



Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessin ja preoperatiivisen sairaanhoitajan kivunhoidon ohjausosaaminen

Marke Kallio & Paula Kanerva

2025 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessin ja preoperatiivisen sairaanhoitajan kivunhoidon ohjausosaaminen

Marke Kallio & Paula Kanerva
Johtaminen ja kehittäminen sosi-
aali- ja terveysalan muutoksessa
Opinnäytetyö
05/2025

Marke Kallio, Paula Kanerva

Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessin ja preoperatiivisen sairaanhoitajan kivunhoidon ohjausosaaminen

Vuosi

2025

Sivumäärä

99

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessia sekä kuvailla millaista ohjausta tällaiset potilaat tarvitsevat. Tavoitteena on parantaa preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajien tietämystä voimakkaan akuutin kivun riskissä olevista potilaista ja parantaa heidän ohjaamistaan, lisätä preoperatiivisen poliklinikan ja leikkauksen jälkeisen kivunhoidon (APS eli acute pain service) tiimin välistä yhteistyötä sekä tuottaa tietoa riskipotilaiden hoitoprosessista, jotta hoidossa olisi jatkuvuutta. Kehittämistehtävä on tehty yhteistyössä HUS Kipuklinikan ja verisuonikirurgisen preoperatiivisen poliklinikan kanssa.

Leikkauksen jälkeinen kipu on edelleen alihoidettua. Kovaa tai kohtalaista leikkauksen jälkeistä kipua kokee 20-80 % potilaista. Leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito on ihmisen perusoikeus ja se edistää toipumista. Jokaisen sairaanhoitajan tulee osata arvioida ja hoitaa kipua. Se, kuinka leikkauksen jälkeinen kivunhoito järjestetään, riippuu organisaatiosta ja yksiköistä. Mikään yksittäinen tekniikka tai lääke ei ole erityisessä asemassa kivunhoidossa, vaan sen kokonaisuus ratkaisee. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Millainen voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessi on? Millä keinoin preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja voi edistää potilaan postoperatiivista kivunhallintaa? Millaista ohjausosaamista preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajat tarvitsevat ohjatessaan voimakkaan akuutin kivun riskissä olevia potilaita?

Aineisto kerättiin learning cafe tyypisillä työpajoilla sekä haastatteluilla. Aineistoja analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Tuloksissa nousi esille kohtaamisen tärkeys potilaiden ohjauksessa. Valmista hoitoprosessia ei ole käytössä, mutta tässä opinnäytetyössä esitetään ehdotuksia sellaisen kehittämiseksi. Jatkossa hoitoprosessi tulee kehittää loppuun ja ottaa käyttöön. TerveyskyläPro-palvelussa (www.terveyskylaPRO.fi) julkaistaan opinnäytetyön tuloksien pohjalta tehdyn voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden preoperatiivisen hoidon opas hoitajille.

Asiasanat: akuutti kipu, ohjausosaaminen, leikkauksen jälkeinen kipu, preoperatiivinen ohjaus

Marke Kallio, Paula Kanerva

**The Care Process of a Patient at Risk of Severe Acute Pain and the Preoperative Nurse's
Guidance Skills in Pain Management**

Year 2025 Pages 99

The purpose of this thesis is to develop the care process for patients at risk of severe acute pain and to describe the type of guidance such patients require. The aim is to improve the knowledge of preoperative clinic nurses about patients at risk of severe acute pain, enhance their guidance skills, strengthen collaboration between the preoperative clinic and the postoperative pain management (APS, or Acute Pain Service) team, and provide information about the care process of at-risk patients to ensure continuity of care. This development task was carried out in collaboration with the Helsinki University Hospital Pain Clinic and the vascular surgery preoperative clinic.

Postoperative pain is still undertreated. Severe or moderate postoperative pain is experienced by 20-80% of patients. Proper postoperative pain management is a fundamental human right and promotes recovery. Every nurse should be able to assess and manage pain. How postoperative pain management is organized depends on the organization and the unit. No single technique or medication holds a special place in pain management; rather, the overall approach is what matters. management; rather, the overall approach is what matters. The research questions were as follows: What is the care process for a patient at risk of severe acute pain? How can a preoperative clinic nurse promote the patient's postoperative pain management? What kind of guidance skills do preoperative clinic nurses need when guiding patients at risk of severe acute pain?

The data was collected through learning café style workshops and interviews. The data was analyzed using content analysis methods. The results highlighted the importance of encounters in patient guidance. No established care process is currently in place, but this thesis presents suggestions for developing one. In the future, the care process should be fully developed and put into trial use. Based on the results of this thesis, a guide for nurses on the preoperative care of patients at risk of severe acute pain will be published on the TerveyskyläPro service (www.terveyskyla.fi).

Keywords: acute pain, guidance competence, postoperative pain, preoperative guidance

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tietoperusta	8
2.1	Kipu	8
2.1.1	Leikkauksen jälkeinen kipu	9
2.1.2	Voimakkaan leikkauksen jälkeisen akuutin kivun riskitekijät	11
2.1.3	Kivun preoperatiivinen hoitotyö.....	13
2.1.4	Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet	15
2.1.5	Kivunhoidon erilaiset menetelmät	17
2.1.6	Kivun hoito HUS:ssa	18
2.1.7	APS eli Acute Pain Service-toiminta	19
2.2	Potilasohjaus.....	20
2.2.1	Ohjausosaaminen	21
2.2.2	Potilasohjaus eettisestä näkökulmasta	22
2.2.3	Kivun hoidon ohjaus.....	23
3	Kehittämisasetelma	25
3.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	25
3.2	Laadullinen tutkimus	26
3.3	Yhteistyötahot.....	27
3.4	Toteutus	28
3.5	Aineiston hallinta ja dokumentointi	32
3.6	Aineiston analyysi	33
3.6.1	Sisällönanalyysi	34
3.6.2	Haastatteluiden analyysi	37
4	Tulokset	38
4.1	Organisaation resurssit	38
4.1.1	Riskipotilaiden seulonta	39
4.1.2	Hoitoprosessi	41
4.1.3	Interventiot.....	46
4.1.4	Koulutukset.....	47
4.1.5	Digitaalisuus.....	49
4.2	Sairaanhoitajan ammattitaito	50
4.2.1	Ohjauksen sisältö	51
4.2.2	Ohjausosaaminen	54
4.2.3	Kohtaaminen	57
4.2.4	Pystyvyyden vahvistaminen	60
4.3	Potilaaseen liittyvät tekijät	62

4.3.1	Taustatekijät	62
4.3.2	Potilaan psyykkisen voinnin vaikutus kipuun	64
4.3.3	Potilaan yksilöllisyys	66
4.4	Opas TerveyskyläPro:hon	68
5	Johtopäätökset ja pohdinta.....	69
5.1	Johtopäätökset	70
5.2	Luotettavuus	73
5.3	Eettisyys	75
5.4	Pohdinta ja jatkokehittämissaiheet	77
	Lähteet.....	79
	Kuviot	85
	Taulukot	85
	Liitteet	86

1 Johdanto

Leikkauksen jälkeinen kipu on edelleen alihoidettua (Taylor & Stanbury 2009, 188). Kovaa tai kohtalaista leikkauksen jälkeistä kipua kokee 20-80 % potilaista (Suomen anestesiologiyhdistys 2014; Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) 2019). Leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito on ihmisen perusoikeus ja se edistää toipumista (Suomen anestesiologiyhdistys 2014; HOTUS 2019; International Association for the Study of Pain (IASP) 2018). Jokaisen sairaanhoitajan tulee osata arvioida ja hoitaa kipua (IASP 2018). Se, kuinka leikkauksen jälkeinen kivunhoito järjestetään, riippuu organisaatiosta ja yksiköistä. Mikään yksittäinen tekniikka tai lääke ei ole erityisessä asemassa kivunhoidossa, vaan sen kokonaisuus ratkaisee (Suomen anestesiologiyhdistys 2014).

Leikkauksen jälkeiselle huonolle kivunhallinnalle on löydetty useita ennustavia tekijöitä (HOTUS 2019). Kontinen & Hamunen (2015) pitävätkin tärkeimpänä haasteena kivunhoidon kehittämisessä riskipotilaiden järjestelmällistä tunnistamista. Tunnistamalla riskipotilaat voidaan potilaalle suunnitella yksilöllinen, tehokas ja turvallinen kivunhoito. Huonosti hoidettu akuutti leikkauksen jälkeinen kipu on myös yksi kivun pitkittymisen riskitekijöistä. (Kontinen & Hamunen 2015; Tiippana 2013, 29, 64-66.)

Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevia potilaita ei kuitenkaan järjestelmällisesti tunnisteta ennen leikkausta. Tunnistamalla riskipotilaat, voitaisiin heidän pre- ja postoperatiivinen hoitonsa järjestää tehokkaasti ja näin vähentää potilaan kärsimystä, opioidien käyttöä, mahdollisesti nopeuttaa sairaalassaoloaika ja pienentää komplikaatioriskiä (Tiippana 2013 67; Heikkilä, Haatainen, Leinonen, Ruohonaho & Wüstefeld 2019; Kontinen & Hamunen 2015). Hyvä kivunhoito on jokaisen hoitoon osallistuvan ammattilaisen vastuulla ja se tehdään eri ammattiryhmien yhteistyönä (Kontinen & Hamunen 2015; Taylor & Stanbury 2009, 192).

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellista kehittämistoimintaa, joka on tehty yhteistyössä HUS:n Kipuklinikan ja verisuonikirurgian poliklinikan kanssa. Tavoitteena oli kehittää voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden kivunhoitoa leikkauksen jälkeen. Riskipotilaiden hoidolle tulisi olla jo ennen leikkausta alkava hoitoprosessi. Myös hoitoon osallistuvien eri yksiköiden yhteistoimintaa tulisi parantaa. Tavoitteena oli myös parantaa preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajien tietämystä voimakkaan akuutin kivun riskissä olevista potilaista ja heidän ohjaamisestaan.

2 Tietoperusta

Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys muodostuu kivun määritelmään perehtymisestä sekä potilasohjauksesta. Käymme läpi muun muassa, mitä on leikkauksen jälkeinen kipu, mitkä ovat riskitekijöitä voimakkaalle akuutille kivulle ja millaisia kivunhoidon menetelmiä on. Ohjauksessa käymme läpi, millaista on laadukas potilasohjaus ja miten kivunhoidon ohjaus tulisi huomioida.

Työssä on usein käytettyjä termejä:

- VAKROP = Voimakkaan akuutin kivun riskissä oleva potilas
- Preoperatiivisella tarkoitetaan leikkausta edeltävää ja postoperatiivisella leikkauksen jälkeistä aikaa (Niemi-Murola, Ahlmén-Laiho, Huttunen, Metsävainio, Vakkala 2014).

2.1 Kipu

International Association for the Study of Pain (IASP) määrittelee kivun seuraavasti: "Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudosaan tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudosaan vaurion käsittein" (Käypähoito 2017; IASP 2023). Kipu on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Ihminen oppii kivun käsitteen elämäkokemuksiensa myötä. Vaikka akuutti kipu on yleensä sopeutumista vallitsevaan tilanteeseen, voi kivulla olla myös vakavia vaikutuksia toimintakykyyn sekä sosiaaliseen että psykologiseen hyvinvointiin. Kivun sanallinen ilmaisu on vain yksi kivun ilmaisun muodoista (IASP 2023; Schug, Palmer, Scott, Alcock, Halliwell, Mott 2020, 11). Ilmaisemiseen voi myös liittyä kasvojen ilmeitä, kehon asentoja, ääntelyä ja välttämiskäyttäytymistä. Näiden ilmaisukeinojen puuttuminen ei merkitse sitä, etteikö henkilö voisi olla kipeä. Psykologiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat fysiologisiin tekijöihin. (Schug ym. 2020, 11.)

Kipu muuttuu aistimuksesta tuntemukseksi, kun kudosaan vaurion aiheuttama kipuärsyke muuttuu sähköiseksi ja kemiallisiksi tapahtumiksi. Kipu välittyy ääreishermon kipureseptoreista selkäyttimeen, josta se siirtyy eri aivoalueille. Kivun muunteluun eli modulaatioon osallistuvat laskevat hermoradat, jotka voivat olla estäviä (inhibitorisia) tai kiihdyttäviä (eksitatorisia). Inhibitoriset hermoradat estävät kipua välittävien hermojen toimintaa selkäytimessä. Kivun muunteluun osallistuvat radat voivat aktivoitua erilaisten tekijöiden, kuten stressin, vuoksi. Keskushermoston modulaatio voi myös vahvistaa kipuaistimusta kroonisessa kiputilassa. Lopulta kipu koetaan subjektiivisena tunteena, perseptiona. (Kalso & Kontinen 2018.)

Hoitotieteellinen kivun määritelmä korostaa kivun henkilökohtaisuutta. Sen katsotaan olevan mitä tahansa ihminen sanoo sen olevan, milloin tahansa hän sanoo sitä olevan. Näin ollen hoitotyön keinona voidaan käyttää kognitioon vaikuttavia menetelmiä. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 4-5.) Akuutin kivun tehokas ja turvallinen hoito riippuu erilaisista pre-, peri- ja postoperatiivisista tekijöistä. Nämä tekijät liittyvät henkilökunnan koulutukseen, potilaiden ohjaukseen ja organisaatioon, jossa hoitotyö tehdään. Organisaatiosta riippuen on olemassa erilaisia suosituksia ja käytäntöjä, jotka voivat olla yhtä merkittävässä roolissa kuin kivunhoitotekniikat ja -lääkkeet itsessään. (Macintyre & Schug 2021.) Potilaan kertomus kivusta tulisi siis hyväksyä sellaisenaan, koska kivun käsite opitaan elämäkokemusten kautta (Schug ym. 2020 11).

Akuutilla kivulla tarkoitetaan alle kuukauden kestänyttä kipua, subakuutilla kivulla 1-3 kuukautta kestänyttä kipua ja kroonisella kivulla yli 3 kuukautta kestänyttä kipua. Kroonisesta kivusta käytetään myös termiä pitkäkestoinen kipu. (Käypähoito 2017; Schug ym. 2020, 2.) IASP määrittelee akuutiksi kivuksi alle 3 kk kestäneen kivun. Akuutin kivun erottamista kroonisesta kivusta on hankalaa tehdä tarkoin aikamäärein, koska kivun mekanismit tunnetaan vielä riittämättömästi, jonka vuoksi kestoaikaa ei voida liittää tiettyihin fysiologisiin mekanismeihin. (Schug ym. 2020, 2.) Akuutin kivun tarkoituksena on varoittaa elimistöä uhkaavasta kudოსvauriosta. Pitkäaikaisella kivulla ei puolestaan elimistölle hyödyllisiä ominaisuuksia ja siihen liittyy paljon seurannaisongelmia. (Kalso, Elomaa & Granström 2018.)

Kipu voidaan jakaa myös sen mekanismeihin perustuen. Nosiseptiolla tarkoitetaan kipureseptoreiden ärsytyksen aiheuttamaa kivun aistimista. (Salanterä ym. 2013, 3.) Nosiseptiivisella kivulla tarkoitetaan kudოსvauriokipua, jonka syynä on kipureseptoreiden, nosiseptoreiden aktivoituminen, kun kudოსvaurio on tapahtunut tai se on uhkaamassa (Käypähoito 2017). Akuutti kipu on yleensä nosiseptiivista kipua (Salanterä ym. 2013, 3). Nosiseptiivinen kipu on fysiologinen, terveen kipuhermojärjestelmän reaktio kudოსvaurioon (Käypähoito 2017; Salanterä ym. 2013, 5). Neuropaattinen kipu johtuu kipua välittävän hermojärjestelmän vauriosta tai sairaudesta. Viskeraalinen kipu on sisäelinkipua, jota on usein vaikeaa paikallistaa ja johon voi liittyä heijastekipua. (Käypähoito 2017.)

2.1.1 Leikkauksen jälkeinen kipu

Akuutti leikkauksen jälkeinen kiputuntemus riippuu sekä leikkaustyyppistä, käytetyistä kivunlievitysmenetelmistä ja potilaskohtaisista tekijöistä. Akuutti kipu koostuu useista yhteen liittyvistä fysiologisista, psykologisista ja sosiaalisista tapahtumista. Potilaskohtaiset tekijät ovat jopa merkittävämpiä kuin leikkaustyyppi itsessään. Akuutin kivunhoidon tavoitteena on lievittää kärsimystä, estää kipuun liittyviä komplikaatioita ja parantaa leikkauksen jälkeistä kuntoutumista. (Kontinen & Hamunen 2015; Sipilä & Kalso 2021, 1; Schug ym. 2020, 8; Hamunen & Kontinen 2018.) Hyvä akuutin kivun hoito edellyttää henkilökunnan säännöllistä koulutusta,

yhtenäisiä toimintamalleja sekä hoito-ohjeita (Hamunen & Kontinen 2018). Postoperatiivisen kivun hallintaan tulee käyttää sekä lääkkeellisiä että ei-lääkkeellisiä hoitokeinoja (Akire & Bayraktar 2024, 244).

Huonosti hoidettu kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvä akuutti kipu voi hidastaa paranemista. Akuutti kipu mm. heikentää hengitysfunktiota, rasittaa verenkiertoelimistöä, lamaa suolen toimintaa ja saa aikaan hormonaalisia stressivasteita. Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttaa kudonsvaurion lisäksi sen yhteydessä syntyvät ja vapautuvat välittäjäaineet, jotka aktivoivat nosiseptoreita ja herkistävät muille ärsykeille. Akuutin, nosiseptiivisen kivun syy on todennettavissa. Nosiseptiivinen kipu häviää, kun vaurio paranee, koska se johtuu kudonsvauriosta. (Salanterä ym. 2013, 3, 5; Schug ym. 2020, 40.) Ihmisillä on kohtalaisen samanlainen kivun aistimisen kynnyks. Koska leikkaukskipuun vaikuttavat kudonsvaurion lisäksi kuitenkin aiemmat kipukokemukset ja muistivat sekä mielialaan liittyvät tekijät, on kivun kokemisessa suurta vaihtelua yksilöittäin. Pienikin leikkaus voi aiheuttaa huomattavaa kipua, vaikka kudonsvaurio olisi vähäinen. (Hamunen & Kontinen 2018.) Alla olevassa kuviossa 1 on esitelty leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoitopolku tiivistetysti.

Ennen leikkausta	Perioperatiivinen vaihe	Koulutuksen yhteydessä ja sen jälkeen
Potilasinformaatio kaikille potilaille	Tehokas ja turvallinen akuutin kivunhoito	Lääkitysohjeet
Voimakkaan akuutin kivun ja pitkittyvän kivun riskipotilaiden tunnistaminen ja hoitosuunnitelman laatiminen	Räätälöity hoito ja seuranta voimakkaasta kivusta kärsiville potilaille	Lääkityksen asteittainen purkaminen
	Pitkittyvän kivun riskissä olevien potilaiden tunnistaminen ja seurannan järjestäminen	Pitkittyvästä kivusta kärsivien tunnistaminen, hoito ja seuranta

Kuvio 1: Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoitopolku (Hamunen & Kontinen 2018).

Plasebolla on jo 50-luvulla todettu olevan vaikutusta etenkin kivunlievityksessä (Schug ym. 2020, 16). Plasebolla tarkoitetaan vaikuttamatonta ainetta tai menetelmää (Schug ym. 2020, 16, Suomen lääkäriliitto 2021). Plasebo- eli lumevaikutuksella viitataan niihin vaikutuksiin, joita potilaalle plasebosta tulee (Suomen lääkäriliitto 2021). Nosebo-termillä viitataan niihin

vastakkaisiin, negatiivisiin, vaikutuksiin, joita potilas saa plasebon annostelusta. Tällainen voi olla esimerkiksi kivuliaan ärsykkeen aiheuttama lisääntynyt kipuvasteen ilmaiseminen. Kivunlievitykselliset, analgeettiset, vaikutukset perustuvat useisiin neurobiologisiin ja psykologisiin mekanismeihin, kuten ihmisen genotyyppiin, odotuksiin ja oppimiseen. Plasebo- ja nosebovaikutuksella on merkittävä vaikutus sekä kipulääkkeiden että muiden kivunhoidollisten toimien vaikutukseen. Siksi kivunhoidon tulokset riippuvatkin sekä itse hoidosta että kontekstuaalisista tekijöistä. (Schug ym. 2020, 16-20.)

2.1.2 Voimakkaan leikkauksen jälkeisen akuutin kivun riskitekijät

Leikkauksen jälkeiselle voimakkaalle akuutille kivulle on tunnistettu useita riskitekijöitä (Kuvio 2). Riippumatta leikkaustyyppistä preoperatiivinen kroonisen kivun intensiteetti, nuorempi ikä ja naissukupuoli liittyvät korkeampaan postoperatiivisen kivun intensiteettiin. Sukupuolesta riippumatta, mitä korkeampi preoperatiivinen kroonisen kivun intensiteetti on, sen suurempi riski se on vaikealle akuutille leikkauksen jälkeiselle kivulle. Kroonisen kivun sijainnilla ei ole merkitystä (Gerbershagen ym. 2014, 1240-1241.), lukuunottamatta preoperatiivista alaselkäkipua, joka on tunnistettu riskitekijäksi. Myös heikompi preoperatiivinen toimintakyky, korkeampi BMI ja useat psykologiset tekijät liitetään voimakkaampaan akuuttiin kipuun. (Hernandez ym. 2015, 364, 378-379; Schug ym. 2020 15.)

Katastrofointi, eli henkilön sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden arviointi uhkaksi, pessimistinen, avuton ja ”märehtivä” ajattelu sekä negatiivinen affektiivisuus, ahdistuneisuusherkyys ja masennus ovat voimakkaan akuutin kivun riskitekijöitä. Ahdistuneisuus on yksi merkittävimmistä riskitekijöistä kroonisen kivun, iän ja leikkaustyyppin lisäksi. On tunnistettu myös erilaisia geneettisiä tekijöitä, joilla on vaikutusta henkilön kokemaan akuuttiin kipuun ja esimerkiksi erilaisten kipulääkityksien toimimiseen yksilötasolla. (Schug ym. 2020,12, 43-44.) Ne myös säätelevät kipuherkkyttä ja alttiutta kehittää pitkäaikainen kipuongelma (Hamunen & Kontinen 2018). Potilaan merkittävien uniongelmien on todettu olevan yksi akuutin ja hellitämättömän kivun riskitekijä ja unella ja kivulla on kaksisuuntainen vaikutus toisiinsa. Unenlaadun selvittäminen ja tarvittaessa siihen puuttuminen pitäisi tehdä jo preoperatiivisesti, kun kyseessä on elektiiviset eli ei päivystykselliset leikkauspotilaat. Myös univaikeuksien takana oleviin syihin tulisi puuttua. (Sipilä & Kalso 2021, 1, 8.)



Kuvio 2: Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun riskitekijät (Kontinen & Hamunen 2015).

Liu ym. (2024, 1800) mainitsevat akuutin leikkauksen jälkeisen kivun riskitekijöiksi nuoreman iän, naissukupuolen, obesiteetin, tupakoinnin, geneettiset tekijät, preoperatiivisen kivun, kipuherkkyiden, preoperatiivisen kipulääkkeiden käytön, preoperatiivisen ahdistuneisuuden, kivun katastrofoinnin, odotetun kivun ja leikkauspelon sekä leikkaustekniset asiat (leikkaustyyppi ja -tekniikat).

Terveyskylä Pro:n (2021) oppaassa "Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoito" on voimakkaalle ja akuutille kivulle tehty tarkastuslista (Kuvio 3). Tarkastuslistassa luetellaan akuutin kivun riskitekijöitä ja ohjataan kiinnittämään erityistä huomiota leikkauskivun hoitoon tietyin kriteerein, joita ovat 1) yli 1 kk kestänyt kohtalainen tai voimakas leikkauksen jälkeinen kipu leikkausalueella 2) pitkittynyt kipu muualla kuin leikkausalueella 3) saman alueen uusintaleikkaus 4) psykkinet tekijät 5) voimakkaan kivun odotus 6) fibromyalgia, ärtyvä paksusuoli, migreenitaipumus 6) ylipaino 7) nuori aikuisikä. Näiden lisäksi tarkistuslistassa on kolme pientä kysymystä. Pan ym. (2013, 1173, 1178) totesivat tutkimuksessaan, että naiset, joilla kipu oli keisarinleikkauksen jälkeen suurempaa kuin keskimäärin muilla, olivat saaneet enemmän pisteitä jokaisesta kolmesta pienestä kysymyksestä kuin sellaiset naiset, joilla kipu oli lievempää. Kolmen pienen kysymyksen nähtiin ennustavan leikkauksen jälkeistä kipua hyvin.

Voimakkaan akuutin ja kroonisen leikkauksen jälkeisen kivun riskitekijöitä - tarkistuslista

- kohtalainen tai voimakas leikkauksen jälkeinen kipu leikkausalueella (kestänyt yli 1kk)
- pitkittynyt kipu muualla kuin leikkausalueella (muun muassa kroonisen kivun lääkitys, opioidit)
- saman alueen uusintaleikkaus
- psyykkiset tekijät: ahdistus* ja katastrofointi**
- voimakkaan kivun odotus
- fibromyalgia, ärtyvä paksusuoli, migreenitaipumus (huonosti toimiva kipua jarruttava järjestelmä)
- ylipaino (BMI>30) ***
- nuori aikuisikä
- * 3 pientä kysymystä (numeroasteikko 0-100):
- Kuinka ahdistunut potilas on?
- Kuinka voimakasta potilas odottaa leikkauksen jälkeisen kivun olevan?
- Kuinka paljon potilas odottaa tarvitsevansa kipulääkkeitä leikkauksen jälkeen?
- ** ”Voimakas huolestumistaipumus, tilanteeseen liittyvän uhkan liioittelu ja märehtiminen”.
- *** Tekniset vaikeudet leikkauksessa (hermovaurioriski), proinflammatorinen eli tulehdusta ylläpitävä tila
- Jos potilaalla on yksikin yllämainituista riskitekijöistä, kiinnitä erityishuomiota leikkauskivun hoitoon. Kaksi viimeistä riskitekijää lisäävät riskiä entisestään.

Kuvio 3: Voimakkaan akuutin ja kroonisen leikkauksen jälkeisen kivun riskitekijöitä - tarkistuslista (TerveyskyläPRO 2021.)

2.1.3 Kivun preoperatiivinen hoitotyö

Kaikkiin riskitekijöihin, kuten perimään ja leikkausta edeltäviin elämäkokemuksiin, ei voi vaikuttaa. Osaan riskitekijöistä, kuten leikkaukseen liittyvään pelkoon ja ahdistukseen, voidaan kuitenkin vaikuttaa ennen leikkausta. Koska potilaan omat odotukset leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuudesta ennustavat koetun kivun voimakkuutta, ennen leikkausta annettavalla informaatiolla voidaan parantaa potilaan tyytyväisyyttä kivun hoitoon. (Kontinen & Hamunen 2015.) Kivun hoitotyön lähtökohtana on potilas ja hänen kokemuksensa kivusta

(Salanterä ym. 2013, 5). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) ilmaisee yksiselitteisesti potilaan oikeuden hyvään sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. HUS:in yksi viidestä hoitotyön strategioista on kivun hoito. (HUSa 2024.)

Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli kivun tunnistamisessa ja hoitamisessa ja hyvä kivunhoito on potilaiden oikeus. Hänen on oltava tietoinen kivun mekanismeista, kivun hoidon haasteista, kuinka kipukokemus syntyy, usein kohtaamistaan kiputiloista, kivun arvioinnista ja kuinka kipua voidaan lievittää. Kivun voimakkuuden arvioinnissa on käytettävä validoituja mittareita ottaen huomioon mm. potilaan iän ja kommunikaatiokyvyn. Potilaita tulee ohjata kivusta ja sen hoidosta ja potilas tulee ottaa osalliseksi kivun hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Kivun hoitoon kuuluu tärkeänä osana myös kivun arvioinnin ja hoidon dokumentointi. (IASP 2018.)

Salanterä ym. (2013, 9) mukaan potilaat, jotka olivat saaneet ohjausta kivun vaikutuksista, kivun hoidon merkityksestä, varhaisen liikkeellehdön hyödyistä, lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja kivunhoidon tavoitteista ja joita rohkaistiin kertomaan kivunhoidon tarpeestaan, kokivat hallitsevansa kipuaan paremmin. Internetpohjainen kivunhoidon ohjaus voi olla yhtä tehokasta kuin kasvokkain annettu ohjaus. Hoitotyön pre- ja postoperatiivisella ohjauksella voidaan parantaa potilaan kivunhallintaa. Ohjauksella lisätään potilaan osallisuutta hoitoon ja mm. lääkkeettömien kivunhoitokeinojen käyttö lisääntyi ohjauksen myötä.

Tärkein haaste kivun hoidon kehittämisessä on tunnistaa sellaiset tekijät, jotka ennustavat tavallista voimakkaampaa leikkauksen jälkeistä kipua tai sen kroonistumista. Nämä tekijät tunnistamalla voidaan kivunhoito suunnitella yksilöllisesti ja saada se tehokkaaksi. (Kontinen & Hamunen 2015.) Akuutin kivun menestyksellä hoitaminen vaatii tiivistä yhteistyötä kaikilta potilaan hoitoon osallistuvilta. Tehokas akuutin kivun hoito riippuu asianmukaisesta koulutuksesta ja organisaation rakenteista ennemminkin kuin varsinaisista kivunhoidon tekniikoista. (Schug ym. 2020, 88.) Muokattavissa oleviin psykologisiin tekijöihin, kuten ahdistuneisuuteen ja katastrofointiin, pitäisi kiinnittää huomiota akuutin kivun hoidossa ja jos tällaisia psykologisia tekijöitä tunnistetaan, pitäisi niihin kohdistaa hoitotoimenpiteitä (Schug ym. 2020, 14).

Preoperatiivinen informaatio parantaa potilaan tietämystä kivusta ja kannustaa positiivisempaan asenteeseen kivunhoitoa kohtaan. Kirjallisen informaation antaminen potilaalle on tehokkaampaa kuin suullisen tiedon antaminen preoperatiivisessa haastatteluvaiheessa. Myös hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja suositusten mukaisten kivun hoidon keinojen käyttö parantaa kivun arvioimista ja lievitystä. Potilasohjauksen hyöty paremman akuutin kivun lievityksen suhteen on tutkimuksien mukaan edelleen epäjohdonmukaista. On siis epäselvää millainen ohjaus auttaa potilasta parhaiten. Strukturoitua, potilaskohtaista preoperatiivista ohjausta suositellaan kuitenkin antamaan. Tämä on parempi vaihtoehto kuin rutiininomainen informaation antaminen. (Schug ym. 2020, 88.)

Potilasohjaus ja psykoedukaatio ovat samankaltaisia käsitteitä ja niiden väliset rajat ovat terveydenhuollossa hämärtyviä. Potilasohjauksessa annetaan potilaille tietoa ja tukea heidän terveydentilastaan. Psykoedukaatio korostaa laajempaa psykologista opetusta ja tukea. (ChatGPT 2024.) Multimodaalisella kivunhoidolla tarkoitetaan erilaisten lääkkeiden yhdistelmistä kivunhoidossa (Hamunen & Kontinen 2018). Schug ym. (2020, 88) katsovat, että myös preoperatiivinen psykoedukaatio on osa multimodaalista kivunhoitoa ja se on liian vähän käytetty hoitokeino. Psykoedukaatiolla voidaan vähentää kivun intensiteettiä, kipulääkkeiden käyttöä, hoitajakson pituutta, postoperatiivisia päivystyskäyntejä, ahdistuneisuutta ja mahdollista kroonisen kivun kehittymistä.

2.1.4 Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet

Koska potilailla on eettinen ja juridinen oikeus hyvään kivunhoitoon, kuuluu siihen myös potilaiden ohjaaminen kivusta ja sen hoidosta ennen toimenpidettä (Hoikka & Kalliomäki 2023). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyytään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Hyvä akuutin kivun hoito vaatii organisaation yhtenäisiä hoito-ohjeita ja toimintamalleja. Hyvän kivunhoidon toteuttaminen vaatii henkilökunnan säännöllisten kouluttamisen, yhtenäisten toimintamallien ja hoito-ohjeiden lisäksi säännöllistä seurantaa ja moniammatillista yhteistyötä. Anestesiaalääkärin tehtävä on vastata leikkauksen jälkeisen kivunhoidon suunnittelusta. Suunnitelma tulee laatia jo ennen leikkausta, preoperatiivisen arvion tai käynnin yhteydessä. Tällöin potilasta tulisi myös ohjata odotettavissa olevasta kivusta ja sen hoitomenetelmistä. Tämä parantaa potilastyytyväisyyttä, vähentää kipuun liittyvää pelkoa ja mahdollistaa potilaan aktiivisen toimijuuden kuntoutuksen suhteen. (Hamunen & Kontinen 2018; Suomen anesthesiologiyhdistys 2014.)

