

# MUISTISAIRAAN POTILAAN KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN OULUN KAUPUNGINSAIRAALASSA

Anne Alasirniö-Stoddart

Eeva Suonperä

Opinnäytetyö, kevät 2018

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Alasirniö-Stoddart, Anne & Suonperä, Eeva. Muistisairaahan potilaan kivun arviointi ja kirjaaminen Oulun kaupunginsairaalassa. Kevät 2018. 46 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan käytäntöjä muistisairaahan potilaan kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Oulun kaupunginsairaalan sisätauti-geriatrisen osaston ja sairaalan sisäisen kivunhoitotyön verkoston kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli muistisairaahan potilaan kivun arvioimisen ja kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Aineiston taustatiedot ja monivalintakysymykset analysoitiin määrällistä menetelmää käyttäen. Tutkimuskysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan kommunikaatiovaikeudet vaikeuttivat muistisairaahan kivun arviointia. Muistisairaahan potilaan kivun arvioinnissa tärkein menetelmä oli potilaan käytöksen havainnointi. Kirjaamisen tueksi haluttiin yhtenäisiä ohjeita ja lisäkoulutusta. Opinnäytetyön jatkotutkimusehdotukset liittyvät erityisesti muistisairaille kehitettyjen kipumittarien käyttöönottoon osastotyössä ja kirjaamisen yhtenäistämiseen esimerkiksi kivunhoidon fraasiston avulla.

Avainsanat: muistisairaat, muistisairaudet, kipu, arviointi, kirjaaminen, sisällönanalyysi, kvalitatiivinen tutkimus, opinnäytteet

## ABSTRACT

Alasirniö-Stoddart, Anne & Suonperä, Eeva. Assessing and documenting pain in patients with progressive memory disorder in the Oulu City Hospital. Spring 2018. 46 p., 1 appendix. Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Nurse (UAS).

The purpose of this thesis was to describe practices used by the nursing staff in assessing and documenting pain in patients with progressive memory disorder in the Oulu City Hospital, Finland. This thesis was carried out in cooperation with the medical and geriatric ward of the Oulu City Hospital, and the hospital's internal Pain Management Network. The aim of this thesis was to improve pain assessment and pain documentation practices used in the care of patients with progressive memory disorder. The material was collected with surveys. Background information and the multiple choice questions were analyzed quantitatively. Open-ended questions were interpreted with inductive content analysis.

Results indicated that the greatest difficulties in assessing pain in patients with progressive memory disorder resulted from problems in communication. Observing the patient's behaviour was used as the most important tool to assess the prevalence of pain in patients with progressive memory disorder. Commonly shared instructions and training were requested as supportive tools to improve documentation. Further research is needed to introduce and evaluate pain scales developed specifically for patients with progressive memory disorder in the daily nursing work, and to develop uniform documentation of pain management, for example by using set phrases in documentation.

Keywords: progressive memory disorder, pain, assessment, documentation, content analysis, qualitative research, theses

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 MUISTISAIRAAN KIPU .....	6
2.1 Muistisairaudet.....	6
2.2 Muistisairaahan potilaan kivun erityispiirteitä.....	9
2.3 Muistisairaahan potilaan kivun arviointi .....	11
2.4 Kivun kirjaaminen .....	17
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	19
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	19
4.1 Menetelmän valinta.....	19
4.2 Aineiston keruu .....	20
4.3 Aineiston analyysi .....	21
5 TULOKSET.....	22
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	22
5.2 Muistisairaahan potilaan kivun arviointi osastoilla.....	23
5.3 Kivun kirjaamiseen liittyvät ohjeet osastoilla.....	26
6 POHDINTA.....	33
6.1 Tulosten tarkastelu .....	33
6.2 Luotettavuus.....	35
6.3 Eettisyys .....	36
6.4 Ehdotuksia jatkotutkimukselle .....	38
LÄHTEET .....	40
LIITE 1. Kyselylomake .....	47

## 1 JOHDANTO

Suomessa on arviolta 193 000 muistisairasta henkilöä. Uusia muistisairauksia diagnosoidaan noin 14 500 vuodessa. (Muistiliitto ry. 2017.) Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, sekamuotoinen muistisairaus (edellä mainittujen yhdistelmä) ja Lewyn kappale -tauti (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 85). Muihin muistisairauksiin voidaan määritelmistä riippuen lukea otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus, Parkinsonin tauti, Huntingtonin tauti, Creutzfeldt-Jakobin tauti ja alkoholidementia (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 98–100).

Muistisairaat ovat määrällisesti merkittävä sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasryhmä. Terveyskeskusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa vuonna 2013 muistisairaita oli 56 prosenttia ja lyhytaikaisessa laitoshoidossa 28 prosenttia kaikista potilaista (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2017). Muistisairaiden määrä myös kasvaa jatkuvasti. Arvioidaan, että vuonna 2020 Suomessa on lähes 127 000 vähintään keskivaikeasti muistisairasta henkilöä (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 14).

Hyvä kivunhoito on olennainen osa hoitotyötä. Muistisairaahan potilaan kivun arviointi on kuitenkin haastavaa, koska arvioinnin perusteena on yleensä potilaan oma kuvaus kivusta. Muistisairaat potilaat eivät välttämättä osaa ilmaista kipuaan sanallisesti heikentyneen kognition ja aistitoimintojen takia. Muistisairaahan potilaan kivun arviointi perustuukin usein hoitajan tekemiin havaintoihin. Muistisairaahan kivun arvioinnin avuksi on kehitetty kipumittareita, esim. PAINAD, mutta niiden käyttö on vielä suhteellisen vähäistä. Mittareiden luotettavuuden arviointi on ollut kiistanalaista ja vaatii lisätutkimuksia (Määttä & Kankkunen 2009, 292). Muistisairaahan kivun arvioinnin hankaluus heijastuu kivunhoidon kirjaamiskäytännöissä. Kivun arviointiin ja kirjaamiseen ei useinkaan ole yhtenäisiä käytäntöjä, vaan arviointi on osasto- ja hoitajakohtaista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaahan potilaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Tarve opinnäytetyölle syntyi yhteistyötahojen toiveesta selvittää muistisairaahan potilaan kivun arviointia ja kirjaamista tarkemmin koko sairaalan laajuisesti. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Oulun kaupunginsairaalan osaston sisätauti-geriatrisen vuodeosaston ja kivunhoitotyön verkoston kanssa. Sisätauti-geriatrisella vuodeosastolla hoidetaan pääasiassa akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita sekä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tulevia potilaita (Oulun kaupunki. Oulu. Terveyspalvelut. Osasto G2). Kivunhoitotyön verkosto on kaupunginsairaalan sisäinen moniammatillinen ryhmä, johon on valittu osastokohtaisia avainosaajia. Ryhmä tekee aktiivista kivunhoidon kehittämistyötä muun muassa järjestämällä verkostotapaamisia, asiantuntijavierailuja ja koulutuksia. (Tuula Lyytikäinen, henkilökohtainen tiedonanto 12.1.2018.)

## 2 MUISTISAIRAAN KIPU

### 2.1 Muistisairaudet

Muistisairaus määritellään sairaudeksi, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsitteilyn alueita. Näitä ovat esimerkiksi kielelliset toiminnot, näköön perustuva hahmottaminen ja toiminnanohjaus. Etenevissä muistisairauksissa tiedonkäsitteilykyky ja muisti heikentyvät useimmiten dementian asteelle. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä, jossa kognition heikkeneminen johtuu elimellisestä syystä. Muistioireiden lisäksi potilaalla voi olla kognitiivisina haasteina afasiaa (kielellinen häiriö, esimerkiksi puheen tuottamisen vaikeus), apraksiaa (liikesarjojen tuottamisen ongelmat), agnosiaa (havaintotoiminnan häiriö, jossa aivot eivät tunnista aisti-informaatiota oikein) tai erilaisia toiminnanohjauksen häiriöitä.

Dementiassa kaksi tai useampi kognitiivinen toiminto on heikentynyt niin, että itsenäinen selviytyminen työssä, jokapäiväisissä toimissa tai sosiaalisissa suhteissa vaarantuu. Dementia voidaan jakaa vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Lievässä dementiassa potilas kykenee vielä elämään itsenäisesti. Keskivaikeassa vaiheessa jonkinasteinen valvonta on jo tarpeen ja vaikeassa dementiassa päivittäinen selviytyminen vaatii kokoaikaista valvontaa. (Erkinjuntti 2011.)

Yleisin etenevästä muistisairauksista on Alzheimerin tauti, joka aiheuttaa arviolta 60 % muistisairauksista. Tyypillisen taudin alkuvaiheessa potilaalla on lieviä muistihäiriöitä. Vähitellen lähimuisti heikkenee ja potilaan ajan- ja paikantaju sekä sairudentunto heikkenevät tai häviävät kokonaan. Usein potilas voi sosiaalisten keskustelutaitojensa ansiosta kompensoida sairauttaan pitkään, mikä voi vaikeuttaa potilaan tilan ja arjen selviämistaitojen arviointia. Alzheimerin taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä siten, että yli 85-vuotiaista se on jo joka neljännellä. (Sulkava 2010, 123–124.) Alzheimerin taudissa voidaan edellä esitetyn eli tyypillisen muodon lisäksi erottaa epätyypillinen ja sekatyypinen muoto. Epätyypillisessä muodossa potilaalla on puheen ja toiminnan ohjauksen ongelmia sekä hahmotushäiriöitä. Sekatyypisessä taudissa oirekuvaan vaikuttaa lisäksi jokin muu mukana oleva rappeuttava aivoihin tai aivoverenkiertoon vaikuttava oireisto. Tauti voidaan jakaa oirekuvan perusteella varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. (Hallikainen 2017, 226.)

Lewyn kappale -tauti on toiseksi yleisin rappeuttavista aivosairauksista. Alkuvaiheissa potilaalla ei yleensä ole muistioireita. Jos muistioireita kuitenkin ilmenee, on todennäköistä, että potilaalla on lisäksi Alzheimerin tauti, mikä onkin tyypillistä noin puolelle potilaista (Atula 2015). Taudille tyypillistä ovat hyvinkin todentuntoiset näköharhat ja aggressiivinen ja äkkipikainen käytös. Lisäksi potilaalla on yleisesti jäykkyyttä ja liikkuminen on hidasta. (Hallikainen 2017, 233; Sulkava & Sulkava-Eloniemi 2008, 96.) Potilaan vireystaso voi vaihdella huomattavasti eri vuorokaudenaikoina. Myös masennusta ja ahdistuneisuutta esiintyy. Potilailla on tai-

pumusta kaatuiluun, pyörtyilyyn ja jopa tajuttomuuskohtauksiin. Toisaalta potilaan kognitio ja muisti säilyvät pitkään hyvänä ja ymmärrys voi olla normaalia silloinkin, kun sanat ovat jo hukassa. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 93–96.)

Aivoverenkiertosairaudesta johtuvien muistisairauksien päätyypit ovat pienten suonten tauti ja suurten suonten tauti. Pienten suonten tauti on nimensä mukaisesti aivojen pienten suonten ahtautumisesta johtuva sairaus. Pienten suonten tauti alkaa yleensä vaivihkaa ja oireet etenevät yleensä tasaisesti ilman erityisiä pahenemisvaiheita. Oireina on persoonallisuuden muutoksia, psykomotorista hidastumista ja tasapainoon ja kävelyyn liittyviä häiriöitä. Myös toiminnanohjauksen häiriöt ovat tavallisia. Suurten suonien taudissa taustalla on usein verisuonten kalkkeutumista ja sydänperäisiä aivoinfarkteja. Näin ollen oireet riippuvat vaurioiden laajuudesta ja sijainnista. Pienten suonten taudista poiketen oireet pahe-nevat yleensä vaihteittain. Näkyvinä oireina voi olla toispuolihalvausta ja näkökenttämuutoksia tai suupielen roikkumista. (Hallikainen 2017, 231.) Ainakin puolella Alzheimer-potilaista on myös aivoverenkiertosairaus ja on arvioitu, että tulevaisuudessa tällainen yhdistelmätauti olisi yleisin muistisairaustyyppi. Alzheimer voi myös jäädä tunnistamatta, mikä voi johtaa puutteelliseen hoitoon. Tyypillisesti aivoverenkiertosairaudesta johtuvassa taudissa käytösoireita esiintyy enemmän kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Myös potilaiden liikuntakyky heikkenee nopeasti. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90–91; Hallikainen 2017, 231.)

