

HARRIET FINNE-SOVERI
tutkimusprofessori
kotihoidon ylilääkäri
Helsingin kaupunki

DIMITRIJE JAKOVljeVIC
LT, kotihoidon lääkäri,
palliativisen lääketieteen
erityis pätevyys
Attendo

MATTI MÄKELÄ
LT, ylilääkäri
THL

RAUHA HEIKKILÄ
TtM, kehittämisspäällikkö
THL

PAULA ANDREASEN
MIH (Master of International
Health), kehittämisspäällikkö
THL

MARIKA KYLÄNEN
TtM, erikoistutkija
THL

SUVI LEPPÄÄHO
TtM, tutkija
THL

TEIJA HAMMAR
TtT, vanhempi tutkija
THL

Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa

LÄHTÖKOHDAT Tehostettu palveluasuminen maksaa laitoshoidon vähemmän. Vertasimme vaikeasti muistisairaiden potilaiden kivun hallintaa palvelutyyppien välillä.

MENETELMÄT THL:n RAI-tietokannasta poimittiin ajalta 1.10.2015–31.3.2016 ne 65 vuotta täyttäneet muistisairausdiagnoosin saaneet asukkaat, joilla oli vaikea kognition vajaus ja runsas päivittäinen avun tarve. Aineisto koostui 3 735:stä 102 kunnassa hoitolaitoksessa tai palvelutalossa asuneesta henkilöstä. Analyysia varten kerättiin tiedot iästä, sukupuolesta, diagnooseista, kivusta, ahdistuneisuudesta, masennuksesta, käyttösoireista sekä kipulääkkeiden ja sairaala- tai päivystyspoliklinikkapalveluiden käytöstä.

TULOKSET Vaikeasti muistisairailta palvelutaloasukkailla oli laitosasukkaita useammin epävakaata terveydentilää, kipua sekä somaattisia ja psykiatrisia oireita. Palvelutaloissa erityisesti vahvojen kipulääkkeiden käyttö oli vähäisempää kuin laitoksissa. Akuuttipalvelujen käyttö puolestaan oli runsaampaa.

PÄÄTELMÄT Vaikeasti muistisairaiden kipu ja kärsimys ovat palvelutaloissa huomattavasti paremmin hallinnassa kuin laitoksissa. Kivunhoidon osaaminen ja riittävä lääkitseminen tulisi turvata myös palvelutaloissa.

Iäkkäiden henkilöiden laitosasuminen vähenee merkittävästi uuden vanhustalopalvelun tultua voimaan (1,2). Laitosasumisella tarkoitetaan yli kolmen kuukauden yhtäjaksoista hoitoa sairaalassa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vanhainkodissa. Kolmen kuukauden jälkeen potilaalle tulee tehdä pitkäaikaispäätös. Se oikeuttaa palvelun tarjoajan perimään 85 % asiakkaan tu-

asumisessa laitoshoidon vähäisemmät, mutta hoidon onnistumisesta tiedetään vähän. Valitsimme analyysin kohteeksi pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kivun, koska se on yleistä (2–4,6–8) ja sen tunnistaminen ja hoito edellyttävät henkilöstöltä osaamista.

Vaikeasti muistisairaana ihmisen kivun hoito on haasteellista, koska sairas ei aina itse tunnista epämukavaa oloaan kivuksi eikä osaa ilmaista, millainen tunne on ja mistä osasta kehoa se on peräisin. Kivun sijasta on myös käytetty termiä epämukavuus (discomfort).

Kipu voi ilmetä ärtyisyytenä, huutamisena, levottomuutena, epäsosiaalisena käytöksenä, vetäytymisenä tai hoidon vastusteluna sekä joidenkin asentojen tai toimintojen välttämisenä (9–11). Myös masennuksen, painon laskun, uniongelmiä, turvotusten, painehaavojen, ummetuksen, hengenahdistuksen, ahdistuneisuuden ja käyttösoireiden taustalla voi olla kipua (12). Osan näistä oireista tiedetään lisääntyvän muistisairailta laitosasukkaita elämän viimeisen vuoden tai kuukausien aikana (13).

Kun potilaan muistisairaus on edennyt pitkälle, kivun tunnistamisen kulmakivi on kipu-

Muistisairas ei aina itse tunnista epämukavaa oloaan kivuksi.

loista siihen rahasummaan asti, joka kattaa hoidon todelliset kulut (3).

Laitosasumiseen sisältyy asuminen, ruoka, puhtaudesta huolehtiminen, lääkkeet, terveydenhuolto ja hoiva. Palvelutaloasuminen puolestaan on rinnastettavissa asumiseen omistustai vuokra-asunnossa: asukas vastaa itse kaikista kuluista. Rahallista tukea siihen voi saada kunnalta ja Kelalta.

