

Maria Komu ja Anne Mustaniemi

KIVUN ARVIOINNIN, -HOIDON JA POTILASOHJAUKSEN KIRJAAMINEN

”Kipu hallinnassa- vai onko?”

KIVUN ARVIOINNIN, -HOIDON JA POTILASOHJAUKSEN KIRJAAMINEN

”Kipu hallinnassa – vai onko?”

Maria Komu ja Anne Mustaniemi
Opinnäytetyö
Syksy 2020
Kuntoutuksen erityisasiantuntija YAMK ja
Terveyspalveluiden asiantuntija ja uudistaja
YAMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Tutkinto-ohjelmat: Kuntoutuksen erityisasiantuntija YAMK ja Terveyspalveluiden asiantuntija ja uudistaja YAMK

Tekijät: Maria Komu ja Anne Mustaniemi

Opinnäytetyön nimi: Kivun arvioinnin, -hoidon ja potilasohjauksen kirjaaminen – ”Kipu hallinnassa” vai onko?

Työn ohjaajat: Eija Niemelä TtT, Hanna-Leena Huttunen FM

Työn valmistuslukukausi ja – vuosi: Syksy/2020

Sivumäärä:87+19

Potilailla on oikeus hyvään kivunhoitoon. Terveystieteiden henkilöstö kohtaa päivittäin potilaita, jotka kokevat kipua. Kipu on usein akuuttia, leikkaukseen tai muuhun toimenpiteeseen liittyvää. Monilla potilailla on lisäksi pitkittynyttä kipua. Vaikka kivun arviointiin ja hoitoon on kiinnitetty viime vuosina huomiota ja sitä on tutkittu paljon, kipu on yleistä sairaaloissa. Potilaat ajattelevat usein, että kipu leikkauksen jälkeen kuuluu asiaan. Näin ei tarvitsisi olla.

Kirjaaminen on olennainen osa hoitotyötä. Sen avulla välitetään tietoa ammattilaisten välillä ja kirjaaminen parantaa hoidon laatua monin tavoin. Tämä koituu sekä ammattilaisten että potilaiden hyödyksi. Kivunhoidosta kirjaaminen on oleellinen osa terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Hoitotyön kirjaamisesta säädetään laeilla ja asetuksilla. Kivun kirjaamisesta on lisäksi laadittu asiantuntijoiden toimesta ohjeistuksia. Tästä tiedosta huolimatta kivun kirjaaminen on edelleen haasteena terveydenhuollossa.

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö oli osa kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäinen toimintamalli – hanketta (KKYT). Hankkeen kokonaistavoitteena on ollut yhtenäistää kivunarvioinnin ja -hoidon toimintaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) luomalla moniammatillisen asiantuntijaryhmän toimesta kivunhoidon toimintamalli. Yhtenä hankkeen kehittämiskohteena on ollut kivunhoidon kirjaaminen. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli määrällisen tutkimuksen keinoin kuvaila kivun arvioinnin, -hoidon ja potilasohjauksen kirjaamisen nykytilaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa aikuispotilailla. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kivunhoidon kirjaamista tuottamalla näyttöön, kansallisiin suosituksiin ja organisaation tarpeisiin perustuvat fraasit kivunhoidon kirjaamisen tueksi.

Tutkimus oli retrospektiivinen rekisteritutkimus, jossa aineisto kerättiin valmista mittaria käyttäen Oulun yliopistollisen sairaalan sähköisestä potilaskertomus ESKO:sta. Tutkimuksessa selvisi, että kipua arvioitiin enemmän sanallisesti kuin käyttäen validoituja mittareita. Kirjaukset olivat monitulkintaisia ja usein oli vaikea päätellä, miten arvio oli tehty. Kipua hoidettiin lääkkeellisesti ja arviointi ennen ja jälkeen lääkkeenannon oli puutteellista. Lääkkeettömien menetelmien käyttö oli vähäistä kirjausten perusteella. Kivunhoidon ohjauksen kirjaaminen oli vähäistä. Kirjaamisen tueksi kehitimme yleiset kivunhoidon fraasit, joiden tavoitteena on parantaa kivun kirjaamista.

Asiasanat: kipu, kivunarviointi, kivunhoito, lääkkeettömien kivunhoito, potilasohjaus, kirjaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences, Master's Degree
Degree Programs in Rehabilitation expertise and Health Services expertise and innovation

Author: Maria Komu ja Anne Mustaniemi

Title of Thesis: Documentation of pain assessment, treatment, and patient counselling – “Pain under control -or is it”?

Supervisor: Eija Niemelä Phd (Health Science) Hanna-Leena Huttunen M.Sc.

Term and Year when the Thesis was submitted: Autumn/2020 Number of Pages:87+19

Patients have a right to good pain management. Every day health care professionals face patients experiencing pain. The pain is usually acute, associated with surgery or other procedures. Many patients also experience prolonged pain. Although recent years much attention has been paid to the assessment and treatment of pain, and the phenomenon is extensively studied, pain is common in hospitals. Patients often think that pain after surgery is relevant. That shouldn't be the case.

Documentation is an integral part of nursing. Documentation allows the transmission of information between professionals and improves the quality of care in many ways. Both patients and professionals benefit from this. Documenting pain management is an essential part of the work of health care professionals. Documentation of nursing is regulated by laws and regulations. Also, guidelines for documenting pain have been elaborated by experts. Despite knowledge, pain documentation remains a challenge in health care.

This research and development work was part of the Integrated Approach to Pain Assessment and Treatment (KKYT) project. The overall goal of the project was to unify the activities of pain assessment and treatment in the Northern Ostrobothnia Hospital District (PPSHP) by creating a pain management operating model by a multi-professional group of experts. One of the development targets of the project was the documentation of pain management. The purpose of this research and development work was to use quantitative research to describe the current state of pain assessment, treatment, and patient guidance documentation at Oulu University Hospital in adult patients. The research and development work aimed to improve the documentation of pain management by producing phrases based on evidence, national recommendations, and the needs of the organization to improve the documentation of pain management.

The study was a retrospective registry study. The material was collected from the Oulu University Hospital's electronic patient report ESKO using a ready-made meter. The study found that pain was assessed more verbally than using validated metrics. The documentations were ambiguous, and it was often difficult to deduce how the estimate was made. The pain was treated medically, and evaluation before and after drug administration was deficient. Based on documentation the use of drug-free methods was low. Documentation of pain management counselling was limited. To support documentation, we developed pain management phrases aimed at improving pain recording.

Keywords: pain, pain assessment, pain treatment, drug-free pain treatment, patient counselling, documentation.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	7
2 KIVUN MONET KASVOT.....	9
2.1 Kivun luokittelu.....	9
2.2 Kivun arviointi.....	10
2.2.1 Kipumittarit.....	12
2.2.2 Kipumittarit kroonisessa kivussa.....	14
2.3 Kivunhoito.....	15
2.3.1 Kivunhoidon lääkkeelliset menetelmät.....	16
2.3.2 Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät.....	19
2.4 Hyvä potilasohjaus.....	22
2.5 Kivun arvioinnin, -hoidon ja potilasohjauksen kirjaaminen.....	23
3 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	26
4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	27
4.1 Tutkimuksen lähestymistapa.....	27
4.2 Määrällisen tutkimuksen aineisto.....	28
4.3 Aineiston käsittely ja analyysi.....	29
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	31
5.1 Taustatiedot.....	31
5.2 Kivulle altistavat tekijät.....	33
5.3 Kivun arviointi potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella.....	36
5.4 Kivun hoitaminen potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella.....	46
5.5 Kipuun liittyvä potilasohjaus potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella.....	49
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	51
6.1 Kivun arvioinnin kirjaamisen tulosten tarkastelua.....	51
6.2 Kivunhoidon kirjaamisen tulosten tarkastelua.....	53
6.3 Kivunhoidon ohjauksen tulosten tarkastelua.....	55
7 KIVUNHOIDON KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN.....	57
7.1 Kehittämistyön tavoite ja kehittämistyön eteneminen.....	57

7.2	Fraasien laatiminen	58
7.2.1	Fraasit kivunhoitotyöhön	59
7.2.2	Fraasien käyttöönotto	64
8	POHDINTA	65
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	65
8.2	Mittarin luotettavuus	66
8.3	Tutkimuksen eettisyys	67
8.4	Kehittämisenäkökohdat ja tulosten hyödyntäminen	69
	LÄHTEET	72
	LIITTEET	88

1 JOHDANTO

Oikeus hyvään kivunhoitoon on ihmisoikeus. Kivunhoito on maailmassa monesta syystä riittämätöntä. Kivusta kärsivillä ihmisillä pitäisi olla tasa-arvoinen pääsy soveltuvaan kivun arviointiin ja hoitoon koulutettujen terveydenhuollon henkilöiden toimesta. (IASP 2010, Declaration of Montreal, viitattu 3.1.2019.) Potilaalla on lakisääteinen oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, johon kuuluu potilaan oikeus laadukkaaseen kivunhoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1192 2.3§; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013.)

Kipu on yleinen ilmiö sairaaloissa. Suomessa tehdään vuosittain 400 000 toimenpidettä, joihin liittyy kipua. Kohtalaisesta tai kovasta leikkauksen jälkeisestä kivusta kärsii 20–80 % potilaista, vaikka ongelma on tiedostettu jo pitkään ja siihen on panostettu resursseja. (Suomen anestesiologiayhdistys 2014; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 3.) Kivusta kärsivät muutkin kuin kirurgiset potilaat ja sairaaloissa hoidetaan potilaita, joilla on esimerkiksi kroonista kipua. Myös näillä potilasryhmillä kivun esiintyvyys sairaalahoidossa on korkea. (Gianni, Madaio, DiCioccio, D’Amico, Policicchio, Postacchini, Franchi, Ceci, Benincasa, Gentili & Zuccaro 2010, 273–276; Maier, Nestler, Richter, Hardinghaus, Pogazki-Zahn, Zenzi & Osterbrink 2010, 607–614.)

Kivunhoito on yksi terveydenhuollon keskeisiä tehtäviä. Potilaan kipua tulisi seurata samalla tavoin säännöllisesti kuin verenpainetta, pulssia, hengitystä tai lämpöä ja kirjata hoito potilasasiakirjoihin. Hoitamaton kipu hidastaa paranemista ja huonosti hoidettu kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvä kipu voi pitkittyä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 3.) Leikkauksen jälkeinen kipu pitkittyy 10–50 %:lla potilaista ja näistä 2–10 %:lle kehittyy vaikea krooninen kiputila. (Kehlet, Jenssen & Woolf 2006, 1618.)

Kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) kipua kirjataan päivittäisessä hoitotyössä sähköisen potilaskertomus ESKO:n hoitosuunnitelman päiväsuunnitelmaan sekä fysiologisiin mittauksiin Visual Analogue Scale (VAS) -arvona. Hoitosuunnitelman pohjana on Oulu Patient Classification-hoitoisuusluokitusmittarin (OPC) kuusi osaluuetta. PPSHP:ssä OPC on osa RAFAELA-järjestelmää OPCq-muotoisena. (Nykänen & Junttila 2012, 19; Liljamo 2017, 1–5, viitattu 1.2.2019; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 19.) PPSHP:ssä

ollaan siirtymässä lähitulevaisuudessa uuteen rakenteiseen hoitokertomukseen, joka korvaa nykyisen potilaskertomuksen. Uusi potilaskertomus rakentuu Finnish Care Classification (FinCC) 4.0 luokituskokonaisuuden mukaan. (Kinnunen, Liljamo, Härkönen, Ukkola, Kuusisto, Hassinen & Moilanen 2019, 1–98).

Kivun arvioinnin ja -hoidon kirjaamisesta on julkaistu suomalaista tutkimustietoa jonkin verran. Keskoslasten ja päiväkirurgisen osaston lapsipotilaiden kivun kirjaamisessa ilmeni puutteita. (Korhonen & Pölkki 2008, 5–11; Pölkki & Rajanen 2017, 3–9.) Sydänleikattujen potilaiden kipuprosessin kirjaaminen noudatti akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoitosuosituksista sekä kivun kirjaamisen suosituksista. Prosessia ei kuitenkaan kirjattu ymmärrettävästi ja systemaattisesti jokaisen potilaan kohdalla. Potilaan näkökulma ei tullut kirjauksissa esiin ja jäi epäselväksi, oliko arvio kivusta hoitajan tulkintaa vai potilaan kertomaa. (Heikkilä, Axelin, Peltonen, Heimonen, Anttila, Viljanen, Salokoski & Salanterä 2019, 1555–1567.) Alaraajaohitusleikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon sekä prosessimallin mukaista kirjaamista tulisi kehittää (Grommi 2015, 35–42). Kotimaiset tutkimukset ovat linjassa kansainvälisen tutkimuksen kanssa. Kirjaamista tulisi parantaa, kouluttamista edistää ja kirjaamisen seuranta kehittää. (Heikkilä, Peltonen & Salanterä 2016, 77–89.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli määrällisen tutkimuksen keinoin kuvailla kivun arvioinnin, -hoidon ja potilasohjauksen kirjaamisen nykytilaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa aikuispotilailla. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kivun arvioinnin, hoidon ja potilasohjauksen kirjaamista tuottamalla näyttöön, kansallisiin suosituksiin ja organisaation tarpeisiin perustuvat fraasit kivunhoidon kirjaamisen tueksi. Tutkimuksemme oli osa ”Kivun arvioinnin ja hoidon yhtenäisen toimintamallin kehittäminen PPSHP:ssä”- hanketta (KKYT-hanke). Hankkeen pilottina toimi OYS:n lasten ja naisten tulosalue, jossa kartoitettiin hankkeeseen liittyen hoitohenkilökunnan, potilaiden ja lasten vanhempien kokemuksia kivunarvioinnista- ja hoidosta syksyn 2018 ja vuoden 2019 aikana. Tutkimustamme vastaava kirjaamistutkimus aloitettiin lasten- ja naisten tulosalueella 2018.

2 KIVUN MONET KASVOT

Kipua voidaan määritellä monesta näkökulmasta. IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun olevan ”Epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy olemassa oleva tai mahdollinen kudonvaurio tai jota kuvaillaan näiden vaurioiden termeillä” (IASP 2017, viitattu 10.12.2018). Kipu on paitsi yksilön henkilökohtainen kärsimys, myös yhteiskunnallisesti merkittävä ilmiö. Biologisesta näkökulmasta kipu on elossa säilymisen ehto ja akuutti kipu antaa meille tärkeän viestin uhkaavasta kudonvauriosta. Esimerkiksi nyrjähtäneen nilkan kipu auttaa meitä pitämään nilkkaa riittävän pitkään levossa, että kudokset pääsevät paranemaan. Krooniselle kivulle taas ei ole pystytty löytämään mitään positiivista fysiologista funktiota. (Kalso 2018, Kivun biologinen merkitys.)

2.1 Kivun luokittelu

Kivun luokitteluun on monia tapoja. Kipua voidaan luokitella esimerkiksi sen keston tai ajallisen luonteen (esim. subakuutti, akuutti, krooninen) mukaan. (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, Luokitteluperusteita.) Akuutti kipu on alle kuukauden kestänyttä kipua, subakuutti kipu on kestänyt 1–3 kk ja krooninen kipu yli 3 kk. (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017.) Akuutti kipu on äskettäin alkanutta kipua, jolla yleensä on selvä yhteys ajankohtaiseen vammaan tai sairauteen. Akuutti kipu on hälytysmerkki, joka edellyttää asianmukaista tutkimusta. Subakuutti kipu kestää 2–3 kuukautta sen aiheuttaneen sairauden tai vamman jälkeen. Kipu on kroonista, kun se on kestänyt pidempään kuin 3–6 kk tai pidempään kuin vamman tai sairauden aiheuttama kudonvaurion paraneminen kestää. Toistuva, lyhytkestoinen kipu, kuten migreenikipu voidaan määritellä krooniseksi kivuksi. Kroonista kipua leimaa se, että ajallinen ja kausaalinen yhteys aiheuttavaan tekijään voi olla hävinnyt. (Hamunen ym. 2018, Luokitteluperusteita.)

Kipua voidaan luokitella myös sijainnin (esim. selkäkipu), elinjärjestelmän (esim. tuki- ja liikuntaelimestön kipu, selkäkipu) tai patofysiologisen mekanismin mukaan. Mekanismin mukaista luokittelua voidaan käyttää esimerkiksi lääkehoidon suunnittelun pohjana. Kiputilojen mekanismiin liittyen kipu luokitellaan nosiseptiiviseksi, neuropaattiseksi tai idiopaattiseksi kivuksi. Kivun luokittelua on tehty myös aiheuttajan mukaan, esim. synnytyskipu, syöpäkipu tai leikkauskipu. Kipua

on luokiteltu myös voimakkuuden ja sen aiheuttaman toiminnallisen haitan perusteella. (Hamunen ym. 2018, Luokitteluperusteita.)

IASP on laatinut kroonisen kivun luokittelujärjestelmän ”Classification of chronic pain”, jossa jaottelu on luonteeltaan enemmän kuvailevaa kuin kiputilojen mekanismeista lähtevää. IASP:n luokitus perustuu viiteen akseliin, joista ensimmäinen kuvaa kivun sijaintia, toinen kuvaa elinsysteemiä, kolmas kivun ajallista esiintymistä, neljäs yhdistää kivun keston ja intensiteetin ja viides jaottelee kivun sen etiologian mukaan. (IASP 2018, viitattu 2.1.2019; Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, IASP:n kroonisen kivun luokitus.) ICD-11 tautiluokituksessa krooninen kipu on omana luokituksenaan. Luokituksessa krooninen kipu jaotellaan primaariin ja sekundaariseen krooniseen kipuun. Primaari krooninen kipu määritellään itsessään sairaudeksi. Sekundaarisessa kroonisessa kivussa kipu on oire olemassa olevasta sairaudesta, esimerkiksi syövästä. (IASP 2019, viitattu 6.2.2019.)

Perinteisesti krooninen kipu jaotellaan kolmeen ryhmään. Ensimmäinen on kudosaivuriosta johtuva kipu, esim. nivelrikossa tai nivelreumassa, jossa tulehdus ylläpitää kipua. Toisena on hermoaurion aiheuttama kipu, johon luetaan ääreishermoston kiputilat (esim. diabeettinen neuropatia), selkäytimen (selkäydinvamma) sekä aivojen (esim. aivoinfarkti) vaurioitumisen aiheuttama kipu. Kolmantena on toistaiseksi tuntemattomasta syystä johtuva kipua, kuten fibromyalgia. Krooninen kipu muokkaa keskushermoston toimintaa. Nykytietämyksen mukaan jatkuva kipuviesti johtaa mm. aivojen harmaan alueen tilavuuden supistumiseen kivun käsittelyyn osallistuvilla alueilla. Aivoihin syntyy myös hermoverkkoja, joiden vahvistuminen edistää kroonisen kivun syntymistä. Vaikka kipua aiheuttava vaiva korjataan, saattaa kipu siitä huolimatta jatkua. Ongelma ei enää ole lähtökohdassaan, vaan on siirtynyt keskushermostoon. (Kalso 2018, Kivun biologinen merkitys; Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2017.)

2.2 Kivun arviointi

Sekä akuutissa että kroonisessa, pitkäkestoisessa kivussa kivun arvioinnin lähtökohtana tulisi aina olla potilaan oma arvio kivustaan. Potilaan oma arvio kivusta on ikään kuin ”kultainen standardi”, joka tulisi huomioida ensisijaisesti. (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017; Barr ym. 2013, 270; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12–15.) Akuutin kivun arvioinnin

tulisi olla rutiininomaista ja toistuvaa (Barr ym. 2013, 270). Kivun arvioinnin tulee olla systemaattista ja siinä tulee käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä. Muutoin kivun hoidon vaikutusta on vaikea seurata. (Carlson 2010, 245.) Kipua tulisi arvioida potilaan itse valitsemalla mittarilla sekä levossa että liikkeessä, säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Kivun voimakkuuden lisäksi on tärkeää kysyä, millaista kipu on ja missä se sijaitsee. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12–15) Kroonisen kivun tutkimiseen tulee varata riittävästi aikaa ja se vaatii paneutumista. Etenkin pitkäkestoisen kivun arviointi ja hoito vaatii hyvään kommunikaatioon perustuvaa, tavoitteellista yhteistyötä. (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017; Haanpää 2018, Kipupotilaan kliininen tutkiminen.)

Hoitotyön näkökulmasta kivun arvioinnissa on keskeistä kivun tunnistaminen, joka on yksi terveydenhuollon perustehtävistä. Akuutin kivun arvioinnissa käytetään peruselintoimintojen seuraamista, esimerkiksi verenpaineen ja sykkeen mittaamista, vaikka se on menetelmänä epävarma. Peruselintoimintojen muutoksiin vaikuttavat monet seikat, kuten lääkitys tai tunnetila. Kommunikoimaan kykenemättömillä kipua voidaan arvioida kipukäyttäytymisen perusteella ja sitä pidetään luotettavampana kuin fysiologisia suureita. Kipukäyttäytyminen, kuten kehon kieli, ääntely ja ilmeet voivat viestittää kivusta silloin kun sanallinen ilmaiseminen ei syystä tai toisesta onnistu. (Salanterä ym. 2006, 75–78.) Muistisairaiden kivun arvioinnissa korostuu kivun havainnointi. Lievästi muistisairaana kanssa voidaan käyttää itsearviointimenetelmiä eli kipumittareita. Kipu heijastuu usein myös muistisairaana käytökseen sekä voi näkyä fysiologisina muutoksina. Muistisairaana omaisilta voi saada tietoa, kuinka potilas on aiemmin ilmaissut kipuaan. (Kankkunen 2011, 22–24.) Aikuispotilailla on jo käytössä havainnointiin perustuvia kivun arvioinnin menetelmiä, mutta niistä tarvitaan vielä lisää tutkimusnäyttöä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013.)

PPSHP:ssä käytetään useita erilaisia arviointimenetelmiä akuutin ja kroonisen kivun arviointiin. Näitä ovat mm. Visual Analogue Scale (VAS), Numeric Rating Scale (NRS), Verbal Rating Scale (VRS), Faces Pain Scale tai Faces Pain Scale - Revised (FPS tai FPS-R), Critical Pain Observation Tool (CPOT), Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) ja Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-oirekysely), kipupiirros ja McGillin kipusanasto. Pitkittyneen kivun liitännäisvaikutusten arviointiin käytössä on esimerkiksi Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF) ja Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). (Karjula, Meriläinen, Pietikäinen & Pölkki 2018.)

2.2.1 Kipumittarit

Yksi tunnetuimmista kivun voimakkuuden mittareista on VAS, jossa käytetään horisontaalista tai vertikaalista janaa, jossa on kaksi sanallista ohjetta janan ääripäissä; ei kipua (pistearvo 0) ja pahin/kovin mahdollinen kipu (pistearvo 10). Jana on 10 cm (100 mm) pitkä. VAS:a käytettäessä suositellaan, että numeerisia tai sanallisia arvoja ei anneta ääripäiden välillä, vaan potilasta pyydetään merkitsemään viiva VAS-janalle. Yleensä pyydetään kuvaamaan tämänhetkistä kipua tai kivun voimakkuutta viimeisen 24 h aikana. Arvioija mittaa 10 cm viivoittimella, minkä arvon kipu saa janalla. Mitä suurempi arvo, sen kovempi on kipu. VAS:n tekeminen vie alle minuutin. VAS on kynä- paperi arviointi, eikä sitä voida toteuttaa pelkästään sanallisesti, esim. puhelimitse. VAS:n käyttö ei vaadi koulutusta ja on helppo toteuttaa. (Hawker, Mian, Kendzerska & French 2011, 240–241.) PPSHP:ssä käytetään viivainta, jossa potilas liikuttaa merkkiviivaa haluamalleen kohdalle janalla. Toisella puolella olevasta viivaimesta voidaan suoraan lukea numeerinen arvo. (Liite 1.)

VAS on laajalti käytössä, koska se on yksinkertainen ja helposti sovellettavissa monenlaisiin väestöryhmiin ja tilanteisiin. VAS on todettu luotettavaksi mittariksi. VAS:n ei ole kehitetty normatiivisia viitearvoja. Koska kipuun ei ole olemassa tiettyä standardia, kriteerivaliditeettia ei voida arvioida. Kriteerivaliditeetti kertoo missä määrin mittarin arvo kertoo testattavasta asiasta. Rakennevaliditeetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata tutkittavaa ilmiötä. VAS:n rakennevaliditeettia on mitattu esim. reumasairauksia sairastavien potilaiden keskuudessa ja VAS:n, NRS:n ja Verbal Rating Scalen välinen korrelaatio on korkea. VAS:illa on tiettyjä rajoituksia. Sen käytössä saattaa olla haasteita, kun testiä tehdään ikäihmisille, joilla on motorisia ja/tai kognitiivisia haasteita. VAS:a ei voida toteuttaa puhelimitse, mikä rajoittaa esim. tutkimuskäyttöä. VAS:n tulosten tulkitseminen ei ole niin helppoa kuin NRS-asteikolla. (Hawker ym. 2011, 240–241.)

Käytännön työssä VAS rinnastuu usein Numeric rating scale- mittariin (NRS), joka on toinen yleisesti käytetty kivun mittari. NRS mittaa VAS:n tavoin kivun voimakkuutta. NRS:sta on monia versioita, mutta yleisimmin käytetty on mittari, jossa on asteikko nolasta kymmeneen. NRS on VAS:n numeerinen versio ja siinäkin 0 = ei kipua ja 10 = pahin/voimakkain mahdollinen kipu. Se voidaan tehdä joko sanallisena tai kirjallisena ja VAS:n tavoin se on helposti ymmärrettävissä ja nopea suorittaa. NRS:n reliabiliteetti on VAS:n tavoin korkea. NRS:n ja VAS:n välinen korrelaatio on korkea ja NRS:n rakennevaliditeetti on näin ollen hyvä. VAS:n ja NRS:n rajoitteena on, että

molemmat mittaavat vain kivun yhtä ulottuvuutta, sen voimakkuutta. Näin ollen kivun monimuotoinen luonne ei välity pelkästään näitä testejä käyttämällä. (Hawker ym. 2011, 241–242.)

Visuaalisen asteikon (VAS) ohelle on kehitetty myös sanallinen asteikko Verbal rating scale (VRS), jossa kipua kuvataan viisiportaisella asteikolla, jossa 0 = kipua ei ole lainkaan, 1 = kipu on lievää, 2 = kipu on kohtalaisen voimakasta 3 = kipu on voimakasta ja 4 = kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso 2018, Voiko kipua mitata?) PPSHP:n mittarin sanallinen asteikko on kuusiportainen (liite 1). VRS-mittarista on useita versioista, esim. Verbal Descriptor Scales (VDS) ja Verbal Pain Scores (VPS). VRS koostuu kipua kuvaavista väittämistä, jotka kuvaavat portaittain voimistuvaa kipua. Väittämien määrä vaihtelee neljästä viiteentoista, riippuen tutkimuksesta. Potilaat, joilla on kognitiivisia rajoitteita tai lukemisen vaikeutta voivat kokea VRS-mittarin käytön vaikeana. VRS-mittaria voidaan käyttää niin, että potilas lukee väittämät tai hänelle luetaan ne. (Karcioglu, Topacoglu, Dikme & Dikme 2018, 708.) VRS-mittarin on todettu soveltuvan potilaille, joilla on normaali kognitio ja potilaille, joiden kognitio on alentunut. Sillä myös saavutetaan suurempi tarkkuus kivun muutoksen arvioinnissa kuin pelkästään sanallisesti kysymällä kivusta. (Dueholm, Lauritsen, Ovesen & Overgaard 2015, 1–7.) VRS voi olla hyvä vaihtoehto akuutin kivun arviointiin ikääntyneillä, joilla on normaali kognitio ja kroonisen kivun arviointiin ikääntyneillä, joilla on heikentynyt kognitio. Visuaalisten asteikkojen käyttö oli vaikeaa sydänleikatuille normaalin kognition omaaville ikääntyneille sekä kroonisesta kivusta kärsiville ikääntyneille, joilla kognitio oli heikentynyt. (Pesonen 2011, 77.)