Otsa-ohimolohkorappeumat ovat taustalla noin 5 – 10 %:ssa etenevistä muistisairauksista. Rappeumaperäiselle taudille on tyypillistä sairauden nopea eteneminen. Oireina esiintyy kielellisiä ongelmia ja käytöshäiriöitä, esimerkiksi impulsiivisuutta ja estotonta käyttäytymistä. Muistioireita ilmenee vasta pitkälle edenneessä taudissa. Taudin etenemisen ehkäisyyn ei ole lääkitystä. (Hallikainen 2017, 232.) Muisti säilyy yleensä paremmin kuin Alzheimerin taudissa, joskin osalla potilaista voi olla vahva afasia. Tauti ilmenee melko nuorena ja on jossain määrin perinnöllinen. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 98.)



Muistisairaudet ovat esiintyvyytensä yleisyyden vuoksi merkittävä kansanterveydellinen haaste. On arvioitu, että Suomessa sairastuu erilaisiin muistisairauksiin 36 ihmistä päivässä, mikä tekee vuodessa yli 13 000 uutta potilasta. Määrä on nopeassa kasvussa. Jopa noin puolet sairastuneista on ilman diagnoosia ja esimerkiksi Alzheimer-potilaista vain 25 % saa asianmukaista lääkehoitoa sairauteensa. Alkoholiriippuvaisista arviolta 10 % sairastuu alkoholidementiaan. Lisäksi 120 000 suomalaisella on diagnostista huomiota vaativa lievä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen, joka altistaa muistisairauksille. Vaikka suurin osa sairastuneista on edelleen eläkeiän ylittäneitä, muistisairausdiagnoosin saa vuodessa myös noin 5000 työikäistä potilasta. Muistisairauksilla on ollut pitkään kielteinen leima ja asenteet ovat olleet syrjiviä. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7, 10.) Muistisairaita voidaan esimerkiksi pitää lapsen tasolle taantuneina, kyvyttöminä ajattelemaan, kuuroina tai muistamattomina (Kankkunen 2009, 251). Pahimmillaan negatiivinen asennoituminen voi johtaa laiminlyönteihin ja kaltoinkohteluun hoitopaikoissa (Sipiläinen 2016, Särkkä 2016). Jopa 93 % ympärivuorokautisten vanhustenhuollon yksiköiden työntekijöistä raportoi jonkinlaista kaltoinkohtelua yksikössään (Tallavaara, Autti & Uusitalo 2016, 12–14).

## 2.2 Muistisairaana potilaan kivun erityispiirteitä

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistyksen IASP (2017) määrittää kivun epämiellyttäväksi kokemukseksi, joka liittyy kudonvaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein. Kipu on epämiellyttävää, mikä tekee siitä tunteisiin perustuvan kokemuksen. Kokemus on aina subjektiivinen ja tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät (Sailo 2000, 30). Aiemmat kielteiset kivun kokemukset tai huonot kokemukset terveyspalvelujärjestelmästä voivat lisätä kivun tunnetta. Myös negatiiviset tunnetilat, kuten masennus, lisäävät kipua. Tunnettilalla on vaikutusta myös kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 10.)

Kipu voidaan syntymekanisminsa perusteella luokitella nosiseptiiviseksi tai neuropaattiseksi. Nosiseptiivisessä eli kudosisvauriokivussa elimistön kipuhermopäätteet reagoivat kudosisvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Nosiseptiivinen kipu voidaan edelleen jakaa somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen kipu aiheutuu vauriosta lihaksissa, luustossa, ihossa tai sidekudoksessa, kun taas viskeraalisen kivun syntypaikkana ovat sisäelimet. Neuropaattisessa kivussa kipua välittävä hermo on vaurioitunut. Idiopaattisessa kivussa taustalta ei löydetä kudosis- tai hermoperäistä syytä. (Sailo 2000, 32–33.) Lisäksi voidaan määritellä sekamuotoinen eli vaikeasti määriteltävä kipu, jonka syntymekanismeja ei voida selvittää sekä erilaisista mielenterveyden häiriöistä johtuvat kivut (Finka, Gates & Montgomery 2015, 2). Akuutti kipu varoittaa uhkaavasta kudosisvauriosta ja se on yleensä hoidettavissa. Kipu määritellään krooniseksi kun se on kestänyt yli kolme kuukautta. Krooninen kipu voi olla jatkuvaa, ajoittaista tai toistuvaa. Krooninen kipu on sairaus, joka aiheuttaa pysyviä hermostomuutoksia. Akuutti kipu on tärkeää hoitaa ajoissa, jotta se ei kroonistu. (Sailo 2000, 34–35.)

Suuri osa muistisairaista on ikääntyneitä. Heillä on usein kroonisia, kipua aiheuttavia sairauksia, esimerkiksi nivelrikkoa, murtumia ja syöpäsairauksia (Kankkunen 2009, 248–249). Edetessään muistisairaudet vaikuttavat heikentävästi toimintakykyyn. Ne aiheuttavat esimerkiksi itsensä tahattomasta loukkaamisesta syntyviä tai liikkuvuusrajoituksiin liittyviä kipuja. Pitkäaikaisella kivulla on monia elämänlaatua heikentäviä vaikutuksia. Kipu voi aiheuttaa muun muassa unettomuutta, masennusta ja liikuntakyvyn heikkenemistä. Lisäksi se voi huonontaa potilaan kognitiivista tilaa ja aiheuttaa haasteellista käyttäytymistä. (Kankkunen 2009, 248–249.) Erityisesti iäkkäillä muistisairailla on suurentunut aliravitsemusriski (Tuovinen & Lönnroos 2008, 219–220) ja kipu voi heikentää ravitsemustilaa entisestään (Kankkunen 2009, 249).

Kipukynnyksellä tarkoitetaan minimitasoa, jolla ärsyke tuntuu kipuna. Muistisairaahan kipukynnys ei eroa terveiden ikääntyneiden kipukynnyksestä, mutta kivun sietokyky on korkeampi. Muistisairaajat kokevat kivun kuten muutkin, mutta eivät

välttämättä osaa tulkita tuntemuksia kivuksi. (Kankkunen 2009, 247–248.) Muistisairas ei välttämättä käytä sanaa "kipu", vaan voi puhua esimerkiksi sattumisesta ja koskemisesta tai kertoa olevansa väsynyt tai heikko (Kankkunen 2011, 22). Voi myös olla, ettei muistisairas osaa ilmaista kipuaan tai hän unohtaa kokemansa kivun. Kipu voi ilmetä outona käytöksenä, lisääntyneinä päivystyskäynteinä tai särkylääkkeiden syömisinä. (Hallikainen & Nukari 2017, 156.)

### 2.3 Muistisairaahan potilaan kivun arviointi

Muistisairaahan potilaan kivun arviointi vaatii hoitajalta aikaa, ammattitaitoa ja paneutumista. Kun muistisairaalta kysytään kivusta, kysymyksen tulee olla selkeää ja siihen täytyy pystyä vastaamaan joko kyllä tai ei. Kysymys ei saa olla millään tavalla johdatteleva. (Hallikainen & Nukari 2017, 156.) Muistisairaalle täytyy antaa riittävästi aikaa vastata kysymykseen. Jos potilas ei osaa vastata heti, on suositeltavaa toistaa kysymys. Kysyttäessä voidaan käyttää tarvittaessa myös muita kipua ilmaisevia sanoja, kuten vihloo tai sattuu. (Kankkunen 2009, 254.) Yleisesti arviointiin voi käyttää seuraavia ohjeita:

Kysy potilaalta. Sama kysymys voi olla tarpeen toistaa kaksi tai kolmekin kertaa. Vastaus voi vaihdella päivästä ja ajankohdasta riippuen, joten kivusta kannattaa kysyä eri aikoina. Paras ympäristö kysymykseen on hiljainen ja mahdollisimman häiriötön.

Tunne potilas. Millainen on hänen tapansa ilmaista kipua? Onko hän aiemmin ollut pidättyväinen vai avoin kivun ilmaisussaan? Jos mahdollista, kysy potilaan läheisiltä potilaan tavoista ja historiasta. Joskus potilaan läheinen voi saada vastauksen hoitajaa paremmin.

Käytä kipumittaria/kipumittareita kivun arviointiin ja kysymysten tueksi. Kipumittari antaa mahdollisuuden yhtenäisiin kivunarvioimiskäytäntöihin.

(Smith 2007, 26; Horgas 2012).

Muistisairaahan kipua arvioidaan samoilla kriteereillä kuin muidenkin potilaiden. Arviointiin vaikuttaa potilaan kyky ilmaista itseään. Muistisairaahan kivun arvioinnin lähtökohta on muistisairaahan oma kuvaus, joka pitää ottaa totena. (Kankkunen 2009, 252.) Kivun arviointiin on syytä käyttää riittävästi aikaa, sillä sopivan hoitokeinon löytäminen ja hoidon potilaskohtainen räätälöiminen erityisesti iäkkäille ja monisairaille voi olla haastavaa (Pitkälä & Nikkanen-Ilvesmäki 2010, s. 2164; Tiippana 2015). Kipuun on tärkeää puuttua aktiivisesti, koska jatkuvan kivun on todettu lisäävän masennusta ja vaikeuttavan jokapäiväisistä askareista selviytymistä, mikä puolestaan voi pahentaa muistiongelmia ja kasvattaa dementian riskiä (Whitlock ym. 2017).

Kipua arvioitaessa muistipotilaita ei voida niputtaa yhtenäiseksi ryhmäksi. Vasta viime aikoina on tutkimuksissa alettu tuoda esille, että eri muistihäiriöt vaikuttavat kipukokemukseen eri tavoin. Vaskulaarisesta dementiasta kärsivillä on esimerkiksi todettu olevan muita enemmän neuropaattista kipua. (Achterberg & Lautenbacher 2017, 468–469.)

Kivun arvioinnissa tulisi ottaa huomioon eri osa-alueet:

- Kivun sijainti
- Kivun voimakkuus
- Kivun laatu (pistävä, polttava, jne.)
- Kivun ajallinen kesto
- Kivun ilmaisutavat
- Kivun lievitystavat
- Kipua aiheuttavat ja lisäävät tekijät
- Kivun vaikutukset muistisairautta sairastavaan

(Kankkunen 2009, 252)

Kun potilaan oma ilmaisukyky on heikentynyt, potilaasta voidaan kysymisen lisäksi havainnoida tyypillistä kipukäyttäytymistä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Iäkkäiden dementiapotilaiden tyypillistä kipukäyttäytymistä American Geriatric Society:n (2002) mukaan (Guerriero ym. 2016, 35)

1. Kasvonilmeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lievä kulmien kurtistus; surullinen, pelästynyt ilme</li> <li>• Irvistely, rypistynyt otsa</li> <li>• Suljetut tai siristetyt silmät</li> <li>• Mikä tahansa vääristynyt ilme</li> <li>• Nopea silmien räpyttely</li> </ul>
2. Ääntely	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huokailu, vaikertaminen, voihtuminen</li> <li>• Ähkiminen, lauleskelu, huutelu</li> <li>• Äänekäs hengitys</li> <li>• Avun pyytäminen</li> <li>• Loukkaava puhe</li> </ul>
3. Liikehdintä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäykistynyt, kireä asento, suojeleva asento</li> <li>• Levoton liikehdintä</li> <li>• Lisääntynyt käveleskely, huojuminen</li> <li>• Liikerajoitteet</li> <li>• Muutokset kävelyssä tai liikkuvuudessa</li> </ul>
4. Muutokset kanssakäymisessä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressiivinen, riidanhaluinen, hoitoa vastustava</li> <li>• Vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen</li> <li>• Sosiaalisesti tahditon, häiritsevä</li> <li>• Omiin oloihinsa vetäytynyt</li> </ul>
5. Muutokset aktiivisuudessa tai rutiineissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruuasta kieltäytyminen, muutos ruokahalussa</li> <li>• Lepoajan lisääntyminen</li> <li>• Unen ja lepotottumuksien muutokset</li> <li>• Tavanomaisten rutiinien yhtäkkäinen lakkaaminen</li> <li>• Lisääntynyt vaeltelu</li> </ul>
6. Muutokset henkisessä tilassa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Itkeminen, kyyneleet</li> <li>• Lisääntynyt hämmentyneisyys</li> <li>• Ärtynisyys tai hätäntyneisyys</li> </ul>

Lisäksi potilaalla voi ilmetä fysiologisia muutoksia, kuten takykardiaa, korkeaa verenpainetta, pupillien laajenemista, kylmänhikisyyttä, mustelmia tai haavoja. Näitä muutoksia ei kuitenkaan ilmene kaikilla tai ne saattavat kadota nopeastikin. (Kankkunen 2009, 256.)