Hoivan kustannukset, henkilöstömitoitus (4) ja hoitajien koulutustaso (5) ovat palvelutalo-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980
- 2 Finne-Soveri H, Heikkilä R, Hammar T, Saarikalle K, Andreassen P, Mäkelä M ym. Muistisairaudet vanhushuolteen ja palveluiden seuranta. Kirjassa: Noro A ja Alastalo H, toim. Vanhushuolteen seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL Raportteja 2014;13:31–36.
- 3 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734
- 4 THL. Suunniteltu ja toteutunut henkilöstömitoitus pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (18.5.2017). https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/vanpal/company4/summary_mitoitus
- 5 THL. Henkilöstön osaaminen kivun hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (18.5.2017). https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/vanpal/company3/summary_osaaminen?palvelutyypin_0=171776&palvelutyypin_1=171828&palvelutyypin_2=171828&alue_0=01&kysymys_0=161367&vuosi_0=2014&mittari_0=osaaminen1
- 6 Rajkumar AP, Ballar C, Fossey J, Orrell M, Moniz-Cook E, Woods RT, Murray J. Epidemiology of pain in people with dementia living in care homes: longitudinal course, prevalence, and treatment implications. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18:453e1–e6.
- 7 Lukas A, Mayer B, Fialova D, Topinkova E, Gindin J, Onder G ym. Pain characteristics and pain control in European nursing homes: cross-sectional and longitudinal results from the Services and Health for Elderly in Long Term care (SHELTER) study. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:421–8.
- 8 Finne-Soveri UH, Ljunggren G, Schroll M, Jonsson PV, Hjaltadottir I, El Kholy K ym. Pain and its association with disability in the institutional long-term care in four nordic countries. *Can J Aging* 2000;19(suppl 2):38–49.
- 9 Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, Houde S, Volicer L. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer's patients. *Res Nurs Health* 1992;15:369–77.
- 10 Tosato M, Lucas A, van der Riest HG, Danese P, Antocicco M, Finne-Soveri H ym. Associations of pain with behavioural and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *Pain* 2012;153:305–10.

TAULUKKO 1.

Vaikeasti muistisairaiden palvelutalo- ja laitosasukkaiden sosiodemografisia tietoja ja diagnooseja.

Sosiodemografisia tietoja	Palveluasuminen		Laitoshoito		Kaikki		p-arvo
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sukupuoli, mies	510	22,6	400	27,1	910	24,4	0,0020
Ikä alle 80 vuotta	534	23,7	339	22,9	873	23,4	0,5967
Ikä 80–89 vuotta	1172	52,0	751	50,8	1923	51,5	0,4831
Ikä yli 90 vuotta	550	24,4	389	26,3	939	25,1	0,1854
Hoitoaika yli 3 vuotta	1216	53,9	735	49,7	1951	52,2	0,0119
Diagnooseja							
Aivohalvaus	195	8,6	149	10,1	344	9,2	0,1392
Parkinsonin tauti	86	3,8	57	3,9	143	3,8	0,9480
Sydänsairaus	1168	51,8	724	49,0	1030	27,6	0,0917
Sydämen vajaatoiminta	162	7,2	91	6,2	253	6,8	0,2214
Diabetes	337	14,9	210	14,2	157	14,7	0,5321
Keuhkohtaumatauti	157	7,0	88	6,0	245	6,6	0,2231
Syöpä	185	8,2	120	8,1	305	8,2	0,9246
Pneumonia	47	2,1	25	1,7	72	1,9	0,3929
Reuma tai merkittävä nivelkuluma	115	5,1	82	5,5	197	5,3	0,5502

käyttätymisen havainnoiminen (14–16). Jos hoitohenkilöstö vaihtuu tiuhaan, uhkana on kivun jääminen tunnistamatta (17–19) ja hoitamatta. Uudet hoitajat ja sijaiset eivät välttämättä tunne asukkaan tapoja eivätkä aina osaa käyttää asianmukaisia kivun arviointimenetelmiä.

Haasteena vaikeasti muistisairaiden, monilääkitysten tai huonosti lääkkeitä sietävien potilaiden kivunhoidossa on myös lääkkeettömien vaihtoehtojen puuttuminen. Esimerkiksi opioideja käytetään syöpäkivun hoitoon vähemmän hyvin iäkkäillä tai muistisairailta kuin nuorilla tai muistiltaan terveillä potilailla (20–21). Monien kärsimykseen liittyvien oireiden ja runsaan akuuttisairaanhoidon palvelujen käytön on kuitenkin osoitettu liittyvän myös muistisairailta potilailla viimeisiin elinvuosiin ja -kuukausiin (22–24).

