaa ilmetä myös punoittavina poskina ja äkkinäisinä liukahduksina.

”Kasvojen ilmeistä näkee vaikka on sellanen asukas, joka ei kovinkaan paljon enää kommunikoi. Kyllä! kasvoista näkee kans paljon, ilmeistä.”

Levottomuus, ahdistuneisuus ja hoitokielteisyys tunnistettiin mahdollisina merkkeinä kivusta. Toisinaan myös asukas pystyi kysyttäessä vastaamaan onko kipua, mutta ei välttämättä osannut kohdistaa kivun paikkaa, vaan sanoi sen olevan jossain täällä. Harvemmin, mutta joskus asukas pystyy ilmaisemaan kivun ja sen paikan. Kipu voi ilmetä myös erilaisina kehon liikkeinä.

”..asukas nostelee vasenta kättään ylöspäin, lääkäri sanoi sen mahdollisesti johtuvan kivusta ja määräsi kipulaastarin. Ei olisi itselle tullut mieleen mahdollinen kipu siinä kohtaa. Lääke auttoi ja asukas rentoutui ja nukkui levollisesti. Asukas oli halvaantunut eikä kasvonilmeistä kipua pystynyt huomioimaan.”

Toisaalta koettiin, että kivun tunnistaminen puhumattomalla vuodepotilaalla on erittäin vaikeaa.

”..se on sellasta arvailua, onko se kipua vai jotain muuta.”

Muistisairaahan tarve välttää liikkumista ja kosketusta on arvioitu olevan kivun ilmenemismuoto, mutta toisinaan kipu saattaa pitää jatkuvassa pakonomaisessa liikkeessä.

”..saattaa olla selkä hirveän kipeä, näkeehän sen jo kävelystäkin.”

4.1.2 Muistisairaahan kivun arviointia edistävät tekijät

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat tärkeimpänä kivun arviointia edistävänä tekijänä muistisairaahan tuntemisen. Tutulla hoitajalla on tietoa siitä, mikä kuuluu muistisairaahan normaaliin käyttäytymiseen ja siten osataan arvioida mahdolliset muutokset. Pitkä hoitosuhde muistisairaahan ja hoitajan välillä edisti kivun arviointia.

”.. siinä on etua, että tuntee sen ihmisen, että mitä se on normaalisti, jos tulee jotain poikkeavaa, erilaista käytöstä.”

”Kyllä on!! Totta kai jos tuntee asukkaan, helpompi tunnistaa.”

Muistisairaahan historia, yhteistyö omaisten kanssa ja heidän tuomansa tieto, työyhteisön ammattitaito sekä kyky havainnoida asioita koettiin kivun arviointia edistäviksi tekijöiksi.

”Ajattelen, että se riippuu siitä työntekijästä tai ammattitaidosta tai kiinnostuneisuudesta. Ei välttämättä tarvi olla ammattitaitoakaan vaan kysyy toiselta (henkilökunnalta) jos huomaa jotain erilaista. Ylipäätään kyky havainnoida asioita.”

Kirjaaminen ja raportointi koettiin tärkeäksi kivun arvioinnissa. Sijaisen ja uuden työntekijän perehdytys ja rohkeus puhua havainnoistaan sekä se, että tarvittaessa voi kysyä neuvoa, pelkäämättä tulevansa väheksytyksi, nostettiin yhdeksi tekijäksi kivun arvioinnissa.

”Paljon tuovat tietoa ja kirjataan niistä. On tosi tärkeätä, että kirjataan. Jos vaikka ei kirjata, lääkäri lukee päivittäisiä kirjauksia, jos siellä ei lue mitään, se on yhtä kuin kipua ei ole. Siihen on kiinnitetty huomiota tosi paljon, että kaikki täytyy kirjata.”

4.1.3 Muistisairaahan kivun arviointia estävät tekijät

Haastatteluissa hoitajat kokivat kivun arviointia estävinä tekijöinä hoitajien ammattitaidon puutteen ja asenteet, jolloin muistisairaahan käytösoireita ei välttämättä osata tulkita.