Kivun arviointiin käytännön hoitotyössä on kehitetty useita eri työkaluja. Yksi yleisimmin käytetty mittari on Visual Analogue Scale eli VAS. VAS-mittarissa janan vasemmassa päässä oleva numero nolla kuvaa kivutonta tilaa ja oikeassa päässä oleva kymmenen pahinta mahdollista kipua. Potilas arvioi kivun voimak-

kuutta siirtämällä liikkuvan osoittimen vastaavan numeron kohdalle tai kertoo hoitajalle kivun voimakkuutta vastaavan numeron. Janasta on kehitetty erilaisia versioita helpottamaan sen käyttöä kliinisessä työssä. Vastaavalla tavalla toimivat esimerkiksi kipukiila (Red Wedge Scale), jossa kipu ilmaistaan oikealle levenevällä punaisella kiilalla tai kasvoasteikko (Facial Pain Scale), jossa on kasvokuvia ilmaisemassa kivun eri asteita. (Kalso & Kontinen 2009, 55.) Jos kasvoasteikkoa käytetään muistisairaana kivun arviointiin, on suositeltavaa käyttää mittaria, jossa kasvot ovat selkeästi aikuisen kasvojen näköiset (Kankkunen 2011, 22).

Sanallisessa kipumittarissa (Verbal Rating Scale, VRS) on valikoima kipua kuvaavia sanoja, joista potilas valitsee sopivimmat. Kipuasteikolla pyritään kivun voimakkuuden arviointiin, mutta kipusanastojen käyttö saattaa lisäksi antaa hoitotyöhön viitteitä kivun patofysiologiasta ja emotionaalista tekijöistä. Kipusanastoa voidaan käyttää apuna eroteltaessa akuuttia ja kroonista kipua. Akuuttia kipua ilmaistaan useammin tuntemuksiin perustuvilla sanoilla (kuumotus, paineen tunne, puutuminen) kun taas kroonista kipua kuvataan enemmän tunnepohjaisesti (ahdistava, karmiva, ärsyttävä). (Kalso & Kontinen 2009, 55–57.) Lievästi muistisairas voi kysyttäessä ilmaista kipuaan sanallisesti, mutta sairauden edessä voi olla syytä käyttää muita arviointikeinoja (Kankkunen 2011, 22).

PAINAD, Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (Warden, Hurley & Vollicer 2003), on muistisairaana kivun arviointiin kehitetty mittari (taulukko 2). Mittari perustuu noin viiden minuutin havaintojaksoon, jossa tarkkaillaan potilasta ja kivun aiheuttamia käyttäytymismuutoksia. Pisteytys lasketaan asteikolla 0–10, jossa 0 kuvaa kivutonta tilaa ja 10 sietämätöntä kipua.

TAULUKKO 2. PAINAD-kipumittari (Warden, Hurley &amp; Volicer 2003)

	0	1	2
<b>Hengitys</b>	normaali	ajoittain vaivalloinen, lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	äänekäs, vaivalloinen, pitkät hyperventilaatiojaksot, Cheyne-Stokes -tyyppinen hengitys
<b>Ääntely</b>	ei ääntelyä tai tyytyväinen ääntely	satunnainen vaikeerointi tai voihkinta, valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	rauhaton huutelu, äänekäs vaikeerointi tai voihke, itku
<b>Ilmeet</b>	hymyilevä tai ilmeetön	surullinen, pelokas, tuima	irvistys
<b>Kehonkieli</b>	levollinen	kireä, ahdistunut kävely, levoton liikehdintä	jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, riuhtomista, poisvetämistä tai työntämistä
<b>Lohduttaminen</b>	ei tarvetta lohduttamiseen	ääni tai kosketus kääntää huomion toisaalle tai tyyntyyttää	huomion poiskääntäminen tai lohduttaminen ei onnistu

PAINAD-kipumittarista tehdyissä tutkimuksissa on saatu hyviä kokemuksia. Esimerkiksi 600 potilasta kattaneessa tutkimuksessa PAINADia käytettiin sairaalan akuuttiosastolla, missä tutkittavista potilaista noin puolella oli jokin muistihäiriö. PAINADin avulla saatuja tuloksia verrattiin potilaiden itsearviointiin, joka suoritettiin numeerisella kipujanalla 0–10. Nämä tulokset korreloivat. Tutkimuksessa ei

huomioitu deliriumpotilaita, eikä niitä potilaita, jotka eivät kyenneet lainkaan sanalliseen viestintään ja itsearviointiin. (Mosele, Inelmen, Toffanello, Girardi & Coin 2012, 39–41.)

Kipumittarin käyttö on olennainen osa hoitajan ammattiosaamista. Mittarin säännöllinen käyttö vahvistaa hoitajan omaa arviota kivusta ja yhtenäistää kirjaamista, kun käytössä on yhteisesti sovittu kirjaamismalli. Kipumittarin avulla pystytään myös antamaan laadukkaampaa kivunhoitoa. (Päivärinta 2015, 19–20.) Asiakkaan tunteminen voi auttaa erottamaan kivun aiheuttamat käytösmuutokset muistisairaudesta (Carlson, Leander-Korte & Paakkinen 2013, 41). Kipumittari voi antaa varmistuksen kivusta ja tukea hoitajan havaintoja, erityisesti silloin kun hoidettava on aggressiivinen tai levoton. Kipumittari toimii hoitajan turvana päätösten perustelemissa, ja rohkaisee lääkitsemään kipua. Mittarista on hyötyä myös opiskelijoiden perehdytyksessä sekä tuntemattomien potilaiden kivun arvioinnissa. Vaikka mittaria ei välttämättä käytetä säännöllisesti, sen olemassaolon tiedostamisen on huomattu parantavan kivun arviointia. Kipu otetaan tällöin hoidotyössä paremmin huomioon ja kivun merkkien tulkinta selkiintyy. (Mäkynen & Visuri 2011, 34–35; 42.)

Kipumittarien käyttöä on myös kritisoitu. Hoitajat voivat kokea, että heillä on tarpeeksi ammattitaitoa tunnistaa muistisairaahan potilaan kipu ilman mittariakin (Lipstok-Laasonen 2012, 25, Mäkynen & Visuri 2011, 35). Kipumittarin opettelu ja käyttöönotto saatetaan kokea hankalaksi (Vähäsarja & Hakkarainen 2014, 38–39) ja silloinkin, kun sen merkitys ymmärretään, käyttö saattaa jäädä vähäiseksi (Leinonen 2009, 44–45). Herrin työryhmä (2006) toteaaakin, että mittarin sijaan hoitohenkilöstön olisi tärkeämpää tietää jokaisen potilaan yksilöllinen tapa ilmaista kipua (Kankkunen 2009, 256).

Chandlerin ja Bruneaun (2014, 15) mukaan muistisairaahan kivunarvioinnissa ongelmia aiheuttavat kivun tunnistamatta jäämisen ja potilaan käyttäytymisen vir-



heellisen tulkinnan lisäksi psykotrooppisten lääkkeiden käyttö kipulääkkeiden sijaan sekä hoitohenkilökunnan huoli kipulääkityksen haittavaikutuksista. Kipumittareita ja kivun hoitoon liittyviä ohjeistuksia ei myöskään hyödynnetä tarpeeksi. Kivunarvioinnin kehittämiseksi olisi olennaista, että mittareista ja hoitosuosituksista saataisiin kokemuksia käytännössä ja hoitajat olisivat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä.

Tulevaisuudessa myös teknologiasta voi löytyä apua kivun arvioimiseen. Australiassa on kehitetty kasvonilmeitä tunnistava älypuhelinsovellus (PainChek™), joka nauhoittaa potilaan kasvonilmeitä etsien mikroilmeistä merkkejä kivusta (EPAT Technologies). Alustavien tutkimusten mukaan sovellus näyttää lupaavalta ja voisi toimia myös muistisairaiden potilaiden kivunhoidossa (Atee, Hoti, Parsons & Hughes 2017).

## 2.4 Kivun kirjaaminen

Potilasasiakirjojen laatiminen on osa terveydenhuollon ammattilaisen työnkuvaa (L 559/1994). Potilasasiakirjoihin sisältyvät päivittäiset hoitotyön kirjaamiset, joihin myös kivun kirjaaminen kuuluu. Säännöllinen kirjaaminen on hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin perusta. Kirjatuista tiedoista saadaan materiaalia hoidon laadun parantamiseen ja ne toimivat sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturvan takaajana. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 102–103.) Potilasasiakirjoihin kirjataan hoidon eri osa-alueiden kannalta tarpeelliset tiedot riittävän laajasti. Kirjausten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Mikäli kirjauksissa esitetty tieto tulee muualta kuin ammattihenkilön omista havainnoista, myös tiedon lähde on kirjattava. Lähde on merkittävä myös siinä tapauksessa, että potilasasiakirjoihin merkitään tietoja, jotka eivät koske potilasta itseään. (A 298/2009.) Muistisairaana potilaan hoitotietoja kerätessä joudutaan usein kokoamaan tietoja monesta paikasta, esimerkiksi omaisilta. Lähteiden ilmoittaminen näissä tapauksissa on olennaista.

Kivun kirjaamisessa tulisi ilmetä lähtötilanne, hoitotoiminnot ja hoidon vaikutus tai vaikuttamattomuus. Kivusta kirjataan sen voimakkuus, laatu ja sijainti. Kroonisen kivun hoidossa voidaan käyttää apuna kipupäiväkirjaa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 102–103.) Erityisesti muistisairaana potilaan kohdalla voisi olla avuksi, mikäli hänellä olisi sairaalaan tullessaan mukana kipupäiväkirja, johon olisi merkitty hänen kipuhistoriansa ja tapansa ilmaista kipua. Näin tiedot saataisiin osaksi hoitokertomusta heti hoitoon tullessa.

Hoitotyössä käytetään yleisesti kansallista sähköistä kirjaamismallia, jonka perustana Suomessa on Finnish Care Classification (FinCC). FinCC on rakenteinen ja hierarkkinen luokitusjärjestelmä, jonka avulla arvioidaan hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja ja hoitotyön tuloksia. (Iivanainen ja Syväoja 2016, 15.) Kirjaamismalli perustuu luokitukseen, jossa ylätasolla on komponentteja ja niiden alla pää- ja alaluokkia. Kivun kirjauksessa käytössä on komponentti Aisti- ja neurologiset toiminnot, jonka alla on kipuun liittyviä pää- ja alaluokkia. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012.) Luokitukset eivät kuitenkaan aina ole yksiselitteisiä. Häyrisen (2011, 47) mukaan hoitajien erikoisala vaikuttaa komponenttien valintaan, eikä luokituksia aina käytetä johdonmukaisesti tai yhtenäisesti. Kipuunkin liittyvää tietoa voidaan kirjata usean komponentin alle. Kipulääkkeen haittavaikutukset kirjattaisiin mallin mukaan Lääkehoito-komponentin alle. Kivusta mahdollisesti aiheutuva syömisen vaikeus tai tieto potilaan ruokahaluttomuudesta voisi puolestaan löytyä Ravitseminen-komponentin alaluokista.

Rakenteinen kirjaaminen vaatii aikaa ja tietojen pirstaloituminen vaikeuttaa kokonaiskuvan saamista potilaan hoidosta. Vaikka yksikkökohtaisia sopimuksia kirjaamiskäytännöistä olisi, ne eivät aina saavuta uusia tai väliaikaisia työntekijöitä. Kirjaamisen epäyhtenäisyys ja vaihtelevat sopimukset siitä, mitä kirjataan voivat pahimmillaan vaikeuttaa tiedon löytämistä ja aiheuttaa riskejä potilaan hoidossa. Toisaalta sähköinen kirjausjärjestelmä varmistaa sen, että tiedot ovat paremmin saatavilla ja löytyvät tarvittaessa. Toimivuuden edellytykset ovat yhteisesti sovitut kirjaamisen käytännöt. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 33.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistisairaana potilaan kivun arviointia ja kirjaamista Oulun kaupunginsairaalassa. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten muistisairaana potilaan kipua arvioidaan?
2. Miten muistisairaana potilaan kivunhoitoa ja hoidon vastetta kirjataan?
3. Mihin asioihin kirjaamisessa tarvitaan muutosta tai tukea?

Opinnäytetyön tavoitteena oli muistisairaana potilaan kivun arvioimisen ja kirjauksikäytäntöjen kehittäminen.

