

# KIPU PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Kivunhoidon nykytilan arviointi ja kehittäminen Akuutti24:ssa

LAB-AMMATTIKORKEAKOULU  
Sairaanhoitaja YAMK  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja  
johtaminen  
Kevät 2020  
Miia Kiema

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Kiema, Miia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 81 sivua	Valmistumisaika Kevät 2020
Työn nimi <b>Kipu päivystyspoliklinikalla</b> Kivunhoidon nykytilan arviointi ja kehittäminen Akuutti24:ssa		
Tutkinto Sairaanhoidaja YAMK, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen		
Tiivistelmä <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä tutkimuksellisenä kehittämishankkeena Päijät-Hämeen keskussairaalan Akuutti24-päivystyksessä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli Akuutti24:n kivunhoidon osaamisalueiden, haasteiden, kehittämistarpeiden, tavoitteiden ja keinojen tunnistaminen kivunhoidon kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli selvittää kivunhoidon ja sen kirjaamisen nykytilaa osana laadun- tarkkailua. Kehittämishankkeen tarkoitus oli käynnistää kivunhoidon osaamisen kehittäminen potilaiden kivunhoidon parantamiseksi, ja lisätä hoitohenkilökunnan osallistamista kivunhoidon kehittämiseen. Kehittämishankkeen aineistonkeruumenetelminä käytettiin World Café -työpajoja ja potilasasiakirja-analyysejä.</p> <p>Potilasasiakirja-analyyseihin mukaan sekä hoitajien että lääkäreiden kivun arviointi, kivun hoito ja kirjaaminen olivat puutteellisia. Kipu tunnistettiin ja kirjattiin sairauskertomuksiin potilaan tulovaiheessa, mutta sen jälkeen kivunhoidon seuranta ja kirjaaminen oli vähäistä. Kivun voimakkuuden arviointi oli satunnaista eikä arviointia tehty kaikille potilaille, joilla oli kipua. Lääkkeellistä hoitoa oli saanut noin puolet potilaista ja lääkkeettömää hoitoa yksittäiset potilaat. Kipulääkkeenantoviive oli potilaiden odotuksiin ja ohjeisiin nähden kaukana tavoitteesta, mutta aiempiin tutkimuksiin nähden samaa tasoa.</p> <p>Työpajojen keskusteluissa kivunhoidon merkittävimmiä haasteiksi havaittiin kiire, lääkäreiden kokemattomuus sekä kivun seurannan ja kirjaamisen unohtaminen. Kivunhoidon tärkeiksi kehittämisen osa-alueiksi todettiin kivun tunnistaminen, kivunhoidon seuranta, arviointi ja kirjaaminen sekä kroonisen kivun hoito. Kehittämisen keinoina nähtiin koulutus, lääkäreiden sitouttaminen ja potilaiden kivunhoidon ohjaus. Tavoitteiksi nousivat ennakoiva kivun tunnistaminen, kirjaamisen parantaminen, kipulääketietämyksen ja kivunhoidon perusosaamisesta huolehtiminen.</p> <p>Tunnistamalla kivunhoidon haasteet, esteet ja mahdollisuudet, on Akuutti24:llä edellytykset kehittää kivunhoitoa, niin että käytännön työ ja potilaiden odotukset kohtaavat.</p>		
Asiasanat kivun hoito, kivun arviointi, kivun kirjaaminen		

## Abstract

Author(s) Kiema, Miia	Type of publication Master's thesis	Published Spring 2020
	Number of pages 81 pages	
Title of publication <b>Pain in Emergency Department</b> Assessment of the current state of pain management and development at Akuutti24		
Name of Degree Master of Health Care, Social and Health Care Development and Management		
<p><b>Abstract</b></p> <p>This thesis was carried out as a working life-oriented research and development project in the Akuutti24 Emergency Department of Päijät-Häme Central Hospital. The aim of the development project was to identify Akuutti24's competence of pain management, challenges, development needs, goals and means for developing pain management. In addition, the aim was to assess the current state of pain management and its documentation as part of quality control. The purpose of the development project was to initiate the development of pain management skills to improve patient pain management, and to increase the involvement of nursing staff in the development of pain management. World Café -workshops and patient document analysis were used as data collection methods.</p> <p>According to the medical record analysis, pain assessment, pain management, and documentation were deficient. On arrival pain was identified and documented, but follow-up and documentation of pain management was low. The assessment of pain intensity was random, pain intensity was not assessed in all painful patients. About half of the patients had received analgesics and a few patients had received nonpharmacologic treatment. The analgesic delay was far from the target in relation to patients' expectations and instructions.</p> <p>Discussions in the workshops revealed that the most significant challenges in pain management were lack of time, inexperience of physicians, and forgetting to monitor and documentation pain. Identification of pain, monitoring, evaluation and documenting of pain management, and treatment of chronic pain were identified as important areas for the development of pain management. Training, engaging physicians, and patient education were seen as way to develop pain management. The goals were to proactively identify pain, improve documentation, and provide basic knowledge of pain medicine and pain management.</p> <p>By identifying the challenges, barriers and enablers of pain management, Akuutti24 has the prerequisites to develop pain management, so that practical work and patients' expectations meet.</p>		
Keywords pain management, pain assessment, pain documentation		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT .....	3
2.1	Kehittämishankkeen tausta.....	3
2.2	Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio.....	4
2.3	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite .....	6
3	KIPU PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA.....	7
3.1	Päivystyspoliikkatoiminnan ja -hoidon erityispiirteet.....	7
3.2	Kipu ja kiputilojen luokittelu .....	9
3.3	Kivun tunnistaminen ja arviointi.....	10
3.4	Kivunhoito päivystyspoliikkalla .....	14
3.5	Kivun ja kivunhoidon kirjaaminen.....	18
3.6	Kivunhoidon haasteet, esteet ja edellytykset.....	20
3.7	Kivunhoidon osaamisen kehittäminen.....	27
4	KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄT.....	30
4.1	Toimintatutkimus lähestymistapana .....	30
4.2	World café -menetelmä.....	31
4.3	Potilasasiakirja-analyysi.....	32
4.4	Sisällönanalyysi .....	34
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS.....	36
5.1	Kehittämishankkeen eteneminen .....	36
5.2	World café -työpajojen toteutus.....	37
5.3	Aineiston keruu potilasasiakirja-analyysin avulla.....	38
5.4	Kivunhoidon kehittämisen käynnistäminen .....	39
6	AINEISTON ANALYSOINTI.....	41
6.1	World café – ajatuksia ja keskustelua kivunhoidosta.....	41
6.2	Potilasasiakirja-analyysin tulokset kivunhoidon arvioinnin menetelmänä .....	44
7	POHDINTA.....	52
7.1	Kehittämishankkeen tulosten arviointia .....	52
7.2	Kehittämishankkeen arviointi .....	58
7.3	Eettisyys ja luotettavuus .....	60
7.4	Kehittämishankkeesta esiin nousseita jatkotutkimus- ja kehittämisaiheita.....	61
	LÄHTEET .....	63
	LIITTEET .....	78

## 1 JOHDANTO

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559, 15§) sekä lääkäreiden ja sairaanhoitajien ammattia ohjaavat eettiset ohjeet velvoittavat terveydenhuollon hoitohenkilökuntaa lievittämään potilaan kärsimystä. Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326, 50§) mukaan päivystävässä yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Henkilöstön koulutus ja ammattitaito muodostavat laadukkaan ja turvallisen toiminnan perustan. Päivystyshoidon tavoitteena on asiantunteumuksen ohella hoidon korkealaatuisuus, oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus. Korkealaatuinen päivystyshoito vaatii ennakoimattomissa ja nopeasti vaihtuvissa tilanteissa päivystyshoidon osaamista, etupainotteista diagnostiikkaa ja viiveetöntä hoidon aloitusta. Osana potilasturvallisuutta nähdään hoidon jatkuvuutta turvaava kirjaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11, 20, 32–38.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (30.3.2009/298, 12§) mukaan potilasasiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee käydä ilmi hoidon ja hoitomenetelmien valinta ja valintoihin johtaneet perusteet. Nämä edellä mainitut lait, päivystyksen tavoitteet ja asetus koskevat myös kivun hoitoa ja sen kirjaamista potilasasiakirjoihin.

Akuutti kipu on monen sairauden ja vamman oire ja elimistön suojamekanismina se varoittaa syntyneestä tai alkavasta kudonvauriosta (Kalso 2018a). Krooninen kipu on sen sijaan erilaista, eikä se ole yleensä yhdistettävissä meneillään olevaan kudonvaurioon, vaan sitä voivat ylläpitää erilaiset sairaudet, hermovauriot ja keskushermoston muutokset (Kivunhallintatalo 2017b). Toimintamme pyrkii estämään akuutin kivun syntyä ja etenemistä, mutta myös kroonisen kivun pahentuminen saa potilaat hakeutumaan hoitoon. Kivun on arvioitu olevan suurin työkyvyttömyyden syy sekä yleisimpiä syitä lääkkeiden käyttöön. Kipu vaikuttaa fyysiseen ja henkiseen toimintaan, yksilön elämän laatuun sekä tuottavuuteen. Pitkään jatkuessaan se asettaa taloudellisen taakan yksilön lisäksi perheille, työnantajille ja koko yhteiskunnalle. (Institute of Medicine 2011.)

Kipu on yleisin syy hakeutua hoitoon päivystyspoliklinikalle (Mura ym. 2017, 2785; Chang, Daubresse, Kruszewski & Alexander 2014, 423; Tanabe & Buschmann 1999, 171). Akuutin kivun tehokas hallinta parantaa potilaan hoitotuloksia sekä potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon (Glowacki 2015, 33). Jatkuvasta tutkimuksesta ja suosituksista huolimatta on kivun hoidon todettu olevan päivystyksissä epäjohtonmukaista ja riittämätöntä (Rupp & Delaney 2004, 494). Kipulääkkeet ovat alikäytettyjä ja hoidon viivästyminen on yleistä (Guéant ym. 2011, 97; Todd ym. 2007, 460). Merkintöjä kivun arvioinnista, hoidosta, sen vaikutuksesta ja seurannasta tehdään harvoin (Lewén 2010, 768; Todd ym. 2007, 462).

Päivystyshoitohenkilökunta tunnistaa eron käytännön työn ja näyttöön perustuvan kivunhoidon välillä sekä kivunhoidon esteet ja haasteet. (Bennetts, Campbell-Brophy, Huckson & Doherty 2012, 136). He tiedostavat riittämättömään kivunhoitoon johtavat tekijät, mutta tiedon siirtäminen käytännön kivunhoitotyöhön on haasteellista (Decosterd ym. 2007, 462). Tehokkaamman kivunhoidon tarjoamisen esteenä, on vaikeus kääntää tutkimusta käytäntöön (Glowacki 2015, 39). Lisäksi vaikka tutkimus ja kivunhoito ovat kehittyneet, parhaiden käytäntöjen tehokkuudesta on edelleen niukasti tietoa ja käytännön neuvoja on saatavilla vähän (Hatherley, Jennings & Cross 2016, 34; Glowacki 2015, 33). Kivunhoidon laadun parantamiseksi on kivun hoidon esteet tunnistettava ja keskityttävä niiden poistamiseen (Zoëga, Ward, Aspelund, Sveindottir & Gunnardottir 2015, 207; Gordon ym. 2005, 1579).

Erilaisten kivunhoidon interventioiden on raportoitu parantavan kivunhoitoa ja potilaiden tyytyväisyyttä päivystyshoitoon (Decosterd ym. 2007, 462). Kivun arviointitulosten dokumentointi on lisääntynyt sekä kipulääkkeiden toimitusajat lyhentyneet (Doherty, Knott, Bennetts, Jazayeri & Huckson ym. 2013, 120). Suunnitelluilla interventioilla on saatu myös toistuvien potilaskäyntien määrää vähennettyä (Ringwalt ym. 2015, 974). Kivunhoidon käytäntöjen ja koulutusten hyödyt on kyetty osoittamaan, mutta laadun optimoimiseksi ne vaativat päivittämistä, seuranta ja säännöllistä arviointia (Stephan, Nickel, Grether, Delport-Lehnen & Bingisser. 2010, 341).

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on Akuutti24:n kivunhoidon osaamisalueiden, haasteiden, kehittämistarpeiden, tavoitteiden ja keinojen tunnistaminen kivunhoidon kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena on potilasasiakirja-analyysin avulla selvittää kivunhoidon ja sen kirjaamisen nykytilaa osana laaduntarkkailua. Kehittämishankkeen tarkoituksena on käynnistää kivunhoidon osaamisen kehittäminen Akuutti24:ssa potilaiden kivunhoidon parantamiseksi, ja edistää hoitohenkilökunnan osallistamista kivunhoidon kehittämiseen oman työnsä asiantuntijoina.

## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kehittämishankkeen tausta

Kehittämishankkeen lähtökohtana oli Päijät-Hämeen keskussairaalan Akuutti24-päivystyksen hoitohenkilökunnan havaitsema tarve kivunhoidon kehittämiseen. Akuutti24:n järjestämässä kipupoliklinikan, APS-tiimin (akuutti kipuhoitotiimi) sekä palliatiivisen poliklinikan hoitohenkilökunnan yhteistapaamisessa keskusteltiin Akuutti24:n kivunhoidon kehittämisestä. Keskustelussa päätettiin aloittaa kehittämistyö kivunhoidon nykytilan kartoittamisesta opinnäytetyönä.

Akuutti24:ssä haluttiin parantaa myös asiakkaiden kokemaa kivunhoidon laatua. Kehittääkseen toimintaansa Akuutti24 on kerännyt jatkuvasti asiakaspalautetta antamastaan hoidosta. Asiakas voi antaa palautteen hoito- ja asioimiskäynnillään tai hoitojaksollaan paperilomakkeella tai vaihtoehtoisesti sähköisesti Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän internet-sivuilla. (PHSOTEY 2009, 8.) Ensihoito- ja päivystyskeskuksella on ollut käytössään myös oma asiakaspalautelomake (liite 1). Asiakaspalautteessa kysytään potilailta hoito-/käyntikertaan liittyvästä kivunhoidosta väittämällä: ”Kipujani lievitettiin”. Vuoden 2015 asiakaspalauteyhteenvedosta (taulukko 1) havaittiin, että potilaat ovat kokeneet kipujen lievittyneen erinomaisestikin, mutta suurin prosentuaalinen lukuarvo on kohdassa erittäin huonosti. Tämän luvun haluttiin jatkossa olevan huomattavasti alhaisempi.

TAULUKKO 1. Akuutti24-päivystyksen asiakaspalauteyhteenvedo kivun hoidosta (Asiakaspalauteyhteenvedo 2015)

Tällä hoito-/käyntikerralla haluatte antaa palautetta							
Vastaajien määrä: 415							
Keskiarvo:2,7							
	Erinomaisesti	Hyvin	Tyydyttävästi	Huonosti	Erittäin huonosti	Yhteensä	Keskiarvo
Kipujani lievitettiin	22,90 %	20,65 %	18,06 %	12,26 %	26,13 %	310	2,98

Lisäyyn kivunhoidon kehittämiseen toi helmikuussa 2016 ensihoito- ja päivystyskeskuksen Akuutti24:n toiminnasta vastaavan ylihoitajan tavoittanut haaste. Suomen kipu ry haastoi Suomen päivystyspoliklinikat kehittämään toimintaansa niin, että kipupotilaiden tarpeet otettaisiin paremmin huomioon. Sairaaloilta pyydettiin konkreettisia toimia tilanteen kartoittamiseksi ja parantamiseksi (liite 2). Haasteen ohjaamana Akuutti24:n ylihoitajan, osastonhoitajan, kivunhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ja hoitotyön klinisen

asiantuntijan kanssa päätettiin kehittämishankkeesta ja sen toteuttamistavasta. Kehittämishankkeen tekijä toimi organisaatiossa kipupoliklinikan sairaanhoitajana.

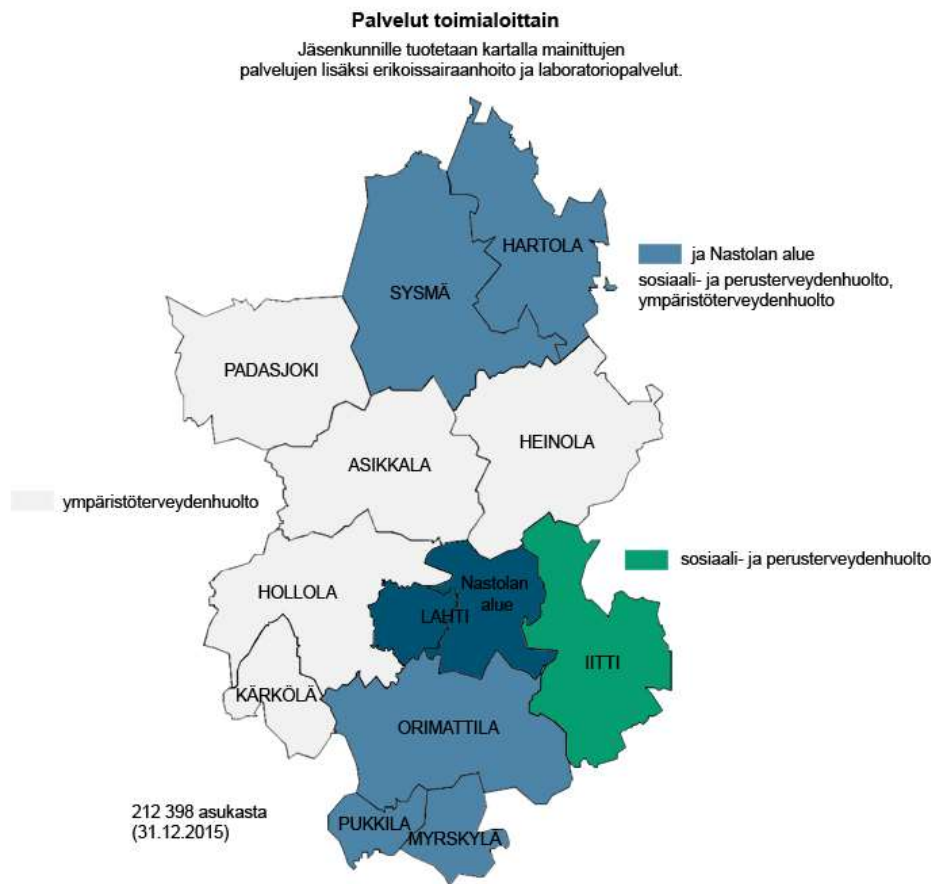
Kehittämishanketta tukevia teemoja keskussairaalan vuosien 2014–2018 strategiasta olivat erityisesti hoidon ja palveluiden oikea kohdentaminen, henkilöstöön panostaminen ja tehokkaat ja saumattomasti toimivat palvelut. Lähtökohtana niille pidetään erilaisten asiakasryhmien tunnistamista ja huomion kiinnittämistä erityisesti paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeisiin ja kohtaamiseen. Yhtymän toiminnalle vahvuustekijän muodostavat osaava ja oppiva henkilöstö, jonka ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksiin kiinnitetään huomiota. (PHSOTEY 2014a.)

Tutkimusten mukaan kipu on yksi paljon terveystalouden käyttöön ohjaavista tekijöistä (Milbrett & Halm 2009; Kivelä 2014, 22). Yhtymän strategian teemat ohjaavat kivunhoitoa tarvitsevien potilaiden tunnistamiseen ja heille tarpeen mukaisten palvelujen tarjoamiseen. Tätä tukee panostaminen henkilöstön kivunhoidon osaamiseen kehittämiseen.

## 2.2 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio on Akuutti24 päivystyskeskus Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Kehittämishankkeen aloitusvaiheessa Akuutti24 oli osa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymää (PHSOTEY), mikä on aloittanut toimintansa 1.1.2007. Hankkeen aikana vuoden 2017 alusta käynnisti toimintansa uusi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. PHSOTEY kuten nykyinen PHHYKYkin on vastannut Päijät-Hämeessä erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta. (PHSOTEY 2016a.) Tässä kehittämishankkeessa on käytetty Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän toimintatietoja, koska ne ovat toimineet hankkeen lähtötilanteena.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja (kuvio 1) 12 jäsenkunnalle eli yli 212 000 asukkaalle Päijät-Hämeessä (PHSOTEY 2014b, 32; PHSOTEY 2016b).



KUVIO 1. Kartta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän palvelualueesta (PHSOTEY-yleisesittely 2016b).

Päijät-Hämeen keskussairaala (PHKS) on yhtymän alueen ainoa erikoissairaanhoidon toimija ja osa sen ydintoimintaa on kiireellisen hoidon tuottaminen ja järjestäminen (PHSOTEY 2014b, 34). Vuonna 2012 Päijät-Hämeen terveydenhuollon päivystystoiminta keskitettiin keskussairaalan yhteydessä olevaan ympärivuorokautisesti toimivaan yhteispäivystyskeskukseen Akuutti24:ään (Suurmunne 2015, 5). Akuutti24:ssa hoidetaan välitöntä päivystyshoitoa vaativia potilaita eli potilaita, joiden tutkimusta ja hoitoa ei voida turvallisesti siirtää seuraavalle arkipäivälle omassa terveyskeskuksessa tehtäväksi (PHSOTEY 2015a). Vuonna 2015 Akuutti24:n päivystyskäyntien määrä oli 87 593. (PHSOTEY 2015b, 5).

Hallinnollisesti yhteispäivystyskeskus kuuluu PHSOTEY:n ensihoito- ja päivystyskeskuksen toimialaan. Akuutti24 päivystyksen koko toimialan kehittämisestä ja taloudesta vastaa päivystyksen ylilääkäri ja ylihoitaja. Päivystyksessä toimii neljä osastonylilääkärinä, koulutettavia akuuttilääketieteen erikoislääkäreitä, sisätautien ja kirurgian erikoistuvia lääkäreitä, keikkapäivystäjiä ja ulkoistetun palvelun lääkäreitä. Vuosittain tarvitaan 60 lääkärin

työpanosta. Hoitohenkilökuntaan kuuluu noin 100 henkilöä pitäen sisällään osastonhoitajan, kolme apulaisosastonhoitajaa, vakinaiset sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat ja lääkintävahtimestarit sekä sosiaalihoitajan sekä hoitotyön kliinisen asiantuntijan. Lisäksi hoitoalan opiskelijoita on jatkuvasti käytännön harjoittelujaksoilla. (Suurmunne 2015, 37–38; Linsamo 2016.)

Sairaalapäivystyksenä keskussairaala on vahva yksikkö, sillä sairaalassa päivystää 24/7 yhteensä 38 erikoisalaa. Potilaita hoidetaan alueellisesti sovitun hoidon porrastuksen mukaisesti. (PHSOTEY 2014, 34, 37.) Akuutti24:ssa potilaat jaetaan hoitoprosesseihin, kiireellisyyden, tulosyyn ja osittain hoidon tarpeen mukaan. Triage-hoitaja arvioi potilaan hoitotarpeen ja kiireellisyyden ilmoittautumisen yhteydessä. (Suurmunne 2015, 39.) Triage tulee ranskankielisestä sanasta trier, mikä tarkoittaa lajittelua. Tämä alunperin sotakirurgiassa käytössä ollut sana on vakiintunut päivystyksen hoidon kiireellisyyden arvioinnin termiksi. (Kantonen 2014, 23.) Triagella luokitellaan potilaat sen mukaan, miten nopeasti heidän on tarkoitus päästä hoitoon oireidensa perusteella (Finohta 2011, 1-4). Arvion jälkeen potilas siirtyy triage-hoitajan valitsemaan hoitoprosessiin (Suurmunne 2015, 39).

Akuutti24:n hoitoprosesseja ovat operatiivinen, konservatiivinen, gynekologinen, lastentautien, kävelevien sekä somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoitajan hoitoprosessit. Operatiivinen prosessi pitää sisällään kirurgian eri erikoisalot ja gynekologian. Hammaslääkäripäivystys on päivittäin ja konsultoitavissa vuorokauden ympäri. Konservatiiviseen prosessiin kuuluu muun muassa sisätautien, keuhkotautien ja neurologian erikoisalot. (Suurmunne 2015 17, 40; Linsamo 2016.)

### 2.3 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeen tarkoituksena on käynnistää kivunhoidon osaamisen kehittäminen Akuutti24:ssa potilaiden kivunhoidon parantamiseksi. Tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan osallistamista kivunhoidon kehittämiseen oman työnsä asiantuntijoina.

Kehittämishankkeen tavoitteena on yhdessä tunnistaa kivunhoidon osaamisalueita, haasteita, kehittämistarpeita, tavoitteita sekä keinoja kivunhoidon kehittämiseksi. Lisäksi kehittämishankkeen tavoitteena on selvittää potilasasiakirja-analyysin avulla kivunhoidon ja sen kirjaamisen nykytilaa Akuutti24:ssa osana laaduntarkkailua.

### 3 KIPU PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

#### 3.1 Päivystyspoliikkatoiminnan ja -hoidon erityispiirteet

Päivystyspoliikkatoimintaa ja -hoitoa ohjaavat voimassa olevat lait ja säädökset. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3§) antaa potilaalle oikeuden hyvään terveyden ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan loukkaamatta huomioiden hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa mahdollisuuksien mukaan. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 1§) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoimintaa edellyttämä koulutus tai riittävä ammatillinen pätevyys ja valmiudet.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kunnan järjestämään alueensa asukkaille sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyvät sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Kiireellistä sairaanhoitoa on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan potilaan äkillistä sairastumista, vammaa, pitkäaikaissairauden vaikeutumista tai toimintakyvyn alenemisen vaatimaa välitöntä arviota tai hoitoa, jota ei voida turvallisesti siirtää ilman oireiden tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoito tai arviointi on annettava alle 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta (STM 2017, 2).

Viime vuosien kehitys on vienyt erikoissairaanhoidon kiireellisen hoidon päivystystoimintaa kohti yhteispäivystysjärjestelmää. Valtioneuvoston asetuksen mukaan ympärivuorokautinen kiireellinen päivystyshoito on järjestettävä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipäivystyksen yhteispäivystyksinä. Tavoitteena on varmistaa riittävä osaaminen, palvelujen yhdenvertaisuus, asiakas- ja potilasturvallisuus sekä kustannusten kasvun hillintä. Tästä palvelujen toiminnallisesta kokonaisuudesta kunnat ja sairaanhoitopiirit sopivat järjestämissuunnitelmassa. (STM 2016.)

Päivystyshoito sisältää kiireellisen tutkimuksen, hoidon ja palvelujen tarpeen selvittämisen, välittömän hoidon sekä tarpeenmukaiseen hoitoon ja palveluihin ohjaamisen. Hoidon kiireellisyyden arviointi tehdään joko paikan päällä tai puhelimitse ottaen huomioon yksikössä noudatettavat kiireellisyysluokitukset. Tästä hoidon kiireellisyyden ensiarviosta käytetään nimitystä triage. (STM 2017.)

Potilasvirran ohjaamiseksi ja kiireellisyysarvioinnin parantamiseksi on päivystyksissä kehitetty erilaisia luokittelumenetelmiä. Suomessa yleisimmin käytetty menetelmä on ABCDE-kiireellisyysluokittelu. (Finohta 2011, 1–4.) ABCDE-kiireellisyysluokittelusta ei ole julkaistu yhtenäistä ohjeistusta, joten päivystykset ovat soveltaneet sitä omien tarpeidensa mukaiseksi (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki & Mäkelä 2012, 700). Akuutti24:ssa on

myös käytössä ABCDE-kiireellisyysluokittelu. Sitä on muutettu pääosin aikatavoitteiden osalta. A-kiireellisyysluokiteltujen potilaiden hoito aloitetaan välittömästi, B-luokituksen 15-30 minuutin sisällä, C-luokituksen kahden tunnin ja D-luokituksen potilaat pyritään hoitamaan kolmen tunnin sisällä sairaalaan saapumisesta. E-luokituksen tulovaiheessa saanut potilas ei vaivansa vuoksi tarvitse päivystyksellistä hoitoa, vaan hänet ohjataan omalle terveysasemalle, sairaanhoitajan vastaanotolle tai hänelle annetaan oireenmukaista terveysneuvontaa. (Suurmunne 2015, 16–17.)

Potilaan saapuessa päivystykseen joko itsenäisesti tai ensihoitohenkilöstön tuomana ambulanssilla, vastaanottava hoitaja (triage-hoitaja) tekee arvion, onko potilaan hoidon tarve välitön, päivystyksellinen tai ajanvarauksellinen (Kemppainen 2013, 93; Sopanen 2010, 64). Potilaan peruselintoiminnot arvioidaan ABCDE-mallin mukaisesti. Hengitysteiden avoimuus (A=Airway), hengityksen laatu (B= Breathing), verenkierto (C=Circulation) sekä tajunnan taso (Disability) arvioidaan ja potilaan keho paljastetaan ja tutkitaan E (Exposing and Examining) lisävammojen ja oireiden löytämiseksi. (Kemppainen 2013, 98.) Joissain sairaanhoitopiireissä myös kipu on otettu mukaan peruselintoimintojen rinnalla arvioitavaksi oireeksi (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen, 2016).