Aineisto ja menetelmä

RAI-tietokanta

Aineisto poimittiin THL:n asumispalvelujen RAI-tietokannasta ajalta 1.10.2015–31.3.2016. Tietokanta koostuu RAI-arviointivälillä suoritetuista kirjauksista, jotka perustuvat potilasasiakirjoista poimittuun tietoon sekä arviointiin koulutettujen hoitajien havaintoihin. RAI-arviointiväline sisältää yli 300 standardoitua kysymystä,

joita käsittelevät mm. diagnooseja, somaattisia ja psykiatrisia oireita, aisteja, toimintakykyä, kognitiota, ravitsemusta, ihoa sekä lääkkeitä. Vastauksia käytetään yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, ja niistä voidaan koostaa useita hyvin validoituja mittareita.

RAI-tietokantaan kuuluvien arviointien kesto on pääsääntöisesti seitsemän vuorokautta. Kipua, samoin kuin muita oireita, kartoitetaan kysymällä ja havainnoimalla käyttäytymistä. Masennuksena pidetään RAI-järjestelmään sisältyvän DRS-mittarin (Depression Rating Scale) pistemäärää 3 tai yli asteikolla 0–14 (25).

Päivystyspoliklinikakäyntien ja sairaalaepidemioiden lukumäärät poimitaan 3 kk:n ajalta ennen arviointia. Diagnoosit ovat peräisin virallisista potilasasiakirjoista (taulukko 1).

Kaikki arviointiaikana käytetyt lääkkeet kirjataan.

Poimintakriteerit

Poimintakriteereinä olivat muistisairausdiagnoosi, sairauden pitkälle edennyt vaihe ja vähintään 65 vuoden ikä. Sairauden edenneisyyttä kuvattiin RAI-järjestelmään sisältyvällä CPS-mittarilla (Cognitive Performance Scale), jonka asteikko ulottuu nolasta kuuteen. Nolla merkit-

- 11 Husebo BS, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Seifert R, Aarsland D. The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22:708–17.
- 12 Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioral disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomized clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065. doi: 10.1136/bmj.d4065
- 13 Koppitz A, Bosshard G, Schuster DH, Hediger H, Imhof L. Type and course of symptoms demonstrated in the terminal and dying phases by people with dementia in nursing homes. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48:176–183.
- 14 Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC ym. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23 (suppl 1):1–43.
- 15 Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Praino F ym. Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Alzheimers Dis* 2016;50:1217–25.
- 16 AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50 (suppl 6):205–24.
- 17 Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M ym. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005;330:461–4.
- 18 Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A ym. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *LBM Geriatrics* 2014;14:138. www.biomedcentral.com/1471-2318/14/138
- 19 P Stolee, LM Hillier, J Esbaugh ym. Pain assessment in a geriatric psychiatry program. *Pain Res Manage* 2007;12:273–280.
- 20 Bernabei R, Gambassi G, Lapane K ym. Management of pain in elderly patients. *JAMA* 1998;279:1877–82.
- 21 Hamina A, Taipale H, Tanskanen A, Tolppanen A-M, Karttunen N, Pylkkänen L ym. Long-term use of opioids for nonmalignant pain among community-dwelling persons with and without Alzheimer's disease. *Pain* 2017;158:252–260.
- 22 Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG ym. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009;361:1529–38.
- 23 Aaltonen M, Rissanen P, Forma L, Raitanen J, Jylhä M. The impact of dementia on care transitions during the last two years of life. *Age Ageing* 2012;41:52–7.

TAULUKKO 2.

Vaikeasti muistisairaiden palvelutalo- ja laitosasukkaiden oireita ja hoitokäytäntöjä.