”..riippuu siitä työntekijästä, kaikki ei kiinnitä huomiota ja kaikki ei välttämättä edes mieti, että mikäs tolla nyt sitten on. Ajatellaan, että se nyt on ollu kauheen kiukkunen jo monta päivää.”

Hoitajalla ei ehkä ole herkkyyttä tunnistaa muistisairaahan tarpeita tai kykyä havainnoida hänen tilassaan tapahtuvia muutoksia tai tiedottaa siitä muille.

”..pitää olla hyvin herkkänä, että voisko tää olla, että jos on oikeen levoton, ärtyisä niin se on melko varma merkki siitä kivusta.”

Sijaiset ja uudet hoitajat eivät tunne asukkaan terveyshistoriaa, eivätkä siten osaa tulkita käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia tai tiedottaa muille.

”..ja sitten se, että oudollakin hoitajalla tai uudella semmonen rohkeus, niinkun puhua niistä, että jos ajattelee, että ei toi mitään ole. Voisi kysyä, niin kun jutella muiden kanssa siitä. Siä voi tullakin sitten ihan jotain tärkeitä. Niin voi tapahtua...jotkut on sen verran hiljaisempia, että ajattelee, etten mä nyt kehtaa kysyä.”

”Siinä on sitten se ongelma, että jos sattuu oleen useempi outo hoitaja jotka ei raportoi siitä asukkaan käyttäytymisestä tutuille vakinaisille hoitajille.”

Puutteellinen kirjaaminen koettiin kivun arviointia estäväksi tekijäksi. Asukkaan tiedot saattoivat olla hukassa tai tietoa ei löydetty, DNR- päätös oli kirjattu väärään paikkaan. Aggressiivinen käytös kirjataan, mutta ei huomioida eikä mainita edeltäneen tilanteen tapahtumia, mistä aggressiivisuus mahdollisesti johtuu.

”..ei olla mietitty oliko mahdollisen aggressiivisuuden takana ehkä pissatulehdus ja selkä senkin vuoksi kipeä. En osaa sanoa, osataanko sellaista yhteyttä ajatella.”

Vakituisen henkilökunnan asenteen uuden työntekijän havaintoihin mainittiin toisinaan estävän kivun arviointia.

”..ainahan se tommonen on tai jotain vastaavaa. Helposti siinä sitten toinen latistuu, ei kehtaa sanoa enää (havaintojaan). Semmosta on, se on aika inhimillistäkin. Ei mitenkään, että se olisi ongelma.”

Tiedon puutteen koettiin olevan selkeästi kivun arvioinnin esteenä.

”Tätä pitäisi korostaa, että jos tommosta kipua jota asukas ei pysty kertomaan. Siihen ei ole yleisellä tasolla riittävästi tietoa.. jotenkin menee kauhean kauan, että kipua tunnustetaan.”

4.1.4 Kuinka toimittiin, kun kivun oireet tunnistetaan

Kuinka toimittiin, kun kivun oireet tunnistettiin, erosi yksiköiden välillä. Jos itse ei oltu varmoja, keskusteltiin toisten hoitajien kanssa, kysyttiin mielipidettä. Havainnoista raportoitiin sairaanhoitajalle, joka oli tarvittaessa yhteydessä lääkäriin.

Usein saattohoidossa olevan muistisairaana mahdolliseen kipuun oli osattu varautua.

”Meillä on aika hyvin siinä mielessä, että kaikilla asukkailla on tarvittavissa oleva kipulääke, Panadol ja muutamalla asukkaalla Oxynorm liuos. Sitä saa antaa, ihan lääkärin ohje on siihen.”

”Lääkäriin saa aina yhteyden 24/7 ja yöllä on kyllä soitettu myös Acutaan ja kysytty neuvoa, jos vaikka asukkaalla ei ole vielä käytössä Oxynormia. On soitettu ja saatu luvat antaa. Oxynormia on aina saatavilla, firman puolesta.”