### 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

#### 4.1 Menetelmän valinta

Opinnäytetyön toteuttamiseen tarvittavat tutkimusluvut saatiin Diakonia-ammattikorkeakoululta ja Oulun kaupungilta keväällä 2017. Aineiston keruumenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, joka toteutettiin paperisena kyselylomakkeena (liite 1). Kyselylomake luotiin taustatiedon ja tutkimuskysymysten perusteella. Lomake koostui taustatiedoista, monivalintakysymyksistä ja avokysymyksistä. Tässä vaiheessa päätettiin, että analyysissä käytetään laadullista menetelmää, koska sen katsottiin soveltuvan parhaiten kyselytutkimuksen rakenteeseen ja tutkittavan aiheen sisältöön. Ennen tutkimuksen suorittamista lomake tarkistutettiin opinnäytetyön ohjaajilla ja yhteistyötaholla, jotta se olisi mahdollisimman tarkoituksenmukainen. Vastaajien anonymiteetti haluttiin säilyttää, joten taustatiedoissa kysyttiin

vain osasto ja ammattinimike. Tutkimuskysymysten kannalta tarkempi profilointi ei ollut tarpeen.

Tutkimuskysymysten analyysimenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska haluttiin kuvata tutkittavaa sisältöä monipuolisesti ja saada kokemukseen perustuvaa tarkkaa tietoa. Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi pyrkii tiivistämään aineiston sanalliseen muotoon ja luomaan selkeän kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajarvi 2009, 106–108). Sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jotta saadaan vastaus tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajarvi 2009, 112). Aineiston jakautumisesta eri luokkiin ei siis tehty ennakko-oletuksia.

#### 4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Oulun kaupunginsairaalan hoitohenkilökunta. Kohderyhmä valittiin tarkoituksella laajaksi, jotta saataisiin kattavaa tietoa muistisairaalan kivun arvioinnin käytännöistä. Yksittäisiä osastoja ei rajattu pois, koska muistisairaita potilaita on käytännössä joka osastolla.

Kysely toteutettiin kaksipuolisella lomakkeella (liite 1). Lomake sisälsi sekä lyhyitä monivalintakysymyksiä että laajempaa vastausta vaativia avoimia kysymyksiä. Lomake päätettiin jakaa vastaajille paperiversiona, koska sen täyttäminen ei vaadi koneelle kirjautumista. Tavoitteena oli kyselyn helppo saatavuus ja matala kynnyksellinen lomakkeen täyttämiseen. Tiedossa oli myös osastoille sähköisessä muodossa tulevan informaation suuri määrä, ja toivottiin, että perinteinen paperikysely olisi vaihtelua internetin kautta tehtäviin kyselyihin.

Kyselylomakkeet jaettiin Oulun kaupunginsairaalaan 17.5.2017 kivunhoitotyön verkoston kokouksen yhteydessä. Yhteensä lomakkeita jaettiin 250 kappaletta yhdeksälle osastolle siten, että suuremmille osastoille annettiin suhteessa suurempi määrä lomakkeita. Geriatriinen arviointiosasto oli kesän ajan suljettuna ja sen henkilökunta oli tänä aikana muilla osastoilla tai lomalla. Niille osastoille, joilla ei ollut edustajaa kivunhoitotyön verkoston kokouksessa, vietiin lomakkeet ja palautuskuori heti kokouksen jälkeen. Lomakkeet olivat esillä osastojen taukokuoneessa, jotta ne olisivat helposti saatavilla ja täytettävissä. Lomakkeille osoitettiin selkeä palautuspaikka, johon ne ohjeistettiin palauttamaan. Lomakkeet noudettiin osastoilta henkilökohtaisesti 10.8.2017. Yksi osastolta myöhemmin löytynyt lomake toimitettiin postitse. Tarvittaessa varauduttiin vastausajan jatkamiseen, mikäli vastausten määrä olisi jäänyt vähäiseksi. Prosessi suunniteltiin siten, että se on tarpeen mukaan toistettavissa vastaavissa yksiköissä ja olosuhteissa.

#### 4.3 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeiden taustatiedot ja monivalintakysymykset analysoitiin määrällisin menetelmin tunnuslukuja käyttäen. Vastaajien määrä osastoittain koottiin taulukkoon. Näin saatiin numeerista tietoa vastaajien koulutustaustasta ja yleisimmin esiintyneistä vastauksista. Hahmottamisen helpottamiseksi tiedot esitettiin sekä prosentteina että lukumäärinä. Määrällinen analyysi kyseisten aineistojen kohdalla oli myös tilaajan toive.

Ensin paperilomakkeiden tiedot siirrettiin sähköiseen muotoon ja tallennettiin Excel-tilukkolaskentaohjelmaan. Sisällönanalyysissä aineiston yksittäiset lauseet ja ajatuskokonaisuudet pelkistettiin jokaisen tutkimuskysymyksen mukaisesti. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin luokiksi erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien perusteella. Tarvittaessa samansisältöiset luokat yhdistettiin toisiinsa muodostamalla yläluokkia. Luokat havainnollistettiin tiedot kokoavilla kaavioilla, jotka tehtiin PowerPoint-ohjelmalla.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita palautui määräaikaan mennessä 107 kappaletta. Vastausprosentti oli 43. Vastaajien määrä kaupunginsairaalan eri osastoilla on esitetty taulukossa 3.

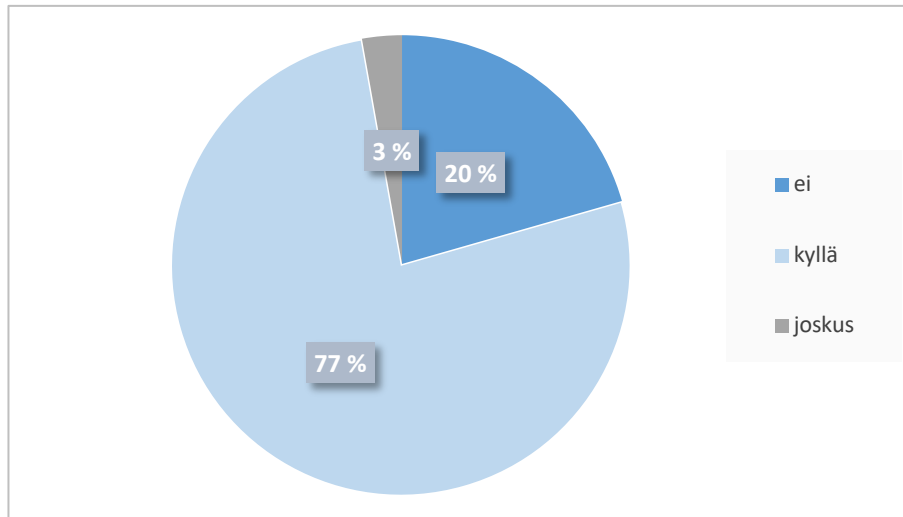
TAULUKKO 3. Kyselytutkimukseen vastanneiden määrä osastoittain

Vastaajien määrä	Osasto
alle 5	G3
5–10	G2, H1, H2
11–20	A1, A2, A3, B3
yli 20	B2

Vastaajista 51 % oli sairaanhoitajia, 36 % lähihoitajia ja perushoitajia 7 %. Loput vastaajista (6 %) edustivat yksittäisiä muita ryhmiä, kuten fysioterapeutteja ja hoitoalan opiskelijoita. Vastauksia tuli odotetusti eniten osastoilta, jotka ovat henkilökuntamääriltään suurimpia ja joiden potilasryhmissä on paljon muistisairaita potilaita. Muiden osastojen vähäisempään vastausmäärään on voinut vaikuttaa osastojen pienempi henkilöstömäärä ja yhden osaston sulkeminen kesän ajaksi. Osa pienemmistä osastoista on profiloitunut enemmän muiden kuin muistisairaiden potilaiden hoitamiseen, mikä on voinut vaikuttaa henkilökunnan vastausmotivaatioon.

## 5.2 Muistisairaahan potilaan kivun arviointi osastoilla

Muistisairaahan kipua arvioitaessa 77 % vastaajista ilmoitti arvioinnin olevan haastavaa. 20 % vastaajista ei pitänyt muistisairaahan kivun arviointia haastavana. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Muistisairaahan kivunarvioinnin haasteellisuus hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Suurin syy muistisairaahan kivunarvioinnin haastavuudelle olivat kommunikaatio-ongelmat (70 vastaajaa) ja se, että muistisairas potilas saattaa kiistää olevansa kipeä (57 vastaajaa). Hoitajat kokivat, että kivun tunnusmerkkejä oli vaikea havaita (37 vastaajaa). Kipu saattaa jäädä havaitsematta myös potilaan perussairauksien tai toimintakyvyn muutosten takia:

Monisairaus voi peittää kivun merkit.

Potilas on fyysisesti toimintakyvytön.

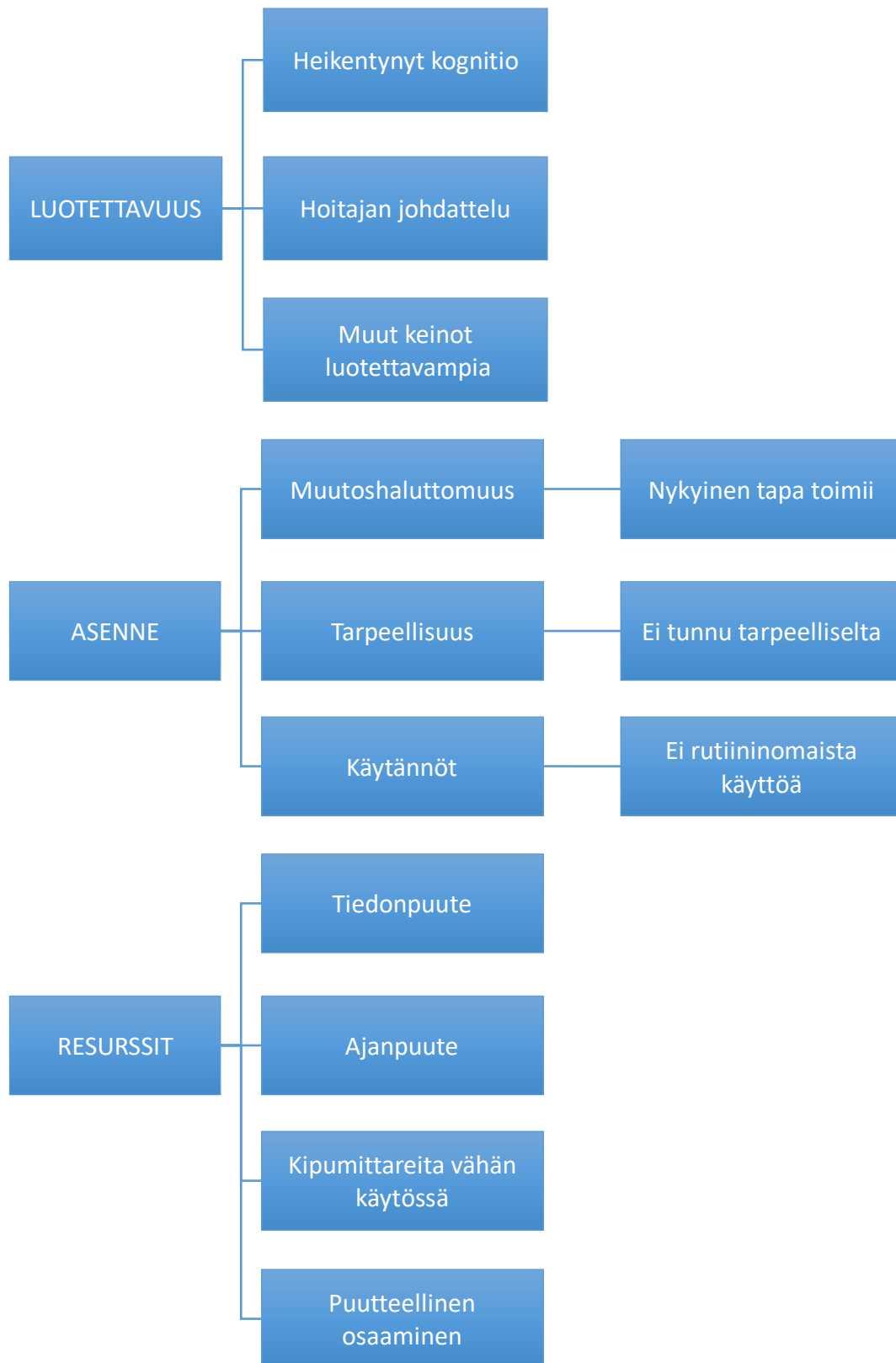
Kivun arvioimisessa jonkin verran esille nousi omaisten puuttuminen kivunhoitoon (27 vastausta). Ajan puute hankaloitti kivun arvioimista 18 vastaajan mielestä. Aikaa kaivattiin esimerkiksi potilaaseen tutustumiseen:

Aina ei ole aikaa riittävästi perehtyä potilaan "normaaliin oloon" jotta voisi tunnistaa poikkeavaa käytöstä.

