

# **Muistisairaan kivun havaitseminen ja hoito te- hostetun palveluasumisen yksikössä**

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (AMK)

2023

Vilma Albertsson & Aarne Ahola

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Vilma Albertsson & Aarne Ahola	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika 2023
	Sivumäärä 43	
Työn nimi <b>Muistisairaahan kivun havaitseminen ja hoito tehostetun palveluasumisen yksikössä</b>		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja (AMK)		
Toimeksiantajaorganisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) LAB-ammattikorkeakoulu		
Tiivistelmä <p>Muistisairaiden kivun havaitseminen ja hoito on haastavaa. Kenenkään ihmisen ei kuuluisi kärsiä kivuista. Muistisairaus ei vaikuta pelkästään itse sairastuneeseen vaan, se vaikuttaa kaikkiin ympärillä oleviin ihmisiin, terveydenhuoltoalan ammattilaisiin sekä kansantalouteen.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa tietoa muistisairaahan kivun havaitsemisesta ja hoidosta. Opinnäytetyön aihe on rajattu tehostetun palveluasumisen yksikköön, joten kirjallisuuskatsaus kertoo tehostetun palveluasumisen muistisairaista. Tämä opinnäytetyö tulee opetusmateriaaliksi LAB-ammattikorkeakoulun gerontologiselle hoitotyön opintojaksolle. Kirjallisuuskatsauksen lisäksi opetusmateriaaliksi on luotu diaesitys, joka on tehty tämän opinnäytetyön pohjalta. Opinnäytetyössä ja diaesityksessä käsitellään mm. seuraavia aiheita: millaista on muistisairaiden laadukas kivun hoito, miten sitä havaitaan sekä mitä haasteita kivun havaitsemiseen tämän sairauden yhteydessä voi liittyä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda tietoa opiskelijoille muistisairaiden kivun hoidosta, jotta oikeanlainen hoito toteutuisi tulevaisuuden hoitotyössä paremmin. Opinnäytetyön tuotos pohjautuu kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen.</p> <p>Tuloksista käy ilmi, että muistisairaahan kivun havaitseminen ja hoito on erityisen laaja kokonaisuus. Suomessa muistisairaiden kivun havaitseminen ja hoito on tällä hetkellä puutteellista ja se vaatii kehittämistä. Hyvänä jatkotutkimuksena olisi havainnoida kivunhoidon toteutumista empiirisenä tutkimuksena.</p>		
Asiasanat Muistisairaus, tehostettu palveluasuminen, kipu, kivun havaitseminen, RAI, kivun hoito, lääkkeen hoito, lääkkeellinen hoito, ennakkoiva hoito		

## Abstract

Author(s) Vilma Albertsson & Aarne Ahola	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2023
	Number of Pages 43	
Title of Publication <b>Detection of pain and pain management with people who suffer from memory disorders in intense service housing</b>		
Degree, Field of Study Bachelor of health care, nursing		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) LAB–University of applied sciences		
Abstract <p>Detecting and treating pain in individuals with dementia pose significant challenges. No person should endure unnecessary pain, and dementia affects not only the afflicted individual but also those around them, healthcare professionals, and the national economy.</p> <p>The thesis was executed as a descriptive literature review. The information for this thesis has been gathered from current and diverse written and electronic sources for reliability. This thesis is aimed to increase the knowledge of students studying gerontological nursing.</p> <p>The literature review focuses on individuals with dementia residing in intense service housing. The purpose was to produce a written report that could be used to improve the awareness of students on pain detection and pain management among people with memory disorders. In addition to the literature review, a presentation has been created based on this thesis to supplement the educational material. The thesis and the presentation cover topics such as what constitutes quality pain management for individuals with dementia, how to detect pain, and the challenges associated with pain detection in the context of this condition.</p> <p>The results reveal that detecting and treating pain in individuals with dementia is a complex undertaking. In Finland, the current state of pain detection and treatment for individuals with dementia is inadequate and requires substantial improvement. A valuable avenue for further research would be to observe the implementation of pain management through empirical studies</p>		
Keywords Memory disorder, intense service housing, pain, pain detection, pain management, pain relief, proactive pain management, RAI, medication-free treatment		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Muistisairaus ja tehostettu palveluasuminen .....	3
2.1	Muistisairaus.....	3
2.2	Tehostettu palveluasuminen muistisairaana kotona .....	7
3	Muistisairaana kipu, kivun havaitseminen ja kivunhoito .....	9
3.1	Kivun syntymisen mekanismit ja kivun luokittelu .....	9
3.2	Muistisairaus ja kipu .....	10
3.3	Muistisairaana kivun havaitsemisen ja ilmaisemisen haasteet .....	11
3.3.1	Apukeinot ja mittarit kivun havaitsemisessa .....	13
3.3.2	RAI-käyttäjärjestelmä muistisairaana kivunhoidon tukena .....	14
3.4	Muistisairaana lääkkeellinen kivunhoito .....	15
3.4.1	Lääkkeenantotavat .....	19
3.4.2	Lääkehoidon riskit.....	22
3.5	Lääkkeetön kivunhoito .....	23
3.5.1	Fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky.....	24
3.5.2	Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky.....	26
3.6	Ennakoivan hoidon merkitys kivunhoitoon .....	28
3.7	Muistisairaana kivunhoidon hyödyt .....	30
4	Opinnäytetyön toteutus .....	33
4.1	Kirjallisuuskatsaus .....	33
4.2	Aineiston keruu.....	33
4.3	Kirjallisuuskatsauksen tulokset .....	34
4.4	Oppimateriaalin rakentaminen .....	36
5	Yhteenveto .....	37
5.1	Yhteenveto ja pohdinta .....	37
5.2	Eettisyyden tarkastelu.....	37
5.3	Luotettavuuden tarkastelu.....	38
5.4	Jatkotutkimusehdotukset .....	38
	Lähteet .....	39

Liite 1. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 1

Liite 2. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 2

Liite 3. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 3

Liite 4. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 4

Liite 5. Kivun havaitseminen ja hoito

Liite 6. PAINAD mittari

## 1 Johdanto

Muistisairaus tarkoittaa käsitteenä sairautta, joka vaikuttaa heikentävästi muistiin, tiedonkäsittelyyn sekä kognitioihin eli ajatustoimintoihin. Eteneviin muistisairauksiin kuuluu useampia erilaisia muistisairauden muotoja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Näistä kerrotaan tarkemmin luvussa 2. Suomessa muistisairauteen sairastuu vuosittain jopa 14 500 ihmistä. Vuonna 2013 on arvioitu, että noin 100 000 ihmistä kärsii lievästä ja 93 000 keskivaikeasta dementiasta. Muistisairaudet ilmenevät yleensä iäkkäämmässä väestössä, mutta myös työikäisistä arviolta 7 000 ihmistä kärsii muistisairaudesta. Muistisairauksista kuitenkin iso osa jää lopulta diagnosoimatta ja sairauden mukainen laadukas hoito ja hoitopolku toteutumatta. (Käypähoito -suositus 2021.)

Muistisairaus vaikuttaa laajasti niin muistisairaaseen itseensä kuin myös omaisiin, läheisiin sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisiin ja yhteiskuntaan. Muistisairaudet ovat haaste kansanterveyden lisäksi myös taloudellisesti. Ennaltaehkäisy ja tarpeeksi varhaisessa vaiheessa aloitettu laadukas hoito edesauttaa kaikkien osapuolien jaksamista ja taloudellisten kulujen ennaltaehkäisyä. (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus 2020.)

Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuoltolain mukainen asumispalvelu- ja avohoitoyksikkö (Terveyskylä.fi 2023). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa sekä huolenpitoa. Tällaiseen ratkaisuun päädytään, kun ikäihminen ei selviydy enää kotona kotihoidon enimmäisavun turvin tai kun ei ole tarvetta sairaalahoidolle. (Siun Sote Pohjois - Karjalan hyvinvointialue 2023.)

Muistisairaahan ihmisen kivun havaitseminen voi olla hyvin haastavaa, varsinkin silloin kun henkilö itse ei pysty kipua ilmaisemaan (Shega ym. 2008. 504–505). Muistisairas ei välttämättä kykene itse tunnistamaan epä mukavaa oloa kivuksi, jolloin myös sen ilmaiseminen luo haasteita tai muistisairas ei välttämättä kykene siihen ollenkaan (Lääkärilehti 2018, 1137–1142). Kivun arvioiminen ja hoito ovat tärkeä osa muistisairaahan hoitotyötä. Muistisairaahan kivun havaitseminen ja tunnistaminen vaatii hoidettavan hyvää tuntemista. (Muistiliitto ry. 2016a, 10.) Silloin kun muistisairaus on edennyt pitkälle, kipukäyttäytymistä tulee seurata ja havainnoida tarkasti, jotta siihen pystytään reagoimaan (Lääkärilehti 2018, 1137–142).

Muistisairaus vaikuttaa kaikkiin ympärillä oleviin ihmisiin. Omaiset ja läheiset ovat erityisen tärkeä osa muistisairaahan hoidossa. Näin ollen heidän jaksamisensa ja hyvinvointi on osana myös muistisairaahan laadukasta hoitoa ja hyvinvointia. Muistisairauden ennaltaehkäisy, hoito ja omaisten tukeminen vaikuttavat myös hoitavien ammattilaisten jaksamiseen ja

resursseihin. Kun muistisairas voi mahdollisimman hyvin, se vaikuttaa myös ympärillä olevien ihmisten jaksamiseen ja hyvinvointiin.

Muistisairaahan hoito on siis erityisen laaja kokonaisuus, jossa kaikki tekijät ovat liitoksissa toisiinsa. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021.) Kenenkään ihmisen ei tulisi kärsiä kivusta, varsinkaan silloin kun kyseessä on haavoittuva ihmisryhmä, joka on muiden ihmisten avun armoilla. (Tarnanen ym. 2019.) Muistisairas on myös yksilöllinen ja tärkeä ihminen, jonka tunteet ja tarpeet tulee ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon. (Muistiliitto ry. 2016a.) Tämä ei kuitenkaan valitettavasti toteudu Suomessa niin hyvin kuin pitäisi. Tilanteessa on paljon korjattavaa niin hoidon kuin myös taloudellisten seikkojen osalta. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021.)

Tämä opinnäytetyöprojekti toteutetaan yhteistyössä LAB-ammattikorkeakoulun ja gerontologisen hoitotyön opettajien kanssa. Tavoitteena on luoda kirjallisuuskatsauksen pohjalta diaesitys, joka tulee opetusmateriaalina käyttöön LAB-ammattikorkeakoulun gerontologisen hoitotyön kursseille. Tarkoituksena on, että kirjallisuuskatsaus ja diaesitys lisäävät tietämystä ja osaamista muistisairaiden kivun havaitsemiseen ja hoitoon liittyen. Esimerkki kooste dioista löytyy liitteistä 1–4.

Opinnäytetyössä on tarkoituksena tutkia kirjallisuuskatsauksenakautta, mitä muistisairaahan kivunhoito sisältää. Tutkimuskysymykset ovat.

Mitä muistisairaahan kivunhoitoon kuuluu?

Miten muistisairaahan kipua tulee havaita?

Mitkä ovat muistisairaahan kivunhoidon haasteet?

Millainen on hyvä kivunhoito muistisairaalle?

Mitä hyötyä hyvästä kivunhoidosta on muistisairaalle?

## 2 Muistisairaus ja tehostettu palveluasuminen

### 2.1 Muistisairaus

Ikääntyneiden ihmisten määrä lisääntyy jatkuvasti Suomessa (Lehtomäki 2016, 5). Tilastokeskuksen väestötilannetilaston mukaan vuonna 2019 Suomessa oli 874 314 vähintään 70-vuotta täyttänyttä ihmistä. Heistä 503 909 oli naisia ja 370 405 oli miehiä (Tilastokeskus 2019). On todettu, että joka kolmas yli 65 –vuotiaista kertoo kärsivänsä muistiongelmista. Suomessa jopa 200 000 ihmistä kärsii lievän kognition häiriöistä. Noin 14 500 ihmistä sairastuu Suomessa vuosittain muistisairauteen. Suuresta toteamismäärästä huolimatta suuri osa muistisairauksista jää diagnosoimatta. (Käypähoito - suositus 2021.)

Muisti on tärkeä osa ihmisen elämää, omaa identiteettiä ja se vaikuttaa henkisiin ominaisuuksiin, tiedonkäsittelyyn sekä uusien asioiden oppimiseen (Juva 2021). Muisti on monen eri osa-alueen ja ajallisen vaiheen yhdistelmä. Muisti voidaan sisällöltään jakaa kolmeen osaan: tapahtumamuistiin, tietomuistiin sekä taitomuistiin. Tapahtumamuistiin eli episodiseen muistiin kuuluvat tapahtuneet elämänkerta-asiat. Tietomuistiin eli semanttiseen muistiin kuuluvat opitut asiat kuten ammattitaito, matemaattiset kaavat ja sanojen merkitykset. Taitomuisti eli proseduraalinen muisti tarkoittaa erilaisia liikesarjoja, joita opitaan elämän aikana, kuten pyöräily tai konekirjoitus. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.) Muistioire tarkoittaa semanttisen muistin ja episodisen muistin vaikeuksia (Lehtomäki 2016, 6). Muistivaikeudet voivat johtua monista eri sairauksista tai tiloista ja ne voivat olla hyvin erityyppisiä keskenään. Muistivaikeudet eivät aina automaattisesti tarkoita sitä, että ihmisellä on muistisairaus. On sairauksia, jotka voivat myös vaikuttaa muistin toimintaan. Näitä ovat kilpirauhasen vajaatoiminta, masennus, aivovauriot, alkoholi ja jotkut lääkkeitä voivat myös aiheuttaa muistivaikeuksia. (Juva 2021.) Muistioireiden mekanismit voidaan jakaa paikalliseen vaurioon, jolloin se esiintyy tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella aivoissa sekä häiriöihin, jotka sijaitsevat aivojen aineenvaihdunnan, hermosolujen tai hermoverkkojen alueella. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

Lievä kognitiivinen heikentyminen tarkoittaa tilaa, jossa muisti ja ajatustoiminta tuntuvat heikommilta kuin ennen. Tällaista heikentymisen tilaa esiintyy myös muistitesteissä, mutta se ei vaikuta vielä niin, että ihminen ei selviäisi itsenäisesti päivittäisessä elämässään. Tämä ei ole siis vielä tila, jota kutsutaan dementia-tason häiriöksi. On kuitenkin todettu, että merkittävä määrä näistä ihmisistä, joilla on aikaisemmin todettu lievää kognitiivista heikentymistä, on myöhemmin todettu jokin muistisairaus. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2022.)

Muistisairaus tarkoittaa käsitteenä sairautta, joka vaikuttaa heikentävästi muistiin, tiedonkäsittelyyn, sekä kognitioihin eli ajatustoimintoihin. Usein näiden toimintojen heikentyessä



saatetaan käyttää käsitettä dementia. Dementia ei kuitenkaan virallisesti käsitteenä tarkoita sairautta, vaan on muistisairaudesta johtuva tila, jossa tiedonkäsittely ja muisti ovat heikentyneet niin, että se hankaloittaa päivittäistä elämää ja toiminnoista selviytymistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Dementia on siis oireyhtymä, jonka taustalla on aina jokin muu sairaus (Juva 2021).

Vakavimmat muistisairaudet ovat niitä, jotka johtavat ns. dementoitumiseen. Dementoivat sairaudet heikentävät tiedonkäsittelyn alueita ja muistia. Tämä voi ilmetä mm. kielellisten toimintojen, näkemisen hahmottamisen ja toiminnan ohjauksen hankaluuksina ja heikkouksina. (Juva 2021.) Eteneviin muistisairauksiin kuuluvat mm. Alzheimerin tauti, Lewyn kappale –tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsaohimolohkonrappeumat. Alzheimerin tauti on näistä sairauksista yleisin dementian aiheuttaja sekä toiseksi yleisin aivoverenkiertosairauksiin kuuluva muistisairaus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Näiden lisäksi muistisairauksiin kuuluvat vaskulaarinen dementia ja aivojen pienten suonten tauti. Nämä kaksi ovat aivoverenkiertosairauden aiheuttamia muistisairauksia. (Käypähoito - suositus 2021.) Varsinkin vanhemmissa ikäryhmissä muistisairauden aiheuttajana on usein Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden yhdistelmä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Näiden lisäksi on olemassa monia harvinaisia muistisairauksia, jotka eroavat toisistaan. Osa näistä sairauksista on myös perinnöllisiä. (Juva 2021.)