Epämukavaan oloon liittyviä oireita	Palveluasuminen		Laitoshoito		Kaikki		p-arvo
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Masennus ¹	647	28,7	297	20,1	944	25,3	< 0,0001
Ahdistuneisuus	430	19,1	173	11,7	603	16,1	< 0,0001
Murheellinen, kivulias kasvojen ilme	1182	52,4	731	49,4	1913	51,2	0,0759
Itkeskely	345	15,3	164	11,1	509	13,6	0,0002
Harhaisuus	445	19,7	235	15,9	680	18,2	0,0030
Vähentynyt sosiaalinen aktiivisuus	1191	52,8	622	42,1	1813	48,5	< 0,0001
Vetäytyminen	1132	50,2	585	39,6	1717	46,0	< 0,0001
Sanallinen aggressiivisuus	607	26,9	314	21,2	921	24,7	< 0,0001
Fyysinen aggressiivisuus	483	21,4	273	18,5	756	20,2	0,0281
Sosiaalisesti huomiota herättävä käytös	543	24,1	304	20,6	847	22,7	0,0121
Hoidon tai avun vastustelu	1066	47,3	629	42,5	1695	45,4	0,0046
Dyspnea	6,6	4,0	73	4,9	222	5,9	0,0349
Turvotus	204	9,0	81	5,5	285	7,6	< 0,0001
Kipu	1213	53,8	707	47,8	1920	51,4	0,0004
Päivittäinen kipu	582	25,8	272	18,4	854	22,9	< 0,0001
Kipuun mahdollisesti liittyviä ei-toivottuja ilmiöitä							
Liikkumisen rajoittaminen ²	2075	93,0	1463	98,9	3538	94,7	< 0,0001
Painon lasku	2225	98,6	1461	98,8	3686	98,7	0,6799
Painehaava	136	6,1	72	4,9	208	5,6	0,1305
Epävakaata terveydentilaa	1523	67,5	835	56,5	2358	63,1	< 0,0001
Sairaalahoito 3 kk:n aikana	217	9,6	48	3,3	265	7,1	< 0,0001
Päivystyspoliklinikakäynti 3 kk:n aikana	201	8,9	54	3,7	255	6,4	< 0,0001

¹ Depression Rating Scale -arvo > 2 (asteikko 0–14, missä 0 merkitsee, ettei masennukseen viittaavia oireita ole)

² tuoliin asetetun tarjottimen, vyön tai jalkaremmien avulla

see normaalia kognitiota ja kuusi erittäin vaikeaa dementiaa (26). Poimintakriteerinä oli pistemäärä 5–6.

Lisäksi edellytettiin, että päivittäinen toimintakyky oli huono, mitä kuvasi RAI-järjestelmän ADLH-mittarin (Activities in Daily Living Hierarchy) pistemäärä neljä tai yli. Mittarin asteikko on 0–6, ja nolla merkitsee itsenäistä ja kuusi täysin autettavaa henkilöä (27).

Poimintaan osui 978 hoivaa tarjoavaa yksityistä ja julkisen palvelun yksikköä 102 kunnasta ja niistä 3 735 kriteerit täyttäneitä asukasta. Kukin asukkaista oli arvioitu kerran: laitoshoidossa asuvista (n = 1 479) valtaosa vanhainkodeissa (n = 1 128) ja loput terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla (n = 351). Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvien (n = 2 256) arvioinnit oli tehty ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa palvelutaloissa.

Tilastomenetelmät

Luokkamuuttujien ja asumistyyppien yhteyttä selvitettiin χ^2 -testillä. Sekoittavien tekijöiden ja asumistyyppiin itsenäisesti liittyvien tekijöiden löytämiseen käytettiin logistista regressioanalyysiä. Tilastolaskentaohjelmaksi oli SAS.

Tulokset

Analyysiin mukaan otettujen asukkaiden keski-ikä oli 84,5 vuotta (65–103 vuotta) ja kolme neljästä oli naisia. Asuminen laitoksessa tai tehostetun palveluasumisen yksikössä oli kestänyt 0–29,5 vuotta.

Sairauksien yleisyydessä ei havaittu eroa asumistyyppien välillä (taulukko 1). Sen sijaan huonoa oloa ilmentäviä oireita, lukuun ottamatta kivuliasta kasvojen ilmettä ja hengenahdistusta, esiintyi yleisemmin palvelutalojen kuin laitoshoidon asukkailla (taulukko 2). Painon lasku oli

- 24 Sampson EL, White N, Lord K, Leurent B, Vickerstaff V, Scott S, Jones L. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Pain* 2015;156:675–83.
- 25 Burrows A, Morris JN, Simon S, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000;29:165–72.
- 26 Morris JN, Fries BE, Mehr DR. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* 1994;49:M174–82.
- 27 Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54:M546–53.
- 28 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Kipu. Käypä hoito -suositus 4.12.2015, päivitetty kohdenetusti 22.8.2017. www.kaypahoito.fi
- 29 Fimea. lääkäiden lääkituksen tietokanta: Lääke 75+. www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-
- 30 Pergilizzi JV, Mercadante S, Echaburu AV, van den Eyden B, de Faria Fragoso RM, Mordarski S ym. The role of transdermal buprenorphine in the treatment of cancer pain: an expert panel consensus. *Curr Med Res Opin* 2009;25:1517–28.
- 31 Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A, Mortensen PB, Waldemar G. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: A study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimers Dement* 2015;11:691–9.

SIDONNAISUUDET

Harriet Finne-Soveri, Dimitrije Jakovljevic, Matti Mäkelä, Rauha Heikkilä, Paula Andreassen, Marika Kylänen, Suvi Leppäaho, Teija Hammar: Ei sidonnanaisuuksia.

TAULUKKO 3.

Vaikeasti muistisairaiden palvelutalo- ja laitosasukkaiden kipulääkkeiden saanti viikon ajalta.

Lääke tai lääkeyhdistelmä	Palveluasuminen		Laitoshoito		Kaikki		p-arvo
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Jokin kipulääke	1251	55,5	874	59,1	2125	56,9	0,0279
Jokin opiaatti	758	33,6	691	46,7	1449	38,8	< 0,0001
Morfiini	16	0,7	57	3,9	73	2,0	< 0,0001
Oksikodoni	241	10,7	156	10,6	397	10,6	0,8959
Oksikodoni (yhdistelmä)	27	1,2	30	2,0	57	1,5	0,0426
Fentanyyli	162	7,2	225	15,2	387	10,4	< 0,0001
Buprenorfiini	400	17,7	332	22,5	732	19,6	0,0004
Tramadoli	6	0,3	4	0,3	10	0,3	0,9793
Kodeiini (yhdistelmä)	14	0,6	6	0,4	20	0,5	0,3788
Jokin NSAID-lääke	46	2,0	10	0,6	56	1,5	0,0008
Parasetamoli	1201	53,2	828	56,0	2029	54,3	0,0992
Antiepilepti	48	2,1	41	2,8	89	2,4	0,2066
Pregabaliini	43	1,9	33	2,2	76	2,0	0,4912

molemmassa ryhmässä yleistä (98,7 %:lla asukkaista) ja 2.–4. asteen painehaavat harvinaisia (5,6 %:lla). Palvelutaloissa liikkumisen rajoittaminen oli hieman harvinaisempaa kuin laitoksissa, mutta asukkaiden terveydentila oli useammin epävaka.

Kipulääkkeiden käyttö oli yleistä. Parasetamolia käytettiin yhtä yleisesti molemmassa asumistyyppissä. Tulehduskipulääkkeiden käyttö sen sijaan oli harvinaista (1,5 %). Niitä käytettiin palvelutaloissa useammin kuin laitoksissa (taulukko 3). Opiaattien käyttö taas oli palvelutaloissa harvinaisempaa kuin laitoksissa. Opiaateista yleisin oli buprenorfiini ja seuraavaksi yleisimmät fentanyyli ja oksikodoni. Tramadolia ja kodeiinia käytettiin vain yksittäisissä tapauksissa. Neuroopaattisen kivun hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden käyttö oli molemmassa asumistyyppissä harvinaista. Trisyklisiä masennuslääkkeitä käytti yhteensä kuusi asukasta.

Huonompi kivun ja ahdistuneisuuden hallinta, vähäisempi opiaattien ja parasetamolien käyttö, runsaampi NSAID-lääkkeiden käyttö sekä runsaampi akuuttipalvelujen käyttö osoittautuivat liittyvän itsenäisesti palvelutaloasumiseen (taulukko 4).

Pohdinta

Yli sadasta kunnasta kerätyn, lähes tuhat asumisyksikköä käsittävän aineiston analyysi osoitti,

että pitkälle edennyt muistisairautta sairastavien henkilöiden kivun ja kärsimyksen oireenmukainen hoito onnistuu huonommin tehostetun palveluasumisen yksiköissä kuin laitoksissa. Verrattuna laitosasumiseen, palvelutaloasumiseen liittyi vähäisempi analgeettien ja opiaattien käyttö sekä yleisempi, joskin kaiken kaikkiaan vähäinen, tulehduskipulääkkeiden käyttö. Palvelutaloissa asuvat vaikeasti muistisairaat käyttivät akuuttipalveluja yli kaksinkertaisesti laitosasukkaihin verrattuna.

Suomessa kivun esiintyvyys edennyt muistisairautta sairastavilla oli samaa luokkaa kuin eurooppalaisten hoivakotien asukkailla keskimäärin (51 % vs. 48 %) (6,7). Suomalaisissa palvelutaloissa kivun esiintyvyys oli kuitenkin 5 prosenttiyksikköä ja päivittäisen keskivaikean kivun 7 prosenttiyksikköä suurempi kuin laitoksissa. Asiakasrakenne ja oheissairaudet eivät selittäneet eroa. Vähintään keskivaikean päivittäisen kivun yleisyys palvelutaloissa vastasi sen yleisyyttä kaikilla pitkäaikaishoidossa olevilla asukkailla pohjoismaissa 90-luvun loppupuolella (8).

Myös kipuun liittyvät psykiatriset ilmiöt olivat palvelutaloissa asuvilla muistisairailta yleisempiä kuin laitoshoidossa olevilla. Sellaisia ovat mm. masennus, ahdistuneisuus, pelot, itkeskely, tuskainen kasvojen ilme, vetäytyminen ja sosiaalisten kontaktien väheneminen sekä erilaiset käytösoireet kuten aggressiivisuus, hoi-

TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Kipulääkkeitä käytetään runsaasti iäkkäiden pitkäaikaishoitopaikoissa.
- Vaikeasti muistisairaiden kipu on kuitenkin alihoidettua.

TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Vaikeasti muistisairaiden asukkaiden kipu ja ahdistuneisuus ovat huonommin hallinnassa ja terveydentila useammin epävakaata palvelutaloissa kuin laitoksissa.
- Palvelutaloissa asuvat saavat vähemmän kipulääkkeitä kuin laitoshoidettavat.
- Palvelutaloissa asuvat muistisairaattavat käyttävät laitoksissa hoidettavia useammin päivystyspoliklinikan ja akuuttisairaalan palveluja.

don vastustelu ja muu huomiota herättävä käytös. Kivun ja sen lieveilmiöiden yleisempää esiintymistä saattoi osaltaan selittää palvelutaloasukkaiden laitosasukkaita epävakaampi terveydentila, mikä näkyi myös tiuhempana turvautumisena päivystyspoliklinikan ja sairaanhoidon palveluihin.

Kipulääkkeiden käyttö oli Käypä hoito -suosituksen (28) mukaista ja myös Fimean iäkkäiden lääkesuosituksen (Lääke 75 +) suuntaista (29) niiltä osin, että yleisimmin käytetty kipulääke oli parasetamoli ja tulehduskipulääkkeiden käyttö oli vähäistä. Palvelutaloissa tulehduskipulääkkeitä käytettiin kuitenkin useammin kuin laitoksissa. Kodeiinin ja tramadoloin käyttö oli vähäisyydessään niin ikään asiantuntijoiden suositusten mukaista (29).

Miedoista opiaateista suosituin lääke oli buprenorfiini huolimatta sen antikolinergisistä ja väsyttävistä vaikutuksista. Lääkettä sai palvelutaloissa joka kuudes edennyt muistisairautta sairastava, laitoksissa joka neljäs. Osasyynä suosioon saattoi olla se, että buprenorfiinin uskotaan olevan ainoa hyväksyttävä tai mahdollisesti parhaiten siedetty mieto opiaatti. Lisäksi tarkastelluista henkilöistä osa sai todennäköisesti saattohoitoa, jossa lääkkeiden antamista suun kautta pyritään vähentämään.

Transdermaalisella buprenorfiinilaastarilla on todettu olevan useita etuja kroonisen syöpäkipun hoidossa. Se tehoa kudosvauriokivun lisäksi myös neuroopaattiseen kipuun ja on turvallinen (hengityslaman vaara pieni) sekä esimerkiksi munuaisten vajaatoiminnassa hyvin sie-

Palvelutaloissa yleisesti käytetty apteekkien suorittama annosjakelu on kankeaa.

detty (30). Samoista syistä buprenorfiinilaastarin voidaan ajatella olevan hyvä vaihtoehto pitkittyneen kivun hoitoon saattohoidossa oleville ja muille vaikeasti muistisairaille potilaille.

Vahvoista opiaateista morfiinia käytettiin palvelutaloissa kaksi kertaa useammin kuin laitoksissa, mutta kaiken kaikkiaan melko harvoin. Oksikodonia sai joka kymmenes edennyt muistisairautta sairastava asukas, ja sitä käytettiin molemmissa asumistyypeissä yhtä usein. Metadonia ei saanut yksikään tarkastelluista. Lai-

TAULUKKO 4.

Palveluasumiseen itsenäisesti liittyvät tekijät.

Muuttuja	OR	95 %:n LV
Jokin tulehduskipulääke	2,93	1,43–5,99
Sairaalahoito 3 kk:n aikana	2,49	1,73–3,59
Päivittäinen kipu	1,71	1,43–2,05
Ahdistuneisuus	1,47	1,20–1,81
Epävakaata terveydentila	1,46	1,27–1,69
Asumisaika yli 3 vuotta	1,42	1,23–1,63
Päivystyspoliklinikakäynti 3 kk:n aikana	1,60	1,12–2,27
N02AA01 (morfiini)	0,18	0,10–0,33
N02AB03 (fentanylili)	0,36	0,29–0,46
N02AA55 (oksikodoni, yhdistelmä)	0,41	0,23–0,72
N02AE01 (buprenorfiini)	0,58	0,49–0,70
Parasetamoli	0,80	0,69–0,92
Liikkumisen rajoittaminen	0,14	0,08–0,24
Miessukupuoli	0,76	0,64–0,89

toishoidossa käytettiin fentanyliliä kaksi kertaa useammin kuin palvelutaloissa (taulukko 3).

Jokin antiepilepti oli käytössä yhteensä 137 henkilöllä (3,7 %), mutta tiedoista ei selvinnyt luotettavasti, milloin lääkettä käytettiin epilepsiaan, milloin muulla indikaatiolla (esim. neuroopaattisen kivun hoitoon tai mielialaa tasautamaan). Trisyklisten masennuslääkkeiden käyttöä ei juuri esiintynyt.

Kaikkiaan opiaattien käyttö oli yhtä yleistä kuin Tanskassa kaikilla muistisairailla vastaavissa asumistyypeissä (38 %) (31). Edennyt muistisairautta sairastavilla kipulääkkeiden ja erityisesti opiaattien käyttö oli suomalaisissa palvelutaloissa kuitenkin merkittävästi vähäisempää kuin laitoksissa (taulukko 3).

Mistä erot johtuivat?

Syitä huonompaan kivun hallintaan palvelutaloissa voi olla monia. Koska lääkkeitä pitää maksaa erikseen, asiakkaan varallisuus voi vaikuttaa halukkuuteen ostaa niitä.

Lisäksi palvelutaloissa yleisesti käytetty apteekkien suorittama annosjakelu on kankeaa eikä palvele sellaisia asukkaita, joiden terveydentila on epävakaata. Lääkkeitä ei voi tilata puolitetuina, eikä muutoksia annosjakeluun voi tehdä kuin kahden viikon välein. Opiaatin hankkimis-

nen voi olla hankalaa yllättävän tarpeen ilmaantuessa (esimerkiksi sairaalasta kotiuduttaessa, illalla tai viikonloppuna). Se edellyttää lääkemääräystä ja lääkkeen noutamista apteekista, sillä yhteistä lääkekaappia palvelutalossa ei lain mukaan saa olla. Etukäteen varautuminenkaan ei ole itsestäänselvyys, koska opiaattien määrääminen voi kiinnittää valvojan viranomaisen huomion ja niiden ostaminen pahan päivän varalle voi sekin olla kynnyksen takana.

THL:n vuonna 2016 tekemän selvityksen mukaan henkilöstön riittävyys ja koulutustaso olivat palvelutaloissa heikompia kuin laitoksissa (4,5). Voidaan siis olettaa, että laastarin laittoa haastavampi kivun hoito, kuten injektiot ja kipupumpun käyttö, edellyttävät henkilöstöjärjestelyjä. Kunnat ovatkin arvioineet kivun hallinnan onnistuvan palvelutaloissa ylipäätään huomnommin kuin laitoksissa (5).

Palveluasumisen yksiköiden laitoksia heikompaan suoriutumiseen saattavat olla syynä myös digitaalisten tietojärjestelmien käyttöpulmat. Yksityisillä palvelutaloilla voi olla omat tietojärjestelmänsä, eikä lainkaan pääsyä kunnan järjestelmiin. Lyhyeksi ajaksi palkatut sijaiset eivät välttämättä osaa käyttää tietojärjestelmää, eikä kaikilla lähihoitajilla ole pääsyä lääketietoihin, joten tarvittaessa otettaviksi määrätty lääkkeet voivat jäädä antamatta. Tieto asiakkaan hoitotahdosta, elvyttämättäjäättämispäätöksestä tai muusta elämän loppuvaihetta koskevasta kirjauksesta voi jäädä välittymättä ja johtaa siihen, että henkilöstö turvautuu akuuttipalveluihin silloinkin, kun se ei olisi tarkoituksenmukaista.

Akuuttipalvelujen runsaampi käyttö palvelutaloissa lienee usean epäkohdan johdonmukainen seuraus. Sellaisia voivat olla paitsi henkilöstön vähäisyys, heikompi koulutustaso ja lääkekaapin puuttuminen myös diagnostiikka- ja hoitovälineistön puute.

Tulosten luotettavuus ja päätelmät

Analyysimme rajoituksena on, että otos ei perustu satunnaisotantaan. Laitoshoidon ja palveluasumisen erot voivat siis osittain selittyä valikoitumisesta johtuvalla harhalla asukasryhmien havaitusta samankaltaisuudesta huolimatta. Tulosten luotettavuutta lisäävät kuitenkin aineiston suuri koko ja kattavuus.

Asukkaiden tiedot oli poimittu pääsääntöisesti seitsemän päivän ajalta, joten harvemmin tapahtuneet asiat ja hoidot ovat voineet jäädä tar-

KIPULÄÄKKEIDEN ATC-LUOKITUS.

- N02AA01
- N02AA05
- N02AA55
- N02AB03
- N02AE01
- N02AX02
- N02AA59
- M01A-alkuiset lääkkeet
- N02BE01
- morfiini
- oksikodoni
- oksikodoni (yhdistelmä)
- fentanyl
- buprenorfiini
- tramadoli
- kodeiini (yhdistelmä)
- tulehduskivulääkkeet
- parasetamoli

Neuropaattisen kivun hoitoon tarkoitetut lääkkeet:

- N03AX12
- N03AX16
- N06AA09
- N06AA10
- gapapentiini
- pregabaliini
- amitriptyliini
- nortriptyliini

kastelun ulkopuolelle. Lääkkeettömien hoitojen käytöstä ei ollut tietoa, eikä käytettyjen lääkkeiden määriä ole analysoitu. Koska kivun arviointi muistisairauden loppuvaiheessa on haastavaa, osa koetusta kivusta on todennäköisesti jäänyt havaitsematta. Nämä rajoitukset huomioiden tuloksiamme voitaneen siis pitää eräänlaisena jäävuoren huippuna.

Nykyinen lainsäädäntö tähtää laitoshoidon lopettamiseen tai ainakin merkittävään vähentämiseen (1). Hallitus odottaa tältä toimenpiteeltä mittavia kustannussäästöjä. Säästöt voitaneen saavuttaa huolehtimalla nykyistä paremmin hauraimmasta ja eniten toisen ihmisen apua tarvitsevasta väestönosasta palvelutaloissa.

Edennyttä muistisairautta sairastavien kivun ja kärsimyksen hoitoa tulee parantaa, jotta palvelutaloissa on mahdollista asua ilman kipua ja turhia sairaalasiirtoja elämän loppuun asti. ●

Kiitos tiedot keränneille hoitajille arvioinneista ja interRAI:lle RAI-arviointivälineistä.

English summary

www.laakarilehti.fi

› in english

Pain management of dementia patients worse in service homes than in institutions

HARRIET FINNE-SOVERI
Research Professor
Chief Medical Officer,
Elderly Care Services
City of Helsinki

DIMITRIJE JAKOVljeVIC
MATTI MÄKELÄ
RAUHA HEIKKILÄ
PAULA ANDREASEN
MARIKA KYLÄNEN
SUVI LEPPÄÄHO
TEIJA HAMMAR

Pain management of dementia patients worse in service homes than in institutions

Background

In Finland, institutional long-term care is rapidly decreasing, due to elderly care legislation that came into force in 2013. Those older people who cannot live at home any more move to service homes, where resident-to-nurse ratios and skill mix are lower than in long-term care facilities (LTCFs). We investigated outcomes of pain management in residents with advanced dementia in service homes and compared them to similar residents in LTCFs.

Methods

From the national RAI database, in the Institute of Health and Welfare, we extracted a sample of 3735 residents residing in either service houses (n = 2256) or LTCFs (n = 1478) between October 1st 2015 and March 31st 2016. These individuals were aged 65 or over and suffered from advanced dementia together with functional decline. This sample originated from 102 municipalities and 978 units. In addition to age and sex, the sample included diagnoses, health status, pain, and symptoms often seen in people with advanced dementia and pain, e.g. anxiety, depression and behavioural problems. Furthermore, use of pain medications and acute care services was recorded. To test the associations, Chi square tests and logistic regression analyses were used.

Results

Residents in the service homes expressed significantly more often pain, depression, anxiety, crying, delusions, hallucinations, decreased social interaction, withdrawal, and behavioural problems (e.g. aggression, socially inappropriate behaviours and resisting care) than residents residing in LTCFs. Moreover, the health status of the residents in service homes was more often unstable with symptoms such as oedema, and dyspnoea. The use of acute care services in service home residents was more than double compared to the residents in LTCFs. Use of pain medications was common. However, in the service homes, use of particularly strong opioids was lower than in LTCFs.

Conclusions

Lower resident-to-nurse ratios and skill mix may save money in service homes. However, this is accompanied by a disproportionate shift of the cost burden to acute care and at the same time leads to suffering of the most vulnerable residents.