Lapsilla voidaan käyttää kasvokuva- mittaria mittaamaan kivun voimakkuutta. Tästäkin mittarista on useita versioita. Nykyään useimmissa tutkimuksissa käytetään FPS-R mittaria, joka soveltuu 4–17-vuotiaille lapsille. Mittarissa on 6 kasvokuvaa, joista jokainen osoittaa voimistuvaa kivun tasoa edeten vasemmalta oikealle. Kasvokuvat vastaavat 0–10 asteikolla pisteitä 0,2,4,6,8,10. (Le May, Ballard, Khadra, Gouin, Plint, Villeneuve, Masse, Benoit, Neto, Drendel, Auclair, McGrath & Ali 2018, 1510.) Kasvokuvamittari yhdistetään lasten kivun arviointiin, mutta sen on katsottu soveltuvan myös ikääntyneille potilaille. (Miro, Huguet, Nieto, Parades & Baos 2005, 733.)

Critical - Care Pain Observation Tool (CPOT) on kehitetty tehohoitopotilaan kivun arviointiin. Sitä on testattu monilla potilasryhmillä (26 tutkimusta, 1832 potilasta) ja sen käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta on tutkittu kolmessa tutkimuksessa. CPOT on käännetty suomeksi ja se on todettu validiksi ja reliabeliksi ja kliinisesti käyttökelpoiseksi mittariksi. Sitä tulisi käyttää suomalaisilla

teho-osastoilla kommunikoimaan kykenemättömillä tehohoitopotilailla kivun arviointiin. Mittarin käyttö vaatii koulutuksen ja harjoittelua. (Pudas-Tähkä 2018, 5, 32.)

Pain Assessment in Advanced Dementia-mittaria (PAINAD) käytetään keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavan potilaan kivunhoidon arviointiin. Se perustuu käyttäytymisen arviointiin. Mittarissa seurataan viittä osiota, jotka pisteystetään. Mitta-asteikko on 0 - 10, 0 = ei kipua ja 10 = sietämätön kipu. Mittari on helppokäyttöinen, lyhyt ja herkkä mittaamaan kivun voimakkuuden muutoksia. Sitä on kuitenkin vielä testattava. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013,19.)

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) on helppokäyttöinen ja selkeä ja toimii kipujan periaatteella 0–10 kuvaten syöpää sairastavan potilaan tavallisimpia oireita. Mittari kartoittaa kymmentä tavallisinta syöpäpotilailla esiintyvää ja haitallisimmaksi koettua oiretta. (Salminen & Salmenoja 2007, 825.)

2.2.2 Kipumittarit kroonisessa kivussa

Kroonisen kivun luokittelu edellyttää luotettavaa ja validia kivun arviointia. Arvioinnissa huomioidaan kivun osatekijät, mukaan lukien sensoriset ja affektiiviset tekijät (miten voimakas kipu on, miten epämiellyttävä kipu on), havaitut tekijät (miltä kipu tuntuu), ajalliset ominaisuudet sekä kivun sijainti ja levinneisyys keholla. Kivun patofysiologia on myös selvitettävä. (Fillingim, Loeser, Baron & Edwards 2016, 10–11.)

VAS, NRS, VRS ja FPS-R mittareilla mitataan yleisimmin kivun voimakkuutta. Kivun voimakkuus on kuitenkin vain yksi kivun elementeistä ja etenkin kroonisessa kivussa potilaat voivat kokea pelkän kivun voimakkuuden arvioinnin riittämättömäksi. Pitkittyneestä selkäkivusta kärsivillä potilailla NRS ei riittävällä tavalla tuo esille henkilökohtaista kokemustaan kivusta. Mittarin oletetaan mittaavan kivun sensorista komponenttia, sen voimakkuutta. Mittarin käyttäjälle se voi tarkoittaa muita kipukokemukseen liittyviä seikkoja, esim. riippuvaisuutta muiden avusta. (Hush, Refshauge, Sullivan, De Souza & McAuley 2010, 650.) VAS-mittaria voidaan käyttää myös kivun häiritsevyyden ja epämiellyttävyyden mittaamiseen. Tällöin VAS-janan ääripäihin voidaan asettaa arvoksi 0 = ei lainkaan epämiellyttävä ja 10 = erittäin / kaikkein epämiellyttävvin tunne. (Fillingim ym. 2016, 12.)

Kivun monimuotoisen luonteen tavoittamiseksi on käytössä muitakin vaihtoehtoja. Tunnetuimpia lienee **McGillin kipusanasto**, jonka Ronald Melzack loi McGillin yliopistossa 1975. Heikki Ketovuori kehitti siitä suomenkielisen sanallisen kipumittarin 1980. Siinä sanoille annetaan numeerinen arvo edustamaan sanan kuvaaman kivun voimakkuutta. Näistä arvoista lasketaan ns. kipuindeksi. Sanallinen kuvailu pystyy jossain määrin erittelemään akuutti ja kroonista kipua. Kroonisesta kivusta kärsivät valitsevat usein affektiivisia, pelkoon, ahdistavuuteen ja ärsyttävyyteen liittyviä sanoja. Akuutista kivusta kärsivät valitsevat tyypillisesti sensorisia kipuluokkia, kuten paine, kuumotus, ajallisesti rytmisen kipu. (Kalso 2018, Voiko kipua mitata?) Yleisesti käytössä on myös **kipupiiirros**, josta on olemassa monia versioita. Yleensä piirroksissa on kuva vartalosta edestä ja takaa ja potilasta pyydetään värittämään kohdat, joissa kipu tuntuu. Joissakin piirroksissa on käytössä symboleja, joilla voidaan kuvata erilaisia kivun ominaisuuksia, kuten terävä, pistävä kipu vs. tylppä, aristava kipu. (Fillingim ym. 2016, 13.)

Kroonisen kivun arvioinnin mittareita on tutkittu ja käännetty viime vuosina suomeksi. **Tampa Scale of kinesiphobia** (TSK-FIN) mittari kartoittaa liikkumisen pelkoa ja siihen on luotu suomalaiset väestöarvot. Mittarin luotettavuus ja sisäinen johdonmukaisuus on todettu hyväksyttäväksi. Kohon (2015, 8–9.) **CPAQ** (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) -kroonisen kivun hyväksyminen -kysely sisältää 20 väittämää, jotka jakaantuvat kahteen faktoriin, toiminnallisuuteen ja kipumyönteisyyteen. (Ojala 2010, 21.) CPAQ on todettu päteväksi ja luotettavaksi mittariksi mitaamaan kroonisen kivun hyväksymistä kroonista kipua potevilla (Ojala 2010, 49). Elämänlaadun mittaamiseen voidaan käyttää **WHOQOL-Bref** mittaria, joka kartoittaa elämänlaadun eri osa-alueita. (THL 2017, viitattu 6.2.2019.)

2.3 Kivunhoito

Aikuispotilaiden kirurgisen toimenpiteen jälkeinen lyhykestoinen kipu on melko tavallista, vaikka kivunhoitoon on tehokkaita menetelmiä. Akuutti kipu mm. rasittaa sydän- ja verenkiertoelimistöä, lamaa suolen toimintaa ja vaikuttaa hengitysfunktioon. Akuutin kivun hyvä hoito tukee hengitystoimintaa ja edistää kudosten hapensaantia ja siten vaikuttaa keuhko- ja haavakomplikaatioiden esiintymiseen. Potilaan varhainen liikkeelle lähtö mahdollistuu, kun kipua on hoidettu hyvin ja vaikuttaa näin hoidon tuloksiin. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhykestoisen kivun hoitotyön suosituksessa 2013, 3.) Kivuliaimpia potilaat ovat rintakehän alueen, suurten

ortopedisten ja suurten vatsan alueen leikkauksien vuoksi (Ip, Abrishami, Peng, & Wong 2009, 671). Akuutin kivun patofysiologia tunnetaan hyvin ja akuuttiin kipuun on tehokkaita hoitokeinoja. Hyvän akuutin kivunhoidon ja kudosten paranemisen ansiosta akuutti kipu lievittyy yleensä päivien tai viikkojen kuluessa. Huonosti hoidettu tai hoitamaton kudosaivuriokipu saattaa osalla potilaista pitkittyä ja mutkistua. Akuutin vaiheen otollista aikaa ei pidä turmella huonolla tai riittämättömällä hoidolla. (Kalso 2018, Kivun biologinen merkitys.)

Sairaalahoidossa kipua kokevien potilaiden määrä on yllättävän korkea. Kohtalaisesta tai kovasta leikkauksen jälkeisestä kivusta kärsii 20–80 % potilaista, vaikka ongelma on tiedostettu jo pitkään ja siihen on panostettu resursseja (Suomen anestesiologiayhdistys 2014, viitattu 15.1.19). Kipua kokevat sairaaloissa muutkin kuin leikkauspotilaat. Italialaisessa geriatriassa potilaita koskeneessa tutkimuksessa 67,3%:lla osallistuneista oli kipua yli NRS 4. Ikääntyneiden kipu on alihoidettua, koska saatetaan ajatella kivun olevan osa ikääntymistä. (Gianni ym. 2010, 273–276.) Saksalaisen sairaaloiden kivunhoidon laatua tutkineessa laajassa tutkimuksessa todettiin kivun olevan yleistä sekä kirurgisilla että ei-kirurgisilla potilailla. Tutkimukseen osallistui 2252 kirurgista potilasta ja 999 ei-kirurgista potilasta, 25 sairaalasta. Levossa kohtalaisesta vaikeaan kipua koki 29,5 % kirurgisista potilaista ja 36,8 % ei-kirurgisista potilaista. Koko ryhmässä 50 % ilmoitti kipua liikkuesssa. 55 % kirurgisesti hoidetuista ja 57 % ei kirurgisista potilaista oli tyytymättömiä kivunhoitoon. (Maier ym. 2010, 607–614.) Italialainen sisätautivuosastoa koskenut tutkimus käsitti 524 potilasta, joista kohtalaisesta vaikeaan kipua koki 41,6 % ja kovaa kipua (NRS >_7) koki 7,6 % potilaista. (Fabbian, De Giorgi, Pala, Malozzi Menegatti, Gallerani & Manfredini 2014, 1–6.)

2.3.1 Kivunhoidon lääkkeelliset menetelmät

Lääkehoito liitetään kivunhoidon tueksi, kun lääkkeettömät hoitomuodot eivät auta. Potilaalle yksilöllisesti määrättyyn lääkehoitoon vaikuttavat monet tekijät, kuten kivun syntymekanismit, kipuaistimusten voimakkuus, potilaan fysiologinen vointi ja monet muut asiat. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Lääkkeiden ja kivunhoidon tutkimuksen myötä on tullut uusia kipulääkkeiden antotapoja ja lääkkeitä. Farmakogenetiikan kehityksen myötä potilaiden saama lääkehoito on yhä yksilöllisempää, turvallisempaa ja tehokkaampaa. (Hamunen & Konttinen 2015, Mitä uutta kivunhoidossa?)

Akuutin kivun lääkehoidossa ensisijaiseksi lääkkeeksi suositellaan parasetamolia, mikäli kipu ei ole voimakasta (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017). Parasetamolia analgeettinen teho lisääntyy, kun siihen lisätään kodeiini tai se annetaan yhdessä tulehduskipulääkkeen tai opioidin kanssa. (Schug, Palmer, Scott, Halliwell & Trinca 2015, 92.)

Leikkauksen jälkeen kipua voidaan lievittää kipujen syntymekanismiin vaikuttamalla, selkäydintasolla tai paikallisesti operoidulla alueella (Vakkala 2016, Leikkauksen jälkeinen kipu). Lääkehoidossa yhdistetään usein käyttöön eri kipulääkkeitä; parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä, heikkoja opioideja tai kodeiinia. Näihin voidaan lisäksi yhdistää hermovauriokipuun sopivat gabapentiini tai pregabaliini. (Salomäki & Laurila 2014, Leikkauksen jälkeinen kivunhoito.) Monimuotoisessa kivun hoidossa voi olla yhdistettynä myös ketamiini, kortikosteroidi tai epilepsialääke. Kivun lievitystä voidaan tehostaa myös käyttämällä erikoistekniikkoja potilaan hoidossa. Tällaisia tekniikkoja ovat erilaiset johtopuudutukset, epiduraalipuudutukset, kertapuudutukset ja itsestään leikkausaluetta puuduttavat katetrit ja pumput. (Vakkala 2016, Leikkauksen jälkeinen kipu.)

Nosiseptiivisen eli kudosaivuriokivun lääkehoidossa käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs). Kun niiden teho ei riitä, käyttöön yhdistetään heikkoja ja keskivahvoja opioideja. Sellaisia ovat kodeiini, tramadoli, buprenorfiini. Vahvempien opioidien kuten oksikodoni, morfiini, hydromorfonin ja fentanylin käyttö rajoittuu useimmiten syöpäkipuihin. (Vakkala 2016, Nosiseptiivisen kivun lääkehoito.)

Neuropaattisen kivun hoidossa käytetään usein trisyklisiä masennuslääkkeitä kuten nortriptyliini ja amitriptyliini. Masennuslääkkeistä myös SNRI-ryhmän lääkkeitä käytetään kivunhoidossa apuna sekä epilepsialääkkeitä. Lisäksi opioideja voidaan käyttää neuropaattisen kivun hoidossa. (Vakkala 2016, Neuropaattisen kivun lääkehoito.) Tramadoli on myös vaikuttava lääke neuropaattisen kivun hoidossa. (Schug ym. 2015, 84). Lääkehoito kroonisen kivun hoidossa perustuu tavanomaisille kipulääkkeille, ja tarvittaessa käytetään opioideihin kuuluvia lääkkeitä. Hermovaurion hoidossa kroonisessa kivussa käytössä on myös epilepsia- ja masennuslääkkeitä. (Paakkari 2017, Krooninen kipu -lääkehoito.)

Tuki- ja liikuntaelinten moninaisten sairauksien hoidossa parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet ovat lääkkeellisen hoidon perusta. Lihasrelaksanteilla voidaan helpottaa lisäksi oireita varsinkin alkuvaiheessa. (Niskakipu (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2017.) Tulehduskipulääkkeet eivät ole suositeltavia pitkäaikaisen kivun hoidossa haittavaikutusten vuoksi. Akuutissa ja vaikeassa

alaselkäkipussa parasetamolin ollessa riittämätöntä, tramadolin on tutkittu olevan hyvin siedetty ja vaikuttava lääke. Vahvempien opioidien käytön aloituksessa tarvitaan kipuklinikan tai kivunhoitoon erikoistuneen lääkärin apu. (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Glukokortikoidiruiskeista voi olla myös lyhytkestoista apua esim. yläraajojen rasitusvammoissa ja kipugeelistä lievitystä jännetuppitulehduksen aiheuttamaan kipuun. (Käden ja kynnärvarren rasitussairaudet: Käypä hoito -suositus, 2013). Polven nivelrikossa voidaan apuna käyttää myös glukokortikoidi- tai hyaluronaattiruiskeita. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus, 2013.)

Vanhusten kipuja lääkittäessä on muistettava, että vanhuksien metabolia voi olla muuttunut ja perussairaudet sekä muu käytössä oleva lääkitys on huomioitava kivun lääkehoidossa. Vanhuksille riittää 25–50 % pienempi opioidi annos kuin nuoremmille ja he ovat myös herkempiä opioidien haittavaikutuksille. Opioidit voivat aiheuttaa vaikeaa ummetusta, lisäävät kaatumistapaturmia ja lisäävät esim. sekavuutta. Vanhusten kivun hoidossa käytetään paljon parasetamolia. (Vakkala 2016, Vanhuksen kivun hoito.) Se onkin käytetyin lääkeaine ikääntyneiden lievän ja kohtalaisen kivun hoidossa, koska tulehduskipulääkkeiden haittavaikutusten riskit ovat ikääntyneillä koholla. Ikääntyneillä on paljon kroonista kipua ja sen hoidossa heillä käytetään myös masennuslääkkeitä. (Kalso 2018, 538–543.)

Syöpäkipu voi johtua monista eri syistä. Hermovaurio kipu on kuitenkin merkittävin syöpäpotilaan kivun aiheuttaja. Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet ovat hyviä säännöllisiä kipulääkkeitä ja niiden avulla voidaan vähentää opioidien tarvetta. Kipujen voimistuessa käytetään lisäksi myös opioideja. (Konttinen & Murtomäki 2018, 1143–1146.) WHO:lta on julkaistu ohjeet syöpäkipun hoitoon. Niiden mukaan kipulääke valitaan kivun voimakkuuden mukaan, pitkävaikutteiset lääkkeet otetaan säännöllisesti, kipulääkkeet annostellaan ensisijaisesti oraalisesti ja läpilyöntikipuihin käytetään nopeatehoista opioideja. Lisäksi lääkkeet valikoidaan potilaalle yksilöllisesti valmistautuen mahdollisiin haittavaikutuksiin. Kivunhoitoon on liitettävä myös potilas ohjaus. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Mikäli potilas ei pysty ottamaan suun kautta lääkettä, voidaan kokeilla nasaalisesti tai suun limakalvojen kautta otettava fentanyyliä. Kun edellä mainituilla tavoilla ei saavuteta riittävää tehoa, siirrytään ihon alaiseen tai laskimon sisäiseen lääkehoitoon. Gabapentiini, venlaflaksasiini, nortriptyliini ja ketamiini voivat olla tukena syöpäkipun säännöllisessä lääkehoidossa. Lisäksi vaikeissa tilanteissa voidaan harkita avuksi syöpäsädekirurgiaa, kirurgiaa, fysikaalisia hoitoja tai opioideja voidaan antaa spinaalisella lääkehoidolla. (Konttinen & Murtomäki 2018, 1143–1146.)

2.3.2 Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät

Lääkkeettömät menetelmät soveltuvat sekä akuutin- että kroonisen kivun hoitoon. Menetelmät ovat osittain samoja, mutta niiden painotus poikkeaa jonkin verran. Kivun käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan lääkkeettömät hoidot ovat kivunhoidon perusta ja niitä tulisi käyttää aina, kun se on mahdollista. Käypähoitosuositus keskittyy pitkäaikaiseen kipuun ja suosituksen ulkopuolelle rajautuu esimerkiksi leikkauksen jälkeinen kipu ja syöpäkipu. Pitkittyneessä kivussa elämänlaadun ja toimintakyvyn parantaminen tulisi olla hoidon keskiössä oireenmukaisen hoidon lisäksi. Pitkäkestoisesta kivusta kärsivät potilaat toivovat usein, että kipu voitaisiin poistaa kokonaan. Usein siihen ei pystytä, mutta pitkittyntä kipua voidaan lievittää ja selviytymistä kivun kanssa tukea. Keskeisiä lääkkeettömiä hoitoja ovat liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen -terapia ja fysikaaliset hoidot, kuten kylmä- ja lämpöhoidot ja TNS (transkutaaninen hermostimulaatio). (Kipu: Käypähoito- suositus 2017.) Kroonisen kivun hoidossa käytetään harvoin mitään yksittäistä menetelmää. Toimivimmaksi lähestymistavaksi on osoittautunut **monialainen ja moniammatillinen potilaan arviointi ja hoito**, jossa hyödynnetään lääketieteen eri erikoisalojen ja eri ammattiryhmien osaamista. (STM 2017,13.)

Lääkkeettömiä menetelmiä suositellaan myös osana akuutin kivun hoitoa. Suositeltavia fysikaalisia menetelmiä ovat esimerkiksi **akupunktio, kylmähoidot, hieronta sekä asento- ja liikehoitot**. Kivunhallinnan menetelminä suositellaan **rentoutusmenetelmiä, musiikkia, huomion suuntaamista pois kivusta, ohjattua mielikuvittelua sekä kofeiinia**. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 17–19.) Kroonisen kivun hoidossa **stimulaatiohoitojen**, kuten akupunktion ja TNS-hoidon, teho on epäselvä. Monet kokevat kuitenkin hyötyvänsä näistä hoidoista. (STM 2017, 14.) Esimerkiksi kroonisessa alaselkäkivussa TNS-hoidon tehosta ei ole tutkimusnäyttöä (Shipton 2018, 127; Amatya, Young & Khan 2018). Akuutin kivun hoidossa taas TNS-hoito on tehokkaampaa kuin placebo, vaikkakin näyttö on heikkoa. (Johnson, Paley, Howe & Sluka, 2015.) **Liikunnalla** kroonisessa alaselkäkivussa sen sijaan on paljon puoltavaa näyttöä. Minkään tietyn liikuntalajin paremmuudesta ei ole näyttöä, mutta esim. kävelyn, pilateksen, joogan ja tai-chin tehosta on näyttöä. **Passiivisia fysioterapian muotoja**, kuten hierontaa, selkärangan mobilisaatiota ja manipulaatiota ei yleensä tutkimuskatsauksissa suositella tai ne ovat vaihtoehtoinen linja kroonisessa alaselkäkivussa. (Shipton 2018, 127–137.) **Musiikin** vaikutusta on tutkittu paljon ei-lääkkeellisenä kivunlievitysmenetelmänä. Musiikilla on kipu lievittävää vaikutusta myös akuutissa kivussa (Song, Eaton, Gordon, Hoyle ja Doo- renbos 2015.)

Arjen hoitotyössä on paljon hoitajien ja terapeuhenkilöstön toteuttamia toimia, joita ei välttämättä edes mielletä varsinaisiksi ”menetelmiksi” kivunhoidossa. Esimerkiksi **lohduttamista ja rauhoittamista** käytetään paljon. Henkilöt, joilla on pelkoa, ahdistusta ja masennusta, arvioivat kivun voimakkuuden toimenpiteen jälkeen muita potilaita voimakkaammaksi (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 14). Kipu on yksi tekijöistä, jotka laukaisevat lohdun tarpeen. Tehokkaalla ja jatkuvalla oireiden, mukaan lukien kivunhoidolla, oli ratkaiseva yhteys lohdun kokemukseen. Hoitohenkilökunnan sitoutunut läsnäolo, positiivinen vuorovaikutus ja nopea reagointi hoidon tarpeeseen lisää lohtua. (Wensley, Botti, McKillop ja Merry 2017.)

Kroonisesta kivusta kärsivillä henkilöillä on usein todettavissa riskitekijöitä, jotka vaikuttavat kivun pitkittymiseen. Näitä ovat mm. ahdistuneisuus, kivun pelko tai taipumus tulkita oireet suhteettoman vakaviksi tilanteeseen nähden. **Psykologiset ja psykoterapeuttiset** menetelmät ovat tärkeä osa hoitoa. Kognitiivinen psykoterapia ja sen sovellukset, kuten CBT (cognitive behavioral therapy) ja hyväksymis- ja omistautumisterapia ovat näistä eniten tutkittuja. Psykologisia kivunhallintamenetelmiä ovat mm. sovellettu rentoutus, mielikuvaharjoittelu ja tietoisien läsnäolon harjoittaminen (mindfulness). (STM 2017, 13–15.) Mindfulness -menetelmistä on viime vuosikymmeninä julkaistu kasvava määrä tutkimuksia. Mindfulness- harjoittelulla on tutkimustietoon nojaten positiivisia vaikutuksia krooniseen kipuun, esimerkiksi kivun voimakkuuteen ja kivun hallintaan. Useimmat tutkimukset ovat koskeneet MBSR-mindfulness-harjoittelua. (Day, Jensen, Ehde & Thorn 2014, 693.)

Kroonisesta kivusta kärsivän potilaan **kuntoutus** on moniammatillista toimintaa ja kuntoutuminen on yksilöllinen muutos-, kasvu- ja oppimisprosessi, jonka tavoitteena on löytää keinoja elämässä selviytymisen tueksi ja saavuttaa optimaalinen toimintakyky. Kroonisen kivun kuntoutuksessa keskeisiä tavoitteita on tukea kuntoutujaa hyväksymään, että kaikkea pitkäaikaista kipua ei voida parantaa. Tärkeää on myös tukea kuntoutujaa löytämään ja käyttämään kivunhallinnan keinoja sekä parantaa kuntoutujan selviytymistä kivun kanssa arjessa. (STM 2017, 17.)

Toimintaterapian rooli kroonisen kivun kuntoutuksessa nähdään suomalaisissa kroonisen kivun hoitosuosituksissa jossain määrin kapea-alaisena. Toimintaterapia mainitaan osana lääkinällistä kuntoutusta ja moniammatillista kuntoutustyöryhmää. Toimintaterapian menetelmistä mainitaan turvotuksen esto ja hallinta, sensorinen siedätys, lepo- ja venytyslasiat, arpihoito ja apuvälineet

sekä peilitterapia. (STM 2017, 15; Kipu: Kivun käypähoito -suositus, 2017; Haanpää 2018, CRPS:n ehkäisy ja hoito.) Toimintaterapian näkökulma ja mahdollisuudet kroonisen kivun hoidossa ovat kuitenkin laajemmat. Toiminta on keskeistä ihmiselle ja toimintaterapia perustuu ajatukseen toiminnan, terveyden ja hyvinvoinnin syvällisestä yhteydestä. Toimintaterapian keskeinen painopiste kipukuntoutuksessa on mahdollistaa kuntoutujan osallistuminen toimintaan huolimatta väsymyksestä ja kivusta siten, että osallistuminen on kuntoutujalle tyydyttävää. Intervention yhteydessä on toimintojen muokkaaminen, johon kuuluu toiminnan analyysi, taitojen kartuttaminen, toimintojen porrastaminen, ongelmanratkaisu, priorisointi ja toimintojen suunnittelu ja tauottaminen silmällä pitäen kuntoutujan yliaktiivisuutta tai alentunutta aktiivisuutta suhteessa toimintaan. Terapiassa voidaan käyttää muun muassa ergonomiohjausta, kommunikaatio -taitojen harjoittelua, coping-keinoja, rentoutumisharjoitteita, stressinhallintaa ja ympäristön muokkaamista. Toimintaterapia voi olla yksilö- tai ryhmämuotoista, sisältäen kivunhallintaohjelmat. (Hill 2016, 451–453.)

Fysioterapia on *”ammattiala, jonka erityisosaamisen alueita ovat terveys, liike, liikkuminen ja toimintakyky. Keskeisiä menetelmiä fysioterapiassa ovat toimintakykyä ja terveyttä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut.”* Fysioterapia tarjoaa palveluja yksilöille ja väestölle muun muassa silloin, kun kipu uhkaa liikumis- ja toimintakykyä. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 6.) Fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja edistää kokonaistoimintakykyä. Fysioterapia tukee riittävää aktiivisuutta sekä liikkuvuuden ja lihasvoiman säilymistä kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla. Manuaalista terapiaa voidaan hyödyntää fyysisen suorituskyvyn sekä lihas- hermo ja niveltoimintojen tutkimisessa ja tuki- ja liikuntaelimestön toimintarajoitteiden poistamisessa ja ennaltaehkäisyssä. Fysikaalisia hoitoja (lämpö, kylmä, sähköhoidot) voidaan käyttää osana terapiaa. Niiden tavoitteena on kivun lievittäminen, kudosten aineenvaihdunnan parantaminen ja kudosten venyvyyden lisääminen. (STM 2017,15; Kipu: Kivun käypähoito -suositus, 2017.)

Fysioterapeutti on terapeuttisen harjoittelun asiantuntija, joka ohjaa kipupotilaalle yksilöllisesti sopivat harjoitteet ja suoritustekniikat. On A-luokan näyttöä siitä, että asteittain lisääntyvä terapeuttinen harjoittelu vähentää kipua ja edistää toimintakykyä pitkittyvässä ja kroonisessa alaselkävauriossa. Terapeuttinen harjoittelu myös ehkäisee alaselkävaurion uusiutumista. (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2017; Foster, Anema, Cherkin, Chou, Cohen, Gross, Ferreira, Friz, Koes, Wilco, Turner & Maher 2018, 2369). Varhainen fysioterapia on kustannustehokasta ja vähentää

terveydenhuollon palvelujen käyttöä verrattuna viivästyneeseen fysioterapiaan. (Arnold, La Barrie, DaSilva, Patti, Good ja Clewley 2019, 1324–1338.)

