



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Minna Coutinho, Maj-Britt Löv

Kotihoidon toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK, Geronomi YAMK

Vanhustyö ylempi AMK

Tutkimuksellinen kehittämistyö

3.1.2020

Tekijät Otsikko	Minna Coutinho, Maj-Britt Löv Kotihoidon toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon
Sivumäärä Aika	52 sivua + 7 liitettä 3.1.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK, Geronomi YAMK
Tutkinto-ohjelma	Vanhustyö ylempi AMK
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja	Yliopettaja Tuula Mikkola
<p>Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI-vertailukehittämisen tuloksien mukaan Suomessa noin joka neljäs ikäihminen elää päivittäisen kovan kivun kanssa. Espoon kotihoidossa RAI-vertailukehittämisen tulokset ovat hyvin saman suuntaiset. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tukea kotihoidon asiakkaiden turvallista arkea ja kivutonta elämää kotona mahdollisimman pitkään. Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon.</p> <p>Kehittämistyöhön osallistui yhteensä 21 hoitajaa yhdeltä Espoon kotihoidon suuralueelta. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä sovellettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin työpajatyöskentelyä ja teemahaastattelua. Lisäksi yhdessä työpajassa hyödynnettiin kotihoidossa käytössä olevia dokumentteja. Tutkimusaineistoa kerättiin kolmesta työpajasta ja yhdestä ryhmähaastattelusta, sekä kolmesta yksilöhaastattelusta. Työpajojen aineistot analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Haastattelujen aineisto analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Ensimmäisessä työpajassa selvitettiin syitä kivuliaiden asiakkaiden suureen määrään kotihoidossa. Menetelmänä käytimme kalanruotokaaviota syy-seuraussuhteiden selvittämiseen. Toisessa työpajassa hoitajat käyttivät PDSA-kehää kalanruotokaaviosta selvinneiden kehittämistoimenpiteiden työstämiseen. Työpajoissa valittiin keskeisimmät kehittämiskohteet, joiden avulla kivun toimintamallia työstettiin. Kolmannessa työpajassa paranneltiin työpajojen tuotoksia, jotka ovat lomake asiakkaan kivun tunnistamiseen, hoitajan ohje kivun tunnistamisen lomakkeeseen ja kirjaamista ohjaamaan kipu-fraasi. Nämä yhdessä tehdyn prosessin kanssa muodostavat toimintamallin kivun seurantaan ja hoitoon. Toimintamallia pilotoitiin, jonka jälkeen sen toimivuutta ja hyötyjä hoitajille arvioitiin ryhmä- ja yksilöhaastattelujen avulla.</p> <p>Kehittämistyön tulosten mukaan asiakkaan kivun tunnistamisen lomake auttoi hoitajia asiakkaan kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa. Hoitajien mielestä oli tärkeää, että heillä on sanoja, joita käyttävät, kun arvioivat kipua yhdessä asiakkaan kanssa. Tuloksien mukaan asiakkaan osallisuus tuo lisää syvyyttä kivun arviointiin. Hoitajat kokivat, että lomakkeet ovat informatiivisia ja ohjaavat toimimaan yhdenmukaisesti. Yhdenmukainen kirjaaminen helpottaa informaationkulkua. Yhdenmukaistamalla kivun seuranta ja hoitoa vähennetään hoidon vaihtelua. Toimintamalli on tarkoitus ottaa käyttöön Espoon kotihoidossa. Tavoitteena on tulevaisuudessa kouluttaa kotihoidon hoitajia käyttämään yhdenmukaista toimintamallia.</p>	
Avainsanat	laatu, kipu, hoidon seuranta

Author(s) Title	Minna Coutinho, Maj-Britt Löv Home Care Operating Model for Pain Monitoring and Treatment
Number of Pages Date	52 pages + 7 appendices 3 January 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Specialisation option	
Instructor	Tuula Mikkola, Principal Lecturer
<p>Every fourth elderly person in Finland experiences severe pain on a daily basis, according to Finnish Institute of Health and Welfare's RAI benchmarking report and the findings on the report were similar to the findings at homecare in Espoo. The purpose of the development work was to support homecare patients' safe and pain-free everyday life and to support the conditions to enable them to stay at home as long as possible. The goal of this thesis was to develop an operational model to pain monitoring and pain relief. Development group was assembled of nurses from Espoo homecare district.</p> <p>21 nurses participated in the development work. An operational research approach was used in the research development work. Workshops and theme interviews were used as a data collection method. In addition, homecare's available documentation was used in one workshop. Materials for the research were collected from three workshops, from one group interview and from three individual interviews. Data collected from the workshops were analyzed by using content analysis and the data collected from the interviews were analyzed by using material-oriented content analysis.</p> <p>In the first workshop, we sorted out the reasons for the huge number of painful patients in the homecare. We used Ishikawan chart method to sort out the cause-and-effect relationships. In the second workshop, nurses used PDSA cycle method for development operations found from the Ishikawan chart and the key areas related to the pain relief were selected for further processing. The third workshop focused on improving the outcomes from the first two workshops, which were a form to identify the patients' pain, guideline for nurses on how to make use of the form to identify the patients' pain and to give words to describe the pain for record of nursing. Together, these guidelines form an essential material for monitoring and treating patients' pain. The procedures were piloted and after the piloting, the functionality of the procedures was evaluated by the individual and group interviews.</p> <p>According to the results represented in this thesis, the Identify the Patients' Pain –form helped nurses to recognize and assess the volume of the patient's pain. Nurses pointed out that it is important to have words to describe the pain when they make the assessment with the patient. Results show that involvement of the patients brings more depth to assessing the pain. Nurses also stated that the forms were informative and guided nurses to work by the same principles. Record of nursing by the same principles also helps the flow of information. Harmonizing the monitoring and treating of patients' pain can also reduce the variation of treatments' quality. The goal is to bring this operating method in to use at homecare of Espoo and to instruct the nurses in the future at the homecare to make nursing documentation of the patients' pain by the same principles.</p>	
Keywords	quality, pain, care monitoring

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kehittämistyön tausta	3
2.1	Toimintaympäristön kuvaus ja organisaatorakenne	3
2.2	Yhteys työelämään	4
3	Kivun seuranta ja hoito kotihoidossa	6
3.1	Hoidon laatu	6
3.2	RAI-arviointi laadun mittarina	7
3.3	Kipukokemus	9
3.4	Kivun seuranta ja hoito	10
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus	12
4.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	12
4.2	Kehittämistyön lähestymistavat	12
4.3	Yhteiskehittäminen	15
4.4	Kehittämistyön osallistujat ja työpajojen aineiston kerääminen	15
4.5	Aineiston analyysi: sisällönanalyysi työpajatyöskentelystä.	17
4.6	Toimintamalliehdotus kivun seurantaan ja hoitoon	26
4.7	Pilotoinnin arviointi ryhmä- ja yksilöhaastattelujen avulla	27
4.8	Teemahaastattelu	28
4.9	Teemahaastattelun aineiston analyysi	30
5	Toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon	33
5.1	Hyödyt hoitajille kivun tunnistamisen lomakkeesta	33
5.2	Hyödyt hoitajille hoitajan ohjeesta kivun tunnistaminen	36
5.3	Hyödyt hoitajille kirjaamisen kipu-fraasista	37
5.4	Yhteenvedo kehittämistyön toimintamallista	38
6	Johtopäätökset ja pohdinta	39
6.1	Tulosten tarkastelu	39
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	42
6.2	Jatkotutkimusideoita	45
	Lähteet	47

Liitteet

- Liite 1. Työpajojen aikataulu ja sisältö
- Liite 2. Tiedote työpajoista Espoon kotihoidon hoitajille
- Liite 3. Tutkimussuostumus
- Liite 4. Ryhmähaastattelurunko
- Liite 5. Asiakkaan kivun tunnistamisen lomake
- Liite 6. Hoitajan ohje asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeeseen
- Liite 7. Kipu-fraasi

1 Johdanto

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Suomen väestö vanhenee vauhdilla. Väestöennusteen mukaan Suomessa on yli 65 vuotta täyttäneitä vuonna 2020 22,7% ja vuonna 2030 28,7% väestöstä. (Tilastokeskus 2019.)

Vuonna 2015 Sipilän hallitus linjasi hallitusohjelman, jonka keskeiset tavoitteet linjattiin kärkihankkeiden kautta. Yhtenä kärkihankkeena oli kehittää kotihoitoa. Tavoitteena oli parantaa kotona asumista tukevia palveluita ja kehittää kotihoidon toimintamalleja. Kärkihanke toteutettiin vuosina 2016–2018. (Noro & Karppanen 2019: 13; Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019 2015: 7.) Rinteen hallituksen hallitusohjelman tavoitteena oli muun muassa kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata laadukkaat palvelut ja parantaa palvelujen saatavuutta (Valtioneuvosto n.d.).

Kunnan tehtävänä on laatia suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tueksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen kehittämiseksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä sosiaali- ja terveystalouksista 2012/980 § 5).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2017) laatiman laatusuosituksen keskeinen sisältö jakautuu ikääntyneiden toimintakyvyn turvaamiseen, asiakas- ja palveluohjaukseen, laatuun, teknologiaan sekä ikäystävälliseen palvelujen rakenteeseen. Laatusuositus ohjaa kiinnittämään huomiota kaatumisen riskin vähentämiseen, liikkumisen ongelmiin sekä liikuntaan ja lihasvoimien vahvistamiseen, ravitsemustilaan ja laihtumiseen, muistihäiriöihin, mielialaan, päihteiden käytön seurantaan, yksinäisyyteen, runsaaseen sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön ja sairaalasta kotiutumisiin, pienituloisuuteen, suuriin elämänmuutoksiin kuten leskeytyminen sekä kaltoinkohteluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 7,16–17.)

Ikäihmisen laatusuosituksessa ohjataan kiinnittämään huomioita erilaisiin riskeihin kuten kaatumisiin, mielialan laskuun ja liikkumisen ongelmiin. Asiakkaan kokemaan kipua ja sen hoitoon ei ole laatusuosituksessa kiinnitetty huomioita. Asiakkaan kokeman kivun taustalla saattaa olla yhteyksiä laatusuosituksessa oleviin riskeihin. Kipu muuttaa asen-

noitumista muihin ihmisiin ja on yhteydessä masennukseen ja muihin negatiivisiin tunteisiin. Kipu huonontaa elämänlaatua ja heikentää toimintakykyä sekä lisää terveyspalvelujen käyttöä ja saattaa johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. (Tilvis 2016; Rapo-Pylkkö 2019: 47, 60.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) RAI-vertailukehittämisen tulosten mukaan noin joka neljäs ikäihminen elää päivittäisen kovan kivun kanssa (Ikääntyminen 2019). THL lähettää Espoon kotihoitoon kaksi kertaa vuodessa RAI-vertailukehittämisen tulokset, joista selviää, että Espoon kotihoidon RAI-tulokset ovat hyvin samansuuntaiset.

Kehittämistyön tarve on lähtöisin vanhusten palvelujen tavoitteesta vähentää kivuliaiden asiakkaiden määrää kotihoidossa. Kehittämistyö tukee kotihoidon asiakkaan turvallista arkea ja kivutonta elämää kotona mahdollisimman pitkään Espoo-tarinan mukaisesti. Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 painotetaan ikäihmisen kotona asumista turvallisesti ja palvelujen sekä hoidon kohdentamista oikea-aikaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 6).

Työssä dokumentoitiin työpajatyöskentelyä kehittämismenetelmänä. Kehittämistyössä hyödynnettiin laatutyökalua, PDSA-kehän syklistä prosessia. Tutkimusongelman syy-seuraussuhteita selvitettiin kalanruotokaavion avulla (ks. Dogget 2005: 35). Tutkimusongelmana: miksi kotihoidossa on paljon kivuliaita asiakkaita. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa Espoon kaupungin kotihoitoon toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Toimintamallin avulla yhtenäistetään kivun seuranta ja hoitoa. Yhtenäinen toimintamalli auttaa hoitajaa arvioimaan asiakkaan kipua samalla tavalla. Toimintamallilla hyödyntämällä pyritään vähentämään kivuliaiden asiakkaiden määrää kotihoidossa.

Toimintamallin toimivuuden varmistamiseksi, mallia pilotoitiin yhdellä kotihoidon alueella. Tämän jälkeen toimintamallin hyötyjä hoitajille arvioitiin ryhmä- ja yksilöhaastattelujen avulla. Kehittämistyöllä pyritään vastaan kotihoidon ajankohtaiseen haasteeseen kivun hoidossa.

2 Kehittämistyön tausta

2.1 Toimintaympäristön kuvaus ja organisaatorakenne

Kehittämistyön toimintaympäristö oli Espoon kaupungin Sosiaali- ja terveystoimi, vanhusten palvelut, kotihoito. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 20 §:n mukaan sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaisen kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:n sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.) Kotihoito koostuu erilaisista kunnan tai yksityisen sektorin tuottamista palveluista, joita ovat kotipalvelu, kotisairaanhoido ja erilaiset tukipalvelut kuten ateriapalvelu. Tarkoituksena on tukea ikäihmisen kotona asumista ja omatoimista elämää sekä kannustaa omien voimavarojen käyttöön. (Kotihoidon asiakkuuden kriteerit 2017.)

Espoon kaupungin vanhusten palvelut koostuvat neljästä palvelualueesta, jotka ovat Espoon sairaala, Seniorineuvonta ja palveluohjaus Nestori, pitkäaikaishoito ja kotihoito. Espoon kotihoito on jaettu viiteen suuralueeseen, jotka ovat Espoon keskus, Espoonlahti, Leppävaara, Matinkylä-Olari ja Tapiola. Kotihoitoon kuuluu myös kotikuntoutus ja resurssipooli. (Espoo n.d.) Alla kuvaus kotihoidon organisaatorakenteesta (kuvio 1).



Kuvio 1. Kotihoidon organisaatorakenne.

Espoon kotihoito koostuu noin 430:stä hoitotyön ammattilaisesta. Henkilöstöstä noin 70 on sairaanhoitajia, 10 fysioterapeuttia ja lähes 300 lähihoitajaa. Esimiehiä ja asiantuntijoita on yhteensä 15 henkilöä. Lisäksi Espoon kotihoidossa on työnjärjestelijöitä, sovel-lusasiantuntijoita, sovellusneuvoja ja toimistosihiteereitä. (Pursiainen 2019.)

Espoon kotihoidon suuralueet on jaettu tiimeihin. Suuralueella tiimejä on noin 30–32. Tiimit koostuvat hoitoringeistä. Hoitoringissä työskentelee lähi- ja sairaanhoitaja. Sai-raanhoitaja toimii hoitoringin vetäjänä. Lähihoitaja on omahoitaja useammalle asiakkaalle, joiden hoidosta hän vastaa yhdessä sairaanhoitajan ja lääkärin kanssa.

Teimme kehittämistyön yhdelle kotihoidon alueelle. Kehittämistyö kohdistui yhden suur-alueen tiimin hoitajiin. Tiimissä on yhteensä 14 hoitajaa, joista 12 on lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Toinen meistä työskentelee alueen sairaanhoitajana ja toinen kotihoi-don asiantuntijana. Näin ollen meillä on hyvä tietämys alueen asiakkaista ja hoitajista. Vaikka työpisteet ja työnkuvat ovat hyvinkin erilaiset, työskentelemme molemmat van-husten palvelussa ikäihmisten parissa.

2.2 Yhteys työelämään

Hallituksen rakennepoliittisen ohjelman mukaan suunnitelmassa on purkaa laitoshoidoi-toa ja painottaa kotona asumista (Ajankohtaista 2014). Yhä enenevässä määrin asiak-kaita hoidetaan pidempään kotona. Tämä tuo mukanaan sen, että kotihoidon asiakkaat tulevat olemaan entistä sairaampia ja mahdollisesti kivuliaampia. Monisairaan ikäihmi-sen kivun lääkehoito on lähes aina tasapainoilua erilaisten haittojen, riskien ja hyötyjen välillä. Lääkkeiden haittavaikutusten esiintyminen lisääntyy iän ja käytössä olevien lää-kkeiden lukumäärän mukaan. Esimerkiksi kova kipulääkitys saattaa aiheuttaa asiakkaalle huimausta ja sitä kautta nostaa kaatumisriskiä. (Iivanainen & Syväoja 2012: 376.)

Espoon vanhusten palvelussa on seurattu kipua kokevien asiakkaiden määrää vuodesta 2014. Tämä käy ilmi Espoon vanhusten palvelujen tekemästä raportista vastaavassa raportissa vuodelta 2018 todetaan, että RAI-tulosten mukaan kivun hoitoon on kiinnitetty entistä enemmän huomioita niin kotihoidossa kuin laitoshoidossakin (Iäkkäiden henkilöi-den tarvitsemien palveluiden riittävyys ja laatu 2015: 2,10; 2018: 12). Vanhuspalvelulain mukaan kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on vuosittain arvioitava iäkkäi-

den henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen riittävyys ja laatu alueellaan (Laki ikään-
tyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä sosiaali- ja terveystalvuluista 2012/980
§ 6).

Espoon strategian yhtenä tavoitteena on, että: "Ikään-
tyneet asuvat turvallisesti ja toimin-
takykyisinä kotona. (Ahtiainen 2019: 35) Kehittämistyön tarve on lähtöisin Espoon koti-
hoidon tavoitteesta, että kivuliaiden asiakkaiden määrä vähenee. Kehittämistyöllä tue-
taan kotihoidon asiakkaan kivutonta elämää kotona mahdollisimman pitkään (ks. Espoo-
tarina 2017).

3 Kivun seuranta ja hoito kotihoidossa

3.1 Hoidon laatu

Hoitotyön laatuun on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota. Useat lait ja valtakunnalliset laatusuositukset ovat perustana turvalliselle ja tasavertaiselle hoidolle ja palvelulle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laatumääritelmä on laaja. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu tarkoittaa sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. Hyvä laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön perustuvaa palvelua, joka tuottaa kansalaisille hyvinvointia. Laadulla pyritään maksimoimaan hyvinvointia ja minimoimaan riskit. (Sote-uudistus 2019.)

Kunta seuraa oman toimintansa laatua ja tuottaa tasavertaisia palveluja asiakkaille (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä sosiaali- ja terveystalvueluista 2012/980). Hoidon laatuun kuuluu myös omavalvonta ja raportointi (Terveydenhuollon laatuopas 2019: 6). Laatusuosituksessa on otettu huomioon lainsäädäntö, muu ohjaus ja toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset kunnan strategian mukaisesti. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 20.)

Omavalvonta on sosiaali- ja terveydenhuollon työkalu, jonka avulla toimintayksikkö päivittäisessä asiakastyössään kehittää ja seuraa palveluidensa laatua (Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019: 11). Espoossa laatua seurataan ja arvioidaan muun muassa asiakastytyväisyyskyselyillä, vaaratapahtumien raportoinnilla, sosiaaliamiehen vuosittaisella raportoinnilla ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vertailukehittämisen RAI-raporteista (Iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden riittävyys ja laatu 2018: 9, 14, 20, 23). Espoon vanhusten palvelujen omavalvontaan sisältyy kotihoidon asiakkaiden kivun seuranta. RAI-vertailukehittämisen raporteista saa tietoa kotihoidon kipua kokevien asiakkaiden määrästä (Ikääntyminen 2019).