Sairaaloiden sisäänotosta suurin osa tapahtuu päivystyspoliklinikan kautta. Päivystyspoliklinikalle on tyypillistä vaihtuva kuormitus ja kysyntä eri vuorokauden, viikonpäivien ja vuodenaikojan mukaan. (Sopanen 2009, 64.) Potilaita hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä, koska potilaat tarvitsevat hoitoa eri erikoisalojen osaajilta. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnalta yhteistyötä, erityisosaamisen ylläpitoa, joustavuutta ja työtoverin asiantuntemuksen arvostamista. Työn ammatilliset haasteet ovat suuret; työ on henkisesti raskasta ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan ammattiosaamista ja päätöksentekotaitoa. (Voipio-Pulkki 2005, 19–20.)

Työskentelyyn päivystyspoliklinikalla kuuluu ennakoimattomuus, ongelmien valikoimattomuus, nopeasti vaihtuvat tilanteet ja urakkatahtinen työ. Potilaiden avuntarpeen syy ja sairauskirjo vaihtelee vaarattomista ja hankalaoireisista välitöntä hoitoa vaativiin äkillisiin ja vakaviin sairauksiin. Kiireellisiä ja kiireettömiä potilaita hoidetaan sekaisin esitietojen ollessa usein puutteellisia. Potilaiden ikäjakauma on laaja ja sosiokulttuuriset taustatekijät vaihtelevat, usein hoitosuhde terveydenhuoltoon vasta alkaa ja potilaat ovat hoitohenkilökunnalle tuntemattomia. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan yhden asian potilaita ja moniongelmallisia potilaita sekaisin. (Pylkkänen 2005, 103–104; Sopanen 2009; 63–64.)

## 3.2 Kipu ja kiputilojen luokittelu

Kipu on yleinen oire vammojen, leikkausten ja sairauksien yhteydessä (Kivunhallintalo 2017a). Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, mihin liittyy mahdollinen tai selvä kudosa-vaurio, tai jota kuvataan samoin sanoin kuin kyseisessä vauriossa. Kipu on aina subjektiivinen kokemus. Kyvyttömyys kommunikoida verbaalisesti ei poissulje sitä mahdollisuutta, että yksilö kokee kipua ja että hän on asianmukaisen kipua lievittävän hoidon tarpeessa. (IASP, International Association for the Study of Pain 2017.)

Kipu on varoitusjärjestelmä. Akuutti kipu varoittaa kudosa-vauriosta ja toimintamme pyrkii estämään sen syntyä tai etenemistä. Suojaheijaste saa vetäytymään uhkaavasta ärsykkeestä esimerkiksi vetämään sormen pois kuumasta liekistä. Melkein kaikkialla kehossa sijaitsee kipureseptoreita, jotka lähettävät kipuviestejä hermosoluista muodostuvia ketjuja eli hermoratoja pitkin käsiteltäväksi aivojen eri osiin. Suojaheijasteen tehtävä on estää li-sä-vaurion syntyminen. (Kalso 2018a.) Kipu opettaa meitä suojamaan itseämme vaarati-lanteilta (Kivunhallintatalo 2018a).

Kipua luokitellaan eri tavoin käyttötarkoituksen mukaan käytännön potilastyössä sekä tutkimusten ja hallinnon tarpeisiin (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018a). Perinteinen luokit-telu kivun sijainnin mukaan perustuu anatomiaan. Siinä kipu nimetään kivuliaan paikan mukaan, kuten vaikkapa polvikipu ja pääkipu. Kipua voidaan luokitella sen aiheuttajan mu-kaan kuten leikkauksen jälkeinen kipu, syöpäkipu ja nivelrikon aiheuttama kipu. (Vainio 2009, 150.)

Kivun luokittelutapa ajallisuuden tai keston mukaan on yleistä. Akuutti kipu on äskettäin alkanutta kipua, jolla on yleensä sekä selkeä ajallinen yhteys että syy-yhteys vammaan tai sairauteen. Sillä on siis ensisijaisesti elimistöä suojaava vaikutus, ja kivun syy on useim-miten hoidettavissa. Tunnistamaton voimakas kipu vaatii asiaan kuuluvia tutkimuksia. (Ha-munen, Karlsson & Vainio 2018a.) Kivun Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan akuutti kipu kestää ajallisesti alle kuukauden. Subakuutin kivun katsotaan kestävän 2-3 kuukautta sen aiheuttaneen vamman tai sairauden jälkeen (Hamunen ym. 2018c).

Kipu luokitellaan usein krooniseksi sen keston mukaan. Kipu määritellään krooniseksi, jos se on kestänyt yli 3-6 kuukautta tai yli odotetun vamman tai sairauden aiheuttaman kudosa-tai hermovaurion paranemisajan. Myös toistuva lyhytkestoinen kipu kuten migreeni voi-daan määritellä krooniseksi kivuksi. Läpilyöntikivulla tarkoitetaan pitkäaikaisen kivun ohi-menevää voimistumista, tavallisimmin puhuttaessa syöpäpotilaan kivun tilapäisestä pahe-nemisesta. (Hamunen ym. 2018c.)

Mekanismiin perustuva luokitus on merkittävä hoidon valinnalle. Siinä kipu jaetaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu syntyy, kun kipuhermopäätteet aktivoituvat kemiallisten, mekaanisten tai lämpöärsykkeiden vaikutuksesta. Tyypillisimpiä ovat iskemiat, tulehduskivut, kasvainten aiheuttamat kivut sekä nivel-, lihas- ja luustokivut. Nosiseptiiviseen kipuun liitettävä sisäelinkipu eli viskeraalinen kipu syntyy sisäelimiä hermottavien autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Se on vaikeasti paikannettavaa, heijastuvaa, laajemmalla alueella tuntuvaa ja siihen voi kuulua autonomisia oireita kuten kalpeus, sydämentykytys, pahoinvointi ja hikoilu. Sisäelinkipua ovat muun muassa sappi- ja virtsatiekiivut. (Kalso & Kontinen 2018; Vainio 2009, 154–155.)

Neuropaattista kipua eli hermovauriokipua ylläpitää kipu välittävän hermojärjestelmän vaurio tai toimintahäiriö, minkä taustalla on jokin sairaus tai vamma (IASP Terminology, 2017). Kipu voi olla perifeerinen kuten diabeetisessa neuropatiassa tai sentraalinen kuten aivohalvauksen jälkeisessä kiputilassa. Tyypillisiä ovat kipualueen tuntohäiriöt, epänormaalit tuntemukset kuten polttava tunne, puutuneisuus ja pistely. (Vainio 2009, 156-157.) Toisinaan kyse voi olla neurogeenisestä, korjaantuvasta hermokivusta, mikä ei johda pysyvään hermovaurioon. Kipu johtuu tällöin hermorungon tilapäisestä mekaanisesta ärsytyksestä, jota voi esiintyä vaikkapa nikaman välilevyn luiskahduksen tai kasvaimen aiheuttamassa hermon puristuksessa. (Hamunen ym. 2018.) Tuntemattomasta syystä johtuvassa eli idiopaattisessa kivussa kipua selittävää kudosvauriota eikä hermovauriota voida todeta. Kipu on osa laajempaa oirekuvaa ja yhteistä on autonomisen hermoston toiminnan muutokset, kivunvälitysjärjestelmän herkistyminen sekä psykososiaaliset tekijät. (Hamunen ym. 2018c.) Potilaiden kipua jaotellaankin erilaisten käyttäytymistä kuvaavien diagnoosien perusteella (Vainio 2009, 157).

### 3.3 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kipu on potilaan yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus (Heiskanen, Haakana & Koivusalo 2015, 52; Estlander 2003, 65). Kipu voi ilmentyä kiputuntemuksena, kokemuksena, aistimuksena, elämyksenä tai peruselintoimintojen häiriönä. Kivun kokemiseen, laatuun ja voimakkuuteen vaikuttavat yksilön persoonallisuus, psyykkinen ja fyysinen vointi, ympäristötekijät sekä aiemmat kokemukset. (Kuuri-Riutta 2009, 238; Estlander 2003 9–14.) Kipuun liittyvät geneettiset ominaisuudet, yleinen terveydentila ja perussairaudet, lapsuuden kipukokemukset, aivojen prosessointijärjestelmät, tunne- ja kognitiivinen konteksti, missä kipu esiintyy sekä kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät (Institute of Medicine, 2011). Yksilö voi kokea kivun lisäksi myös tuskaa ja kärsimystä. Potilaan kokema kipu ja kärsimys tulevat

tunnistettavaksi ja näkyväksi potilaan ilmaisuissa ja käyttäytymisessä. (Estlander 2003, 9-12, 65.)

Kipuun liittyy luontaisesti tunteita ja tunnereaktioita. Pelko yleisimpänä viittaa tulkintaan kivun ja sen taustalla olevan vamman tai sairauden vaarallisuudesta. Kipu aktivoi myös huolen, hädän ja hämmennyksen tunteita. Ärtymys, suuttumus ja etenkin katkeruus liittyvät usein toisen aiheuttamaan onnettomuuteen tai hoitovirheeseen ja niitä seuranneeseen kipuun. Pitkään jatkunut kipu saattaa aiheuttaa yksinäisyyden, toivottomuuden ja huonommuuden tunteita. Negatiiviset tunteet voivat edelleen tuoda erilaisia tunnereaktioita kuten ahdistusta, masennusta ja aggressiota. (Estlander 2003, 73.) Potilaiden tunteet ovat yksilöllisiä eikä ole olemassa oikeita ja vääriä tunteita. Potilaan kannalta on olennaista, että häntä hoitava taho on kiinnostunut hänen tunteistaan ja ajatuksistaan, ja pystyy vastaanottamaan niitä sekä antamaan tukea tunteiden säätelyyn ja hallintaan. (Kivunhallintatalo 2018b.)

Kipua ei voida mitata objektiivisesti vaan tarvitaan mahdollisuuksien mukaan potilaan oma kertomus kivusta. Se on kivunhoidon perusta. Tilanteissa, joissa potilas on kykenemätön ilmaisemaan kipuaan, on hoitohenkilökunta yhdessä potilaan läheisten kanssa ensiarvoisen tärkeässä roolissa kivun arvioijana. Hoitohenkilökunnan tehtävä on selvittää, mitä kipukäyttäytymisen taustalla on. (Estlander 2003, 9, 12.) Kivulias potilas voi olla ahdistunut, sekava, levoton, ärtynyt, vetäytyvä tai liikkumaton. Hän voi ilmaista kipua vaitonaisuudella tai äänekkäästi. Kipu voi myös aiheuttaa fysiologisia muutoksia kuten verenpaineen tai pulssin nousua, hengityksen tihenemistä tai rytmihäiriöitä. Oireet kuten huimaus, pahoinvointi, ripuli, kylmän hikisyys tai ihon kuumeisuus ja kuivuus ovat mahdollisia. (Kuuri-Riutta 2009, 238.)

Kivun arvioinnilla pyritään saamaan monipuolinen käsitys potilaan kivusta. (Heikkinen 2005, 221). Potilaan asianmukaisella tutkimisella ja haastattelulla saadaan kivusta perustiedot, jotka läpikäydään aina uuden kivun arvioinnin yhteydessä. Kivun arvioinnissa haastattelun avulla selvitetään kivun alkamisajankohta, sijainti, kesto ja luonne. Lisäksi selvitetään kipua helpottavat ja pahentavat tekijät sekä kivun vaikutus toimintakykyyn ja uneen. Kivun voimakkuus mitataan levossa ja liikkeessä. Kipua arvioidaan säännöllisesti ja lisäksi tarpeen mukaan, mutta vähintään kerran työvuoron aikana. Hoidon vasteen selvittämiseksi kipua arvioidaan käytetyn hoitomenetelmän kannalta sopivan ajan kuluttua, esimerkiksi ennen lääkkeenantoa ja lääkkeenannon jälkeen lääkityksen alkaessa vaikuttaa. Samalla arvioidaan lääkkeen mahdolliset haittavaikutukset. (Heiskanen ym. 2015, 52; Suomen Anestesiologiyhdistys ry 2012.)

Kivun voimakkuutta arvioidaan käyttäen validoituja mittareita (Suomen Anestesiologiyhdistys ry 2012, 119). VRS (verbal rating scale) mittarilla potilas kuvaa kivun voimakkuutta sanallisesti asteikolla ei kipua - lievä kipu - kohtalainen kipu - kova kipu - sietämätön kipu. NRS (numeric rating scale) asteikolla 0–10, nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. (Kivunhallintatalo 2019.) Mustassa 10 cm pitkässä VAS (visual analogue scale) -kipujanassa ja RWS (red wedge scale) punaisessa oikealle kasvavassa kiilassa vasen pää kuvaa kivuttomuutta ja oikea pää pahinta mahdollista kipua. Näissä potilas siirtää mittarin päällä olevaa osoitinta osoittamaan kivun voimakkuutta, ja kivun voimakkuus luetaan mittarin takana olevalta asteikolta. (Pesonen 2012, 157-158.) Kipupiirrosta tai kasvojen ilmeasteikkoa voidaan käyttää esimerkiksi lapsilla tai henkilöillä, joiden on vaikea ymmärtää muita mittareita (Main, Sullivan & Watson 2008, 147–149).

Apuna kivun arvioinnissa käytetään potilaan peruselintoimintojen tarkkailua ja mittaamista, eleiden, ilmeiden, kehon kielen ja käyttäytymisen havainnointia. Nämä korostuvat tilanteissa, kun potilas on tajuton tai muuten kykenemätön ilmaisemaan itseään, jolloin kivun arviointi perustuu hoitajan ja lääkärin tulkintaan. (Kuuri-Riutta 2009, 239; Alakokko & Kentala 2014.) Kommunikoimaan kykenemättömän ja muistisairaana kivun ja epämukavuuden tunnistaminen voi olla haastavaa. Tällöin potilaan toimintakyvyn ja elintoimintojen havainnoinnin lisäksi voidaan apuna käyttää PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). (Hagelberg & Finne-Soveri 2015.) Mittarissa on viisi havainnoitavaa kohtaa: hengitys, ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohdutettavuus. Jokainen havainnoitava kohta arvioidaan ja pisteytetään kivun aiheuttamien käyttäytymismuutosten mukaan (0-2 pistettä). Yhteenlaskettu kokonaispistemäärä 0 viittaa kivuttomuuteen ja 10 voimakkaaseen kipuun kipua arvioitaessa. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015; Warden, Hurley & Volicer 2003, 10, 14–15;.) Kivun arviointiin voidaan käyttää myös sähköistä kivun arviointityökalua (ePAT= electronic Pain Assessment Tool), joka hyödyntää kasvojentunnistustekniikkaa. Se tallentaa myös kipuun liittyvää käyttäytymistä eri osa-alueilta, jotka ovat liike, ääni, käyttäytyminen, vartalo ja aktiivisuus. Sähköisen mittarin etuna on objektiivinen ja toistettava näyttö kivun esiintymisestä. (Atee, Hoti, Parsons & Hughes 2017, 137.)

Eri suositukset ja ohjeet edellyttävät kivun arviointia kaikilta päivystykseen saapuvilta potilailta, kipumittarin käyttöä ja arvioinnin kirjaamista potilasasiakirjoihin (Motov & Khan 2009, 6). Päteviksi määriteltyjen kipumittarien käyttö kivun voimakkuuden arvioinnissa on kuitenkin edelleen puutteellista. Eder, Sloan ja Todd (2003, 253, 256) arvioidessaan hoitajien ja lääkäreiden kivun arviointia päivystyksessä totesivat kivun arvioinnin olevan harhaanjohtavaa ja vaillinaista. He havaitsivat kivun alkuvaiheen arviointeja lähes kaikissa asiakirjoissa, mutta kipumittaria oli käytetty arviointiin vain 23 %:lla potilaista. Fryn, Bennetsin ja Hucksonin (2011, 272) tutkimuksessa päivystykseen tulleilla potilailla, joilla oli

dokumentoitu kipua, oli kivun voimakkuus mitattu noin puolelta potilaista. Thorntonin, Reynoldsin ja Coatsin (2018, 58) tuloksissa kipupisteet oli kirjattu noin kahdelle kolmesta potilaista. Todd ym. (2007, 462) tulokset olivat puolestaan lupaavampia, sillä kivun voimakkuutta oli arvioitu mittarein 83 %:lta potilaista.

Kivun voimakkuuden arviointia tarvitaan kivunhoidon tehostamiseksi. Useiden tutkimusten mukaan isolla osalla päivystyspotilaista kipu on ollut kovaa tai kohtalaista. (Thornton ym. 2018, 60–61; Mura ym. 2017, 2783; Fry ym. 2011, 269; Guéant ym. 2011, 100–101; Todd ym. 2007, 463.) Mura ym. (2017, 2781) tutkivat kivun esiintyvyyttä, voimakkuutta, tyyppiä sekä hoitoa päivystyksessä. Kipu oli tulovaiheessa kovaa (NRS > 7) 61 %:lla potilaista ja lääkehoitoa saaneista 76 %:lla potilaista. Guéantin ym. (2011, 98) kivunhoidon laatua tarkastelevassa tutkimuksessa potilaat arvioivat kipunsa voimakkuutta VAS-mittarin ja NRS-mittareiden avulla. Päivystykseen saapuessa 44 %:lla potilaista oli kovaa kipua. Thornton ym. (2018, 60) tutkivat myös kivun esiintyvyyttä, voimakkuutta ja muutoksia päivystyskäynnin aikana, ja he saivat potilaiden kivun voimakkuuden mediaaniksi 6/10. Lisäksi Chang ym. (2014, 421, 426) havaitsivat vuosien 2000-2010 kivun esiintyvyyttä ja hoitoa koskevassa tutkimuksessa, että kyseisellä aikavälillä kovaa kipua raportoineiden potilaiden osuus on kasvanut päivystyksessä. Samalla kävi ilmi, että potilaat ilmoittivat kivun ensisijaiseksi oireeksi kaksi kertaa useammin kuin lääkärit raportoivat kivun ensisijaisena diagnoosina.

Kivun arvioinnilla on todettu yhteys kivun lääkehoidon toteutumiseen. Iyer (2011, 367, 370) arvioi tutkimuksessaan yli 65-vuotiaiden vanhusten kivunhoitoa päivystyksessä. Siinä ilmeni, että ne päivystyspotilaat, joilla oli korkeammat pisteet kivun arvioinnissa, saivat todennäköisemmin kipulääkettä kuin ne, joiden kipu oli lievää. Opiaatin määrääminen lisääntyi merkittävästi, kun kiputaso arviointiin kovaksi kivuksi. Muntlin, Carlsson ja Gunninberg (2015) tutkiessaan hoitotyön alustavaa kivunarviointia ja kipulääkityksen saamista ennustavia tekijöitä päivystyksessä, saivat vastaavia tuloksia. Tutkimuksessa ilmeni, että mitä voimakkaammaksi sairaanhoitaja arvioi kipua, ja mitä kiireellisempi triage-tason potilas oli, sitä todennäköisemmin potilas sai kipulääkettä. Toisaalta Iyerin (2011, 370–371) tuloksista ilmeni myös, että kun kivun voimakkuus on määrittämätön, on päivystyslääkäreillä suurempi todennäköisyys määrätä kipulääkettä kuin silloin, kun potilaalla on lievää kipua. Iyer epäilee havainnon viittaavan siihen, että vaikka lääkärit eivät dokumentoi potilaan kipua, he ovat tietoisia potilaan kivusta ja saattavat määrätä tähän kipulääkkeitä.

Kivun tulovaiheen arvioinnin ohella kivun uudelleenarviointi eli hoidon vasteen arviointi sekä loppuarviointi on riittämätöntä ja harvinaista. (Guéant ym. 2011, 97, 102; Todd ym. 2007, 462.; Eder ym. 2003, 256). Iyer (2011,370) toteaa, että kivunhoidon tehokkuuden

arvioiminen ja kivun hoitaminen on vaikeaa, jos kivun arviointi on epätarkkaa tai jos sitä ei arvioida lainkaan. Kehittämällä kivun arviointia voidaan vaikuttaa tehokkaasti potilaiden kivunhoitoon päivystyksessä (Iyer 2011, 372). Potilaalle tulee kertoa, mitä kivun arviointi tarkoittaa ja miksi kipua arvioidaan, ja valita potilaalle ja kiputilanteeseen sopiva mittari yhdessä potilaan kanssa (Kivunhallintatalo 2019). Potilaan kivun voimakkuuden arvioinnin lisäksi on potilasta ohjattava määrittelemään hänen hyväksymänsä kivun taso, koska se mikä on toiselle sopiva taso, ei välttämättä ole sitä toiselle. Tämä ohjaa myös kivunhoidon tavoitteiden asettelua. (McCaffery & Pasero 1999.)

### 3.4 Kivunhoito päivystyspoliklinikalla

Kipu on yleisimpiä syitä hakeutua hoitoon päivystykseen. Chang ym. (2014, 423) tutkimuksessa 45,4 %:ssa päivystyskäynneistä potilailla oli ensisijaisena oireena kipu tai kipudiagnoosi. Cordell ym. (2002, 165) tutkiessaan kivun esiintyvyyttä päivystyksessä havaitsivat, että kipua tai sitä kuvaavia sanoja oli dokumentoitu 61,2 % potilaskäynneistä, ja 52,2 %:lla kipu oli käynnin pääsyy. Mura ym. (2017, 2785) tutkimuksessa kivun esiintyvyys oli 70,7 % ja Tannaben ja Buschmannin (1999, 171) tutkimuksessa kipu oli pääasiallinen vaiva jopa 78 %:lla potilaista. Kroonisen kivun osuus päivystyskäynneistä on 10-16% (Poulin 2016, 1).

Potilaan saapuessa päivystykseen kirjataan tietoihin tulosyy, josta hoitohenkilökunta voi tehdä ensiarviota potilaan kivunhoidon tarpeesta. Päivystykseen hakeutumisen tulosityinä ovat useimmiten vammojen ja traumojen aiheuttaneet syyt. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset haavat, hankaumat, ruhjeet, nyrjähdykset, murtumat ja sijoiltaanmenot. Yhtä yleisiä esiintyvät tukielinoireet kuten selkä-, niska- ja lihaskivut. Muita yleisiä tulosityitä ovat erilaiset sairaudet oireineen kuten vatsakivut ja -taudit, rintakivut ja -tuntemukset, kuume, hengenahdistus, päänsäryt sekä korva-, nenä- ja kurkkuoireet. (Todd 2017, 194–195; Malmström, Torkki, Valli & Malmström, 2012, 347; Grant 2006, 807.) Huomioitavaa on, että potilaalle kirjattu tulosyy ja diagnoosi potilaan poistuessa eivät kuitenkaan aina ole yhteneväisiä, vaan potilaalla saattaa ilmetä käynnin aikana muitakin oireita ja sairauksia. Samoin yksi diagnoosi voi edeltää monenlaisia tulosityitä. (Malmström ym. 2012, 347.)

Vammojen ja sairauksien lisäksi useat tekijät saattavat tuottaa tai lisätä potilaiden kipua päivystyksessä. Kipua voivat aiheuttaa erilaiset toimenpiteet ja tutkimukset. Pelkästään laskimosuonen kanylointi ja erilaiset pistokset ja punktiot tuottavat kipua. (Thomas, 2013, 2.) Kipua on osattava ennakoida ennen haavojen hoitoa, murtuman asennon korjausta, dreenin (laskuputken) sekä siteen ja kipsin laittoa. Toimenpideasento ja asennon vaihdot sekä olemassa oleva perussairaus voivat tuottaa kipua. Virtsarakon venytys, virtsaaminen

ja ulostaminen sekä oksentaminen voivat olla myös syynä kipuun. Kivun taustalla voi olla psyykkisiä syitä kuten toimenpiteestä tai tutkimuksesta johtuva pelko ja tiedonpuutteen aiheuttama ahdistus. Ympäristötekijät kuten melu, lämpötila ja valaistus saattavat aiheuttaa kipua. Lisäksi kuljetus ja siirrot sekä monet erilaiset syyt voivat esiintyä kivun taustalla. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 71.)

Huolimatta kivun yleisyydestä ja kivun merkittävästä esiintymisestä päivystyksessä, on laajalti tunnustettu, että kivun hoito on riittämätöntä (Keating & Smith 2011, 13). Tämä on tullut esiin potilaan puutteellisena, vähäisenä ja/tai viivästyneenä kivunlievityksenä. Iyerin (2011, 370) ja Pinesin ja Hollanderin (2008, 1) tutkimuksissa päivystyspotilaista noin puolet oli saanut kipuun kipulääkettä. Mura ym. (2017, 2781) ja Grenman, Niemi-Murola, Silfast ja Kalson (2006, 321) tekemissä tutkimuksissa luku oli vielä alhaisempi; kivun lääkkeitä oli saanut potilaista vain kolmannes. Keating ja Smith (2011, 16) toteavat, että kivunhoito on heikompaa etenkin haavoittuvissa ryhmissä, viitaten vanhuksiin ja lapsiin. Iyerin (2011, 371) tutkimuksesta puolestaan ilmeni, että usein myös etnisten vähemmistöjen kipua oli alihoidettu.

Osa päivystyspotilaista ei saa kivunhoitoa lainkaan (Guéant ym. 2011, 103; Ducharme ym. 2008, 872). Todd ym. (2007, 462) havaitsivat, että potilaista 70 % oli ilmaissut haluavansa kipulääkettä, mutta heistä 60 % oli saanut niitä. Potilaat, jotka eivät saaneet kipulääkettä, niin heistä 42 % koki tarvitsevänsä lääkitystä, mutta näistä potilaista vain kolmasosa oli tosiasiallisesti pyytänyt lääkettä. Tosin syytä kieltäytymiseen ja siihen, olivatko he tyytyväisiä päätökseensä ei käynyt tutkimuksesta ilmi.

Stalnikowicz, Mahamid, Kaspi ja Brezis (2005, 175) tutkivat potilaiden kipuun liittyviä uskomuksia esittäen päivystyspotilaille erilaisia väittämiä. Potilaista kaksi kolmannesta vastasi, että he eivät pyydä kipulääkettä ennen kuin kipu on sietämätöntä. Potilaat ajattelivat tulevansa helposti lääkkeitä riippuvaisiksi ja kokivat kivun helpommaksi kärsiä kuin lääkkeen sivuvaikutukset. He epäilivät kivusta valittamisen vievän lääkärin huomion pois todellisesta vaivasta. Tämä uskomus näkyi Grenman ym. (2006, 321) vastaavanlaisen tutkimuksen tuloksessa, minkä mukaan potilaat eivät mielellään puhu kivuistaan, jotta he eivät hankaloittaisi perusongelman selvittämistä. Päivystykseen tulevista potilaista alle puolet raportoi, että he eivät ottaneet kipulääkettä myöskään ennen päivystykseen saapumista (Muntlin 2015, 747; Fry 2011, 271). Syyksi he ilmoittivat, että he eivät olleet halunneet ottaa kipulääkettä tai heillä ei ollut saatavilla sitä. He perustelivat ottamatta jättämistä muun muassa pahoinvoinnilla, kivun vaihteluilla sekä ajatuksella, että vatsakipua ei pidä lääkittää, kun ei tiedä mikä on vialla. (Muntlin 2015, 747.)

Lääkehoito on oleellinen osa päivystyspotilaan kivun hoitoa. Oikean lääkkeen valinta, riittävän suuri annos ja riittävän usein toistetut kerta-annokset ovat tehokkaan kivunhoidon kulmakiviä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 81.) Kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja kipulääkevasteen perusteella. Lievän ja kohtalaisen kivun hoitoon käytetään mietoja kipulääkkeitä kuten parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Vaikean ja voimakkaan kivun hoidossa käytetään opioideja. Ne ovat nopeavaikutteisia, akuuteissa kiputiloissa tehokkaimpia ja annostelussa voidaan käyttää eri antoreittejä. Opioidit lievittävät myös tuskaisuutta ja ahdistusta. Suomessa yleisimpiä käytössä olevia vahvoja opiaatteja ovat morfiini, oksikodoni ja fentanyl, keskivahva opiaatti buprenorfiini sekä miedoista opioideista tramadoli ja kodeiini. Jos tulehduskipulääkkeille, parasetamolille ja opioideille ei ole vasta-aiheita, voidaan niitä käyttää myös yhdessä tehostamaan kivunlievitystä. Lääkkeiden käytössä on huomioitava haittavaikutukset ja vasta-aiheet. (Kalso 2018a; Kalso 2015; Kuuri-Riutta 2009, 243.)

Vammapotilaiden sekä astma- ja sokkipotilaiden sedaatioon ja kivunlievitykseen voidaan käyttää ketamiinia. Se on anestesia-aine, millä on voimakas kipua lievittävä teho. Kipua vähentävät myös itse sairauden hoitoon tarkoitetut lääkkeet kuten esimerkiksi nitraatti sepelvaltimoperäisessä rintakivussa. Osaavissa käsissä voidaan kivun lievittämiseksi käyttää erilaisia anestesiologisia erityistekniikoita kuten puudutuksia ja PCA-kipulääkeannostelijoita. (Kalso 2015, 212; Kuuri-Riutta 2009, 243.) Akuutissa neuropaattisessa kivussa myös epilepsialääkkeiden, lidokaiinin sekä masennuskipulääkkeiden käyttö on perusteltua (Hamunen & Kontinen 2018). Akuutin migreenin hoidossa tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin ohella käytettyjä lääkkeitä ovat asetyylisalisyylihappo ja triptaanit (Migreeni 2015).