Toisaalta koettiin arvovaltaan liittyviä ristiriitoja. Sairaanhoitaja väheksyi kokeneen lähihoitajan ammattitaitoa, lähihoitajan huomioita ei välttämättä otettu todesta, niitä vähäteltiin.

”Se on väärin, pitäisi hyväksyä sairaanhoitajan ja lääkärin päätökset!! Lähihoitajan pitäisi olla vahvana, hän tuntee asukkaan ja monesti on tullut jälkeensä tunne, että olisi pitänyt olla vielä vahvempi ja ajaa asiaa eteenpäin.”

Koettiin, että sairaanhoitaja ei vienyt tietoa kivusta lääkärille. Arveltiin myös, että lääkäri mahdollisesti väheksyi sairaanhoitajan tietoja eikä sairaanhoitaja näin ollen rohjennut olla lääkäriin yhteydessä. Koettiin myös, että sairaanhoitajien rooli ja työnjako oli epäselvä.

Lääkkeen tarpeen lisääntyessä, sairaanhoitajalla oli mahdollisuus konsultoida lääkäriä sähköpostitse. Lääkäriin oltiin yhteydessä myös Pegasos postin kautta jota hän lukee usein päivän kuluessa, antavat lääkeluvat ja tekee merkinnät lääkelistoihin.

”..asukkaalla oli keuhkokuume, lääkäri varautu siihen niin, että laittoi Oxynormia jo listalle ja Scopoderm laastarin, joka auttaa limaisuuteen ja Parasetamol supot. Vaurauduttiin jo siihen, että jos mennään saattohoitoon, voidaan alkaa heti antaa.”

4.1.5 Kuinka kivunhoidossa onnistuttiin

Siinä kuinka kivunhoidossa saattohoidossa onnistuttiin, kokemukset erosivat eri yksiköiden välillä. Osassa yksiköitä koettiin, että oli onnistuttu hyvin.

”Mun mielestä on onnistuttu. Ei tule sellasta tilannetta, että ei olisi antaa mitään. Vahvempaakin on saatavilla (lääkettä), kun saadaan määräys, sitä on saatavilla aina.”

Hoitajat olivat kokeneita arvioimaan kipulääkkeen tarpeen ja lähihoitajilla oli lupa (erillinen koulutus) antaa tarvittaessa ns. huumaavia lääkkeitä, jotka vaikuttavat keskushermostoon.

”Meillä sairaanhoitajat ja huumekoulutetut lähihoitajat saa ottaa sieltä huumekaapista.”

”Siinä mielessä on onnistuttu, että nää tämmöset selvät käytännöt, kuinka toimitaan ja se tarvittava lääkitys on siellä.”

Koettiin myös, että kivunhoidossa oli selkeitä puutteita. Ei osattu ennakoida kipulääkkeen tarvetta eikä lääkkeitä tai reseptiä ollut välttämättä hankittu ennakkoon. Ongelmana nähtiin myös se, kuka hakee lääkkeen apteekista. Lääkkeet ovat henkilökohtaisia, eikä yksikössä välttämättä ollut kipulääkettä yhteiseen käyttöön. Apteekkiin saattoi olla matkaa, hoitajilla ollut mahdollisuutta lähteä sitä hakemaan tai apteekki voi olla jo kiinni.

”..tommonen asia pitäisi hoitaa aikaisemmin, siinä vaiheessa kun saattohoitopäätös tehdään..”

”Ei välttämättä ole onnistuttu. Nopea reagointi puuttuu, tarvittavan saa kun tarvii, todellisen kivun lääkettä ei. Se kestää..”

Koettiin, että kivunhoito ei ole hallinnassa. Selkeät suunnitelmat puuttuivat ja tiedonkulussa oli selkeitä puutteita. Tieto asukkaan saattohoitopäätöksestä ei tavoittanut kaikkia hoitajia. Välttämättä ei tiedostettu asukkaan olevan saattohoitovaiheessa.

”Missä kohtaa saattohoito alkaa, sekin pitäisi ottaa tavallaan puheeksi. Sitä ei ole määritelty vaikka ihminen makaa sängyssä... tarkoitan, että joku syö ja välillä istuu tuolissaan, mielestäni sekin on saattohoitoa.”