2.4 Hyvä potilasohjaus

Ohjaus on keskeinen hoitotyön osa, jossa vuorovaikutuksen avulla tuetaan potilaan toimintakykyä ja omatoimisuutta. Terveystieteiden eettiset ohjeet, lainsäädäntö ja suositukset luovat perustaa ohjaukselle. Ohjaustilanteessa kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksilön arvoja ja oikeutta hyvään hoitoon. Ohjauksen avulla potilas pystyy paremmin osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon ja sitoutumaan siihen. (Eloranta & Virkki 2011, 11–14.)

Potilaan ohjaus sisältyy kivun hoitotyön prosessin kaikkiin vaiheisiin alkaen ennaltaehkäisystä. Leikkauspotilaan kivunhoidon ohjauksen tulisi alkaa jo ennen leikkausta annettavalla informaatiolla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 8–10.) Potilaat, joilla on ennustavia tekijöitä voimakkaaseen akuuttiin kipuun tai pitkittyvään kipuun tulisi pyrkiä tunnistamaan (Hamunen & Konttinen 2018, 311–312). Potilasohjaus vähentää leikkaukseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta, joka voi vaikuttaa kipuun. Potilaan osallistuminen hoitoon voi parantua, kun hän saa ohjausta kipuun liittyen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 8–10.)

Potilasohjauksen tulisi olla muutakin kuin informaation tarjoamista. (Johansson, Salanterä & Kattajisto 2007, 84.) Potilaan ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallisempi kuin muut kohtaamiset ja potilaan rooli on aktiivinen. Hän ratkoo itse asioita ja hoitohenkilöstö tukee häntä päätöksenteossa, ei niinkään anna valmiita ratkaisuja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.) Hyvän potilasohjauksen lähtökohtana on potilaan tiedon tarve, odotukset ja mielenkiinto (Johansson ym. 2007, 84). Potilaan saaman ohjauksen yhdenmukaisuus lisää luottamusta hoitoon (Kipu: Käypähoito -suositus, 2017).

Vuorovaikutustilanteet kivunhoidon yhteydessä ovat tärkeitä. Potilaan on tärkeä tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, pelkoa ja huolestuneisuutta sekä katastrofiajatuksia tulisi pyrkiä lievittämään ja niiden syntymistä välttämään. Kipuun ja sen hoitoon liittyvää informaatiota antamalla vähenne-

tään väärinkäsityksiä. Hoitajan rauhallinen, empaattinen, kannustava ja rauhallinen käytös edesauttavat luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Optimismi ja potilaan omien selviytymiskeinojen tukeminen on tärkeää. (Elomaa 2018, 113–115.) Potilasohjaus lisää potilaan kivunhallintakeinoja, tyytyväisyyttä kivunhoitoon ja edistää paranemista ((Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 9–10). Ohjaus voi vähentää ahdistusta ennen leikkausta ja kipua leikkauksen jälkeen (Lee, Liu, Lin, Hsu, Lin & Lin 2018, 169).

Potilaan kivunhoidon ohjaukseen kuuluu myös hänen kanssaan kivun arvioinnissa käytettävän kipumittarin valinta ja sen käytön ohjaus. Kipumittaria käytettäessä on varmistettava, että potilas ymmärtää mittarin käytön oikein ja tarvittaessa mittaria voidaan vaihtaa sopivammaksi. (Sailo 2000, 103; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 13.) Ohjausta annetaan myös kipulääkkeiden käyttöön liittyen, sen tarkoituksena on varmistaa kipulääkkeen tarkoituksen mukainen käyttö ja turvallisuus. Mahdollisista lääkkeen sivuvaikutuksista on hyvä kertoa potilaalle. Lääkkeen käytössä siitä saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Myös mahdolliset yhteisvaikutukset muihin lääkkeisiin voidaan käydä läpi. (Aaltonen 2000, 200.)

2.5 Kivun arvioinnin, -hoidon ja potilasohjauksen kirjaaminen

Potilasasiakirjoihin kirjaamista säädetään laeilla ja asetuksilla. Keskeisin on laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka velvoittaa hoitotyön kirjaamiseen. Pykälässä 12 säädetään seuraavaa: ”Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot”. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/758 4:12.1 §.)

Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastoilla kirjataan sähköiseen potilaskertomus ESKO:n käyttämällä FinCC 3.0 (Finnish Care Classification) ja OPCq:n (Oulu Patient Classification) yhteen sovitettua kirjaamisen mallia. Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastot ovat vuodesta 1997 arvioineet potilaan toteutuneen hoidon vaativuutta OPC-mittarilla, joka on 2000 luvun alusta ollut osa RAFAELA- hoitoisuusluokitusjärjestelmää (OPCq). Vuodesta 1996 hoitotyötä on kirjattu hoitoisuusluokituksen kuuden osa-alueotsikon avulla. (Liljamo 2016, Hoitoisuusluokittelua 20 vuotta- Mitä hyötyä? viitattu 23.1.2019; Liljamo, Kinnunen & Saranto 2016, 478.) Tässä hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisessa kirjaamismallissa edetään hoitotyön prosessin mukaan;

hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä tavoitteen arviointi (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 10). PPSHP:ssä ollaan siirtymässä lähitulevaisuudessa uuteen rakenteiseen hoitokertomukseen, joka korvaa nykyisen potilaskertomuksen. Uusi potilaskertomus rakentuu Finnish Care Classification (FinCC) 4.0 luokituskokonaisuuden mukaan (Kinnunen, Liljamo, Härkönen, Ukkola, Kuusisto, Hassinen & Moilanen 2019, 1–98).

Rakenteista kirjaamistapaa on kehitetty, koska se mahdollistaa potilastietojen jakamisen ja hyödyntämisen valtakunnallisessa sähköisessä tietojärjestelmäpalvelussa (Kanta-palvelut). Rakenteisessa kirjaamistavassa noudatetaan valtakunnallisesti sovittua kirjaamistapaa, jossa on yhteisiä näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot sekä tietosisällöt keskeisimmille potilasasiakirjojen tiedoille ja niiden kirjaamiselle. Rakenteista tekstiä voidaan täydentää vapaamuotoisella tekstillä. (Jokinen & Virkkunen 2018, 7–23.)

Rakenteisella kirjaamisella on monia etuja potilaan, terveydenhuollon henkilöstön sekä terveydenhuollon organisaatioiden ja järjestelmän näkökulmasta. Potilasturvallisuus paranee, kun tieto löytyy helpommin ja tiedon jakaminen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä paranee. Päälekkäinen kirjaaminen vähenee. Rakenteisen kirjaamisen ohjelmaan voidaan esim. asettaa erilaisia herätteitä, virheilmoituksia ja potilasohjeita. Tämä parantaa potilasturvallisuutta ja hoitotyön laadukkuutta. Potilas voi lukea Omakantapalvelusta hoitajaksojen yhteenvetoja. Potilaan oikeusturva paranee, kun hän voi varmistaa tietojensa oikeellisuuden ja seurata tietojensa käyttöä. (Jokinen & Virkkunen 2018, 7–23.) Turvallisuutta lisäävien ominaisuuksien kehittyminen on tärkeää, koska vaaratapahtumat hoitotyössä eivät ole vähentyneet digitalisaation myötä, ja lähes puolet (40 %) vaaratapahtumista liittyy potilastiedonhallintaan ja dokumentointiin (Saranto ym. 2018, 7, 26). Organisaation näkökulmasta rakenteinen kirjaaminen helpottaa palvelujen ja toiminnan toteuttamista, seuranta ja kehittämistä. Tulevaisuudessa erilaisten valtakunnallisten rekisterien ja tilastojen tekeminen helpottuu. (Jokinen & Virkkunen 2018, 7–23.) Eri potilastietojärjestelmien välillä tulisi pystyä jakamaan kivunhoidon kirjauksia. Sähköisten potilastietojärjestelmien avulla tulisi pystyä laatimaan myös tilastollisia raportteja annetun kipulääkityksen vaikuttavuudesta mittarilla arvioituna potilas- ja toimenpideryhmittäin. (Suomen Anestesiologiyhdistys ry (SAY) & Suomen kivuntutkimusyhdystys ry 2012, 119.)

Kivunhoidon kirjaamisessa on tultava näkyviin potilaan oma kokemus kivusta. Se luo pohjan yksilölliselle ja hyvälle potilaslähtöiselle kivunhoidolle. (Sailo 2000,99; Heikkilä 2017, 33.) Avoin ja luotettava potilaslähtöinen dokumentointi sähköiseen potilaskertomukseen lisääntyy, kun se teh-

tiin potilaan luona reaaliaikaisesti (Laitinen 2014, 86). Leikkauspotilailla kipua on arvioitava vähintään kerran työvuoron aikana. Potilaskertomukseen kirjataan potilaan arvio kivun voimakkuudesta levossa sekä liikkeessä. Lisäksi on kirjattava käytetty hoitomuoto ja sen teho sekä mahdolliset haittavaikutukset. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 21; Suomen Anestesiologiyhdistys ry (SAY) & Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2012, 119.) Kivun luonne ja sijainti tulisi kirjata arvioitaessa kipua. Mikäli potilas ei pysty itse arvioimaan hoitajalle kipua, tulee hoitajan havainnoida potilaan kipukäyttäytymistä. Kirjauksissa pitäisi tulla näkyviin perusteet kivunhoidolle ja siinä tehdyille päätöksille. Lisäksi on kirjattava, jos potilas kieltäytyy kivunhoidosta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12–15.) Annettu potilasohjaus on kirjattava ylös hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi (Eloranta & Virkki 2011, 27). Uusimmassa FinCC 4.0 mukaisessa rakenteisessa kirjaamisessa kivunhoidon kirjaukset kuuluvat uuden kivunhoito komponentin alle (Kinnunen 2019, 23).

Muistisairaahan kipua dokumentoidessa tulisi näkyä arvioinnin tapa eli havainnointi ja mahdollisesti käytetty mittari, kivun voimakkuus, käytetyt kivunhoidon menetelmät ja arvio niiden vaikuttavuudesta. Myös kivun arvioijan nimen tulisi näkyä kirjauksessa, eli pystyikö potilas itse arvioimaan kipua, arvioiko omainen vai hoitaja. Dokumentoinnissa voidaan käyttää apuna valmiita pohjia. (Kankkunen 2011, 22–24.)

3 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli määrällisen tutkimuksen keinoin kuvailla kivun arvioinnin, -hoidon ja potilasohjauksen kirjaamisen nykytilaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa aikuispotilailla. Tutkimuksellisen kehittämistyömme tavoitteena oli kehittää kivun arvioinnin, hoidon ja potilasohjauksen kirjaamista tuottamalla näyttöön, kansallisiin suosituksiin ja organisaation tarpeisiin perustuvat fraasit kivunhoidon kirjaamisen tueksi.

Tällä tutkimuksellisella kehittämistyöllä etsittiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Millaista kivun arviointi on potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella?
- Millaista kivun hoitaminen on potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella?
- Millaista potilaan ohjaaminen on potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella?

4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksellinen kehittämistyömme toteutettiin kahdessa osiossa. Ensin tutkimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen keinoin kivun arvioinnin ja -hoidon sekä potilasohjauksen kirjaamisen nykytilaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa aikuispotilailla. Käytimme menetelmänä retrospektiivistä rekisteritutkimusta. Kehittämistyönä laadimme organisaation toiveesta kivun kirjaamisen tueksi näyttöön perustuvat fraasit.

4.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä soveltuu tutkimuksiin, joissa halutaan kuvailla numeraalisesti jotakin asiaa tai kuvailla, missä määrin jokin asia on vaikuttanut johonkin toiseen tai muuttunut. Kvantitatiivinen tutkimus voi näin ollen olla selittävää, kuvailevaa ja vertailevaa. Määrällisessä tutkimuksessa tiedonintressinä on selittää jotain ihmisen toimintaa numeraalisesti, teknisesti ja kausaalisesti. Selittämällä tarkoitetaan, että asioiden tai henkilöiden välisiä syitä, suhteita ja eroja yritetään tehdä ymmärrettävämmäksi ja selkeämmäksi. Kuvailevassa tutkimuksessa tutkija luonnehtii järjestelmällisesti ja tarkasti ilmiön keskeiset piirteet. (Vilka 2007, 18–20; Vilka 2015, Tiedonintressi.) Kvantitatiivinen tutkimus kohdistuu muuttujien mittaamiseen ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun sekä tilastollisten menetelmien käyttöön (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55).

Tutkimuksemme oli retrospektiivinen rekisteritutkimus. Retrospektiivisellä tutkimusasetelmalla tarkoitetaan tutkittavan ilmiön takautuvaa tarkastelua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57). Rekisteritutkimuksessa tutkimusaineisto muodostuu kokonaisuudessaan rekisteritiedoista, jotka on saatu yhdestä tai useammasta rekisteristä. Rekisteritutkimuksen avulla ilmiötä voidaan tarkastella yksilö-, potilasryhmä- sekä väestötasolla. Tutkimustuloksena saadaan selittävää ja kuvailevaa tietoa erilaisina tunnuslukuina. (Räisänen & Gissler 2012, 64, 67.) Käyttämämme rekisteri oli sähköinen potilaskertomus ESKO.

4.2 Määrällisen tutkimuksen aineisto

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen suhde perusjoukkoon on yksi painopistealue. Perusjoukolla tarkoitetaan tutkimuksessa määriteltyä joukkoa ihmisiä, kuvia, tekstejä tms. Otoksen tulisi edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. Otos voidaan toteuttaa joko kokonais- tai otantatutkimuksena. Kokonaistutkimuksessa perusjoukko voi muodostua liian suureksi tutkimuksen teon kannalta, jolloin voidaan valita otantatutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen 2013, 104–105, Vilka 2015, Otannan suunnittelu.) Tutkimuksemme perusjoukko oli yhden hoitovuorokauden kirjaukset sähköisessä potilaskertomus ESKO:ssa tutkimukseen valituilla osastoilla. Kokonaisotannalla tutkimusaineistosta olisi muodostunut liian suuri, joten sovelsimme perusjoukkoon systemaattista otantaa.

Holopaisen ja Pulkkinen mukaan systemaattinen otanta on käyttökelpoinen silloin, kun perusjoukko on mahdollista järjestää jonoon. Jonosta poimitaan tasavälein otantayksiköt otokseen, kunnes lopullinen otos on kerätty. Systemaattinen otanta on kätevä silloin, kun käytössä on valmis luettelo otantayksiköistä tai otantayksiköt voidaan järjestää jonoon. Systemaattinen otanta kattaa perusjoukon tasaisesti. (2012, 32–3.) Käytimme jokaisen tutkimukseen osallistuvan osaston sähköisen potilaskertomus ESKO:n nimitaulua listana, josta poimimme otoksen. Nimitaulut olivat aakkosjärjestyksessä.

Tutkimuksemme valittiin 14 vuodeosastoa Oulun yliopistollisen sairaalan operatiiviselta, medisiiniseltä ja psykiatrian tulosalueelta. Osastojen valintaan pyydettiin apua yhtenäisen kivun arvioinnin ja hoidon mallin kehittäminen- hankkeen projektipäälliköltä Anne Pietikäiseltä ja tutustuttiin osastojen toimintaan lukemalla niiden toiminnan kuvaukset. Mukaan valittiin kaikki numeroidut vuodeosastot operatiiviselta (8 osastoa) ja medisiiniseltä (5 osastoa) tulosalueelta ja yksi osasto yleissairaalapsykiatrialta. Kaikki numeroidut osastot valittiin siksi, että saataisiin kattava kuva Oulun yliopistollisen sairaalan akuutin ja/tai pitkittyneen kivun kirjaamisesta. Alustavasti otoskooksi arvioitiin n. 190 potilaskertomusta, koska tarkkaa perusjoukon laajuutta ei saatu selville ennen tutkimuslupien myöntämistä. Nimitauluissa oli yhteensä 537 potilasta, joista valittiin perusjoukko. Perusjoukkoon kuulumisen ehtona oli olemassa oleva potilaskertomus ja perustettu hoitosuunnitelma ja päiväsuunnitelma tutkimusvuorokauden aikana ja se, että potilas oli tullut osastolle ennen klo 21.00. Emme ottaneen mukaan potilaita, jotka olivat tulleet osastolle klo 21.00–24.00 välisenä aikana. Katsoimme, että näissä tapauksissa kirjaukset olisivat olleet liian vähäiset. Perusjoukoksi muodostui näin 446 potilaskertomusta, josta poimittiin joka toinen. Lopul-

linen otoskoko oli 224 potilaskertomusta. Jokaisen osaston kohdalla arvottiin, aloitettiin vaihtamalla ensimmäisestä vaihtamalla potilaasta ja tämän jälkeen valittiin joka toinen.

Tutkimusvuorokaudeksi valittiin yksi tammikuun 2019 vuorokausi klo 0:00 – 24:00. Useimmilla osastoilla toimintaa on myös viikonloppuisin, mutta valitsimme arkipäivän. Tarvitsimme käyttöömmemme myös edeltävältä hoitovuorokaudelta tutkimusvuorokauttamme koskevat yövuoron kirjatut. Aineisto kerättiin ESKO:n hoitosuunnitelman päiväsuunnitelmista, erikoisalalehdiltä, weblab-laboratoriotietojärjestelmästä, Antti- sähköisestä anestesiakertomuksesta, lääkehoito - sivulta ja fysiologisista mittauksista. Eniten tietoa kerättiin päiväsuunnitelmiin kirjatusta avoimesta tekstistä.

Tutkimuksen tekijät keräsivät tiedot potilaskertomuksista käyttäen Kivun arvioinnin ja -hoidon kirjaamiskysely -mittaria, jonka ovat laatineet Tarja Pölkki, TtT, dosentti, kliinisen hoitotieteen asiantuntija ja Anna-Kaija Palomaa, TtM, sairaanhoitaja, Oys (Liite 2). Keräsimme aineiston paperilomakkeille. Muokkasimme mittaria jonkin verran soveltumaan aikuispotilaille (Liite 3). Muokkaukset hyväksyttiin mittarin toisella laatijalla, Tarja Pökillä. Mittari perustuu Kivun käypä hoito -suositukseen ja aiempaan tutkimustietoon kivun arvioinnista ja hoidosta sekä asiantuntijoiden arviointiin. Asiantuntijoina on toiminut kaksi tutkijaa ja lasten ja naisten tulosalueen kipuyhdyshenkilöt. (Pölkki, sähköpostiviesti 20.2.2019.)

4.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Hoitotieteessä yleisimmin käytetty tilasto-ohjelmisto on Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128). Analysoimme keräämämme aineiston SPSS-ohjelmaa käyttäen. Tilastollisten menetelmien käyttö perustuu tutkimusongelmiin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Tutkimus voi olla esimerkiksi ennustava, selittävä, kuvaileva tai muuttujien välisiä yhteyksiä kuvaava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128.)

Tutkimuksemme oli kuvaileva ja selittävä ja käytimme tilastomenetelmiä, joiden avulla voidaan selittää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Yleensä aineistoa kuvaillaan prosentiosuuksina ja frekvensseinä, mikä tarkoittaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 132). Keräsimme tietoa siitä, monessako potilaskertomuksessa oli kirjaus tutkittavasta kohteesta, esim. kipumittarin käytöstä kivun arvioinnissa. Tästä poik-

keuksena avoin kysymys ”Muu arvio kivusta, mikä?”, jossa huomioitiin myös kirjausten määrät. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja khiin neliötestin avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 143). Tarkasteltiin esimerkiksi, oliko taustatekijöillä kuten sukupuolella yhteyttä kivun arviointiin.

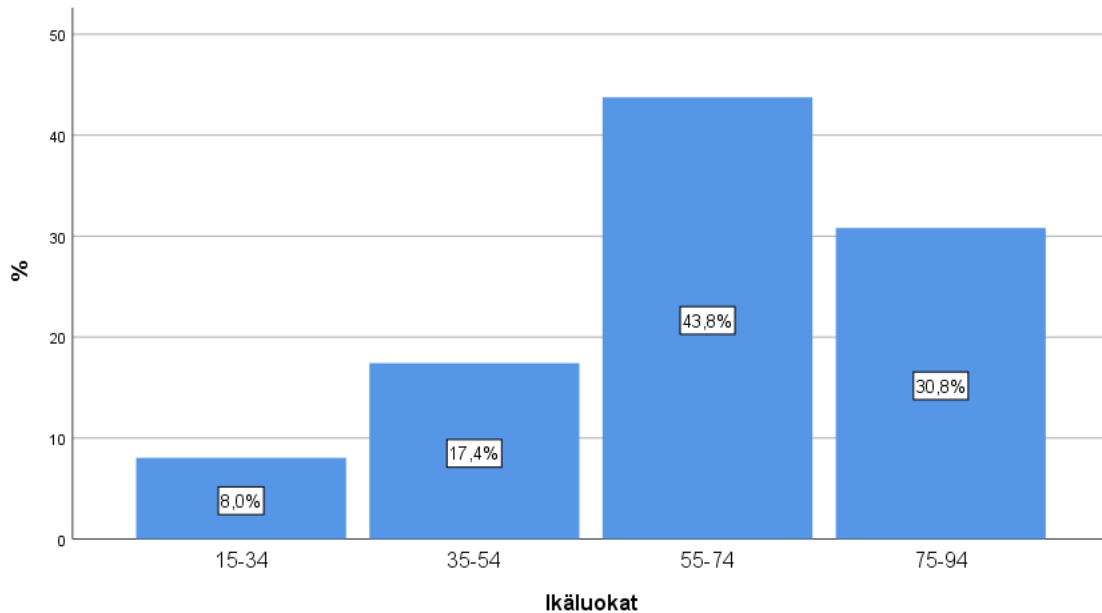
5 TUTKIMUSTULOKSET

Tarkastelemme tässä kappaleessa tutkimustuloksia suhteessa tutkimuskysymyksiin. Käyttämämme mittari tuotti paljon tietoa, josta olemme valinneet tutkimuskysymyksiä kannalta keskeisimmät.

5.1 Taustatiedot

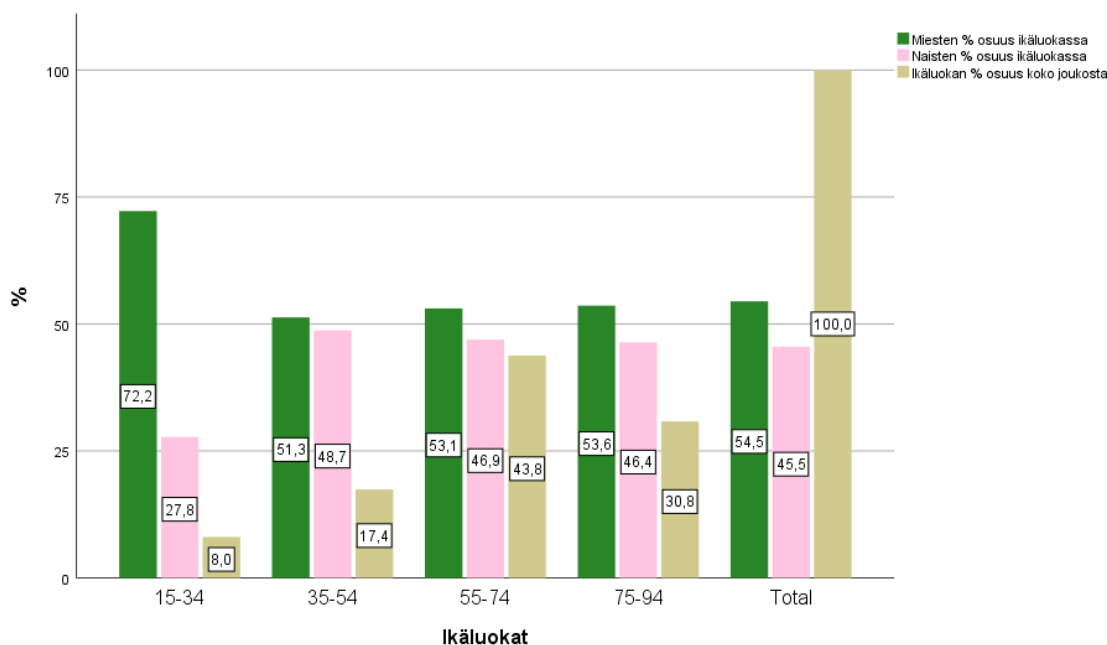
Taustatietoina keräsimme jokaisesta potilaskertomuksesta potilasta hoitavan yksikön ja sen potilasmäärän tiedonkeruun hetkellä, potilaan sukupuolen ja iän sekä hoitoajan kyseisessä yksikössä tutkimusvuorokauden loppuun mennessä.

Tutkituista potilaskertomuksista 54,5 % (122) koski miehiä ja 45,5 % (102) naisia. Iät vaihtelivat 18–94 vuoden välillä. Alla olevassa kuviossa 1 on nähtävissä tutkimusaineiston ikäluokat.



Kuvio 1. Ikäluokat ja osuudet prosentteina (N=224)

Tutkimusjoukko painottui työikäisten ja ikääntyvien potilaskertomuksiin. Alle 35-vuotiaitten potilaskertomuksia oli vähemmän, 8 % aineistosta. Alla olevassa kuviossa 2 on esitetty sukupuolten välinen jakauma ikäluokissa.



Kuvio 2. Sukupuolten % osuus ikäryhmissä ja ikäryhmän % osuus koko joukosta (N=224)

Ikäluokkien sisällä sukupuolijakauma pysyi varsin tasaisena. Kuitenkin 15–34-vuotiaiden ryhmässä miesten määrä oli suhteessa suurempi verrattuna naisiin. Tämä voisi selittyä esimerkiksi nuorten miesten suuremmalla määrällä onnettomuustilastoissa. Esimerkiksi nuoria (15–24-vuotiaita) on väestöstä vain 12 %, mutta lähes joka kolmas tieliikenteessä vahingoittunut on nuori. Erityisesti nuorten miesten riski kuolla tai vammautua liikenteessä on muita ikäryhmiä suurempi. (Liikenneturva 2020.)

Potilaiden hoitoajat yksiköissä ennen tutkimusvuorokautta vaihtelivat paljon. Osalle tutkimusvuorokausi oli tulopäivä, osalla lähtöpäivä. Joillakin oli takana viikkojen mittainen jakso, osalla päivän käynti. Osa oli myös vaihtanut osastoa hoitajaksonsa aikana. Lyhyin hoitajakso oli 3 h ja 15 min, pisin 77 vrk. Keskiarvoksi muodostui 5 vrk, 11 h ja 27 min ja mediaaniksi 3 vrk. Mediaani oli tässä tapauksessa lähempänä todellisuutta hoitajaksojen pituudesta, koska usean kuukauden hoitajakset ovat sairaalassa harvinaisempia, mutta nostavat keskiarvoa.

Tutkimukseen osallistui operatiiviselta tulosalueelta 8 osastoa, medisiiniseltä 5 osastoa ja psykiatralta 1 osasto. Alla olevassa taulukossa 1 näkyvät tutkittujen potilaskertomusten lukumäärät (n) ja %-osuudet tulosalueittain.

Taulukko 1. Tutkitut potilaskertomukset tulosalueittain

Tulosalue	Potilaskertomuksia (n)	Potilaskertomuksia %
Operatiivinen	126	56,3
Medisiininen	91	40,6
Psykiatria	7	3,1
Yhteensä	224	100

Medisiinisen tulosalueen potilaskertomusten määrä jäi hieman operatiivista vähäisemmäksi. Psykiatrisen tulosalueen otos jäi pieneksi. Valitsimme mukaan osaston, jossa ennakkotietojemme mukaan oli hoidossa potilaita, joilla oli esim. pitkittynyttä kipua. Osoittautui, että kirjaamistyyli oli psykiatrisella erilainen verrattuna operatiiviseen ja medisiiniseen tulosalueeseen ja potilaskertomuksia, joissa oli perustettu hoitosuunnitelma ja päiväsuunnitelma, oli vähän. Kun niistä poimittiin joka toinen, otos jäi pieneksi.