Alzheimer eli AT on aivosairaus, joka yleensä etenee tasaisesti ja hitaasti. AT:n kliiniset oirekuvat voidaan jakaa oireettomaan eli prekliiniseen, varhaiseen, lievään sekä keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. Alzheimer-sairauteen kuuluvat aivoalueiden ja niiden välisten neurokemiallisten järjestelmien ja yhteyksien vaurioituminen selektiivisesti. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

Aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus eli AVH (vascular cognitive impairment, VCI) on sairaus, jossa tiedonkäsittelyn ongelmat voivat ilmentyä yhdellä tai usealla aivoalueella. Oireet voivat vaihdella rajallisista oireista laajoihin oireisiin saakka ja voivat johtaa etenevään tai vaikeaan muistisairauteen. AVH voi johtua monista eri verisuoniperäisistä tekijöistä ja aivomuutoksista. AVH:n keskeiset alatyypit ovat aivojen pienten ja suurten suonten tauti sekä infarktien aiheuttamat tilat, jotka vaikuttavat kriittisesti tiedonkäsittelyn alueisiin. AVH on suuri riski tiedonkäsittelyn heikentymiselle ja muistisairauden puhkeamiselle. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

Pienten suonten taudin oireisiin voivat kuulua mm. toiminnanohjauksen ja tiedonkäsittelyn heikentyminen ja hidastuminen sekä masennus, persoonallisuuden muutokset ja psykomotorinen hidastuminen. Kliinisiä oireita ja löydöksiä ovat mm. toispuoleiset ja nopeutuneet heijasteet, koordinaation vaikeus, kävelyn muuttuminen lyhytaskeltavaksi ja töpöttäväksi,

tasapainon heikentyminen, kaatuminen sekä erilaiset virtsaamisoireet kuten pidätyskyvyn heikentyminen tai virtsaamistarpeen tihentyminen. Lisäksi aivojen pienten suonten yhteydessä on havaittu ns. pseudobulbaarioireita. Näitä ovat lievä puheen motoriikan vaikeus eli dysartria, lievät nielemisvaikeudet eli dysfagiat sekä ekstrapyramidioireet, joihin kuuluvat hypokinesia eli hidasliikkeisyys ja rigiditeetti eli lihasjäykkyys. Oireiden alkaminen on yksilöllistä ja vaihtelevaa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

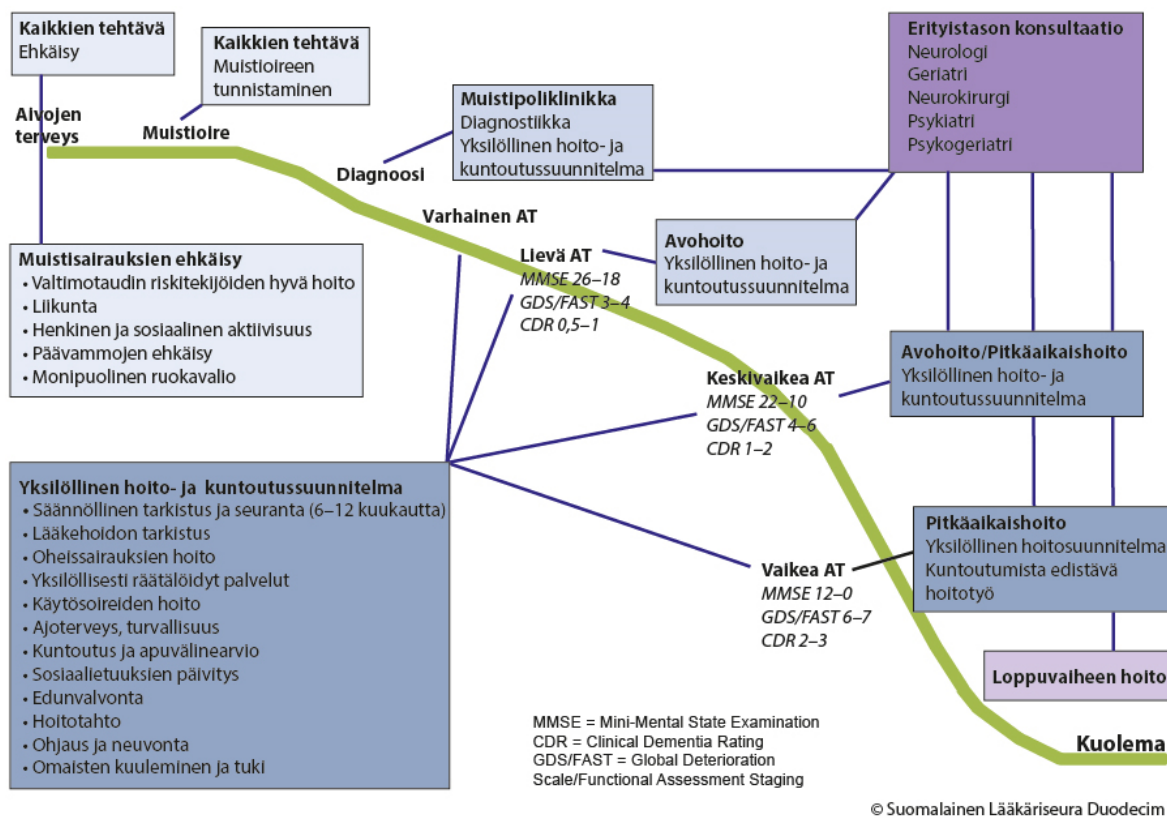
Suurten suonten taudin oirekuva tiedonkäsittelyn alueella vaihtelee tapauskohtaisesti. Usein on kuitenkin havaittavissa erilaisia muistioireita, huomaamisen heikkoutta (neglect), sekä kielellisiä ja näönhahmottamisen häiriöitä. Aivoissa infarktin sijainnin mukaan pystytään toteamaan kliinisinä löydöksinä mm. suupielien roikkuminen, näkökentän puutosoireet, kävelyn muutokset tai toispuoleinen halvaus. Suurten suonten taudissa oireiden alku on usein nopeaa eli ne ilmenevät tunneissa tai päivissä. Oireet pahenevat asteittain ja ne voivat vaihdella. Toipuminen tapahtuu pahenemisvaiheen jälkeen ja on jokaisella sairastuneella yksilöllinen infarktin sijainnin ja aiheutuneiden vaurioiden perusteella. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

Lewyn kappaletauti eli lyhenteenä LKT on sairaus, joka alkaa hitaasti. Kyseisessä muistisairaudessa solujensisäisiä Lewyn kappaleita esiintyy tyypillisesti Parkinsonin taudin yhteydessä mustatumakkeissa, tyvitumakkeissa ja vaihtelevasti myös aivokuoressa. Itse LKT:ssa Lewyn kappaleita esiintyy runsaasti varsinkin limbisen järjestelmän alueella. Oireisiin kuuluvat tiedonkäsittelytoimintojen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelut. Lisäksi LKT:ssa esiintyy usein toistuvia ja yksityiskohtaisia näköharhoja ja ekstrapyramidioireita kuten hitautta, jähmeyttä sekä kävelyvaikeuksia. Myös vapinaa on joskus havaittavissa. Parkinsonin taudin muistisairauden oireita ovat tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen heikentyminen sekä visuospatiaalisten ja eri muistitoimintojen hidastuminen ja heikentyminen. Lisäksi Parkinsonin taudin muistisairauden yhteydessä on todettu esiintyvän persoonallisuuden muutoksia, aloitekyvyn heikentymistä, näköharhoja, sekä harhaluuloisuutta ja runsasta väsymystä päiväaikaan. Parkinsonin taudin muistisairauden oireet johtuvat aivojen kuorikerroksissa esiintyvistä Lewyn kappaleista, Alzheimer-muutoksista, vaurioista välittäjäainejärjestelmässä tai kaikista näistä samanaikaisesti. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

Otsa-ohimolohkorappeuma johtuu kuduskadosta eli atrofiasta aivojen kuorikerroksessa. Kuduskato sijoittuu enimmäkseen ohimolohkojen etuosiin ja otsalohkoihin. Otsa-ohimolohkorappeuman kaksi tyypillisintä oiretta ovat otsalohkodementia ja primaarinen etenevä afasia. Otsalohkodementia on yleisempi miehillä kuin naisilla ja se alkaa usein 45–65 vuoden ikäisenä. Tyypillistä otsalohkodementialle on, että oireet ja sairauden eteneminen alkavat

hitaasti ja niitä on vaikea huomata. Ensimmäisiä oireita kuitenkin ovat usein persoonallisuuden muutokset (apatia, arvostelukyvyyttömyys, estottomuus ja tahdittomuus), toiminnanohjauksen hankaloituminen (tarkkaavaisuuden, suunnitelmallisuuden ja keskittymiskyvyn vaikeudet) sekä sosiaalisten taitojen, empatia- ja sympatiakykyjen heikentyminen. Lisäksi havaittavissa voi usein olla primitiiviheijasteiden esille tuleminen, toistuvaa stereotyyppistä käyttäytymistä, puheentuottamisen vaikeuksia, sairauden tunnottomuutta sekä päättely- ja ongelmaratkaisukykyyn heikentymistä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

Muistisairauden varhainen diagnosointi tulisi aina olla tavoitteena. Diagnosointi konkretisoi ja tekee tilanteen helpommin ymmärrettäväksi niin muistisairaalle itselleen kuin myös hänen läheisilleen. Taudin määrittäminen mahdollistaa lääkityksen ja ehkäisevien toimien aloittamisen sekä käytöksen muutoksen ja muiden sairauksien hoitamisen. Diagnoosi auttaa myös käytännön asioiden järjestelyissä, kun saadaan tarvittavat lausunnot mm. lääkkeiden korvausta, etuusia, ajoterveyttä ja edunvalvontaa varten. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021a.)

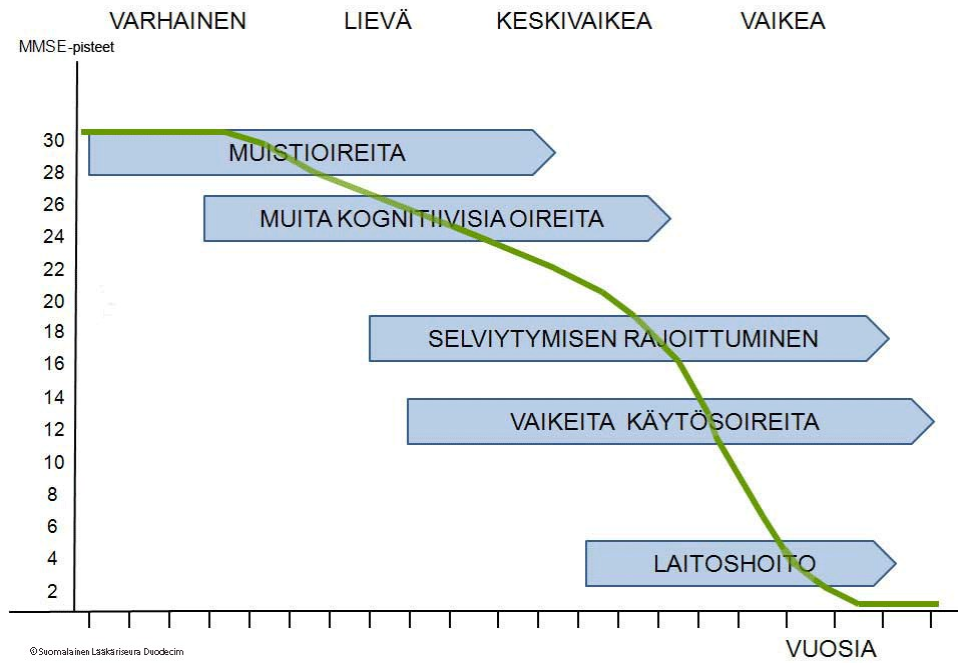


Kuvio 1. Muistipotilaan hoitopolku. Esimerkkinä käytetty Alzheimer-muistisairautta. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021b.)

## 2.2 Tehostettu palveluasuminen muistisairaana kotona

Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuoltolain mukainen asumispalvelu- ja avohoitoyksikkö. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Tällaiseen ratkaisuun päädytään, kun ikäihminen ei selviydy enää kotona kotihoidon enimmäisavun turvin ja kun ei ole tarvetta sairaalahoidolle. Kun muistisairas ihminen siirretään tehostetun palveluasumisen yksikköön, on muistisairaus edennyt yleensä sairauden keskivaikeaan tai vaikeaan asteeseen. (Terveyskylä.fi 2023.) Tehostettu palveluasuminen tarjoaa asukkaille ateriat, siivouspalvelut, vaatehuollon sekä hoivan, hoitamisen ja avustamisen asunnossa ja sen ulkopuolella. Palveluihin ei sisälly vuokraa, lääkkeitä tai hoitotarvikkeita eikä henkilökohtaisia hygieniatarvikkeita, vaatteita ja muita henkilökohtaisia tarvikkeita. (Siun Sote Pohjois - Karjalan hyvinvointialue 2023.) Vuonna 2021 heinäkuussa muuttuneen asiakasmaksulain mukaan asiakkaan kuukausituloista vähennetään lääkärin määräämien lääkkeiden, perusvoiteiden ja kliinisten ravintovalmisteiden kustannukset (Törmälehto & Palukka 2021).

Tehostetussa palveluasumisen yksikössä on myös mahdollista järjestää lyhyt- tai intervallihoidojaksoja. Tällaisia lyhytkestoisia jaksoja voidaan järjestää mm. mikäli ikäihmisen omaishoitaja sairastuu tai pitää lakisääteiset vapaa- tai lomapäivät. Tehostetun palveluasumisen hinta vaihtelee sen perusteella, onko kyseessä kunnan vai jonkun muun asumispalvelun järjestäjän yksikkö. Kunnan järjestämä tehostettu palveluasuminen on usein tulostonnainen ja sitä tarkastellaan bruttotulojen perusteella. Yleensä asumisesta peritään vuokraa vuokrasopimuksen mukaisesti. Asukkaalta laskutetaan vuokra, hoito sekä ateriat. Lisäksi joissakin yksiköissä asukkaalta saatetaan periä erillisiä tukipalvelumaksuja. Tois- taiseksi vielä ei ole yleistä valtakunnallista määräysperustetta, jonka mukaan hinnat määräytyisivät. Tämän vuoksi asumisen kokonaishinnat voivat vaihdella hyvin paljon. Vuokran maksuosuuteen pystyy kuitenkin hakemaan Kelan kautta eläkkeensaajan asumistukea. Tämän saamiseen vaikuttavat omaisuus ja bruttotulot. (Terveyskylä.fi 2023.)



Kuvio 2. Muistisairauden etenemisen vaiheet ja laitoshoidon tarve. (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2021c.)

### 3 Muistisairaahan kipu, kivun havaitseminen ja kivunhoito

#### 3.1 Kivun syntymisen mekanismit ja kivun luokittelu

Eri kudoksissa on hermopäätteitä, jotka vastaavat kudოსvauriota aiheuttaviin ärsykkeisiin. Kudokseen kohdistuva mekaaninen-, kemiallinen- tai lämpöärsyke aiheuttavat sähkökemiallisen aktivoitumisen. Kipuviesti välittyy hermoratoja pitkin keskushermostoon, joka aktivoituu ja tämä johtaa kipuaistimuksen syntyyn. Perifeeriset sensoriset hermot välittävät impulsseja perifeerisestä kudoksesta selkäytimessä sijaitseviin päätteisiinsä. Selkäytimessä projektineuronien verkosto aktivoituu ja kipuviesti kulkeutuu selkäytimestä aivorungolle ja sieltä talamukseen ja aivokuorelle. (Kalso ym. 2018.)

Kipuviestin käsittely tapahtuu usealla eri alueella aivoissa. Käsittelyn seurauksena syntyy oikea kipukokemus. Aivot tulkitsevat kipuviestiä ja kertovat mistä se on peräisin ja kuinka voimakkaana ihminen tuntee kivun. Aivoissa virittyä tunteita käsitteleviä alueita kivun myötä ja siksi kipu tunnetaan epämiellyttävänä ja siitä halutaan eroon. Aivot vertaavat kipuviestin tuomaa kipua aikaisempiin kokemuksiin ja sen pohjalta aivot päättävät onko kipu harmitonta vai uhkaavaa. Tulkinta perustuu siihen mitä tietoja tai muistoja aivoihin on tallentunut. (Terveyskylä 2018.)

Akuutti kipu on elimistön varoituskonetti ja herätyskello. Elimistön varoituskonetti aktivoituu, kun on tapahtunut kudოსvaurio tai elimistö pyrkii välttämään mahdollista kudოსvauriota. Akuutilla kivulla on elimistöä ja elämää suojeleva tarkoitus. Normaalisti kipuun liittyy pelon tai uhan tunne, joka aiheuttaa emotionaalisen reaktion kehossa. Reaktioon kuuluu kolme vaihetta: kohteen tulkinta uhkaavaksi, sympaattisen järjestelmän valpastuminen ja puolustautuminen kipua vastaan. (Luomajoki ym. 2020, 132.)

Nosiseptorit ovat kudოსvaurion havaitsemiseen erikoistuneita hermopäätteitä. Ne sijaitsevat iholla, jänteissä, luissa, lihaksissa, sisäelinkalvoissa ja verisuonissa. Näiden hermopäätteiden tehtävänä on välittää keskushermostolle tietoa kudოსvaurion sijainnista, voimakkuudesta, kestosta sekä laadusta. Nosiseptorit voidaan luokitella erilaisen ärsytyksen mukaan mekaanisiksi, terminaaliksiksi tai kemiallisiksi hermopäätteiksi. Nosiseptiivinen kipu johtuu yksinkertaisesti kudოსvauriosta. Nosiseptiivisessä kivussa kivun syy on hermoston ulkopuolella ja siihen voi liittyä vastaavan alueen tuntoherkistymistä. (Haanpää ym. 2020, 9.)

Kipu luokitellaan krooniseksi, kun se on kestänyt yli kolme kuukautta. Tässä vaiheessa sen on ylittänyt normaalin kudოსvaurion paranemisajan. Krooninen kipu luokitellaan nosiseptiiviseen kipuun, neuropaattiseen kipuun, idiopaattiseen kipuun ja psykogeeniseen kipuun. Suurin osa kroonisista kivuista johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista tai ne ovat

neuroopaattisia kiputiloja. Krooninen kipu ei yleensä ole tarkoituksenmukaista. Kivussa on useimmiten mukana neuroopaattisia tai toiminallisia komponentteja. Krooninen kipu on usein sekamuotoista. Krooniseen kipuun liittyy usein masennusta, ahdistusta, kärsimystä ja häntää. Kivun kroonistuminen voidaan yleensä estää akuutin kivun hyvällä hoidolla. (Haanpää ym. 2020, 4, 7–8.)

Neuroopaattinen kipu tarkoittaa kiputilaa, jonka syynä on vaurio tai tauti, joka sijaitsee tuntoaistimuksia välittävässä hermojärjestelmässä. Diagnoosi neuroopaattiselle kivulle edellyttää, että kipu sijaitsee neuroanatomisesti loogisella paikalla. Tuntoaistin poikkeavaan toimintaan sopivat statuslöydökset ja hermovaurion aiheuttavan sairauden tunnistaminen. Neuroopaattinen kipu eroaa yleensä laadultaan kudosaivuriokivusta. Neuroopaattiselle kivulle yleisiä piirteitä ovat polttava kipu, sähkömäiset kiputuikkaukset ja kivuttomien ärsykkeiden tunteminen kipuna. (Haanpää ym. 2020, 9–10.)

Idiopaattisessa kivussa aiheuttajana ei ole kudosaivuri tai hermovaurio eikä kroonisen kipuoireyhtymän diagnostiset kriteerit täyty. Vaihtelevaa kipuastin herkistymistä tavataan kaikissa kudosaivuriotapahtumissa, mutta useimmiten ohimenevinä. Herkistyneen kipuaistimuksen tehtävänä on ohjata yksilö välttämään ärsytyksen toistumista ja kudostuhon pahenemista. Jos kivun säätelyjärjestelmän ärsytys kuitenkin jatkuu pitkäkestoisesti, voi sillä olla pysyviä keskushermoston toiminnallisia ja rakenteellisia herkistymismuutoksia. (Haanpää ym. 2020, 10, 11.)

### 3.2 Muistisairaus ja kipu

Muistisairailta ihmisillä voi ilmetä erilaisia käytöksen muutoksia. Käytöksen muutoksiin viitataan, kun käytös poikkeaa ns. aiemmasta käyttäytymisestä tai tunne-elämästä. (Erkinjuntti ym. 2015.) Käytöksen muutoksista puhutaan usein silloin, kun havaittavissa on mm. levottomuutta, vaeltelua, ahdistuneisuutta tai apatiaa, masennusta, harhaisuutta, persoonallisuuden muutoksia ja uni- ja valverytmin ongelmia. Käyttöoire on terminä harhaanjohtava ja eettisesti ajateltuna mitätöivä sairastuneen tunteita ja tarpeita kohtaan. Tästä syystä nykyään käytetään termiä ”käytöksen muutokset”. Muistisairas ihminen reagoi omiin tunteisiin ja kokemuksiin aivan kuten muutkin ihmiset reagoivat epämukavaan oloon. Vaikka tapa, miten muistisairaat reagoivat voi näkyä ulospäin eri tavalla, miten muut sen näyttävät, sairastuneelle itselleen tapa on kuitenkin järkevä ja looginen. (Muistiliitto ry b.)