Potilas ja hänen kokemuksensa kivusta ovat kivun hoitotyön lähtökohta. Kivunhoidon hoitotyö etenee kivunhoidon tarpeen määrittelystä toiminnan toteuttamiseen. Hoitotyön prosessit menevät usein päällekkäin ja jatkuvan kivunhoidon arvioinnin perusteella hoitosuunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti ja tarvittaessa muutetaan. Kivunhoidon hoitotyön prosessin toteuttaa yleensä sairaanhoitaja ja kivun arviointi ohjaa lääkehoidon ja muiden auttamismenetelmien toteuttamista. (Salanterä ym. 2013, 5-6.) Potilaita tulee rohkaista kertomaan kivustaan hoitohenkilökunnalle, vaikka se on monesta potilaasta hankalaa (Taylor & Stanbury 2009, 192).

Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu on yleensä lyhytkestoista ja sen voimakkuus vaihtelee. Kipu on hoidettavissa ja se helpottuu ajan kuluessa, paranemisen myötä. Hyvä kivunhoito nopeuttaa liikkeelle lähtemistä, vähentää sydän- ja verenkiertoelimistön haittojen

mahdollisuutta, lyhentää sairaalassaoloaika, estää kivun pitkittymistä, vähentää stressiä ja ahdistuneisuutta sekä hoidon kokonaiskustannuksia. Hoitamattomana kipu altistaa monille psyykkisille ja fyysisille haittavaikutuksille, altistaen leikkauksen jälkeisille komplikaatioille. (Hoikka & Kalliomäki 2023, Taulukko 1.)

Anestesiatyössä tulee tunnistaa sellaiset potilaat, joilla on suurentunut leikkauksen jälkeisen kivun kokemisen tai pitkittymisen riski erilaisten potilaaseen tai toimenpiteeseen liittyvien tekijöiden vuoksi. Eri toimenpiteiden aiheuttama kipu vaihtelee suuresti voimakkuuden, keston ja laadun suhteen. Niiden aiheuttama kudosaivuri on eri suuruista ja myös kudosten kipuperkkyyksissä on eroja. Esimerkiksi iho, luukalvo, hermot, vastakalvo sekä munanjohtimet- ja sarjat ovat herkkiä kivulle. Sen sijaan taas aivot, verisuonet, keuhkokudos ja vatsaontelon elimet eivät ole kipuperkkiä. Myös toimenpiteen jälkeinen kivun voimakkuus ja kipulääkkeiden tarve ovat yksilöllisiä. (Hoikka & Kalliomäki 2023.)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa käytetään erilaisia kipumittareita, jotka auttavat kivunhoidollisten päätöksiä tekemisessä. Potilas valitsee ensisijaisesti itse käytettävän kipumittarin ja samaa kipumittaria käytetään koko hoitojakson ajan. Hoitajat aliarvioivat potilaan kipua verrattuna potilaan omaan arvioon. Potilaan kivun säännöllinen arviointi on ensisijaisen tärkeää. Myös kivunhoidon toimivuutta on arvioitava. Potilas on itse paras kivun ja sen hoidon arvioija. (Salanterä ym. 2013, 6, 12-14.) Jos potilas ei pysty kommunikoimaan, käytetään kipumittarina käyttäytymisen havainnointiin perustuvaa mittaria. Kipua tulee arvioida sekä levossa että liikkeessä sekä ennen ja jälkeen hoitointervention. Arviointi tulee tehdä säännöllisesti sekä tarpeen mukaan. Kivun arviointiin kuuluu sen intensiteetin eli voimakkuuden lisäksi kivun laadun, sijainnin ja keston arviointi. Ilman kivun mittaamista, ei voi tehdä kivunhoidon tehon arviointia. (Salanterä ym. 2013, 12; Englund, Hoikka, Kalliomäki & Raitio 2023a.)

Taulukko 1. Akuutin kivun haitalliset vaikutukset (Hoikka & Kalliomäki 2023).

Sydän- ja verenkiertoelimistö	Takykardia, rytmihäiriöt, hypertensio, ääreisverenkierron vastus suurenee, sydämen hapenkulutus kasvaa, laskimopaluu huononee, laskimoveritulpat, keuhkoembolia
Hengityselimistö	Hengitystilavuus pienenee, atelektaasit heikon yskimisen seurauksena, hypoksemia, infektiot
Ruoansulatuskanava ja virtsatiet	Mahalaukun ja suolen toiminta hidastuu, virtsaretentio
Endokrinologinen ja metabolinen stressivaste	Katabolisten hormonien erityis lisääntyy: <ul style="list-style-type: none"> • Katekoliamiinit • Kortisoli • Glukakoni • Kasvuhormoni • Vasopressiini • Aldosteroni • Reniini • Testosteroni

Lihaksisto	Lihasspasmit, immobilisaatio
Psykologiset vaikutukset	Ahdistus, pelko, unettomuus
Kivun pitkittyminen	Hidastunut toipuminen, toimintakyvyn heikkeneminen

2.1.5 Kivunhoidon erilaiset menetelmät

Lääkäri vastaa kivun lääkehoidosta, mutta sairaanhoitajalla on vastuullinen rooli sen toteuttamisessa. Lääkehoitoa toteutetaan suunnitelmallisesti noudattaen annettuja määräyksiä ja se perustuu potilaan yksilölliseen tarpeeseen. Kivun arvioinnilla on iso merkitys lääkehoidon toteuttamisessa. Arvioon perustuen suunnitellaan potilaan saama kipulääkkeen määrä, antoajankohta, antoreitti ja kotilääkitys. Sairanhoitajalla on kivun arvioinnissa vastuullinen asema. (Salanterä ym. 2013, 16.)

Lääkehoidon lisäksi on monia erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Ne ovat edullisia ja turvallisia ja helppoja toteuttaa myös kotioloissa. Lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmillä voidaan yksinäänkin lievittää potilaan kipua, mutta ne ovat tehokkaimpia yhdistettyinä lääketehtävään. Jo potilaan kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen, rauhoittaminen, kosketus ja ohjaaminen kivunhoitoon liittyvistä asioista voi helpottaa potilaan oloa. Muita lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on erilaiset fysikaaliset hoidot, kuten asento-, kylmä ja -lämpöhoito sekä hieronta. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi voi aiheuttaa leikkausalueelle kipua, joten myös pahoinvoinnin hoitaminen voi helpottaa kipua. (Englund, Hoikka, Rainio, Tiippana 2023b.)

Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, kuten rentoutus- ja hengitysharjoitukset, huomion suuntaaminen pois kivusta, mielikuvaharjoittelu, musiikin kuuntelu ja tietoisuustaidot (mindfulness) ovat käytettyjä kivunhallinnan lääkkeettömiä menetelmiä (Englund ym. 2023b). Erilaisilla rentoutusmenetelmillä voidaan vaikuttaa kehon stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen. Rentoutusmenetelmillä voidaan myös vähentää kipuun liittyvää lihasjännitystä. Samoin niillä pyritään vähentämään negatiivisia tunnereaktioita, helpottaa nukahtamista ja parantaa kivunhallinnan tunnetta. Rentoutumiseen voidaan käyttää erilaisia hengitys- ja keskittymisharjoituksia sekä lihasrentoutustekniikoita. Huomion suuntaamista muualle käytetään, jotta kipu koettaisiin lievempänä, se herättäisi vähemmän negatiivisia tunteita ja ei sitoisi niin paljon huomiota. (Elomaa & Sipilä 2018.)

Asentohoidolla voidaan helpottaa lihasjännitystä. Se myös parantaa verenkiertoa ja ehkäisee painehaavojen syntymistä. Asentohoidossa tulee huomioida toimenpiteen asettamat rajoitukset. Asentohoitoa voidaan toteuttaa erilaisin tyynyin ja tuin sekä säätämällä sängyn päätyä potilaalle optimaaliseen asentoon. Kylmähoito nostaa kipukynnystä. Kylmä hidastaa hermojen johtumisnopeutta ja kudosten aineenvaihduntaa. (Englund ym. 2023b, Salanterä ym. 2013.)

Kylmähoitoa voidaan toteuttaa pitämällä esimerkiksi kylmäpakkausta 15-30 minuuttia kerrallaan kipualueella useita kertoja päivässä. Kylmähoito sopii hyvin pehmytkudosvaurioiden hoitoon ja leikkauksen jälkeen käytettäväksi. Vasta-aiheina kylmähoidolle on hoitoalueen heikentynyt ihotunto, huonontunut valtimoverenkierto, kylmäallergia, Raynaud´n tauti ja potilaan huono kommunikaatiokyky. (Pohjolainen 2018.)

2.1.6 Kivun hoito HUS:ssa

HUS:issa on käytössä viisi näyttöön perustuvaa yhtenäistä hoitoyön toimintamallia: kaatumisten ehkäisy, painevaurioiden ehkäisy, vajaravitsemuksen ehkäisy, suunhoito sekä kivunhoito. Toimintaa ohjataan myös johtajaylilääkärin ohjeilla (JYL-ohje). (HUSa.) JYL-ohjeen ”Kivun arviointi ja hoito HUS:ssa” (Mäkijärvi 2021, 1) mukaan asianmukainen hoito on jokaisen potilaan oikeus. Kipua hoidetaan ensisijaisesti hoitamalla kipua aiheuttavaa syytä, esimerkiksi perussairautta. Jos tämä ei riitä, tai siihen ei voida vaikuttaa, hoidetaan kipua oireenmukaisella hoidolla. Kivun hoito kuuluu kaikille potilashoitoon osallistuville ammattiryhmille ja erikoisaloille.

Kivun hoidon suunnittelu tehdään moniammatillisesti. Sitä varten tulee selvittää 1) kivun kesto, sijainti, voimakkuus, ajallisuus ja luonne. 2) kivun vaikutus työ- ja toimintakykyyn, uneen ja mielialaan 3) kipua pahentavat ja lieventävät tekijät 4) nykyisen kipulääkityksen vaikutus ja mahdolliset haittavaikutukset 5) potilaan tarpeet ja odotukset kivun hoidosta. Jos potilaalla on kipua tai sitä on odotettavissa hoitoon liittyen, valitaan yhdessä potilaan kanssa käytettävä kipumittari, jota käytetään koko hoitajakson ajan. Kipu arvioidaan intensiteetin eli voimakkuuden lisäksi myös sijainnin, ajallisuuden ja luonteen suhteen. Kivunhoidon lähtökohtana on kivun systemaattinen arviointi, potilasohjaus sekä potilaan aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa sairauden ja tilan sallimissa rajoissa. Kipua hoidetaan näyttöön perustuvilla menetelmillä ja hoitosuunnitelma tehdään yksilöllisesti, yhdessä potilaan kanssa. Kivun lievityksessä käytetään sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä menetelmiä. Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kipuongelma huomioiden. Tavoitteena on korkeintaan lievää kipua. (Mäkijärvi 2021 2-4.)

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat kivunhoidon perusta ja niitä tulee käyttää kaikkien ammattiryhmien aina kun se on mahdollista. Myös potilasinformaatio on yksi lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Potilaan kipuongelman mukaisesti voidaan hyödyntää eri ammattiryhmien (lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä) osaamista lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien potilasohjauksessa. Jos hoidosta huolimatta potilas kokee voimakasta kipua, tarkastetaan kivun syy, sijainti ja käytössä olevien kivunlievityskeinojen käyttö ja vaikutus. Tarvittaessa konsultoidaan kivun hoitoon perehtynyttä lääkäriä huomioiden kiputilanteen hoidon kiireellisyys. Ensisijainen vastuu potilaan kivunhoidosta on hoitovastuussa olevan yksikön lääkäriellä. (Mäkijärvi 2021, 3-5.)

Jokainen tulosityksikkö vastaa potilaiden hoitoon osallistuvan henkilökunnan säännöllisestä kivunhoidon koulutuksen järjestämisestä. Koulutuksen tulee sisältää erilaisten kiputilojen hoidon periaatteet, kivun arviointi ja kirjaaminen sekä vuorovaikutus ja potilasohjaus. Lääkehoidontoteuttamisen suhteen noudatetaan erillistä JYL-ohjetta. (Mäkijärvi 2021, 5.)

2.1.7 APS eli Acute Pain Service-toiminta

APS- toiminta ja yhteneväiset ohjeistukset parantavat kivun hoitoa. APS-tiimien tehtävänä on varmistaa, että hoitohenkilökunta saa asianmukaista koulutusta, ohjeistukset ovat yhteneväisiä, antaa tukea ja apua kivun hoitoon sekä potilaille että henkilökunnalle ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä toimii kivun hoidon parhaaksi. (Taylor & Stanbury 2008 188.)

APS-työryhmät toimivat eri paikoissa erilaisilla malleilla. Pohjoismaissa on usein käytössä sairaanhoitajavetoinen kivunhoitomalli, jolla panostamalla osastojen henkilökunnan koulutukseen on päästy hyviin tuloksiin taloudellisesti. Erityisen toimiva malli on, jos kivunhoitoon perehtyneen sairaanhoitajan tukena on akuutin kivun hoitoon erikoistunut anestesia lääkäri. APS-tiimien lisäksi jokaisella vuodeosastolla tulisi olla kivunhoidosta vastaava henkilö ja organisaatiossa olisi nimettynä kivunhoidosta vastaava lääkäri. APS-yksiköllä tulisi olla myös ns. APS-jälkipoliklinikka toimintaa, jossa kipuongelmaisia potilaita seurattaisiin kotiutuksen jälkeen, jos kipu ei hallittavissa peruskivulääkkeillä ja potilas tarvitsee joko vahvoja opioideja tai neuroopaattisen kivun lääkkeitä tai molempia. (Mäkinen & Tiippa 2023.)

Useimmissa HUS:n sairaaloissa, joissa tehdään leikkauksia, on vuodeosaston henkilökunnan tukena konsultoiva akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon perehtynyt APS (Acute Pain Service) -tiimi (HUSb). APS-työryhmä on akuutin kivunhoidon moniammatillinen tiimi. Kaikissa suurissa kirurgisissa keskuksissa, mutta etenkin sairaaloissa, joissa käytetään kajoavia kivunhoitomenetelmiä, tulisi olla APS-työryhmä. (Hamunen & Kontinen 2018; Mäkinen & Tiippa 2023.) Työryhmän organisaatio ja sisältö riippuvat tarpeista ja resursseista (Hamunen & Kontinen 2018). APS-työryhmien tehtävinä ovat 1) potilaiden leikkauksen jälkeisen akuutin kivunhoidon ohjaaminen ja konsultointi, 2) yhtenäisten toimintamallien ja hoito-ohjeiden kehittäminen ylläpitäminen sekä potilasinformaation tuottaminen 3) kivunhoidon koulutuksien suunnittelu ja järjestäminen, johon kuuluu myös bedside-opetus 4) kivunhoidon laadunseuranta ja säännöllinen auditointi. (Hamunen & Kontinen 2018; Mäkinen & Tiippa 2023.)

HUS APS-jälkipoliklinikka on anestesia lääkärien pitämä kipuvastaanotto. Potilas saa yleensä ajan vastaanotolle tai hoitopuhelua varten 1-3 viikon kuluttua kotiutumisesta. Digihoitopolku tukee potilaan kivun omahoitoa kotiutumisen jälkeen. Jälkipoliklinikka on tarkoitettu potilaille, jotka tarvitsevat erityistä seurantaa ja ohjeistusta kipulääkityksien purkamiselle, joilla on ongelmallinen leikkauksen jälkeinen kipu tai kotiutuessa opioidien tai neuroopaattisen kivun lääkkeiden tarve. Poliklinikka on tarkoitettu ainoastaan potilaille uuden leikkauksen jälkeisen kipuongelman hoitoon. Poliklinikalla ei hoideta kroonista kipua. (Makkonen & Alatalo 2023)

2.2 Potilasohjaus

Yksi terveydenhuollon keskeisimpiä tavoitteita on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen (Kääriäinen 2010, 26). Hoitoajat ovat lyhentyneet aikaisempaan verrattuna ja tämä korostaa potilasohjauksen onnistumista. (Manninen, Huttunen, Jauhiainen 2010, 16.) Potilasohjauksella on iso osuus terveyden edistämässä sekä ylläpitämisessä ja ohjausta pidetäänkin hoitajan yhtenä osaamisvaatimuksen ydinalueena. Ohjauksella nähdään olevan suoraan vaikutusta potilaiden terveyteen. (Kääriäinen 2010, 26.) Potilasohjauksen laadussa on kuitenkin puutteita. Ohjauksessa potilas tulisi nähdä aktiivisena toimijana, jolla on vastuu omasta toiminnastaan. Itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja näin ollen potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ohjauksesta. Hoitajan vastuulle kuitenkin jää varmistaa, että potilaalla on riittävästi tietoa päätöksensä ja toimiensa tueksi. (Kääriäinen 2010, 26.)

Laadukas ohjaus koostuu potilaslähtöisyydestä, vuorovaikutteisesta ohjaussuhteesta sekä aktiivisesta ja tavoitteellisesta toiminnasta. Potilaslähtöisyydessä on otettava huomioon potilaan fyysiset taustatekijät, psyykkiset ominaisuudet ja sosiaaliset taustatekijät. Potilaan erilaiset ominaisuudet vaikuttavat mm. hänen kykynsä ottaa ohjausta vastaan, muistaa asioita, motivaatioon ja omaksumiseen sekä esimerkiksi omaisten mahdollisuuteen auttaa tulkitsemaan ohjausta, jos omaisten läsnäolo ohjauksen aikana on mahdollista. Potilaslähtöisyys ei toimi ilman aitoa vuorovaikutteista ohjausta, jossa potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun. Toimivassa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja yhdessä suunnittelevat ohjauksen sisällön ja prosessin tavoitteiden saavuttamiseksi, koska potilas on oman elämänsä paras ja hoitaja ohjausprosessin asiantuntija. (Kääriäinen 2010, 28.)

Koska potilailla on erilaiset valmiudet ottaa vastuuta omasta toiminnastaan, heitä on rohkaistava siihen. Potilailla voi olla erilaisia esteitä vastuulliseen toimintaan, kuten terveydentila, aiemmat kokemukset ja uskomukset. Esimerkiksi uskomus siitä, ettei itse pysty vaikuttamaan terveyteensä, vaatii hoitajalta kykyä rohkaista potilasta ottamaan vastuuta. Jos potilaalla on paljon erilaisia vastuun ottamista estäviä tekijöitä, on hoitajan ammattilaisena käytävä läpi välttämättömät perusasiat, jotta potilas voi vastata omasta hoidostaan siltä osin, kuin se on mahdollista. (Kääriäinen 2010, 29.)

Laadukas ohjaus on riittävää ja terveyttä edistävää. Ennen hoitoon tuloa potilaalle tulisi jäädä riittävästi aikaa harkita vaihtoehtoja ja selvittää omaa tilannettaan. Potilaslähtöinen ja riittävä ohjaus mahdollistavat ohjauksen vaikutukset hoitoon sitoutumisessa, kliinisissä tuloksissa ja itsehoidossa. Laadukas ohjaus on myös taloudellista, koska se voi mm. vähentää sairaalassaolon pituutta ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen, 2010, 30.) Teknologia voi tukea potilaslähtöisyyttä ja potilaan itsehoitoa (Jauhiainen 2010, 41). Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kehittämä Terveyskylä.fi alusta tuo potilaat ja ammattilaiset yhteisen tiedon ja ohjauksen pariin. Sivusto on aina avoinna ja sen kaikille avoimet palvelut sisältävät

mm. itsehoito-oppaita. (Terveyskylä.fi 2022.) Terveyskylä.fi:ssä oleva Kivunhallintatalo auttaa potilasta ymmärtämään kiputilaansa ja kehittämään kivunhallintaansa. Kivunhallintatalossa on perustietoa kivusta, tietoa kivusta leikkauksen jälkeen ja mm. pitkäaikaisen kivun osio. Itsehoito-osiossa on kivunhallinnassa auttavia itsehoitomateriaaleja. (Terveyskylä.fi 2019.)

Ammatillinen koulutus tuo tärkeitä valmiuksia ohjaustilanteisiin, mutta kehittyminen jatkuu myös koulutuksen päätyttyä. Ammatti-identiteetti muodostuu ajan, koulutuksen ja kokemuksen myötä. Ohjaajana on uskallettava ottaa hallittuja riskejä ja kuljettava oman mukavuusalueen ulkopuolella, jotta kehittymistä tapahtuu. Esimerkiksi hoitajan ei kannata aina ohjata vain lapsipotilaita, vaan myös aikuisia. Epäonnistumisiakin tarvitaan, jotta opitaan uutta ja kehitytään lisää. (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 31-33.)

Preoperatiivinen ohjaus eli ennen leikkausta tapahtuva ohjaus tapahtuu joko osastolla, poliklinikalla tai puhelinohjauksena hoidon suunnittelijan toimesta. Toteutustavasta huolimatta ohjauksessa korostuu asiakkaan sekä hänen läheistensä ohjaaminen. Hyvä ohjaus vähentää heidän kaikkien pelkoja ja ahdistusta leikkausta ja siitä toipumista kohtaan. Ohjauksen tavoitteena onkin saada asiakas motivoitumaan omasta hyvinvoinnistaan ja kuntoutumisestaan. Onnistunut ohjaus parantaa asiakkaan valmiuksia tulevaan leikkaukseen, vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita sekä tutkitusta vähentää leikkauksen jälkeistä kipua ja lyhentää toipumisaikaa. (Asunmaa, Helminen, Jaakonsaari, Koivisto & Pohtola 2023, 72.)

2.2.1 Ohjausosaaminen

Hyvä ohjaaja kommunikoi asiakkaalle sopivalla kielellä. On myös hyvä muistaa, ettei liian lähellä asiakkaan maailmaa kannata olla, jottei aleta pitämään mitään itsestänselvyyksinä. (Kupias 2022, 150-151.)

Kupias (2022) on tehnyt jo vuonna 2016 haastatteluita, joissa hyvän ohjaajan tärkeiksi osaamisen alueiksi nousivat seuraavat seikat: ohjaajan itsetuntemus, asiakkaan arvostava kohtaaminen, turvallisen ohjaustilan rakentaminen, läsnäolo ja kuuntelu, kysyminen, muttei neuvominen, dialogitaidot, aito vuorovaikutus, oppimisen edistäminen ja prosessinen ohjaaminen, työelämäntuntemus, ryhmän ohjaustaidot sekä menetelmäosaaminen. (Kupias 2022, 133.)

Ohjaajan ja ohjattavan välillä on aina vuorovaikutussuhde. Mitä parempi vuorovaikutussuhde saadaan muodostettua, sitä paremmin ohjaus toimii. Mitä sitten ovat hyvät vuorovaikutustaidot? Hyvällä ohjaajalla tulee olla kyky kuunnella potilasta aktiivisesti. Ohjattavan kerrontaa on hyvä tarkentaa lisäkysymyksillä. Tämä voi kuitenkin kiireessä olla haasteellista. Puheliaalla ohjaajalla voi olla vaikeaa kuunnella ja malttaa itse olla hiljaa, mutta ihmisten kanssa työskennellessä tämä on tärkeää. On hyvä muistaa, että tätä taitoa voi kuitenkin harjoitella. Ohjaustilanteissa tavoitteena on, että keskustelusta muodostuu ohjaajan ja ohjattavan

tasavertainen dialogi. Ohjaaja voi johdatella keskustella ja rohkaista ohjattavaa puhumaan, mutta koskaan ei saisi puhua päälle. Onnistunut ohjaussuhde perustuu luottamukseen, mikä syntyy yhdessä tekemällä, kunnioittamalla ja ajatuksia vaihtamalla. Muita hyviin vuorovaikutustaitoihin liittyviä seikkoja ovat kyky kommunikoida ja ilmaista asiansa selkeästi, sosiaalinen kyvykyys eli tullaan erilaisten ihmisten kanssa toimeen sekä empatiakyky. Ammatillisesti tällä tarkoitetaan sitä, että ymmärrämme ja oivallamme ohjattavan tilannetta. Empaattinen ohjaaja kuuntelee aidosta ja eläytyy ohjattavansa tilanteeseen. (Kalliola ym. 2010, 45-48.)

2.2.2 Potilasohjaus eettisestä näkökulmasta

Eettisestä lähtökohdasta ohjausta tarkasteltaessa ohjaajalta edellytetään ymmärrystä siitä, millaisia eettisiä periaatteita ja terveyden edistämisen päämääriä ammattikunnalle on asetettu. Jokaisen potilasta ohjaavan tulisikin työstää omia arvojaan ja käsityksiään potilaan ohjauksesta, koska oikeaa tapaa toimia tietyssä ohjaustilanteessa ei ole. Hoitajan on ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. Ilman ohjattavien asioiden tunte-
musta tämä ei onnistu. Tämän lisäksi ohjaajalla täytyy olla käyttää vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja, jotta ohjausprosessia voidaan ylläpitää, arvioida ja kirjata. Myös erilaisten ohjausmenetelmien tuntemus on tärkeää, koska potilaat oppivat eri tavoilla. Ohjauksen ongelmia on mm. resurssien riittämättömyys ja ajantasaisen ohjausmateriaalin saatavuus. Myös ohjauksen systemaattisessa organisoinnissa on puutteita, ja ohjaus on ollut liian sattumanvaraista. Ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen selkeiksi toimintaohjeiksi vähentää päällekkäistä toimintaa. (Kääriäinen 2010, 27-28.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (782/1992) 3 § määritellään, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. 5 § määritellään, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden (Sairaanhoitajaliitto 2021) mukaan sairaanhoitajan tulee tukea ja edistää potilaan omia voimavaroja ja parantaa elämänlaatua. Sairaanhoitajan on kohdeltava jokaista yhtä hyvin ja yksilöllisesti, välittämättä esimerkiksi potilaan yhteiskunnallisesta asemasta tai rodusta. Sairaanhoitajan tehtävänä on myös kärsimyksen lievittäminen. Hyvän potilasohjauksen tulee olla perusteltua ja selkeää, sekä kannustavaa, kuuntelevaa ja sallivaa (Jumisko 2021).

2.2.3 Kivun hoidon ohjaus

Kivunhoidossa potilasohjaus on keskeistä. Tavoitteena on, että potilaalla on riittävästi tietoa kivusta ja sen hoidosta, jotta hän voi olla aktiivisena osallisena hoidossaan. Hyvällä ohjauksella voidaan vähentää potilaan kokemia ahdistuneisuutta ja pelkoa. Näin kivunhoidon laatu paranee, potilas on tyytyväisempi saamaansa kivunhoitoon ja paraneminen edistyy. (Salanterä ym. 2013, 6, Taulukko 2.) Postoperatiivinen kipu on parhaiten hallinnassa, kun kivun hoitoa lähestytään multimodaalisesti. Näin ollen sekä lääkkeellisten että ei-lääkkeellisten kivun hoitomenetelmien käyttäminen ja niiden ohjaaminen potilaille on tärkeää. (Akire & Bayraktar 2024, 244.)

Taulukko 2. Leikkauksien potilasohjauksessa käsiteltäviä asioita (Hoikka & Kalliomäki 2023).

Odotettavissa oleva kipu	Kokeeko potilas kipua toimenpiteen aikana tai sen jälkeen? Miten kauan kipu kestää? Miltä kivun kokeminen tuntuu?
Hoitamattoman kivun haitat	Ks. taulukko 2.
Kivun mittaaminen	Kipumittarit
Kivun hoidon menetelmät	Eri vaihtoehdot

Chou ym. (2016, 133-134) ovat tehneet amerikkalaisen suosituksen postoperatiivisen kivun hoidosta. Suosituksessa puhutaan myös potilasohjauksesta. Potilasohjauksen tulisi olla yksilöllisesti suunniteltua varsinkin potilailla, joilla on suurempi tarve ohjaukseen. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi ahdistushäiriöiset potilaat. Ohjauksessa pitäisi käydä ilmi ainakin erilaiset kivun hoidon vaihtoehdot ja suunnitelma tulisi myös kirjata. Ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia tekniikoita, kuten tapaamisia, videoita ja kirjallista materiaalia. Erilaisten ohjausinterventioiden paremmuudesta ei ole tutkimustietoa. Myöskään perioperatiivisen ohjauksen sisällön suhteen ei ole konsensusta, mutta ohjaukseen suositellaan kuuluvan tietoa kipu- ja rauhoittavien lääkkeiden käytöstä ennen leikkausta ja sen jälkeen, kivun arvioimisesta ja raportoinnista, yksilöllisistä kivun hoidon menetelmistä ja realistisista kivun hoidon mahdollisuuksista. Ohjaukseen tulisi myös kuulua kipuun liittyvien väärinkäsitysten korjaaminen.

Suosituksessa on myös ehdotus kognitiivisbehavioraalisten menetelmien käytöstä multimodaalisen kivun hoidon osana. Tällaisia menetelmiä ovat mm. erilaiset rentoutustekniikat ja musiikin kuuntelu. Lääkärin olisi tärkeää tehdä preoperatiivinen arvio, johon kuuluu mm. somaattisten ja psykiatristen oheissairauksien, päihteiden käytön ja kipuhistorian selvittäminen. Näiden tulisi ohjata perioperatiivista kivun hoitoa. (Chou ym. 2016, 135, 139.)

Psykososiaalisia menetelmien käytöstä on muutakin tutkimusnäyttöä. Szeverenyi ym. (2018, 1245) meta-analyysin mukaan erilaiset psykologiset interventiot, kuten ohjaus ja erilaiset rentoutustekniikat, vähensivät postoperatiivista kipua, pre- että postoperatiivinen ahdistuneisuus väheni ja paraneminen tehostui. Näyttö on kuitenkin heikkoa laadukkaiden tutkimuksien

puutteen vuoksi. Myös Hanna Von Platon mukaan (2020, 69) potilaat kokevat saavansa riittämätöntä preoperatiivista kivun hoidon ohjausta ja liian vähän tietoa kivusta. Tällä on vahva yhteys postoperatiiviseen kipuun. Kun potilailla on parempi tietämys leikkauksen jälkeisestä postoperatiivisesta kivusta, ovat he myös tyytyväisempiä kivun hoitoon. Potilaat olivat saavansa suurimman osan tiedosta kirurgilta, mutta useimmiten tieto kivusta ja sen hoidosta tuli sairaanhoitajilta.

On myös viitteitä siitä, että preoperatiivinen ohjaus vähentää leikkauksen jälkeistä opiaattien kulutusta ja parantaa psykologista vointia, etenkin vähentää ahdistuneisuutta. Jonkin verran on saatu viitteitä siitä, että postoperatiivinen kipu vähenee ohjauksen avulla, mutta tutkimusnäyttö on tämän suhteen ristiriitaista. Preoperatiivisella ohjauksella voidaan parantaa myös potilastyytyväisyyttä. Ohjaus on mahdollista yhdistää tavanomaiseen preoperatiiviseen ohjaukseen, eikä eri ohjaustapojen välillä (kirjallinen, suullinen, video tms.) ole löydetty merkittävää eroa hyödyssä. (Darville-Deneby ym. 2023, 18.)

Schug ym. (2020, 80) suosittavat, että potilaille pitää ohjata kivun arviointi, hoidon vakavien haittojen riskit, ja kannustaa potilaita kommunikoimaan kivustaan sekä kivun hoidon tehokkuudesta. Tällaisilla potilaille on kokemus siitä, että he hallitsevat kipuaan paremmin. Kun potilaan tieto lisääntyi, väheni ahdistuneisuus ja potilastyytyväisyys parani. Parhaimmat tulokset saatiin yhdistelemällä eri ohjaustekniikoita, kuten video-ohjaus, kirjallinen materiaali ja henkilökohtainen ohjaus. Pelkkä verbaalinen ohjaus ja keskustelu oli vähiten tehokas ohjausmuoto, kirjallinen informaatio nousi suullista ohjausta paremmaksi vaihtoehdoksi.

Esimerkiksi Yajnick ym. (2019, 385) saivat pienessä tutkimuksessaan hyvän tuloksen antamalla potilaille yksinkertaisen kirjallisen ohjauskortin, jossa oli esitelty eri kivunhoitomenetelmiä ja selitetty mm. eri kipulääkkeiden vaikutuksia ja käyttötarkoitusta. Kortti päivitettiin kullekin potilaalle sopivaksi kivunhoitosuunnitelman mukaisesti. Potilaat pystyivät näin itse ohjaamaan kivun hoitoaan taulukon avulla ja se vähensi perioperatiivista opiaattien käyttöä. Monista suosituksista poiketen potilaat saivat ohjauskortin ja siihen liittyvän ohjauksen leikkauspäivänä ja kortin käyttöön liittyvää ohjausta jatkettiin leikkauksen jälkeen.

