



**CRPS (Complex Regional Pain
Syndrome)- HOIDON
ORGANISOINTI KESKI-SUOMEN
KESKUSSAIRAALASSA
Hoitoketjukuvaus**

Eija Ruuskanen

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
Sosiaali- ja terveysala

Tekijä RUUSKANEN, Eija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 45+12	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) - hoidon organisointi Keski-Suomen keskussairaalassa - hoitoketjukuvaus		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaajat HOPIA, Hanna LATVA, Irene		
Toimeksiantaja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Sujuvat hoitoketjut –projekti 2008-2009		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli organisoida Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä CRPS -potilaiden hoitoa kuvaamalla hoitoon osallistuvien toimijatahosen työnjakoa ja tehtäviä. Tavoitteena oli käynnistää monialainen ja -ammattillinen työryhmä hoitoketjun kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli laatia CRPS- hoitoketjukuvaus. Ilmiönä CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)- kipuoireyhtymä on yleensä ylä- tai alaraajan vamman tai komplikaation jälkeinen kiputila. CRPS on monimuotoinen ja paikallinen kipuoireyhtymä, joka on osittain tuntematon häiriötila. Luonteenomaista on, että kipu lisääntyy suhteettoman suureksi vamman laatuun nähden. CRPS –kipuoireyhtymän on arvioitu olevan jopa kivunhoidon vaikein haaste. CRPS pitkäaikaissairautena on monitieteellinen ja -tahoinen ilmiö. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä CRPS -potilaiden hoidon organisointi ja hoitoketjun kehittämistarve on havaittu ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi. Eri hoitotahot ovat tarvinneet CRPS- hoidon organisointia, koska CRPS -potilaat tarvitsevat taudinkulkunsa takia hoidon viivyttämättä. Opinnäytetyö on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2008 alkanutta Sujuvat hoitoketjut - kehittämisprojektia. Opinnäytetyön varsinainen kohderyhmä oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin CRPS –työryhmä. Lisäksi siitä hyötyvät sairaanhoitopiirin Sujuvat hoitoketjut –projekti, muu henkilöstö ja CRPS -potilaat. CRPS -hoidon organisoimiseksi käynnistyi monialainen ja -ammattillinen työryhmä, jossa hyödynnettiin jokaisen jäsenen sisältöasiantuntemusta kuvaten työnjakoa ja tehtäviä. Kevään 2008 aikana pidettiin kaksi työryhmäkokousta sekä pyydettiin työryhmän jäseniä kuvaamaan oma osuus hoitoketjussa. Opinnäytetyön tuotos on hoitoketjukuvaus, joka perustuu parhaaseen saatavilla olevaan tietoon ja tukee hyvien hoitotulosten saavuttamista. Hoitoketjukuvaus on yhdessä tehty sopimus siitä, miten CRPS -potilaan hoito järjestetään. Johtopäätöksenä CRPS- potilas saa tarkoituksen mukaisen monialaisen ja -ammattillisen hoidon Keski-Suomen keskussairaalassa. Hoito on kansallisiin suosituksiin perustuvaa ja säädettyssä määräajassa toteutettua. Monialaista ja -ammattillista yhteistyötä on tärkeä jatkaa. Jatkokehityshaaste on tutkia, tunnetaanko hoitoketju, käytetäänkö sitä arkityössä, ovatko tehtävät ja työnjaot muuttuneet, ovatko ne hoitoketjun mukaisia sekä millainen on toimiva CRPS -hoitoketju. Jatkossa tulee tehdä hoitotieteellistä tutkimusta CRPS -potilaan hoidosta sekä lisätä CRPS:n näkyvyyttä ja tunnettavuutta.		
Avainsanat (asiasanat) Krooninen kipu, CRPS, monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä, hoitoketjut		
Muut tiedot		

Date
13.05.2008

Author(s) RUUSKANEN, Eija	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 45 + 12	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Organizing the treatment of CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) - Clinical Pathway in Central Finland's Health Care District		
Degree Programme Degree programme of Nursing		
Tutor(s) HOPIA, Hanna LATVA, Irene		
Assigned by Central Finland's Health Care District, Central Hospital, Project of Fluent Pathways 2008-2009		
Abstract <p>The purpose of this study was to organize the treatment of CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) and describe the distribution of workload and job descriptions within the healthcare profession. The aim of this study was to start multidisciplinary and professional team work for the development of a clinical pathway in CRPS. In addition the aim was to describe a flowchart of the pathway of CRPS.</p> <p>CRPS is a condition characterized by a burning type of pain, which can affect upper and lower extremities. CRPS is partly an unknown disorder which typically occurs following trauma or surgery to an extremity. Often the injury is relatively minor and the pain is greatly disproportionate to the injury. The pain is often characterized as intense and it has been described as the most difficult challenge in the area of pain treatment. As a chronic pain disorder CRPS is the subject of much discussion in scientific research.</p> <p>The need for this study has been long-standing and actual in Central Finland's Health Care District. Different experts need to organize treatment and a pathway of CRPS, because patient affected need treatment without delay.</p> <p>This study is associated with the Fluent Pathways 2008-2009 project in Central Finland's Health Care District. The target group of this study was a CRPS-working team, Project of Fluent Pathways, other nursing staff and CRPS patients. Multidisciplinary and professional teamwork took off while organizing the treatment of CRPS. During the spring 2008 there were two meetings of that team. Every group member described their own role in the pathway. The result of this study is a flowchart for the pathway, which is a common agreement on how to organize the treatment of a CRPS-patient.</p> <p>In conclusion, this study showed that CRPS-patients get appropriate multidisciplinary treatment in Central Finland's Health Care District. Treatment is based on national guidelines and patients get their treatment within a prescribed time. It is important to resume multidisciplinary and professional cooperation. The future challenge is to research how people recognize this CRPS-pathway and how nursing staff use it and change their job description. Also what is a well-functioning CRPS-pathway. Further studies will have to do more research into CRPS-patients and their treatment. It is also important to increase nursing staffs' knowledge of CRPS.</p>		
Keywords Chronic pain, CRPS, Complex Regional Pain Syndrome, clinical pathways		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 KROONINEN KIPU	6
2.1 Kroonisen kivun luonne ja yleisyys.....	6
2.2 Kroonisen kivun hallinta	7
2.3 Kroonisen kipupotilaan hoitotyö.....	7
3 CRPS – MONIMUOTOINEN PAIKALLINEN KIPUIREYHTYMÄ	9
3.1 Oireet ja taudin vaiheet.....	10
3.2 Hoito	11
3.3 Kansalliset keskeiset suositukset CRPS -hoidossa	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
5 HOITOKETJUN KEHITTÄMISPROSESSI.....	16
5.1 Lähtökohdat.....	18
5.2 Nykyinen CRPS -hoitokäytäntö Keski-Suomen keskussairaalassa.....	19
5.3 Monialainen ja -ammattillinen työryhmä	21
6 CRPS – HOITOKETJUKUVAUS KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA	24
6.1 Vuokaavio.....	24
6.2 Hoitoketjukuvausten rakenne	25
6.3 Hoitoketjukuvausten vaikutukset toimintaan	26
7 POHDINTA.....	28
7.1 Formatiivinen arviointi	28
7.2 Summatiivinen arviointi	32
8 JATKOKEHITYSHAASTEET	35
LÄHTEET	38
LIITTEET	46
Liite 1. Kokouskutsu / -tiedote	46
Liite 2. Keski-Suomen keskussairaalan CRPS -työryhmän jäsenet.....	47
Liite 3. Kokousmuistio 12.2.08.....	48
Liite 4. Kokousmuistio 8.4.08	50
Liite 5. CRPS-hoidon organisointi K-S keskussairaalassa -hoitoketjukuvaus.....	54
Liite 6. CRPS diagnoosi, tyypit ja taudin vaiheet	54

	2
Liite 7. Hoito-ohjeet, Fysiatri ja fysioterapeutti	55
Liite 8. Hoito-ohjeet, Toimintaterapeutti.....	55
Liite 9. Hoito-ohjeet, Kipupoliklinikka; anestesiologi ja kipusairaanhoitaja.....	56
Liite 10. Hoito-ohjeet, Psykiatri ja psykologi	56
Liite 11. Hoito-ohjeet, Sosiaalityöntekijä.....	57
Liite 12. Hoito-ohjeet, Kirurgi	57

KUVIOT

KUVIO 1. Kansalliset keskeiset suositukset CRPS-hoidossa.....	14
KUVIO 2. K-S shp:n Sujuvat hoitoketjut – projekti 2008 – 2009 yhteenveto.....	18
KUVIO 3. CRPS-hoidon organisointi K-S keskussairaalassa -hoitoketjukuvaus.....	25

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö liittyy Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä Sujuvat hoitoketjut 2008 - 2009 kehittämisprojektiin, jossa tavoitteena on luoda alueellinen laadukas hoidon kokonaisuus, joka kattaa hoidon porrastuksen ja työnjaon niin, että potilas hoidetaan yhdessä näyttöön perustuvien menetelmin oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Terveystieteiden huollon niukat resurssit vaativat tehokkuutta ja asiantuntijuuteen perustuvaa toimintaa, koska hoito nopeutuu ja ohjauksen painopisteet muuttuvat. Projektitoiminnan painopisteinä ovat potilasturvallisuus ja terveyden edistäminen sosiaali- ja terveysministeriön suurten valtakunnallisten linjaushankkeiden (STM 2007a) sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksen (STM 2007b) PARAS-hankkeen myötä. Projekti etenee vaiheittain yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan tietohallinnon, perusterveydenhuollon, Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa. (Vanhala, Saarikoski & Pitkänen 2007.)

CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)- kipuoireyhtymä on yleensä ylä- tai alaraajan vamman tai komplikaation jälkeinen kiputila. CRPS on monimuotoinen sekä paikallinen kipuoireyhtymä, joka on osittain tuntematon häiriötila. Kiputilan syntyyn osallistuvat ääreishermosto, keskushermosto, autonominen hermosto ja paikallinen lihaskudos. Luonteenomaista on, että kipu lisääntyy suhteettoman suureksi vamman laatuun nähden. Alkuvaiheessa kipu ei vähenekään odotusten mukaisesti vaan päinvastoin kipu vaikeutuu ja saa suhteettomat mittasuhteet alkuperäiseen vammaan verrattuna. Oireet ylittävät sekä suuruudeltaan että kestoltaan normaalin taudinkulun. (Kalso 2002; Vastamäki 2002; Hupli, Lempinen & Mustola 2007; Harden ym. 2007; Yung Chung ym. 2007; Blaes ym. 2007.) CRPS- kipuoireyhtymää on kuvailtu mystisenä, dynaamisena sairautena, joka muuttaa oireita ajan kuluessa. CRPS –kipuoireyhtymän on arvioitu olevan jopa kivunhoidon vaikein haaste. Maailmassa on miljoonia CRPS- potilaita. (Tekijänoikeus 2008a.) CRPS pitkäaikaissairautena ja kroonisena kipuoireyhtymänä on monitieteellinen ja -tahoinen ilmiö. CRPS on kansainvälisesti tutkijoiden mielenkiinnon kohteena. Terveystieteiden huollossa CRPS tunnistaminen sekä tunteminen ovat tärkeitä ja oireyhtymän esiintyminen myös lapsilla kannattaa muistaa. Jatkossa opinnäytetyössä Complex Regional Pain Syndrome –oireyhtymästä käytetään lyhennettyä termiä CRPS.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli organisoida Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä CRPS -potilaiden hoitoa kuvaamalla hoitoon osallistuvien toimijatahojen työnjakoa ja tehtäviä. Tavoitteena oli käynnistää monialainen ja -ammattillinen työryhmä hoitoketjun kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli laatia CRPS -hoitoketjukuvaus. CRPS -hoidon organisoimiseksi muodostettiin monialainen ja -ammattillinen työryhmä, jossa hyödynnettiin jokaisen jäsenen sisältöasiantuntemusta työnjakoa ja tehtäviä kuvaten. Työryhmään kuuluivat avainhenkilöt eri hoitotahoilta. Kevään 2008 aikana pidettiin kaksi työryhmäkokousta sekä pyydettiin työryhmän jäseniä kuvaamaan oma työnjako ja tehtävä CRPS -potilaan hoidossa. Näiden avulla muodostettiin tuotoksena hoitoketjukuvaus vuokaavion muodossa. Opinnäytetyö käynnisti monialaisen ja -ammattillisen yhteistyön, jota on tärkeä jatkaa sekä kehittää. Haukkapää- Haaran mukaan (2003) potilaat odottavat, että työntekijät omaavat hyvän asiantuntemuksen, että he toimivat yhteistyössä ja että hoitoprosessi on mutkaton ja sujuva. Terveystieteiden tutkimuksessa yhteistyö ja tiedon vaihto ovat edellytyksiä potilaan kokonaisvaltaiselle hoidolle. (Haukkapää-Haara & Serkkola 2003.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kroonista CRPS -oireyhtymää sairastavien potilaiden hoidon organisointi ja hoitoketjun kehittämistarve on nähty jo pidemmän aikaa ajankohitaiseksi ja tarpeelliseksi, koska CRPS- potilaat tarvitsevat monimuotoisen ja invalidisoivan taudinkulkunsa takia hoidon viivyttämättä. Eri hoitotahojen monialainen ja ammattillinen yhteistyö sekä joustava toiminta on ehdotonta. (Hupli ym. 2007; STM 2007c; Haanpää 2008, 9-10.) Hagelbergin (2005) mukaan CRPS sairastavien potilaiden tutkimuksen ja hoidon ongelmana on pirstoutuneisuus useille erikoisaloille ja kuntoutustoimien viivästyminen (Hagelberg 2005, 16). Kipupotilailla on useita hoitosuhteita eri terveydenhuollon hoitoyksiköihin sairautensa aikana, siksi CRPS -hoidon organisoimiseksi työnjako, tehtävät ja hoitovastuu tulee sopia. Hoitoketjukuvaus määrittää, miten potilaita hoidetaan terveydenhuollossa eri toimijatahoilla tarkoituksenmukaisesti ja laadukkaasti.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ei ole aiemmin kehitetty CRPS -hoitokäytäntöä systemaattisesti monialaisesti ja -ammattillisesti. Hoitavien tahojen työnjakoa ja tehtäviä ei ole yhdessä kuvattu eikä suunnitelmallisesti kirjattu. Eloranta (2002) väittää, että terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksia hoitaa kroonisia kipupotilaita on lisättävä. Kokonaisvaltaisessa ja moniammatillisessa osaamisessa tarvitaan eri alojen yhteistyötä, sillä yksi lää-

käri tai erikoisala ei pysty hallitsemaan kaikkia keinoja taistelussa kroonista kipua vastaan. (Eloranta 2002, 71.)

Oma lähtökohtani Keski-Suomen keskussairaalan kipupoliklinikan asiantuntijasairaanhoidtajana CRPS -potilaiden parissa innoittaa minua tähän työhön. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotilastojen mukaan vuonna 2007 CRPS- potilaita hoidettiin Keski-Suomen keskussairaalan kipupoliklinikan kautta yhteensä 74. Koen tärkeäksi olemassa olevan CRPS -tiedon hyödyntämisen monialaisessa ja -ammattillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyöllä on merkitystä omalle ammatilliselle kehitymiselle, ammattialueelle sekä Sujuvat hoitoketjut – projektille. Opinnäytetyön vaikutukset tulevat näkymään myös organisaatiossa, sillä monialainen ja -ammattillinen työskentely jatkuu.

Opinnäytetyön varsinainen kohderyhmä on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin CRPS – työryhmä. Lisäksi siitä hyötyvät sairaanhoitopiirin Sujuvat hoitoketjut – projekti, muu henkilöstö ja CRPS -potilaat.

2 KROONINEN KIPU

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdystys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivurio tai jota kuvataan samalla tavoin (McCaffery & Pasero 1999,16; Kalso 2002, 94). Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Kipu on yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000.)

2.1 Kroonisen kivun luonne ja yleisyys

Krooninen eli pitkäaikainen kipu alkaa akuutisti, mutta se jatkuu hoidoista huolimatta (Walle 2004,165). Krooninen eli pitkäaikainen kipu kestää yli 3 - 6 kuukautta tai yli normaalin kudosten paranemisen ajan. Trauman tai leikkauksen jälkitilana voi syntyä monimuotoinen, paikallinen kipuoireyhtymä. (Sailo 2000, 35; Suonio - Peltosalo 2007.) Krooninen kipu jaotellaan kivun mekanismin mukaan kudosaivurio-, hermovaurio- ja tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun. Krooninen kipu ymmärretään kipuhermoston tilaksi, jossa kipusignaalit ovat vahvistuneet, keskushermoston kipua aistivat keskukset herkistyneet ja kipusignaalien prosessointi on poikkeavaa. (Forssell & Heikkonen 2000, 8; Kalso 2000, 7 - 9; Vainio 2006, 35.) Kipua välittävät mekanismit ovat vaurioituneet ja muuttuneet ja kipujärjestelmä on ”jäännyt päälle”. Kipu saattaa jäädä, vaikka sen alkuperäinen aiheuttaja on poistunut. (Estlander 1997, 64.) Pitkittyessään kipu aiheuttaa hermoston toiminnan muutoksia, jotka johtavat pysyvään kipuoireeseen (Nuutinen 2001, 8 - 9). Haanpään (2007) mukaan hermovauriokipu on tärkein leikkausten jälkeisen kroonisen vaikean kivun aiheuttaja. Hoito onnistuu parhaiten, mikäli hoitoon osallistuvat työntekijät tuntevat hoitosuunnitelman kokonaisuudessaan ja noudattavat yhtenäistä hoitolinjaa. Vaikeissa kroonisissa kivuissa parhaat tulokset on saavutettu nimenomaan monialaisella ja -ammattillisella yhteistyöllä. (Haanpää 2007, 20.)

Krooninen kipu on hyvin yleinen ongelma Suomessa. Vähintään joka neljäs suomalainen kärsii yli 3 kuukautta kestäneestä kivusta, ja kipu on päivittäistä tai jatkuvaa yli 10 pro-

sentilla väestöstä. (Turunen 2007, 92.) Krooninen kipu on lisääntyvä kansanterveysongelma, siksi tarvitaan valmiuksia tukea tätä asiakasryhmää muillakin hoitotyön toimialueilla kuin kipupoliklinikoilla (Eloranta 2002, 73).

2.2 Kroonisen kivun hallinta

Selviytyäkseen kroonisen kivun kanssa kipupotilaat käyttävät erilaisia kivunhallintamenetelmiä. He tarvitsevat terveydenhuoltohenkilöstön apua selviytyäkseen kipunsa kanssa. Moniammatillisessa yhteistyössä tuetaan kipupotilaan voimavaroja ja selviytymistä kivun kanssa, toimitaan yhteistyössä potilaan kanssa valittaessa erilaisia kivunhoitomenetelmiä sekä opetetaan kotona tehtäviä kivunlievitysmenetelmiä. (Mts. 22.)

Vaikean, pitkäaikaisen kivun hoito on monialaista ryhmätyötä, ja ryhmän tärkein jäsen on kivusta kärsivä ihminen itse. Hän on itse kipunsa paras asiantuntija ja hänen aktiivinen osallistumisensa hoitoon on sen onnistumisen edellytys. Paras hoitotulos saadaan silloin, kun potilas tietää riittävästi kivustaan, osallistuu itse hoidon tavoitteiden asettamiseen ja suhtautuu kärsivällisesti, vaikka oikeat lääkkeet ja hoitomuodot eivät löydykään hetkessä. Kroonisen kivun hoidossa päästään harvoin täydelliseen kivuttomuuteen. Kivun lievittyminen ja kipuvaiheiden harveneminen ovat sen sijaan realistisia tavoitteita samoin kuin toiminta- ja työkyvyn paraneminen ja parempi elämän laatu. (Vainio 2006, 73 - 74.)