Kipu on tekijä, joka voi altistaa tai ylläpitää erilaisia oireita. Näitä ovat mm. psykologiset oireet, kuten masennus ja unihäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2015.) Mikäli muistisairaalla ilmenee uusia oireita, on kivun mahdollisuus huomioitava (Hodgson ym. 2014a). Kipu heikentää huomattavasti elämänlaatua monella eri tavalla. Se voi heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa

sosiaalista eristäytymistä. Kipu voi aiheuttaa sekavuustiloja, jotka lisäävät terveyspalvelujen tarvetta. (Tilvis 2004, 223–227.) Iän lisääntyessä keho kuluu käytössä ja näin ollen myös kivut usein lisääntyvät (Terveyskylä.fi 2021a). Vanhukset kokevat kipua eri tavoin kuin nuoret ihmiset, sillä ikääntyessä hermoston toiminta heikkenee. Myös dementia muuttaa ihmisen kipukokemusta. (Kalso ym. 2018.)

Koska muistisairailla on usein muitakin kroonisia sairauksia, kivun tunnistamisesta tulee entistä haastavampaa varsinkin siinä vaiheessa, kun muistisairaus etenee tai on edennyt keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen. Muuhun väestöön verrattuna iäkkäiden krooniset sairaudet ja niiden erilaiset komplikaatiot aiheuttavat enemmän kipua. (Lehtomäki 2016, 7.) Monet sairaudet altistavat ihmisen pitkäaikaisille kiputiloille. On hyvin tyypillistä, että tällaiset sairaudet lisääntyvät iän myötä. Näihin sairauksiin kuuluvat mm. tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten erityisesti nivelrikot ja polymyalgia rheumatica eli lihasreuma sekä sydän- ja verisuonisairaudet, syöpätaudit, diabetes ja vyöruusu. (Tilvis 2004, 223–227.) Leikkauksen jälkeiset kivut sekä hermosärky ovat myös tyypillisiä (Terveyskylä.fi 2021a). Kipua voivat aiheuttaa myös aistien toimintojen heikentyminen, virtsa- ja ulosteinkontinenssi sekä ravitsemustilan ja painon muutoksiin liittyvät sairaudet (Lehtomäki 2016, 7).

### 3.3 Muistisairaana kivun havaitsemisen ja ilmaisemisen haasteet

Muistisairas ei välttämättä kykene itse tunnistamaan epämiellyttävää oloa kivuksi, jolloin sen ilmaiseminen on hankalaa tai muistisairas ei välttämättä kykene siihen ollenkaan. Hahmotaminen siitä, millainen tunne itsessään on ja missä kohtaa kehoa se sijaitsee, voi olla haastavaa. (Lääkärilehti 2018.) Esimerkiksi depressio, afasia ja dementia vaikeuttavat kivun tunnistamista ja ilmaisemista (Lehtomäki, K. 2016, 8). Kipu voi ilmetä muistisairaalla monella eri tavalla kuten huutamisena, ärtyneisyytenä, levottomuutena, epäsosiaalisena käytöksenä sekä vetäytymisenä ja hoidon vastustamisena. Kipu voi lisäksi näkyä erilaisten toimintojen ja asentojen välttelemisenä. (Lääkärilehti 2018.) Muistisairaalla on myös tarpeita kuten tunteita, ajatuksia ja sanottavaa silloinkin, kun hän ei niitä itse kykene enää sanallisesti ilmaisemaan (Muistiliitto ry c.).

Afasia eli kielellinen häiriö on usein seurausta aivoverenkiertohäiriöstä. Kyseessä on tila, jolloin aivojen kielellisten toimintojen verkosto on häiriintynyt. Afasian oirekuvaan kuuluu puheen tuottamisen, ymmärtämisen, laskemisen sekä lukemisen ja kirjoittamisen vaikeudet. Afasian oireet ovat yksilöllisiä ja ne esiintyvät erilaisten oireiden yhdistelminä. Afasia vaikeuttaa verbaalista vuorovaikutusta, mikä voi aiheuttaa turhautumista oireista kärsivälle. Afasia ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö oireista kärsivä kykenisi ajattelemaan, vaan ongelma on viestinnässä ja ajatusten kokoamisessa itsenäisesti symboliseen muotoon.



Vuorovaikutus afaattisen henkilön kanssa tulisi olla rauhallista ja apukeinoina voidaan käyttää mm. kuvia, piirtämistä tai kirjoittamista, mikäli se tukee afasiasta kärsivän viestintää. (Aivoliitto 2023.) Etenevä, sujumaton afasia on muoto, jossa afasia voi edetä sairauden loppuvaiheessa kokonaisvaltaiseen puhumattomuuteen eli mutismiin. Ennen sairauden loppuvaihetta oireita voivat olla änkytys, anomia eli sananlöytämisen vaikeudet, sujumaton puhe, agrammatismi eli kieliopin rakenteellinen heikentyminen tai toistamiskyvyn heikentyminen, äännetason sanavääritymät ja lukemis- ja kirjoitushäiriöt. Sairauden edetessä myös sosiaaliset taidot heikentyvät. (Muistiliitto ry c.)

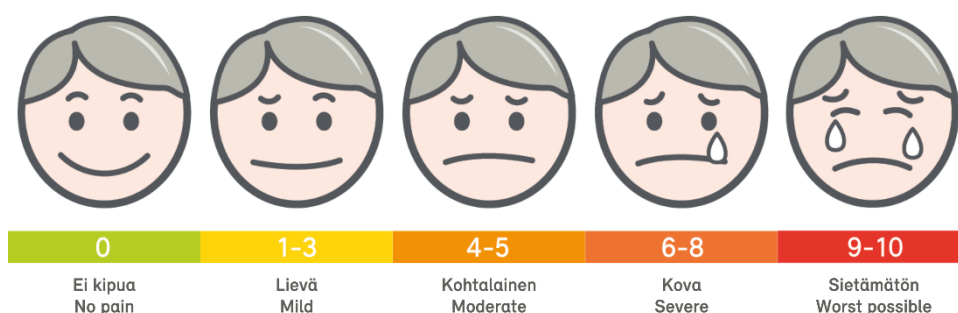
Dysartria on äänen tuottamisen, puhenopeuden, artikulaation ja hengityskontrollin häiriö. Puhe voi kuulostaa puuromaiselta, jolloin artikulaatio on kankeaa ja epätarkkaa. Puheen nopeus on usein myös hidastunut ja ääni voi olla heikko ja karhea. Dysartriassa ongelmat eivät liity kielellisiin ongelmiin, vaan puheen ymmärtämiseen ja sanojen löytämiseen. Lukeminen ja kirjoittaminen pysyvät kuitenkin entisellään. Dysartriaan voi liittyä myös nielemisvaikeuksia eli dysfagiaa, sillä puheesta ja nielemisestä vastaavat tavallisesti samat lihakset. (Aivoliitto 2023.)

Myös semanttinen dementia heikentää vuorovaikutustaitoja. Oireisiin kuuluvat sanojen merkityksen vaikeus, tuttujen esineiden ja kasvojen tunnistamisen heikentyminen eli prosopagnosia, empatiakyvyn heikentyminen, poikkeuksellinen kiinnostus rahaan ja sääntämiseen sekä puheen sisältö voi muuttua tyhjäksi, vaikka puheen tuottaminen kuulostaisi sujuvalta. Semanttisessa dementiassa kuitenkin kognitiivisen toimintakyvyn muut osa-alueet toimivat hyvin. (Muistiliitto ry. c.)

Jokainen ihminen kokee kivun yksilöllisesti (Salanterä ym. 2006). Kivun arvioiminen ja hoito ovat tärkeä osa muistisairaahan hoitotyötä. Muistisairaahan kivun havaitseminen ja tunnistaminen vaatii hoidettavan hyvää tuntemista. (Hodgson ym. 2014b.) Silloin kun muistisairaus on edennyt pitkälle, kipukäyttäytymistä tulee seurata ja havainnoida tarkasti (Lääkärilehti 2018). Tämä voi olla kuitenkin hankalaa varsinkin silloin, kun hoitohenkilökunnassa on paljon vaihtelua, jolloin kipu jää mahdollisesti tunnistamatta. Kun hoitajat tai sijaiset ovat uusia, he eivät välttämättä tunne asukasta ja toimintatapoja tai eivät osaa käyttää oireisiin tarkoitettua kivun arviointimenetelmää. (Lääkärilehti 2018.)

Muistisairaahan siirtyessä jatkohoitoon on huomattu, että omaisilla herää usein huolta siitä, pystytäänkö hoidettavan kipua tunnistamaan. Omaisten haastattelu on tässä vaiheessa tärkeää, sillä heiltä voi saada tietoa hoidettavan aikaisemmista ilmaisutavoista tai kipukokemuksista. (Lehtomäki, K. 2016, 8.) Kipua pystytään arvioimaan mm. käytöksen ja fysiologisten mittauksien avulla (Salanterä ym. 2006). Käytöksen perusteella kipua voidaan esimerkiksi arvioida kasvojen ilmeiden, kehon eri asentojen ja raajojen liikkeiden perusteella.

Tällöin myös arvioidaan hoidettavan suhtautumista omaan kehoon. Käytännössä tämä voi näkyä kipeän alueen suojaamisena, kasvojen ilmeiden muutoksina ja erilaisina äännähelyinä. Aikuisilla ihmisillä varsinkin tuima ilme, irvistyksiset ja kulmakarvojen väliin ilmestyvät pystyjuonteet ovat liitännässä kipuuun. Kehon liikkeitä arvioitaessa liikkumattomuus, jännittynyt vartalo sekä hitaat ja levottomat liikkeet voivat olla merkki kivusta. Kivut voivat toistua säännöllisesti erilaisten toimintojen yhteydessä ja ne voivat myös vaihdella voimakkuudeltaan liikkeessa ja levossa. Erilaisilla asennoilla voi olla vaikutusta siihen, lisääntyykö tai vähentyykö kipu. Kivut voivat myös vaihdella vuorokauden ajan mukaan. (Salanterä ym. 2006.) Liitteessä 1. taulukko kivun aiheuttamista käytöksen muutoksista ja niiden hoidosta.



Kuvio 3. Kipumittari, jolla havaitaan kipua kasvon ilmeiden perusteella. (Sairaalanova 2022.)

### 3.3.1 Apukeinot ja mittarit kivun havaitsemisessa

Kipua voidaan arvioida muistisairaalla sanallisesti tai käyttämällä erilaisia kipumittareita (Salanterä ym. 2006; Barry ym. 2015). Kipuasteikkojen avulla voidaan pyrkiä selvittämään kivun voimakkuutta. (AGS. 2002.) Kognitiivisen tason heikentyessä muistisairaat voivat edelleen ilmaista kipua kipumittarin tulkinnan avulla. Akuutti kipu on tunnistettavissa vanhuksissa yleistilan laskuna, levottomuutena tai sekavuutena. (Salanterä ym. 2006; Barry ym. 2015.) Muistisairaat, jotka sairastavat lievää tai keskivaikeaa dementiaa, tulisi kysyä kivusta suoraan. Kivunarviointia numerollisella kipuasteikolla tulisi välttää, mikäli potilaan kommunikointi kykyyn voidaan luottaa. Muistisairaille, tulee antaa tarpeeksi vastausaikaa keskustelun aikana, mikäli kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt. (AGS. 2002.)

Muistisairaiden kivunarviointiin on kehitetty PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia). Havaintoihin pohjautuvat kipupisteet lasketaan yhteen, mitkä muodostavat kivulle numeroarvon (Kalso & Kontinen 2009). Mittari perustuu kivun aiheuttamien käytöksen muutoksien havainnointiin. PAINAD rakentuu viidestä osa-alueesta: hengitys, ääntelyt, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Hengitys voi olla vaivalloista tai hyperventiloivaa ja pahimmillaan äänestä ja vaivalloista. Ääntely voi olla vaikeroivaa tai voihketta, rauhatonta

huutelua tai itkua. Ilmeet voivat vaihdella surullisesta pelokkaaseen tai vihaiseen. Kehon kieli on usein kireä, keho voi olla jäykkä, kädet ja jalat voivat olla koukussa ja sairastunut voi koskettaessa pyrkiä riuhtomaan tai työntämään koskettajan pois. Muita muistisairaana kivunarviointi menetelmiä ovat esimerkiksi kasvoasteikko ja kipukiila. Mittarit ja menetelmät ovat vain apuvälineitä kivunarvioinnissa. Kokonaistilannetta tulee aina arvioida säännöllisesti ja huomioida sairastuneen omaa kokemusta ja arviota kivusta. Käyttäytymisen arviointiin perustuvassa menetelmässä tulee myös huomioida ja poissulkea muut oireilua aiheuttavat tekijät kuten, jano, wc:n tarve, epämukava vaatetus ja mieliala. (Muistiliitto ry 2016a.) Liitteessä 1, esimerkki kuva PAINAD mittarista.

### 3.3.2 RAI-käyttöjärjestelmä muistisairaana kivunhoidon tukena

RAI-järjestelmä eli Resident Assessment Instrument on monipuolinen ja kokonaisvaltainen välineistö. RAI-järjestelmän avulla pystytään arvioimaan toimintakykyä sekä hoidon tarvetta ja laatua. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimisen haasteena on havaittu iäkkäiden ihmisten monien eri palvelujen päällekkäisyys ja niiden ristikkäiset vaikutukset. Tämän vuoksi on kehitelty RAI-järjestelmä, joka mahdollistaa tietojen keruun palveluista monista eri lähteistä. Tämä on edellytyksenä toimivalle palveluketjulle. Vuoden 2020 lokakuussa uudistettiin vanhuspalvelulaki (980/2012), joka edellyttää RAI-järjestelmän käyttöä kaikissa vanhuspalveluissa, joissa arvioidaan iäkkään ihmisen palveluntarvetta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a.) Tämän käyttöön otetun lain mukaan hyvinvointialueiden tulee käyttää RAI-järjestelmää 01.04.2023 alkaen, kun arvioidaan iäkkään ihmisen palveluntarvetta ja toimintakykyä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b).

Kokonaisvaltainen palveluketjujen ja niiden toimivuuden arviointi edellyttää tutkimustulosten yhdistelemistä. Suomessa kyseisestä tutkimushankkeesta vastaa THL. RAI-järjestelmän tuloksia verrataan THL:n toimesta mm. terveyden- ja sosiaalihuollon hoitorekisterien tietoihin, Kelan lääkekorvaus- ja Tilastokeskuksen tietoihin sekä Digi- ja väestöviraston rekisteritietoihin. Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida palvelua tarvitsevien ihmisten toimintakykyä, terveyttä, palvelujen tarvetta sekä palvelujen kokonaisuuksia. Tutkimusten avulla pystytään myös arvioimaan hoidon laatua, henkilöstön määrää sekä vaikuttavuutta ja tuottavuutta niin hoitoon kuin myös henkilöstöön liittyen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a.)

RAI-järjestelmää käytetään hoidon suunnittelussa sekä kuntoutuksen ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Järjestelmän avulla kartoitetaan seuraavia osa-alueita terveydentilaan ja hoitoon liittyen: toimintakyky, terveydentila, ravitsemus, lääkitys ja mieliala sekä muistin toiminnot, kuntoutus, erityishoidot, palvelujen käyttö, osallisuus ja aktiivisuus. RAI-järjestelmä

koostuu erilaisista arviointivälineistä. Näitä välineitä ovat mm. arviointiin kuuluvat kysymykset ja käsikirja, herätteet ja herätekäsikirja sekä erilaiset RAI-mittaristot. RAI-järjestelmän välineistö on kansainvälisesti yhtenäinen niissä maissa, joissa kyseinen järjestelmä on käytössä. RAI-järjestelmä on avuksi niin sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle kuin myös asiakkaille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b.)

### 3.4 Muistisairaana lääkkeellinen kivunhoito

Muistisairaana lääkehoito on laaja kokonaisuus. Tehokkaassa ja toimivassa lääkehoidossa tulee huomioida vaaratekijöiden ja sairauksien hoito, käytöksen muutokset ja mielialan kartoittaminen sen hoito sekä kuntoutus, tuki ja ohjaus. (Tarnanen ym. 2017.) Kivunhoitoon tarkoitettuja lääkeaineryhmiä on monia ja ne vaikuttavat eri tavoin. Lääkeaine valitaan kivun luonteen, voimakkuuden ja muiden yksilöllisten tekijöiden perusteella (Lääkärikirja Duodecim 2022).

Itse muistisairaana lääkehoitona käytetään ns. AKE:n estäjiä. AKE:n estäjiin kuuluvat seuraavat vaikuttavat aineet: donepetsiili, galantamiini, rivastigmiini ja memantiini. Muistisairaana käytettävien lääkkeiden hyvä vaste voi vakiinnuttaa muistisairaana tilaa, hidastuttaa oireiden etenemistä, vähentää käytöksen muutoksia sekä parantaa omatoimisuutta ja arkielämän sujuvuutta. Kun kyseessä on vaikeita käytöksen muutoksia muistisairaana johon, voidaan lisäksi tarvita muuta lääkitystä. Näitä vaikeita käytöksen muutoksia voivat olla ahdistus, levottomuus, masennus, aistiharhat ja harha-ajatukset. (Tarnanen ym. 2017.)

Tulehduskipulääkkeisiin kuuluvat ibuprofeeni, ketoprofeeni, asetyylisalisyylihappo, naprokseeni sekä diklofenaakki, meloksikaami ja tolfenaamihappo. Nämä lääkkeet estävät kipua ja kudoksen tulehdusreaktiota sekä kuumetta aiheuttavien välittäjäaineiden eli prostanooidien syntyä kaikkialla elimistössä. Asetyylisalisyylihappoa käytetään tulehduskipulääkkeen lisäksi pieninä annoksina ehkäisemään verisuonien tukoksia. Särkylääkkeenä sitä kuitenkin on käytetty suurempina annoksina, jolloin haittavaikutukset ovat melko yleisiä. Tämän vuoksi tätä kyseistä kipulääkettä ei suositella enää kivunhoitoon. Parasetamoli vaikuttaa eri tavalla ihmisen elimistöön kuin tulehduskipulääkkeet. Parasetamoli vaikutusmekanismia ei täysin tunneta ja sillä ei ole tulehdusta vähentäviä vaikutuksia. Parasetamoli on kuitenkin turvallisin särkylääke niille ihmisille, jotka ovat mahahaavalle alttiita tai sairastavat astmaa. Paikallisesti vaikuttavia kipulääkkeitä ovat esimerkiksi erilaiset kipugeelit ja -laastarit. Paikallinen tulehduskipulääke imeytyy ihonalaisiin kudoksiin lievittäen oireita. Itse verenkiertoon ja elimistöön lääkettä pääsee hyvin pieni määrä. Voiteen ja geelin käytössä tulee noudattaa aina ohjeita, jotta ihonalaiseen kudokseen kertyy tarpeeksi vaikuttavaa ainetta. (Lääkärikirja Duodecim 2022.)