Sipilän ja Kalson (2021, 1, 8-9) mukaan potilaan mahdolliset uniongelmat tulisi selvittää ennen leikkausta ja unettomuuden korkean riskin potilaat tulisi tunnistaa. Uniongelmiin tulisi puuttua ohjaamalla potilaita unihygieniasta ja kuinka unta voi parantaa esimerkiksi rentoutus- ja hengitystekniikoilla. Unta parantavat ei-lääkkeelliset keinot ovat vaativat opettelemista ja niihin tulisi motivoida potilasta. Unella ja kivulla on yhteisvaikutus. Huono uni lisää kivun intensiteettiä ja kipu voi heikentää unta. Leikkauksen jälkeen unta tulisi tukea esimerkiksi hyvällä kivun hoidolla, käyttämällä korvatulppia ja unimaskia, minimoimalla käynnit potilashuoneessa yöaikana ja tarvittaessa käyttämällä unta parantavia lääkityksiä.

3 Kehittämisasetelma

Kehittäminen on yleensä konkreettista toimintaa, jolla tähdätään määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämistoiminnassa kohde, laajuus, organisointitapa ja lähtökohta yleensä vaihtelee tilanteen mukaan. Luonteeltaan kehittäminen on kuitenkin käytännöllistä. Asioita halutaan korjata, parantaa ja edistää. Onnistunut kehitystyö voi levitä organisaation sisällä laajemmin käyttöön otettavaksi tai jopa muille toimijoille. (Toikko & Rantanen 2009, 14-16.)

Kehittämistoiminnan kokonaisluonteen hahmottamisessa tärkeää on tehdä ero mallimaailman ja reaalimaailman välillä ja ymmärtää niiden väliset suhteet (Salonen ym. 2017, 29). Kehittämisellä tavoitellaan jotain parempaa ja tehokkaampaa, kuin aikaisemmat käytössä olleet toimintatavat tai -rakenteet. Kehittämisen tärkein elementti on tavoitteellisuus. (Toikko & Rantanen 2009, 16.)

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessia ja luoda siihen perustuva ohjausmalli. Tarkoituksena on myös luoda opas sairaanhoitajille vakropan ohjaamisesta.

Tarkemmin listattuna opinnäytetyömme tavoitteet perusteluineen ovat seuraavanlaiset:

1. Kehittämistyöllä tavoitellaan voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden hyvää kivunhoitoa leikkauksen jälkeen. Hyvä kivunhoito nopeuttaa toipumista ja lievittää kärsimystä.
2. Tavoitteena on kuvailla, kuinka voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden kivunhoidon suunnittelun voisi aloittaa jo preoperatiivisesti.
3. Tavoitteena on tuottaa tietoa riskipotilaiden hoitoprosessista, jotta laadukas kivunhoito jatkuu saumattomasti koko hoitojakson ajan.
4. Tavoitteena on parantaa preoperatiivisen poliklinikan yhteistyötä leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon (APS)-tiimin kanssa, jolloin potilas saa laadukasta hoitoa.
5. Tavoitteena on parantaa preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajien tietämystä voimakkaan akuutin kivun riskissä olevista potilaista ja parantaa heidän ohjaamisestaan. Tällöin heidän kipuansa hankaloittaviin tekijöihin voidaan puuttua ennen leikkausta.

Tutkimusasetelman ytimen muodostaa tutkimuskysymykset. Kehittämistoiminnassa tosin on yleensä luonnollisempaa puhua arviointikysymyksistä, kehittämiskysymyksistä tai vain kysymyksistä. Näiden merkitys ja luonne riippuu tutkimusotteesta. Laadullisessa tutkimuksessa kysymykset voidaan asettaa yleisluontoisiksi ja ne voivat muuttua aineiston tuottamisen ja analysoinnin aikana, toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Toikko & Rantanen 2009, 117.)

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset:

1. Millainen voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessi on?
2. Millä keinoin preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja voi edistää potilaan postoperatiivista kivunhallintaa?
3. Millaista ohjausosaamista preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajat tarvitsevat ohjatussa voimakkaan akuutin kivun riskissä olevia potilaita?

Kehittämistoiminnan tiedontuotantoa voidaan jäsenellä myös aineiston määrän näkökulmasta, koska jossain kohdassa on hyvä rajata tiedonkeruuta. Yhtä syvälliseen tiedon keräämiseen ei voida eikä tarvitse kehittämistoiminnassa keskittyä kuin tutkimuksessa. Tietoa tulee kuitenkin kerätä kehittämistoiminnan kannalta perustellusti. (Toikko & Rantanen 2009, 119.)

3.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tarkastellaan merkityksen maailmaa. Se on ihmisten välistä ja sosiaalista, jonka merkitykset näkyvät suhteina ja niiden välisinä merkityskokonaisuuksina. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tavoittaa ihmisen omat kuvaukset todellisuudesta. (Vilka 2025.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä vaatii aina kysymyksen, johon etsitään vastausta. Sen tavoitteena ei ole etsiä totuutta etsittävästä asiasta, vaan muodostaa tulkintoja ihmisten toiminnasta, joka on välittömän havainnoinnin tavoittamattomissa. Nämä välittömät havainnot ovat kuin arvoituksia, joiden ratkaisu on tutkijoiden tavoitteena. Tutkimukseen osallistuvat ihmiset antavat kokemuksellaan ja käsityksellään tutkijoille johtolankoja ja vihjeitä ratkaisuun. (Vilka 2025.)

Laadullinen tutkimus valikoitui työllemme, koska haluamme kerätä hoitohenkilökunnalta tietoa, ajatuksia ja ideoita aiheeseemme liittyen. Tutkimuskysymyksiimme haemme yksilöiden sekä ryhmien näkökulmia ja kokemuksia, eikä näitä ei voi mitata määrällisesti. Vakropien hoitoprosessia ei ainakaan tiedettävästi ole Suomessa missään käytössä. Vilka (2025) sanookin, että tutkimukseen osallistuvan henkilön kokemus on aina henkilökohtainen. Tämä meidän pitää tutkijoina pitää mielessä, kun teemme tutkimusta. Lisäksi pitää huomioida ihmisten käsityksien ja kokemusten väliset erot.

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelut, kyselyt, havainnointi sekä dokumenteista kerätty tieto. Menetelmiä on mahdollista käyttää eri tavoin yhdisteltyinä tai vaihtoehtoisin järjestelyin tutkimusongelman ja -resurssien mukaisesti. Nämä luetellut menetelmät eivät ole ainoastaan laadullisen tutkimuksen, vaan niitä voidaan käyttää myös määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 83.) Me päädyimme työssämme käyttämään haastatteluita ja sen lisäksi osallistavia menetelmiä.

Osallistavia menetelmiä voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun tarvitaan johonkin asiaan konsensusta tai etsitään innovatiivisia ratkaisuja. Menetelmien valintaan liittyy monia näkökulmia, esimerkiksi millaista tietoa, keneltä ja millaisella aikataululla tietoa halutaan kerätä. Nämä ohjaavat menetelmien valinnassa. (Slocum 2003, 11-14.) Halusimme käyttää hoitoprosessin ideoimisessa innovatiivisia ratkaisuja. Siksi päädyimme käyttämään Learning cafe työpajoja yhtenä tiedonkeruu menetelmänä. Näiden työpajojen avulla saimme paljon tietoa ja näkökulmia tutkimuksen aiheesta.

Vehkalahti (2014) kirjoittaa, että saatekirje on kyselytutkimuksessa tärkeää. Se kertoo osallistujalle tutkimuksen perustiedot eli sen mistä tutkimuksessa on kysymys, kuka tutkimusta tekee, miten osallistajat ovat valittu ja mihin tuloksia tullaan käyttämään. Tämän kirjeen merkitystä ei kannata aliarvioida, koska sen perusteella mahdollinen osallistuja päättää osallistuuko tutkimukseen. Hyvin laaditulla saatekirjeellä voi siis herättää mahdollisen osallistujan kiinnostuksen ja vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Vaikka Vehkalahti puhuu kirjassaan kyselytutkimuksesta, on saatekirje koko tutkimuksen onnistumisen kannalta olennaisessa osassa. Teimme tiedotteen tutkimuksesta poliklinikan ja HUS Kipuklinikan työntekijöille, jossa kerroimme tutkimuksesta ja siinä käytettävistä menetelmistä. (Liite 1).

3.3 Yhteistyötahot

Teimme kehittämistyömme yhteistyössä HUS Kipuklinikan APS-sairaanhoitajien ja verisuonikirurgian poliklinikan sairaanhoitajien kanssa. Aiheesta haastattelimme myös kivun hoitoon erikoistunutta psykologia ja akuutin kivun hoitoon erikoistunutta anestesiaääkäriä.

Verisuonikirurgian poliklinikalla hoidetaan ajanvarauksellisesti potilaita, joilla on valtimoverenkierron häiriöstä johtuva ongelma, vatsa-aortan pullistuma, kaulavaltimon ahtauma tai pullistuma, valtimoverenkierron häiriöstä johtuva ongelma, munuaisten vajaatoiminta, jonka hoito vaatii veritiekirurgiaa tai raajaan levinnyt melanooma, joka vaatii erityistä solunsalpaajahoidoa. (HUSc.)

Verisuonikirurgian poliklinikalla preoperatiiviselle ohjaukselle on olemassa pikaohjeet tarkistuslistana. Ohjeessa käydään läpi mitä hoitajan kuuluu preoperatiivisella käynnillä tai soiton aikana tehdä ja ohjata potilaalle. Myös tietojärjestelmään on tehty fraasilista, joka toimii tarkistuslista tyyppisenä apuna ohjauksessa. Osin ohjaaminen on kuitenkin jokaisen hoitajan oman osaamisen takana. Esimerkiksi haastateltu sairaanhoitaja antaa perehdytettäville hoitajille potilasohjeet eri leikkauksista läpikäytäväksi. Perehdytettävät hoitajat usein myös aloittavat perehtymisen lääkärin vastaanotoilta, jolloin he saavat tietoa hoidon suunnittelusta. (Sähköposti 11.11.2024.)

Ennen toimenpidettä potilaalla on hoitajan kanssa aina vähintään puhelinkontakti. Pelkästään puhelimitse hoidettavat ohjauskäynnit ovat vain pienelle osalle leikkauksen tulevista,

esimerkiksi korjaukseen tuleville dialyysifistelistopotilaille. Yleensä käynti on kuitenkin joko etä-vastaanottona tai paikan päällä. (Sairaanhoitajan haastattelu 4.10.2024.)

Ennen leikkausta edeltävällä käynnillä potilaille tulee kerralla paljon ohjausmateriaalia. Verisuonikirurgian poliklinikalla ohjaukseen kuuluu mitä toimenpiteessä tapahtuu, millainen perustoipuminen on, anestesia lääkäriin paperikonsultaation ja lääkitysohjeiden läpikäyminen, mahdollisten kirurgin lisäohjeiden selventäminen sekä perusleikkausvalmisteluista kertominen. Lisäksi ohjataan asioista, mitä potilaan pitää ottaa huomioon jo kotona, esimerkiksi ravinnotta olot ja tietyille potilasryhmille stafylokokkihäätöohjeistukset. (Sairaanhoitajan haastattelu 4.10.2024.)

Suullisen ohjeistuksen lisäksi potilaille jaetaan myös materiaalia kotiin tutustuttavaksi. Esimerkiksi verisuonikirurgian poliklinikalla on tapana ohjata tutustumaan Terveyskylän Verisuonitalon sivuston materiaaleihin. (Sairaanhoitajan haastattelu 4.10.2024.)

Aiemmin verisuonikirurgian poliklinikalla on käynyt myös fysioterapeutti kertomassa omia ohjeistuksiaan ennen isoja toimenpiteitä. Tietomäärän huomattiin kasvavan kuitenkin liialliseksi ja potilaat ahdistuivat tästä. Tämän vuoksi poliklinikalla on päädytty siihen ratkaisuun, että sairaanhoitaja jakaa fysioterapeutin tekemät kirjalliset ohjeet sekä videomateriaalit potilaalle tutustuttavaksi kotiin. Ohjauksessa myös kerrotaan, että fysioterapeutti tulee heti toimenpiteen jälkeen tapaamaan potilasta. Tästä toimintamallista poliklinikka on saanut kehuja. (Sairaanhoitajan haastattelu 4.10.2024.)

HUS Kipuklinikalla hoidetaan sekä äkillistä että pitkäaikaista kipua (HUSb). APS-toiminta tapahtuu sairaalaolosuhteissa akuutin kivun hoidon parissa. APS-sairaanhoitajat toimivat osastoilta tulleiden konsultaatioiden perusteella tavaten potilaita ja/tai antaen kivun hoidon ohjausta henkilökunnalle. APS-sairaanhoitajat myös seuraavat kivun hoidon laatua ja kouluttavat henkilökuntaa kivun hoidosta. Tarvittaessa APS-sairaanhoitajat konsultoivat anestesia lääkäriä. Kehittämistyössä tietoa kerättiin työpajojen, haastatteluiden ja kyselyiden avulla.

3.4 Toteutus

Tiedonkeruu menetelmiksi etukäteen valikoitui työpajatyöskentely hoitohenkilökunnan kanssa Learning Cafe menetelmää hyödyntäen, haastattelut sekä viimeisenä palautekysely työstämistämme materiaalista.

Learning cafessa eli oppimiskahvilassa on tarkoitus ideoida ja oppia. Tässä menetelmässä ja kaudutaan pieniin ryhmiin pöytäkunnittain, jonka jälkeen näissä ryhmissä keskitytään jonkun teeman tai kysymyksen ratkaisuun. Pöydän ympärillä ollaan 15-30 minuutin ajan, jonka jälkeen ryhmä siirtyy seuraavaan pöydän ääreen miettimään sen pöydän teemaan liittyviä tuoksia ja ideoimaan niitä lisää. (Innokylä 2024a.) Tätä menetelmää käytimme

verisuonikirurgian poliklinikan hoitohenkilökunnan sekä HUS Kipuklinikan APS-hoitajien työpajoissa kerätäksemme ideoita koulutusmateriaalin työstöön sekä potilaan hoitoprosessin suunnitteluun. Työpajatyöskentelyn toteutimme sairaalan luentotiloissa ja kipuklinikan omissa tiloissa. Learning cafe sopii menetelmänä yhteistoiminnalliseen keskusteluun, tiedon siirtoon ja luomiseen. Siinä on tärkeintä keskustelu, jossa selvitetään omia näkemyksiä ja etsitään yhteistä säveltä. (Innokylä 2024a.) Järjestimme molemmille yksiköille kaksi työpajaa, joista toinen oli yksikön omalle henkilökunnalle ja toinen oli molempien yksiköiden yhteinen.

Ensimmäinen työpaja pidettiin verisuonikirurgian poliklinikan viidelle sairaanhoitajalle. Työpajaan osallistuneet henkilöt valikoituivat täysin vapaaehtoisuuteen perustuen. Osastolle oli etukäteen jaettu tutkimustiedote (liite 1) ja poliklinikan osastohoitajan toiveesta pidimme etukäteen myös lyhyen Teamsin kautta toteutetun esittelyn aiheesta työntekijöille. Tämän perusteella työpajapäivänä työvuorossa olevat työntekijät saivat osallistua, jos halusivat. Kaikki osallistujat täyttivät aluksi suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta (liite 2), jonka jälkeen työpaja aloitettiin pitämällä lyhyt 5 minuutin rentoutusharjoitus, jotta aiheeseen olisi helpompi laskeutua kiireisen työpäivän jälkeen. Sairaanhoitajille esiteltiin lyhyesti kivun hoidon ohjauksesta saatuja aiempia tutkimustuloksia. Sen jälkeen osallistujat jaettiin kahteen ryhmään pohtimaan seuraavia kysymyksiä: 1) Miten voimakkaan akuutin kivun riskissä olevat potilaat tulisi huomioida ennen leikkausta? 2) Millaista kivun hoidon ohjausta potilaan tulisi saada ennen leikkausta? 3) Millaista tietoa preoperatiivisella sairaanhoitajalla tulisi olla kivun hoidosta?

Toinen työpaja pidettiin neljälle APS-sairaanhoitajalle, joille myös oli etukäteen lähetetty tutkimustiedote (liite 1) tutustuttavaksi. Toinen opinnäytetyön tekijä työskentelee APS-hoitajana, joten hän informoi kollegoitaan osastotunnilla työpajojen tarkoituksesta. Työpaja alkoi samalla tavalla kuin ensimmäinen työpaja eli suostumuslomakkeen (liite 2) allekirjoituksella, rentoutuksella ja kivun hoidon ohjauksen tutkimustulosten esittelyllä. Hoitajat jaettiin pareiksi pohtimaan seuraavia kysymyksiä: 1) Miten voimakkaan akuutin kivun riskissä olevat potilaat tulisi huomioida ennen leikkausta? Millainen heidän hoitopolkunsu/hoitonsa voisi olla? 2) Millaista kivun hoidon ohjausta potilaan tulisi saada ennen leikkausta? 3) Millaista tietoa preoperatiivisella sairaanhoitajalla tulisi olla kivun hoidosta / voimakkaan akuutin kivun riskissä olevasta potilaasta?

Kolmas työpaja oli verisuonikirurgian poliklinikan sairaanhoitajien ja APS-sairaanhoitajien yhteinen. Työpajaan osallistui 3 APS-sairaanhoitajaa ja 3 verisuonikirurgian poliklinikan sairaanhoitajaa. Ensimmäisissä työpajoissa oli informoitu osallistujia vielä yhteisestä työpajasta. Päivä sovittiin yhdessä poliklinikoiden osastohoitajien kanssa, jotka tiedottivat hoitajia ajankohdista ja he tulivat, ketkä pääsivät. Sairaanhoitajat jaettiin kahteen kolmen hengen ryhmään, joissa kummassakin oli osallistujia molemmista toimipisteistä. Ryhmien pyydettiin pohdittua seuraavia kysymyksiä: 1) Millainen olisi voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien

potilaiden ideaalinen hoitoprosessi preoperatiivisesta hoidosta postoperatiiviseen hoitoon? Mitä siinä tulisi ottaa huomioon? 2) Millainen olisi ideaalinen voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan preoperatiivinen kivun hoidon ja hallitsemisen ohjaus? Kuka sitä antaisi? 3) Mitä asioita internetpohjaisessa koulutuksessa voimakkaan akuutin kivun riskissä olevista potilaista voisi olla?

Yhtenä Learning cafen teemana oli tulevaisuuden muistelu viimeisessä yhteistyöpajassa kaikkien osallistujien kesken. Tulevaisuuden muistelussa kuvitellaan erilaisia mahdollisia skenaarioita tulevaisuudesta ja näin arvioidaan sitä, millainen tulevaisuuden haluttaisiin olevan. (Sitra 2020.) Jokainen voi tuoda esiin näkemyksiään tulevaisuuden toiminnasta ja kertoa siihen liittyvistä huolista ja onnistumisista. Tarkoituksena on myös esittää ajatuksia siitä, minkä kokee parantavan tulevaisuuden tilannetta. Tulevaisuuden muistelu voidaan tehdä esimerkiksi vuoden päähän. (Innokylä 2024b) Työpajassamme esitimme hoitohenkilökunnalle seuraavat kysymykset: Mitäs jos 1) vuosi on kulunut ja voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitopolku on otettu käyttöön. Nyt on kyseinen päivämäärä, ja asiat ovat nyt aika hyvin. Miten ne sinun kannaltasi ovat? Mikä sinua ilahduttaa? 2) Mitä sinä teit, jotta sait aikaan myönteisen kehityksen? Mistä tai keneltä sait tukea? Millaista? 3) Mistä sinä olit huolissasi työpajan pitopäivänä? Mikä sai huolesi vähenemään? Tämä osio tuntui työntekijöistä hankalimmalta.

Jokaisessa työpajassa ryhmällä oli 20 minuuttia aikaa jokaisen kysymyksen miettimiseen. Kahden ensimmäisen työpajan lopussa kysyttiin, nousiko mieleen muita aiheeseen liittyviä ajatuksia ja samalla työpajan vastauksista käytiin lyhyt kokoava keskustelu. Viimeisessä työpajassa yhteenvedon korvasi tulevaisuuden muistelu. Jokainen työpaja kesti noin 1,5 tuntia.

Jotta saimme aiheesta moniammatillista näkemystä ja syvempää tietoa, haastattelimme verisuonikirurgisen poliklinikan sairaanhoitajaa, kivun hoitoon erikoistunutta psykologia ja akuuttiin kipuun erikoistunutta anestesia lääkäriä.

Haastattelut voidaan jakaa kysymysten valmiuden ja sitovuuden mukaan joko strukturoituihin tai strukturoimattomiin haastatteluihin. Strukturoitujen haastatteluiden ääripäässä on loma-kehaastattelu, missä on valmiiksi muotoillut kysymykset ja vastausvaihtoehdot, joka on samanlainen kaikille haastateltaville. Strukturoimattomassa haastattelussa puolestaan koko haastattelu rakentuu haastateltavan ehdoilla. Se muistuttaa enemmän vapaata keskustelua, jossa molemmat osapuolet voivat nostaa puheenaiheita esille. (Ruusu vuori & Tiitula 2009, 11-12.)

Haastatteluita voidaan jakaa myös strukturoidun ja strukturoimattoman lisäksi välimaastoon kuuluvilla puolistrukturoiduilla ja puolistandardoiduilla haastatteluilta. Puolistrukturoiduista haastatteluita tunnetuimpia on teemahaastattelu. Siinä käydään läpi samat teemat ja aihepiirit, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voi vaihdella. (Ruusu vuori & Tiitula 2009, 11.)

Meidän haastattelumme olivat teemahaastatteluja, johon teemat/aihepiirit nousivat Learning Cafe työpajoista saadusta materiaalista. Haluamme haastattelulla täydentää aiemmin saatu tietoa. Kerromme haastateltavalle etukäteen mitä haastattelulla halutaan selvittää. Hän saa myös haastattelun teemat/aihepiirit tai mahdolliset kysymykset edeltävästi tutustuttavaksi.

Teemahaastattelun vuoksi etukäteen suunniteltuja kysymyksiä ei noudatettu orjallisesti, vaan ne toimivat suuntaa antavina kysymyksinä ja niitä täydennettiin tarvittaessa muilla kysymyksillä. Sairaanhoidajalta kysyimme mitä sairaanhoidajat tyypillisesti tekevät preoperatiivisessa hoidossa ja keitä ammattilaisia hoitoprosessiin kuuluu? Miten hoitoprosessi tyypillisesti menee? Mitä potilaille ohjataan? Millainen vakrop:aan hoitoprosessi voisi olla? Mitä preoperatiivisen sairaanhoidajan tulisi tietää vakrop:sta tai millaista lisätietoja he tarvitsisivat? Psykologilta kysyimme millainen olisi ideaalinen hoitoprosessi voimakkaan akuutin kivun riskissä oleville potilaille? Kenen tulisi tunnistaa elektiivisesti vakrop:aat? Miten potilas voisi itse edistää kivunhallintaansa ennen leikkausta? Mitä sairaanhoidajan tulisi tietää akuutin kivun riskissä olevista potilaista? Anestesia-ääkäriltä puolestaan kysyimme kenen tulisi tunnistaa elektiivisesti vakrop:aat? Miten tieto tällaisista potilaista ohjautuisi eteenpäin? Millainen vakrop:aan ideaali hoitopolku voisi olla? Mitä sairaanhoidajan tulisi tietää vakrop:ista?

Haastattelut tapahtuivat jokaisella kerralla etäyhteydellä. Haastateltavat osallistuivat haastatteluihin työhuoneiltaan ja haastattelijat kotoaan. Jokaisella oli käytössä rauhallinen tila haastatteluita varten. Haastattelut taltioitiin, jotta litterointi oli jälkikäteen mahdollista.

Alla olevassa Taulukkoon 3 olemme koonneet opinnäytetyömme aikataulun, mitä menetelmää käytimme ja mitä saimme tuotokseksi.

Taulukko 3: Aikataulu

AIKA	MENETELMÄ	TOIMIJA	TUOTOS
11/23-03/24	Perehtyminen kirjallisuuteen, kirjoittaminen	Tutkijat	Tutkimussuunnitelman kirjoittaminen
11/23-9/24	Perehtyminen kirjallisuuteen, kirjoittaminen	Tutkijat	Teoreettinen viitekehys
12/23-03/24	Eri tahojen kontaktointi sähköpostein. Yhteydenpito löytyneen yhteistyökumppanin kanssa sähköpostitse ja puhelimitse	Tutkijat	Yhteistyökumppanin etsintä ja löytäminen

04/24-05/24	Tutkimusluvan hakeminen	Tutkijat	Tutkimuslupa
06/24-08/24	Aineistonkeruun suunnittelu	Tutkijat	Haastatteluiden rungot ja työpajojen kysymykset valmiiksi
08/24-09/24	Työpajaan osallistujien ja haastateltavien rekrytointi	Tutkijat ja apuna osastojen yhteyshenkilöt	Tutkimukseen osallistujat
09/24-10/24	Aineiston keruu työpajat (3kpl)	HUS Kipuklinikan APS:n ja verisuonikirurgian pkl:n sairaanhoitajat	Tutkimusaineisto
09/24-10/24	Aineiston keruu haastattelut 3kpl	Sairaanhoitaja, psykologi ja anestesia lääkäri	Tutkimusaineisto
11/24-01/25	Sisällönanalyysi	Tutkijat	Aineiston analyysi
	TerveyskyläPron:n oppaan käsikirjoituksen tekeminen	Tutkijat, yl apuna HUS Kipuklinikan yhteyshenkilöt	TerveyskyläPron:hon opas voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden ohjauksesta preoperatiivisesti
	Kommentointipyyntö Terveyskylän oppaasta	HUS Kipuklinikan APS-sairaanhoitajat	Korjausehdotukset käsikirjoituksesta
02/25-03/25	Kirjoittaminen	Tutkijat	Raportointi

3.5 Aineiston hallinta ja dokumentointi

Käsitlemme henkilötietoja tutkittavien lupien, haastatteluiden sekä työpajatoiminnan yhteydessä. Näissä tilanteissa tutkivat tunnistavat osallistujat, mutta heitä ei voi yksittäisinä

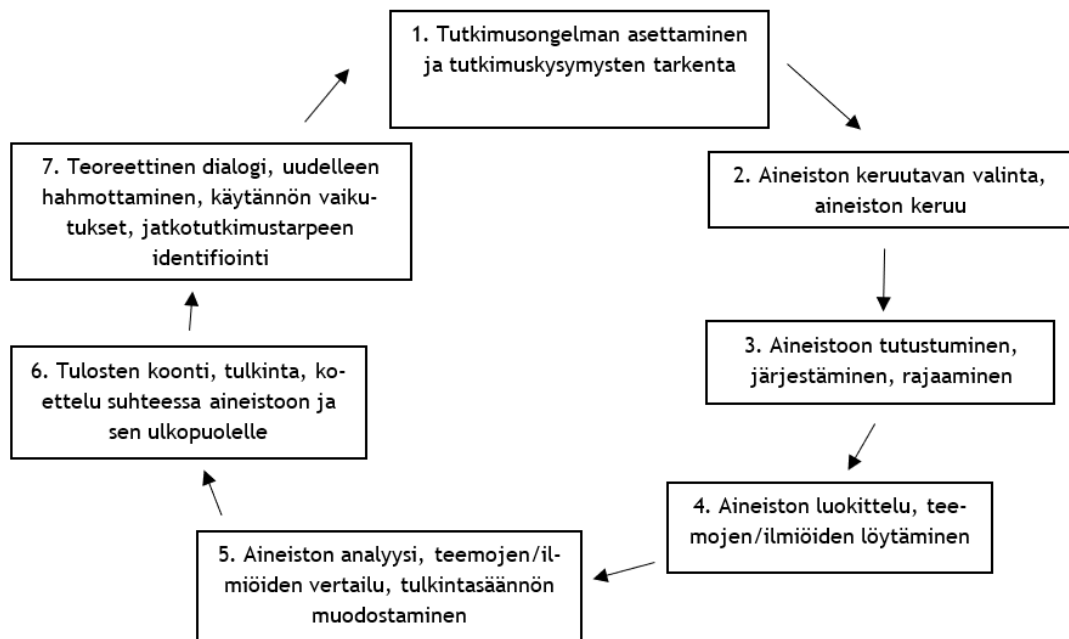
henkilöinä muut raportissa tunnistaa. (Tietosuojailmoitus liite 3; Aineistonhallintasuunnitelma liite 4.)

Henkilötietoja sisältäviä tiedostoja säilytetään opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisilla salasanoin lukituilla tietokoneilla ja paperisia dokumentteja kansioissa opinnäytetyön tekijän kodissa. Suostumuslomakkeet ja haastattelumuistiinpanot, joissa on henkilötietoja, säilytetään erikseen lukittavassa turvakaapissa. Kaikki henkilötietoja sisältävät sähköiset ja paperiset tiedot hävitetään raportin kirjoittamisen jälkeen. Paperiset tiedot hävitetään silppurilla ja sähköinen aineisto hävitetään koulun henkilökohtaisista pilvipalveluista. (Aineistonhallintasuunnitelma liite 4, Tietosuojailmoitus liite 3.)

3.6 Aineiston analyysi

Aineiston analyysistä puhuttaessa nousee esille laadullinen eli kvalitatiivinen analyysi ja määrällinen eli kvantitatiivinen analyysi. Laadullisessa analyysissä on usein suppeampi otanta analysoitavaan materiaaliin, kun taas määrällisessä analyysissä otanta on usein laajempi. Analyysivaiheessa ei kuitenkaan tarvitse ajatella, että laadulliset menetelmät ja määrälliset menetelmät ovat toisiansa poissulkevia. Usein niitä sovelletaan samassa tutkimuksessa ja saman tutkimusaineiston analyysissä. (Alasuutari 2011.)

Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan aina kokonaisuutena. Tilastollisessa analyysissä johtolangoiksi kelpaa tilastolliset todennäköisyydet, toisin kuin laadullisessa analyysissä. Esimerkiksi yksi haastattelu voi tuottaa 30 sivua litteroitua tekstiä. Harvoin tutkijalla on mahdollista tai edes järkevää tehdä niin paljon haastatteluja, että yksilöiden eroista tulee tilastollisesti merkittäviä. (Alasuutari 2011.)



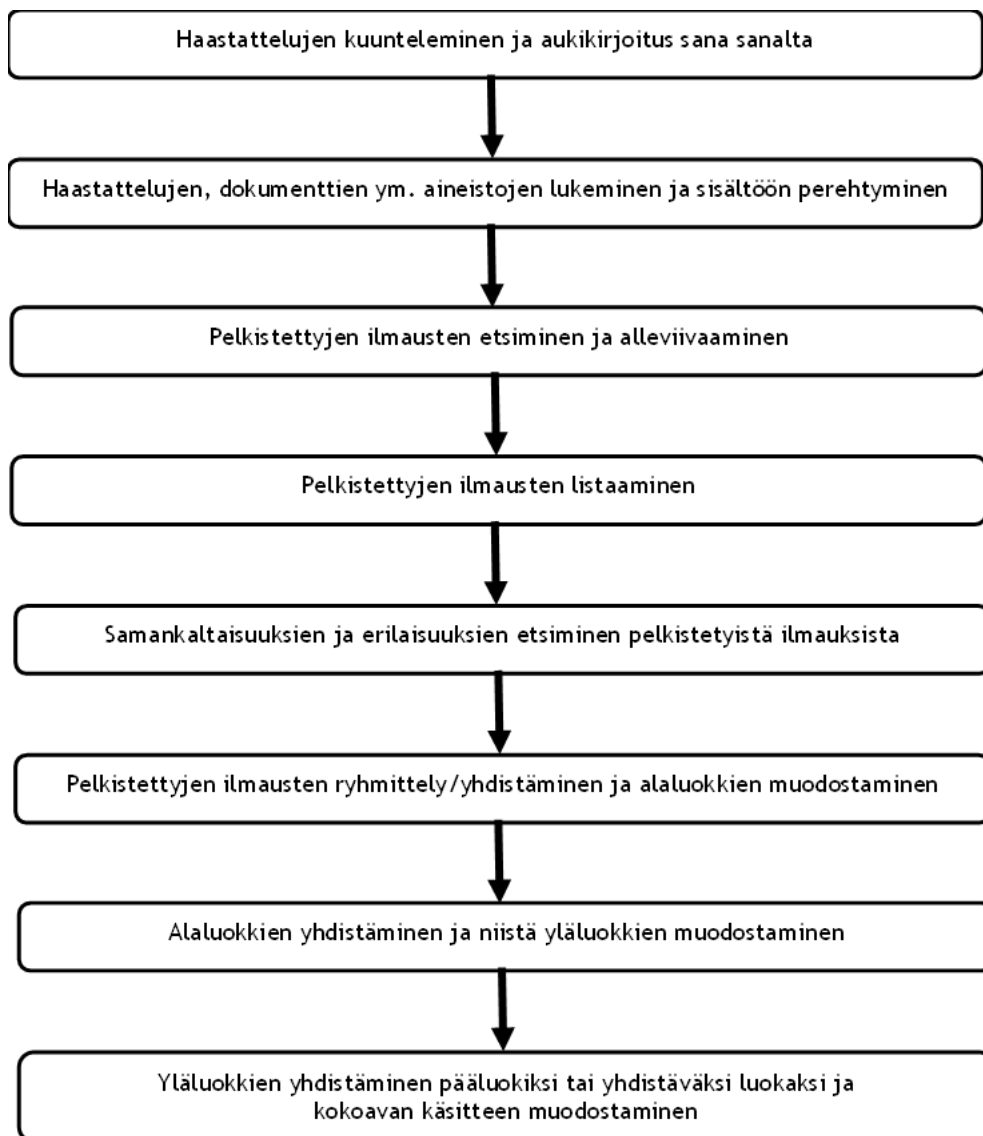
Kuvio 4: Analyysin vaiheet (Ruusuvuori, Nikander, & Hyvärinen 2023, 12)

Yllä olevassa kuvassa (Kuvio 4) analyysin vaiheet on eroteltu analyttisesti toisistaan. Todellisuudessa ne limittyvät keskenään ja usein menevät hieman päällekkäin. Tutkimuksessa vaiheet eivät seuraa toisiaan ajallisena jatkumona, vaan eri vaiheissa palataan usein taaksepäin arvioiden ja tarkentaen aiempia kysymyksiä uudestaan. (Ruusuvuori ym. 2023, 12.)

3.6.1 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyössämme hyödynnämme sisällönanalyysi menetelmää, koska sen avulla voimme analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tässä menetelmässä dokumentilla voidaan tarkoittaa muun muassa kirjallisuutta, artikkeleita, päiväkirjoja, kirjeitä, haastatteluja, puheita, keskusteluita ja raportteja, oikeastaan mitä tahansa kirjallisessa muodossa olevaa materiaalia. Sisällönanalyysi menetelmänä sopii myös strukturoimattoman aineiston työstöön. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.)

Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jolla pyritään saamaan tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta asiasta. Tällä menetelmällä kerätystä aineistosta voidaan saada ainoastaan järjestely johtopäätöksiä varten, jonka vuoksi useita sisällönanalyysilla toteutettuja tutkimuksia on kritisoitu keskeneräisyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.) Alla olevassa kuviossa 5 on esitetty selkeästi sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain ja etenimme analysoinnissa sen mukaisesti.



Kuvio 5: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123).

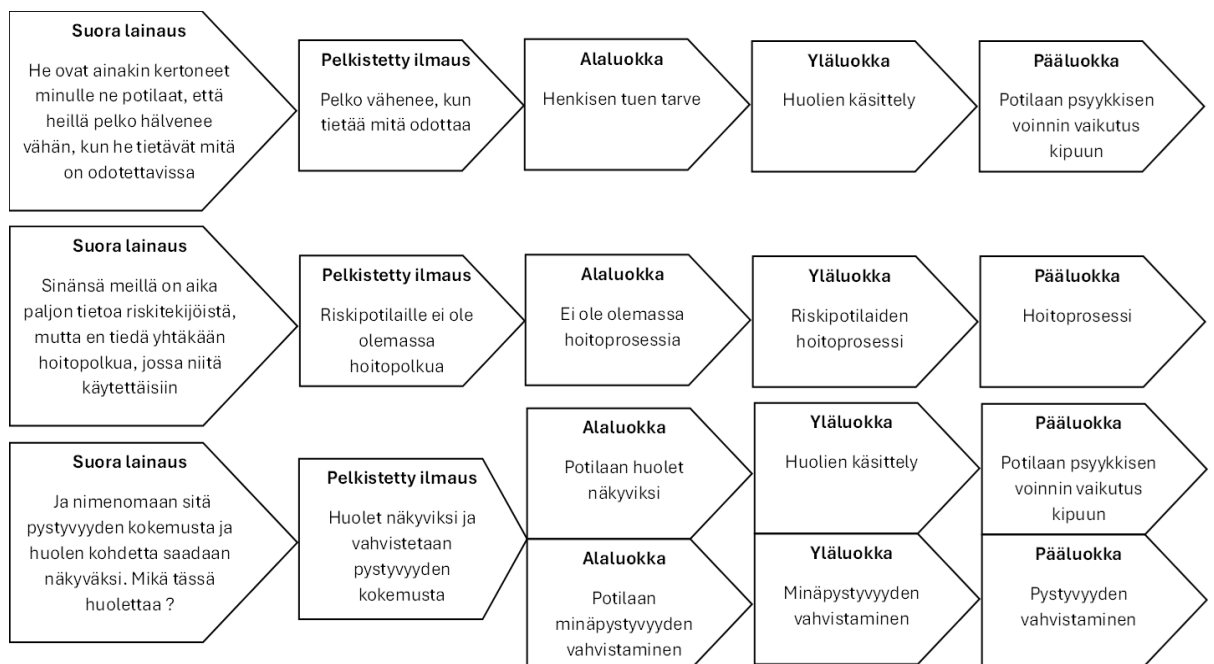
Sisällönanalyysissä on käsitteellisiä liikkumavapauksia, mutta myös tiettyjä rajoituksia. Käsitteenä se voi tarkoittaa sisällönanalyysia, mutta myös sisällön erittelyä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 121.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä eli induktiivista aineiston analyysiä. Se voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: 1) aineiston pelkistämiseen, 2) aineiston ryhmittelyyn ja 3) teoreettisten käsitteiden luomiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.)

Aineiston pelkistämävaiheessa analysoitava data voi olla muun muassa auki kirjoitettu haastattelu, havainnointi tai muu vastaava dokumentti. Tässä ensimmäisessä vaiheessa on tarkoitus karsia analysoitavasta materiaalista kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123.) Hyödynsimme tässä vaiheessa Miro-työkalua. Veimme litteroiduista

teksteistä suoria lainauksia sekä työpajoista saadut aineistot sinne, jonka avulla lähdimme niputtamaan samankaltaisuuksia yhteen.

Toisena vaiheena on luvassa aineiston ryhmittely. Tässä vaiheessa aineiston koodatuista alkuperäisilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän jälkeen samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja muodostetaan omiksi luokiksi, joista muodostuu alaluokat. Nämä alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä, kuten tutkitavan ilmiön ominaisuudella, piirteellä tai käsityksellä. Luokittelua jatketaan yhdistelemässä alaluokkia yläluokiksi ja yläluokkien yhdistelyllä muodostuu pääluokkia. Luokittelun ansiosta aineisto tiivistyy. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-125.)

Ryhmittely vaihetta lähdimme jatkamaan Miro-työkalussa, koska sinne oli jo ensimmäisessä vaiheessa viety analysoitavaa materiaalia valmiiksi. Teimme suorista lainauksista pelkistettyjä ilmauksia ja tämän jälkeen näistä ilmauksista alaluokkia. Aineisto tiivistyi tässä vaiheessa pikkuhiljaa. Alaluokkien jälkeen siirsimme dataa Wordiin, josta tulostimme kaikki saamamme alaluokat paperille. Tämän jälkeen lähdimme värikoodein teemoittelemaan alaluokkia. Samankaltaisuuksista yhdistelemällä syntyi yläluokat. Alla olevassa kuviossa 6 on esitetty esimerkinä analyysiprosessi suorasta lainauksesta pääluokkaan asti.



Kuvio 6: Analyysiprosessi suorasta lainauksesta pääluokkaan

Kolmannessa vaiheessa eli käsitteellistämässä erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Teoreettiset käsitteet muodostetaan valikoidun tiedon mukaan. Käsitteellistämässä on tarkoitus jatkaa luokituksen yhdistämistä niin pitkälle, kuin mahdollista sisällön näkökulmasta. Pääluokista voi muodostua yhdistävä luokka. Tässä on kuitenkin muistettava koko ajan, että aineistossa säilyy yhteys alkuperäiseen dataan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125-127.)

Tässä analyysissä yläluokat on tiivistetty muutaman pääluokan alle. Alla olevassa kuviossa 7 on esitetty yhdistävien luokkien alla esiintyvät pääluokat.

YHDISTÄVÄT LUOKAT		
Organisaatio resurssit	Hoitajan ammattitaito	Potilaaseen liittyvät tekijät
PÄÄLUOKAT		
<ul style="list-style-type: none"> • Riskipotilaiden seulonta • Hoitoprosessi • Interventiot • Koulutukset • Digitaalisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjauksen sisältö • Ohjausosaaminen • Kohtaaminen • Pystyvyyden vahvistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Taustatekijät • Potilaan psyykkisen voinnin vaikutus ki-puun • Potilaan yksilöllisyys

Kuvio 7: Yhdistävien luokkien alla olevat pääluokat

Tuloksissa esitellään luokittelujen pohjalta muodostuneet käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Johtopäätöksissä puolestaan pyritään ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125-127.)

3.6.2 Haastatteluiden analyysi

Haastatteluiden jälkeen analyysin alussa aineisto voi näyttäytyä tutkijalle vieraana, sekavana ja hämmentävänä. Analyysin edetessä aineisto kiinnittyy tutkimuksen taustalla olleeseen teoreettiseen viitekehykseen saumattomasti. Selitys tälle ilmiölle on yksinkertainen, haastattelukysymykset ovat eri asia, kuin tutkimuskysymykset eli haastateltavat eivät kerro suoraan tutkimuksen tuloksia. (Ruusuvuori ym. 2023, 9.)

Haastatteluiden analyysiin voi liittyä myös pettymyksen tunteita. Esimerkiksi tallennuksien purkaminen voi tuntua oudolle, jos haastateltava ei ole tottunut kuuntelemaan omaa ääntään. Tallenteiden purkaminen eli puhtaaksi kirjoittaminen eli litterointi onkin haastatteluiden jälkeen analyysin ensimmäinen vaihe. Tässä vaiheessa analyysimenetelmän on oltava jo tiedossa, koska litteroinnin tarkkuus riippuu siitä. (Eskola ym. 2018.) Meidän työemme analyysimenetelmäksi valikoitui sisällönanalyysi ja tähän menetelmään tarvitsee purkaa kaikki haastatteluissa sanottu. (Eskola ym. 2018.)

Litterointi on työläs vaihe ja esimerkiksi tunnin mittaisen haastattelun puhtaaksi kirjoitukseen on laskettu menevän yksi kokonainen työpäivän (Eskola ym. 2018). Hyödynsimme litteroinnissa Transkriptor.com työkalua, jonka avulla äänitallenteen pystyi muuttamaan kirjoitetuksi

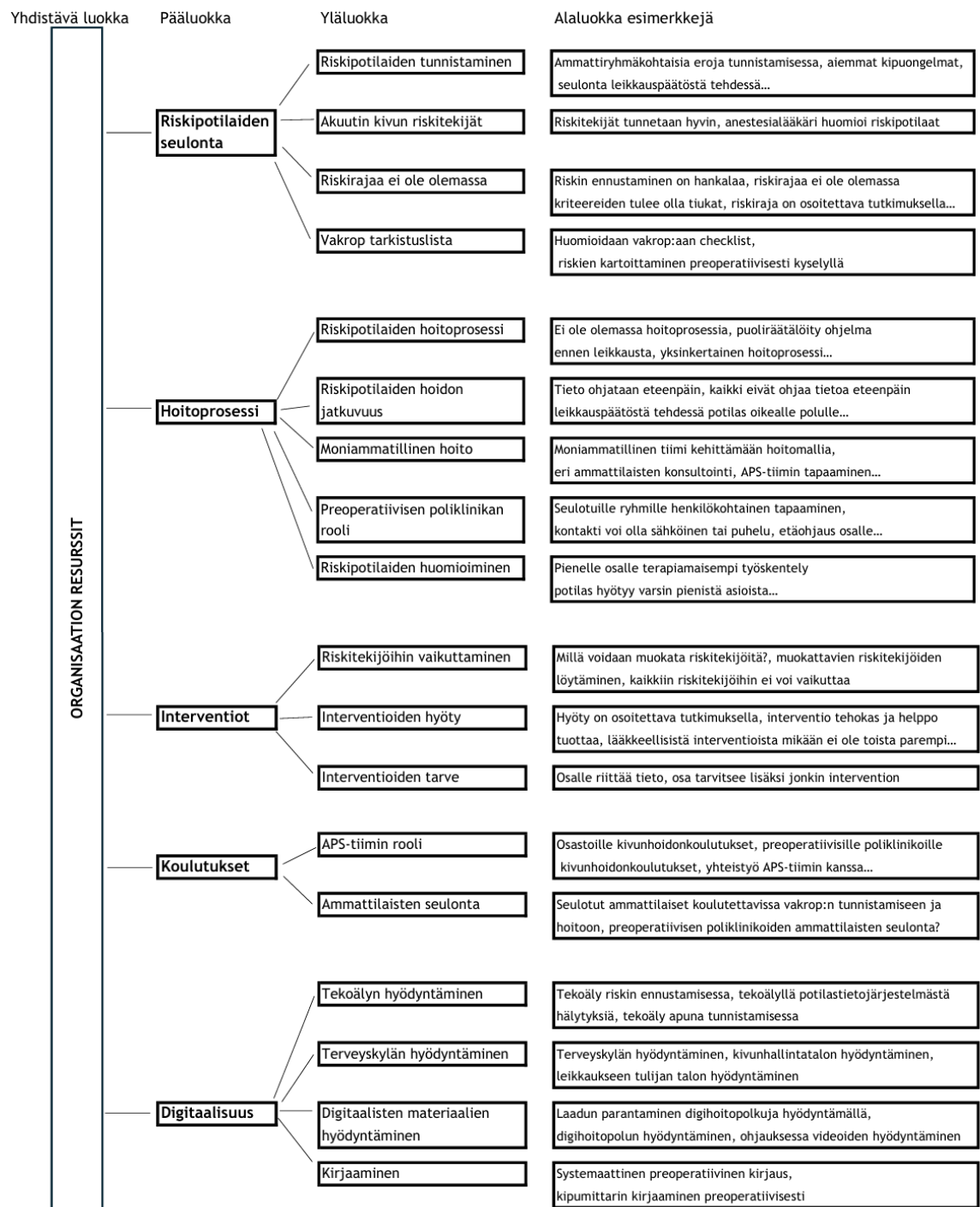
tekstiksi. Tämän jälkeen manuaalisesti tarkistimme tekstin ja korjasimme mahdolliset virheet. Kolmen haastattelun työstämiseen meni tekoälyä hyödyntämällä monia tunteja.

4 Tulokset

Tässä luvussa esitellään tämän tutkimus- ja kehittämistyön tulokset, jossa vastaamme tutkimuskysymyksiin 1-3. Aineistoa on analysoitu sisällönanalyysin keinoin. Tulokset esitellään seuraavissa luvuissa yhdistävien luokkien mukaan. Tuloksissa esimerkkeinä käytetyt lauseet ovat asiantuntijoiden sitaatteja. Näistä on korjattu vain kirjoitusvirheet, jotka olisivat voineet vaikuttaa tekstin luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen.

4.1 Organisaation resurssit

Alla olevaan kuvioon 8 olemme koonneet koko organisaation resurssit -yhdistävän luokan yhteen. Osan alaluokista olemme jättäneet kaaviosta pois, jotta se pysyy helpompilukuisena. Kaikki alaluokat ovat kuitenkin näkyvillä, kun syvennymme pääluokkiin tarkemmin.



Kuvio 8: Organisaation resurssit -yhdistävän luokan luokittelu

4.1.1 Riskipotilaiden seulonta

Seuraavassa kuvaamme miten riskipotilaiden pääloukka muodostuu. Havaitimme, että riskipotilaiden seulontaan liittyy potilaiden tunnistaminen ja akuutin kivun riskitekijät. Vakrop:lle ei ole olemassa riskitekijöistä muodostunutta riskipisteystystä tai rajaa, mutta riskitekijöistä on olemassa tarkistuslista, jota tulisi käyttää ennen leikkausta. Seuraavassa kuviossa 9 kuvaamme riskipotilaiden seulonnan -pääloukkan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Riskipotilaiden seulonta	Riskipotilaiden tunnistaminen	Ammattiryhmäkohtaisia eroja tunnistamisessa
		Seulonta leikkauspäätöstä tehdessä
		Aiemmat kipuongelmat
		Kolme pientä kysymystä
		Riskipotilaiden tunnistaminen ennen leikkausta
		Kaikkien sairaanhoidon ammattilaisten tehtävä
	Akuutin kivun riskitekijät	Riskitekijät tunnetaan hyvin
		Anestesia lääkäri huomioi riskipotilaat
	Riskirajaa ei ole olemassa	Riskin ennustaminen hankalaa
		Riskirajaa ei ole olemassa
		Kriteereiden tulee olla tiukat
		Riskiraja on osoitettava tutkimuksella
		Kipuriskin pisteytys
		Jatkossa pisteytysjärjestelmä vakrop:ille
	Vakrop tarkistuslista (kuvio 4)	Huomioidaan vakrop:aan tarkistuslista
		Riskien kartoittaminen preoperatiivisesti kyselyllä

Kuvio 9: Riskipotilaiden seulonta -pääluokan luokittelu

Hoitoprosessi lähtee liikkeelle riskipotilaiden seulomisesta. Akuutin kivun riskitekijät tunnetaan hyvin ja riskipotilaat tulisi seuloa jo leikkauspäätös tehtäessä, ennen leikkausta. On todennäköisesti ammattiryhmäkohtaista eroja riskipotilaiden tunnistamisessa, siinä mihin eri ammattiryhmät kiinnittävät huomiota. Riskipotilaiden tunnistaminen on kuitenkin jokaisen

sairaanhoidon ammattilaisen tehtävä. Erityisesti anestesia- ja lääkäri-työskentely tulisi kiinnittää huomiota preoperatiivisesti vakrop:iin leikkauksen jälkeistä kivun hoitoa suunniteltaessa. Ongelmana seulomisessa on se, ettei vakrop:lle ole olemassa ns. riskipisteytystä tai rajaa, jonka avulla riskin suuruutta voitaisiin ennustaa. Jos potilaalle harkitaan riskin vuoksi erityistä hoitoprosessia, tulee kriteereiden olla tiukat volyymiongelman ja niukkojen terveydenhuollon resurssien takia. Riskiraja tulee pystyä osoittamaan tutkimuksella.

Siinä on semmoinen volyymiongelma, että jos meillä on 80 000 tai 60 000 leikkausta vuodessa, jos kaikkein pienimmät toimenpiteet pudotetaan pois, niin sanotaan vaikka 50 000 leikkausta vuodessa. Jos näistä tunnustetaan 10 prosenttia, niin silloin se on 5 000 hoitajaksoa vuodessa. Se on aika paljon esimerkiksi kipuklinikan tai APS-jälkipoliklinikan hoitajaksoihin verrattuna. Jos se on prosentti, niin se on 500. Mutta se tarkoittaa sitä, että 99 prosenttia potilaista pudotetaan pois. Silloin taas meidän kriteereiden pitää olla tosi tiukat.

Sanotaan, että jos on esimerkiksi joku mittari, josta voi saada vaikka nollassa kymmeneen pistettä, niin sitten se jakautuu jotenkin se potilasryhmä sille mittarille. Ja sitten jos me päätetään etukäteen, että näistä saa yli kuusi pistettä, niin ohjataan johonkin jatkolulle. Sitten jos me huomataan, että sinne tulee kolme kertaa niin paljon potilaita kuin me pystytään hoitaa siellä, niin meidän täytyy nostaa sitä katkaisunajaa ylemmäs tai jotain.

Voimakkaan akuutin kivun riskit tulisi kartoittaa preoperatiivisesti rutiininomaisilla kyselyillä (kuvio 4). Jatkossa toivottavasti vakrop:lle tulee olemaan jonkinlainen pisteytysjärjestelmä, jonka avulla akuutin kivun riskiä voidaan ennustaa.

Me tiedetään, että hyvin todennäköisesti nämä ovat ne (riskitekijät) ... mutta yksilön kohdalla emme tiedä, missä se riskiraja kulkee. Toinen asia, mitä emme tiedä, on se, että onko jokin riskitekijä toista tärkeämpi vai pitääkö niitä olla useampi. Onko se tavallaan kumuloitava riski. Yksi ei riitä, mutta kun sinulla on kolme tästä paketista, niin olet riskissä. Se tekee ennustamisen äärimmäisen vaikeaksi. Teoriassa tämä on helppoa, mutta kun potilas tulee mukaan kuvioihin yksilönä, niin se on tosi vaikeaa ja oikeastaan mahdotonta.

4.1.2 Hoitoprosessi

Seuraavassa kuvaamme vakrop:den hoitoprosessia. Havaitimme, että riskipotilaiden hoidon jatkuvuus on tärkeää, millainen hoitopolku voisi olla, kivunhoito tulisi suunnitella jo preoperatiivisesti, millainen preoperatiivisen poliklinikan rooli voisi olla, hoidon tulisi olla miniammatillista ja kuinka vakrop:aat voisi huomioida preoperatiivisella poliklinikalla. Seuraavassa kuviossa 10 kuvaamme hoitoprosessi-päälukun kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Hoitoprosessi	Riskipotilaiden hoidon jatkuvuus	Tieto ohjataan eteenpäin
		Kaikki eivät ohjaa tietoa eteenpäin
		Prosessi käynnistyy leikkauspäätöstä tehdessä
		Leikkauspäätöstä tehdessä potilas oikealle polulle
		Kaikkien tulee tietää mitä riskipotilaille tehdään
		Ahdistuneesta potilaasta tieto eteenpäin
		Hoidon jatkuvuuden turvaaminen
	Riskipotilaiden hoitoprosessi	Ei ole olemassa hoitoprosessia
		Puoliräätälöity ohjelma ennen leikkausta
		Sisäänrakennettu hoitoprosessi joihinkin leikkaustyyppeihin
		Joskus hoitoprosessi voi toimia lähetteellä
		Lähetekäytäntö voi olla jäykkä
		Yksinkertainen hoitoprosessi
		Toimintojen järjeistäminen
	Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon suunnittelu ennen leikkausta	
	Preoperatiivisen poliklinikan rooli	Kontakti voi olla sähköinen tai puhelu
		Seulotuille ryhmille henkilökohtainen tapaaminen
		Potilasmaksujen huomioiminen

		Sairaanhoitaja toimii hoidon koordinaattorina
		Ennakkokyselyiden perusteella vastaanottoaikojen suunnittelu
		Päivälistan suunnittelu potilaslähtöisesti
		Etäohjaus osalle
	Moniammatillinen hoito	Moniammatillinen tiimi kehittämään hoitomallia
		Niukat terveydenhuollon resurssit
		Kipuklinikalle akuutin kivun hoidon osaamista
		Eri ammattilaisten konsultointi
		APS-tiimin tapaaminen
		Seulotuille potilaille moniammatillinen työryhmä
	Riskipotilaiden huomiointi	Huolestuneille/pelokkaille tehostettu informaatio
		Pienelle osalle terapiamaisempi työskentely
		Potilas hyötyy pienistä asioista
Vakrop:aat 2 kertaa preoperatiiviselle käynnille		

Kuvio 10: Hoitoprosessi-pääloukan luokittelu

Vakrop:lle ei ole HUS:ssa tiedossa olevaa preoperatiivista hoitoprosessia käytössä. Hoitoprosessin tulisi olla yksikkö- ja potilasryhmäkohtainen, mutta tärkeintä olisi, että vakrop:aat huomioidaan ennen leikkausta. Hoitoprosessin tulisi alkaa jo silloin, kun leikkauspäätös tehdään.

Silloin jo sillä, kellä se leikkaus tuli mieleen, niin tulisi mieleen, että hetkinen, tämä on potilas, joka pitää valmistella hyvin siihen leikkaukseen.

Jos on ollut paljon leikkaukseen liittyvää kipua jonkun aikaisemman leikkauksen yhteydessä, niin oikeastaan kenen vaan pitäisi tavallaan jotenkin reagoida.

Hoitoprosessi tulee olla riittävän yksinkertainen, jotta se olisi toimiva. Tiettyihin leikkaustyyppeihin, joiden tiedetään aiheuttavan kovaa leikkauksen jälkeistä kipua, tai joissa potilaat ovat pääsääntöisesti erityisen kipeitä jo ennen leikkausta, hoitoprosessi tulisi olla sisäänrakennettuna preoperatiiviseen toimintaan. Näin jokainen kyseiseen leikkaukseen tuleva potilas huomioitaisiin kivun hoidon osalta tehostetusti ennen leikkausta. Leikkauksen jälkeisen kivun hoidon suunnittelu alkaa jo preoperatiivisesti.

Ajattelisin, että jos me rakennetaan jotain erikoisia mutkia, niin sitten ne ei toteudu tai tulee jotain säätämistä. Se pitäisi aika lailla mennä kuitenkin sen yleisen protokollan mukaan.

Jos ajatellaan lasten skolioosileikkauksia, iso selkäleikkaus teini-ikäisellä, joka on ollut ehkä kipeä jo ennen tai muun kanssa onkin hankalaa ja muuta, niin varmaan se pitäisi rakentaa osaksi sitä.

Ehkä itse toivoisin sitä, että semmoinen myöskin, jos mietitään sitä, että se kivun tunnistaminen ja periaatteessa kivunhoidon pohdinta aloitetaan jo siellä polilla ennen kuin potilasta on leikattu.

Monissa leikkaustyypeissä ja toimenpiteissä potilaalle ei pääsääntöisesti aiheudu kovaa leikkauksen jälkeistä kipua. Tällöin preoperatiiviseen hoitoon ei ole järkevää liittää jokaiselle potilaalle erityistä kivunhoidollista prosessia. Erityistä huomiota vaativat kuitenkin ne potilaat, joilla on voimakkaan akuutin kivun riskitekijöitä ja etenkin sellaiset potilaat, jotka ovat ahdistuneita ja huolissaan. (Kuvio 4).

Preoperatiivinen käynti on usein sähköinen tai puhelinkontakti. Vakrop:aiden kohdalla olisi ihanteellista, jos preoperatiivinen käynti voitaisiin järjestää niin, että potilas tavataan kasvokkain tai etäkäyntinä. Vakrop:en kohdalla olisi ihanteellista, jos he voisivat tarpeen vaatiessa käydä preoperatiivisella käynnillä kahdesti, jotta asioiden läpikäymiselle ja hyvälle kohtaamiselle olisi enemmän aikaa. Potilaat eivät myöskään pysty ottamaan kerralla liikaa tietoa vastaan.

Ja sitten taas, jos meillä on vaikka niitä sappipotilaita, suurin osa kahden viikon kuluttua ei enää muistakaan, että ne on leikattu tai ei nyt ihan näin, mutta se toipuminen on tosi nopea, että sitten siellä on joku hyvin pieni prosentti, jotka on hyvin huolissaan ja kipeitä, niin siinä ehkä sitten joku semmoinen lähetetyyppinen. Mutta tosiaan se voi olla, että varsinainen lähetekäytäntö on siinä preop-vaiheessa liian jäykkä, että se pitäisi olla joku semmoinen tavallaan vain haara siinä polussa, että ohjataanko sut tälle polulle vai tolle polulle.

Erityistä huomiota vakrop:den kohdalla vaatii myös hoidon jatkuvuus. Kun potilaat seulotaan, ei riitä tieto siitä, että potilas on voimakkaan akuutin kivun riskissä. Jokaisen ammattilaisen täytyy ymmärtää, mitä tällaisella tiedolla tulee tehdä. Hoitoprosessiin tulee kuulua tiedon eteenpäin ohjaaminen. Tieto tulee tarpeen mukaan ohjata eteenpäin esimerkiksi APS-tiimille, vuodeosastolle, anestesia lääkärielle, preoperatiiviselle hoitajalle, kirurgille tai muulle tarvittavalle taholle.

Sellaisten perusriskitekijöiden tunnistaminen pitäisi olla sairaanhoitajan perusammattitaitoa tunnistaa ne. Ei pelkästään tunnista, mutta olisi jonkinlainen haju siitä, ettei se jäisi omaksi tiedoksi, vaan he tietäisivät, mitä sillä tiedolla tekee.

Joo, luulen, että se voisi olla työkoriviesti, että tällainen potilas on tulossa ja leikkaus ja sille tehdään tällainen.

Koska terveydenhuollon resurssit ovat niukkoja, eikä lisää resursseja ole saatavilla, tulee toimintoja järjeistää olemassa olevilla resursseilla. Vakrop:ta varten voisi muodostaa sellaisen akuutin kivun hoidon tiimin, jossa olisi mukana eri ammattiryhmien edustajia sekä preoperatiiviselta puolelta, APS-tiimistä ja mahdollisesti muistakin yksiköistä. Näin vakrop:den hoidon kehittäminen ja heistä konsultointi olisi jouhevaa. Usein vakrop:aat hyötyvät pienistä interventioista ja vain pieni osa potilaista tarvitsee terapiamaisempaa työskentelyä. Hoidon jatkuvuuden suunnittelu on tärkeää ja tässä preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja on avainasemassa. Hän toimii potilaan hoidon koordinaattorina ennen leikkausta ja ohjaa tiedon vakrop:sta asianmukaisesti eteenpäin. Näiden potilaiden kohdalla pelkkä tietojärjestelmään kirjaaminen ei huomioi hoidon jatkuvuutta riittävästi.

Tavallaan tässä kuitenkin, kun ne pelimerkit ei lisäänny missään kohdassa, että me voidaan tehdä asioita fiksummin, mutta me ei voida jäädä odottamaan sitä, että me saadaan lisää ihmisiä tai lisää jotain, koska sitä me ei tulla saamaan.

Mä luulen, että tiimissä voisi olla vielä vaikka erilaisia ihmisiä. Jos siellä on vaikka kaksi sairaanhoitajaa, yksi psykiatrinen sairaanhoitaja, yksi psykologi, ehkä joku APS-lääkäri kiinnostuneena siinä mukana, niin se tiimi varmaan voisi kehittää sitä hoitomallia paremmin kuin jos siellä on vain jotain yhden alan ammattilaisia, jotka katsovat sitten kuitenkin vain tietystä kulmasta.

Jos vakrop:aat on tunnistettu jo ennen preoperatiivista käyntiä, voidaan poliklinikalla ottaa huomioon tällaisten potilaiden vastaanottoaikojen pituus ja hoitajien päivälisat voidaan suunnitella tämä huomioiden. Päivälistoissa kuitenkin huomioidaan jo muita erityistarpeita vaativat potilaat, kuten tulkkipotilaat. Jos jatkossa vakrop:lle on olemassa jonkinlainen

pisteytysjärjestelmä, auttaa se huomioimaan näiden potilaiden yksilöllisen ajantarpeen preoperatiivisella poliklinikalla.

4.1.3 Interventiot

Seuraavassa kuvaamme millaisia interventioita vakrop:den hoitoon voisi liittyä. Havaitsimme, että kaikkiin riskitekijöihin ei voi vaikuttaa mutta osaan voi, interventioiden hyödyllisyydestä ei tiedetä ja potilaiden tarve interventioille on yksilöllinen. Seuraavassa kuviossa 11 kuvaamme interventiot-pääloukan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääloukka	Yläloukka	Alaluokka
Interventiot	Riskitekijöihin vaikuttaminen	Millä voidaan muokata riskitekijöitä?
		Kaikkiin riskitekijöihin ei voi vaikuttaa
		Muokattavien riskitekijöiden löytäminen
	Interventioiden hyöty	Kuinka riskitekijöihin voi vaikuttaa?
		Mitkä interventiot ovat tehokkaita?
		Mikä interventio auttaa riskiryhmäläisiä?
		Lääkkeellisistä interventioista mikään ei ole toista parempi
		Hyöty on osoitettava tutkimuksella
		Interventio tehokas ja helppo tuottaa
	Intervention tarve	Osalle riittää tieto
		Osa tarvitsee lisäksi jonkin intervention

Kuvio 11: Interventiot-pääloukan luokittelu

Se, millaisilla interventioilla vakrop:ta voidaan auttaa, on epäselvää. Monet voimakkaan akuutin kivun riskeistä on sellaisia, ettei niihin voida vaikuttaa kuten esimerkiksi ikä ja sukupuoli. Interventioiden vaikutus tulisi osoittaa tutkimuksella, joka voi olla haasteellista. Tulisi löytää ne riskitekijät, jotka ovat muokattavissa. Interventioiden tulisi olla tehokkaita ja helppoja tuottaa. Kaikille potilaille ei riitä pelkkä tiedon ja ohjauksen antaminen, mutta mikä olisi se

interventio, josta he hyötyisivät? Esimerkiksi lääkkeellisistä interventioista ei yksikään ole noussut ylivoimaisesti toisia paremmaksi.

Otetaan vaikka ne, jotka saavat yli kahdeksan pistettä ja koitetaan niiden kanssa tehdä jotain järkevää. Toivottavasti tehdään myös tutkimusta ja osoitetaan, että ne hyötyvät siitä. Joko niin, että ne ovat vähemmän kipeitä tai palaavat nopeammin töihin tai palaavat nopeammin kotiin, pääsevät pois sairaalasta tai käyttävät vähemmän lääkkeitä. Tietysti se mielellään voisi olla joku, missä kovasti säästyy yhteiskunnan rahaa. Se voi olla vaikea osoittaa, eikä musta ole ihan ainoa asia, millä meillä on merkitystä, mutta se voi olla se, millä saataisiin tavallaan, että otetaan lisäraha ja voidaan laskea katkaisuraja 7. Sitten meidän pitäisi uudestaan osoittaa, että ne 7 ja 8 välillä olevat potilaat, niin hyötykö nekin tässä alarajalla? Se vaatisi tosi paljon tutkimusta.

4.1.4 Koulutukset

Seuraavassa kuvaamme mitä koulutuksiin liittyy. Havaitsimme, että APS-tiimien rooli on tärkeä koulutettaessa preoperatiivisia ammattilaisia vakrop:sta, seulottujen ammattilaisten koulutus voisi olla järkevää. Seuraavassa kuviossa 12 kuvaamme koulutukset-pääloukan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
Koulutukset	APS-tiimin rooli	Osastoille kivunhoidonkoulutukset
		Preoperatiivisille poliklinikoille kivunhoidonkoulutukset
		Preoperatiivisien poliklinikoiden hoitajat hyötyisivät kivunhoidon koulutuksista
		Yhteistyö APS-tiimin kanssa
	Ammattilaisten seulonta	Preoperatiivisen poliklinikoiden ammattilaisten seulonta?
		Seulotut ammattilaiset koulutettavissa vakrop:n tunnistamiseen ja hoitoon
		Kohtaamiseen koulutettu ammattilainen
		Potilaan psyykkisen tukemisen koulutus

Kuvio 12: Koulutukset-pääluokan luokittelu

APS-sairaanhoitajat pitävät kirurgisille vuodeosastoille koulutuksia kivun hoidosta. Myös preoperatiiviset sairaanhoitajat kokevat, että he voisivat hyötyä samantyyppisistä koulutuksista. Samalla APS-tiimin pitämät koulutukset preoperatiivisilla poliklinikoilla voisivat parantaa yhteistyötä poliklinikoiden ja APS-tiimien välillä.

Mutta en tiedä, mun mielestä ehkä semmoinen, kun on perehdyttänyt uusia, niin kun puhuttiin jo, että osastoilla on pakollisena ne APS:n kurssit kivun lievityksen keinoista ja miten huomioit, mitä merkkejä etsit potilaista, onko potilas kivulias ja näin. Niin mä ehkä toivoisin, että myöskin polilla työskenteleville pre-op-hoitajille tarjottaisiin tätä samanlaista koulutusta, koska siitä on ainakin minulle ollut tosi paljon apua tunnistaa potilaiden kipuja ym.

APS-koulutuksien lisäksi ainakin osalle preoperatiivista työtä tekevästä voitaisiin räätälöidä sellainen koulutus, jossa käytäisiin läpi, kuinka vakrop:aiden huolia voidaan käsitellä ja kuinka potilaan psyykkistä vointia voidaan tukea. Samalla jälleen korostui erilaisten ohjausmateriaalien tunteminen.

Varmaan jos ajatellaan, että on preop.polin sairaanhoitaja, niin on varmaan tietoinen, tai pitäisi olla tietoinen, suurin osa varmaan olla erittäin hyvinkin, että mitkä ne tärkeimmät riskitekijät ovat. Ehkä olla joku sellainen peruskoulutus, että tätä huolta voi käsitellä näin, ja tuntea myös meidän materiaalit.

Ehkä se vaatii koko siinä toiminnassa mukana olevalle porukalle koulutusta.

Haastatteluissa kävi ilmi, että tulisiko potilaiden sijaan ennemminkin seuloa niitä ammattilaisia, jotka kohtaavat vakrop:aat? Seulotut ammattilaiset olisivat koulutettavissa vakrop:iden hoitoon ja tunnistamiseen. Tällainen henkilö voisi olla kuka tahansa terveydenhuollon ammattilainen.

Tästä tuleekin mieleen se, vähän radikaalimpi ajatus. Pitäisikö meidän sen sijaan, että seulotaan potilaita, pitäisikö meidän seuloa ammattilaisia, jotka tekevät vaikka preoperatiivista työtä. Pitäisikö meidän tarkemmin valita ne ammattilaiset, eikä niinkään seuloa niitä potilaita? He ovat sinne päin kallellaan, että potilas pitää hyvin kohdata. He ovat myös koulutettavissa siihen, miten me seulotaan ja tunnistetaan, mitä me näille teemme.

Jos meillä on jotkut sovitut toimintatavat, varmaan koulutustakin tarvitaan, niin mun mielestä se voisi olla koulutettu terveydenhuollon ammattilainen, Tähän ohjelmaan koulutettu terveydenhuollon ammattilainen, yhtä hyvin sairaanhoitaja, lähihoitaja, lääkäri.

4.1.5 Digitaalisuus

Seuraavassa kuvaamme digitaalisuutta vakrop:n hoidossa. Havaitimme, että tekoälyä tullaan luultavasti jatkossa käyttämään apuna potilaiden tunnistamisessa, Terveyskylä.fi alustaa hyödynnetään jo, digihoitopolkuja tullaan jatkossa käyttämään enemmän, erilaisia digitaalisia materiaaleja voi hyödyntää ohjaamisessa ja systemaattinen preoperatiivinen kirjaus on tärkeää. Seuraavassa kuviossa 13 kuvaamme digitaalisuus-pääloukan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääloukka	Yläloukka	Alaluokka
Digitaalisuus	Tekoälyn hyödyntäminen	Tekoäly riskin ennustamisessa
		Tekoälyllä potilastietojärjestelmästä hälytyksiä
		Tekoäly apuna tunnistamisessa
	Terveyskylän hyödyntäminen	Terveyskylän hyödyntäminen
		Kivunhallintatalon hyödyntäminen
		Leikkaukseen tulijan talon hyödyntäminen
	Digitaalisten materiaalien hyödyntäminen	Laadun parantaminen digihoitopolkuja hyödyntämällä
		Digihoidopolun hyödyntäminen
		Ohjauksessa videoiden hyödyntäminen
	Kirjaaminen	Systemaattinen preoperatiivinen kirjaus
		Kipumittarin valinnan kirjaaminen preoperatiivisesti

Kuvio 13: Digitaalisuus-pääloukan luokittelu

Digitaalisuus nousi vahvasti esille sekä haastatteluissa että työpajoissa. Tekoälystä, toivottiin jatkossa apua voimakkaan akuutin kivun riskin ennustamisessa ja potilaiden tunnistamisessa. Toivottiin myös, että tekoälyn avulla tietojärjestelmä ”bongaisi” akuutin kivun riskissä olevat potilaat ja antaisi siitä hälytyksen hoitohenkilökunnalle. Näin tällaisten potilaiden kohdalla osattaisiin paremmin reagoida preoperatiivisesta hoitoa suunniteltaessa.

...oikeastaan meillä pitäisi olla, kun meillä on valtava määrä dataa näissä potilastietojärjestelmissä, niin meillä pitäisi olla joku algoritmi, joka automaattisesti hälyttäisi. Että se olisi niin kuin se, nykyään puhutaan paljon tekoälystä, mutta en tiedä onko se nyt niin kauhean älyä, mutta että meillä olisi ainakin lista kriteereitä ja algoritmi, että jos potilas täyttää tämän tai tämän tai tämän ehdon, niin silloin ainakin syntyisi sitten hälytys siitä, että tätä pitäisi harkita.

Sen lisäksi, että potilaiden seulomiseen toivottiin saatavan apua potilastietojärjestelmistä tekoälyllä, tulisi hyödyntää erilaisia digihoitopolkuja ja ammattilaisten tekemiä sähköisiä ohjausmateriaaleja, kuten Terveyskylää. Myös systemaattinen preoperatiivinen kirjaus parantaa potilaan hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Ohjauksen tueksi voisi käyttää erilaisia videoita, joihin potilaan olisi helppoa tarvittaessa jälkikäteen palata.

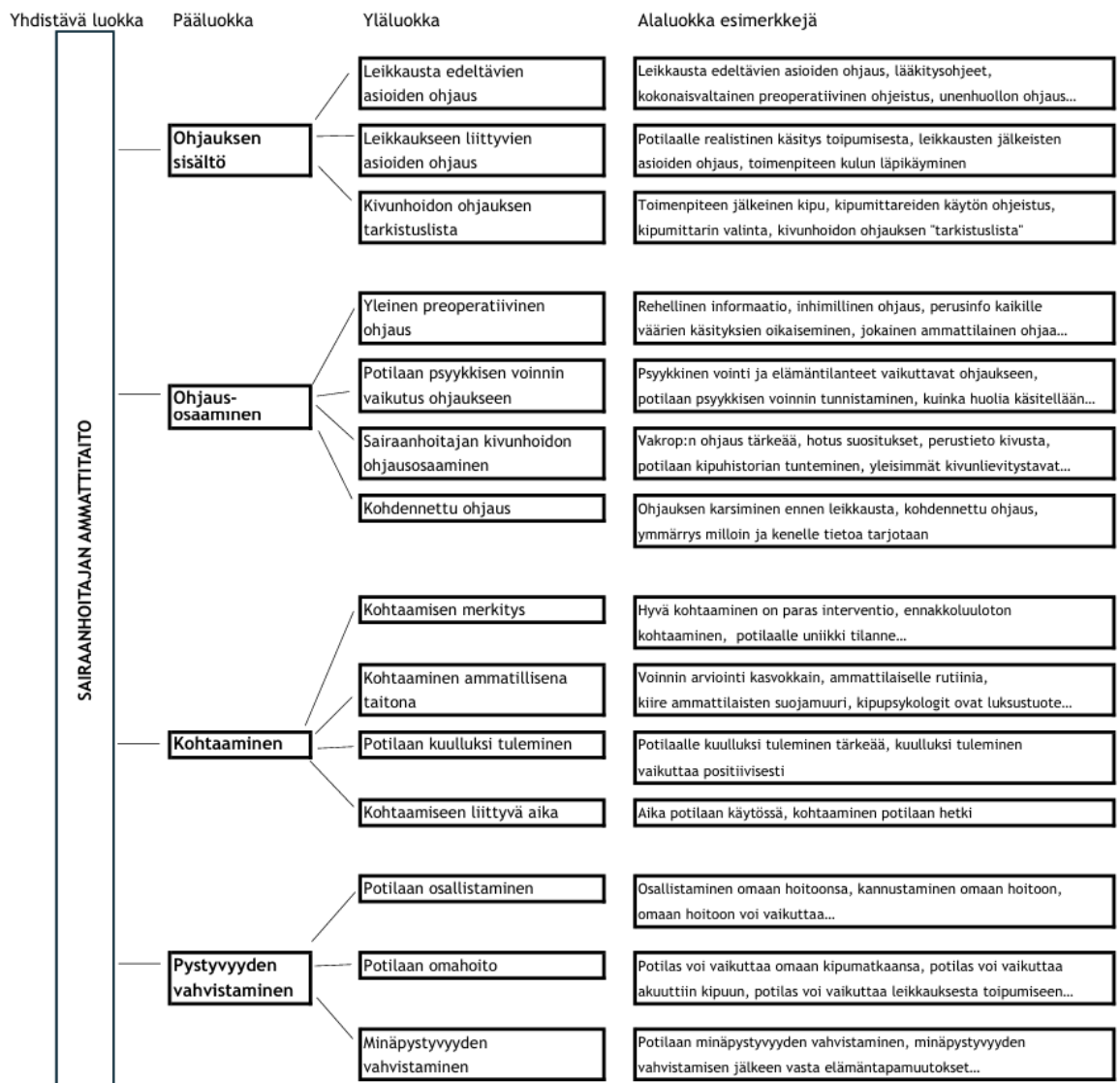
Ja myös jaetaan heille Terveyskylän eli Verisuonikylän yhteystiedot, mistä pystyy hakemaan lisätietoa ja jota päivitetään.

Tiedän että mä jauhan tätä, mutta uskon tähän, että jos meillä on hyviä videoita, niin kun ne voi katsoa kahteen kertaan ja ne voi ehkä katsoa jonkun läheisen kanssa vielä ja sanoa, että mitä se nyt oikein tarkoitti tuossa.

Se oli liikaa, kun he jo pelkäsivät, selviikö he edes teholle asti sieltä. Me tehtiin sellainen ratkaisu, että meidän fysioterapeutit teki kirjalliset ohjeet, missä oli myöskin linkkejä erilaisiin heidän kuvaamiin videoihin, missä näytettiin ohjeet. Me sanottiin potilaalle ja heidän omaisille, että he voivat käydä yhdessä lukemaan tämän kotona rauhassa. Katsoa niitä videoita, ja fysioterapeutti tulee heti, kun olette heränneet toimenpiteestä, sinne teholle teidän kanssa, ja sitten ne käy vielä yhdessä. Tämä on ollut parempi lopputulos kuin se, että sinne tuli fysioterapeutti vielä leikkausta edeltävään käyntiin.

4.2 Sairaanhoidajan ammattitaito

Alla olevaan kuvioon 14 olemme koonneet koko sairaanhoidajan ammattitaito -yhdistävän luokan yhteen. Osan alaluokista olemme jättäneet kaaviosta pois, jotta se pysyy helpompi lukuisena. Kaikki alaluokat ovat kuitenkin näkyvillä, kun syvennymme pääluokkiin tarkemmin.



Kuvio 14: Sairaanhoitajan ammattitaito -yhdistävän luokan luokittelu

4.2.1 Ohjauksen sisältö

Seuraavassa kuvaamme ohjauksen sisältöä. Havaitimme, että potilaille ohjataan leikkausta edeltäviä ja leikkauksen liittyviä asioita, ja kivunhoidon ohjaukselle muodostui tarkistuslista ohjattavista asioista. Seuraavassa kuviossa 15 kuvaamme ohjauksen sisältö -pääluokan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Ohjauksen sisältö	Leikkausta edeltävien asioiden ohjaus	Leikkausta edeltävien asioiden ohjaus
		Lääkitysohjeet
		Kokonaisvaltainen preoperatiivinen ohjeistus
		Elämäntapaohjaus voisi olla hyödyllistä ennen leikkausta
		Ennen leikkausta potilaalle paljon tietoa
		Unenhuollon ohjaus
		Potilaan ohjaaminen Terveyskylään
	Leikkaukseen liittyvien asioiden ohjaus	Leikkauksen jälkeisten asioiden ohjaus
		Potilaalle realistinen käsitys toipumisesta
		Toimenpiteen kulun läpikäyminen
	Kivunhoidon ohjauksen tarkistuslista	Toimenpiteen jälkeinen kipu
		Kipumittareiden käytön ohjeistus
		Kipumittarin valinta
		Ohjataan lääkkeelliset kivunhoitotavat
		Ohjataan lääkkeettömät kivunhoitotavat
		Ohjataan multimodaalinen kivunhoito
		Kivun hoidon ohjauksen tarkistuslista
		Realistinen käsitys leikkauksen jälkeisestä kivusta
		Realistinen käsitys kivunhoidosta ja -hallinnasta
		Kivunhoidon vaihtoehdot

		Kivun kanssa ei pidä sinnitellä
		Kommunikointi kivusta
		Kannustetaan pyytämään lisäkipulääkettä ajoissa
		Potilaan odotukset kivusta
		Toimenpide voi auttaa kipuun
		Kivun vaikutus perustoimintoihin
		Kaikki kivunlievitys ei toimi kaikille

Kuvio 15: Ohjauksen sisältö -pääluokan luokittelu

Jokainen potilas saa preoperatiivisesti kokonaisvaltaisen ohjauksen verisuonikirurgian poliklinikalla ja potilaille tulee paljon tietoa ennen leikkausta. Myös preoperatiivinen kivunhoidon ohjauksen sisältö on laaja ja siinä tulee huomioida monta asiaa. Potilaalle tulee ohjata leikkausta edeltävät, akuuttiin kipuun vaikuttavat asiat kuten riskitekijät. Sen lisäksi tulee ohjata ne asiat, jotka kunkin leikkauksen tai toimenpiteen jälkeen aiheuttavat kipua tai vaikuttavat siihen. Kipumittarin valinta ja käytön ohjaus, lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomuodot, multimodaalinen kivunhoito akuutin kivun vaikutus perustoimintoihin, erilaiset kivunhoidon vaihtoehdot ja kivusta kommunikointi ovat osa kivunhoidon perusohjausta preoperatiivisesti.

Ohjauksessa tulisi ottaa huomioon potilaan omat odotukset kivusta ja ohjata, ettei kivun kanssa tule sinnitellä. Joskus myös toimenpide itsessään voi olla paras apu kipuun.

Alaraajapotilailla, varmasti siellä käydäänkin keskustelua, on se, että vaikka meidän lääkärit voivat aloittaa käynnillä kipulääkitystä, tehostaa sitä, mutta harvemmin siitä on mitään hyötyä. Ainoa mikä auttaa siihen kipuun on se toimenpide.

Potilaan tulisi saada realistinen käsitys leikkauksesta toipumisesta, leikkauksen jälkeisestä kivusta, kivunhoidosta ja hallinnasta.

Jottei se tule ihan yhtäkkiä aivan järkyttävänä shokkina, että herranen aika, että minähän oon ihan sikakipeä, kun minulla on avattu rintaranka. Jos siihen on vähän valmistautunut, miten keskimäärin tämä menee. Tietää jo, että tällaista odottelinkin. Tiedän, että kolmessa päivässä tämä jo hellittää aika hyvin.

Jos he eivät saa meiltä semmoista rehellistä informaatiota, niin he kaivavat sen netistä.

Potilaita ohjataan myös tutustumaan Terveyskylän eri taloihin, esimerkiksi Verisuonitaloon. Työpajoissa mietittiin, että preoperatiivinen elämäntapaohjaus, esimerkiksi unenhuollon ohjaus, voisi olla potilaalle hyödyllistä. Näin potilas pystyisi mahdollisesti parantamaan akuutin kivun hallintaa.

4.2.2 Ohjausosaaminen

Seuraavassa kuvaamme sairaanhoitajan ohjausosaamista. Havaitsimme, että sairaanhoitajan tulee osata antaa yleinen preoperatiivinen ohjaus, ymmärtää potilaan psyykkisen voinnin vaikutus ohjaukseen, osata ohjata kivusta sekä osata kohdentaa ohjausta. Seuraavassa kuviossa 16 kuvaamme ohjausosaaminen-pääloukan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääloukka	Yläloukka	Alaluokka
Ohjausosaaminen	Yleinen preoperatiivinen ohjaus	Rehellinen informaatio
		Inhimillinen ohjaus
		Perusinfo kaikille
		Väärrien käsityksien oikaiseminen
		Jokainen ammattilainen ohjaa
		Potilaan havainnointi
		Hoitaja tärkeässä roolissa potilaan leikkaukseen edeltävässä valmistelussa
		Sairaanhoitajan ydinosaaamista on potilaan tunteminen
		Sairaanhoitajan tuntee eri potilasryhmät
		Sairaanhoitaja tuntee leikkauksen / toimenpiteen
		Psyykkinen vointi ja elämäntilanteet vaikuttavat ohjaukseen

	Potilaan psyykkisen voinnin vaikutus ohjaukseen	Potilaan psyykkisen voinnin tunnistaminen
		Kuinka huolia käsitellään
		Unen vaikutuksen kipuun
		Ahdistuneen potilaan kohtaaminen
	Sairaanhoidajan kivunhoidon osaaminen	Vakrop:n ohjaus tärkeää
		Hotus suositukset
		Voimakkaan akuutin kivun riskitekijöiden ja tarkistuslistan (kuvio 4) tunteminen
		Kivunhallintatalon materiaalit
		Yleisimmät kivun lievitystavat
		Lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät
		Potilaan kipuhistorian tunteminen
		Vaikeat kipusairaudet
		Perustieto kivusta
		Muiden perussairauksien vaikutus kipuun
	Kohdennettu ohjaus	Ohjauksen karsiminen ennen leikkausta
		Kohdennettu ohjaus
		Ymmärrys milloin ja kenelle tietoa tarjotaan

Kuvio 16: Ohjausosaamisen-päälukon luokittelu

Preoperatiivinen ohjaus on erittäin laaja ja sairaanhoidajan tulee osata antaa perusinformaatio leikkaukseen valmistautumisesta potilaille. Kuitenkin ohjausosaamisen kohdalla havaittiin, että ohjausta pitää mahdollisesti karsia. Vakrop:den ohjaaminen koettiin tärkeäksi. Sairaanhoidajan tulisi osata antaa inhimillistä ja rehellistä ohjausta. Myös ohjauksen kohdentaminen on osa ohjaamisosaamista.

Osahan on varmaan myös kohdentamisen ongelmaa, että jos meillä on potilas, joka ei ikinä ole tupakoinut. Niin eihän meidän sille kannata ihan hirveästi puhua tupakoinnin lopettamisesta. Perusinfo pitää antaa kaikille. Ehkä sitten jonkinlaista kohdentamistakin kannattaisi tehdä. Pitäisi tavallaan tuntea ne riskit ja tuntea meidän työkalut.

Sairaanhoitajan tulee tuntea potilas, osata perustieto kivusta, tuntea voimakkaan akuutin kivun riskitekijät ja tarkistuslista (kuvio 4), millaisia kivunlievitystapoja on olemassa, millaisia potilasryhmiä hän työssään kohtaa, millaisia toimenpiteet ovat, millaisia kipusairauksia on olemassa, miten perussairaudet vaikuttavat kipuun, millainen potilaan kipuhistoria on, kuinka uni vaikuttaa kipuun, kuinka huolia käsitellään ja kuinka ahdistunut potilas kohdataan.

Se olisi musta tärkeää, että jokainen ammattilainen tietää ne ihan perusriskitekijät. Että tunnistaa sen sikahuolestuneen, kipua pelkäävän, ahdistuneen, muutenkin ahdistuneen, huononuisen potilaan. Se pitäisi olla ihan perus tietämystä meille kaikille.

Sairaanhoitajan on osattava käyttää ohjauksessa Hotuksen suosituksia leikkauksen jälkeisestä kivun hoitoyöstä (Salanterä ym. 2013). Ohjausosaamiseen kuuluu myös digitaalisten materiaalien, kuten videoiden ja Terveyskylän eri talojen, käyttö ohjauksessa. Ohjaaminen ei kuitenkaan ole ainoastaan sairaanhoitajien tehtävä, vaan se kuuluu tietyin osin myös muille ammattiryhmille.

Psykkisen voinnin merkitys ja erilaisten elämäntilanteiden merkitys potilaan ohjaukseen tulee ottaa huomioon. Sairaanhoitajan ydinosaamiseen kuuluu tuntea potilas, on osattava havainnoida potilasta ja tulee osata tunnistaa potilaan psyykinen vointi. Sairaanhoitaja on tärkeässä roolissa potilaan leikkaukseen edeltävässä valmistelussa. Sairaanhoitajan ydinosaamista on ymmärtää milloin ja kenelle tietoa tulee tarjota. Sairaanhoitajan on osattava oikaista potilaan mahdolliset väärät käsitykset koskien leikkausta tai toimenpidettä. On ymmärrettävää, että potilaan psyykinen vointi ja elämäntilanteet voivat vaikuttaa ohjauksen tarpeeseen.

Ehän sinä edes kuule sitä ravinnotta oloa, koska olet niin ahdistunut ja peiloissa siitä jutusta, että joudut sinne leikkaukseen ja mikä se nyt onkaan se ydinhuoli mielessä. Kaikki konkreettinen tykytys menee, se vain ärsyttää, jolloin menee vielä enemmän korvat lukkoon. Näissäkin pitäisi aina miettiä, kun on vähän aikaa käytössä per potilas, mihin meidän se kannattaa käyttää silloin, kun me nähdään se potilas.

Kivunhoito ja psykologinen hoito ovat mielestäni tärkein juttu potilailla. Varsinkin jos kiputilat ovat jatkuneet jonkin aikaa, niin ne ovat hyvin väsyneitä, hyvin

turhautuneita siihen omaan oloon, omaan elämäänsä ja siihen tilanteeseen. Se näkyy päällepäin, että he ovat hyvin turhautuneita.

Tämähän on vähän sellainen taitolaji ja just sen sairaanhoitajan ydinosamista, että tutustuu siihen potilaaseen niin, että tietää, että kenelle sitä tietoa kannattaa tarjota.

4.2.3 Kohtaaminen

Seuraavassa kuvaamme potilaan kohtaamista. HavaitSIMME, että kohtamisella on iso merkitys, kohtaaminen on osa sairaanhoitajan ammattitaitoa, potilaan tulee tulla kuulluksi ja kohtamiseen käytettävä aika on potilaan, ei ammattilaisen aikaa. Seuraavassa kuviossa 17 kuvaamme kohtaaminen-pääloukan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääloukka	Yläloukka	Alaluokka
Kohtaaminen	Kohtaamisen merkitys	Hyvä kohtaaminen on paras interventio
		Ennakkoluuloton kohtaaminen
		Hyvän kohtaamisen vaikutus psyykkiseen vointiin
		Potilaalle uniikki tilanne
		Leikkaus harvinainen tapahtuma
		Isot elämänmuutokset eivät onnistu juuri ennen leikkausta
	Kohtaaminen ammattilaisena taitona	Voinnin arvioiminen kasvokkain
		Potilaan hyvä kohtaaminen on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä
		Potilaan kohtaaminen perusammattitaitoa
		Ammattilaisen hyvä aie voi olla potilaalle haitaksi
		Ammattilaiselle rutiinia

		Ammattilaisen ärsyntyminen potilaan toimintaan
		Kiire ammattilaisten suojamuuri
		Potilaan kohtaaminen kuormittavin osuus työstä
		Kipupsykologit ovat luksustuote
	Potilaan kuulluksi tuleminen	Kuulluksi tuleminen on tärkeää
	Potilaan kuulluksi tuleminen	Kuulluksi tuleminen vaikuttaa positiivisesti
	Kohtaamiseen liittyvä aika	Aika potilaan käytössä
	Kohtaamiseen liittyvä aika	Kohtaaminen potilaan hetki

Kuvio 17: Kohtaaminen-päälukon luokittelu

Mahdollisuuksien mukaan potilas tulisi kohdata kasvokkain, jotta hänen vointiaan on helpompi arvioida. Potilaan hyvä kohtaaminen on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä ja tulisi kuulua perusammattitaitoon.

Sen takia ne pre.op-käynnit näillä potilailla, alaraajapotilailla, on hyvin tärkeää, että me pystymme havainnoimaan ihan näin kasvoperäisesti, että mikä se potilaan vointi tässä on.

Minua hämmentää, että terveydenhuollon ihmiset, mä käyn siis kuinkahan monta kertaa vuodessa, pyydetään puhumaan jonnekin otsikolla kipupotilaan kohtaaminen. Siis vuodesta toiseen kipupotilaan kohtaaminen. Ja nyt olen lisännyt minun slaidipaketin alkuun sen, miksi me tarvitaan psykologi paikallekin kertomaan, että miten kipupotilaat tai miten ihminen kohdataan. Ei tarvita. Ei tässä sen kummempaa. Ei tarvita psykologia siihen. Tämän pitäisi olla ihan jokaisen meidän perusammattitaitoa.

Potilaan hyvä kohtaaminen on paras interventio, eikä siinä tarvita vippaskonsteja. Kohtaamisen tulisi olla ennakkoluulotonta. Hyvällä kohtaamisella voidaan vaikuttaa potilaan psyykkiseen vointiin.

Niin, vaikkakin sillä hyvällä kohtaamisella me nimenomaan, se pointti on se, että pyrimme vaikuttamaan huoleen, ahdistukseen, pelkoon, joka rauhoittaa myös unta. Sehän on se hyvän kohtaamisen tarkoitus. Hyvä kohtaaminen on

paras interventio kaikkeen terveydenhuollossa ja interventio itsessään. Me ei tarvita mitään vippaskonsteja, rentoutusharjoitteita.

Mutta jos jaksaa vähän venyä ja sanoo, että joo, monet pelkää tätä, mutta hyvin tämä menee, ja laitetaan puudutus tähän iholle, ja voidaan keskeyttää, jos sinusta tuntuu hankalalta ja muuta. Oikeastaan siinä on vain pikkuisen lisää lämpöä siinä hommassa, mutta sitten se muodostaa se ero siihen, että onnistuuko silloin vai eikö se onnistu. Tavallaan ehkä semmoinen tietty lämpö ja inhimillisyysskin. Ei lähetä tietenkään siihen potilaan hätään mukaan.

On tärkeää muistaa, että terveydenhuollon kohtaamisissa aika on potilaan käytössä ja se on potilaan hetki. Tilanne voi olla potilaalle uniikki, vaikka se olisi ammattilaiselle rutiinia. Leikkaukseen meno on kuitenkin yleensä potilaalle harvinainen tapahtuma.

Hyvänen aika, jos ei sinulla ole kuin 15 minuuttia aikaa silloinhan sinun varsinkin kannattaa käyttää se siihen, että sinä oikeasti kuulet ja oikeasti olet kiinnostunut potilaasta ja annat ymmärtää, että olen täällä sinua varten. Nyt nämä 15 minuuttia, eikä mitään muuta. En ole tätä tietokonetta eikä tuota, eikä tuota vaan sinua varten. Silloin saat potilaan rauhoittumaan ja olemaan jotenkin koostunut siinä hetkessä.

Ammattilainen saattaa ärsyntyä siitä, ettei potilas tee sitä, mitä hänen meidän mielestämme täytyisi tehdä. Tulee kuitenkin muistaa, että esimerkiksi isot elämänmuutokset eivät onnistu juuri ennen leikkausta. Tulee muistaa, että ammattilaisen hyvä aie ei välttämättä palvele potilasta.

Meidän pitäisi olla siinäkin tosi sensitiivisiä, että me ymmärretään tämän yksilön kohdalla, mitä tämä meidän hyvä aie oikeastaan tälle potilaalle tekee.

Jos olet kovasti ylipainoinen, niin et sä sitä painoa pudota 50 kiloa ennen leikkaukseen menoa tai yhtäkkiä opin nukkumaan tai muuta. Jos me aletaan 30 vuoden tai kolmenkin vuoden huonoa unirytmää kuukausi ennen leikkausta muokkaamaan, niin mitäs luulette, että käy? No, siitähän käy niin, että se potilas stressaa vielä enemmän sitä nukkumistaan ja ahdistuu siitä, jolloin me itse asiassa tullaan vaa pahentaneeksi asia. Jolloin jää vain se, että meidän täytyy hyvin pysähtyä, jaksaa kuulla se potilas ja hyvin avoimmin kortein mennä siihen, että hei, mikäs sinua nyt helpottaisi tässä, että sinulla on nyt tämmöinen tulossa, että mitäs me keksittäisi.

Potilaan kohtaaminen onkin usein kuormittavin osuus terveydenhuollon ammattilaisen työssä ja käytämme helposti kiirettä suojamuurina.

Me kaikki terveydenhuollon ihmiset mennään hirveän herkästi siihen. Kiireen ja rutiinien ja muiden, paljon potilaita ja niin edelleen, taakse. Se on vain meidän suojamuuri. Silloin meidän ei ehkä tarvitse tehdä sitä kuormittavinta osuutta tässä työssä, joka on se potilaan kohtaaminen.

“Kipupsykologit ovat luksustuote” alaluokka tarkoittaa sitä, ettei meillä ole varaa olettaa, että voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden kohtaamiseen tarvitsisi kipupsykologeja. Heitä on vähän ja potilaiden kohtaaminen on kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä.

Semmoinen englantilainen kollega, psykologiprofessori Christopher Eggleston hienosti sanoikin, että kipuun koulutetut psykologit on luksustuote. Niitä on niin harvassa, että me ei voida jäädä sen varaan, että me toivotaan, että joku kipuun perehtynyt psykologi tulee kohtaamaan näitä potilaita, vaan että kyllä nämä täytyy olla tällöisiä ihan jokaisen peruspaketissa.

Esimerkiksi kipupsykologit ovat niin pitkälle koulutettuja ihmisiä, että kyllähän ne ovat sellainen luksustuote, ettei meillä ole varaa.

4.2.4 Pystyvyyden vahvistaminen

Seuraavassa kuvaamme pystyvyyden vahvistamista. Havaitsimme, että potilaita tulee osallistaa omaan hoitoonsa, potilaan omahoito on tärkeää ja potilaan minäpystyvyyttä tulee vahvistaa. Seuraavassa kuviossa 18 kuvaamme pystyvyyden vahvistaminen -pääluokan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Pystyvyyden vahvistaminen	Potilaan osallistaminen	Osallistaminen omaan hoitoon
		Kannustaminen omaan hoitoon
		Omaan hoitoon voi vaikuttaa
		Houkutellaan ottamaan vastaan tietoa leikkaukseen valmistautumisesta
	Potilaan omahoito	Potilas voi vaikuttaa kipumatkaansa
		Ammattilaiset eivät juuri voi vaikuttaa kipumatkaan

		Potilas voi vaikuttaa akuuttiin kipuun
		Potilas voi vaikuttaa leikkauksesta toipumiseen
	Minäpystyvyyden vahvistaminen	Potilaan minäpystyvyyden vahvistaminen
		Pystyvyyden kokemus iso vaikuttava tekijä
		Minäpystyvyyden vahvistamisen jälkeen elämäntapamuutokset

Kuvio 18: Pystyvyyden vahvistaminen -pääluokan luokittelu

Potilaan ohjaamisen ja kohtaamisen ydin on potilaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen. Potilaita tulee osallistaa ja kannustaa omaan hoitoonsa. Potilaille tulee saada ymmärrys siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät juurikaan voi vaikuttaa heidän kipumatkansa kulkuun. Potilas pystyy itse vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja toipumiseensa.

...sitten semmoiseen, miten mä sanoisin, kannustamiseen siihen toimenpiteen, että kuinka paljon he tarvitsisivat semmoista henkistä tukea ja kannustusta ennen toimenpidettä ja toimenpiteen aikana ja ehkä siellä osastollakin.

Pystyvyyden kokemus on iso vaikuttava tekijä. Potilasta tulisi kannustaa pitämään itsestään parempaa huolta keskittymällä perusasioihin kuten terveellisiin elintapoihin, mutta elämäntapamuutokset onnistuvat parhaiten sen jälkeen, kun potilaan minäpystyvyys on vahvistunut.

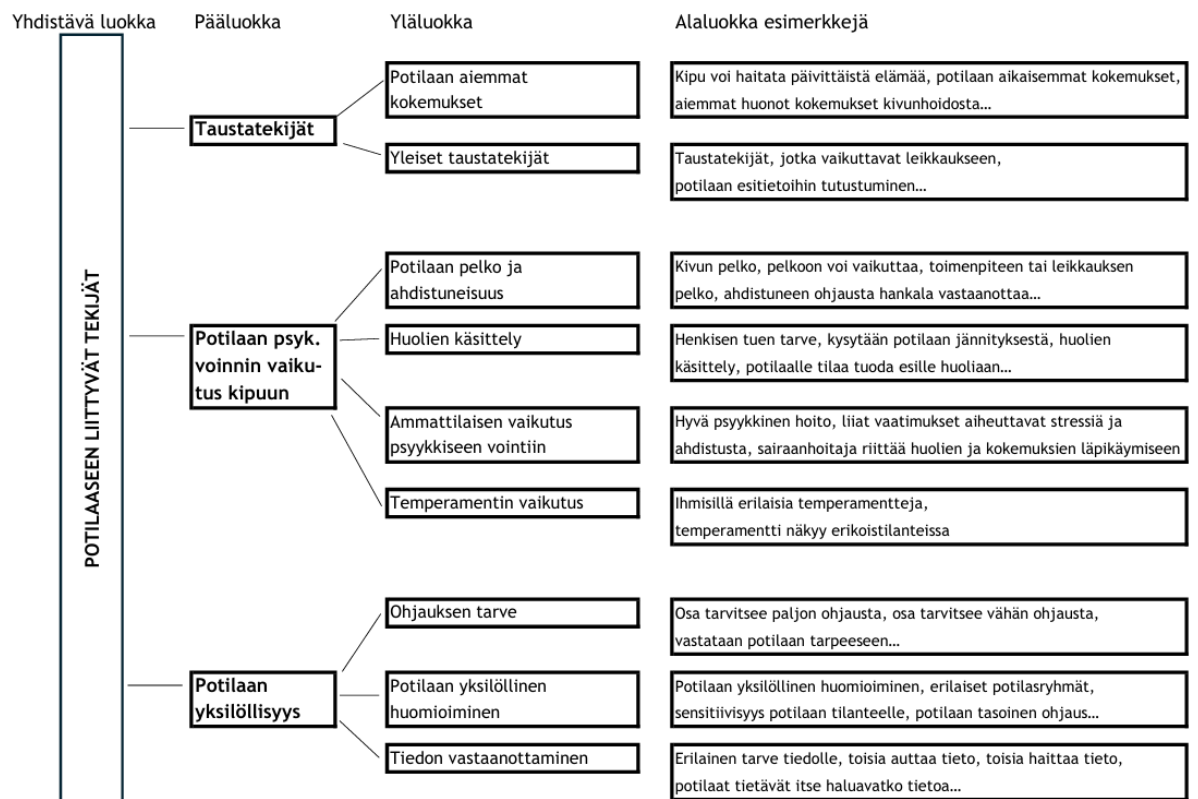
Se tärkein tehtävä olisi mielestäni se, että me saadaan ymmärrystä potilaalle, että hän on tässä ohjaksissa. Se on hänestä, paljonkin potilaista kiinni, että mitä voidaan tehdä. Ja se, että hänelle tulee luottavainen mieli, että pystyn itse vaikuttaa ja valmistelee itseäni tulevaan leikkaukseen. Ja siihen akuuttiin kipuun. Eli vahvistetaan pystyvyyden kokemusta, joka aina todetaan tutkimuksesta toiseen. Se on yksi iso vaikuttava tekijä. Se on kliinisestikin, meistä jokainen voi sen todeta. Tärkein tehtävä on se, että oma pystyvyys vahvistuu, jonka jälkeen, vasta sen jälkeen on mahdollista tehdä jotain elintapamuutoksia. koittaa oikeasti ruuvata vaikka unirytmii järkevämmäksi, vähentää tupakointia, joka on aivan systemaattinen riskitekijä.

Aiemmin todettiin, että toisia potilaita haittaa tieto ja on sairaanhoitajan hyvää ammattitaitoa ymmärtää, kenelle tietoa tulee tarjota. Tällaisiakin potilaita voi yrittää houkuttaa ottamaan vastaan tietoa leikkaukseen valmistautumisesta ja saada näin potilas itse aktiiviseksi osalliseksi kivunhoidossaan.

Toki semmoisessakin potilasta voi houkuttaa ajattelemaan sitä, että on tärkeää tietää niitä (leikkaukseen liittyviä asioita). Tai sillä voi itsekin valmistautua potilas leikkaukseen, että on jotenkin realistinen käsitys siitä, että kuinka paljon tässä leikkaustyyppissä tyypillisesti tulee akuuttia kipua. Miten sitä hoidetaan? Miten sitä saadaan hallintaan?

4.3 Potilaaseen liittyvät tekijät

Alla olevaan kuvioon 19 olemme koonneet potilaaseen liittyvät tekijät -yhdistävän luokan yhteen. Osan alaluokista olemme jättäneet kaaviosta pois, jotta se pysyy helpompilukuisena. Kaikki alaluokat ovat kuitenkin näkyvillä, kun syvennymme pääluokkiin tarkemmin.



Kuvio 19: Potilaaseen liittyvät tekijät -yhdistävän luokan luokittelu

4.3.1 Taustatekijät

Seuraavassa kuvaamme potilaaseen liittyviä taustatekijöitä Havaitsimme, että potilaan aiemmat kokemukset ja muut taustatekijät voivat vaikuttaa leikkausta edeltävään ja sen jälkeeseen aikaan. Seuraavassa kuviossa 20 kuvaamme taustatekijät-pääluokan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Taustatekijät	Potilaan aiemmat kokemukset	Kipu voi haitata päivittäistä elämää
		Potilaan aikaisemmat kokemukset
		Aiemmat huonot kokemukset kivunhoidosta
		Aikaisempien leikkauskokemusten huomioiminen
	Yleiset taustatekijät	Taustatekijät, jotka vaikuttavat leikkaukseen
		Taustatekijät, jotka vaikuttavat leikkauksen jälkeiseen aikaan
		Potilaan esitietoihin tutustuminen

Kuvio 20: Taustatekijät-pääluokan luokittelu

On tärkeää tutustua potilaan esitietoihin ja huomioida aiemmat leikkauskokemukset. Etenkin työpajoissa korostui potilaiden taustatekijöiden vaikutus leikkausta edeltävään ja sen jälkeiseen aikaan. Myös taustatekijät, jotka vaikuttavat itse toimenpiteeseen tulee ottaa huomioon. Nämä voivat vaikuttaa itse leikkaukseen tai sen jälkeiseen aikaan. Kipu voi esimerkiksi jo ennen leikkausta vaikuttaa päivittäiseen elämään haittaavasti. Potilaalla voi myös olla myös aikaisempia huonoja kokemuksia kivunhoidosta. Myös muut aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa esimerkiksi potilaan leikkauksen jälkeiseen kipuun, leikkauksen valmistautumiseen tai leikkauksesta toipumiseen.

Siinä vaiheessa jo vähän pystytään kiinnittämään huomiota, millaista lääkitystä siellä on, ja samalla niihin taustatekijöihin, mitkä ehkä vaikuttavat siihen leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen esimerkiksi kivun hoitoon...

Se fyysinen vointi, on niin lopen kyllästyneitä siihen, että he eivät pysty nukku-
maan, he eivät pysty syömään, kun on kipuja ja muita, niin ne vaikuttaa totta kai.

Usein itse silloin, kun osastolla olin, otettiin huomioon ne potilaat niin, että vähän katsottiin, että tutustuttiin papeihin. Onko se semmoinen, että olisiko sitä apua, että sillä on joku huonotoveri, kenen kanssa voi keskustella. Usein se sairaalassa olo jo pelottaa, jos joutuu siellä yksin olemaan. Ja että siinä myöskin ihan tämmöisellä konkreettisella, että sitten potilas jaetaan semmoiselle

hoitajalle, jolla ei ole niin montaa potilasta, joka pystyy sitten ottamaan huomioon sen kivunlievityksen. Varsinkin semmoisella potilailla, jolla on ollut huonoja kokemuksia eri kivun lievityksistä.

4.3.2 Potilaan psyykkisen voinnin vaikutus kipuun

Seuraavassa kuvaamme potilaan psyykkisen voinnin vaikutusta kipuun. Pelko ja ahdistuneisuus nousivat tärkeiksi osa-alueiksi, huolia tulisi käsitellä, ammattilaisella voi vaikuttaa potilaan psyykkiseen vointiin ja potilaan temperamentilla on merkitystä. Seuraavassa kuviossa 21 kuvaamme potilaan psyykkisen voinnin vaikutus kipuun -pääluokan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Potilaan psyykkisen voinnin vaikutus kipuun	Potilaan pelko ja ahdistuneisuus	Kivun pelko
		Pelkoon voi vaikuttaa
		Toimenpiteen tai leikkauksen pelko
		Ahdistuneena ohjausta hankala vastaanottaa
		Psyykkisen voinnin vaikutus kipuun
	Huolien käsittely	Henkisen tuen tarve
		Kysytään potilaalta jännityksestä
		Pelkojen esille tuominen vaikuttaa akuutin kivun hallitsemiseen
		Potilaalle tilaa tuoda esille huoliaan
		Huolien käsittely
		Potilaan huolet näkyviksi
		Konkreettiset huolet
		Huolet, joihin voi vaikuttaa
		Hyvä psyykkinen hoito

	Ammattilaisten vaikutus psyykkiseen vointiin	Sairaanhoitaja riittää huolien ja kokemusten läpikäymiseen
		Liialliset vaatimukset aiheuttavat stressiä ja ahdistusta
	Temperamentin vaikutus	Ihmisillä erilaisia temperamentteja
		Temperamentti näkyy erikoistilanteissa

Kuvio 21: Potilaan psyykkisen voimien vaikutus kipun -pääluokan luokittelu

Potilaan psyykinen vointi tulee huomioida ennen leikkausta ja myös sen jälkeen. Millainen potilaan henkisen tuen tarve on? Kipu voi jännittää potilasta, mutta pelkoon pystytään vaikuttamaan hyvällä kohtaamisella ja potilaan aidolla kuulemisella.

Ja voi ajatella, että jos on kovin pelokas, ahdistunut, huolestunut potilas tulossa elämänsä ensimmäiseen leikkaukseen, niin ei hänellä jää mieleen ne kaikki ohjeet, koska häntä niin paljon huolettuu ja pelottaa kaikki ne omassa mielessä olevat asiat, mitä hänelle ei ole tilaa kysyä tai tuoda esiin, jollei me anneta siihen mahdollisuutta.

Potilaan jännityksestä tulee kysyä jo ennen leikkausta. Pelkojen esiin tuominen voi auttaa akuutin kivun hallitsemisessa. Potilaalla voi olla mm. kivun tai leikkauksen pelkoa. Huolet voivat olla hyvinkin konkreettisia ja osaan huolista voimme vaikuttaa. Leikkaukseen voi valmistautua huolia ja kokemuksia läpikäyden. Ahdistuneen potilaan on vaikeaa ottaa vastaan ohjausta. Sairaanhoitaja yleensä riittää huolien ja kokemusten läpikäymiseen ja kuten aiemmin todettu, vain pieni osa potilaista tarvitsee terapiamaisempaa työskentelyä.

Vaikka minä en saa riittävästi kipulääkettä. Se on yksi asia, mihin pystytään vaikuttamaan. Tai että minua ei kuulla. Se on tosi usein, se on iso huolen kohde. Minä en tule kuulluksi, jos tarvitsen lisää. Jos on ensimmäisen kerran mennyt päin persusta akuutin kivun hoito, niin kakkosleikkaukseen, vaikka olisi eri aihe, meno on todella ahdistavaa ja pelottavaa. Minuakin pelottaisi, jos olisi huonosti kohdattu ja hoidettu.

On potilaita, jotka jännittävät kovasti kivun lievitystä toimenpiteen jälkeen, eivät välttämättä ole niin huolissaan, että pärjäävätkö kotona kipulääkkeellä toimenpiteeseen, mutta jännittävät kipua toimenpiteen jälkeen.

Kyllä se, että kun asiallisesti ja rehellisesti potilaalta kysyy, usein se saattaa kipuun vaikuttaa aika paljon se pelko ja se, että kysyy potilaalta, että mikä siinä mikä siinä leikkaus- tai toimenpiteessä tai koko prosessissa on semmoinen, mikä hän jännittää tai pelottaa tai muuta, niin usein se jo auttaa ehkä siihen semmoiseen, myöskin siihen akuuttiin kivun hoitamiseen se, että saadaan sieltä vähän selvitetty, että mikä siinä on.

Liit vaatimukset voivat aiheuttaa potilaissa stressiä ja ahdistusta. Ihmisillä on erilaisia temperamentteja, jotka vaikuttavat mm. ahdistuneisuustaipumukseen. Temperamentti näkyy erikoistilanteissa kuten leikkaukseen mennessä. Psykkisellä voinnilla on huomattava vaikutus potilaan kokemaan kipuun.

Me tiedämme, että meidät on vain rakennettu ihmiset sillä tavalla. Se ei ole sinänsä mielenheikkoutta tai muuta, vaan se liittyy paljon temperamenttiin. Olemme eri tavoin rakennettu sen suhteen, kuinka paljon erilaiset uudet asiat meitä ahdistaa tai kuinka luottavaisesti me mennään uusiin asioihin. Tämä kaikki näkyy siinä semmoisessa erikoistilanteessa kuin esimerkiksi leikkaukseen meno, joka nyt on harvinainen tapahtuma yleensä ihmiselle.

4.3.3 Potilaan yksilöllisyys

Seuraavassa kuvaamme potilaan yksilöllisyyttä. Havaitimme, että ohjauksen tarve ja tiedon vastaanottamisen kyky ovat yksilöllisiä. Potilaiden yksilöllisyys tulee huomioida ohjauksessa ja kivunhoidon suunnittelussa. Seuraavassa kuviossa 22 kuvaamme potilaan yksilöllisyys -pääluokan kuvaavia ylä- ja alaluokkia.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Potilaan yksilöllisyys	Ohjauksen tarve	Osa tarvitsee paljon ohjausta
		Osa tarvitsee vähän ohjausta
		Keskivaiheilla olevien ohjaustarpeesta ei tiedetä
		Vastataan potilaan tarpeeseen
	Potilaan yksilöllinen huomioiminen	Potilaan yksilöllinen huomioiminen
		Erilaiset potilasryhmät
		Sensitiivisyys potilaan tilanteelle

		Miten potilas pystyy vastaanottamaan tietoa?
		Potilaslähtöinen kivunhoidon suunnittelu
		Potilaan yleisvointi vaikuttaa kipulääkityksen suunnitteluun
		Potilaantasoinen ohjaus
		Jotkut pystyvät elämäntapamuutoksiin ilman tukea
	Tiedon vastaanottaminen	Erilainen tarve tiedolle
		Toisia auttaa tieto
		Toisia haittaa tieto
		Potilaat tietävät itse haluavatko tietoa
		Tietoa ei pysty vastaanottamaan liikaa kerralla
	Kaikki eivät ottaannu tiedon vastaanottamiseen	
	Osa pystyy etsimään itse tietoa	

Kuvio 22: Potilaan yksilöllisyys -pääluokan luokittelu

Potilaat tulee huomioida yksilöllisesti ennen leikkausta. Osa potilaista tarvitsee paljon ohjausta, osa vähän ja sillä välillä olevien ohjaustarpeesta ei juurikaan tiedetä. Siksi on tärkeää vastata potilaan tarpeeseen, huomioida erilainen tarve tiedolla ja erilaiset potilasryhmät. Toisia potilaita auttaa tieto, toisia se haittaa. Aiemmin todettiin, että sairaanhoitajan ydinosaamiseen kuuluu tietää, milloin tietoa tulee tarjota potilaalle.

Kuka tämä potilas on? Kuka nyt tulee tähän meidän myllyyn? Ja yksilöllisesti miettiä, että hei, no niin, mietitään, miten sä tästä myllystä nyt selviät.

Toisia auttaa tieto. Toisia haittaa tieto. Me ollaan tosi paljon pohdittu sitä, kuinka paljon me lähdetään preoperatiivisesti kertomaan potilaille kivusta.

Potilaat osaavat usein hyvin itsekin kertoa, haluavatko he tietoa. Tilanteessa sairaanhoitajan on oltava sensitiivinen. On myös huomioitava se, kuinka potilas pystyy vastaanottamaan tietoa. Ohjauksen tulee olla potilaan tasoista, ottaen huomioon esimerkiksi muuta kuin suomea

äidinkielenään puhuvat potilaat. Kivunhoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon potilaan yleisvointi ja sen tulee olla potilaslähtöistä.

Potilaat aika hyvin itsekin tietää, voi sanoa, että minua hyödyttää se, että tiedän kaiken, mitä lääkettä minä saan ja kuinka monta päivää olen tosi kipeä ja miten se auttaa ja kuinka paljon jää kipua, vaikka otan lääkettä. Jotkut ovat niin, että en halua tietää mitään. Luotan, että te tiedätte, että minä vaan hypään kyytiin.

Ja sitten se otetaan huomioon siinä, kun suunnitellaan niitä potilaita sinne päivänlistalle, että niissä (tietynlaisissa potilaissa) menee vähän enemmän aikaa. Sama on tulkkipotilaat. Eli varmistetaan siihen, että tulkkiaika pysyy ja se on riittävä, jotta potilas saa omalla äidinkielellään mahdollisimman paljon informaatiota ennen toimintaa. Ja ymmärtää, mitä hänen pitää tehdä.

Potilaat eivät pysty ottamaan liikaa tietoa kerralla. Kaikki potilaat eivät myöskään ottaannu tietoon. Osa potilaista kykenee etsimään tiedon itsekin ja tekemään tarvittavat muutokset ilman terveydenhuollon ammattilaisen tukea.

Tiedämme, että tiedon antaminen voisi olla hyödyllistä, mutta eihän potilaat niihin ottaannu. Se porukka, joka niihin ottaantuu, pystyy itsekin selvittämään tämän tiedon ja tekee muutokset. Oikea riskiporukka, joihin pitäisi eniten vaikuttaa, emme oikein näissä tutkimuksissa tiedetä, mikä on se interventio, jolla voidaan vaikuttaa.

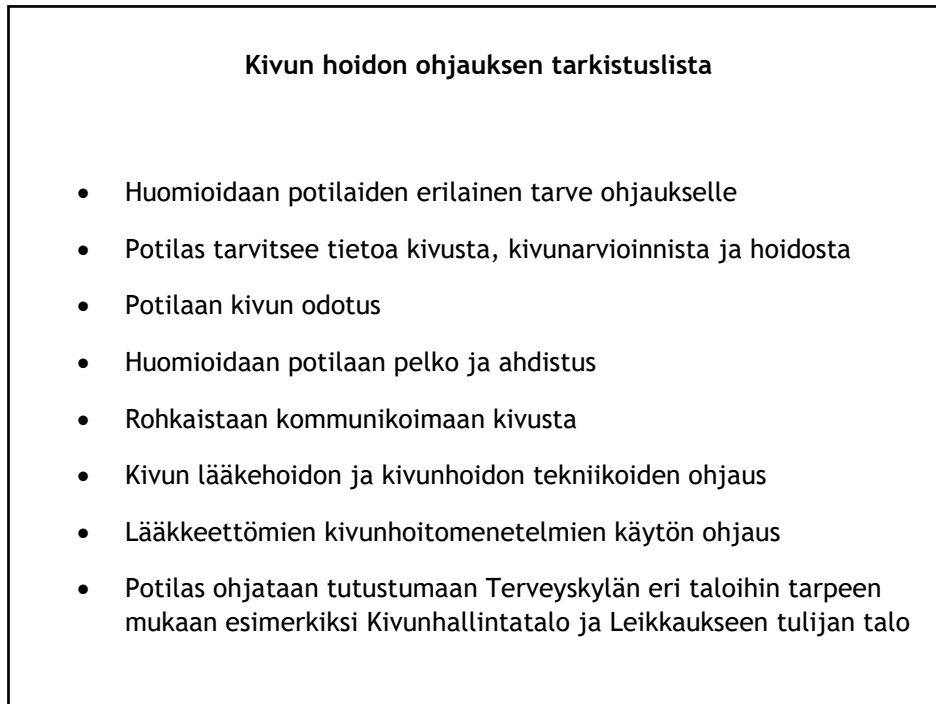
Jolloin jää vain se, että meidän täytyy hyvin pysähtyä, jaksaa kuulla se potilas ja hyvin avoimmin korkein mennä siihen, että hei, mikäs sinua nyt helpottaisi tässä, että sinulla on nyt tällainen tulossa, että mitäs me keksittäisi.

4.4 Opas TerveyskyläPro:hon

Teimme opinnäytetyömme pohjalta TerveyskyläPro:hon oppaan *“Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan kohtaaminen”*. Opas on suunnattu HUS:n eri yksiköille. Se on näkyvillä ammattilaisille ja opiskelijoille, joilla on organisaationsa kautta oikeudet kirjautua palveluun. Opas on tarkoitettu preoperatiivista työtä tekeville sairaanhoitajille. Se sisältää tietoa voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden tunnistamisesta, hoitoprosessista sekä ohjaamisesta.

Terveyskylän oppaasta pyydettiin kommentteja ja sisältöehdotuksia HUS Kipuklinikan APS-hoitajilta sekä ylilääkäriltä. Opas on muokattu yhteistyössä HUS Kipuklinikan ylilääkärin kanssa. Oppaan toimittamisesta vastannut HUS Kipuklinikan palvelusuunnittelija.

Teimme kivunhoidon ohjauksesta alla olevan tarkistuslistan (kuvio 23), joka julkaistiin TerveyskyläPron oppaassa.



Kuvio 23: Kivunhoidon ohjauksen tarkistuslista

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää vakrop:n hyvä kivunhoito leikkauksen jälkeen. Tavoitteena oli myös kuvata, kuinka heidän kivunhoitoaan voisi jo preoperatiivisesti suunnitella, kuinka heidän hoitoprosessinsa voitaisiin järjestää ja kuinka yhteistyö preoperatiivisen poliklinikan ja APS-tiimien kanssa paranisi. Tavoitteena oli myös parantaa preoperatiivisten sairaanhoitajien tietämystä vakrop:sta ja heidän ohjausosaamistaan. Opinnäytetyöhön haasteltiin kolmea eri asemassa olevaa terveydenhuollon ammattilaista. Työpajoja pidettiin kolme, joista molemmille tutkimukseen osallistuville yksiköille oli omansa ja kolmas työpaja oli yksiköiden yhteinen.

Analyysissa saatiin seuraavat yhdistävät luokat: Organisaation resurssit, sairaanhoitajan ammattitaito ja potilaaseen liittyvät tekijät. Organisaation resursseihin kuuluvia pääluokkia olivat 1) riskipotilaiden seuranta, 2) hoitoprosessi, 3) interventiot, 4) koulutukset, 5) digitaalisuus. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluvia pääluokkia olivat 1) ohjauksen sisältö, 2) ohjausosaaminen, 3) kohtaaminen, 4) pystyvyyden vahvistaminen. Potilaaseen liittyviin tekijöihin kuuluvia pääluokkia olivat 1) taustatekijät, 2) potilaan psyykkisen voinnin vaikutus kipuun, 3) potilaan yksilöllisyys.

5.1 Johtopäätökset

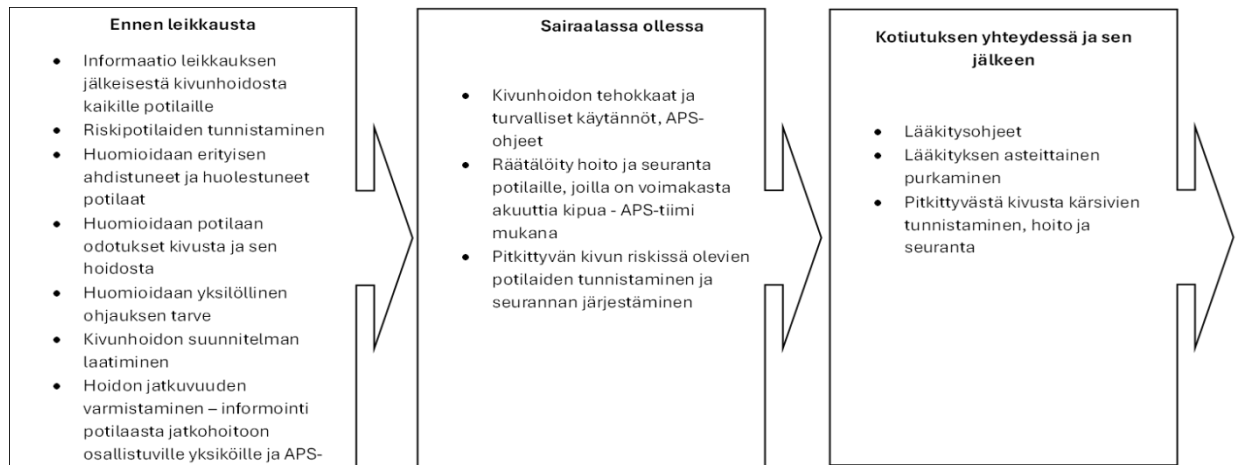
Eri tutkimuksissa voimakkaan akuutin kivun riskitekijät vaihtelevat ja tutkimustulokset ovat osin ristiriitaisia. Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) Näyttövinkki (Heikkilä ym. 2019) kokoaa leikkausta edeltävät huonon kivunhallinnan riskitekijät seuraavasti: 1) nuori ikä 2) naissukupuoli 3) tupakointi 4) masennusoireet 5) ahdistuneisuus 6) univaikeudet 7) korkeampi BMI 8) leikkausta edeltävät kivut 9) ennen leikkausta käytetty kipulääkitys. Samat riskitekijät toistuvat eri tutkimuksissa.

TerveyskyläPron tarkistuslistaa ei järjestelmällisesti käytetä ennen leikkausta potilaan akuutin kivun riskiä arvioitaessa. Työpajoissa ja haastatteluissa tuli ilmi, että voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden tunnistamisen tulee olla jokaisen preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluvan ammattilaisen vastuulla. Ongelmalliseksi vakrop:den tunnistamisen tekee se, ettei ole olemassa valmista pisteytysjärjestelmää, jonka perusteella riskin suuruutta voitaisiin arvioida. Toisaalta, jos kenellä tahansa ammattilaisella herää huoli potilaasta riskitekijöiden vuoksi, on asiaan puututtava ja on myös tiedettävä mitä tiedolla tekee. Kontinen & Hamunen (2015) pitävätkin tärkeimpänä haasteena ylipäätään riskitekijöiden tunnistamista. Tunnistamalla riskitekijät kivunhoito voitaisiin suunnitella tehokkaasti ja yksilöllisesti. Tunnistamisessa voitaisiin tulosten mukaan käyttää esimerkiksi kyselyä, jonka potilaat täyttäisivät ennen preoperatiivista hoitokontaktia. Tulevaisuudessa tekoäly voisi auttaa tunnistamaan vakrop:ta suoraan tietojärjestelmän tietojen perusteella.

Schugg ym. (2020, 88) mukaan tehokas kivunhoito riippuukin enemmän organisaation rakenteista ja asianmukaisesta koulutuksesta, kuin kivunhoidon tekniikoista. Myös tuloksissa esiin nousi vakrop:den tunnistamisen tärkeys preoperatiivisesti. Heille tulisi luoda riittävän yksinkertainen, mutta toimiva hoitoprosessi. Hoitoprosessissa tulee huomioida niukat terveydenhuollon resurssit ja toiminnan tulee olla tehokasta sekä vaikuttavaa. Digitaalinen hoito, esimerkiksi erilaisten Terveyskylän talojen hyödyntäminen tai erilaiset digihoitopolut ovat tärkeä osa hoitotyötä. Jos potilaille luodaan erityisiä hoitoprosesseja, tulee kriteereiden olla tiukat volyyminongelman vuoksi ja toisaalta hoitoprosessit eivät voi olla liian monimutkaisia. Tiettyihin leikkaustyyppisiin, joiden tiedetään yleisesti aiheuttavan kovaa kipua leikkauksen jälkeen, voisi kivunhoidon hoitoprosessi olla valmiiksi sisäänrakennettuna preoperatiiviseen hoitoon.

Akuutin kivun menestyksellä hoitaminen vaatii tiivistä yhteistyötä kaikilta potilaan hoitoon osallistuvilta (Schugg ym. 2020, 88). Koska preoperatiivisessa hoidossa ei ole olemassa valmiita hoitoprosesseja vakrop:lle, voi olla, että vaikka heidät tunnistettaisiin, niin tieto heistä ei siirry ammattilaiselta toiselle eikä asiaan osata puuttua sen vaatimalla tavalla. Jotta vakrop:den hoitoon saadaan jatkuvuutta postoperatiivisesti, tulisi preoperatiivisen poliklinikan tehdä yhteistyötä APS-tiimien kanssa. Tieto vakrop:sta tulisi välittää myös muille hoitoon

osallistuville tahoille, kuten vuodeosastolle. Näin voitaisiin varmistaa tällaisten potilaiden kivunhoidon tiiviimpi seuranta leikkauksen jälkeen ja mahdollisiin kivunhoidon haasteisiin pystyttäisiin puuttumaan nopeammin. Hoitoprosessi koottuna kuviossa 24.



Kuvio 24: Vakrop:n hoitoprosessi (kuvio mukailtu Kontinen & Hamunen 2014, 32).

JYL-ohjeiden mukaan HUS:ssa kivunhoitoon ja hoidon suunnitteluun kuuluu myös kirjaaminen (Mäkijärvi 2021, 5). Systemaattinen kirjaaminen tietojärjestelmään parantaa jatkuvuutta, mutta ei ole riittävää vakrop:den kohdalla. Tiedon tulisi kulkea suoraan APS-tiimeille, esimerkiksi käytössä olevan tietojärjestelmän viestiminäisyyksien kautta. Kuinka tieto saataisiin jouhevasti muille hoitoon osallistuville tahoille, esimerkiksi vuodeosastoille, jäi tuloksissa vastaamatta. Sairaanhoidajalla on keskeinen rooli kivun tunnistamisessa ja hoitamisessa (Salanterä ym. 2013, 5) ja tuloksista nousi esiin preoperatiivisen sairaanhoidajan iso rooli hoidon jatkuvuuden varmistamisessa.

Preoperatiivisella poliklinikalla voisi toimia tukena jonkinlainen kivunhoidon tiimi, jossa olisi eri ammattiryhmien edustajia sekä preoperatiiviselta puolelta, APS-tiimistä ja mahdollisesti muistakin yksiköistä. Tärkeäksi nähtiin myös se, että kipuklinikalla olisi akuutin kivunhoidon osaamista, jotta vakrop:den hoidon kehittäminen ja heiltä konsultoiminen olisi tehokasta. Radikaalimpana ajatuksena nousi esiin preoperatiivista työtä tekevien hoitajien seulominen. Vaikean akuutin kivun riskissä olevien potilaiden preoperatiivinen sairaanhoidaja voisi olla sellainen henkilö, joka olisi kiinnostunut asiasta ja näin ollen lisäkoulutettavissa näiden potilaiden kohtaamiseen. Tällainen hoitaja tunnistaisi vakrop:aat sekä osaisi ohjata potilaita, jotka mahdollisesti vaativat hoitajalta syvempää perehtymistä aiheeseen.

Olisi tärkeää löytää sellaiset riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa. Esimerkiksi potilaan omat odotukset leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuudesta ennustavat koetun kivun voimakkuutta ja ennen leikkausta annettavalla informaatiolla voidaan parantaa potilaan tyytyväisyyttä kivun hoitoon (Kontinen & Hamunen 2015). Myös Schugg ym. (2020, 14) sanovat, että

muokattavissa oleviin psykologisiin tekijöihin, kuten ahdistuneisuuteen ja katastrofointiin, pitäisi kiinnittää huomiota akuutin kivun hoidossa ja jos tällaisia psykologisia tekijöitä tunnustetaan, pitäisi niihin kohdistaa hoitotoimenpiteitä. Tuloksissa kuitenkin tuli esiin, ettei ole riittävästi tietoa siitä, millä interventioilla potilaita voitaisiin auttaa. Tärkeäksi kuitenkin nousi potilaiden hyvä kohtaaminen ja potilaiden pystyvyyden tunteen vahvistaminen. Hyvä kohtaaminen nähtiin itsessään interventiona, josta monet potilaat hyötyisivät. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi muistaa, että terveydenhuollon käynneillä aika on itseasiassa potilaan aikaa ja hänen käytettävissään. Hyvällä kohtamisella voimme käyttää ajan tehokkaasti ja potilaan hyödyksi.

Kivunhoidon ohjauksessa potilaan tulee saada riittävästi tietoa kivusta ja sen hoidosta, jotta potilas voi itse olla aktiivisena hoidossaan. Hyvällä ohjauksella voidaan vähentää potilaan pelkoa ja ahdistuneisuutta, kun potilaan pystyvyyden tunne paranee. (Salanterä ym. 2013, 6; Schug ym. 2020, 80, Australian and New Zealand college of anaesthetists ANZCA 2023, 9.) Kivusta tulisi ohjata odotettavissa oleva voimakkuus, ja sen aiheuttama vaikutus toimintakykyyn sekä kuinka kipua ajan myötä helpottaa. Olisi tärkeää antaa potilaille realistinen kuva kivunlievityksestä leikkauksen jälkeen - kivunlievityksen lähtökohtana on kivun väheneminen ja toimintakyvyn säilyminen, ei täysi kivuttomuus. Myös opioidien käyttö, niiden haitat ja mahdollinen käyttö kotona ja opioidien lopettaminen tulisi ohjata potilaille jo ennen leikkausta (Anzca 2023, 9.).

Preoperatiivisen ohjauksen sisältö on laaja ja siihen kuuluu myös kivunhoidon ohjausta. Ohjauksen sisältö riippuu jonkin verran siitä hoitajasta, joka ohjausta antaa (Sairaanhoitajan haastattelu 4.10.24) Ongelmaksi tuloksissa nousi esiin se, etteivät potilaat pysty vastaanottamaan kaikkea tietoa kerralla. Sairaanhoitajan tulisi ymmärtää milloin ja kenelle tietoa tulisi tarjota. Olisiko ohjausta mahdollista karsia tai kohdentaa? Voisiko osan ohjauksesta antaa esimerkiksi kirjallisena tai muussa muodossa? Verisuonikirurgian poliklinikan fysioterapeutit olivat tehneetkin potilaille kirjalliset ohjeet leikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Ohjeisiin kuului myös videomateriaalia.

Potilasohjauksella nähdään olevan suoraan vaikutusta potilaiden terveyteen. (Kääriäinen 2010, 26). Hyvällä ohjaajalla tulee olla kyky kuunnella potilasta aktiivisesti (Kalliola ym. 2010, 45-48). Myös tuloksissa nousi esille se, että sairaanhoitajan tulee osata antaa inhimillistä ja rehellistä kivunhoidon ohjausta. Sairaanhoitajalla tulee olla perustietoa kivusta ja ymmärtää sen moninaiset vaikutukset ihmiseen. On tärkeää noudattaa hoitotyön tutkimussäätiön ohjeistusta leikkauksen jälkeisestä kivun hoitotyöstä. On myös tärkeää ymmärtää potilaan psyykkisen voiminnan ja elämäntilanteen merkitys ohjaukselle. Vakrop:den ohjaaminen koettiin tärkeäksi. Psykoedukaatiolla voidaan myös tutkimuksen mukaan vähentää kipua ja sen aiheuttamaa kärsimystä leikkauksen jälkeen (Schug ym. 2020, 88).

Digitaaliset palvelut potilaille, kuten Terveyskylä.fi:n erilaiset talot, sekä muu digitaalinen ohjausmateriaali, kuten fysioterapeuttien tekemät videot, koettiin tärkeäksi lisäksi preoperatiivisessa ohjauksessa. Vehko & Kyytsösen (2022, 188) mukaan 83 % potilaista käyttää yleisimpiä terveydenhuollon e-palveluita (esimerkiksi Kanta-palvelut). Potilaat kuitenkin kokevat, ettei e-palvelut korvaa kasvokkain tapahtuvaa hoitoa. 17 % kokee myös, ettei nykyisillä e-palveluilla voi riittävästi hoitaa omaan terveyteen liittyviä asioita digitaalisesti. Myös tekoälyn käyttäminen vakrop:n tunnistamisessa koettiin jatkossa tärkeäksi. HUS:ssa (2019) käytetäänkin jo tekoälyä esimerkiksi tiettyjen harvinaissairauksien diagnosoinnissa. Näyttöä generatiivisen tekoälyn hyödystä on vielä vähän. Näyttöä on kuitenkin tekoälyn hyödystä ennustettaessa esimerkiksi sairaalahoidon kestoa tai radiologisten tulosten tulkitsemisessä. Hoidontarpeen arvioinnissa tekoälymallit suoriutuivat huonommin kuin ammattilainen. (Sandmark & Sandmark 2024.) Tulevaisuudessa tekoäly on varmasti osa sairaanhoitoa monella eri osa-alueella ja voi olla avuksi myös vakrop:n hoidossa ja tunnistamisessa.

Viimeisessä, yksiköiden yhteisessä työpajassa käytettiin lopussa tulevaisuuden muistelua, jossa kuviteltiin vakrop:den tunnistamisen olevan jo käytössä. Osallistujat ajattelivat, että, koska potilaat tunnistetaan ja tieto heistä menee eteenpäin sekä vuodeosastoille, että APS-tiimeille, hoitoa osataan kohdistaa paremmin ja ”huteja” tulee vähemmän. APS-jälkipoliklinikka osattaisiin myös paremmin hyödyntää. Nettikyselyistä bongatut potilaat tulisivat automaattisesti ylimääräiselle preoperatiiviselle käynnille ja kivun kroonistumisen riskiä saataisiin vähennettyä, Tietojärjestelmän automaattinen seulonta myös huomattaisi, jos potilas olisi voimakkaan akuutin kivun riskissä. APS-jälkipoliklinikka toimisi kerran viikossa. Usein toimenpiteitä tarvitsevien hoitoon tulisi helpotusta, kun kivunhoito toimisi hyvin. Yhteistyö preoperatiivisen poliklinikan ja APS-tiimien kanssa olisi parantunut. Mahdollistajina nähtiin tietojärjestelmän viestiominaisuuksien käyttö, joka parantaisi moniammatillista yhteistyötä. Myös asenne ja resurssit nähtiin tärkeänä. Hoito saataisiin toimivaksi, kun kaikki ammattiryhmät sitoutuisivat siihen. Potilasmateriaali ja niukat resurssit koettiin voivan haitata hoidon toimivuutta.

5.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttaa moni asia ja eri oppaissa painotetaan eri asioita. Siksi onkin tärkeää pohtia, onko laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioon yhtenäistä käsitystä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa nousee nopeasti esille kysymykset totuudesta ja objektiivisuudesta. Yhtä nopeasti ilmenee myös se, kuinka eri näkemykset totuuden luonteesta vaikuttavat luotettavuuskysymyksien suhtautumiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.)

Luotettavuuden arviointiin ei ole minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita, kun puhutaan laadullisesta tutkimuksesta. Tuomi & Sarajärvi (2018) ovat listanneet arviointia helpottavia tekijöitä, jotka esitetään alla olevassa taulukossa 4. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163.)

Taulukko 4: Laadullisen tutkimuksen arviointia helpottava listaus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-164).

Luotettavuuden arviointiin vaikuttavat tekijät	Selite
Tutkimuksen kohde ja tarkoitus	Mitä ollaan tutkimassa ja miksi.
Omat sitoumuksesi tutkijana tässä tutkimuksessa	Miksi tutkimus on tutkijalle tärkeä, mitä oletamuksia tutkijalla on ollut ennen aloittamista, onko ajatukset muuttuneet jne.
Aineiston keruu	Miten aineistoa on kerätty, millä menetelmällä, millä tekniikalla sekä mahdolliset erityispiirteet. Lisäksi mahdolliset ongelmat ja muut merkitykselliset asiat.
Tutkimuksen tiedonantajat	Millä perusteella heidät on valittu, miten heidät kontaktoitiin, monta heitä oli jne. Anonymiteetista huolehtiminen.
Tutkija-tiedonantaja-suhde	Arvio miten yhteistyö toimi.
Tutkimuksen kesto	Tutkimuksen aikataulu.
Aineiston analyysi	Miten aineistoa analysoitiin, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin päästiin.
Tutkimuksen luotettavuus	On arvioitava, miksi tutkimusraportti on luotettava ja miksi tutkimus on eettisesti korkeatasoinen.
Tutkimuksen raportointi	Tutkimusaineiston koonti ja analysointi.

Vaikka listaus on tehty helpottamaan luotettavuuden arviointia, tulee huomioida, että tutkimusta arvioidaan joka tapauksessa kokonaisuutena. Johdonmukaisuus tulee säilyä tutkimusraportissa koko ajan eli vaikka kaikki yllä olevan listan kohdat olisivat kunnossa, niiden pitää myös olla suhteessa toisiinsa. Tutkija on myös vastuussa, että aineiston kokoamisesta ja analysoinnista lukija saa uskottavan selityksen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-165.)

Haastattelun analyysissä on tärkeä muistaa, ettei se tule koskaan loppuun tulkituksi (Ruusuvuori ym. 2023, 29). Mekin saattaisimme tulla erilaiseen lopputulokseen, jos analysoisimme aineiston puolen vuoden kuluttua uudelleen. Mielestämme onnistuimme analyysissä löytämään tärkeimmät luokat, jotka toistuivat usein aineistossa keruutavasta riippumatta.

Aineistonkeruun luotettavuuteen mahdollisesti vaikutti työpajoissa saadut vastaukset, jotka olivat kirjattu ranskalaisin viivoin muutamalla sanalla. Analyysiin tämä vaikutti siten, että jouduimme muistelemaan mistä juuri siinä kohdassa oli kyse, vaikka kirjasimme työpajojen yhteydessä omia muistiinpanoja ja kirjoitimme tuotokset puhtaaksi heti työpajojen jälkeen. Yleisesti luotettavuutta olemme pyrkinneet varmistamaan tekemällä tiivistä yhteistyötä toimeksiantajan kanssa sekä noudattamalla mahdollisimman hyvin objektiivisuutta.

Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Sillä ei riitä, että toiminnassa syntynyt tieto on todenmukaista, vaan sen tulee olla myös hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Ennen kaikkea tällä tarkoitetaan sitä, että kehittämisprosessissa syntyneitä tuloksia voidaan hyödyntää. Tästä näkökulmasta katsottuna onkin tärkeää, että arvioija esittää aineistojensa pohjalta toimitasuosituksia. Olennaista on myös, että tutkimustulokset yleistyvät käytännön toiminnassa ja leviää toimintajärjestelmään. (Toikko & Rantanen 2009, 125-126.)

Opinnäytetyöstä syntyi kehittämistoimintana ”Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden preoperatiivinen hoito” -opas organisaation henkilökunnalle TerveyskyläPro-alustalle. Oppaan sisällön on hyväksynyt YL Katri Hamunen. Oppaan tarkoitus on lisätä hoitajien tietoa kyseisestä potilasryhmästä. Tällä hetkellä työn käyttökelpoisuutta ei voi vielä arvioida, koska työtä ei ole vielä julkaistu. Toivottavasti työstä on jatkossa hyötyä toimintaa eteenpäin kehitettäessä.

5.3 Eettisyys

Laadullisen tutkimuksen ja etiikan yhteys on tavallaan kahdenlainen. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin, mutta toisaalta eettiset kannat voivat vaikuttaa tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Tuomi & Sarajärven (2018) kirjassa on esitetty viisi peruskysymystä liittyen tieteen etiikkaan. Tutkimusetiikkaan liittyen tärkeimpänä näkökulmana pidetään millaisia keinoja tutkija voi käyttää. Tähän usein liittyy tutkimusetiikkaan liittyvät erilaiset säännöt ja sopimuksen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 147-148.)

Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua. Laadullisen tutkimuksen heikoin kohta on se, millaista on hyvä tutkimus. Ajoittain laadullista tutkimusta yritetään epätoivoisinkin keinoin todistaa hyväksi tutkimukseksi. Tutkijan on huolehdittava muun muassa siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma sopiva ja raportointi tehty hyvin. Tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin kuuluu myös sen eettisyys. On hyvä muistaa, että hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 148-150.)

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta (TENK) on luonut ohjeistuksen nimeltä ”Hyvä tieteellisen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely (HTK)”. Tämän ohjeistuksen mukaan tutkimusetiikalla tarkoitetaan, eettisesti vastuullisen ja oikeiden toimintatapojen käyttämistä. Lisäksi tulee tunnistaa ja torjua mahdolliset loukkaukset sekä epärehellisyys kaikilla tieteenaloilla. Uskottavuus ja eettiset ratkaisut ovat tutkimuksessa erottamattomia. Hyvän tieteellisen käytännön hyödyntäminen lisää tutkimuksen uskottavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.)

Jos opinnäytetyötä tekevä opiskelija tekee HUSin henkilökuntaan kohdistuvan haastattelun, havainnoinnin tai kyselytutkimuksen, joka edellyttää kommunikointia tutkittavan kanssa,

muodostuu henkilötietojen käsittelyä ja tutkittavalta tulee saada opinnäytetyön aineiston keräämiseksi allekirjoitettu suostumus. Henkilötietoja käsittelevässä opinnäytetyössä rekisteripitäjän on toimittava niin, että opinnäytetyössä muodostuvat yksittäisen henkilön identifioinnin mahdollistavat aineistot säilytetään erillisinä ja suojattuina kaikissa vaiheissa. Manuaalisten ja sähköisten aineistojen osalta oikeus käsitellä tietoja perustuu opinnäytetyön tutkittavan antamaan tietoon perustuvaan vapaaehtoiseen suostumukseen tai lakiin/asetukseen. (HUS 2023, 3.)

Opinnäytetyöntekijöinä meidän täytyi perehtyä aiheeseen ja tutustua etukäteen opinnäytteitä ohjaaviin eettisiin periaatteisiin (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, 2019, 14). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019, 9-10) mukaan kaikkia Suomessa toimivia tutkijoita, alasta riippumatta, ohjaa tietyt yleiset periaatteet. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, kuten koskemattomuutta, sananvapautta ja oikeutta yksityisyyteen. Tutkijan tulee myös toteuttaa tutkimuksensa niin, ettei siitä aiheudu haittaa tutkimuksessa mukana oleville ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille, jotta tutkituttavien luottamus tutkijoihin ja tieteeseen säilyy.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arenen ry:n (2019, 9) mukaan myös erityisesti tietoon perustuva suostumus osallistua tai olla osallistumatta tutkimukseen sekä yksityisyyden suoja tutkimusjulkaisussa ohjaavat tutkijaa. Eettistä ennakoarviointia ei tässä opinnäytetyössä tarvittu, koska osallistuminen perustuu suostumukseen. Opinnäytetyöprosessissa ei puututtu osallistujien fyysiseen koskemattomuuteen, osallistujat eivät olleet alaikäisiä tai vammaisia eikä tutkimus sisältänyt voimakkaita ärsykeitä tai aiheuttanut henkistä haittaa eikä turvallisuushkaa osallistujille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 16.)

Eettisen näkökulman pohditaan vaikuttaa totta kai myös se, että toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee kipuklinikalla. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry:n (2019, 14) opinnäytetyön eettisissä ohjeissa opiskelijan tulee selvittää esteellisyytensä. Kuitenkin yhä useammin organisaatioissa hyödynnetään enemmän sisäisiä ohjaajia. Tässä tietenkin etuna on se, että organisaatio ja sen toimintamallit sekä kulttuuri ovat tulleet tutuiksi. Huonoina puolina on ennakkokäsitykset organisaation mahdollisuuksista ja esteistä, myös luottamuksellisuus saattaa nousta haasteiksi. (Kupias 2022, 65.)

Kaksoisroolissa oleva työntekijä ei osallistunut itse työpajatyöskentelyyn tutkittavana vaan toimii opinnäytetyön tekijän roolissa. Hän ei toiminnallaan ohjaillut tutkittavien vastauksia eikä vaikuttanut osallistujien tutkimukseen osallistumiseen. Opinnäytetyön tekijänä ja kollegana hän piti koko ajan mielessään kaksoisroolinsa ja sen mahdollisen vaikutuksen tutkimuksen tekijän objektiivisuuteen esimerkiksi aineistoa analysoidessa. Tämän muistaminen koko ajan oli ajoittain haastavaa.

Pyrimme koko opinnäytetyöprosessin ajan toimimaan eettisesti ja varmistamaan tutkimuksen luotettavuuden. Toimme työpajoissa useasti esiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi lopettaa milloin haluaa. Osallistujien tunnistetiedot kerättiin ainoastaan suostumuslomakkeisiin eikä tallenteita, joista henkilöt voi tunnistaa ole muiden kuin opinnäytetyön tekijöiden saatavilla.

5.4 Pohdinta ja jatkokehittämissaiheet

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa vakrop:ien hyvää kivunhoitoa leikkauksen jälkeen ja kuvailla kuinka heidän kivunhoidon suunnittelun voisi aloittaa jo preoperatiivisesti. Lisäksi tavoitteenamme oli tuottaa tietoa vakrop:n hoitoprosessista, parantaa preoperatiivisen poliklinikan ja APS-tiimin yhteistyötä sekä parantaa preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajien tietämystä vakrop:sta ja parantaa preoperatiivisten sairaanhoitajien ohjaamista. Konkreettisesti kaikkiin tavoitteisiin ei tämän opinnäytetyön kannalta ollut mahdollista päästä.

Uskomme kuitenkin, että jos vakrop:n hoitoprosessia aletaan käytännössä toteuttamaan, parantuu tällaisten potilaiden hyvä kivunhoito. Preoperatiivisten sairaanhoitajien tietämystä vakrop:sta on mahdollista lisätä koulutuksella sekä TerveyskyläPro:hon tehdyn oppaan avulla. Preoperatiivisen ohjausosaamisen lisääminen on mahdollista, jos APS-tiimien ja preoperatiivisten poliklinikoiden yhteistyö jatkossa paranee ja esimerkiksi APS-tiimit alkavat kouluttamaan preoperatiivista henkilökuntaa kivunhoidosta ja sen ohjaamisesta. Opinnäytetyössämme käynnistettiin vakrop:n hoitoprosessin kehittämistyö ja löysimme kivunhoidon ohjaamiseen tärkeät välineet. Jos kehittämistyötä jatketaan, voidaan saada aikaan konkreettinen vakrop:ien hoitoprosessi.

Vaikka emme saavuttaneet kaikkia opinnäytetyölle asettamia tavoitteita, saimme asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastaukset työssämme. Koska tutkimuksen tekeminen oli molemmille tekijöille uutta ja edellisestä opinnäytetyöstä oli kulunut pitkä aika, ei työn tekeminen ollut helppoa ja asetimme työllemme liian suuret tavoitteet.

Jatkossa tulisi tutkia, kuinka hoitoprosessi toimisi käytännössä ja onko preoperatiivisesta sairaanhoitajien kivunhoidon koulutuksesta hyötyä potilaille. Myös harkittavaksi tulisi, voisiko jatkossa erikseen vakrop:en kohtaamiseen koulutetut preoperatiiviset sairaanhoitajat saada hyvällä ohjaamisella vakrop:n hoitoa parannettua.

Ohjauksen sisältöön tuli työpajoissa paljon eri teemoja, kun taas haastatteluissa korostui potilaiden kohtaaminen muun ohjauksen sijaan. Tällä hetkellä vakrop:lle ei ole olemassa ns. pisteytysjärjestelmää, joka kertoisi riskin suuruudesta. Tällaisen pisteytysjärjestelmän löytäminen vaatisi paljon lisää tutkimusta. Myös vastaamatta jäi se, mikä olisi ideaalinen hoitoprosessi vakrop:lle ja kuinka riskiin voitaisiin vaikuttaa, vaikka ideaali hoitoprosessi olisi jo

olemassa. Tällä hetkellä tiedossa on paljon riskitekijöitä, mutta ei sitä, kuinka niihin voisi vaikuttaa. Koska ei näytä todennäköiseltä, että terveydenhuoltoon saadaan lisää resursseja, tulee miettiä tarkoin, millaisin interventioin potilaita voidaan jatkossa auttaa. Kaikenlainen digitaalinen hoito tulee todennäköisesti lisääntymään.

Laadullisen analyysin tekemisen koimme haastavaksi. Jouduimme korjaamaan analyysiprosessia useamman kerran, koska oioimme sen tekemisessä liikaa. Hyvällä ohjaamisella saimme analyysin lopulta asianmukaisesti suoritettua. Analyysia oli vaikeaa tehdä ilman ennako-oleuksia aineistosta ja toisen tekijän työskentely samalla erikoisalalla vaikeutti tulosten objektiivista tarkastelua.

Mietimme, osasimmeko asettaa työpajoihin ja haastatteluihin kysymykset oikein, jotta saimme relevanttia tietoa. Ihmisten on vaikeaa vastata, jos ei tiedä mitä ei tiedä. Toisin sanoen, jos kysyttiin ”millaista tietoa xx:sta tulisi olla”, ei kysymykseen välttämättä osattu vastata, jos itsellä ei ollut aiheesta riittävästi tietoa. Työpajoihin osallistujilla olikin alkuun tunne, että he eivät tiedä aiheesta mitään, mutta kun lopussa vedimme aihetta yhteen, toteisivat osallistujat, että itseasiassa heillä olikin paljonkin tietoa kivunhoidosta. Koska aihetta ei ollut aiemmin ns. purkanut osiin, siihen ei ollut helppoa tarttua. Tulevaisuuden muistelu aiheutti ihmisissä turhautumista ja siihen heittäytyminen ei ollut helppoa, mutta tämäkin lopulta tuotti kuitenkin tulosta.

Kaksoisrooli opinnäytetyöntekijänä ja kollegana oli haastavaa. Oli vaikeaa yrittää analysoida aineistoa objektiivisesti ja aineiston keruun yhteydessä joutui muistuttamaan itseään, ettei lähde ohjailemaan vastauksia haluamaansa suuntaan. Tämä kuitenkin onnistui mielestämme hyvin, mutta vaati paljon ajatustyötä sen eteen.

Opinnäytetyöprosessi oli kaikinensa haastava, mutta nyt työn ollessa valmiina, olemme molemmat ylpeitä aikaansaannoksestamme. Vaikka meille jo väläyteltiin jatkossa väitöskirjan tekoa, taidamme pitää hengähdystauon opiskeluista, ainakin hetkeksi.

Lähteet

Akire, S. & Bayraktar, N. 2024. Outcomes of pain management among postoperative patients: A cross-sectional study. *Journal of perianesthesia nursing*, 39(2024) 240-245.

Alasuutari, P. 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Vastapaino: Tampere.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 29.3.2024. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Asunmaa, H., Helminen, S., Jaakonsaari, M., Koivisto, O. & Pohtola, K. 2023. *Sairaanhoitotyössä toimiminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Australian and New Zealand college of anaesthetists ANZCA 2023. Position statement on acute pain management 2023. Viitattu 27.2.2025. [https://www.anzca.edu.au/getContentAsset/136f5a83-d1d0-4f34-be72-87b62b721d14/80feb437-d24d-46b8-a858-4a2a28b9b970/PS41\(G\)-Position-statement-on-acute-pain-management-2023.PDF?language=en&view](https://www.anzca.edu.au/getContentAsset/136f5a83-d1d0-4f34-be72-87b62b721d14/80feb437-d24d-46b8-a858-4a2a28b9b970/PS41(G)-Position-statement-on-acute-pain-management-2023.PDF?language=en&view)

Chou, R., Gordon, D., Leon-Casasola, O., Rosneberg, J., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C., Chittenden, E., Degenhart, E, Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M., Suresh, S., Sluka, K., Strassel, S., Thirlby, R., Viscusi, E., Walco, G., Warner, L., Weisman, S. & Wu, C. 2016. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of pain* vol 17, issue 2, 131-157. [Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council \(jpain.org\)](https://www.jpain.org/management-of-postoperative-pain-a-clinical-practice-guideline-from-the-american-pain-society-the-american-society-of-regional-anesthesia-and-pain-medicine-and-the-american-society-of-anesthesiologists-committee-on-regional-anesthesia-executive-committee-and-administrative-council)

Darville-Deneby, R., Lomanowska A., Yu, H., Jobin, P., Rosenbloom, B., gabriel, G., Daudt, H., Negraeff, M., Renna, T, Hudspith, M. & Clarke H. 2023. *Canadian journal of pain*, vol 7, no. 2, 1-23. [UCJP_7_2266751.pdf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC102266751/)

Elomaa, M. & Sipilä, R. 2018. *Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. 2018. Kipu*. Helsinki: Duodecim. Viitattu 27.1.2024. [Kipu - Duodecim Oppiportti](https://www.duodecim.fi/leikkauspotilaan-kivunhoidon-periaatteet)

Englund, T., Hoikka, A., Kalliomäki, M-L. & Raitio, N. 2023a. *Kivun arviointi ja mittaaminen*. Teoksessa Ahlmén-Laiho U., Katomaa, J., Kalliomäki, M-L., Laine H., Olkkola K., Soljanlahti, S., Tiala, T. & Väyrynen M.: *Anestesiakäsikirja*. Helsinki: Duodecim. Viitattu 27.1.2024. [Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet - Duodecim Oppiportti](https://www.duodecim.fi/leikkauspotilaan-kivunhoidon-periaatteet)

Englund², T., Hoikka, A., Rainio, N. & Tiippana, E. 2023b: *Lääkkeetön kivunhoito*. Teoksessa Ahlmén-Laiho U., Katomaa, J., Kalliomäki, M-L., Laine H., Olkkola K., Soljanlahti, S., Tiala, T. & Väyrynen M.: *Anestesiakäsikirja*. Helsinki: Duodecim. Viitattu 27.1.2024. [Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet - Duodecim Oppiportti](https://www.duodecim.fi/leikkauspotilaan-kivunhoidon-periaatteet)

Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. *Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas*. Teoksessa Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin*. 1, *Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Gerbershagen H., Pogatzki-Zahn E., Aduckathil S., Peelen L., Kappen T., van Wijck A., Kalkman C., Meissner W. 2014. Procedure-specific Risk Factor Analysis for the Development of Severe Postoperative Pain. *Anesthesiology*, 2014;120:1237-45. Viitattu 7.1.2024. [Procedure-specific Risk Factor Analysis for the Development of Severe Postoperative Pain | Anesthesiology | American Society of Anesthesiologists \(asahq.org\)](#)

Hamunen, K. & Kontinen, V. 2018. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.1.2024. [Kipu - Duodecim Oppiportti](#)

Heikkilä, K., Haatainen, K., Leinonen, T., Ruohonaho, U-M. & Wüsterfeld, M. 2019. Mitkä leikkausta edeltävät tekijät ovat yhteydessä huonoon kivunhallintaan leikkauksen jälkeen? Hoitotyön tutkimussäätiö, näyttövinkki.

Hoikka A. & Kalliomäki M-L. 2023. Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet. Teoksessa Ahlmén-Laiho U., Katomaa, J., Kalliomäki, M-L., Laine H., Olkkola K., Soljanlahti, S., Tiala, T. & Väyrynen M.: Anestesiakäsikirja. Helsinki: Duodecim. Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet - Duodecim Oppiportti

HUSb. Kivunhoito. Viitattu 20.1.2024. [Kivunhoito | HUS](#)

HUSc. Verisuonikirurgian poliklinikka, Meilahden tornisairaala. Viitattu 6.12.2024. <https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/meilahden-tornisairaala/verisuonikirurgian-poliklinikka>

HUS 2019. Tekoälyn avulla kohti nopeampaa ja tehokkaampaa hoitoa. Viitattu 18.2.2025. <https://www.hus.fi/ajankohtaista/tekoalyn-avulla-kohti-nopeampaa-ja-tehokkaampaa-hoitoa>

International association for the study of pain 2023. Terminology. Viitattu 29.12.2023. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

International association for the study of pain 2018. IASP curriculum outline on pain nursing. Viitattu 6.12.2024. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>

Innokylä. 2024a. Learning cafe eli oppimiskahvila. Innokylä. Viitattu 30.1.2024. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>

Innokylä 2024b. Tulevaisuuden muistelu. Innokylä. Viitattu 9.4.2024. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/tulevaisuuden-muistelu>

Jauhiainen, A. 2010: Teknologia asiakaslähtöisyyden tukena potilasohjauksessa. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttamista potilasohjaukseen. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu. 41-48

Jumisko, A-M 2021. Ohjeita potilasohjauksen toteuttamiseksi. Viitattu 9.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix01338#:~:text=Ohjauksen%20tulee%20olla%20perusteltua%20ja%20ohjeet%20selkeit%C3%A4%2C%20jotta,tulee%20olla%20kannustavaa%2C%20ilma-piiri%20kuunteleva%2C%20pohtiva%20ja%20osalliva.>

Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

- Kalso, E., Elomaa, M. & Granström V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.1.2024. [Kipu - Duodecim Oppiportti](#)
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Aistimuksesta tuntemukseksi: kipujärjestelmä kokonaisuutena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.1.2024. [Kipu - Duodecim Oppiportti](#)
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2014. Tavoitteena tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Finnanest 2014; 47(1): 28-34. Viitattu 1.3.2025.
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2015;131(20):1921-8. Viitattu 29.12.2023. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo12492>
- Käypähoito 2017. Kipu. Duodecim. Viitattu 29.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Kääriäinen, M. 2010: Laadukkaan potilasohjauksen merkit. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttamista potilasohjaukseen. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu. 26-32
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 7.1.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Macintyre P. & Schug S. 2021. Acute pain management: A practical guide. CRC press. Viitattu 7.1.2024. <https://books.google.com/books?hl=fi&lr=&id=4EMsEAAAQ-BAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=acute+pain+management+nursing&ots=JvvgiYXF0&sig=sRbOHu-JgnlWkX7fPfdnTtsc9GC4>
- Mäkinen M-L. & Tiippana E. 2023: APS-toiminta. Teoksessa [Ahlmén-Laiho U., Katomaa, J., Kalliomäki, M-L., Laine H., Olkkola K., Soljanlahti, S., Tiala, T. & Väyrynen M.:](#) Anestesiakäsi-kirja. Helsinki: Duodecim.
- Niemi-Murola, L., Ahlmén-Laiho, U., Huttunen, T., Metsävainio, K & Vakkala, M. 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Sanasto. Duodecim. Viitattu 20.1.2024. [Anestesiologian ja tehohoidon perusteet; Sanasto - Duodecim Oppiportti](#)
- Opinkirjo. 2024. Aineiston analysointi ja tulosten visualisointi. Opinkirjo: kehittämiskeskus. Viitattu 5.4.2024 <https://opinkirjo.fi/tutkimuksen-perusteet/aineiston-analysointi/>
- Pan, P., Tonidandel, A., Aschenbrenner, M.A., Houle, T., Harris, L. & Eisenach, J. 2013. Predicting Acute Pain after Cesarean Delivery Using Three Simple Questions. Anesthesiology 2013; 118:1170-1179.oasp <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/118/5/1170/13673/Predicting-Acute-Pain-after-Cesarean-Delivery>
- Pohjolainen, T. 2018. Fysikaaliset terapiat. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 27.1.2024. [Kipu - Duodecim Oppiportti](#)
- Ruusuvuori, J. & Tiitula, L. 2009. Haastattelu - tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2023. Haastattelun analyysi. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Sairaanhoitajaliitto 2021: Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 9.3.2025. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/08/Eettiset-ohjeet_.pdf

Salanterä S., Heikkinen K., Kauppila M., Murtola L-M., Siltanen H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö. Hotus, hoitotyön suositus. Viitattu 29.12.2023. <https://hotus.fi/hoitosuositus/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisien-kivun-hoitotyö/>

Sandmark, J. & Sandmark, E. 2024. Mitä tiedämme generatiivisen tekoälyn hyödyistä terveydenhuollossa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2024;140(12):1023-30. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18143>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinosaari, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Schug S., Palmer G., Scott D., Alcock M., Halliwell R., Mott J. 2020: Acute Pain Management: Scientific Evidence, fifth edition. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Viitattu 29.12.2023. <https://airr.anzca.edu.au/anzcajspui/handle/11055/1071>

Sipilä, R. & Kalso E. 2021. Sleep Well and Recover Faster with Less Pain—A Narrative Review on Sleep in the Perioperative Period. Journal of clinical medicine (J. clin. med) 2021, 10, 2000. Viitattu 7.1.2024. <https://doi.org/10.3390/jcm10092000>:

Sitra 2020. Tulevaisuuksien muistelu. Viitattu 9.4.2024. <https://www.sitra.fi/caset/tulevaisuuksien-muistelu/>

Slocum, N. 2003. Participatory methods toolkit. A practitioner's manual. The King Baudouin Foundation and the Flemish Institute for Science and Technology Assessment (viWTA) in collaboration with the United Nations University - Comparative Regional Integration Studies (UNU/CRIS): Belgian Advertising.

Suomen anesthesiologiyhdistys 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. https://say.fi/wp-content/uploads/2023/05/Suositus_leikkauksenjalkeisen_akuutin.pdf

Suomen lääkäriliitto 2021. Potilas - lääkärisuhde - plasebohoitojen etiikka. Viitattu 20.1.2024. [Plasebohoitojen etiikka | Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka -kirja \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi/plasebohoitojen-etikka)

Szeverenyi, C., Keckeck, Z., Johnson, A., Elkins, G., Csernatony, Z. & Katalin, V. 2018. The use of adjunct psychological interventions can decrease postoperative pain and improve quality of clinical care in orthopedic surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The journal of pain, vol 19, no 11, 1231-1252. [The Use of Adjunct Psychosocial Interventions Can Decrease Postoperative Pain and Improve the Quality of Clinical Care in Orthopedic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials \(jpain.org\)](https://www.jpain.org/)

Taylor, A., & Stanbury, L. 2009. A review of postoperative pain management and the challenges. Current anaesthesia and critical care 20 (2009) 188-194.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 29.3.2024
https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2020.pdf

Tevere 2024. Oppimiskahvila (Learning cafe® Business Arena Oy). Viitattu 2.4.2024
<https://tevere.fi/oppimiskahvila-learning-cafe-business-arena-oy/>

Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2024. Seloste käsittelytoimista. Viitattu 23.3.2024.
<https://tietosuoja.fi/seloste-kasittelytoimista>

Tiippana, E. 2013. From improved management of acute pain - to prevention of persistent postoperative pain. Helsinki: Helsinki university print.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Vehko, T. & Kyytsönen M. 2022. Key points and conclusion. Teoksessa Vehko, T. (toim.). E-health and e-welfare of Finland: Check Point 2022. Helsinki: THL, 185-189. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145973>

Vilka, H. 2025. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

von Plato, H. 2020. Postoperative pain. Risk factors, predictive methods, and pain management in specific patient groups. Helsinki: Helsinki university print.

Yajnik, M., Hill, J., Hunter, O., Howard, S., Kim, T., Harrison, T. & Mariano, E. 2019. Patient education and engagement in postoperative pain management decreases opioid use following knee replacement surgery. Patient education and counseling 102(2019) 383-387. [Patient education and engagement in postoperative pain management decreases opioid use following knee replacement surgery | Request PDF \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/344111111_Patient_education_and_engagement_in_postoperative_pain_management_decreases_opioid_use_following_knee_replacement_surgery)

Julkaisemattomat lähteet

ChatGPT 2024 & 2025. Käytetty englanninkielisen tiivistelmän tarkastuksessa, kuvion muokkauksessa (kuvio 2) ja joidenkin käsitteiden määrittelyssä.

HUSa. 2024. Hoitotyön yhtenäiset toimintamallit. HUS intranet. Viitattu 1.9.2024.

Lääkärin haastattelu 4.10.2024

Makkonen, P. & Alatalo, S. 2023. APS-jälkipoliklinikalle lähettäminen - ohjeet kirurgeille. HUS intranet.

Mäkijärvi, M 2021: Kivun arviointi ja hoito HUSissa - Johtajaylilääkärin ohje 06/2021. HUS Intranet.

Psykologin haastattelu 27.10.2024

Sairaanhoitajan haastattelu 4.10.2024

Sähköposti. 11.11.2024. Poliklinikan kirjalliset ohjeet ohjauksesta.

Työpaja 1. verisuonikirurgian poliklinikan hoitajille 3.9.2024

Työpaja 2. APS-sairaanhoitajille 5.9.2024

Työpaja 3. Molempien yksiköiden hoitajille 9.10.2024

Kuviot

Kuvio 1: Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoitopolku (Hamunen & Kontinen 2018).	10
Kuvio 2: Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun riskitekijät (Kontinen & Hamunen 2015).....	12
Kuvio 3: Voimakkaan akuutin ja kroonisen leikkauksen jälkeisen kivun riskitekijöitä - tarkistuslista (TerveyskyläPRO 2021.)	13
Kuvio 4: Analyysin vaiheet (Ruusuvuori, Nikander, & Hyvärinen 2023, 12)	34
Kuvio 5: Aineisolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain (Toikko & Sarajärvi 2018, 123).	35
Kuvio 6: Analyysiprosessi suorasta lainauksesta pääluokkaan	36
Kuvio 7: Yhdistävien luokkien alla olevat pääluokat	37
Kuvio 8: Organisaation resurssit -yhdistävän luokan luokittelu	39
Kuvio 9: Riskipotilaiden seulonta -pääluokan luokittelu	40
Kuvio 10: Hoitoprosessi-pääluokan luokittelu	43
Kuvio 11: Interventiot-pääluokan luokittelu	46
Kuvio 12: Koulutukset-pääluokan luokittelu	48
Kuvio 13: Digitaalisuus-pääluokan luokittelu	49
Kuvio 14: Sairaanhoidajan ammattitaito -yhdistävän luokan luokittelu.....	51
Kuvio 15: Ohjauksen sisältö -pääluokan luokittelu.....	53
Kuvio 16: Ohjausosaaminen-pääluokan luokittelu	55
Kuvio 17: Kohtaaminen-pääluokan luokittelu.....	58
Kuvio 18: Pystyvyyden vahvistaminen -pääluokan luokittelu.....	61
Kuvio 19: Potilaaseen liittyvät tekijät -yhdistävän luokan luokittelu	62
Kuvio 20: Taustatekijät-pääluokan luokittelu	63
Kuvio 21: Potilaan psyykkisen voimien vaikutus kipuun -pääluokan luokittelu	65
Kuvio 22: Potilaan yksilöllisyys -pääluokan luokittelu	67
Kuvio 23: Kivunhoidon ohjauksen tarkistuslista	69
Kuvio 24: Vakro:n hoitoprosessi (kuvio mukailtu Kontinen & Hamunen 2014, 32).	71

Taulukot

Taulukko 1. Akuutin kivun haitalliset vaikutukset (Hoikka & Kalliomäki 2023).	16
Taulukko 2. Leikkauksien potilasohjauksessa käsiteltäviä asioita (Hoikka & Kalliomäki 2023). 23	
Taulukko 3: Aikataulu	31
Taulukko 4: Laadullisen tutkimuksen arviointia helpottava listaus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-164).....	74

Liitteet

Liite 1: Tiedote opinnäytetyöstä	87
Liite 2: Suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta	88
Liite 3: Tietosuojailmoitus	90
Liite 4: Aineistohallintasuunnitelma	92

Liite 1: Tiedote opinnäytetyöstä

Tiedote opinnäytetyöstä

31.5.2024

Hankalan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessi ja preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajan ohjausosaaminen

Pyyntö osallistua opinnäytetyöhön

Tämän opinnäytetyö toteuttavat Laurea YAMK johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa -opintolinjan kaksi opiskelijaa. Tutkimuksen toimeksiantaja on Kipuklinikka.

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa selvitetään hankalan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessia sekä millaista ohjausta tällaiset potilaat tarvitsevat ja siihen liittyvää ammattilaisen koulutustarvetta. Olemme arvioineet, että sovellut tähän tutkimukseen, koska työskentelet hankalan akuutin kivun riskissä olevien potilaiden kanssa tai sinulla on asiantuntemusta kipupotilaiden hoidosta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun mahdollista osuuttasi siinä.

Lue rauhassa tämä tiedote. Jos sinulla on kysyttävää, ota yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin (yhteystiedot alla). Jos päätät osallistua opinnäytetyöhön, sinua pyydetään allekirjoittamaan erillinen suostumus. Opinnäytetyölle on myönnetty HUSin tutkimuslupa 12.6.2024.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisesi tai peruuttaa jo annetun suostumuksesi tähän tutkimukseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa tutkimuksen aikana. Halutessasi peruuttaa tutkimukseen osallistumisesi ota yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin. Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, siihen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Mitä tutkitaan ja miksi

Hankalaa leikkauksen jälkeistä kipua esiintyy edelleen. Hankalan akuutin kivun riskitekijöitä on tunnistettu, mutta edelleen näitä potilaita ei systemaattisesti seulota ennen leikkausta. Toistaiseksi näiden potilaiden hoitoon ei ole olemassa järjestelmällistä hoitoprosessia. Tällä on vaikutusta postoperatiivisiin kivunhoidon tuloksiin ja potilaan kokemukseen kivusta sekä kivunhallinnasta, koska preoperatiivisesti joihinkin riskitekijöihin on mahdollista vaikuttaa.

Tavoitteena on kehittää tällaisten potilaiden preoperatiivista ohjausta, jotta heidän kivunhallintansa olisi postoperatiivisesti hyvää. Tavoitteena on myös varmistaa tällaisten potilaiden hyvä hoito leikkauksen jälkeen, ohjaamalla tieto heistä asianmukaisesti eteenpäin.

Tutkimukseen pyydetään mukaan henkilöitä, jotka työskentelevät Meilahden verisuonikirurgian poliklinikalla/ Kipuklinikalla. Tutkimus toteutetaan työajalla työpaikan tiloissa.

Miten tutkitaan, tutkimuksen päätyminen

Tutkimukseen kuuluu työpajoihin (1,5-3h/työpaja) osallistuminen, internetkoulutukseen tutustuminen ja palautteen antaminen. Tutkimukseen osallistuminen vie työaika yhteensä noin 7h. Tutkimuksen alkamisesta sen tulosten julkaisuun on arvioitu kestävän kokonaisuudessa vuosi. Tulokset käydään osallistuvien poliklinikoiden osastotunneilla läpi opinnäytetyön valmistuttua.

Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus

Tässä tutkimuksessa sovelletaan suomalaista tutkimus- ja henkilötietojen suojaa koskevaa lainsäädäntöä. Opinnäytetyön tekijät ovat sitoutuneet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuksen eettisiä ohjeita. Henkilötietojasi ei kerätä tutkimusta varten ja kyselyihin vastaaminen on anonymia. Työpajoissa kerätään pelkästään tieto siitä, kuinka monta osallistujaa/yksikkö paikalla on ollut. Työpajoista ja kyselyistä saatavat tiedot raportoidaan opinnäytetyössä, joka julkaistaan myös internetissä. Tutkimusaineisto hävitetään kun aineisto on analysoitu.

Lisätiedot ja opinnäytetyön tekijät

Jos sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, voit olla yhteydessä opinnäytetyön tekijöihin. Voit keskustella heidän kanssaan kaikista tutkimuksen aikana mahdollisesti mieltäsi askarruttavista tutkimukseen liittyvistä asioista.

Sairaanhoitaja Amk

Marke Kallio

HUS Neurokeskus/ Kipuklinikka

0505410888

kallio.marke@gmail.com

Terveystenhoitaja Amk

Paula Kanerva

040 8493710

paula.kanerva@gmail.com

Ylilääkäri, linjajohtaja

Katri Hamunen

050 4271728

Katri.hamunen@hus.fi

Liite 2: Suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan “Hankalan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessi ja preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajan ohjausosaaminen” opinnäytetyöhön.

Olen perehtynyt opinnäytetyötä, “Hankalan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessi ja preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajan ohjausosaaminen”, koskevaan tiedotteeseen ja saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja sen toteuttamisesta. Opinnäytetyön sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita opinnäytetyöhön osallistumista.

Ymmärrän, että tähän opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää osallistuminen tai peruuttaa suostumukseni. Opinnäytetyöhön osallistumisen keskeyttämisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.

Allekirjoittamalla suostumuslomakkeen hyväksyn, että osallistun opinnäytetyöhön tutkitavan tiedotteen ilmaisemilla tavoilla (työpajat, internetkoulutus, haastattelu tai kysely)

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Osoite

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Päiväys

Nimenselvennys

Suostumus säilytetään opinnäytetyön teon ajan tietoturvasestisesti, jonka jälkeen se hävitetään asianmukaisesti.

Liite 3: Tietosuojailmoitus



TIETOSUOJAILMOITUS 1 (2)
EU:n yleinen tietosuoja-asetus (EU679/2016)

09.03.2025

LAUREAN OPINNÄYTETYÖSSÄ KERÄTTÄVIEN HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELY

Tässä ilmoituksessa kuvataan, miten henkilötietoja käsitellään Laurean opinnäytetyössä ”Vaikean akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessin ja ohjausosaamisen selvittäminen”.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjä päättää ja vastaa tämän opinnäytetyön henkilötietojen käsittelystä.

Hus Kipuklinikka

Katri Hamunen

Itämerenkatu 5A

00029 HUS

Yhteyshenkilö henkilötietojen käsittelyä koskevissa asioissa:

Marke Kallio

marke.kallio@student.laurea.fi

050 5410888

Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus:

Henkilötietoja käsitellään suostumuslomakkeissa sekä haastatteluissa ja työpajatoiminnassa, joissa henkilöt tunnustetaan, mutta heitä ei voi yksittäisinä henkilöinä jälkikäteen tunnistaa.

Henkilötietojen osalta ei toteuteta automaattista päätöksentekoa tai profilointia.

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste:

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan mukaisella perusteella, joka on tutkittavan suostumus

Tutkimuksessa kerättävät henkilötiedot:

Tutkimukseen osallistuvan nimi ja osoite

Kerättävien henkilötietojen tietolähteet:

Henkilö itse

Henkilötietojen luovutukset:

Tietoja ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolelle.

09.03.2025

Tietojen siirtäminen EU- tai ETA-maiden ulkopuolelle

Henkilötietoja ei siirretä EU- tai ETA-maiden ulkopuolelle.

Henkilötietojen käsittely opinnäytetyön aikana ja sen jälkeen:

Henkilötietoja käsitellään opinnäytetyön tekemisen ajan ja henkilötietoja sisältävä aineisto hävitetään, kun opinnäytetyö on arvioitu.

Henkilötietojen suojauksen periaatteet:

Rekisterin hallinnassa noudatetaan rekisterinpitäjän tietoturva- ja tietosuojaohteita ja Laurean tietosaineiston luokittelun mukaisia käsittelypaikkoja.

Manuaalinen aineisto säilytetään lukituissa tilassa ja sinne on pääsy vain asianosaisilla.

Tietojärjestelmissä käsiteltävät tiedot suojataan käyttäjätunnuksin ja salasanoin.

Rekisteröidyn oikeudet:

Rekisteröidyn oikeudet määräytyvät EU:n yleisen tietosuojasetuksen artiklojen 15-22 mukaan seuraavasti:

Voit perua suostumuksesi ja pyytää poistamaan suostumukseen perustuvat tietosi ottamalla yhteyttä yllä mainittuun yhteyshenkilöön.

Voit tarkastaa itseäsi koskevat tiedot ja oikaista ne tarvittaessa.

Voit rajoittaa tietosi käsittelyä silloin, kun kiistät henkilötietojesi paikkansapitävyyden.

Voit tehdä valituksen tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsot, että henkilötietojasi on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisteröityä pystytä tunnistamaan aineistosta, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon ja käsittelyn rajoittamiseen ei sovelleta.

Mikäli oikeudet estävät tutkimustarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti, saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa näistä oikeuksista poiketa tietosuojasetuksessa ja tietosuojalaissa säädetyillä perusteilla. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa on tietosuojavastaava.

Laurea-ammattikorkeakoulun tietosuojavastaavana toimii Marjo Valjakka, marjo.valjakka@laurea.fi

Liite 4: Aineistonhallintasuunnitelma

AINEISTONHALLINTASUUNNITELMA (YAMK)

Laadi aineistonhallintasuunnitelma näin:

- Suunnitelman voi kirjoittaa suoraan tähän dokumenttiin. Voit poistaa valmiista suunnitelmasta tämän alkuosan.
- Lue ensin ohjeet. Ohjeista löydät neuvoa jokaiseen kohtaan.
- Laadi suunnitelma oman opinnäytetyösi näkökulmasta. Sinun tulee itse ymmärtää, mitä suunnitelman sisältö tarkoittaa ja miten se ohjaa sinua toimimaan.
- Kirjoita kuvaus jokaisen pääkohdan ja alakohdan alle omin sanoin. Kaikkiin alakohtiin ei tarvitse vastata erikseen, jos ne eivät perustellusti liity opinnäytetyöhösi. Perustelee miksi jokin kohta ei koske työtäsi. Poista ohjeteksti.
- Kirjoita tiiviisti ja konkreettisesti.
- Osoita, että pystyt tunnistamaan, ennakoimaan ja hallitsemaan riskejä: mm. henkilötietojen käsittely, tutkimusetiikka, tietoturvallinen tallentaminen ja jakaminen, käyttöoikeuksista sopiminen.
- Noudata aina Laurean sekä toimeksiantajan ohjeita.

AINEISTONHALLINTASUUNNITELMA

Suunnitelman tekijä(t):	Marke Kallio ja Paula Kanerva
Opinnäytetyön nimi:	Voimakkaan akuutin kivun riskissä olevan potilaan hoitoprosessi ja preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajan ohjausosaaminen
Opinnäytetyön toimeksiantaja: (organisaatio/projekti/henkilö, jos on)	HUS, kipuklinikka, Katri Hamunen
Suunnitelma laadittu (pvm):	8.3.2025

1. Aineiston yleiskuvaus

(Katso vinkkejä ja ohjeita Oppaasta opinnäytetyön aineistohallintaan, tietosuojaan ja tutkimuseettikkaan)

1.1. Aineiston/aineistojen kuvaus: Kerättävä tai olemassa oleva aineisto ja sen ominaisuudet

Aineistona on työpajoissa saatu informaatio, joka on fyysisesti paperilla sekä haastattelut, joista on teams-tallenteet. Haastattelut on litteroitu sähköisiksi tiedostoiksi ja työpajojen tiedot on myös viety sähköiseen muotoon. Aineistoa on käsitelty Miro-alustalla. Miro-alustalla ei ole mahdollista tunnistaa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Tutkittavista on kerätty tietoja vain vaaditussa laajuudessa suostumuskaavakkeen yhteydessä.

1.2. Aineiston laadun varmistaminen

Alkuperäiseen aineistoon ei ole tehty analysoinnin aikana muutoksia, jotta tietsisätlö säilyy muuttumattomana. Aineistoa on kopioitua alkuperäisistä tiedostoista ilman, että alkuperäiseen tiedostoon on tallennettu muutoksia. Analysointi on tehty erillisellä alustalla tallennetusta aineistosta.

2. Eettiset periaatteet, lainsäädäntö ja henkilötietojen käsittely

(Katso vinkkejä ja ohjeita Oppaasta opinnäytetyön aineistohallintaan, tietosuojaan ja tutkimuseetiikkaan)

2.1. Henkilötiedot ja tietosuojan huomioiminen

Henkilötieto voi olla suoraa (esim. nimi, henkilötunnus, sähköpostiosoite, kasvokuva) tai epäsuoraa (esim. ääni, puhelinnumero, jokin erityispiirre tai erikoinen harrastus).

Onko aineistossasi suoria tai epäsuoria henkilötietoja?	Kyllä ▼
Onko aineistossasi arkaluonteisia henkilötietoja?	Ei ▼

Henkilötietoja on kerätty ainoastaan yhteistyökumppanin vaatimassa laajuudessa (nimi ja osoite) suostumuslomakkeissa. Haastattelutallenteissa haastateltavat ovat sekä suorasti (kasvot) että epäsuorasti tunnistettavissa (ääni, ammatti), mutta näihin tiedostoihin ei ole pääsyä muilla kuin ont:n tekijöillä. Näitä tietoja ei raportoida. Työpajoihin osallistuvat ovat olleet työpajan pitämisen hetkellä tunnistettavissa, mutta tätä tietoa ei ole tallennettu mihinkään, lukuunottamatta suostumuslomakkeita.

2.2. Päävastuu henkilötietojen käsittelystä eli rekisterinpitäjäys

Jos opinnäytetyön aineistossa on henkilötietoja, täytyy määritellä rekisterinpitäjä, joka määrittelee, mihin tarkoitukseen ja millä tavalla henkilötietoja käsitellään. Varmistathan, että rekisterinpitäjyydestä ja henkilötietojen käsittelystä on tarvittaessa sovittu toimeksiantajan organisaation kanssa.

- Teetkö opinnäytetyötä täysin itsenäisesti? Jos kyllä, olet itse rekisterinpitäjä, eli yksin vastuussa henkilötietojen käsittelystä.
- Teetkö opinnäytetyötä itsenäisesti parityönä tai ryhmässä? Jos kyllä, olette yhteisrekisterinpitäjiä eli olette kaikki yhdessä vastuussa henkilötietojen käsittelystä.
- Teetkö opinnäytetyön yhteistyössä Laurean tai toimeksiantajan kanssa? Jos kyllä, kyseessä voi olla yhteisrekisterinpitäjäys, jolloin vastuu jaetaan.
- Teetkö opinnäytetyötä, joka liittyy Laurean hankkeeseen, projektiin tai muuhun tutkimus- tai kehittämistehtävään? Jos kyllä, rekisterinpitäjä on Laurea.
- Teetkö opinnäytetyötä organisaatiolle toimeksiantona? Jos kyllä, rekisterinpitäjä on organisaatio.

Oppinäytetyö tehdään toimeksiantona HUS kipuklinikalle, jolloin HUS Kipuklinikka on rekisterinpitäjä.

2.3 Tietosuojan edellyttämät ilmoitukset

Ont:tä varten on tehty tietosuojaseloste, suostumusasiakirja ja tutkimukseen osallistujille on annettu erillinen tiedote tutkimuksesta. Tutkimuksesta on tiedotettu osallistujia myös suullisesti ennene haastatteluja tai työpajoja sekä heille on annettu mahdollisuus kysymyksiin osallistumisen yhteydessä.

2.4 Eettistä ennakoarviointia edellyttävät tutkimusasetelmat opinnäytetöissä

Oppinäytetyön suunnitelma voi tarvita ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin, jos se kohdistuu esimerkiksi alaikäisiin, vajaakykyisiin tai turvapaikanhakijoihin. Jos tutkimuksen aihe on sensitiivinen, arkaluonteinen tai aiheen käsittely voi heikentää tutkittavan hyvinvointia tai vaarantaa yksityisyyden suojan toteutumisen, tarvitaan usein ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi.

Eettinen ennakoarviointi pyydetään aina ennen opinnäytetyön tai tutkimuksen aloitusta. Eettisen ennakoarvioinnin hakeminen edellyttää ohjeistuksen huolellista lukemista ja kaikkien tarvittavien dokumenttien valmistelua ja jonkin verran aikaa. Organisaatioilla voi olla omia ohjeita opinnäytetyön tai tutkimusaiheen valinnan ja kohderyhmän suhteen. Perehdy huolellisesti [Tutkimuseettisen neuvottelukunnan \(TENK\) ohjeisiin](#).

Tarvitaanko eettistä ennakoarviointia?	Ei ▼
Perustelu ja mahdollinen toteutus	Osallistujista ei kerätä sensitiivisiä tietoa, eikä henkilötietojen osalta toteuteta automaattista päätöksentekoa tai profilointia. Tutkimukseen ei osallist vajaanvaltaisia henkilöitä tai potilaita eikä tutkimuksessa kerätä myöskään potilastietoja.

2.5 Miten hallinnoit käyttämäsi, tuottamasi ja jakamasi aineiston oikeuksia?

Jos käytät itse keräämääsi aineistoa vain oman opinnäytetyösi tulosten rakentamiseen etkä jaa aineistoa muiden käyttöön, aineiston oikeuksista ei tarvitse sopia. Tuloksista ja aineistosta sovitaan opinnäytetyösopimuksessa. Jos opinnäytetyö tehdään Laurean hankkeelle, käytetään hankkeen sopimuksia.

Jos toimeksiantaja haluaa käyttää aineistoa, täytyy toimeksiantajan kanssa sopia 1) aineiston rinnakkaisista käyttöoikeuksista tai 2) mahdollisesta omistusoikeudesta.

Aineiston omistaa ont:n tekijät ja vain heillä on pääsy aineistoon. Aineistoa ei jaeta. Ainoastaan ont:n ohjaajalla on pääsy analysointialustalle, mutta sen perusteella ei voi tunnistaa tutkimukseen osallistujia.

2.6 Tutkittavien informointi ja suostumus osallistua ja aineiston mahdollinen jatkokäyttö

Kun opinnäytetyöhön osallistuu ihmisiä, esimerkiksi haastatteluun, havainnointiin, kyselyyn tai työpajaan, heitä informoidaan opinnäytetyöstä ja heidän osuudestaan siinä. Tutkimustiedotteessa tutkimukseen rekrytoitavaa tiedotetaan tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja toteutuksesta sekä henkilötietojen käsittelystä sekä pyydetään osallistumissuostumus. Mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen, on henkilöltä pyydettävä lisäksi suostumus henkilötietojensa käsittelyyn tutkimusta varten.

Olen laatinut tiedotteen tutkittaville/tutkimukseen osallistuville	Kyllä	▼
Tiedotteessa informoin osallistujia aineiston jatkokäytöstä tai avaamisesta	Kyllä	▼
Olen suunnitellut, kuinka pyydän suostumuksen osallistua tutkimukseen	Kyllä	▼
Olen suunnitellut, kuinka tiedotan henkilötietojen käsittelystä	Kyllä	▼
Olen suunnitellut, kuinka pyydän suostumuksen henkilötietojen käsittelyyn	Kyllä	▼

Perustelut ja mahdollinen toteutus

Tutkittaville on annettu tiedote tutkimuksesta ja he ovat allekirjoittaneet vapaaehtoisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Henkilötietojen käsittelystä on kerrottu tutkimustiedotteessa.

2.5 Tutkimuslupa

Osa organisaatioista vaatii tutkimuslupaa, jos opinnäytetyö kohdistuu organisaatioon, sen jäseniin tai työhön halutaan käyttää organisaation aineistoja, arkistotietoja tai halutaan esimerkiksi organisaatiolta rekisteritietoja, kuten yhteystietoja. Tarkista aina ennen opinnäytetyön aloittamista, vaatiiko organisaatio tutkimuslupaa ja miten se tulee hakea. Opinnäytetyö voi edetä vasta, kun tutkimuslupa on myönnetty. Kaikki organisaatiot eivät vaadi erillistä tutkimuslupaa.

Laurean tutkimuslupa tarvitaan, kun tutkimus kohdistuu 1. Laurean opiskelijoihin, 2. Laurean henkilökuntaan tai 3. Laureaan organisaationa. Opiskelijoiden tutkimuslupahakemuksiin vaaditaan ohjaajan allekirjoitus, jolla ohjaaja varmistaa, että on lukenut ja hyväksynyt opiskelijan hakemuksen ja siihen pakollisina kuuluvat liitteet.

Tarvitaanko tutkimuslupa?	Kyllä ▼
Perustelu ja mahdollinen toteutus	Perustele, miksi tarvitset tai et tarvitse tutkimuslupaa Yhteistyöorganisaatio vaatii myös ont:n tekijöiltä tutkimusluvan. Koska opinnäytetyö on tehty kahden yksikön kanssa, on lupa jouduttu hakemaan organisaation hoitotyön tutkimuskeskuksesta.

3. Aineiston dokumentointi

(Katso vinkkejä ja ohjeita [Oppaasta opinnäytetyön aineistohallintaan](#), [tietosuojaan](#) ja [tutkimusetiikkaan](#))

Aineistoa kannattaa dokumentoida koko opinnäytetyöprosessin ajan niin, että itse ja ulkopuolinenkin ymmärtää, millaista aineisto on ja kuinka sitä voidaan käyttää. Mieti, miten itse tarpeen tullen palautat vuosien kuluttua mieleesi, mistä aineistosi koostuu.

3.1. Aineiston dokumentointi

Aineisto on dokumentoitu pääsääntöisesti digitaalisesti, joiksi myös fyysinen aineisto on mahdollisimman nopeasti muutettu lukuunottamatta suostumuslomakkeita. Aineiston käsittelyn vaiheet ja muuttajat on koottu ont:n raporttiin pääsääntöisesti.

3.2. Aineiston järjestys ja eheys

Aineistoa ei tallenneta jatkokäyttöä varten. Alkuperäiseen aineistoon ei ole tehty eikä tehdä muutoksia, sitä on ainastaan kopioitu. Aineisto on koottu sovittuun samaan digitaaliseen alustaan koko prosessin ajan. Analyysia kopioiduista tiedoista (ei sisällä tunnistetietoa) on tehty Miro-alustalla.

4. Tallentaminen ja tietoturva opinnäytetyöprosessin aikana

(Katso vinkejä ja ohjeita [Oppaasta opinnäytetyön aineistohallintaan, tietosuojaan ja tutkimusetiikkaan](#))

4.1 Aineiston tallentaminen

Digitaalinen aineisto on tallennettuna oppilaitoksen tarjoamaan Office 365-palvelun tilileille. Tekijöillä on yhteinen teams-ryhmä, jossa aineisto on. Fyysinen aineisto on tallennettuna toisen ont:n tekijän henkilökohtaisessa lukitussa turvakaapissa, johon ei ole pääsyä muilla henkilöillä.

4.2. Aineiston tietoturva

Opiskelijoiden tileille on pääsy ainoastaan henkilökohtaisilla, salasanoin turvatuilla tunnuksilla. Muille ei ole jaettu oikeuksia aineistoon, josta osallistujat voisi tunnistaa.

5. Aineisto opinnäytetyön valmistuttua: tuhoaminen, säilyttäminen tai mahdollinen jatkokäyttö ja avaaminen

(Katso vinkkejä ja ohjeita [Oppaasta opinnäytetyön aineistohallintaan, tietosuojaan ja tutkimusetiikkaan](#))

Aineiston mahdollisesta jatkokäytöstä on informoitava ymmärrettävästi tutkimukseen osallistuvia jo ennen aineistonkeruuta. On suositeltavaa, että suostumus aineiston avaamiseen jatkokäyttöä varten kysytään tutkimukseen osallistumisen yhteydessä.

Fyysinen aineisto tuhoetaan paperisilppurilla ja digitaalinen aineisto deletoidaan teamsista kun ont on hyväksytty.

6. Tehtävät ja vastuut

(Katso Vinkkejä ja ohjeita [Oppaasta opinnäytetyön aineistohallintaan, tietosuojaan ja tutkimusetiikkaan](#))

Molemmat ont:n tekijät ovat olleet vastuussa tallentamisesta eikä ainestoa ole jaettu ulkopuolisille. Fyysisen aineiston tuhoaa Marke Kallio, digitaalisen aineiston Paula Kanerva.