Lääkkeettöminä kivunhoitokeinoina päivystyksessä voidaan hyödyntää useita eri menetelmiä. Liikkumattomaksi tekeminen eli esimerkiksi tuenta lastan avulla auttaa vammojen aiheuttamiin kipuihin kuten murtumiin ja nyrjähdysiin. Kylmähoitoa käytetään vamma-alueen turvotuksen laskemiseen, viilentämiseen ja vähentämään kipua. Palovammoissa kylmällä estetään kivun vähentämisen lisäksi palovamma-alueen laajenemista. Useissa kiputiloissa ja vammoissa kuten rintakivussa, mahakivussa ja selkäkivussa asentohoito on ensisijainen hoitokeino kivun vähentämiseksi. Lämpö verenkiertoa vilkastavana tekijänä alentaa lihasväristyksiä sekä rentouttaa lihaksia vähentäen näin kipua. Myös rentoutusta, hierontaa ja sähköisiä stimulaatiomenetelmiä voidaan käyttää kivun lieventämiseen. (Kuuri-Riutta 2009, 242; Pohjolainen 2009, 240–241.) Huomion viemiseen pois kivusta käytetään musiikkia, pelejä, huumoria, rentoutus-, mielikuva- ja hengitysharjoituksia sekä muita kognitiivisia menetelmiä. Lisäksi erilaisilla fysioterapiatekniikoilla kuten venyttelyllä voidaan saada kipua lieventymään. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat kuitenkin

vähemmän käytettyjä kuin lääkkeelliset menetelmät (Fry ym.2011, 272; Berben ym.2008 584).

Hoitamattomalla kivulla voi olla haitallisia vaikutuksia ja se saattaa vaikuttaa merkittävästi potilaan toipumiseen (Marmo & D´Arcy 2013, 2). Kipu voi vaikuttaa endokriiniseen toimintaan kuten eri hormonien ja entsyymien vapautumiseen ja metaboliaan kuten sokeriainenvaihduntaan. Se saattaa lamauttaa immuunijärjestelmää altistaen näin infektioille. Kivun yleisimmät vaikutukset ovat sydämen sykkeen, verenpaineen ja hengityksen nousu, ja täten hapen tarpeen lisääntyminen. Hengittämisen ollessa kivuliasta hengitystilavuus ja volyymi saattavat laskea. Tällöin hapenpuute voi aiheuttaa sydämen komplikaatioita, disorientaatiota ja sekavuutta sekä viivästyttää haavan paranemista. (Marmo & D´Arcy 2013, 9.) Hoitamattoman kivun aiheuttama stressi lisää sympaattisen hermojärjestelmän toimintaa, mikä voi johtaa esimerkiksi tilapäiseen heikentyneeseen ruoansulatuskanavan toimintaan, alentuneeseen suolen liikkuvuuteen, pahoinvointiin sekä virtsaumpeen ja nesteen kertymiseen. Liikuntaelimistössä kipu voi aiheuttaa lihasspasmeja, heikentynyttä lihasten toimintaa ja johtaa potilaan liikkumattomuuteen. Kipu saattaa laskea kognitiivista toimintakykyä ja vaikuttaa elämänlaatuun aiheuttamalla unettomuutta, ahdistuneisuutta, pelkoa, toivottomuutta ja itsetuhoisia ajatuksia. (Marmo & D´Arcy 2013, 2, 8–10; Pasero & McCaffery 2011, 11.) Kipu voi vaikuttaa myös tulevaan kipukokemukseen, pitkään jatkessaan altistaa kipujärjestelmän herkistymiselle ja kivun kroonistumiselle (Marmo & D´Arcy 2013, 8–10; Soinila & Haanpää 2014, 249).

Kivun hoidon viivästyksen katsotaan liittyvän päivystyksen ruuhkatilanteisiin, potilaiden vaivoihin, triagehoitajan puuttumiseen ja alkuvaiheen kivun voimakkuuteen. Fosnocht, Swanson ja Bossart (2001, 399) arvioivat tutkimuksessaan potilaiden odotuksia kipulääkityksen toimittamisesta. Potilaiden mielestä keskimäärin 23 minuuttia on kohtuullinen aika odottaa kipulääkitystä. Suositusten mukaan potilaille pitäisi antaa tai tarjota kipulääkitys 30 minuutin kuluessa saapumisesta (Hatherley, Jennings & Cross, 2016, 34). Tätä on tutkittu laskemalla potilaan saapumishetken ja kivunhoidon toteutumisen väliin jäävää aikaa. (Guéant ym. 2011, 97). Fry ym. (2011, 272) arvioidessaan päivystyspotilaiden sairauskerptomuksia saivat kipulääkehoidon aloitusajaksi 70 minuuttia ja Todd ym. (2007, 463) tutkimuksessa mediaaniaika kipulääkityksen saamiseen oli 90 minuuttia. Grant (2006, 806) arvioi lääkkeiden toimitustehokkuutta suhteessa kivun voimakkuuteen. Hänen tuloksissaan kohtalaista kipua kärsivien odotusaika oli 3 tuntia 46 minuuttia ja ne, joilla oli kovaa kipua 1 tunti 12 minuuttia. Vaihteluväli oli 8 minuutista 4 tuntiin 11 minuuttiin. Hän toteaa, että kipulääkityksen saamisessa on huomattavaa viivästyistä kipulääkityksen muodosta huolimatta, ja parhaaseen käytäntöön ja ohjeistuksiin verraten kivunhoidon suorituskyky on heikko.

Huolimatta kivun hoidon viivästyemisestä ja riittämättömään kivunhoitoon viittaavista tutkimustuloksista potilaat ovat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä kivunhoitoon ylipäänsä ja hoitohenkilökunnan reaktioon, kun he ilmaisevat kipuaan (Todd ym. 2007, 463). Todd ym. (2007, 465) yllättyivät, että potilaat reagoivat hiukan positiivisemmin henkilökunnan huomioon kiputilanteessa kuin lääkkeellisiin hoitoihin. Päivystyksessä olisi kiinnitettävä enemmän huomioita potilaiden kokemuksiin ja heidän odotuksiinsa kivunhallinnasta (Muntlin 2015, 743).

Akuutin kivun hoito on samaan aikaan kivun hoitoa, sen aiheuttajan hoitoa sekä siihen liittyvien negatiivisten tunteiden lievittämistä (Estlander 2003, 17). Kivun hoito perustuu potilaan kivun ja kokonaistilanteen huolelliseen arvioon. Potilaan pääasiallinen vaiva ja oireet, niiden kesto sekä syy pyritään selvittämään unohtamatta potilaan psykososiaalista tilannetta. Kivunhoito suunnitellaan ja sovitaan yhdessä potilaan kanssa, ja potilasta informoidaan taudinmäärityksestä, tutkimustuloksista, hoitovaihtoehdoista sekä odotettavissa olevista hyödyistä ja mahdollisista haitoista. (Kipu 2017; Haanpää 2009b, 118.) Tavoitteena kivunhoidossa on ehkäistä, lievittää tai poistaa jo syntynyt kipu (Iivanainen & Syväoja 2012, 81).

### 3.5 Kivun ja kivunhoidon kirjaaminen

Potilasasiakirjojen kirjaamismerkintöjä saavat tehdä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt, ja heidän ohjeidensa mukaan myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt kuten opiskelijat. Merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä ja selkeitä, ja niistä tulee selvittää tietojen lähde myös silloin, kun tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin. Merkinnöistä on käytävä ilmi, onko kyse potilaan vai omaisen kertomaa vai hoitohenkilökunnan päätelmää. (Hallila 2005a, 34).

Hoitotietojen systemaattinen sähköinen kirjaaminen Finnish Care Classification FinCC perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification eli CCC-luokitukseen. FinCC taas muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta, Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksesta ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä potilaan hoidon kuvaamista hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10.) Nämä hoitotyön prosessin vaiheet muodostuvat potilaan hoidon tarpeen määrittelystä, tavoitteista, suunnittelusta, hoidon toteutuksesta, tuloksista ja arvioinnista. Prosessin toteutus on aktiivista ja tietoista ajattelua sekä päätöksentekoa. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 200.) Kivunhoidossa tämä tarkoittaa potilaan kivun tunnistamista, yksilöllisten kivunhoidon tavoitteiden määrittelyä, auttamis- ja hoitomenetelmien valintaa ja niiden toteuttamista sekä kivunhoidon jatkuvaa arviointia. Arvioinnin tulee kohdistua asetettuihin

tavoitteisiin, potilaan omaan käsitykseen hoidon vaikuttavuudesta ja hoitohenkilökunnan arvioon tilanteesta. (Hallila & Graeffe 2005, 91, 94.)

Kivun arviointi ja kirjaaminen tehdään potilaan tullessa päivystykseen, kivun muuttuessa tai kun siihen kohdistuu hoitotoimia. Sähköiseen potilaskertomukseen kirjataan olennaimmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset (Iivanainen & Syväoja 2012, 15). Kirjaaminen on potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten kesken tapahtuvaa kommunikaatiota (Hallila 2005c, 104). Päivystyksessä potilaan hoitoon osallistuu useita henkilöitä. Potilas saattaa käydä erilaisissa tutkimuksissa ja mahdollisesti siirtyä osastolle, leikkaussaliin tai toiseen hoitoyksikköön. Kun tieto potilaan kivusta ja sen hoitoon liittyvistä asioista kirjataan potilasasiakirjoihin, välittyy se muulleen hoitohenkilökunnalle. Kirjaamisen avulla varmistetaan katkeamaton tiedonkulku, saadaan selkeä kokonaiskuva kivunhoitotyöstä, tavoitteista ja tuloksista. (Suomen Anestesiologiyhdistys ry 2012; Heikkinen 2005, 225.) Kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta, se on hoidon jatkuvuuden edellytys sekä keino laadun ja resurssoinnin arviointiin (Saranto ym. 2008, 189).

Laatu on asiakkaiden tarpeiden täyttämistä organisaation kannalta mahdollisimman kannattavalla ja tehokkaalla tavalla (Lecklin 2006, 18). Laadukas hoito huomioi potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Laatu on oikeiden asioiden tekemistä oikein jo ensimmäisellä kerralla. (Laaksonen & Ollila 2017, 73, 75.) Potilaan hoidossa käytettävät toiminnot ja toimintatavat perustuvat nykytietoon ja hyväksyttävän hoitotuloksen saamiseen. Laadun on oltava mitattavaa, vertailtavaa ja toiminnan julkista, näkyvää sekä perusteltavissa. (Hallila 2005, 10–11.) Laadun arvioinnista saadun tiedon avulla voidaan paikallistaa erilaisia palveluun liittyviä ongelmakohtia. Laatua mitataan, jotta voidaan arvioida asioiden toimivuutta, hallita ja kontrolloida palveluita sekä vaikuttaa palveluiden vastuulliseen toteutukseen. (Stenvall & Virtanen 2012, 55, 138.) Laadun parantamisen tarkoitus on toimintojen tehostaminen organisaation ja potilaiden hyödyn maksimoimiseksi ja laadun vaihtelun vähentämiseksi (Laaksonen & Ollila 2017, 75–76).

Kivun ja kivunhoidon kirjaamista sekä hoidon laatua voidaan arvioida tarkastelemalla potilasasiakirjoja (Saranto ym. 2008, 194). Hoitotyön suunnitelmissa voidaan arvioida toteutettua hoitoa, ja suunnitelmista arvioida hoidon laatua ja tuloksellisuutta eli autoiko hoito potilasta (Hallila 2005c, 108). Asiakirjoista voidaan päätellä hoitohenkilökunnan toiminnan asianmukaisuutta, potilaan terveydentilaa, käytettyjä hoitokeinoja ja niiden vaikuttavuutta (Hallila 2005b, 111). Kirjaamisen avulla saadaan tietoa siitä, mitä hoitohenkilökunta oikeastaan työssään tekee, ja tietoa voidaan hyödyntää hoidon ja hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisessä (Saranto ym. 2008, 200). Hyvä kirjaaminen kuvastaa annettua hoitoa.

Periaate on, että ”mikä on kirjattu, on myös tehty tai se mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. (Hallila & Graeffe 2005, 18.)

Kivunhoidon koulutuksilla on onnistuttu lisäämään kivun kirjaamista. Kirjaamisen kehittäminen nähdään oikeana suuntana kivunhoidon kehittämisessä. (Doherty ym. 2013, 120, 125.) Kivunhoidon asianmukaisuutta voidaan arvioida seuraamalla kivunhoidon kirjaamisen toteutusta ja kirjaamiskertojen määrää (Saranto 2008, 194). Todd ym. (2007, 460, 464) havaitsivat, että kivun kirjaaminen huomioidaan useimmiten potilaan tullessa päivystykseen, mutta sen jälkeen kipu jää usein kirjaamatta. Kivun kirjaaminen on lisäksi useissa tutkimuksissa yhdistetty kivun hoidon toteutumiseen. (Hatherley ym. 2016, 29; Iyer 2011, 367; Fry 2011, 269; Guéant ym. 2011, 97). Fry ym. (2011, 272) havaitsivat, että kivun hoidon lääkkeettömät menetelmät ovat huonosti kirjattuja, minkä vuoksi kokonaiskäsitystä käytetyistä kivunlievitysmenetelmistä on vaikeaa saada. Kivun seuranta on niin ikään todettu vaikeaksi, koska kivun voimakkuutta on kirjattu harvoin (Grenman ym. 2006, 321). Iyer (2011, 370) havaitsi tutkimuksessaan, että mitä enemmän potilaalla oli ikää, sitä todennäköisemmin kivun voimakkuus jäi kirjaamatta. Myös välitöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden kipupisteitä kirjattiin vähemmän. Toisaalta kivun uudelleenarvioinnin kirjaamisen esteeksi arvellaan toimimattomia kirjaamisalustoja, jotka eivät tue kivun uudelleenmittausta (Thornton 2017, 62; Todd ym. 2007, 460, 464). Kirjaamisen puuttuminen ja kirjaamisen virheet rajoittavat niiden tutkimusten tekemistä, jotka perustuvat takautuviin dokumentointiarviointeihin (Doherty ym. 2013, 125).

Kivunhoidon kirjaaminen tulee tehdä asianmukaisesti ja säännöllisesti. Potilasasiakirjoihin kirjataan kivun sijainti, voimakkuus, laatu, alkamisajankohta, kesto, kivun alkamista edeltävät tekijät sekä kipua helpottavat ja pahentavat tekijät. Ennen kaikkea merkinnöistä tulee näkyä potilaan oma kokemus kivusta. (Heikkinen 2005, 225–226.) Niin ikään potilaalle annettujen suullisten kivunhoitoon liittyvien tietojen ja ohjeiden sisältö tulee näkyä merkinnöissä (Hallila 2005a, 34). Kivun lääkehoito kirjataan Sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen (1088/2010) mukaan. Lääkemääräykseen merkitään keskeiset lääkityksen tiedot, ja lääkkeen määrääjän tulee kirjata kaikki lääkemääräykset potilasasiakirjoihin. Kirjaamisen tavoitteena on tehdä ”näkyvätön näkyväksi” (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 189).

### 3.6 Kivunhoidon haasteet, esteet ja edellytykset

Laadukkaan ja asianmukaisen kivunhoidon esteinä ja haasteina esiintyy monia tekijöitä. Merkittäviä esteitä ovat aukot kivun arviointiin ja hoitoon liittyvässä tietämyksessä ja pätevydessä (Institute of Medicine 2011). Fry ym. (2011, 273) havaitsivat tutkimuksessaan kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa esiintyvän epä johdonmukaisuutta ja vaihtelua eri

päivystysyksiköiden välillä. Todd ym. (2007, 464) epäilevät kivun uudelleenarvioinnin puutteen viittaavan siihen, että kipua käytetään mieluummin diagnostisena osoittimena kuin tuloksena, joka ansaitsisi huomiota itsessään.

Ongelmia on kivun tunnistamisessa, arvioinnissa ja mittaamisessa (Motov & Khan 2009, 6). Hoitajilla on taipumuksia uskoa omaan arvioonsa enemmän kuin potilaan arvioon, sekä toisinaan vaikeuksia sivuuttaa omaa arviotaan ja hyväksyä varauksetta potilaan antamaa arviota (Vuille, Foerster, Foucault & Hugli 2018, 674; Mocerri & Drevdahl 2014, 8; Thurayya, Manias, Bucknall & Almazroa 2014, 33). Vuille ym. (2018, 672) tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajilla on erilaisia tapoja kuvata potilaille kivun arviointiasteikkoa, etenkin ylärajaa. Van Dijk ym. (2012, 65, 69) havaitsivat, että ammattilaisilla on erilainen näkemys myös numeeristen arvioiden alueista. Lisäksi eri kivun arviointiasteikkojen on havaittu antavan erilaisia arviointituloksia kivun tasosta. Erityisesti VAS-asteikolla mitatut kivun tasot olivat erilaisia kuin muiden asteikkojen mittaukset (Karcioglu, Topacoglu, Dikme & Dikme 2018, 710; Sayin & Akyolcu 2014, 163).

Niin ikään potilaat voivat aliarvioida tai yliarvioida kipunsa. Hoitajat ajattelevat potilaan tekevän toisinaan epätarkkoja kivun arviointeja, koska potilailla ei ole kokemusta kivusta ja kivun arviointiasteikoista (Vuille ym. 2018, 672). Aliarviointi voi johtaa riittämättömään kivunhoitoon ja yliarviointi puolestaan ylläikäitsemiseen. Van Dijk ym. (2012, 70) mukaan ylihoitamisen riski saattaa kasvaa, kun hoitohenkilökunta noudattaa tiukasti ohjeita, jotka edellyttävät voimakkaiden kipulääkkeiden määräämistä potilaille, joiden kipupisteet (NRS) ovat yli 3 tai 4. Heidän tutkimuksessaan kaikki potilaat eivät välttämättä halunneet kipulääkettä, vaikka kipu oli (NRS) 5 tai 6. Kivunhoidon ei näin ollen tulisi perustua yksinomaan arvioinnissa annettuihin kipupisteisiin, vaan lisäksi potilailta tulisi kysyä, onko kipu siedettävää ja haluaako hän kipulääkettä.

Perusteellinen kivun arviointi on erittäin tärkeää tehokkaan kivun hoidossa. Jos kivun arvioinnit ovat epätarkkoja tai kipua ei ole arvioitu, niin kipua on erittäin vaikeaa hoitaa optimaalisesti. Ohje rutiininomaiseen kipupisteiden dokumentointiin, on askel kohti kirjaamisen kehittämistä. (Iyer 2011, 370.) Lisäksi kivun arviointi on tehtävä ja dokumentoitava kaikille potilaille (Hatherley ym. 2016, 34; Iyer 2011, 372). Schiavenato ja Craig (2010, 667, 674) esittävät kivun arvioinnin käsitteellistämistä monipuolisempaan tapahtumana, joka perustuu hoitohenkilökunnan ja potilaan väliseen transaktioon ja vuorovaikutukseen. Kipumittarit eivät heidän mielestään tee oikeutta potilaan kokemukselle vaan yksinkertaiset tavat monimutkaista kipukokemusta. Kivunarviointi ei ole pelkästään potilaan subjektiivinen lausunto vaan pikemminkin lääkärin/hoitajan objektiivinen päätös. Se on subjektiivista kivun merkityksen vaihtoa lääkärin/hoitajan ja potilaan välillä. Kyse on jatkuvasta

arviointiprosessista, joka riippuu ulkoisista ja sisäisistä tekijöistä, jotka ovat ominaisia molemmille osapuolille ja heidän ympäristöilleen.

Guéant ym. (2011, 102) totesivat tutkimustulostensa pohjalta triagehoitajan olemassaolon olevan yhteydessä lyhyempään viiveeseen ensimmäisen kivun arvioinnissa ja/tai kivun hoidon toteuttamisessa. Myös viimeinen arviointi oli tehty useammin, kun triagehoitaja oli läsnä. Sitä vastoin Fry ym. (2011, 272) tutkimus ei tarjonnut näyttöä kivun voimakkuuden, kipupisteiden ja triagekoodin korrelaatiosta. Vaikka potilaan kipu oli kovaa, potilaat saivat matalampia triagekoodeja ja täten epäasianmukaista kivunhoitoa. Guéant ym. (2011, 102) esittävät, että triagehoitajan jatkuvalla läsnäololla voisi olla positiivinen vaikutus päivystyksen kivun hoitoon. Fry ym. (2011, 273–274) kokevat aiheeseen lisätutkimuksen tarvetta, mutta toteavat, että kivun arvioinnin, triagekoodin jakamisen ja kiputulosten dokumentoinnin parempi johdonmukaisuus, voisi auttaa parantamaan kivunhoidon ajantasaisuutta.

Hanks (2008, 424) toteaa, että organisaatioiden tulisi arvioida kivun arviointikäytäntöään ja farmakologista kivunhallintaa käytännössä tavoitteilla, kuten varmistamalla, että hoitohenkilökunta on asianmukaisesti koulutettua tarvittaessa arvioimaan kipua monitekijäisesti, eikä pelkästään luottaa potilaan subjektiiviseen arviointiin. Kivun arviointia voi kehittää myös ottamalla käyttöön arviointia tukevaa tekniikkaa (Thomas 2013, 5). Arthur, Whiteside, Brown, Minor ja Thomas (2012, 1) pilotoivat kivunseurantalaitetta koskevaa ohjelmistoa, missä tabletin avulla potilas pystyi ilmoittamaan kivun tason, halunsa kivunlievitykseen ja valita aikavälin seuraavaan kivunarviointiin. Kivunseurannan aikana toiminta oli tehokkaampaa, kivun hoito, arviointi ja dokumentointi parempaa sekä potilaat tyytyväisempiä.

Päivystyksen kivun asianmukaisen arvioinnin, hoidon ja haittavaikutusten seurannan esteenä nähdään ajanpuute ja työn määrä (Pretorius, Searle & Marshall 2015, 375). Vuille ym. (2018, 672) haastatteleminen hoitajien mukaan suuri potilaskuormitus voi olla syy kipulääkekäytännöstä luopumiseen, koska se pakottaa uudelleenarvioimaan potilaan kipua, mihin ei aikapaineisessa ympäristössä ole aikaa. Haastavaksi koetaan myös kivuliaan potilaan hoitamisen ohella vastuu muista akuutisti sairastuneista potilaista (Pretorius ym. 2015, 375; Tanabe & Buschmann 2000, 303). Bennetts ym. (2012, 136, 139–140) tutkimuksessa haastatellut lääkärit ja hoitajat ilmoittivat useimmiten ajan ja resurssien puutteen olevan myös päivittäisen kivunhoidon kehittämisen este käytännön työssä. He kokivat päivystysten toimivan työmäärältään yli sen kapasiteetin, eikä ilman ylimääräisiä resursseja ollut aikaa sisällyttää muutoksia työhön tehokkaasti. Aika koettiin riittämättömäksi ohjeiden tarkistamiseen ja kivunhoidon parhaiden käytäntöjen johdonmukaiseen soveltamiseen kilpailevien prioriteettien yhteydessä. Sairaalapoliitiikan painopisteitä pidettiin

poliittisesti ohjattuina ja tiedotusvälineissä julkistettujen epäsuotuisten tapahtumien aiheuttamina. Tämän vuoksi kivunhoitoa priorisoitiin alemmaksi kuin esimerkiksi odotusaikojen lyhentämistä tai suoritusindikaattorien saavuttamista.

Pines ja Hollander (2008, 4) löysivät näyttöä siitä, että kun päivystys on täynnä, niin potilaat eivät saa optimaalista hoitoa. Ruuhkatilanteen ja riittämättömän kivunhoidon suhde ei ole odottamaton. Kun päivystyksessä on kiireisempää, niin hoitohenkilökunta ei voi reagoida yksittäisen potilaan tarpeisiin. Tällöin on todennäköisempää, että potilaan kipu jää hoitamatta tai hoito voi viivästyä. Kipulääkkeen toimitusajan on havaittu vaihtelevan lisäksi potilaan vaivan mukaan (Fosnocht ym. 2001, 400). Kipulääkityksen toimitusviiveeseen voi vaikuttaa myös lääkärin haluttomuus lääkittää ennen omaa arviointiaan (Pretorius ym. 2015, 377) ja ennen diagnoosin vahvistumista etenkin vatsakipu- ja päänsärkypotilailla (Fosnocht ym. 2001, 401; Tanabe & Buschmann 2000, 303). Kipulääkkeiden toimittamisessa on huomattavia viiveitä riippumatta kipulääkityksen antomuodosta, ja ohjeistuksiin nähden kivunhoidon suorituskykyä pidetään heikkona (Grant 2006, 806). Potilaat odottavat nopeaa kipulääkityksen toimittamista päivystykseen saapuessaan. Nykyinen triagekäytäntö, lääkäreiden arvio, kipulääkityksen määrääminen ja toimittaminen ja sairaanhoitajien antama lääkitys eivät kohtaa potilaiden odotuksia kipulääkkeiden toimittamisesta. (Fosnocht ym. 2001, 401.)

Ratkaisuna kivunhoidon viivästyymiseen on päivystyksissä otettu käyttöön kivunhoitokäytäntöjä, missä sairaanhoitaja aloittaa kivunhoidon antamalla kipulääkityksen sovitun käytännön mukaan ennen kuin lääkäri tapaa potilasta (Kelly, Brumby & Barnes 2005, 151). Sairaanhoitajien on suoritettava koulutus ennen kivunhoitokäytännön käyttöönottoa (Dewhirst, Zhao, MacKenzie, Cwinn & Vaillancourt 2017, 14). Protokollat ovat sisältäneet laajan valikoiman kipulääkkeitä ja antoreittejä, mitkä ovat mahdollistaneet hoitajia itsenäisesti hoitamaan potilaiden kipua. Kipulääkkeiden toimitusaikojen lyheneminen, kivun voimakkuuden lasku ja potilaiden tyytyväisyyden lisääntyminen on osoitettu liittyvän sairaanhoitajien aloittamaan kipulääkekäytäntöön. (Varndell, Fry & Elliott 2018, 50.) Näitä sairaanhoitajien toteuttamia kipulääkekäytäntöjä ehdotetaan käytettäväksi lisäämään oikea-aikaista kipulääkitystä ja kivun arvioinnin dokumentaatiota sekä näin lyhentämään aikaa kivunlievitykseen (Varndell ym. 2018, 52; Dewhirst ym. 2017, 13; Hatherley ym. 2016, 34; Pretorius ym. 2015, 376; Stalnikowicz ym. 2005, 176). Kiireen ja ylikuormituksen hallitsemiseksi tulisi kivunarviointi- ja kivunhoitoprosessi automatisoida niin pitkälle kuin mahdollista (Thomas 2013, 5). Terveystieteiden tutkimusten toiminnan parantamisella ja ruuhkien vähentämisellä voidaan parantaa päivystyksen kivunhoidon laatua (Pines ja Hollander 2008, 4).

Kivunhoidon haasteena on alihoidettu kipu. Berben ym. (2008, 578, 583) tutkivat kivun esiintyvyyttä, voimakkuutta ja hoidon vaikutuksia traumapotilailla päivystyksessä. He havaitsivat, että kivun esiintyvyys oli korkea sekä potilaan saapuessa että kotiutuessa. Vain harvat potilaat olivat saaneet lääkkeellistä tai lääkkeetöntä hoitoa käynnin aikana. Lähes puolella kipu oli kotiutuessa ennallaan ja noin kuudesosa oli ilmoittanut kivun lisääntyneen käynnin aikana. Tehokkain kivun hoidon vaste oli vamman hoidon ja lääkkeellisen hoidon yhdistelmällä, mitä käytettiin potilaille harvoin. Thornton ym. (2017, 62) saivat vastaavia tuloksia, sillä heidän tutkimuksessaan reilulla kolmasosalla potilaista, joilla oli kohtalaista tai kovaa kipua, ei ollut merkittäviä muutoksia kivussa päivystyksestä lähtiessä. He havaitsivat myös, että vammapotilaiden kivun uudelleenarviointia oli tehty vähemmän kuin sairauden vuoksi tulleilla. Syyksi epäiltiin vammapotilaiden lyhyempää käyntiaikaa sekä kirjaamisalustaa, mikä ei tukenut uudelleenmittausta.

Asianmukaisen kivunhoidon esteenä on kipulääkkeiden vähäinen käyttö (Guéant ym. 2011, 97; Grant 2006, 806). Kipulääkemääräyksissä ja opioidien käytössä on eroja, ja se voi johtaa siihen, että potilaat eivät saa asianmukaisia kipulääkkeitä tai saavat niitä riittämättöminä annoksina (Iyer 2011, 372). Lääkkeiden alikäyttöön liittyy virheellisiä oppeja kuten pelkoa sivuvaikutuksista ja väärinkäsityksiä lääkkeisiin liittyvään riippuvuuteen (Guéant ym. 2011, 103). Suositus on pitää kipulääkitys yksinkertaisena. Monifarmakologia tuo kivunhoitoon haittoja tai haittavaikutukset voivat pahentua, kun kerralla annetaan useampaa kuin yhtä lääkettä. Kivun lievittyessä on lisäksi vaikeaa arvioida, mikä lääke ja missä määrin auttoi kipuun. Virhe on myös siirtyä toiseen lääkkeeseen, jos alkuperäistä lääkettä ei ole annettu riittävästi. Mitä vakavammasta kivusta on kysymys, sitä todennäköisemmin laskimoon annettava lääke on oikea antoreitti. (Thomas 2013, 3–4.)

Opioidit ovat tarkoitettu akuutin kivun hoidossa voimakkaammalle kivulle. On kuitenkin tärkeää huomata, että kaikki kova kipu ei vaadi opioidihoitoa. Kipulääkkeiden vähäisen käytön lisäksi on havaittu myös opioidien ylikäyttöä. Viimeisen 10–15 vuoden aikana akuutin kivun hoidossa opioidit ovat olleet ylikäytettyjä ja käyttö pitkittynyttä. Tämä opioidien määrääminen ja saatavuus on lisännyt väärinkäytöksiä. (Kral & Singh, 2019.) Kansalliset suuntaukset viittaavat vahvaan positiiviseen korrelaatioon reseptilääkkeiden opioidimyyntiin, päihteiden väärinkäytön aloittamiseen ja opioidien käyttöön tai väärinkäyttöihin liittyvien kuolemien välillä (Alexander, Kruszewski & Webster 2012). Päivystyksillä on tärkeä tehtävä pyrkimyksissä parantaa kivun hoitoa vähentämällä samalla reseptilääkkeiden väärinkäytön ja riippuvuuden epidemioita, sillä väärinkäyttäjät, joilla on tyydyttämätöntä päihteiden tarvetta, hakeutuvat usein päivystykseen. Näiden käyntien määrä on vuosien kuluessa vain lisääntynyt. (Rockett, Putnam, Jia, Chang & Smith, 2005, 118.) Potilaiden kanssa, joilla tunnistetaan potilastiedoista ja historiasta tämä lisääntynyt riski riippuvuus-

ja väärinkäytöksistä, on oltava entistä varovaisempia (Cantrill ym. 2012, 505). Myös lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöllä voidaan vähentää tarvittavia lääkeannoksia (Fry ym. 2011, 273).

Kipu ei aina lopu, kun potilas poistuu päivystyksestä. Jos potilas on saanut voimakasta kipulääkettä päivystyksessä, se todennäköisesti voi olla tarpeen muutaman päivän ajan kotiutumisen jälkeen. (Thomas 2013, 4.) Opioidin määräämisen hyödystä päivystyksestä kotiutuessa verrattuna muihin kipulääkkeisiin on niukasti tutkimuksia. Tämän vuoksi opioideja suositetaan määräämään päivystyksestä vain rajoitettuja määriä rajoitetulle ajalle. (Cantrill ym. 2012, 505, 508.) Rohkaisevaa näyttöä on saatu siitä, että potilaiden ja hoitohenkilökunnan koulutuksella voidaan muuttaa opioidien kulutustottumuksia ja samalla lisätä potilastyytyväisyyttä (Dwyer, Soong, Hunter, Tolo & Kasparyan 2018).

Newcomb ym. (2017, 557–558) tutkimus tukee myös muiden kipulääkkeiden kuin opioidien ja ei-lääkkeellisten hoitomuotojen sisällyttämistä hoitoon. He arvioivat potilaiden tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä päivystyksessä ja havaitsivat, että potilaiden tyytymättömyys ei liity opioidireseptien vastaanottamiseen. Tyytyväisyyteen voidaan vaikuttaa todennäköisemmin huolehtimalla hoivaympäristön puhtaudesta, priorisoimalla potilasvirtausta ja kivunhoitoa. Kivunhoitotyö saa parempaa palautetta, kun koko hoitohenkilökunta työskentelee yhdessä myötätuntoisen ja turvallisen hoidon tarjoamiseksi, mikä saa potilaan tuntemaan olevansa henkilökohtaisesti hoidettu. Kivunhoitotyö on koko hoitotiimin ja työyhteisön asia.

Useissa tutkimuksissa kivunhoidon esteeksi on todettu hoitohenkilökunnan riittämätön tieto kivunhoidon periaatteista ja kipulääkkeistä (Pretorius ym. 2015; Moceri & Drevdahl 2014; Tanabe & Buschmann 2000). Koulutustaso, ikä tai vuosien kokemus ei suoraan enusta yksilön tiedon tasoa (Moceri & Drevdahl 2014, 6). Asianmukaisen kivunhoidon toteutumiseen katsotaan vaikuttavan enemmän yksilön tietämys ja taidot kuin ohjeistukset ja käytännöt (Bennetts ym. 2012, 138). Tiedon puutteen lisäksi esteinä kivunhoidolle ovat etniset, rodulliset ja kulttuuriset asenteet sekä sukupuoleen ja ikään liittyvät ennakoasenteet (Motov & Khan 2009, 7). Myös virheelliset negatiiviset asenteet potilaita kohtaan, joilla on kipua sekä stereotypiat ja ennakoasenteet voivat lisätä kivunhoidon eroja, ja olla näin esteenä asianmukaiselle kivunhoidolle (Institute of Medicine. 2011).

Haasteita kivunhoitoon tuovat myös potilaiden odotusten kohtaaminen. Potilaisiin liittyviksi kivunhoidon esteiksi tunnistetaan potilaiden haluttomuus puhua kivusta, haluttomuus opioidien käyttöön ja alkoholin sekä päihteiden käyttö (Pretorius ym. 2015, 375). Lisäksi dementia, kielelliset esteet, potilaiden usko siihen, että kivunlievitys vaarantaa diagnoosin tekemisen ja tästä johtuen kieltäytyminen kivunlievityksestä ennen lääkärin tapaamista,

viivästyttävät kivunhoidon aloittamista. Potilaat eivät myöskään mielellään pyydä kipulääkettä, vaikka haluaisivat. Esteet voivat olla myös taloudellisia ja maantieteellisiä. (Institute of Medicine. 2011.) Kipulääkkeisiin liittyvien odotusten, uskomusten ja todellisen päivystyksellisen kivunhoidon välistä kuilua voidaan kuitenkin kaventaa rohkaisemalla potilaita aktiivisemmin tuomaan esiin toiveitaan kivunhallinnasta. Potilaat todennäköisesti pyytävät kipulääkettä rohkeammin, jos heillä on riittävästi tietoa kivunhallinnan merkityksestä. (Todd ym. 2007, 464.) Heille tulisi tarjota kasvokkain tapahtuvaa ohjausta, antaa tietoa ja materiaalia kivusta ja tavoista käyttää omaehtoisia kivunhallintamenetelmiä kivun ehkäisemiseksi, vähentämiseksi ja selviytymiseksi (Institute of Medicine 2011).

Päivystyshoidon haasteena on kroonisen kivun hoidon lisäämä kuormitus. Kroonisista kivuista kärsivien potilaiden yleisiä syitä hakeutua päivystykseen on kyvyttömyys selviytyä kivusta ja kivun paheneminen. Myös mielenterveysongelmat, masennus ja ahdistus ovat yleisiä. Kysymyksiä herättävät kivun syy, huolet kivun aiheuttamasta toiminnanvajauksesta sekä lääkityksen tehoa ja uusimista koskevat ongelmat. Vaikka useimmilla potilailla on perusterveydenhuollon lääkäri, katsotaan päivystys ainoaksi tai parhaaksi vaihtoehdoksi, kun kipu tulee hallitsemattomaksi. (Poulin ym. 2016, 1.) Kroonisen kivun hoidossa pystytään harvoin saavuttamaan täyttä kivuttomuutta (Kivunhallintatalo 2017). Kroonisista kivuista kärsivillä on usein monimutkaisia ongelmia, joita ei voida käsitellä päivystyksessä. He tarvitsevat enemmän kuin, mitä heille kyetään päivystyksestä tarjoamaan. Tämän vuoksi tarvitaan parempaa pääsyä monitieteelliseen kivunhoitoon, ja sitä kautta vähentämään kroonisen kivun hoitoa ja sen aiheuttamaa potilaskuormitusta päivystyksessä. (Poulin ym. 2016, 1, 7–8.)

Rash ym. (2018, 1, 7) arvioivat monitieteellisen kroonisen kivunhoitosuunnitelman vaikutusta potilaiden käynteihin päivystyksessä. Intervention saaneet potilaat ilmoittivat parannuksia kivussa, käynneissä, toimintakyvyssä, masennuksen oireissa, katastrofaalisessa kivussa, elämänlaadussa, unessa ja opiaatin poikkeuksellisessa käytössä. He esittävät, että interventio, joka koostuu monitieteellisestä arvioinnista ja yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimisesta, voi olla tehokas vähentämään päivystyskäyntejä ja parantamaan kliinisiä tuloksia potilailla, joilla on useita käyntejä päivystyksessä kroonisen kivun vuoksi.

Moniammatillisen toimintamallin mukaisesti perusterveydenhuollolla on päävastuu kroonisen kivun ehkäisyssä ja hoidossa, koska potilaiden alkuarvio, useimpien koko hoito ja lähes kaikkien potilaiden jatkohoito tapahtuu siellä. Perusterveydenhuollon mahdollisuuksia tehostaa kroonisten kipupotilaiden hoitoa olisi parannettava koulutuksen ja konsultaatioiden avulla. Lisäresursseja tarvitaan myös erikoissairaanhoidon, jotta se pystyy tukemaan perusterveydenhuoltoa konsultaatioilla, koulutuksella ja alan kehittämisellä. (STM 2017.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että kivunhoito on haastavaa. Kivunhoitoa on kyettävä tarjoamaan kaikille yhtäläisesti. Tavoite on parantaa kaikkien kivunhoitoa ja tarjota samantyyppistä kivunhoitoa potilaan taustasta riippumatta. Kivunhoidon tärkeimmistä periaatteista on, että kipua on helpompi ehkäistä kuin hoitaa. Parhaaksi ohjeeksi kliiniseen päätöksentekoon tarjotaan ohjetta: "treat the patient as if they were your family member". (Thomas 2013, 5.)

### 3.7 Kivunhoidon osaamisen kehittäminen

Osaaminen on yksilön, yhteisön, tiimin ja organisaation pääomaa. Yksilön osaaminen muodostuu taidoista, tiedoista, verkostoista, kokemuksista, asenteesta ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Osaaminen muuttuu organisaation osaamiseksi, kun yksilöt yhdistyvät, jakavat ja kehittävät osaamistaan muuntaen tämän yhteiseksi käsitykseksi ja yhteiseksi toimintatavaksi. (Ojala 2008, 50, 53.) Osaamisen johtamisen lähtökohta on sen osaamisen määrittely, mitä organisaatiossa tarvitaan, ja jolla organisaatio pääsee tavoitteisiin ja päämääriin. Osaamisen johtaminen luo yhteyden organisaation strategian ja organisaatiossa toimivien yksilöiden välille. Yksilön osaaminen on perusta, jonka varassa hän onnistuu, kehittyy ja luo merkityksiä. (Viitala 2009, 175, 178.)

Oppivan organisaation osaamishaasteiden lähtökohta ovat osaamistarpeet, jotka kuvaavat mitä osaamista tarvitaan toiminnan parantamiseksi. Osaamistarpeita kuvatessa on mietittävä, mitä osaamista ja mistä tarvittavaa osaamista saadaan. (Ojala 2008, 105.) Osaamisen kehittämisen menetelmiä ja muotoja on useita. Nykyajattelun mukaan jokainen on vastuussa omasta kehittymisestään ja parhaat tulokset saavutetaan, kun yksilö itse on aktiivinen kehittämisensä suunnittelussa. (Lecklin 2006, 224.) Toisaalta osaamisen kehittäminen on siirtynyt yksilöltä yhteisön osaamisen kehittämiseen ja puhutaan hajaantuneesta osaamisesta ja asiantuntijuudesta. Asiantuntijuus on yhä enemmän tiimityötä, verkostoitumista ja yhteistyötä. Osaaminen on oppimista ja organisaation oppimisessa on kyse yhteisen näkemyksen luomisesta, sen soveltamisesta ja jatkuvasta uudistumisesta muuttuvassa toimintaympäristössä. Organisaation vastuu on osaamisen ajan tasalla pitäminen, ja sen on luotava oppimiselle suotuisat edellytykset ja mahdollisuudet, jotta oppiminen muuttuu organisaation osaamiseksi. (Ojala 2008, 51, 71–72, 278.)

Päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalta vaaditaan työn luonteen vuoksi laajaa ammatillista osaamista. Teoreettisen tiedon laaja-alainen hallinta, itsenäinen päätöksenteko, arviointikyky, kädentaidot, vuorovaikutustaidot, kriittisyys sekä riittävä kokemus havaita potilaan tarvitsemaa hoitoa, kuuluvat päivystyspoliklinikalla työskentelevän ammatillisuuteen. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan niin ikään potilaan kivun, kärsimyksen ja tuskan kohtaamista. (Sillanpää & Koponen 2005, 28.) Ammatillinen kohtaaminen ja optimaalinen

kivunhoito puolestaan vaativat asiantuntevaa ja koulutettua hoitohenkilökuntaa (Qadire & Khalaileh 2014, 220).

Fry ym. (2011, 272) toteavat tutkimustiedon vahvistaneen, että kivunhoidon parhaiden käytännön aukot ovat ilmeisiä verrattuna WHO:n kivunhoidon tavoitteisiin. Ongelmana on se, että näyttöä parhaiden käytäntöjen koskevien standardien määrittelemiseksi ja toteuttamiseksi päivystyksessä on olemassa vain vähän (Hatherley ym. 2016, 34). Lisäksi yksityiskohdat siitä, mistä asianmukainen kipulääkitys koostuu, puuttuu kansallisista arvioinneista ja niissä todetaan vain, että kipulääkitys tulisi antaa paikallisten ohjeiden mukaan. Kivunhoidolle on asetettu tavoitteita, mutta ei käytännön neuvoja niiden saavuttamiseksi eikä myöskään vastuuvollisuutta kivunhoidon laadusta. Kivunhoidon osaamisen esteeksi koetaan akuutin kivun hoidon koulutuksen muodollisuus sekä itse päivystysympäristö ja kulttuuri. (Keating & Smith 2011, 14–16; Motov & Khan 2009,8.) Kivunhoidon osaamisen vajeita selittää osin hoitohenkilökunnan perustutkintoon sisältyvän kivunhoidon opetuksen vähäinen määrä ja jatkokoulutuksen puute sairaaloissa. Tutkimustulosten osoittaman tiedon puutteen vuoksi olisi kivunhoito huomioitava paremmin myös eri ope- tussuunnitelmissa. (Qadire & Khalaileh 2014, 226; Yanuka, Soffer & Halpern 2008, 438.)

Bennetts ym. (2012) tutkivat kivunhoidon mahdollistajia ja esteitä kivunhoidon parhaiden käytäntöjen toteutumiselle päivystyksessä haastatellen lääkäreitä ja hoitajia. Päivystyksen arjessa hoitohenkilökunta ei muista nähneensä ohjeita tai jos joitain käytännön menettely- ohjeita on, niin niitä ei käytetä, vaan luotetaan enemmän yksilöiden tietoihin ja taitoihin. Yksikön kivunhoidon menettelytavat omaksutaan työtovereiden ja perehdytyksen kautta. Organisaation kulttuuri vastustaa muutoksia ja muutoksen perustelemiseen tarvitaan vah- vaa näyttöä. Sairaanhoitajien ja nuorten lääkäreiden näkemyksen mukaan koulutuspa- keilla voisi olla vaikutusta muutokseen. Myös kivunhoidon asiantuntija yksikössä saattaisi olla esteiden ratkaisija. Lääkäreille lääkäreiden välinen tiedon jakaminen on hallitseva op- pimisprosessi, ja tämä nähdään kivunhoidon kehittämisen mahdollistavana tekijänä, jos vanhemmat lääkärit ovat sitoutuneet parhaan käytännön kivunhoidon suosituksiin. Toi- saalta jos lääkäri pitää nykyistä omaa tietämystään kivunhoidosta asianmukaisena, se voi olla myös este kivunhoidon kehittämiseksi. (Bennetts ym. 2012, 138–139.)

Hoitohenkilökunta oli yhtä mieltä siitä, että kivunhoidon parantamiseksi tarvitaan useam- pia lähestymistapoja, ja kaikkien henkilöstötasojen mukaantulo koettiin tärkeäksi mahdol- listajaksi. Monitahoinen lähestymistapa pitäisi sisällään parhaisiin käytäntöihin perustuvan koulutuksen, yksiköiden suoritusten arvioinnin ja palautteen suorituskyvystä, vanhemman hoitohenkilökunnan johtajuutta sekä ongelmien ratkaisua organisaatiotasolla esteiden mi- nimoimiseksi. (Bennetts ym. 2012, 140.) Kivunhoidon osaamisen kehittäminen edellyttää

jatkuvaa koulutusta ja suunniteltuja interventioita (Hatherley ym. 2016, 34; Pretorius ym. 2015; Yanuka ym. 2008, 439; Cordell ym. 2002, 168).

Kivunhoidon ja kivun arvioinnin osaamisen kehittämistä on päivystyksessä saatu lupavia tuloksia. Stalnikowiczin ym. (2005, 173) tutkimuksessa interventiolla, joka sisälsi muun muassa lääkekoulutusta, VAS-arvioinnin lisäämisen kaavakkeeseen, rutiinin VAS-arvioinnista ja uudelleenarvioinnista, saatiin ero potilaan ja hoitajan kivun arvioinnin välillä pieneneväksi. Lisäksi useampi potilas sai kipulääkettä ja lyhyemmällä viiveellä kuin ennen interventiota. Doherty ym. (2013, 125) raportoivat tutkimuksessaan useissa päivystyksissä toteutetusta kivunhoidon interventiosta, minkä tavoite oli kivunhoidon parantaminen. Intervention jälkeen oli nähtävissä merkittäviä parannuksia kivun dokumentoinnissa, kipulääkkeiden toimitusaikojen lyhenemisessä sekä suoneen annosteltavien lääkkeiden asianmukaisessa käytössä.

Yanukan ym. (2008, 438–439) jäsenelty koulutustilaisuus kipulääkekäytännöistä ja kipulääkeohjeistus osoittautuivat tehokkaaksi parantamaan kivunlievityksen laatua, hoidon oikea-aikaisuutta sekä potilastyytyväisyyttä. He arvioivat intervention hyvien tulosten johtuvan hoitohenkilökunnan korkeasta motivaatiosta, lisääntyneestä kivunhoidon tietämyksestä, hyvästä osallistumisesta, yksinkertaisesta käytännöstä, tietoisuudesta, että toimintaa seurataan sekä ja kollegoiden vaikutuksesta. Henkilöstöä motivoivat rohkaisevat tulokset ja käytetty kivunhoidon käytäntö nähdään mahdollisuutena kivunhoidon osaamisen kehittämiseksi. Kaiken kaikkiaan kivunhoidon kohdennettujen koulutusten on osoitettu parantavan kivunhoitoa (Fry ym. 2011, 272).

## 4 KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄT

### 4.1 Toimintatutkimus lähestymistapana

Kehittämishankkeen tutkimuksellinen lähestymistapa on toimintatutkimus. Toimintatutkimuksen tunnusmerkkejä ovat suuntautuminen käytäntöihin, tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin ja pyrkiminen muutokseen (Kuula 1999, 10). Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa käytännön kehittämiseksi. Käytännönläheisenä tutkimuksen muotona se linkittää teorian ja käytännön toisiinsa. (Heikkinen 2008, 16, 29.)

Toimintatutkimuksen keksijänä ja suuntauksen alulle saattajana pidetään psykologian ja sosiaalipsykologian klassikkoa Kurt Lewiniä (1890–1947). Hänen tutkimukselliset ansiot painottuivat kokeelliseen tutkimukseen ihmisten sosiaalisen toiminnan luonteesta. (Kuula 1999, 29.) Hän otti ensimmäisenä käyttöön termin toimintatutkimus ja loi sen peruskäsitteet (Kananen 2017, 12).

Toimintatutkimus kohdistuu sosiaaliseen käytäntöön, millä on taipumus muuttua rutiineiksi ja käytänteiksi. Sosiaalinen käytäntö on altis muutoksille, ja toimintatutkimuksessa ajatellaan, että jos sosiaalista todellisuutta pyrkii muuttamaan, niin voi syntyä jotain uutta. (Heikkinen 2008, 28; Metsämuuronen 2008, 30.) Toimintatutkijan väliintulolla, interventiolla pyritään voimaannuttamaan osallistujia, rohkaisemaan tarttumaan asioihin ja kehittämään niitä itsensä kannalta paremmiksi. Osallistavuudella käsitetään mahdollisimman monen yhteisön jäsenen osallistumista tutkimuksen eri vaiheisiin, ja sillä pyritään lisäämään eri osapuolten välistä vuorovaikutusta. (Heikkinen 2008, 19–20, 32–33.) Tutkija voi tukea työyhteisön toimijoita kehittämään itsessään taitoja ja reflektoida omaa toimintaansa (Eskola & Suoranta 1998, 129). Lisäksi on kyse niiden henkilöiden oikeudesta osallistua, joita asia koskee (Toikko & Rantanen 2009, 91).

Toimintatutkimus nähdään prosessina, jossa ymmärrys ja tulkinta syvenevät vähitellen. Toiminnan reflektiivisyys tarkoittaa toiminta- ja ajattelutapojen pohdintaa. Se voi olla joko omien tai koko työyhteisön ajatusten, kokemusten, käytänteiden ja toimintojen pohdintaa. Reflektiivisyys hahmotetaan itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminnan havainnointi, reflektointi, uudelleensuunnittelu ja toteutus seuraavat lomittuvina ja toistuvina vaiheina toisiinsa. (Heikkinen 2008, 34–36.) Kurt Lewiniltä peräisin olevaa ajatusta on kehitetty toimintatutkimuksen sykliksi ja edelleen reflektiiviseksi toimintatutkimuksen spiraalimalliksi (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 80). Tämän toimintatutkimuksen ensimmäistä sykliä on kuvattu kuviossa 2.



KUVIO 2. Toimintatutkimuksen 1. sykli (soveltaen Heikkinen 2008, 35.)

Tässä toimintatutkimuksessa oli kyse käytännön hoitotyön kehittämisestä. Kehittämishankkeen tutkijan roolina oli käynnistää kehittämistyö ja osallistaa henkilöstöä oman työnsä reflektointiin osallistavaa menetelmää käyttäen. Kehittämistyöhön osallistuvat henkilöstön jäsenet arvioivat yhdessä työpajoissa kivunhoitotyön osaamistaan, haasteita ja kehittämistarpeita, sekä pohtivat kehittämiskeinoja haasteiden ratkaisemiseksi. Toisen aineiston keruumenetelmän tarkoitus oli vahvistaa henkilöstön keskusteluissa esille tulleita ja havainnoimia kehittämiskohteita. Tutkimustulosten yhdessä läpikäymisen merkitys oli tuoda suuntaa kivunhoidon kehittämiselle jatkossa.

## 4.2 World café -menetelmä

Kehittämishankkeen tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui World café- menetelmä. The World Café -sivuston (2019) mukaan menetelmä sai alkunsa vahingossa Juanita Brownin ja David Isaacsin kotona vuonna 1995. Tuolloin yritys- ja akateemisten johtajien ryhmä jakaantui pieniin pöytäryhmiin, ja kirjasi intiimeissä keskusteluissaan syntyneitä näkemyksiään paperisiin pöytäliinoin. Välillä ryhmät vaihtoivat pöytää kierrättääkseen ideoitaan. Ymmärrettyään innovatiivisen prosessin tuoman älykkyyden kokemuksen ja menetelmän toimivuuden, he kuvasivat World Café -menetelmän keskeisiä ajatuksia, ja menetelmä on nykyisin käytössä eri aloilla ympäri maailman.

World café -menetelmä sopii sekä pienempien että isompien ryhmien työskentelytavaksi ja monen eri asian käsittelemiseen samanaikaisesti. World café -työpajan vetäjän roolissa huomioonotettavia periaatteita ovat kontekstin asettaminen, vieraanvaraisen tilan luominen, asiaan liittyviin kysymyksiin tutustuminen, kaikkien kannustaminen osallistumaan, erilaisten näkökulmien yhdistäminen, yhdessä mallien ja oivalluksien kuunteleminen sekä yhteisten löytöjen jakaminen. (The World Café 2015.) World café -työpajan alussa osallistujat jaetaan pöytäkuntiin ja jokaisessa pöydässä on emäntä/isäntä, joka ylläpitää keskustelua, kirjaa keskusteluissa syntyneet ajatukset ja tekee niistä yhteenvedon. Jokainen osallistuja voi hahmotella ajatuksiaan ja ideoitaan ja kirjoittaa tai piirtää ne pöytäliinaan, käytännössä esimerkiksi fläppipaperiin ja/tai post-it-lapuille. (Järvensivu ym. 2010, 69.)

Sovitun ajan päätyttyä osallistujat vaihtavat seuraavaan teemapöytänsä. Pöydän emäntä/isäntä jää paikalleen kertoen uudelle ryhmälle, mihin edellinen ryhmä jäi keskustelussaan. Keskustelun tema jatkuu näin koko ajan eteenpäin. Menetelmän tavoitteena on tuoda kahvilakulttuuria työpajoihin. Tarkoituksena on turvallisen ja innostavan ympäristön luominen keskustelulle. (Järvensivu ym. 2010, 69.) Taustalla on ajatus löytää kollektiivisella keskustelulla innovatiivisia lähestymistapoja, lisätä tietoa, muuttaa käsityksiä ja synnyttää uusia toimintamalleja (The World Café 2015).

World Café -menetelmä soveltuu kvalitatiivisen aineiston keruumenetelmäksi, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedonantajana. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja se on kooltaan useimmiten pieni. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistyksiin eikä hypoteesin testaamiseen vaan kuvaamaan tai ymmärtämään tiettyä toimintaa tai tapahtumaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008; 160Tuomi 2007, 97.) On olennaista, että kohdejoukolla on kokemusta tai tietoa tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon, ja että heidän näkemyksensä ja äänensä pääsevät esiin (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Siinä pyritään kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan, mikä liittyy ihmisten tuottamiin merkityksiin. Aineisto koostuu luonnollisissa, todellisissa tilanteissa, joissa erilaisia vaikuttavia tekijöitä ei voida kontrolloida. Tutkimuksessa pyritään ainutlaatuisen aineiston kaikenkattavaan tarkasteluun ja odottamattomien seikkojen paljastamiseen. (Metsämuuronen 2008, 14; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157, 160.)

### 4.3 Potilasasiakirja-analyysi

Tutkimuksessa voidaan käyttää valmista muiden keräämää aineistoa kuten erilaisia julkisten tahojen ja viranomaisten tuottamia rekistereitä, tilastoja, tietokantoja ja dokumentteja.

Tutkimuksessa voidaan käyttää hyväksi myös arkistojen materiaaleja. Valmiit aineistot soveltuvat harvoin käytettäväksi sellaisenaan, joten ne on kyettävä kytkemään omaan tutkimusintressiin. (Hirsjärvi ym. 2008, 181, 183.)

Tutkimuskohde ja tutkimusongelma määrittävät sen, mitä dokumenteista etsitään ja miten niitä hyödynnetään. Valmis aineisto on ajallisesti menneisyyttä. Sillä voi olla lakisääteinen tarkoitus, ja sisältö on tämän vuoksi tarkoin määritelty. (Kananen 2015, 158.) Asiakirja-analyysin etuna on, että tutkijan läsnäolo ei vaikuta tutkittavaan kohteeseen vaan asiakirjat ovat tutkijasta riippumattomia. Analysoinnin ongelmana voi ilmetä riittävien yksityiskohdienten puuttuminen, koska asiakirjat on tuotettu muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Asiakirjoja ei tule myöskään pitää täsmällisinä, tarkkoina tai täydellisinä tallenteina menneistä tapahtumista. (Bowen 2009, 31–33.) Dokumentteihin on suhtauduttava kriittisesti ja pohdittava kysymyksiä: kuka kirjoitti, miksi, milloin, kenelle, mihin sillä pyrittiin ja mitä niistä puuttuu. Mitä dokumentista puuttuu saattaa olla oleellisempaa kuin se, mitä niihin on kirjattu. (Kananen 2015, 158.)

Tässä kehittämishankkeessa käytin aineistona sairaalan arkiston paperisia potilasasiakirjoja sekä Efficapotilastietojärjestelmän sähköisiä potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoja ovat potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävät, hoitopaikassa laaditut tai sinne saapuneet asiakirjat tai tekniset tallenteet, mitkä sisältävät terveydentilaa koskevia tietoja ja muita henkilökohtaisia tietoja. Niiden tarkoituksena on turvata potilaan hyvä hoito. (Valvira 2015.)

Potilasasiakirjamerkintöjen tulee olla riittävän laaja-alaisia. Merkinnöistä on käytävä ilmi taudinmääritys, valittu hoito ja perusteet hoitoratkaisujen valintaan. Erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta sekä hoidon vaikutuksista ja tehottomuudesta on tehtävä merkinnät viivytyksettä potilasasiakirjoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11§, 13§.)

Valmista aineistoa voidaan käyttää määrällisen tutkimuksen aineistoksi, jos se on muutettavissa numeeriseen muotoon ennen aineiston keruuta tai sen jälkeen (Vilka 2007, 31). Tässä kehittämishankkeessa muokkasin potilasasiakirja-analyysistä nousseet käsitteelliset ilmiöt numeeriseen muotoon. Hirsjärven ym. (2008, 132, 136) mukaan kvantitatiivista eli määrällistä ja kvalitatiivista tutkimussuuntausta voidaan käyttää toisiaan täydentävinä tutkimustapoina. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat kausaalisuhde, hypoteesin esittäminen, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely ja aineistonkeruu tavalla, missä havaintoaineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen. Tutkittavista henkilöistä määritellään perusjoukko ja tästä otetaan tarkka otos.

Yhdistän tässä kehittämishankkeessa sekä erilaisia tutkimus- ja kehittämismenetelmiä että tutkimusaineistoja. Eskolan ja Suorannan teokseen viitaten, Vilkka (2015, 70–71) esittää triangulaation tarkoittavan erilaisten aineistojen, teorioiden, menetelmien ja/tai useiden tutkijoiden käyttöä samassa tutkimuksessa. Menetelmätriangulaatiossa yhdistetään erilaisia menetelmiä kuten määrällinen ja laadullinen menetelmä. Aineistotriangulaatiossa tutkimuksessa yhdistetään useita erilaisia aineistoja keskenään. Triangulaation käyttöä perustellaan tutkimuksessa luotettavuuden ja kattavuuden parantamisella. (Vilkka 2015, 70–71; Eskola & Suoranta 1998, 51–52.)

#### 4.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tutkimusaineiston analysointimenetelmä, jonka tarkoituksena on kuvata merkityksiä ja tutkittavaa ilmiötä sanallisesti. Se toimii myös löyhänä teoreettisena tulkintakehikkona, johon voi liittää erilaisia tutkimusaineiston sisällön analysointimenetelmiä. Sillä voidaan arvioida aineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysin tavoite on kuvata ilmiö yleisessä ja tiiviissä muodossa, ja liittää kuvaus teoreettiseen viitekehykseen sekä aiempaan tutkimustietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Sisällönanalyysi on ihmisten luomien asioiden ja kulttuuristen artefaktien tutkimusta. Sitä voidaan kutsua huomaamattomaksi arvioinniksi tai tavaksi tutkia sosiaalista käyttäytymistä vaikuttamatta siihen suoraan. Sillä voidaan analysoida kaikkea ihmisen luomaa kuten artikkeleita, elokuvia, kirjoja, verkkosivuja ja laulun sanoja tutkiaksemme, mitä nämä artefaktit voivat kertoa meille ihmiselämästä ja vuorovaikutuksesta. (Abbott & McKinney 2013, 316.)

Analyysin yleisessä kuvauksessa painotetaan ilmiön tarkkaa rajaamista ja kiinnostukseen sisältyvän aineiston erottelua muusta materiaalista. Tutkimusongelma tai -tehtävä osoittaa, mistä juuri kyseisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Kaikki tämän ulkopuolelle jäävä aineisto karsitaan pois. Tästä aineiston erottelu- ja merkitsemisvaiheesta käytetään nimitystä litterointi tai koodaaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018; Vilkkä 2015, 163–164.) Litterointi voidaan tehdä joko koko aineistosta tai valikoiden ja siinä voidaan erottaa erilaisia tasoja (Hirsjärvi ym. 2008, 217). Eri tasoja ovat huudahdukset ja eleet huomioiva sanatarkka litterointi, yleiskielinen eli kirjakielinen litterointi sekä propositiotason eli sanoman tai ydinsisällön litteroinnin taso (Kananen 2015, 161).

Analyysin seuraavassa vaiheessa aineisto järjestellään luokittelemalla, teemoittamalla tai tyypittelemällä. Luokittelussa aineistosta määritellään luokkia ja lasketaan luokan esiintyminen aineistossa. Teemoittelussa aineisto pilkotaan ja ryhmitellään aihepiirien mukaisesti, ja sen jälkeen etsitään varsinaiset teemat eli aiheet ja niitä kuvaavat näkemykset.

Tyypittelyssä teemojen sisältä eritellään yhteisistä ominaisuuksista koostuvia näkemyksiä. Niistä muodostetaan edelleen yleistys. Tiettyä teemaa käsittelevät aiheet tiivistetään yleistyksi. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä ja pyritään luomaan aineistoon selkeyttä, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

## 5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

### 5.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Tarve kehittämishankkeen toteuttamiseen nousi syksyllä 2015 Akuutti24 hoitohenkilökunnan havaitsemasta tarpeesta sekä saadusta asiakaspalautteesta. Päätös kehittämishankkeen toteuttamiseen varmistui Akuutti24:n kanssa helmikuussa 2016. Tämän jälkeen tehtiin suunnitelma toteuttamistavasta ja alustavasta aikataulusta. Kevään aikana aloitin perehtymisen tietoperustaan. Esitin kehittämishankesuunnitelman suunnitelmaseminaarissa huhtikuussa 2016 ja tutkimuslupa kehittämishankkeelle myönnettiin toukokuussa 2016.

Kuviossa 3 on esitetty kehittämishankkeen eteneminen.



KUVIO 3. Kehittämishankkeen eteneminen

## 5.2 World café -työpajojen toteutus

Suunnitelmaseminaarin jälkeen kehittämishankkeen toteutus käynnistyi toukokuussa 2016 toteutetuilla World café -työskentelyillä. World café -työpajat valikoituivat tiedonkeruunetelmäksi, koska tavoite oli, että hoitohenkilökunta osallistuu alusta asti oman työnsä kehittämiseen tunnistamalla yksikkönsä kivunhoidon kehittämistarpeet ja pohtii myös kehittämiskeinoja. Yksikön opinnäytetyön yhdyshenkilö tiedotti hoitohenkilökuntaa työpajoista ja aikatauluista sekä järjesti niiden toteuttamista varten paikan yksikön taukotilasta.

Aloitin World café -tilaisuudet kertomalla kehittämishankkeen taustasta, tulevasta potilasasiakirja-analyysistä, lyhyesti kivunhoidosta ja World café -menetelmästä. Työpajoja varten oli valittu pohdittavaksi kolme teemaa/kokonaisuutta. Työpajojen tavoitteena oli selvittää Akuutti24:n kivunhoidon nykytilaa ja osaamista, kehittämis- ja osaamistarpeita sekä löytää/mieltiä tavoitteita ja keinoja kivunhoidon kehittämiseen.

Kivunhoidon nykytilaa ja osaamista miettiessään johdattelevina kysymyksinä keskusteluun olivat *Mitä osaamme, missä olemme hyviä ja missä onnistumme?* ja *Mitä haasteita/esteitä kivunhoidossa esiintyy?* Kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeita ryhmät pohtivat vastaamalla kysymykseen *Mitä kivun hoidon osa-alueita Akuutti24:n kivunhoidossa tulisi kehittää?* ja jatkamalla lausetta: *Tarvitsemme tukea ja lisäosaamista...* Kolmanteen teemaan ryhmien piti koota ideoita siitä, mitkä voisivat olla *Akuutti24:n kivunhoidon kehittämisen tavoitteet?* ja *Mitä konkreettisia keinoja, toimenpiteitä ja menetelmiä voidaan käyttää kivunhoidon ja kivunhoidon osaamisen kehittämiseksi?*

Järjestin kaksi World café -työpajaa, jotta mahdollisimman moni hoitohenkilökunnasta pääsi osallistumaan. Ensimmäiseen World café-työpajaan osallistui 12 henkilöä, sairaanhoitajia ja lähihoitajia, jotka jaettiin kolmeen ryhmään. Toiseen työpajaan osallistui vain kuusi henkilöä, koska päivystyspoliklinikalla oli työpajan toteuttamishetkellä enemmän akuutisti hoidettavia potilaita sekä hoitohenkilökuntaa oli sairauslomalla. Nämä kuusi osallistujaa halusivat keskustella asioista yhtenä ryhmänä.

Ryhmillä oli kunkin aiheparin keskusteluun aikaa noin 20 minuuttia. Jokainen ryhmä kirjasi keskustelussa nousseita asioita fläppipaperiin. Ryhmät valitsivat vielä jokaisesta teemasta kolme tärkeintä aihealuetta merkiten ne erivärillä. Lopuksi ryhmät esittelivät keskustelujen tuotokset ja asioista keskusteltiin yhdessä. Molemmissa työpajoissa roolini oli pääasiassa aikataulusta huolehtiminen, sillä keskustelu eteni aktiivisesti ja sujuvasti aiheesta toiseen. Totesimme opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa, että kolmannelle työpajalle ei ollut tarvetta, koska sain työpajoista runsaasti aineistoa, ja aineisto alkoi jo kahden työpajan vastauksissa kertaantua.

### 5.3 Aineiston keruu potilasasiakirja-analyysin avulla

Käytin kehittämishankkeen toisena tutkimusmenetelmänä potilasasiakirja-analyysia. Opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa sovin analysoitavan otoskoon määrästä ja analysoitavista asioista. Otimme mallia muun muassa HUS:ssa toteutetusta kivunhoidon kehittämistyöstä, josta opinnäytetyön yhdyshenkilö oli löytänyt lehtiartikkelin Pro Terveys-lehdestä. Sain HUS:n hankkeesta lisätietoja puhelimitse kehittämistyössä mukana olleelta osastonhoitajalta. Lisäksi huomioin lääkäreiden toiveita analysoitavista asioista. World café -työpajoista saadun tiedon arviointi tuki myös analysoitavien asioiden valintaa. Potilasasiakirja-analyysin toteuttamista varten tarvitsin erillisen tutkimusluvan ja tieteellisen tutkimuksen rekisteriselosteen. Nämä myönnettiin kesäkuussa 2016.

Aloitin potilasasiakirjojen analysoinnin heinäkuussa 2016. Keräsin aineiston sairaalan arkiston paperisista potilasasiakirjoista sekä Efficapotilastietojärjestelmän sähköisistä potilasasiakirjoista. Tarkastelin potilasasiakirjoja retrospektiivisesti eli taaksepäin suuntautuvana asiakirja-analyysinä. Alkuperäisenä tavoitteena oli toteuttaa asiakirja-analyysi pitkäikäistutkimuksena eli seurantatutkimuksena, mutta koska aikataulullisesti kehittämistavoitteiden toteuttaminen Akuutti24:ssä ei ollut mahdollista, niin päädyimme opinnäytetyön ohjaajan kanssa siihen, että toista potilasasiakirja-analyysia ei tehdä. Sovimme, että Akuutti24 toteuttaa halutessaan seuranta-asiakirja-analyysin myöhemmin. Potilasasiakirja-analyysin tuloksia toivottiin eriteltynä niin, että operatiivisen prosessin ja konservatiivisen kivunhoidon merkintöjä analysoitaisiin erikseen.

Valitsin tutkimusaineiston systemaattisella satunnaisotannalla huhtikuussa 2016 Akuutti24:n päivystyksessä käyneistä potilaista. Käytin valintaan päivystyspoliklinikalla käytössä olevaa ohjelmaa nimeltä Päivystysmonitori, johon kirjataan kaikki päivystyspoliklinikalle saapuneet potilaat. Valitsin Päivystysmonitorin listalta 50 konservatiivista ja 50 operatiivista potilasta. Gynekologisten potilaiden ja hammaspäivystyspotilaiden ilmoittautumiset merkitään eri listalle, joten ne jäivät otoksen ulkopuolelle. Otokoko oli yhteensä 100.

Konservatiivisessa prosessissa oli käynyt yhteensä 2043 potilasta. Valitsin ensimmäisen potilaan arpomalla, ja analysoin siitä eteenpäin joka 41. potilaan tiedot. Konservatiivisten potilaiden asiakirjoista avasin 177 potilaan tiedot, kunnes sain kriteerit täyttävän 50 potilaan otoksen. Operatiivisen prosessin potilaita oli yhteensä 2229, joista arvonnin jälkeen analysoin joka 45. potilaan tiedot. Operatiivisten potilaiden asiakirjoista avasin 104 asiakirjaa 50 potilaan otosta varten. Potilasasiakirjojen sairauskertomuksesta avasin Akuutti24:n lääkäreille potilaskäynnin kirjaamiseen tarkoitettua AKUUTTI-erikoisalalehden, hoitajien

kirjaamiseen käyttämän AKUHOI-lehden ja konservatiivisella puolella hoitajien kirjaamiseen tarkoitetun paperisen PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITOSUUNNITELMA-lomakkeen.

Valitsin asiakirjoista ne, joiden tekstissä oli maininta potilaan kivusta ja /tai tulositynänä oli kipu ja/tai toimenpiteen aiheuttama kipu. Lisäksi valintakriteerinä oli, että potilas oli kohdannut käynnillä sekä lääkärin että hoitajan. Kokosin potilasasiakirjoista etukäteen sovitut taustatiedot sekä kipuun ja kivunhoitoon määritellyt mitattavat muuttujat ja tarkastelin niiden esiintyvyyttä sairauskertomuksissa. Kokosin sairauskertomuksista seuraavat taulukossa 2 näkyvät taustatiedot ja mitattavat muuttujat Excel-tilukkaan tarkempaa analyysia varten.

TAULUKKO 2. Potilasasiakirja-analyysin taustatiedot ja mitattavat muuttujat

Taustatiedot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ikä</li> <li>• sukupuoli</li> <li>• tulo-oire</li> <li>• tulosityluokka</li> <li>• diagnoosi</li> <li>• jatkohoitopaikka</li> </ul>
Mitattavat muuttujat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kivun sijainti (paikka)</li> <li>• kivun alkamisajankohta</li> <li>• kivun laatu/luonne (millainen, kuvailevia sanoja)</li> <li>• kivun voimakkuus</li> <li>• kivun voimakkuuden arviointi uudelleen tai annetun hoidon jälkeen</li> <li>• kivunhoito lääkkeellisesti</li> <li>• kivunhoito lääkkeettömästi</li> <li>• kivunhoidon vasteen/vaikutuksen kirjaaminen</li> <li>• kivunhoitoa ei ole kirjattu (kipua ei ole hoidettu)</li> <li>• potilaan oma kokemus kivusta</li> <li>• hoitohenkilökunnan arvio kivusta</li> <li>• kipua helpottavat tekijät</li> <li>• kipua pahentavat tekijät</li> <li>• kivunhoidon tavoite on kirjattu</li> <li>• lääkäri on kirjannut kivunhoidon jatkohoito-ohjeet</li> <li>• kivunhoidon aloitus suhteessa sisäänkirjausaikaan</li> </ul>

#### 5.4 Kivunhoidon kehittämisen käynnistäminen

World cafe -työpajojen jälkeen teimme opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa alustavia suunnitelmia ja aikatauluja. Syyskuussa 2016 järjestin World Cafe -työpajoissa toivottuja ”nonstop”-tyyppisiä kipupumpun käyttökoulutuksia. Ohjasin pumpun käyttöä kolmena sovittuna aamupäivänä kolmelle ryhmälle peräkkäin. Henkilökunta, pääosin sairaanhoitajat ja lähihoitajat osallistuivat ohjauksiin työn lomassa. Esitin marraskuussa 2016 World cafe-

työpajojen ja potilasasiakirja-analyysin tuloksia kahdella tunnin mittaisella luennolla. Näihin osallistui ammattiryhmistä sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Samassa yhteydessä APS-koordinaattori piti luennon kivun arvioinnista ja kirjaamisesta, koska kivun arviointi oli yksi World café -työpajoissa hoitajien esille tuomista kehitettävistä asioista. Potilasasiakirja-analyysin tulosten esittämisen jälkeen kehittämishankkeen tekijälle esitettiin pyyntö saada potilasasiakirja-analyysin tulokset eriteltyinä niin, että lääkäreiden ja hoitajien kivunhoidon merkinnät analysoitaisiin vielä erikseen.

Työpajojen ja potilasasiakirja-analyysin tulosten pohjalta tehtiin suunnitelmia kehitettävien asioiden eteenpäin viemiseksi. World café -työpajojen ja potilasasiakirja-analyysin tulokset ja Kivun arvioinnin ja kirjaamisen -luento herättivät kysymyksiä potilastietojärjestelmän fraaseista, otsikoista sekä kirjaamisalustan toimivuudesta kivunhoidon kirjaamisessa. Akuutti24:n hoitajat päättivät mieltiä uusia toimivampia fraaseja ja otsikoita akuuttihoito-työn lehdelle. Joulukuussa 2016 kipupoliklinikka ja APS-tiimi järjestivät alueellisen kipukoulutuksen. Yhdeksi luennon aiheeksi valikoitui ”Vahvat opioidit, milloin kirjoitetaan päivystyksessä/kotiutussa ja milloin ei”. Aihe koulutukseen valittiin Akuutti24:n työpajoissa nousseiden tarpeiden pohjalta. Osallistuminen oli vapaaehtoista.

Hoitajat esittivät keinona kivunhoidon kehittämiseen potilasryhmäkohtaisia lääkkeitä, joita hoitajat voisivat antaa potilaalle ilman lääkärin määräystä. Sairaalan johdossa oli jo syksyn aikana tehty päätös, että hoitajat eivät saa antaa kipulääkkeitä ilman lääkärinmääräystä, joten hoitajien toivomia lääkeohjeita ei voitu näin ollen tehdä. Tämän vuoksi suunniteltiin, että yksiköön tehtäisiin kivunhoitoon ja kivun arviointiin liittyviä ohjeita ja suosituksia. Erillisten ohjeiden työstämisestä päätettiin kuitenkin luopua, kun saatiin tieto APS-koordinaattorin ja APS-tiimin työstämästä kipuviuhkasta, mikä sisältäisi oleellisia hoitajien World café -työpajoissa toivomia ohjeita kuten aikuisen ja lapsen kipulääkkeiden annoste-luohjeet, PCA-kipupumpun aloitusohjeen, ohjeet kivun arvioinnista, toteutuksesta ja tavoitteista, kipumittarit sekä ohjeita tilanteisiin, kun kipulääkitys ei tehoa.

Osaamisen kehittämiseen ja hoitajien ehdottamien keinojen toteuttamiseen jäi vielä useita kehitettäviä osa-alueita. Osa niistä oli selkeästi työyhteisön sisällä pohdittavia asioita, jotka eivät olleet ainoastaan kivunhoitoon vaikuttavia tai kivunhoitoa edistäviä tekijöitä. Nämä osa-alueet jäivät yksikön työstettäväksi ja kehitettäväksi tulevaisuudessa.

## 6 AINEISTON ANALYSOINTI

### 6.1 World cafe – ajatuksia ja keskustelua kivunhoidosta

Analysoin World-cafe -työpajojen tulokset soveltaen sisällönanalyysia. Ensin kirjoitin kaikki fläppipapereille kirjoitetut vastaukset ja pohdinnat ylös sanasanaisesti Word-ohjelmalla. Litteroin aineistoa erottelemalla ja pelkistäen osan ilmaisuista yleiskielisempään muotoon. Kirjasin suurimman osan vastauksista muokkaamatta, koska ne kuvasivat parhaiten asiaa sellaisenaan. Alkuun käytin työpajoissa käytettyjä teemoja yläluokkina. Maalasin vastaukset eri värein sen mukaan, minkä teeman alle ilmaisut sopivat etsien johdonmukaisia kokonaisuuksia. Sen jälkeen yhdistin saman väriset eli tiettyyn tutkimustavoitteeseen vastaavat ilmaisut omiksi teemoikseen. Taulukossa 3 on esimerkki vastausten analysoinnista. Yhdistelemisen jälkeen päädyin viiteen teemaan.

TAULUKKO 3. Esimerkki World Café -vastausten analysoinnista

Alkuperäiset kirjaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Yhdistävä luokka
-”aikapula”	Kiire	Kivunhoidon haasteet
”lääkäreiden (välinpitämättömyys)/kokemattomuus”	Lääkäreiden kokemattomuus ja asenteet	
-”kivun seuraaminen ja kirjaaminen unohtuu”	Kivun seurannan ja kirjaamisen puutteellisuus	
-”Riittämättömät annokset ja ”uskalluksen” puute opiaattien käytössä” - ”kynnys lääkityä voi olla suuri ja lääkemääräykset pieniä”	Alilääkitseminen, rohkeus lääkittää kipua	
-”lääkemääräysten saaminen”		
-”lääkärit ei aina tavoitettavissa”	Lääkäreiden tavoitettavuus	
-”lääkevalikoima rajallinen (esim. kipukroonikot)”	Lääkevalikoiman rajallisuus	
-”lääkevastaisuus potilailla”	Potilaiden lääkevastaisuus	
-”lääkkeitten väärinkäyttäjät” -”monikulttuurisuus haaste” -”alkoholistit”, -”krooniset kipupotilaat ja lapset, vanhukset”	Kivunhoidollisesti haastavat potilasryhmät	
-”kivun arviointimenetelmät”	Kivunarviointimenetelmien käytön haastavuus	
-”avuttomuus” kotona ei voi ottaa lääkkeitä, hoitaa kipua”	Potilaiden osaamattomuus hoitaa kipua kotona	

### **Kivunhoidon osaamisen vahvuudet Akuutti24:ssa**

Ryhmät valitsivat neljäksi tärkeimmäksi vahvuudeksi Akuutti24:ssa potilaan kivun huomiointimisen tulotilanteessa, lääkkeettömän kivunhoidon, lääkehoidon ohjauksen ja tiettyjen potilasryhmien lääkitsemisen hyvin. Todettiin, että potilaan kivusta kysytään etenkin tulotilanteessa ja se on siinä luontevampaa, kun potilasta alkuvaiheessa muutenkin haastatellaan ja tutkitaan hoidon tarpeen arvioimiseksi. Lääkkeettömän kivunhoidon antaminen kuten asento- ja kylmähoidon koettiin sujuvan, mutta samalla todettiin sen jäävän kirjaamatta. Lääkehoidon ohjaukseen ja tiettyjen potilasryhmien lääkitsemiseen koettiin olevan osaamista. Kivunhoidon vahvuutena nähtiin lääketietämys ja eri erikoisalojen tietämys ja kouluttuneisuus eri erityisalueisiin. Teamtyöskentely koettiin vahvuutena kivunhoidon jatkuvuuden kannalta. Lääkkeellisen kivunhoidon vahvuutena nähtiin peruskipulääkkeiden antaminen heti tulovaiheessa ja lääkemääräysten nopeahko toteuttaminen operatiivisella puolella.

### **Kivunhoidon haasteet**

Ryhmien mielestä eniten esiin tulevia kivunhoidon haasteita ja esteitä olivat aikapula, toisin sanoen kiire, lääkäreiden kokemattomuus tai välinpitämättömyys sekä kivun seurannan ja kirjaamisen unohtuminen. Haastetta toivat riittämättömät kipulääkeannokset ja rohkeus lääkityä riittävästi (alilääkitseminen). Lääkemääräyksiensä saaminen koettiin haastavaksi. Lääkärit eivät ole aina tavoitettavissa ja tällöin heiltä toivotaan parempaa ohjeistusta hoitajille. Haasteeksi koettiin lääkevalikoiman rajallisuus ja esille tuotiin kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden lääkitys. Vahvuudeksi todettu lääketietämys koettiin myös haasteena. Esimerkkinä tuotiin esiin tietämyksen puute rinnakkaisvalmisteista.

Potilaiden osalta kivunhoidon haasteiksi koettiin vanhusten, kroonisesta kivusta kärsivien, alkoholistien ja lasten kivun arviointi. Kivunhoidollisesti haastaviksi potilasryhmiksi koettiin kroonisesta kivusta kärsivät, vanhukset ja lääkkeiden väärinkäyttäjät. Lisäksi haasteita toivat potilaiden lääkevastaisuus ja osaamattomuus hoitaa kipua kotona ennen päivystykseen tuloa. Myös monikulttuurisuus on tuonut haasteita kivunhoitotyöhön.

### **Kivunhoidon osaamisen kehittäminen**

Ryhmien valitsemat tärkeimmät kivun hoidon lisäosaamisen ja kehittämisen osa-alueet olivat: kivunhoidon vasteen seuranta, kivun tunnistaminen ja ennakointi, kivun arviointikeinot/-menetelmät, kirjaaminen ja kroonisen kivun hoito. Kivunhoidon etenkin kipulääkkeen

vasteen seurannan ja kivusta kysymisen todettiin olevan lääkkeen antajan vastuulla. Lisäosaamista kaivattiin vanhuksien kivun tunnistamisessa sekä niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät ilmaise kipuaan. Lisäosaamiselle koettiin tarvetta vitaalien eli peruselintoimintojen tulkinnassa kivunarviointikeinona ja kroonisen kipupotilaiden lääkehoidoista. Eri kivunarviointiasteikkojen käyttöä VAS:n lisäksi haluttiin kehittää.

Lääkkeettömän kivunhoidon kirjaamiseen ja tapauksiin, joissa potilas kieltäytyy kipulääkityksestä kaivattiin lisäosaamista. Sähköiseen kirjaamisalustaan erityisesti hoitosuunnitelmaan haluttiin selkeä kohta, mihin kirjata ja seurata kipua. Ryhmät kokivat kehittämistarvetta kivun ennakointiin kuten lääkitsemiseen ennen siirtoja ja tutkimuksia. Akuuttihooneen (ohjataan välitöntä hoitoa tarvitsevat) potilaiden kivunhoitoon sekä lasten kivunhoitoon operatiivisella puolella koettiin kehittämistarvetta, koska niiden todettiin ajoittain unohtuvan.

Hoitohenkilökunnan, etenkin uusien ja kokemattomien perehdytystä haluttiin kehittää. Perehdytystä kaivataan kipulääkkeistä, niiden haittavaikutuksista sekä lääkkeettömästä kivunhoidosta. Myös ohjeistusta ja koulutusta erilaisten kipupumppujen käytöstä toivottiin. Potilaiden ohjeistamista lääkkeiden vaikutuksista ja vaikutusajoista sekä kirjallisia potilasohjeita haluttiin parantaa. Ryhmien mielestä lääkärin kommunikointia ja yhteistyötä tulisi kehittää operatiivisen ja konservatiivisen puolen välillä. Esimerkkinä tuotiin tilanne, jossa konservatiivisen puolen lääkäri on pitkään kiinni yhden potilaan hoitotilanteessa. Kipulääkemääräyksiä ei ole tällöin saatavissa muiden konservatiivisten potilaiden kipulääkitsemiseen.

### **Kivunhoidon kehittämisen tavoitteet**

Tavoitteista tärkeimmiksi nousivat potilaan kivun tunnistaminen ennakoivasti, kirjaamisen parantaminen ja raportointi sekä kipulääketietämyksen ja kivunhoidon perusosaamisesta huolehtiminen. Kivun ennakoinnilla tarkoitettiin esimerkiksi lääkkeettömien hoitomuotojen kuten asentohoidon ja kylmähoidon käyttöä kipua ennaltaehkäisevästi. Tavoitteeksi asetettiin akuutin kivunhoidon ohjeistuksen kehittäminen eri potilasryhmille nopeuttamaan tulovaiheen kipulääkityksen aloittamista. Päivystyksen käyttöön haluttiin tarvittavat kipulääkkeet potilaille. Laajempina tavoitteina tuotiin esiin henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen sekä tyytyväisemmät ja kivuttomammat potilaat.

## **Kivunhoidon kehittämisen keinot**

Merkittävimiksi kivunhoidon kehittämisen keinoiksi nousivat tehokas kirjaaminen ja raportointi, koulutus, lääkärin sitouttaminen hoitoryhmään ja potilaiden kivunhoidon ohjeistus ennen sairaalaan tuloa. Koulutusta toivottiin lääkehoidosta, lääkkeettömästä hoidosta, uusista kivunhoitomenetelmistä, kontraindikaatioista eli vasta-aiheista sekä eri erikoisalojen kuten neurologisten ja syöpäpotilaiden kivunhoidosta. Koulutusten toivottiin olevan hoitajille ja lääkäreille yhteisiä koulutuspäiviä. Kirjaamisen kehittämiseksi haluttiin kivun kirjaamiselle ja seurannalle selkeä paikka sähköisessä kirjaamisessa ja hoitosuunnitelmassa.

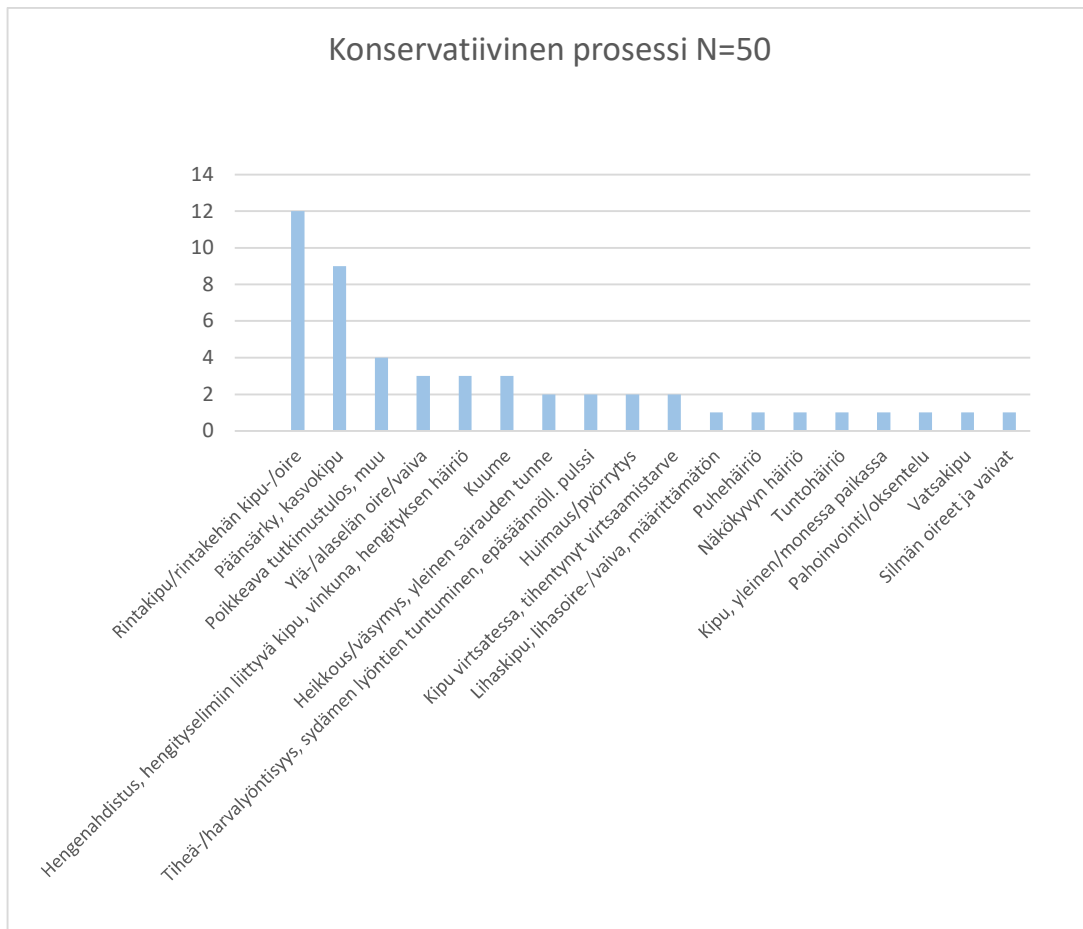
Lääkärin sitouttaminen hoitoryhmään liitettiin lääkemääräysten saamiseen. Lääkäreiltä toivottiin kunnan jatkohoito-ohjeita ja ohjeistusta hoitajille esimerkiksi tarvittavien lääkkeiden antamiseen etenkin, jos lääkäri ei ole tavoitettavissa. Lääkemääräyksiä toivottiin näkyviin kirjallisina, koska suullisten ohjeiden koettiin unohtuvan kiireessä helposti. Potilasryhmäkohtaisia lääkkeitä, joita voisi antaa potilaalle ilman lääkärin määräystä, esitettiin yhtenä keinona. Lääkärin konsultointi varhaisessa vaiheessa tuotiin esiin hoitajien toiminnan kehittämiskeinona, ja samalla keinona ennakoivaan kivunhoitoon. Keinoksi todettiin myös potilaiden informointi etukäteen siitä, että kaikkia vaivoja ei voida lääkittää kivuttomaksi.

## **6.2 Potilasasiakirja-analyysin tulokset kivunhoidon arvioinnin menetelmänä**

Tarkastelin potilasasiakirja-analyysin avulla kivunhoidon ja sen kirjaamisen nykytilaa Akuutti24:ssä. Poimin analyysissä ensin potilaiden sairauskertomuksista mitattavat muutujat. Laskin niiden esiintyvyyttä koko otoksessa ja esitin tulokset lukumäärinä.

### **Konservatiivinen prosessi**

Potilasasiakirja-analyysiin valikoituneista asiakkaista naisia oli 27 ja miehiä 23. Asiakkaiden keski-ikä oli 65 vuotta, nuorin oli 18-vuotias ja vanhin oli 96-vuotias. Yleisimpiä tulosityitä tulosityluokkien mukaan oli rintakipu/rintakehän kipu/-oire ja päänsärky ja/tai kasvokipu. Muita tulosityitä olivat poikkeava tutkimustulos, ylä-/alaselän oire/vaiva, hengenahdistus, hengityselimiin liittyvä kipu, vinkuna tai hengityksen häiriö. Kuviossa 4 on nähtävillä nämä ja muut yksittäiset tulossyyt. Potilaista 23 siirtyi kotiin ja 27 osastolle jatkohoitoon.



KUVIO 4. Konservatiivisen prosessin tulosyyluokat

Taulukosta 4 on nähtävillä, että lähes kaikki konservatiivisen prosessin lääkärit olivat kirjanneet sairauskertomukseen kivun sijainnin (n=49), potilaan oman kokemuksen kivusta (n=49) ja kivun alkamisajankohdan (n=47). Kahdeksan potilaan kohdalla oli kirjattu myös henkilökunnan arvio kivusta. Sairauskertomustekstien mukaan potilaista puolet oli saanut kipulääkettä, yhdelle potilaalle oli annettu lääketeetöntä kivunhoitoa, ja 25 potilaan kipua ei ollut hoidettu lääkkeellisesti eikä lääkkeettömästi, tai hoito on jäänyt kirjaamatta. Näin ollen yksi potilas oli saanut sekä lääkkeellistä että lääketeetöntä hoitoa.

TAULUKKO 4. Konservatiivisen prosessin lääkäreiden kivunhoidon kirjaamisesta analysoidut tekijät

<b>Konservatiivinen prosessi (lääkärit)</b>	
	<b>n=50</b>
Kivun sijainti	49
Kivun alkamisajankohta	47
Kivun laatu/luonne	28
Kivun voimakkuus on kirjattu	20
Kivun voimakkuus kirjattu annetun hoidon jälkeen	7
Kivun lääkkeellinen hoito on kirjattu	25
Kivun lääkkeetön hoito on kirjattu	1
Kivunhoidon vaste/vaikutus on kirjattu	18
Kipua ei ole hoidettu tai hoito on kirjaamatta	25
Kirjattu potilaan oma kokemus kivusta	49
Kirjattu henkilökunnan arvio kivusta	8
Lääkäri kirjannut kivunhoidon jatkohoito-ohjeet (kotiin, osastolle)	30
Kipua helpottavat tekijät	10
Kipua pahentavat tekijät	16
Kivunhoidon tavoite on kirjattu	5

Kivun laatua ja luonnetta oli kuvattu 28 potilaan tiedoissa. Kivun voimakkuus oli kirjattu 20 potilaan tietoihin, ja annetun hoidon jälkeen kivun voimakkuutta oli arvioitu seitsemän potilaan kohdalla. Kivun hoidon vastetta/vaikutusta (n=18) oli kuvattu muulla tavoin esimerkiksi kirjaamalla ”*kipu edelleen helpottamassa, kipu jonkin verran helpottanut, lääkkeisiin reagoimaton päänsärky, helpottava vaikutus kipuun*”. Kipua helpottavat tekijät oli kirjattu 10:ssä ja pahentavat tekijät 16 sairauskertomuksessa. Kivun hoidon tavoite oli kirjattu viiteen suunnitelmaan. Potilaan kotiutumisvaiheessa tai osastolle siirtyessä 30 potilaalle oli kirjattu kivun jatkohoito-ohjeet.

Konservatiivisen prosessin hoitajat olivat kirjanneet tarkimmin kivun sijainnin (n=43) ja potilaan oman kokemuksen kivusta (n=42) (Taulukko 5). Hoitohenkilökunnan arvio oli kirjattu viiteen sairauskertomukseen. Kivun alkamiskohta oli kirjattu 27 potilaalle ja kivun laatua ja luonnetta oli kuvattu 19 potilaan tiedoissa. Kivun lääkkeellinen hoito oli kirjattu 27 potilaan hoitosuunnitelmakaavakkeeseen, ja lääkkeetön hoito oli kirjattu yhden potilaan tietoihin. Kivunhoitoa ei ollut kirjattu 23 potilaan hoitosuunnitelmaan. Hoitajat olivat kirjanneet 19 potilaan kivun voimakkuuden arviot potilaan tulovaiheessa, ja annetun hoidon jälkeen voimakkuutta oli arvioitu neljän potilaan kohdalla. Kivun hoidon vaste ja vaikutus oli kirjattu

seitsemän potilaan tiedoissa. Kipua helpottavat tekijät oli kuvattu kolmessa ja pahentavat tekijät kahdeksassa lomakkeessa. Kivun hoidon tavoitetta ei ollut kirjattu.

TAULUKKO 5. Konservatiivisen prosessin hoitajien kivunhoidon kirjaamisesta analysoidut tekijät

<b>Konservatiivinen prosessi (hoitajat)</b>	
	<b>n=50</b>
Kivun sijainti	43
Kivun alkamisajankohta	27
Kivun laatu/luonne	19
Kivun voimakkuus on kirjattu	19
Kivun voimakkuus kirjattu annetun hoidon jälkeen	4
Kivun lääkkeellinen hoito on kirjattu	27
Kivun lääkkeetön hoito on kirjattu	1
Kivunhoidon vaste/vaikutus on kirjattu	7
Kipua ei ole hoidettu tai hoito on kirjaamatta	23
Kirjattu potilaan oma kokemus kivusta	42
Kirjattu henkilökunnan arvio kivusta	5
Kirjattu kivussa tapahtuneet muutokset	14
Kipua helpottavat tekijät	3
Kipua pahentavat tekijät	8
Kivunhoidon tavoite on kirjattu	0

Taulukoissa 4 ja 5 näkyy konservatiivisten potilaiden kohdalla, että lääkkeellistä hoitoa oli saanut lääkäreiden Akuutti-lehdelle kirjaaman tiedon mukaan 25 potilasta ja hoitajien Päivystyspotilaan hoitosuunnitelma-lomakkeelle kirjattujen tietojen mukaan 27 potilasta. Lääkärin määräystä kipulääkehoidosta ei ollut näkyvillä Akuutti-lehdellä eikä Päivystyspotilaan hoitosuunnitelma-lomakkeella. Lomakkeella oli ainoastaan hoitajan kirjaus annetusta kivun lääkehoidosta.

Kivunhoidon toteutumista suhteessa sisäänkirjausaikaan laskettiin potilaalle kirjatun saapumisajan ja kipulääkehoidon aloitusajan väliin kuluvalle ajalla/erotuksella. Kivunhoidon aloitusajan keskiarvo oli 98 minuuttia ja mediaani 80 minuuttia. Lyhin viive oli 10 minuuttia ja pisin viive 4 tuntia 20 minuuttia. Kahden potilaan tiedot puuttuvat laskennasta, koska lääkäreiden kirjausten mukaan heille oli annettu kipulääkettä, mutta kipulääkkeen antoaika ei selviä lääkäreiden eikä hoitajien tekstistä.

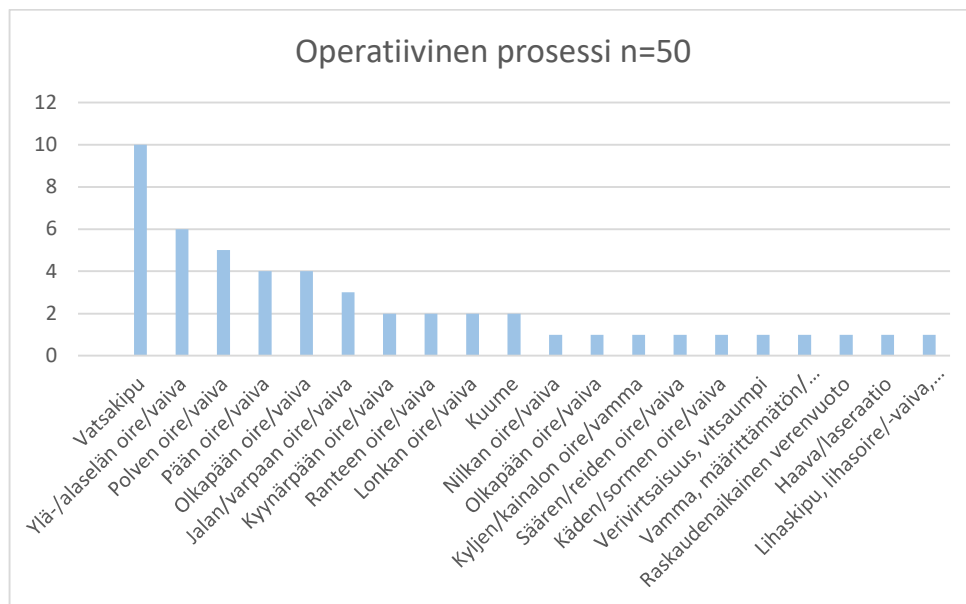
Kivun voimakkuudella oli vaikutusta kipulääkkeen toimitusaikaan. Kivun voimakkuuden ollessa arvioinneissa lievää tai VAS alle 4, kipulääkkeen antoviiveen keskiarvo oli 100

minuuttia ja mediaani 78 minuuttia. Kun kivun voimakkuus oli VAS-asteikolla arvioituna 8 tai enemmän, niin kipulääkkeen antoviiveen keskiarvo oli 46 minuuttia ja mediaani 35 minuuttia.

Tarkemmassa analyysissä ilmeni, että ne 20 potilasta, joiden kivun voimakkuus oli arvioitu, heistä 14 sai kipulääkettä. Kuusi heistä ei saanut lääkettä. Perusteluna olivat muun muassa ambulanssissa annettu kipulääkitys, mikä oli vähentänyt kipua (VAS 1-2), oireenmukaisen lääkkeen auttaminen kipuun (VAS 1), potilas levossa kivuton sekä kivun loppuminen. Kahden potilaan kohdalla, joista toiselle oli kirjattu VAS 4-5 ja toiselle VAS 7, ei ollut kirjattu syytä, miksi hoitoa ei ollut annettu. Niistä potilaista, joiden kivun voimakkuutta ei ollut arvioitu, oli saanut lääkkeellistä hoitoa 11 potilasta (lääkärien merkinnät).

### Operatiivinen prosessi

Operatiivisen prosessin otoksesta naisia oli 30 ja miehiä oli 20. Potilaiden keski-ikä oli 60, nuorin oli 9-vuotias ja vanhin oli 98-vuotias. Yleisimpiä tulosyitä tulosyyluokkien mukaan olivat vatsakipu (10), ylä-/alaselän (6), polven (5), pään, olkapään (4) sekä jalan (3) oireet ja vaivat. Pääosin kivun syynä olivat eri kehon osien oireiden ja vammojen aiheuttamat kivut (kuvio 5). Potilaista oli 29 kotiutunut ja jatkohoitoon osastolle oli siirtynyt 21 potilasta.



Kuvio 5. Operatiivisen prosessin tulosyyluokat

Taulukosta 6 on nähtävissä operatiivisen lääkäreiden analysoinnin tulokset. Operatiivisen prosessin lääkärit olivat kaikki kirjanneet kivun sijainnin (n=50). Teksteistä tuli esiin ensisijaisesti potilaan oma kokemus kivusta (n=49) ja kivun alkamisajankohta (n=44) oli

useimmiten kirjattu. Hoitohenkilökunnan arvio näkyi viiden potilaan tiedoissa. Nämä olivat linjassa potilaiden arvioiden kanssa. Lääkkeellinen kivunhoito oli kirjattu 28 potilaan tietoihin. Yhdelle potilaalle oli annettu lääkkeetöntä kivunhoitoa. Kipua ei hoidettu lääkkeellisesti eikä lääkkeettömästi 21 potilaan kohdalla.

TAULUKKO 6. Operatiivisen prosessin lääkäreiden kivunhoidon kirjaamisesta analysoidut tekijät

<b>Operatiivinen prosessi (lääkärit)</b>	
	<b>n=50</b>
Kivun paikka sijainti	50
Kivun alkamisajan kohta	44
Kivun laatu/luonne	21
Kivun voimakkuus on kirjattu	14
Kivun voimakkuus kirjattu annetun hoidon jälkeen	6
Kivun lääkkeellinen hoito on kirjattu	28
Kivun lääkkeetön hoito on kirjattu	1
Kivunhoidon vaste/vaikutus on kirjattu	11
Kipua ei ole hoidettu tai hoito on kirjaamatta	21
Kirjattu potilaan oma kokemus kivusta	46
Kirjattu hoitohenkilökunnan arvio kivusta	5
Lääkäri kirjannut kivunhoidon jatkohoito-ohjeet (kotiin, osastolle)	40
Kipua helpottavat tekijät	5
Kipua pahentavat tekijät	12
Kivunhoidon tavoite on kirjattu	1

Kivun laatu ja luonne oli kirjattu 21 potilaan tietoihin. Kivun voimakkuus ennen hoitoa oli kirjattu 14 potilaalle, ja annetun hoidon jälkeen kuudelle potilaalle. Kivun hoidon vaikutusta/vastetta oli kuvattu 11 potilaan kertomuksissa erilaisin ilmaisuin, joista voi päätellä kivun vähentyneen tai lisääntyneen hoidon jälkeen, vaikka tarkkaa voimakkuuden arviota ei ollut käytettävissä. Kipua helpottavat tekijät oli mainittu viiden potilaan ja pahentavat tekijät 12 potilaan tiedoissa. Kivunhoidon tavoite oli yhdessä sairauskertomuksessa. Konservatiivisen prosessin lääkärit olivat kirjanneet kivun jatkohoito-ohjeet kotiin ja osastolle 40 potilaalle.

Opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa havaittiin, että operatiivisen prosessissa 11 potilaan kohdalla hoitajat olivat osallistuneet potilaan hoitoon, mutta eivät olleet ohjeistuksesta poiketen kaikissa tapauksissa kirjanneet hoitotyötä eikä lääkkeenantomerkinettä AKUHOI-lehdelle. Tämä näkyy analysointituloksissa siten, että muuttujia on analysoitu 39 potilaan tietojen perusteella (taulukko 7). Konservatiivisen hoitoprosessin hoitajien tavoin

useimmin kirjattiin kivun sijainti (n=33) ja potilaan oma kokemus kivusta (n=29). Kivun alkamisajankohta oli kirjattu 27 potilaalle. Kivun laatu ja luonteen kuvaus oli 10 potilaan tiedoissa.

TAULUKKO 7. Operatiivisen prosessin hoitajien kivunhoidon kirjaamisesta analysoidut tekijät

<b>Operatiivinen prosessi (hoitajat)</b>	
	<b>n=39</b>
Kivun sijainti	33
Kivun alkamisajankohta	27
Kivun laatu/luonne	10
Kivun voimakkuus on kirjattu	15
Kivun voimakkuus kirjattu annetun hoidon jälkeen	0
Kivun lääkkeellinen hoito on kirjattu	24
Kivun lääkkeetön hoito on kirjattu	2
Kivunhoidon vaste/vaikutus on kirjattu	3
Kipua ei ole hoidettu tai hoito on kirjaamatta	26
Kirjattu potilaan oma kokemus kivusta	29
Kirjattu henkilökunnan arvio kivusta	1
Kirjattu kivussa tapahtuneet muutokset	8
Kipua helpottavat tekijät	3
Kipua pahentavat tekijät	9
Kivunhoidon tavoite on kirjattu	0

Kivun lääkkeellinen hoito oli kirjattu 24 potilaan sairauskertomukseen ja lääkkeetön hoito kahden potilaan tietoihin. Lääkkeellistä tai lääkkeetöntä kivunhoitoa ei ollut kirjattu 17 potilaan tietoihin. Kahden potilaan tietoihin oli kirjattu sekä lääkkeellinen että lääkkeetön hoito. Kivun voimakkuuden arviointi oli kirjattu 15 potilaan tietoihin, mutta toteutetun hoidon jälkeen ei yhtään kertaa. Hoidon vastetta ja vaikutusta oli arvioitu kahden potilaan tekstissä. Kipua helpottavia tekijöitä oli arvioitu kolmen potilaan ja pahentavia tekijöitä yhdeksän potilaan tiedoissa. Hoitajat eivät tuoneet teksteissään esiin kivun hoidon tavoitetta.

Operatiivisen hoitoprosessin kivunhoidon aloitusajan keskiarvo oli 148 minuuttia ja mediaani 105 minuuttia. Lyhin viive oli 5 minuuttia ja pisin viive 7 tuntia 45 minuuttia. Kivun voimakkuuden ollessa lievää tai VAS alle 4, niin kipulääkkeen antoviiveen keskiarvo ja mediaani oli molemmat 100 minuuttia. Kun kivun voimakkuus oli VAS-asteikolla arvioituna 8 tai enemmän, tai sanallisesti arvioituna kovaa tai sietämätöntä, niin antoviiveen keskiarvo oli 94 minuuttia ja mediaani 65 minuuttia.

Kivun voimakkuus oli kirjattu 14 potilaan tietoihin. Heistä yhdeksän oli saanut kipulääkehoitoa. Viisi potilasta ei ollut saanut kipulääkitystä ja heistä neljällä kipu oli sanallisesti arvioituna kovaa tai VAS 10, kohtalaista tai VAS 5–7. Yhden potilaan tiedoissa oli hoitajan merkintä, että potilas ei halua kipulääkettä. Muiden kohdalla syytä kipulääkehoidon antamatta jättämiseen ei ollut kirjattu. Niistä potilaista, joiden kivun voimakkuutta ei ollut kirjattu, oli 19 potilasta saanut lääkkeellistä kivunhoitoa.

Molemmissa sekä konservatiivisessa että operatiivisessa hoitoprosessissa hoitohenkilökunnan kirjaamistavat olivat vaihtelevia. Kipuun ja kivunhoitoon liittyvä tieto oli kirjattu hoitosuunnitelmiin eri kohtiin, eri otsikoiden alle ja eri tavoin, mikä vaikeutti tiedon analysointia. Hoitajat kirjasivat harvoin kivunhoitoa prosessimallin mukaisesti. AKUHOI-lehdellä olevan Hoitotyön toiminnot -otsikon alle (hoidon seuranta, toteutus ja arviointi) ja PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITOSUUNNITELMA-lomakkeen Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi – otsikon alle oli kivunhoidosta kirjattu yksittäisiä kertoja. Lääkärit kirjasivat pääsääntöisesti hoitotiedot yhtenevästi otsikoinnin mukaan, mikä näkyi myös kivunhoidon kirjaamisen prosessimaisena etenemisenä.

Erilaisista kirjaamistavoista johtuen kivunhoidon kirjaamisesta oli toisinaan vaikea erottaa, oliko kyse potilaan, omaisen vai hoitohenkilökunnan kivun arvioinnista. Hoitohenkilökunnan kivun ja kivun voimakkuuden arviointi näkyi kirjaamisessa potilaan kehon kielestä, eleistä ja äänistä tehtyinä päätelminä. Hoitohenkilökunta huomioi potilaan kivuliaisuuden tilanteissa, joissa potilas oli kykenemätön ilmaisemaan kipua. Molemmissa hoitoprosesseissa käytettiin kivun voimakkuuden arvioinnissa eniten VAS-mittaria. Toiseksi käytetyin arviointitapa oli sanallinen arviointi. NRS-kipumittaria oli käytetty yhden potilaan kivun arvioinnissa.

Lääkkeellinen kivunhoito oli kirjattu lähes aina, kun sitä oli annettu. Kahdessa sairauskertomuksessa lääkehoidon toteutus oli kirjattu vain hoitajan tekstiin. Toisinaan merkinnöistä oli vaikea seurata lääkkeen antoaikaa, jos sairauskertomusmerkintöihin tallentuneet kirjausajat poikkesivat lääkärin ja hoitajien kirjauksessa. Tämä tuli esiin etenkin, jos lääkettä oli annettu useita kertoja tai jos lääkevalmisteita oli annettu useita. Hoitajat lääkehoidon toteuttajina olivat kirjanneet pääsääntöisesti lääkemerkinnät asianmukaisesti, muutamissa tapauksissa lääkkeen antoreittiä ei ollut merkitty. Lääkäreiden lääkemääräykset potilaan käynnin ajalta olivat joissain tapauksissa kirjaamatta, ja lääkemääräykset oli kirjattu vasta potilaan lähtövaiheessa eli jatkohoitoa varten. Potilaalle annettavan ohjauksen sisältöä oli kirjattu harvoin.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Kehittämishankkeen tulosten arviointia

Kipu on yksi yleisimmistä syistä hakeutua päivystykseen, mutta kivunhoidon kehittämistä ja tutkimuksesta huolimatta sen hoito on edelleen riittämätöntä (Keating & Smith 2011, 13). Tämän kehittämishankkeen tarkoitus oli käynnistää kivunhoidon osaamisen kehittäminen Akuutti24:ssa potilaiden kivunhoidon parantamiseksi. Tarkoituksena oli edistää hoitohenkilökunnan osallisuutta kivunhoidon kehittämiseen oman työnsä asiantuntijoina. Tavoitteena oli selvittää Akuutti24:n kivunhoidon osaamista, haasteita, kehittämistarpeita, tavoitteita ja keinoja kivunhoidon kehittämiseksi. Toisena tavoitteena oli arvioida Akuutti24:n kivunhoidon kirjaamista ja kivunhoitoa. Kehittämishankkeen aineistonkeruumenetelminä käytettiin World Café -työpajoja ja potilasasiakirja-analyysia. Näillä menetelmillä saavutettiin kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet.

#### **Potilasasiakirja-analyysi**

Kivunhoidon asianmukaisuutta voidaan arvioida tarkastelemalla kivunhoidon kirjaamisen toteutusta ja kirjaamiskertojen määrää (Saranto 2008, 194). Potilasasiakirja-analyysin tulosten perusteella sekä hoitajien ja lääkäreiden kivunhoito, kivun arviointi sekä kivunhoidon kirjaaminen oli puutteellista. Pääsääntöisesti potilaan kipu tunnistettiin potilaan tullessa päivystykseen ja kivusta oli kirjattu sairauskertomukseen. Kivun arvioinnissa kiinnitettiin eniten huomiota kivun sijaintiin ja alkamisajankohtaan. Kivusta kirjatut asiat olivat useimmiten potilaan kokemuksia ja näkemyksiä, mutta paikoittain potilaan ja hoitohenkilökunnan kivun arvioinnin erottaminen toisistaan oli haastavaa. Kirjaamisessa tulisi näkyä, onko kyse hoitohenkilökunnan tekemistä päätelmistä vai potilaan kokemuksesta ja kertomuksesta (Hallila 2005, 34).

Potilasasiakirja-analyysin mukaan molemmissa hoitoprosesseissa lääkkeellistä hoitoa oli saanut vain noin puolet potilaista. Tulos on vastaava aiempien tutkimustulosten kanssa, joissa kipulääkittyjen potilaiden osuus on vaihdellut 30–60 %:n välillä (Mura ym. 2017; Iyer 2011; Pines & Hollander 2008; Grenman ym. 2006). Tämä kertoo, että moni päivystyspotilaista ei saa kivunhoitoa lainkaan (Guéant ym. 2011, 103; Ducharme ym. 2008, 872). Tulos osoittaa, että Akuutti24:n lääkkeellisessä kivunhoidossa on parannettavaa. Potilasasiakirjoihin ei ollut kirjattu myöskään syytä tai perustelua lääkkeellisen eikä lääkkeettömän hoidon antamatta jättämiseen.

Hoitajat nostivat esiin World café -työpajoissa vahvuudekseen lääkkeettömän kivunhoidon, todeten sen samalla jäävän kirjaamatta. Tämä tulos todentaa Fryn ym. (2011, 272) tekemiä havaintoja siitä, että lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät kirjataan huonosti.

Potilasasiakirja-analyysi tuki hoitajien toteamia havaintoja, sillä lääkkeetön kivunhoito oli kirjattu vain yksittäisille potilaille. Sama oli nähtävissä lääkäreiden kirjaamisessa. Toisaalta potilasasiakirja-analyysin tulos kertoo sen, että lääkkeetöntä hoitoa ei ole annettu. Tämä päätelmä perustuu periaatteeseen – ”se mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty” (Hallila 2005, 18).

Suosituksien ja ohjeiden ohjaavat arvioimaan kipua ja käyttämään kipumittaria päivystyksessä potilaille, joilla on kipua (Motov & Khan 2009, 6). Potilasasiakirja-analyysin mukaan potilaiden kivun voimakkuutta oli tulovaiheessa arvioitu alle puolelta potilaista. Tämä viittaa siihen, että Akuutti24:ssä ei ole selkeitä käytäntöjä tai ohjeita, mitkä vastuuttaisivat hoitohenkilökuntaa kivun voimakkuuden rutiininomaiseen mittaamiseen potilaan tulovaiheessa. Kivun voimakkuuden uudelleenarviointi oli vielä vähäisempää. Operatiivisen hoitoprosessin hoitajat eivät kirjanneet kivun voimakkuutta lainkaan annetun hoidon jälkeen, ja konservatiivisen hoitoprosessin hoitajat olivat kirjanneet voimakkuuden vain muutamalle potilaalle. Myös lääkäreiden tekemä kivun voimakkuuden uudelleenarviointi oli harvinaista. Hoitajat olivat kirjanneet myös kivunhoidon vasteen harvemmin kuin lääkärit. Päivystyskäynnin lyhyt kesto voi selittää uudelleenarvioinnin puuttumista, mutta kivunhoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi tulisi potilasasiakirjoihin kirjata kiputilanne kotiutumis-/siirtolanteessa, sekä annettu potilasohjaus jatkohoito-ohjeineen.

Aiemmissä tutkimustuloksissa on ilmennyt, että kipumittarien käyttö on hyvin vaihtelevaa ja tämä näkyi myös analyysin tuloksissa (Thornton ym. 2018, 58; Fry ym. 2011, 272; Todd ym. 2007, 462; Eder ym. 2003, 253). Kuitenkin isolla osalla päivystyspotilaista kipu on kovaa tai kohtalaista ja kivun vasteen arvioiminen ja kivun hoitaminen on haastavaa, jos arviointi on epätarkkaa tai jos se jätetään kokonaan arvioimatta. (Thornton ym. 2018, 60–61; Mura ym. 2017, 2783; Fry ym. 2011, 269; Guéant ym. 2011, 100–101; Iyer 2011, 370; Todd ym. 2007, 463.)

Grantin (2006, 807) tutkimuksen tulos osoitti, että potilaan kivun voimakkuus johti merkittäviin eroihin lääkemääräysten ja lääkkeiden toimitusajoissa. Myös potilasasiakirja-analyysin tuloksissa ilmeni, että kivun voimakkuudella oli vaikutusta kipulääkkeen toimitusaikaan. Kivun voimakkuuden ollessa kovaa lääkkeenantoviive oli lyhyempi kuin potilailla, joilla oli lievempää kipua. Kivun voimakkuuden arviointi ei sen sijaan vaikuttanut kipulääkehoidon toteutumista edistävästi kuten aiemmissä tutkimuksissa (Muntlin ym. 2015, 743; Iyer 2011, 367). Konservatiivisen prosessin potilaista, joilta kivun voimakkuutta ei arvioitu, oli saanut kipulääkettä lähes yhtä moni kuin niistä, joilta kipu arvioitiin. Operatiivisen prosessin potilaista, joiden kipua ei ollut arvioitu, heistä useampi sai lääkettä kuin niistä, joilta kipu oli arvioitu. Iyer (2011, 370) sai tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Hänen

tuloksensa osoittivat, että kun kivun voimakkuus ei ole tiedossa, lääkäreillä on suurempi todennäköisyys määrätä kipulääkettä kuin silloin, kun potilaan kipu on lievää. Kyse voi olla tilanteista, joissa on siirrytty suoraan kipulääkkeen antamiseen potilaan kivuliaisuuden vuoksi. Kivuliaan potilaan kannalta on tietysti tärkeintä, että hän saa hoitoa, oli kipua arvioitu tai ei. Kivunhoidon tulisi kuitenkin perustua potilaan kivun ja kokonaistilanteen tarkkaan arvioon (Kipu 2015). Valittu hoito ja hoitoratkaisut on oltava perusteltavissa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11§, 13§).

Analyysin tulosten mukaan hoitohenkilökunnan kivunhoitotyö ei ole tavoitteellista. Analyysissä ilmeni, että hoitajat eivät kirjanneet kivunhoidolle tavoitetta. Lääkäreilläkin tavoitteen kirjaaminen oli harvinaista. Hoitotyötä ei myöskään kirjattu hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Kivun hoitotyön prosessiin kuuluu tavoitteen asettaminen valitulle hoidon tarpeelle, ja kivunhoidon arviointi kohdistuu asetettuihin tavoitteisiin. (Tanttu, Sonninen & Ensio 2008, 200.; Hallila 2005, 94). Tavoitteen puuttuessa hoitoprosessin mukainen kirjaaminen vaikeutuu. Tavoitteen vähäiseen kirjaamiseen saattaa vaikuttaa myös se, että kirjaamisalustassa Tavoite-otsikko ei tule näkyviin ilman erillistä valintaa.

Kivunhoitoa arvioidaan laskemalla potilaan saapumishetken ja lääkkeen antamiseen välistä aikaa eli lääkkeenantoviivettä (Guéant ym. 2011, 97). Aiempien tutkimusten mukaan viiveeseen vaikuttavat monet tekijät kuten kiire, vaihtuva kuormitus, potilaan vaiva sekä lääkärin haluttomuus lääkittää ennen omaa arviotaan (Pretorius ym. 2015, 377; Pines 2008,4; Fosnocht ym. 2001,400). Potilasasiakirja-analyysin mukaan lääkkeenantamisessa oli viivettä parhaaseen käytäntöön ja ohjeistuksiin verraten (Grant 2006, 806). Sen sijaan konservatiivisen prosessin potilaat, joilla oli kovaa kipua, saivat kipulääkehoidon lähes suositusten mukaisesti. Grantin (2006, 806) tutkimuksen tuloksiin verraten konservatiivisen prosessin viive oli erinomainen. Myös operatiivisen prosessin vastaava viive alitti Grantin tutkimustuloksen viiveen.

Jatkohoito-ohjeiden kirjaamiseen tulee lääkäreiden kiinnittää huomiota. Kipu ei aina lopu potilaan poistuessa päivystyksestä vaan kipulääkkeelle saattaa olla tarve vielä joitakin päiviä kotiutumisen jälkeen (Thomas 2013, 4). Konservatiivisessa hoitoprosessissa lääkärit olivat kirjanneet kivun jatkohoidon ohjeita yli puolelle potilaista, ja operatiivisessa hoitoprosessissa joka neljäs viidestä sai ohjeet. Jatkohoito-ohjeet olivat pääsääntöisesti kipulääkemääräyksiä. Se millaista potilasohjausta potilaalle oli tilanteissa annettu, oli kirjattu asiakirjoihin huonosti. Analyysissä ei tarkasteltu sitä, kuinka moni potilas siirtyessään jatkohoitoon/kotiin enää tarvitsi kivunhoito-ohjeita, joten päätelmää annettujen jatkohoito-ohjeiden riittävydestä ei voida tehdä. Todellisen tarpeen jatkohoito-ohjeille määrittää potilaan sairauden tai vamman laatu ja oletettu paranemisaika.

Potilasasiakirja-analyysin perusteella lääkärit kirjasivat kipuun ja kivun arviointiin liittyviä merkintöjä kokonaisuutena enemmän kuin hoitajat. Esimerkiksi lääkärit kirjasivat kivun laatua ja luonnetta sekä kipua helpottavia ja pahentavia tekijöitä hoitajia useammin. Yhtenä selittävänä tekijänä tarkempaan kirjaamiseen saattaa olla se, että lääkärit tarvitsevat ja käyttävät kivun arvioinnista saatuja tietoja myös sairauden ja vammojen diagnosoinnin apuna (Todd. ym. 2007, 464). Kipua helpottavien ja pahentavien tekijöiden arviointia tulisi hyödyntää enemmän hoitotyössä lääkkeettömien hoitomenetelmien valinnassa.

Potilasasiakirja-analyysissä ilmeni, että kirjaamiskäytännöt ovat hoitaja- ja lääkärikohtaisia, mikä tuli esiin eri tavoissa arvioida ja kirjata kipua. Kivun kirjaaminen kirjaamisalustan eri kohtiin vaikeutti olennaisen tiedon löytämistä. Lääkärit käyttivät hoitajien keräämiä esitietoja kivusta esimerkiksi nykytilan arviointiin, mikä on perusteltua ja selittää kirjaamisen päällekkäisyyttä. Kirjaamisen päällekkäisyys ei ole tarkoituksenmukaista, mutta ohjeen mukaisesti eri ammattiryhmien tulisi kirjata oma työnsä potilasturvallisuuden, hoidon jatkuvuuden, oman oikeusturvan sekä laadun arvioinnin vuoksi. Yhteisesti sovituilla yhtenäisillä kirjaamisen käytännöillä, työnjaolla sekä selkeällä kivunhoidon kirjaamista tukevalla kirjaamisalustalla voidaan edistää laadukasta kirjaamista.

### **World café -työpajat**

Akuutti24:n hoitajat kokivat kivunhoidon vahvuutenaan lääkkeettömän kivunhoidon sekä potilaan kivun huomioimisen ja lääkitsemisen tulovaiheessa. Berben ym. (2008, 584) havaitsivat tutkimuksessaan, että lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja ei käytetty juuri koskaan. Akuutti24:n hoitajat puolestaan kokivat tämän alueen vahvuutenaan. Hoitajien tulisi kuitenkin kehittää lääkkeettömän kivunhoidon kirjaamista, sillä potilasasiakirja-analyysin mukaan lääkkeetöntä hoitoa ei kirjattu. Hoitajat toivat esiin työpajoissa, että lääkkeettömän hoidon kirjaaminen ja seuranta unohtuvat. Tämä herättää pohtimaan kirjaamisen unohtamiseen johtavia syitä, ja sitä kuinka tietoista unohtaminen on. Voiko kyse olla lääkkeettömän kivunhoidon väheksymisestä, niin että sitä ei arvoteta yhtä tärkeäksi kuin lääkkeellistä kivunhoitoa, ja se jää sen vuoksi kirjaamatta. Kirjaamisen unohtamisen taustalla saattaa olla myös kiire sekä työtehtävien ja potilaiden hoidon priorisointi (Bennetts ym. 2012, 139).

Vahvuudeksi koettiin tiettyjen potilasryhmien kivun lääkitseminen ja lääkehoidon ohjaus. Vastauksista ei käynyt tarkemmin ilmi, mistä potilasryhmistä oli kyse. Tietoa siitä, miksi juuri näiden potilasryhmien lääkitsemiseen löytyy osaamista, voitaisiin ehkä hyödyntää muidenkin potilasryhmien kivunhoidon osaamisen kehittämiseen. Kivunhoidon osaamisen vahvuudeksi todettiin myös eri erikoisalojen tietämys ja kouluttuneisuus sekä teamtyökentely. Osaaminen on tiimin pääomaa ja asiantuntijuus yhä enemmän tiimityötä (Ojala

2008, 50–51). Kuten Newcomb ym. (2017, 558) toteavat tutkimuksessaan, potilastyytyväisyyttä voidaan lisätä hyvällä tiimityöllä

Hoitajat totesivat vahvuudeksi myös lääkemääräysten nopeahkon toteutumisen operatiivisella puolella. Tässä potilasasiakirja-analyysin aineistossa kipulääkkeen antoviive oli kuitenkin pidempi operatiivisessa hoitoprosessissa kuin konservatiivisessa hoitoprosessissa, ja viive oli myös pidempi verrattaessa aiemmissa tutkimuksissa saatuihin tuloksiin (Fry ym. 2011; Todd ym. 2007; Grant 2006). Analyysin pienen otoksen vuoksi sekä päivystystoiminnan vaihtuvan kuormituksen ja kysynnän vuoksi viiveen arviointi olisi hyvä toistaa, jotta toiminnasta voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä.

Hoitohenkilökunnan negatiiviset asenteet kipupotilaita kohtaan, ennakoasenteet sekä stereotyypit voivat vaikuttaa kivunhoidon eroihin (Institute of Medicine. 2011). Nämä tekijät saattavat selittää haasteeksi koettua lääkäreiden välinpitämättömyyttä. Hoitajien keskuudessa koettiin haastavaksi myös lääkäreiden kokemattomuus, tavoitettavuus ja lääkemääräysten saaminen. Näihin pohdittiin ratkaisuksi perehdyttämistä, lääkäreiden kommunikoinnin ja yhteistyön kehittämistä konservatiivisen ja operatiivisen prosessin välillä sekä lääkärin sitouttamista hoitoryhmään. Lääkemääräyksiin tarvittavien lääkkeiden kirjaamista ja ilman lääkärin määräystä annettavia potilasryhmäkohtaisia lääkkeitä esitettiin keinona siihen, että lääkäri ei ole aina tavoitettavissa. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan aloittamalla kivunhoidolla on ollut positiivisia vaikutuksia kipulääkkeiden toimitusajoihin, kivun voimakkuuden vähenemiseen ja potilastyytyväisyyteen. (Varndell 2018, 50; Dewhirst ym. 2017, 13). Tämän tyyppinen ratkaisu saattaa tulevaisuudessa olla vaihtoehto kivunhoidon järjestämisessä. Se edellyttää suunniteltua kivunhoidon käytäntöihin perustuvaa koulusta (Dewhirst ym. 2017, 14).

Organisaatioon viittavia haasteita olivat kiire ja rajallinen lääkevalikoima. Myös Pretorius ym. (2015, 375) tutkimuksessa hoitajat pitivät suurimpana esteenä kivunhoidolle ja arvioinnille ajanpuutetta. Kivunarvioinnin ja kivunhoitoprosessin automatisointi mahdollisimman pitkälle saattaisi hillitä päivystyksen kiirettä ja ylikuormitusta (Thomas 2013, 5). Prosessin automatisointi voisi vaikuttaa myönteisesti myös lääkäreiden tavoitettavuuteen, lääkemääräysten saamiseen sekä kivun seurantaan. Prosessia kehittämällä voitaisiin selkeyttää hoitohenkilökunnan rooleja potilaan kivunhoidossa sekä kirjaamisessa.

Kivunhoidon tärkeimmät lisäosaamisen ja kehittämisen osa-alueet hoitajien mielestä olivat kivun tunnistaminen ja ennakointi, kivun vasteen seuranta, kivun arviointikeinot ja -menetelmät, kirjaaminen sekä kroonisen kivun hoito. Näihin samoihin osa-alueisiin kohdistui kivunhoidon kehittämisen tavoitteita. Kipua haluttiin kyetä ennakoimaan aiempaa paremmin lääkkeettömällä hoitomenetelmillä sekä lääkitsemällä potilaita ennen siirtoja ja tutkimuksia.

Kivun arvioinnista haluttiin oppia eri arviointimenetelmien käyttöä ja tulkitsemaan peruselintoimintoja kivunhoidon apuna. Peruselintoimintojen tarkkailun merkitys korostuu, kun potilas on tajuton tai muuten kykenemätön ilmaisemaan itseään (Kuuri-Riutta 2009, 239; Alakokko & Kentala 2014, 1029–1030). Hoitajat kaipasivat lisäosaamista juuri näiden potilaiden kivun tunnistamisessa sekä vanhusten, kroonisesta kivusta kärsivien, alkoholistien ja lasten kivun arvioinnissa. Raportointi ja kirjaamisen tehostaminen olivat hoitajien mielestä tärkeimpiä kivunhoidon kehittämisen keinoja. Hoitajien mielestä kirjaamisalusta ei kuitenkaan tukenut kivun hoidon kirjaamista ja kivun seurantaa, joten tähän kaivattiin muutosta ja selkeyttä. Todd ym. (2007, 460) ja Thornton ym. (2018, 62) epäilivät myös kivun seurannan ja uudelleenarvioinnin esteeksi toimimattomia kirjaamisalustoja.

Kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kivunhoito sekä arviointiin ja lääkitykseen liittyvät asiat nousivat hoitajien työpajoissa toistuvasti esiin. Tämä ei ole yllättävää, sillä kroonisen kivun osuus päivystyskäynneistä on 10-16 %. Kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kipu sekä moniongelmaisuus vaativat kuitenkin usein monitieteellistä lähestymistapaa ja sitä ei päivystyksestä pystytä tarjoamaan. (Poulin 2016, 1,7.) Moniammatillisen toimintamallin mukaisesti perusterveydenhuollolla on päävastuu, ja siksi perusterveydenhuollon mahdollisuuksia tehostaa kroonisten kipupotilaiden hoitoa olisi parannettava (STM 2017).

Potilaisiin liittyviä haasteita ja kivun osaamisen tarpeita lisääviä tekijöitä olivat kivunhoidollisesti haastavat potilasryhmät, lääkehoitoa vastustavat ja lääkehoidosta kieltäytyvät potilaat sekä potilaat, jotka eivät osaa hoitaa kipua ennen päivystykseen tuloa. Osaaminen ja haastavuus näkyy näiden potilaiden kivunhoidon laadussa. Kivunhoito on näissä ryhmissä kuten vanhuksilla ja lapsilla heikompaa (Keating & Smith 2011, 16) ja etnisillä vähemmistöillä alihoidettua (Iyer 2011, 371). Myös Pretoriuksen ym. (2015, 375) tutkimuksessa hoitajat tunnistivat potilaiden haluttomuuden lääkehoitoon ja alkoholin ja päihteiden käytön olevan kivunhoidon esteenä. Dementian ja kielellisten esteiden katsotaan viivästyttävän kivunhoidon aloittamista. Potilaat eivät myöskään mielellään pyydä kipulääkettä, vaikka haluaisivat. (Institute of Medicine. 2011.)

Grenman ym. (2006, 321) ja Stalnikowicz ym. (2005, 175) havaitsivat potilaiden lääkehoidosta kieltäytymisen taustalla olevan erilaisia uskomuksia. Tämän vuoksi olisi kiinnitettävä huomiota potilaiden kokemuksiin ja odotuksiin kivunhoidosta ja rohkaista heitä aktiivisemmin tuomaan esiin toiveitaan kivunhoidosta (Muntlin 2015, 743; Todd ym. 2007, 464). Akuutti24:n hoitajien halu kehittää potilaiden ohjeistamista lääkkeiden vaikutuksista ja vaikutusajoista sekä parantaa kirjallisia potilasohjeita, voisi parantaa etenkin lääkehoitoa vastustavien ja siitä kieltäytyvien potilaiden kivunhoitoa. Saadessaan riittävästi tietoa kivunhallinnan merkityksestä, potilaat todennäköisesti pyytäisivät kipulääkettä rohkeammin.

(Todd 2007, 464). Hoitajien mielestä tärkeitä kivunhoidon kehittämisen keinoja olivat potilaiden ohjeistaminen lääkehoidosta jo ennen sairaalaan tuloa ja se, että potilaita informoidaan siitä, että kaikkia vaivoja ei voida lääkittää kivuttomiksi.

Lääkkeelliseen kivunhoitoon liitettiin sekä osaamista, haasteita että osaamistarpeita. Asianmukaisen kivunhoidon esteenä on kipulääkkeiden vähäinen käyttö (Guéant ym. 2011, 97; Grant 2006, 806). Iyer (2011, 372) havaitsi tutkimuksessaan kipulääkemääräyksissä ja opioidien käytössä eroja, ja epäili tämän olevan syy siihen, että potilaat eivät saa asianmukaisia kipulääkkeitä tai saavat niitä riittämättöminä annoksina. Lääkkeiden varovaiseen käyttöön liittyy virheelliset ja puutteelliset tiedot lääkkeistä ja sivuvaikutuksista sekä väärinkäsitykset lääkeriippuvuudesta (Guéant 2011, 103). Myös Akuutti24:n hoitajat kokivat tärkeänä huomioitavana haasteena yksikössään riittämättömän lääkehoidon ja uskalluksen puutteen lääkittää potilaita riittävästi. Lääkehoidon toteuttamista todettiin vaikeuttavan myös lääkevalikoiman rajallisuus sekä lääketietämyksen puute. Lääkehoitoa haluttiin kehittää kokemattomien perehdytyksellä kipulääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista. Lääkehoidon seurantaan kaivattiin kehittämistä vastuuasioissa, koska lääkkeenantajan vastuuta oli käytännössä vaikeaa toteuttaa. Potilasturvallisuuden näkökulmasta vastuualueiden tulisi olla selkeästi jaettu ja määriteltyjä.

Tärkeänä tavoitteena pidettiin kipulääketietämyksen ja kivunhoidon perusosaamisesta huolehtimista. Tavoitteeksi haluttiin myös akuutin kivunhoidon ohjeistuksen kehittäminen. Merkittävänä keinoina kivunhoidon kehittämiseksi nousi koulutus lääkehoidosta, lääkkeetörmästä hoidosta, uusista kivunhoitomenetelmistä ja vasta-aiheista sekä eri erikoisalojen potilaiden kivunhoidosta, lääkäreille ja hoitajille yhteisesti toteutettuna. Laajempina tavoitteina tuotiin esiin henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen sekä tyytyväisemmät ja kivuttomammat potilaat.

## 7.2 Kehittämishankkeen arviointi

Toimintatutkimus tutkimuksellisenä lähestymistapana ohjasi kehittämishankkeen vaiheita etenemistä. Kehittämishankkeen lähtökohtana oli Akuutti24-päivystyksen hoitohenkilökunnan havaitsema tarve kivunhoidon kehittämiseen, ja halu parantaa asiakkaiden kokemaa kivunhoidon laatua. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli toimia kivunhoidon kehittämisen käynnistävänä tekijänä. Heti alkuvaiheessa oli selvää, että kyse on ajallisesti ja toiminnallisesti pitkästä prosessista. Kehittämistyö päätettiin aloittaa potilasasiakirja-analyysillä kivunhoidon ja kivunhoidon kirjaamisen nykytilan arvioimiseksi. Lisäksi osallistavalla World café -menetelmällä haluttiin saada työntekijöiden näkemys kivunhoidon nykytilasta ja kivunhoidon kehittämistarpeista, mikä oli kehittämishankkeen toisena tavoitteena.

Kehittämishankkeen aikana ehdittiin aloittaa potilasasiakirja-analyysissa ja työpajoissa esiin nousseiden kehittämistarpeiden pohjalta kivunhoidon koulutuksia. Tämä oli kehittämishankkeen kannalta riittävää, mutta toivotun kivunhoidon kehittämisen kannalta vasta alku. Näin toimintatutkimukselle tyypillisiä ominaisuuksia, kuten käytäntöihin suuntautumista ja pyrkimystä muutokseen, ei ehditty kaikelta osin saavuttaa kehittämishankkeen aikana aiemmin tehtyjen suunnitelmien mukaisesti. Myös hoitohenkilökunnan osallistaminen työpajojen jälkeen ei onnistunut toivotulla tavalla, mihin vaikuttivat pääasiassa tutkijan osallistumismahdollisuudet sekä tutkijan ja organisaation aikaresurssit. Nykytilan ja osallistamistarpeiden arvioinnista saadun tiedon hyödyntämistä työyhteisössä tai niistä seuranneita muutoksia ei arvioitu tämän kehittämishankkeen aikana.

Kehittämishankkeen toteutuksen aikataulu sekä tulosten esittäminen ja jakaminen etenivät pääosin suunnitelman aikataulun mukaan, mutta lopullinen kirjallinen raportti toimitettiin myöhässä tutkijaan liittyvistä syistä. Kehittämishankkeen aikataulu suunniteltiin yhdessä opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa sopivaksi tutkijan ja työyhteisön kannalta. Opinnäytetyön yhdyshenkilö tiedotti pääosin työyhteisöä aikatauluista ja hankkeen etenemisestä. Aikataulujen ja kehittämishankkeen etenemistä seurattiin ja arvioitiin sähköpostitse ja tapaamisissa opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa. Työyhteisöön liittyvien aikojen kuten luentoaikojen järjestäminen oli toisinaan haastavaa, koska työyhteisössä on jatkuvasti eri osaamisalueisiin liittyen sovittuja koulutuksia ja projekteja. Päivystysympäristö asettaa myös suunnitelmalliselle toiminnalle omat haasteensa, koska potilaskuormitus vaihtelee, eikä kiireellisten potilaiden saapumista voida ennakoida. Opinnäytetyön yhdyshenkilö sai kuitenkin suunnitellut ajat aina järjestymään.

Kehittämishanke aloitettiin World café -työpajoilla. Työpajat toteutettiin ennen kesää ja ke-sälomia, koska haluttiin niihin osallistuvien hoitajien olevan Akuutti24:n vakituisia hoitajia. World café -työpajat toteutuivat ajallisesti suunnitelman mukaan. Työpajat tuottivat riittävästi tavoitteiden mukaista aineistoa ja tietoa, vaikka työpajoihin pääsi osallistumaan hoitajia suunniteltua vähemmän sairastumisien vuoksi. Työyhteisön osallistamisen kannalta olisi ollut parempi, jos kaikilla hoitajilla olisi ollut mahdollisuus osallistua työpajoihin. Saadun aineiston laadun ja määrän vuoksi opinnäytetyön yhdyshenkilön kanssa päätettiin, että lisätyöpajoja ei järjestetä.

Potilasasiakirjojen analysointi aloitettiin suunnitelman mukaisesti. Analysointiin oli suunniteluvaiheessa arvioitu liian vähän aikaa, ja analyysin tulosten esittämistä siirrettiin tämän vuoksi parilla kuukaudella. Viivästyminen johtui potilasasiakirja-analyysissä käsiteltävän tiedon määrästä suhteesta tutkijalla käytettävissä olevaan aikaan. Potilasasiakirja-analyysin tulosten esittämisen jälkeen päätettiin potilasasiakirja-analyysia jatkaa lääkäreiden ja

hoitajien merkintöjen analysoimiseksi erikseen. Tämä tuki myös tutkimuksen tavoitteiden saavuttamista. Aikataulua jatkettiin sen mukaisesti. Potilasasiakirja-analyysissa käsiteltävästä aineistosta saatiin kivunhoidosta ja kivunhoidon kirjaamisesta tavoitteen mukaista tietoa.

World café -työpajoissa esille tulleista kehittämistarpeista ja koulutustoiveista päätettiin ensimmäisenä toteuttaa kipupumpun käyttökoulutukset. Tämä siksi, että näitä oli helpoin järjestää heidän työyksikössään ”nonstop”-periaatteella eli koulutuksiin pystyi tulemaan työn lomassa. Koulutuksiin osallistui useita hoitajia ja palaute oli positiivista ja koulutukset koettiin tarpeelliseksi. Kehittämishankkeen tulosten esittämiseen varattiin kolme tilaisuutta, joiden yhteyteen liitettiin myös toivottuja koulutusaiheita kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Näihin varattu aika osoittautui jälkikäteen liian lyhyeksi, koska aikaa keskusteluun ja palautteen saamiseen jäi vähän. Tulosten esittämiseen ja koulutukseen sovittu viimeinen tilaisuus kolmesta jouduttiin perumaan hoitajien sairastumisen, työmäärän ja kiireen vuoksi. Potilasasiakirja-analyysin jatkamisen vuoksi tätä päätettiin siirtää tulosten valmistumiseen asti.

Työpajoista nousseista aiheista valittiin aihe myös alueelliseen kipukoulutukseen, johon osallistuminen oli vapaaehtoista. Kehittämishanke päätettiin viimeisten potilasasiakirjatulosten sekä World café -työpajojen tulosten esittämiseen. Toteutettuja kehittämistoimien vaikuttavuutta ei arvioitu tämän kehittämishankkeen aikana. Opinnäytetyön yhdyshenkilö jakoi kehittämishankkeen tuloksia koskevat Power Point -esitysdiat sähköpostitse työyhteisön kaikille työntekijöille.

### 7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämishanke toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012). Tarve kehittämishankkeelle nousi organisaation tarpeista. Kehittämishankkeen suunnitelma tehtiin yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetetulla tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2018). Kehittämishankkeelle haettiin ohjeiden mukaisesti tutkimuslupa. Potilasasiakirja-analyysia varten laadittiin lakisääteinen tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste, mikä on keskeinen dokumentti kerättyä tietoa ihmisiltä tai ihmisistä. Rekisteriselosteen laadinta perustui tuona ajankohtana voimassa olevaan henkilötietolakiin (Hetil (523/1999).

Kvalitatiivisesta tutkimuksesta ei ole tarkoitus tehdä yleistettäviä päätelmiä, vaan ymmärtää tutkimuskohdetta. Tutkimalla tarkasti kohdetta, nousevat esiin ilmiöstä merkittävät asiat, mitkä toistuvat usein ilmiössä myös yleisemmällä tasolla. Työyhteisölle jaettiin etukäteen kehittämishanketta koskeva tieto. World café -työpajojen osallistujia informoitiin työpajoista etukäteen opinnäytetyön yhdyshenkilön välityksellä, ja tutkija kertoi työpajoista

ja niiden merkityksestä vielä ennen niiden alkamista. Työpajojen luotettavuutta lisäävä tekijä oli se, että vastaajia ei valikoitu vaan osallistuvat hoitajat määräytyivät työvuoron mukaan. Osallistuminen työpajoihin oli vapaaehtoista. Toiseen työpajaan osallistui vähemmän hoitajia, joten työpaja toteutettiin osallistujien kannalta mielekkäämmällä tavalla yhtenä ryhmänä. Tämä ei vaikuttanut saadun aineiston laatua heikentävästi. Sen sijaan luotettavuutta alentavasti saattoi vaikuttaa molempiin työpajoihin osallistuvien hoitajien kokonaismäärä, joka oli noin 20% koko hoitajamäärästä. Työpajoissa keskusteltiin asioita avoimesti. Työpajojen keskusteluista käsitelty tietoa analysoitiin niin, että osallistujat pysyvät nimettöminä.

Potilasasiakirja-analyysin aineistoon valikoituneet potilastiedot hankittiin Päivystysmonitori-ohjelmaa apuna käyttäen. Tutkimusaineisto valittiin systemaattisella satunnaisotannalla, minkä tarkoitus oli saada mahdollisimman edustava otos ja estää havaintoyksiköiden suosiminen tai sulkeminen otoksen ulkopuolelle (KvantiMOTV 2003). Potilasasiakirjat olivat vain tutkijan käytössä ja potilasasiakirjoista saatua aineistoa käsiteltiin asianmukaisesti huolehtien potilaiden tietosuojasta. Potilasasiakirja-analyysissä ei kerätty henkilötietoja eikä tietoja, joista voisi tunnistaa yksittäisen potilaan. Potilasasiakirjat käsiteltiin, säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti. (Arene 2019.)

Potilasasiakirja-analyysin tulosten luotettavuutta heikensi pieni otoskoko. Hoitajat eivät olleet kaikissa tapauksissa kirjanneet hoitotyötä eikä lääkkeenantomerkintöjä, joten tämä myös vaikutti tuloksiin ja vertailun luotettavuutta heikentävästi. Potilasasiakirja-analyysin avulla pystyi arvioimaan kirjaamisen sisältöä ja laatua luotettavasti, mutta kivunhoidon arvioiminen pelkästään kirjaamisen pohjalta ei antanut luotettavaa tietoa, koska taustalla oli useita hoidon toteutumiseen vaikuttavia muuttujia.

#### 7.4 Kehittämishankkeesta esiin nousseita jatkotutkimus- ja kehittämisasiheita

Akuutti24:n hoitajat kokivat kivunhoidon haasteina kiireen, lääkäreiden huonon tavoitettavuuden sekä kivun seurannan ja kirjaamisen unohtumisen. Jatkokehittämis ehdotuksena voisi arvioida päivystyksen kivunhoidon prosessia ja sen sujuvuutta vaihe vaiheelta. Tämän voisi toteuttaa aloittaen tarkastelun triagehoitajan kiireellisyyden ja hoidon tarpeen arvioinnista, hoitajan/lääkärin kivun arvioinnista ja kivunhoidon toteuttamisesta. Tästä jatkaen tarkastelua edelleen kivun hoidon vasteen arviointiin, ja lopulta potilaan hoidon päättymiseen ja lopulliseen kivunarviointiin, sekä potilasohjaukseen kivunhoidon asianmukaisen jatkohoidon toteutumiseksi. Kivunhoidon kirjaamista voisi näin ollen vaiheistaa prosessin etenemisen mukaiseksi, ja selkiyttää kivunhoidon ja kirjaamisen työnjakoa ja vastuuta eri ammattiryhmien välillä. Kivunhoidon prosessin voisi liittää myös osaksi tietyn potilasryhmän kuten rintakipupotilaan hoitoprosessia.

Toisena jatkokehittämissuunnitelmana on hoitajien osaamistarpeet ja päivystysympäristön huomioivan kivunhoidon koulutuskokonaisuuden suunnittelu ja koulutuksen jatkuvuuden varmistaminen. Koulutukset voisivat sisältää eri kokonaisuuksia kuten kivun arviointi ja mittaaminen, kivun seuranta, kirjaaminen sekä lääkkeellinen ja lääkkeetön kivunhoito. Koulutuksessa voisi huomioida eri erityisryhmien kuten vanhusten, lasten ja kroonisen kivun hoidon. Koulutuksen toteuttamisessa voisi hyödyntää erilaisia koulutusmenetelmiä ja koulutusmuotoja (simulaatiot, verkkokoulutus, luennot, työpajat jne.).

Kehittämishankkeen tulosten perusteella myös kipupotilaille annettavan potilasohjauksen ja potilasohjeiden kehittäminen, kivun hoidon laadun mittaaminen ja arviointi sekä kivunhoidon kirjaamisen kehittäminen voisivat olla ajankohtaisia kehittämissaiheita. Lisäksi voisi tutkia potilaiden kokemuksia päivystyksen kivunhoidosta.

## LÄHTEET

- Abbott, M.L. & McKinney, J. 2013. Content Analysis. Understanding and Applying Research Design. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ala-Kokko, T. & Kentala, E. 2014. Kivun asteen arviointi tehohoidossa. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppoportti.fi/op/ajt00748/do>
- Alexander, C., Kruszewski & Webster, D. 2012. Rethinking opioid prescribing to protect patient safety and public health. JAMA 308 (18), 1865–1866 [viitattu 15.1.2.2019]. Saatavissa: DOI:10.1001/jama.2012.14282
- ARENE. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Arthur, A., Whiteside, S., Brown, L., Minor, C. & Thomas, S. 2012. Patient Use of Tablet Computers to Facilitate Emergency Department Pain Assessment and Documentation. ISRN Emergency Medicine 2012, 1–6 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi:10.5402/2012/254530
- Atee, M., Hoti, K., Parsons, R. & Hughes, J. 2017. Pain Assessment in Dementia: Evaluation of a Point-of-Care Technological Solution. Journal of Alzheimer's Disease 60 (1), 137–150 [viitattu 25.8.2019]. Saatavissa: doi: 10.3233/JAD-170375
- Bennetts, S., Campbell-Brophy, E., Huckson, S. & Doherty, S. 2012. Pain management in Australian emergency departments: Current practice, enablers, barriers and future directions. Emergency Medicine Australasia 24 (2), 136–143 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01499.x
- Berben, S., Meijs, T., van Dongen, R., Vugt, A., Vloet, L., Mintjes-de Groot, J. & Achterberg, T. 2008. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. Injury 39 (5), 578–585 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2007.04.013>
- Bowen, G. 2009. Document Analysis as Qualitative Research Method. Qualitative Research Journal 9 (2), 27–40 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>

Cantrill, S., Brown, M., Carlisle, R., Delaney, K., Hays, D., Nelson, L., O'Connor, R., Papa, A., Sporer, K., Todd, K. & Whitson, R. 2012. Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 60 (4), 499–525 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa:

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.06.013>

Chang, H-Y., Daubresse, M., Kruszewski S. & Alexander C. 2014. Prevalence and treatment of pain in EDs in the United States, 2000 to 2010. *The American Journal of Emergency Medicine* 32 (5), 421–431 [viitattu 15.12.2019] Saatavissa:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.01.015>

Cordell, W., Keene, K., Giles, B., Jones, J.B., Jones, J.H. & Brizendine, E. 2002. The High Prevalence of Pain in Emergency Medical Care. *The American Journal of Emergency Medicine* 20 (3), 165–169 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi:10.1053/ajem.2002.32643

Decosterd, S. Hugli, O., Tamchés, E., Blanc, C., Mouhsine, E., Givel, J-C., Yersin, B. & Buclin, T. 2007. Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain. *Annals of Emergency Medicine* 50 (4), 462–471 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi:10.1016/j.annemergmed.2007.01.019

Dewhirst, S., Zhao, Y., MacKenzie, T. Cwinn, A. & Vaillancourt, C. 2017. Evaluating a medical directive for nurse-initiated analgesia in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 35, 13–18 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa:

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.005>

van Dijk, J., van Wijck, A., Kappen, T., Peelen, L., Kalkman, C. & Schuurmans, M. 2012. Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 49, 65–71 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009>

Doherty, S., Knott, J., Bennetts, S., Jazayeri, M. & Huckson S. 2013. National project seeking to improve pain management in the emergency department setting: Findings from NHMRC-NICS National Pain Management Initiative. *Emergency Medicine Australasia* 2013 (25), 120–126 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi: 10.1111/1742-6723.12022

Ducharme, J., Tanabe, P., Homel, P., Miner, J., Chang, A., Lee, J. & Todd, K. 2008. The influence of triage systems and triage scores on timeliness of ED analgesic administration. *The American Journal of Emergency Medicine* 26, 867–873 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.11.020>

- Dwyer, C., Soong, M., Hunter, A., Dashe, J., Tolo, E. & Kasparyan, N. 2018. Prospective Evaluation of an Opioid Reduction Protocol in Hand Surgery. *The Journal of Hand Surgery* 43 (6), 516–522 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: DOI:10.1016/j.jhsa.2018.01.021
- Eder, S., Sloan, E. & Todd, K. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *The American Journal of Emergency Medicine* 21 (4), 253–257 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: [https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(03\)00041-X](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(03)00041-X)
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2.painos. Tampere: Vastapaino.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Finohta. 2011. Potilaiden kiireellisuuden luokittelu ja hoitoprosessit sairaalan päivystyspoli-  
klinikalla. *Arviointiseloste* 2011:1 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://docplayer.fi/5041796-Arviointiseloste-kuva.html>
- Fosnocht, D., Swanson, E. & Bossart, P. 2001. Patient Expectation for Pain Medication Delivery. *American Journal of Emergency Medicine* 19 (5), 399–402 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1053/ajem.2001.24462>
- Fry, M., Bennetts, S. & Huckson, S. 2011. An Australian Audit of ED Pain Management Patterns. *Journal of Emergency Nursing* 37 (3), 269–274 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.03.007>
- Glowacki, D. 2015. Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. *Critical Care Nurse* 35 (3), 33–42 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015440>
- Gordon D., Dahl, J., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K., Paice, J., Lipman, A., Bookbinder, M., Sanders, S., Turk, D. & Carr, D. 2005. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. *Archives of Internal Medicine* 2005 (165), 1574–1580 [viitattu 12.12.2019]. Saatavissa: DOI: 10.1001/archinte.165.14.1574
- Grant, P. 2006. Analgesia delivery in the ED. *American Journal of Emergency Medicine* 24 (7), 806–809 [viitattu 24.10.2018] Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2006.05.004>
- Grenman, D., Niemi-Murola, L., Silfast, T. & Kalso, E. 2006. Kivun hoito kirurgian päivystyspoliklinikalla –potilaan näkökulma. *Finnanest* 39, (4) [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/oper\\_grenman.pdf](http://www.finnanest.fi/files/oper_grenman.pdf)

Guéant, S., Taleb, A., Borel-Kühner, J., Cauterman, M., Raphael, M., Nathan, G. & Ricard-Hibon, A. 2011. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study. *European Journal of Anaesthesiology* 28 (2), 97–105 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: doi: 10.1097/EJA.0b013e3283418fb0

Haanpää, M. 2009. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 118–148.

Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio A. (toim.) *Palliativinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/pli00042/do>

Hallila, L. 2005a. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 23–35.

Hallila, L. 2005b. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu –nursing audit. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 111–119.

Hallila, L. 2005c. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 97–110.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 70–95.

Hamunen, K., Karlsson H. & Vainio, A. 2018a. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, E., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [viitattu 15.12.2019]. <https://www.oppiportti.fi/op/kip01020/do>

Hamunen, K., Karlsson H. & Vainio, A. 2018b. Kiputilojen mekanismiin perustuva luokitus. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, E., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip01022/do>

Hamunen, K., Karlsson H. & Vainio, A. 2018c. Luokitteluperusteista. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, E., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip01021/do>

- Hanks, S. 2008. The Law of Unintended Consequences: When Pain Management Leads to Medication Errors. *P&T* 33 (7), 420–425 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2740947/>
- Hatherley, C., Jennings, N. & Cross R. 2016. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department – A literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal* 19, 26–36 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2015.11.001>
- Heikkinen, K. 2005. Potilaan kivun systemaattinen arviointi. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 220–226.
- Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon*. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 16–38
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon*. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 77–93
- Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo A-M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio (toim.), A. *Palliativinen hoito*. 3.,uudistettu painos. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. 51–53.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523, 10§, 14§. Finlex [viitattu 5.12.2019]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1999/19990523>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.–7.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- IASP. International Association for the Study of Pain. 2017. *IASP Terminology* [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. *Hoida ja kirjaa*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Institute of Medicine. 2011. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington, DC: The National Academies Press [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.17226/13172>.

- Iyer, R. 2011. Pain Documentation and Predictors of Analgesic Prescribing for Elderly Patients During Emergency Department Visits. *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (2), 367–373 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.023>
- Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen – hankkeen julkaisu [viitattu 13.4.2017]. Saatavissa: <https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>
- Kalso, E. 2015. Akuuttihoitossa käytettäviä lääkkeitä. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Vali, J. & Vaula, E. (toim.) *Akuuttihoito-opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E. 2018a. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip00821/do>
- Kalso, E. 2018b. Opioidit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, E., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip01522/do>
- Kalso, E. 2018c. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, E., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip01521/do>
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Sisäelimestä aiheutuva eli viskeraalinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, E., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip00625/do>
- Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro-gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. [viitattu 25.10.2018]. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/96219>

- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O. & Dikme, O. 2018. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine* 36, 707–714 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Keating, L. & Smith, S. 2011. Acute pain in emergency department: the challenges. *Reviews in Pain* 5 (3), 13–17 [viitattu 25.10.2018]. Saatavissa: doi: 10.1177/204946371100500304
- Kelly, A-M., Brumby, C. & Barnes C. 2005. Nurse-initiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 7 (3), 149–154 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1017/S148180350001318X>
- Kipu. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Kivelä, K. 2014. Kuvaus paljon terveyspalveluita käyttävien ikäihmisten terveyspalveluiden käytöstä. Oulun kaupunki [viitattu:24.10.2018]. Saatavissa: <https://docplayer.fi/17319430-Kuvaus-paljon-terveyspalveluita-kayttavien-ikaihminen-terveyspalveluiden-kaytosta.html>
- Kivunhallintatalo 2017a. Kipua esiintyy monenlaisissa tilanteissa. Terveyskylä [viitattu 15.1.2019]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/kipua-esiintyy-monenlaisissa-tilanteissa>
- Kivunhallintatalo. 2018a. Miksi tunnemme kipua? Terveyskylä [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miksi-tunnemme-kipua>
- Kivunhallintatalo. 2019. Opi arvioimaan kipua. Terveyskylä [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>
- Kivunhallintatalo. 2017b. Pitkäaikaisen kivun erilaisuus. Terveyskylä [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/pitk%C3%A4aikaisen-kivun-erilaisuus>
- Kivunhallintatalo. 2018b. Tunteiden käsittely kivunhallinnan tukena. Terveyskylä [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/tunteiden-k%C3%A4sittely-kivunhallinnan-tukena>

Kral, L. & Singh, T. 2019. Medical Management of Acute Pain. Teoksessa Opioid Prescribing and Monitoring. How to Combat Opioid Abuse and Misuse Responsibly. PPM Practical Pain Management [viitattu 31.5.2019]. Saatavissa:

<https://www.practicalpainmanagement.com/resource-centers/opioid-prescribing-monitoring/medical-management-acute-pain>

Kuula A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuuri-Riutta, A. 2009. Kivun hoito. Teoksessa Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sapanen, P. & Westergård, A. (toim.) Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 237–248.

KvantiMOTV. 2003. Otos ja otantamenetelmät. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [viitattu 31.5.2019].

Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.htmlkvanti>

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3§. Finlex [viitattu 24.10.2018].

Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex [viitattu 15.12.2019].

Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. 5. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.

Lewén, H., Gardulf, A. & Nilsson, J. 2010. Documented assessment and treatments of patients seeking emergency care because of pain. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24, 764–771 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00774.x

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas, SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 16.4.2017].

Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/90804>

Lindfors-Niilola, A., Riihelä, K. & Kaskinen, R. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset, Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 26/2013. [viitattu 25.10.2018]. Saatavissa: <https://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+ja+triage-ohjeistukset%20Etel%C3%A4-Suomen+alueen+sairaanhoitopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5d762d9309be>

- Linsamo, M. 2016. Hoitotyön kliininen asiantuntija. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Akuutti24. Haastattelu 10.8.2016.
- Main C., Sullivan M. & Watson P. 2008. Pain Management. Practical applications of the clinical and occupational settings. Churchill Livingstone Elsevier.
- Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokitukset Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 9 (67), 699–703.
- Malmström, T., Torkki, P., Valli, J. & Malmström, R. 2012. Yhteispäivystyksen työnjako-Hyväkään päivystyksen potilasvirta-analyysi. Suomen lääkärilehti 5 (67), 345–351
- Marmo, L. & D'Arcy, Y. 2013. Compact Clinical Guide to Critical Care, Trauma and Emergency Pain Management: An Evidence-Based Approach for Nurses. New York: Springer Publishing Company.
- McCaffery M, Pasero C: Pain: Clinical Manual, St. Louis, Mosby, ed.2, 1999.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. 3. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Migreeni. 2015. Käypä hoito -suositus. Duodecim. [viitattu 13.4.2017]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi36050>
- Milbrett, P. & Halm, M. 2009. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. Journal of Emergency Nursing 35 (3), 191–198 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: doi: 10.1016/j.jen.2008.04.032
- Moceri, J. & Drevdahl D. 2014. Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department. Journal of Emergency Nursing 40 (1), 6–12 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.04.014>
- Motov, S. & Khan, A. 2009. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? Journal of Pain Research 2, 5–11 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1405/>
- Muntlin Athlin, Å., Carlsson, M. & Gunningberg, L. 2015. To Receive or Not to Receive Analgesics in the Emergency Department: The Importance of the Pain Intensity Assessment and Initial Nursing Assessment. Pain Management Nursing 16 (5), 743–750 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.04.004>

Mura, P., Serra, E., Marinangeli, F., Patti, S., Musu, M., Piras, I., Massidda M.V., Pia, G., Evangelista, M. & Finco, G. 2017. Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. *Journal of Pain Research* 10, 2781–2788 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://www.dovepress.com/prospective-study-on-prevalence-intensity-type-and-therapy-of-acute-pa-peer-reviewed-article-JPR>

Newcomb, P., Wilson, M., Baine, R., McCarthy, T., Penny, N., Nixon, C. & Orren, J. 2017. Influences on Patient Satisfaction Among Patients Who Use Emergency Departments Frequently for Pain-Related Complaints. *Journal of Emergency Nursing* 43 (6), 553–559 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.03.022>

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOYpro

Pasero, C. & McCaffery, M. 2011. Pain assessment and Pharmacologic Management. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Pesonen, A. 2012. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. *Finnanest* 45 (2).

PHSOTEY 2009. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän palautejärjestelmä [viitattu 12.6.2016]. Saatavissa: <https://www.phsotey.fi/fi/asiakkaalle/palaute/>

PHSOTEY 2014a. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän strategia 2014–2018. Julkaistu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Intranet-sivustolla [viitattu 12.6.2016]. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijältä.

PHSOTEY 2014b. Järjestämissuunnitelma 2014-2017. Julkaistu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Intranet-sivulla [viitattu 12.6.2016]. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijältä.

PHHYKY 2016a. Yhtymä. [viitattu 1.9.2016]. Saatavissa: <http://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/>

PHSOTEY-yleisesittely 2016b. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Julkaistu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Intranet-sivustolla [viitattu 1.9.2016]. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijältä.

PHSOTEY 2015a. Akuutti24 [viitattu 12.6.2016]. Saatavissa: <http://www.akuutti24.fi/>

PHSOTEY 2015b. Henkilöstökertomus 2015. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Julkaistu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Internet-sivustolla [viitattu 1.9.2016]. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijältä.

- Pines, J. & Hollander, J. 2008. Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Annals of Emergency Medicine* 51 (1), 1–5 [viitattu 13.3.2017]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.008>
- Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 237–244.
- Poulin, P., Nelli, J., Tremblay, S., Small, R., Caluyong, M., Freeman, J., Romanow, H., Stokes, Y., Carpino, T., Carson, A., Shergill, Y., Stiell, I., Taljaard, M., Nathan, H. & Smyth, C. 2016. Chronic Pain in the Emergency Department: A Pilot Mixed-Methods Cross-Sectional Study Examining Patient Characteristics and Reasons for Presentations. *Pain Research and Management*. 1–10 [viitattu 15.1.2019]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3092391>
- Pretorius, A., Searle, J. & Marshall B. 2015. Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain. *Pain Management Nursing* 16 (3), 372–379 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.015>
- Pyökkänen, H. 2005. Potilaan hoito terveyskeskuspäivystyksessä. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 122-154.
- Qadire, M & Khalailah, M. 2014. Jordanian Nurses Knowledge and Attitude Regarding Pain. *Pain Management Nursing* 15 (1), 220–228 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.006>
- Rash, J., Puolin, P., Shergill, Y., Romanow, H., Freeman, J., Taljaard, M., Hebert, G., Stiell, I. & Smyth C. 2018. Chronic Pain in the Emergency Department: A Pilot Interdisciplinary Program Demonstrates Improvements in Disability, Psychosocial Function, and Healthcare Utilization. *Pain Research and Management* 2018, 1–10 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1155/2018/1875967>
- Ringwalt, C., Shanahan, M., Wodarski, S., Jones, J., Schaffer, D., Fusaro, A., Paulozzi, L., Garrettson, M. & Ford M. 2015. A Randomized Controlled Trial of an Emergency Department Intervention for Patients with Chronic Noncancer Pain. *The Journal of Emergency Medicine* 49 (6), 974–983 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.03.004>

- Rockett, I., Putnam, S., Jia, H., Chang, C. & Smith, G. 2005. Unmet Substance Abuse Treatment Need, Health Services Utilization, and Cost: A Population-Based Emergency Department Study. *Annals of Emergency Medicine* 45 (2), 118–127 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: doi:10.1016/j.annemergmed.2004.08.003
- Rupp, T. & Delaney, K. 2004. Inadequate Analgesia in Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine* 43 (3), 494–503 [viitattu 15.1.2019]. Saatavissa: DOI:10.1016/j.annemergmed.2003.11.019
- Saranto, K., Ensio, A. Tantt, K. & Sonninen, A L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kijaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sayin, Y. & Akyolcu, N. 2014. Comparison of Pain Scale Preferences and Pain Intensity According to Pain Scales among Turkish Patients; A Descriptive Study. *Pain Management Nursing* 15 (1), 156–164 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.005>
- Schiavenato, M. & Craig, K. 2010. Pain Assessment as a Social Transaction Beyond the “Gold Standard”. *Clinical Pain Management*. Volume 26. Number 8. 667–676 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181e72507
- Sillanpää K. & Koponen, L. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. 1.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 23–31.
- Soinila, S. & Haanpää, M. Kivun hoito. 2014. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) *Neurologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [viitattu: 24.10.2017]. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/neu00257/do>
- Sopanen, P. 2009. Potilaan hoito päivystyspoliklinikassa. Teoksessa Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. (toim.) *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 60–78.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 12.12.2019]. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72305>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11§, 13§ [viitattu 13.4.2019]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2009/20090298>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>

Stalnikowicz, R., Mahamid, R., Kaspi, S. & Brezis, M. 2005. Undertreatment of acute pain emergency department: a challenge. *International Journal for Quality in Health Care* 17 (2), 173–176 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi022>

Stenvall, J. & Virtanen, P. *Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Stephan, F-P., Nickel, C., Martin, J. Grether, D. Delpont-Lehnen, K. & Bingisser. 2010. Pain in the emergency department: adherence to an implemented treatment protocol. *Swiss Medical Weekly* 140 (23-24), 341–347 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/publication/41511706\\_Pain\\_in\\_the\\_emergency\\_department\\_Adherence\\_to\\_an\\_implemented\\_treatment\\_protocol](https://www.researchgate.net/publication/41511706_Pain_in_the_emergency_department_Adherence_to_an_implemented_treatment_protocol)

STM. 2016. Päivystysuudistus kokoaa palveluja ja vahvistaa yhteistyötä. [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: [https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/1271139/paivystysuudistus-kokoo-palveluja-ja-vahvistaa-yhteistyota](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/paivystysuudistus-kokoo-palveluja-ja-vahvistaa-yhteistyota)

STM. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikois-alakohtaisista edellytyksistä. Muistio 22.8.2017 [viitattu 12.12.2019]. Saatavissa: <https://stm.fi/paivystys>

Suomen Anestesiologiyhdistys ry. 2012. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. *Finnanest* 45 (2) [viitattu 20.10.2018]. Saatavissa: [https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus\\_leikkauksenjalkeisen\\_kirjaamisesta.pdf](https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf)

Suurmunne, H. 2015. PHSOTEY ensihoito- ja päivystyskeskus. Akuutti24 päivystyksen hoitoprosessien uudelleenorganisointuminen. PD-työ.

Tanabe, P. & Buschmann, M. 1999. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *Journal Emergency Nursing*. 1999 Jun; 25 (3), 171–177 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(99\)70200-X](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(99)70200-X)

Terveystalveluolaki 30.12.2010/1326, 24§, 43§, 50§. Finlex [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

The World Café. 2015. A Quick Reference Guide for Hosting World Café. The World Café Community Foundation Creative Commons Attribution [viitattu 30.10.2019]. Saatavissa: <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-Go-Revised.pdf>

The World Café. 2019. History [viitattu 30.10.2019]. Saatavissa: <http://www.theworldcafe.com/about-us/history/>

Thomas, S. 2013. Management of Pain in the Emergency Department. ISRN Emergency Medicine 2013, 1–19 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa:

<https://doi.org/10.1155/2013/583132>

Thornton, H., Reynolds, J. & Coats, T. 2018. A week of pain in the emergency department. *British Journal of Pain* 12 (1), 58–63 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa:

doi: 10.1177/2049463717731898

Thurayya, E., Manias, E., Bucknall, T. & Almazrooa, A. 2014. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in Saudi Arabia. *Pain Management Nursing* 15 (4), e25–e36 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.014>

Todd, K. 2017. A Review of Current and Emerging Approaches to Pain Management in the Emergency Department. *Pain And Therapy* 2017, (6), 193–202 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007/s40122-017-0090-5>

Todd, K., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C., Fosnocht, D., Homel, P. & Tanabe, P. 2007. Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain* 8 (6), 460–466 [viitattu

24.10.2018]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.005>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos.

Tampere: Tampere University Press.

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

Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos.

Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Saatavissa:

<https://www.ellibslibrary.com/reader/9789520400118>

Vainio, A. 2009. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää M. & Vainio, A.

(toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 150–158.

Valvira 2015. Potilasasiakirjat [viitattu 13.4.2017]. Saatavissa:

<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/potilasasiakirjat>

Varndell, W., Fry, M. & Elliot, D. 2018. Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing* 40, 46–53 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.05.003>

Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 1.-2. painos. Helsinki:

Edita Publishing Oy.

- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Voipio-Pulkki, L-M. 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. 1.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 18–22.
- Vuille, M., Foerster, M., Foucault, E. & Hugli O. 2018. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27, 669–67 [viitattu 24.10. 2018]. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/jocn.13992>
- Warden, V., Hurley, A. & Volicer, L. 2003. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 4 (1), 9–15 [viitattu 24.10.2018]. Saatavissa: DOI: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7
- Yanuka, M., Soffer, D. & Halpern, P. 2008. An interventional study to improve the quality of analgesia in the emergency department 10 (5), 435–439 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: DOI: <https://doi.org/10.1017/S1481803500010526>
- Zöega, S., Ward, S., Aspelund, T., Sveinsdottir, H. & Gunnarsdottir, S. 2015. Quality Pain Management Practices in a University Hospital. *Pain Management Nursing* 16 (3), 198–210 [viitattu 15.12.2019]. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.06.005>

## LIITTEET

## LIITE 1

**Asiakaspalaute: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä (PHSOTEY),  
Ensihoito- ja päivystyskeskus**

Toimintamme ja palvelumme kehittämiseksi pyydämme teitä arvioimaan, miten olemme onnistuneet täyttämään odotuksenne.

Valitkaa Ensihoito - ja päivystyskeskuksen palvelu/yksikkö, jonne palautteenne kohdentuu; ks. kyselyn kohta 1.

Kohdassa 2 arvioi palvelumme laatua ja valitkaa kutakin toimintoa parhaiten kuvaava arvosana.

Kohdissa 3 - 4 voitte antaa myös avointa palautetta.

1. Ensihoito- ja päivystyskeskuksen palvelu/yksikkö, jonne haluatte antaa palautetta


- Akuutti 24: Päivystys
- Akuutti 24: Suun terveydenhuollon päivystys
- Päivystysosasto
- Ensihoitopalvelu: ambulanssi

2. Tällä hoito-/käyntikerralla haluatte antaa palautetta

	Erinomaisesti	Hyvin	Tyydyttävästi	Huonosti	Erittäin huonosti
1. Odotusaika avun saamiseksi, hoidon aloittamiseen oli kohtuullinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Henkilöstö kykeni tunnistamaan ja hoitamaan ongelmani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sain tietoa sairaudestani ja hoitovaihtoehdoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kipujani lievitettiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lääkärit kohtelivat minua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hoitohenkilöstö kohteli minua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Minua kuunneltiin ja toivomukseni otettiin huomioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tunsin oloni turvalliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Yksityisyyttäni suojattiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Sain riittävästi ohjeita ja tietoa jatkohoidosta
11. Saamani palvelu ja hoito auttoivat minua
12. Tilat olivat siistejä, toimivia ja viihtyisiä
13. Ruokahuolto toimi (kysymys vain osastolla olleille)

### 3. Kiitokset



### 4. Moitteet



## VASTAAJAN TIEDOT

### 5. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

### 6. Vastaaja

- Potilas / asiakas
- Saattaja / omainen

### 7. Potilaan / asiakkaan ikä (v)

- 0 - 6 v
- 7 - 17 v
- 18 - 30 v
- 31 - 45 v

- 46 - 64 v
- 65 - 75 v
- 76 v -

8. Jos haluatte meidän vastaavan teille, kirjoittakaa tähän yhteystietonne ja asia, josta haluatte meidän ottavan teihin yhteyttä (esim. viite kysymykseen nro.). Salassapitosäädökset huomioiden emme voi vastata henkilökohtaiseen, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasioihin liittyvään palautteeseen sähköpostitse. Palautteen koskiessa em. asioita pyydämme ilmoittamaan myös kaikki muut yhteystiedot, joilla olette tavoitettavissa.



## LIITE 2

5.2.2016

tiedote, julkaisuvapaa heti



Suomen Kipu ry haastaa Suomen päivystyspoliklinikat kehittämään toimintaansa niin, että akuutissa kiputilassa hoitoon hakeutuva kipukroonikko saa tarvitsemansa hoidon. Tällä hetkellä kipupotilaiden kipukohtauksia ei välttämättä hoideta, vaan kiputila todetaan ei-akuutiksi ja potilas lähetetään kotiin.

Haaste-kampanja kestää koko vuoden 2016. Haaste-kirje on lähetetty alue- ja yliopistosairaaloihin sekä Suomen päivystyspoliklinikoille. Sairaaloilta pyydetään konkreettisia toimia tilanteen kartoittamiseksi ja parantamiseksi. Tammikuussa 2017 tulokset kerätään yhteen.

Kampanjan aikana kipupotilaat ja –ammattilaiset jakavat kokemuksiaan sekä esittävät konkreettisia toimenpiteitä tilanteen parantamiseksi sosiaalisessa mediassa, Suomen Kivun verkkosivuilla sekä Kipupuomi-lehdessä. Twitterissä kampanja löytyy #kipuhaaste2016

Kampanja-sivut ovat osoitteesta [www.suomenkipu.fi/kipuhaaste2016](http://www.suomenkipu.fi/kipuhaaste2016)

### Lisätietoja

Soile Koponen  
Vuoden auttaja 2014  
Jyväskylän aluevastaava  
puh +358 50 401 9610  
[jyvaskyla@suomenkipu.fi](mailto:jyvaskyla@suomenkipu.fi)

Liisa Sahi  
Suomen Kipu ry, puheenjohtaja

puh +358 44 545 1142  
[liisa.sahi@suomenkipu.fi](mailto:liisa.sahi@suomenkipu.fi)