Vahvoiksi kipulääkkeiksi luetaan opioidit eli morfiinin kaltaisesti vaikuttavat lääkkeet. Nämä lääkkeet tehoavat parhaiten kudosvauriokipuihin, mutta niillä voidaan hoitaa myös muita vaikeita kipuja. Varsinkin vahvojen kipulääkkeiden kohdalla lääkevaste voi vaihdella paljon yksilöllisyyden mukaan. Geneettisillä tekijöillä on mm. todettu olevan vaikutusta vahvojen kipulääkkeiden lääkevasteeseen. (Lääkärikirja Duodecim 2022.)

Opioidit jaetaan kahteen ryhmään: heikkoihin ja vahvoihin opioideihin. Heikkoihin opioideihin kuuluvat dekstropropoksifeeni, kodeiini, tramadoli ja buprenorfiini. Näistä neljästä dekstropropoksifeeni on kuitenkin poistettu myytävien lääkevalmisteiden joukosta sen suuren yliannostukseen liittyvän kuolemanriskin vuoksi. Tutkimuksissa on todettu, että riskit olivat paljon suuremmat kuin lääkeaineista saatavat hyödyt. Tämän vuoksi Euroopan lääkevirasto Emea suositteli myyntiluvan peruuttamista ja lopulta tähän myös päädyttiin. (Kalso ym. 21–24.)

Kodeiini on hyvä vaihtoehto niille potilaille, jotka eivät pysty käyttämään tulehduskipulääkkeitä. Yksinään kodeiini on melko tehoton, mutta yhdessä ibuprofeinin tai parasetamolin kanssa sillä saadaan hyviä tuloksia kivunlievityksessä, kun kyseessä on lievä kiputila. Kodeiini on tehokas estäjä yskän ärsytykselle, mutta se aiheuttaa myös voimakasta ummetusta. 240 mg on suositeltu enimmäisannos kodeiinia vuorokauden aikana. (Kalso ym. 22.)

Tramadolin vaikutus perustuu ensisijaisesti noradrenaliinin ja seratoniinin takaisinottoon, joka tapahtuu tramadolin kahden enantiomeerin estävän vaikutuksen avulla. Tramadolilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia kivunlievityksen lisäksi myös neuropaattisen kivun hoidossa. Tramadolien enimmäisannos on 400 mg vuorokaudessa sen vaikuttavien ominaisuuksien vuoksi. Lääkehoidossa tulee olla varovainen, mikäli tramadolin lisäksi on käytössä sellaisia lääkkeitä, jotka lisäävät seratoniinin määrää hermojen synapseissa. Esimerkiksi fluoksetiini on tällainen lääkeaine ja sen yhteiskäyttöä tramadolin kanssa tulee varoa. Fluoksetiini itsessään on pitkävaikutteinen lääkeaine ja seratoniinin takaisinoton estäjä. Tramadoli voi aiheuttaa usein huimausta ja pahoinvointia. Tämän vuoksi iäkkäillä ihmisillä tulee noudattaa varovaisuutta, kun kipuja hoidetaan tramadolilla. Mikäli tramadoli lääkitys halutaan lopettaa, se tulee toteuttaa vähitellen vieroitusoireiden estämiseksi. (Kalso ym. 22.)

Buprenorfiini on kipulääkkeenä tehokas. Sen tehoa kroonisissa kiputiloissa on kuitenkin tutkittu vähän. Buprenorfiinin annosta ei yleensä nosteta 5 mg:stä ylöspäin kipua hoidettaessa. Isoina annoksina buprenorfiini saattaa estää muiden opioidien vaikutusta, sillä itse buprenorfiini sitoutuu opioidireseptoriin hyvin tiukasti. Buprenorfiinia laitetaan kielen alle tai käytetään transdermaalisesti laastarien avulla. Kielen alle annosteltavan buprenorfiinin vaikutusaika on 6–8 tuntia, kun taas laastarin vaikutus kestää 7 vuorokautta. Buprenorfiini voi aiheuttaa haittavaikutuksina voimakasta huimausta ja pahoinvointia. (Kalso ym. 22.)

Vahvoihin opioideihin kuuluvat morfiini, fentanyyli, hydromorfoni, metadoni sekä oksikodoni. Morfiini on perusopioidi, johon usein verrataan muita opioideja. Morfiinista on tehty runsaasti erilaisia tutkimuksia kivunhoitoon liittyen. Tutkimuksia morfiinin vaikutuksesta on tehty esimerkiksi syöpäsairauksista aiheutuvien kipujen kuin myös muiden kiputilojen hoidossa. Näitä ovat mm. nivelrikot ja neuropaattiset kivut, kuten aavesärky ja vyöruusun jälkeinen neuralgia. (Kalso ym. 22–24.)

Morfiinilla on pieni ja vaihteleva hyötyosuus, joka tulee muistaa sen lääkehoidossa. Morfiinia ei suositella ensisijaisesti käytettäväksi munuaispotilailla, sillä sen aktiivinen metaboliitti, morfiini 6-glukuronidi kumuloituu eli keräytyy munuaisten vajaatoiminnan yhteydessä. Morfiinin kodalla ei kuitenkaan tunneta merkittäviä lääkeaineinteraktioita eli yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Morfiini laajentaa perifeerisiä suonia ja vapauttaa histamiinia ja glutamaattia. Glutamaatin vapauttamisen vuoksi morfiini voi aiheuttaa eksitatorisia oireita, sillä 3-glukuronidi eksitoi keskushermostoa. Tämä voi mahdollisesti selittää joidenkin morfiinia saaneiden potilaiden kosketusherkkyyden. Hitaasti lääkeainetta vapauttavia valmisteita morfiinin kohdalla on useita. Normaalisti vapauttavia valmisteita ei ole kuitenkaan yhtään. Morfiiniliuosta on mahdollista kirjoittaa tarvittaessa pikareseptillä, mikäli syöpäsairas kärsii läpilyöntikivuista. Morfiinista on olemassa tablettimuoto, jonka vaikutus alkaa kahdessa tunnissa ja sen vaikutus kestää 8–12 tuntia. Jos morfiinin lääkehoidossa kyseessä on muu kuin syöpäkipuun liittyvä kiputila, vuorokauden suositeltu yläraja on 120–200 mg. (Kalso ym. 22).

Fentanyyli on erityisen tehokas opioidi. Fentanyyli vaikuttaa käytössä olevista opioideista voimakkaimmin myyopioidireseptoriin. Fentanyyli on rasvaliukoinen lääkeaine ja se häviää suun kautta otettuna lähes täysin ensikierron aikana. Tämän vuoksi fentanyyliä käytetään usein depotlaastareina, jotka annostellaan iholle (transdermaalisesti), jonka kautta lääkeaine pääsee vapautumaan verenkiertoon. On kuitenkin huomioitava, että kohoava kehon lämpötila nopeuttaa fentanyylin siirtymistä verenkiertoon ja päinvastoin huono ihonalainen verenkierto voi vähentää fentanyylin imeytymistä. Fentanyyli poistuu elimistöstä metaboloitumalla maksassa. Tämän vuoksi fentanyyli sopii lääkeaineena hyvin munuaispotilaiden lääkehoitoon, sillä munuaisten osuus elimistön puhdistumassa on vähäinen. Fentanyyli-laastarin kipua lievittävä vaikutus alkaa 12–18 tunnin kuluessa ja sen vaikutus kestää 72 tuntia. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilaalla on ollut pidemmän aikaa stabiili kiputila ja sopiva opioidiannos tiedetään ennen depotlaastarin käyttöä. Tutkimuksissa fentanyyliä on usein verrattu morfiiniin. On todettu, että laastarimuotoinen annostus on potilaille mieleinen. Laastari voi myös olla hyvä lääkemuoforma silloin, kun hoitoon sitoutuminen on heikkoa. On myös todettu, että fentanyyli aiheuttaa hieman vähemmän ummetusta kuin itse morfiini.

Mikäli potilaan kiputila johtuu kroonisesta, muusta kuin syövästä johtuvasta kiputilasta, on suositeltu vuorokausiannos 50 mikrogrammaa tunnissa. (Kalso ym. 23–24.)

Nopeavaikutteisia fentantanyylin lääkemuotoja on saatavissa imeskelytabletteina sekä ne-näsuihkeena. Näitä voidaan käyttää syöpäsairaana potilaan läpilyöntikipuihin. Nopeavaikutteisia fentanyylivalmisteita ei tule käyttää muilla, kuin huolellisesti valikoiduilla syöpäsairailta. Annostus on aina yksilöllinen ja sitä ei voi päätellä pitkävaikutteisten opioidien annostusten perusteella. (Kalso ym. 23–24.)

Morfiinin johdannainen hydromorfoni on vahva opioidi. Hydromorfoni on hyvin rasvaliukoinen lääkeaine, toisin kuin morfiini. Hydromorfoni läpäisee hyvin veriaivoesteen juuri sen rasvaliukoisuuden ansiosta. Tämän vuoksi kuitenkin teoriassa myös addiktioriski on suurempi kuin morfiinissa. Hydromorfonin hyötyosuus on vähäinen, jonka vuoksi myös sen yksilölliset vaikutukset vaihtelevat 17–62 %:n välillä. Hydromorfonin vaikutus verrattuna morfiiniin on 10 % morfiinin vaikutuksesta, kun kyseessä on yhtä suuri annos. (Kalso ym. 23–24.)

Metadoni on halpa ja vanha opioidi, jonka vuoksi siitä ei ole tehty kovinkaan paljon tutkimuksia kivun hoidossa. Metadonin käytön kiinnostus on kuitenkin lisääntynyt, sillä sitä voidaan käyttää pitkäaikaiseen annostukseen sen farmakokinetiikkansa ansiosta. On myös todettu, että metadoni on mahdollisesti tehokkaampi kuin muut opioidit, mikäli toleranssi on jo kehittynyt ja potilasta hoidetaan neuropaattisen kivun vuoksi. Metadoni on kuitenkin hyvin ongelmallinen lääke, sillä sen eliminaatiopuoliintumisaika on pitkä ja sillä on lukuisia aineinteraktiomahdollisuuksia. Metadonin eliminaatiopuoliintumisaika voi olla jopa 150 tuntia. Tasapainotila saadaan aikaiseksi vasta viiden puoliajan kuluessa. Siihen voi kulua jopa 750 tuntia eli lähes kaksi viikkoa. Kun annosta titrataan, tulee ottaa huomioon, että metadonin vaikutus kestää vain 4–8 tuntia. Metadonin yhteydessä ei tule käyttää mm. flukonatsolia, ketokonatsolia, fluoksetiinia, fluvoksamiinia tai siprofoksasiinia, sillä ne pienentävät metadonin puhdistumaa. Näiden lääkeaineiden yhteiskäyttö voi johtaa hengityslamaan ja voimakkaaseen sedaatioon. (Kalso ym. 23–24.)

On myös olemassa lääkeaineita, jotka lisäävät metadonin puhdistumaa. Näitä ovat mm. karbamatsepiini, fenytoiini, fenobarbitaali, fusidiinihappo, rifampisiini, ritonaviiri sekä nevirapiini. Mikäli yhteiskäytössä metadonin kanssa käytetään esimerkiksi tällaisia lääkeaineita, joudutaan metadonin annosta nostamaan, jotta saadaan ylläpidettyä sen kipua lievittävä vaikutus. Metadoni ei kerääny (kumuloidu) elimistöön munuaisten vajaatoiminnan yhteydessä. (Kalso ym. 23–24.)

Oksikodoni muistuttaa paljon morfiinia farmakokineettisten ja kemiallisten ominaisuuksiensa kannalta. Oksikodoni on myyopioidireseptorin antagonisti, kuten kaikki muutkin Suomessa käytössä olevat opioidit. Oksikodoni on lääkeaineena tehokas siirtymään veriaivoesten läpi. Tämä voi kuitenkin lisätä riskiä myös opioidiriippuvuudelle. Suun kautta annosteltu oksikodoni omaa paremman ja vähemmän vaihtelevan hyötyosuuden kuin itse morfiini. Oksikodoni vapauttaa morfiinia vähemmän histamiinia ja se aiheuttaa vähemmän painajaisia ja hallusinaatioita kuin morfiini. Oksikodonilla on tehty useita kliinisiä tutkimuksia niin satunnaisesti kuin myös kontrolloidusti pitkäaikaisten kiputilojen hoidossa. Oksikodonin vaikutusta on tutkittu mm. syöpäkipujen, nivelrikon, vyöruusuneuralgian sekä diabeettisen neuropatian lisälääkkeenä. Kun oksikodonia käytetään hitaasti vapauttavassa muodossa, sen vaikutus alkaa noin tunnin sisällä ja kestää 8–12 tuntia. Oksikodonia käytetään yleensä kapseleina tai oraaliliuoksena. Näitä voidaan käyttää läpilyöntikipuun syöpäsairaiden kohdalla. Mikäli hoidetaan muuta kuin syöpäsairauteen liittyviä kipuja, suositeltu vuorokausiannos on 40–80 mg. (Kalso ym. 23–24.)

Kipukynnystä nostavat lääkkeet eli masennuslääkkeet soveltuvat myös hermostoperäisen kivun hoitoon. Näiden lääkkeiden kivunlievitys perustuu siihen, että ne hidastavat ja jarruttavat kipuviestin kulkeutumista hermostossa. Kipukynnystä nostavia lääkkeitä ovat esimerkiksi amitriptyyli, nortriptyyli sekä venlafaksiini. Hoidon teho on kuitenkin usein hitaampaa kuin tavallisilla kipulääkkeillä. Epilepsialääkkeitä voidaan myös käyttää kivun lääkehoitona. Epilepsialääkkeiden vaikutus soveltuu hermostoperäisen kivun hoitamiseen. Tällaisia epilepsia lääkkeitä ovat mm. gabapentiini, pregabaliini ja karbamatsepiini. Näitä lääkkeitä ei kuitenkaan suositella, mikäli ihminen kärsii maksan, sydämen tai munuaisten toimintahäiriöstä. (Lääkärikirja Duodecim 2022.)

### 3.4.1 Lääkkeenantotavat

Lääkkeenantotavalla tarkoitetaan tapaa, jolla lääkeaine saadaan ihmisen elimistöön. Oikein valittu lääkemuoto edellyttää sitä, että lääkemuoto on turvallinen, tehokas, taloudellinen, tarkoituksenmukainen sekä toteutettavissa oleva. Näiden piirteiden tulee toteutua niin lääkkeen käyttäjän, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan kohdalla. (Saano & Taam – Ukkonen 2020, 111.) Jotta lääkehoito toteutuu turvallisesti, on tärkeää ymmärtää, miten eri lääkemuodot käyttäytyvät ihmisen elimistössä. Lääkkeenantotapa sekä lääkemuoto vaikuttavat lääkkeen voimakkuuteen, keston ja mahdollisten haittavaikutusten ilmenemiseen sekä siihen, miten nopeasti lääke alkaa vaikuttamaan elimistössä. (Saano & Taam – Ukkonen 2020, 114.)



Asioita, joita lääkärin tulee arvioida lääkkeenantotapaa valittaessa ovat lääkeaineen ominaisuudet, käyttötarkoitus ja millaisia lääkemuotoja on saatavilla. Muita seikkoja, joita lääkärin tulee huomioida ovat potilaan ikä, sairaudet ja elimistön tila, toimintakyky ja hoitoon sitoutuminen sekä lääkehoidon kustannukset ja toteuttamisympäristö. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,112.)

Lääkkeiden antotavat voidaan luokitella monella eri tavalla. Usein käytetään kuitenkin luokittelua, jossa lääkkeenantotapa jaetaan ensin enteraaliseen- ja parenteraaliseen antotapaan. Enteraalinen eli luonnollinen tie lääkkeenannolle tarkoittaa sitä, että lääke annetaan ruoansulatuskanavaan. Parenteraalinen antotapa sen sijaan tarkoittaa, että lääke annetaan ruoansulatuskanavan ohi. Parenteraalinen antotapa voidaan jakaa vielä ns. täsmentäviin otsikoihin. Näitä ovat noninvasiivinen eli kajoamaton antotapa (luonnollinen tie) sekä invasiivinen eli kajoava antotapa. Invasiivinen antotapa voidaan jakaa vielä omiin tarkentaviin alaotsikoihin. Nämä ovat ekstravaskulaarinen eli verenkierron ulkopuolelle annettava, sekä intravaskulaarinen eli verenkiertoon annettava lääke. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,112–113.)

Näiden lisäksi enteraalinen- sekä parenteraalinen lääkkeenantotapa voidaan jakaa systeemiseen ja paikalliseen lääkkeenantotapaan. Systeeminen lääkkeenanto tarkoittaa sitä, että lääkeaine kulkeutuu verenkierron avulla koko elimistöön. Paikallinen lääkkeenanto tarkoittaa sen sijaan sitä, että lääkeaine vaikuttaa suoraan tiettyyn kohteeseen ilman verenkierron vaikutusta. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,112–113.)

Enteraalisia lääkkeenantotapoja ovat peroraalinen (per os, p.o.), suuontelon (intra osis) kautta annettavat, kielen alle (sublinguaalisesti, s.l.) liukenevat sekä peräsuoleen (per rectum) asetettavat lääkkeet. Myös nenämahaletkun ja PEG (perkutaaninen endoskooppinen gastrooma) tai muun ruokintaletkun kautta kulkeutuminen kuuluu enteraaliseen lääkkeenantotapaan. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,124–126.)

Peroraalisia lääkkeitä annetaan kiinteiden tai nestemäisten lääkkeiden muodossa. P.o. annettavia lääkkeitä ovat tavanmukaiset eli konventionaaliset lääkkeet, kuten tabletit ja kapselit tai säätölääkkeet eli kontrolloidusti lääkeainetta vapauttavat lääkkeet (depot- ja enteromuotoiset tabletit ja kapselit). Muita peroraalisia lääkemuotoja ovat purutabletit, poretabletit, oraalihiuokset ja tipat. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,118–121.)

Tabletit ovat yleisin enteraalinen p.o. lääkemuoto. Tabletit päällystetään usein niiden epämiellyttävän maun ehkäisemiseksi. Jakouurre voi olla tabletissa sen puolittamismahdollisuutta varten, jotta se olisi helpompi niellä. Vaikka tabletissa olisi jakourteelta näyttävä viiva, sitä ei välttämättä saa jakaa osiin. Ennen tabletin jakamista pienempiin osiin tulisi aina

tarkistaa lääkkeen valmistepakkauksen yhteenvedosta saako kyseisen lääkkeen kohdalla niin toimia. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,116.)