5.2 Kivulle altistavat tekijät

Keräsimme tietoa kivulle altistavista tekijöistä, joita olivat diagnosoitu perussairaus, sairauden/oireen hoito ja kipua aiheuttaneet toimenpiteet tutkimusvuorokauden aikana.

Tutkituista potilaskertomuksista kävi ilmi runsaasti erilaisia perussairauksia. Taulukkoon 2 olemme keränneet 4 suurinta diagnoosiryhmää. Mittarimme diagnoosiryhmittely kokonaisuudessaan on luettavissa liitteessä 3, kohdassa 7.

Taulukko 2. Potilaskertomuksiin kirjatut diagnosoidut perussairaudet

Diagnosoidut perussairaudet	Potilaskertomukset, joissa kirjaus kyseisestä sairaudesta		Potilaskertomukset (N)
	(n)	%	
Sydän- ja verisuonisairaudet	92	41,1	224
Infektio	79	35,5	224
Syöpä	69	30,8	224
Diabetes	64	28,6	224
Dg. perussairaus, muu, mikä?	116	51,8	224

Sydän- ja verisuonisairauksia oli eniten, 41,1 % potilaskertomuksista. Emme merkinneet tätä kohtaa, jos potilaalla oli vain verenpainetauti. Verenpainetauti on hyvin yleinen sairaus eikä sinällään ole kivulias. Huomioimme, jos kyseessä oli esim. alaraaja ASO, sepelvaltimotauti, läppävika tai muu sydänsairaus. Infektioita oli myös runsaasti, 35,5 %:ssa potilaskertomuksessa. Syöpä 30,8 % ja diabetes 28,6 % olivat myös yleisiä diagnooseja. Suureksi ryhmäksi tässä kohtaa muodostui myös avoin luokka, johon koottiin diagnooseja, jotka eivät sopineet muihin luokkiin. 116 potilaskertomuksessa oli merkintä tässä luokassa. Yhdessä potilaskertomuksessa saattoi olla useita diagnooseja ja lisäksi merkintä avoimeen luokkaan. Avoimessa luokassa suurimpina ryhminä näyttäytyivät erilaiset murtumat, munuaissairaudet sekä muistisairaudet.

Keräsimme tietoa myös sairauden/oireen vuodeosastohoitoon liittyvistä syistä. Näitä olivat mittarissa leikkauksen jälkeinen hoito, tehohoito, pitkä vuodelepo, sytostaatti- ja/tai sädehoito, saattovaiheen hoito tai palliatiivinen hoito, leikkauksen odottaminen ja muu, mikä? kohta. Lisäsimme mittariin tähän kohtaan "sairauden hoito/tutkimus tai - arviointijakso"-kohdan. Tämä siksi, että mittari ei huomionnut riittävästi potilaita, jotka tulivat esim. akuutisti jonkin oireen selvittelyyn. Alla olevasta taulukosta 3 käy ilmi minkälaisista syistä tutkimusjoukkoon kuuluvat henkilöt olivat hoidossa tutkimusvuorokautena.

Taulukko 3 Potilaskertomuksiin kirjatut sairaalahoidon syyt

Sairalahoidon syyt	Potilaskertomukset, joissa kirjaus kyseisestä sairaalahoidon syystä		Potilaskertomukset (N)
	(n)	%	
Sairauden hoito / tutkimus- tai arviointijakso	116	51,8	224
Leikkauksen jälkeinen hoito	103	46	224
Odottaa leikkausta	25	11,2	224
Saattovaiheen hoito / Palliativinen hoito	15	6,7	224
Sytostaatti- ja/tai sädehoito	12	5,4	224
Tehohoito	8	3,6	224
Pitkä vuodelepo	5	2,2	224
Muu, mikä?	9	4,0	224

Osalla potilaista saattoi olla merkintöjä useammassa luokassa. Sairauden hoito / tutkimus- tai arviointijakso oli kyseessä 51,8 %:ssa potilaskertomuksista. Leikkauksen jälkeistä hoitoa koski 46 % tutkituista potilaskertomuksista. Leikkausta odotti 11,2 % tutkituista. Muissa luokissa oli vähemmän merkintöjä. Pitkän vuodelevon määrittelimme niin, että jos potilaskertomuksesta pystyi päättämään, että potilas oli ollut pelkästään vuoteeseen hoidettavana viikon ajan tai pidempään, merkintä tuli tähän luokkaan. Tehohoito kohtaan huomioitiin ne, jotka siirtyivät tehosastolta tutkimusvuorokauden aikana hoitamaan yksikköön.

Lisäksi keräsimme tietoa kipua aiheuttaneista toimenpiteistä, joita oli tehty tiedonkeruun vuorokautena. Kts. taulukko 4.

Taulukko 4. Kipua aiheuttaneet toimenpiteet

Kipua aiheuttaneet toimenpiteet	Potilaskertomukset, joissa oli kirjaus toimenpiteestä		Potilaskertomukset (N)
	(n)	%	
Kirurginen toimenpide	22	9,8	224
Verinäytteen otto	160	71,4	224
Iv - tai arteriakanyylin laitto	44	19,6	224
Injektiot	115	51,3	224
Hengitysteiden imeminen	1	0,4	224
Haavanhoito	37	16,5	224
Puudutusten laittaminen	18	8	224
Katetrien tai dreenien laitto	5	2,2	224
Intubointi	11	4,9	224
Muu, mikä?	28	12,5	224

Pistokset olivat yleisin kipua aiheuttanut toimenpide, samoin kanylointeja oli runsaasti. Muu, mikä osioon tuli 28 merkintää. Näiden sisältönä oli erilaisia toimenpiteitä, joihin usein liittyi enemmän tai vähemmän kipua. Mittarimme huomioi esim. katetrien tai dreenien laiton, mutta niitä myös poistettiin runsaasti tutkimusvuorokauden aikana ja nämä merkinnät tulivat muu, mikä- kohtaan. Kirjauksissa ei yleensä mainittu kipua toimenpiteiden yhteydessä.

5.3 Kivun arviointi potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella

Tutkimme, miten potilaskertomuksissa oli kirjattu kivun kesto, tyyppi, sijainti ja voimakkuus tutkimusvuorokauden aikana. Kirjaus kivun voimakkuudesta ja kivun sijainnista löytyivät useimmin, kuten alla olevassa taulukossa 5. esitetään. Kirjaus -merkintään riitti, jos esim. sijainti oli mainittu kerran. Emme laskeneet kirjausten lukumääriä yksittäisten hoitosuunnitelmien sisällä, vaan esiintykö kyseisen kivun arvioinnin osa-alueen kirjaus tutkittavassa potilaskertomuksessa.

Taulukko 5. Kivun arvioinnin osa-alueiden kirjaukset potilaskertomuksissa (N=224)

Kivun arvioinnin osa-alueet	Potilaskertomus sisälsi kirjauksen		Potilaskertomukset (N)
	(n)	%	
Kivun kesto	11	4,9	224
Kivun tyyppi	17	7,6	224
Kivun sijainti	117	52,2	224
Kivun voimakkuus	127	56,7	224
Ei löydy kirjausta	63	28,1	224
Kaikki osa-alueet	3	1,3	224

Kivun voimakkuus kirjaus löytyi 56,7 %:ssa ja sijainti 52,2 %:ssa potilaskertomuksista. Tyyppi oli mainittu 7,6 %:ssa ja kesto 4,9 %:ssa potilaskertomuksessa. 28,1 % tutkituista potilaskertomus teksteistä ei sisältänyt mitään kivun, keston, tyyppiin, sijaintiin tai voimakkuuteen liittyvää kirjausta. Kolmessa potilaskertomuksessa oli mainittu kaikki osa-alueet.

Kivun arvioinnin osa-alueiden kirjauksissa oli jonkin verran eroa tulosalueittain. Vertailimme kivun eri osa-alueiden kirjauksia potilaskertomuksissa operatiivisella, medisiinisellä ja psykiatrian tulosalueella (kts. taulukko 6).

Taulukko 6. Potilaskertomus (pk), jossa oli kirjaus kivun arvioinnin osa-alueesta tulosalueittain

Tulosalueet	Pk, jossa kivun kesto kirjaus		Pk, jossa kivun tyyppi kirjaus		Pk, jossa kivun sijainti kirjaus		Pk, jossa kivun voimakkuus kirjaus		Pk, jossa ei kirjausta kivun osa-alueesta		Pk määrä tulosalueittain N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Operatiivinen	(4)	3,2	(11)	8,7	(72)	57,1	(82)	65,1	(25)	
Medisiininen	(6)	6,6	(6)	6,6	(44)	48,4	(44)	48,4	(34)	37,4	91
Psykiatrinen	(1)	14,3	(0)	0,0	(1)	14,3	(1)	14,3	(4)	57,1	7

Tulosalueita vertailtaessa operatiivisella tulosalueella oli 8,7 % enemmän potilaskertomuksia, joissa oli kivun sijaintiin ja 16,7 % enemmän potilaskertomuksia, joissa oli voimakkuuteen liittyviä kirjauksia verrattuna medisiiniseen tulosalueeseen. Potilaskertomuksia, joissa oli kivun keston ja tyyppin kirjauksia oli molemmilla tulosalueilla vähän, alle 10 %. Medisiinisellä tulosalueella oli operatiiviseen tulosalueeseen verrattuna 17,6 % enemmän potilaskertomuksia, joissa ei löytynyt lainkaan kirjauksia kivun arvioinnin osa-alueista. Psykiatrialla 57,1 % potilaskertomuksista ei sisältänyt kirjausta kivun osa-alueiden arvioinnista. Niiden potilaskertomusten määrällä, joissa ei ollut lainkaan kivun osa-alueisiin liittyviä kirjauksia, oli tilastollisesti merkittävä yhteys tulosalueeseen ($p=0.004$). Erot tulosalueiden välillä saattavat selittyä niiden luonteen vuoksi. Operatiivisella tulosalueella hoidetaan paljon akuuttia leikkauksen jälkeistä kipua, joka voi selittää eroa kirjausten määrässä. Psykiatrialla kirjaaminen painottuu eri tavalla. Psykiatrian osuus koko aineistosta oli pieni, joten tulokset ovat suuntaa antavia.

Taulukossa 7 kuvataan, miten potilaskertomuksissa oli kirjattu kivun kestoja, tyyppiä, sijaintia ja voimakkuutta saattovaiheen hoitoa tai palliatiivista hoitoa saaneilta ($n=15$) ja sytostaatti- ja/tai sädehoidossa ($n=12$) olleilta. Näitä tuloksia vertailtiin kaikkiin potilaskertomuksiin ($N=224$).

Taulukko 7. Saatto- tai palliatiivisessa hoidossa olevien sekä sytostaatti- ja/tai sädehoidossa olevien potilaskertomukset, joissa oli kirjaus kivun arvioinnin osa-alueesta verrattuna kaikkiin potilaskertomuksiin ($N=224$)

Kivun arvioinnin osa-alueet	Saattohoi- dossa tai palliatiivises- sa hoidossa olleiden pk:t, jossa kirjaus		Saatto- tai palliatiivises- sa hoidossa olleiden pk:t		Sytostaatti ja/tai säde- hoidossa olleiden pk:t, jossa kirjaus		Sytostaatti ja/tai sä- dehoidos- sa ollei- den pk:t		Koko aineiston pk:t, joissa kirjaus kivun arvioinnin osa- alueista		Poti- lasker- to- muk- set N=224
	(n)	%	(n=15)	(n)	%	(n=12)	(n)	%			
Kesto	(3)	20	(15)	(2)	16,7	(12)	(11)	4,9	(224)		
Tyyppi	(2)	13,3	(15)	(0)	0,0	(12)	(17)	7,6	(224)		
Sijainti	(7)	46,7	(15)	(4)	33,3	(12)	(117)	52,2	(224)		
Voimak- kuus	(10)	66,7	(15)	(4)	41,7	(12)	(127)	56,7	(224)		

Koko aineistossa oli varsin vähän potilaskertomuksia, joissa oli merkintä kivun kestosta. Kivun kestoa on arvioitu kirjausten mukaan suhteessa enemmän saattohoidossa tai palliatiivisessa hoidossa olevien potilaskertomuksissa (20 %) ja sytostaatti ja/tai sädehoidossa olleiden potilaskertomuksissa (16,7 %), kun verrataan koko aineistoon (4,9 %). Potilaskertomuksia, joissa oli merkintä kivun tyyppistä, oli vähän. Kivun tyyppiä oli arvioitu kirjausten perusteella enemmän saattohoidossa tai palliatiivisessa hoidossa olleilta (13,3 %) verrattuna koko aineistoon (7,6 %). Sytostaatti ja/tai sädehoidossa olleiden potilaskertomuksista ei löytynyt yhtään merkintää kivun tyyppistä. Kivun sijaintia on arvioitu näissä potilasryhmissä hieman vähemmän kuin koko aineistossa. Voimakkuutta taas on arvioitu saattohoito tai palliatiivisessa hoidossa olleiden potilaskertomuksissa 10 % enemmän kuin koko aineistossa. Sytostaatti- ja/tai sädehoidossa olleilla kivun voimakkuutta oli arvioitu 15 % vähemmän kuin koko aineistossa. Kokonaisuudessaan saattohoito tai palliatiivisessa hoidossa olevien potilaskertomuksiin oli kirjattu kivun osa-alueiden arviointia paremmin verrattuna koko aineistoon, lukuun ottamatta sijaintia, joka jäi hieman heikommaksi. Kuitenkin saattohoidossa tai palliatiivisessa hoidossa olleiden joukossa on 26,7 % ja sytostaatti ja/tai sädehoidossa olleiden joukossa 41,7 % potilaskertomusta, jossa ei ole kirjattu mitään näistä kivun osa-alueista tutkimusvuorokauden aikana. Sytostaatti ja/tai sädehoidettujen potilaskertomuksissa kivun osa-alueiden kirjaaminen oli muutoinkin jonkin verran heikompaa verrattuna koko aineistoon, lukuun ottamatta kivun kestoa. Tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä ei löytynyt kivun osa-alueiden kirjausten ja saattohoidossa tai palliatiivisessa hoidossa olevien ja sytostaatti ja/tai sädehoidossa olevien välillä.

Tutkimme myös kivun arvioinnin osa-alueiden kirjauksia leikkauksen jälkeen hoidossa olleilta. Näitä potilaskertomuksia oli aineistosta 46 % (n=103). Taulukossa 8 on vertailu kivun arvioinnin osa-alueita leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleilta ja verrattu niitä koko aineistoon.

Taulukko 8. Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden potilaskertomukset, joissa oli kirjaus kivun arvioinnin osa-alueesta verrattuna kaikkiin potilaskertomuksiin (N=224)

Kivun arvioinnin osa-alueet	Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden pk, joissa kirjaus kivun arvioinnin osa-alueesta		Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden pk n = 103	Pk, joissa merkintä kivun arvioinnin osa-alueesta		Potilaskertomukset N=224
	(n)	%		(n)	%	
Kivun kesto	(5)	4,9	103	(11)	4,9	224
Kivun tyyppi	(10)	9,7	103	(17)	7,6	224
Kivun sijainti	(61)	59,2	103	(117)	52,2	224
Kivun voimakkuus	(71)	68,9	103	(127)	56,7	224
Ei löydy merkintää	(19)	18,4	103	(63)	28,1	224

Kivun keston ja tyyppien osalta kirjaukset noudattivat samaa linjaa muun aineiston kanssa, kun tarkasteltiin leikkauksen jälkeistä hoitoa suhteessa koko aineistoon. Kivun sijaintia oli kirjattu hieman paremmin. Potilaskertomuksia, joissa oli kirjaus kivun voimakkuudesta, oli kuitenkin selvästi enemmän ja tulos oli tilastollisesti merkittävä. Kivun voimakkuuden kirjaamisen ja leikkauksen jälkeisen hoidon välillä oli tilastollisesti merkittävä yhteys, ($p = 0.001$). Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olevien potilaskertomuksissa oli muuhun aineistoon verrattuna vähemmän sellaisia, joissa ei ollut mitään merkintöjä kivun osa-alueiden arvioinnista. Näitä oli vain 18.4 %. Tässäkin muuttujien välillä oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p = 0,003$).

Tutkimme, monessako potilaskertomuksessa oli kirjaus VAS- mittarin käytöstä. Vertailimme leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden ja ei leikkaushoidettujen potilaskertomuksia. Laskimme monessako leikkaushoidetun ja ei leikkaushoidetun potilaskertomuksessa oli kirjaus VAS-mittarin käytöstä ja vertasimme tulosta kaikkiin potilaskertomuksiin (taulukko 9).

Taulukko 9. Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden ja ei leikkaushoidettujen potilaskertomukset, joissa oli kirjaus VAS-mittarin käytöstä, verrattuna kaikkiin potilaskertomuksiin (N=224)

Luokitellut potilaskertomukset	Potilaskertomukset, joissa oli kirjaus VAS-mittarin käytöstä		Potilaskertomukset N
	n	%	
Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleet	16	15,5	103
Ei leikkaushoidossa olleet	5	4,1	121
Koko aineisto	21	9,4	224

Leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleilla VAS-mittarin käyttö oli selvästi yleisempää kuin muussa aineistossa. Näistä VAS-mittaria oli käytetty 15,5 %:ssa potilaskertomuksia. Ei leikkaushoidossa olleilla VAS-mittaria oli käytetty 4,1 %:ssa potilaskertomuksia ja koko aineistossa 9,4 %:ssa potilaskertomuksia. Leikkauksen jälkeisen hoidon ja VAS-mittarin käytön välillä oli tilastollisesti merkittävä yhteys. Leikkauksen jälkeen mittaria oli käytetty 11,4 % enemmän kuin ei leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleilla. Leikkauksen jälkeisen hoidon 16 VAS-merkintää sisältänyttä potilaskertomusta olivat 76,2 % kaikista VAS-merkinnän (n=21) sisältäneistä potilaskertomuksista.

Kivun osa-alueiden lisäksi keräsimme tietoa muusta mahdollisesta arviosta kivusta (Liite 3, kohta 11). Tähän kohtaan kerättiin tietoa, joka ei suoraan sopinut kivun arvioinnin osa-alueiden alle. Alla olevassa kuviossa 3. on nähtävillä, minkälaisia teemoja vastauksista nousi ja esimerkkejä kipuun liittyneistä arvioista, joita tähän kohtaan kerättiin.

Kivun hallintaan liittyvät ilmaisut:

- kipu hallinnassa
- kipu hallinnassa lääkkeillä
- kipu hallinnassa kepidillä
- kipu toistaiseksi hallinnassa
- kivut nyt hallinnassa
- kivut tullessa hallinnassa

Kipulääkitykseen liittyvät ilmaisut:

- bouksia saanut kipulääkettä
- kipuja oxynormilla hoidettu
- oxynormia kipuun
- kipu on, lääkitty
- kipu lääkitty

Kipua kuvailevia ilmaisuja:

- kipu provosoitunut
- kipuja jonkin verran
- pääkipu nyt parempana
- kipeä
- alkavaa kiputuntemusta

Kuka arvioi ? -ilmaisut:

- kipua ei tuo esille
- kipuja ei kerro olevan
- kipuja ei sano olevan
- Iltapäivällä ei sanonut olevan kipuja.

Avoin luokka -ilmaisut:

- hellittää vyötä kivun vuoksi
- Vointi hyvä, rintatuntemuksia tai hengenahdistusta ei ole pallolaajennuksen jälkeen ollut.
- Keskusteltun aikana puhe rönsyilee ja ja kääntyy toistuvasti fyysisiin vaikeuksiin ja jniistä koituiiin...

Arvio voinnista- ilmaisut:

- ei kivuliaan oloinen
- ei erityisen kipeältä vaikuta
- kivuliaan oloinen

Kuvio 3. Muu arvio kivusta, mikä?

Muu arvio kivusta, mikä? - kirjauksia oli 92 potilaskertomuksessa. Yhdessä potilaskertomuksessa saattoi olla yksi tai useampi muu arvio kivusta- kirjaus. Yhteensä kirjauksia oli 111. Yleisimmin kirjauksissa esiintynyt muu arvio kivusta oli ”kivut tai kipu hallinnassa” tai ”hallinnassa” -ilmaisu ja siihen liitetty tarkenne, kuten ”kipu hallinnassa lääkkeillä” ja näitä esiintyi 42 kirjauksessa. Seuraavaksi yleisin kirjaus liittyi lääkitykseen. Näitä olivat esimerkiksi ”oxynormia kipuun”- tyyppiset kirjaukset, joita oli tarkennettu myös sijainnilla, esim. ”oxynorm päänsärkyyn”. Näitä kirjauksia löytyi 30. Kolmanneksi eniten löytyi kirjauksia, jotka kuvailivat kipua; sen voimakkuutta tai esim. muutoksia kivussa. Näitä kirjauksia löytyi 19. Näitä olivat esimerkiksi ”kipu provosoitunut”, ”normi-

kipuja, ei hoidon tarvetta”, ”kipuja jonkin verran” ja ”kipeä”. Neljänneksi eniten oli kirjauksia, jotka kertoivat, ettei kipuja ole, mutta ilmaisu jätti avoimeksi, oliko potilas kertonut vai oliko hoitaja tulkinut, että kipuja ei ole. Tällaisia olivat esim. ”kipuja ei tuo esille” ja ”kipuja ei kerro olevan” - kirjaukset. Näitä voidaan verrata esimerkiksi kirjaukseen: ”Potilas kertoo, ettei ole kipeä”. Näitä kirjauksia oli 13. Lisäksi oli 3 voinnin arvioon liittyvää kirjausta ja 4 avointa kirjausta, joita ei selkeästi voinut asettaa näihin luokkiin.

Potilaan sukupuolella ei ollut tilastollista merkitystä siihen, miten kivun arvioinnin osa-alueita oli kirjattu, vaikka pieniä eroja sukupuolten välillä oli, kuten alla olevassa taulukossa 10 on esitetty.

Taulukko 10. Sukupuolen yhteys kivun arvioinnin osa-alueiden kirjauksiin potilaskertomuksissa

Sukupuoli	Kivun kesto %	Kivun tyyppi %	Kivun sijainti %	Kivun voimakkuus %	Potilaskertomukset N
Miehet	4,1	7,4	50,0	60,7	122
Naiset	5,9	7,8	54,9	52,0	102
Koko aineisto	4,9	7,6	52,2	56,7	224

Miehiltä oli kirjattu potilaskertomukseen tutkimusvuorokauden aikana voimakkuutta hieman naisia enemmän; 60,7 % ja naisilla 52 %. Muutoin tulokset ovat hyvin lähellä toisiaan.

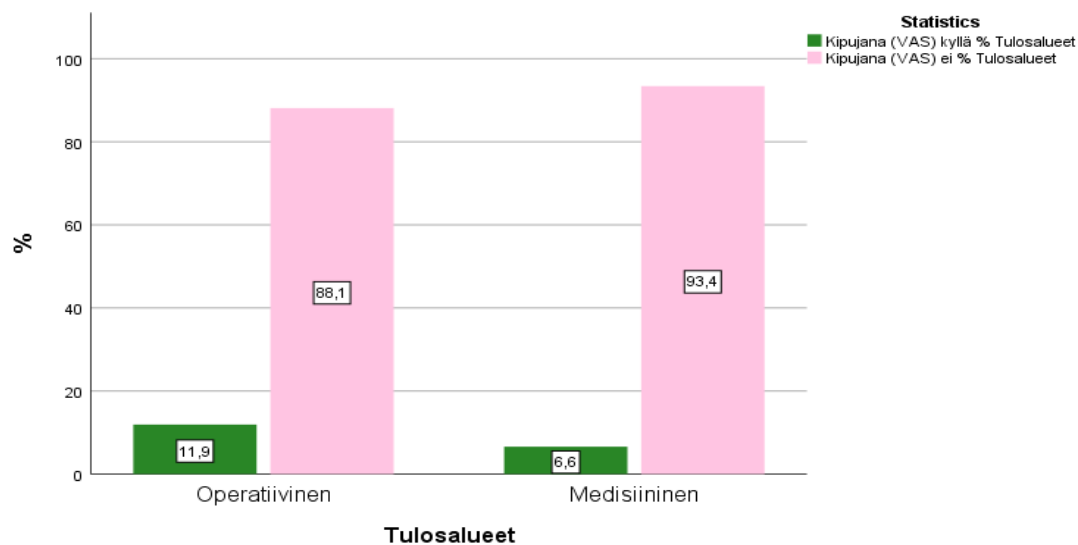
Taulukossa 11 on kerrottu, miten tutkimusvuorokauden aikana oli arvioitu kipua levossa ja liikkeessä potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella. Vertailimme kivun arviointia levossa ja liikkeessä eri tulosalueittain.

Taulukko 11. Kivun arviointi levossa ja liikkeessä tulosalueittain

Tulosalue	Potilaskertomukset, joissa kirjaus kivun arvioinnista levossa		Potilaskertomukset, joissa kirjaus kivun arvioinnista liikkeessä		Potilaskertomusten määrä tulosalueittain N
	n	%	n	%	
Operatiivinen	15	11,9	22	17,5	126
Medisiininen	10	11	7	7,7	91
Psykiatrinen	0	0	0	0	7
Yhteensä	25	11,2	29	12,9	224

Kivun arvioinnista levossa kirjauksia löytyi 11,2 % ja liikkeessä 12,9 % kaikista tutkituista potilaskertomuksista. Huomioimme vain kirjaukset, joista kävi ilmi, että arvio oli tehty levossa tai liikkeessä. Liikkeessä kirjauksia sisältäviä potilaskertomuksia on operatiivisella tulosalueella enemmän verrattuna medisiiniseen. Tämä voi selittyä tulosalueiden eri luonteisella työllä. Operatiivisella tulosalueella esim. tehdään lonkka- ja selkäleikkauksia, joiden yhteydessä löytyi liikkeessä tehtyjä arvioita.

PPSHP:ssä on käytössä useita kipumittareita, mutta tutkimusvuorokauden aikana kirjauksia oli vain VAS- mittarin käytöstä. Huomioimme VAS merkinnät potilaskertomuksen fysiologisista mitauksista ja hoitosuunnitelman päiväsuunnitelmasta sekä erikoisalalehdiltä, jos merkinnän pystyi yhdistämään tutkimusvuorokautteen. Emme huomioineet leikkaussalin tai heräämön VAS-merkintöjä, vaan merkinnät kerättiin aina siitä yksiköstä, jossa potilas oli hoidossa tutkimusvuorokauden aikana. 9,4 %:ssa potilaskertomuksista löytyi VAS merkintä. Vertailimme operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen VAS-merkintöjä (kts. kuvio 4). Psykiatrialla ei löytynyt VAS-merkintöjä.



Kuvio 4. VAS-mittarin käyttö operatiivisella ja medisiinisellä tulosalueella

Tulosalueiden välillä oli jonkin verran eroa VAS-mittarin käytössä ja samoin yksikköjen välillä oli eroja. Operatiivisella tulosalueella VAS-mittaria oli käytetty 11,9 %:ssa ja medisiinisellä 6,6 %:ssa potilaskertomuksista. VAS merkintöjen määrä oli kuitenkin kokonaisuudessa pieni ja erot eivät olleet tilastollisesti merkittäviä tulosalueiden välillä. Keräsimme myös tietoa, oliko kipumittari valittu yhdessä potilaan kanssa tai opetettu potilaalle mittarin käyttö. Yhtään tällaista kirjausta ei aineistostamme löytynyt.

Keräsimme tietoa siitä, näkyikö kirjauksissa potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta. Näitä kirjauksia löytyi 26,3 %: ssa (n=59) potilaskertomuksia. Kivun voimakkuuteen liittyvä merkintä saattoi olla joko VAS-merkintä, josta pystyi päättämään, että se oli potilaan antama arvio eikä hoitajan tekemä arvio kivun voimakkuudesta. Arvio saattoi olla myös sanallinen kuvaus kivun voimakkuudesta, josta pystyi päättämään, että se oli potilaan arvio, esimerkiksi: ”Potilaan mukaan ei kipua”. Lisäksi keräsimme tietoa omasta kokemuksesta kivusta. Näitä kirjauksia löytyi 49,1 %:ssa (n=110) potilaskertomuksia. Oma kokemus kivusta saattoi olla voimakkuuden lisäksi jokin muu kokemus kivusta, esim. ”Sanoo, että kipu siedettävää”. Lauseen rakenteesta tuli käydä ilmi, että potilas on ollut sanojana. Kysyimme myös, oliko potilaan läheisen arvio kivun voimakkuudesta kirjattu. Näitä kirjauksia löytyi koko aineistosta yksi.