4.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia kivunhoidon menetelmistä

4.2.1 Lääkkeetön hoito

Kivunlievitykseen ja – hoitoon on olemassa tehokkaita keinoja, jotka useimmiten auttavat erityyppisiin kipuihin. Kivun lääkehoidon tukena voidaan käyttää lääkkeettömiä menetelmiä. Lääkkeettömien menetelmien teho perustuu usein siihen, että muistisairas kokee tullessa huomatuksi ja hoivatuksi.

Asentohoito, hieronta ja liikehoito koettiin hyväksi keinoiksi jos asukas oli levoton. Istutaan viereen, jutellaan ja silitellään.

”..onko se aina ollut siitä kivusta, en tiedä. Annetaan kahvia jos asukas on levoton... kaikki tämmönen, että saat huomion, annat siis asukkaalle huomioo..”

Suun kuivuminen on yleinen ongelma saattohoitovaiheessa. Kuiva suu aiheuttaa limakalvovaurioita, vaikeuttaa ruokailua ja altistaa infektioille. Suun kuivuminen saattaa johtua elimistön kuivuustilasta, lääkehoidosta tai perussairauksista. Suuta tulee

kosteuttaa ja puhdistaa useita kertoja päivässä. Juomisesta tulisi huolehtia ja suun kostutukseen voi käyttää mm.öljyä, jäämurskaa, geelejä tai imeskelytabletteja.

Tavallisimpia iho-oireita ovat painehaavaumat, joiden ennaltaehkäisy on tärkeää. Kun iholla on hikeä, virtsaa tai pesuaineita puhdistukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, hellävarainen pesu ja kostutus perusvoiteella.

Hengenahdistukseen koettiin auttavan huoneen hyvä ilma, ikkunan avaaminen ja tarvittaessa tuuletin, pienten asioiden huomioiminen. Myös omaisten ja hoitajan läsnäololla koettiin olevan merkitystä.

Ummetus koettiin yleiseksi ongelmaksi. Opioidit, pahoinvointilääkkeet ja diureetit aiheuttavat ummetusta jota hoidetaan pääsääntöisesti laksatiiveilla. Lääkkeettömänä vaihtoehtona käytetään kuitupitoista ruokaa ja runsasta nesteytystä joka kuitenkin harvoin onnistuu ruokahaluttomuuden ja pahoinvoinnin vuoksi.

Kokemus nostettiin esiin lääkkeettömän kivunhoidon vaihtoehtojen kohdalla. Osamisen koettiin riippuvan henkilökunnan koulutuksesta ja kokemuksesta, siitä kuinka paljon on hoitanut saattohoidossa olevia asukkaita.

Lääkkeettömien vaihtoehtojen käyttö oli vaihtelevaa. Asia tiedostettiin, mutta työpaikan ohjeistuksessa ja hoitokulttuurissa koettiin olevan puutteita.

”Se ei ole kaikilla niin automaattista kuin joillakin on. Kuka sitä on joutunut tekeen aikaisemmin, on sen asian sisäistänyt. Siinä on parantamista.”

”Käytössä ei ole lääkkeettömiä vaihtoehtoja eikä ole tiedossakaan. Ei mietitä aktiivisesti tai tiedosteta asiaa.”

4.2.2 Psykkisen ja hengellisen kivunhoidon huomioiminen

Saattohoidossa olevalla muistisairaalla saattaa olla psyykkisiä oireita kuten ahdistus ja masennus, joiden tärkeimpänä hoitona koettiin olevan hoitosuhteen turvallisuus;

ajan antaminen, keskustelu ja koskettaminen. Tiedostettiin muistisairaana tarvitsevan aikaa, mutta resurssien puute oli käytännössä esteenä.

”..se saattohoito vaatii, että siellä olis joku läsnä, enemmän kuin mihin pystytään..”