Etenkin depottablettien ja -kapselien kohdalla tulee olla erityisen tarkkana ohjeiden kanssa. Pääsääntöisesti depottabletteja ja -kapseleita ei saa koskaan pureskella, jauhaa tai murskata, sillä potilas voi saada näin ollen 2–4 kertaa suuremman annoksen kuin alun perin oli tarkoitus. Tämä voi olla potilaalle erityisen haitallista ja vaikuttaa lääkkeen vaikutuksenkestoon. On kuitenkin olemassa joitakin depottabletteja ja -kapseleita, joita saa avata tai liettää veteen ilman, että depotrakenne rikkoutuu. Ennen lääkkeenantoa tämä tulee kuitenkin aina ensin tarkistaa pakkausselosteesta. Enterotablettien ja -kapseleiden kohdalla tulee toimia samalla tavalla, sillä näiden lääkkeiden vaikutus perustuu siihen, että lääke alkaa vaikuttaa vasta, kun se on ohittanut mahalaukun ja pääsee ohutsuoleen. Enterotablettien ja -kapseleiden kohdalla tulee kuitenkin muistaa, että lääke tulee ottaa vähintään puoli tuntia ennen ruokailua tai kaksi tuntia ruokailun jälkeen, sillä ruoka voi vaikuttaa lääkkeen imeytymiseen ja siirtymiseen elimistössä. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,117.)

Kun lääkettä annetaan suuonteloon (intra oris), voidaan lääke myös asettaa kitalakeen, poskiin tai suun pohjan rajoittamalle alueelle. Suuonteloon annettavia lääkemuotoja ovat mm. bukkaalitabletti ja -kalvo, lääkepurukumi, imeskelytabletti ja suuvoide. Resoribletti on myös suuhun liukeneva tabletti, mutta lääke asetetaan sublinguaalisesti eli kielen alle (s.l.) liukenemaan. Tästä hyvänä esimerkkinä toimii rintakipukohtauksien hoidon yhteydessä käytettävä glyseryylinitraatti. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,122–123.)

Lääkkeenantotapaa peräsuoleen (per rectum) voidaan käyttää silloin, kun potilas ei voi niellä. Peräsuoleen lääkettä voidaan antaa peräpuikkojen eli suppositorioiden muodossa, jotka ovat kartion tai sukkulan muotoisia. Lääke voidaan kuitenkin myös antaa peräruiskeena rektiolina tai pienoisperäruiskeena klysmäna. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,125–126.)

Parenteraalinen lääkitys voidaan antaa ei kajoavaa eli luonnollista reittiä (noninvasiivinen) tai kajoavaa reittiä (invasiivinen) käyttäen (Saano & Taam – Ukkonen 2020,113). Kun käytetään parenteraalista kajoamatonta antotapaa eli noninvasiivista antotapaa, lääkeaine voidaan antaa luonnollista reittiä keuhkoihin, nenään, silmään ja korvaan sekä iholle ja emättimeen. Keuhkoihin annettavia lääkemuotoja ovat inhalaatiosumutteet, -nesteet, -kaasut ja -jauheet. Nenään laitettavia lääkemuotoja ovat erilaiset tipat, sumutteet sekä voiteet. Silmiin voidaan antaa lääkettä voiteen, veden tai lamellien muodossa. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,127–131.)

Korvaan annettavia lääkkeitä ovat erilaiset tipat, voiteet sekä huuhteet. Kun lääkettä annetaan paikallisesti iholle eli dermaalisesti, käytetään lääkemuotoina puutereita, vaahtoja, shampoita ja liuoksia sekä siteitä, pastoja, geelejä, linimenttejä ja erilaisia voiteita. Emättiimeen lääkitys voidaan antaa puikkojen, vaahtojen, voiteiden tai renkaiden muodossa. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,134–136.)

Kun mennään kajoavaan eli invasiiviseen lääkkeenantotapaan, toteutetaan lääkehoito joko verenkierron ulkopuolelle tai suoraan verenkiertoon. Kun lääke annetaan verenkierron ulkopuolelle injektioina (ekstravaskulaarinen) käytetään lyhenteitä i.m. (lihakseen eli intramuskulaarisesti), s.c. (ihon alle eli subkutaanisesti), i.c., i.d. (ihon sisään eli intrakutaanisesti ja intradermaalisesti) ja i.t. (spinaalitilaan eli intratekaalisesti). Tähän kategoriaan kuuluvat myös injektiot epiduraalitilaan. (Saano & Taam – Ukkonen 2020,142.)

Kun lääke annetaan suoraan verenkiertoon (intravaskulaarinen) eli laskimoon, käytetään injektioita ja infuusiolääkkeitä. Nämä jaotellaan lyhenteisiin i.v. (laskimoon eli intravenoosisesti) ja i.a. (valtimoon eli intra-arteriaalisesti). (Saano & Taam – Ukkonen 2020,142.)

### 3.4.2 Lääkehoidon riskit

Iäkkäiden lääkehoidossa on erityispiirteitä. Sopiva määrä lääkettä iäkkäälle ihmiselle voi olla pienempi kuin nuoremmille ihmisille määrätty lääkeannos. Lääkehaitat ja lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset saattavat heikentää toimintakykyä, jolloin muisti voi alkaa katkeilemaan, tasapaino huonontuu, kaatumiset lisääntyvät sekä sekavuus ja väsymys lisääntyvät. Lääkehaittojen ja muiden ongelmien toteaminen ja poistaminen ovat tärkeitä muistisairaiden toimintakyvyn lisäämiseksi. Yli 65-vuotiailla on moninkertainen riski kärsiä lääkehaitoista tai lääkehoitoon liittyvistä ongelmista. On arvioitu, että yli puolet iäkkäiden lääkehaitatapahtumista ja lääkehoidon ongelmista olisi ollut estettävissä, jos olisi käytetty oikeita lääke- ja annos määriä sekä lääkehoidon huolellista seuranta. (Fimea 2023.)

Muistisairaana lääkehoidossa on haasteita, koska vanha ikä tuo keholle muutoksia ja krooniset sairaudet lisääntyvät iän myötä. Kroonisia sairauksia hoidetaan usein monilääkityksillä, mikä lisää lääkityksen haasteita. Ikääntymisen myötä kehossa tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat ruuansulatuskanavaan, munuaisten, maksan ja verenkiertoelimistön toimintaan. Nämä muutokset vaikuttavat lääkeaineiden imeytymiseen, jakautumiseen ja eliminaatioon. (Alexander-Magalee 2013.)

Kipulääkkeet vaikuttavat kaikkiin eri tavalla, ja siksi kivunarvioinnin täytyy olla jatkuvaa ja mahdollisia haittavaikutuksia pitää tarkkailla jatkuvasti. Haittavaikutuksien havaitseminen voi olla vaikeaa monisairauden vuoksi. (Lavan & Gallagher 2016; Lee ym. 2009.) Arviointi

haittavaikutuksien havaitsemiseen pitää olla huolellista ja perusteellista (Inkinen ym. 2015.) Eriytyisen tarkka tulisi olla lääkityksen aloitusvaiheessa sekä haittavaikutuksien seurannassa. (Alexander-Magalee 2013.) Ikääntyneiden nielemisvaikeudet ovat iso ongelma iäkkäiden lääkehoidossa (Logrippo ym. 2017; Stegemann ym. 2012). Nielemisvaikeuksia on jopa kolmannella iäkkäistä pitkäaikaishoidossa. Koska suurin osa iäkkäiden käyttämistä lääkkeistä ovat enteraalisiivaimisteita, on lääkemuodon muuttaminen sopivaan muotoon keskeinen osa lääkehoidon toteutumista. (Gill, Spain & Edlund 2012; Laitinen, Ahonen & Kröger 2010; Logrippo ym. 2017). Paras tapa suorittaa turvallisesti iäkkäiden lääkehoitoa on, jos lääkkeitä ei tarvitse murskata ollenkaan vaan valitaan toinen lääkkeen antotapa tai vaihtoehtoinen lääkemuoto (Bennett, Howard, Barnes & Jones 2013).

Lääkityksen sopivuutta tulee tarkistaa 2–3 kuukauden sisällä lääkityksen aloittamisesta. Puolen vuoden kohdalla tarkistetaan lääkityksen teho ja tämän jälkeen kokonaistilannetta arvioidaan aktiivisesti 6–12 kuukauden välein. Mikäli lääkityksessä ilmenee ongelmia, arviointeja toteutetaan useammin. Lääkehoidon toteutuksessa seuranta on tärkeää. Tämän vuoksi esimerkiksi hoitohenkilökunta on tärkeä osa lääkehoidon toteutumista. (Tarnanen ym. 2017.)

### 3.5 Lääkkeetön kivunhoito

Toimintakyky jaetaan usein seuraaviin osa-alueisiin: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Käsitteenä tämä on hyvin moniulotteinen ja sen ulottuvuudet ovat kytköksissä toisiinsa. Toimintakykyyn vaikuttavat mm. ympäristön vaatimukset ja edellytykset, yksilön terveydentila sekä muut henkilökohtaiset ominaisuudet. Näiden osa-alueiden kokonaisvaltainen hyvinvointi auttaa myös ihmistä voimaan hyvin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023c.)

Lääkkeetön hoito perustuu siihen, että pyritään tunnistamaan oireita laukaisevat tekijät. Tietämys auttaa vähentämään ja välttämään niiden esiintymistä tai ainakin tilanteista voidaan tehdä helpommin kestäviä. On tärkeää, että muistisairasta tuetaan ja hänen elinympäristöään muokataan niin, että hän kykenee elämään mahdollisimman omannäköistä elämää ja toimimaan itsenäisesti arjen eri toiminnoissa niin pitkään kuin se on mahdollista. (Muistiliitto ry e.)

Kivun hoidon päätavoitteita ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen sekä elämänlaadun parantuminen ja vaaliminen. Yli kolme kuukautta kestänyttä kipua on hankala kokonaan poistaa, mutta sitä voidaan yrittää lievittää erilaisin keinoin. Eri sairauksiin liittyvien kipuoireiden eli ns. oheisoireiden hoito voi helpottaa kipua ja selviytymistä päivittäisessä elämässä. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat kivunhoidon perusta ja niitä täytyy käyttää

aina, kun siihen on mahdollisuus. Lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat mm. erilaiset liikunta-  
muodot, suunnitelmallinen, systemaattinen ja ohjattu terapeuttinen harjoittelu, kognitiivisbe-  
havioraalinen terapia sekä fysikaaliset hoidot, kuten TNS, kylmä- ja lämpöhoito. (Tarnanen  
ym. 2016.)

Lääkkeettömässä kivunhoidossa korostuu jälleen se, että muistisairas voi luottaa ympärillä  
oleviin ihmisiin ja toisinpäin. Näin käyttäytymisen tulkitseminen on helpompaa myös siinä  
vaiheessa, kun muistisairaus on edennyt ja kommunikointi voi olla jo hankalaa. Hyvinvoin-  
nista huolehtiminen on erityisen tärkeää etenkin siinä vaiheessa, kun muistisairaus on  
edennyt ja muistisairas ei kykene itse enää kertomaan tarpeistaan. Hyvään hoitoon ja huo-  
lenpitoon kuuluvat mm. riittävä ja tasapainoinen ravitsemus ja nesteytys, lepo ja oikea  
suhde liikuntaan ja sen riittävyys sekä hyvä hygienia, mukavat vaatteet ja mielekäs ympä-  
ristö. Muistisairaalla hyvää elämää ja toimintakykyä pyritään tukemaan keskittymällä sai-  
rastavan voimavaroihin ja taitoihin. Tämä auttaa viemään huomiota pois muista ongelmista  
ja kyvyistä, jotka ovat heikentyneet. Muistisairaana itsenäiset päätökset auttavat hyvinvoin-  
nin ylläpitoa ja omanarvontunteen säilyttämistä. Tämän vuoksi pyritään aina välttämään  
muistisairaana perusteetonta rajoittamista. Kun muistisairas kokee elämänlaadun hyväksi,  
se näkyy hyvänä olona myös ulospäin. (Muistiliitto ry d.)

### 3.5.1 Fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa kykyä selviytyä fyysisistä toiminnoista arkielämässä. Tär-  
keitä fysiologisia ominaisuuksia ovat lihasvoima, lihaskestävyys, nivelliikkuvuus, tasapaino  
sekä keskushermoston toiminta. Näkö ja kuulo ovat myös osa fyysistä toimintakykyä (Ter-  
veyden ja hyvinvoinnin laitos 2023c.)

Muistisairauden edetessä, myös fyysinen toimintakyky heikkenee. Tämän seurauksena esi-  
merkiksi tasapainon ja pystyasennon ylläpitäminen vaikeutuu, polvi ja lonkkanivelet jäykis-  
tyvät, selkä kumartuu ja olkapäät ojentuvat eteenpäin, jolloin seisoma-asennosta tulee etu-  
kumara. Muistisairauksiin liittyy liikkeiden jäykistymistä, lihasheikkoutta, vapinaa ja kehon  
hallinnan vaikeutta. Näiden ongelmien ja hahmottamisen vaikeutuessa muistisairailla kaa-  
tumisen riski kasvaa. Kävely voi olla laahaavaa, epävarmaa töpöttävää tai horjahtelevaa.  
Toisaalta muistisairas voi menettää kävelytaidon kokonaan taudin edetessä. Muistisairaalla  
fyysisen toimintakyvyn muutokset voivat tapahtua vähitellen tai nopeasti riippuen sairau-  
desta tai sairauden vaikeusasteesta. (Forder 2014, 109.) Vanhustyön keskusliiton teke-  
mässä tutkimuksessa on pystytty todistamaan, että fyysisen toimintakyvyn huonontumisen  
hidastaminen liikunnallisella kuntoutuksella vähentää kaatumisriskejä. Lisäksi

tutkimuksessa havaittiin, liikunta harjoittelulla olevan myönteisiä vaikutuksia muistisairaahan kognitionaaliseen toimintakykyyn. (Pitkälä ym. 2013.)

Hoitajan tulee tietää fyysisen toimintakyvyn tukemisessa ihmisen fysiologiset perustoiminnot. Näin ollen hoitajan tehtävänä on kannustaa haavoittuneita muistisairaasta liikuntaan ja aktiivisuuteen. Lisäksi hoitajan tulee tukea muistisairaasta selviytymään päivittäisistä toiminnoista. Voimavarat ja turvallisuus tulee huomioida, vaikka muistisairaasta kannustetaan valvottuun omatoimisuuteen. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja muistisairaahan kykyjen ja taitojen huomioon ottavia. Päivittäisiä toimintoja tulisi ylläpitää ja parantaa ja muistisairaasta tulisi kannustaa ja tukea ulkoilemaan ja osallistumaan erilaisiin liikuntamuotoihin. (Lähdesmäki & Koistinen 2010.)

Fyysisen toimintakyvyn tärkeä osa on myös apuvälineiden tarpeen arviointi (Forder 2014, 112). Apuvälineet edesauttavat muistisairaahan liikkumista itsenäisesti sekä arjen toiminnoista selviytymistä. (Lähdesmäki, Koistinen 2010). Kun apuvälineitä otetaan muistisairaalle käyttöön, tulee ohjeistuksen olla johdonmukaista selkeää ja toistuvaa. Näin muistisairas voi oppia käyttämään apuvälineitä arjessaan. (Forder 2014, 112). Hoitaja voi myös käyttää apuvälineitä muistisairaahan liikkumisen avustamiseen esimerkiksi potilasnosturia, joka on ystävällinen tapa siirtoihin hoitajalle ja potilaalle. (Lähdesmäki, Koistinen 2010).

Kuulo on tärkeä osa keskustelua, ymmärtämistä ja ymmärretyksi tulemistä. Kuulon huonontuminen voi vaikuttaa osaltaan muistin heikentymiseen. Tähän mm. apukeinona voi toimia kuulolaite, joka auttaa muistisairaasta sosiaalisissa tilanteissa ja kommunikoinnissa. (Muistiliitto ry 2016a.)

kognitiivinen toimintakyky ja tiedonkäsittelyn osa-alueiden toiminta mahdollistavat sen, että ihminen ihmisen selviytyy, arjentoiminnoissa, arjenhaasteissa ja sen vaatimuksissa. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat tiedon vastaanotto, sen säilyttäminen sekä käsittelyyn ja tiedon käyttöön kuuluvat piirteet. Näitä ovat esimerkiksi muisti, oppiminen, keskittyminen, tiedon käsittely hahmottaminen, toiminnanohjaus ja kielellinen toiminta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2023c.)

Muistisairaudesta johtuva kognitiivinen toimintojen hidastuminen ja heikentyminen on seurausta rappeumasta, joka sijaitsee hermoverkostossa. Tämän seurauksena yhteydet hermosolujen välillä surkastuvat nopeudella, johon aivot eivät pysty sopeutumaan. Kun kyseessä on etenevä muistisairaus tällainen asteittainen kognitiivinen heikentyminen johtaa dementia-tason oireisiin. (Paajanen & Hänninen 2014, 98.) Ohjaamisessa on hyvä muistaa positiivisen otteen säilyminen sekä liikunta- tai kuntoutusmuodon valitseminen sairauden aiheuttamien rajoitusten mukaan. (Forder 2014, 109–111.)

Hoitotyön tutkimussäätiön on tehnyt katsausten sarjan tutkimusnäytöstä muistisairaiden hoidosta lääkkeettömällä menetelmällä, joka on toteutettu muistiliiton toimesta. Sen kautta on saatu hyvää ajanmukaista tietoa kognitiivisen harjoittelun hyödyistä muistisairaana hoidossa. (Holopainen ym. 2019.) Muistisairas tarvitsee arjessa selviytymisessä omaehtoista aktiivisuutta, mahdollisuutta toimia itse ja motivaatiota. Muistisairaalle tulee antaa mahdollisuus omien asioiden hoidossa ja tehdessä itsenäisiä päätöksiä. (Lähdesmäki & Koistinen 2010.)

### 3.5.2 Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

Psyykinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen voimavaroja, joilla ihminen selviytyy arjen erilaisista haasteista ja kriisitilanteista. Psyykinen toimintakyky on liitännässä elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä tuntemisen ja ajattelemisen toimintoja ovat ihmisen kyky tuntee, vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Lisäksi tähän kuuluu kyky kokea sekä muodostaa erilaisia käsityksiä itsestä, ympäröivästä maailmasta sekä suunnitelmallisuus tai kyky tehdä valintoja ja ratkaisuja omaa elämäänsä koskien. Hyvään psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu, että ihminen kykenee tekemään harkittuja päätöksiä ja osaa suhtautua realistisesti, mutta luottavaisesti ympäröivään maailmaan ja tulevaisuuteen. Ihmisen persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisten ympäristöjen haasteista ovat myös osa psyykkistä toimintakykyä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2023c.)