Oli positiivista, että potilaan oma kokemus kivusta näkyi näin monessa potilaskertomuksessa. Vertailimme tulosalueittain, miten potilaan kokemuksta kivun voimakkuudesta ja oma kokemus kivusta oli kirjattu (kts. Taulukko 12).

Taulukko 12. Oma arvio kivun voimakkuudesta ja oma kokemus kivusta tulosalueittain sekä koko aineistossa

Tulosalueet	Pk:t, joissa kirjaus omasta arviosta kivun voimakkuudesta		Pk:t, joissa kirjaus omasta kokemuksesta kivusta		Potilaskertomusten määrä tulosalueittain N
	n	%	n	%	
Operatiivinen	37	29,4	62	49,2	126
Medisiininen	21	23,1	44	48,4	91
Psykiatrinen	1	14,3	4	57,1	7
Kaikki	59	26,3	110	49,1	224

Potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta oli kirjattu operatiivisen (29,4 %) ja medisiinisen (23,1 %) potilaskertomuksiin lähes samanveroisesti. Oma kokemus kivusta oli myös molemmissa kirjattu noin puoleen potilaskertomuksista. Prosentuaalisesti oma kokemus kivusta oli kirjattu parhaiten psykiatrisessa yksikössä. Kommunikoimaan kykenemättömiä potilaita oli kirjausten perusteella koko aineistossa vain 2.

5.4 Kivun hoitaminen potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella

Tutkimusvuorokauden aikana kipua oli hoidettu lääkkeellisesti 75 %:ssa potilaskertomuksia (pk) eli vain 25 % potilaskertomuksista ei sisältänyt kirjausta käytetystä kipulääkkeestä. Tutkimme, monessako potilaskertomuksessa kipua oli arvioitu ennen kipulääkkeen antamista ja kipulääkkeen antamisen jälkeen (kts. Taulukko 13).

Taulukko 13. Kivun arviointi ennen ja jälkeen kipulääkkeen antamisen

Arvioinnin toteutus	Pk sisälsi kirjauksen kivun arvioinnista ennen lääkkeen antoa		Pk sisälsi kirjauksen kivun arvioinnista lääkkeen annon jälkeen		Potilaskertomusten määrä N
	n	%	n	%	
Kipumittarilla	12	5,4	6	2,7	224
Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallisesti)	104	46,4	114	50,9	224
Potilas ei ole saanut kipulääkettä	56	25	56	25	224
Potilas on saanut kipulääkettä, mutta kivun arvioinnista ei löydy kirjausta	64	28,6	54	24,1	224

Tässä huomioimme kaikki kirjaukset, jotka voi ajallisesti tai kirjauksen sisällön perusteella yhdistää säännöllisien tai tarvittavien kipulääkkeiden antoon aamu- ilta- tai yövuorossa. Emme asettaneet aikarajaa lääkkeenannon ja kirjauksen välille. Tässä kohdassa oli monia ongelmia. Mittarimme ei eritellyt esimerkiksi, oliko kyseessä tarvittava vai säännöllinen kipulääke. Kipulääkkeen antotapoja on monia, suun kautta annettavien lääkkeiden lisäksi esim. laastarit tai epiduraalinen kivunhoito. Näin ollen jouduimme miettimään, mitkä kirjaukset tässä kohdassa huomioidaan. Mittarimme ei myöskään eritellyt, oliko kyseessä sama lääke, jota ennen tai jälkeen arvio tehtiin. Me huomioimme koko vuorokauden kirjaukset ja merkintä tutkimuslomakkeeseen tuli, jos ennen tai jälkeen jotain vuorokauden lääkkeenantoa oli tehty kirjaus. Kipumittarin käyttö oli vähäistä ennen tai jälkeen lääkkeenannon. Sanallista arviointia käytettiin paljon enemmän, noin puolessa potilaskertomuksia.

Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttö oli potilaskertomuksien sisältämien kirjausten perusteella hyvin vähäistä. Lääkkeettämiä kivunhoidon menetelmiä oli kirjattu käytetyn vain 5,4 %:ssa potilaskertomuksia (kts. Taulukko 14).

Taulukko 14. Lääkkeettömien menetelmien käyttö kivunhoidossa

Lääkkeettömien menetelmien käyttö ja sisältö	Potilaskertomukset, joissa kirjaus lääkkeettömän menetelmän käytöstä		Potilaskertomusten määrä
	n	%	N
Käytetty lääkkeetöntä menetelmää	12	5,4	224
Mielikuvien käyttö	1	0,4	224
Kylmä- tai lämpöhoidot	5	2,2	224
Asento- ja /tai liikehoito	1	0,4	224
Fysioterapia	4	1,8	224
Toimintaterapia	1	0,4	224
Muuta, mitä	2	0,9	224

Kartoitimme laajasti lääkkeettämiä kivunhoidon menetelmiä ja mittarissa oli lisäksi avoin kohta, johon menetelmän saattoi lisätä (kts. Liite 3). Lääkkeettömistä menetelmistä löytyi kirjauksia vain 12 potilaskertomuksesta, joka oli 5,4 % aineistosta. Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä käytetyin oli kylmä- tai lämpöhoito, joista oli kirjaus 5 potilaskertomuksessa. Lisäksi oli kirjauksia fysioterapiasta (4), toimintaterapiasta (1), mielikuvien käytöstä (1) sekä asento- ja liikehoidosta (1). Lisäksi oli kaksi merkintää muu, mikä? – kohdassa. Kirjauksia esimerkiksi asentohoidosta sekä fysio- ja toimintaterapiasta löytyi enemmän, mutta huomioimme vain kirjaukset, joissa mainittiin kipu ja ne voitiin yhdistää tutkimusvuorokauteen. Osalla osastoista terapeutit kirjaavat erikoisalalehdille eikä niissä ole eritelty mitä päivää kirjaus koskee, vaan käsitelty esim. koko hoitotai arviojakson sisältöä. Näitä emme tässä tutkimuksessa huomioineet.

Tutkimme, arvioitiinko kipua potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella lääkkeettömän kivunhoidon yhteydessä (kts. Taulukko 15).

Taulukko 15. Kivun arviointi ennen ja jälkeen lääkkeettömän menetelmän käytön

Arvioinnin toteutus	Potilaskertomus sisälsi kirjauksen arvioinnista ennen lääkkeettömän menetelmän käyttöä		Potilaskertomus sisälsi merkinnän arvioinnista lääkkeettömän menetelmän käytön jälkeen		Potilaskertomusten määrä N
	n	%	n	%	
Kipumittarilla	1	0,4	2	0,9	224
Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallisesti)	9	4,0	6	2,7	224
Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta	2	0,9	4	1,8	224

Kivun arvioinnissa ennen ja jälkeen lääkkeettömän kivunhoidon oli sanallinen arviointi yleisempää verrattuna validoidun mittarin käyttöön. Lääkkeettömän kivunhoidon käyttö oli erittäin vähäistä, mutta sitä käytettäessä sen vaikutusta oli arvioitu verrattain useasti kirjausten perusteella. Kirjauksen lääkkeettömän kivunhoidon käytöstä sisältäneistä potilaskertomuksista 75 % sisälsi sanallisen arvion kivusta ennen ja 50 % jälkeen lääkkeetöntä kivunhoitoa.

5.5 Kipuun liittyvä potilasohjaus potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella

Tutkimme, miten potilaskertomuksiin oli kirjattu potilaiden ja läheisten ohjausta liittyen kivunhoitoon. Tutkimme, olivatko potilaat saaneet ohjausta kivun syistä, kivun arvioinnista, kipulääkityksen haittavaikutuksista, kivunhoidon merkityksestä, kivun lääkityksestä, lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja oman aktiivisuuden merkityksestä kivunhoidossa tai potilas ei kykene kommunikoidaan. Mukana oli myös avoin kysymys; Potilas on saanut kivunhoidon ohjauksesta muuta tietoa, mitä? Alla olevaan taulukkoon 16 on koottu, minkälaista potilasohjausta kirjausten perusteella on annettu.

Taulukko 16. Kipuun liittyvä potilasohjaus

Potilasohjauksen sisältö	Potilaskertomus sisälsi potilasohjaukseen liittyvän kirjauksen		Potilaskertomusten määrä
	n	%	N
Ohjaus kivun syistä	1	0,4	224
Kivun lääkehoidosta	14	6,3	224
Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä	2	0,9	224
Kivunhoidon ohjauksesta muuta tietoa, mitä?	9	4,0	224

Kipuun liittyvästä potilasohjauksesta löytyi merkintä 9,8 %:ssa potilaskertomuksia (n=22). Eniten oli lääkehoidon ohjaukseen liittyviä kirjauksia, joita oli 14 potilaskertomuksessa. Lisäksi oli annettu ohjausta kivun syistä yhdessä potilaskertomuksessa ja lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä kahdessa potilaskertomuksessa. Lisäksi oli avoin kysymys, jossa oli kirjaus 9 potilaskertomuksessa. Muuta tietoa mitä- kohdan kirjaukset käsittelivät esimerkiksi liikkumisen ohjausta ja harjoittelun soveltamista niin, että kipu ei pahene. Tässä kohden oli esim. fysioterapeuttien kirjauksia kivun huomioimisesta liikkumisen yhteydessä. Mainintoja oli myös kiputiimin käymisestä, mutta tarkempaa tietoa käyntien sisällöistä ei kirjauksista löytynyt. Ohjausta annetaan sairaaloissa jatkuvasti monessa muodossa, mutta kirjaamisessa se ei näkynyt.

Omaisten kohdalla kysymykset olivat samat, mutta mukana oli kohdat läheisen ohjaus osallistumisesta kivunhoitoon sekä ohjaus liittyen potilaan aktiivisuuden merkitykseen kivunhoidossa. (Liite 3, kohdat 24 ja 25.) Läheisten ohjaamisesta löytyi koko aineistosta vain yksi kirjaus, joka koski läheisen osallistumista kivunhoitoon.

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

6.1 Kivun arvioinnin kirjaamisen tulosten tarkastelua

Potilaan oma kokemus on kivun arvioinnin ja kivun hoitotyön lähtökohta (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö; Hoitotyön suositus 2013, 5). Tutkimuksessamme näkyi potilaan oma kokemus kivusta noin puolessa potilaskertomuksista, mikä oli positiivinen tulos. Oma kokemus kivun voimakkuudesta tuli ilmi 26,3 %:sta potilaskertomuksista. Voimakkuuteen liittyviä kirjauksia kivusta sisälsi 56,7 % potilaskertomuksista. Eli 30,4 %:sta kivun voimakkuuteen liittyvästä kirjauksesta ei pystynyt päätelemään, oliko kyseessä potilaan oma arvio vai hoitajan tekemä tulkinta. Samansuuntaisen havainnon on tehnyt Heikkilä ym. (2019, 1565) tutkiessaan sydänleikattujen potilaiden kipuprosessia. Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että kirjauksista ei useinkaan käynyt yksiselitteisesti ilmi, oliko kuvaus potilaan kertomaa vai hoitajan tekemä tulkintaa. Myös Tiusanen, Junttila, Leinonen & Salanterä (2009, 278) ovat havainneet tutkimuksessaan potilaan omakohtaisen kokemuksen kirjaamisen olevan vähäistä.

Heikkilän (2017, 86) leikkauksen jälkeistä kivun kirjaamista käsitelleessä kirjallisuuskatsauksessa tuli esille muun muassa se, että kirjaaminen oli tehtäväkeskeistä, ei potilaslähtöistä. Tämä tuli esille myös omassa tutkimuksessamme. Kirjauksissa näkyy enemmän tehdyt toimenpiteet, esimerkiksi kirjaus lääkkeen annosta kipuun, esim. "Oxynorm 5 mg", eikä niinkään prosessin mukaista kirjaamista, jossa todettaisiin tarve, hoitotoimenpide ja sen vaikutukset.

Kivun arviointi on avaintekijä hyvässä kivun hoidossa. Jotta arviointi olisi luotettava, on syytä arvioida kipua käyttäen kivun arvioinnin välinettä, kuten VAS- tai NRS-mittaria. (Breivik, Borchgrevink, Allen, Rosseland, Romundstad, Breivik Hals, Kvarstein & Stubhaug 2008, 17.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa on käytössä useita kipuun liittyviä mittareita. Tutkimusvuorokauden aikana 9,4 %:sta (n=21) kaikista potilaskertomuksista (N=224) löytyi merkintä VAS-mittarin käytöstä. Muista mittareista ei löytynyt merkintöjä. Leikkauksen jälkeen hoidossa olevien potilaskertomuksissa (n=103) mittarin käyttö näkyi paremmin, mittarin käytöstä oli merkintä 15,4 %:ssa. Tutkimustuloksemme ovat ristiriidassa sairaalassamme KKYT hankkeen henkilökunnalle tekemän kyselyn vastauksiin verrattuna. Niissä 48 % vastaajista kertoi arvioivansa kipua mittarilla

joka työvuorossa ja kivun mittaamista koki 42,7 % kirjattavan melko hyvin (KKYT 2019, 56,62). Ristiriita kivun arvioinnin, hoidon ja kirjaamisen suhteen hoitotyöntekijöiden omien kokemusten ja kirjatun tiedon välillä näkyy myös Heikkilän (2017, 34–36) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa. Kipumittarin käyttö kirjausten perusteella kivun arvioinnissa on havaittu vähäiseksi myös muissa tuoreissa suomalaisissa tutkimuksissa. Röngän (2018, 35) ja myös Jokisen (2019, 39) pro gradu -tutkielmissa kipumittarin käytöstä merkintöjä löytyi vain vähän.

Aineistostamme ei löytynyt yhtään kirjausta, jossa olisi valittu kipumittari yhdessä potilaan kanssa tai ohjattu potilasta sen käyttöön. Grommi (2015, 40) tutki alaraajaohitettujen potilaiden kivun arvioinnin ja hoidon kirjaamista pro gradu -tutkielmassaan, jossa tutkittiin 100 potilaskertomusta. Tulokset olivat samanlaiset; mittarin valintaa tai ohjausta koskevia kirjauksia ei löytynyt.

Akuutin kivun arviointi levossa on tärkeää, jotta saadaan potilaan vointi mahdollisimman mukavaksi vuodelevon aikana ja elimistön stressitilaa lievitettyä. Liikkeessä arviointi on jopa tärkeämpää kuin levossa arviointi. Tämä sen vuoksi, että riittävä kivunlievitys liikkumisen ja esimerkiksi syvään hengittämisen ja yskimisen aikana vähentää komplikaatioiden riskiä leikkauksen jälkeen. Levossa ja liikkeessä arviointiin tulee käyttää validoitua mittaria esim. VAS tai NRS-mittaria. (Breivik ym. 2008, 17–19; Kontinen & Hamunen 2015, 1922.) Tutkimuksessamme pystyimme yhdistämään 11,2 % kirjauksista levossa tehtyyn arviointiin ja 11,9 % liikkeessä tehtyyn arviointiin. Tässä huomioimme mittarilla tehdyn arvioinnin ja muun esim. sanallisen arvioinnin. Samansuuntaisia tuloksia löytyy kivun kirjaamista tutkineista pro gradu- tutkimuksista. Grommin (2015, 45) aikuispotilaita koskeneessa tutkimuksessa kivun arvioinnista validoiduilla mittareilla levossa ja liikkeessä ei löytynyt käytännössä ollenkaan. Jokisen (2019, 22–23) lasten ja nuorten postoperatiivisen kivun kirjaamista käsitelleessä tutkimuksessa 12 %:lla tutkituista oli kirjattu kivun arviointi levossa ja liikkeessä.

Kivun kestoa (4,9 %) ja tyyppiä (7,6 %) koskevat kirjaukset olivat vähäisemmät kuin sijaintia (52,2 %) ja voimakkuutta (56,7 %) koskevat merkinnät. Grommin (2015, 24) tutkimuksessa kivun sijainnin merkintöjä löytyi alle kolmasosalla potilaista. Jokisen (2019, 20) tutkimuksessa sijainti löytyi noin neljänneksellä potilaista. Abdelrahimin, Majalin ja Bergdomin (2008, 73–81) laajassa jordanialaisessa kirjaamistutkimuksessa käsiteltiin 322 potilasasiakirjaa. Sijainti oli tyypillisin merkintä, joka löytyi 61 % potilasasiakirjoista. Tutkimukset olivat kirjaamistutkimuksia, mutta niiden välillä on keskinäisiä eroja esim. millä kriteereillä tietoja on kerätty, joten vertailu on suuntaa antavaa. Potilaan sukupuolella ei ollut tulostemme mukaan merkitystä kivun osa-alueiden kirjauksiin.

Jokisen tutkielmassa (2019, 37) oli tyttöjen sanallisesti arvioimaa kipua kirjattu enemmän poikiin verrattuna.

Kivun tyyppi- termillä voidaan tarkoittaa esim. kudolvauriokipua, hermolvauriokipua tai idiopaattista kipua. Kivun laatu -termiä käytetään Hotuksen aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitosuosituksessa (2013, 14) sekä uudessa FinCC 4.0 oppaassa (Kinnunen ym. 2019, 79). Laatu vastaa kysymykseen, millaista kipu on, esim. pistävää kipua. Huomioimme tässä kohden sekä laatuun että tyyppiin viittaavat ilmaisut, esim. säteilevää kipua, hermokipua, polttavaa kipua tyyppiset ilmaisut. Kivun kesto ja ajallisuus on huomioitu uudessa FinCC -oppaassa, jossa ajallisuus tarkoittaa esim. jatkuvaa tai ajoittaista kipua ja kestolla taas tarkoitetaan aikamäärää, esim. tunteja ja päiviä kestänyttä kipua. Tutkimuksessamme kivun kesto- termi sisältää nämä molemmat ulottuvuudet. Tutkimustietoa kivun kirjaamisesta löytyy, mutta se painottaa usein kivun voimakkuuden arviointia ja kivun hoidon menetelmiä. Kivun ulottuvuuksien, kuten keston ja tyyppin kirjaamisesta ei löytynyt tutkimuksia.

Tutkimuksen yksi mielenkiintoisimmista osioista oli ”Muu arvio kivusta, mikä” - kysymys, jonka lisäsimme kivun keston, tyyppin, sijainnin ja voimakkuuden jälkeen mittariimme. Tämä sen vuoksi, että huomasimme, että aineistossa oli paljon merkintöjä kivusta, jotka eivät sopineet mihinkään valmiiseen luokkaan. Yleisin ilmaus oli ”kivut tai kipu hallinnassa”. Tämä on siinä mielessä ongelmallinen ilmaisu, että se ei kerro, kenen hallinnassa kipu on? Onko se potilaan vai hoitajan hallinnassa ja miksi? Onko kipu hallinnassa lääkkeillä vai ilman? Kirjauksista oli usein vaikea päätellä, kenen tekemä arvio on. Onko kyseessä hoitajan tulkinta potilaan tilanteesta, vai kirjaako hoitaja potilaan kertomaa. (Vrt. Heikkilä ym, 2019, 1565.) Hoitokertomusten kieli on usein sähkösanomamaista ja fragmentoitunutta. Siitä on karsittu pois kaikki ylimääräinen ja teksti on informaatiotiheää. Toisaalta hoitokertomusten kieli on monitulkintaista, mikä vaikeuttaa tiedon löytämistä ja uudelleenkäyttöä sekä tekstien lukemista ja ymmärtämistä. (Simonen Fallieras 2019, 7, 92-93).

6.2 Kivunhoidon kirjaamisen tulosten tarkastelua

Kivunhoidon osalta tutkimme, miten kipua oli arvioitu ennen ja jälkeen lääkkeen antamisen, oliko käytetty lääkettämiä menetelmiä ja miten kipua oli arvioitu ennen ja jälkeen lääkettämiä

menetelmien käyttöä. Tutkimusjoukostamme (N=224) 75 %:lla oli käytetty lääkkeellistä hoitoa tutkimusvuorokauden aikana. Potilaskertomukseen ja lääkehoitoon tehtyjen merkintöjen perusteella lääkehoidon vastetta ei ole seurattu sääntöjen mukaisesti ja lääkkeen annon jälkeinen arviointi oli puutteellista. Saman suuntaisia tuloksia on myös saatu myös muissa tutkimuksissa. Rönkön (2018, 32) lasten kivunhoidon tutkimuksessa kipulääkkeen annon jälkeistä arviointia oli tehty kirjausten perusteella 15,9 %:n verran, meidän tutkimuksessamme arviointi löytyi 50,9 %:ssa potilaskertomuksessa lääkkeen annon jälkeen. Mittarimme ei erotellut tarvittavaa tai säännöllistä kipulääkitystä, joten huomioimme kaikki kipulääkkeen annot tutkimusvuorokauden aikana, eikä merkinnän ja lääkkeenannon välille asetettu aikarajaa, kuten esim. Grommin (2015, 26) tutkimuksessa, jossa huomioitiin, jos kipua oli arvioitu tunnin kuluessa lääkkeellisestä tai lääkkeettömästä kivunhoidosta. Tutkimuksessamme aikarajan asettaminen oli mahdotonta, koska kirjauksia ei oltu tehty ajantasaisesti. Härkänen (2014, 31) havaitsi puutteita lääkehoitoon liittyvässä viestinnässä tutkiessaan lääkehoidon vaaratapahtumia ja niiden taustatekijöitä.

Lääkkeettömien menetelmien käytöstä oli kirjaus 5,4 %:ssa potilaskertomuksista. On kuitenkin todennäköistä, että esim. lohduttamista/rauhottamista tai läsnäoloa ja kosketusta käytetään kivunhoidossa ja kuntoutuksessa jatkuvasti. Niitä ei vain kirjata hoitosuunnitelmaan eikä niitä liitetä kivunhoitoon. Merkintöjä esim. asentohoidosta kyllä löytyi, mutta merkinnöistä ei käynyt ilmi se, että niillä olisi hoidettu tai ehkäisty kipua, joka on yksi asentohoidon tavoitteista. Grommin (2015) tutkimuksessa lääkkeettömistä menetelmiä oli kirjausten perusteella käytetty 16 %:lla tutkituista potilaista.

Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä puhutaan enemmän kroonisen kivun (vrt. Kipu. Käypähoito-suositus, 2017) kuin akuutin kivunhoidon yhteydessä. Lääkkeettömillä menetelmillä voidaan kuitenkin hoitaa ja helpottaa myös akuuttia kipua. Vaikka lääkkeelliset menetelmät ovat akuutin kivunhoidon päälinja, hoidon pitäisi sisältää myös lääkkeettömiä menetelmiä. Lääkkeettömien menetelmien hyötynä on kivun lievittymisen lisäksi esimerkiksi opiaattien käytön, stressin ja ahdistuksen väheneminen. (Hargett & Criswell 2019, 1284–1285.)

Kivunhoitoon liittyvän tiedon kerääminen mittarin avulla kirjauksista oli haastavaa kirjauksiin käytetyn kielen tulkinnanvaraisuuden vuoksi. Hoitotyön kirjaamisessa käytettävässä kielessä on yleistä, että siinä viitataan potilaaseen joko näkyvästi tai sitten ei lainkaan. Lauseissa käytetään myös ellipsiä, jolloin peräkkäisistä lauseista jätetään pois yhteinen osa tai sana esim. potilas tai

se mainitaan vain kerran tekstien alussa. Usein lauseen rakenne on siis puutteellinen ja aiheuttaa monitulkintaisuutta. (Simonen- Fallieras, 2019, 71–92.)

6.3 Kivunhoidon ohjauksen tulosten tarkastelua

Kipuun liittyvää ohjausta oli kirjattu vain 9,8 %:ssa potilaskertomuksista. Kivun lääkehoidon ohjauksesta oli kirjattu 6,3 %:ssa tutkituista potilaskertomuksista. Tulos on saman suuntainen kuin Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisen tulosalueen kirjauksia kartoittaneessa tutkimuksessa 2012, silloin yleisesti lääkehoitoon liittyvästä ohjauksesta oli merkintöjä 4,3 %:ssa potilaskertomuksista (Mikkonen 2012, 41). Lääkehoidon ohjaus on tarpeellista, koska potilailla on paljon pelkoja liittyen kipulääkitykseen. Pelätään esimerkiksi lääkkeiden haittavaikutuksia ja lääkeriippuvuutta. Moni ajattelee, että kipu leikkauksen jälkeen kuuluu asiaan ja sitä pitää vain kestää. (Apfelbaum, Chen, Mehta & Tong, 2003, 536–537.)

Potilasohjauksen hyvin vähäinen ja puutteellinen kirjaaminen on myös tullut ilmi aiemmissa tutkimuksissa (Kts. Liljamo 2018, 77; Kaakinen 2013, 53; Tiusanen ym. 2009, 278). Kuitenkin potilasohjaus on keskeinen osa kivun hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita, alkaen kivun ennaltaehkäisystä (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö; Hoitotyön suositus 2013, 8). Kivunhoitoon liittyvällä ohjauksella on paljon hyötyjä potilaan näkökulmasta. Esimerkiksi leikkauksiin liittyvä pelkoa ja ahdistusta, jotka ovat yhteydessä kipuun. Potilasohjaus voi helpottaa kipuun liittyvää pelkoa ja lisätä tyytyväisyyttä hoitoon. Potilasohjaus tukee potilaan kivunhallintakeinojen käyttöä, lisää tyytyväisyyttä kivunhoitoon ja lisää tietoa kivusta. Tämä tukee potilaan osallistumista hoitoon. Ohjaus voi myös edistää paranemista. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö; Hoitotyön suositus 2013, 8–10.) Ohjaus voi myös lisätä myönteistä suhtautumista lääkkeettömien menetelmien käyttöön ja lisätä niiden käyttöä (Tracy, Dufault, Kogut, Martin, Rossi & Wiley-Temkin 2006, 56–67).

Ohjausta annetaan sairaaloissa moniammatillisesti. Tämä näkyi myös aineistossamme. Aineistossa oli esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeuttien kipuun liittyviä merkintöjä ohjauksesta. Fysio- ja toimintaterapeutteja työskentelee sekä akuutin että kroonisen kivun parissa sairaalassa. Fysio- ja toimintaterapeuttien rooli kipupotilaan ohjauksessa on tärkeä (STM 2017, 19). Sairaaloissa kohdataan potilaita, joilla on akuutin kivun lisäksi pitkittynyttä kipua. Pitkittyneessä kivussa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia ja pitkittyneen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa moniammatillinen

lähestymistapa on tarpeen. Siihen voi sisältyä psyykinen tuki, fysio- ja toimintaterapeutin ohjaus ja hoitajan antama ohjaus. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Merkintöjä fysio- ja toimintaterapiasta oli enemmän kuin aineistoon päätyi, koska kriteerinä oli, että kirjauksessa mainittiin kipu ja esimerkiksi siihen liittyvä arviointi, käytetty menetelmä ja sen vaikutusten arviointi. Esimerkiksi postoperatiivista liikkumisen ohjausta oli useita merkintöjä, mutta kirjauksessa ei mainittu ohjauksen tarkempaa sisältöä. Osa kirjauksista oli erikoisalalehdillä, eikä niitä voinut yhdistää tutkimusvuorokauteen, jos kirjat olivat esim. koko sairaalajakson ajalta.

7 KIVUNHOIDON KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta yhdistää konkreettisen kehittämistoiminnan ja tutkimuksellisen lähestymistavan. Siinä käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa. (Toikko 2009, 19, 22.) Kehittämisen lähtökohtana on usein ongelmat nykyisessä tilanteessa tai toiminnassa. Tavoitteena on usein saada aikaan uusi toimintatapa, joka on parempi tai tehokkaampi kuin aiemmin. (Toikko & Rantanen 2009, 16.) Opinnäytetyössämme painottui tutkimuksellinen osuus, jossa selvitettiin kivunarvioinnin, hoidon ja potilasohjauksen kirjaamisen nykytilaa. Kirjaamiseen liittyvät ongelmat tulivat tutkimuksessa selvästi esille ja kirjaamisen kehittämiseksi on selkeä tarve.