Elorannan (2002) mukaan kipu on aina yksilöllinen, persoonallinen kokemus, jota potilaan voi olla vaikea selittää. Kipuaistimus itsessään on monimutkainen fysiologisen tapahtuman ja psyykkisen kokemisen yhteistulos. Krooninen kipu on moniulotteinen. Sen aiheuttamat haitat ulottuvat eri hyvinvoinnin (psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen) osa-alueille, koskien kipupotilasta että koko yhteiskuntaa. (Eloranta 2002, 22.)

2.3 Kroonisen kipupotilaan hoitotyö

Hoitotyössä sairaanhoitajien tarve uudistaa hoitokäytänteitä ja hankkia uutta tietoa on ilmeinen. Ammatillisen kasvun kehittäminen tutkimustietoa hyödyntämällä edellyttää, että sairaanhoitaja yhdistää potilaan tilanteen ja toivomukset sekä asiaan liittyvän tutkimustiedon siten, että potilas saa juuri siihen tilanteeseen parhaiten sopivan hoidon tai palvelun.

Se, miten yksilöllisesti hoitajan päätökset on sovitettu potilaan tilanteeseen, osoittaa hoitajan kliinisen asiantuntemuksen tason. (Miettinen, Miettinen, Nousiainen & Kuokkanen 2000, 31 - 32.)

Kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitaja työskentelee yhtenä toimijana muiden yhteistyötahojen kanssa kroonisen kipupotilaan hoidossa. Työ vaatii laaja-alaista ammatillista osaamista kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kanssa työskenneltäessä. Toimenkuvan osa-alueisiin kuuluvat välitön hoitotyö, koulutus, konsultointi, verkostoituminen ja tutkimus. Lisäksi kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitaja toimii tärkeänä tukihenkilönä ja neuvonantajana terveydenhuollon palvelu- ja sosiaalijärjestelmän kirjavassa viidakossa. (Aho & Kääpä 2000, 18; Hovi & Salanterä 2000, 10 - 12; Vartiainen 2000, 22; Kiuru 2003, 23; Koivusalo 2006, 34 - 35.)

Kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitaja tukee potilasta tiedollisesti. Tiedon antaminen potilaalle sekä läheisille tilanteesta sekä sairaudesta on tärkeää. Holman (2008) mukaan tieto kroonisesta kivusta, kivunhallintamenetelmistä, kipuun liittyvistä tunteista ja sen vaikutuksista tunteisiin sekä ajatuksiin mahdollistavat kipupotilaan voimavarojen lisääntymisen (Holma 2008, 61). Sairaanhoitajan rooli potilaan ohjauksessa on merkittävä (Wells - Felderman ym. 2002, 132). Selviytymiskeinoja autetaan löytämään ja käyttämään. Lisäksi tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta selviytymisestään kroonisen kivun kanssa muun muassa vertaistuen ja potilasyhdistysten kautta. Tärkeää on myös potilaan koko perheen jaksamisen tukeminen. Lisäksi keskustellaan potilaan kanssa kipulääkityksistä ja niiden vaikutuksista normaaliin arkeen. Esimerkiksi lääkityksen alkuvaiheeseen liittyvää huimausta ja siitä johtuvaa toimintojen hidastumista potilaan voi olla vaikea hyväksyä. Potilaan kanssa keskustellaan kuntoutumisesta, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä kipua pahentavista että lievittävästä itsehoitokeinoista. Potilaalle on usein vaikeinta hyväksyä, että tauti rajoittaa elämistä, toimintaa ja sosiaalista kanssakäymistä niin, ettei pysty toimimaan kuten aikaisemmin. Sairaanhoitajan on tunnistettava potilaan väsyminen, ahdistus tai masennus, jolloin keskustellaan psykologin tai psykiatrin tuen tarpeesta. Usein potilaat ovat ahdistuneita taudin pitkittymisestä, sillä kovan kivun sietäminen koettelee potilasta. Tärkeää potilaalle olisi oppia olemaan kivusta huolimatta välittämättä siitä. Joskus kipupotilaalla on työkyvyttömyyttä, joka voi luoda sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia.

Sairaanhoitaja toimii siten linkkinä sosiaalityöntekijään. Sairaanhoitajan tulee kirjata ohjaus ja huomiot potilaan hoitosuunnitelmaan.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä arvostetaan hoitotyön osaamista ja kivun hoitokäytäntöjen kehittämistä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on aikaisemmin kehitetty kivun hoitokäytäntöjä mm. lasten ja nuorten kivunhoidon kehitysprojektissa vuosina 2001 - 2002 sekä operatiivisen toimialueen kivunhoidon projektissa ”Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö, näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003 - 2004”. Projekteissa sairaanhoitajat kehittivät ammattitaitojaan näyttöön perustuvaksi sovittujen kivunhoidon laatusuosituksen mukaan. (Ruuskanen 2002; Ruuskanen 2005.) Aikaisemmin sairaanhoitajat kivunhoidon kehittäjinä ovat osallistuneet eri projekteihin organisaatioissaan kehittäen ammatillista osaamistaan ja yhteisesti tuottaen uusia toimintamalleja kivunhoitoon (Lauritsalo 2003, 7).

3 CRPS – MONIMUOTOINEN PAIKALLINEN KIPUOIREYHTYMÄ

CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) on krooninen, monimuotoinen sekä paikallinen kipuoireyhtymä. Se on vaikeahoitoinen kiputila ja osittain tuntematon häiriötila, jossa ääreishermosto, keskushermosto, autonominen hermosto ja paikallinen lihaskudos osallistuvat kaikki kiputilan syntyyn. (Kalso 2002; Yung Chung & Bruehl, 2007, Blaes ym. 2007; Facultas 2008.) CRPS -oireyhtymä on ollut maailmalla tutkijoiden mielenkiinnon ja keskustelun kohteena vuosikymmenet sen mystisyytensä vuoksi. Eri tutkijat ovat keskustelleet ja jopa kiistelleet CRPS -oireyhtymän suuntaviivoista. CRPS on usein ollut ali-diagnosoitu- ja hoidettu. (Kalso 2002; Loeser 2005; Harden ym. 2007.)

CRPS on yleensä ylä- tai alaraajan vamma tai komplikaatio ja kiputila, jonka voivat aiheuttaa leikkaukset ja tähytykset, luunmurtumat, traumat, tulehdukset, hoitovirheet tai hoitojen pitkittyminen, joka pahimmillaan voi johtaa pysyvään invaliditeettiin. Lisäksi kiputilan voivat aiheuttaa paleltumat, palovammat, ihomuutokset, amputaatiot ja sydäninfarkti. CRPS:a on tavattu myös halvauspotilailla sekä aivovamma potilailla. Jopa vähäisetkin

traumat kuten nyrjähdys, kolhaisu, revähdytys, pinnetilat, repeämät, vähäinen kudosaivaurio tai hermovamma saattavat aiheuttaa CRPS -kivun. (Tekijänoikeus 2008a.)

Oireyhtymä esiintyy tavallisesti vain yhdessä raajassa. Kipua voi ilmetä myös muissa kehon osissa. Lähes puolella potilaista taustalla on murtuma. (Kilpeläinen 2007, Ylinen 2007.) Vuonna 2001 Euroopassa oli yli 150 000 CRPS -potilasta (Tekijänoikeus 2008b). Oireyhtymää tavataan myös lapsilla. Toisin kuin aikuisilla CRPS:n ennuste on lapsilla hyvä ja heidän paranemisensa tapahtuu useimmiten 3-6 kuukauden kuluessa oireiden alusta. (Wilder & Olsson 2005, 275 - 286; Lindfors & Kallio 2007, 290 – 295.) Joskus oireet saattavat lieventyä itsestään ja tauti tyyntyy tai parantuu. Tarvitaan lisää tieteellistä tutkimusta CRPS monimuotoisuuden ratkaisuun. (Harden 2000; Kalso ym. 2002; Loeser 2005; Harden ym.2007.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) luokitteli kipuoireyhtymän uudelleen vuonna 1993, jolloin syntyi tutkimustyötä helpottanut CRPS diagnostinen kriteeristö. (Galer, Bruehl & Harden 1998; Harden ym.1999; Harden 2000; Kalso ym. 2002; Loeser 2005; Harden ym. 2007.) Tuoreimpien tutkimusartikkeleiden mukaan CRPS- oireyhtymän tutkimuksen kehitystuloksena näyttöön perustuvat menetelmät sekä monitieteiset suuntaviivat on laadittu ja ne keskusteluttavat edelleen. (Perez ym. 2007). Vuosikymmenet oireyhtymää on tutkittu paljon ja sen diagnoosia on kutsuttu monilla nimillä lähemmäs 140 vuoden ajan. Tällaisia ovat esimerkiksi sympaattinen refleksidystrofia, kausalgia, RDS, olkapää-käsi syndroma, reflexinen neurovaskulaarinen sairaus, mimokausagia, algodystrofia, neuroalgodystrofia ja sympaattisen hermoston ylläpitämä kipu. (Bonica 1953; Kozin ym.1981; Blumberg 1991; Gibbons & Wilson 1992).

3.1 Oireet ja taudin vaiheet

Luonteenomaista CRPS -oireyhtymälle on, että kipu lisääntyy suhteettoman suureksi vamman laatuun nähden. Alkuvaiheessa kipu ei vähenekään odotusten mukaisesti vaan päinvastoin kipu vaikeutuu ja saa suhteettomat mittasuhteet alkuperäiseen vammaan verrattuna. Oireet ylittävät sekä suuruudeltaan että kestoltaan normaalin taudinkulun. (Vas-tamäki 2002; Hupli ym. 2007; Harden ym. 2007.) Oireyhtymä saattaa alkaa päivien, viikkojen tai kuukausien kuluttua vammasta tai välittömästi vamman jälkeen, ja on luonteeltaan jatkuvaa ja polttavaa. Tyypillisiä oireita CRPS -oireyhtymälle ovat hallitsematon ki-

pu ja autonomisen hermoston tahdosta riippumattomat toiminnat kuten muutokset ihon lämmössä, lämpötunnossa, hikoilussa ja karvojen kasvussa vammautuneella alueella. Lisäksi raaja ja sen nivelet turpoavat. Oireina voivat olla myös kosketusherkkyyys, nivelen liikelaajuuden rajoittuminen, raajan heikentynyt toimintakyky ja kontraktuura, joka tarkoittaa pitkäkestoista tahdosta riippumatonta lihassupistus ja – kutistustilaa. Hoitomuodot valitaan sen mukaan, missä vaiheessa ollaan. (Vastamäki 2002; Wasner, Schattschneider, Binder & Baron 2003; Salo & Majola 2004, 627; Vainio 2006, 55; Tekijänoikeus 2008a.) Diagnostiikassa on ratkaisevaa oivallus taudin mahdollisesta olemassaolosta. Olennaisia vihjeitä ovat raajan epäsuhtaisen voimakas kivuliaisuus ja vajaatoiminta. (Wilder & Ols-son 2005, 275 - 286; Lindfors & Kallio 2007, 290 - 295).

3.2 Hoito

Varhainen oireyhtymän tunnistaminen, diagnoosi ja sitä kautta hoidon viivyttämättömän aloitus ovat CRPS -potilaan asianmukaista hoitoa, joka vaatii hoitavan tahon monialaista ja -ammattillista yhteistyötä välttääkseen invalidisoivan kivun. Hoidon kulmakivenä on asteittainen, pitkäjänteinen toimintakyvyn parantaminen, jossa olennaisia ovat tehokas kivun hoito, oireiden nopea hallinta sekä uusiutumisen esto ja kuntoutumisen mahdollistuminen. (Birklein & Handwerker 2001; Kalso 2002; Yung Chung ym. 2007, Blaes ym. 2007.) Parasta hoitolinjaa ei ole vielä vakiinnutettu. Hankalimmat tapaukset vaativat selkädystimulaatiota asennettavalla neurostimulaattorilla, jonka tehoa on tutkittu ja siitä on lupaavia tuloksia. (Stanton-Hicks ym.2002; Burton ym. 2005, 217 - 230; Hupli ym. 2007.) Hermovauriokivun hoidon lääkkeitä käytetään yleisesti CRPS- potilailla. Näitä ovat masennus- ja epilepsialäkkeet, joskus opioidit. (Vainio, 2006; Kilpeläinen 2007.) Selvää hoitosuositusta lääkehoidosta ei kuitenkaan ole olemassa (Hupli ym. 2007).

Hoitoon sisältyy tehokas kivun seuranta lääkitysten, sympaattisten hermojen puudutusten, kipuraajan aktivoivan kuntoutusterapian, toimintaterapian, psykologisten ja sosiaalisten hoitomenetelmien interventiolla. Hoidon viivytyksellä tai toimettomuudella lisätään riskiä CRPS kehittyä pitkäaikaiseksi sairaudeksi. Raajan normaali käyttö on parasta terapiaa. Jokainen potilas tarvitsee yksilöllisen hoitosuunnitelman. Lääkitys ja terapiat saattavat auttaa joitakin potilaita, mutta välttämättä ne eivät ole avuksi jokaiselle. Siksi sama hoito ei käy kaikille. (Harden, Wilson & Gallagher, 2006.)

Kuntoutuksen osuus on tärkeä, koska raajan liikehoito on hitaan ja kärsivällisyyttä vaativan kuntoutuksen kulmakivi. Raaja on saatava liikkuvaksi alkuvaiheen kovastakin kivusta huolimatta. Myöhemmin raajan käytön lisääntyessä on mahdollista, että kipukin vähenee. (Vainio, 2006.) Potilaan toimintakyvyn arviointi on tärkeää. Lisäksi luottamuksen synty, arjen tavoittaminen ja mieleisten tekemisten tukeminen, joka voi vaatia toimintatapojen muuttamista ja apuvälineitä. Toimintaterapeutti ohjaa toiminnallisia harjoitteita ja terapioita, antaa ergonomiohjausta, karaisuhoitoa, valmistaa asentohoitolastat ja hankkii painetekstiilit (lepo, turvotus). Kuntoutujan motivaatio, toivon ja oivalluksen herättely onnistuminen ovat toimintaterapiahoidossa olennaisia. (Lind 2007; Facultas 2008.)

Puudutuksia on kauan pidetty CRPS:n hoidon kulmakivenä, mutta niiden tutkimusnäyttö on vaatimaton. Usein puudutuksilla saavutetaan kuitenkin lyhyt kivunlievitys ja siksi olisi suositeltavaa käyttää puudutuksia fysioterapian yhteydessä. Suonensisäisen paikallisen sympaattisen puudutuksen (Ismelin) pitkäaikainen hyöty on todettu kyseenalaiseksi. (Burton ym. 2005, 217 - 230; Hupli ym. 2007.) Haanpään (2007) mukaan useimpien puudutustekniikoiden kohdalla tieteellinen näyttö tehosta kipudiagnostiikassa tai parantavana hoitona puuttuu. Puudutuksia kannattaa hyödyntää diagnostisena apuvälineenä ja terapeuttisena keinona mahdollistamaan esimerkiksi kroonisen kipupotilaan fysioterapia tai kivulias tutkimustoimenpide. Puudutusten käytön otollisin ajankohta on kiputilan akuutti tai subakuutti vaihe. Kroonisessakin vaiheessa puudutus saattaa antaa potilaalle lyhytkestoisen ja erityistilanteissa tärkeän kivunlievityksen, mutta kroonisten kiputilojen pitkällä aikavälillä toistettavia puudutussarjoja ei pidetä tarkoituksenmukaisena. (Haanpää 2007, 29.)

Psykologiassa ei ole pystytty osoittamaan tietynlaista ”CRPS -persoonallisuutta” mikä altistaisi oireyhtymälle. Harden (2006) kollegoineen tietää, että jatkuva, diagnosoimaton kipu voi altistaa masennukselle tai muille psykologisille muutoksille. CRPS -oireiden lievittyessä psyykkiset ongelmat tyypillisesti häviävät. (Harden ym. 2006.) Psykologiset menetelmät tähtäävät kivunhallintakeinojen vahvistamiseen (Vainio 2006). Kipupsykologian keinoilla pyritään vaikuttamaan mahdollisiin potilaan virheellisiin uskomuksiin, jotka häiritsevät kuntoutumista (Kilpeläinen 2007).

Psykologiset interventiot tulee hoidossa huomioida. Niitä ovat psykologin konsultaatio aikaisessa vaiheessa, rentoutusmenetelmät, kivunhallinnan tunne, emotionaalisen reaktion parempi hallinta, potilaan aktiivisen roolin korostaminen, mahdollisten psykososiaalisten ja psyykkisten rasiustekijöiden läpikäynti. Psykologisilla interventioilla pyritään vähentämään kuormittuneisuutta sekä auttamaan potilasta tunnistamaan tunnereaktioitaan. Lisäksi tavoitteena ovat oiretarkkailun vähentäminen, elämän laadun parantaminen ja kivun kanssa toimeen tulemisen tukeminen. Moniammatillinen ongelmanratkaisu on tärkeää. Psykologiset menetelmät eivät poissulje muuta hoitoa, vaan täydentävät potilaalle kivun kanssa toimeen tulemisen keinoja ja tuovat potilaalle uutta näkökulmaa hahmottaa kokonaistilannettaan, käsityksiään ja mahdollisia toiminnan esteitään. (Saarinen 2007.)

Sosiaalisten tekijöiden tiedetään voimakkaasti muotoilevan kipua ja siihen liittyvää käyttäytymistä. Krooninen kipu aiheuttaa monenlaisia henkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikeuksia. Potilaat tarvitsevat apua sosiaaliturva-asioiden hoitamisessa, koska Suomen sosiaaliturvajärjestelmä on monimutkainen ja potilaat ovat monesti uupuneita hoitamaan asioitaan. Monet potilaista hyötyisivät pitempiaikaisesta psykososiaalisesta hoidosta. Kipupotilaan turvallisuuden ja tiedon tarpeeseen tulisi pystyä vastaamaan nykyistä paremmin. Sosiaaliturvajärjestelmän tulisi taloudellisesti kannustaa kipupotilasta jatkamaan työntekoa jäljellä olevan työkyvyn puitteissa. (Aho & Käätä 2000, 16 – 18; Aho 2003, 8.)

Kirurgin tehtävä on ehkäistä CRPS:n syntymistä arvioiden huolellisesti potilaan leikkaustarve. Kirurgin tulee pidättäytyä leikkausindikaatioissa ja noudattaa huolellista leikkauks- ja kipsaustekniikkaa. Kirurgin tulee ohjata CRPS -potilas kuntoutukseen ajoissa ja huolehtia, että potilas saa asianmukaisen liikeharjoituksen. CRPS:n hoito ei ole leikkaushoito. (Kalso 2006; Vasenius 2007.) Kirurgi lähettää potilaan jatkoselvittelyihin, jos potilaalla on leikkaus- tai toipumisogelmia, CRPS -epäily tai kyseinen diagnoosi.

CRPS -potilaille on tarjolla vertaistukea esimerkiksi Suomen Kipu ry:n vertaistukikanava ja keskustelufoorumi (Tekijänoikeus 2008c). Lisäksi kansainvälisesti vertaistukea on tarjolla (esimerkiksi <http://www.rsdsonline.org/>; <http://www.rsdhope.org/>; <http://www.rsdfoundation.org/>; <http://www.rsdinfocenter.com/>; <http://www.rsdinfo.com/>; <http://www.rsdcanada.org/>; <http://shsskip.swan.ac.uk/Information/crps.htm>).