Sosiaalinen toimintakyky on yksilön, sosiaalisen verkoston, ympäristön sekä yhteisön ja yhteiskunnan muodostama kokonaisuus. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee mm. erilaisissa vuorovaikutustilanteissa ja se jaotellaan kahteen eri tarkasteltavaan osa-alueeseen. Ensimmäisenä tarkastellaan, millainen ihminen on vuorovaikutussuhteissaan ja toiseksi sitä, millainen ihminen on aktiivisena toimijana sekä osallistujana eri yhteisöissä ja yhteiskunnassa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2023.)

Muistisairas ihminen tulee nähdä kokonaisuutena, jonka hyvinvointiin vaikuttavat monet eri seikat. Hyvään kuntoutukseen, hoitoon ja hoivaan ei kuulu pelkästään sairauksien hoito. Siihen kuuluvat elämänlaadun, toimintakyvyn ja osallisuuden tukeminen sekä ennaltaehkäisevä työ. On tärkeää tukea muistisairaana kykyä tehdä omia päätöksiä sairauden jokaisessa vaiheessa. Muistisairaalle tulee antaa mahdollisuus olla mukana hänen terveyteensä liittyvissä päätöksissä ja niiden suunnittelussa. Läheisten osallistuminen hoidon suunnittelussa, arvioinnissa ja myös mahdollisesti toteutuksessa on tärkeää kaikkien osapuolien kannalta, jotta saadaan mahdollisimman kattavasti tietoa muistisairaana ominaisuuksista, tavoista ja toiveista. Hoitohenkilökunnan havainnointi ja kirjaaminen on myös äärimmäisen

tärkeää. Kirjaaminen auttaa mm. ymmärtämään, miten muistisairas reagoi erilaisiin tilanteisiin. Näin ollen niihin pystytään myös vaikuttamaan jatkossa esimerkiksi ennaltaehkäisemällä epämiellyttäviä tilanteita tietyn muistisairaahan kohdalla. (Muistiliitto ry 2016a, 9,10, 35.)

Muistisairaahan elämänlaatu on pitkälti riippuvainen siitä, miten sairastavan yksilöllisyys, jäljellä olevat voimavarat ja taidot huomioidaan sekä miten niitä ylläpidetään. Jokaista muistisairasta ihmistä tulisi tukea siinä, että hän pystyy toteuttamaan itseään. Jotta muistisairas voi elää mahdollisimman omannäköistä ja laadultaan hyvää elämää, on tärkeää tuntea sairaa elämänhistoria. Jokaisella muistisairaalla on oma ainutlaatuinen persoonansa sekä eletty elämä ja oma tarina. Elämäntarinan tunteminen auttaa ymmärtämään muistisairasta sairauden edetessä, kun muistisairas ei välttämättä kykene ilmaisemaan itseään. Näin pystytään täyttämään muistisairaahan ihmisen tarpeita ja toiveita sekä tukemaan häntä oman identiteetin säilyttämisessä ja mieluisan toiminnan järjestämisessä. Onnistumisen, turvallisuuden ja ilon tunteet tukevat muistisairaahan omanarvontuntoa ja näin ollen myös parantavat elämänlaatua. (Muistiliitto ry 2016a, 10, 20, 25.)

Psyykkistä hyvinvointia ja hoitoa voidaan toteuttaa mm. erilaisilla hengitys- ja mindfulness harjoituksilla. Tällaiset harjoitteet helpottavat masennusta, ahdistuneisuutta ja helpottavat kivun kanssa elämistä positiivisten kokemusten kautta. Harrastukset, jotka tukevat samalla yhteisöllisyyttä, voivat parantaa henkistä jaksamista ja näin ollen myös elämänlaatua. Näitä voivat olla esimerkiksi erilaiset kuoro- ja kerhotoiminnat. (Terveyskylä.fi 2021b.) Erilaiset terapiat kuten taide-, musiikki- ja toimintaterapia voivat parantaa niin muistisairaahan kuin myös samalla hänen läheistensä elämää. Levottomuus ja pakko-oireet voivat viitata muistisairaahan turhautumiseen tai tekemisen puutteeseen. Mielekäs tekeminen voi auttaa tällaisiin oireisiin. (Muistiliitto ry e.)

Muistisairaahan elämänlaatua parantavia tekijöitä ovat mm. selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa, toiminnallisuus, elämäkatsomuksen tai hengellisyyden huomioiminen, henkilökunnan hyvät tiedot sekä taidot niin hoitotyössä kuin myös vuorovaikutustilanteissa sekä mielekäs ja turvallisen tuntuinen asuinympäristö. Asuinympäristön muokkaaminen mieleiseksi ja omannäköiseksi vähentää tarpeettomuuden tunnetta ja turhautumista, jolloin myös levottomuus ja pakko-oireet voivat vähentyä. Myös pienet asiat, kuten yölampun valon päälle jättäminen voivat helpottaa muistisairaahan yöllistä levottomuutta ja ahdistusta. On tärkeää, että muistisairaalla on myös oma turvallinen paikka, johon vetäytyä rauhaan ympärillä olevasta melusta ja hälinästä. Muistisairaahan orientoitumista paikkaan ja aikaan voidaan tukea esimerkiksi tuomalla vuodenaikoja esiin valokuvien, esineiden ja musiikin



avulla. Tällaiseen orientoitumiseen voivat myös auttaa erilaiset ryhmähetket vuodenaikaan liittyvän teeman mukaisesti. (Muistiliitto ry 2016a,10, 49, 52.)

Muistisairaalle läheisten ihmissuhteiden vaaliminen, sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen ovat erityisen tärkeitä. Näiden osa-alueiden toteutuminen lisää turvallisuuden tunnetta ja elämänhallintaa. Muistisairaahan tulee saada toteuttaa sosiaalisia ja emotionaalisia tarpeita sairauden jokaisessa vaiheessa. Tähän kuuluu lisäksi muistisairaahan seksuaalisen hyvinvoinnin huomioiminen, tukeminen ja ymmärtäminen. Luottamus muistisairaahan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeä osa hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee ohjata muistisairaahan läheisiä sekä antaa tiedollista, emotionaalista ja käytännön tukea. Vakava sairastuminen voi aiheuttaa monia erilaisia muutoksia, jotka horjuttavat psyykkistä hyvinvointia. Tämän vuoksi on tärkeää tarjota muistisairaalle ja hänen läheisilleen tukea mahdollisimman aikaisessa vaiheessa esimerkiksi keskusteluavun muodossa. Tämä ennaltaehkäisee kriisin syvenemistä ja tukee psyykkistä hyvinvointia. Lisäksi vertaistuki voi tuoda ymmärrystä, lohtua ja tukea muistisairaalle ja hänen läheisilleen. Vertaistuki voi tarjota uusia ystäviä, lepoa ja omaa aikaa sairauden keskellä. (Muistiliitto ry 2016a, 44, 46, 69, 71.)

Muistisairaille ihmisille hoitajan vuorovaikutustaidot ovat hyvin tärkeä osa hoitotyötä. Aina pelkästään sanallinen vuorovaikutus ei riitä, vaan täytyy myös huomioida sanatonta ja kehon viestintä. Muistisairas aistii herkästi kehon kieltä ja sanatonta viestintää. Tämän takia rauhallinen puhe ja äänensävy, katsekontakti, kuunteleminen sekä kosketus ja tilanteessa läsnä oleminen auttavat muistisairasta tuntemaan, että hänellä on tilaa ja turvallista ilmaista itseään. Muistisairasta tulee kohdella arvostavasti, kunnioittavasti ja tasavertaisesti. Kiireettömyys ja aito halu kuunnella muistisairasta auttaa kehittämään molemminpuolista luottamusta ja ymmärrystä. (Muistiliitto ry 2016a, 46–48.)

### 3.6 Ennakoivan hoidon merkitys kivunhoitoon

Suomalaisista ihmisistä suurin osa kuolee eteneviin verenkierto tai hengityselinten sairauksiin, syöpään tai muistisairauksiin. Tautikohtaisia hoitoja on nykyään tarjolla enemmän kuin aiemmin, mutta ne eivät ole aina potilaan parhaaksi elämän loppuvaiheessa. Mikäli potilaan palliatiivinen hoito viivästyy tai jää kokonaan puuttumaan, on mahdollisuus siihen, että potilas kokee epätarkoituksenmukaista ja huonotasoista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. (Lehto ym. 2019.)

Hoitosuunnitelmasta sopiminen ja hoidon tavoitteet auttavat niin potilasta kuin myös läheisiä käsittelemään sairauden aiheuttamaa huolta. Tämä lisää luottamuksen kokemista hoitoa kohtaan. Keskustelut tulisi aloittaa asteittain tarpeeksi aikaisessa vaiheessa tautikohtaisten hoitojen rinnalla ja etenkin silloin, kun hoitojen vaste on hiipumassa tai siitä ollaan

epävarmoja. Mikäli sairauden etenemiseen ei voida enää vaikuttaa, on tässä vaiheessa viimeistään syytä tehdä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan sisältyvät keskustelut sairauden luonteesta ja hoitomenetelmistä, hoidon tavoitteista, linjauksista ja rajouksista. Keskusteluissa tulee huomioida potilaan omat toiveet ja pelot sairauden edetessä sekä kuoleman lähestyessä. Näiden keskustelujen pohjalta pyritään laatimaan konkreettinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmassa pyritään ennakoimaan potilaan kivun ja muiden erilaisten fyysisten oireiden hoito. Hoitosuunnitelmassa tulee huomioida potilaan sekä hänen läheistensä psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet. Hoitosuunnitelmassa määritellään järjestelyjen kannalta, miten hoito toteutetaan kotona tai palveluasumisessa sekä mahdollinen tukiosasto, jonne potilas voidaan tarvittaessa siirtää. Suunnitelmassa tulee olla kirjattuna, kuinka konsultaatio toteutetaan ongelmatilanteissa ja miten toimitaan, jos tilanne pahenee hoidoista huolimatta. (Lehto ym. 2019.)

Taudin edetessä keskusteluja täytyy toteuttaa toistuvasti, jotta hoitosuunnitelmaa pystytään tarvittaessa tarkentamaan. Hoitosuunnitelman yhteydessä potilaalla on mahdollisuus laatia hoitotahto tai hän voi nimetä henkilön, jonka toivoisi edustavan itseään, kun kommunikointikyky heikkenee. Hoitosuunnitelma, sen linjaukset ja rajaukset tulee kirjata sairauskertomukseen ja nämä sisällytetään osaksi mahdollista asiakassuunnitelmaa. Kirjaaminen on erityisen tärkeä osa potilaan hoitoa ja se auttaa muita yksiköitä ja lääkäreitä, jotka voivat vaihtua sairauden edetessä. Näin saadaan varmistettua, että tieto välittyy kaikille hoitaville tahoille. (Lehto ym. 2019.)

Hoitolinjauksen pääperiaate on määritellä hoidon ensisijainen tavoite. Tässä huomioidaan potilaan arvot ja tunteet, mutta linjausten tulee olla lääketieteellisesti perusteltuja. Hoitolinjausta tehtäessä pohditaan, hyötyykö potilas jostakin yksittäisestä tutkimuksesta tai hoidosta. Hoitolinjauksessa vältetään hyödyttömien tai pelkästään kärsimystä lisäävien hoitojen toteuttamista. Tämä siis tarkoittaa hoidonrajausta, mutta samalla tarjotaan linjausten mukainen hoito. Hoitolinjausta voidaan myös tarkastella ja päivittää ajan tasalle myöhemmin sairauden edetessä. Hoidon rajaus on osana ennakoivaa hoitoa. Hoidon rajauksella määritellään hoitotoimenpiteet, joista päätetään pidättäytyä. Ei yritetä elvyttää -päätös eli DNAR tai DNR ovat hyvin yleisiä pitkälle edenneiden sairauksien hoidon rajoituksissa. Tällainen hoidonrajaus on tarpeellinen silloin, kun potilaan sairaudet on arvioitu niin vaikeiksi, ettei potilaan tila todennäköisesti enää palautuisi elvytyksen ja sydänpysähdyksen jälkeen. Elvytyksen mahdollinen hyöty on siis olematon haittojen ja kärsimyksen lisääntymisen rinnalla, joten siksi sitä ei enää toteuteta. (Lehto ym. 2019.)

Palliatiivinen hoitolinjaus on siinä vaiheessa ajankohtainen, kun taudin etenemiseen ja jäljellä olevan elämän ajan pituuteen ei pystytä enää hoidoilla merkittävästi vaikuttamaan.

Tällöin keskitytään oireiden lievittämiseen ja elämänlaadun vaalimiseen. Palliatiivisella hoitolinjalla ei ole varsinaista elinaikaennustetta, vaan potilas voi elää vielä useita kuukausia tai jopa vuosia. Saattohoitopäätökseen tai -linjaukseen siirryttäessä ilmaistaan siirtyminen palliatiivisen hoitolinjan vaiheeseen, jossa kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana. Tällöin keskitytään asioihin, jotka ovat merkittäviä kuolevan ihmisen kannalta. Näitä ovat mm. välitön oireidenlievitys, henkinen tuki ja jäähyväisten jättäminen. Saattohoitopäätös on erityisen merkityksellinen läheisten valmistautumisen kannalta. Se auttaa myös hoitotiimiä valmistautumaan, jotta kuoleva potilas saa erityishuomion, joka hänelle kuuluu. (Lehto ym. 2019.)

Hoitosuunnitelman yhteydessä on tärkeää ottaa kantaa hoitopaikkasiirtoihin. Varsinkin muistisairaiden kohdalla, jotka asuvat ympärivuorokautisessa hoidossa, tarpeettomia siirtoja tulee välttää. Paikan vaihtuminen voi aiheuttaa muistisairaalle toimintakyvyn heikkenemistä, sekavuutta ja tarpeettomia sekä kuormittavia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä. (Lehto ym. 2019.)

Saattohoitovaiheessa tulee myös huomioida, että potilas ei enää hyödy kaikista hoidoista samalla tavalla kuin aikaisemmin. Esimerkiksi parenteraalinen nesteytys tai ravitsemus voi aiheuttaa elimistölle kuormitusta ja johtaa hengenahdistukseen ja turvotuksiin ilman oirehyötyä. Gastrostooma eli letkuruokinta voi aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä pitkälle edenneessä muistisairaudessa. Lisäksi mikrobilääkehoitoa tulee välttää lähellä kuolemaa, mikäli sillä ei ole oireita parantavaa vaikutusta. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan hoitoneuvottelussa. Tähän hoitosuunnitelman laatimiseen osallistuvat hoitava lääkäri, tarvittaessa muita ammattilaisia, potilas ja hänen läheisiään, mikäli potilas antaa siihen luvan. Hoitoon tarvitaan potilaan oma suostumus ja hän voi kieltäytyä mistä tahansa hoidosta. Tällaisessa tilanteessa potilasta tulee hoitaa muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä keinoilla. Mikäli potilas ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan, neuvotellaan asiasta hänen läheistensä tai laillisen edustajansa kanssa. Tällaisessa tilanteessa heiltä selvitetään potilaan toiveet hoitoon liittyen. Lääkäri tekee kuitenkin lopullisen päätöksen siitä, onko hoito lääketieteellisesti perusteltu. Hyvin onnistunut elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma lisää hoitotyytyväisyyttä, vähentää potilaan ja läheisten ahdistusta sekä auttaa läheisiä selviytymään sairauden rinnalla. (Lehto ym. 2019.)

### 3.7 Muistisairaahan kivunhoidon hyödyt

Varsinkin omaisille ja läheisille muistisairaahan ympärillä eläminen on erityisen raskasta. Omaiset ja läheiset ovat hyvin tärkeä osa muistisairaahan hoitoa. Näin ollen omaisten jaksaminen ja voimavarat ovat liitännässä myös muistisairaahan laadukkaaseen hoitoon ja

hyvinvointiin. Tämän vuoksi on tärkeää huomioida myös omaisten ja läheisten tarpeet ja tarjota heille erilaisia tukitoimia. Muistisairauden laadukas ennaltaehkäisy, hoito ja omaisten tukeminen vaikuttavat hoitavien ammattilaisten jaksamiseen ja resursseihin. Kun muistisairas voi mahdollisimman hyvin, se vaikuttaa ympärillä olevien ihmisten jaksamiseen ja hyvinvointiin. Muistisairaahan hoito on siis erityisen laaja kokonaisuus, jossa kaikki tekijät ovat liitännässä toisiinsa. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021.)

Ensisijaista muistisairauksien hoidossa on yksilöllisesti suunniteltu hoito- ja palvelupolku. Nämä kaksi mahdollistavat laadukkaan ja yhtenäisen hoidon. Tämä ei kuitenkaan tällä hetkellä toteudu kaikkialla Suomessa. Haasteita on myös huomattu muistisairauksien diagnoosinnin parissa, mikä hidastaa ihmisen hoitoon pääsyä ja aiheuttaa lisää taloudellisia ja inhimillisiä kustannuksia. Varsinkin perusterveyden-, työterveyden- ja sosiaaliterveydenhuollossa olisi tärkeää lisätä terveydenhuoltoalan ammattilaisten osaamista muistisairauksien osalta, jotta voitaisiin ehkäistä ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Myös muistihoitajia ja -koordinaattoreita tarvitaan jatkuvasti lisää. Tietämystä muistisairauksista tulisi lisätä niin kustannusten kuin ihmisten jaksamisen ja hyvinvoinnin vuoksi. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021, 3.)

Muistisairauksia hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömin hoitokeinoin, mutta lääkehoito on yleensä osa hoitoa. Muistisairaat tarvitsevat jo avohoidossa paljon terveyden- ja sosiaalihuollon erilaisia palveluja. Sairauden edetessä muistisairas tarvitsee kuitenkin ympärivuorokautista hoitoa. Ympärivuorokautinen hoito vaatii terveydenhuoltoalan ammattilaisilta resursseja sekä laajaa erityisosaamista. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021, 4.) Ympärivuorokautinen hoito aiheuttaa myös merkittävän osan taloudellisista kustannuksista. Ympärivuorokautistahoitoa pystytään kuitenkin ehkäisemään laadukkaalla hoidolla ja hyvin suunnitellulla hoitopolulla sekä tarpeeksi varhaisella diagnosoinnilla. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021, 22.)

Ennaltaehkäisy on siis tulevaisuuden kannalta erityisen tärkeää. Muistisairaiden ja ikääntyvien ihmisten lukumäärän kasvaminen tulee aiheuttamaan paljon haasteita sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle niin taloudellisesti kuin palveluiden osalta. Muistisairaahan laadukkaalla hoidolla ja sen parantamisella voidaan yrittää vähentää yhteiskunnallisia kuluja, kun taas varhaisella diagnosoinnilla ja ennaltaehkäisyllä voidaan vaikuttaa tulevaisuuden kulu- jen kasvuvauhtiin. Ennaltaehkäisy tulisi aloittaa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa mm. tiedon lisäämisen muodossa. Tämä tulisi aloittaa viimeistään, kun ihminen on työiässä. (Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021, 22.)

Muistisairaus voi koskettaa ketä tahansa ihmisistä esimerkiksi perheenjäsenten sairastumisen kautta. Myös tämänhetkinen nuori väestö voi joskus tulevaisuudessa sairastua

muistisairauteen. Nykyisillä ja tulevilla terveydenhuoltoalan ammattilaisilla on vastuu, velvollisuus ja mahdollisuus vaikuttaa tulevaan, ja siihen, että muistisairaiden hoito tapahtuu laadukkaasti, oikeaoppisesti ja ihmiselämän arvoa kunnioittavasti. Myös muistisairaiden parissa tulee muistaa laki, joka kuuluu kaikille terveydenhuoltoalan ammattilaisille hoitotyötä tehtäessä. Kyseisessä laissa korostuu eettisyyden ja hoitotyön velvollisuudet, jotka ovat tärkeä osa myös muistisairaahan hoitotyötä. Tässä suora viittaus kyseiseen lakiin:

*“Terveysthuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveysthuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveysthuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveysthuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.” (Laki ammattieettisistä velvollisuuksista 559/1997, 15§).*

## 4 Opinnäytetyön toteutus

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa kuvataan opinnäytetyön aihetta tieteellisenä kokonaisuutena. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella on mahdollista saada tarkkaa tietoa, kuinka paljon tutkimustietoa valitusta aiheesta löytyy ja minkälaisia menetelmiä tutkimuksessa on käytetty. Opinnäytetyötä tehdessä täytyy aina tehdä teoreettinen viitekehys, jonka puitteissa opinnäytetyön keskeiset käsitteet tulee käsitellä. Jos tehdyssä työssä teoreettinen kehys on kirjallisuuskatsaus, kuvataan siinä, kuinka tekeillä oleva työ liittyy jo olemassa oleviin aikaisempiin tutkimuksiin. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121.) Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Yleisin näistä käytetty on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla voidaan luoda yleiskatsaus valitusta aiheesta. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja ja metodiset säännöt eivät rajoita tekijää liikaa. Sitä voidaan käyttää muiden kirjallisuuskatsausten tukena tai itsenäisenä metodina. (Salminen 2011, 6.)

### 4.2 Aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on kuvaileva kirjallisuuskatsaus eli niin sanottu yleiskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus rakentuu neljästä eri vaiheesta: tutkimuskysymysten muodostaminen, aineiston keruu, aineiston kuvailu ja tulosten tarkastelu (Kangasniemi ym. 2013, 292, 294). Opinnäytetyön teoriaosan viitekehys on valittu siten, että opinnäytetyö vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämä opinnäytetyö on kuvailevan ja toiminnallisen kirjallisuuskatsauksen yhdistelmä.

Tiedonhaussa on käytetty tietokantoja kuten LAB Primo, Pubmed, Research Gate ja Google Scholar. Hakujen apuna käytettiin myös hakukone Googlea. Ennen tiedon haun aloittamista tutkimuskysymysten pohjalta asetettiin opinnäytetyöhön otettaville tutkimuksille ja artikkeleille sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kriteerit ovat nähtävissä taulukossa 1. Kirjallisuuskatsaukseen haluttiin ottaa aineistoiksi tieteelliset artikkelit ja tutkimukset, kirjat, jotka käsittelivät tutkimuskysymyksiä hoitotieteen näkökulmasta sekä vähintään pro gradu tason opinnäytetöitä. Aikarajauksena kirjallisuuden valinnassa on koitettu välttää yli 10 vuotta vanhaa kirjallisuutta, jotta saadaan mahdollisimman ajankohtaista tietoa analysoitavaksi. Hyväksytyiksi kieliksi valitussa kirjallisuudessa on valittu vain suomen- ja englanninkieliset tekstit. Poissulku kriteereinä kirjallisuuskatsauksessa oli muut kuin suomen- tai englanninkieliset sekä ne, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuus, jotka olivat maksullisia tai

kirjallisuus, joka ei vastannut asetettuja tieteellisen kirjallisuuden kriteerejä poissuljettiin aineiston keruusta.

Kirjallisuuden etsinnässä hakusanoina käytettiin mm. ”muistisairaus”, ”kipu”, ”kivunhoito”, ”hoitotyö”, ”tehostettu palveluasuminen”, ”kivun lääkehoito” ja ”kivun lääkkeetön hoito”. Englanninkielistä kirjallisuutta etsiessä hakusanoina oli muun muassa mm. ”dementia”, ”care home”, ”pain”, ”pharmacology”, ja ”pain medication”.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto käsittelee kivun tai muistisairaiden hoitoa	Aineisto ei käsittelee kivun tai muistisairaahan hoitoa
Väitöskirjat, tieteelliset artikkelit ja tutkimukset, kirjat, Pro gradut	Opinnäytetyö
Aineisto on suomen- tai englanninkielinen	Aineisto on muun kielinen
Aineisto on saatavilla kokonaan ilmaiseksi	Aineisto on maksullinen
Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Aineisto on julkaistu vuoden 2013 jälkeen, tai sen tiedot on tarkastettu	Aineisto on julkaistu ennen vuotta 2012 tai tietoja ei ole voitu tarkistaa

Taulukko 1 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

#### 4.3 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kivun arviointi on muistisairaiden hoidossa haasteellista erityisesti niillä, joiden kognitiivinen taso on heikentynyt. Kivun arvioinnissa on tärkeää tarkkailla potilaan käyttäytymistä ja sen muutoksia, kuten hengitystä, ääntelyä, kehon kieltä ja ilmeitä, koska nämä voivat antaa

vihjeitä kivun esiintymisestä. Kipuasteikkoja on hyvä käyttää kivun arvioinnissa, mutta on myös hyvä muistaa niiden heikkoudet, kun potilaana on keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastava henkilö. Tästä syystä muistisairailta PAINAD mittarin käyttö on suositeltua, koska se huomioi myös käyttäytymisen muutokset. (AGS. 2002; Salanterä ym. 2006; Kalso & Kontinen 2009; Barry ym. 2015.)

Kivunhoito on monipuolinen kokonaisuus ja lääkkeetön hoito on osa kokonaisvaltaista hoitoa puhuttaessa muistisairaahan kivunhoidosta. Lääkkeettömällä kivunhoidolla on keskeinen rooli muistisairaiden kivunhoidon yhteydessä. Lääkkeettömän kivunhoidon avulla voidaan välttää tarpeetonta lääkkeiden käyttöä ja kohdistamaan hoito paremmin muistisairaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Lääkkeettömiin hoitomuotoihin kuuluu fyysiset harjoitukset kuten kuntoutus ja liikunta, rentoutumismenetelmät kuten stressin hallinta, kognitiiviset menetelmät kuten potilaan kognitiivisten kykyjen huomioiminen kivun arvioinnissa ja vuorovaikutus, johon kuuluu muistisairaahan tunne-elämän huomioiminen. Näiden menetelmien yhdistäminen kivunhoidossa voi vähentää tarvetta vahvoille kipulääkkeille ja parantaa muistisairaahan elämänlaatua. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat siis tärkeä osa ennaltaehkäisyä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023c; Muistiliitto ry e; Muistiliitto ry d.)

Muistisairaajat ovat ikäluokkaa, jossa myös krooniset kiputilat ja muut sairaudet ovat yleisiä. Usein muistisairailta myös toimintakyky heikkenee sairauden edetessä, joka altistaa kiputilojen lisääntymiselle. Muistisairaahan hoito on hyvin moniulotteinen kokonaisuus, jonka vuoksi RAI-järjestelmä on hyvä tuki muistisairaahan kivunhoidon kannalta. RAI:n avulla pystytään arvioimaan muistisairaahan toimintakykyä, hoidontarpeen arviointia ja niissä tapahtuvia muutoksia sairauden edetessä. RAI tukee myös yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja parantaa mahdollisuuksia laadukkaaseen hoitopolun toteutumiseen alusta loppuun saakka. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023a; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023b.)

Yksilöllinen hoitosuunnitelma ja laadukas ennakohoito tulisi toteutua jokaisella muistisairalla. Molemmat varmistavat sen, että hoidon tarpeet ja laatu ovat ajan tasalla lääkityksensä mukaan lukien. Näiden avulla muistisairas pystyy elämään mahdollisimman laadukasta elämää sairaudesta huolimatta. Yksilöllinen hoitosuunnitelma ja oikeanlainen ennakohoito takaavat mahdollisimman kivuttomat sairauden vaiheet ja elämän loppuajan. Kuten opinnäytetyössä tulee ilmi, Suomessa muistisairaiden kivun havaitseminen ja hoito ei toteudu vaaditulla tavalla. Tämän vuoksi tulevaisuudessa asiaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja kivun havaitsemiseen ja hoitoon tulisi puuttua ja reagoida. (Lehto ym. 2019; Rud Pedersen Public Affairs Oy 2021.)



#### 4.4 Oppimateriaalin rakentaminen

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on tehty Powerpoint-esitys, joka on osana opinnäytetyötä. Powerpoint-esityksen tarkoituksena on olla osa gerontologisen hoitotyön kurssin opetusmateriaaleja. Powerpoint-esityksessä keskitytään kivun havaitsemiseen, ilmaisemiseen ja niiden haasteisiin. Aluksi diaesityksen runko on rakennettu haluttujen aiheiden perusteella, jonka mukaan tekstiä on lähdetty täyttämään ja rakentamaan opetusmateriaaliksi soveltuvan ulkoasuun. Ulkoasu on viimeistelty kuvilla ja väreillä, jotta lukeminen ja oppiminen olisi helpompaa ja mielekkäämpää. Eri opiskelutapojen vuoksi Powerpoint-esityksestä nauhoitettiin vielä äänitallenteet, joten se on saatavilla myös kuunneltavana versiona. Nauhoitukseen käytettiin Powerpoint-ohjelman omaa nauhoitus työkalua.

## 5 Yhteenveto

### 5.1 Yhteenveto ja pohdinta

Tavoitteena oli kirjoittaa monipuolinen kirjallisuuskatsaus luotettavien lähteiden ja tieteellisten julkaisujen ja artikkelien pohjalta liittyen muistisairaiden kivun havaitsemiseen ja hoitoon liittyen tehostetuissa palveluasumisen yksiköissä. Opinnäytetyöhön kuuluu oppimateriaaliksi tehty Powerpoint-esitys luettavana ja kuunneltavana versiona, jotta tieto tavoittaisi opiskelijat erilaisista opiskelutavoista huolimatta. Powerpoint-esitys käsittelee seuraavia aiheita: muistisairaahan kivun ilmaisu, kivun havaitseminen ja sen haasteet sekä apukeinot kivun havaitsemiseen (apukeinot, mittarit, RAI, yms.). Tarkoituksena on, että tulevat/nykyiset terveydenhuoltoalan opiskelijat saisivat lisää eettistä ja luotettavaa tietoa muistisairaahan kivun havaitsemiseen ja hoitoon liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten hoitajat voivat havaita ja hoitaa muistisairaahan potilaan kipuja.

Työelämässä on huomattu merkittäviä puutteita muistisairaiden kivunhoidossa. Tämä opinnäytetyö on syntynyt muistisairaiden hoidossa havaittujen puutteiden pohjalta. Tarkoituksena oli luoda kirjallisuuskatsaus, jonka avulla muistisairaiden kivun havaitseminen ja hoito olisi helpompaa tämänhetkisille ja tuleville terveydenhuoltoalan ammattilaisille.

Opinnäytetyöhön ja Powerpoint-esitykseen on saatu kerättyä kaikki haluttu tieto muistisairaiden kivun havaitsemiseen ja sen hoitoon liittyen. Opinnäytetyössä on vastattu asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja lopputuloksena on monipuolinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Powerpoint-esitys tukee aiemmin asetettuja tavoitteita ja tarkoituksenmukaisuutta.

### 5.2 Eettisyyden tarkastelu

Eettiset kysymykset kirjallisuuskatsausta tehtäessä liittyvät yleensä tutkimuskysymysten muotoiluun ja tutkimuseetiikan noudattamiseen katsauksen kaikissa vaiheissa. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa menetelmällisyyden väljyys tulee esille ja tämän vuoksi kirjoittajan raportoinnin eettisyys korostuu sen kaikissa vaiheissa. Tutkimuskysymyksiä muodostaessa eettisyys tulee esille valitun aiheen huolellisessa ja mahdollisen subjektivisuuden viron tunnistavassa taustatyössä. Aineistoa valitessa ja sitä käsitellessä korostuu tutkimuseetiikan noudattaminen ja raportoinnin oikeanmukaisuus tasavertaisuuden ja rehellisyyden kanalta. Eettisyys ja luotettavuus ovat tiivisti osa toisiaan ja niitä voidaan parantaa käytäessä läpi työtä kronologisesti tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 292–294, 298).

### 5.3 Luotettavuuden tarkastelu

Kaikki tutkimukset pyrkivät mahdollisimman virheettömään lopputulokseen, mutta silti kaikkien tutkimusten luotettavuus vaihtelee. Tästä syystä kaikissa tutkimuksissa koitetaan arvioida kyseisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Yksi tapa on tarkastella tutkimuksen reliabiliteettia. Reliabiliteettia tarkastellessa puhutaan tutkimuksen toistettavuudesta. Toinen tapa arvioida tutkimuksen luotettavuutta, on arvioida tutkimuksen validiteettia, silloin puhutaan tutkiko tutkimus juuri sitä mitä oli tarkoitus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.)

Opinnäytetyössä on käytetty ajankohtaisia ja luotettavia lähteitä, joita on arvioitu mm. lähteiden kirjoittajien, alkuperän ja vuosiluvun perusteella. Lähteinä on käytetty esimerkiksi yleisiä sosiaali- ja terveysalan tietokantoja, joissa kirjoittajina toimivat ylemmän kuin AMK tutkinnon suorittaneet ammattilaiset. Tietoa on kerätty kirjoista, tieteellisistä artikkeleista ja julkaisuista. Tavoitteena on yhdistää kirjallisuuskatsaus monista eri lähteistä, joissa tieto ja sanoma ovat yhdenmukaisia ja näin ollen myös luotettavia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään tarkastelemaan valittua aihetta saatavilla olevan aineiston avulla. Tässä opinnäytetyössä on kaksi tekijää, mikä helpottaa lähteiden reliabiliteetin ja validiteetin arviointia, koska kriteerejä voidaan arvioida kahdesta eri näkökulmasta.

### 5.4 Jatkotutkimusehdotukset

Lähteiden perusteella opinnäytetyössä tuli ilmi, että muistisairaiden kivun havaitseminen ja hoito ei ole tällä hetkellä Suomessa sillä tasolla kuin sen kuuluisi olevan. Työelämässä on huomattu tämän valitettavan seikan myös omasta kokemuksesta harjoitteluihin ja työelämässä. Kivun havaitsemista ja hoitoa tulisi tutkia ja seurata paljon enemmän. Tämän vuoksi hyvä jatkotutkimusehdotus olisi toteuttaa tämä sama tutkimus empiirisenä tai laadullisena haastattelututkimuksena. Laadullisessa haastattelututkimuksessa olisi hyvä tutkia omaisten ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten kokemusta siitä, miten kivun havaitseminen ja hoito toteutuu. Muistisairaiden kivun havaitseminen ja hoito vaatii jatkuvaa päivittäistä seuranta ja kirjaamista, jotta sitä pystytään kehittämään. Tämän vuoksi olisi myös hyvä tehdä laadullista tutkimusta siitä, miten kivun seuranta ja kirjaaminen toteutuvat tehostetuissa palveluasumisen yksiköissä.

## Lähteet

AGS. 2002. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 50 (6), 205–224. Viitattu 31.8.2023.

Aivoliitto. 2023. Puheen ja kielen häiriöt: afasia ja dysartria. Viitattu 05.10.2023. Saatavissa [Puheen ja kielen häiriöt: afasia ja dysartria | Aivoliitto](#)

Alexander-Magalee, M. A. (2013). Addressing pharmacology challenges older adults. *Nursing*, 43(10), 58-60. doi: 10.1097/01.NURSE.0000432926.12742.a2

Barry HE, Parsons C, Passmore AP & Hughes CM. 2015. Pain in care home residents with dementia: an exploration of frequency, prescribing and relatives' perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 30(1), 55–63 Viitattu 31.8.2023.

Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J & Soininen H. (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Duodecim. Otavan kirjapaino oy, Keuruu.

Gill D, Spain M & Edlund B. (2012). Crushing or splitting medications. Unrecognized hazards. *Journal of gerontological nursing*, 38, 8-12.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. (2009). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hodgson N, Gitlin LN & Huang J. 2014a. The influence of sleep disruption and pain perception on indicators of quality of life in individuals living with dementia at home. *Geriatric Nursing* 35(5), 394-398. Viitattu 13.09.2023

Hodgson N, Gitlin LN, Winter L & Hauck WW. 2014b. Caregiver`s perceptions of the relationship of pain to behavioral and psychiatric symptoms in older community residing adults with dementia. *The Clinical Journal of Pain* 30(5), 421–427. Viitattu 13.09.2023

Inkinen, R., Volmanen, P. & Haikonen, S. (toim.). 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveysalalla. THL. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere

Juva, K. 2021. Muistihäiriöt ja dementia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.08.2023. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00706>

Kalso E & Kontinen V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso E, Haanpää M & Vainio A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, 54–55, 474 Viitattu 31.8.2023.

Kalso E, Haanpää M, Hamunen K, Kontinen V, Vainio A. 2018 Kipu painos 4. Helsinki Kustannus OY Duodecim 2023.

Kalso, E. Pennanen, P. Paaskoski, S. Pihlainen, K. Meririnne, E. Hermansson, T. Hieta-niemi, T. Voipio, T. Kalliokoski, A. Opioidit pitkäaikaisessa kivussa. Teoksessa Kalso, E. Paakkari, P. Forsell, M. (toim.) Lääkelaitos. 2., uudistettu painos. Tampere: PunaMusta Oy, 22–24.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoi-totiede 25 (4), 291–301

Kangasniemi M. & Pölkki T. (2015) Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teok- sessa M.Stolt & A.Axelin & R.Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, (s.83–96). Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes- print

Laitinen, K., Ahonen, J. & Kröger, P. (2010). Voiko tabletin murskata tai lääkekapselin tyh- jentää? Suomen lääkärilehti, 65, 830–832.

Laki ammattieettisistä velvollisuuksista 559/1997.

Lavan, A. H., & Gallagher, P. (2016). Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 7(1), 11-22. doi:10.1177/2042098615615472

Lee, P., Cigolle, C. & Blaum, C. (2009). The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. *Journal of American Geriatrics Society*. 57, 511-516. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02510.x

Lehto, J. Marjamäki, E. Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 135, (4), 42–335. Viitattu 12.09.2023. Saa- tavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>

Lehtomäki, K. 2016. Itä-Suomen Yliopisto. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 22.08.2023. Saa- tavissa [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17271/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20161314.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17271/urn_nbn_fi_uef-20161314.pdf)

Logripo, S., Ricci, G., Sestili, M., Cespi, M., Ferrara, L., Palmieri, G. F., . . . Blasi, P. (2017). Oral drug therapy in elderly with dysphagia: Between a rock and a hard place! *Clinical In- terventions in Aging*, 12, 241-251. doi:10.2147/CIA.S121905

Luomajoki, Hannu et al. Ammattilaisen kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-kustannus Oy, 2020. rint. Saatavissa

[https://bin.yhdistysavain.fi/1596852/SGPoucDJBuUWh8H08h60XwWwf/Krooni-sen%20kivun%20hoito-opas\\_final.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1596852/SGPoucDJBuUWh8H08h60XwWwf/Krooni-sen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf)

Lääkärilehti. 2018. i. Nro 18/2018 (1137–1142). Viitattu 13.09.2023. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/vaikeasti-muistisaira-an-vanhuk-sen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huonommin-kuin-laitoksessa/>

Lääkärikirja Duodecim. 2022. Kipulääkkeet. Viitattu 02.09.2023. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00649>

McGillicuddy, A., Crean, A. M., & Sahn, L. J. (2016). Older adults with difficulty swallowing oral medicines: A systematic review of the literature. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(2), 141-151. doi:10.1007/s00228-015-1979–8

Muistiliitto ry. 2016 a. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Viitattu 03.09.2023. Saatavissa [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)

Muistiliitto ry. b. Muistisairauksien oireisto. Viitattu 05.10.2023. Saatavissa [Muistisairauksien oireisto :: Muistiliitto](#)

Muistiliitto ry. c. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 05.10.2023. Saatavissa [Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus :: Muistiliitto](#)

Muistiliitto ry. d. Muistisaira-an ihmisen kohtaaminen. Viitattu 05.10.2023. Saatavissa [Muistisaira-an ihmisen kohtaaminen :: Muistiliitto](#)

Muistiliitto ry. e. Lääkkeetön hoito. Viitattu 03.09.2023. Saatavissa <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito>

Rud Pedersen Public Affairs Oy. 2021. Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset. Muistiliitto ry & Biogen Oy. Viitattu 12.9.2023. Saatavissa [https://www.muistiliitto.fi/application/files/2716/3220/3180/Muistisairauksien\\_yhteiskunnalliset\\_vaikutukset.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/2716/3220/3180/Muistisairauksien_yhteiskunnalliset_vaikutukset.pdf)

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2020. Lääkehoidon käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu: 5.9.2023

Sairaanalano. 2022. Kipumittari. Viitattu 15.10.2023. Saatavissa [Kipumittari | www.sairaanalano.fi](#)

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

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Saatavilla: [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D & Sachs GA. 2008 Patients dying with dementia: Experience at the end of life and impact of hospice care. Journal of Pain Symptom Management 35(5). Viitattu 13.09.2023

Siun Sote Pohjois - Karjalan hyvinvointilaitos. 2023. Palveluasuminen. Viitattu 13.09.2023. Saatavissa [https://www.siunsote.fi/palveluasuminen?p\\_p\\_id=PtvDisplayPortlet\\_INSTANCE\\_P5qCzsz4coaT&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=nor-mal&p\\_p\\_mode=view&PtvDisplayPortlet\\_INSTANCE\\_P5qCzsz4coaT\\_mvcRenderCommandName=%2Fptv\\_display%2Fview\\_slc&PtvDisplayPortlet\\_INSTANCE\\_P5qCzsz4coaT\\_slcId=c59d6a87-eef4-40e7-a00c-9bb084293f29&PtvDisplayPortlet\\_INSTANCE\\_P5qCzsz4coaT\\_serviceId=d1f0154b-8e4b-4fcd-a5bc-75dd9a52ab7a](https://www.siunsote.fi/palveluasuminen?p_p_id=PtvDisplayPortlet_INSTANCE_P5qCzsz4coaT&p_p_lifecycle=0&p_p_state=nor-mal&p_p_mode=view&PtvDisplayPortlet_INSTANCE_P5qCzsz4coaT_mvcRenderCommandName=%2Fptv_display%2Fview_slc&PtvDisplayPortlet_INSTANCE_P5qCzsz4coaT_slcId=c59d6a87-eef4-40e7-a00c-9bb084293f29&PtvDisplayPortlet_INSTANCE_P5qCzsz4coaT_serviceId=d1f0154b-8e4b-4fcd-a5bc-75dd9a52ab7a)

Stegemann, S., Gosch, M., & Breikreutz, J. (2012). Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. International Journal of Pharmaceutics, 430(1-2), 197-206. doi:10.1016/j.ijpharm.2012.04.022

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021a. Muistisairaudet. Viitattu 22.08.2023. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s9>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021b. Muistisairaudet. Viitattu 14.10.2023. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s9>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021c. Muistisairaudet. Viitattu 14.10.2023. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s9>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021d. Muistisairaudet. Viitattu 14.10.2023. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s9>

Tarnanen, K. Mäntyselkä, P. Komulainen, J. 2016. Auts – nyt sattuu (Kipu-suositus). Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen lääkäriselä Duodecim. Viitattu 03.09.2023. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00119?q=vanhus#s1>

Tarnanen, K. Rosenvall, A. Tuunainen, A. 2017. Muisti pätkii - mistä kyse, mikä avuksi. Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen lääkäriselä Duodecim. Viitattu 02.09.2023. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00094#s5>

Tarnanen, K. Saarto, T. Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 01.10.2023. Saatavissa [Kuolevan potilaan oireiden hoito \(palliativinen hoito ja saattohoito\) \(kaypahoito.fi\)](https://www.duodecim.fi/kaypahoito/kuolevan-potilaan-oireiden-hoito-palliativinen-hoito-ja-saattohoito)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2022. Kansantaudit: Muistisairaudet. Viitattu 13.09.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023a. RAI – tutkimus – palveluiden tarve, toteutuminen, laatu, vaikuttavuus ja resurssit – THL. Viitattu 22.09.2023. Saatavissa [RAI-tutkimus – palveluiden tarve, toteutuminen, laatu, vaikuttavuus ja resurssit - THL](https://thl.fi/fi/web/rai-tutkimus-palveluiden-tarve-toteutuminen-laatu-vaikuttavuus-ja-resurssit-thl)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023b. Tietoa RAI - järjestelmästä - THL. Viitattu 22.09.2023. Saatavissa [Tietoa RAI-järjestelmästä - THL](https://thl.fi/fi/web/tietoa-rai-jarjestelmasta)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023c. Mitä toimintakyky on. Viitattu 03.09.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Terveyskylä.fi. 2018. Miten kivun tunne syntyy. Viitattu 22.08.2023 Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miten-kivun-tunne-synty>

Terveyskylä.fi. 2021a. Tietoa ikääntyvän ihmisen kivusta. Viitattu 01.09.2023. Saatavissa [https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/ikääntyvän-ihmisenkipu/tietoa-ikääntyvän-ihmisen-kivusta](https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/ikaantyvan-ihmisenkipu/tietoa-ikaantyvan-ihmisen-kivusta)

Terveyskylä.fi. 2021b. Iäkkään potilaan lääkkeettömät hoitokeinot. Viitattu 03.09.2023. Saatavissa [Iäkkään potilaan lääkkeettömät hoitokeinot | Kivunhallintatalo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/ikaantyvan-ihmisenkipu/tietoa-ikaantyvan-ihmisen-kivusta)

Terveyskylä.fi. 2023. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Viitattu 13.09.2023. Saatavissa [https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ikääntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen](https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ikaantyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen)

Tilastokeskus. 2020. Väestörakenne. Viitattu 22.08.2023. Saatavissa [https://www.stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak\\_2019\\_2020-03-24\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html)

Tilvis, T. 2004. Vanhusten kivut. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 120 (2), 223–227. Viitattu 01.09.2023. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo94056>

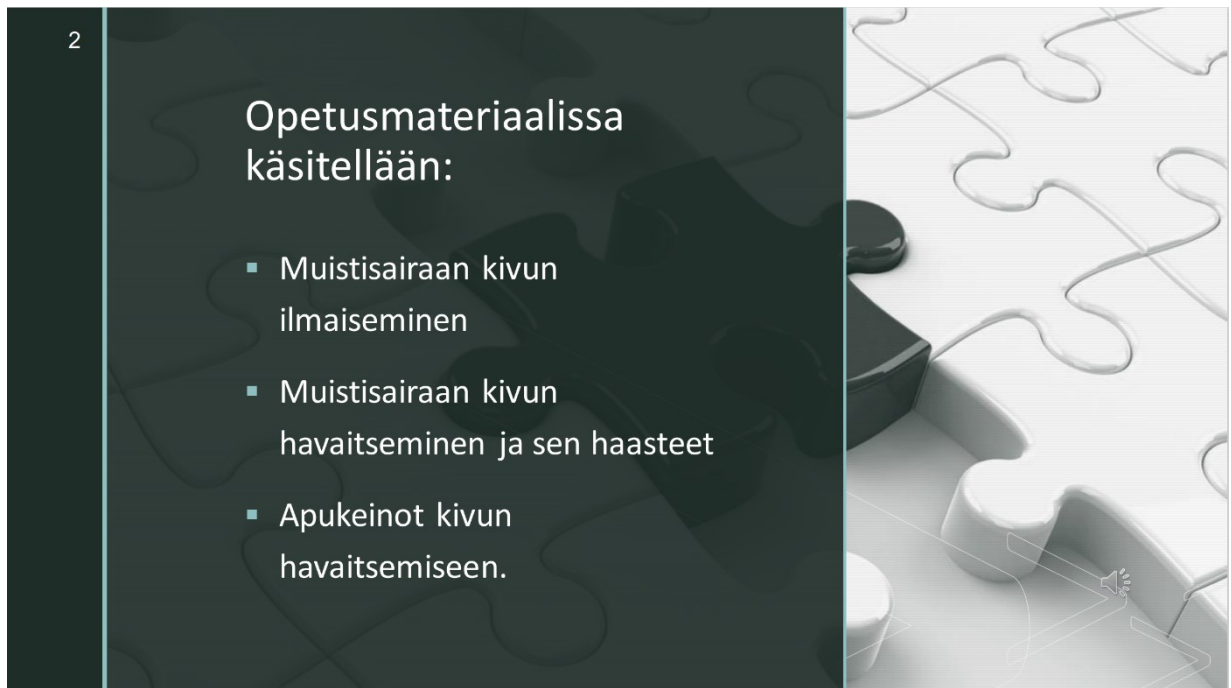
Törmälehto, S & Palukka, A. 2021. Muuttunut asiakasmaksulaki lääkekustannusten vähennysoikeuden osalta ongelmallinen. University of Eastern Finland. Oikeutta kohtuudella – the blog of UEF law school. Viitattu 30.08.2023. Saatavissa <https://blogs.uef.fi/oikeuttakohtuudella/2021/09/30/muuttunut-asiakasmaksulaki-laakekustannusten-vahennysoikeuden-osalta-ongelmallinen/>



Liite 1. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 1



Liite 2. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 2



### Liite 3. Esimerkki kooste diaesityksestä, 3

3

## Muistisairaiden kipu


- Kipu on tekijä, joka voi altistaa tai ylläpitää erilaisia oireita. Näitä ovat mm. psykologiset oireet, kuten masennus ja unihäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2015.)
- Mikäli muistisairaalla ilmenee uusia oireita, on kivun mahdollisuus huomioitava (Hodgson ym. 2014a).
- Kipu heikentää huomattavasti elämänlaatua monella eri tavalla. Se voi aiheuttaa masennusta, heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa sosiaalista eristäytymistä.
- Kipu voi aiheuttaa sekavuustiloja, jotka lisäävät terveyspalvelujen tarvetta. (Tilvis 2004, 223–227.)
- Iän lisääntyessä keho kuluu käytössä ja näin ollen myös kivut usein lisääntyvät (Terveyskylä.fi 2021a).
- Vanhukset kokevat kipua eri tavoin kuin nuoret ihmiset, sillä ikääntyessä hermoston toiminta heikkenee. Myös dementia muuttaa ihmisen kivun kokemista. (Kalso ym. 2018.)



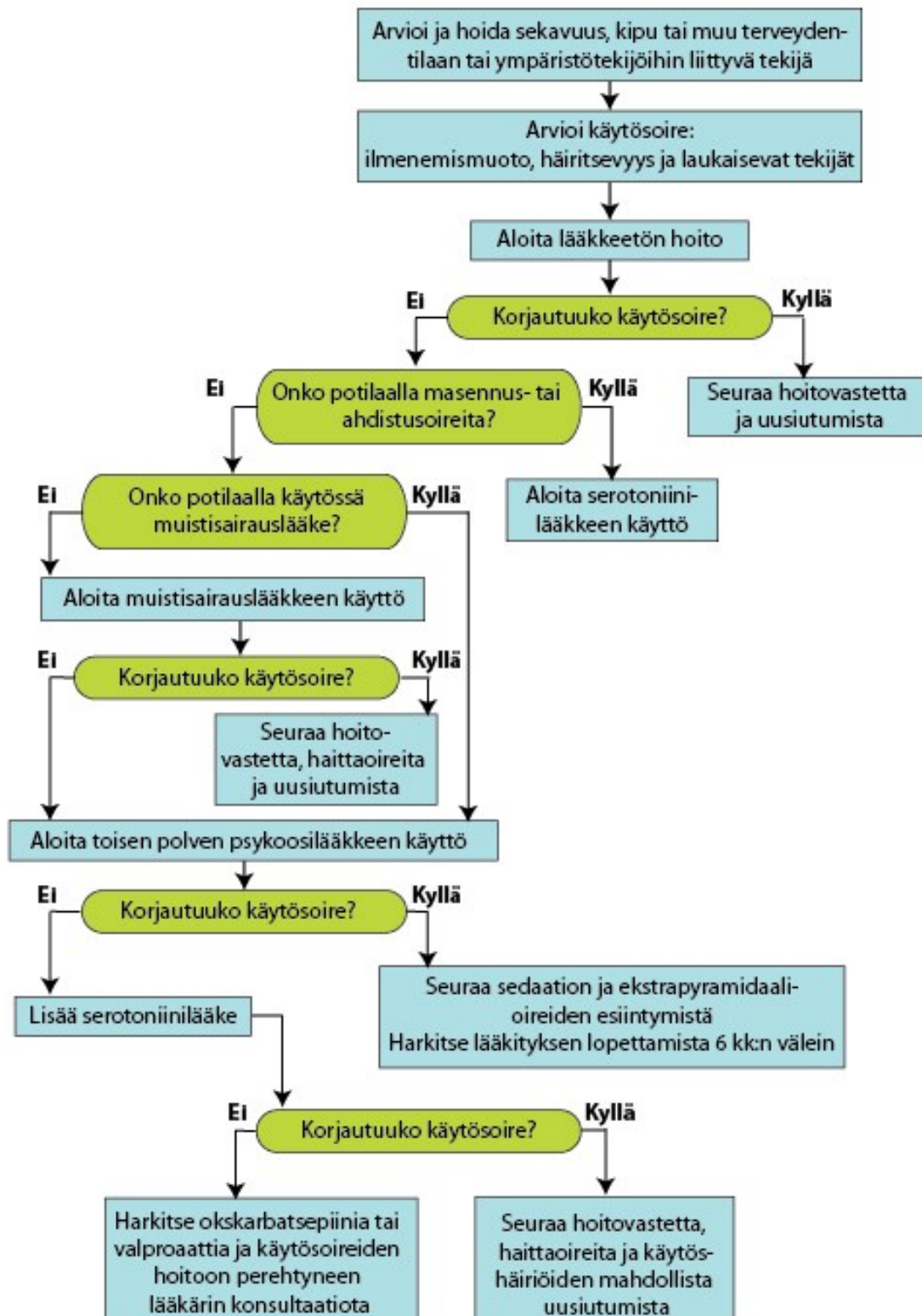
### Liite 4. Esimerkki kooste diaesityksestä, dia 4

4

- Koska muistisairailla on usein muita kroonisia sairauksia, kivun tunnistamisesta tulee entistä haastavampaa varsinkin siinä vaiheessa, kun muistisairaus etenee tai on edennyt keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen. Muuhun väestöön verrattuna iäkkäiden krooniset sairaudet ja niiden erilaiset komplikaatiot aiheuttavat enemmän kipua. (Lehtomäki 2016, 7.)
- Monet sairaudet altistavat ihmisen pitkäaikaisille kiputiloille. On hyvin tyypillistä, että tällaiset sairaudet lisääntyvät iän myötä. Näihin sairauksiin kuuluvat mm. tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten erityisesti nivelrikot ja polymyalgia rheumatica (lihasreuma (Julkunen 2022).) sekä sydän- ja verisuonisairaudet, syöpätaudit, diabetes ja vyöruusu. (Tilvis 2004, 223–227.) Leikkauksen jälkeiset kivut sekä hermosärky ovat myös tyypillisiä (Terveyskylä.fi 2021a).
- Kipua voivat aiheuttaa myös aistien toimintojen heikentyminen, virtsa- ja ulostekontinenssi sekä ravitsemustilan ja painon muutoksiin liittyvät sairaudet (Lehtomäki 2016, 7).



Liite 5. Kivun havaitseminen ja hoito



Liite 6. PAINAD mittari

<b>Taulukko 1. PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-mittari)).</b>			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<i>Hengitys</i>	<i>Normaali ja huomaamaton.</i>	<i>Hengitys ajoittainen vaivalloista. Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja.</i>	<i>Hengitys äänekästä ja vaivalloista. Pitkiä hyperventilaatiojaksoja. Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys.</i>
<i>Ääntely</i>	<i>Ei ääntelyä. Tyytyväinen ääntely.</i>	<i>Satunnaista vaikerointia tai voihtetta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.</i>	<i>Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihtetta. Itkuu.</i>
<i>Ilmeet</i>	<i>Hymyilevä tai ilmeetön.</i>	<i>Surullinen. Pelokas. Tuima.</i>	<i>Irvistää.</i>
<i>Kehon kieli</i>	<i>Levollinen.</i>	<i>Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.</i>	<i>Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.</i>
<i>Lohdutettavuus</i>	<i>Ei tarvetta lohduttamiseen.</i>	<i>Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää.</i>	<i>Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu.</i>