7.1 Kehittämistyön tavoite ja kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kivunhoidon kirjaamista Oulun yliopistollisessa sairaalassa laatimalla fraasilista kivun kirjaamisen tueksi. Tekemämme määrällisen tutkimuksen pohjalta nousi useita kehittämisen kohteita kirjaamisessa. Tulos oli linjassa aiempien tutkimusten kanssa, joissa havaittiin puutteita kipuun liittyvässä kirjaamisessa. (Vrt. Heikkilä ym. 2019, 1555–1567; Grommi 2015.)

Olimme opinnäytetyöprosessin aikana mukana kipu-hankkeen työryhmässä työstämässä kivun arvioinnin ja -hoidon yhtenäistä toimintamallia. Työryhmältä saimme aiheen tutkimukselliseen kehittämistyöhömme syksyllä 2018. Yhdessä työryhmän vetäjän Anne Pietikäisen kanssa prosessoimme ja tarkensimme aiheeksi tutkimuksellemme selvittää kivunarvioinnin, hoidon ja ohjauksen nykytilan organisaatiossamme. Apuna alkuvaiheessa aiheen tarkentamisessa ja mittarin valinnassa oli myös Oulun yliopistollisen sairaalan kliinisen hoitotieteen asiantuntija, TtT, dosentti Tarja Pölkki. Esille nousi erilaisia tavoitteita tutkimuksellemme ja jouduimme kriittisesti pohtimaan mikä intressi tutkimuksemme takana vahvimmin on. Tiedon kerääminen kirjaamisen nykytilasta nousi vahvimmin tässä esille. Lisäksi meidän haluttiin kehittävän kivunhoidon kirjaamista konkreettisesti ja toivottiin fraasilistaa PPSHP:n käyttöön.

Lisäksi olimme mukana kivunhoidon kirjaamista kehittävässä työryhmässä. Kokoustimme kivunhoidon sähköisen kirjaamisen kehittämiseksi 23.1.2019 ja 30.1.2020. Koolla oli OYS:n kivunhoi-

don asiantuntijoita monialaisesti sekä sähköisen ESKO potilaskertomuksen kehittäjiä. Fraasilistan kehittämisessä teimme yhteistyötä KKYT- hankkeen projektipäällikön Anne Pietikäisen ja tietojärjestelmäasiantuntija Saija Stenrothin kanssa. Pidimme yhteisen palaverin 27.2.2020 kivunhoidon rakenteisesta kirjaamisesta.

PPSHP:ssä on tulossa käyttöön FinCC 4.0 pohjautuva rakenteisen kirjaamisen malli. Tässä mallissa kipu on omana kokonaisuutenaan. FinCC 4.0 ilmestyi tutkimuksen toteuttamisen aikana (16.12.2019) ja vaikutti kehittämistyöme toteutukseen. Fraasilistan kehittämisessä oli huomioitava FinCC 4.0 rakenne, vaikka siihen perustuva rakenteinen kirjaaminen ei ole vielä käytössä. On suunnitelmissa, että rakenteista kirjaamista alettaisiin pilotoimaan OYS:sa jo 2020 aikana. Fraasien tuli myös olla riittävän yleisellä tasolla, että niitä voitaisiin soveltaa OYS:n eri osastoilla kirjaamisen tukena. Saimme Saija Stenrothilta käyttööme alustavan työversion rakenteisen kirjaamisen pohjasta, jonka avulla lähdimme työstämään fraaseja. Käytimme kehittämistyössä apuna PPSHP:n Eskon fraasi – ohjetta ja fraasien luomisessa nojasimme määrällisen tutkimuksemme tuloksiin sekä aiempaan tutkimukseen kivun kirjaamisesta. COVID-19 maailman laajuisen pandemian saapuessa keväällä 2020, se vaikutti OYS:n sisäiseen kehittämistyöhön estäen yhteistoiminnallisten kehittämismuotojen käyttöä, sekä rajoitti terveydenhuollon henkilökunnan osallistamista kehittämistyöskentelyyn resurssien suuntautuessa potilaiden hoitamiseen. Supistimme kehittämistehtävääme yhteisymmärryksessä KKYT-hankkeen projektipäällikön Anne Pietikäisen kanssa ja laadimme fraasit vain tällä hetkellä käytössä olevaan sähköisen potilaskertomus ESKO:n hoitosuunnitelmapohjaan.

7.2 Fraasien laatiminen

Oulun yliopistollisessa sairaalassa ei ole käytössä yhteisiä fraaseja kivunhoitoon liittyen. Olemme laatineet fraasit kivunhoidon kirjaamisen tueksi vuodeosastoille perustuen oman tutkimuksemme tuottamaan tietoon, tutkimusnäyttöön, kansallisiin suosituksiin ja organisaation tarpeisiin. Teimme uudet kipu fraasit sopiviksi Oulun yliopistollisessa sairaalassa tällä hetkellä käytössä olevaan ESKO-potilaskertomuksen sisältämään hoitosuunnitelmaan. Näin mahdollistettiin fraasien nopeampi käyttöönotto, koska uudistuksen alla oleva rakenteisen kirjaamisen pohjan käyttöönotto on vielä avoin. Nykyisen hoitosuunnitelman rakenteisuuden pohjana on OPC- hoitoisuus mittari. Jaottelimme fraasit alustavasti neljän OPC- hoitoisuusmittarin pääluokan alle, joista ne voidaan yksiköissä siirrellä ja muokata tarpeiden mukaan hoitosuunnitelmissa. Nämä fraasit myös tukevat

sisällöltään tulevaisuudessa siirtymistä uuteen FinCC 4.0 luokituksen mukaiseen rakenteisenkirjaamisen malliin. Fraasit on pyritty pitämään mahdollisimman selkeinä ja ne on koostettu sisältämään kaikkein tärkeimpiä kivunhoidosta kirjattavia asioita aikuispotilaiden hoidossa. Niiden laadinnassa on huomioitu PPSHP:n vuodeosastoille suunnatut hoitotyön kirjaamisohjeet (PPSHP 2019a). Aineistosta nousi muutamia keskeisiä kehittämiskohteita, joita tutkimusnäyttö tukee.

7.2.1 Fraasit kivunhoitotyöhön

Kivun useiden eri tyyppien, tarpeen sekä kivunhoidon moninaisuuden vuoksi näissä fraaseissa on luotu peruspohjaa kivunhoidon laadukkaammalle kirjaamiselle. Näiden yhteisten kivunhoidon fraasien lisäksi fraaseja hoitosuunnitelmaan voidaan täydentää tarvittavilla hoidon syyn, yksikön-, tai tulosalueen ja annettavan hoidon vaatimilla ohjeilla ja fraaseilla.

Lainsäädännön mukaan potilasasiakirjoissa täytyy olla näkyvissä perusteet annetulle hoidolle ja hoitoratkaisuille, eli myös ilmenevästä kivusta täytyy tehdä merkintä potilasasiakirjaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/758 4:12.1 §.) Uusien fraasien avulla ohjataan hoitosuunnitelmaan kirjaamaan jokaisen potilaan kohdalle kivunhoidon tarve ja tavoite. Tarve kohtaan voidaan kirjata esim. leikkauksen jälkeinen kivunhoito, pitkittyneen hermokivun hoito tai joku muu kivunhoidon syy. Kivunhoidon tavoite on myös kirjattava hoitosuunnitelmaan (Valvira 2019, THL 2016, viitattu 7.4.2020). Kivunhoidon tavoite ohjaa kivunhoitotyössä. Tavoite määrittellään hoitosuunnitelmaan yhdessä potilaan kanssa (THL 2016, viitattu 7.4.2020). Hoidon tavoitteen tiedostaminen lisää potilaan sitoutumista hoitoon. Se lisää aktiivisuutta ja edistää kivunhoidon onnistumista akuutissa kivussa. (SAY 2014). Pitkittyneen kivun hoidossa tavoitteena on kivunlievittymisen lisäksi elämänlaadun ja oman selviytymiskyvyn vahvistaminen (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017). Kivunhoidon tavoite voisi kirjauksissa olla esimerkiksi VAS alle 3 levossa tai tavoite selviytyä päivittäisistä toimista omatoimisesti. Tällä hetkellä kirjauksista ei tule ilmi kivunhoidon tavoite tai tarve.

– Kivunhoidon tarve ja tavoite

Tutkimamme aineiston perusteella jäi usein tulkinnanvaraiseksi, oliko kirjaus kivusta hoitajan vai potilaan tekemä arvio. Potilaan oma arvio kivusta on kivun arvioinnin lähtökohta. Kirjauksista

tulisi käydä ilmi potilaan arvioima kipu. (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017.) Hoitajan tekemä arvio on arvokas myös, se perustuu kliiniseen kokemukseen ja näkemykseen. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että hoitajan tekemä arvio kivusta on usein alempi kuin mikä se potilaan arvioimana on. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013). Tulkinnanvaraisuus kirjauksissa on näkynyt myös aiemmissa tutkimuksissa. (Vrt. Heikkilä ym. 2019, 1555–1567; Simonen – Fallieras 2019, 71–92.) Pyrimme fraaseilla vähentämään tekstin tulkinnanvaraisuutta. Tutkimusten mukaan kipua hoidetaan tehokkaasti, kun sitä mitataan luotettavalla mittarilla yhdenmukaisesti ja säännöllisesti (Pesonen, 2011, 77) ja mittarin käyttöä suositellaan kivun arvioinnin apuvälineeksi. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013. Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017). Mittaria kivun arviointiin oli tulostemme mukaan käytetty 9,4 % potilaskertomuksista. Tulevaisuudessa rakenteiseen kirjaamiseen siirryttäessä kivunhoito pääkomponentin alla tullaan arvioimaan kansallisten suositusten mukaisesti voimakkuuden lisäksi sijaintia, laatua ja kestoa. Fraaseilla edistämme mittarien käyttöä sekä siirtymistä laajempaan ja systemaattisempaan kivun arviointiin. PPSHP:n sisäisten ohjeiden sekä kansallisten suositusten mukaan kipua tulisi arvioida sekä levossa että liikkeessä mittarin avulla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013; PPSHP 2019b, KKYT hankeraportti.)

- **Kivun voimakkuus, sijainti, laatu ja kesto potilaan arvioimana**
- **Kivun voimakkuus levossa ja liikkeessä kipumittarilla arvioituna**

Päivittäisissä kirjauksissa olisi hyvä näkyä jokin seuraavista ilmaisuista: Potilaan mukaan, potilas sanoo, potilas kertoo, potilas tuo esille, potilas ilmaisee. Kirjausten mukaan kivun voimakkuutta oli kirjattu noin puoleen potilaskertomuksista, mutta potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta oli merkitty kirjausten perusteella 26 %:iin potilaskertomuksia. Käytännössä teksteistä noussut yleisin ilmaisu voimakkuudesta oli kivun puuttuminen, eli ”ei kipua”. Tämä on hyvä siinä mielessä, että kivun puuttuminen on kirjattava myös. Ilmaisusta ei kuitenkaan ilmene, miten arvio on tehty. Sairaanhoidopiirin KKYT- hankkeen toimintamallin ohjeen mukaisesti kipua on arvioitava kaikilta potilailta. Akuutin kivun potilailta kipua mitataan vähintään kerran työvuorossa (SAY 2012; PPSHP 2019b, 94; OYS 2020). Akuutin kivun potilailta arviointi tehdään säännöllisesti, mikäli VAS arvo on 4 tai suurempi tai jos käytössä on vahvoja kipulääkkeitä tai kipu muuttuu (OYS 2020).

- **Akuutissa kivussa potilaan arvio kivusta vähintään kerran työvuorossa, aloita säännöllinen arviointi, mikäli VAS 4 tai enemmän**
- **Akuutin kivun potilailta arvioidaan kipua useammin, mikäli käytössä on vahvempi lääkitys, tai kipu muuttuu**
- **Pitkittyneessä kivussa potilaan arvio kivun voimakkuudesta ja/ tai sen aiheuttama haitta tarvittaessa**

Kommunikaatioon kykenemättömiltä kipua arvioidaan usein havainnoimalla potilaan käyttäytymistä ja erilaisia fysiologisia mittaustuloksia. Havainnointi ei kuitenkaan ole yhtä luotettavaa kuin potilaan oma arvio kivusta tai kipu arvioituna mittarilla (Schug ym. 2015, 544). PAINAD on kipumittari, jolla kipu voidaan arvioida kommunikaatioon kykenemättömiltä potilailta (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito – suositus 2019). Se on käytössä myös PPSHP:ssa ainakin palliativisen hoidon yksikössä, mutta sopii myös muissa yksiköissä käytettäväksi (PPSHP 2019b, 27). PAINAD mittarin avulla voidaan parantaa kivunhoidon tuloksia myös leikkauksen jälkeisessä kivussa.

- **Kommunikoimaan kykenemättömiltä PAINAD mittarin tai havainnoinnin avulla arvio kivusta**

Kivun Käypä hoito suositus (2017) ohjeistaa kartoittamaan potilaan kivunhoitoon liittyvät riskitekijät, kuten vuotovaaraa lisäävät lääkitykset ja sairaudet, munuaistenvajaatoiminnan, raskauden tai vaikkapa päihdeongelman. Leikattavien potilaiden riskitekijät pitkittyvälle kivulle tulisi kartoittaa jo preoperatiivisesti, koska osaan riskitekijöistä voidaan vaikuttaa, kuten pelkoon tai ahdistukseen. Kuitenkin myös postoperatiivinen riski kivun pitkittymiselle kannattaa huomioida (Shug ym.2015, 19–20). Pitkittyneen kivun riskitekijöitä voidaan ennakoida käyttämällä tarkoitusta varten kehitettyjä arviointivälineitä, kuten Lintonin kipukysely, PSEQ (Pain Self-Efficacy Questionnaire), CPAQ (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) ja TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia) (PPSHP 2019b, 96).

- **Pitkittyvälle kivulle altistavat riskitekijät (esim. pelko, kipuhistoria, päihdeongema). Arviointivälineenä voi käyttää esim. Lintonin kipukyselyä, PSEQ, CPAQ, TSK.**

- **Kivunhoitoon liittyvät riskitekijät (esim. munuaissairaudet, vuotovaaraa lisäävät lääkkeet)**

Lääkehoitoon liittyvät fraasitekstit tulevat Lääkehoidon toteutus ja seuranta otsakkeen alle. Hoitosuunnitelma näkymässä hoitotyön organisointia ja tekemistä selkeyttää näkyvissä oleva potilaan kipulääkitys. Kipulääkkeen tarpeen ja vaikutuksen todentamiseksi kivun voimakkuus tulee aina kysyä ennen lääkkeen antoa ja riittävän ajan päästä sen annon jälkeen lääkehoidon tehon arvioimiseksi. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013). PPSHP:n lääkehoito-ohjelmaan on tulevaisuudessa tulossa toiminto, joka vaatii VAS- tai jonkin muun ohjelmaan valitun mittarin tulosta ennen antokirjauksen tallennusta. Sen vuoksi fraaseissa mainitaan voimakkuutta mittaamassa mittari, eikä vain VAS. Mikäli käytössä on sanallinen kivun arviointi, tehdään se VRS mittarilla ja muunnetaan fysiologisiin mittauksiin arvoksi välillä 0–10. PPSHP:ssä on hoitohenkilökunnalla apuvälineenä kipumittarimalli, jolla voidaan tehdä tämä muunnos (kts. liite 1). Suunnitellusti sairaalaan leikkausta varten saapuville kivun mittauksesta kerrotaan myös ennakkoon kotiin lähetetyssä materiaalissa. Joten mittareita tulisi käyttää myös osastoilla.

- **Säännöllinen kipulääkitys:**
- **Tarvittaessa annettava kipulääkitys:**
- **Potilaan mittarilla arvioima kivun voimakkuus ennen ja jälkeen kipulääkettä**
- **Potilaan kokemus kipulääkityksen riittävydestä**
- **Kipulääkkeen antotavan mukaan vasteen arvio (po. tbl 1 h, po. mikst. 30min, iv.10min)**
- **Kipupumppu tai kestoepiduraali käytössä, arvioi kipua useammin ja bolustuksen jälkeen**

Käypä hoito suosituksen mukaan lääkkeettömät hoitomuodot ovat kivunhoidon ensisijainen hoitomuoto pitkittyneessä kivussa pois lukien syöpäkipu (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017). Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät sopivat käytettäväksi myös akuutissa kivussa (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 17–19, Schug ym. 2015, 259–271). Fraaseilla on tarkoitus lisätä lääkkeettömien kivunlievitys menetelmien käyttöä ja niistä annettua ohjausta kaikissa potilas ryhmissä. Kirjausten perusteella lääke-

keettömien kivunhoitomuotojen käytöstä ja vaikutuksista on tällä hetkellä vain vähäisiä merkintöjä hoitosuunnitelmissa. Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöön liittyvien kirjauksiin alusta päivittäisissä hoitosuunnitelmissa on luontevimmin Liikkumiseen ja kuntoutukseen liittyvä hoidontarve tai toiminnallisuuteen liittyvä hoidontarve osio.

- **Lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä käytössä (esim. asentohoito, kylmähoito, rentoutuminen, rauhoittaminen, liikkuminen.)**
- **Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus potilaan arvioimana**

Kivunhoidon ohjaukseen liittyviä kirjauksia oli tutkimuksemme mukaan tehty vähän, vain 9,8 % potilaskertomuksista sisälsi aiheeseen liittyvän merkinnän. Fraaseilla on tarkoitus lisätä kirjauksia annetusta ohjauksesta ja näin lisätä ohjauksen yhdenmukaisuutta. Potilaan saaman ohjauksen yhdenmukaisuus lisää luottamusta hoitoon. (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2017). Potilasohjaus lisää potilaan kivunhallintakeinoja, tyytyväisyyttä kivunhoitoon ja edistää paranemista (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 9–10). Opinnäytetyömme tutkimuksessa ei löytynyt kipumittarin käytön ohjauksesta kirjauksia. Kivunhoidon ohjaukseen kuuluu myös kivun arvioinnissa käytettävän kipumittarin valinta ja sen käytön ohjaus. (Sailo 2000, 103; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 13.) Lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöön liittyvästä ohjauksesta oli kirjattu hoito suunnitelmiin vain muutaman kerran tutkimuksemme mukaan. Fraaseilla pyrimme lisäämään tietoisuutta lääkkeettömien hoitomuotojen roolista kivunhoidossa ja lisäämään niiden tietoista käyttöä osana kivunhoitoa. Hoidon/ jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki otsikon alle hoitosuunnitelmaan suunniteltiin seuraavat fraasit.

- **Keskustelu kivunhoidon tavoitteista ja menetelmistä**
- **Valittu kipumittariksi ___ ja ohjattu sen käyttö**
- **Kannustetaan ja ohjataan käyttämään lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä**

Valmiit fraasit löytyvät LIITE 4.

7.2.2 Fraasien käyttöönotto

Fraasit laadittiin ja sovitettiin PPSHP:n fraasien teko-ohjeiden mukaisesti WORD- tiedostoon palstoittain (PPSHP 2020, ESKO hoito-ohje, fraasit, viitattu 15.4.2020). Fraasit lähetettiin ennen käyttöönottoa arvioitaviksi ja kommentoitaviksi 28 kipuyhdyshenkilöille. Sähköposti kyselyn avulla ei noussut esille kehittämisen- tai muutostarpeita ja fraasit lähetettiin hyväksyttäväksi hallinto- ja tutkimusylihoitajille syksyllä 2020. Hyväksynnän jälkeen ne julkaistaan hoitosuunnitelmalehden hoito-ohjeet painikeen alaisessa valikossa ja ovat valmiina käyttöön otettaviksi. PPSHP:n intranettiin laaditaan ilmoitus uusista fraaseista ja ilmoitus lähetetään julkaisun jälkeen myös kipuyhdyshenkilöille ja vuodeosastojen osastonhoitajille.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kokonaisluotettavuus tutkimuksessa muodostuu sen reliabeliudesta ja validiudesta (Vilka 2007, 152; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Tutkimuksen validiteetti viittaa siihen, onko onnistuttu mittaamaan sitä mitä aiottiin mitata. Toisin sanoen, onko käsitteet pystytyt operationalisoimaan muuttujiksi. Operationalisoinnilla tarkoitetaan sitä, miten onnistuneesti tutkija on siirtänyt teoreettiset käsitteet käytettyyn mittariin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189; Hirsjärvi, Sajavaara, Remes 2009, 231–232.) Käyttämämme mittari sisältää 25 kysymyskohtaa, joilla vastataan asetettuihin tutkimuskysymyksiin kivun arvioinnin, hoidon ja potilasohjauksen kirjaamisesta. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti käsittelee tulosten yleistettävyyttä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Otoksemme oli n. puolet perusjoukosta. Näin ollen otos on laaja ja kattoi tasaisesti perusjoukon. Toisaalta ajanjakso, jolta kirjaukset poimittiin, oli lyhyt (1vrk) ja poimintapäivä saattoi sattua mihin kohtaan vain hoitajaksoa, esim. lähtöpäivälle, jolloin merkintöjä oli yleensä vähän. Kivun arviointia tulisi kuitenkin toteuttaa jokaisena hoitopäivänä, myös lähtöpäivänä.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa käytännössä tutkimuksen toistettavuutta ja tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Vilka 2007, 149–150; Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 189–190, 194; Hirsjärvi, Sajavaara, Remes 2009). Otantakoko ja otantamenetelmä vaikuttavat tulosten pysyvyyteen. Jos otos on pieni tai kato on suuri, tulokset ovat sattumavaraisia. Tutkimuksessa voi sattua virheitä myös tietojen käsittelyssä ja analysoinnissa. Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan ennen kaikkea tarkkuutta tutkimuksen suorittamisessa ja mittaukseen liittyviä seikkoja. (Vilka 2007, 149–154.) Tutkijoina pyrimme tarkkuuteen ja huolellisuuteen koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston kerääminen tutkimuslomakkeille sekä aineiston syöttäminen SPSS-ohjelmaan vaati tarkkuutta ja huolellisuutta. Keskustelimme aktiivisesti koko prosessin ajan ja pyrimme lisäämään luotettavuutta tutkimuksen teossa kommunikoimalla avoimesti kysymyksiä herättäneistä kohdista. Laadimme yhteiset linjat mittarin käytölle ja pohdimme, millä edellytyksillä merkinnät mittarin eri kohtiin tehtiin.

8.2 Mittarin luotettavuus

Valitun mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Mittarin valinta vaikuttaa suoraan tutkimuksen tuloksiin. Jos mittari ei mittaa tutkimusilmiötä, on mahdoton saada luotettavia tuloksia. Tutkimuksessa on suositeltavaa käyttää testattuja, olemassa olevia mittareita. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Tutkimuksessamme käytimme mittarina PPSHP:n lasten ja naisten tulosalueella tehdystä vastaavassa tutkimuksessa käytettyä kirjaimiskelyä. Näin ollen mittarin toimivuutta oli jo aiemmin kokeiltu. Ennen varsinaisen aineiston keruun alkua varmistimme luotettavuuttamme aineiston keruussa esitestaamalla mittaria samalla aineistolla ja vertaamalla tuloksia tutkijoiden kesken. Aineiston keruun aikana kävimme tiivistä keskustelua aineistosta nousseista kysymyksistä ja mittarin käytöstä.

Mittarin avulla oli mahdollista kerätä laajalti tietoa. Koska mittari oli kattava, vei aineiston keruu, aineiston käsittely ja analyysi varsin paljon aikaa. Mittari oli kehitetty lasten ja naisten tulosalueen käyttöön ja teimme joitakin muutoksia ja lisäyksiä soveltaaksemme mittaria enemmän aikuispotilaille soveltuvaksi. Mittarin muutoksista keskustelimme KKYT-hankkeen projektipäällikön Anne Pietikäisen kanssa ja hyväksyimme ne mittarin toisella laatijalla Tarja Pölkällä.

Käytännössä huomasimme joitakin haasteita mittarin käytössä. Taustatietojen kerääminen oli suuritöistä. Kivulle altistavien tekijöiden osalta kerättiin tietoa diagnosoiduista perussairauksista. Lisäsimme diagnoositujen perussairauksien listaan CRPS:n, aivoverenkierohäiriön, selkäydinvamman, sydän- ja verisuonisairauden, keuhkosairauden ja ihosairauden. Alkuperäisessä mittarissa olleet kohdat synnynnäiset anomaliat ja keskisuus poistettiin. Tiedon keruun aikana totesimme, että osa diagnooseista oli vanhoja, osa uusia, mutta mittari ei eritellyt esim. ajallisesti mitä diagnooseja huomioidaan. Sairauksien ryhmittely oli osin päällekkäinen, esim. tuki- ja liikuntaelinsairaus ja reuma. Tarkoitus oli kerätä kivulle altistavia perussairauksia ja tätä on käytännössä vaikea tietää kaikista esiin tulleista diagnooseista. Myös ajallinen yhteys oli haastava. Jos on sairastanut syövän vuosia sitten, onko se edelleen tieto, joka huomioidaan? Kroonisissa sairauksissa tämä yleensä on tarkoituksenmukaista, esim. reumasairauksissa. Diagnoositietojen kirjauksissa oli puutteita. Osa potilaista tuli sairaalaan eri sairaanhoitopiiristä, eikä kaikkia perussairauksiin liittyviä diagnooseja ollut kirjattu tutkimuksen kohteena olleissa potilasasiakirjoissa.

Sairauden/oireen hoito kohtaan lisäsimme kohdat ”odottaa leikkausta” sekä ”sairauden hoito/tutkimus tai – arviointijakso”. Tämä siksi, että mittari kattaisi paremmin myös ne potilaat, jotka olivat tulleet sairaalaan jonkin akuutin oireen selvittelyyn. Tämä osoittautui toimivaksi aikuispotilaita ajatellen. Mittarin kohta ”Kipua aiheuttaneet toimenpiteet”, osoittautui käytännössä ongelmalliseksi. Tiedon keruu oli hidasta, koska tieto oli eri lehdillä. Oli myös vaikea päätellä, mikä oli kipua aiheuttava toimenpide, koska kirjauksissa kipua ei mainittu toimenpiteiden yhteydessä, vaikka sitä hyvin todennäköisesti olisi ollutkin.

Kivunarviointi- osioon lisäsimme kohdat: ”ei löydy kirjausta kivun keston, tyyppiin, sijaintiin tai voimakkuuteen liittyen” sekä ”muu arvio kivusta, mikä:” sekä kohdat ”näkykö kirjauksissa potilaan oma kokemus kivusta”. Teimme myös muutoksia kipumittarit-listaan sekä lääkkeettömät menetelmät -listaan vastaamaan paremmin aikuispotilaiden kivun arviointia. Ohjausosioon teimme muutoksia sanamuotoihin sopimaan paremmin aikuispotilaille. Mittarin tarkennukset ja muutokset voivat vaikuttaa sen alkuperäiseen validiteettiin. Toisaalta mittarin jaottelu ja pääsisällöt ovat edelleen linjassa alkuperäisen mittarin kanssa.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys ohjaa tieteellistä toimintaa ja on tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimuksen tekoon hoitotieteessä, kuten muillakin tieteen aloilla, liittyy paljon eettisiä kysymyksiä. Hoitotieteessä tutkimusetiikka ja sen kehittäminen on keskeistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23.) Noudatimme tutkimuksessa hyvää tieteellistä tutkimuskäytäntöä. Käytimme ohjenuorana Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ”Hyvä tieteellinen tutkimuskäytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa”- ohjetta (2012), sekä Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia- ohjeistusta (Ammattikorkeakoulujen rehtori-neuvosto Arene ry 2017). Vilkan (2015, Tutkimusetiikka) mukaan tutkimusetiikka tarkoittaa yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa tutkimukseen osallistuviin tahoihin. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan tutkijan sitoutumista noudattamaan eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Tutkija perustaa tiedonhankinnan tieteelliseen kirjallisuuteen ja muihin asianmukaisiin tietolähteisiin. Jotta tutkimus olisi hyvän tieteellisen käytännön mukainen, tutkijan on osoitettava tutkimuksellaan tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimustulosten on tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan yhdistellä tai hyödyntää uudella tavalla.