Koettiin asukkaan jäävän huomiotta resurssipulan vuoksi. Työvuoromuutoksia ei ollut mahdollista tehdä, jotta henkilökuntaa olisi paikalla enemmän asukkaan ollessa saattohoitovaiheessa. Koettiin ajanpuutteen johtuvan myös siitä, kuka sattui olemaan työvuorossa, joku ehti antaa aikaa aina, toinen harvoin.

”Sitä ei ole (aikaa) on satunnaista, että joku ehtii istua siellä vieressä.”

”..ne on ne hoidot ja käännöt mitä käydään, mutta ei siihen ole mitään ylimääräisiä resursseja.”

”..sillain ajattelisin, että vieläkin liian paljon riippuu siitä kuka sattuu olemaan työvuorossa.”

Haastatteluissa nousi esille myös hengellisyys ja näiden tarpeiden tunnistaminen. Hoitajan tulisi omasta vakaumuksestaan huolimatta hyväksyä hengellisyys osaksi saattohoitoa.

”..sitä aika vähän käsitellään, joillekin se on hirveän tärkeä..”

Hengellisistä asioista keskusteleminen voi olla vaikeaa, aito läsnäolo ja aika ovatkin tärkeitä seikkoja vastaamaan muistisairaana hengellisten tarpeiden tunnistamisessa. Seurakunnan työntekijän käynti, uskonnollisen musiikin soittaminen ja - lukeminen, rukoileminen ja hartaushetket sekä jumalanpalvelus koettiin lohduttavaksi ja rauhoittavaksi tekijäksi. Kuitenkin koettiin, että

”..hengellisyyttä saa, riippuen minkälainen hoitaja on työvuorossa.”

4.3 Miten muistisairaahan kivunhoitoa tulisi kehittää

Yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkaat ovat usein lähtöisin eri kunnista, joka tuottaa omat haasteensa hoitohenkilökunnalle. Kehittämistarpeeksi koettiin käytänteiden yhdenmukaistaminen asukkaan kotikunnasta riippumatta.

”..meillä on Nokialaisia ja siellä onkin erilaiset systeemit, ne menee Nokian kaupungin kautta ja siellä on omalääkäri mihin me soitetaan. Ei toimi yhtä hyvin kuin Tampereella, jossa on käytössä joka talossa oma geriatri. Nokiolla on osastonlääkäri, siellä ei saa lääkäriin yhteyttä, pitää soittaa hoitajan kautta kaikki puhelut, se on niin kuin aikaa vievempää hommaa, eriarvoisessa asemassa on asukkaat siinä suhteessa..”

Kehittämiskohteiksi muistisairaahan kivunhoidossa nähtiin koulutus käyttää lääkkeettömiä vaihtoehtoja sekä koulutus ”huumeluville”, jotta useampi hoitaja voisi tarvittaessa antaa luvan vaativaa kipulääkettä.

”..sittenhän niitä ei tarvitsisi annostella valmiiksi jos olis aina vuorossa sellainen hoitaja, jolla on lupa annostella.”

Omaiset ja läheiset ovat merkittävä osa saattohoitoa ja haastatteluissa nousi esiin kuinka tärkeänä koettiin myös omaisten huomioiminen muistisairaahan saattohoidossa. Keinot omaisten kohtaamisessa koettiin kehittämistarpeena jokaisen haastateltavan osalta ja siihen toivottiin lisää koulutusta.

”..omaisten kohtaaminen ei ole vaikeeta, mutta ei olisi paha saada koulutusta kaikkien..”

”..omaisten huomiointi, ei ole ohjeistusta, saavat tulla ja yöpyä, patja lattialle ja aamiainen tarjotaan. Keskusteluapua tarjolla. Sillain ajattelisin, että vieläkin liian paljon riippuu siitä kuka sattuu olemaan työvuorossa.”

Omaiset koettiin myös vaativina. He kokivat hoidon olevan kallista ja rahoille perättiin vastinetta ja hoitoa viimeiseen saakka.

”..jotkut omaiset vievät ihan hirveesti aikaa, joskus ihan pakoilee kun on pakko ehtiä ja toiset asukkaat on odottamassa. Omaisat kuuluu ilman muuta., niitä ei voi ohittaa. Jos ollut joku traumaattinen kokemus on TOSI vaativia omaisia.. niin jonkinlainen tällöinen vertaistuki tai joku tällönen jälkipuinti. Esimieheltä saadaan kyllä tukea, luultavasti jos tulee oikein rankka kokemus niin työterveyden psykologille ohjataan. Tärkeää, että saa puhua vaikka työkaverillekin.”

Lisäksi kehittämistarpeina koettiin uuden työntekijän ja sijaisen riittävä perehdytys, yleisesti kivun tunnistaminen ja keinot sen lievitykseen. Hoitajan ajan puute nostettiin yhdeksi tärkeimmistä kehittämiskohteista.

Kehittämiskohteena koettiin peruskoulutus ja sen antama vähäinen opetus muistisairaana ja saattohoitopotilaan hoidosta.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia muistisairaana kivun hoidosta saattohoidossa, kuinka hoito käytännössä toteutuu. Aihe on vaikea ja kuolevan hoitaminen on suuri haaste, joka vaatii hoitajalta herkkyyttä ja hienotunteisuutta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että muistisairaana saattohoito koettiin luontevaksi, hyvää saattohoitoa haluttiin toteuttaa loppuun saakka. Tavoitteena on antaa turvallista ja oireenmukaista hoitoa, taata kuolevalle paras mahdollinen loppuelämä ja kivun kuolema. Haastattelemillani hoitajilla oli kokemusta muistisairaana saattohoidosta, heillä oli tietoa ja ammattitaitoa havaita ja arvioida kipua sellaisen asukkaan kohdalla, joka ei pystynyt sitä enää kertomaan. Tosin puhumattoman asukkaan kivun tunnistaminen koettiin erittäin vaikeaksi tunnistaa.

Saattohoitosuosituksien mukaan saattohoitoa toteuttavilla hoitajilla tulisi olla siihen vaadittava koulutus. Haastatteluissa ilmeni, että näin ei kuitenkaan aina ole, vaan henkilökuntarakenteen vuoksi työvuorossa on työntekijöitä joilla ei välttämättä ole

edes lähihoitajan koulutusta. Koulutus yleisesti otettiin usein puheeksi, peruskoulutuksessa tulisi olla saattohoidon koulutusta ja työnantajalta toivottiin lisäkoulutusta koko henkilökunnalle. Toisaalta riippumatta siitä oliko lähi- tai sairaanhoitaja, asenne koettiin ratkaisevana, hoitajan kyky suhtautua ja herkkyyys tunnistaa asukkaan tarpeet. Liian usein mainittiin, että laatu riippuu siitä, kuka sattuu olemaan työvuorossa. Tässä kohtaa näkisin ratkaisevaksi esimiehen roolin. Hänen tehtävänään olisi huolehtia siitä, että hoito on suositusten mukaista ja asiat hoidetaan sovitulla tavalla, näin ollen hoito on tasalaatuista.

Työntekijän asenne uutta työntekijää tai sijaisista kohtaan oli usein penseää tai ei ehditty perehdyttää työhön. Koettiin myös arvovaltaan liittyviä ristiriitoja, kokematon sairaanhoitaja ei huomionnut kokeneen lähihoitajan havaintoja. Nämä seikat huononsivat asukkaan asemaa ja mahdollisesti viivästyttivät asianmukaisen kipulääkityksen aloittamista, suoranaisesti pitkittivät kärsimyksiä. Kirjaamisen ja raportoinnin merkitystä korostettiin, jotta tieto kipulääkkeen tarpeesta voitiin todentaa.

Selvisi myös, että työpaikalla oli lähes kaikilla koulutusta saattohoitoon ja näin ollen siihen vahvaa osaamista. Oli ammattitaito huomioda kipulääkkeen tarve ja lupa sitä antaa. Yhteydenpito lääkärin kanssa sujui mutkattomasti ja neuvoa sai kysyä mihin vuorokauden aikaan tahansa. Toisissa yksiköissä toimintaohjeet olivat selkeät ja niitä noudatettiin. Toisissa taas selkeitä ohjeita ei ollut, tai jos oli, niitä ei noudatettu tai esimies ei ollut huolehtinut, että kaikki olivat niitä edes nähneet.

Pirkanmaalla on paljon yksityisiä tehostetun palveluasumisen yksiköitä ja asukkaat sijoittuvat yli kuntarajojen. Kuntien lääkäripalvelujen toimivuuden välillä koettiin ristiriitoja, koettiin asukkaiden olevan eriarvoisessa asemassa riippuen kotikunnasta. Tampereella lääkärin tuki ja neuvontaa oli aina saatavilla kun taas esim. Nokialaisten asukkaiden kohdalla koettiin asioiden hoito hankalaksi, lääkäriin ei saanut yhteyttä, sairaanhoitaja oli välikätenä ja se koettiin turhauttavana. Pienen yksityisten palveluntuottajien kohdalla hankaluutena koettiin myös päättäjiltä tulevat epäselvät ja usein muuttuvat ohjeistukset.

Tärkeänä seikkana kivun tunnistamisessa koettiin asukkaan ja hoitajan pitkä hoitosuhde: mitä paremmin tunnet asukkaan sen helpommin tunnistat epätavallisesta

käyttäytymisestä johtuvan mahdollisen kivun. Yleensäkin kyky havainnoida ja herkkyys aistia koettiin positiivisena ominaisuutena, jota kaikilla hoitajilla ei valitettavasti ole. Omaisten huomioiminen ja tukeminen on olennainen osa saattohoitoa ja toisille se on luontevampaa kuin toisille. Tässäkin kohdassa toivottiin keinoja ja koulutusta kuinka kohdata sureva tai muuten vaativa omainen.

Opinnäytetyössäni olen käsitellyt hoitajien kokemuksia muistisairaana kivunhoidosta saattohoidossa, minkälaista on hyvä hoito ja minkälaista se ei saisi olla. Tässä työssä olen voinut käsitellä vain pienen osan valtavan laajassa kokonaisuudessa, mutta toivon sen herättävän keskustelua ja ajatuksia sekä keinoja käsittelemäni asian puolesta. Voin vain todeta, että hoidon laatu on kirjavaa ja karkeasti sanottuna tämän tutkimuksen osalta se voidaan jakaa hyvään ja huonoon.

Minulla on pitkä ja laaja työkokemus muistisairaiden parissa, sekä aikaisempaa koulutusta alalta. Koska tässä opinnäytetyössä minulla ei ollut käytettävänä aikaisempaa tutkimusaineistoa, tulosten luotettavuus perustuu kokonaan hoitajien haastatteluihin, omiini ja heidän tietoihin sekä kokemukseen.

LÄHTEET

Atula S. 2013. Lewyn kappale – tauti. Duodecim terveyskirjasto www.sivut.

Atula S 2015. Parkinsonin tauti. Duodecim terveyskirjasto www.sivut

Atula S. 2015. Vaskulaarinen dementia. Duodecim terveyskirjasto www.sivut.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H.(toim.). Muistisairaudet 2010: Duodecim.

Erkinjuntti, T. Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Porvoo:WSOY.

Finne- Soveri, H. 2008. Teoksessa Kipu. Hartikainen, S. Lönnroos, E. (toim.).

Geriatría arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita 192–208.

Granström, V. 2010 Kipu ja mieli. Porvoo:Edita Publishing oy.

Hannikainen 2008,12–14. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Hartikainen, S. Lönnroos, E, 2008. Iäkkäiden lääkehoito. Teoksessa Hartikainen, S.

Lönnroos, E. (toim.) Geriatría – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita 248 – 249.

Hoitotyön auttamismenetelmät. Helsinki:WSOY. oppimateriaalit S. 328–329.

Laine 2001, 36–37. Teoksessa Tutki ja kehitä 2005. Vilkkä. H. Jyväskylä: Tammi s.97

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Leino-Kilpi & Tuomaala 1989, Orb ym. 2001, Leino-Kilpi 2003. Teoksessa laadullinen terveystutkimus. Kylmä, J, Juvakka, T. Helsinki 2007. Edita.

Kankkunen, P. 2009. 247- 255. Teoksesta Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. Tiikkainen, P. WSOY oppimateriaalit.

Kankkunen, P. 2008. 248 – 263. Dementia oireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, P. Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kalso, E. Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kehitysvammaliiton www.sivut. Papunet. Viitattu 2015. <https://www.papunet.net>.

Koponen, H. Saarela, T. 2010, 490. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H.(toim.) Muistisairaudet.

Käypä hoito www-sivut. Viitattu 2010. <https://www.kaypahoito.fi>.

McCaffery, M. Pasero, C. 1999. Pain. Clinical manual. St. Lois, Missouri: Mosby.

Muistiliiton www-sivut 2013. <https://muistiliitto.fi>.

Muistiliiton www- sivut 2015 Aivot ja muisti. <https://muistiliitto.fi>.

Muistiliiton www-sivut 2015 Hoito ja kuntoutus. <https://muistiliitto.fi>.

Muistisairauksien käypä hoito-työryhmä www.sivut 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat.

Nukari, T. Lotvonen, H. Rosenvall, A. 2014. 213. Muistisairaahan saattohoito. Teoksessa muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari, T & Forder.

Parkinsoninfo www- sivut. www.parkinsoninfo.fi.

Sand H, Sateenkaaren päästä löytyy kultaa 2003. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5617-3>.

Salanterä, S. Hagelberg, N. Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö.

Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit.

Sitra www – sivut. Sääntökirja palvelusetelipalvelujen tuottamisesta. Yleinen osa. www.sitra.fi.

Sitra www – sivut. Tehostetun palveluasumisen sääntökirja 2011. www.sitra.fi.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. <https://valvira.fi>.

Suomen dementiayhdistys ry:n www sivut 2014. <https://www.suomendemy.fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriö www-sivut. Saattohoitosuosituksien 27.9.2010. <https://www.stm.fi>.

Sulkava R. Etenen www- sivut. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelulukunnan raportti. 9.10.2014. www.etene.fi.

Syöpäjärjestön www- sivut. Saattohoito ja kuolema 2012.

Tampereen kaupunki www-sivut. Viitattu 21.5.2015. Tehostetun palveluasumisen palveluseteli. www.tampere.fi.

Tampereen kaupunki tehostettu palveluasuminen www – sivut. Viitattu 21.5.2015. www.tampere.fi.

Tervaskari, H. 1999. Omaisten kokemukset ja toivomukset dementoituneen saattohoidossa. Teoksessa Rasila, I. Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiayhdistys.

Terveysnetti www-sivut. Sivuston sisältö koostuu Turun AMK:n opiskelijoiden tekemistä opinnäytetöistä. Päivitetty 30.10.2014.

Tilvis, R. Vanhusten kivut. 2004. EBM-guidelines www-sivut.

Tohtori.fi www-sivut Muistiklinikka/ dementia – eri muistisairaudet 3.9.2008.
<https://tohtori.fi>.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Tuomikoski, M. 1996. Kuolevan potilaan auttaminen. Teoksessa Tähtiö, R (toim.)

Hoitotyön auttamismenetelmät. Helsinki: WSOY, 328–329.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Vallejo Medina, A. Vehviläinen, S. Haukka, U-M. Pyykkö, V. Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Porvoo:WSOY.

Vilka. H. 2005. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. Tammi. s. 12.

Voutilainen, P. Tiikkainen. P. 2010. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki:WSOY.

Öhman 2005, Fossey ym. 2002, Peters ym.2002, Kylmä ym. 2003. Teoksessa laadullinen terveystutkimus. Kylmä, J, Juvakka. T. 2007. Helsinki: Edita s.30.

Öun, I.2014. 238. Muistisairaahan kivun hoito. Teoksessa muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari, T & Forder.