3.3 Kansalliset keskeiset suositukset CRPS -hoidossa

CRPS:n hoitoon on kansallisesti otettu kantaa. Keskeiset suositukset ovat vaikuttamassa CRPS -hoidon organisointiin. (Kuvio 1.)

KUVIO 1. Kansalliset keskeiset suositukset CRPS -hoidossa

<p>Terveysportti Lääkärin tietokannat: Lääkärin käsikirja (2007) monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (Bachmann & Pere 2007) Sairaanhoitajan tietokannat: Sairaanhoitajan käsikirja (2007) kroonisen kivun hoito (Suonio-Peltosalu 2007)</p>
<p>Sairaanhoitopiirien hoito-ohjelmat CRPS - kipupotilaan hoitoketju Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä</p>
<p>Hoidon perusteet Pitkäkestoisen kivun tutkimus ja hoito (STM 2007c) Ehdotus kiputilojen jaottelusta kolmeen vaikeusasteeseen (Haanpää ym. 2006)</p>
<p>Käypä hoito Krooninen kipu (Bachmann & Haanpää 2007) Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet (2007)</p>
<p>Hoito-opas Neuropaattisen kivun hoito-opas (Haanpää 2007) Kroonisen kivun toimintakyvyn arviointisuositukset (Facultas 2008)</p>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) täydensi hoitotakuuohjeistoaan 2007 julkaisemalla pitkäkestoisen kivun tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn kriteerit (STM 2007c). Ne löytyvät STM:n verkkosivuilta ja Terveysportista. Nämä kriteerit määrittävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuut kroonisen kipupotilaan hoidossa ja korostavat sujuvaa yhteistyötä. Haanpään (2008) mukaan kivun nykyinen palvelujärjestelmä ei ole vielä STM:n ohjeistuksen mukainen, mutta ohjeet antavat tavoitteet siitä, mihin pyritään. Kriteerien määrittely on tiedolla ohjaamista. Julkinen valta on sitoutunut tukemaan antamiansa ohjeiden toteutusta. Nähtäväksi jää, riittävätkö asennemuutos ja toimintojen aiempaa parempi koordinointi keinoiksi kipupotilaiden hoidon parantamisessa, vai pitääkö julkisen vallan pohtia resurssointia uudelleen. Koska pitkäkestoisen kivun hoito perustuu hyvään hoitosuhteeseen omaan lääkäriin, pitäisi vähintään omalääkäri löytyä jokaiselle kansalaiselle. (Haanpää 2008, 10.)

STM:n kriteereissä (2007) määritellään hoidon toteutus erikoissairaanhoidossa seuraavalla tavalla: jos kiputilan syy on avoin perusterveydenhuollossa tehdyistä tutkimuksista huolimatta, potilaan tulisi päästä erikoissairaanhoitoon 1 kuukauden kuluessa vaikeassa kivussa ja 3 kuukauden kuluessa kohtalaisessa kivussa. Jos erikoissairaanhoitoon lähetetylle kipupotilaalle tarvitaan toisen erikoisalalan konsultaatiota, tulisi se järjestää vaikeassa kivussa 1 kuukauden ja kohtalaisessa kivussa 3 kuukauden kuluessa. Vastaavat suositusluonteiset aikarajat on annettu myös erikoislääkärin kliinisen arvon perusteella tarvittavien lisätutkimusten järjestämisestä. Erityistä huomiota on kiinnitetty vammojen ja leikkauksen jälkeen jatkuviin vaikeisiin kipuihin, jotka tulee arvioida kiireellisissä hoitaneissa yksiköissä. Jos siellä ei löydetä syytä tai helpotusta kipuun, pitäisi potilaiden päästä ripeästi kipupoliklinikalle, vaikeassa kivussa 1 kuukauden ja kohtalaisessa kivussa 3 kuukauden kuluessa. Kiireettömään hoitoon potilaan tulee päästä 6 kuukauden kuluessa. (STM 2007c.)

STM:n (2007) ohjeistuksella pyritään lyhentämään neuropaattisen (hermovaurio) kivun ja CRPS:n diagnoosin ja hoidon viiveitä sekä toisaalta siirtämään kipupoliklinikoiden työtä hyvin kroonisten potilaiden hoidosta varhaisempaan, yleensä parempia tuloksia antavaan vaiheeseen. Yhteenvedona todetaan, että kipupotilaiden diagnostiikassa suositellaan siis oleellisesti ripeämpää toimintaa kuin mihin hoitotakuulaki velvoittaa. Viiveitä erikoissairaanhoidon sisällä halutaan myös karsia. Uudet ohjeet edellyttävät erikoissairaanhoidon eri yksiköiltä sujuvaa yhteistyötä monisairaiden ja moniongelmaisten potilaiden kivun hoidossa. (STM 2007c; Haanpää 2008, 9 - 10.)

Kroonisen kivun Käypä hoito – suositus (2007) määrittelee kroonisen kivun, hoidon, tutkimukset, periaatteet, hoitolinjat sekä hoidon porrastuksen ja yhteistyön. Kroonisten kipupotilaiden ensisijainen hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, josta konsultoidaan tarvittaessa erikoissairaanhoitoa. Erikoissairaanhoidossa hoidon koordinaatiovastuu on tietyllä yksiköllä ja muut erikoisalajat antavat konsultaatioapua. (Bachmann & Haanpää 2007.) Ehdotus kiputilojen jaosta kolmeen vaikeusasteeseen on asiantuntijatyöryhmän laatima asiakirja, joka huomioi CRPS -oireyhtymän (Haanpää ym. 2006).

Alueellisesti keskeinen CRPS -hoidon kehittämiseen vaikuttava lähde on CRPS- kipupotilaan hoitoketju Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä

on kirjattu CRPS - kipupotilaan hoitoketju, joka on sairaanhoitopiirin hoito-ohjelman muodossa linkitetty terveystieteen Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) hoitoon pääsyn kriteereihin. Hoito-ohjelmassa on määritelty CRPS -kipupotilaan hoito, hoitovastuut ja työnjako. (Hupli ym. 2007.)

Kroonisen kivun toimintakyvyn arviointisuositukset ovat asiantuntijatyöryhmän laatima käytännön työkalu. Suosituksia tarvitaan sairaudenkulun ja hoitovasteen seurannassa ja ne huomioivat CRPS -oireyhtymän. (Facultas 2008, 16 - 19.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli organisoida Keski-Suomen keskussairaalassa CRPS -potilaiden hoitoa kuvaamalla hoitoon osallistuvien toimijatahojen työnjakoa ja tehtäviä. Tavoitteena oli käynnistää monialainen ja -ammattillinen työryhmä hoitoketjun kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli laatia CRPS- hoitoketjukuvaus.

Tarkemmat kysymykset, joihin tässä työssä vastataan:

1. Miten CRPS -hoito organisoidaan Keski-Suomen keskussairaalassa?
2. Millainen on työnjako ja tehtävä eri toimijoilla CRPS -hoidossa?
3. Millä aikataululla lähetteen saapumisesta potilas hoidetaan?
4. Mitkä ovat kriittiset kohdat CRPS -hoitoketjussa?

5 HOITOKETJUN KEHITTÄMISPROSESSI

Hoitoketjulla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, palvelua, tutkimuksia, toimenpiteitä, kuntoutusta ja hoivaa, jota potilaan terveysongelma perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon toiminnoissa edellyttää riippumatta siitä, mikä yksikkö hoitoa antaa. (Mäkisalo 2003, 169 - 170.) Hoitoketjun syvin olemus on vastuun otto potilaan hoidon järjestämi-

sestä. Hoitoketjut ovat yleisesti hyväksytyjen käytäntöjen toimintaohjeita. Niissä kuvataan eri hoitotahojen tehtävät ja työnjako. (Ketola ym. 2008.)

Hoitoketjuprosessi alkaa, kun potilas tuntee tarvetta turvautua ulkopuolisen apuun ja päättyy, kun hän on saanut ratkaisun ongelmiinsa. Hoitoketjulla tulee pyrkiä ammatillisen osaamisen koordinointiin ja johtamiseen potilasta palvelevalla tavalla. Tällöin eri ammatillaiset joutuvat aidosti hyödyntämään toistensa osaamista päästäkseen hyvään lopputulokseen. (Ensio & Ryyänen 2007, 17.) Hoitoketjun prosessi edellyttää, että keskeisimmät hoitoprosessit on kuvattu ja tehty näkyviksi esimerkiksi vuokaaviolla ja täten mahdollistaa toiminnan arvioinnin ja kehittämisen. (Mäkisalo 2003, 169 - 170.)

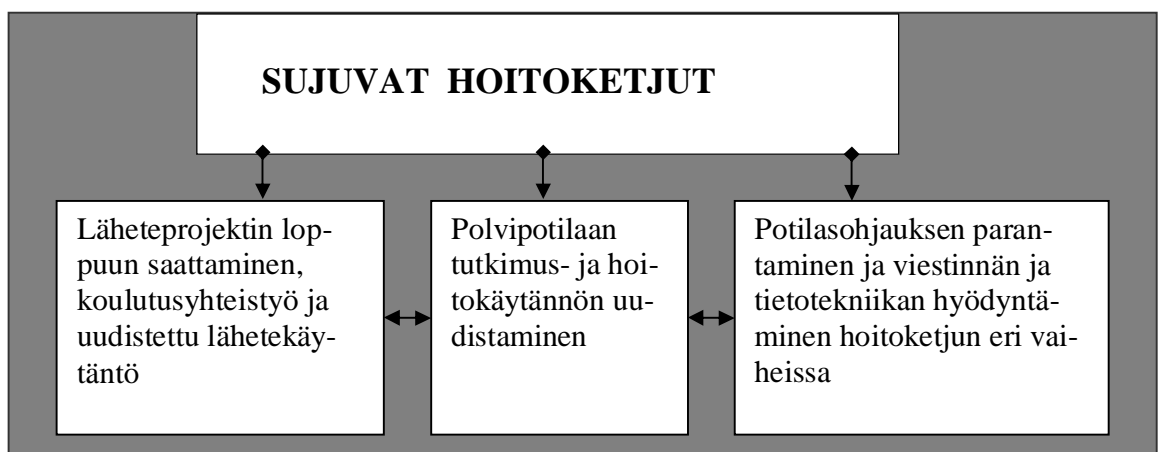
Hoitoketjuista hyötyvät potilaat ja väestö, jotka saavat tutkittuun tietoon perustuvaa hoitoa ja järkevästi paikallisiin olosuhteisiin sovellettuna. Näkemysten ja tarpeiden yhteensovittaminen on haaste sekä hoitoketjujen kehittämislle että koulutukselle. (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004, 2955 - 2962.) Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämislssä tarvitaan moniammatillista toimintaa, joka edistää hoitoketjujen toiminnan sujumista. Toimintatavat tulevat tutuiksi, kun analysoidaan ja parannetaan työ- ja toimintaprosesseja. (Outinen ym. 1999, 66.) Potilaat odottavat, että työntekijät omaavat hyvän asiantunteumuksen, toimivat yhteistyössä ja hoitoprosessi on sujuva. Terveystenhuollossa yhteistyö ja tiedon vaihto ovat edellytyksiä potilaan kokonaisvaltaiselle hoidolle. (Haukkapää-Haara & Serkkola 2003.)

Tässä opinnäytetyössä hoitoketjulla tarkoitetaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä hoidettavien CRPS -potilaiden hoidon organisointia, eri hoitotahojen tehtäviä ja työnjakoa. Perusterveydenhuolto ja lähettävät muut tahot huomioidaan hoitoketjuprosessissa, mutta aihe rajattiin koskemaan Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä. Hoitoketju nimettiin ”CRPS -hoitoketju”, jolloin hoitoketjuun liittyvissä tiedotteissa näkyi juuri tähän kyseiseen hoitoketjuun viittaava vakio-termi, jolla hoitoketjun tunnistaa.

5.1 Lähtökohdat

Luotettavan kirjallisuuden hakemiseksi tehtiin systemaattinen tietokantahaku (PubMed, Ebsco, Cinahl). Lähteitä löytyi ilman vuosirajoitusta MeSH-termeillä ”Complex Regional Pain Syndrome” (3395), ”Reflex Sympathetic Dystrophy” (2722), ”Causalgia” (446). Medic- tietokannan kautta (kotimainen terveystieteellinen tietokanta) ei löytynyt artikkeleita CRPS:sta.

Opinnäytetyö liittyy Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2008 alkaneeseen Sujuvat hoitoketjut - kehittämisprojektiin (Kuvio 2.), joka toteutetaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategisena hankkeena vuosina 2008 – 2009. Projektin tarkoituksena on hoitoketjun kehittäminen. Tavoitteena on luoda alueellinen laadukas hoidon kokonaisuus, joka kattaa hoidon porrastuksen ja työnjaon niin, että potilas hoidetaan yhdessä näyttöön perustuvien menetelmin oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Terveystieteiden niukat resurssit vaativat tehokkuutta ja asiantuntijuuteen perustuvaa toimintaa, koska hoito nopeutuu ja ohjauksen painopisteet muuttuvat. Toiminnan painopisteinä ovat potilasturvallisuus ja terveyden edistäminen sosiaali- ja terveysministeriön suurten valtakunnallisten linjaushankkeiden (STM 2007a) sekä kunta- ja palvelurakennemuutosten (STM 2007b) PARAS-hankkeen myötä. Projekti etenee vaiheittain yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan tietohallinnon, perusterveydenhuollon, Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa. (Vanhala, Saarikoski & Pitkänen 2007.)



KUVIO 2. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Sujuvat hoitoketjut – projekti 2008 - 2009, yhteenveto

Opinnäytetyön alkuselvityksiksi kartoitettiin puhelinkeskustelulla ja sähköpostin avulla, mitä Suomessa viiden muun sairaanhoitopiirin kipupoliklinikoilla CRPS -hoidon kehittämiseksi on tehty. Kartoitettiin, onko eri kipupoliklinikoilla kirjattua hoitoketjua CRPS-potilaille, mikä on heidän hoitokäytäntönsä sekä onko kirjallista potilasohjausmateriaalia tehty. Kartoituksen johtopäätöksenä eri kipupoliklinikoilla on eri CRPS -hoitokäytäntöjä olemassa, niitä on kehitetty ja tullaan kehittämään, mutta virallista hoitoketjua ei ole kirjattu muualla kuin Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Kahdella kipupoliklinikalla oli kirjallista omaa potilasohjausmateriaalia käytössä. Muilta se puuttui. Kartoitukseen osallistuneilla kipupoliklinikoilla potilaita ohjataan ottamaan asioista selvää myös itse netistä ja kirjastosta potilaan tarpeet huomioiden. Aihe koettiin kipupoliklinikoilla ajankohtaiseksi ja tärkeäksi, selkeää yleistä ohjeistusta kaivataan, että potilaat ohjautuisivat oikea-aikaisesti oikeaan paikkaan.

5.2 Nykyinen CRPS -hoitokäytäntö Keski-Suomen keskussairaalassa

Hoitoketjun kehittämistyön aluksi on tärkeä kuvata, kuinka Keski-Suomen keskussairaalassa CRPS -potilaan hoito nykyisellään sujuu. Nykyistä CRPS -hoitokäytäntöä ei ole Keski-Suomen keskussairaalassa monialaisesti ja -ammattillisesti aiemmin kehitetty. Hoitavien tahojen työnjakoa ja tehtäviä ei ole yhdessä kuvattu eikä suunnitelmallisesti kirjattu. Potilaita on hoidettu yksilöllisesti oman hoitosuunnitelman mukaisesti.

Keski-Suomen keskussairaalan nykyisessä CRPS -hoitokäytännössä on kriittisiä kohtia, jotka ovat samalla hoitoketjun kehittämistarpeita:

- Hoitovastuuta ei ole määritelty tietylle erikoisalalle, joten sen hetkinen hoitava erikoisala on ottanut hoitovastuun potilaasta ja tarvittaessa konsultoinut muita erikoisaloja. Potilaiden hoito on pääosin keskittynyt kipupoliklinikalle, jossa CRPS-diagnoosi on alkanut tarkentua 2000-luvulta lähtien. Erikoisalojen asiantuntijat eivät tunne toistensa toimintatapoja ja tehtäviä, mutta yleiset hoitolinjaukset ovat tiedossa. Aika- ja henkilöresurssien riittämättömyys ovat ongelmia. Kipupoliklinikalla on pitkät lähetejonot ja niistä johtuvat odotusajat, joista huolimatta akuuttien CRPS -potilaiden hoito on pyritty järjestämään jonojen ohi erityisjärjestelyin

kiireellisenä. Kroonisen vaiheen potilaat ovat päässeet kipupoliklinikan puudutus-
hoitoon suoraan puhelimitse järjestetyllä ajanvarauksella. (Karjalainen 2008.)

- Nykyisen hoitokäytännön ongelmana on ollut myös se, että kipupoliklinikalla ei ole ollut nimettyä fysioterapeuttia, joka systemaattisesti olisi ollut mukana CRPS –potilaiden hoidossa puudutustoimenpiteiden välittömässä yhteydessä. Potilaiden fysioterapia puudutustoimenpiteiden välittömässä yhteydessä on pääosin ollut potilaan oman aktiivisuuden ja harjoittelun varassa. (Karjalainen 2008.)
- Fyysisesti hoitavat erikoisalot ovat erillään sijaiten omissa toimipisteissään keskussairaalan sisällä ja ulkorakennuksessa.
- Fysiatriin mukaan CRPS- potilaita on ohjautunut fysiatrialle kaiken kaikkiaan varsin vähän (Ylinen 2008).
- Sosiaalityöntekijän mukaan CRPS- potilaita on ohjautunut sosiaalisen tilanteen kartoitukseen kaiken kaikkiaan varsin vähän (Perkiö 2008).
- Psykologin mukaan CRPS- potilaita on ohjautunut psykiatriseen tutkimukseen ja hoidon tarpeen arvioon kaiken kaikkiaan varsin vähän (Rantasila 2008).
- Kirurgisen osaston fysioterapeutin mukaan osastohoidossa CRPS -potilaita on ollut myös vähäisesti lähivuosien aikana. Kirurgin mukaan uudet kirurgiset menettelmät ovat tuoneet parempia hoitotuloksia ja vähentäneet CRPS määrää. (Nyrhinen & Riihimäki, 2008.)
- Toimintaterapeutille on ohjautunut potilaita kohtalaisesti, pääosin hermovaurion jälkitilat ja isommat käsivammat. Käsikirurgi on pääosin lähettänyt potilaita toimintaterapeutille. Kirurgian poliklinikalta lähetetyt potilaat toimintaterapeutti ja fysioterapeutti ovat tarvittaessa katsoneet yhteisvastaanotoilla, joissa on tehty käden tutkimukset ja arvio (niveljäykkyudet ja arpikiinnikkeet). Tiiviimpiin terapioihin ei ole resursseja. (Vähämäki 2008.)
- Toiminta sulku ja -loma-ajoilla. Nykyhoitokäytännössä toiminnan sulkuajoilla saapuneet lähetteet on katsottu viiveellä ja myös lähettävän tahon on ollut syytä varautua viiveeseen ja pyrkiä hoitamaan potilasta omalla sektorilla hoitoon pääsyyn saakka. (CRPS -työryhmä.)

Potilaat saapuvat hoitaville erikoisalaille lääkärin läheteellä tai konsultaationa. Sähköiset ja puhelimitse tapahtuvat konsultaatiot eri ammattiryhmien välillä ovat yhteistyön muotoja. Potilaan hoidosta viestitään sähköisen potilaan hoitokertomuksen (Effic) kautta, johon jokainen hoitoon osallistuva työntekijä kirjaa oman osuutensa potilaan hoidosta. Potilaalle annetuista hoidoista ja lääkityksestä tehdään hoitoyhteenvedo, jonka avulla tieto potilaasta siirtyy potilaalle itselleen, seuraavalle hoitotaholle ja lähettävälle yksikölle.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotilastojen mukaan vuonna 2007 CRPS- potilaita hoidettiin Keski-Suomen keskussairaalan kipupoliklinikan kautta yhteensä 74. Kipupoliklinikalla jokaiselle CRPS –potilaalle varataan sarjahoitokäynnit, jotka tarkoittavat potilaalle kolmesta viiteen (3 - 5) vastaanottokäyntiä ja niiden yhteydessä tapahtuvaa puudutustoimenpidettä viikon välein. Potilaan puudutussarjahoito uusitaan tarvittaessa noin puolen vuoden kohdalla. Täten CRPS –potilaiden käyntimääriä (25% - 30 %) vuonna 2007 voi kuvata runsaaksi verrattuna kipupoliklinikan koko potilaskäyntien määrään, joka on noin 800 potilaskäyntiä / vuosi. CRPS –potilaiden kanssa työskennellään kipupoliklinikalla lähes päivittäin. Kipupoliklinikalla toimii kolme anestesia lääkäriä, joilla on omat vastaanottopäivät sekä kokopäiväinen kipusairaanhoitaja ja osastosihteeri. Kipupoliklinikka on avoinna arkisin virka-aikaan ja se on lähete- ja konsultaatiopoliklinikka.

5.3 Monialainen ja -ammattillinen työryhmä

CRPS -hoidon organisoimisesta otettiin yhteyttä joulukuussa 2007 Keski-Suomen keskussairaalan fysioterapeuttiin, jolloin selvisi, että fysiatrian erikoisalalla on keskusteltu aiheen tärkeydestä ja todellinen tarve kehittämistyölle on ollut pitkään. Fysiatrian ylilääkärin kanssa pidettiin yhteistyöpalaveri fysiatrian poliklinikalla 24.1.2008. Tällöin sovittiin monialaisen ja -ammattillisen työryhmän kokoamisesta ja työryhmätoiminnan käynnistämisestä sairaalan sisäisesti. Lisäksi aiheesta käytiin keskustelua alustavasti myös kipupoliklinikan vastuulääkärin (anestesiologin) kanssa.

CRPS -hoitoketjun kehittämiseksi muodostettiin monialainen ja -ammattillinen työryhmä, jossa hyödynnettiin jokaisen jäsenen sisältöasiantuntemusta työnjakoa ja tehtäviä kuvaten. Työryhmän koordinoijana ja vetäjänä toimi kipupoliklinikalla työskentelevä kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitaja. Työryhmään valittiin CRPS -potilaiden tutkimukseen,

hoitoon, kuntoutukseen osallistuvat ammattiryhmät. Mukaan pyydettiin nimenomaan avainhenkilöitä, joilla on sisältöasiantuntemusta. CRPS -työryhmä muodostettiin 31.1.2008, jolloin ensimmäinen kokouskutsu / -tiedote lähetettiin sähköpostitse ja samalla pyydettiin vahvistamaan osallistuminen (liite 1). Työryhmään kuuluivat yhteensä kaksitoista (12) henkilöä eri erikoisaloilta: fysiatri, fysioterapeutit (2), toimintaterapeutti, anestesioilogit (2), kipusairaanhoitaja, psykiatri, psykologi, sosiaalityöntekijät (2) sekä kirurgi (liite 2).

Työryhmän työskentelyn suunnittelusta sekä tarvittavan materiaalin keräämisestä vastasi työryhmän vetäjä. Kokousten ennakkovalmistelut, asialistojen ja muistioiden työstäminen sekä niiden noudattaminen olivat suunnittelun työkaluja, joiden avulla vetäjä toimi. Aikataulussa ja asialistassa pysyminen oli oleellista, täten myös kokousten määrä saatiin vastaamaan opinnäytetyön aikataulua. Kokouksissa sihteerinä toimi työryhmän vetäjä. Rahallista resurssia käytettiin aloituskokouksen kahvitarjoiluun, jonka kustansi sairaanhoidopiirin operatiivinen vastuualue. Jokainen työryhmän jäsen järjesti itselleen mahdollisuuden osallistua kokouksiin. Kevään 2008 aikana pidettiin kaksi työryhmäkokousta työajan puitteissa. Lisäksi jokaista jäsentä pyydettiin kuvaamaan kirjallisesti oma osuus hoitoketjussa.

Työryhmälle lähetettiin viikkoa ennen ensimmäistä kokousta keskeisiä CRPS - nettilinkkejä sähköpostiviestin muodossa aiheeseen johdattelun ajatuksella, jolloin etukäteen tarjottiin mahdollisuus perehtyä materiaaliin. Työryhmän aloituskokous (liite 3) pidettiin 12.2.08, jonka teemana oli opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen esittely. Lisäksi haettiin jäsenten näkökulmia hoitoketjuun. Opinnäytetyön keskeisiin kysymyksiin (kts. kapale 4) haettiin vastauksia yhteisesti molemmissa kokouksissa.

Aloituskokouksessa sovittiin seuraavan kokouksen ajankohta, joka pidettiin 8.4.2008 (liite 4). Alustava hoitoketjukuvaus ja kokouksen esityslista lähetettiin CRPS -työryhmälle tutustuttavaksi ja kommentoitavaksi kaksi viikkoa ennen toista kokousta 23.3.08. Esityslistaan oli koottu jokaiselle toimijalle erikseen ja yhteisesti selviteltäviä aihealueita, joista oli vielä keskusteltavaa. Kokouksen teemana olivat alustavan hoitoketjukuvausten esittely, palaute ja keskustelu, mitä kehitettävää on nykytilanteeseen nähden. Lisäksi kokouksessa sovittiin hoitoketjun käyttöönotosta. Jokaisen hoitotahon sitoutumista CRPS -

hoitoketjuun pidettiin tärkeänä. Hoitoketjun osapuolet yhteisvastuullisesti huolehtivat siitä, että tehdyt työnjakosopimukset tulevat osaksi hoitoa. Kokouksessa sovittiin toiminnan etenemisestä, niin että lokakuussa 2008 pidetään seurantakokous, jossa arvioidaan hoitoketjuprosessia.

5.4 Materiaalin keruu

Keski-Suomen keskussairaalan CRPS -hoitoketjukuvausten materiaali kerättiin kyselynä jokaisen työryhmän jäsenen kirjallisten kuvausten avulla. Aloituskokouksessa 12.2.2008 pyydettiin jokaista kuvaamaan oma osuus hoitoketjussa. Materiaali perustui jäsenten ammatillisuuteen, omaan tehtävään ja näkökantaan työnjaosta. Kirjallisten kuvausten palautuspäiväksi sovittiin 7.3.08, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijä keräsi materiaalin yhteen ja kuvasi alustavan hoitoketjukuvausten niiden perusteella. Lopullinen hoitoketjukuvaus valmistui toisesta kokouksesta saadun palautteen perusteella (liite 5), jonka laatijana toimi työryhmän vetäjä. Lähtökohtana oli tarkastella eri näkökulmista CRPS -hoitoa, tehtäviä sekä työnjakoa. Hoitoketjukuvausten aluksi selvitettiin CRPS -diagnoosi, tyypit ja taudin vaiheet, koska terveydenhuoltohenkilöstön täytyy tuntea nämä CRPS -oireyhtymän perusteet (liite 6). Opinnäytetyössä hyödynnettiin CRPS -työryhmän työskentelyä. Seuraaviin kysymyksiin pyydettiin jokaisen työryhmän jäsenen vastaamaan:

1. Miten CRPS -hoito organisoidaan Keski-Suomen keskussairaalassa?
2. Millainen on työnjako ja tehtävä eri toimijoilla CRPS -potilaan hoidossa?
3. Millä aikataululla lähetteen saapumisesta potilas hoidetaan?
4. Millä menetelmillä eri toimijat hoitavat CRPS -potilasta?

Kukin ryhmän jäsen kirjasi asiantuntemuksensa perusteella kuvauksen omasta toiminnastaan ennen työryhmän toista kokousta. Materiaalia kertyi viiden A4 -sivun verran (liitteet 7 - 11). Kirurgin kirjallinen kuvaus jäi puuttumaan, mutta osuus saatiin liitettyä vuokavioon kirjallisuudesta saatujen tietojen ja työryhmän keskustelun perusteella (liite 12). Tekstien määrät vaihtelivat vajaasta A4-sivun mitasta kokonaiseen. Kuvausten sisällöt muokattiin otsikoimalla ne yhtenäisiksi.

6 CRPS – HOITOKETJUKUVAUS KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA

Mäkisaloon (2003) mukaan hoitoketjun kuvaamisen tavoitteena on toisaalta yksinkertaistaa ketjua ja toisaalta löytää mahdolliset kriittiset pisteet, joita ovat tyypillisesti osastolta tai sairaalasta toiseen siirtymiset. Hoitoketjua seuraamalla voidaan myös tunnistaa hoidon päällekkäisyyksiä ja aukkoja. (Mäkisalo 2003, 169 - 170.)

Keski-Suomen keskussairaalan CRPS -hoitoketjukuvaus kuvaa nykyisestä hoitokäytännöstä parannettua toimintatapaa, jolla potilaita hoidetaan vastaisuudessa. Hoitoketjukuvaus on opinnäytetyön tuotos, joka alkaa potilaasta ja päättyy potilaaseen. Hoitoketjukuvaus vastattiin opinnäytetyön keskeisiin kysymyksiin (ks. kappale 4), joilla opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite saavutettiin.

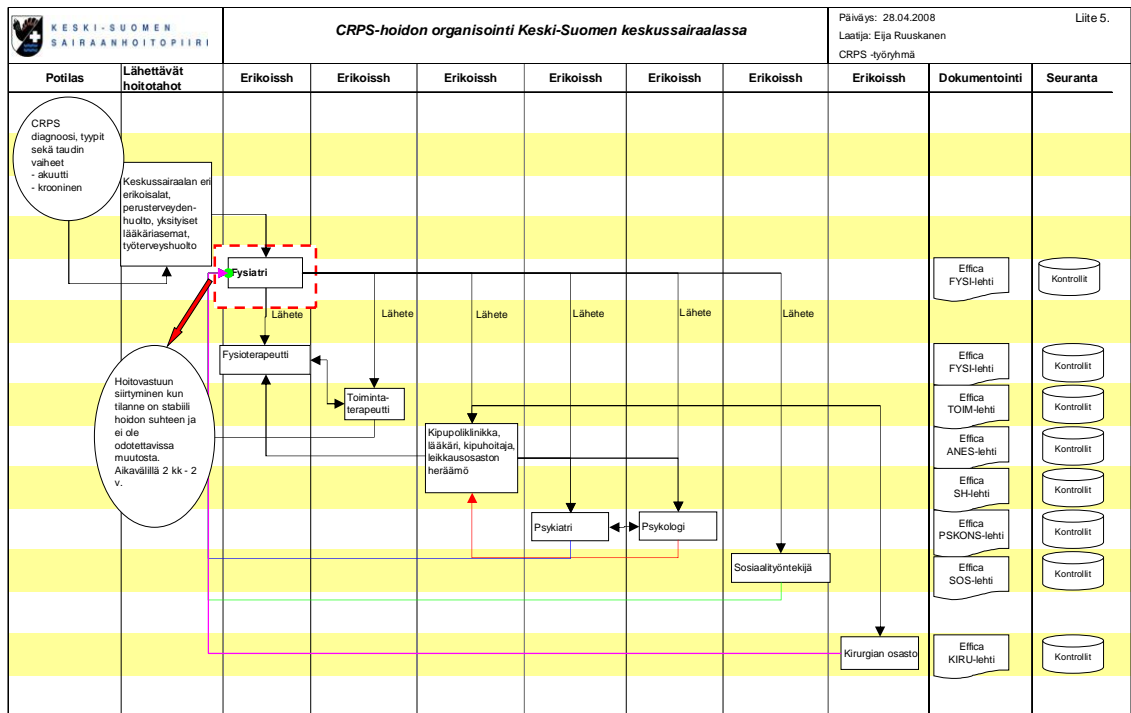
6.1 Vuokaavio

Hoitoketjukuvaus koostuu vuokaaviosta nimeltään ”CRPS -hoidon organisointi Keski-Suomen keskussairaalassa” (liite 5) sekä monialaisen- ja ammatillisen työryhmän jäsenen kirjallisista kuvauksista (liitteet 7 - 12), jotka perustuvat jokaisen ryhmänjäsenen omaan ammatillisuuteen ja toimintaan.

Vuokaavio (flow chart) eli työnkulkukaavio on graafinen esitys työprosessin ajallisesti toisiaan seuraavista vaiheista. Se on sanallista kuvausta parempi keino kuvata toimintaprosessi myös ulkopuolisille. Vuokaaviossa kuvataan tarkemmin tehtäviä, päätös- ja valintakohtia, joiden avulla hahmottuvat koko prosessi ja oma osuus siinä. Lisäksi kuvausten avulla voidaan kehittää uusia prosesseja. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 139.)

Vuokaavio visualisoi ja antaa yleiskuvan prosessista. Prosessien kuvaamiseen kaaviolla on oma standardi, mikä määrittelee kaaviossa käytettävät symbolit. Kaaviolla voi esittää rinnakkaisia ja potilaalle samanaikaisesti suoritettavia toimintoja. Kaaviossa olevat toiminnot voidaan esittää yksityiskohtaisesti toimintoja kuvaavana taulukkona. Poti-

lashoidossa keskeisiä asioita prosessikaaviossa ovat eri toiminnot ja niiden tyyppinen etenemisjärjestys, arviointi- ja päätöksentekokohdat prosessissa, vaihtoehtoiset etenemispolut päätöksenteon yhteydessä, kuvattavan prosessin tarvitsemat muut prosessit, suorittajat ja heidän vastuunsa, ohjaustoiminnot tai ohjeet sekä mittarit ja syntyvät tiedostot prosessin eri vaiheissa. (Rissanen & Kansanen 2003, 97 - 100.)



KUVIO 3 (Liite 5.) CRPS -hoidon organisointi K-S keskussairaalassa -hoitoketjukuvaus, vuokaavio

6.2 Hoitoketjukuvaus rakenteen

CRPS -hoitoketjukuvaus rakenteessa kiinnitettiin huomioita selkeään ulkoasuun. Tärkeää oli kuvata oleelliset asiat riittävän tarkasti ja konkreettisesti. Näillä haluttiin lisätä ymmärrystä toiminnan kuvaamisesta siitä, mitä on tehty. Käytettävyyteen vaikuttaa visuaalinen ja pelkistetty muotoilu. CRPS -hoitoketjukuvaus vuokaavio on yhdellä silmäyksellä luettavissa ja se mahtuu tietokoneen näytön ruudulle. Hoitoketjukuvaus tehtiin Excel taulukko-ohjelmalla, jossa hyödynnettiin eri värejä ja hyperlinkkien kautta avattavia taulukkoja. Ne selventävät luettavuutta ja antavat mahdollisuuden kuvata tekstimuodossa CRPS -hoitoa laajemmin. Taulukkojen yhtenäinen rakenne helpottaa käyttöä ja tietojen löydettävyys paranee. Yhdenmukaiset otsikot helpottavat tekstin selaamista ja sisäl-

lön kokonaisuuden hahmottamista. Luettelamuotoista tekstiä on helpompi tiukassa aikataulussa tavata kuin suoraa tekstiä. Hoitoketjukuvauksessa on mietitty asioiden löydettävyyttä, helppokäyttöisyyttä ja käyttöolosuhteita.

6.3 Hoitoketjukuvauksen vaikutukset toimintaan

CRPS -työryhmässä sovittiin konkreettisia muutoksia toimintaan:

1. Fysiatria toiminnallaan ottaa päähoitovastuun CRPS -potilaiden hoidossa. Potilaat ohjataan keskitetysti läheteellä fysiatrian poliklinikalle, josta annetaan lääkärin vastaanottoaika läheteen saapumista seuraavalle viikolle. Hoitoketjukuvauksen mukaan fysiatri ohjaa potilaan läheteellä eri asiantuntijoille ja erikoisaloille, järjestää hoidon sekä seurannan.
2. Akuuteille CRPS -potilaille kipupoliklinikka järjestää vastaanottoajan tai heräämön kautta tapahtuvan puudutus-ajan yhden (1) kuukauden kuluessa.
3. Nimetyn fysioterapeutin ohjaama kuntoutus toteutetaan kipupoliklinikalla puudutuksen välittömässä yhteydessä potilaille, joilla raajan kontraktuuraa. Fysiatrian läheteeseen tulee sovitusti merkintä "pyydetään informoimaan fysiatrian poliklinikan sihteerä kipuvastaanoton ja puudutuksen ajankohdasta", jolloin voidaan tehdä fysioterapeutille ajanvaraus etukäteen.
4. Potilaille, joilla kontraktuuraa, voidaan laittaa kestopuudutus leikkausosaston heräämössä. Tällöin potilas on kirurgisella vuodeosastojaksolla, joka etukäteen sovietaan potilaalle.
5. Pitkästä matkasta olevat potilaat tai jos kipupoliklinikan vastaanotolla ei ole tilaa, potilas järjestetään kirurgiselle vuodeosastolle, jonka kautta potilas pääsee puudutukseen heräämössä. Kirurgisen osaston fysioterapeutti kuntouttaa potilasta vuodeosaston aikana.
6. Kroonisen vaiheen potilaat tarvitsevat läheteen hoitavalta lääkäriltä (esim. perusterveydenhuolto), joka voidaan osoittaa suoraan kipupoliklinikalle.
7. Hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuoltoon, kun tilanne on stabiili hoidon suhteen ja ei ole odotettavissa muutosta. Hoitovastuun siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon aikavälillä 2 kuukautta – 2 vuotta.
8. Toiminta on merkinnyt yhteistyön tiivistymistä ja ryhmän jäsenet ovat tutustuneet toisiinsa ja toistensa tehtävänkuviiin

CRPS -työryhmän jäsenten ehdotuksia toimintaan:

1. Kipupoliklinikan vastaanoton loppuun kiire-aikoja uusien CRPS -potilaiden hoidon aloitukseen
2. CRPS -potilaiden keskittäminen tietyille kipupoliklinikan vastaanottopäiville
3. Arviointikriteerien laatiminen, missä vaiheessa katsotaan, onko hoidosta ollut hyötyä sekä kuinka kauan edetään tietyssä hoitolinjassa, vaikkei hoito olisikaan tuottanut tulosta.

7 POHDINTA

Pohdintakappale jakautuu kahteen eri arviointiin, formatiiviseen ja summatiiviseen.

7.1 Formatiivinen arviointi

Prosessiarviointia voidaan luonnehtia formatiiviseksi, jolloin viitataan arviointiin, joka kohdistuu kehittämisen toteuttamiseen eli siihen, miten hanketta on tehty ja kuinka sen toimintaa voitaisiin parantaa. (Seppänen - Järvelä & Karjalainen 2006, 220.) Prosessiarviointi tuottaa materiaalia erityisesti hankkeen toiminnan parantamiseen sekä tuo ymmärrystä siihen, kuinka lopputulokset ovat syntyneet (Seppänen – Järvelä 2004, 49). Formatiivisessa arvioinnissa käsitellään myös osaamista ja missä tulisi kehittyä.