Meille oli tutkijoina tärkeää, että kunnioitimme muiden tutkijoiden tekemää työtä ja noudatimme tarkkuutta viitatessamme heidän tekemiinsä tutkimuksiin noudattaen OAMK:n ohjetta lähdeviitauksien tekemiseen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeessa (2012, 6) todetaan, että tutkijoiden on kunnioitettava muiden tutkijoiden tekemää työtä, viitattava asianmukaisesta lähteisiin ja annettava arvo aiempien tutkimusten tekijöiden työlle omassa tutkimuksessa ja sen tulosten julkaisussa.

Rekisteritutkimuksen eettiset ongelmat liittyvät yksityiseen suojan ja itsemääräämisoikeuden vaarantumiseen. Eri rekistereistä kootut anonyymit tiedot voivat muodostaa kokonaisuuden, joka paljastaa yksilön henkilöllisyyden. Itsemääräämisen periaatteen toteutuminen on ongelmallinen, koska rekisteritiedot on useimmiten kerätty muuhun kuin tutkimuskäyttöön. Tutkittavien kirjallisen suostumuksen saaminen voi olla käytännössä mahdotonta, esimerkiksi osallistujien suuren määrän vuoksi ja siksi tutkimukseen tarvitaan viranomaislupa. (Räisänen & Gissler 2012, 62–69.) Haimme tutkimuslupaa PPSHP:n käytäntöjen mukaisesti 23.4.2019. Koska tutkimuksessa käsitellään salassa pidettäviä terveystietoja edellyttää se rekisteritutkimuslupaa. PPSHP:ssä rekisteritutkimusluvan antaa johtajaylilääkäri. Rekisteritutkimuksen käytäntöjen mukaisesti täytimme myös tieteellisen tutkimuksen rekisteriselosteen ja riskien itsearviointi tutkimuksessa -lomakkeen. Saimme tutkimusluvan 11.6.2019. Haimme tutkimuksellemme lisäaikaa 17.10.2019, jolloin päivitimme tutkimuslupa- ja rekisteritutkimuslupahakemuksen sekä tutkimussuunnitelman. Lomakekäytännön muututtua täytimme tieteellisen tutkimuksen tietosuojaselosteen sekä tieteellisen tutkimuksen tietosuojariskien vaikutustenarvioinnin. Tutkimuslupa liitteineen hyväksyttiin 7.11.2019 ja saimme jatkoaikaa tutkimukselle vuoden 2020 loppuun saakka.

Tutkijoilla on velvollisuus huolehtia, että tutkittavien yksityisyyttä ei loukata ja henkilötiedot suojataan esimerkiksi muuttamalla ne tunnistamattomiksi. Lomakeaineisto voidaan anonymisoida monella tavalla. Tunnistetietoja voidaan säilyttää, poistaa, muuttaa tai muokata. Päätökset miten tunnistetietojen suhteen toimitaan, ovat tutkimuskohtaisia. (Vilka 2007, 95.) Tutkimuksessamme kohteena olivat potilaskertomusten kirjaukset, eivät yksittäiset potilaat tai kirjausten tekijät. Emme poimineet aineistoon suoria tunnisteita, kuten henkilötunnuksia tai nimi- ja osoitetietoja. Aineistossa käsiteltiin epäsuoria tunnisteita, kuten ikää ja sukupuolta. Lisäksi kerättiin tietoa yksiköstä, jossa potilas oli hoidossa sekä hoitojakson pituudesta. Näiden tietojen käsittelyssä noudatimme huolellisuutta ja keräsimme aineiston OYS:n tiloissa paperilomakkeille, joita säilytettiin lukitussa arkistokaapissa OYS:n tiloissa. SPSS-aineisto säilytettiin salatussa kansiossa OYS:n koneella ja

OYS:n hyvin suojatussa tietoverkossa. Aineiston analysointi SPSS-ohjelmaa käyttäen tapahtui OYS:n tiloissa. Kuula (2006, 210–213) ohjeistaa, että epäsuorat tunnisteet poistettaisiin heti aineiston käsittelyn jälkeen tai välittömästi, kun alkuperäinen tutkimus päättyy. Huolehdimme tutkimusaineiston asianmukaisesti hävittämisestä tutkimuksen päätyttyä. Tutkimustuloksia ei voi yhdistää yksittäisiin yksiköihin, potilaisiin tai kirjausten tekijöihin. Poistimme raportista tiedot tutkimusvuorokaudesta ja tutkituista yksiköistä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 6) suosittaa, että rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tulosten julkaisun yhteydessä. Tutkijoita kehoitetaan pidättäytymään kaikista tutkimukseen liittyvistä arviointi- ja päätöksentekotilanteista, jos on syytä epäillä esteellisyyttä. Olemme molemmat Oulun yliopistollisen sairaalan työntekijöitä ja tutkimme omaa organisaatiotamme ja tutkimuksessa oli mukana osastot, joissa työskentelemme. Tutkimme kaikkia tutkimukseen valittuja osastoja tasavertaisesti ja yhdessä sovittujen suuntaviivojen mukaan. Kävimme avointa keskustelua kysymyksiä herättäneistä kohdista ja noudatimme yhteisiä sopimuksia. Tämä oli tärkeää etenkin aineiston keruun aikana. Muita tutkimuksen kannalta merkityksellisiä sidonnaisuuksia tutkijoilla ei ole.

8.4 Kehittämisenäkökohdat ja tulosten hyödyntäminen

Kivun kirjaamisen kehittäminen on tutkimuksemme valossa jatkossa erittäin tärkeää. Tämä koskee kivun kirjaamisen lisäksi myös muuta kirjaamista. Kirjaaminen on toimenpidekeskeistä ja usein tulkinnanvaraista. On todennäköistä, että osa tehdystä työstä jää kirjaamatta. Potilasturvallisuuden vuoksi on tärkeää, että kirjaaminen olisi tarkempaa ja se on myös työntekijän oikeusturvan kannalta olennaista. Ajantasaisen kirjaamisen mahdollisuudet täytyy hyödyntää nykyistä paremmin ja kirjausten monitulkintaisuutta tulisi vähentää. Uusi rakenteisen kirjaamisen malli tulisi saada nopeasti käyttöön ja sen kivunhoitoon liittyvä sisältö mahdollisimman hyvin kivunhoidon suosituksia tukevaksi. Keräämästämme aineistosta voidaan nostaa tarvittaessa esille eri yksikköjen tuloksia ja kohdentaa kivunhoidon eri osa-alueiden kehittämistyötä niihin tarpeen mukaan. Tulostemme perusteella kivunhoidon kirjaamisessa kehittämistä on kaikilla tulosalueilla.

Mittarin avulla tekemämme tutkimus kivunhoitoon liittyvistä kirjauksista on toistettavissa ja näin voidaan seurata kivunhoidon kirjaamisen kehittymistä ja KKYT-hankkeen laatiman kivunhoidon

toimintamallin toteutumista käytännössä. Tutkimusta toistettaessa voidaan käyttää myös pienempiä otoskokoja ja vaikkapa seurata jonkin tietyn tulosalueen tai yksikön kivunhoitoon liittyvän dokumentoinnin sisällön kehittymistä.

Validoidut kipumittarit tulisi olla systemaattisesti käytössä ja kommunikaatioon kykenemättömien kivunhoidossa tulisi myös käyttää sopivaa mittaria. Tutkimustulostemme mukaan vain VAS mittausta käytetään ja kirjataan tällä hetkellä. Muuten kirjaus kivun voimakkuudesta on sanallista ja usein epätarkkaa ja monitulkintaista. Tutkimuksessa validoitujen mittarien käytössä oli runsaasti puutteita kaikissa yksilöissä. Aiemman KKYT hankkeen henkilökunnalle tekemän kyselyn mukaan osa vastaajista ei kokenut kivun mittausta tarpeelliseksi tai koki sanallisen arvioinnin paremmaksi. Tajuttomien tai kommunikaatioon kykenemättömien kohdalla vastaajista suuri osa koki, ettei kipua voi mitata. OYS:ssa on selkeä tarve järjestää koulutusta kivun arviointiin ja erilaisten kipumittareiden käyttöön liittyen, kirjausten perusteella koulutusta tulisi järjestää kaikille potilaiden kivunhoitoon osallistuville ammattiryhmille. Mittarien käytön hallitseminen lisää myös merkintöjen määrää ja parantaa kivunhoitoa ja sen vaikuttavuuden arviointia. KKYT hankkeen tarpeesta myös lasten ja naistentautientulosalueelle tehdyssä Pohjolan (2020, 62) tutkimuksessa nousi esille henkilökunnan tarve saada lisää koulutusta kivun arviointiin ja mittareihin liittyen.

Katkeamaton lääkehoito ja lääkehoidon turvallisuuden parantaminen on ollut kehittämisen kohteena Oulun yliopistollisessa sairaalassa viime vuosina. Tutkimustulostemme mukaan kivun lääkehoidon vaikutusten ja mahdollisten haittavaikutusten seurannassa sekä ohjauksen kirjaamisessa on vielä tarvetta kehittämistyölle. Kipulääkkeiden antamisen jälkeen niiden vaikutusta tulisi seurata kivun arvioimiseksi ja mahdollisten haittavaikutusten vuoksi. Pyrittäessä tehokkaaseen kivunlievitykseen on muistettava huomioida potilasturvallisuus. Suurin osa lääkkeiden haittavaikutuksista ilmenee juuri voimakkaiden kipulääkkeiden käytössä ja yksi lääkevirhetapahtumien riskitekijöistä on puutteellinen viestintä. (Härkänen 2014, 34.) Lääkkeenantolaitteista tiedon siirtyminen automatisoidusti ja ajantasaisena potilaskertomuksiin lisäisi turvallisuutta ja vähentäisi henkilökunnan kirjaamiseen käyttämää aikaa. Kivunarviointiin ja hoitoon liittyvän terveysteknologian kehittämisen luomat mahdollisuudet olisi hyvä huomioida tulevaisuudessa. Potilasohjausta kivunlääkehoidon vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista tulisi lisätä. Yhtenä jatkotutkimus ehdotuksena on kehittää kivun lääkehoitoon liittyvää potilasohjausta.

Tulokset kivunhoidon ohjauksen kirjaamisesta antavat näyttöä sen puutteista. Ohjauksen ja sen kirjaaminen tulisi saada juurrutettua päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin. Kehittämistyömme

ohessa on käynyt ilmi ohjausmateriaalin vähäisyys. Näyttöön perustuvaa kirjallista ja sähköistä materiaalia tulisi saada kivunhoidon ohjauksen tueksi ja sen yhtenäistämiseksi. Vakavat haattapahtumat lääkehoidossa tai riittämättömästä kivunhoidosta ja seurannasta johtuva pitkittyvä kipu aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja tulevat myös yhteiskunnallisesti kalliiksi.

Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttö oli potilaskertomuksiin tehtyjen kirjausten perusteella hyvin vähäistä. Lääkkeettömien menetelmien käyttö on todennäköisesti runsaampaa, kuin kirjaamisesta voisi päätellä. Sellaisia päivittäin käytettyjä menetelmiä kuin rauhoittaminen ja lohuttaminen tai asentohoito ei välttämättä aina kirjata tai nähdä niiden yhteyttä esimerkiksi kivun lievittymiseen. Lääkkeettömien menetelmien tunnistaminen, niiden käytön ohjaaminen potilaalle sekä lääkkeettömien menetelmien kirjaaminen olisi jatkossa hyvä tutkimustyön aihe ja tärkeä kehittämisen kohde.

Kirjaaminen on moniammatillista. Päivittäistä kirjaamista hoitosuunnitelmien päiväsuunnitelmiin tekee hoitajien lisäksi esimerkiksi toiminta- ja fysioterapeutteja. Näitä kirjauksia oli mukana tutkimuksessa. Kirjauksia päätyi mukaan vähän, koska ehtona oli, että kirjauksen tuli liittyä kipuun, sen arviointiin, hoitoon tai annettuun ohjaukseen. Erikoisalalehdillä olleet kirjaukset jäivät useassa tapauksessa pois, koska ehtona oli, että kirjauksen tuli olla tutkimuspäivään liittyvä kirjaus. Jatkossa terapeuttien tekemien kirjausten tutkiminen olisi tärkeä tutkimuksen aihe. Toiminta- ja fysioterapeuteilla on omien liittojen laatimia ohjeistuksia kirjaamiseen sekä oman alan nimikkeistöt, jotka ohjaavat kirjaamisessa. Myös ICF-luokitu on vaikuttanut toimintakykytiedon kirjaamiseen. (Kts. Suomen fysioterapeutit, Dokumentointi, viitattu 29.5.2020; Savolainen & Aralinna 2017; Savolainen 2018, THL, ICF-luokituksen koodit ja tarkenteet, viitattu 29.5.2020.) Suomalaista tutkimusta fysio- ja toimintaterapian kirjaamisesta liittyen kipuun ei löytynyt ja muutenkin fysio- ja toimintaterapian kirjaamiseen liittyvää tutkimusta on vähän.

Potilaan oma kokemus kivusta on keskeistä kivun arvioinnissa ja hoidossa. Tässä tutkimuksessa potilaan ääni on kuulunut terveydenhuollon ammattilaisten tekemissä kirjauksissa. Jatkossa olisi kuitenkin tärkeää tutkia, miten potilaat ja heidän omaisensa ovat kokeneet kivunhoidon. Esimerkiksi laadullinen tutkimus, jossa kerättäisiin haastatteluaineistoa potilaiden kokemuksista, olisi arvokas lisä, kun arvioidaan, miten hoidossa on onnistuttu.

LÄHTEET

Aaltonen, M. 2000. Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa E. Sailo & A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi, 199–217.

Abdelrahim, M. S., Majali S. A. & Bergbom, I. 2008. Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. *Acute Pain*. 10 (1), 73–81. Viitattu 13.2.2020, <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S1366007108000806?via%3Dihub>

Aikuispotilaan lyhytkestoisen kivun hoito kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2013 (Viitattu 7.1.2019) Saatavilla: www.hotus.fi

Alaselkäkipu. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioteri yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (Viitattu 4.2.2019). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Amatya, B., Young, J. & Khan, F. 2018. Non-pharmacological interventions for chronic pain in multiple sclerosis. *Cochrane Systematic Review*. Viitattu 11.2.2019, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012622.pub2/full>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 16.1.2019, <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S. & Gan, T. J. 2003. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*. 97 (2), 534–540. Viitattu 16.4.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873949>

Arnold, E., La Barrie, J., Da Silva, L., Patti, M., Goode, A. & Clewley, D. 2019. The Impact of Timing of Physical Therapy for Acute Low Back Pain on Health Services Utilization: A Systematic Review. 100 (7), 1324–1338. Viitattu 5.3.2019,

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999319301522>

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y. & Jaeschke, R. 2013.

Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Clinacal Care Medicine 41 (1), 263-306. Viitattu 2.1.2019,

https://journals.lww.com/ccmjjournal/fulltext/2013/01000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_of.29.aspx#pdf-link

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik Hals, E. K., Kvarstein, G. & Stubhaug, A. 2008 Assessment of Pain. British Journal of Anesthesia 101 (1), 17-24. Viitattu 11.4.2020, <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/journal/british-journal-of-anaesthesia/vol/101/issue/1>

Carlson, C.L. 2010. Prior Condition Influencing Nurses' Decisions to Adopt Evidence-Based Postoperative Pain Assessment Practices. Pain Management Nursing 11 (4), 245–258. Viitattu 3.1.2019, <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S1524904209000575>

Day, M. A., Jensen, M. P., Ehde, D. M. & Thorn, B. E. 2014. Toward a Theoretical Model for Mindfulness-Based Pain Management. The Journal of Pain 15 (7), 691–703. Viitattu 4.2.2019, <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S1526590014006725>

Dueholm Bech, R., Lauritsen, J., Ovesen, O. & Overgaard, S. 2015. The Verbal Rating Scale for Assessment of Postoperative Pain in Hip Fracture Patients. Pain Research and Treatment. Article ID 676212, 1–7. Viitattu 20.1.2019,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452862/pdf/PRT2015-676212.pdf>

Elomaa, M. 2018. Kivun kroonistumisen psykososiaaliset tekijät. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Konttinen & A. Vaittinen (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 113–118.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Fabbian, F., De Giorgi, A., Pala, M., Mallozzi Menegatti, A., Gallerani M. & Manfredini, R. 2014. Pain Prevalence and Management in an Internal Medicine Setting in Italy. Pain Research and Treatment. Hindawi Publishing Corporation. Article ID 628284, 1–5. Viitattu 1.2.2019, <https://www.hindawi.com/journals/prt/2014/628284/abs/>

Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R. & Edwards, R. R. 2016. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods and Mechanisms. The Journal of Pain 17 (9), T10-T20. Viitattu 19.1.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590015008652?via%3Dihub>

Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., Ferreira, P. H., Friz, J. M., Koes, B. W., Peul, W., Turner, J. A. & Maher, C. G. 2018. Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and Treatment of low back pain: evidence, challenge and promising directions. The Lancet 391 (10137), 2368–2383. Viitattu 6.3.2019, <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S0140673618304896>

Gianni, W., Madaio, R. A., Di Cioccio, L., D'Amico, F., Policiccho, D., Postacchini, D., Franchi, F., Ceci, M., Benicasa, E., Gentili, M. & Zuccaro, S. M. 2010. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. Archives of Gerontology and Geriatrics. 51 (3), 273–276. Viitattu 30.1.2019, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.11.016>

Grommi, S. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 1.2.2019, http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150461/

Haanpää, M. 2018. CRPS:n ehkäisy ja hoito. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.2.2019, <https://www.oppiportti.fi/op/kip03826/do>

Haanpää, M. 2018. Kipupotilaan kliininen tutkiminen. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 14.1.2018, <https://www.oppiportti.fi/op/kip01120/do>

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. IASP:n kroonisen kivun luokitus. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.1.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/kip01023/do>

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Luokitteluperusteista. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.1.2019, <http://www.oppiportti.fi/op/kip01021/do>

Hamunen, K. & Kontinen, V. 2018. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim, 292–312.

Hamunen, K. & Kontinen, V. 2015. Mitä uutta kivunhoidossa? SIC! -lääketietoa Fimeasta. 4. 2015, Viitattu 6.2.2019, http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/mita-uutta-kivunhoidossa-

Hargett, J. L. & Criswell, A. C. 2019. Non-pharmacological interventions for acute pain management in patients with opioid abuse or opioid tolerance: a scoping review protocol. The Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 17 (7), 1283–1289. Viitattu 14.4.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30864979>

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T. & French, M. 2011. Measures of Adult Pain. Arthritis Care & Research. 63 (S11), S240-S252. Viitattu 17.1.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.20543>

Heikkilä, K., Axelin, A., Peltonen, L-M., Heimonen, J., Anttila, P., Viljanen, T., Salokoski, T. & Salanterä, S. 2019. Pain process of patients with cardiac surgery – Semantic annotation of electronic patient record data. Journal of Clinical Nursing. 1555-1567. Viitattu 19.2.2019, <https://onlinelibrary-wiley-com.ezp.oamk.fi:2047/doi/epdf/10.1111/jocn.14752>

- Heikkilä, K. 2017. Leikkauksen jälkeistä kipua kirjataan huonosti. Kipuviesti. 1.2017, 33–37. Viitattu 22.1.2019, <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/8490e6c65ce14d1e461cb451c8140681/1548143600/application/pdf/224319/Kipuviesti%201-2017.pdf>
- Heikkilä, K., Peltonen, L-M., Salanterä, S. 2016. Postoperative pain documentation in hospital setting: A topical review. Scandinavian Journal of Pain. (11), 77–89. Viitattu 1.2.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877886015001512>
- Hill, W. 2016. The role of occupational therapy in pain management. Anesthesia & Intensive Care Medicine. 17 (9), 451–453. Viitattu 4.1.2019, <https://www.sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S1472029916300820>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2012. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hush, M.J., Refshauge, K.M., Sullivan, G., De Souza, L. & McAuley, J. 2010. Do Numerical Rating Scales and the Roland-Morris Disability Questionnaire capture changes that are meaningful to patients with persistent back pain? Clinical Rehabilitation 24 (7), 648–647. Viitattu 20.1.2019, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215510367975>
- Härkänen, M. 2014. Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niihin myötävaikuttavat tekijät sairaalapotilailla - Global Trigger Tool menetelmää ja havainnointia yhdistettynä potilaskertomusanalysiin. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 17.4.2020, https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf
- IASP 2019. Chronic Pain has arrived in the ICD-11. Viitattu 6.2.2019, <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340>
- IASP 2018. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised). Viitattu 2.1.2019, <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>

IAPS 2017. IASP Terminology. Viitattu 10.12.2018, <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

IASP 2010. Declaration of Montreal. Viitattu 3.1.2019, <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>

Innokylä 2017. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 9.3.2019, <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Ip H.Y.V., Abrishami A., Peng P.W.H., Wong J. 2009. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology* 111 (3) 657–677. Viitattu 30.1.2019, <http://dx.doi.org.ezp.oamk.fi:2048/10.1097/ALN.0b013e3181aae87a>

Johnson, M., Paley, A. C., Howe, E.T. & Sluka, A.K. 2015. Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain. *Cochrane Systematic Review*. Viitattu 11.2.2019. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006142.pub3/full>

Johansson, K., Salanterä, S. & Katajisto, J. 2007. Empowering orthopedic patients through pre-admission education: Result from a clinical study. *Patient Education and Counselling*. 66 (1), 84–91. <https://www.sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S0738399106003508>

Jokinen, A. 2019. Lasten ja nuorten postoperatiivisen kivun hoidon ja sen arvioinnin kirjaaminen sairaalassa. Itä- Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Pro- gradu tutkielma. Viitattu 13.5.2019, https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20191107/urn_nbn_fi_uef-20191107.pdf

Jokinen, T. ja Virkkunen, H. (toim.) 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Viitattu 15.1.2019, https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>

Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. 535–543.

Kalso, E. 2018. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 3.1.2019, <http://www.oppiportti.fi/op/kip01021/do>

Kalso, E. 2018. Voiko kipua mitata. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.1.2019 <http://www.oppiportti.fi/op/kip00723/do>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kankkunen, P. 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. Sairaanhoidaja-lehti. 84 (9), 22–24. Viitattu 23.1.2019, <https://shlehti.sairaanhoitajat.fi/digilehti/09-2011/22-37>

Karcioglu, O., Topacoglu, H., Ozgur, D. & Dikme, O. 2018. A systematic review of pain scales in adults: Which to use? The American Journal of Emergency Medicine 36 (4), 707–714. Viitattu 17.1.2019, <https://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S0735675718300081>

Karjula, E., Meriläinen, M., Pietikäinen, A. & Pölkki, T. 2018. Yhtenäisen kivunarvioinnin ja -hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä hankesuunnitelma. PPSHP intranet. Viitattu 29.1.2019.

Kehlet, H., Jensen, T., Woolf, C. 2006. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 367 (9522), 1618–1625. Viitattu 1.2.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360668700X>

Kinnunen, U-M., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T. & Moilanen, K. 2019. FinCC-luokituksen käyttöopas. FinCC 4.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.3.2020, <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?pageId=56886406>

Kipu: Käypähoito - suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 11.12.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Koho, P. 2015. Fear of Movement. Epidemiological and clinical evaluation in the Finnish general population and chronic musculoskeletal pain patients and relevance for rehabilitation. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 29.1.19, <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/158374>

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeinen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131 (20), 1921–1928. Viitattu 14.4.2020, <https://www.duodecimlehti.fi/duo12492>

Kontinen, V. & Murtomäki, J. 2018. Kivusta kärsivä syöpäpotilas päivystyksessä. Lääkärilehti 18 (73), 1143–1146.

Korhonen, A. & Pölkki, T. 2008. Keskosten kivunarvioinnin kirjaaminen: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. Tutkiva hoitotyö 6 (1), 5–11.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 4.2.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1), 10–15.

Laitinen, H. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print Tampere. 86.Väitöskirja. Viitattu 15.1.2019,

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96218/978-951-44-9583-0.pdf?sequence=1>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P12>.

Lee, C-H., Liu, J-T., Lin, S-C., Hsu, T-Y., Lin, C-Y. & Lin, L-Y. 2018. Effects of Educational Intervention on State Anxiety and Pain in People Undergoing Spinal Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing* 19 (2), 163–171. Viitattu 12.3.2019, <https://www-sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S1524904217305234#!>

Le May, S., Ballard, A., Khadra, C., Gouin, S., Plint, A.C., Villeneuve, E., Masse, B., Tsze, D.S., Neto, G., Drendel, A.L., Auclair, M-C., Mc Grath, P. J. & Ali, S. 2018. Comparison of the psychometric properties of 3 pain scales used in pediatric emergency department: Visual Analog Scale, Faces Pain Scale-Revised, and Coloured Analogue Scale. *Pain* 159 (8), 1508–1517. Viitattu 17.1.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29608509>

Liljamo, P. 2017. Hoitoisuusluokittelua 20 vuotta – Mitä hyötyä? ePOOKI, Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut ISSN 1798–2022, 43/2017, 1–5. Viitattu 1.2.2019, <http://www.oamk.fi/epooki/2016/hoitoisuusluokittelua-20-vuotta/>

Liljamo, P. 2018. Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus. Hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. No 182. Viitattu 11.4.2020, https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2930-3/

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC luokituskokonaisuuden käyttöopas- STHaL 3.0 STHoL 3.0 ja STHul 1.0. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos (THL). Viitattu 1.2.2019, <http://www.julkari.fi/handle/10024/90804>

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Saranto, K. 2016. Healthcare professionals' views on the mutual consistency of the Finnish Classification of Nursing Interventions and the Oulu Patient Classification. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 477–488. Viitattu 1.2.2019,

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12266>

Maier, C., Nestler, N., Richter, H., Hardinghaus, W., Pogazki-Zahn, E., Zenz, M. & Osterbrink, J. 2010. The Quality of Pain Management in German Hospitals. *Deutsches Ärzteblatt International* 107 (36), 607–614. Viitattu 30.1.2019, <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=78179>

Mikkonen, H. 2012. Laadun johtamisella kohti parempaa potilasturvallisuutta. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen koulutusala. YAMK opinäytetyö. Viitattu 27.3.2020, <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012110614953>

Miro, J., Huguet, A., Nieto, R., Parades, S. & Baos, J. 2005. Evaluation of Reliability, Validity, and Preference for a Pain Intensity Scale for Use with the Elderly. *The Journal of Pain*. 6 (11), 727–735. Viitattu 17.1.2019,

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590005007340?via%3Dihub>

Niskakipu (aikuiset). Käypä hoito – suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Societas Medicinae Physicis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettaman työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 7.2.2019.

Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi

Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti; Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40/2012. Viitattu 1.2.2019,

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf

OAMK 2012. CoPack Methods Manual. Viitattu 9.3.2019,

http://copack.oamk.fi/docs/methods/methods_manual.pdf

Oulun yliopistollinen sairaala. 2020. Kivun arviointi ja kirjaaminen. Sisäinen ohje. Saatavilla intranetissä.