Hoitajat arvioivat päivittäisessä työssään muistisairaahan kipua useilla eri menetelmillä. Lähes kaikki vastaajat havainnoivat eleitä, ilmeitä, ääntelyä ja liikkumista (yli 100 vastausta). Melkein yhtä suosittuja menetelmiä olivat potilaalta kysyminen ja potilaan käytösmuutosten sekä aggressiivisuuden tarkkailu. Muita esille tulleita menetelmiä olivat läheisten haastattelu ja fysiologisten muutosten havainnointi.

Vastaajista noin puolet käytti muistisairaahan kivunarvioinnissa kipumittaria. Suosituin kipumittari oli VAS, joka mainittiin 55 kertaa. PAINAD-mittaria ilmoitti käyttävänsä vain yksi vastaaja. Päivittäiseen käyttöön kipumittarin halusi ottaa 45 % vastaajista (48 vastaajaa). Hoitajat perustelivat haluttomuuttaan ottaa kipumittari päivittäiseen käyttöön luotettavuustekijöillä ja resurssien puutteella. Myös hoitajan asenne vaikutti. (Kuvio 2.)

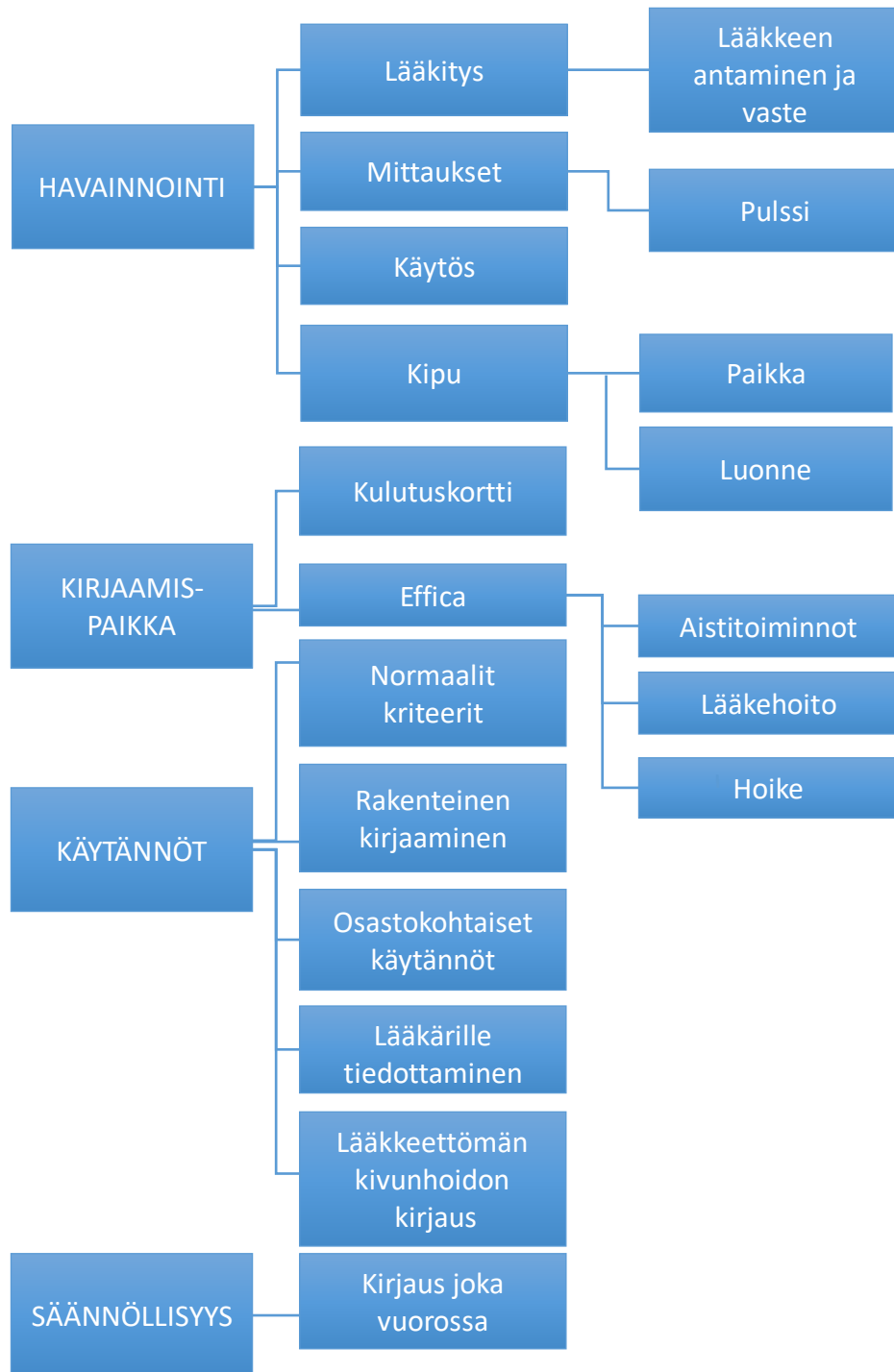




KUVIO 2. Hoitohenkilökunnan haluttomuus ottaa kipumittari käyttöön päivittäisessä työssä: vaikuttavat tekijät

### 5.3 Kivun kirjaamiseen liittyvät ohjeet osastoilla

Vastaajista 53 % kertoi, että osastolla on ohjeita kivunhoidon kirjaamiseen. Osastokohtaiset ohjeet liittyivät havainnointiin, kirjaamispaikkaan, käytäntöihin ja säännöllisyyteen (kuvio 3).



KUVIO 3. Muistisairaahan kivun kirjaamiseen liittyvät ohjeet osastoilla

Vastauksissa oli runsaasti hajontaa. Kipulääkitykseen liittyvään kirjaamiseen otettiin kantaa useassa vastauksessa. Erityisesti huomioitiin kipulääkkeen vaikutusten kirjaaminen:

On ohjeena että kun kipulääkettä antaa muistaisi myös kirjata sen vaikutukset, oliko apua, poistiko kivun kokonaan, mihin numeroon VAS putosi.

Kirjaamisen ohjeistuksissa nousi esille järjestelmällisyys. Ohjeiksi mainittiin muun muassa kivun eri osa-alueiden huomioon ottaminen ja lääkityksen tai muun hoidon vasteen kirjaaminen:

Kirjataan oireet, lääkitys ja vaste.

Osastomme sairaanhoitajan pitämässä kipukoulutuksessa korostettiin kivunhoidon kirjaamista; millaista kipu on luonteeltaan, missä se on, VAS (asteikolla 1–10), kipulääkitys ja lääkityksen antama vaste potilaalle.)

Moni vastaaja viittasi yleisesti kirjaamispaikkaan liittyviin ohjeisiin. Ohjeissa korostuivat tietojen kirjaaminen potilasjärjestelmään sekä rakenteisen kirjaamisen käytännöt.

FinnCC-luokituksen mukainen kirjaus Efficca-potilaskirjausjärjestelmään.

Rakenteinen kirjaaminen Efficalle edellyttää, että kivun havainnointi kirjataan.

Aikaan ja kirjaamisen säännöllisyyteen liittyviin ohjeisiin viitattiin useassa vastauksessa. Vastauksissa korostui, että kirjaamisen tulee olla säännöllistä:

Joka vuoro kirjataan kivusta potilastietoihin.

Päivittäinen kirjaaminen ja havainnointi.

Vastaajista 16 % (17 kappaletta) ilmoitti, että osastokohtaisia ohjeita kivunhoidon kirjaamiseen ei ole. Tietoa osastokohtaisista ohjeista ei ollut 8 %:lla vastaajista:

Jokainen kirjaa omalla tavallaan.

Suusanallisesti kehoitettu kirjaamaan pot:n vointi ennen ja jälkeen lääkityksen/hoidon. Ei suunnitelmallista, kirjallista ohjeistusta.

Ohjeita ei kai ole, kirjaaminen tosi vaihtelevaa...

Osastokohtaisen ohjeistuksen puuttuessa vastauksissa kerrottiin usein henkilökohtaisista käytännöistä. Käytännöissä näkyi niin kirjauspaikkaan kuin kirjauksen sisältöihin liittyviä yksityiskohtia. Henkilökohtaisissa käytännöissä oli paljon yhtäläisyyksiä osastojen ohjeisiin, esimerkiksi kirjauspaikkaan ja kipuun liittyen.

Ei ole ohjeistusta kirjaamiseen. Itse kirjaan aistitoimintaan kivun sekä päivittäisiin toimintoihin esim. liikkumisesta [.]

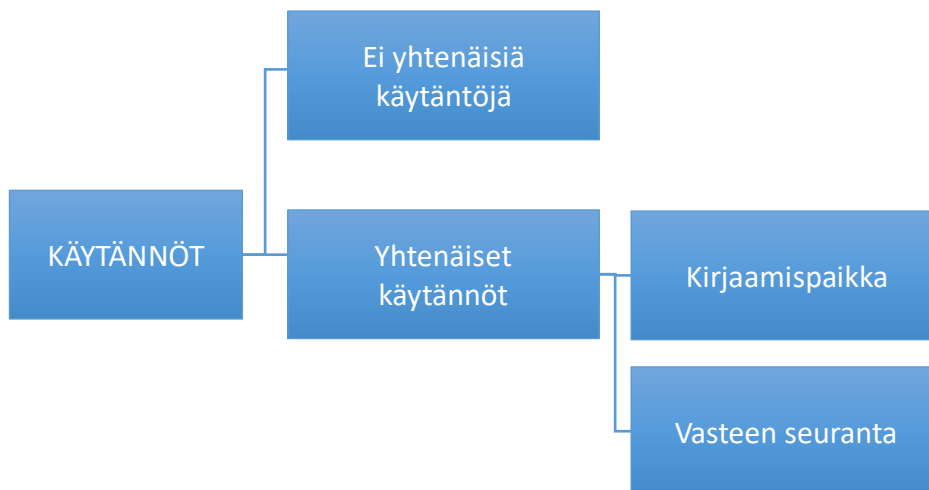
Ei osastolla ohjeita, mutta kirjataan kyllä kivut ylös ja lääkkeen saannin jälk. vaikutus seurataan [...]

#### 5.4 Muistisairaana potilaan kivun kirjaaminen osastoilla

Kivun kirjaamisessa eri osa-alueita arvioi 95 % vastaajista (102 vastaajaa). Yleisimmin kirjattiin sijainti ja voimakkuus. Kivun tyyppi kirjattiin hieman harvemmin.

Lisäksi kirjattiin hoitajasta riippuen muun muassa potilaan omaa kuvausta kivusta, missä tilanteessa ja miten kipu ilmenee, milloin kipu on alkanut sekä keltä tieto kivusta tuli. Hoitaja voi kirjata, vastaako potilaan kertoma hoitajan omia havaintoja. Kirjauksissa otettiin myös kantaa käytetyn kipulääkityksen tehoon ja mahdollisiin muutostarpeisiin. Myös potilaan oma kuvaus kivusta nostettiin esiin.

Kivunhoidon vaste kirjattiin hoitokertomukseen aina (47 %, 50 vastaajaa) tai satunnaisesti (51 %, 55 vastaajaa). Kivunhoidon vasteen kirjaamiseen osastolla oli monenlaisia käytäntöjä. Yhtenäiset käytännöt liittyivät kirjaamispaikkaan sekä vasteen seurantaan (kuvio 4).



KUVIO 4. Käytännöt kivunhoidon vasteen kirjaamiseen

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhtenäisiä käytäntöjä ei ole. Kirjaamisessa voidaan keskittyä tiettyihin osa-alueisiin tai kivun hoidon vasteeseen liittyvien ongelmien kirjaamiseen. Kivunhoidon vaste ei välttämättä tule kirjatuksi, vaikka se huomioitaisiin käytännön hoitotyössä.

Usein vain ongelmat kirjataan.

Kipua seurataan paremmin käytännössä kuin kirjaamisessa.

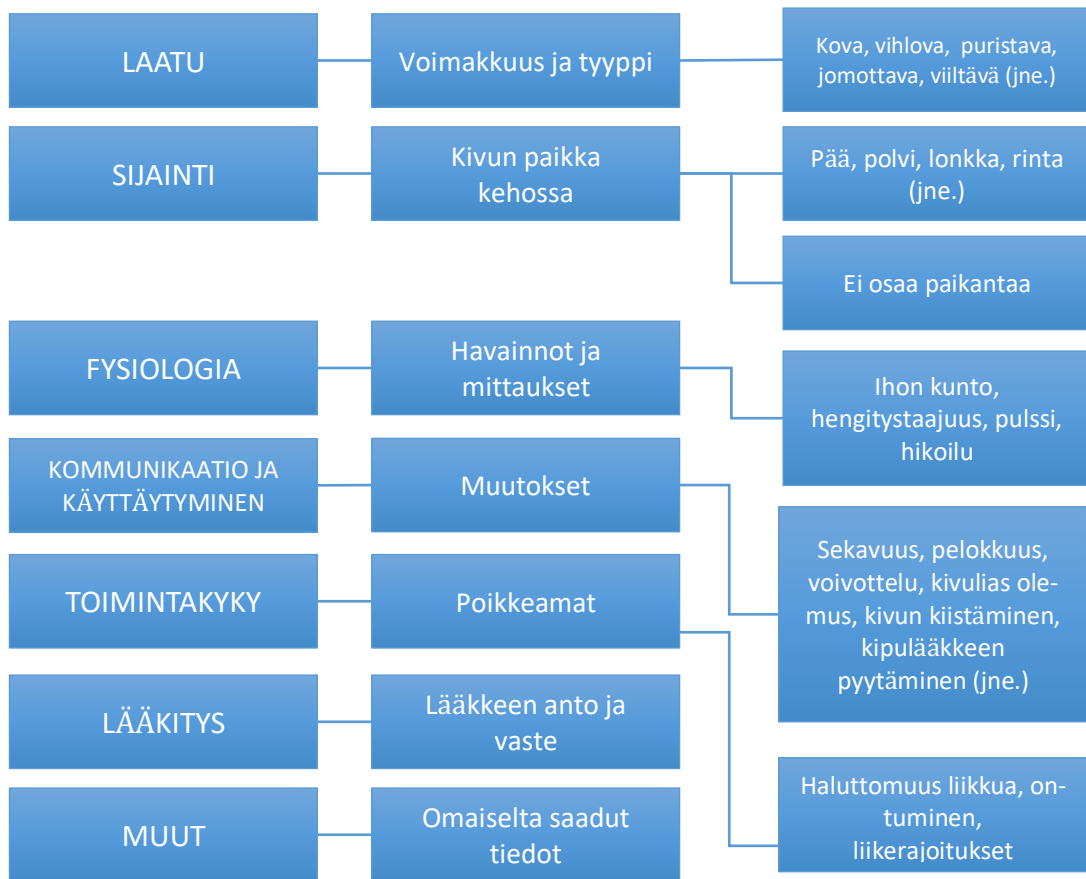
Yhtenäisten käytäntöjen puute kivunhoidon vasteen kirjaamisessa tuli selkeästi ilmi vastauksissa. Usean vastaajan mukaan ohjeistus kehottaa kirjaamaan vasteen, mutta käytännössä kirjaamisessa keskitytään usein kipuun ja sen hoitoon ja vaste jää kirjaamatta. Vaste voi jäädä kirjaamatta esimerkiksi kiireen tai oman vuoron vaihtumisen takia.

Ohjeet on, että kirjattaisiin aina. Käytännössä useinkin kirjaaminen jää kipuun ja sen hoitoon ei vasteseen.

Joskus oma vuoro loppuu ja siksi jäänyt kirjaamatta.

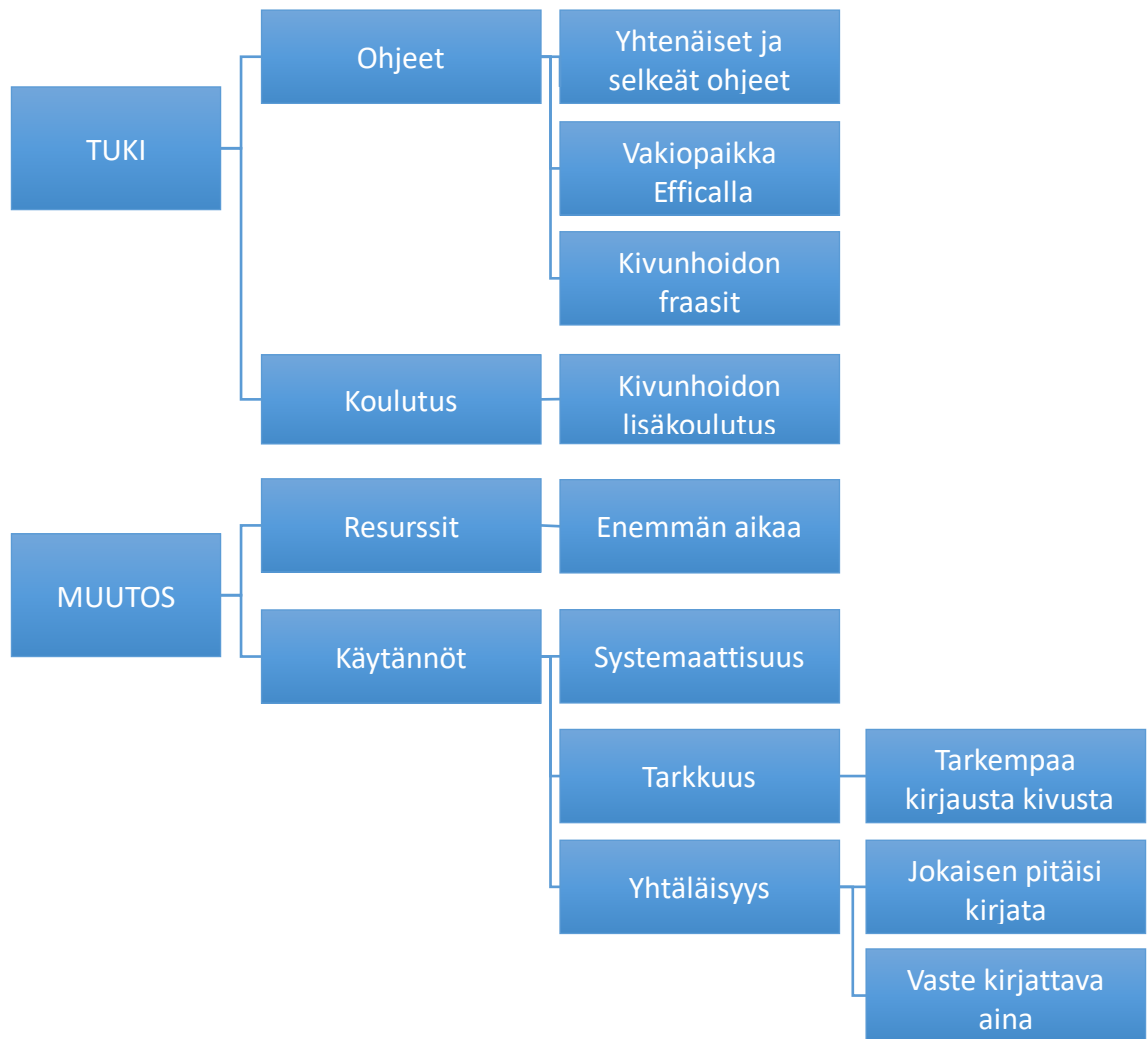
Tulisi kirjata, mutta se välillä unohtuu kiireessä.

Vastaajia pyydettiin listaamaan ilmaisuja, joita he käyttivät muistisairaana potilaan kivun kirjaamisessa (kuvio 5). Kaiken kaikkiaan kirjaaminen potilastietojärjestelmään oli monipuolista ja vaihtelevaa. Hoitajat keskittyivät erityisesti kommunikointiin ja käyttäytymiseen liittyviin sanoihin. Kivun laadussa korostuivat voimakkuuteen ja tyyppiin liittyvät ilmaisut. Kivun sijainnissa keskityttiin kivun esiintymispaikkoihin. Erikseen mainittiin myös, mikäli kipua ei pystytty suoraan paikantamaan. Fysiologisten havaintojen osalta kirjattiin muun muassa ihon kuntoa ja hikoilua kuvaavia sanoja. Toimintakykyyn viitattiin liikkumiseen tai liikerajoituksiin liittyvin ilmaisin. Lääkitykseen liittyvät tyypilliset sanat tai lauseet kuvailivat kipulääkkeen antamista ja vasteen laatua. Myös omaisilta saatuja tietoja kirjattiin. Lause aloitettiin esimerkiksi ilmaisulla ”Omaisena mukaan...”.



KUVIO 5. Kivunhoidon kirjaamisessa käytettyjä ilmaisuja

Kirjaamisen tuen tarve liittyi ohjeiden yhtenäistämiseen ja lisäkoulutustarpeeseen. Ohjeisiin toivottiin selkeyttä. Lisäksi toivottiin kivun kirjaamiselle vakioitua paikkaa potilastietojärjestelmässä, koska nykyinen käytäntö on hajanainen ja kipuun liittyvä tieto joudutaan kokoamaan usean eri otsikon alta. Kirjaamisen avuksi toivottiin myös kipuun liittyvää fraasistoa, joka olisi kaikkien saatavissa. Koulutusta toivottiin lisää erityisesti kivunhoitoon liittyen. Muutoksien osalta kirjaamiseen haluttiin lisää aikaa ja käytäntöihin yhtenäisyyttä. Kipua pitäisi kirjata tarkemmin ja kirjaamisen tulisi olla systemaattista. Kirjaamisen laatuun toivottiin parannusta muun muassa siten, että jokainen kirjaisi kipuun liittyvät seikat tarkasti ja kivunhoidon vaste kirjattaisiin aina kun mahdollista. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Kirjaamiseen tarvittava muutos ja tuki



## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Muistisairaahan potilaan kivun arviointia ja kirjaamista ei ole aiemmin tutkittu koko kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan laajuudelta. Kyselytutkimusten vastausten määrä oli suuri ja sekä tekijät että tilaajat olivat tyytyväisiä vastausten lukumäärään. Yksittäisten vastausten osalta muun muassa avokysymysten vastamiseen oli nähty vaivaa ja aineisto oli opinnäytetyön pohjaksi laaja. Yhteistyö työelämäkumppanin kanssa sujui mutkattomasti koko prosessin ajan. Opinnäytetyön katsottiin saavuttaneen tavoitteensa niin tekijöiden kuin tilaajan osalta. Opinnäytetyö antaa kattavan kuvan muistisairaahan potilaan kivun arvioinnin ja kirjaamisen tämänhetkisistä käytännöistä ja tulevaisuuden muutostarpeista Oulun kaupunginsairaalan eri osastoilla.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Oulun kaupunginsairaalassa esimerkiksi koulutussuunnittelussa, resurssoinnissa ja kipumittarien käyttöönotossa. Vastausten runsas lukumäärä kertoo siitä, että aihe on hoitajien mielestä tärkeä ja kiinnostava. Tulosten kautta saadaan tuore näkökulma muistisairaahan kivun arviointiin ja kirjaamiseen käytännön hoitotyössä. Muistisairaahan kivun arviointiin ja kirjaamiseen liittyvän prosessin tunteminen ja kehityskohteiden tunnistaminen tukevat tekijöiden ammatillista kasvua ja asiantuntijuuden kehittymistä tulevaisuudessa.

Kaiken kaikkiaan muistisairaahan potilaan kivun arviointi koettiin haastavaksi. Hoitohenkilökunnan mielestä osastokohtaisia ohjeita kivun arviointiin on niukasti ja niistä tiedottaminen jää puutteelliseksi. Myös yhtenäisten käytäntöjen puute tuli selvästi ilmi. Tulosten perusteella muistisairaahan kipua arvioitiin monipuolisesti. Kivunarviointinnissa korostui hoitajan oma havainnointi, mutta myös omaisilta kysyminen tuli esille. Omien havaintojen lisäksi voi olla hyödyllistä kysyä potilaan lä-

heisiltä, onko potilas heidän mielestään kivuliaan oloinen. Lehtomäen (2016) mukaan muistisairaana pitkäaikainen tunteminen auttaa merkittävästi tunnistamaan hänelle ominaista kipukäyttäytymistä.

Kyselyn mukaan VAS-kipumittaria käytetään suhteellisen usein apuna kivun arvioinnissa, mutta muistisairaille räätälöidyt mittarit ovat erittäin harvoin käytössä. Hieman alle puolella hoitajista oli kuitenkin halua ottaa jokin kipumittari päivittäiseen käyttöön. Yhtä ylivertaista kipumittaria ei ole. Kipumittarilla voidaan kuitenkin tarkentaa kivun arviointia, sillä hoitajan ja potilaan arvio kivun esiintyvyydestä ja vakavuudesta voivat poiketa toisistaan. Hyviä kokemuksia muistisairaana kivun arvioinnissa on Suomessa saatu esimerkiksi Verbal Rating Scale -mittarista (Pesonen 2011, 61–62). Suositeltavaa olisi, että valittu kipumittari olisi käytössä koko hoitojakson ajan (Kankkunen 2011, 23).

Muistisairaana potilaan kivun kirjaamiseen käytettyjä sanoja ja lauseita käytettiin erittäin kattavasti ja kivun eri osa-alueet huomioiden. Kaupunginsairaalan hoitajat kokivat, että osastojen kiire ei näy niinkään kivun arvioinnissa, mutta tulee esille kirjaamisessa. Kiireen lisäksi kivun arviointia voivat heikentää henkilökunnan vaihtuvuus ja kokemattomuus, sekä hoitajan asenne, joka voi muistisairaana kipua kohtaan olla jopa välinpitämätön (Lipstok-Laasonen 2012, 25–28).

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että kivunhoidon lisäkoulutusta toivotaan laajasti (Vähäsarja & Hakkarainen 2014, 45; Järvenpää 2016, 31; Tuukkala & Pasuri 2014, 30; Lipstok-Laasonen 2012, 30; Patala & Palander 2016, 27). Tässä tutkimuksessa hoitajien lisäkoulutustarve liittyi erityisesti kirjaamiseen. Kivunhoidon kirjaamiseen halutaan yhtenäiset ja selkeät ohjeet. Myös tietojärjestelmän kehittämistä kivunhoitoon liittyvien kirjausten selkeyttämiseksi toivottiin. Kansallisen kirjaamismallin mukaan suunniteltujen tietojärjestelmien ongelmana on aiemmin mainittu luokitus, joka pilkkoo hoitotyön osiin. Oikean luokan ja komponentin valintaa joutuu pohtimaan, eivätkä kaikki vaihtoehdot ole aina hoitajan kannalta

loogisissa paikoissa. Luokitus myös mahdollistaa saman asian kirjaamisen usealla tavalla. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 26.) Kipu kirjataan nykyisen käytännön mukaan Effican Aistitoiminnot-otsikon alle. Osa vastaajista toivoi, että kivulle olisi tietojärjestelmässä oma paikka, koska kaikki eivät koe nykyistä kirjaamispaikkaa loogisena.

Olisi toivottavaa, että hoitajien kivunhoitokoulutukseen ohjattaisiin lisää resursseja. Muistisairaahan kipua on tutkittu vielä kohtalaisen vähän ja mittareiden kehittäminen vaatii jatkotutkimuksia. Hoitohenkilökunta on avainasemassa, jotta muistisairaahan kivunhoito kehittyä edelleen ja arviointiin sovelletaan tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia työkaluja. Myös tietoteknisiä sovelluksia on saatavilla ja niitä voidaan käyttää kivunarvioinnin tukena.

## 6.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan koko tutkimusprosessin osalta (Eskola & Suoranta 2008, 210). Opinnäytetyön eri vaiheet tarkastutettiin sekä ohjaajilla että työn tilaajilla ja luotettavuuden toteutumista arvioitiin säännöllisesti. Muutoksia tehtiin tarvittaessa käytyjen keskustelujen perusteella. Tutkimuskysymyksiä ja kyselytutkimuksen sisältöä tarkennettiin toisiaan vastaaviksi ja teoriaosuudessa hyödynnettiin mahdollisimman ajantasaista näyttöön perustuva tietoa.

Luotettavuuden kriteereiksi laadullisessa tutkimuksessa voidaan nostaa uskottavuus, varmuus, vahvistuvuus ja siirrettävyys. Uskottavuus on sitä, että tutkija varmistaa tutkittavien käsitysten vastaavan hänen omia tulkintojaan. (Eskola & Suoranta 2008, 211–212.) Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin anonymisti ja johdattelematta. Vastaajat saivat täyttää kyselylomakkeen itsenäisesti, eivätkä työn toteuttajat olleet läsnä vastaustilanteessa. Kyselyyn ei myöskään liittynyt haastattelua, jossa vastaajia olisi voitu johdatella vastaamaan tietyllä tavalla.

Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia vertailemalla. Johtopäätökset tehtiin vastauksissa ilmenneisiin toistuvuuksiin perustuen. Aineisto voidaan määritellä kattavaksi (Eskola & Suoranta 2008, 215), koska tulkintoja ei tarvinnut tehdä satunnaisten poimintojen perusteella.

Kyselylomakkeen suunnittelua ohjasivat ennakko-oletukset muistisairaana kivunhoitoa koskevista haasteista. Ennakko-oletukset perustuivat muistisairaana kivunhoitoa käsitteleviin tutkimuksiin. Näiden ennakko-oletusten huomioiminen lisää tutkimuksen varmuutta (Eskola & Suoranta 2008, 212). Tulosten pohjalta tehdyt tulkinnat vastaavat aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia. Parkkilan, Välimäen ja Routasalon (2000) mukaan vahvistuvuuteen liittyy myös pyrkimys esittää tehdyt päätökset ja päättelyt niin seikkaperäisesti, että ne ovat lukijan seurattavissa ja arvioitavissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139). Opinnäytetyön tulokset ovat siirrettävissä esimerkiksi kotihoitoon, palvelu- tai hoivakoteihin, joissa muistisairaana ki-pua arvioidaan ja kirjataan.

### 6.3 Eettisyys

Muistisairaat ovat yksi hoitotyössä määritellyistä haavoittuvista potilasryhmistä (Kankkunen 2009, 247). Haavoittuvalla potilasryhmällä tarkoitetaan väestöryhmää, jolla ei ole vaikutusvaltaa saada samoja mahdollisuuksia kuin hyväosaisemilla ryhmillä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018. Aiheet. Hyvinvointi. Terveystieteet. Eriarvoisuus. Keskeisiä käsitteitä). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) kieltää kaikenlaisen syrjinnän. Lain mukaan potilaan yksilölliset tarpeet on otettava huomioon ja hänen itsemääräämisoikeuttaan ja vakaumuksiaan on kunnioitettava. Laissa määritellyt teemat tulevat esille myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa. Ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävä on lievittää potilaan kärsimystä ja parantaa hänen elämänlaatuaan. Hän kohtaa jokai-

sen potilaan arvokkaana ihmisenä. Sairaanhoidajan ja potilaan hoitosuhteen tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. (Sairaanhoidajat 1996.)

Koska opinnäytetyö käsittelee muistisairaahan hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia, liittyy asiaan monia eettisiä näkökantoja. Tässä opinnäytetyössä eettisten kysymysten pohdinta siirtyi osittain kyselyyn osallistuneelle hoitohenkilökunnalle. Esille nousevat esimerkiksi kivun arviointikriteerien määrittäminen ja tulkinta, jotka riippuvat hoitajasta, hänen taustastaan ja ammatillisista vahvuuksistaan. Kivun arviointiin käytettävät mittarit voivat olla vaillinaisia tai hankalia käyttää; toisaalta taas mittareiden täsmällisyyden ja tehokkuuden mittaaminen on haastavaa. Voi myös miettiä, pystytäänkö potilaan itsemääräämisoikeutta ottamaan aina huomioon näissä tilanteissa. Usein, etenkin pitkälle edenneessä muistisairaudessa, potilaan ilmaisukyky voi olla rajoittunut tai poikkeava, jolloin hoitotahtoa ja näkemyksiä esimerkiksi lääkähoidosta ei saada tietoon. Pahimmassa tapauksessa muistisairaahan kipu voi jäädä hoitamatta (Kankkunen 2009, 247).

Opinnäytetyön etiikkaa arvioidaan jo siinä vaiheessa, kun tutkimuslupaa anotaan. Arvioijana voi tällöin toimia esimerkiksi hoitotyön vastuhenkilö. Tutkimusetiikkaan voidaan lukea myös tutkijoiden vastuu kysyä neuvoa ongelmatilanteissa esimerkiksi ohjaajilta tai keskustelemalla kollegojen kanssa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) listaa humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eli ihmistieteisiin luettavien alojen eettiset periaatteet. Näihin voidaan sisällyttää myös hoito- ja terveystiede. Pääperiaatteina ovat osallistumisen vapaaehtoisuus, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyydestä ja tietosuojasta huolehtiminen.

Kyselytutkimuksessa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja siitä, kuka tutkimuksen tekee. Vastaamiseen annettiin aikaa niin, että kesälomallakin olevilla olisi aikaa vastata siihen töihin palatessaan. Kyselyyn osallistuminen oli vapaa-

ehtoista. Osallistuminen kyselyyn ja kyselyn palauttaminen sille varattuun paikkaan tulkittiin tutkimuseettisten periaatteiden mukaan suostumiseksi annettujen tietojen käyttöön.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen tulokset esitettiin neutraalisti, jotta vastaajista ei syntyisi vääristyneitä mielikuvia. Saadun tiedon perusteella ei tehty liiallisia yleistyksiä. Tulokset kerrottiin avoimesti ja rehellisesti asenteellisuutta ja arvostelua välttäen. Eri näkökannat tai vastauksissa esiintynyt hajonta tuotiin esille niin, että opinnäytetyö edustaa mahdollisimman kattavasti vastausten todellista sisältöä. Tutkittavien yksityisyyttä suojeltiin pitämällä yksilöivien tietojen määrä kyselylomakkeessa mahdollisimman vähäisenä. Vastaukset kerättiin osastoilla tiettyyn paikkaan (kansio), joka ei ollut lukittu. Tämä on voinut vaikuttaa vastaushalukkuuteen tai vastausten sisältöön, mikäli vastaaja on kokenut, että hänet olisi mahdollista tunnistaa vastauksesta esimerkiksi käsialan perusteella. Sama koskee myös fysioterapeutteja, jotka voidaan tunnistaa ammattinimikkeen perusteella, koska heitä on osastolla yleensä vain yksi tai enintään muutama. Opinnäytetyön tulososiossa vastaajien määrä osastoittain jaoteltiin kategorioihin siten, ettei vastausten tarkkaa lukumäärää ilmoitettu. Näin pyrittiin minimoimaan vastaajien tunnistaminen osastoilla, joilla vastaajien lukumäärä oli suhteellisen pieni.

#### 6.4 Ehdotuksia jatkotutkimukselle

Sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa on keskeinen. Sairaanhoitajat ovat avainasemassa, kun arvioidaan potilaan kipua sekä suunnitellaan ja toteutetaan hoitotoimenpiteitä (Rask 2003, 13). Tutkimuksen perusteella kipumittareiden käyttöä haluttiin lisätä. Lisäksi toivottiin kipuun liittyvää fraasistoa. Uusia mittarisovelluksia on tarpeen tutkia enemmän käytännössä. Kaupunginsairaalassa toimiva kivunhoitotyön verkosto voi olla suunnannäyttävä, koska osastokohtaisten avainosaajien tehtävä on viedä tietoa eteenpäin. Sopiva jatkokehityshanke voisi olla esi-

merkiksi pilottihanke PAINAD-kipumittarin systemaattiseen käyttöönottoon vuodeosastoilla sekä siihen liittyvä tutkimus hankkeen onnistumisesta ja vastaanotosta. Myös muistisairaana kipuun ja kipumittarien käyttöön liittyvä koulutusmateriaali olisi tervetullut lisä yhtenäistämään sairaalan käytäntöjä. Yhtenäisen kivun arvioinnin myötä olisi helpompi kehittää jatkossa myös esille tulleita monenkirjavia kirjaamisen käytäntöjä, joihin toivottiin muutosta.

## LÄHTEET

- A 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>
- Achterberg, W., & Lautenbacher, S. (2017). Pain in Dementia: A Distressing combination of several factors. *Current Alzheimer Research*, 14(5), 468–470.
- Atee, M., Hoti, K., Parsons, R. & Hughes, J. (2017). Pain assessment in dementia: Evaluation of a point-of-care technological solution. *Journal of Alzheimer's Disease*, 60(1), 137–150. Saatavilla <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad170375>
- Atula, S. (2015). Lewyn kappale -tauti. *Lääkärikirja Duodecim*. Saatavilla <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>
- Carlson, T., Leander-Korte, S. & Paakkinen, H. (2013). *Kivun arviointi ja hoitaminen iäkkään ihmisen hoitotyössä* (Opinnäytetyö, Laurea ammattikoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013052710923>
- Chandler, R. & Bruneau, B. (2014). Barriers to the management of pain in dementia care. *Nursing Times*, 110 (28), 12–15. Saatavilla <https://www.nursingtimes.net/Journals/2014/07/04/b/b/p/090714-Barriers-to-the-management-of-pain-in-dementia-care.pdf>
- EPAT Technologies. PainChek™. Saatavilla <https://www.epattechnologies.com>
- Erkinjuntti, T. (2011). Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 127(1), 85–86. Saatavilla <http://duodecimlehti.fi/lehti/2011/1/duo99264>
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Finka, R., Gates, R. & Montgomery, R. (2015). Pain assessment. Teoksessa: J. Paice (toim.), *Physical Aspects of Care: Pain and Gastrointestinal Symptoms* (s. 1–22). New York: Oxford University Press.
- Guerriero, F., Sgarlata, C., Maurizi, M., Rollone, M., Carbone, M., Rondanelli, M., Perna, S. & Ricevuti, G. (2016). Pain management in dementia: so far, not so good. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 64, 31-



39. Saatavilla [http://www.igerontology-geriatrics.com/wp-content/uploads/2016/04/06\\_Guerriero1.pdf](http://www.igerontology-geriatrics.com/wp-content/uploads/2016/04/06_Guerriero1.pdf)
- Hallikainen, M. (2017). Yleisimmät etenevät muistisairaudet. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim.), *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt* (s. 226–233). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M. & Nukari, T. (2017). Muistisairauden vaikutus kivun kokemiseen ja ilmaisuun. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim.), *Kivun arviointi ja hoito* (s. 156–160). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Horgas, A. (2012). Assessing pain in older adults with dementia. *Try this:® Best practices in nursing care to older adults with dementia*, D2. Saatavilla <https://consultgeri.org/try-this/dementia/issue-d2.pdf>
- Häyrinen, K. (2011). *Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukainen moniammatillisen tietomallin kehittäminen* (Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0535-2>
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). *Hoida ja kirjaa* (9. p.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?Item-Number=1698>
- Järvenpää, R. (2016). *Muistisairaahan vanhuksen kivun hoidon toteutus palveluasumisyksikössä* (Opinnäytetyö, Vaasan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016111516247>
- Kalso, E. & Kontinen, V. (2009). Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.), *Kipu* (s. 52–63). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. (2009). Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), *Gerontologinen hoitotyö* (s. 247–265). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kankkunen, P. (2011). Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. *Sairaanhoitaja-lehti*, 9 (84), 22–24.

- Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Saatavilla <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lehtomäki, K. (2016). *Ikääntyneiden muistisairaiden kivun tunnistaminen, hoito ja omaishoitajien tuen saanti* (Pro gradu –tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos). Saatavilla [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20161314/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20161314.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20161314/urn_nbn_fi_uef-20161314.pdf)
- Leinonen, T. (2009). *Koskoo ja kolottaa joka paikkaan. Kyselytutkimus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille heidän osaamisestaan arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua* (Opinnäytetyö, Mikkelin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201002262585>
- Liljamo, P., Kinnunen, U. & Ensio, A. (2012). *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas –SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>
- Lipstok-Laasonen, A. (2012). *Dementoituneen potilaan kivunhoitotyö: Kysely Jämsän laitoshoidon henkilökunnalle* (Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201205188820>
- Mosele, M., Inelmen, E., Toffanello, E., Girardi & Coin, A. (2012). Psychometric properties of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(1), 38–43.
- Muistiliitto ry. (2017). Muistisairaudet. Saatavilla <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>
- Mäkynen, E. & Visuri, T. (2011). *PAINAD-mittarin hyödynnettävyys dementiapo-*

- tilaiden arvioinnissa* (Opinnäytetyö, Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011122018967>
- Määttä, M. & Kankkunen, P. (2009). Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. *Hoitotiede*, 21(4), 282 –293.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. (2010). Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. (Julkaisusarja D – verkkojulkaisut). Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavilla [www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf](http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf)
- Oulun kaupunki. Oulu. Terveyspalvelut. Osasto G2. Saatavilla <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/osasto-g2>
- Patala, M. & Palander, T. (2016). *Kivun arviointi saattohoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla: Kipumittarin käyttö kivun arvioinnissa*. (Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016101014992>
- Pesonen, A. (2011). *Pain measurement and management in elderly patients. Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7343-4>
- Pitkälä, K. & Nikkanen-Ilvesmäki, H. (2010). Vanhuksen kivun hoitoon ei ole hyviä vaihtoehtoja. *Lääkärilehti*, 24(65), 21–64. Saatavilla <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/vanhuksen-kivun-hoitoon-ei-ole-hyvia-vaihtoehtoja/>
- Päivärinta, A. (2015). *Muistisairaana kivun arviointi – Hoitajien kokemuksia PAINAD-kipumittarin käytöstä* (Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012110915069>
- Rask, M. (2003). Tehokkaampaa kivunhoitoa, kärsimys ei jalosta ketään –sairaanhoitajien kivun arvioinnin ja kivun hoidon tietotaitotason kartotus Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Teoksessa: P. Lauritsalo, (toim.), *Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä* (s. 9–17). Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 29.
- Sailo, E. (2000). Mitä kipu on? Teoksessa: E. Sailo & A.-M. Vartti (toim.),

- Kivunhoito* (s. 30–38). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sairaanhoitajat (1996). Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Saatavilla <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. (2006). *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sipiläinen, H. (2016). *Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 354. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto (Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto) Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2132-1>
- Smith, S. (2007). Assessing pain in people with dementia 2: The nurse's role. *Nursing Times*, 103(30), 26. Saatavilla <https://www.nursingtimes.net/assessing-pain-in-people-with-dementia-2-the-nurses-role/197737.article>
- Sulkava, R. (2010). Muistisairaudet. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.), *Geriatría* (s. 120–138). 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. (2008). Teoksessa: S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.), *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. (s. 81–116). Helsinki: Edita.
- Särkkä, H. (19.9.2016). Muistisairas äiti kärsi kivuista hoitokodissa: sai vai-voihinsa lumelääkettä – virkamiehet myöntävät laiminlyönnit. *Ilta-Sanomat*. Saatavilla <https://www.is.fi/terveys/art-2000001264046.html>
- Tallavaara, M., Autti, L. & Uusitalo E. (2016). Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Valviran kysely 25.2. – 18.3.2016. Selvityksiä 1:2016. Saatavilla [https://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia\\_kaltoinkohtelu\\_vanhustenhuollon\\_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c](https://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c)

- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (2017). Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Saatavilla [https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s\\_b1tDbTMwQA&rgion=s07MBAA=&year=sy4rAQA=&gender=t&abs=f&color=f](https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1tDbTMwQA&rgion=s07MBAA=&year=sy4rAQA=&gender=t&abs=f&color=f)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2018). Aiheet. Hyvinvointi. Terveyserot. Eriarvoisuus. Keskeisiä käsitteitä. Saatavilla <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>
- Tiippana, E. (2015). Vaativien potilasryhmien kipulääkitys klinikon silmin. *Sic-lehti*, 4. Saatavilla [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/vaativien-potilasryhmien-kipulaakitys-kliinikon-silmin](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vaativien-potilasryhmien-kipulaakitys-kliinikon-silmin)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuovinen, A. & Lönnroos, E. (2008). Iäkkään ravitseminen. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.), *Geriatría –arvioinnista kuntoutukseen* (s. 211–226).
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009). Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Saatavilla <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- Tuukkala, A. & Pasuri, N. (2014). *Desorientoituneen potilaan kivun arviointi: kyselytutkimus hoitajien osaamisesta sisätautien vuodeosastolla* (Opinnäytetyö, Laurea-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014100714513>
- Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.), *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* (s.26–34). Juva: WSOY.
- Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. (2009). Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), *Gerontologinen hoitotyö* (s. 14). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Vähäsarja, S. & Hakkarainen, T. (2014). *Muistisairaahan kivun arviointi: Geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosaston hoitajien kokemuksia PAINAD-*

*mittarin käyttöönotosta ja soveltuvuudesta muistisairaana kivun arviointiin* (Opinnäytetyö, Lahden ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201403123093>

- Warden, V., Hurley, A.C. & Volicer, V. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4, 9–15.
- Whitlock E., Diaz-Ramirez L., Glymour M., Boscardin, W., Covinsky K., & Smith, A. (2017). Association between persistent pain and memory decline and dementia in a longitudinal cohort of elders. *JAMA Internal Medicine*, 177(8), 1146–1153.

## LIITE 1. Kyselylomake

### MUISTISAIRAAN KIVUN HOITO OSASTOLLA

Tämä kysely kartoittaa muistisairaahan kivun hoitoa osastotyössä.

Kysely on tarkoitettu kaikille hoitohenkilöille (lh, ph, sh). Vastaaminen kestää 5-10 min. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Palauta täytetty kysely sille varattuun lehtikoteloon.

**Kiitos vaivannäöstäsi!**

### TAUSTATIEDOT

Olen : Lähihoitaja ( ) Perushoitaja ( ) Sairaanhoidtaja ( )

### MUISTISAIRAAN KIVUN HOITO OSASTOLLA

1. Miten arvioit muistisairaahan potilaan kipua? Rastita sopivat vaihtoehdot.

- a) Kysymällä potilaalta ( )
- b) Havainnoimalla eleitä ( )
- c) Havainnoimalla ilmeitä ( )
- d) Havainnoimalla ääntelyä ( )
- e) Havainnoimalla muutoksia potilaan käyttäytymisessä ( )
- f) Havainnoimalla potilaan liikkumista (esim. ontuminen, varominen) ( )
- g) Potilas ei kestä liikkuttelua tai hoitotoimenpiteitä ( )
- h) Potilas on aggressiivinen ( )
- i) Käyttämällä kipumittaria ( )
- j) Muuten, miten? \_\_\_\_\_

2. Jos käytät kipumittaria, onko käytössäsi

- a) PAINAD ( )
- b) VAS ( )
- c) Kipujana ( )
- d) DEPS ( )
- e) Joku, muu, mikä? \_\_\_\_\_

3. Kirjaatko kipumittarin antaman tuloksen hoitokertomukseen? Kyllä ( ) Ei ( )

4. a. Jos et käytä kipumittaria muistisairaahan kivun arvioimiseen, haluaisitko ottaa kipumittarin käyttöön päivittäisessä työssäsi? Kyllä ( ) Ei ( )

4. b. Jos et, niin miksi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. a. Koetko muistisairaahan potilaan kivun arvioinnin haastavaksi? Kyllä ( ) Ei ( )

5. b. Jos vastasit kyllä, niin miksi? Rastita sopivat vaihtoehdot.

- a) Kivun tunnusmerkkejä on vaikea havaita ( )
- b) Potilas kiistää olevansa kipeä ( )
- c) Omaiset puuttuvat kivunhoitoon ( )
- d) Ajanpuute ( )
- e) Kommunikaatio-ongelmat ( )
- f) Sopivia kipumittareita ei ole käytössä ( )
- g) Jokin muu syy, mikä? \_\_\_\_\_

6. Millaiset ohjeet osastollasi on kivunhoidon kirjaamiseen?

---

---

---

---

7. a. Arvioitko kivusta kirjaamisen yhteydessä eri osa-alueita? Kyllä ( ) Ei ( )

7. b. Jos vastasit kyllä, niin mitkä osa-alueet kirjaat ylös?

- a) Sijainti ( )
- b) Voimakkuus ( )
- c) Tyyppi ( )
- d) Jokin muu, mikä? ( ) \_\_\_\_\_

8. Kirjoita tyypillisiä sanoja ja lauseita, joita käytät muistisairaana potilaan kivun kirjaamisessa.

---

---

---

---

9. Kirjaan kivun hoidon vasteen hoitokertomukseen:

Aina ( ) Satunnaisesti ( ) En koskaan ( )

10. Millaisia käytäntöjä osastolla on kivun hoidon vasteen kirjaamiseen?

---

---

---

---

11. Millaisiin asioihin kivun kirjaamisessa tarvittaisiin muutoksia tai tukea?

---

---

---

---