Aiheen valinta

Monialaisen ja -ammattillisen yhteistyön käynnistämisen kautta vahvistin kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitajana osaamistani CRPS -potilaan kivun lievittäjänä, ohjaajana sekä tukijana. Aihevalintaan vaikutti itse oireyhtymän monimuotoisuus, haasteellisuus ja ajankohtaisuus. Lisäksi potilaiden odotukset CRPS -hoidolle saivat aikaan positiivisen muutosvoiman CRPS -hoidon organisoimiseksi. Haukkapää - Haaran mukaan (2003) potilaat odottavat, että työntekijät omaavat hyvän asiantuntemuksen, että he toimivat yhteistyössä ja että hoitoprosessi on mutkaton ja sujuva. (Haukkapää - Haara & Serkkola 2003.) Lisäksi aihevalintaan vaikutti eri hoitotahojen asiantuntijoilla olemassa olevan tiedon ja käytäntöjen kokoaminen sekä osaamisen vahvistaminen. Potilaan hoidon laatu todennäköisesti paranee, kun voidaan hyödyntää monialaista ja -ammattillista osaamista. Hoitoketjukuvauksella on suuri merkitys ammattialueelle. Sen vaikutukset tulevat näkymään organisaatiossa, sillä monialainen ja -ammattillinen työskentely CRPS -potilaiden hoidossa jatkuu.

CRPS -hoitoketjun kuvaaminen on tarpeellista ja välttämätöntä laadukkaasti hoidon järjestämiseksi. CRPS- hoidon organisointi on nähty tarpeellisena jo aikaisemmin Keski-Suomen keskussairaalassa, mutta sitä ei ole kuvattu. Opinnäytetyön aiheesta kävin keskustelua eri asiantuntijoiden kanssa. Aihe koettiin monen tahon kautta akuutiksi kehittä-

mistarpeeksi ja opinnäytetyöntekijä saikin aiheen valinnasta hyvää palautetta. Kivunhoidon alueella CRPS on aiheuttanut paljon keskustelua ja edelleen keskusteluttaa niin tutkijoita kuin hoitotyöntekijöitä ja potilaita.

Aiheeseen perehtyminen

Tutustuin laajasti kroonisen kivun, kivunhoidon ja CRPS -oireyhtymää käsittelevään kirjallisuuteen. Lähteitä valitessani pyrin kohdentamaan ne tuoreisiin, ajankohtaisiin julkaisuihin ja suhtautumaan lähteisiin myös kriittisesti. Tärkeää on, että opinnäytetyön tietopohja nojaa kriittisesti arvioituun tutkittuun tietoon, siksi työssä on käytetty keskeisiä lähteitä.

Aloitin opinnäytetyön CRPS -teoriatiedon laajalla ja systemaattisella tietokantahaulla. Minulle selvisi, että kansainvälisesti CRPS on tutkittu ja julkaistu paljon. Suomessa eri sairaanhoitopiirit ja hoitotahot järjestävät CRPS -koulutusta. Lisäksi eri asiantuntijat ovat tehneet suosituksia, ohjeistuksia sekä hoito - ohjelmia CRPS -hoitoon liittyen, joihin on opinnäytetyössä viitattu. Suomenkielisiä CRPS:a käsitteleviä artikkeleita on tarjolla, mutta hoitotieteessä CRPS -kivusta ei ole julkaistuja tutkimuksia, vaan kiinnostuksen kohteena on ollut leikkauksen jälkeinen kipupotilaan hoito ja ohjaus (Pulkkinen 1996; Ryhänen 1999; Sormunen 1999; Koukkula 2001; Raappana 2001) ja lapsen kipukokemus ja kivun arviointi (Kortesluoma 1999; Salanterä 1999; Kokki 2000; Väisänen 2000). Hoitotieteessä ei ole juurikaan tutkimustietoa kroonisen kivun kokemuksesta ja mitä selviytymis- ja itsehoitokeinoja ihmiset käyttävät kivun hoidossaan (Salanterä 2000,14; Mäntyselkä 2004, 10). Suomessa on julkaistu vain muutamia tutkimuksia kipupotilaan selviämisestä kroonisen kivun kanssa (Sallinen 1997; Walle 1999; Tommola 2000; Eloranta 2002). Hoitotieteessä ei ole tutkimustietoa nimenomaan kroonisen CRPS -kivun kokemuksesta sekä mitä selviytymiskeinoja CRPS -potilaat käyttävät kivunhoidossaan. Kirjallisuuden lisäksi tietoa hankittiin työryhmässä keskustelemalla ja pitämällä yhteyttä kokousten ulkopuolella. Vuokaavio laadittiin työryhmältä kerätyn aineiston ja kokouksissa tarkentuneiden asioiden avulla.

Aiheeseen perehdyin kattavasti ja se osoitti aihealueen hallintaa sekä tuntemusta. Tällä tavalla paransin työn laadukkuutta ja luotettavuutta. Hallitsin kokonaisuuden teoriassa ja käytännössä, toimintani oli avointa ja työryhmää kannustavaa. Opinnäytetyön ”punainen

lanka" oli hallussani ja osasin viedä työtä eteenpäin työryhmän yhteistyössä. Sain ja annoin positiivista palautetta työryhmässä työskenteleville, siitä tuli työn iloa. Opinnäytetyön kirjoittamiseen käytettiin paljon resursseja kivunhoidon asiantuntijasairaanhoidajan päivätyön jälkeen. Opinnäytetyön kirjallinen esitystapa on mielestäni selkeä, ammattimainen ja vakuuttava. Käyttämäni kieli ja asian esitystyyli on uskottavaa. CRPS -hoidon organisoimisessa tarvittiin sitkeyttä, luovuutta ja visiointikykyä. Taito kyseenalaistaa, vaihtaa näkökulmaa, ajatuksia sekä myös kritiikin hyödyntäminen olivat hyvän yhteistyön tuotos. CRPS -hoidon organisoimiseksi ei ollut valmista työskulttuuria, eli työtä tehtiin omalla persoonalla. Joustavuutta tarvittiin niin ajankäytön, työaikojen kuin myös omien asenteiden suhteen. Työn haastavuus vaati myös eri osaamisen lajeja. Tarvittiin ihmishuhtaitaitoja, teknisiä taitoja, johtamistaitoja ja ehkä tärkeimpänä selviytymistaitoja, joita myös jatkossa tulisi kehittää. Yksin ei voinut työtä tehdä päästäkseen tavoitteeseen. Kaikilla työryhmän jäsenillä oli omat roolit, niitä ei tarvinnut etsiä. Rooleja hyödynnettiin onnistuneesti. Mukana CRPS -hoidon organisoimisessa oli ammattitaitoinen ryhmä.

CRPS -hoidon organisointi oli vaativa kokonaisuus. Aikaresursseja tarvittiin työsuunnitelman laatimiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin kevään 2008 aikana. Se oli tiiviisti aikataulutettu ja jokaisen työryhmän jäsenen tieto omasta tehtävästä toteutuksen aikana toivat tuotokseen ryhtiä ja toimivuutta. Työryhmän jäsenet olivat toiminnallaan joustavia ja vuorovaikutuksen omaavia. Ammattimaista rohkeutta oli mielestäni se, kun työryhmässä pystyttiin ilmaisemaan myös asioita, jotka eivät etene suunnitellulla tavalla.

Opinnäytetyö kuvaa Keski-Suomen keskussairaalan toimintaa CRPS -hoitoketjutyöskentelyssä. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä on kuvattu CRPS -kipupotilaan hoitoketju, josta Keski-Suomen keskussairaalan CRPS -työryhmää tiedotettiin ja kehoitettiin tutustumaan etukäteen ennen ensimmäistä palaveria. Lisäksi tiedotettiin etukäteen CRPS -nettilinkeistä, joissa yleistä tietoa oireyhtymästä sekä sosiaali- ja terveysministeriön pitkäkestoisen kivun tutkimus ja hoito (kiireettömän hoidon perusteet) –linkistä.

Toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli organisoida Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä CRPS -potilaiden hoitoa kuvaamalla hoitoon osallistuvien toimijatahojen työnjakoa ja tehtäviä.

Tavoitteena oli käynnistää monialainen ja -ammattillinen työryhmä hoitoketjun kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli laatia CRPS -hoitoketjukuvaus. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä monialaisesti ja -ammattillisesti Keski- Suomen sairaanhoitopiirin eri asiantuntijoiden kanssa. Työryhmätyöskentelystä minulla oli aiempaa kokemusta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin jo olemassa olevaa asiantuntijuutta ja kokemusta. Opinnäytetyön toteutus monialaisesti ja -ammattillisesti oli haastava oppimiskokemus, joka vaati paljon resursseja opinnäytetyön aikataulun huomioiden. CRPS monimuotoisena kroonisena sairautena on haastava jo sen vuoksi, koska parasta hoitolinjaa oireyhtymässä ei ole vielä vakiinnutettu. (Stanton - Hicks ym. 2002; Burton ym. 2005, 217 - 230; Hupli ym. 2007).

CRPS -potilaan hoitoketju Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä muodostui työryhmän toimesta ja opinnäytetyön tekijä kokosi tiedot yhteen sekä laati kirjallisen että vuokaa-viopohjaisen kuvauksen (liite 2). Opinnäytetyö liittyi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Sujuvat hoitoketjut – projektiin. Yhteistyötä projektikoordinaattorin- ja työntekijän kanssa tehtiin puhelin- ja sähköposti kommunikoinnin sekä palaverien välityksellä.

CRPS -työryhmän käynnistäminen vaati suunnittelua, joka koostui aiheenrajauksesta, taustaselvityksistä, ajankäytön, tilojen, materiaalien, tarjoilujen selvittelystä ja järjestämisestä. Lisäksi suunnittelua vaati työryhmän vetäminen ja tuotoksen laatiminen, joissa oli vastuuta ja haastetta. Kokouksissa edettiin suunnitelman mukaisesti normaalin kokouskäytännön mukaisesti. Toiminta vaati tehokasta ja säännöllistä yhteydenpitoa sekä työryhmän informoimista laadittujen esityslistojen ja kokousmuistioiden avulla johtuen opinnäytetyön aikataulusta.

CRPS -työryhmään kuului yhteensä kaksitoista (12) asiantuntijaa, joista yhdeksän (9) oli läsnä molemmissa kokouksissa. Läsnä olevat asiantuntijat muodostivat riittävän kattavan joukon, jonka avulla saatiin hoitoketjukuvaus aikaan. Asiantuntijat, jotka eivät olleet työryhmässä läsnä, ottivat kantaa kokousten ulkopuolella hoitoketjun organisointiin. Koko-usaikojen sopiminen ei ollut hankalaa. Kooltaan suuren työryhmän etuna oli eri näkökulmien esille tuominen. Kaikki osallistuivat keskusteluun, kukaan ei ollut ”maskottina” mukana. Työryhmässä pohdittiin kriittisesti hoitokäytäntöä ja esitettiin konkreettisia muutosehdotuksia toimintaan. Toiminta aikataulutuksineen onnistui ja se mukaili opinnäytetyön aikataulua. Toiminta on merkinnyt yhteistyön tiivistymistä ja ryhmän jäsenet ovat

tutustuneet toisiinsa ja toistensa tehtävänkuvuihin. Seppänen - Järvelän (2004) mukaan kehittämistyössä opitaan yhdessä ratkaisemaan ongelmia eikä vain, että saadaan joitakin ongelmia ratkaistuksi. Eli olennaista on se, mitä tapahtuu kehittämistyön aikana ihmisten välisenä toimintana ja sen kautta. (Seppänen – Järvelä 2004, 20.)

Toimintaa voidaan parantaa hyvällä verkostoitumisella. Avainhenkilöiden mukana olo alusta asti vaikuttaa hoitoketjuun. Organisaation johdon tuki ja sitoutuminen on tärkeä kantava tekijä. Sähköisen tietojärjestelmän käyttöä ja hyödyntämistä hoitoketjussa on tärkeä jatkaa.

7.2 Summatiivinen arviointi

Summatiivinen arviointi kohdistuu lopputuloksiin ja vaikuttavuuteen (Seppänen – Järvelä & Karjalainen 2006, 220).

Tuotos

Keski-Suomen keskussairaalan CRPS -hoitoketjukuvausten laatiminen oli työn tuotos, joka toteutettiin vuokaaviona ja sen liitteinä. Sen avulla pystyttiin esittämään hoitoketjun eri vaiheet sanallista kuvausta selkeämmin, mutta sanallista kuvaustakin tarvittiin. Vuokaavio tehtiin Excel taulukko-ohjelmalla. Etusivulla on koko hoitoketju kuvattuna yhdellä A4 -sivulla. CRPS -työryhmän kirjallisten kuvausten perusteella opinnäytetyön tarkempiin kysymyksiin vastattiin luotettavasti oman työnjaon ja tehtävän kuvaamisella. Vastaukset vaihtelivat eri asiantuntijoiden roolin ja oman näkemyksen mukaan. Hoitoketjukuvaus pyrittiin esittämään mahdollisimman pelkistetyksi. CRPS -vuokaavio oli haasteellinen toteuttaa ja perinteistä vuokaaviota määrätyin symbolein ei voitu toteuttaa, koska siitä olisi tullut sekava. Huomioitavat tehtävät ja työnjaot kuvattiin vuokaavion liitteinä nimellä ”hoito-ohjeet”. CRPS -hoidon organisointi ei ollut suoraviivainen. CRPS- tutkijoidenkin mielestä tarvitaan lisää tieteellistä tutkimusta CRPS monimuotoisuuden ratkaisuun. (Harden 2000; Kalso ym. 2002; Loeser 2005; Harden ym.2007.) Yleisesti myös tiedettiin, että potilaan hoidossa yksilöllinen hoitosuunnitelma on oleellinen. Hoitoketjukuvauksessa ei kuvattu yksittäisten potilaiden hoitoa. Hoitoketjukuvaus määrittää, miten potilaita hoidetaan erikoissairaanhoidossa eri toimijatahoilla tarkoituksenmukaisesti. Hoitoketjukuvaus on kattavasti laadittu hyödyttämään CRPS -potilaan hoitoa.

Vuokaaviosta tehtiin hyperlinkit tarkempiin työnjaon ja tehtävien kuvauksiin. Vuokaavio toteutettiin visuaalisesti taitavasti ja se on helppokäyttöinen. Värejä, korostuksia sekä otsikointia on käytetty tehosteina. Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä pitäisi olla yhtenäinen tietokoneohjelma hoitoketjujen kuvaamiseen, mutta sellainen puuttuu tällä hetkellä. Hoitoketjun toimivuus edellyttää yhteisessä käytössä olevaa Effica -sähköistä potilaan hoitokertomusta, johon jokainen hoitoketjuun osallistuva työntekijä kirjaa oman osuutensa potilaan hoidosta. Keskeisiä viestimiä hoitoketjussa ovat lähete ja hoitopalaute.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä nykyisessä hoitokäytännössä oli kriittisiä kohtia ja kehittämistarpeet tunnistettiin. Nykyisessä hoitokäytännössä hoitoa ei ole yhteisesti sovittu eikä kirjattu. Hoitoketjukuvaus on nykyisestä hoitokäytännöstä parannettu kuvaus, jolla potilaita hoidetaan vastaisuudessa. Se on sovittu ja uudistettu hoitokäytäntö. Opinnäytetyön aikana hoitoketjun kehittäminen käynnistyi. CRPS -työryhmän toimintaa jatketaan hoitokäytännön kehittämiseksi.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin CRPS -hoitoketjukuvauksen taustalla vaikuttavat keskeiset kansalliset suositukset, joihin tämän työn CRPS -osiossa on viitattu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä CRPS -potilaan hoito noudattelee edellä mainittuja suosituksia. Tämä huomattiin, kun vertailtiin hoitoketjukuvausta ja kansallisia suosituksia keskenään.

Vaikuttavuus

CRPS -hoidon organisoimiseksi muodostettiin monialainen ja -ammattillinen työryhmä, jossa hyödynnettiin jokaisen jäsenen sisältöasiantuntemusta kuvaten työnjakoa ja tehtäviä. Työryhmään kuuluivat avainhenkilöt eri hoitotahoilta. Kevään 2008 aikana pidettiin kaksi työryhmäkokousta sekä pyydettiin työryhmän jäseniä kuvaamaan oma työnjako ja tehtävä CRPS -potilaan hoidossa. Näiden avulla syntyi tuotoksena hoitoketjukuvaus.

Opinnäytetyötä ja hoitoketjukuvausta voivat hyödyntää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin CRPS -työryhmä. Lisäksi hyödyn saavat sairaanhoitopiirin Sujuvat hoitoketjut – projekti, muu henkilöstö ja CRPS -potilaat. CRPS -hoidon organisoinnin vaikutukset tulevat näkymään organisaatiossa, sillä monialainen ja -ammattillinen työskentely jatkuu. Näin turvataan CRPS -hoitoketjun ja hoidon kehittämisen jatkuvuus. Opinnäytetyöllä on vaikuttavuutta Sujuvat hoitoketjut - projektille, sillä sitä voi hyödyntää ja mallintaa muiden poti-

lasryhmien hoitokäytäntöjen kehittämisessä. Lisäksi opinnäytetyötä voi hyödyntää yhdenmukaistamisessa hoitoketjuja samojen periaatteiden mukaisesti Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Sujuvat hoitoketjut - projektille on vaikuttavuutta myös hoitoketjukuvausten työnjaon ja tehtävien kautta, sillä ne antavat tietoa, miten CRPS -potilasta hoidetaan monialaisesti ja -ammattillisesti.

Hoitoketju perustuu parhaaseen saatavilla olevaan tietoon ja tukee hyvien hoitotulosten saavuttamista. Työryhmä halusi olla aktiivisesti mukana CRPS -hoidon organisoinnissa ja näkivät kehittämisen tarpeelliseksi. Organisaatiossa esimiehet antoivat henkilökunnalle mahdollisuudet osallistua kehittämistyöhön. CRPS -hoitoketjua kehittämällä ja kuvaamalla saatiin koko terveydenhuoltoon palveleva työväline ensisijaisesti erikoissairaanhoidon sekä myöhemmin perusterveydenhuollon käyttöön. Tavoitteena oli, että CRPS -potilaan hoito on tarpeet huomioivaa ja mahdollisimman laadukasta. Hoitoketjukuvausten tekeminen hoitoprosesseja kuvaamalla oli sairaalan laatutyötä.

Työryhmässä pohdittiin ja arvioitiin CRPS -hoidon organisointia. Johtopäätöksenä:

1. CRPS- potilas saa tarkoituksenmukaisen monialaisen ja -ammattillisen hoidon Keski-Suomen keskussairaalassa.
2. Hoito on kansallisiin suosituksiin perustuvaa ja säädetyssä määräajassa toteutettua.
3. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin CRPS -hoidon organisointi on käynnistetty monialaisessa ja -ammattillisessa työryhmässä. Hoitoketjun kehittämiseksi on tarvittu yhteistyötä, yhteisten hoitokäytäntöjen sopimista sekä työnjakoa ja tehtävien kuvausta. Eri ammattiryhmien osaamista CRPS -työryhmässä on hyödynnetty. Jokainen hahmottaa CRPS -hoidon organisoinnissa kokonaisuuden, oman osuutensa siinä ja tunnistaa oman tekemisensä vaikutukset työn seuraaviin vaiheisiin.
4. Eri erikoisalojen asiantuntijoiden välistä konsultointia tulee lisätä.
5. Hoitoketjukuvaus suuntaa resursseja oikein. Hoitoketjukuvaus on yhdessä tehty sopimus siitä, miten CRPS -potilaan hoito järjestetään.
6. Toiminta vaatii jatkuvaa koordinoitua, opettamista, kehittämistä ja tutkimista, jotta asianmukaista CRPS -hoitoa pystytään tarjoamaan.
7. Keskustelua CRPS -hoidon sisällöistä tulee jatkaa.