Ojala, T. 2010. Kroonisen kivun hyväksyminen- suomenkielisen CPAQ mittarin reliabiliteetti ja validiteetti. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Fysioterapian Pro gradu - tutkielma. Viitattu 29.1.19, <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/24320>

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu - lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.2.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2019. Viitattu 7.2.2019 Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi

Pesonen, A. 2011. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia Oy. Viitattu 17.1.2019, <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/28175>

Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2018. Viitattu 8.2.2019 Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019a. Hoitotyön kirjaamisen ohjeistus vuodeosastoille. PPSHP: n sisäinen ohje. Saatavilla PPSHP: n Intranetissä. Viitattu 15.4.2020

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019b. Yhtenäisen kivunarvioinnin ja –hoidon toimintamallin kehittäminen PPSHP:ssä. Hankeraportti. PPSHP:n sisäinen asiakirja.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2020. Hoito-ohjeet (fraasit) Eskon hoitosuunnitelmaosiossa. PPSHP:n sisäinen ohje. Saatavilla PPSHP: n Intranetissä. Viitattu 15.4.2020

Pudas-Tähkä, S-M. 2018. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy. Viitattu 18.1.2019, <http://www.utupub.fi/handle/10024/144771>

Pölkki, T. 2019. Aineiston anonymisointi? Kliinisen hoitotieteen asiantuntija, PPSHP. Sähköposti-
viesti 28.2.2019

Pölkki, T. & Rajanen, T. 2017. Lapsen kivun arvioinnin kirjaaminen päiväkirurgisella osastolla:
retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. Tutkiva hoitotyö 15 (1), 3–9. Viitattu 2.1.2019,
<https://emagz-fi.ezp.oamk.fi:2047/reader/issue/10228/177287/2>

Räisänen, S. & Gissler, M. 2012. Rekisteritutkimus- mahdollisuus hoitotieteessä. Hoitotiede 24
(1), 62–69. Viitattu 6.2.2019,
<http://elektra.helsinki.fi.ezp.oamk.fi:2048/se/h/0786-5686/24/1/rekister.pdf>

Rönkä, P. 2018. 1–6-vuotiaiden lasten postoperatiivisen kivun hoitotyö: Lapsen kivun arviointi,
hoito ja kirjaaminen. Itä- Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Pro- gradu –
tutkielma. 22–35. Viitattu 13.5.2020.
https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180713/urn_nbn_fi_uef-20180713.pdf

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa E. Sailo & A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Tampere:
Kustannusosakeyhtiö Tammi, 97–104.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY
Oppimateriaalit Oy.

Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon? Lääketieteellinen
aikakauskirja Duodecim. 123 (7), 825–828. Viitattu 11.2.2019,
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/7/duo96389>

Salomäki, T & Laurila, P. 2014. Kivun lievitys. Teoksessa P. Rosenberg (toim.) Anestesiologia ja
tehohoito. Helsinki. Duodecim. Viitattu 7.2.2019,
<https://www.oppiportti.fi/op/ajit00004/do#s3>

Saranto, K., Kivekäs, E., Palojoki, S., Kinnunen U-M., Sjöblom, O. & Suomi, R. 2018. Tiedonkulun
vaikutus SOTE- palvelujen maineeseen. KAKS, Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu, 16.
Viitattu 22.1.2019,

https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/04/tiedonkulun-vaikutus-sote-palvelujen-maineeseen_julkaisu016.pdf

Savolainen, T. (toim.) 2018. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjen käyttöä ja yhdenmukaista kirjaamista tukevia ohjeita. Helsinki: Kuntaliitto, 1–33.

Savolainen, T. & Aralinn, V. (toim.) 2017. Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Kuntaliitto, 1–81.

Shipton, E. A. 2018. Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. *Pain and Therapy* 7 (2), 127–137. Viitattu 11.2.2019, <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40122-018-0105-x>

Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Halliwell, R. & Trinca, J. 2015. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. 4th Edition, ANZCA & FPM, Melbourne. Viitattu 6.2.2019, 16.4. ja 13.5.2020 http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final

Simonen-Fallieras, M. 2019. Kontrolloitu kieli hoitokertomusten kieltä yhtenäistämässä. Vaasan yliopisto. Markkinoinnin ja viestinnän yksikkö. Teknisen viestinnän maisteriohjelma. Soveltavan kielitieteen pro- gradu tutkielma. Vaasa. Viitattu 5.4.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019083126268>

Song, W., Eaton, L. H., Gordon, D. B., Hoyle, C. & Doorenbos, A. Z. 2015. Evaluation of Evidence-based Nursing Management Practice. *Pain Management Nursing* 16 (4), 456–463. Viitattu 15.2.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904214001489>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2017. Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Viitattu 4.1.2019, <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79292>

Suomen Anestesiologiyhdistys ry (SAY) & Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. *Finnanest* 45 (2), 119. Viitattu 6.2.2019,

https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf

Suomen Anestesiologiyhdistys (SAY) 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. 47(3). Viitattu 15.1.2019,
https://www.say.fi/application/files/3214/5484/2042/Suositus_leikkauksenjalkeisen_akuutin.pdf

Suomen Fysioterapeutit 2017. Dokumentointi. Viitattu 29.5.2020,
<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/dokumentointi/>

Suomen Fysioterapeutit 2016. Fysioterapeutin ydinosaminen. Viitattu 6.3.2019,
<http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaminen/FysioterapeutinYdinosaminen.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2019. ICF-luokituksen koodit ja tarkenteet. Viitattu 29.5.2020, <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-koodit-ja-tarkenteet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2018. Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 31.1.2019, <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2017. TOIMIA-tietokanta. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari - lyhyt versio. Viitattu 6.2.2019.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2016. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset. Viitattu 7.4.2020. https://thl.fi/documents/920442/3850406/Terveys-+ja+hoitosuunnitelman+toiminnalliset+vaatimukset_v1.1_20171030.pdf/8be0a7bf-70e0-48bd-a31e-e7796bd16a74

Tiusanen, T., Junttila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede* 4 (21), 269–281.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere

Tracy, S., Dufault, M., Kogut, S., Martin, V., Rossi, S., Willey-Temkin, C. 2006. Translating Best Practices in Nondrug Postoperative Pain Management. *Nursing Research*. 55 (2), 57–67.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 16.1.2019,

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaarala, S. 2006. Ohjaus silmätautipotilaiden ja omaisten arvioimana. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu – tutkielma.

Vakkala, M. 2016. Leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa L. Niemi-Murola (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 7.2.2019, www.oppiportti.fi

Vakkala, M. 2016. Neuropaattisen kivun lääkehoito. Teoksessa L. Niemi-Murola (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 7.2.2019, www.oppiportti.fi

Vakkala, M. 2016. Nosiseptiivisen kivunhoito. Teoksessa L. Niemi-Murola (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 7.2.2019, www.oppiportti.fi

Vakkala, M. 2016. Vanhuksen kivunhoito. Teoksessa L. Niemi-Murola (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 7.2.2019, www.oppiportti.fi

Valvira 2013. Potilasasiakirjat. Viitattu 31.1.2019,

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

Valvira 2019. Kivunhoito. Viitattu 7.4.2020

<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 18.2.2019,

<https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524517560>

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

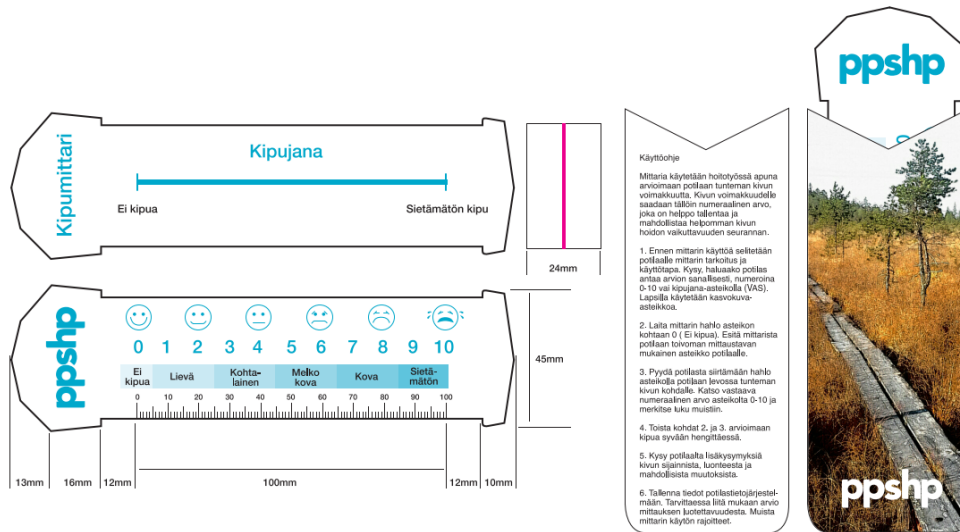
Wensley, C., Botti, M., McKillop, A. & Ferry, A.F. 2017. A Framework of comfort for practice: An integrative review indentifying the multiple influences on patients` experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*. 29 (2), 151–162. Viitattu 11.2.2019, <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/2/151/2910767>

LIITTEET

PPSHP kipumittari liite 1

Kivunarvioinnin ja -hoidon kirjaamiskysely liite 2

Kivunarvioinnin ja -hoidon kirjaamiskysely (muokattu aikuispotilaille) liite 3



Copyright © Tarja Pölkki ja Anna-Kaija Palomaa 2018

Kivunarvioinnin ja -hoidon kirjaamiskysely

- Kysely on tarkoitettu yksiköiden kipuyhdyshenkilöille täytettäväksi potilasasiakirjoista

Tiedote
6.8.2018
(versio
1)



Hyvä kipuyhdyshenkilö

Oulun yliopistollisen sairaalan lasten ja naisten tulosalueella kehitetään yhtenäistä kivunarvioinnin ja -hoidon mallia. Tähän kuuluu yhtenä osa-alueena kirjaamiskysely, jossa seurataan kivunarvioinnin ja kivunhoidon kirjaamisen käytäntöjä eri yksiköissä.

Tiedonkeruu toteutetaan yhden vuorokauden ajalta yksiköiden kipuyhdyshenkilöiden toimesta. Tiedon kerääminen tapahtuu U-päivänä, jolloin kipuyhdyshenkilöt eivät ole potilastyössä. Jokaisen potilaan potilasasiakirjoista (esim. Esko, Clinisoft tehotietojärjestelmä) kerätään tarvittavat tiedot tiedonkeruupäivää edeltävältä vuorokaudelta.

Tiedonkeruulomakkeet täytetään kaikista yksikössä hoidossa olevista potilaista

Tutkimuksen kulku:

1. Kipuyhdyshenkilöt saavat lomakkeiden täyttöä varten webropol-linkin.
2. Tästä webropol-linkistä löytyy tiedonkeruulomake, joka täytetään erikseen jokaisesta hoidossa olevasta potilasta.
3. Tiedot kerätään tiedonkeruupäivää edeltävän yhden vuorokauden ajalta.
4. Kerättävä tieto on salassa pidettävää ja muodostaa henkilörekisterin, minkä vuoksi tietoja tulee käsitellä tietosuojasitoumuksen mukaisesti eikä niitä saa luovuttaa ulkopuolisille.

KIVUNARVIOINNIN JA -HOIDON KIRJAAMISKYSELY

OSA 1. Taustiedot

1. Päivämäärä tiedonkeruuhetkellä _____

2. Potilasmäärä tiedonkeruuhetkellä _____

3. Yksikkö, josta potilaan tiedot kerätään

- osasto 55
- osasto 64
- osasto 60
- osasto 65
- osasto 51
- osasto 62 (sekä päivystys)
- lasten ja nuorten ajanvarauspoliklinikka
- lasten leikkausosastolla
- synnytysosastolla
- osastolla 13
- poliklinikalla 12
- naistentautien poliklinikalla
- lapsettomuuspoliklinikalla ja/tai andrologian poliklinikalla
- äitiyspoliklinikalla ja/tai sikiötutkimusyksikössä
- perinnöllisyyspoliklinikalla
- naisten osastolla 11A
- naisten osastolla 11 B
- naistentautien leikkausosastolla

4. Potilaan sukupuoli nainen

mies

5. Potilaan ikä _____

6. Kuinka kauan potilas on ollut hoidossa kyseisessä yksikössä

ollut hoidossa _____ kuukautta _____ viikkoa _____ päivää

OSA 2. Kivulle altistavat tekijät

7. Diagnosoitu perussairaus (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinsairaus | <input type="checkbox"/> Suolistosairaus |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Psyykkinen sairaus |
| <input type="checkbox"/> Hermovaurio | <input type="checkbox"/> Krooninen kipuoireyhtymä |
| <input type="checkbox"/> Infektio | <input type="checkbox"/> Synnynnäiset anomaliat |
| <input type="checkbox"/> Reuma | <input type="checkbox"/> Keskosuus |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ |
| <input type="checkbox"/> Syöpä | |

8. Sairauden/oireen hoito (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leikkauksen jälkeinen hoito | <input type="checkbox"/> Tehohoito |
| <input type="checkbox"/> Pitkä vuodelepo | <input type="checkbox"/> Synnytys/syntymä |
| <input type="checkbox"/> Sytostaatti- ja sädehoidot | <input type="checkbox"/> Keskenmeno |
| <input type="checkbox"/> Saattovaiheen hoito | <input type="checkbox"/> Muu, mi-
kä _____ |

9. Kipua aiheuttavat toimenpiteet (rastita kaikki kipua aiheuttaneet toimenpiteet, jotka on tehty potilaalle tiedonkeruupäivää edeltävän vuorokauden aikana)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kirurginen toimenpide | <input type="checkbox"/> Verinäytteenotto |
| <input type="checkbox"/> IV- tai arteriakanyylin laitto | <input type="checkbox"/> Injektiot |
| <input type="checkbox"/> Hengitysteiden imeminen | <input type="checkbox"/> Haavan hoito |
| <input type="checkbox"/> Nenämahaletkun laittaminen | <input type="checkbox"/> Puudutusten laittaminen |
| <input type="checkbox"/> Katetrien/dreenien laitto | <input type="checkbox"/> Raskauden keskeytys |
| <input type="checkbox"/> Intubointi | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ |

OSA 3. Kivunarviointi (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot, jotka löytyvät kirjattuna potilasasiakirjoista)

10. Potilaalta on arvioitu

- Kivun kesto Kivun sijainti
 Kivun tyyppi Kivun voimakkuus

11. Kipua on arvioitu levossa vähintään kerran työvuoron aikana

- Kyllä Ei löydy kirjausta

12. Kipua on arvioitu liikkeessä/potilasta liikuteltaessa vähintään kerran työvuoron aikana

- Kyllä Ei löydy kirjausta

13. Kipumittarina on käytetty (rastita arvioinnissa käytetty mittari)

- Kipujanaa (Visual Analogue Scale, VAS)
 Numeraalista asteikkoa 0–10 (Numerical Rating Scale, NRS)
 Sanallista arviota (Verbal Rating Scale, VRS)
 Kasvokuvia
 CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)
 COMFORT-B (Comfort-Behavior scale)
 FLACC (the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability scale)
 NIAPAS (Neonatal Infant Acute Pain Assessment Scale)
 Jotain muuta kipumittaria, mi-
tä _____
 Ei löydy mitään kirjausta käytetystä kipumittarista

14. Käytetty kipumittari on valittu yhdessä potilaan kanssa/opetettu potilaalle sen käyttö

- Kyllä Potilas ei kykene kommunikoimaan
 Ei löydy kirjausta

15. Potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta on kirjattu

- Kyllä Potilas ei kykene kommunikoimaan
 Ei löydy kirjausta

16. Potilaan läheisen/vanhemman arvio kivun voimakkuudesta on kirjattu

- Kyllä
 Ei löydy kirjausta

OSA 4. Kivunhoito (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot, jotka löytyvät kirjattuna potilasasiakirjoista)

17. Potilaalta on arvioitu kipu ennen kipulääkkeen antamista

- Kipumittarilla Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallisesti)
 Potilas ei ole saanut kipulääkettä
 Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

18. Kipulääkkeen antamisen jälkeen vaikutusta on arvioitu

- Kipumittarilla Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallisesti)
 Potilas ei ole saanut kipulääkettä
 Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

19. Kivun lievittämiseen on käytetty lääkkeettömiä menetelmiä

Kyllä (rastita kaikki käytetyt menetelmät) Huom. kirjaamisen yhteydessä täytyy olla maininta, että kyseinen menetelmä liittyy kipuun/kivunlievitykseen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mielikuvien käyttö | <input type="checkbox"/> ajatusten muualle suuntaaminen |
| <input type="checkbox"/> rentoutuminen | <input type="checkbox"/> hengitystekniikka |
| <input type="checkbox"/> musiikki | <input type="checkbox"/> asento- ja/tai liikehoidot |
| <input type="checkbox"/> kylmä-/lämpöhoidot | <input type="checkbox"/> hieronta |
| <input type="checkbox"/> läsnäolo | <input type="checkbox"/> lohduttaminen/rauhottaminen |
| <input type="checkbox"/> kosketus | <input type="checkbox"/> viihtyisän ympäristön järjestäminen |
| <input type="checkbox"/> käsikapalo | <input type="checkbox"/> kenguruhoitoa |

- palkitseminen tutti
 per os glukoosi imetys
 TENS kylpy/suihku
 aquarakkulat vyöhyketarapia
 muuta, mitä _____

Lääkkeettömien menetelmien käytöstä ei löydy kirjausta (Jos laitoit rastin tähän, siirry kysymykseen 22)

20. Kipu on arvioitu ennen lääkkeettömien menetelmien käyttöä

- Kyllä
 Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

21. Lääkkeettömien menetelmien käytön jälkeen vaikutusta on arvioitu

- Kipumittarilla Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallinen kuvaus)
 Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

OSA 5. Potilaan ja hänen vanhempansa/läheisensä ohjaaminen (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot, jotka löytyvät kirjattuna potilasasiakirjoista)

22. Potilas on saanut ohjausta

- Kivun syistä Kivunhoidon merkityksestä
 Kivun arvioinnista Kivun lääkehoidosta
 Kipulääkityksen haittavaikutuksista Lääkkeettömistä
kivunlievitysmenetelmistä
 Oman aktiivisuuden merkityksestä kivunhoidossa
 Potilas ei kykene kommunikoimaan
 Potilas on saanut kivunhoidon ohjauksesta muuta tietoa, mitä

Potilaan kivunhoidon ohjauksesta ei löydy kirjausta

23. Läheinen tai lapsipotilaan vanhemmat ovat saaneet ohjausta

- Kivun syistä Kivunhoidon merkityksestä
- Kivun arvioinnista Kivun lääkehoidosta
- Kipulääkityksen haittavaikutuksista Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä
- Läheisen/vanhemman osallistumisesta kivunhoitoon
- Potilaan aktiivisuuden merkityksestä kivunhoidossa
- Läheinen/vanhempi on saanut kivunhoidon ohjauksesta muuta tietoa, mitä

Läheisen/vanhemman kivunhoidon ohjauksesta ei löydy kirjausta

Copyright © Tarja Pölkki ja Anna-Kaija Palomaa 2018. Lupa mittarin muokkaamiseen aikuispotilaille saatu 27.2.2019

KIVUN ARVIOINNIN- JA HOIDON KIRJAAMISKYSELY

OSA 1. Taustatiedot

1. Päivämäärä tiedonkeruun hetkellä

2. Potilasmäärä tiedonkeruun hetkellä

3. Yksikkö, josta potilaan tiedot kerätään

4. Potilaan sukupuoli

mies

nainen

5. Potilaan ikä

6. Kuinka kauan potilas on ollut hoidossa kyseisessä yksikössä

aika vuorokausina (+tunteina, jos alle 1 vrk)

OSA 2. Kivulle altistavat tekijät

7. Diagnosoitu perussairaus (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot)

- Tuki- ja liikuntaelinsairaus
- Fibromyalgia
- Hermovaurio
- Infektio
- Reuma
- Diabetes
- Syöpä
- Suolistosairaus
- Psykkinen sairaus
- Krooninen kipuoireyhtymä
- CRPS
- Aivoverenkiertohäiriö
- Selkäydinvamma
- Sydän- ja verisuonisairaus
- Keuhkosairaus
- Ihosairaus
- Muu, mikä _____

8. Sairauden/oireen hoito (rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot)

- Leikkauksen jälkeinen hoito
- Tehohoito
- Pitkä vuodelepo
- Sytostaatti- ja sädehoito
- Saattovaiheen hoito
- Odottaa leikkausta
- Sairauden hoito / tutkimus- tai arviointijakso
- Muu, mikä _____

9. Kipua aiheuttaneet toimenpiteet (rastita kaikki ne toimenpiteet, jotka on tehty tiedonkeruuta edeltävänä vuorokautena)

- Kirurginen toimenpide
- Verinäytteen otto

- Iv.kanyylin tai arteriakanyylin laitto
- Injektiot
- Hengitysteiden imeminen
- Haavanhoito
- Nenämahaletkun laitto
- Puudutusten laittaminen
- Katetrien/dreenien laitto
- Intubointi
- Muu, mikä _____

OSA 3. Kivunarviointi

(Lisää kaikki soveltuvat vaihtoehdot, jotka löytyvät kirjattuina potilasasiakirjoihin)

10. Potilaalta on arvioitu

- Kivun kesto
- Kivun tyyppi
- Kivun sijainti
- Kivun voimakkuus
- Ei löydy kirjausta

11. Muu arvio kivusta, mikä: _____

12. Kipua on arvioitu levossa vähintään kerran työvuoron aikana (Riittää jos kipua on arvioitu kerran jonkin työvuoron aikana, vuorokauden aikana)

- Kyllä
- Ei löydy kirjausta

13. Kipua on arvioitu liikkeessä/potilasta liikuteltaessa vähintään kerran työvuoron aikana

- Kyllä
- Ei löydy kirjausta

14. Kipumittarina on käytetty (rastita arvioinnissa käytetty mittari)

- Kipujanaa (Visual Analogue Scale, VAS)

- Numeraalista asteikkoa 0–10 (Numerical Rating Scale, NRS)
- Sanallista kipuasteikkoa (Verbal Rating Scale, VRS)
- Kasvokuvia
- C-POT
- McGillin kipusanasto
- Kipupiiirros
- TSK-FIN (Tampa Scale of Kinesiofobia)
- CPAQ
- ESAS
- PAINAD
- Muu, mikä? _____
- Ei löydy kirjausta käytetystä kipumittarista

15. Käytetty kipumittari on valittu yhdessä potilaan kanssa/opetettu potilaalle sen käyttö

- Kyllä
- Ei löydy kirjausta
- Potilas ei kykene kommunikoimaan

16. Potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta on kirjattu

- Kyllä
- Ei löydy kirjausta
- Potilas ei kykene kommunikoimaan

17. Potilaan läheisen arvio kivun voimakkuudesta on kirjattu

- Kyllä
- Ei löydy kirjausta

18. Näkykö kirjauksissa potilaan oma kokemus kivusta?

- Kyllä
- Ei

OSA 4. Kivunhoito

(Rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot, jotka löytyvät kirjattuina potilasasiakirjoista)

19. Potilaalta on arvioitu kipu ennen kipulääkkeen antamista

- Kipumittarilla
- Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallisesti)
- Potilas ei ole saanut kipulääkettä
- Potilas on saanut kipulääkettä, mutta kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

20. Kipulääkkeen antamisen jälkeen vaikutusta on arvioitu

- Kipumittarilla
- Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallisesti)
- Potilas ei ole saanut kipulääkettä
- Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

21. Kivun hoitoon on käytetty lääkkeettömiä menetelmiä (Huom! Kirjaamisen yhteydessä täytyy olla maininta, että menetelmän käyttö liittyy kipuun)

- Kyllä (rastita kaikki käytetyt menetelmät)
 - mielikuvien käyttö
 - rentoutuminen
 - musiikki
 - kylmä-/lämpöhoidot
 - läsnäolo
 - kosketus
 - TENS
 - ajatusten muualle suuntaaminen
 - hengitystekniikka
 - asento- ja/tai liikehoidot
 - hieronta
 - lohduttaminen/rauhottaminen
 - viihtyisän ympäristön järjestäminen

- kylpy/suihku
 - vyöhyketerapia
 - liikunta
 - fysioterapia _____
 - toimintaterapia _____
 - muuta, mitä _____
- Lääkkeettömien menetelmien käytöstä ei löydy kirjausta (Jos laitoit rastin tähän, siirry suoraan kohtaan 22).

22. Kipua on arvioitu ennen lääkkeettömien menetelmien käyttöä

- Kipumittarilla
- Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallinen kuvaus)
- Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

23. Lääkkeettömien menetelmien käytön jälkeen vaikutusta on arvioitu

- Kipumittarilla
- Arvioitu muulla tavoin (esim. sanallinen kuvaus)
- Kivun arvioinnista ei löydy kirjausta

OSA 5. Potilaan ja hänen läheisensä ohjaaminen

(rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot, jotka löytyvät kirjattuina potilasasiakirjoihin)

24. Potilas on saanut ohjausta

- Kivun syistä
- Kivun arvioinnista
- Kipulääkityksen haittavaikutuksista
- Kivunhoidon merkityksestä
- Kivun lääkehoidosta
- Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä

- Oman aktiivisuuden merkityksestä kivunhoidosta
- Potilas ei kykene kommunikoimaan
- Potilas on saanut kivunhoidon ohjauksesta muuta tietoa mitä?

- Potilaan kivunhoidon ohjauksesta ei löydy kirjausta

25. Läheinen on saanut ohjausta

- Kivun syistä
- Kivun arvioinnista
- Kipulääkityksen haittavaikutuksista
- Kivunhoidon merkityksestä
- Kivun lääkehoidosta
- Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä
- Läheisen osallistumisesta kivunhoitoon
- Potilaan aktiivisuuden merkityksestä kivunhoidossa
- Läheinen on saanut kivunhoidosta muuta tietoa, mitä?

- Läheisen kivunhoidon ohjauksesta ei löydy kirjausta

YHTEISET/ Kipu fraasit

Tekijät: tt Maria Komu

sh Anne Mustaniemi

Hyväksyjä:

Sairauden oireet, hengittäminen ja verenkierto**Sairauteen ja tulosityhyn liittyvä hoidon tarve**

Kivunhoidon tarve ja tavoite

Odotettavissa olevien oireiden tarkkailu ja hoito-ohjeet

- Kivun voimakkuus, sijainti, laatu ja kesto potilaan arvioimana
- Kivun voimakkuus levossa ja liikkeessä kipumittarilla arvioituna
- Akuutissa kivussa potilaan arvio kivusta vähintään kerran työvuorossa, aloita säännöllinen arviointi, mikäli VAS 4 tai enemmän
- Akuutin kivun potilailta arvioidaan kipua useammin, mikäli käytössä on vahvempi lääkitys, tai kipu muuttuu
- Pitkittyneessä kivussa potilaan arvioima kipu ja/ tai sen aiheuttama haitta tarvittaessa
- Kommunikaation kykenemättömillä PAI-NAD mittarilla tai havainnoinnin avulla arvio kivusta

Perussairauteen ja poikkeavaan tilanteeseen liittyvä hoidontarve

- Pitkittyvälle kivulle altistavat riskitekijät (esim. pelko tai päihdeongelmat) Arviointivälineenä voi käyttää esim. Lintonin kipukyselyä, CPAQ, PSEQ, TSK.
- Kivunhoitoon liittyvät riskitekijät (esim. muunaisairaudet, vuotovaaraa lisäävät lääkkeet)

Lääkehoito ja ravitseminen**Lääkehoidon toteutus ja vaikutusten seuranta**

- Säännöllinen kipulääkitys:
- Tarvittaessa annettava kipulääkitys:
- Potilaan mittarilla arvioima kivun voimakkuus ennen ja jälkeen kipulääkettä
- Potilaan kokemus kipulääkityksen riittävydestä
- Kipulääkkeen antotavan mukaan vasteen arvio

- (po. tbl. 1 h, po. mikst.30min, iv.10min, laastari 2x työvuorossa)
- Kipupumppu tai kestoepiduraali käytössä, arvioi kipua useammin ja bolustuksen jälkeen

Aktiviteetti ja toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo

Liikkumiseen ja kuntoutukseen liittyvä hoidontarve tai Toiminnallisuuteen liittyvä hoidontarve

- Lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä käytössä (Esim. asentohoito, kylmähoito, rauhoittaminen rentoutuminen, liikkuminen.)
- Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus potilaan arvioimana

Hoidon/ jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki

- Keskustelu kivunhoidon tavoitteista ja menetelmistä
- Valittu kipumittariksi ___ ja ohjattu sen käyttö
- Kannustetaan ja ohjataan käyttämään lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä