



Satu Aartiala

Kivunhoidon kehittäminen päivystyshotyössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto

Akuuttihoidon kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

7.3.2025

Tiivistelmä

Tekijä(t):	Satu Aartiala
Otsikko:	Kivunhoidon kehittäminen päivystyshoitotyössä
Sivumäärä:	33 sivua + 1 liite
Aika:	7.3. 2025
Tutkinto:	Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma:	Akuuttihoidon kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Ohjaaja:	Yliopettaja Lira Lankinen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa erään hyvinvointialueen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kivunhoidon sekä siihen liittyvän kirjaamisen osaamisen nykytilaa hoitohenkilökunnan osaamisen näkökulmasta. Tavoitteena on kartoituksen perusteella tuottaa hoitohenkilökunnalle kohdennettua koulutusta ja perehdytystä, jolloin kivunhoidon osaamista ja siitä kirjaamista voidaan kehittää tehokkaammaksi.

Tutkimusmenetelmänä oli määrällinen tutkimus, joka toteutettiin päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle lähetetyllä kyselytutkimuksella. Tutkittavien perusjoukko oli 129 henkilöä ja vastauksia kyselyyn saatiin 47, joka vastasi 36 % koko hoitohenkilökunnasta. Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake kehitettiin itse, koska tarkoitukseen soveltuvaa valmista lomaketta ei ollut saatavilla.

Tulosten perusteella hoitajat arvioivat oman kivunhoidon osaamisensa olevan hyvällä tasolla, eikä koulutuksen ja osaamisen välillä havaittu olevan merkittävää eroa lähihoitajien ja sairaanhoitajien välillä. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet kuitenkin toivoivat lisää koulutusta kivunhoidosta. Lisäksi hoitajat kaipasivat selkeitä kivunhoidon toimintamalleja itsenäisempään kivunhoitoon.

Tämä tutkimus käsitteli hoitohenkilökunnan omaa näkemystä kivunhoidon osaamisesta ja siitä kirjaamisesta, eikä varsinaista kivunhoidon toteutumista tai sen vaikuttavuutta tutkittu eikä se käsitellyt kivunhoidon laatua, viiveitä tai kirjauksia. Opinnäytetyöstä voitiin tehdä seuraavia johtopäätöksiä: 1) hoitohenkilökunnalla oli halua kivunhoidon osaamisen ylläpitämiseen, 2) hoitajat pitivät kirjaamista tärkeänä osana kivunhoitoa ja 3) hoitajat kaipasivat kivunhoitoon toimintaohjeita ja niiden tehokasta jalkauttamista. Opinnäytetyön pohjalta nousi useita jatkotutkimusehdotuksia. Jatkossa tutkimusta voisi toteuttaa esimerkiksi retrospektiivisesti hoitohenkilökunnan kivunhoidon kirjauksiin perustuen tarkastellen kivun tunnistamista, arviointia, kirjaamista sekä sen toteutumista. Lisäksi olisi hedelmällistä tutkia lyhyiden työpajojen ja vuoronvaihtokoulutusten vaikutusta hoitohenkilökunnan arviointiin omasta osaamisestaan.

Avainsanat: Kivunhoito, kirjaaminen, akuuttihoito, päivystyshoitotyö, osaaminen, sairaanhoitaja

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Author: Satu Aartiala
Title: Development of Pain Management Skills among the Nursing Staff in Emergency Department
Number of Pages: 33 pages + 1 appendix
Date: 7 March 2025

Degree: Master's Degree Programme in Development and Leadership of Acute Care
Degree Programme: Master of Health Care
Instructor: Iira Lankinen, Principal Lecturer, Acute Care

The purpose of the study was to chart pain management and documentation skills among the nursing staff in Emergency Department (ED) of the Central Hospital at the Jyväskylä, Finland. The aim was to provide educational material based on this study, and thereby, improve the pain management and documentation skills among the Emergency Department nursing staff.

Methods The study was conducted as a quantitative method. Data were collected by a questionnaire which included 27 questions. The questionnaire was sent by email to both registered nurses and practical nurses (n=129) of the emergency department. Practical nurses were included because they take part in the pain management process together with registered nurses and physicians.

Results The response rate for the study was 36 per cent as 47 of nursing staff took part to the survey. 91 % of the respondents (n=43) evaluated their pain management skills as "good" or "excellent". Documentation skills were evaluated as "good" or "excellent" by 85 % (n=40) of the respondents. However, the study showed that the legislation of the documentation was evaluated as unsatisfactory by 55 % of the respondents (n=26). Despite the good knowledge of pain management, 87% (n=41) of the respondents expressed willingness for further advanced professional education in pain management to maintain their skills. Additionally, the study included questions the nursing staff's opinion about pain management enablers and barriers in ED and there were recognised two enablers and barriers. The major barriers mentioned for pain management were lack of time and interruptions and the major enablers mentioned were education and protocols for pain management. In addition, communication (with colleagues or physicians) was mentioned as an enabler and as a barrier.

Conclusions The results may indicate that the nursing staff who took part into the study were initially the ones who considered their pain management skills as good.

However, the study indicates that there are no major differences between the practical nurses' and registered nurses' pain management skills in the ED.

The respondents have voiced their need for further pain management education to develop the pain management skills among the nursing staff.

Keywords: pain management, documentation, acute care, emergency department, nursing, nurse, knowledge, skills

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kivunhoito ja sen kirjaaminen päivystyshoitotyössä	3
2.1	Tiedonhaku	3
2.2	Kipu ja sen voimakkuuden arviointi	4
2.3	Kivunhoito päivystyshoitotyössä	7
2.4	Kirjaaminen päivystyshoitotyössä	11
2.5	Aikaisemmat tutkimukset kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisesta päivystyshoitotyössä	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	14
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	14
4.1	Toimintaympäristön kuvaus	14
4.2	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	15
4.3	Kyselylomakkeen kehittäminen	16
4.4	Aineiston keruu	18
4.5	Aineiston analysointi	18
5	Tulokset	19
5.1	Taustamuuttajat	19
5.2	Hoitohenkilökunnan kivunhoidon osaaminen päivystyshoitotyössä	20
5.3	Hoitohenkilökunnan kivunhoidon kirjaamisen osaaminen päivystyshoitotyössä	23
5.4	Kivunhoitoa estävät ja edistävät tekijät	25
6	Eettisyys ja luotettavuus	27
6.1	Eettisyys	27
6.2	Luotettavuus	28
7	Pohdinta	29
7.1	Tulosten tarkastelu	29
7.2	Johtopäätökset	31
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	33
	Lähteet	34

Liitteet

Liite 1. Kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle

1 Johdanto

Kipu on maailmanlaajuinen ongelma. Sitä aliarvioidaan ja alihoidetaan kulttuurista riippumatta. Vuonna 2011 tehdyn eurooppalaisen tutkimuksen mukaan kroonista kipua sairastavista 78 prosenttia on tyytymättömiä saamaansa kivunhoitoon. Saman tutkimuksen mukaan Suomessa vain 25 prosenttia vastaajista on ollut tyytyväinen saamaansa hoitoon. (Pain Alliance Europe 2017.)

Jokaisella on oikeus hyvään kivunlievitykseen ja se tulee aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa potilaan perussairauksista huolimatta (Valvira 2020; Käypä hoito 2017). Lain mukaan terveydenhuollossa jokaisella potilaalla on oikeus laadukkaaseen sairauden hoitoon, mikä pitää sisällään myös hyvän ja laadukkaan kivunhoidon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §3). Hoitamattomana kipu voi johtaa jopa kuolemaan, minkä vuoksi on tärkeää aloittaa akuutin kivun hoitaminen viipymättä, sillä tehokkaalla kivunhoidolla voidaan nopeuttaa merkittävästi potilaan kuntoutumista ja kotiutumista. Asiantuntevalla kivunhoidolla mahdollistetaan potilaan varhaisempi mobilisoituminen sekä vähennetään merkittävästi kivusta johtuvien, jopa henkeä uhkaavien ja sairaalahoitoa pitkittävien komplikaatioiden syntymistä sekä niistä johtuvia kerrannaiskomplikaatioita (Glowacki 2015: 34; Tiippana 2015).

Kipu on yleisin syy, minkä vuoksi hakeudutaan päivystykselliseen hoitoon sekä terveyskeskusvastaanoitoille (mm. Giusti ym. 2018: 64; Kela 2021). Kelan tilastojen mukaan jopa noin 40 % terveyskeskuskäynneistä aiheutuu kivusta ja huomioitavaa onkin, että merkittävä osa (38 %) kroonista kipua kärsivistä potilaista on yleislääkäreiden hoidossa ja varsinaisilla kipupoliklinikoilla heistä hoidetaan vain 14 %. Huomion arvoista on, että Suomessa kivun vuoksi myönnetään eniten pitkiä sairauslomia, vaikka niiden onkin todettu johtavan merkittävässä määrin pysyvään työkyvyttömyyteen (Ojala 2020: 27).

Yksilön elämänlaatua laskevien tekijöiden lisäksi kivulla on myös mittavat yhteiskunnalliset vaikutukset. Sen aiheuttamat kansataloudelliset kustannukset eivät rajoitu vain suoraan kivusta johtuviin terveydenhuollon ja sairauslomien aiheuttamiin kustannuksiin, sillä on myös mittavia kerrannaisvaikutuksia. Pitkittyessään kipu lisää univaikeuksia, kasvattaa itsemurhariskiä, aiheuttaa mielenterveyden ongelmia, lisää alkoholin käyttöä, liikkumisen pelkoa, eristäytymistä, sairauspoissaoloja sekä työkyvyttömyyttä, jotka kuormittavat eri tavoin terveydenhuoltojärjestelmää ja muita

yhteiskunnallisia palveluita niin yksittäisinä kuin toisiinsa limittyneinä ja toisistaan johtuvinakin ilmiöinä. (Käypä hoito 2017; IASP 2020.)

Suomessa kivunhoito on korostuneesti lääketiedepainotteista. Sairaanhoitajan rooli on kuitenkin ratkaiseva kivun tunnistamisessa, sen voimakkuuden arvioinnissa, kivunhoidon tehokkaassa aloittamisessa, toteuttamisessa sekä sen vasteen seurannassa, minkä vuoksi muun muassa päivystyshoitotyössä hoitajien osaamista tulisikin hyödyntää huomattavasti nykyistä enemmän (Ojala 2020: 29). Merkille pantavaa on kuitenkin, että lukuisat tutkimukset osoittavat terveydenhuollon ammattilaisten, myös sairaanhoitajien, pääsääntöisesti arvioivan potilaan tuntemaan kivun lievemmäksi kuin millaiseksi potilas itse sen kokee, mikä lienee yhtenä tekijänä tyytymättömyyteen kivunhoidossa (mm. Liljamo & Kinnunen 2020: 122; Sampson & Goodacre & O’Cathain 2019: 538; Pierik & al 2017: 43; Giusti ym. 2017: 391).

Kivunhoidon lisäksi kirjaaminen on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Se mahdollistaa tietoon perustuvan päätöksenteon potilaan hoidossa ja sen osaaminen on jokaisen hoitajan perustaito. Se on myös erottamaton osa kivunhoitoprosessia – ilman kivun voimakkuuden arviointia, kirjausta, lääkitystä sekä uudelleen arviointia on mahdotonta päästä hyviin kivunhoitotuloksiin (mm. Hatherley & Jennings & Cross 2016: 26; Sampson & Goodacre & O’ Cathain 2019: 538; Jennings & Kansal & O’ Reilly & Mitra & Gardner 2014: 71). Sairaanhoitajan koulutuksessa ei kuitenkaan kirjaamista – tai tiedonhallintaa – opeteta omana osa-alueenaan, vaan se pikemminkin opitaan osana opintoihin kuuluvia työharjoitteluita sekä työhön tulevien perehdytystä (Neary 2014).

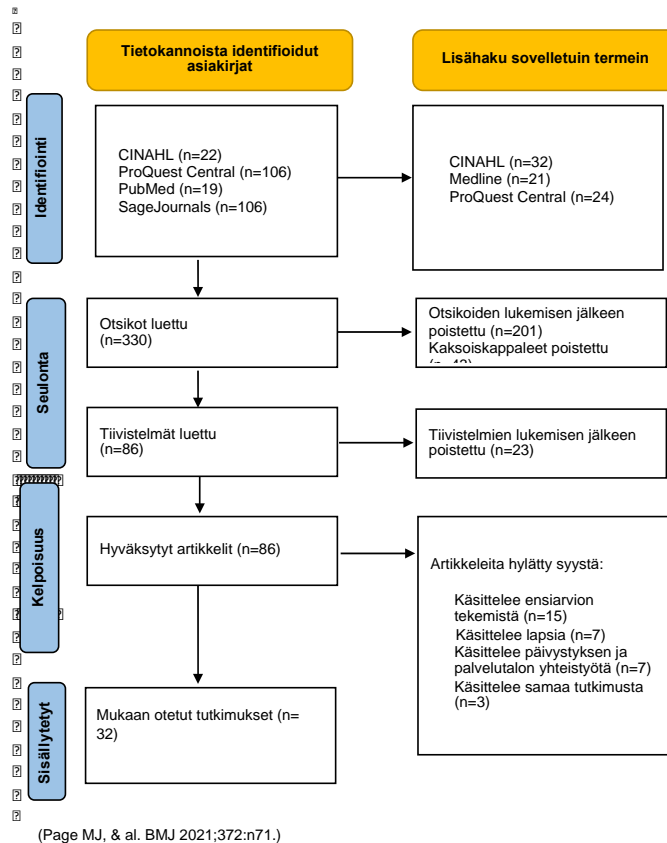
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa erään hyvinvointialueen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kivunhoidon ja siihen liittyvän kirjaamisen osaamisen nykytilaa hoitohenkilökunnan osaamisen näkökulmasta. Tavoitteena on kartoituksen perusteella tuottaa hoitohenkilökunnalle kohdennettua koulutusta ja perehdytystä, jolloin kivunhoidon osaamista ja siitä kirjaamista voidaan kehittää tehokkaammaksi.

2 Kivunhoito ja sen kirjaaminen päivystyshoitotyössä

2.1 Tiedonhaku

Systemaattinen tiedonhaku aloitettiin syksyllä 2023. Tietoa haettiin kivusta ilmionä, kivunhoidon osaamisesta, kirjaamisen osaamisesta sekä kivun voimakkuuden arvioinnista päivystyshoitotyössä suomen ja englanninkielisistä teoksista sekä artikkeleista. Haku rajattiin tutkimuksiin, jotka ovat vertaisarvioituja ja ajoittuvat pääasiassa vuosien 2010 – 2024 välille, mutta aineistoon valittiin myös yksittäisiä aiheeseen liittyviä vanhempiaakin tutkimuksia. Tiedonhakua tehtiin käyttäen Boolean logiikkaa AND, OR ja NOT CINAHLista, Medlinesta ja PubMedistä. Hakusanoina suomeksi olivat "kipu", "kivunhoito", "kivun arviointi", "päivystys", "kirjaaminen", "kipumittari" sekä englanniksi "nurse", "nursing", "pain", "pain management", "emergency department", "documentation", "acute pain", "pain assesment", "pain scale", poissulkevinä kriteereinä NOT "post operative pain", "child" ja "pediatric". Tiedonhakua tehtiin myös kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisesta päivystyshoitotyössä CINAHLista ja Medlinesta ja Boolean logiikkaa käyttäen hakusanoilla suomeksi "päivystyshoitotyö", "kipu", "kivunhoito", "osaaminen", "kirjaaminen" ja englanniksi "acute care", "emergency department", "knowledge", "competence", "pain management", "pain" ja "nurse". Akuutin kivunhoidon menetelmistä tehtiin hakuja käyttäen Boolean logiikkaa hakusanoilla "akuutti kipu", "kivunhoito", "kivunhoitomenetelmät" ja englanniksi "pain" "pain relief", "pain management" ja "pain management methods".

Manuaalisia hakuja tehtiin useiden mukaan otettujen kokonaisten artikkeleiden lähteenä mainituista artikkeleista ja teoksista. Lähteiden karsimiseen käytettiin Prisma-menetelmää. Haun eteneminen sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat nähtävissä kuviossa 1.



Kuvio 1. Tiedonhaun Prisma-kaavio

2.2 Kipu ja sen voimakkuuden arviointi

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys International Association of Pain (IASP) on vuonna 2020 määritellyt kivun

”epämiellyttäväksi aisti- ja tunnekokemukseksi, joka liittyy kudosaivaurioon tai sen uhkaan, tai tällaista kokemusta muistuttavaksi tuntemukseksi” (IASP, 2020; virallinen suomennos Duodecimin sanastolautakunta 2021.)

Kipukokemuksilla on pitkäkantoiset jäljet. Se on biopsykososiaalinen ilmiö, joka vaikuttaa siihen, kuinka yksilö suhtautuu kipuun ja kivunhoitoon (IASP 2020). Kipu on aina subjektiivinen kokemus, johon vaikuttavat yksilön biologiset, psykologiset sekä sosiaaliset tekijät. Sen voimakkuutta ei voi määrittellä kukaan muu kuin potilas itse, minkä vuoksi potilaan ilmoitus kivun voimakkuudesta tulee hyväksyä ja sitä tulee kunnioittaa. Sanallinen ilmaisu on vain yksi kivuntuntemuksen ilmaisumuodoista; kyvyttömyys kommunikoida ei tarkoita, ettei ihminen tai eläin tuntisi kipua. On terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus selvittää, onko potilaalla kipua, jos tämä

mm. liikehtii tai äänтелеe itselleen epätyypillisesti. On huomioitava myös, että kipu ja nosiseptio ovat eri ilmiöitä: nosiseptio viestii kudosaauriosta selkäytimen takasarvennoisen kautta aivoihin ja vasta aivot päättävät kipukokemuksesta. Kipu ei usein ole todennettavissa kliinisellä tutkimuksella - laboratoriotutkimuksilla tai kuvantamalla, sillä potilaan kipukokemukseen vaikuttavat fyysisten syiden lisäksi myös psykologiset tekijät, kuten persoonallisuus, tunteet ja aikaisemmat kokemukset kivusta ja sosiaalinen tilanne, kuten mm. työllisyystilanne, parisuhde, harrastukset ja/tai perhe. (IASP 2020; Malik NA, 2020: 481; Ojala 2020: 33–34.)

Kivun voi luokitella sen alkuperän mukaan nosiseptiiviseksi sekä neuropaattiseksi kivuksi. Nosiseptiivinen kipu kertoo jo alkaneesta tai uhkaavasta kudosaauriosta ja se on selkeästi paikannettavissa. Se voi myös aiheutua viskeraalisesta, eli sisäelinperäisestä kivusta, jolle luonteenomaista on vaikea paikannettavuus sen aiheuttaman heijastekivun vuoksi. Neuropaattinen kipu puolestaan on hermokipua, joka aiheutuu hermojärjestelmän vaurioitumisesta tai sen sairaudesta. (Käypä hoito 2017; Change pain 2022.)

Kipu voidaan luokitella myös sen keston mukaan akuutiksi tai pitkittyneeksi kivuksi. Akuutti kipu on lyhytkestoista, sillä on selkeä syy, kuten traumaperäinen vamma tai tulehdus ja se helpottaa vamman parantuessa ja kestää karkeasti määriteltynä alle kolme kuukautta. Hoitamaton akuutti kipu pitkittyy herkästi, jolloin kyse on kivun kroonistumisesta. Pitkittänyt kipu on yli kolme kuukautta kestänyt kiputila, jolla voi olla selvä fysiologinen alkuperä, kuten nivelrikko, reuma tai hermovaurio, mutta joskus se saattaa jatkua varsinaisen vamman paranemisen jälkeenkin. (Kalso 2018; Käypä hoito 2017; Change pain 2022.)

Kivun tunnistamisessa ja hoitoprosessissa sairaanhoitajan rooli on ratkaiseva. Suurin osa potilaista pystyy ilmaisemaan kiputuntemuksensa verbaalisesti, mutta on myös useita potilasryhmiä, jotka eivät osaa tai sairautensa vuoksi pysty sitä ilmaisemaan. Sairaanhoitajan ammattitaitoon ja velvollisuuksiin kuuluu selvittää, onko potilaalla kipua vai ei (IASP 2020; Margori & Hannan & Schlenk 2017: 65). Erityistä herkkyyttä kivun tunnistamisessa vaativat vastasyntyneet, alle kouluikäiset lapset, kehityshäiriöiset, kriittisesti sairaat sekä muistisairaat, sillä heidän kohdallaan kivun tunnistaminen on aikaa vievää työtä ja vaatii non-verbaalisen viestinnän ymmärrystä (Mieronkoski 2019). Tämän lisäksi on muistettava, että on potilaita, jotka eivät myönnä kipuaan, vaikka pystyisivätkin siitä suullisesti viestimään, sillä he esimerkiksi pelkäävät aiheuttavansa "lisää työtä" tai häpeävät kipuaan, eivätkä sen vuoksi kerro siitä (Finne-Soveri 2015).

Kivun tunnistaminen edellä mainittujen erityisryhmien kohdalla perustuu ennen kaikkea käyttäytymisen tai liikehtimisen muutosten tarkkailuun. Käytöksen muutokset voivat olla ääntelyä, rauhatonta liikehtimistä, tihentynyttä hengitystä, ilmehtimistä, itsensä lohduttamista tai muuta potilaalle epätyypillistä toimintaa (Zwakhalen ym. 2018; Mieronkoski 2019). Lisäksi potilaan hyvin tuntevien apua kivun tunnistamisessa on usein tarpeellista hyödyntää – lapsen vanhemmat, kehityshäiriöisten ja muistisairaiden omaiset tai hoitajat tunnistavat nopeammin potilaalle epätyypillisen käytöksen (Rapo-Pylkkö 2019).

Kivun voimakkuuden arvioimisen merkitys korostuu kivunhoidossa. Kipu on subjektiivinen kokemus, minkä vuoksi sen voimakkuuden arviointiin tulee pääsääntöisesti käyttää potilaan omaa arvioita. Voimakkuuden vaihtelun dokumentointiin on kehitetty useita erilaisia kipumittareita, joita käyttämällä on mahdollista seurata kivunhoidon vastetta suhteessa lähtötasoon, minkä vuoksi onkin tärkeää valita yhdessä potilaan kanssa hänelle soveltuva mittari, jota käytetään koko hoitoprosessin ajan. Yleisimmin käytössä ovat numeerinen mittari NRS (Numeric Rating Scale), sanallinen kipumittari VRS (Verbal Rating Scale) sekä VAS-mittari (Visual Analogue Scale). (mm. Breivik 2017; Mieronkoski 2017.)

Kipumittareista NRS eli numeerisesti ilmoitettu kivun voimakkuus on kenties yleisimmin käytetty ja tunnettu. Siinä kivun voimakkuus ilmoitetaan numeerisesti 0–10: ei lainkaan kipua 0 – pahin mahdollinen kipu 10. Yksinkertaisuudessaan se sopii parhaiten terveydenhuollon ja erityisesti päivystyshoitotyön tarpeisiin, sillä se on yleensä potilaiden helpoiten hahmottama, eikä siihen tarvita apuvälineitä, minkä lisäksi se myös sopii monille potilasryhmille aina 9–10 -vuotiaista lapsista ikääntyneisiin. Mittarilla on rajoitteensa, sillä menetelmä ei sovellu kovin nuorille lapsille tai vaikeasti muistisairaille. (mm. Breivik 2017; Mieronkoski 2017; Rapo-Pylkkö 2019.)

VRS kuvaa kivun voimakkuutta sanallisesti (mm. viisiasteisesti ”Ei lainkaan/ lievää/ kohtalaista/ kovaa/ sietämätöntä kipua). Sen on todettu sopivan erityisesti ikääntyneille sekä vaikeasti muistisairaille niin pitkään kuin heiltä vielä verbaalinen ilmaisu onnistuu. (mm. Breivik 2017; Mieronkoski 2017; Rapo-Pylkkö 2019.)

VAS kuvaa kipua kiilalla, jossa on useita erilaisia kivun voimakkuuden esitysmuotoja. Siinä kipuasteikko esitetään 0–100 -esimerkiksi liu’uttamalla osoitinta nousevasti tai laskevasti jo valmiiksi saatavilla olevaa kipukiilaa pitkin tai apuna voidaan käyttää myös kynää ja paperia. Menetelmän rajoitteet ovat siinä, että se vaatii apuvälineitä,

kohtalaista näkökykyä sekä käsien liikkuvuutta, joten sen käyttö esimerkiksi ikääntyneillä voi olla käytännössä haastavaa. (mm. Breivik 2017; Mieronkoski 2017.)

Alle kouluikäisille kipumittareista FPS (Faces Pain Scale) on todettu olevan käyttökelpoisin. Tässä menetelmässä lapsi itse arvioi omaa kipuaan kasvokuvien avulla, jossa eri ilmeet kuvaavat kipua sietämättömästä kivusta kivuttomuuteen (mm. Salanterä 2013).

Kaikki edellä mainitut kipumittarit ovat käyttökelpoisia akuutin kivun voimakkuuden arvioinnissa ja soveltuvat potilaille, jotka pystyvät ilmaisemaan kipuaan verbaalisesti (Mieronkoski 2017). On kuitenkin potilasryhmiä, jotka eivät kykene kipuaan sanoittamaan tai ilmaisemaan sitä sanallisesti, minkä vuoksi on kehitetty useita kipumittareita, joiden avulla voidaan arvioida muun muassa vastasyntyneiden, kehityshäiriöisten, sedatoitujen tai syvästi dementoituneiden potilaiden kipua. Nämä mittarit perustuvat mm. potilaan käyttäytymiseen, liikehtimiseen ja ilmeiden tarkkailuun sekä niiden tunnistamiseen, kuten esimerkiksi FLACC, PAINAD tai CPOT (mm. Crellin & Harrison & Santamaria & Babl 2015; Chain & Menqin & Lioffi 2021).

2.3 Kivunhoito päivystyshoitotyössä

Päivystyshoito on akuuttihoitotyötä. Se on valtioneuvoston asetuksella määritelty kiireelliseksi hoidoksi, jota on oltava saatavilla ympärivuorokautisesti jokaisella hyvinvointialueella (Valtioneuvoston säädös kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 § 2). Henkilöstön osalta asetuksessa on erikseen säädetty, että henkilökunnan tulee olla moniammatillista ja sillä tulee olla riittävä koulutus ja osaaminen (Valtioneuvoston säädös kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 § 7).

Äkillisesti alkanut kipu on yleisin päivystykseen hakeutumisen syy, mikä korostaa kivunhoidon merkitystä päivystyshoitotyössä. Voimakkaasta kivusta kärsivän potilaan kivunhoito tulisi aloittaa välittömästi, eikä sen aloitusta tulisi joutua odottamaan yli 15 minuuttia. Päivystyshoitotyölle ominaista on kiireisyys sekä nopeasti vaihtuvat tilanteet, jotka tekevät tehokkaan kivunhoidon aloittamisen haasteelliseksi. Nuo piirteet korostavat sairaanhoitajan roolia kivun tunnistamisessa sekä sen voimakkuuden arvioinnissa, jotta hoito päästäisiin aloittamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa joko hoitajavetoisesti tai lääkärin konsultaation perusteella. (Kangasmäki & Torri & Markkanen & Pudas-Tähkä & Sivonen 2023.)

Kivunhoidon perusta ja painopiste on lääkkeettömissä kivunhoitomenetelmissä, joita täydennetään tarvittaessa lääkkeellisin menetelmin. Lääkkeettömiin keinoihin kuuluvat mm. liikunta, fysioterapia, kognitiivis-behavioraalinen terapia, asento-, kylmä- ja lämpöhoito, rentoutus, musiikki- ja taideterapia, mindfulness-harjoitteet sekä hieronta, joiden tavoitteena on ennen kaikkea kipupotilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen sekä sen parantaminen (Käypä hoito 2017). Päivystyshoitotyössä hoidettava kipu on kuitenkin usein akuuttia kipua - painopiste on tällöin lääkkeellisissä menetelmissä - ja lääkkeettömiä menetelmiä käytetään pääsääntöisesti tukemaan lääkehoitoa, jolloin soveltuvia menetelmiä ovat lähinnä immobilisaatio-, kompressio-, asento-, lämpö- ja kylmähoito (Hamunen & Kontinen 2017: 309).

Käypä hoito-suosituksen mukaan akuutin kivun lääkehoito nojaa tulehduskipulääkkeisiin sekä parasetamoliin, joiden lisäksi käytetään tarvittaessa tehokkaampia kipulääkkeitä. (Käypä hoito 2017; myös mm. Kalso 2018: 177; Helander ym. 2017: 3). Parasetamolia käytetään erityisesti astmaatikkojen, iäkkäiden ja antikoagulaatiolääkkeitä käyttävien kipulääkkeenä. Sen etuna ovat varsin vähäiset haittavaikutukset - se ei ärsytä maha-suolikanavaa eikä myöskään lisää verenvuotoriskiä yhtä herkästi kuin tulehduskipulääkkeet, ja allergiset reaktiotkin ovat kohtuullisen harvinaisia. Tutkimusten mukaan sen kipua lievittävä vaikutus on kuitenkin melko heikko erityisesti tuki- ja liikuntaelimestön kiputiloissa, mutta sillä on kuitenkin paikkansa akuutin kivunhoidossa yhdistettynä tulehduskipulääkkeeseen tai opioidiin. Parasetamolin maksatoksisuus sekä erityisesti vanhuksilla ja monisairailta munuaisten heikentynyt toiminta on kuitenkin huomioitava kipulääkettä käytettäessä. Sitä on saatavilla useina erilaisina suun kautta otettavina valmisteina sekä suonensisäisesti annettavassa muodossa, mikä mahdollistaa parasetamolin käytön monilla eri potilasryhmillä. (Takatalo 2020: 347–349; Kalso 2018: 184.)

Tulehduskipulääkkeet ovat parasetamolin lisäksi yleisimpiä päivystyshoitotyössä käytettäviä kipulääkkeitä. Ne ovat steroideihin kuulumattomia analgeetteja, NSAID-lääkkeitä (Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs), jotka jaetaan kahteen ryhmään vaikutusmekanisminsa perusteella - COX1 ja COX2-painotteisiin lääkkeisiin (syklo-oksigenaasi-entsyymi 1 ja 2). Tutkimusten mukaan tulehduskipulääkkeet ovat jonkin verran tehokkaampia kivunhoidossa kuin parasetamoli ja ovat parhaimmillaan tulehduksellisen ja pientraumojen kivunhoidossa ja opioideihin yhdistettynä niillä on toisiaan tehostava vaikutus. COX1- ja COX2-lääkkeiden kipua lievittävä teho sekä haittavaikutukset ovat samankaltaisia – yleisimpiä ovat maha-suolikanavan ärsytyksen lisäksi allergiset reaktiot, verenvuotoriski sekä mahdollinen riski munuaisten ja sydämen vajaatoimintaan, mikä onkin huomioitava päivystyshoitotyössä niitä

käytettäessä. Lisäksi on tiedostettava mahdolliset perussairaudet sekä säännöllisten lääkkeiden yhteisvaikutukset mm. antikoagulaatio- ja munuaistoksisten lääkkeiden kanssa, jolloin tulehduskipulääkkeiden käyttö voi olla potilaalle jopa haitallista. (Kalso 2018: 177–183; Takatalo 2020: 349–352.)

Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli eivät aina riitä voimakkaan kivun hoidossa. Päivystyshoitotyössä kohdataan paljon mm. traumapotilaita, joiden kivunhoitoon tarvitaan tehokkaampaa kivunlievitystä, jolloin opioidien käyttö on perusteltua. Vaikutusmekanismiltaan ne poikkeavat perinteisistä kipulääkkeistä, sillä ne sitoutuvat elimistön opioidireseptoreihin, jolloin ne estävät kiputunteituksen välittymistä aivoissa, selkäytimessä sekä perifeerisessä hermostossa. Päivystyshoitotyössä niitä käytetään ennen kaikkea kudonvaurio-, tulehduksellisen sekä iskeemisen kivunhoidossa, minkä lisäksi syöpäkivunhoidossa niillä on laaja jalansija. Opioidit lievittävät kivun lisäksi myös stressiä, ahdistusta ja pelkotiloja, mikä pitkittyneen kivunhoidossa saattaa juuri niiden ominaisuuksien vuoksi altistaa potilaan opioidiriippuvuudelle. (Takatalo 2020: 355–356; Kalso 2018: 187–202; Helander ym. 2017: 2.)

Opioidit jaetaan heikkoihin, keskivahvoihin sekä vahvoihin opioideihin. Heikkoja ovat kodeiini ja tramadoli, keskivahva on buprenorfiini ja vahvoja opioideja ovat alfentaniili, fentanyl, hydromorfiini, metadoni, sufentaniili ja oksikodoni. Opioideista saatavilla on useita eri valmistemuotoja, jolloin lääkettä voidaan annostella mm. suun kautta nieltynä, suun ja nenän limakalvolta imeytyvänä, pistettynä ihon alaiskerrokseen, lihakseen tai suonensisäisesti, minkä vuoksi ne soveltuvat erinomaisesti päivystyksessä hoidettavaan kipuun, jolloin esimerkiksi suonensisäisellä annoksella voidaan hoitaa kivun terävintä huippua ja lihakseen annosteltuna saadaan pidempiaikainen kipua lievittävä vaikutus. Niitä käytetään pitkittyneeseen kipuun myös transdermaalisesti laastareina sekä postoperatiivisen tai syöpäkivun hoidossa epiduraalisesti, spinaalisesti tai transtekaalisesti joko boluksina tai jatkuvana infuusiona sekoitettuna puudutteeseen. Niillä on runsaasti haittavaikutuksia, joista yleisempiä ovat pahoinvointi, ummetus, sedaatio, hengityslama, kutina sekä suun kuivuminen. Suurina määrinä opioideista voi olla seurauksena hyperalgesia eli kivulle herkistyminen. (mm. Kalso 2017: 187–202; Takatalo 2020: 355–356.)

Hermokipulääkkeet ovat moninainen lääkeryhmä, mutta pääsääntöisesti hermokivunhoitoon käytetään epilepsialääkkeinä tunnettuja pregabaliinia ja gabapentiiniä. Gabapentiniidella on kyky rajoittaa hermoimpulssien syntymistä, mikä vähentää hermokivun aktivoitumista hermosoluissa. Ne ovat yleisesti käytettyjä, sillä niillä on vain vähän yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, minkä lisäksi niillä on

ahdistusta lievittävä ja uniongelmia helpottava vaikutus. Kivunhoidossa gabapentinoideit aloitetaan vähitellen lisäämällä hoitoannosta, kunnes päästään parhaaseen kipua lievittävään vaikutukseen. On otettava huomioon, että lääkitys tulee myös purkaa vähitellen annosta laskien, minkä vuoksi päivystyshoitotyössä on tärkeää huomioida lääkkeiden jakaminen ajallaan niille potilaille, joilla ne menevät säännöllisesti. Hermokipulääkkeisiin luetaan myös trisykliset masennuslääkkeet, mutta niitä käytetään vähemmän runsaiden haittavaikutusten sekä muiden lääkkeiden interaktioiden vuoksi. (Helander ym. 2017: 3–4; Kalso 2018: 208–202; Takatalo 2020: 352–353.)

Akuutin kivun hoidossa on tärkeää muistaa myös ketamiini sekä s-ketamiini. Niitä käytetään erityisesti silloin, kun opiaateilla ei saavuteta tyydyttävää tulosta kivunhoidossa. Päivystyksellisesti niiden käyttö on yleistymässä erityisesti traumojen kivunhoidossa ja mm. murtumien reponoinneissa, jolloin se usein yhdistetään bentsodiatsepiineihin, jotka lievittävät ketamiinin hallusinogeenisia vaikutuksia. Ketamiinilla on mahdollista vähentää opioidien tarvetta sekä niiden aiheuttamia haittavaikutuksia, minkä lisäksi etuna on sen vähäinen vaikutus potilaan hemodynaamiikkaan ja hengitykseen. Mahdollisia haittavaikutuksia, kuten hallusinaatioita sekä levottomuutta ei kuitenkaan voida väheksyä, minkä vuoksi sen käyttöä erityisesti kallovammapotilailla on harkittava tarkoin, sillä se voi nostaa kallon sisäistä painetta. (Hamunen & Kontinen 2018: 310; Helander ym. 2017: 3.)

Eri kipulääkemuotojen ja antoreittien yhdistelemistä parhaan kivunhoidon saavuttamiseksi kutsutaan multimodaaliseksi kivunhoidoksi. Se on yleistymässä päivystyshoitotyössä akuuttien kiputilojen hoidossa, kun aiheuttajina ovat traumat, kudonvaurio-, tulehdus- tai iskeeminen kipu. Multimodaalinen kivunhoito yhdistelee eri mekanismeilla vaikuttavia kipulääkkeitä, minkä lisäksi annostelussa voidaan käyttää eri antoreittejä, jolloin saavutetaan mahdollisimman pitkä ja tehokas yhteisvaikutus. Sillä voidaan myös torjua yksittäisten lääkkeiden aiheuttamia haittoja sekä tehostaa kivunlievitystä. Multimodaaliseen kivunhoitoon yhdistetään usein lääkkeitä, jotka eivät kuulu varsinaisiin kipulääkkeisiin, mutta joiden yhteisvaikutuksella saadaan tehostettua kipulääkkeiden vaikutusta. (Hamunen & Kontinen 2018: 296; Helander ym. 2017: 7.)

Kivunhoitoa pidetään monissa maissa päivystyshoitotyötä mittaavana indikaattorina, jonka avulla seurataan sen laatua ja onnistumista. Aikaisemmin varhain aloitetun kipulääkityksen on ajateltu haittaavan potilaan diagnosointia, mutta sen on sittemmin todettu helpottavan tarkempien tutkimusten tekemistä, minkä lisäksi kehittyneet tutkimusmenetelmät mahdollistavat tarkemman diagnoosin tekemisen (Calder ym. 2024: 1).

Mm. Australiassa, Kanadassa ja Iso-Britanniassa ”time-to-analgesia” – kivunhoidon viive – on tärkeä päivystyshoitotyön mittari, jolla seurataan aktiivisesti kivunhoidon toteutumista suositusten mukaisessa ajassa. Sillä mitataan aikaa, joka kuluu ensiarviossa arvioidusta kivusta sen lievityksen aloittamiseen, uudelleen arviointiin ja lopulta kivunlievitykseen. Noilla päivystyspoliklinikoilla potilaan saapuessa on potilastietojärjestelmän pakottama kivunvoimakkuuden arviointi, joka mahdollistaa kivunhoidon viiveen mittaamisen. (mm. Calder ym. 2024: 1–3; Hatherley & Jennings & Cross 2016: 26.)

Kivunhoidon viivettä on pyritty pienentämään myös sairaanhoitajan aloittamalla kivunlievityksellä. Useissa maissa päivystyspoliklinikoilla sairaanhoitajan on mahdollista aloittaa itsenäisesti kivunhoito perinteisillä kipulääkkeillä ja voimakkaammassa kivussa opiaateilla ja tarvittaessa toistaa opiaattiannos, jolloin puhutaan sairaanhoitajälähtöisestä kivunlievityksestä (engl. nurse initiated analgesia) Sillä onkin todettu olevan selvä kivunhoidon viivettä lyhentävä vaikutus (mm. Calder ym. 2024: 1–3 ; Hatherley ym. 2016: 34–35). Kipua on myös ehdotettu ”viidenneksi elintoiminnoksi” (engl. fifth vital sign), jolloin sitä hoidettaisiin ja seurattaisiin samalla intensiteetillä kuin muitakin elintoimintojen muutoksia. Voimakkaassa kivussa kivunhoidon vastetta seurattaisiin tiheämmin n. 15 minuutin välein ja lievemässä kivussa n. 30 minuutin välein. (Pretorius & Searle & Marshall 2014: 37).

2.4 Kirjaaminen päivystyshoitotyössä

Kirjaaminen on erottamaton osa potilaan hoitoprosessia. Laki velvoittaa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen kirjaamaan kaiken potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvän tarpeellisen tiedon potilasasiakirjoihin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, luku 4, §12). Suomessa kirjaamisen tulee tapahtua Terveyden ja hyvinvointilaitoksen laatimien rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaan sähköisiin potilastietojärjestelmiin, jolla mahdollistetaan maanlaajuisesti yhtenäiset toimintamallit ja potilasasiakirjat (Kauvo & Virkkunen 2022).

Kirjaamisen tulisi tapahtua siellä, missä kirjattava tieto syntyy. Sen jälkeen potilastietojärjestelmän tulisi mahdollistaa kirjatun tiedon käyttö koko potilaan hoitoprosessin ajan sekä seuraavissa hoitotapahtumissa (Mykkänen & Miettinen & Saranto 2018: 204–205). Se mahdollistaa tiedon siirtymisen eri yksiköiden ja osastojen välillä, minkä lisäksi se takaa myös hoidon jatkuvuuden ja parantaa näin ollen potilasturvallisuutta. Se on myös olennainen osa raportointia, sillä pelkkä suullinen raportointi muistinvaraisuudessaan ei voi korvata laadukasta kirjaamista (Heikkilä &

Peltonen & Salanterä 2016; Ihlbaek 2020). Kirjausten tulee perustua hoitajan havaintoihin potilaan voinnista, jolloin se on hoitoon liittyvän päätöksenteon pohja, minkä lisäksi se on osa potilaan oikeusturvaa, sillä potilaalla tiedonsaantioikeus hänelle tehdyistä hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, luku 2, §9).

Kirjaaminen on tärkeä osa myös kivunhoitoprosessia. Päivystyshoitotyössä se mahdollistaa tehokkaan kivunhoidon sekä tietoon perustuvan päätöksenteon kivunhoidon menetelmien tehokkuudesta sekä niiden mahdollisista haittavaikutuksista. Kivusta kirjaamisen tulisi alkaa ensiarviossa kivun voimakkuuden ja kipulääkityksen tarpeen arvioinnilla, niistä tulisi myös raportoida hoitoprosessissa eteenpäin, jolloin olisi mahdollista pienentää kivunhoidon aloittamisen viivettä ja parantaa kivunhoidon tuloksia. Kivunhoidon kirjauksia voidaan pitää myös päivystyshoitotyön tehokkuuden indikaattorina, jolloin kivun voimakkuuden kirjaamisesta kivunhoidon aloittamiseen on mahdollista mitata kivunhoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. (mm. Calder ym. 2024: Hatherley ym. 2016: 27)

2.5 Aikaisemmat tutkimukset kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisesta päivystyshoitotyössä

Sairaanhoitajien kivunhoidon osaamista on tutkittu paljon. Samankaltaiset ongelmat kivunhoidossa päivystyspoliklinikoilla on nähtävissä maanosasta tai maasta riippumatta: kivun voimakkuuden vähättely, sen lääkehoidon osaamisvajе, pelko diagnoosin viivästyisestä sekä iäkkäiden potilaiden riittämätön kivunhoito-osaaminen (mm. Ucuzal & Dogan 2014: 75). Vaikka kivun voimakkuuden arvioinnin osaaminen sekä siitä kirjaaminen ovat tehokkaan kivunhoidon perusta, silti pelkän arvioinnin tekeminen päivystysolosuhteissa saattaa viivästyä usein ja siitä kirjaamisen laadunkin on tutkitusti todettu olevan huonoa tai vähäistä (mm. Hatherley ym. 2015: 26; Sampson & Goodacre & O' Cathain 2019: 538; Jennings & Kansal & O' Reilly & Mitra & Gardner 2014: 71).

Päivystyshoitotyössä kivunhoitoa ja sen osaamista pidetään tärkeänä osa-alueena, mutta se jää silti helposti muiden osaamisvaatimusten jalkoihin. Kivunhoidon toteutumista ei seurata samoilla laatuksiteereillä kuin muita hoidon osa-alueita, kuten mm. triage-aikaa, läpimenoaikoja, potilasturvallisuutta tai potilastyytyväisyyttä. Päivystyshoitotyön repaleisuus, potilaiden ja tilanteiden nopea vaihtuvuus tekevät kivunhoidon onnistumisen seuraamisen haastavaksi, minkä vuoksi hoitohenkilökunnalle jää usein kuva onnistuneesta kivunhoidosta, mikä vaikeuttaa

kivunhoitotyön osaamisen kehittämistä. Tämän lisäksi kivunhoitotyö ei kuulu päivystyspoliklinikoiden tavanomaisiin koulutuksiin tai perehdytysohjelmiin lukuun ottamatta traumapotilaiden tai rintakipuisten potilaiden hoitoa koskevia koulutuksia tai simulaatioita. Kivunhoidon osaaminen ja sen ylläpitäminen näissä olosuhteissa jää pitkälti jokaisen hoitajan oman aktiivisuuden varaan. (Sampson ym. 2019: 87–89.)

Kirjaamisen osaaminen edellyttää erilaisten laitteistojen, tietojärjestelmien, tietosuojan ja tietoturvan hallintaa sekä näiden taitojen aktiivista ylläpitämistä (Rajalahti & Saranto 2011: 244 – 246). Hoitotyön toimintojen riittämätön, virheellinen tai kokonaan puuttuva kirjaaminen puolestaan lisää potilasvahinkojen riskiä, mikä korostaa sairaanhoitajien tietoteknisen osaamisen roolia osana kirjaamista ja potilastietojen oikeellisuutta (Kaihlanen & Gluschkoff & Saranto & Kinnunen & Heponiemi 2021).

Päivystyshoitotyössä kirjaaminen ja sen osaamisen merkitys korostuvat – tilanteiden muuttumisesta ja kiireestä huolimatta kaikki tehdyt tutkimukset ja lääkitykset tulisi kirjata potilastietojärjestelmään oikea-aikaisesti. Tätä useiden samanaikaisten tehtävien tekemisen taitoa ei kuitenkaan voi oppia koulutuksessa, vaan se opitaan yleensä työn ohessa harjaantumalla päteväksi akuuttihoitajaksi (Neary 2014: 34).

Puutteita kirjaamisessa ja sen osaamisessa on havaittu olevan maasta ja organisaatiosta riippumatta. Hoitotyössä työnantajalla on lakiin perustuva velvollisuus huolehtia hoitohenkilökunnalle riittävä perehdytys ja koulutus työtehtäviin (Työturvallisuuslaki 738/2002), jotta laadukas hoito ja siitä kirjaaminen olisi mahdollista potilaan koko hoitoprosessin ajan. Siinä missä potilastietojärjestelmät ohjaavat rakenteiseen kirjaamiseen, jää kuitenkin paljon hoitajan harkinnan varaan, kuinka paljon potilaasta kirjataan – minkä lisäksi päivystyshoitotyön paineistettu luonne ja kiireinen ympäristö asettavat lisää haasteita kirjaamisen toteuttamiselle. (mm. Neary 2014: 34.)

Kivunhoidon systemaattinen kirjaaminen ja sen osaaminen mahdollistavat tietoon perustuvan päätöksenteon. Kaikessa hoitotyössä ja erityisesti päivystyshoitotyössä kivun voimakkuuden arviointi, lääkityksen tai muiden kivunhoitotoimenpiteiden kirjaaminen sekä säännöllinen ja systemaattinen seuranta parantavat kivunhoidon laatua ja mahdollistavat potilaalle sopivien kivunhoitomenetelmien valitsemisen (Ucuzal & Dogan 2014: 75). Kipulääkkeen antokirjauksen, kivunvoimakkuuden arvioinnin ja uudelleen arvioinnin lisäksi on tärkeää kirjata myös kivunhoidon haittavaikutukset, kuten pahoinvointi, sedaatio tai muu haittavaikutus, jotta voidaan löytää toimiva kivunhoitomenetelmä ja torjua haittavaikutuksia (Heikkilä ym. 2016).

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa erään hyvinvointialueen keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisen nykytilaa. Tavoitteena on kartoituksen perusteella tuottaa hoitohenkilökunnalle kohdennettua koulutusta ja perehdytystä, jolloin kivunhoidon osaamista ja kivunhoidon kirjaamista voidaan kehittää tehokkaammaksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaista on hoitohenkilökunnan kivunhoidon osaaminen päivystyshotityössä?
2. Minkälaista on kivunhoidon kirjaamisen osaaminen päivystyshotityössä?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

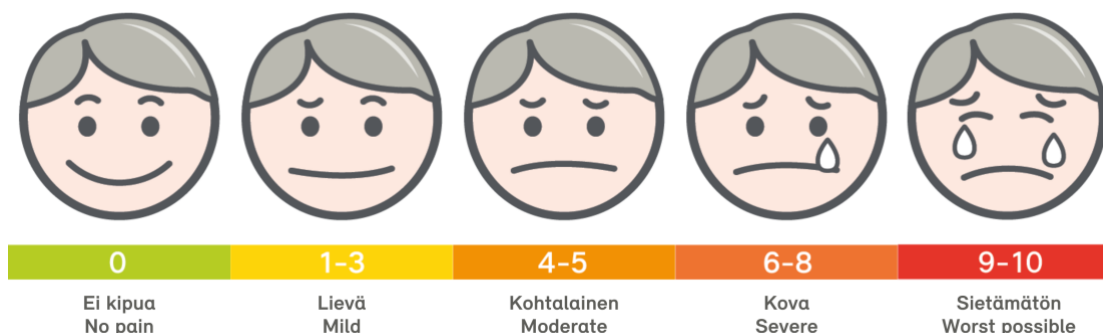
4.1 Toimintaympäristön kuvaus

Tutkimuksen toimintaympäristönä oli erään hyvinvointialueen päivystyspoliklinikka. Hyvinvointialue vastaa 22 suomalaisen kunnan 273 000 asukkaan sosiaali-, pelastus- ja terveystalvuluista. Kyseisessä päivystyksessä hoidetaan pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon potilaita, mutta se toimii yhteispäivystyksenä viikonloppuisin sekä arkin klo 16–08. Päivystyskäyntejä tutkittavana olevalla päivystyspoliklinikalla on vuodessa n. 75 000 ja siellä hoidetaan kaikkien somaattisten erikoisalojen potilaiden (sisätautiset, kirurgiset, neurologiset, onkologiset, traumat, yleislääketieteelliset, lapset) lisäksi myös päihde- ja mielenterveyspotilaita.

Hoitohenkilökuntaa tutkimuksen kohteena olevassa päivystyksessä on n. 124–129 henkilöä. Se koostuu lähi- ja perushoitajista, sairaanhoitajaopiskelijoista sekä sairaanhoitajista, joiden lisäksi osastoa johtaa yksi osastonhoitaja sekä hänen apunaan työskentelee kolme apulaisosastonhoitajaa, jotka vastaavat vuorollaan mm. työvuorolistojen suunnittelusta ja päivittäisestä johtamisesta.

Hyvinvointialueella on käytössä kipumittari (kuva 1), joka yhdistää numeraalisen (NRS), visuaalisen (FPS) sekä verbaalisen asteikon. Sen tavoitteena on helpottaa potilaan kivun arviointia koko hoitopolun ajan niin, että potilaan kivusta ja sen hoidon tuloksista

olisi saatavilla näyttöön perustuvaa tietoa, joka mahdollistaa tehokkaan kivunhoidon mahdollisimman vähin haittavaikutuksin.



Kuva 1. Kipumittari, Hyvinvointialue.

Opinnäytetyön kohteena olevalla päivystyspoliklinikalla on pysyväismääräys, jonka perusteella hoitajilla on mahdollisuus lääkittää potilaan kipua parasetamolilla ja ibuprofeenilla ilman lääkärin määräystä. Lisäksi traumakipuun hoitaja saa antaa potilaalle oksikodonia 2 mg suonensisäisesti tai lihakseen pistettävänä injektiona.

4.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusaineiston keruu toteutettiin kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Se valikoitui tutkimusmenetelmäksi, sillä tavoitteena oli kartoittaa päivystyksen hoitohenkilökunnan omaa arviota kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisesta. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, onko taustamuuttujilla tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tutkittaviin ilmiöihin. Tutkittavien perusjoukko oli 129 henkilöä, joten oli teoreettisesti mahdollista saavuttaa jopa tilastollisesti riittävä määrä vastaajia, jolloin olisi ollut mahdollisuus tehdä tilastollisia johtopäätöksiä hoitohenkilökunnan kivunhoidon sekä sen kirjaamisen osaamisesta. (Vilka 2007: 17–19.)

Hoitohenkilökunnalle tehdyllä kyselytutkimuksella kerättiin tietoa kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisesta. Aineisto kerättiin e-lomakkeella (liite 1). Opinnäytetyön tilaajana oli hyvinvointialueen päivystyspoliklinikka ja yhteyshenkilönä toimi päivystyspoliklinikan osastonhoitaja, jonka toimesta kyselylomakkeet, tietosuojalomake sekä tiedote tutkimuksesta lähetettiin hoitohenkilökunnalle linkkinä sähköpostilla. Näin pyrittiin vastaajien hyvään tavoitettavuuteen sekä siihen, että hoitajat olisivat pystyneet vastaamaan kyselyyn heille sopivana ajankohtana. (Vilka 2007, 28.)

4.3 Kyselylomakkeen kehittäminen

Kivunhoitoa ja sen osaamista on Suomessa tutkittu paljonkin, mutta tähän opinnäytetyöhön soveltuvaa kyselylomaketta ei ollut saatavilla, joten se kehitettiin itse. Kyselylomake rakennettiin aluksi pohtimalla taustamuuttujien yhteyttä kivunhoidon ja kirjaamisen osaamiseen, potilaan kivun tunnistamiseen sekä siihen suhtautumiseen. Taustamuuttujiksi valikoitui hoitajien ikä, koulutustaso, työvuodet sosiaali- ja terveysalalla ja lisäksi työkokemus päivystyshoitotyöstä. Osaamisen mittaamiseen käytettiin 4-portaista Likertin asteikkoa (huono – – erinomainen), jolla pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan omaa näkemystä osaamisestaan kivunhoitoon ja sen kirjaamiseen. (Vilka, 2007: 14–16, 46.)

Kyselylomake kehitettiin teoreettiseen viitekehykseen perustuen. Kysyttävät asiat operationalisoitiin määrittelemällä teoriasta esiin nousseet käsitteet, joiden pohjalta pyrittiin luomaan niitä vastaavat kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamista mittaavat indikaattorit hoitohenkilökunnalle esitettäväksi arkikielisiksi kysymyksiksi (Vilka 2007: 4). Kyselylomake oli strukturoitu ja vakioitu, kysymykset olivat siis kaikille vastaajille samat ja samassa järjestyksessä, minkä lisäksi kysymykset olivat kolmea kysymystä lukuun ottamatta suljettuja (Vilka 2007: 15). Lomake esitettiin kahden sairaanhoitajan toimesta ja kahden kysymyksen osalta tehtiin muutoksia niissä käytettyihin ilmaisuihin, jotka paransivat kysymysten ymmärrettävyyttä ja vähensivät mahdollisia tulkinnallisia väärinkäsityksiä.

Opinnäytetyön teoreettisesta viitekehyksestä pyrittiin luomaan kysymykset, joilla tutkittavia asioita oli mahdollista mitata (Taulukko 1.). Mitattavia asioita olivat vastaajien oma arvio kivunhoidon sekä sen kirjaamisen osaamisesta, jonka jälkeen mitattavat asiat jaettiin osa-alueisiin, joihin kuuluivat kivun tunnistaminen, sen voimakkuuden arviointi, vastaajan oma asenne potilaan ilmoittamaan kivun voimakkuuteen, kipumittareiden tuntemus ja kivusta kirjaaminen sekä kivunvoimakkuuden uudelleen arviointi. Kivunhoidon osaamiseen liitettiin lisäksi erilaisten kivunhoitomenetelmien tuntemus, kuten lääkkeellinen ja lääkkeetön kivunhoito sekä niiden yhdistäminen.

Kirjaamisen osaamiseen liittyvät kysymykset rajattiin vain kipuun liittyvään kirjaamiseen, jolloin kysymykset koskivat kirjaamisen merkitystä osana kivunhoitoa. Lopuksi tiedusteltiin hoitajien näkemystä kivunhoitoon ja kirjaamiseen liittyvän lisäkoulutuksen tarpeesta. Suljettuihin kysymyksiin päädyttiin analysointivaiheeseen helpottamiseksi, mutta kyselyyn sisällytettiin lisäksi teoreettisesta viitekehyksestä nousseiden hypoteesien pohjalta kolme avointa kysymystä. Niillä pyrittiin selvittämään

hoitohenkilökunnan näkemyksiä kivunhoitoa edistävästä sekä estävistä tekijöistä ja tunnistamaan mahdollisia ongelmia kivunhoidon toteuttamisessa. Lisäksi vastaajilta haettiin myös ehdotuksia noiden ongelmien kehittämiseksi.

Taulukko 1. Teoreettisen viitekehyksen operationalisointi.

Teoreettisen viitekehyksen operationalisointi		
Kivunhoito ja kivunhoidon osaaminen osana päivystyshoitotyötä	Kivun tunnistaminen (IASP 2020, Margori & al. 2017, Breivik 2017, Mieronkoski 2019)	6. Tunnistatko kivusta kärsivän potilaan? 8. Suhtaudutko potilaan ilmoittamaan kivun voimakkuuteen vakavasti? 20. Kuinka usein tunnistat tarpeen tehostaa potilaan kivunhoitoa?
	Kipumittarit (Breivik, Mieronkoski) Kivun arviointi, kivun uudelleenarviointi (Breivik 2017, Mieronkoski 2019)	7. Kuinka usein arvioit potilaan kipua? 9. Tunnetko erilaiset kipumittarit ja niiden käytön periaatteet? 10. Kuinka usein käytät kipumittaria apuna kivunarvioinnissa? 13. Kuinka usein uudelleen arvioit kipua lääkityksen jälkeen?
	Kivunhoito, kivunhoitomenetelmät (Luomajoki & al 2020, Kalso et al 2018)	12. Kuinka usein kivun arvioinnin jälkeen lääkitset potilasta? 17. Kuinka hyvin tunnet kivunhoidossa käytettävät lääkeaineet? 18. Kuinka hyvin tunnet erilaiset kivunhoitomenetelmät (asento-, lämpö-, kylmä- yms.)? 19. Kuinka hyvin osaat yhdistellä erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja kipulääkkeen antoreittejä tehokkaan kivunhoidon saavuttamiseksi? 21. Kuinka hyvin tunnet kivunhoitoon liittyvät suositukset? 22. Kuinka hyvin tunnet kivunhoitoon liittyvän lainsäädännön ja asetukset?
	Kivunhoidon osaaminen (Pretorius & al 2015, Margori & al. 2017)	5. Millaiseksi arvioit oman kivunhoidon osaamisesi? 24. Kaipaako lisäkoulutusta/perehdytystä kivunhoidossa?
Kirjaaminen ja kirjaamisen osaaminen osana päivystyshoitotyötä	Kivunhoidon kirjaaminen (Heikkilä & al. 2016.)	11. Kuinka usein kirjaat kipuarvion potilastietojärjestelmään? 14. Kuinka usein kirjaat kivun uudelleen arvioinnin potilastietojärjestelmään?
	Kirjaamisen osaaminen (Kaihlainen & al. 2021) (Heikkilä & al. 2016.)	15. Millaiseksi arvioisit oman kirjaamisosaamisesi? 16. Pidätkö kirjaamista tärkeänä osana kivunhoitoa? 23. Kuinka hyvin tunnet kirjaamiseen liittyvän lainsäädännön ja asetukset? 25. Kaipaako lisäkoulutusta/perehdytystä kivunhoidon kirjaamisessa?

4.4 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin syksyllä 2024, sillä ajoituksella pyrittiin välttämään kesän lomasesonkia mahdollisimman suuren vastaajajoukon tavoittamiseksi. Kyselyyn otettiin mukaan myös päivystyksessä työskentelevät lähi- ja perushoitajat (jatkossa lähihoitajat) (yhdessä sairaanhoitajien kanssa $n=129$), sillä he osallistuvat aktiivisesti potilaiden kivunhoitoon erityisesti toimiessaan immobilisaatiohoitajina traumapotilaille ja muutoinkin sairaanhoitajien työpareina hoitotiimeissä. Ainoastaan suonensisäinen kipulääkitys on rajattu heidän lääkkeenanto-oikeuksiensa ulkopuolelle, joten oli perusteltua sisällyttää myös heidät tutkimusjoukkoon. (Vilka 2007: 28.)

Vastausaikaa kyselyyn annettiin neljä viikkoa, mutta vähäisen vastaajamäärän vuoksi vastausaikaa jatkettiin kahdella viikolla, jotta olisi saatu mahdollisimman kattava ja luotettava aineisto hoitohenkilökunnan omasta näkemyksestä kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisestaan (Vilka 2007: 17). Vastausajan jatkamisen aikana vastauksia tuli lisää noin 20, jolloin lopullinen vastausmäärä oli 47 ja lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 36 %.

4.5 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla. Saatu aineisto oli pieni ($n=47$), mutta tulokset silti ristiintaulukoitiin ja analysoitiin työkokemuksen, koulutuksen ja kivunhoidon osaamisen välistä yhteyttä. Tilastollisesti merkittävien erojen etsimiseksi käytettiin khiin neliö-testiä ja kerätyistä tiedoista kuvailtiin kivunhoidon osaamisen frekvenssejä, vaihteluväliä, prosenttiosuuksia sekä keskiarvoja suhteessa taustoittaviin tekijöihin. Taustamuuttujien osalta koulutustaustaan liittyviä luokkia yhdistettiin vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi.

Avoimiin kysymyksiin vastasi 30–33 vastaajaa kaikista tutkimukseen osallistuneista. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä, jonka perusteella ne jaettiin sisältöluokkiin, niiden perusteella alaluokkiin ja lopulta yläluokkiin (Vilka 2007: 32; Tietoarkisto). Analyysin tueksi laskettiin asiasisältöihin kuuluvien elementtien lukumäärät (Tietoarkisto).

Vastaukset lajiteltiin aluksi kivunhoitoa edistäviin tekijöihin, ne luokiteltiin alaluokkiin ja lopulta koottiin viiteen eri pääluokkaan, jotka vastaajien mukaan edistävät kivunhoitoa.

Tekijöiksi muodostui 1) koulutus ja perehdytys, 2) toimintamallit ja ohjeet, 3) hoitajien osaaminen, 4) lääkäreiden osaaminen sekä 5) hyvä kommunikaatio. Kivunhoitoa estäviksi tekijöiksi muodostui 1) kiire ja keskeytykset, 2) asenne, motivaation puute tai kyynistyminen, 3) osaamisvaje sekä 4) lääkäreistä johtuvat syyt.

5 Tulokset

5.1 Taustamuuttajat

Kyselyyn vastasi 47 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Vastanneista suurin osa oli sairaanhoitajia (AMK tai YAMK) (n=40, 85 %), lähihoitajia oli seitsemän (15 %). Vastaajista valtaosa oli 30–49-vuotiaita ja hieman yli kolmasosan työkokemus päivystyshoitotyöstä oli 2–5 vuotta (36 %), yli kymmenen vuoden työkokemus oli 21 hoitajalla (44 %). Vastaajista valtaosalla (n=31, 61 %) oli sosiaali- ja terveysalan työkokemusta yli kymmenen vuotta (Taulukko 2).

Taulukko 2. Taustamuuttajat.

Vastaajien taustatiedot		
Koulutus	n	%
Lähihoitaja	7	15 %
Sairaanhoitaja AMK/YAMK	40	85 %
Yhteensä	47	100 %
Ikä		
21-29 vuotta	7	15 %
30-39 vuotta	17	36 %
40-49 vuotta	15	32 %
50-59 vuotta	5	11 %
> 60 vuotta	3	6 %
Yhteensä	47	100 %
Kokemus päivystyshoitotyöstä		
0-1 vuotta	4	9 %
2-5 vuotta	17	36 %
6-10 vuotta	4	9 %
11-15 vuotta	10	21 %
> 16 vuotta	11	23 %
Yhteensä	46	98 %
Työkokemus SOTE-alalta		
0-4 vuotta	3	6 %
5-10 vuotta	13	28 %
10-14 vuotta	6	13 %
15-19 vuotta	9	19 %
> 20 vuotta	16	34 %
Yhteensä	47	100 %

5.2 Hoitohenkilökunnan kivunhoidon osaaminen päivystyshotityössä

Vastaajista kivunhoidon osaamisensa arvioi hyväksi 92 % (n=43), välttäväksi sen arvioi 6 % (n=3) ja erinomaiseksi 2 % (n=1) (Taulukko 3).

Taulukko 3. Arvio kivunhoitotyön osaamisesta.

Kivunhoitotyön osaaminen		
Arvio kivunhoitotyön osaamisestani	n	%
Välttävä	3	6
Hyvä	43	92
Erinomainen	1	2
Yhteensä	47	100,0

Potilaan kivun arvioi tunnistavansa vastaajista usein 94 % (n=44) ja aina sen arvioi tunnistavansa 6 % (n=3). Potilaan ilmoittamaan kivun voimakkuuden arvioon suhtautui vakavasti usein tai aina 94 % (n= 46) ja harvoin 2 % (n=1). Lähes aina tai aina kivunhoidon tehostamisen tarpeen tunnisti 95 % (n=45) ja harvoin 4 % (n=2) (Taulukko 4).

Taulukko 4. Kivun tunnistaminen.

Kivun tunnistaminen		
Tunnistan kivusta kärsivän potilaan	n	%
Usein	44	94
Aina	3	6
Yhteensä	47	100,0
Suhtaudun vakavasti potilaan ilmoittamaan kipuun	n	%
Harvoin	1	2
Usein	38	81
Aina	8	17
Yhteensä	47	100,0
Tunnistan tarpeen tehostaa kivunhoitoa	n	%
Harvoin	2	4
Lähes aina	42	89
Aina	3	6
Yhteensä	47	100,0

Kipumittarit ja niiden käytön periaatteet tunsu hyvin tai melko hyvin 90 % (n=42) ja huonosti 11 % (n=5) vastaajista. Kipumittaria käytti usein tai aina 93 % (n= 43), harvoin sitä käytti 6 % (n=3) vastaajista . Kivun voimakkuutta uudelleen arvioi vastaajista usein tai aina 98 % (n=46) ja harvoin sitä arvioi 2 % (n=1) (Taulukko 5).

Taulukko 5. Kipumittareiden käyttö.

Kipumittarit ja niiden käyttö		
Tunnen kipumittarit ja niiden käytön periaatteet	n	%
Huonosti	5	11
Melko hyvin	30	64
Hyvin	12	26
Yhteensä	47	100,0
Käytän kipumittaria kivunarvioinnissa		
	n	%
Harvoin	3	6
Usein	30	64
Aina	14	30
Yhteensä	47	100,0
Arvioin kipua uudelleen kipulääkityksen jälkeen		
	n	%
Harvoin	1	2
Usein	38	81
Aina	8	17
Yhteensä	47	100,0

Kivunhoidossa käytettävät lääkkeaineet tunsu melko hyvin tai erittäin hyvin 91 % (n=43) ja huonosti 9 % (n=4) vastaajista. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät tunsu melko hyvin tai erittäin hyvin 96 % (n=45) ja huonosti 4 % (n=2). Erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja lääkkeenantoreittejä osasi yhdistellä melko hyvin tai erittäin hyvin 87 % (n=41) ja huonosti 13 % (n=6) vastaajista. Tarvittaessa potilaan kipua lääkitsi usein tai aina 98 % (n=46) ja harvoin 2 % (n=1) vastaajista (Taulukko 6.).

Taulukko 6. Kivunhoitomenetelmien osaaminen.

Kivunhoitomenetelmien osaaminen		
Tunnen kivunhoidossa käytettävät lääkkeaineet	n	%
Huonosti	4	9 %
Melko hyvin	38	81 %
Erittäin hyvin	5	11 %
Yhteensä	47	100 %
Tunnen lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	n	%
Huonosti	2	4 %
Melko hyvin	39	83 %
Erittäin hyvin	6	13 %
Yhteensä	47	100 %
Osaan yhdistellä erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja antoreittejä	n	%
Huonosti	6	13 %
Melko hyvin	38	81 %
Erittäin hyvin	3	6 %
Yhteensä	47	100 %
Lääkitseen potilaan kipua (tarvittaessa) arvioinnin jälkeen	n	%
Harvoin	1	2 %
Usein	30	64 %
Aina	16	34 %
Yhteensä	47	100 %

Kivunhoitoon liittyvät suositukset tunsu jonkin verran tai ei lainkaan 85 % (n=25) ja melko hyvin 47 % (n=22). Kivunhoitoon liittyvät lait ja asetukset arvioi tuntevansa erittäin huonosti tai huonosti 85 % (n=40) ja melko hyvin 15 % (n=7) vastaajista (Taulukko 7).

Taulukko 7. Suositusten ja lainsäädännön tuntemus.

Tunnen kivunhoitoon liittyvät suositukset	n	%
Jonkin verran	25	53 %
Melko hyvin	22	47%
Yhteensä	47	100 %

Tunnen kivunhoitoon liittyvät lait ja asetukset	n	%
En lainkaan	2	4 %
Jonkin verran	38	81%
Melko hyvin	7	15 %
Yhteensä	47	100 %

Kivunhoidossa lisäkoulutusta tai -perehdytystä ilmoitti kaipaavansa 87 % (n=41) vastaajista (Taulukko 8).

Taulukko 8. Halu kivunhoidon lisäkoulutukseen.

Kaipaen lisää koulutusta/- perehdytystä kivunhoidosta	Kyllä	En	n=
n	41	6	47 %
%	87 %	13 %	100 %

5.3 Hoitohenkilökunnan kivunhoidon kirjaamisen osaaminen päivystyshototyössä

Kivunhoidon kirjaamisen osaamisensa arvioi hyväksi tai erinomaiseksi 85 % (n=40), välttäväksi 13 % (n=6) ja huonoksi 2 % (n=1) vastaajista. Kivunvoimakkuuden arvion potilastietojärjestelmään kirjasi usein tai aina 91 % (n=40) ja harvoin 9 % (n=4). Uudelleen arvioidun kivun kirjasi usein tai aina 77 % (n=36) ja harvoin 23 % (n=11) vastaajista. Kaikki vastaajat (n=46, yksi vastaus puuttui) pitivät kirjaamista olennaisena osana kivunhoitoa. Kirjaamiseen liittyvän lainsäädännön ja asetukset arvioi tuntevansa erittäin huonosti 2 % (n=1), jonkin verran 51 % (n=24) ja melko hyvin tai erittäin hyvin sen arvioi tuntevansa 47 % (n=22) vastaajista (Taulukko 9).

Taulukko 9. Kirjaamisen osaaminen ja kivunhoidon kirjaaminen.

Kirjaamisen osaaminen		
Arvio omasta kirjaamisosaamisestani	n	%
Huono	1	2 %
Välttävä	6	13 %
Hyvä	37	79 %
Erinomainen	3	6 %
Yhteensä	47	100 %
Kirjaan kivunarvioinnin potilastietojärjestelmään		
	n	%
Harvoin	4	9 %
Usein	32	68 %
Aina	11	23 %
Yhteensä	47	100 %
Kirjaan uudelleen arvioidun kivun potilastietojärjestelmään		
	n	%
Harvoin	11	23 %
Usein	30	64 %
Aina	6	13 %
Yhteensä	47	100 %
Mielestäni kirjaaminen on tärkeä osa kivunhoitoa		
	n	%
Samaa mieltä	12	26 %
Täysin samaa mieltä	34	72 %
Yhteensä	46	98 %
Puuttuvia vastauksia	1	
Yhteensä	47	
Tunnen kirjaamiseen liittyvät lait ja asetukset		
	n	%
En lainkaan	1	2 %
Jonkin verran	24	51 %
Melko hyvin	18	38 %
Erittäin hyvin	4	9 %
Yhteensä	47	100 %

Lisäkoulutusta tai -perehdytystä kirjaamiseen toivoi 45 % (n=27) vastaajista (Taulukko 10).

Taulukko 10. Halu kirjaamisen lisäkoulutukseen.

Kaipaen lisää koulutusta/perehdytystä kirjaamisesta	Kyllä	En	n=
n	21	26	47
%	45 %	55 %	100 %

5.4 Kivunhoitoa estävät ja edistävät tekijät

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin avoimella kysymyksellä heidän mielestään tehokasta kivunhoitoa edistäviä sekä sitä estäviä tekijöitä. Kysymykseen vastasi 59 % (n=30) kaikista kyselyyn vastanneista. Kivunhoitoa edistäviä tekijöitä hoitajien mukaan olivat hyvä kommunikaatio hoitajien kesken sekä lääkärin kanssa (33 %, n= 10), hoitajien hyvä kivunhoidon osaaminen (23 %, n=7), kivunhoidon toimintamallit ja -ohjeet (20 %, n=6), kivunhoidon koulutus ja tieto kivunhoidon menetelmistä (17 %, n=5) ja lääkäreiden osaaminen (10 %, n=3) (Taulukko 11).

Taulukko 11. Kivunhoitoa edistäviä tekijöitä.

Kivunhoitoa edistävät tekijät		n = 30
Koulutus, tieto	n	5
	%	17 %
Toimintamallit ja ohjeet	n	6
	%	20 %
Hoitajien osaaminen	n	7
	%	23 %
Lääkäreiden osaaminen	n	3
	%	10 %
Kommunikaatio	n	10
	%	33%

Vastaajien mukaan suurin yksittäinen tehokasta kivunhoitoa estävä tekijä oli kiire. Sen mainitsi vastaajista 47 % (n=14), jotka katsoivat kiireen ja keskeytysten vaikuttavan ennen kaikkea kivun uudelleen arviointiin ja uudelleen lääkitsemisen viivästymiseen. Lisäksi 27 % (n=8) koki ohjeistuksessa ja toimintamalleissa olevan kehittämisen varaa, vaikka pysyväisohje kipulääkitsemisestä onkin olemassa. Pysyväisohjeeseen kaivattiin selkeyttä ja tiedotusta sen olemassaolosta. Kyynisyyden, kielteisen asenteen ja niihin liittyvän motivaation puutteen mainitsi 33 % (n=10) vastaajista tehokasta kivunhoitoa estävistä tekijöistä. Osaamisvajeen (ei tunnusteta kipua, ei osata hoitaa kipua) ilmoitti 17 % (n=5) merkittäväksi tekijäksi kivunhoidon epäonnistumiseen. Lääkäreihin liittyviä tehokkaan kivunhoidon esteitä mainittiin määrällisesti eniten 56 % (n=17) (Taulukko 12).

Taulukko 12. Tehokasta kivunhoitoa estäviä tekijöitä.

Tehokasta kivunhoitoa estävät tekijät		n=33
Kiire, keskeytykset	n	14
	%	47 %
Asenne, motivaatio, kyynistyminen	n	10
	%	33 %
Osaamisvaje	n	5
	%	17 %
Lääkäreistä johtuvat syyt	n	17
	%	57 %

Vastaajista 36 % (n=12) kehittäisi kivunhoitoa koulutuksen ja tiedon avulla. Selkeillä toimintamalleilla tai kivunhoitoprotokollilla sitä kehittäisi 27 % (n=9), kivunhoidon ja sen vasteen aktiivisella kirjaamisella 15 % (n=5) sekä kivun arvioinnin ja vasteen rutiinimaisella seurannalla 18 % (n=6). Lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmillä sitä kehittäisi 9 % (n=3) sekä muistisairaiden kivunhoitoon panostaisi 3 % (n=1) (Taulukko 13).

Taulukko 13. Hoitajien ehdotuksia kivunhoidon kehittämiseksi.

Kivunhoidon kehittäminen		n=33
Koulutus kivunhoidosta	n	12
	%	37 %
Toimintamallien kehittäminen ja implementointi	n	9
	%	27 %
Kirjaaminen rutiiniksi	n	5
	%	15 %
Kivunarviointi ja vasteen seuranta rutiiniksi	n	6
	%	18 %
Lääkkeettömien menetelmien käyttö rutiiniksi	n	3
	%	9 %
Muistisairaiden kivunhoidon kehittäminen	n	1
	%	3 %

Kivunhoidosta kirjaamista yli puolet vastaajista 58 % (n=14) kehittäisi siten, että potilastietojärjestelmä ohjaisi kivun uudelleen arviointiin, mikäli sitä on jo arvioitu. Vastaajista 17 % (n=4) toivoi potilastietojärjestelmän ”pakottavan” kivunarviointiin niin, ettei etenemään pääsisi, ellei kipua ole arvioitu. Yhtenäisillä kirjauskäytännöillä sitä kehittäisi 21 % (n=5) (taulukko 14).

Taulukko 14. Hoitajien ehdotuksia kirjaamisen kehittämiseksi.

Kirjaamisen kehittäminen		n=24
Tietojärjestelmä pakottaisi kivunarviointiin	n	4
	%	17 %
Vasteen kirjaaminen rutiiniksi	n	14
	%	58 %
Yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen implementointi	n	5
	%	21 %

Taustamuuttujilla ja osaamisella ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä.

6 Eettisyys ja luotettavuus

6.1 Eettisyys

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä menettelytapaa, johon kuuluvat erottamattomasti luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (TENK 2023). Verkkokyselynä toteutetulla kyselytutkimuksella kerättyjen henkilötietojen käsittelyssä kiinnitettiin erityistä huomiota ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiin periaatteisiin. Tutkimusaineiston keräämisessä kunnioitettiin tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta sekä ihmisarvoa, jotka ovat perustuslain suojaamia oikeuksia (Perustuslaki 1999 2 luku § 6, §7). Lisäksi kiinnitettiin erityistä huomiota, ettei tutkimukseen osallistuneille aiheutunut siihen osallistumisesta haittaa, riskejä tai vahinkoa (TENK 2019).

Opinnäytetyön aineistona käytettiin hoitotyöntekijöiltä verkkokyselyllä hankittua tietoa. Kyselyssä saatujen henkilötietojen käsittelyssä käytettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaan erityistä suunnitelmallisuutta, vastuullisuutta sekä lainmukaisuutta koko tutkimuksen elinkaaren ajan (TENK 2019), minkä lisäksi noudatettiin myös Metropolia Ammattikorkeakoulun sekä tutkimuksen kohteena olleen hyvinvointialueen tietosuojaohjeita.

Kyselytutkimukseen osallistuvia informoitiin tutkimukseen osallistumisesta sekä kerrottiin heidän henkilötietojensa käsittelystä kyselyn yhteydessä olleilla lomakkeilla. Perustuslain (1999/ 2 § 10) mukaan yksityisyydensuoja kuuluu jokaisen perusoikeuksiin, mikä tässä opinnäytetyössä otettiin huomioon häivyttämällä

tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys, eikä osallistuneiden nimiä tai muuta tunnistettavaa tietoa julkaistu (TENK 2019). Kyselyyn vastanneita informoitiin oikeudesta kieltäytyä tutkimuksesta, keskeyttää siihen osallistuminen niin halutessaan sekä kieltää heiltä kerätyn tiedon käyttäminen, vaikka olisivatkin siihen jo suostumuksensa antaneet (TENK 2019).

Tässä opinnäytetyössä käytettyä sähköistä aineistoa säilytettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun Z-aseamalla salasanalla suojattuna. Salasana oli vain opinnäytetyön tekijän tiedossa ja kaikki henkilötietoaineisto hävitetään heti, kun opinnäytetyö on valmistunut, hyväksytty ja julkaistu.

6.2 Luotettavuus

Tieteellisen tiedon keskeisenä tunnusmerkkinä pidetään luotettavuutta eli reliabiliteettia. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkittavan joukon koko (Vilka 2007: 152). Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselytutkimuksen perusjoukko oli 129 henkilöä, mutta kadon vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen ei voi vähätellä, sillä kyselyyn osallistui 47 vastaajaa. Opinnäytetyön luotettavuus pyrittiin varmistamaan harkitsemalla tarkkaan otoksen kokoa, jotta saadut tulokset olisivat vastanneet riittävän kattavasti tutkittavaa perusjoukkoa ja vastausten joukosta olisi saatu mahdollisesti tilastollisesti poikkeavia tuloksia, jonka vuoksi päädyttiin sisällyttämään lähihoitajat mukaan tutkittaviin. Vastausprosenttia pyrittiin kasvattamaan jatkamalla vastausaikaa, mutta vastaajien määrä $n=47$ (36 % hoitohenkilökunnasta) jäi kuitenkin niukaksi. Vastauksia tarkasteltaessa heräsi ajatus siitä, että vastauksia tuli suurella todennäköisyydellä sellaisilta hoitajilta, jotka muutoinkin osallistuvat aktiivisesti kyselyihin. Sen lisäksi vastausten samankaltaisuus antaa viitteitä siitä, että kyselyyn vastanneet hoitajat olivat sellaisia, jotka kokevat oman kivunhoidon ja kirjaamisen osaamisensa hyväksi - ja puuttumaan jäivät sellaiset vastaajat, jotka kokevat osaamisensa kysytyillä osa-alueilla puutteelliseksi.

Tutkimuksen luotettavuuteen voi myös vaikuttaa tutkijan asema työyhteisössä (Anttila 2014). Tämän opinnäytetyön tekijä työskentelee tutkittavien kanssa samassa työyksikössä, muttei päässyt missään vaiheessa vaikuttamaan tutkittaviin, eivätkä vastaajat ole aineistosta tunnistettavissa. Tutkimustulosten toistettavuus luetaan myös osaksi luotettavuutta, johon tässä opinnäytetyössä pyrittiin strukturoidulla lomakkeella, jonka avulla tutkimus on toistettavissa.

Kyselylomakkeen validiteettiä varmistettiin testaamalla se ennen käyttöönottoa, jolloin voitiin varmistaa, ettei siinä esiintynyt epätarkkuuksia tai virheitä. Esitestauksen pohjalta tehtyjen ilmaisutapoihin liittyvien korjausten perusteella pyrittiin varmistamaan, etteivät niistä aiheutuneet tulkintaerot väärinä tuloksia (Anttila 2014; Vilkkä 2007: 149–150).

Tutkimuksen validiteettiin myös kuuluu tutkimusmenetelmien ja -prosessin tarkoituksenmukaisuus haluttuun tietoon nähden eli vastaavatko ne sitä ilmiötä, jota niillä halutaan tutkia. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin koko tutkimusprosessin ajan reflektomaan tutkimusmenetelmiä suhteessa tutkimuskohteeseen sekä arvioimaan, vastasiko tutkimusasetelma haluttuihin tutkimuskysymyksiin. Teoreettisesta viitekehystä johdetut tutkimuskysymykset pyrittiin operationalisoimaan arkikielelle niin, että ne olivat kaikkien vastaajien ymmärrettävissä ja vastausvaihtoehdoissa pyrittiin minimoimaan epätarkat vastaukset pakottamalla vastaaja valitsemaan neljästä vaihtoehdosta sopivin ja vastauksia mitattiin Likertin asteikolla neliportaisesti mitattuna. (Vilkkä 2007: 149–151; Anttila 2014.)

Lähdekritiikki on erottamaton osa tutkimuksen luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä käytettiin lähdekritiikkiä teoreettisen viitekehysten rakentamisessa, jolloin punnittiin tarkoin valittujen artikkeleiden tarkoitus, tavoite sekä niiden julkaisuaikajankohta. Muiden lähteiden, kuten verkkoaineistojen, luotettavuutta arvioitaessa pyrittiin käyttämään erityistä huolellisuutta tutkimukseen soveltuvan ja mukaan kelpuutettujen artikkeleiden valinnassa. Lähdekritiikki kulki siis kiinteänä osana koko opinnäytetyöprosessin läpi ja sitä sovellettiin myös kyselytutkimuksella kerätyn tutkimusaineiston suhteen. (Vilkkä 2007: 34–35.)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Päivystyshoitotyölle ovat ominaisia kiire, keskeytykset ja ruuhkaisuus, joiden vuoksi kivun tunnistaminen, sen voimakkuuden arviointi sekä kivunhoidon aloittaminen saattavat viivästyä. Tämän opinnäytetyön perusteella tutkimuksen kohteena olleella päivystyspoliklinikalla hoitohenkilökunnan kivunhoidon osaaminen oli heidän oman arvionsa mukaan hyvää. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet arvioivat oman kivunhoidon osaamisensa hyväksi sekä tunnistavansa kivun. Siinä missä aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu hoitajien vähättelevän potilaan ilmoittamaa arviota kivun

voimakkuudesta, tässä tutkimuksessa sellaista ei havaittu (mm. Ucuzal & Dogan 2014: 75; Calder ym. 2024: 2), sillä lähes jokainen hoitaja ilmoitti suhtautuvansa siihen vakavasti. Myös kipumittarin käyttö kivun voimakkuuden arvioinnissa oli säännöllistä ja sitä käytettiin aktiivisesti myös uudelleenarvointiin sekä kipulääkityksen vasteen seurantaan, mikä on osittain ristiriidassa aikaisemmissa tutkimuksissa tehtyjen havaintojen kanssa (mm. Pretorius ym. 2014: 377; Hatherley ym. 2015: 34).

Hoitohenkilökunnan oman arvion mukaan heillä ei ollut osaamisvajeita kivun lääkehoidossa tai lääkkeettömissä hoitomenetelmissä. Hoitajat kuitenkin ilmaisivat avoimissa vastauksissaan puutteellisen osaamisen lähinnä mainintana lääkäreihin tai kollegoihin liittyen, mikä vastaa aikaisempia tutkimuksia (mm. Sampson ym. 2019: 538; Ucuzal & Dogan 2014: 75). Sen sijaan vastaajat eivät tunteneet kovin hyvin multimodaalista kivunhoitoa, mikä tukee aikaisemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja (mm. Hatherley ym. 2016: 35).

Kivun voimakkuuden arviointi ja sen kirjaaminen parantavat kivunhoidon laatua sekä lyhentävät kivunhoidon viiveitä. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset tukevat osittain aikaisempia tutkimuksia, vaikkei se aineistosta yksiselitteisesti nousekaan esiin. Lähes kaikki hoitajat kirjasivat kyllä ensimmäisen arvion kivusta, mutta uudelleenarvio kirjattiin huomattavasti harvemmin (Hatherley ym. 2016: 26; Pretorius ym. 2016: 377; Calder ym. 2024: 3). Hoitajien mukaan kiire ja keskeytykset haittasivat uudelleenarviointia sekä mahdollisten haittavaikutusten seuraamista - ja erityisesti vasteen kirjaamisessa niiden vaikutus oli havaittavissa. (mm. Hatherley ym. 2016: 26; Jennings ym. 2014: 71; Pretorius ym. 2016:378; Sampson ym. 2019: 538).

Hoitajat kaipasivat selkeitä toimintaohjeita kivunhoitoon. He toivoivat sellaisia ohjeita, joilla voisivat aloittaa kivunhoidon itsenäisesti erityisesti tilanteessa, jossa lääkäri ei ole saatavilla tai vaihtoehtoisesti lääkärin tulisi antaa riittävät määräykset niin, että kivunhoito olisi mahdollista toteuttaa konsultoimatta jokaista kipulääkeannosta. Selkeiden kivunhoitoprotokollien on todettu lyhentävän kivunhoidon viivettä ja lisäävän potilastyytyväisyyttä (mm. Pretorius ym. 2015: 378; Hatherley ym. 2015: 34). Kivunhoidon suositusten tuntemus oli kuitenkin hoitajien keskuudessa vaatimatonta ja onkin huomioitava, että toimintaohjeiden jalkauttaminen ei ole mahdollista ilman suositusten, kivunhoitoprosessin ymmärtämistä ja siinä käytettävien menetelmien osaamista (mm. Jennings ym. 2015: 74). Tutkittavana olleella päivystyspoliklinikalla oli jo oma kivunhoitoprotokollansa, mutta sitä ei juurikaan tunnettu tai siihen kaivattiin päivitystä.

Hoitajat esittivät myös toiveen kivunhoidon osaamista ylläpitävistä koulutuksista, sillä lähes kaikki ilmaisivat halunsa kehittää osaamistaan. He ilmaisivat koulutukseen ja tutkittuun tietoon perustuvan kivunhoitotyön olevan tehokasta kivunhoitoa edistävä tekijä, joka yhdessä selkeiden toimintamallien kanssa johtaisi hyvään kivunhoidon lopputulokseen. Se oli hoitajien mielestä myös tärkein keino kehittää kivunhoitoa, mikä on aikaisemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan merkityksellinen tekijä kivunhoidon laadun parantamisessa sekä sen viiveiden pienentämisessä (mm. Pretorius ym. 2014: 378; Hatherley ym. 2015: 34).

Hoitohenkilökunnan antamien vastausten perusteella valtaosa tehokkaan kivunhoidon esteistä liittyi lääkäreihin. Suurimpana yksittäisenä syynä kivunhoidon epäonnistumiselle hoitajat näkivät huonon kommunikaatioyhteyden lääkäreiden kanssa. Jotkut lääkäreistä haluavat edelleen tutkia potilaan ennen kipulääkitystä, eivätkä luota hoitajien osaamiseen kivun tunnistamisessa, mikä tukee osittain aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia (mm. Sampson ym. 2019: 543, Calder ym. 2024: 1). Lisäksi päivystävien lääkäreiden vaihtuvuus ja heidän kivunhoidon osaamisvajeensa nousivat esiin tutkimusaineistosta. Aineistosta nousi myös hoitajalähtöisiä kivunhoidon esteitä, joista eniten mainintoja tuli hoitajien kipupotilaisiin kyynistymisestä, motivaation puutteesta sekä kielteisestä asenteesta kivunhoitoon, jotka ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa (Sampson ym. 2019: 544; Pretorius ym. 2015: 372-379).

Kirjaaminen oli hoitohenkilökunnan mielestä oleellinen osa kivunhoitoa, vaikkakin he kokivat, ettei potilastietojärjestelmä tue riittävästi siitä kirjaamista. He kehittäisivät sitä pakotetulla kivunvoimakkuuden kirjaamisella heti ensiarviosta lähtien ja ennen kaikkea he toivoivat yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä kivunhoitotoimenpiteistä kirjaamiseen ja niiden vasteen seurantaan. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet pakotetulla kivunvoimakkuuden kirjaamisella olevan merkittävä vaikutus viiveiden lyhentämiseen päivystyksellisessä kivunhoidossa (mm. Hatherley ym. 2015: 27; Calder ym. 2024: 2).

7.2 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että tutkimuksen kohteena olleella päivystyspoliklinikalla hoitohenkilökunnan kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaaminen olivat hyvällä tasolla. Tutkimusaineisto perustui hoitajien omaan arvioon omasta osaamisestaan. Kyselytutkimukseen osallistuneiden määrä jäi kuitenkin kovin niukaksi ja erityisesti lähihoitajien osallistuminen tutkimukseen oli niin vähäistä, ettei

koulutuksen yhteydestä kivunhoidon osaamiseen voida tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

Hoitohenkilökunnan rooli kivunhoitoprosessissa on keskeinen, minkä vuoksi hoitajien kivunhoidon osaamisen merkitystä ei voida vähätellä. Hoitaja on usein ensimmäinen terveydenhuollon ammattilainen, jonka potilas päivystykseen saapuessaan kohtaa, jolloin jokaisen ammattitaitoon ja velvollisuuteen kuuluu kivun tunnistaminen ja sen voimakkuuden arviointi tapahtuipa se ensiarviossa tai ambulanssilla saapuessa. Tämän vuoksi hoitajien kivunhoidon osaamisen ylläpitäminen, toimintaohjeiden jalkauttaminen sekä uusien työntekijöiden perehdyttäminen on tärkeää, jotta voidaan päästä suositusten mukaiseen kivunhoitoon myös päivystysolosuhteissa. Huolimatta siitä, että tutkimukseen vastanneiden osaaminen oli heidän oman arvionsa mukaan hyvää, voitiin heidän vastaustensa perusteella päätellä tehokkaan kivunhoidon esteenä olevan riittämätön kivunhoidon ohjeistus, kollegoiden osaamisvaje sekä kielteinen asenne kipupotilaisiin.

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Hoitohenkilökunnalla on halua kehittää ja ylläpitää omaa kivunhoidon osaamistaan. Lisäkoulutusta kaivattiin kaikista kivunhoidon osa-alueista: lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä lääkehoitoon sekä multimodaaliseen kivunhoitoon.
2. Hoitajat pitävät kirjaamista tärkeänä osana kivunhoitoa ja heillä on halu kehittää omaa kirjaamisosaamistaan.
3. Hoitohenkilökunta kaipaa selkeämpiä toimintaohjeita kivunhoitoon, jotta voisivat toteuttaa sitä itsenäisemmin.

Johtopäätösten perusteella olisikin kiinnitettävä huomiota hoitajien riittävään kivunhoidon osaamisen ylläpitämiseen. Menetelminä voisivat toimia säännölliset vuoronvaihto- tai pop up-koulutukset, joissa olisi mahdollista samalla jalkauttaa kivunhoidon toimintamallia, palauttaa mieleen unohtuneita asioita, saada uutta tietoa kivunhoitoon liittyen ja ennen kaikkea esittää kysymyksiä matalalla kynnyksellä - unohtamatta painottaa kirjaamisen merkitystä kivunhoitoprosessissa.

Eriyistä huomioita olisi kiinnitettävä kivunhoidon osalta myös uusien työntekijöiden huolelliseen perehdyttämiseen. Päivystyshoitotyö ja ”talon tavoille oppiminen” pitävät

sisällään monia osa-alueita, jolloin kivunhoitoon perehdyttäminen jää ymmärrettävästi kovin vähälle huomiolle, koska perehdytys usein tapahtuu hoitotyön lomassa ja paljon uusia asioita tulee omaksuttavaksi lyhyellä aika välillä. Tämän vuoksi kivunhoitoon ja sen toimintatapoihin syvällisempi perehdyttäminen voisikin tapahtua vasta siinä vaiheessa, kun uusi hoitaja on jo varsinaisen perehtymisjaksonsa jälkeen itsenäisessä työssä.

Jatkuvalla kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaamisen ylläpitämisellä sekä selkeämmillä toimintaohjeilla voidaan kehittää kivunhoidon osaamista päivystyshoitotyössä.

Tehokkaalla toimintaohjeiden jalkauttamisella olisi mahdollista lyhentää kivunhoidon viivettä ja pidemmälle vietyä tämä voisi johtaa sairaanhoitajan toteuttaman kivunhoidon malliin (engl. nurse initiated analgesia), joka mahdollistaisi sairaanhoitajan itsenäisemmän kivunhoitoprosessin toteuttamisen vasteen mukaan ilman, että jokaista kipulääkeannosta tarvitsisi konsultoida lääkäriltä. Tällainen toimintamalli kuitenkin vaatii hoitohenkilökunnan aktiivista osaamisen ylläpitämistä sekä kivunhoitoprosessia jarruttavien ja sitä edistävien tekijöiden tunnistamista.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön pohjalta nousi monia uusia jatkotutkimusehdotuksia. Hoitotyön ja sen osaamisen kehittäminen on mahdollista vain, kun tunnistetaan sitä estävät ja edistävät tekijät, joten siinä missä tämän tutkimuksen kohteena oli hoitohenkilökunnan oma arvio kivunhoidon ja sen kirjaamisen osaaminen, varsinaista kivunhoidon toteutumista sekä sen vaikuttavuutta ei tutkittu. Jatkotutkimuksen voisikin toteuttaa retrospektiivisenä tutkimuksena hoitohenkilökunnan kivunhoidon kirjauksiin perustuen, tarkastella niiden perusteella kivun tunnistamista, arviointia, kirjaamista sekä sen toteutumista.

Tutkimuksen perusteella olisi mahdollista selvittää todelliset kivunhoidon viiveet ja tunnistaa tehokasta kivunhoitoa estäviä sekä sitä edistäviä tekijöitä ja niiden perusteella kehittää puutteellisia osa-alueita kohdennetusti.

Toinen tutkimuskohde voisi olla lyhyiden työpajojen ja vuoronvaihtokoulutusten yhteys hoitohenkilökunnan arvioon omasta osaamisestaan. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella koulutuksen painopiste voisi olla lääkkeettömissä kivunhoitomenetelmissä, lääkehoidossa sekä kirjaamisessa, minkä jälkeen voitaisiin jalkauttaa koulutuksessa opitut tai syvennetyt asiat käytännön työhön ja jonkin ajan kuluttua kartoittaa kyselyllä uudelleen hoitajien arviota omasta osaamisestaan.

Lähteet

Anttila, Pirkko 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta.

<https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/#10.1%20Tutkimuksen%20luotettavuus>.

Breivik, Harald 2017. Patients' subjective acute pain rating scales (VAS, NRS) are fine; more elaborate evaluations needed for chronic pain, especially in the elderly and demented patients. *Scandinavian Journal of Pain* 15 (2017) 73–74. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.01.001>. Viitattu 11.1.2024.

Calder, Julia & Wanbon, Richard & Thompson, James & Colella, Paul & Wale, Jason & Cassidy, Sara & McLeod, Sandra & Kirkwood, Rebecca 2024. Canadian nurse initiated analgesia protocol to reduce delays in the emergency department. A quality improvement study. *International Emergency Nursing* 75 (2024) 101488. doi: 10.1016/j.ienj.2024.101488. Viitattu 2.2.2025.

Classification of pain. Change pain. Viitattu 7.12.2023. Saatavilla internetissä: <https://www.change-pain.co.uk/en-gb/pain-basics/classification-of-pain>. Viitattu 10.5.2024.

Chain, Adrienne Y.L. & Menquin, Ge & Liossi, Christina 2021. Pain assessment tools in paediatric palliative care: A systematic review of psychometric properties and recommendations for clinical practice. *Palliative Medicine*, Volume 36, Issue 1, January 2022, Pages 30–43. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/02692163211049309>. Viitattu 10.5.2024.

Crellin, Dianne J. & Harrison, Denise & Santamaria, Nick & Babl, Franz E. 2015. Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability scale for assessing pain in infants and children - is it reliable, valid, and feasible for use? *PAIN* 156(11): p 2132–2151, November 2015. https://journals.lww.com/pain/fulltext/2015/11000/systematic_review_of_the_face,_legs,_activity,_cry.7.aspx. Viitattu 10.5.2024.

Domenico Giusti, Gian & Reitano, Bianca & Gili, Alessio 2018. Pain assessment in the emergency department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. *Julkaisussa: Acta biomedica de l'Ateneo Parmense* 2018, Vol.89 (Suppl 4), p.64–70. Viitattu 10.5.2024.

Domenico Giusti, Gian & Bambi Stefano & De Felippis, Cristiano & Reitano, Bianca & Gili, Alessio & Lucchini, Alberto 2017. Letter to the editor: Is there a way to assess pain reliably in emergency department patients? *Julkaisussa: Journal of emergency nursing* 2017, Vol.43 (5), p.391–392. Viitattu 10.5.2024.

Finne-Soveri, Harriet 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. *Sic! Lääketietoa Fimeasta*. 4/2015. *Sic! 2015_4.pdf* (julkari.fi).

Hatherley, Claire & Jennings, Natasha & Cross, Rachel 2015. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department — A

literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2016) 19, 26–36. doi: 10.1016/j.aenj.2015.11.001. Viitattu 19.2.2025.

Heikkilä, Kristiina & Peltonen, Laura-Maria & Salanterä, Sanna 2016. Postoperative pain documentation in a hospital setting: A topical review. *Scandinavian Journal of Pain* 11 (2016) 77–89. doi: 10.1016/j.sjpain.2015.12.010. Viitattu 20.10.2024

Helander, Erik M. & Menard, Bethany L. & Harmon, Chris M. & Homra, Ben K. & Allain, Alexander V. & Bordelon; Gregory J. & Wyche, Melville Q. & Padnos, Ira W. & Lavrova, Anna & Kaye, Alan D. 2017. Multimodal Analgesia, Current Concepts, and Acute Pain Considerations. *Curr Pain Headache Rep* (2017) 21: 3. Springer Science+Business Media New York 2017, 2–7. DOI: 10.1007/s11916-017-0607-y. Viitattu 29.11.2024.

HOTUS, 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>. Viitattu 10.5.2024.

Ihlbaek, Hanna Marie 2020. Lost in translation – Silent reporting and electronic patient records in nursing handovers: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies* 109 (2020)103636.

Jennings, Natasha & Kansal, Arushi & Mitra, Biswadev & Gardner, Glenn 2014. Time to analgesia for care delivered by nurse practitioners in the emergency department – a retrospective chart audit. *International Emergency Nursing* 23 (2015) 71–74. DOI: 10.1016/j.ienj.2014.07.002. Viitattu 19.2.2025.

Kaihlanen, Anu-Marja & Gluschkoff, Kia & Saranto, Kaija & Kinnunen Ulla-Mari. & Heponiemi, Tarja 2021. The association of information system's support and nurses' competence with the detection of documentation related errors: Results from a nationwide survey. *Health Information Journal*. Volume 27, Issue 4, October 2021.

Kalso, Eija 2018. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? *Lääkärilehti* 18/2018. VSK 73.

Kalso, Eija & Haanpää, Maija & Hamunen, Katri & Kontinen, Vesa & Vainio, Anneli (toim.), 2018. *Kipu*. 4.painos, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kangasmäki, Eija & Torri, Taru & Markkanen, Virpi & Pudas-Tähkä, Sanna-Mari & Sivonen, Milla 2023. *Akuutin kivun hoitotyö. Akuuttihoitotyön opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2024.

Kauvo, Taina & Virkkunen, Heikki (toim.) 2022. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Kirjaamisopas. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/86879669/image2022-5-25%2013%3A46%3A40.png>. Viitattu 12.6.2024

Kela, 2022. *Sairausvakuutustilasto 2022*. Saatavilla verkossa: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/e5c63cb3-2fac-4ca5-8db6-0294308eca04/content>. Viitattu 10.11.2023.

Keski-Suomen hyvinvointialue. 2021. Tietoa hyvinvointialueesta. <https://www.hyvaks.fi/hyvinvointialue/tietoa-hyvinvointialueesta>. Viitattu 16.11.2023.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. (viitattu 10.11.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Kipu ja muistisairaus. Käypä hoito–suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. (viitattu 10.5.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kuula, Aarja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Luku Etiikka ja tieteen arvot.

Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>>. Viitattu 27.1.2025.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>.

Liljamo, Pia & Kinnunen, Ulla-Mari 2020. Development and Validation of Standardized Pain Management Documentation. Integrated Citizen Centered Digital Health and Social Care 2020; 122–126.

Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiiina & Takatalo, Jani & Tarnanen, Sami & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka 2020. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-kustannus.

Malik, Nasser Ali 2020. Revised definition of pain by 'International Association for the Study of Pain': Concepts, challenges and compromises. Anaesth. pain intensive care 2020;24(5): 481–483. <https://doi.org/10.35975/apic.v24i5.1352>. Viitattu 10.12.2023.

Margonari, Heather & Hannan, Margaret S. & Schlenk, Elisabeth A. 2017. Quality Improvement Initiation on. Pain Knowledge, Assessment And Documentation Skills of Pediatric Nurses. Pediatric Nursing (March-April2017/Vol. 43/No. 2: 65–70. Viitattu 10.6.2024.

Mieronkoski, Riitta, 2017. VAS, VRS vai NRS? – Vinkkejä kipumittarin valintaan. Terveystieteestä 24.8.2017. <https://terveystieteesta.blogspot.com/2017/10/vas-vrs-vai-nrs-vinkkejä-kipumittarin.html>. Viitattu 10.1.2024.

Mieronkoski, Riitta 2019. Kipuilmettä on haastavaa tunnistaa ja lähes mahdotonta mitata. Kipuviesti 2/2019: 33–37.

Mykkänen, Minna & Miettinen, Merja & Saranto, Kaija 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi - näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. Hoitotiede 2018, 30 (3), 203–213.

Neary, Anna 2014. Do emergency nurse practitioners provide adequate documentation. *Emergency Nurse* (2014); London Vol 22, Iss 4, (July 2014):34. <https://www.proquest.com/docview/1784626170/fulltextPDF/27342C8456DC49DFPQ/1?accountid=11363&sourcetype=Scholarly%20Journals>. Viitattu 10.6.2024.

NHS, South Tees Hospital, 2023. CPOT = Critical-Care Pain Observation Tool. <https://ccs-sth.org/resources/Documents/Sedation%20Analgesia%20Delirium%20in%20CC/CCS%20STH%20Guideline%20template%20CPOT.pdf>. Viitattu 10.5.2024.

Opintopolku. Sairaanhoidaja (AMK). Koulutuksen perustiedot. <https://opintopolku.fi/konfo/fi/koulutus/1.2.246.562.13.00000000000000000249>. Viitattu 31.5.2024.

Page, Matthew J. & McKenzie, Joanne E. & Bossuyt, Patrick M. & Boutron, Isabelle & Hoffmann, Tammy C. & Mulrow, Cynthia D. ym. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Viitattu 4.12.2024.

Pain Alliance Europe 2017. Survey on Chronic Pain Diagnosis. Treatment and impact of Pain.

Pierik, Jorien G.J. & IJzerman, Maarten J. & Gaakeer, Menno I. & Vollenbroek-Hutten, Miriam R. & Doggen, Carine J.M. 2017. Painful Discrimination in the Emergency Department: Risk Factors for Underassessment of Patients' Pain by Nurses
Julkaisussa: *Journal of emergency nursing* 2017, Vol.43 (3), p. 228–238.

Pretorius, Annatjie & Searle, Judy & Marshall, Bob 2015. Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain. *Pain Management Nursing*. Volume 16, Issue 3, P. 372–379, June 2015. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.08.015. Viitattu 19.2.2025

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2018. Kivun arviointiin käytettävä CPOT-mittari parantaa tehohoidon laatua. Väitöskirja, Turun yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7152-7>. Viitattu 10.5.2024.

Rapo-Pylkkö, Susanna 2019. Miten arvioida muistisairaana kipua? *Kipuviesti* 2/2019, 26–32.

Sampson, Fiona C. & Goodacre, Steve W. & O'Cathain, Alicia 2019. The Reality of Pain Scoring in the Emergency Department: Findings From a Multiple Case Study Design. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 74, no 4. October 2019, p. 538–548. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.02.018>. Viitattu 19.2.2025.

Rajalahti, Elina & Saranto, Kaija 2011. Tiedonhallinnan osaaminen – haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 2011, 23 (4), 24, 243–257.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aNBN%3afe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 24.5.2024.

Suomen Kipu. Koulutukset. <https://www.suomenkipu.fi/tule-mukaan/tule-vapaaehtoiseksi/koulutukset/>. Viitattu 31.5.2024.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys. Kivun hoitotyön täydennyskoulutus. <https://www.skty.org/koulutus/kivun-hoitotyon-taydennyskoulutus/>. Viitattu 31.5.2024.

Suomen perustuslaki 731/1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

Tiippana, Elina 2015. Vaativien potilasryhmien kipulääkitys klinikon silmin. Sic! Fimea.

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino.

Turun yliopisto. Kivunhoitotyön täydennyskoulutus. <https://www.utu.fi/fi/yliopisto/laaketieteellinen-tiedekunta/hoitotieteen-laitos/opiskelu/kivun-hoitotyon-taydennyskoulutus>. Viitattu 31.5.2024.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Saatavilla verkossa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf. Viitattu 14.11.2023.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmistieteiden eettisen ennakkoarvioinnin ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Päivitetty 16.11.2023. Viitattu 16.11.2023.

Työturvallisuuslaki 738/2002.

Ucuzal, Meral & Dogan, Runiga 2014. Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *International Emergency Nursing* 23 (2015) 75–80. DOI: 10.1016/j.ienj.2014.11.006. Viitattu 4.2.2025.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja erikoisalakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170583>. Viitattu 23.5.2024.

Zwakhalen, S. & Docking, E.R. & Gnass, I. & Sirsch, E. & Steward, C. & Allrock, N. & Schofield, P. 2018. Pain in older adults with dementia. A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz* 2018 32: 364–373. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. Viitattu 12.11.2023.

Liite 1. Kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle

Tiedote tutkimuksesta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kivunhoidon ja kirjaamisen osaamista päivystyspoliklinikalla.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tietosuojaselosteeseen voit tutustua tämän tutkimuksen liitteenä (liite 3.) olevasta tietosuojalomakkeesta.

Tietosuoja ja suostumus

Olen saanut tiedot tutkimukseen osallistumisesta ja mahdollisesta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu tai houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on täysin vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän suostumuksen, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Suostumus

- Vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.
- Vahvistan suostumukseni myös henkilötietojeni käyttämiseen.

Taustakysymykset

1. Minkä ikäinen olet?
 - Alle 20 vuotta
 - 21 – 29 vuotta
 - 30 – 39 vuotta
 - 40 – 49 vuotta
 - 50 – 59 vuotta
 - 60 vuotta tai enemmän.
2. Mikä on koulutustaustasi?
 - Lähi- tai perushoitaja
 - Sairaanhoidtaja AMK
 - Sairaanhoidtaja YAMK
 - Ensihoitaja AMK
 - Muu

3. Kuinka kauan olet työskennellyt SOTE-alalla?
- 0 – 4 vuotta
 - 5 – 9 vuotta
 - 10 – 14 vuotta
 - 15 – 19 vuotta
 - 20 vuotta tai enemmän
4. Kuinka pitkä on työkokemuksesi päivystyshoitotyöstä?
- 0 – 1 vuotta
 - 2 – 5 vuotta
 - 6 – 10 vuotta
 - 11 – 15 vuotta
 - 16 vuotta tai enemmän

Asiakysymykset

Seuraavien väittämien avulla arvioidaan vastaajien käsitystä omasta kivunhoidon ja kirjaamisen osaamisesta

5. Millaiseksi arvioit oman kivunhoidon osaamisesi?
- Huono
 - Välttävä
 - Hyvä
 - Erinomainen
6. Tunnistatko kivusta kärsivän potilaan?
- En koskaan
 - Harvoin
 - Usein
 - Aina
7. Suhtaudutko potilaan ilmoittamaan kipuarvioon vakavasti?
- En koskaan
 - Harvoin
 - Usein
 - Aina
8. Tunnetko erilaiset kipumittarit ja niiden käytön periaatteet?
- Erittäin huonosti
 - Huonosti
 - Melko hyvin
 - Hyvin
9. Kuinka usein käytät kipumittaria apuna kivunarvioinnissa?
- En koskaan
 - Harvoin
 - Usein
 - Aina
10. Kuinka usein kirjaat kipuarvion potilastietojärjestelmään?
- En koskaan
 - Harvoin

- Usein
 - Aina
11. Kuinka usein kivun arvioinnin jälkeen (jos potilaalla on kipua) lääkitset potilasta (tai pyydät lääkäriltä määräystä kipulääkitykseen)?
- En koskaan
 - Harvoin
 - Usein
 - Aina
12. Kuinka usein uudelleen arvioit kipua lääkityksen jälkeen?
- En koskaan
 - Harvoin
 - Usein
 - Aina
13. Kuinka usein kirjaat uudelleen arvioidun kivun potilastietojärjestelmään?
- En koskaan
 - Harvoin
 - Usein
 - Aina
14. Millaiseksi arvioisit oman kirjaamisosaamisesi?
- Huono
 - Välttävä
 - Hyvä
 - Erinomainen
15. Onko kirjaaminen mielestäsi tärkeä osa kivunhoitoa?
- Täysin eri mieltä
 - Eri mieltä
 - Samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
16. Kuinka hyvin tunnet kivunhoidossa käytettävät lääkeaineet?
- Erittäin huonosti
 - Huonosti
 - Melko hyvin
 - Erittäin hyvin
17. Kuinka hyvin tunnet lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät (asento-, lämpö-, kylmä- yms)?
- Erittäin huonosti
 - Huonosti
 - Melko hyvin
 - Erittäin hyvin
18. Kuinka hyvin osaat yhdistellä erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja kipulääkkeen antoreittejä tehokkaan kivunhoidon saavuttamiseksi?
- Erittäin huonosti

- Huonosti
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

19. Kuinka usein tunnistat tarpeen tehostaa potilaan kivunhoitoa?

- En koskaan
- Harvoin
- Lähes aina
- Aina

20. Kuinka hyvin tunnet kivunhoitoon liittyvät suositukset?

- En lainkaan
- Jonkin verran
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

21. Kuinka hyvin tunnet kivunhoitoon liittyvän lainsäädännön ja asetukset?

- En lainkaan
- Jonkin verran
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

22. Kuinka hyvin tunnet kirjaamiseen liittyvän lainsäädännön ja asetukset?

- En lainkaan
- Jonkin verran
- Melko hyvin
- Erittäin hyvin

23. Kaipaako lisäkoulutusta/perehdytystä kivunhoidossa?

- Kyllä
- En

24. Kaipaako lisäkoulutusta/perehdytystä kivunhoidon kirjaamisessa?

- Kyllä
- En

Avoimet kysymykset

25. Miten kehittäisit kivunhoitoa päivystyksessä?

26. Miten kehittäisit kivunhoidon kirjaamista päivystyksessä?

27. Mitkä ovat mielestäsi tehokasta kivun hoitoa edistäviä/estäviä tekijöitä päivystyksessä?