8 JATKOKEHITYSHAASTEET

Jatkokehityshaasteena seuraava askel tulee olla CRPS -hoitoketjun juurruttaminen ja toimeenpano käyttäen eri keinoja. Vakiintuessaan työryhmätoiminta ja CRPS -hoitoketju tukee ammattilaisten päätöksentekoa ja tehostaa viestintää eri osapuolten kesken. Potilaiden luottamus hoidon sujumiseen todennäköisesti lisääntyy ja ammattilaiset kokevat hallitsevansa omaa työtään aikaisempaa paremmin. Opinnäytetyön aikana hoitoketjua ei ole ehditty pilotoida, toimiiko hoitoketju parhaalla mahdollisella tavalla. Siksi jatkokehityshaasteena tulee tutkia, tunnetaanko hoitoketju, käytetäänkö sitä arkityössä, ovatko tehtävät ja työnjaot muuttuneet ja selkiytyneet, ovatko ne hoitoketjun mukaisia. Lisäksi jatkokehityshaasteena kannattaa tutkia, millainen on toimiva CRPS -hoitoketju potilaiden ja hoitohenkilöstön näkökulmasta. Taloudellisia resursseja voisi tutkia, ovatko resurssit oikein kohdennettu tai kustannukset muuttuneet. Lisäksi kokonaisuutta tulee arvioida, miten monialainen ja -ammattillinen yhteistyö toimii sekä miten hoitoketju yleensä ottaen toimii. Jatkossa tulee jatkaa keskustelua hoitoketjun kriittisistä kohdista ja lisäksi aukko- kohdista sekä päällekkäisyyksistä, jotta ne tulevat kuvattua. Tärkeää on myös selvittää, siirtyykö tieto hoitoketjussa sujuvasti toimijalta toiselle.

Toimintaa on hyödyllistä kehittää suuntaan, jossa monialaisesti ja -ammattillisesti pidetään säännöllisiä viikoittaisia lähetekokouksia ja organisoidaan hoitoa entistä tehokkaammin. Lähetekriteerit CRPS -potilaan lähettämiseksi erikoissairaanhoidon tulisi laatia, jotta lähetteen sisältö vastaisi paremmin lähetetietojen perusteella tapahtuvaa hoidon suunnittelua. Hoitopalautekokoukset tulisi aloittaa. Ne ovat parhaimmillaan moniammatillinen annetun hoidon ja ohjauksen yhteenveto, joiden avulla tieto potilaasta siirtyy hoitoketjun seuraavalle toimijalle.

Silvennoinen – Nuoran (2004) mukaan hoitoketjun vaikuttavuuden arviointia tulee tehdä. Samalla tulisi laajentaa hoitoketjua niin, että siihen osallistuu erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuolto, joiden tulee verkostoitua. Mittareita voisi käyttää vaikutusten arviointiin. Esimerkiksi kipumittarilla voidaan verrata potilaan senhetkistä tilannetta kuukauden takaiseen. Potilas itse tietää hoidon vaikutuksen parhaiten, ja tätä tietoa kannattaa hyödyntää. Vaikutusten arvioinnit auttavat tarkastelemaan sitä, tehdäänkö työt oikeilla

tavoilla ja menetelmillä. Hoitokäytäntöjä tulee kehittää organisaatiokeskeisestä toiminnasta potilaskeskeiseen toimintaan. Tällöin on mahdollista sopia yhteisistä hoitokäytännöistä. Hoitoketjusta kannattaa puhua työyhteisössä. Hoitoketjun toiminta ja yhteistyö eri asiantuntijoiden välillä eivät ole erillisiä asioita, vaan ne liittyvät toisiinsa. (Silvennoinen-Nuora 2004.)

Koulutus- ja informaatiotilaisuuksia CRPS:sta on tärkeä järjestää ja laajentaa koulutusta esimerkiksi alueelliseksi koulutuspäiväksi huomioiden erityisesti perusterveydenhuolto. Hoitoketjulle kannattaa tehdä organisaatorajat ylittävä hoitosuunnitelma. Yhteistyötä eri tieteen alojen edustajien kanssa kannattaa lisätä ja kipunäkemyksiä laajentaa. Terveystieteiden huoltohenkilöstön valmiuksia hoitaa kroonisia kipupotilaita on tärkeä lisätä koulutuksella. CRPS -hoitoketjukuvauksesta voi laajentaa alueellisen hoitoketjun sekä hoitosuosituksen.

CRPS- potilasohjeiden kehittäminen on osa hoitoketjun rakentamista. Kirjallinen CRPS -potilaan hoito-ohje puuttuu ja sen laatiminen on jatkokehityshaasteena Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Potilasohje tehdään sähköiseen muotoon ja sellaiseen ympäristöön, josta potilas voi niitä lukea joko terveystieteen alueellisille sivuille tai osaksi MediKes -aluetietojärjestelmää.

Useimmat kipupotilaat kokevat hyötyvänsä vertaistukiryhmästä. Jatkokehityshaasteena kroonisen kipupotilaan CRPS -hoidossa tulee organisoida vertaistukitoimintaa. Potilailta saatu tieto on arvokasta ja potilas omistaa myös oman hoitoketjunsä.

Kehittämisprosessin kannalta kannattaa sopia menettelyistä päivityksen suhteen, koska on pyrittävä varmistamaan hoitoketjukuvausten ajantasaisuus. Jotta päivitys tulee tehdyksi, on syytä sopia työnjaosta, aikataulutuksesta sekä yhteystietojen ja asiantietojen tarkastamisesta. (Ketola ym. 2008.)

CRPS -hoidon organisoimisen arviointipalaveri järjestetään lokakuussa 2008. Heiskanen (2007) mukaan arviointipalaveri toimii oppimiskenttänä, jossa kriittisen ja reflektiivisen pohdinnan avulla sekä opinnäytetyötä hyödyntämällä, tapahtuu oppimista omasta työstä. Arviointipalaverissa otetaan käyttöön työntekijöissä oleva hiljainen tieto, joka tukee

opinnäytetyöstä nousseita huomioita ja auttaa työtä pysymään oikeassa suunnassa. (Heiskanen 2007, 34.)

Hoitotieteessä ei ole juurikaan tutkimustietoa kroonisen kivun kokemuksesta ja mitä selviytymis- ja itsehoitokeinoja ihmiset käyttävät kivun hoidossaan (Salanterä 2000,14; Mäntyselkä 2004, 10). Suomessa on julkaistu vain muutamia tutkimuksia kipupotilaan selviämisestä kroonisen kivun kanssa (Sallinen 1997; Walle 1999; Tommola 2000; Eloranta 2002). Hoitotieteessä ei ole tutkimustietoa nimenomaan kroonisen CRPS -kivun kokemuksesta. Tärkeää olisi tutkia potilaan kuvauksia CRPS -kivusta sekä mitä selviytymiskeinoja CRPS -potilaat käyttävät kivunhoidossaan. Jatkossa tulee tehdä hoitotieteellistä tutkimusta CRPS -potilaan hoidosta sekä lisätä CRPS -oireyhtymän näkyvyyttä ja tunnettavuutta.

LÄHTEET

- Aho, H. 2003. Krooninen kipupotilas. Tutkimus HYKSin kipuklinikan sosiaalityöntekijän tapaamien potilaiden sosiaalisesta profilista ja sosiaalityöstä. Kipuviesti 1 / 2003; 5 - 8.
- Aho, H. & Kääpä, E. 2000. Sosiaaliset tekijät kipupotilaan vajaakuntoistumisessa. Kipuviesti 1 / 2000;16 - 18.
- Bachmann, M. & Haanpää, M. 2007. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Viitattu 7.2.2008 http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=ykt00412
- Bachmann, M. & Pere, P. 2007. Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (sympaattinen refleksidystrofia). Lääkärin käsikirja. Viitattu 20.3.2008. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=ykt00537&p_haku=crps
- Blaes, F., Tschernatsch, M., Braeu, ME., Matz, O., Schmitz, K., Nascimento, D., Kaps, M. & Birklein, F. 2007. Autoimmunity in complex-regional pain syndrome. Annals of the New York Academic Science 2007 Jun;1107;168 - 73.
- Blumberg, H. 1991. A new clinical approach for diagnosing reflex sympathetic dystrophy. In: Bond, MR., Charlton, JE., Woolf, CJ. (toim). Proceedings of the 6th World Congress on Pain. New York: Elsevier, 1991; 399 - 407.
- Birklein, F. & Handwerker, HO. Complex Regional Pain Syndrome: How to resolve the complexity? Pain, Volume 94, Issue 1, October 2001; 1 – 6.
- Bonica, J.1953. The Management of Pain. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953.
- Burton, AW., Lubenow, TR. & Prithvi Raj, P. 2005. Traditional Interventional Therapies. Teoksessa CRPS: Current Diagnosis and Therapy. Progress in Pain Research and management vol. 32.(Toim.) Wilson, PR., Stanton – Hicks, M. & Harden, NR. IASP Press. Painettu USA 2005.
- Devine, KA., Kong, SC., Neilly, JB.& Forrest EH. 2007. An unusual presentation of Complex Regional Pain Syndrome Type I. Scottish Medical Journal 2007, 52 (4); 54
- Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 19.3.2008. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00136.pdf>
- Ensio, A. & Ryytänen, O-P. (toim.) 2007. Akuutin sydänpotilaan hoitoketjun arvioinnin kaksi näkökulmaa. Kuopion yliopiston julkaisuja E.Yhteiskuntatieteet 141. Kopijyvä. Kuopio 2007; 17.
- Estlander, A-M. 1997. Kivun psykologiaa. Teoksessa Alaranta, H., Pohjolainen, T., Risänen, P. & Vanharanta, H. Fysiatria. Duodecim, Helsinki; 62 - 77.

Facultas, 2008. Toimintakyvyn arviointi. Krooninen kipu. s.16 - 19. Viitattu 8.4.2008
<http://www.ebm-guidelines.com/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>

Forsell, H. & Heikkonen, S. 2000. Kipu ja kipupotilas. Kartoitus kivusta biopsykosiaalisenä ilmiönä. Kuntoutus 4; 7 – 15.

Galer, BS., Bruehl, S. & Harden, RN. 1998. IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome: a preliminary empirical validation study. *Clinical Journal of Pain*. Mar;14 (1); 48 - 54.

Gibbons, JJ. & Wilson, PR.1992. RSD score: criteria for the diagnosis of reflex sympathetic dystrophy and causalgia. *Clinical Journal of Pain* 1992; 8 (3); 260 - 263.

Haanpää, M., Pohjolainen, T., Hedenborg, M., Rahkonen, E., Torstila, I. & Kivekäs, J. 2006. Ehdotus kiputilojen jaosta kolmeen vaikeusasteeseen. Viitattu 15.4.2008.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset_tiedostot/Haittaluokitus.doc

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivunhoidon opas. Suomen kivuntutkimusyhdystys ry, 4. painos, 2007. Paino: Suomen Graafiset Palvelut Oy. Pfizer tukenut hoito-oppaan julkaisemisessa. Viitattu 3.3.2008.
http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=nix00086

Haanpää, M. 2008. Hyvää hoitoa kipuun julkisen vallan takaamana? Kipuviesti 1 / 2008, 9 – 10

Hagelberg, N. 2005. Moniammatillinen yhteistyö toimivaksi TYKS:n kipupoliklinikalla. Kipuviesti 2 / lokakuu 2005. Suomen kivuntutkimusyhdystyksen jäsenlehti.

Harden, RN., Bruehl, S., Stanton – Hicks, M. & Wilson, PR. 2007. Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Medicine* 8 (4) ; 326 –331.

Harden, RN., Wilson, PR. & Gallagher R. 2006. CRPS Myths. Viitattu 7.2.2008.
http://www.nationalpainfoundation.org/MyTreatment/articles/CRPS_Myths.asp

Harden, RN. & Bruehl, S. 2005. Diagnostic Criteria: The Statistical Derivation of the Four Criterion Factors. Teoksessa CRPS: Current Diagnosis and Therapy. Progress in Pain Research and management vol. 32. (Toim.) Wilson, PR., Stanton – Hicks, M. & Harden, NR. IASP Press. Painettu USA 2005.

Harden, RN. 2000. *Clinical Journal of Pain*. 2000 Jun;16 (2 Suppl); 26 - 32. A clinical approach to complex regional pain syndrome.

Harden, RN., Bruehl, S., Galer, BS., Saltz, S., Bertram, M., Backonja, M., Gayles, R., Rudin, N., Bhugra, MK. & Stanton-Hicks M. 1999 . Complex regional pain syndrome: Are the IASP diagnostic criteria valid and sufficiently comprehensive? *Pain* 1999, Nov; 83 (2); 211 -219.

Haukkapää – Haara, P. & Serkkola, A. 2003. Lähete- ja palauteprosessit polvipotilaan hoitoketjussa. Saranto, K. & Häyrynen, K. (toim.). Osaavien keskusten verkoston julkai-

- suja 1 / 2003. Tutkimuspaperit. SoTeTiTe 2003, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät Jyväskylä 24.-25.5.2003. Viitattu 7.2.2008
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1314/osve1_03.pdf
- Heiskanen, A. 2007. Kehittämishankkeen arviointi – hyötyä vai ajanhukkaa. Tapauksena Mainiemen päihdetyön kehittämisyksikkö -hankkeen arviointi. Kunnallispolitiikan kandidaatintutkielma, Tampereen yliopisto. Yhdyskuntatieteiden laitos. Lokakuu 2007.
- Holma, S. 2008. Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen – Interventiotutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Huhtikuu 2008.
- Hovi, S-L. & Salanterä, S. 2000. Sairaanhoidaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. Sairaanhoidaja (1);10 – 12.
- Kalso, E. 2002. Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä. Teoksessa Kipu. Kalso, E. & Vainio A. (toim.) 2002. Kipu. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 260 - 261.
- Kalso, E. 2000. Miksi kipu kroonistuu – neurobiologisia mietteitä kivun patofysiologiasta. Kipuviesti 1; 7 - 9.
- Kalso, E. 2005. CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) –koulutus 22.11.2005, Biomedicum, Helsinki. Luentolyhennelmät.
- Kalso, E. 2006. Leikkauskipu pitää saada kuriin nopeasti. Suomen Lääkärilehti 11.1.2006, 11.
- Karjalainen, H. 2008. Anestesiologi, kipupoliklinikka. Kivunhoidon erityispätevyys. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 18.3.2008.
- Ketola, E., Mäntyranta T., Mäkinen R., Voipio-Pulkki, L - M., Kaila, M., Tulonen - Tapio J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas P., Brander, P. & Komulainen, J. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laadintaan ja toimeenpanoon. 3.opaskirja Käypä hoito -suositusten oppaiden julkaisusarjassa. Viitattu 16.3.2008
<http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1282329400/hoitoketjuopas.pdf>
- Kilpeläinen, M. 2007. CRPS – Kivunhoidon vaikein haaste? Kuopion yliopistollisen sairaalan alueellinen koulutus 24.4.2007. Luentomateriaali. KYS / Kuntoutustutkimusosasto.
- Kiuru, M. 2003. Sairaanhoidajille tehdyn kyselyn satoa. Kipuviesti 1/ 2003. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti.
- Koivusalo, A – M. 2006. Kipusairaanhoidajina työskentelevien sairaanhoidajien toimenkuvat. Kipuviesti 2 / 2006; 33 - 36.

- Kokki, A. 2000. Leikki-ikäisten lasten leikkauksen jälkeisen kivun arviointi kotona kanadalaisen PPPM-mittarin luotettavuus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kortesluoma, R-L.1999. Kipukokemuksista kipukieleen – lapsi kipunsa tulkkina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Lisensiaatin tutkimus.
- Koukkula, R. 2001. Hoitajien ja potilaiden käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kozin, F., Ryan, LM., Carrera, GF., Soin, JS & Worthmann, RL. 1981. The Reflex Sympathetic dystrophy syndrome (RSDS). Scintigraphic studies, further evidence for the therapeutic efficacy of systemic corticosteroids, and proposed diagnostic criteria. American Journal of Medicine 1981; 70 (1):23 - 30.
- Lauritsalo, P. (toim.) 2003. Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 29. Jyväskylän yliopistopaino.
- Lempinen, J., Hupli, M. & Mustola S. 2007. CRPS-kipupotilaan hoitoketju Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitopiirien hoito-ohjelmat. 12.6.2007. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. Viitattu 7.2.2008 http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=shp00097
- Lind, S. 2007. Kipupotilaan toimintaterapia. KYS alueellinen koulutus 24.4.2007. Luentomateriaali.
- Lindfors, N. & Kallio, P. 2007. Lapsen raajakipu – tunnistaako kipuoireyhtymän? Duodecim 2007; 123 (3); 290 - 295.
- Loeser, JD. 2005. Introduction. Teoksessa CRPS: Current Diagnosis and Therapy. Progress in Pain Research and management vol. 32. (Toim.) Wilson, PR., Stanton -Hicks M. & Harden, N. IASP Press. Painettu USA 2005.
- McCaffery, M. & Pasero, C. 1999. PAIN: Clinical manual. Second edition. St.Louis, Missouri: Mosby.
- Miettinen, M., Miettinen, S., Nousiainen, I. & Kuokkanen, L. 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Mäkisalo, M 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Kustannusyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy. Tampere. 169 - 170
- Mäntyselkä, P. 2004. Krooninen kipu ja koettu terveys suomalaisilla. Kipuviesti 1; 10.
- Nuutinen, L., Nuutinen, M. & Erhola, M. 2004. Käypä hoito –suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim 2004; 120 (24): 2955 - 2962.
- Nuutinen, L. 2001. Miksi panostaa kivun hoitoon? Kipuviesti 1: 8 – 9.

- Nyrhinen, J. & Riihimäki, M. 2008. Kirurgi ja fysioterapeutti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 12.2.2008.
- Outinen, M., Lempinen K., Holma T. & Haverinen R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Stakes, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.
- Perez, RS., Zollinger, PE., Dijkstra, PU., Thomassen – Hilgersom, IL., Zuurmond, WW., Rosenbrand, CJ. & Geertzen, JH. 2007. Clinical practice guideline 'Complex regional pain syndrome type I'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2007 Jul 28;151(30); 1674 - 1679.
- Perkiö, R. 2008. Sosiaalityöntekijä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 12.2.2008.
- Pulkkinen, L. 1996. Leikattujen potilaiden kokemuksia epiduraalisesta kivunhoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Rantasila, E. 2008. Psykologi. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 8.4.2008.
- Ryhänen, L. 1999. Heräämön sairaanhoitaja leikkauspotilaan postoperatiivisen kivun arvioijana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Rissanen, V. & Kansanen, M. 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatu järjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu järjestelmästä. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 97 – 100.
- Ruuskanen, E. 2002. Kivunhoidon kehitysprojekti 2001 - 2002 Keski-Suomen keskussairaalan lasten ja nuorten kirurgisella osastolla 17. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kivunhoidon erikoistumisopinnot, opinnäytetyö.
- Ruuskanen, E. 2005. Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö, näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003 - 2004. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 114 / 2005.
- Saarinen, R. 2007. Psykologin rooli CRPS-potilaiden hoidossa. CRPS- koulutus 5.10.2007. Luentomateriaali.
- Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A - M. Kivunhoito. Tammi, Tampere. 30 – 38.
- Salanterä, S. 2000. Näyttöön perustuva kivun hoitotyö – Mitä se on, miten sitä etsitään ja löytykö sitä? Kipuviesti 2; 14
- Salanterä, S. 1999. Caring for children in pain nursing knowledge, activities and outcomes. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sallinen, M. 1997. Ei päivää, ettei jostain särkis ... Fibromyalgiapotilaiden käsityksiä ja kokemuksia kroonisesta kivusta. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Salo, J & Majola, A. 2004. Ortopedia. Duodecim 2004; 120 (5): 627

Seppänen – Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.), 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Gummeruksen kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Seppänen – Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin 4 / 2004. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4 / 2004. Helsinki 2004.

http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf Viitattu 20.4.2008.

Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumatopotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Pekan Offset 2004.

Sormunen, M. (1999) Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisen kivun hoidossa kirurgisilla vuodeosastoilla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Stanton-Hicks, MD., Burton, AW., Bruehl, SP., Carr, DB., Harden, RN., Hassenbusch, SJ., Lubenow, TR., Oakley, JC., Racz, GB., Raj, PP, Rauck, RL & Rezai, AR. 2002. An updated interdisciplinary clinical pathway for CRPS: report of an expert panel. Pain Practice 2002. Mar; 2(1):1 -16. Official Journal of Pain Practice.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen asettama työryhmä, 2007. Käden ja kyynärvarren rasisairaudet. Käypä hoito. viitattu 20.3.2008. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50055>

Suonio-Peltosalu, E. 2007. Kroonisen kivun hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 20.3.2008

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=shk04662

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2007a. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2007a. Potilasturvallisuuden edistäminen. Ehdotus potilasturvallisuuden valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimenpiteiksi.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i639.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2007b. Kunta- ja palvelurakennemuudistus (PARAS). Viitattu 29.3.08. <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/palvrak/index.htx>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM, 2007c. Pitkäkestoisen kivun tutkimus ja hoito. Kii-reettömän hoidon perusteet, 15.3.2007. Työryhmä: Haanpää, M., Kalso, E., Airaksinen, O., Apponen, E., Eronen, L., Forssell, H., Hannonen, P., Heikkonen S., Hupli, M., Kaup-pila T., Kyllönen E., Pohjolainen T. & Räsänen S. Viitattu 7.2.2008. http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=hpt00253

- Tekijänoikeus 2008a. Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association, teemasivut. Päivitetty 18.4.2008. <http://www.rsd.org/index2.html> Viitattu 20.4.2008.
- Tekijänoikeus 2008b. CRPS yleisyys. Medtronic Finland Oy, teemasivut. http://medtronic.fi/FI/health/pain_types.html Viitattu 20.4.2008.
- Tekijänoikeus 2008c. Suomen Kipu ry, teemasivut. <http://www.suomenkipu.com/> Viitattu 20.4.2008
- Tommola, S. 2000. Interstitiellii kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Turunen, J. 2007. "Pain and Pain Management in Finnish General Population" (Suomalaisen aikuisväestön kivut ja kivunhoitokeinot). Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 99. Sosiaalifarmasia. Kopijyvä, Kuopio 2007.
- Vainio, A. 2006. Kivunhallinta. Hippokrates . Duodecim. Gummerus kirjapaino Oy.
- Vanhala, M., Saarikoski, T. & Pitkänen, S. 2007. Sujuvat hoitoketjut 2008 - 2009 kehittämissuunnitelma, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Strategiset hankkeet. Tutkimus- ja kehittämistoiminta 2007.
- Vartiainen, A. 2000. Ken tahtoo kärsivää auttaa? Kipu ja kärsimys hoitotyössä eri näkökulmista tarkasteluna. Sairaanhoitaja 4: 22.
- Vasenius, J. 2007. Kirurgin rooli CRPS:n ehkäisyssä ja hoidossa. 5.10.2007 Luentomateriaali.
- Vastamäki, M. 2002. Reflektorinen sympaattinen dystrofia – tunnistaa ajoissa suhteettoman kipeän, huonoliikkeisen, turvonneen käden sairaus. Lääkärilehti 2002;57(51-52):5175-5181.
- Vähämäki, L. 2008. Toimintaterapeutti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 19.3.2008.
- Väisänen, M. 2000. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivun hoito kouluikäisten lasten haastattelututkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Walle P. 2004. Kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta ”Se pitäis uskoa se, kun potilas sanoo, että mulla on kipua ja tuskaa”. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen K., Pietilä A-M (toim.) Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35.
- Walle, P. 1999. Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Wasner, G., Schattschneider, J., Binder, A. & Baron, R. 2003. Complex regional pain syndrome – diagnostic, mechanisms, CNS involvement and therapy. Spinal Cord 2003: 41, 61 – 75.

- Wells - Federman, C., Arnstein, P. & Caudill, M. 2002. Nurse-led Pain Management Program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Management Nursing* 4, 131-140.
- Wilder, RT. & Olsson, G. 2005. Management of Pediatric Patients with CRPS. Teoksessa *CRPS: Current Diagnosis and Therapy. Progress in Pain Research and management* vol. 32. (Toim.) Wilson, PR., Stanton-Hicks M. & Harden N. IASP Press. Painettu USA 2005. 275 - 286
- Ylinen, J. 2007. RSD / CRPS 1 Diagnostiikka ja hoito. Koulutusluentomateriaali 9.11.2007. Jyväskylä. Nuorten Lääkärien Yhdistyksen Jyväskylän paikallisosaston ja Orion Pharman järjestämä pienryhmäkoulutus ”Kipu”.
- Ylinen, J. 2008. Fysiatri. Dosentti, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin fysiatrian ylilääkäri, kivunhoidon ja kuntoutuksen erityispätevyys. Haastattelu 8.4.2008.
- Yung Chung, O. & Bruehl, SP. 2003. Complex Regional Pain Syndrome. Current treatment options in neurology 2003 Nov: 5(6); 499 - 511.

LIITTEET

Liite 1. Kokouskutsu / -tiedote

Lähettäjä: "Ruuskanen Eija " <ei-ja.ruuskanen@ksshp.fi> torstai - 31 tammikuu, 2008 12:12

Jakelu:

Aihe: CRPS-hoitoketju; KS työryhmä koolle

Viestin liitteet: CRPS-hoitoketju .xls
opinnäytetyön esittelyä.doc

Hei

Olen kipupoliklinikan sairaanhoitaja. Päivitin tällä hetkellä sairaanhoitajan opintoja AMK-tutkinnoksi (Jyväskylän AMK). Opinnäytetyöni on aluillaan. Aiheeksi olen valinnut CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)-kipupotilaan hoitoketjun kehittämisen sairaalassamme. Tästä olen jo käynyt alustavaa keskustelua anestesiologi Helena Karjalaisen ja fysiatri Jari Ylisen kanssa.

Hoitoketjun sopimiseksi/toimimiseksi tarvitaan työryhmää. Ehdotan työryhmäksi: anestesioologi, fysiatri, ortopedi, psykiatri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä, kipusairaanhoitaja. Osa tämän viestin saaneista kuulee varmasti asiasta ensimmäistä kertaa nyt.

Olen opinnäytetyöni puitteissa tehnyt alustusta ja materiaalia aiheeseen (Kts.liite). Tämän perusteella esitän työryhmää, jotta pääsemme hoitoketjuun syventymään.

Työryhmän tapaamiseen ehdotan ti 12.2.08 klo 15, paikka kipupoliklinikka.

Ilmoitathan osallistumisesi minulle ajoissa.

Terv.
Sh Eija Ruuskanen
Kipupoliklinikka
eija.ruuskanen.sho@jamk.fi

Liite 2. Keski-Suomen keskussairaalan CRPS -työryhmän jäsenet

Kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitaja Eija Ruuskanen

Anestesiologi Helena Karjalainen

Anestesiologi Klaus Geier

Fysiatri Jari Ylinen

Fysioterapeutti Eeva Sironen

Fysioterapeutti Mirja Vuorenmaa

Kirurgi Jukka Nyrhinen

Psykiatri Hanna Helenius

Psykologi Eero Rantasila

Toimintaterapeutti Leena Vähämäki

Sosiaalityöntekijä Raija Perkiö

Sosiaalityöntekijä Sari Hokkanen

Liite 3. Kokousmuistio 12.2.08

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Kipupoliklinikka
CRPS-työryhmä aloituskokous KOKOUSHUISTIO 12.2.08

PAIKKA: Kipupoliklinikka
AIKA: 12.2.08 klo 15-16

LÄSNÄ:

Kipusairaanhoitaja Eija Ruuskanen
Anestesiologi Helena Karjalainen
Fysiatri Jari Ylinen
Kirurgi Jukka Nyrhinen
Fysioterapeutti Eeva Sironen
Psykologi Eero Rantasila
Toimintaterapeutti Leena Vähämäki
Sosiaalityöntekijä Raija Perkiö
Sosiaalityöntekijä Sari Hokkanen

(Anestesiologi Klaus Geier estynyt tulemasta 12.2
Psykiatri Hanna Helenius estynyt 12.2.
Fysioterapeutti Mirja Vuorenmaa estynyt 12.2.)

SISÄLTÖ:

- Johdanto; Sh Eija Ruuskanen (Liittyy sh Eija Ruuskasen AMK -tutkintoon ja opinnäyte-työhön)
- Yleistä keskustelua hoitoketjun prosessista; aihe ajankohtainen ja tärkeä
- Jokaisen toimijatahon esittely
- Jokainen kuvasi omalta alueeltaan, mikä on CRPS -potilaan nykyhoitokäytäntö ja miten näkee hoitokäytännön kehittämisen.

FYS: Jatkossa potilaat ohjataan fysiatrian pkl:lle ensin, josta pyritään antamaan vastaanottoaika fysiatrille 1 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Eri hoitovaihtoehtoja esiteltiin (mm. PENS, akupunktio, kevyt liike, hieronta). Fysioterapeutin hoito on perustunut yksittäisterapiatuokioihin, osastohoitoon/ seurantoihin. Hoitokeikeilut? Fysiatrian pkl ja fysiatrian osaston yhteistyö.

KIPUPKL/ANEST: kiireellinen lähete; vastaanottoaika järjestetään kiireellisesti (tarvittaessa heräämössä puudutukset). Hoitona ei ole pelkät blokadit vaan kokonaisuus.

KIPUSH: potilaan haastattelu, ohjaus (toimenpiteet, lääkitys, kuntoutus, tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki), puhelinohjaus, poikkeusjärjestelyt.

TOIMINTATERAPIA: tuet, lastat, ohjauskäynti. Ohjaus sisällöllisesti. Terapioihin ei ole ollut resursseja.

SOSIAALITYÖ: Oman talon sosiaalityöntekijän palveluja kannattaa käyttää. Potilaille toimeentulo-ongelmia (päiväraha, eläkeasiat/ valitukset/ hylky, ammatilliset kuntoutus-selvittelyt, työkyky, sairausloma. Tilanteen pitkittyminen. Potilaan mahdolliset väärät uskomukset. Tärkeää on lähettää potilas helposti ja säännöllisesti sosiaalityöntekijöille.

KIR: uudet kirurgiset menetelmät (rannemurt/levytys) ovat tuoneet parempia tuloksia ja vähentäneet CRPS (aikaisemmin externifixaatio). Kirurgi järjestää osastolle paikan ja tarvittaessa heräämön kautta puudutukset.

PSYK: Miten erotella CRPS -potilas muista kipupotilaista? Miten potilaat, jotka eivät halua psykologiseen arvioon? Akuutissa tarpeessa potilas ohjataan psykiatrille. Ensisijaisesti lähetetään psykologille (PSKONS -lehti), joka ohjaa eteenpäin psykiatrille kiireellisyiden ja tarpeen mukaan.

TEHTÄVÄNANTO: Jokaisen rooli ja osuus; jokaiselle mietittäväksi ja kirjattavaksi, PALAUTUSPÄIVÄ 7.3.08 mennessä:

1. Miten CRPS -hoito organisoidaan Keski-Suomen keskussairaalassa?
2. Millainen on työnjako ja tehtävä eri toimijoilla CRPS -potilaan hoidossa?
3. Millä aikataululla lähetteen saapumisesta potilas hoidetaan?
4. Millä menetelmillä eri toimijat hoitavat CRPS -potilasta?

SEURAAVA KOKOUS ti 8.4.08 klo 15-, paikka kipupkl
Aihe: Koontipalaveri

JAKELU:

Työryhmän jäsenet, (myös 12.2. estyneet)

Sujuvat hoitoketjut projekti; potilasasiamies Tuula Saarikoski (opinnäytetyön ohjaaja, KSKS)

Liite 4. Kokousmuistio 8.4.08

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

CRPS -työryhmä

Eija Ruuskanen

KOKOUSHUISTIO 8.4.08

CRPS- työryhmän kokous ti 8.4.2008 klo 15, Kipupoliklinikka

Läsnä: Mirja Vuorenmaa, Leena Vähämäki, Jari Ylinen, Sari Hokkanen, Raija Perkiö, Eero Rantasila, Helena Karjalainen, Klaus Geier, Eija Ruuskanen

Kokouksessa käsiteltiin seuraavat asiat:

Hoitoketjukuvausten (vuokaavio) läpikäyminen, kommentit ja korjausehdotukset. Liitteenä korjattu/ parannettu hoitoketjukuvaus.

1) **Sovittiin, että tästä eteenpäin CRPS- läheteet keskitetysti fysiatrille.** Fysiatri ohjaa potilaan läheteellä eri asiantuntijoille ja erikoisaloille, järjestää hoidon sekä seurannan. Muille erikoisaloille saapuneet läheteet käännytetään fysiatrille.

2) Hoidon alussa tehdään seuraavat asiat

- selvitetään potilaalle sairaus, taudinkulku ja hoito pääpiirteissään
- annetaan arvio ennusteesta
- selvitetään potilaalle kuka on häntä hoitava lääkäri
- sairasloman pituudesta keskustellaan
- tarvittaessa otetaan potilas vuodeosastolle

Kirjallinen CRPS -potilasohje puuttuu, se suunnitellaan myöhemmin.

3) Hoidon lopettaminen: Mikä on meidän käytäntö hoidon lopettamisessa? Hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuoltoon, kun tilanne stabiili hoidon suhteen ja ei ole odotettavissa muutosta. Hoidon lopettaminen aikavälillä 2 kk- 2v.

4) Mikä on CRPS -lähetekäytäntö kesäisin ja sulkuaikoina? Lähettävän tahon tulee varautua viiveeseen ja pyrkiä hoitamaan potilasta omalla sektorilla hoitoon pääsyyn saakka.

5) KIPUPOLIKLINIKALLE:

- Vastaanoton loppuun kiire-aikoja uusien CRPS -potilaiden hoidon aloitukseen ei pystytä sopimaan etukäteen, vaan ylimääräiset vastaanotot järjestetään tapauskohtaisesti.
- CRPS -potilaiden keskittäminen tietyille kipupkl vastaanottopäiville ei ole mahdollista.
- Potilailla, joilla kontraktuuraa, järjestetään fysioterapeutin ohjaama kuntoutus blokadin välittömään yhteyteen. Fysiatrialta tullessa läheteessä merkintä "pyy-

detään informoimaan fysiatrian poliklinikan sihteerä kipuvastaanoton ja blokadin ajankohdasta", jolloin voidaan varata etukäteen fysioterapeutin antama ohjausaika Musti -ajanvarauspohjaan.

- Potilaille, joilla kontraktuuraa, voidaan laittaa kestoplexus heräämöolosuhteissa. Tällöin potilas vuodeosastojaksolla. Etukäteen sovitaan osaston kanssa.
- Pitkästä matkasta olevat potilaat tai jos kipupkl ei vedä, potilas järjestetään vuodeosastolle, josta blokadi ja ft heräämössä. Osaston fysioterapeutti ohjaa hoidon vuodeosaston aikana.
- akuutit CRPS -potilaat; kipupkl järjestää vastaanottoajan tai heräämööön blokadi-ajan 1 kuukauden kuluessa
- kroonisen vaiheen potilaat, jotka soittavat kipupkl:lle suoraan ja pyytävät puudutusta otetaan läheteellä suoraan kipupkl:lle.
- Miten toimitaan niiden potilaiden kanssa, jotka eivät hyödy puudutuksista? Kuntoutus, toimintakyky, lääkehoito, psykologinen tuki, sosiaalinen tuki.

Sympaattiset blokadi paikallispuudutteilla. Kauan pidetty CRPS:n hoidon kulmakivenä, näyttö vaatimaton. Usein saavutetaan kuitenkin lyhyt kivunlievitys ja siksi olisi suositeltavaa käyttää fysioterapian yhteydessä. Suonensisäinen paikallinen sympaattinen blokadi (Ismelin). Pitkäaikainen hyöty on kyseenalainen.

Epiduraalinen takajuostestimulaatio CRPS-hoidossa; Keski-Suomen keskussairaalaassa harvoin käytetty, ei alkuvaiheen hoito.

Lääkityksenä käytetään:

- Neuropaattisen kivun lääkkeet
 - Masennuskipulääkkeet
 - Epilepsialääkkeet
 - Tramadoli
- Unilääkitys
- Verenkiertoa parantava lääkitys (Nitrolaastari)
- Kalsiumkanavan salpaaja (felodipiini, Plendil)
- Tulehduskipulääkkeet
- Opiaatit tarvittaessa

6) PSYKOLGILLE JA PSYKIATRILLE

Fysiatriri kirjoittaa lähetteen psykiatrille masennus tai muiden psyykkisten oireiden ollessa merkittäviä ja potilaan suostumuksella. Kroonistuneissa tapauksissa fysiatriri tekee lähetteen psykologin vetämään kipuryhmään.

Kipupkl konsultoi edelleen tarvittaessa suoraan psykiatrian poliklinikkaa. Pidetään voimassa sama käytäntö kuin aikaisemmin: Psykologin sovitut konsultaatioajat 1 x kk, jolloin psykologi tulee kipupkl:lle tapaamaan potilasta. Tarvittaessa psykiatrin konsultaatio.

7) SOSIAALITYÖNTEKIJÄLLE:

- sosiaalisen tilanteen kartoitus tehdään tarvittaessa

8) KIRURGILLE:

Kirurgi tekee potilaasta lähetteen fysiatrialle, kun CRPS epäily tai diagnoosi (leikkaukseen tai toipumiseen liittyvät ongelmat). CRPS:n hoito ei ole operatiivinen.

Kirurgin tehtävä on ehkäistä CRPS:n syntymistä pidättäytymällä tiukasti yleisesti hyväksytyissä leikkausindikaatioissa, huolellisella leikkaus- ja kipsaustekniikalla ja huolehtimalla, että potilas saa asianmukaisen liikeharjoituksen. Kirurgin tulee ohjata CRPS-potilas asianmukaiseen kuntoutukseen ajoissa. (Vasenius 2007, Kalso 2006.)

Kaikkiin kirurgisiin toimenpiteisiin tulee suhtautua suurella varauksella tilanteissa, joissa potilaalla on aktiivinen CRPS -prosessi päällä.

Kirurgin kanssa tehdään yhteistyötä tapauksissa, joissa potilas tarvitsee kirurgisen vuodeosastojakson pidempiaikaisen puudutus- ja kivunhoidon sekä kuntoutuksen mahdollistamiseksi.

Kirurgisen osaston fysioterapeutit osallistuvat vuodeosastojakson aikana potilaan kuntoutukseen. Kirurgi lähettää fysiatrialle.

9) FYSIOTERAPEUTILLE:

- Nimetty fysioterapeutti tulee kipupkl:lle puudutusten välittömään yhteyteen jumppaamaan potilaita, joilla kontraktuura
- Musti- ajanvarauspohjaan fysioterapeutille ajanvaraus/ kipupkl:n blokadi/ kontraktuurien fysioterapia. Fysiatria merkitsee kipupkl:n lähetteen "pyydetään informoimaan fysiatrian poliklinikan sihteeriä kipuvastaanoton ja blokadin ajankohdasta", jolloin voidaan varata etukäteen fysioterapeutin antama ohjausaika
- Fysioterapiassa edetään potilaan kiputilanteen mukaisesti (ei tietyn kaavan mukaan vaiheittain)

Fysioterapeutti ehdottaa arviointikriteerien laatimista, missä vaiheessa katsotaan, onko hoidosta ollut hyötyä sekä kuinka kauan edetään tietyssä hoitolinjassa, vaikkei hoito ole tuottanut tulosta.

10) TOIMINTAPERAPEUTILLE:

Menetelmät: asentohoitolastan valmistaminen, yliherkän ihotunnon karaisuhoidon ohjaaminen, puuttuvan ihotunnon kouluttaminen, kompressiokäsineen tai -sukan sovittaminen / hankkiminen turvotuksen ja kivun hoitoon, kotona suoritettavien käden käytön harjoitusten ohjaaminen (peilitterapia, oteharjoitukset, toimintamuodot, harrastukset), apuvälinetarpeen arviointi, toiminnan keventäminen, muuttaminen, käden saaminen mukaan toimintoihin

Tiiviimmän terapian toteuttamiseen ei ole resursseja, mutta tarvittaessa suosittelee terveyskeskuksen tai yksityispuolen toteutettavaksi.

Toimintaterapeutin arviointi perustuu fyysisten toimintojen arviointiin. Toimintaterapeutti näkee tärkeäksi jatkaa keskustelua hoidon sisällöistä.


11) Kokouksessa sovittiin että CRPS- hoito organisoidaan tästä eteenpäin hoitoketjukurvauksen mukaisesti.

Erikoissairaanhoidossa fysiatria ottaa päähoitovastuun CRPS -potilaiden hoidossa. Hoitoketjukurvauksen mukaan fysiatri ohjaa potilaan läheteellä eri asiantuntijoille ja erikoisaloille, järjestää hoidon sekä seurannan.


Hoitoketjun osapuolet yhteisvastuullisesti huolehtivat siitä, että työnjako ja tehtävät toteutuvat.

Kokouksessa sovittiin toiminnan etenemisestä, niin että lokakuussa 2008, **ti 28.10.08 klo 15, paikka kipupoliklinikka, pidetään CRPS -työryhmän seurantakokous, jossa arvioidaan hoitoketjuprosessia.**


Liite 7. Hoito-ohjeet, Fysiatri ja fysioterapeutti

 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	Hoito-ohjeet, Fysiatri ja fysioterapeutti	Päiväys: 28.04.2008 Laatija: Eija Ruuskanen CRPS -työryhmä	Liite 7.
<p>LÄHETE Potilaat ohjataan keskitetysti kiireellisellä läheteellä fysiatrian poliklinikalle, josta pyritään antamaan lääkärin vastaanottoaika lähteen saapumista seuraavalle viikolle.</p> <p>TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT Fysiatri tutki potilasta ja otattaa tarvittavat erotusdiagnostiset tutkimukset sekä aloittaa neuropaattisen kivun lääkeyksen, jos sitä ei ole jo lähettävä lääkäri aloittanut ja pyrkii muutenkin tehostamaan kipulääkitystä, sekä aloittaa myös verenkiertoa parantavan lääkeyksen.</p> <p>Fysiatri ohjaa potilaan fysiatrian poliklinikan fysioterapeutille, jossa fysioterapeutti: -ohjaa potilaalle raajan käyttöä tehostavia sekä nivelten jäykistymistä ehkäiseviä harjoitteita, -lihaksen sähköstimulaatiohoidon potilaalle (NEMS) ja laite lainataan kotikäyttöön. NEMS:llä pyritään ehkäisemään lihassatrania, lisäämään raajan verenkiertoa ja vähentämään kipuaristusta, mikä voi lisääntyä käden käyttämättömyyteen liittyen. -Fysioterapeutti ottaa potilaan kontrolliin jo viikon kuluttua, jolloin tarkistetaan laitteen oikea käyttö ja uudelleen kontrolli 2 kk kuluttua.</p> <p>Fysiatri kirjoittaa lähteen toimintaterapeutille, joka ohjaa hyperestesiaa vähentäviä harjoitteita ja aloittaa tarvittaessa lastahoidon sekä puristuskasineen / sukan käytön turvotukseen ja vähentämään kipua. Toimintaterapeutti ja fysioterapeutti pitävät tarvittaessa yhteisvastaanottoja, joissa raajan tutkimukset ja arvio (niveljäykkyydet ja arpiinnikkeet).</p> <p>Fysiatri: Mikäli kädessä on alkavaa kontraktuuraa (kutistuskouristus, pitkäkestoinen tahdosta riippumaton lihasspasticus -kutistustila), niin tämä pyritään poistamaan fysiatriin tekemällä vähintään kerran viikossa toistuvalla johtopuudutuksessa tapahtuvalla mobilisaatiolla.</p> <p>Fysiatri kirjoittaa Kelan SV31 lähteen ulkopuoliseen hoitokäyttöön fysioterapeutin harjoittelun ohjaukseen -raajan mobilisaatiota varten -totuttamiseksi kosketukseen -liikkeeseen ja kuormitukseen -kivunhoitoon; akupunktio / PENS hoito Sovittujen kontrollien lisäksi potilas tai häntä hoitava fysioterapeutti voi tarvittaessa ottaa yhteyttä fysiatriin. Seuranta jatkuu työikäisillä kunnes työkykyasia ratkeaa.</p> <p>Fysiatri tekee lähteen kipupiktille anestesiologille Ismelin blokadeja varten -Ismelinlokadi-sarjahoidon jälkeen 2 vko:n kuluttua potilas saa kontrolliajan fysiatrian poliklinikalle, jossa seuranta jatkuu aktiivisen harjoittelun tehostamisella tai potilaille, joilla on raajan kontraktuuraa, tehdään Ismelinlokadi ja kertaplexuspuudutus kipupoliklinikalla. Näiden toimenpiteiden välittömään yhteyteen järjestetään fysioterapeutin ohjaama tai avustama mobilisaatio (leikkausastan heräämisessä). -Mikäli kipuoireisto hankaloituu tai verenkierto heikkenee seurannassa, kirjoitetaan uusi lähete blokadeja varten ja seuranta edelleen sen jälkeen fysiatrian poliklinikalla.</p> <p>Psykiatrille lähete kirjoitetaan masennus tai muiden psyykkisten oireiden ollessa merkittäviä ja potilaan suostumuksella. Kroonistuneissa tapauksissa fysiatri tekee lähteen psykologin vetämään kipuryhmään.</p> <p>Sosiaalityöntekijälle lähete tehdään tarvittaessa ammatillisten ja toimeentuloasioiden kartoittamiseksi.</p>			


Liite 8. Hoito-ohjeet, Toimintaterapeutti

 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	Hoito-ohjeet, Toimintaterapeutti	Päiväys: 28.04.2008 Laatija: Eija Ruuskanen CRPS -työryhmä	Liite 8.
<p>LÄHETE Potilas tulee toimintaterapiaan keskitetysti fysiatriin läheteellä (käsikirurgi voi konsultoida suoraan toimintaterapeuttia).</p> <p>TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT Keski-Suomen keskussairaalassa toimintaterapia toteutuu ohjauksellisinä poliklinikakäynteinä. -Ensimmäinen käynti pystytään antamaan kahden viikon sisälle. -Tarvittavat seurantakäynnit sovitaan muutaman viikon välein. Tiiviimmän terapian toteuttamiseen ei ole resursseja, mutta tarvittaessa sellaista voidaan suositella terveyskeskuksen tai yksityispuolen toteutettavaksi. Mikäli tarvitaan laajempaa selvitystä työkykyyn liittyen, tämä tapahtuu Kinkkomaan toimintaterapiassa.</p> <p>Toimintaterapeutti arvioi potilaan -yläraajan toimintakykyä ja oireiden vaikutusta päivittäisten toimintojen suorittamiseen -nivelten liikkuvuuden, -käden otteiden ja voiman, -hienomotoriikan, -ihotunnon, -turvotuksen -ja kivun arviointi.</p> <p>Toimintaterapian menetelmiä CRPS- potilaan hoidossa ovat: • asentohoitolaistan valmistaminen lastahoidoita käytetään usein ensi-apuna kipuun ja turvotukseen, estämään virheasentojen syntymistä sekä korjaamaan jo syntyneitä rajoituksia • ylläikään ihotunnon karaisuhoitojen ohjaaminen tavoitteena on normalisoida eri tunnon lajien aistimista, vähentää kevyen kosketuksen aiheuttamaa kipua ja epämiellyttävää tunnetta • puuttuvan ihotunnon kouluttaminen opetetaan potilasta kiinnittämään huomiota siihen, millä erilaiset kosketukset ja pintamateriaalit tuntuvat, jotta hän oppisi uudelleen tulkitsemaan erilaisia ärsykeitä • kompressiokasineen tai -sukan sovittaminen / hankkiminen turvotuksen ja kivun hoitoon • kotona suoritettavien käden käytön harjoitusten ohjaaminen peiliterapia, oteharjoitukset, toimintamuodot, harrastukset • apuvälinearpeen arviointi toiminnan keventäminen, muuttaminen, käden saaminen mukaan toimintoihin</p> <p>Toimintaterapeutille on ohjautunut pääosin hermovaurion jälkitilat ja isonmat käsivammat. Käsikirurgi on pääosin lähettänyt potilaita toimintaterapeutille. Kirurgian poliklinikalta lähetetyt potilaat toimintaterapeutti ja fysioterapeutti ovat tarvittaessa katsoneet yhteisvastaanotolla, joissa raajan tutkimukset ja arvio (niveljäykkyydet ja arpiinnikkeet).</p>			


Liite 9. Hoito-ohjeet, Kipupoliklinikka; anestesioologi ja kipusairaanhoitaja

 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	Hoito-ohjeet, Kipupkl; anestesioologi ja kipush	Päiväys: 28.04.2008 Laatija: Eija Ruuskanen CRPS -työryhmä	Liite 9.
<p>LÄHETE Potilas tulee läheteellä anestesioologille keskitetyksi fysioterapiaa. Pyritään siihen, että potilas on fysiatrian poliklinikan seurannassa ja hoidossa.</p> <p>Anestesioologi TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT -Kipupoliklinikan pitkästä lähetejonoista huolimatta akuutit CRPS-potilaat pyritään ottamaan vastaanotolle jonon ohi ylimääräiselle ajalle. Selvissä tapauksissa varataan 3 käyntiaikaa viikon välein. Akuuteille CRPS-potilaille pyritään järjestämään 1kk:n kuluessa ensimmäinen puudutus joko kipupoliklinikan vastaanotolla tai heräämössä. Tarvittaessa potilaalle järjestetään paikka kirurgiselle osastolle, josta käsin fysioterapia ja puudutukset heräämössä. -Kipupoliklinikalle avoterveystienhuollosta läheteellä suoraan otetaan lähinnä kroonisen vaiheen potilaita (entisiä, jotka aikaisemmin käyneet vastaanotolla), joiden tilanne on vaikeutunut.</p> <p>Kipupoliklinikka osallistuu CRPS-potilaan hoitoon antamalla potilaalle kipua lievittäviä hoitoja -esim. Ismelin (guanetiini)-blokaajeja -tai muita sympaattisen hermoston salpauksia -tai muita kipua lievittäviä puudutuksia (pleksus-puudutus, epiduraalipuudutus) Blokadien tarkoitus on kivunlievitys, jäykkyyden vähentäminen ja sitä kautta kuntoutuksen edistäminen. Samalla seurataan kipulääkityksen tehoa ja sivuvaikutuksia ja tarvittaessa mukailaan lääkitystä.</p> <p>Kipupoliklinikan anestesioologi tarvittaessa konsultoi suoraan psykologia tai psykiatria.</p> <p>Kipupoliklinikan käyntien jälkeen potilas ohjataan jatkohoitoon takaisin lähettävään yksikköön, jonne toimitetaan yhteenveto annetuista hoidoista ja lääkityksestä. 2 vk:n kuluttua puudutuksesta potilas saa kontrollilajan fysiatrian poliklinikalle, jossa seuranta jatkuu aktiivisen harjoittelun tehostamisella. Mikäli kipuoireisto hankaloituu tai verenkierto heikkenee seurannassa, kirjoitetaan uusi lähete blokadeja varten ja seuranta edelleen sen jälkeen fysiatrian poliklinikalla.</p> <p>Kipusairaanhoitaja TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT: -Vastaanotto- ja hoitoon osallistuminen. Potilaiden haastattelu ennen lääkärin vastaanottoa. Puudutusmenetelmien avustaminen, potilaan valmistelu ja ohjaus -Potilaan voinnin tarkkailu -Potilaan hoitovasteen seuraaminen ja kivun arviointi (VAS/ NRS); Kipuhoidajan soitto (ajanvarauksesta) potilaalle puudutusvasteesta, lääkitysvasteesta, lääkähoidon aloitus/ sitoutuminen, puudutusarja-hoidon jatko; järjestäminen tai peruuttaminen) ja potilaan voinnista raportointi anestesioologille -Tietoa potilaalle oireyhtymästä, tieteellinen tuki (esimerkiksi potilaan ohjaus tiedon etsimiseen eri lähteistä) -Psykososiaalinen tukeminen, potilaan ja hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltainen huomioon ottaminen sekä arjen selviytymisen tukeminen, itsehoitokeino -Vertaisryhmän ohjaus (nettii), kipupotilasyhdistykset -Emotionaalinen tukeminen -Potilaiden yhteydenottoista kipulääkärin konsultointi -Potilaan hoidon koordinoitua yhdessä kipulääkärin ja potilaan kanssa. Heräämöblokadien järjestäminen tarvittaessa -Potilaan vastaanoton järjestäminen tarvittaessa ylimääräiseksi -Eri hoitotahojen konsultointi potilashoidon parantamiseksi. Verkostoituminen ja yhteistyö eri hoitoyksiköiden välillä -Kivunhoitoon liittyvä koulutus ja sen kehittäminen</p>			

Liite 10. Hoito-ohjeet, Psykiatri ja psykologi

 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	Hoito-ohjeet, Psykiatri ja psykologi	Päiväys: 28.04.2008 Laatija: Eija Ruuskanen CRPS -työryhmä	Liite 10.
<p>LÄHETE Psykiatrilta lähete kirjoitetaan masennus tai muiden psyykkisten oireiden ollessa merkittäviä ja potilaan suostumuksella. Kroonistuneissa tapauksissa fysiatri tekee lähetteen psykologin vetämään kipuryhmään.</p> <p>Potilaat tulevat konsultaatiopyyntöinä hoitavalta erikoisalalta. Konsultaatiopyyntö voidaan tarpeen mukaan laatia, jos psykiatrin oireilu merkittävästi vaikuttaa potilaan elämän laatuun, toimintakykyyn tai kuntoutuksen toteutumiseen.</p> <p>TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT -Akuuteissa tilanteissa potilaan voi ohjata psykiatrilta. Aika pyritään järjestämään välittömästi. -Vähemmän akuuteissa tilanteissa konsultaatiopyyntö voi osoittaa psykologille, joka sitten tarvittaessa voi järjestää psykiatrin tapaamisen. Sekä psykiatrilta että psykologille osoitetut konsultaatiopyynnot tehdään Effican PSKONS-lomakkeelle.</p> <p>Haastattelulla ja kyseyslomakkein toteutettava psykiatrin tutkimus keskittyy seuraaviin seikkoihin: -tavanomainen potilaan psyykkisen tilan kartoitus (esim. mieliala ja ahdistuneisuus), -sairautta ja sen hoitoa koskevat uskomukset, -psykososiaalinen elämäntilanne ja tukiverkosto, - sekä selviämiskeinot.</p> <p>Lisäksi arvioidaan psykiatrisen hoidon tarve ja se toteutetaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan -lääkehoido -yksilöllinen keskusteluhoito -pitkäaikaisille kipupotilaille tarkoitettu ryhmä tai näiden yhdistelmä</p>			

Liite 11. Hoito-ohjeet, Sosiaalityöntekijä

 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	Hoito-ohjeet, Sosiaalityöntekijä	Päiväys: 28.04.2008 Laatija: Eija Ruuskanen CRPS -työryhmä	Liite 11.
<p>LÄHETE Fysiatrri: Sosiaalityöntekijälle lähete tehdään tarvittaessa ammatillisten ja toimeentuloasioiden kartoittamiseksi.</p> <p>TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT Sosiaalityöntekijä selvittää potilaan sosiaalisen tilanteen: -perhe ja asuminen -koulutus -työhistoria -sosiaaliturva -kuntoutus, lääkinällinen ja ammatillinen kuntoutus</p> <p>Sosiaalisen tilanteen kartoitus tehdään tarvittaessa CRPS-potilaille jo hoidon alkuvaiheessa. Tällöin potilas hahmottaa hänelle kuuluvan sosiaaliturvan ja osaa hakea oikea-aikaisesti kulloiseenkin elämäntilanteeseen kuuluvat etuudet esim. työttömyysturva/sv-päiväraha.</p> <p>Alukartoituksen jälkeen on hyvä hoitoketjun edetessä tarkentaa potilaan tilanne sosiaaliturvaan liittyvien asioiden osalta eritoten mahdollisesti ammatillista kuntoutusta silmälläpitäen.</p>			

Liite 12. Hoito-ohjeet, Kirurgi

 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	Hoito-ohjeet, Kirurgi	Päiväys: 28.04.2008 Laatija: Eija Ruuskanen CRPS -työryhmä	Liite 12.
<p>LÄHETE Kirurgi tekee potilaasta lähteen fysiatrialle, kun CRPS epäily tai diagnoosi (leikkaukseen tai toipumiseen liittyvät ongelmat).</p> <p>TYÖNJAKO JA TEHTÄVÄT CRPS:n hoito ei ole kirurginen.</p> <p>Kirurgin tehtävä on ehkäistä CRPS:n syntymistä pidättäytymällä tiukasti yleisesti hyväksytyissä leikkauksindikaatioissa, huolellisella leikkaukseen ja kipsaustekniikalla ja huolehtimalla, että potilas saa asianmukaisen liikehajoituksen. Kirurgin tulee ohjata CRPS-potilas asianmukaiseen kuntoutukseen ajoissa. (Vasenius 2007; Kalso 2006.)</p> <p>Kaikkiin kirurgisiin toimenpiteisiin tulee suhtautua suurella varauksella tilanteissa, joissa potilaalla on aktiivinen CRPS-prosessi päällä.</p> <p>Kirurgin kanssa tehdään yhteistyötä tapauksissa, joissa potilas tarvitsee kirurgisen vuodeosastojakson pidempiaikaisen puudutus- ja kivunhoidon sekä kuntoutuksen mahdollistamiseksi. Kirurgisen osaston fysioterapeutit osallistuvat vuodeosastojakson aikana potilaan kuntoutukseen.</p>			