Kirjaaminen on osa hoitotyön laatua. Kinnunen (2013) käsittelee väitöskirjassaan kirjaamisen yhdenmukaistamisen tärkeyttä laadun varmistamiseksi. Kirjaaminen on informatiivista ja kokonaisvaltaista kun kirjaamisessa käytetään luokituksia ja termistöjä. Kirjaa-

misen laadun parantamiseksi rakenteisen, sähköisen kirjaamisalustan täytyy tukea hoitotyötä ja sen kielen tulee olla tuttu käyttäjälle. (ks. Kinnunen 2013: 41.) Tiedonkulun kannalta hyvä ja johdonmukainen kirjaaminen vähentää väärinymmärryksiä ja pienentää hoitovirheiden riskiä. Johdonmukaisella kirjaamisella turvataan tiedon siirto hoitajalta toiselle ja organisaatiosta toiseen. Kirjaaminen tuo hoitoon jatkuvuutta ja helpottaa hoidon vaikuttavuuden seuranta. Dokumentoinnissa tulisi näkyä oireet ja fysiologiset muutokset, jotka ovat hoitotoiminnan kannalta tärkeitä. (Suhonen 2005: 46.)

Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma -oppaan (2002) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti tai voinnin muuttuessa yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelma on väline, jolla tuotetaan, arvioidaan ja kehitetään laadukkaita palveluja. Päivittäisen kirjaamisen lisäksi kivun seuranta ja hoito sisällytetään asiakkaan henkilökohtaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Päivärinta & Haverinen 2002: 5–6,46.)

3.2 RAI-arviointi laadun mittarina

Vanhuspalvelulaissa (2012/980) yhtenä painotusalueena on, että laki parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystyöpalveluja. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut tarvitseville iäkkäille henkilöille. Näihin edellä mainittuihin kokonaisuuksiin on käytettävissä olevia laatuindikaattoreita, joiden avulla voidaan suositusten toteutumista arvioida järjestelmällisesti. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 38–40.)

Laadukkaan hoidon ja seurannan yhtenä työvälineenä toimii RAI-arviointi. Kotihoidon asiakkaan toimintakykyä arvioidaan RAI-arviointilomakkeen avulla. Yhtenä osa-alueena RAI:ssa on kipua kartoittavat kysymykset. RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-arviointi on järjestelmällinen ja monipuolinen ikäihmisen hoidon apuväline. Kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI omistaa oikeudet ja ylläpitää RAI-välineistöä. Suomalaista RAI-välineistöä valvoo Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, jatkossa käytämme lyhennettä THL. (Laukkanen 2018: 300; Ikääntyminen 2019.)

RAI-mittaristo antaa tietoa asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Lisäksi sen avulla saadaan tietoa asiakkaan selviytymisestä päivittäisistä tehtävistä hänen omassa elinympäristössään. Toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan olemassa olevat ikäihmisen voimavarat ja se, miten henkilö selviytyy päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti ja missä hän tarvitsee ulkopuolista apua. (Laukkanen 2018: 300–301.)

Laadun seurantaan käytetään Espoon vanhusten palveluissa *Resident Assessment Instrument* eli RAI-työkalua (Ikääntyminen n.d.). RAI-mittarituloksia seuraamalla on pystytty kiinnittämään huomiota erityisesti kivuliaisiin asiakkaisiin. Raportista ilmenneen tavoitteen mukaan asiakkaiden kivun lievittämisen hoitoon ja seurantaan tulee panostaa (vrt. läkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen riittävyys ja laatu raportti 2015: 9–10). Espoon kotihoidossa seurataan kipua kokevien asiakkaiden määrää RAI-mittarin avulla. Kipua kokevien asiakkaiden määrä valtakunnallisella tasolla ja Espoon kotihoidossa (ks. kuvio 2).



Kuvio 2. THL-vertailukehittäminen, RAI-laatuindikaattori kova päivittäinen tai häiritsevä kipua (Löv 2019).

Tilastojen mukaan kipua kokevien asiakkaiden määrä on Espoossa vähentynyt vuoden 2019 aikana. Kipua kokeviin asiakkaisiin on kiinnitetty enemmän huomiota ja ongelmaan on pyritty puuttumaan päivittäisessä hoitotyössä. Valtakunnallisessa vertailussa kovaa tai häiritsevää kipua kokevien asiakkaiden osuus on Espoossa hieman alhaisempi kuin Suomessa keskimäärin (ks. taulukko 2).

3.3 Kipukokemus

Moni ihminen kokee elämässään kipua ja siihen liittyviä epämukavuuden tunteita. Kansainvälisen kivun tutkimusyhdistyksen *International Association for the Study of Pain* mukaan kipu on epämiellyttävä tunnekokemus tai aistimus, johon liittyy mahdollinen kudosaivurio tai selvä kudosaivurio. Kipu ja siihen liittyvät tuntemukset ovat subjektiivinen kokemus. (International Association for the Study of Pain 2011.)

Kipu on aina kokijalleen todellinen, yksilöllinen, epämiellyttävä tunne tai tila, eikä sitä voi verrata toisen kokemukseen. Kivun tuntemiseen vaikuttavat aikaisemmat kokemukset kivusta sekä psyykkiset, fyysiset ja hengelliset tekijät unohtamatta kulttuurin vaikutusta koettuun kipuun. (Vainio 2004: 17–19; Hagelberg & Heiskanen 2015.)

Kivun kokeminen on hyvin yleistä ikäihmisillä. Kipu heikentää tarpeettomasti toimintakykyä sekä aiheuttaa muun muassa masennusta ja toimintakyvyn laskua. Kivun syyn selvittäminen ja hoitovasteen säännöllinen seuranta sekä asiallisen tiedon saanti ja hoitajan tuki ovat tärkeitä kivun hoidon onnistumiselle sekä kivun hallinnalle. (Finne-Soveri 2008: 201.)

Kipua voidaan luokitella erilaisilla luokittelusysteemeillä, joista tutuin on jako akuuttiin- ja krooniseen kipuun. Käypä hoito -suosituksessa määritellään kipua neuropaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu johtuu kipua välittävän hermojärjestelmän vauriosta tai jostakin sairaudesta. Kudosaivuriokipu eli nosiseptiivinen kipu on kipureseptorin ärsytyksen aiheuttama kivun aistiminen, kun kudosaivurio on tapahtunut tai uhkaamassa. Krooninen kipuoireyhtymä on kärsimystä tuottava ja sitä on vaikea hallita. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017; Vainio 2004: 17.)

Kipu on kroonista, jos se on kestänyt yli kolme kuukautta tai yli normaalin kudoksen paranemisajan. Krooninen kipu rajoittaa ja hallitsee elämää, siihen saattaa liittyä masennusta, unettomuutta ja sosiaalisten suhteiden vähenemistä (Hagelberg & Finne-Soveri 2015: 80.) Kipu estää toimimasta ja elämästä mielekästä elämää (Vainio 2004: 67).

Finne-Soverin (2008) ja Tilviksen (2010) mukaan iäkkäiden asiakkaiden suhtautuminen kipuun saattaa olla vähättelevää ja kivun arvellaan kuuluvan vanhuuteen (Finne-Soveri

2008: 194; Tilvis 2016). Suurin osa hoitajista luottaa asiakkaiden itseilmaisuuksiin kivun arvioinnissa (Kalso 2009). Hoitajan tulisi kohdata asiakkaat yksilöllisesti ja keskustella kivusta asiakkaan kanssa.

3.4 Kivun seuranta ja hoito

Kotihoidon asiakkaalle tehdään sosiaalihuoltolain mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan ja mahdollisuuksien mukaan omaisen tai laillisen edustajan kanssa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 § 7). Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 korostetaan ikääntyneen omaa osallisuutta palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Hänen näkemyksensä, mielipiteensä ja toiveensa tulee kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Laatusuositus 2017: 20.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmasta on hyötyä asiakkaalle ja työntekijälle. Se parantaa hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan kokonaiskuva asiakkaan tarvitsemasta tuesta, avusta, yhteistyöverkostoista, palveluista, tutkimuksista, hoivasta ja hoidosta. (Päivärinta & Haverinen 2002: 20.) Kotihoidon työ perustuu hoitajan päivittäisiin hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti tehtyihin asiakaskäynteihin. Käynti sisältää sovittuja terveyden ja toimintakykyyn liittyviä interventioita, sekä asiakkaan päivittäisen tilan seuranta. Suhosen (2005) mukaan yksilöllisen hoitotyön perustana on potilaan voimien kartoittaminen ja sen mukaan toimiminen. Hoitajan on tärkeää tunnistaa potilaan erilaiset tavat reagoida sairauteensa tai terveydentilan muutoksiin. (Suhonen 2005: 42.) Potilas on huomioitava yksilönä ja kohdattaessa hänet on tärkeää kartoittaa potilaan olemassa olevat sairaudet, lääkitys ja elämäntilanne. Elämäntilanne ja potilaan kulttuurista saattavat vaikuttaa koettuun terveyteen. (MacSorley ym. 2014: 272–285.)

Potilaan kokeman kivun tunnistaminen on edellytyksenä kivun lievitykselle. Finne-Soverin (2008) mukaan kivun tunnistamisen osalta on tärkeää kysyä asiakkaalta itseltään kivusta. Asiakkaan kokeman kivun syy ja sen vaikutus toimintakykyyn pitää selvittää. (Finne-Soveri 2008: 195.) Hoitaja pystyy havainnoimalla arvioimaan asiakkaan kipua. Havainnoinnin lisäksi hoitaja selvittää kyselemällä tarkemmin apuna käyttäen erilaisia kipumittareita tai kipusanoja. Apuna kivun arvioinnissa voi käyttää myös kipukarttaa, johon potilas voi merkitä kohdan missä ja minkälaista kipu on. (Hallila & Graeffe 2005: 91–92.)

Kivun seuranta saattaa olla epätarkkaa, jos RAI-mittarin kipuarvoa ei ole viety hoitosuunnitelmaan. Tiedon soveltaminen voi olla yksi kivun hoitamattomuuden syy. Hoitohenkilökunnalla tulee olla ymmärrys siitä, että mittauksen tulokset viedään hoitosuunnitelmaan ja kipua seurataan systemaattisesti. Rapo-Pylkön (2017) ja Finne-Soverin (2008) mukaan kipumittareiden käytettävyydestä vanhuksille löytyy tutkimustietoa, mutta haasteena on tiedon soveltaminen käytäntöön. Hoitajan tulisi myös tiedostaa millaista kipumittaria olisi järkevä käyttää milloinkin. Kotihoidossa asiakkaiden kognitio vaihtelee. Tämän vuoksi on tärkeää valita kipumittari yhdessä asiakkaan kanssa. (Rapo-Pylkkö 2017; Finne-Soveri 2008: 197–198.)

Pesosen (2011) mukaan tehokas kivunhoito perustuu huolellisesti suoritettuun kivun mittaukseen luotettavalla ja helposti toistettavalla mittausmenetelmällä, sekä tuloksen kirjaamisella. Kivun arviointi ja mittaaminen on tärkeä osa kivun hoidon laadun seuranta. (Pesonen 2011: 85.) Rapo-Pylkön (2019) mukaan PainDETECT eli kipukysely, auttaa paremmin tunnistamaan kivun eri ulottuvuuksia, kuin pelkkä kipumittari silloin kun asiakkaan kognitio on normaali (Rapo-Pylkkö 2019: 60).

Ikääntyneen asiakkaan kivun arviointi ja hoito on haasteellista. Iän mukanaan tuomat fysiologiset muutokset ja runsaat perussairaudet lisäävät lääkkeiden haittavaikutusten riskiä ja saattavat vaikeuttaa kivun tunnistamista ja voi johtaa alidiagnosointiin sekä hoitoon. Iäkkään potilaan lääkehoito tulee suunnitella yksilöllisesti ja aloittaa varovasti. (Heiskanen & Hamunen & Hirvonen 2013: 389; Hagelberg & Finne-Soveri 2015: 79.) Dementoituneiden asiakkaiden kipuja diagnosoidaan ja hoidetaan harvemmin kuin muiden (Tilvis 2016).

Ikääntyneiden kipua on alihoidettu ja kivusta raportointi on puutteellista. Kivun seuranta- ja hallintakeinot jäävät vähemmälle, koska hoitajat keskittyvät hoidollisiin toimenpiteisiin. Kivusta kirjataan, mutta kivun hoidon suunnitelma on puutteellinen. (Egnatios 2015: 70–75.)

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus

4.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tässä luvussa esitellään tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset sekä työn vaiheet ja siinä käytetyt menetelmät.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa Espoon kaupungin kotihoitoon toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat ja mitä tulisi tehdä, jotta kivuliaiden asiakkaiden määrä vähenisi kotihoidossa. Toimintamallin avulla yhtenäistetään kivun seuranta ja hoitoa. Yhtenäinen toimintamalli auttaa hoitajia arvioimaan asiakkaan kipua samalla tavalla. Toimintamallia hyödyntämällä pyritään vähentämään kivuliaiden asiakkaiden määrää kotihoidossa.

Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset olivat:

Miksi kotihoidossa on paljon kivuliaita asiakkaita?

- Minkälainen toimintamalli auttaa kivun seuranta ja hoitoa kotihoidossa?
- Miten toimintamallissa voidaan hyödyntää RAI-mittarin kiputulosta?
- Mitä hyötyä on kivun seurannan ja hoidon toimintamallista hoitajille?

Kehittämistyöllä haluttiin vastata kotihoidon ajankohtaiseen haasteeseen kivun hoidossa ja vähentää kipua kokevien asiakkaiden määrää.

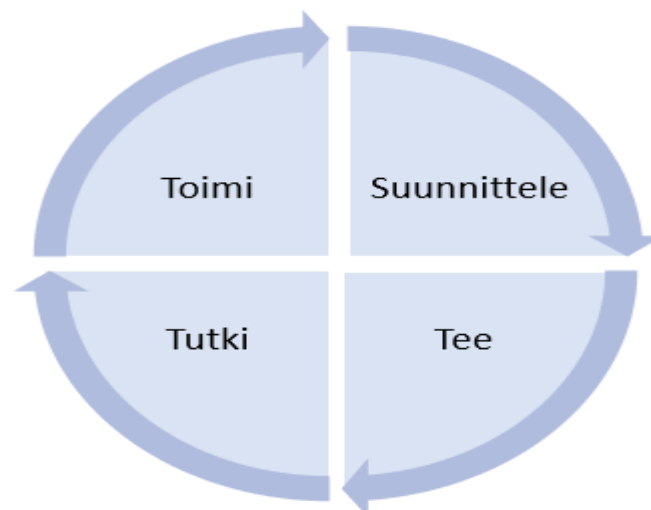
4.2 Kehittämistyön lähestymistavat

Kehittämistyön tutkimuksellinen lähestymistapa oli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa toimintaa pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010: 161). Tässä laadullisessa kehittämistyössä yhdistyi toimintatutkimus ja yhteiskehittäminen. Toimintatutkimuksessa tutkija on muutosprosessissa itse

mukana. Toimintatutkimus soveltuu parhaiten työn tai toiminnan kehittämiseen. (Kananen 2012: 41; Kananen 2017: 13.) Kehittämistyössä sovelletaan toimintatutkimuksellista lähestymistapaa, jolla pyritään muutokseen.

Tutkimuksellinen kehittäminen on syklimäinen prosessi, josta voidaan erottaa eri vaiheita: toiminnan suunnittelu ja tavoitteiden asettelu, toiminta eli muutos, arviointi ja seuranta (Kananen 2012: 39). Tässä kehittämissä sovelletaan sykleissä PDSA-kehää. PDSA tulee englanninkielisistä sanoista plan (suunnittele), do (tee), study (tutki) ja act (toimi). PDSA-kehä auttaa selvittämään millä keinolla saavutetaan tavoite, sekä miten sitä voidaan mitata. PDSA-kehässä yhdistyy ideointi ja kokeellinen testaus. (ACT Academy, n.d.; Holma & Outinen & Idänpään-Heikkilä & Sainio 2001: 43–44.)

PDSA-kehä auttoi jäsentämään ja aikatauluttamaan kehittämistyön prosessia. PDSA-kehän käyttö tuntui luontevalta, koska PDSA-kehää käytetään Espoossa kehittämisen välineenä. Esimerkkinä tästä on osaamisen kehittämisen työskentelymalli eli OSAKE. OSAKE-työskentelymallissa käytetään PDSA-kehää kehittämisen välineenä, johon on haettu oppia Ruotsista, Jönköpingistä vuonna 2007. (Intoa elämään 2013: 5.) Espoossa on sanonta, että jokaisella on kaksi työtä; oma työ ja oman työn kehittäminen: parannamme pienin askelin jokapäiväistä työtämme, etsimme tuttuihin asioihin uusia näkökulmia ja teemme pieniä muutoksia, jotka yhdessä muodostavat isoja edistysaskeleita. Seuraavassa kuviossa (kuvio 3) on esitelty PDSA-kehän vaiheet.

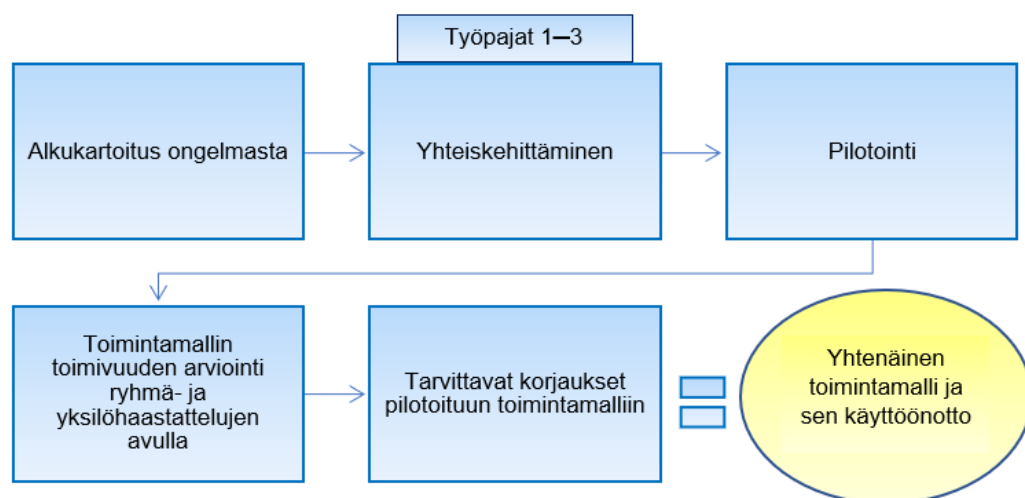


Kuvio 3. PDSA-kehä auttaa tavoitteiden saavuttamisessa (Holma & Outinen & Idänpään-Heikkilä & Sainio 2001: 44).

PDSA-laaturyökalulla lisätään tavoitteellisuutta kehittämistyön toteuttamiseen (Holma ym. 2001: 43). Tässä kehittämistyössä PDSA-kehän ensimmäisessä eli suunnitteluvaiheessa (Plan) selvitettiin kalanruotokaaviota hyödyntäen syitä siihen, miksi kotihoidossa on paljon kivuliaita asiakkaita. Kalanruotokaaviota voidaan käyttää tutkimusilmiön hahmottamiseen ja ongelmanratkaisun apuna. (Kananen 2012: 67; Dogget 2005: 35). Yhteiskehittämisen työpajassa syy-seuraussuhteiden selvittämiseen käytettiin menetelmänä kalanruotokaaviota soveltaen. Juurisyy on perimmäinen syy olemassa olevalle ongelmalle. Jokaisen ongelman takaa löytyy jokin syy, joka pitää tunnistaa. Jos juurisyy ongelmaa ei selvitetä, tiedetään vain oireet ja ongelma on edelleen olemassa. (Dogget 2005: 35.)

Toisessa ja kolmannessa työpajassa suunniteltiin ratkaisuja ongelmien poistamiseksi ja työpajan tuotoksista kehitettiin malli kivun seurantaan ja hoitoon. PDSA-kehän toisessa vaiheessa (Tee/Do) mallia pilotoitiin. Kolmannessa vaiheessa (Tutki/Study) pilotoinnin jälkeen selvitettiin yksilö- ja ryhmähaastattelun avulla toimintamallin toimivuutta ja sen hyötyjä hoitajille. Neljännessä vaiheessa (Toimi/Act) tehtiin tarvittavat muutokset ja otettiin toimintamalli käyttöön.

Tutkimuksellinen kehittäminen on prosessimaista, koska toimintaa pyritään kehittämään jatkuvasti ja tavoitteena on muutos (Kananen 2012: 37, 41). Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) on kehittämistyön syklisen prosessin vaiheet.



Kuvio 4. Tutkimuksellisen kehittämistyön syklisen prosessin vaiheet.

4.3 Yhteiskehittäminen

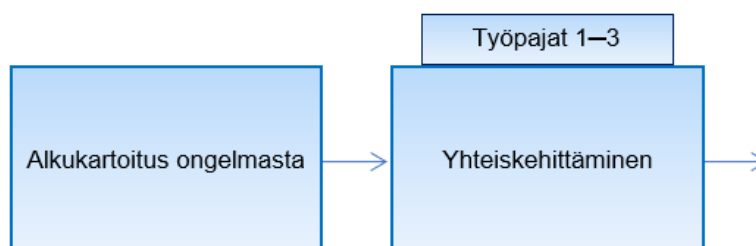
Yhteiskehittäminen on työtapa ja periaate, ei varsinainen kehittämistyökalu. Yhteiskehittämisen tavoitteena on, että kaikki palveluun liittyvät asiat ja näkökannat tulevat mahdollisimman laaja-alaisesti huomioiduksi tiedon keräämis- ja analysointivaiheessa. Yhteiskehittämisen etuna on osapuolten vahva sitoutuminen kehittämiseen. (Tuulaniemi 2016: 117–118; Kananen 2017: 37.)

Uuden työn kehittäminen rakentuu tuottajien ja asiakkaiden jatkuvalle vuoropuhelulle ja vuorovaikutteisesti tuotetulle laadulle. Asiakkaiden tai käyttäjien mukaan saaminen laatua koskevaan kehittämiseen vaatii uudenlaisia kehittämismenetelmiä. (Engeström 2004: 67.) Yhteiskehittämisen toimintamallilla pyritään muuttamaan olemassa olevia käytänteitä toiminnalla ja osallistavilla menetelmillä (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017: 59).

Yhteiskehittäminen tapahtuu useimmiten työpajoissa ryhmätyötiloissa (Tuulaniemi 2016: 118). Hoitaja on alansa asiantuntija, joten hänen osallistaminen on tärkeää hyödyntää kehittämisessä (vrt. Tuulaniemi 2016: 116). Työpajatyöskentelyssä hyödynnettiin kotihoidon hoitajien asiantuntijuutta toimintamalliehdotuksen kehittämisessä.

4.4 Kehittämistyön osallistajat ja työpajojen aineiston kerääminen

Kehittämistyö toteutettiin yhdellä kotihoidon alueella. Kehittämistyö kohdistui yhden suuralueen tiimin hoitajiin. Espoon kotihoidon suuralueen esimiesten kanssa sovittiin työpajojen aikataulusta (liite 1). Työtilat varattiin ennakoon kolmelle erilliselle työpajalle ja yhdelle ryhmähaastattelulle. Tiimin hoitajille lähetettiin sähköpostitse tiedote (liite 2) työpajoista hyvissä ajoin. Hyvä ennakointi oli tärkeää, jotta mahdollisimman monella oli halutessaan mahdollisuus osallistua työpajaan. Seuraavalla sivulla on kuviossa (kuvio 5) kehittämistyön syklisen prosessin ensimmäiset vaiheet.



Kuvio 5. Tutkimuksellisen kehittämistyön ensimmäinen vaihe syklisestä prosessista.

Työpajojen alussa esitettiin tutkimuslupa ja tutkimussuunnitelma osallistujille. Osallistujilta pyydettiin tutkimussuostumus (liite 3) ennen työpajan alkua. Työpajojen alussa kerrettiin edeltävien työpajojen tuotokset. Kertaus oli tärkeää, koska työpajoihin osallistuneet hoitajat vaihtuivat vuorotyön ja lomien vuoksi. Tutkimussuostumuksesta selviää kehittämistyön tekijöiden nimet sekä kehittämistyön tavoite ja tarkoitus. Tutkimussuostumuksessa kerrotaan mihin hoitajat tutkimussuostumuksen allekirjoittamalla sitoutuvat ja mitä se tarkoittaa. Työpajan alussa painotettiin myös suullisesti, että osallistuminen oli vapaaehtoista ja pois jättäytyminen missä tahansa vaiheessa oli mahdollista ilman seuraamuksia.

Työpajoihin osallistui yhteensä 17 hoitajaa, joista oli kolme sairaanhoitajaa, esimies ja 13 lähihoitajaa. Jokaiseen työpajaan osallistui kehittämistyöntekijöiden lisäksi seitsemän kotihoidon hoitajaa. Osa hoitajista oli useammassa työpajassa. Hoitajien ikä vaihteli 23–61 vuoden välillä. Hoitotyön kokemus vaihteli kahdesta kuukaudesta neljäkymmeneen vuoteen.

Tutkimuksellinen kehittämistyön aineisto kerättiin kolmesta työpajasta, jotka kestivät noin 1-1,5 tuntia. Kaikki työpajat tallennettiin digitaalisesti. Työpajojen aineisto äänitettiin, kuvattiin ja tallennettiin digitaalisesti. Tallenteisiin pystyttiin palaamaan aina tarvittaessa kehittämistyön edetessä. Työpajojen äänitallenteita ei ollut tarkoitus litteroida kokonaisuudessaan vaan poimia tallenteista hoitajien hyviä huomioita ja merkityksiä koskien tutkittavaa ilmiötä. Tallenteiden avulla voitiin palata kehittämistyön työpajan autenttiseen tilanteeseen tarvittaessa. (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009: 63.) Mukailleen Kanasta (2017) olemme hyödyntäneet dokumentoinnin työkaluna havainnointipäiväkirjaa, jota täydennettiin aina työpajojen jälkeen. Havainnointipäiväkirjaan kirjattiin ranskalaisilla viivoilla työpajan tapahtumia ja huomioita helpottamaan muistiin palauttamista. (ks. Kananen 2017: 45.)

Työpajoista saatiin runsaasti materiaalia, kuten kolme kalanruotokaaviota ja kolme PDSA-kehittämistoimenpidelomaketta. Kehittämistoimenpidelomakkeista saatiin yhteensä kymmenen toimintasuunnitelmaa. Lisäksi käytettiin jo käytössä olevia dokumentteja, joita hyödynnettiin työpajoissa. Näitä olivat: tarkistuslista 0123 -kivun ehkäiseminen, asiakkaan kivun tarkistuslista ja RAI-arviointilomakkeesta kipu-kysymykset. Hoitajia pyydettiin kirjaamaan lomakkeisiin parannusehdotuksia. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät kuvaillaan ja selitetään niin, että lukijat pystyvät arvioimaan menetelmien ja niiden

avulla saatujen aineistojen asianmukaisuutta sekä tulosten luotettavuutta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010: 261.)

4.5 Aineiston analyysi: sisällönanalyysi työpajatyöskentelystä.

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010: 221). Lähestymistapana käytettiin laadullista analyysia, sillä pyrkimyksenä oli ymmärtää ilmiötä. Analyysin tekemiseen on paljon vaihtoehtoja, eikä tiukkoja sääntöjä ole olemassa (Kananen 2012: 112–113). Aineistolähtöistä sisällönanalyysia tehtiin jo työpajan aikana, koska työpajan eteneminen edellytti post-it-lappujen ryhmittelyä aihepiirien mukaan (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018: 105). Käytännössä aineistoa kerättiin ja analysointia samanaikaisesti (ks. Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010: 223).

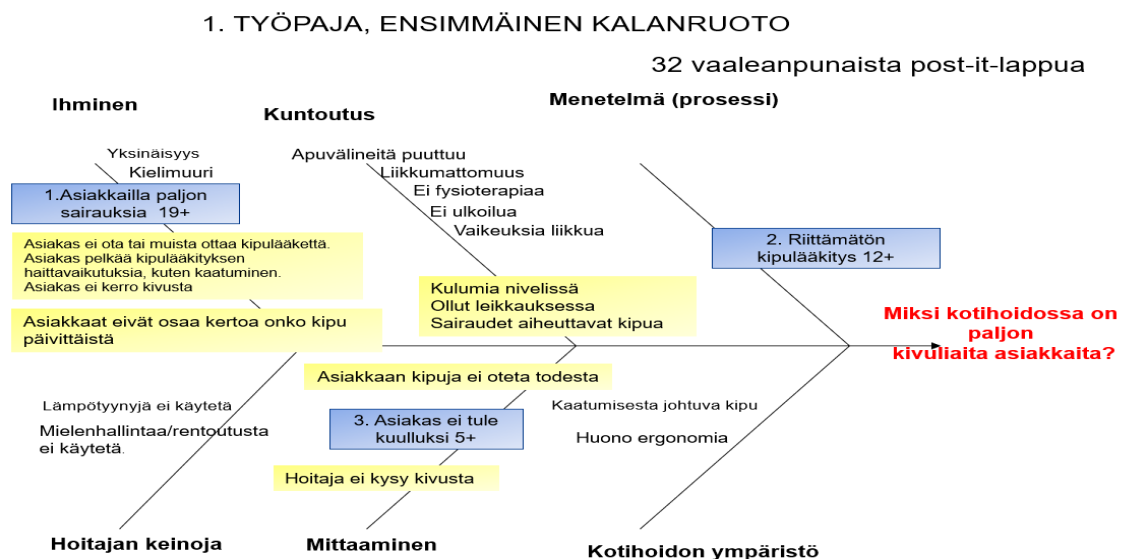
Aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta, jotka ovat redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämällä karsitaan epäolennainen pois. Ryhmittelyllä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–127). Työpajassa ryhmittely tapahtui kalanruotokaavioon nimettyihin kuuteen ruodon haaraan. Kalanruotokaavion käyttö auttoi hoitajia jäsentämään, tunnistamaan ja visualisoimaan ongelman syitä. Kalanruotokaavion avulla tehtiin sisällönanalyysi, jonka tarkoituksena oli tiivistää aineisto selkeään muotoon.

Aineistoon tutustuttaessa pystyttiin tekemään tietoisia valintoja materiaalin suhteen. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2010) mainitsevat, että tutkija ei pysty hyödyntämään kaikkea keräämäänsä, eikä kaikkea materiaalia ole tarpeen analysoida (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010: 225). Työpajassa tehtiin kolme kalanruotokaaviota, joista kahta hyödynnettiin kehittämistyössä.

Ensimmäisen työpajan kulku

Ennen työpajan alkua piirrettiin seinätaululle kalanruotokuva, jonka päähän selvitettäväksi juurisyysanalyysin kohteeksi asetettiin kehittämistyön tutkimusongelma, ”*miksi kotihoidossa on paljon kivuliaita asiakkaita?*” Kalanruotoon nimettiin kuusi ruodon haaraa yhdessä hoitajien kanssa. Ruodon haaroiksi nimettiin asioihin liittyviä mahdollisia ongelmia (ks. Dogget 2005: 35–36). Nämä ongelmat olivat: ihminen, kuntoutus, menetelmä, hoitajan keinot, mittaaminen ja kotihoidon ympäristö.

Ensimmäistä kalanruotoa työstettiin siten, että hoitajilla oli kymmenen minuuttia aikaa miettiä ja kirjoittaa post-it lapuille syitä esitettyyn ongelmaan. Yhdelle post-it lapulle tuli kirjoittaa yksi ongelmasyys. Annetun ajan jälkeen hoitajilta kerättiin 32 vaaleanpunaista post-it lappua. Post-it lapuista etsittiin yhtäläisyyksiä ja niitä ryhmiteltiin aiheittain. Ryhmittelyn jälkeen hoitajille annettiin viisi minuuttia aikaa tutustua ryhmiteltyihin aiheisiin. Alla seuraavassa kuviossa (kuvio 6) on visuaalinen yhteenveto ensimmäisestä kalanruotokaaviosta.



Kuvio 6. Visuaalinen yhteenveto ensimmäisestä kalanruotokaaviosta.

Tämän jälkeen hoitajat valitsivat ryhmitellyistä post-it lapuista kolme omasta mielestä tärkeintä ongelmasyitä. Jokaisella hoitajalla oli käytössään kuusi plus-merkkiä. Hoitaja merkitsi tärkeimmäksi kokemansa ongelmasyyn ja antoi sille kolme plus-merkkiä ja toiseksi tärkeimmälle ongelmasyylle kaksi plus-merkkiä ja kolmanneksi tärkeimmälle ongelmasyylle yhden plus-merkin. Kun kaikki hoitajat olivat merkinneet post-it lappuihin

omat plus-merkkinsä, laskettiin yhteen, kuinka monta plus-merkkiä kukin post-it lappu eli ongelmasyö oli saanut. Tärkeimmäksi koettu ongelmasyö oli, että asiakkailla on paljon sairauksia. Tämä keräsi 19 plus-merkkiä. Toiseksi tärkeimmäksi koettu ongelmasyö oli riittämätön kipulääkitys. Tämä keräsi 12 plus-merkkiä. Kolmanneksi tärkeimmäksi koettu ongelmasyö oli, että asiakas ei tule kuulluksi. Tämä keräsi viisi plus-merkkiä. (Ks. taulukko 1.)

Interventio tulee kohdentaa juuri niihin tekijöihin, joihin halutaan muutosta (Kananen 2017: 63). Valitsimme hoitajien kanssa tärkeimmäksi syyksi ongelman, johon hoitajat voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa. Tämän vuoksi valitsimme hoitajien kanssa seuraavaksi selvitettäväksi ongelmasyöksi: Miksi asiakkaalla on riittämätön kipulääkitys?

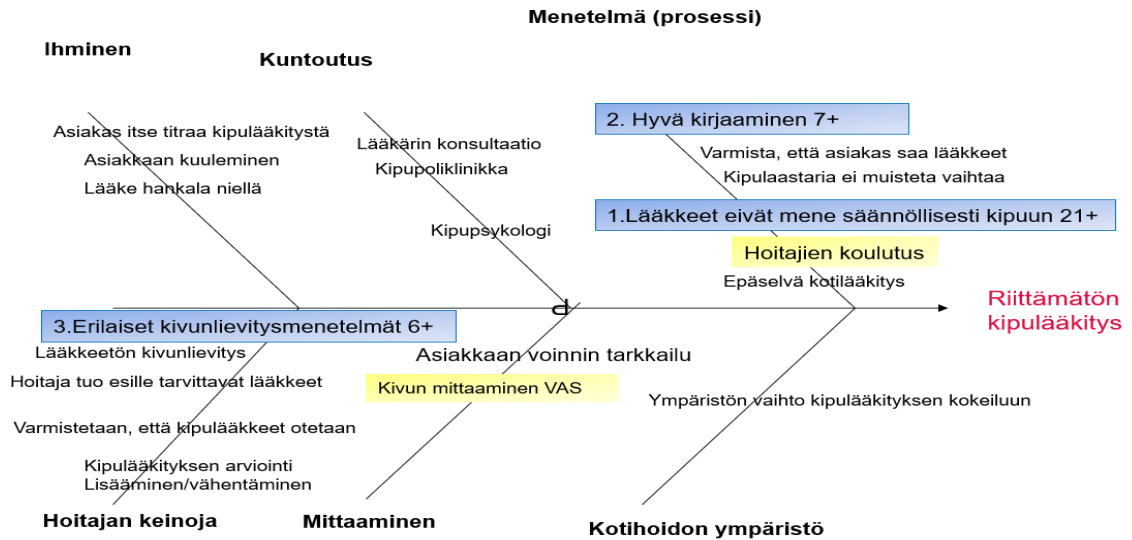
Taulukko 1. Tulokset ensimmäisestä kalanruotokaaviosta.

Miksi kotihoidossa on paljon kivuliaita asiakkaita?	Plus-merkit
Asiakkailla on paljon sairauksia	19
Riittämätön kipulääkitys	12
Asiakas ei tule kuulluksi	5

Toiseen kalanruotokaavion siirrettiin ensimmäisestä kalanruotokaaviosta toiseksi eniten plus-merkkejä keränneen ongelman juurisyyanalyysin kohteeksi. Kalanruotokaavion avulla selvitettiin, miksi asiakkaalla on riittämätön kipulääkitys. Toistimme saman prosessin kuin ensimmäisessä kalanruotokaaviossa. Tärkeimmäksi koettu ongelmasyö kipulääkitys on epäsäännöllinen, sai 21 plus-merkkiä. Toiseksi tärkeämmäksi ongelmasyöksi hoitajat kokivat puutteellisen kirjaamisen, tämä sai seitsemän plus-merkkiä. Kolmanneksi tärkeimmäksi ongelmasyöksi hoitajat kokivat, että heillä ei ole menetelmiä kivunlievitykseen, tämä sai kuusi plus-merkkiä. Seuraavalla sivulla kuviossa (kuvio 7) on visuaalinen yhteenveto toisesta kalanruotokaaviosta.

1. TYÖPAJA, TOINEN KALANRUOTO

25 keltaisia post-it-lappua



Kuvio 7. Visuaalinen yhteenveto toisesta kalanruodosta.

Hoitajien mielestä asiakkaalla on epäsäännöllinen (21) kipulääkitys. Tähän vaikuttavat monenlaiset asiat, esimerkiksi koulutuksen puute, epäselvä lääkelista, hoitajat eivät muista vaihtaa kipulaastaria ajallaan tai antaa lääkettä. Lisäksi hoitajat kokivat puutteellisen kirjaamisen (7) hyvän ja onnistuneen kivunhoidon esteeksi. Kolmanneksi syyksi hoitajat kokivat kivunlievitysmenetelmien puutteellisuuden (6). Heillä ei ole riittävästi keinoja tai työkaluja hoitaa kipua. Nämä kolme aiheetta olivat hoitajien mielestä tärkeimmät kehitettävät aiheet, jotka siirrettiin seuraavaan työpajaan työstettäväksi. (Ks. taulukko 2.)

Taulukko 2. Toisen kalanruotokaavion tuloksia

Miksi asiakkaalla on riittämätön kipulääkitys?	Plus-merkit
Epäsäännöllinen kipulääkitys	21
Puutteellinen kirjaaminen	7
Puutteelliset kivunlievitysmenetelmät	6

Toisen työpajan kulku

Toisen työpajan alussa kerrattiin ensimmäisen työpajan tavoitteen sekä esiteltiin tuotokset ja kalanruotokaavion avulla selvinneet kehittämistoimenpiteet. Ensimmäisestä työpajasta otettiin kolme hoitajien valitsemaa kehittämistoimenpidettä työstettäväksi toiseen työpajaan. Kehittämistoimenpiteitä olivat: epäsäännöllinen lääkitys, puutteellinen kirjaaminen ja puutteelliset kivunlievitysmenetelmät.

Työpajan tavoite oli työstää kehittämistoimenpide-ehdotuksia kivun seurantaan ja hoitoon sekä hyödyntää jo olemassa olevia materiaaleja kehittämistyössä. PDSA-kehän suunnittelu (Plan) vaiheessa hoitajat jaettiin kolmeen työryhmään. Jokainen työryhmä sai yhden kehittämistoimenpiteen työstettäväksi. Työryhmissä kehittämistoimenpiteet otettiin tarkempaan tarkasteluun ja pohdittavaksi. Työryhmät hyödynsivät PDSA-kehittämissuunnitelmaa oman kehittämistehtävän toimenpiteen ja tavoitteen suunnittelussa. Kehittämissuunnitelma auttoi jäsentelyssä ja jatkotoimenpiteiden suunnittelussa (Do).

Työryhmä yksi paneutui aiheeseen epäsäännöllinen kipulääkitys. Hoitajat saivat kehittämistoimenpiteeksi kivun tunnistamisen. Työryhmä asetti tavoitteeksi, että hoitajat oppivat tunnistamaan kipua. Työryhmä mietti PDSA-kehittämissuunnitelma-keinoja kivun tunnistamiseksi ja mittaamiseksi sekä tapoja yhteneväisen toimintatavan löytymiseksi. Asiakkaan osallisuus kivun hoidon arviointiin ja seurantaan koettiin myös tärkeäksi osaksi asiakkaan kivun arviointia. Alla kuvio (kuvio 8) kehittämistoimenpidelomakkeesta

Kehittämissuunnitelma, PDSA

PVM: 29.4.2019

Työryhmä: Hoitajat/Yhteiskehittelyn työpaja II




Plan, suunnittele			
Kehittämissuunnitelma:			
1. Kivun tunnistamisen toimenpiteitä, sovitaan toimintamalli kivun tunnistamiseen			
Tavoite: Hoitajat oppivat tunnistamaan kipua sovittun toimintamallin mukaisesti. -> Asiakkaiden kipukokemukset vähenevät			
Do, tee toimitussuunnitelma, toteuta se			
Mitä	Kuka	aloitus	valmis
1. Kivun seuranta-> Asiakkaan haastattelu, huolellinen kirjaus kivusta. Milloin kipua esiintyy ja missä kipua on?	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4.2019	
2. Kipumittarin yhtenäinen käyttö asiakkaan kanssa: Kysytään, kuinka kova kipu on esim. asteikolla 1-10.	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4.2019	
3. Kysytään asiakkaalta kivusta ja havainnoidaan asiakkaan tilaa-> <u>ollan</u> läsnä tilanteessa	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4.2019	
Study , Arviointi, pohdi tulokset, miten toimenpide onnistui	Act , vakioi toimintamalli ja sovi tarvittavat lisätoimenpiteet (seuranta) käyttöön tueksi		

Kuvio 8. Työryhmä 1. Kehittämissuunnitelma.

Työryhmä kaksi paneutui aiheeseen puutteellinen kirjaaminen. He saivat kehittämistoimenpiteeksi kivun hoidon menetelmien yhtenäistämisen. Työryhmä asetti tavoitteeksi, että hoitajat toimivat samalla tavalla. Ymmärrys kivun hoitoon lisääntyy ja kivun arviointi on tasalaatuista. Työryhmä mietti PDSA-kehittämistoimenpidelomakkeeseen yhtenäisiä tapoja hoitaa kipua; joten säännölliset palaverit tiedonkulun edistämiseksi, ja lisää koulutusta kivun hoitoon ja seurantaan, kivun kirjaaminen yhteneväiseksi ja hoidon seurannan tueksi. Alla kuvio kehittämistoimenpidelomakkeesta (kuvio 9).

Kehittämistoimenpide, **PDSA**

PVM:29.4.2019
Työryhmä: Hoitajat/Yhteiskehittelyn työpaja II



Plan, suunnittele1			
Kehittämistoimenpide			
2. Kivun hoidon menetelmien yhtenäistäminen			
Tavoite: Hoitajat toimivat samalla tavalla, toimintamallin mukaan. Ymmärrys kivun hoitoon lisääntyy. Arviointi on tasalaatuista.			
Do, tee toimintasuunnitelma, toteuta se			
Mitä	Kuka	aloitus	✓
1 Yhteiset säännölliset taulupalaverit työpaikolla ja niihin sitoutuminen.->Taulupalaverit suunnitellaan listoille etukäteen ja hoitajat sitoutuvat osallistumaan niihin.	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	✓
2. Koulutusta kivun hoitoon ja seuranta kaikkille hoitajille. ->Esimiesten aktiivinen seuranta hoitajien osaamisesta kivun hoitoon.	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	
3. Hyvä kirjaaminen kivun hoidon tueksi. Esimerkiksi hoitajan hyvä haastattelu ja rauhallinen keskustelu asiakkaan kanssa.-> Omahoitajan vastuulla on päivittää viikko-ohjelma <u>ajantasalle</u> , esimerkkinä "asiakkaan kivun seuranta" -> tieto viedään asiakastaululle.	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	✓
Study, Arviointi, pohdi tulokset, miten toimenpide onnistui		Act, vakioi toimintamalli ja sovi tarvittavat lisätoimenpiteet (seuranta) käyttöön tueksi	

Kuvio 9. Työryhmä 2. Kehittämistoimenpidelomake.

Työryhmä kolme paneutui aiheeseen puutteelliset kivunhoidon menetelmät. He saivat miettiä kehittämistoimenpiteenä lääkkeettömiä kivunhoidon ja seurannan menetelmiä. Työryhmä asetti tavoitteeksi, että hoitajat saavat työkaluja kivun seurantaan ja arviointiin. Asiakas tulee kuulluksi, turvallisuuden tunne kasvaa ja koettu kipu vähenee. Työryhmä mietti PDSA-kehittämistoimenpidelomakkeeseen yhtenäistää hoitokäytänteitä ja toimia kiireettömästi. Asiakkaille varataan riittävästi aikaa, jolloin keskitytään kivun mittaamiseen ja kannustetaan liikkumaan omien voimavarojen mukaan. Kuunnellaan asiakasta. Säännöllinen ja yhteneväinen kirjaaminen ja tiedon jakaminen koettiin myös kivun hoidon ja seurannan menetelmäksi. Seuraavalla sivulla kuvio kehittämistoimenpidelomakkeesta (kuvio10).

Kehittämistoimenpide, PDSA

PVM:29.4.2019

Työryhmä: Hoitajat/Yhteiskehittelyn työpaja II



Plan, suunnittele		aloitus	
Kehittämistoimenpide:			
3. Lääkkeettömiä kivun hoidon ja seurannan menetelmiä			
Tavoite:			
Hoitajat saavat työkaluja kivun seurantaan ja arviointiin. Asiakas tulee kuulluksi, hänen turvallisuuden tunne kasvaa ja koettu kipu vähenee.			
Do, tee toimintasuunnitelma, toteuta se		aloitus	
1. Hoitajien yhteiset hoitokäytännöt ja kiireettömyys luovat asiakkaalle turvallisuuden tunteen -> Koettu kipu vähenee	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	
2. Kipuasialle varataan enemmän aikaa käynneille-> hoitajalla on enemmän aikaa keskittyä kivun mittaamiseen ja psyykkiseen tukemiseen.	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	
3. Keinoja kivun lievitykseen-> kannustetaan liikkumaan-> tuetaan psyykkisesti-> mietitään kolmannen sektorin palveluja esimerkiksi ulkoilutus apua. Kannustetaan asiakkaita omien voimavarojen mukaan liikkumaan.	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	
4. Kivusta kirjaaminen-> yhtenäiset kirjaamismallit ja säännöllinen kirjaaminen-> tiedon jakaminen	Hoitajat /Minna ja Maiju työpaja	29.4	
Study , Arviointi, pohdi tulokset, miten toimenpide onnistui	Act , vakioi toimintamalli ja sovi tarvittavat lisätoimenpiteet (seuranta) käyttöön tueksi		

Kuvio 10. Työryhmä 3. Kehittämistoimenpidelomake.

Toisen työpajan tuloksena saatiin kolme kehittämistoimenpidelomaketta. Jokaisessa kehittämistoimenpidelomakkeessa oli kolmesta neljään toimintasuunnitelmaa (Do). Toimintasuunnitelmat olivat kehitettäviä aiheita kotihoidossa. Ryhmien toimintasuunnitelmassa toistui samoja teemoja: puute yhteneväisestä toimintatavasta kivun seurantaan ja arviointiin sekä kirjaamisen kehittämiselle koettiin tarvetta.

Esiteltävät käytössä olevat lomakkeet ja niiden jatkokehittäminen

Kehittämistoimenpidelomakkeiden lisäksi toisessa työpajassa esiteltiin kotihoidossa käytössä olevia kivun hoitoon ja seurantaan tarkoitettuja lomakkeita ja ohjeita. Hoitajille esiteltiin kolme erilaista lomaketta, joiden käyttö on hyvin yksilöllistä ja alueellista. Näitä olivat tarkistuslista 0123-kivun ehkäiseminen, asiakkaan kivun tarkistuslista ja RAI-arviointilomakkeesta kipu-kysymykset. Pyysimme hoitajia kirjaamaan lomakkeisiin parannusehdotuksia.

Kotihoidossa on vuonna 2017 tehty työpajatyöskentelymenetelmällä kivun tunnistamiseen värikoodatut tarkistuspisteet. Tarkistuspisteet ovat RAI-mittarin tuloksia asiakkaan kivusta. Kipuasteikko on 0–3. Värikoodeina on vihreä (kipu= 0), keltainen (kipu= 1) kipua harvemmin, kuin päivittäin, oranssi (kipu= 2) kipuja päivittäin, punainen (kipu= 3) kipuja päivittäin, vaikea sietämätön kipu. Jokaisen värikoodin tarkoituksena on ohjeistaa hoitajaa tarkistamaan, selvittämään ja toiminaan yhteneväisen tavan mukaan. Työpajan hoitajista vain osa oli nähnyt kivuntarkistuslistan 0123. Listaa käytiin yhdessä läpi, jonka

jälkeen he kokivat listan pienen parantelun jälkeen toimivaksi tarkistuslistaksi. Kehittämisehdotukseksi hoitajat ehdottivat lisäyksen (kohtaan oranssi kipu=2) psyykeen tukeminen ja yksinäisyyden huomioiminen.

Asiakkaan kivun tarkistuslista on kehitetty 2018 yhdellä kotihoidon alueella Lean-toimintatapaa hyödyntäen. Tarkistuslistassa on ensimmäisenä pieni tikku-ukko ja tämän jälkeen monipuolisesti kysymyksiä kivusta. Lomakkeessa on kipumittari ja lopuksi kohta, jossa asiakas saa tuoda esille omat kokemukset kivun lievityksestä. Kivun tarkistuslistassa oli kivun arvioimiseen tärkeitä asioita.

Tarkistuslistaan tehtiin lisäyksiä ja parannuksia hoitajien ehdotuksien pohjalta. Tarkistuslistaa kehitettiin Lean-filosofiaa mukaillen, tavoitteena oli työn jatkuva parantaminen. (ks. Suneja & Suneja 2017: 200). Hoitajat toivoivat selkeämpää ja suurempaa kuvaa ihmiskehosta, jotta asiakas voi itse näyttää kuvasta kivun sijainnin. Hoitajat ehdottivat, että kuva olisi hyvä olla edestä ja takaa. Yksi kipumittari ei hoitajien mielestä riitä, koska asiakkaiden kyky hahmottaa numeraalista mittaria voi olla haastavaa. Hoitajat toivoivat lisäksi mittaamisen apuvälineeksi kasvokuvia. Lomakkeeseen toivottiin kohtaa, johon voi merkata kipumittarin tuloksen ja seuraavan kivun arviointikerran valmiiksi hoidon jatkuvuuden seuraamiseksi. Hoitajat toivoivat myös ohjeistusta lomakkeen käyttöön sekä tietoa siitä, mitä lomakkeella tehdään arvioinnin jälkeen, missä lomaketta säilytetään ja mihin tieto viedään.

RAI-arviointilomakkeen kipukysymykset käytiin työpajassa läpi. Hoitajat kokivat kipukysymykset suppeiksi ja vain asiakkaan kokemukseen perustuvaksi arvioksi. Hoitajat toivat esille, että tarvitsevat tähän koulutusta ja ohjeistusta. Lisäksi hoitajat toivoivat lisäkoulutusta RAI-kipukysymyksiensä tulkintaan ja siihen, miten RAI:sta saadut kivun mittaritulokset huomioitaisiin ja siirrettäisiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Työpajan kehittämistoimintasuunnitelmat, tuotokset ja niiden kehittämisehdotukset kerättiin yhteen. Työpajoissa hyödynnetty kehittämistoimenpidelomake auttoi (Do) jäsen- telyssä ja jatkotoimenpiteiden suunnittelussa, sen avulla tunnistimme kerätystä materiaalista yhteisiä kehitettäviä kohteita.

Tämän jälkeen teimme kuten laadullinen tutkimus antaa myöten ja valitsimme kehitettävät kohteet. Aineistosta poimittiin harkinnanvaraisesti kehittämiskohteet (ks. Saaranen-

Kauppinen & Puusniekka 2006). Kehittämistyössä päädyttiin kehittämään kirjaamista ja yhtenäistämään kivun seurannan ja hoidon mallia työpajatuotosten pohjalta.

Toisen työpajan jälkeen työstimme hoitajien kommenttien ja kehittämis ehdotusten mukaisesti uutta versioita asiakkaan kivun tarkistuslistasta. Tämä koettiin tärkeäksi, koska tarkistuslista on asiakasta osallistava ja hoitajille konkreettinen apuväline kivun seurantaan ja arviointiin. Hoitajalle suunniteltiin kehittämis ehdotusten pohjalta hoitajan ohje -lomake. Lomake ohjaa hoitajaa ja muistuttaa tekemään arvioinnin yhteneväisen mallin mukaan. Lomakkeessa on myös käytännön ohjeita, kuinka toimitaan esimerkiksi kipua, arvioidaan aina kipulääkkeen kanssa ja yhdessä asiakkaan kanssa. Yhteneväistä kivun hoidon ja seurannan kirjaamisen mallia tai ohjeistusta ei ole ollut Espoon kotihoidossa.

Työpajoissa hoitajat toivat esille, että kivun hoidon ja seurannan termistö on hyvin kirjavaa. Kotihoidossa asiakkaat arvioidaan RAI-arviointilomakkeella. Käytimme apuna kivun arvioimisessa RAI-kipu CAP-käsikirjaa, joka on yhteneväinen kivun Käypä hoito -suosituksen kanssa (DuPasquier ym. n.d. 188–190; Kipu, Käypä hoito -suositus 2017). Tavoitteena oli termistön yhtenäistäminen eli samojen sanojen käyttö kipulomakkeessa, mittareissa, kipu-fraasissa ja RAI-lomakkeessa.

Kehittämistyön edetessä selvisi, että Espoossa käytössä olevasta Lifecare-potilastietojärjestelmästä puuttuu sovittu paikka ja tapa, jolla kipua kirjataan johdonmukaisesti. Kipua on voinut kirjata, mutta se on hävinnyt kaiken muun kirjauksen sekaan. Järjestelmässä ei ole edellytyksiä rakenteelliselle kirjaamiselle. Rakenteinen kirjaaminen auttaa yhtenäisten tietorakenteiden käyttöä, helpottaa kirjaamista ja tehostaa tiedon löytämistä (Jokinen & Virkkunen 2018: 11). Hoitajien toiveesta kehittää kirjaamista, päädyttiin suunnittelemaan kipu-fraasi Lifecare-potilastietojärjestelmään. Yhteistyötä tehtiin Espoon kaupungin sovellusneuvonnan kanssa. Yhteistyö mahdollisti, että saimme toteutettua kipu-fraasin.

Kolmas työpaja

Kolmannen työpajan alussa kerrattiin edellisten työpajojen tuotokset ja esittelimme alustavat lomakkeet, jotka olivat työstetty työpajojen kehittämis ehdotusten pohjalta. Lomakemalliehdotuksina olivat asiakkaan kivun tarkistuslista, hoitajan ohje ja kipu-fraasi. Hoitajille jaettiin lomakkeet ja heitä pyydettiin vapaasti kommentoimaan tai kirjaamaan parannusehdotuksia lomakkeisiin. Lomakkeita muokattiin noin viikon ajan. Hoitajilla oli

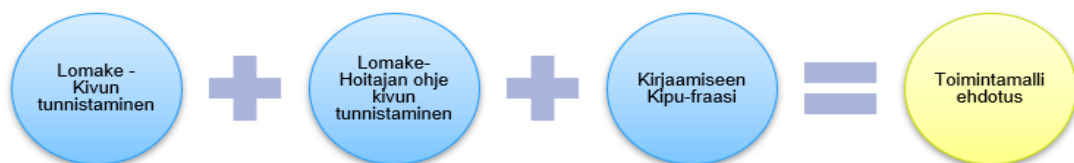
mahdollisuus lähettää sähköpostilla parannusehdotuksia jälkikäteen, jotka huomioitaisiin versioissa ennen pilotointia. Yhteenvetona alla (kuvio 11) työpajojen työvaiheista, toteutumisesta ja seurannasta PDSA-kehää hyödyntäen.

TOIMENPITEET				
JUL-RI-SVV, NRO	PDSA KEHITTÄMI TOIMENPITEET/ PROJEKTI	OLETETUT HOYDYTY TIMANTIN TAVOITTEISIIN	TYOVAIHEET PDSA TOTEUTUMINEN JA SEURANTA	VAISTUUHLO
1.	Kivun tunnistamisen toimenpiteitä. Sovitaan toimintamalli.	Hoitajat oppivat tunnistamaan kipua. Asiakkaiden kipu kokemukset vähenevät.		Alueen hoitajat, Minna Coutinho ja Maj-Britt Löf
2.	Kivunhoidon menetelmien yhtenäistäminen	Hoitajat toimivat samalla tavalla valmiin toimintamallin mukaan. Ymmärrys kivun hoitoon lisääntyy ja arviointi on tasalaatuista.		Alueen hoitajat, Minna Coutinho ja Maj-Britt Löf
3.	Keinoja kivun seurantaan ja hoitoon.	Hoitajat käyttävät yhtenäistä työkalua ja keinoja kivun hoidon ja seurannan arviointiin. Asiakkaan kuuleminen lisää turvallisuuden tunnetta ja vähentää kipukokemusta.		Alueen hoitajat, Minna Coutinho ja Maj-Britt Löf

Kuvio 11. Yhteenveto työpajojen vaiheista.

4.6 Toimintamalliehdotus kivun seurantaan ja hoitoon

Kolmen työpajatyöskentelyn tuotoksena valmistui lomake kivun tunnistamiseen, lomake hoitajan ohje kivun tunnistamiseen ja kipu-fraasi. Nämä yhdessä ovat osa toimintamalliehdotusta (ks. kuvio 12).



Kuvio 12. Kuvaus toimintamalliehdotuksesta.

Kivun tunnistamisen lomakkeen avulla tarkoituksena on muun muassa paikantaa kipua ja selvittää kivun luonnetta yhdessä asiakkaan kanssa. Kivun voimakkuutta mittaamaan on lomakkeessa kolme erilaista kipumittaria. Mittareista on tarkoitus valita yksilöllisesti asiakkaalle sopiva mittari kivun mittaamiseen. Kipua on tarkoitus seurata systemaatti-

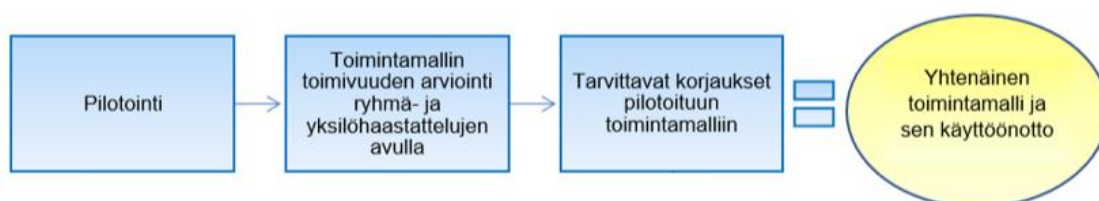
sesti ja yksilöllisesti. Lomakkeeseen merkataan aina arviointipäivä ja suunniteltu seuraava arviointikerta. Kivun tunnistamisen lomaketta (liite 5) säilytetään asiakkaan kotona. Lomake on näkyvillä ja kaikkien helposti saatavilla.

Hoitajan ohje kivun tunnistamisen lomakkeen (liite 6) tarkoituksena on ohjata hoitajaa käyttämään kivun tunnistamisen lomaketta. Hoitajan ohje -lomakkeeseen on kerätty hoitajien mielestä tärkeitä huomioita kivun tunnistamisen lomakkeen oikeinkäytön varmistamiseksi. Hoitajan ohje sisältää ohjausta muun muassa kipumittarin yksilöllisestä valinnasta sekä informatiivista asiaa kivun mittaamisesta.

Lomakkeiden lisäksi työpajoissa valmistui kirjaamista helpottamaan ja ohjaamaan kipufraasi (liite 7). Fraasi on lyhyt kooste tekstiä sen käyttö helpottaa hoitajien työtä. (ks. Hallila 2005: 58). Kipu-fraasi kehitettiin Lifecare-potilastietojärjestelmään. Kipu-fraasi etenee yhdenmukaisesti kivuntunnistamisen lomakkeen kanssa. Kipu-fraasi sisältää kirjaamista ohjaavaa tekstiä. Kipu-fraasin käyttö helpottaa informaationkulkua ja auttaa hoitajaa dokumentoimaan asiakkaan kivusta yhtenevällä tavalla.

4.7 Pilotoinnin arviointi ryhmä- ja yksilöhaastattelujen avulla

Toimintamalliehdotusta pilotoitiin yhdellä kotihoidon alueella. Pilotointi on testijakso, jonka aikana uutta toimintamallia kokeillaan pienemmällä käyttäjämäärällä. Pilotoinnin aikana kerätään palautetta pilottiryhmältä uuden toimintamalliehdotuksen sopivuudesta. (Pilotointi käyttöönoton tukena 2018.) Ongelman poistaminen vaatii usein pilotoinnin, jolla varmistetaan toimintamallin toimivuus. Toimintamalli tulee tehdä käyttäjälähtöiseksi ja kotihoidon toimintaympäristöön sopivaksi, joten pilotointi viedään käytäntöön kokeiltavaksi ja paranneltavaksi. (vrt. Kananen 2017: 37). Alla kuvaus kehittämistyö prosessin vaiheesta (ks. kuvio 13).



Kuvio 13. Toimintamallin pilotointi ja arviointi prosessi vaiheesta.

Pilotointivaihe oli ajalla 27.5.–3.7.2019. Pilotointi toteutettiin yhdellä kotihoidon alueella. Pilotointiin osallistui kaikkiaan 21 tutkimussuostumuksen allekirjoittanutta hoitajaa. Pilotoinnin tarkoituksena oli testata toimintamallin toimivuutta. Ennen pilotoinnin alkua lomakkeita tulostettiin jokaiseen alueen työpisteeseen hoitajien saataville. Pilotoinnin edetessä muistuttelimme ajoittain kivun tunnistamisen -lomakkeen ja kipu-fraasin käytöstä sähköpostitse ja kyselemällä. Pilotoinnin tavoitteena oli, että jokaisen kivuliaan asiakkaan kanssa testattaisiin kivun tunnistamisen lomaketta. Lisäksi tavoitteena oli käyttää kipu-fraasia mahdollisimman aktiivisesti kirjaamiseen.

4.8 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on yleisin kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Teemahaastattelua voidaan käyttää kehittämistyössä siinä vaiheessa, kun tarvitaan ymmärrystä ilmiöstä tai asian tilaista. (Kananen 2012: 99–100.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä siksi, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat kaikille samat. Kysymysten järjestystä voidaan vaihdella ja kysymyksiin voidaan tehdä täsmennyksiä kysymyksiin haastattelun edetessä sekä aineistonkeruuseen liittyy vapauksia. Kysymyksiä ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin vaan haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin. Teemahaastattelussa korostuu ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010: 208; Hirsjärvi & Hurme 2011: 47-48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 125.)

Teemahaastattelun etuna on se, että se ei sido haastattelua tiettyyn tutkimukselliseen lähestymistapaan. Myöskään haastattelukertojen määrällä ole merkitystä. Teemahaastattelussa kaikkein oleellisinta on, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee ennalta sovittujen teemojen mukaan. Tämä vapauttaa haastattelijan tutkijan näkökulmasta ja tuo haastateltavien äänen kuuluviin. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2011: 48.)

Teemahaastattelu voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Yksilöhaastattelut tuottavat tarkempaa ja luotettavampaa tietoa, mutta ryhmähaastattelun avulla saadaan tiivistettyä tietoa. Toisaalta ryhmähaastattelu tuo mukanaan haastattelutilanteeseen ryhmän vaikutuksen. (Kananen 2012: 100.) Teemahaastattelun avulla oli tarkoituksena selvittää, että mitä hyötyä on kivun seurannan ja hoidon mallista hoitajille.

Haastattelua ohjasi ennalta suunniteltu väljä teemahaastattelun runko (ks. liite 4). Haastattelun edetessä tehtiin täydentäviä lisäkysymyksiä hoitajille. Kananen (2012) kuvaa teemahaastattelua pallopeliksi, jossa haastateltavan vastaukset tuovat uusia näkökulmia, joihin haastattelijä tarttuu tekemällä uusia kysymyksiä (Kananen 2012: 103).

Ryhmähaastattelurunkoa suunniteltiin kehittämistyön aikaisessa vaiheessa, joka johti siihen, että rungosta tuli laaja. Teemat muokattiin intuition perusteella jo ennen työpajoja. Laajalla teemahaastattelurungolla pyrittiin mahdollisimman kattavaan aineistonkeräämiseen. Tämä kuitenkin osoittautui osittain tarpeettomaksi. Kysymykset oli valmisteltu niin, että niiden pohjalta saatiin vastaukset ennalta suunniteltuihin teemoihin. (ks. Eskola & Lätti & Vastamäki 2018: 41.)

Ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä seitsemän hoitajaa. Haastattelu kesti noin tunnin ja se tallennettiin digitaalisesti. Ryhmähaastattelemalla emme saaneet riittävästi tietoa pilotoidun toimintamallin toimivuudesta, koska toimintamallia oli pilotointiaikana käytetty niukasti ja pilotointi aika oli lyhyt. Hoitajat, jotka olivat kokeilleet lomakkeita pilotointiaikana, olivat ryhmähaastattelun ajankohtana lomalla tai eivät olleet työvuorossa. Tuulaniemen (2016) mukaan pilotointiin osallistuneiden tulisi olla mukana myös toimintamallin toiminnan arviointivaiheessa. Tällä menetelmällä turvataan, että kaikki olennainen on huomioitu kehitettävässä mallissa. (vrt. Tuulaniemi 2016: 135.) Tästä syystä päädyimme jatkamaan pilotointiaikaa kuukaudella. Pilotoinnin jatkoajan jälkeen tehtiin kolme yksilöhaastattelua täydentämään ryhmähaastattelua. Yksilöhaastattelut kestivät noin 10–15 min.

Pilotoitavaa kivun seurannan ja hoidon toimintamalliehdotusta arvioitiin yksilöhaastattelujen avulla. Yksilöhaastattelun runko oli suunniteltu napakammaksi kuin ryhmähaastattelurunko. Tarkoituksena oli saada vastauksia kolmanteen tutkimuskysymykseen *Mitä hyötyä on kivun seurannan ja hoidon toimintamallista hoitajille?*

Kysymykset, joihin haluttiin vastauksia teemahaastattelun avulla:

- Mitä hyötyä on kivun tunnistamisen lomakkeesta hoitajille?
- Mitä hyötyä on hoitajan -ohjeesta kivun tunnistaminen hoitajille?
- Mitä hyötyä on kirjaamisen apuna käytettävästä kipu-fraasista hoitajille?

4.9 Teemahaastattelun aineiston analyysi

Teemahaastattelun avulla saadaan hyvä kuvaus ilmiöstä (Kananen 2012: 100). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnettiin analyysissä teemahaastattelun aineistoa, jota kerättiin pilotoinnin jälkeen ryhmä- ja yksilöhaastatteluiden avulla. Aineistoa saatiin runsaasti, eikä tarvetta koko aineiston hyödyntämiseen nähty tarpeelliseksi. Kerätty aineisto rajattiin koskemaan toimintamalliehdotuksen toimivuutta käsittäviin kysymyksiin. Meille oli tärkeää tietää miten toimintamalliehdotus toimi pilotoinnin aikana. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan harkinnanvaraisesta poiminnasta, joihin halutaan vastauksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Teemahaastattelujen avulla saatiin vastauksia toimintamalliehdotuksen toimivuuteen ja tutkimuskysymykseen, joka oli: *mitä hyötyä on kivun seurannan ja hoidon toimintamallista hoitajille*. Aineisto oli teorialähtöistä eli deduktiivista, koska kehittämistyön analyysi perustui jo olemassa olevaan malliin. Aineiston teorialähtöistä analyysia ohjasi työpajatyöskentelyssä kehitetty malli. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018: 110–112; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 166–167.)

Analyysi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelutallenteiden materiaali tekstiksi välittömästi haastattelun jälkeen (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 164). Tämän jälkeen haastatteluteksti luettiin useita kertoja läpi. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Aineiston analyysin ensimmäinen vaihe oli pelkistäminen. Pelkistäminen tapahtui auki kirjoitetusta aineistosta. Pelkistämällä karsittiin epäolennainen pois tiivistämällä ja pilkkomalla aineistoa osiin. Samaa kuvaavat ilmaisut etsittiin litteroidusta tekstistä. Litteroidusta tekstistä koodattiin eri väreillä tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia ilmauksia. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018: 123–124; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 169; Hallila 2005: 115.) Tämän jälkeen siirsimme ryhmähaastattelun ja yksilöhaastattelujen eri väreillä koodatut ilmaukset erillisille Word-tiedostoille. Tämän jälkeen tiedostoilla olevat tekstit yhdistettiin värien mukaan suuremmaksi tiedostoksi ja tehtiin taulukko. Taulukkoon kerättiin alkuperäisilmauksia teemahaastattelua ohjanneiden kysymysten mukaan (ks. taulukko 3 seuraavalla sivulla).

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
...”Yhden asiakkaan kohdalla kävi niin, että kipu olikin ihan eri paikassa kuin mitä minä olin kuvitellut ja tiennyt...Tässähän se tulee kaikki paperilla näkyviin”.	Hoitajan omat olettamukset. Kivun paikka tulee näkyviin konkreettisesti.
”Asiakkaan on helppo kertoa, missä kohdassa kipu on näyttämällä kuvaa (lomakkeesta).”	Lomakkeen kuvat helpottavat kivun paikallistamista. Asiakas näyttää kuvasta kivun sijaintia.
...”jos asiakkaalla on tosissaan kipua tai kipu on lisääntynyt, niin sitä tulee mieleen, että täyttää lomakkeen asiakkaan kanssa. Ja sitten tämän (lomakkeen) voi tehdä myös vuosikäynnin yhteydessä”	Kivun seuranta ja arviointi asiakkaan kanssa säännöllisesti tai tilanteen muuttuessa. Kipua arvioidaan asiakaslähtöisesti.

Seuraava vaihe oli aineiston ryhmittely. Ryhmittelemällä alkuperäisilmauksia etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin eri luokiksi, näistä muodostui alaluokat. Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin alaluokiksi. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018: 124–127.). Taulukkoon kerättiin esimerkkejä aineiston ryhmittelystä (ks. taulukko 4).

Taulukko 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Asiakas näyttää kuvasta kivun sijaintia Kivun seuranta ja arviointi asiakkaan kanssa säännöllisesti tai tilanteen muuttuessa.	Asiakasosallisuus
Kivun paikka tulee näkyviin konkreettisesti Lomakkeen kuvat helpottavat kivun paikallistamista	Lomake on informatiivinen
Lääkärille viedään tietoa kivusta kivun luonteen muuttuessa Lääkärin kanssa yhteistyö helpottuu	Informaation kulku

Luokittelua jatkettiin niin, että alaluokkia yhdistelemällä muodostettiin yläluokka ja yläluokkia yhdistelemällä muodostettiin pääluokka, joka on toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Aineiston ryhmittelyn jälkeen seurasi aineiston käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa eli aineiston käsitteellisämisessä, erotettiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostettiin teoreettisia käsitteitä. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018: 125–126; Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 169.) Taulukkoon kerättiin esimerkkejä pääluokkien muodostumisesta (ks. taulukko 5).

Taulukko 5. Esimerkki pääluokan muodostumisesta.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Asiakas osallistuu arviointiin	Asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeen hyödyt hoitajille	Toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon
Lomake on informatiivinen		
Informaationkulku		
Lomake on selkeä, toimiva ja ohjaava	Hoitajan ohje -kivun tunnistaminen hyödyt hoitajille	
Lomake on helppo sisäistää		
Lomake on sopivan mittainen		
Fraasi helpottaa, ohjaa ja yhtenäistää kirjaamista	Kirjaamisessa käytettävän fraasin hyödyt hoitajille	
Kirjaaminen auttaa informaationkulkua		
Kirjaamisen fraasi on helppo käyttää		

5 Toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon

Valmis toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon muodostui kolmesta tekijästä. Nämä tekijät olivat hyödyt hoitajille kivun tunnistamisen lomakkeesta, hyödyt hoitajille hoitajan ohjeesta kivun tunnistaminen ja hyödyt hoitajille kirjaamisen kipu-fraasista (taulukko 6.)

Taulukko 6. Toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon

Toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon		
Hyödyt hoitajille kivun tunnistamisen lomakkeesta	Hyödyt hoitajille hoitajan ohjeesta -kivun tunnistaminen	Hyödyt hoitajille kirjaamisen kipu fraasista

5.1 Hyödyt hoitajille kivun tunnistamisen lomakkeesta

Haastattelujen tuloksia tarkastellessa voidaan todeta, että asiakkaan kivun tunnistamislomakkeen hyödyt hoitajille jakautui viiteen luokkaan: lomake on toimiva työkalu kivun arviointiin, lomake on informatiivinen, asiakas osallistuu arviointiin, toimintatapojen yhtenäistäminen ja informaationkulku.

Kivun tunnistamisen lomake (liite 5) on hoitajien kanssa yhdessä kehitetty. Tästä syystä hoitajat kokivat lomakkeen omakseen. Lomaketta muokattiin kehittämistyön aikana useaan otteeseen hoitajien toiveista ja tullaan jatkossakin muokkaamaan tarpeen mukaan. Asiakkaiden tarpeet myöskin muuttuvat ja vaihtuvat. Jatkuva oman työn kehittäminen on Espoon vanhusten palveluissa jokapäiväistä, joten lomakkeen kehittäminen on tulevaisuudessaakin osa sitä.

Hoitajat kokivat, että lomake on heidän näköisensä ja sisältää heille hyödyllisiä sanoja ja mittareita kivun tunnistamiseen. Lomake koettiin toimivaksi työkaluksi kivun tunnistamiseen, koska se sanoittaa monipuolisesti kivun arviointia. Kivun arviointi ja havainnointi monipuolistui lomakkeen käytön aikana:

Siinä mielessä on auttanut, että saan kiinni paremmin kivusta. Asiakas ei vaan sano, että on kovaa kipua...

...Joo, minä just taitoin kasaan ja laitoin itselle laukkuun, et on aina olemassa.

Hoitajat pystyvät hyödyntämään lomakkeen tietoa kotikäynneillä ja soveltamaan lomakkeen kysymyksiä päivittäisessä työssä. Lomake saa hoitajat kysymään ja selvittämään kipua asiakkaan kanssa tarkemmin. Kysymykset laittavat asiakastakin miettimään kivun syitä ja luonnetta. Asiakkaan osallistuminen tuo syvyyttä kivun arviointiin. Asiakas pääsee kertomaan kokemastaan kivusta vuolaasti, eikä hoitaja tee enää omia oletuksia.

No ainakin siellä (lomakkeessa) on niin monta kohtaa, eikä pelkästään, että on kipua.

Lomakkeessa on kuvailevia sanoja kuten säteileekö vai pistääkö?

Lomakkeeseen laitettiin isot kuvat ihmiskehosta edestä ja takaa. Isot kuvat helpottivat kivun sijainnin tunnistamista. Tämä tapa tunnistaa kipua koettiin toimivaksi. Lomakkeesta tehtiin tarkoituksella yhden sivun mittainen ja tiivis asiakokonaisuus niin, että ikääntyneet jaksavat sen yhdessä hoitajan kanssa täyttää alusta loppuun. Lomake ohjaa hoitajaa arvioimaan kipua kokonaisvaltaisesti ja kysymään kivun luonteesta tarkemmin asiakkaalta. Lomakkeessa kipupaikka tulee näkyviin, kun asiakas merkitsee tai näyttää kuvasta kivun sijaintia.

Kivun tunnistamisen lomakkeen todettiin ohjaavan hoitajaa arvioimaan asiakkaan kipua kokonaisvaltaisesti. Lomakkeen avulla saadaan yhtenäinen tapa tunnistaa ja arvioida kipua. Yhtenäistämällä kivun tunnistamista ja arviointia luodaan toimintamalli, jolla tuodaan asiakkaalle turvallisuutta, jatkuvuutta ja laatua kivun hoitoon ja seurantaan:

Kyllä minun mielestäni se (lomake) on tarpeellinen ja luulen, että asiakaskin analysoi enemmän kipua. Viimeksi kun minä tein tämän niin, kysyin asiakkaalta kivun luonteesta, että onko se jomottava vai viiltävä, pistävä. Minä en ehtinyt kysymään enempää, hän sanoi kivun olevan pistävää.

Asiakkaan osallistuminen arviointiin tulee olla koko lomakkeen käytön perusta. Lomakkeessa on kohtia, joiden täyttöön asiakkaan tulee osallistua, kuten näyttämällä kuvasta kivun sijaintia. Tarkoituksena on, että kipua arvioidaan säännöllisesti tai voinnin muuttuessa:

Lomakkeesta oli apua, kun asiakas merkitsi sen, missä kohdassa on kivut ja tuon kuvan näkee.

...jos asiakkaalla on tosissaan kipua tai kipu on lisääntynyt, niin sitä tulee mieleen, että täyttää lomakkeen asiakkaan kanssa.

Haastattelussa osa hoitajista toi esille epävarmuuden, milloin kipua tulisi arvioida kivun tunnistamisen lomakkeen avulla. Osa hoitajista tarvitsee ohjausta siihen, milloin kivun tunnistamisen lomaketta käytetään uudelleen asiakkaan kanssa. Toisaalta osa hoitajista piti luonnollisena tehdä arvio asiakkaan tilanteen muuttuessa. Tämä osittainen epävarmuus lomakkeen käytön suhteen saattaa johtua siitä, että kotihoidossa ei aikaisemmin ole ollut sovittua toimintamallia tai tapaa kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Mahdollisesti myös hoitajan koulutus ja työkokemus voivat vaikuttaa hoitajan tapaan toimia.

Kotihoidon asiakkailla voi olla eri asteisia kognitiivisia vajeita esimerkiksi muistiongelmia. Tämän lisäksi monenlaiset aistivajeet ja puheentuition ongelmat saattavat vaikeuttaa kivun arviointia. Hoitajan on otettava asiakas yksilöllisesti huomioon kipumittaria valittaessa yhdessä asiakkaan kanssa. Tuloksissa hoitajien henkilökohtainen näkemys mittarin käyttöön saattoi hieman vaikuttaa käytettävän mittarin valintaan. Tätä tapahtui esimerkiksi, kun hoitaja tunsu asiakkaan hyvin ja tiesi, että asiakkaalla ei ole muistisairautta niin hoitaja jätti ilmeasteikon esittelemättä:

Tästä (lomakkeesta) voi esittää vaihtoehdot mittarin valinnalle. Tärkeintä olisi valita... (mittari asiakkaan kanssa).

Asiakasta haastatteleamalla saadaan todenmukaisin kokemus ja tieto hänen kivustaan. Tällöin arviointi perustuu asiakkaan omaan kokemukseen kivusta, eikä hoitajan oletuksiin. Tuloksia tarkastelemalla selvisi, että lomake helpottaa hoitajaa keskustelemaan kivusta ja kipuun liittyvistä ongelmista tarkemmin. Voidaan todeta, että yhtenäinen tapa toimia koetaan tärkeäksi osaksi kivun seuranta ja hoitoa. Yhteneväisellä tavalla toimiminen tuottaa tasaista laatua ja helpottaa hoidon seuranta:

...kaikkien kohdalla tehdään samanlailla.

Tässä (lomakkeessa) on sanat mitä käytetään

Kotihoidossa informaationkulkuun sisältyy haasteita. Yksi haaste on työn liikkuvuus ja hoitohenkilökunnan vaihtuvuus. Vaihtuvuuteen vaikuttaa osittain vuorotyö. Hoitajilla ei ole mukana kirjaamisen mahdollistavaa tietokonetta, joten kotiin jätettävä kivun tunnistamisen lomake saattaa olla ratkaisu tiedonkulkuun. Tuloksista voidaan päätellä, että informaationkulku helpottuu kivun tunnistamisen lomakkeen avulla. Visuaalinen lomake antaa paljon tietoa asiakkaan kivusta. Hoitajat toivat esille, että lomakkeen voi välittää lääkärille. Lomakkeesta pystyy ottamaan kuvan työpuhelimella ja välittämään tiedon eteenpäin, joten tiedonkulku on sujuvaa. Lomakkeen säilyttämisestä käytiin keskustelua

ja todettiin, että sitä on hyvä säilyttää kotona asiakkaan omassa kansiossa. Toisaalta hoitajat tuovat esille huolen siitä, että ei ole sovittua paikkaa säilyttää kansiota. Lisäksi asiakas saattaa itse siirrellä kansiota tai se voi hautautua lehtipinojen alle. Näistä huomioista huolimatta päädyttiin siihen, että lomake säilytetään asiakkaan kotona.

5.2 Hyödyt hoitajille hoitajan ohjeesta kivun tunnistaminen

Hoitajan ohje kivun tunnistamisen hyödyt hoitajille koostuu kolmesta luokasta: lomakkeen selkeys, toimivuus ja ohjaavuus, lomakkeen helppo sisäistettävyyys ja lomakkeen sopiva mitta. Ohje on tarkoitettu kotihoidon hoitajille avuksi täyttää kivun tunnistamisen lomaketta yhdessä asiakkaan kanssa. Tulosten mukaan hoitajan ohje koettiin tärkeäksi, koska se ohjaa kivun tunnistamisen lomakkeen käytössä. Ohjeeseen on koottu kohtia kivun tunnistamisen lomakkeesta, jotka hoitajat kokivat tarpeelliseksi avata hoitajan ohjeessa tarkemmin. Nyt kehotuksena on, että hoitajat lukevat ensin ohjeen ennen kuin aloittavat kivun tunnistamisen lomakkeen täytön. Tästä voidaan olla montaa mieltä, että onko ohjetta tarpeellista pitää jatkuvasti mukana:

Hoitajan ohjetta tuli alkuun tietenkin luettua. Tämä on ihan selkeä, kyllä tämän siten muistaa.

Minun mielestäni tämä lomake on hyvä, jos hoitaja lukee ensin nämä ohjeet.

Tuloksien mukaan ohje koettiin tärkeäksi hoitajien keskuudessa. Väärinymmärryksiä ohjeistuksesta huolimatta tapahtui pilotoinnin aikana. Esimerkiksi hoitaja oli jättänyt lomakkeen asiakkaalle täytettäväksi, vaikka tarkoituksena on täyttää se asiakkaan kanssa yhdessä. Kehotus yhdessä arvioinnista lisättiin hoitajan ohjeeseen.

Hoitajan ohje -lomakkeen apukysymyksistä oli hyötyä, apukysymykset ohjaavat hoitajia toimimaan yhteneväisesti. Hoitajan ohjeeseen koettiin tarpeelliseksi perehtyä ennen, kuin aloittaa käyttämään asiakkaan kivun tunnistamisen lomaketta. Yleisesti on tärkeää tutustua ohjeisiin, jotta välttyy väärinymmärryksiltä ja virheiden määrä vähenee:

...Konkreettisesti ohje auttoi minua ohjaamaan asiakasta ja näyttämään sormella kipupisteet. Itse en olisi hoksannut kysyä. Ohje oli selkeä. Seurasin ohjetta ja asiakas teki minun ohjeitteni mukaisesti.

Hoitajan ohje kivun tunnistaminen lomake, ohjaa asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeen käyttöä ja auttaa konkreettisesti toimimaan yhteneväisellä tavalla. Hoitajan lomake

on työpajassa hoitajien omista toiveista ja mielteistä koottu toimintaohje. Toimintaohje on tukena yhteneväselle tavalle toimia.

5.3 Hyödyt hoitajille kirjaamisen kipu-fraasista

Kirjaamisen kipu-fraasin hyödyt hoitajille koostuu kolmesta luokasta, jotka ovat: fraasi helpottaa, ohjaa ja yhtenäistää kirjaamista, kirjaaminen auttaa informaationkulkua ja kirjaamisen fraasi on helppo käyttää.

Tulosten mukaan informaationkulku helpottuu fraasin avulla. Hoitajien mukaan liikkuva työ hankaloittaa tiedon välittämistä. Hoitajat eivät välttämättä tapaa toisiaan, jotta tieto siirtyisi. Fraasia käyttämällä tieto asiakkaan kivusta siirtyy hoitajalta toiselle ja organisaatiosta toiseen Lifecare-potilastietojärjestelmän avulla:

Hoidon kannalta hyvä, että se tieto kulkee. Koska työ on niin liikkuvaa ja hoitajat ovat tekeviä, ...niin tieto pitäisi saada sinne koneelle (Lifecare potilastietojärjestelmään).

Hoitajien mielestä kirjaamisessa käytettävä fraasi helpottaa, ohjaa ja yhtenäistää kirjaamista, koska ei tarvitse itse keksiä sanoja kivusta kirjaamiseen. Fraasin sisältämät apukysymykset koettiin tarpeellisiksi, koska ne ohjaavat kirjaamista. Fraasin koettiin säästävän hoitajan aikaa muuhun hoitotyöhön:

...ei ainakaan tarvitse itse keksiä sanoja tai yrittää miettiä, että mitenkään järkevästi tosta (fraasista) saa hyvin apua, eikä mene aikaa siihen, miten saa järkevän kirjauksen.

Se (fraasin sisällä ohjaava teksti) oli ihan hyvä ohje, et sieltä voi poistaa ne kaikki kysymykset, et kirjottaa vaan suoraan sen tekstin niin se on kiva lukea.

Tuloksissa tulee selkeästi esille, että kotihoidossa ei ollut aiemmin ohjeistusta tai sovittua tapaa toimia kivun kirjaamisesta. Koska tapa kirjata kivusta on uusi, tulee hoitajia perehdyttää kipu-fraasin käytössä ja ohjeistaa miten Lifecare-potilastietojärjestelmästä saa kipu-fraasin käyttöön. Uusi tapa toimia vaatii aina aikaa ja selkeän toimintaprosessin kuvauksen:

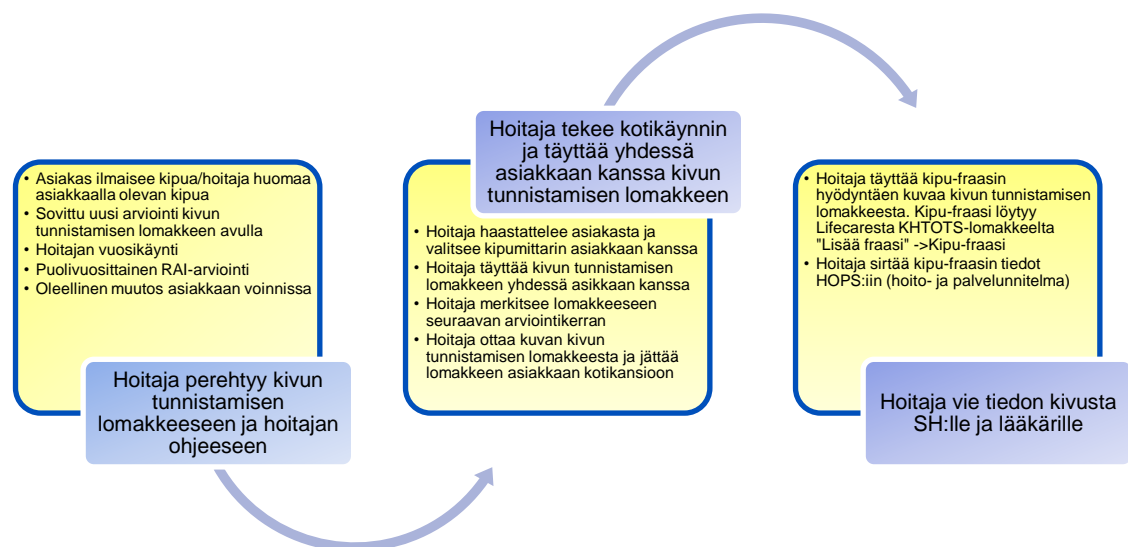
Aluksi me pohdittiin sitä, että miten me se fraasi saadaan sinne ylipäätään (Lifecare-potilastietojärjestelmään), mutta sitten kun se tuli niin se oli vaan niin helppo käyttää.

Minä olen työkavereiden kanssa jutellut ja yhdessä olemme pohtineet. Ja sitten on katsottu seuraavia...

Tuloksien mukaan kipu-fraasin käyttö on helpottanut kivun kirjaamista ja lisännyt hoitajien välistä informaationkulkua. Kipu fraasin olemassaolon tiedostaminen on aktivoinut hoitajia suunnittelemaan kipuasiakkaiden arviointeja etukäteen. Lisäksi fraasi on herättellyt hoitajat kiinnittämään huomiota kirjaamiseen enemmän. Koska kirjaaminen on ollut puutteellista ei kivun seuranta ole voitu tehdä systemaattisesti.

5.4 Yhteenveto kehittämistyön toimintamallista

Tuloksena valmistui kivun seurannan ja hoidon toimintamalli. Malliin kuuluu kaksi lomaketta ja kipu-fraasi, jotka yhdessä muodostavan toimintamallin: asiakkaan kivun tunnistaminen, hoitajan ohje kivun tunnistaminen ja kipu-fraasi kirjaamisen tueksi. Toimintamallista tehtiin prosessikuvaus helpottamaan toimintamallin käyttöönottoa. Alla toimintamallin prosessinkuvaus (kuvio 13).



Kuvio 13. Kuvaus kivun seurannan ja hoidon toimintamallin prosessista.

Toimintamallin ja prosessikuvausten avulla parannetaan kivun hoidon laatua ja vaihtelua kotihoidossa. Toimintamalli ja sen prosessi tulee kehittymään ja korjauksia tehdään hoitajien kehoituksista jatkossakin. Espoossa on käytössä Lean-jatkuvan parantamisen malli, joten kehittäminen on osa päivittäistä työtä. Engeström (2004) painottaa työympäristön merkitystä laatua kehitettäessä. Organisaatioiden toimintatapamuutokset vaikuttavat kehittämiseen. Laadun kehittäjän tulee olla valmis muutokseen ja muokkaamaan omaa käsitystään laadusta. (Engeström 2004: 66–67.)

6 Johtopäätökset ja pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli yhteiskehittämisen keinoin kehittää toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Yhteiskehittäminen tapahtui työpajatyöskentelymenetelmää hyödyntäen hoitajien kanssa Espoon yhdellä kotihoidon alueella. Työpajoissa käytettiin syy-seuraussuhteiden selvittämiseen kalanruotokaaviota ja PDSA-kehää hyödynnettiin kalanruotokaaviosta selvinneiden kehittämistoimenpiteiden työstämiseen. Työpajatyöskentelyllä haettiin vastauksia kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: minkälainen toimintamalli auttaa kivun seurantaan ja hoitoa kotihoidossa ja miten toimintamallissa voidaan hyödyntää RAI-mittarin kiputulosta? Toimintamallia pilotointiin yhdellä kotihoidon alueella. Pilotoinnin jälkeen kolmanteen tutkimuskysymykseen haettiin vastausta teemahaastattelujen avulla: mitä hyötyä on kivun seurannan ja hoidon toimintamallista hoitajille?

Työpajojen kehittämistyön tuloksena valmistui yhtenäinen toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Toimintamalli sisältää kaksi lomaketta ja yhden kirjaamisen fraasin: asiakkaan kivun tunnistamisen -lomake, hoitajan ohje kivun tunnistamisen -lomake ja kirjaamisen kipu-fraasi. Toimintamallin avulla yhtenäistetään kivun seurantaan ja hoitoa kotihoidossa. Yhteneväisellä toimintamallilla vähennetään kivuliaiden asiakkaiden määrää.

Hoitajat toivat useasti työpajoissa esille, että tarvitaan yhtenäinen tapa toimia kipua arvioitaessa. Työpajoissa tuli esiin useassa eri yhteydessä, että kivun hoidon laatu olisi tasalaatuisempaa, jos kaikki kotihoidon hoitajat käyttävät jatkossa samaa tapaa tunnistaa ja arvioida kipua. Tutkiva hoitotyö (2015) artikkelin mukaan toimintamalleilla ja niiden käyttöönotolla on keskeinen yhteys hoidon laatuun ja lopputulokseen. Yhtenäistämällä toimintaa vähennetään hoidon vaihteluja. Yhtenäisellä toimintamallilla tarkoitetaan paikallisiin olosuhteisiin sovellettuja käytäntöjä. Toimintamallin yhteydessä kuvataan olemassa olevat työohjeet, mittarit ja lomakkeet, joita noudattamalla voidaan sanoa näyttöön perustuvaksi. (Korhonen & Jylhä & Siltanen & Kangasniemi & Holopainen 2015.)

Kivun seurannan ja hoidon toimintamalli auttaa hoitajaa tunnistamaan kipua. Toimintamallissa yhdenmukaistettiin asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeen ja kipu-fraasin sanoitusta RAI-kipukysymysten mukaan. Rapo-Pylkön (2017) mukaan yksi kivun hoitamattomuuden syitä saattaa olla puute tiedon soveltamisessa käytäntöön (Rapo-Pylkkö

2017). Kehittämistyön tuloksien mukaan yhdenmukaiset termit helpottavat hoitajaa kirjaamaan kivusta. Kirjaamisen avuksi kehitettiin kipu-fraasi. Tuloksista ilmeni, että kipufraasin avulla hoitajan on mahdollista dokumentoida asiakkaan kivusta yhdenmukaisesti hyödyntäen fraasin apukysymyksiä. Kirjaamisen fraasi ohjaa ja helpottaa kivun kirjaamista ja auttaa informaation kulkuun. Aikaisemmat tutkimustulokset ovat samansuuntaiset. Kinnusen (2013) mukaan kirjaamiseen tarvitaan pohja ja kirjaamisen kielen tulee olla tuttu hoitajille (Kinnunen 2013: 45). Johdonmukaisella kirjaamisella helpotetaan tiedon kulkua ja se tuo jatkuvuutta hoidon seurantaan. (Suhonen 2005: 46.)

Toimintamallin pilotoinnin jälkeen teemahaastattelun avulla saatiin vastaus kolmanteen tutkimuskysymykseen: mitä hyötyä on kivun seurannan ja hoidon toimintamallista hoitajille. Ryhmä- ja yksilöhaastattelujen tulokset jäsentyivät kolmeen luokkaan: mitä hyötyä on asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeesta hoitajille, mitä hyötyä on hoitajan ohje kivun tunnistamisen lomakkeesta hoitajille ja mitä hyötyä on kipufraasista hoitajille.

Teemahaastattelujen tulosten mukaan hoitajat kokivat yhtenäisen toimintamallin tarpeelliseksi työvälineeksi kivun seurantaan ja hoitoon. Toimintamalli auttaa yhtenäistämään toimintatapaa kivun tunnistamisessa ja arvioimisessa. Tuloksien mukaan lomakkeet ovat informatiivisia ja ohjaavat hoitajia toimimaan yhdenmukaisti. Haastattelun tuloksena oli, että hoitajat kokivat saavansa apua kivun sanoittamiseen lomakkeen avulla. Tulosten mukaan asiakkaan osallisuus tuo lisää syvyyttä kivun arviointiin. Hoitaja arvioi asiakasta havainnoimalla ja tarkemmin kyselemällä asiakkaan kivusta, apuna käyttäen erilaisia kipumittareita ja kipusanoja (Hallila & Graeffe 2005: 91–92). Finne-Soverin (2008) mukaan kivun tunnistamisen osalta on tärkeä kysyä asiakkaalta itseltä kivusta. Kivun syy ja sen vaikutus toimintakykyyn pitää selvittää. Kipu heikentää tarpeettomasti toimintakykyä ja aiheuttaa muun muassa masennusta. Hoitovasteen säännöllinen seuranta ja hoitajan tuki ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. (Finne-Soveri 2008: 195, 201.)

Kotihoidossa ei ole ollut aikaisemmin käytössä kivun seurantaan ja arviointiin tarkoitettua lomaketta. Lomakkeessa olevat kuvat ja mittarit auttoivat hoitajia selvittämään kivun sijaintia ja voimakkuutta yksilöllisemmin asiakkaan kanssa. Kehittämistyön tulosten mukaan lomake oli visuaalinen. Tulosten mukaan kivun arviointi ja havainnointi monipuolistui lomakkeiden käytön aikana. Lomakkeen täsmentävät kysymykset kivusta helpottivat hoitajaa kysymään kivusta tarkemmin. Lomakkeissa olevat ihmiskehokuvat helpottivat kivun sijainnin tunnistamista. Hallilan ja Graeffen (2005) mukaan kivun arvioinnissa voi käyttää kipukarttaa (kivun seurantalomake), johon potilas merkitsee kohdan missä ja

minkälaista kipu on. Kivun seurantalomakkeessa on myös ihmiskehot, jotka ovat hyvin samankaltaiset kuin kehittämistyön työpajoissa suunnitellut ihmiskehot. (Hallila & Graeffe 2005: 91–92, 96.)

Hoitajan tulisi ottaa asiakas yksilöllisesti huomioon kipumittaria valittaessa. Haastattelussa tuli esille, että hoitaja tietoisesti jätti yhden mittareista esittelemättä, koska hänen näkemys oli, että asiakkaalla ei ole muistisairautta. Pääsääntöisesti kipumittarin valinta tehtiin yhdessä asiakkaan kanssa. Pesonen (2011) väitöskirjassaan tuo esille, että tehokas kivunhoito perustuu hyvin ja huolellisesti suoritettuun kivunmittaukseen luotettavalla ja helposti toistettavalla mittausten menetelmällä (Pesonen 2011: 85). Kehittämistyössä valmistuneessa kivun tunnistamisen lomakkeessa olevat mittarit ovat hyvin samankaltaiset, kuin Pesosella (2011) tutkiessaan kivun hoitoa iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Pesonen on testannut mittareita eriaistetta sairastaville muistisairaille, kuntoutus- ja pitkäaikaishoidossa oleville potilaille. Tutkimustuloksena oli, että osa potilasta pystyi käyttämään kaikkia visuaalisia kipumittareita. Kognitiivinen taso vaikutti kipumittarin luotettavaan käyttöön. (ks. Pesonen 2011: 47–48, 87.)

Hoitajan ohje lomake on hoitajien omista toiveista ja mielteistä koottu toimintaohje. Lomake toimii perehdytyksenä kivun tunnistamisen lomakkeen käytössä. Ohjeen tarkoitus on ehkäistä väärinymmärryksiä ja se tukee yhteneväistä tapaa toimia. Ohje koettiin riittävän ohjaavaksi ja helposti omaksuttavaksi. Ohjeesta saattaa suurelle osalle hoitajista tulla ajansaatossa tarpeeton, kun hoitajat oppivat ja sisäistävät kivun tunnistamisen lomakkeen käytön. Kotihoidossa on vaihtuvuutta työntekijöissä, joten ohje on pidettävä kuitenkin tallessa.

Kirjaamisessa käytettävän kipu-fraasin avulla hoitajat kokivat saavansa suunnitelmallisen ja yhteneväisen tavan kirjata kivusta. Yhteneväinen kirjaaminen helpottaa informaationkulkua. Suhosen (2005) mukaan hyvä ja johdonmukainen kirjaaminen vähentää väärinymmärryksiä ja pienentää hoitovirheiden riskiä. Johdonmukaisella kirjaamisella turvataan tiedon siirto hoitajalta toiselle ja organisaatiosta toiseen. Kirjaaminen on oleellinen osa hoidon jatkuvuutta ja helpottaa hoidon seurantaa. (Suhonen 2005: 46.)

Kinnusen (2013) mukaan kirjaamisen laadun parantamiseksi kirjaamisalustan täytyy tukea hoitotyötä ja sen kielen tulee olla tuttu käyttäjille (Kinnunen 2013: 41). Espoon kotihoidossa ei ole ollut alustaa Lifecare-potilastietojärjestelmässä kivusta kirjaamiselle.

Alustan eli kipu-fraasin puute on mahdollisesti yksi syy siihen, miksi asiakkaiden kivun kokonaisvaltainen hoito ja seuranta ovat jääneet kotihoidossa vähäiselle huomiolle.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksellinen kehittämistyö noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6-7). Pelkästään tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 153). Tutkijan on pohdittava, mikä on aiheen merkitys ja tutkimuksen hyödyllisyys. Tärkeää on ymmärtää, millainen merkitys tutkimusaiheen valinnalla on yhteiskunnallisesti ja siihen osallistuvalla organisaatiolle, että tutkimukseen osallistuviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 218–219.) Tämä kehittämistyö kehitti kotihoidon kivun seuranta ja hoitoa. Työntekijän näkökulmasta osaaminen lisääntyi ja informaation kulku helpottui. Sekä organisaatio että työyhteisö ovat suhtautuneet kehittämistyöhön myönteisesti.

Tutkimuksellisen kehittämistyön työpajojen alussa kotihoidon hoitajat ja esimies allekirjoittivat tietoisesti suostumuslomakkeen, joilla he antoivat kehittämispajojen vetäjille saadun materiaalin ja haastattelujen käyttöoikeudet. Kehittämistyöhön osallistujille kerrottiin, työpajojen alussa, että osallistuminen on vapaaehtoista sekä poisjättäytyminen missä tahansa vaiheessa oli mahdollista ilman seuraamuksia. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 219.)

Toinen työpaja koettiin haastavaksi ja työlääksi aiheen laajuuden vuoksi. Teimme sisälönanalyysiä työpajatyöskentelyn aikana ja käytettävää materiaalia rajattiin, koska materiaalia saatiin työpajoista runsaasti. Hoitajien kommentit työpajoissa ohjasivat valinnoissa, joita tehtiin kehittämistyön edetessä. Aavistus toimintamallista oli olemassa, mutta se minkälainen siitä tulisi, ei ollut selvillä. Keräsimme yhteen työpajojen tuotokset ja toimintasuunnitelmat. Tämän jälkeen tehtiin valintoja, kuten laadullinen tutkimus mahdollisti ja päädyttiin kehittää sellaisia asioita, joihin hoitajat pystyvät omalla toiminnallaan vaikuttamaan, jotta kipua kokevien asiakkaiden määrä vähenisi ja asiakkaan kivun hoitoon kiinnitettäisiin enemmän huomiota. (vrt. Kananen 2012: 89.)

Työpajojen aikana ei tehty kirjallisia muistiinpanoja vaan muistintukena käytettiin työpajojen äänitallenteita ja hoitajien tekemiä merkintöjä työpajatyöskentelyn tuotoksista. Ää-

nitallenteet vaikuttivat kehittämistyössä tehtyihin valintoihin. Korjausehdotuksia ja huomioita tehtiin työpajojen jälkeen lomakkeisiin. Työpajojen alussa esiteltiin aina edellisen työpajan tuotokset ja yhteenvedot, tällä tavoin varmistettiin, että olimme tehneet hoitajien toiveiden mukaiset muutokset tuotoksia vääristelemättä.

Työpajatyöskentely oli hoitajille tuttu tapa kehittää omaa työtä. Ilmapiiri oli rento ja avoin. Osallistujat tunsivat toinen toisensa, joten keskustelu oli ajoittain jopa rempseää. Hoitajat osallistuivat työskentelyyn mielellään. Yhteiskehittäminen antaa hoitajille mahdollisuuden olla mukana määrittämässä ja tekemässä valintoja kehitettävän toimintamallin suunnittelussa. Osallistamalla hoitajat yhteiskehittämiseen, he sitoutuvat paremmin toimintamallin käyttöön ja testaukseen. (vrt. Tuulaniemi 2016: 54.)

Ryhmähaastattelun aikana ilmeni, että pilotointiaika oli liian lyhyt koko toimintamallin sisäistämiseen. Hoitajat olivat käyttäneet lomakkeita ja fraasia, mutta vielä ei voitu puhua toimintamallin toimivuudesta. Toimintamalli ja prosessi sisältää kolme osiota, joita tulisi käyttää systemaattisesti kivun seurantaan ja hoitoon pidemmän ajanjakson ajan. Ennen pilotoinnin alkua emme vielä osanneet ohjeistaa tarpeeksi selkeästi, kuinka kivun seurannan ja hoidon prosessin eri vaiheet toimivat. Pilotointi oli enemmän lomakkeiden koekielua käytännössä asiakkaiden kanssa, ei vielä selkeää prosessin mukaista työskentelyä. Toimintamallin ja prosessin käyttö selkiytyi kehittämistyöntekijöillekin vasta pilotoinnin aikana ja hoitajilta saadun palautteen perusteella. Pilotoinnin jälkeen suunniteltiin vasta prosessikuvaus toimintamallista. Tällä menetelmällä turvataan, että kaikki olennainen on huomioitu kehitettävässä mallissa. (vrt. Tuulaniemi 2016: 135.)

Pohdimme kehittämistyön aikana vapaaehtoisuuden merkitystä koska kehittämistyö tapahtui työpajoissa, työaikana ja työpaikalla. Hoitajat ovat kehittämistyön tekijöiden kollegoja, joten nämä seikat saivat meitä pohtimaan kehittämistyöhön osallistumisen vapaaehtoisuutta. Koska me kehittämistyöntekijät osallistuimme työpajoihin, jouduimme työpajojen aikana kiinnittämään huomiota erityisesti omaan olemiseen ja käyttäytymiseen, jotta emme vääristäneet tai vaikuttaneet työpajojen tuotoksiin ja tuloksiin.

Eettisesti on tärkeää, että osallistuvien anonymiteetti eli nimettömyys säilytetään eikä ketään pystytä tunnistamaan tai jäljittämään. Haastatteluun osallistuvan puhetyyli tai murre tulee muuttaa sellaiseen muotoon, ettei siitä voi jälkikäteen tunnistaa osallistujia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 221.) Poistimme kotihoidon hoitajien yksilö ja ryhmähaastattelusta tiedot, jotka voisivat johtaa henkilön tunnistamiseen. Alkuperäiset

ilmaukset ovat myös esitetty niin, ettei niiden perusteella tunnisteta ketään. Lainauksia on joissakin kohdin täsmennetty, mutta ne kohdat on laitettu sulkuihin. Kehittämistyön aikana kerättyä materiaali on säilytetty asianmukaisesti niin, että kukaan ulkopuolinen ei ole päässyt siihen käsiksi. Aineisto on tarkoitettu vain kehittämistyön tekijöiden käyttöön ja ne hävitetään kehittämistyön valmistuttua.

Tutkimustoiminnassa opinnäytetyön yhtenä hyvyyden mittarina käytetään luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Tarkka eri vaiheitten dokumentointi edesauttaa validiteetin ja reliabiliteetin arviointia. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli uusimalla tutkimus saataisiin samat tutkimustulokset. Reliabiliteetti liittyy lähinnä aineiston keräämiseen ja tutkimuksen toteutukseen. Validiteetti liittyykin tutkimuksen suunnitteluun ja siihen että aineison analysointi tehdään oikein. (Kananen 2012:161–162.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei voida arvioida samalla tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on tutkijan arvioinnin sekä näytön varassa ja objektiivista luotettavuutta on laadullisessa tutkimuksessa lähes mahdotonta saavuttaa. (Kananen 2014: 145–147; Tuomi & Sarajärvi 2018: 98.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessia on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Kehittämistyön kulku ja erivaiheissa tehdyt ratkaisut ja valinnat ovat kuvattu yksityiskohtaisesti sekä perusteltu työssä. Kehittämistyön työpajassa ryhmätöiden toimintasuunnitelmissa toistui samoja teemoja, tämän vuoksi valitsimme ne teemat jatkokehittäväksi. Puhutaan aineiston kylläntymisestä, kun tulokset alkavat toistua (ks. Kananen 2012: 74). Työntekijöiden työpajat nauhoitettiin dokumentoinnin tueksi ja nauhoitteita litemoitiin niiltä osin, kun niitä on kehittämistyössä hyödynnetty. Työpajojen äänitallenteita hyödynnettiin lomakkeiden visualisoinnin tueksi. Tallenteista poimittiin hoitajien hyviä huomioita, toiveita ja merkityksiä koskien tutkittavaa ilmiötä. Kehittämistyön luotettavuutta lisää toimintamallin pilotointi. Hoitajat, jotka olivat kehittämässä työpajoissa lomaketta kivun seurantaan ja hoitoon sekä kipu-fraasia, ovat myös pilotoineet toimintamallia. Pilotoinnin jälkeen toimintamallia paranneltiin hoitajien ehdotusten pohjalta.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnettiin PDSA-kehän syklimäistä prosessia rytmittämään kehittämistyön vaiheita ja työpajoja: toiminnan suunnittelu ja tavoitteiden asettelu, toiminta eli muutos, arviointi ja seuranta (vrt. Kananen 2012: 39).

Tämän kehittämistyön tulokset on esitetty Metropolia kehittämistyönjulkistamisseminaarissa. Valmis kehittämistyön raportti lisätään Theseus-tietokantaan.

6.2 Jatkotutkimusideoita

Kehittämistyön valmistuttua toimintamalli otetaan käyttöön Espoon kotihoidossa. Koulutus järjestetään alueittain kehittämistyön tekijöiden toimesta. Alustavasti on suunniteltu, että koulutukset alkavat vuoden 2020 alussa, jotta koko Espoon kotihoito saa yhteneväisen tavan seurata ja hoitaa kipua. Yhteneväisen toimintamallin avulla arviointi on tasa-laatuista ja asiakasta osallistavaa. Osallistamalla asiakasta kokemansa kivun arviointiin saadaan syvyyttä arviointiin ja asiakkaan ääni kuuluviin. Tällä tuodaan arvoa asiakkaalle Espoo-tarinan mukaisesti.

Monikulttuuristen työntekijöiden ja asiakkaiden määrä kasvaa tasaisesti. Monikielisyys tulee ottaa huomioon päivittäisessä työssä ja johtamisessa. Monikulttuurisuus ja siihen liittyvä monikielisyys nähdään Espoossa runsaana voimavarana. Espoossa painotetaan, että palvelua on saatavilla kolmella eri kielellä. Kivun seurannan ja hoidon lomake tullaan jatkossa kääntämään myös ruotsin ja englannin kielelle.

Hoitajat toivat työpajoissa esille, että haluavat lisää koulutusta ja ohjeistusta RAI-ki-puosion käyttöön. Lisäksi hoitajat toivoivat lisäkoulutusta RAI-kipukysymyksien tulkin-taan ja siihen, miten RAI:sta saadut kivun mittaritulokset huomioitaisiin ja siirrettäisiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Kotihoidon laatua voidaan tulevaisuudessa parantaa etenkin hoito- ja palvelusuunnitel-man sisältöä kehittämällä ja kirjaamiskäytäntöjä vakiinnuttamalla. Espoon käyttämässä Lifecare-potilastietojärjestelmässä on hyvin vähän fraaseja ohjaamaan kirjaamista. Seu-raavaksi kirjaamista voisi kehittää esimerkiksi ravitsemuksen osalta monipuolisemmaksi.

Kehittämistyön aikana hoitajat toivat esille muitakin puutteita kirjaamisessa. Muun mu-assa kipu-fraasin sisällyttäminen kotihoidon väliarvioi-fraasiin nähtiin tarpeelliseksi. Vä-liarvio on säännöllisin väliajoin tai tarpeen vaatiessa tehtävä yhteenveto kotihoidon asi-akkaan voinnista ja palvelusta. Toisessa kehittämistyöpajassa saatiin runsaasti hyviä kehittämistoimenpidesuunnitelmia, joita kaikkia ei pystytty tässä kehittämistyössä hyö-dyntämään. Yksi hyvä jatkotutkimusidea olisi kehittää lääkkeettömiä kivun hoidon ja seu-rannan menetelmiä.

Lopuksi

Kehittämistyön raportin kirjoittaminen ja sen eteneminen on ollut monivaiheista. On ollut onnistumisia ja epätietoisuutta, kuinka kehittämistyön kanssa missäkin vaiheessa tulee edetä. Olemme saaneet tukea toisistamme kehittämistyön haastavina hetkinä. Kehittämistyön aikana olemme käyneet paljon pitkiä keskusteluja aiheesta ja työvaiheista. Yhdessä tekeminen on koettu rikkaudeksi, mutta samalla myös hitaaksi tavaksi tehdä kehittämistyötä. Olemme saaneet hyvää ohjausta ja tukea opettajalta ja kollegoilta, niin luokkatovereilta kuin työyhteisöstä. Kiitos kaikille.

Lähteet

ACT Academy n.d.. Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools. Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. Saatavana osoitteessa: <<https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>>. Luettu 17.3.2019.

Ahtiainen, Hanna 2019. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2018. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2019. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavana osoitteessa: <https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/19_06_25_vanhuspalvelujen_raportti_2018.pdf>. Luettu 10.12.2019.

Ajankohtaista 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Iäkkäiden laitoshoidtoa vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä. Päivitetty 27.2.2014. Saatavana osoitteessa: <https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/iakkaiden-laitoshoidtoa-vahennetaan-useilla-erilaisilla-toimenpiteilla>. Luettu 7.11.2019.

Dogget, A. Mark 2005. Root Cause Analysis: A Framework for Tool Selection. The Quality Management Journal 12(4). 344–5. Saatavana osoitteessa: <<file:///C:/Users/lovma/Downloads/qmjv12i4doggett.pdf>>. Luettu 8.3.2019.

DuPasquier, Jean- Noël & Luchsinger, Verena & Steiner, Nathalie & Favario-Constantin, Catherine & Rapin, Charles-Henri & Blair Fries, Ian. RaiSoft. CAP-käsikirja CAP18: Kipu. Saatavana osoitteesta, vaatii kirjautumisen: <<https://espoo.raisoft.net/>>. Luettu 28.10.2018.

Egnatios, Donna 2015. Improving Pain Outcomes in Home Health Patients. Through Implementation of an Evidence-Based Guideline Bundle. Home Healthcare Now. 33 (2). 70–76. Saatavana osoitteesta, vaatii kirjautumisen: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25654453>>. Luettu 5.11.2019.

Engeström, Yrjö 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä. Tampere: Otava.

Eskola, Jari & Lähti, Johanna & Vastamäki, Jaana 2018. Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teoksessa Valli, Raine (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 5 painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 41.

Espoo n.d.. Kotihoidon yhteystiedot. Saatavana osoitteessa: <https://www.espoo.fi/fi-fi/Seniorit/Tukea_ja_apua_kotiin/Kotihoido/Kotihoidon_yhteystiedot>. Luettu 10.12.2019.

Espoo-tarina 2017. Saatavana osoitteessa: <https://www.espoo.fi/fi-FI/Espoon_kaupunki/Paatoksenteke/Espootarina>. Luettu 1.11.2018.

Finne-Soveri, Harriet 2008. Iäkkäiden kipu. Teoksessa Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (Toim.): Geriatria - Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 194–198, 201.

Hagelberg, Nora & Finne-Soveri, Harriet 2015. Kipu iäkkäällä ja muistisairailta potilailla. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vaino, Anneli (Toim.): Palliatiivinen Hoito. 3 painos. Helsinki: Duodecim. 79–81.

Hagelberg, Nora & Heiskanen, Tarja 2015. Kipujärjestelmän toiminta. Kustannus Oy Duodecim, oppiportti. Saatavana osoitteessa, vaatii kirjautumisen: <<https://www.oppiportti.fi/op/pli00023/do>>. Luettu 10.12.2019.

Hallila, Liisa 2005. Sisällönanalyysi menetelmänä hoitotyön kirjaamisen tarkastelussa. – nursing audit. Teoksessa Hallila, Liisa (Toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi. 115.

Hallila, Liisa & Graeffe, Reija 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, Liisa (Toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi. 91–92.

Heiskanen, Tarja & Hamunen, Katri & Hirvonen Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakausikirja 129 (4). 385–392. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa, vaatii kirjautumisen: <<https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/lehti/2013/4/duo10822>>. Luettu 28.10.2018.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita 15.–16. painos. Helsinki: Tammi.

Holma, Tupu & Outinen, Maarit & Idänpään-Heikkilä, Ulla & Sainio, Salla 2001. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa –kehitä laatutalo: opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolle. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Stakes.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro.

Ikääntyminen n.d. RAI-välineistö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Saatavana sähköisesti: <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-valineisto>>. Luettu 4.11.2019.

Ikääntyminen 2019. Kirjautuminen RAI-vertailukehittämisen tietotuotteisiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Päivitetty 16.10.2019. Vaatii kirjautumisen, saatavana osoitteessa: <[https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailukehittämisen-tietotuotteet/kirjautuminen-rai-vertailukehittämisen-tietotuotteisiin](https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailukehittamisen-tietotuotteet/kirjautuminen-rai-vertailukehittamisen-tietotuotteisiin)>. Luettu 5.11.2019.

International Association for the Study of Pain 2011. IASP Taxonomy. Saatavana osoitteessa: <https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2016/11000/Updating_the_definition_of_pain.6.aspx#P1-6>. Luettu 26.10.2018.

Intoa elämään 2013. Saatavana osoitteessa: <https://file:///C:/Users/coutimi/Downloads/Intoa%20el%C3%A4m%C3%A4nC3%A4n_netti.pdf>. Luettu 3.10.2019.

lääkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden riittävyys ja laatu 2015. Saatavana sähköisesti osoitteessa: <<https://docplayer.fi/4750947-lakkaiden-henkiloiden-tarvitsemien-palveluiden-riittavyys-ja-laatu.html>>. Luettu 23.11.2018.

lääkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden riittävyys ja laatu 2018. Saatavana osoitteessa: <[file:///C:/Users/lovma/Downloads/l%C3%A4kk%C3%A4iden%20henkil%C3%B6iden%20tarvitsemien%20palvelujen%20riitt%C3%A4vyys%20ja%20laatu_raportti%202018%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/lovma/Downloads/l%C3%A4kk%C3%A4iden%20henkil%C3%B6iden%20tarvitsemien%20palvelujen%20riitt%C3%A4vyys%20ja%20laatu_raportti%202018%20(3).pdf)>. Luettu 23.9.2019.

Jokinen, Taina & Virkkunen, Heikki 2018 (toim.) Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Kanta: terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavana osoitteessa: <https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++fi-nal+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77>. Luettu 16.10.2019.

Kalso, Eija 2009. Vanhusten kipu. Kivun arviointi. Kustannus Oy Duodecim, oppiportti. Saatavana osoitteessa, vaatii kirjautumisen: <<http://www.oppiportti.fi/op/kip04703/do>>. Luettu 27.10.2018. 2018.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona – opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä 2017. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keho. Papunet kuvapankki. Saatavana osoitteessa: <<https://kuvapankki.papunet.net/haku/keho>>. Luettu 13.5.2019.

Kinnunen, Ulla-Mari 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli -innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Saatavana osoitteessa: <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf>. Luettu 7.11.2019.

Kipu, Käypä hoito -suositus 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#s4>>. Luettu 26.10.2018.

Korhonen, Anna & Jylhä, Virpi & Siltanen, Hannele & Kangasniemi, Mari & Holopainen Arja. 2015 Ammattilaisten autonomia ja yhtenäiset toimintamallit: 2015 Tutkiva hoitotyö 2/2015. Saatavana osoitteessa: <<https://www.emagz-fi.ezproxy.metropolia.fi/reader/>>. Luettu 28.10.2018.

Kotihoidon asiakkuuden kriteerit 2017. Saatavana osoitteessa: <[file:///C:/Users/lovma/Downloads/Kotihoidon%20asiakkuuskriteerit%2026%2010%202017%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/lovma/Downloads/Kotihoidon%20asiakkuuskriteerit%2026%2010%202017%20(4).pdf)>. Luettu 1.11.2018.

Laatusuositus 2017. Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019:6 Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf>. Luettu 18.10.2018.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä sosiaali- ja terveystalve- luista. 2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>>. Luettu 29.10.2018.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Annettu Helsingissä 22.9.2000. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812>>. Luettu 30.10.2018.

Laukkanen, Pia 2018. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu – ja kyselytutkimukset. Teoksesta Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (Toim.): Gerontologia 2 painos. Helsinki: Duodecim. 300–301.

Löv, Maj-Britt 2019. Kuvio 2. THL-vertailukehittäminen. RAI-laatuindikaattori kova päivittäinen tai häiritsevä kipu. Vaatii kirjautumisen, saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailukehittamisen-tietotuotteet/kirjautuminen-rai-vertailukehittamisen-tietotuotteisiin#Easy-raider>>. Luettu 5.11.2019.

MacSorley, Robyn & White, Jill & Conerly, Vicki H. & Walker, Jean T. & Lofton, Susan & Ragland, Gaye & Davey, DeBrynda & Robertson, Amy. 2014. Pain Assessment and management strategies for elderly patients. Home Healthcare Nurse 32 (5). 272–285. Saatavana sähköisesti, vaatii kirjautumisen: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24802598>>. Luettu 5.11.2019.

Noro, Anja & Karppanen, Satu 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavana osoitteessa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4060-4>>. Luettu 1.9. 2019.

Pesonen, Anne 2011. Pain measurement and management in elderly patients. Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Saatavana osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28175/painmeas.pdf?sequence=1>>. Luettu 12.11.2019

Pilotointi käyttöönoton tukena 2018. Saatavana osoitteessa: <<https://www.colla-pick.com/fi-new/blog/pilotointi-kayttoonoton-tukena>>. Luettu 1.10.2019.

Pursianen, Tuomas 2019. Henkilöstön määrä. Henkilöstöasiantuntija, SOTET/ Henkilöstöyksikkö. Sähköposti. 28.8.2019.

Päivärinta, Eeva & Haverinen, Riitta 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma - opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö Suomen Kuntaliitto Stakes. Hoito- ja palvelusuunnitelma esimiestyön ja johtamisen tukena.

Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf>>. Luettu 5.11.2019.

Rapo-Pylkkö, Susanna 2017. Reumataudit. Kipumittareiden käyttö vanhuksilla. Best-bractice. Lääketieteen asiantuntijoiden ammattilehti. Saatavana osoitteessa: <<https://bestprac.fi/2017/02/28/kipumittareiden-kaytto-vanhuksilla/>>. Luettu 7.10.2018.

Rapo-Pylkkö, Susanna 2019. Chronic pain and neuropathic pain among community-dwelling older adults in primary health care settings. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Saatavana osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305480/ChronicP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 12.11.2019.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavana osoitteessa: <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_1.html>. Luettu 5.11.2019.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV- kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja: Saatavana osoitteessa: <<https://www.fsd.uta.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>>. Luettu 4.10.2019.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Annettu Helsingissä 3.12.2014. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>>. Luettu 30.10.2018.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019. Päivitys vuodelle 2019. Valvontaohjelma 1. Saatavana osoitteessa: <https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_paivitys_2019.pdf/89634c90-7e3d-6835-8ba9-d60fadaed53f>. Luettu 30.8.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Saatavana osoitteessa: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69933>>. Luettu 24.10.2018.

Sote-uudistus 2019. Laatu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelujen tuottaminen. Päivitetty 13.5.2019. Saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>>. Luettu 13.9.2019.

Suhonen, Riitta 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, Liisa (Toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi. 45.

Suneja, Aneesh & Suneja, Carolyn 2017. Lean ja terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Sydänmaanlakka, Pentti 2015. Älykäs julkinen johtaminen. Miten rakentaa älykäs verkostoyhteiskunta? Helsinki: Talentum pro.

Terveydenhuollon laatuopas 2019. 2 uudistettu painos. Helsinki: Kuntaliitto. 6.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Luettu 1.11.2018.

Tilastokeskus 2019. Tuotteet ja palvelut. Väestö. Päivitetty 13.9.2019. Saatavana osoitteessa: <https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#v%C3%A4est%C3%B6ennuste>. Luettu 10.12.2019.

Tilvis, Reijo 2016. Vanhusten suhtautuminen kipuun ja sen seuraukset. Kustannus Oy Duodecim, oppiportti. Saatavana sähköisesti osoitteessa, vaatii kirjautumisen: <https://www.oppiportti.fi/op/ger02803/do?p_haku=kipu#q=kipu>. Luettu 10.12.2019.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012:6. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavana osoitteessa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 30.8.2019.

Tuulaniemi, Juha 2016. Palvelumuotoilu. 3. Painos. Helsinki: Talentum Pro.

Vainio, Anneli 2004. Kivun hallinta. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Valtioneuvosto n.d.. Rinteen hallitus. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Saatavana osoitteessa: <<https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>>. Luettu 10.12.2019.

Liite 1. Työpajojen aikataulu ja sisältö

Päivämäärä	Toiminta	Sisältö
17.4.2019	Työpaja 1	1.PDSA-kehän käyntiin pyöräytys. 2.Juurisyiden selvittäminen kalanruotokaa- viota hyödyntäen.
29.4.2019	Työpaja 2	1.Kehittämistoimenpide-ehdotuksia kivun seurantaan ja hoitoon. 2. Asiakkaan kivun tarkistuslista komment- toitavaksi. Lista käytössä yhdellä alueella (Lean- kehittämistyö). Listaa jatkokehitet- tiin. 3. RAI-kipulomakkeen esittely ja parannus- ehdotukset.
22.5.2019	Työpaja 3	Tuotokset: Asiakkaan kivun tunnistamisen lomake. Hoitajan ohje -lomake Kirjaamisen fraasi kipuun
27.5.-29.9.2019	Pilotointivaihe	Kivun toimintamalliehdotuksen ja kirjaami- sen fraasin pilotointi.
3.7.2019	Ryhmähaastat- telu	Teemahaastattelu. Hoitajien kokemuksia toimintamallin hyö- dyistä.
20.9.-29.9.2019	Yksilöhaastattelut	Teemahaastattelu. Hoitajien kokemuksia toimintamallin hyö- dyistä

Liite 2. Tiedote työpajoista Espoon kotihoidon hoitajille

Hei kollegat!

Kutsumme teidät työpajoihin ke 17.4, ma 29.4. ja ke 22.5. Työpajat ovat osa opinnäytetyötämme. Työpajat järjestetään XXXX isossa kokoushuoneessa klo 13:45–14:45. Mikäli sinulla on iltavuoro ja olet halukas osallistumaan, niin tervetuloa. Saat laittaa sen työajaksi.

Työpajojen tavoitteena on kehittää Espoon kaupungin kotihoitoon toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Työpajojen ja pilotoinnin jälkeen 3.7. haastattelemme teitä ryhmänä. Haluamme kuulla teidän mielipiteenne työpajatyöskentelystä kehittämismenetelmänä, sekä palautetta pilotoitavasta kivun tunnustamisen lomakkeesta, hoitajan ohjeesta kivun tunnistamiseen ja kipu-fraasista.

Tavoitteena on, että toimintamallin avulla saamme yhtenäisen työkalun kivun seurantaan ja hoitoon. Yhteneväinen kivunhoidon malli tuo arvoa ja laadukasta hoitoa ikäihmiselle Espoo-tarinan mukaisesti.

”Ikääntyneet asuvat turvallisesti ja toimintakykyisinä kotona”

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) RAI-vertailun kehittämisen raportissa joka neljäs ikäihminen elää päivittäisen kovan kivun kanssa. Espoon RAI-vertailun kehittämisen raporteissa tulokset ovat hyvin samansuuntaiset. Opinnäytetyön tarve on lähtöisin vanhustenpalvelujen tavoitteesta vähentää kipua kokevien asiakkaiden määrää kotihoidossa.

Työpajassa nähdään!

Kiitos jo etukäteen kiinnostuksesta!

Minna ja Maj-Britt

Liite 3. Tutkimussuostumus

Tutkimussuostumus

Olemme kaksi Espoon kotihoidon työntekijää. Opiskelemme Metropolian Ammattikorkeakoulussa ja suoritamme vanhustyön ylempää ammattikorkeakoulututkintoa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) RAI-vertailukehittämisen raportissa, joka neljäs ikäihminen elää päivittäisen kovan kivun kanssa. Espoon RAI-vertailukehittämisen raporteissa tulokset ovat hyvin samansuuntaiset. Kehittämistyön tarve on lähtöisin vanhusten palvelujen tavoitteesta vähentää kivuliaiden asiakkaiden määrää kotihoidossa. Kehittämistyöllä haluamme tukea kotihoidon asiakkaan turvallista arkea ja kivutonta elämää kotona mahdollisimman pitkään Espoon tarinan mukaisesti:

”Ikääntyneet asuvat turvallisesti ja toimintakykyisinä kotona”

Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa Espoon kaupungin kotihoitoon toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon. Tavoitteena on selkeyttää kivunhoidon ja seurannan prosessia yhdessä kotihoidon hoitajien kanssa työpajamenetelmää hyödyntäen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää yksilö/ryhmähaastattelun avulla pilotoinnin jälkeen toimintamallin hyödyt hoitajille. Toimintamalli helpottaa asiakkaan kivun seurantaa ja hoitoa. Yhteneväinen kivunhoidon malli tuo arvoa ja laadukasta hoitoa ikäihmiselle.

Tällä lomakkeella pyydämme suostumustanne työpajatyöskentelyn tuotosten tallentamiseen, kuvaamiseen, niiden jatkokäyttöön kehittämistyössämme, sekä yksilö/ryhmähaastattelun tallentamiseen. Työpajatyöskentelyyn ja haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä on mahdollista kieltäytyä myös jälkikäteen ilman perusteluja.

Saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja anonymisti siten, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille tahoille. Tiedot ja niihin liittyvä aineisto hävitetään kehittämistyön valmistumisen jälkeen. Kehittämistyön tekijöitä sitoo vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus.

Tulokset esitetään kirjallisena raporttina. Valmis Kehittämistyön julkistetaan Metropolia Ammattikorkeakoulun päätösseminaarissa.

Annan luvan siihen, että työpajatyöskentelyn tuotoksia ja yksilö/ryhmähaastatteluani saa käyttää kehittämistyössä. Kehittämistyön aiheena on toimintamalli kivun seurantaan ja hoitoon Espoon kotihoidossa.

Paikka ja aika:

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Voitte ottaa meihin yhteyttä niin kerromme lisää opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimuksesta.

Vanhustyön YAMK- opiskelijoiden yhteystiedot:

Minna Coutinho

Maj-Britt Löf

XXXX

XXXX

minna.coutinho@metropolia.fi

maj-britt.lof@metropolia.fi

Tutkimuksen ohjaaja VTT Tuula Mikkola

XXXX

Metropolian YAMK, Myllypurontie 1

00940 Helsinki

Liite 4. Ryhmähaastattelurunko

Teemahaastattelun runko

Taustatiedot.

Ikä

Ammatti

Kauanko olet ollut töissä kotihoidossa?

Käynti asiakkaan luona

- Miten toimit, kun asiakas ilmaisee kipua?
- Mihin tai kenelle viet tiedon asiakkaan kokemasta kivusta?
- Miten dokumentoit asiakkaan kokeman kivun?

Työpajatyöskentely

- Minkälaiseksi koit työpajatyöskentelyn?
- Miten/ Minkälaista apua sait kivun arviointiin ja seurantaan työpajatyöskentelystä?
- Miten työpajatyöskentely selkeytti RAI-mittaritiedon siirto hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

RAI tiedon hyödyntäminen kivun hoidossa ja seurannassa

- Mitä teet RAI kipu-arvolle?
- Minkälaisia ongelmia on RAI-mittaritiedon siirrossa hoito- ja palvelusuunnitelmaan?
- Miten hyödynnät RAI- tuloksia hoito- ja palvelusuunnitelmassa?

Kivun mallintaminen hoitajien kanssa

- Mitä hyötyä on kivun hoidon mallintamisesta sinulle?
- Käytitkö kivun hoidon seurannan mallia pilotointiaikana?
- Mitä hyötyä on kivun tunnistamisen lomakkeesta sinulle?
- Mitä hyötyä on hoitajan ohjeesta sinulle?
- Minkälaiseksi koit työpajatyöskentelyn, kun mallinnettiin kivun hoitoa ja seuranta?
- Mitä hyötyä on kirjaamisen fraasista sinulle?
- Miten kivun hoidon ja seurannan malli on helpottanut työtäsi?
 - o Vai onko helpottanut, kerro miten?
- Kerro omia mielipiteitä, kuinka mallia tulisi parantaa (pilotoinnin jälkeen)
- Miten kehittäisitte mallia?

Liite 5. Asiakkaan kivun tunnistamisen lomake

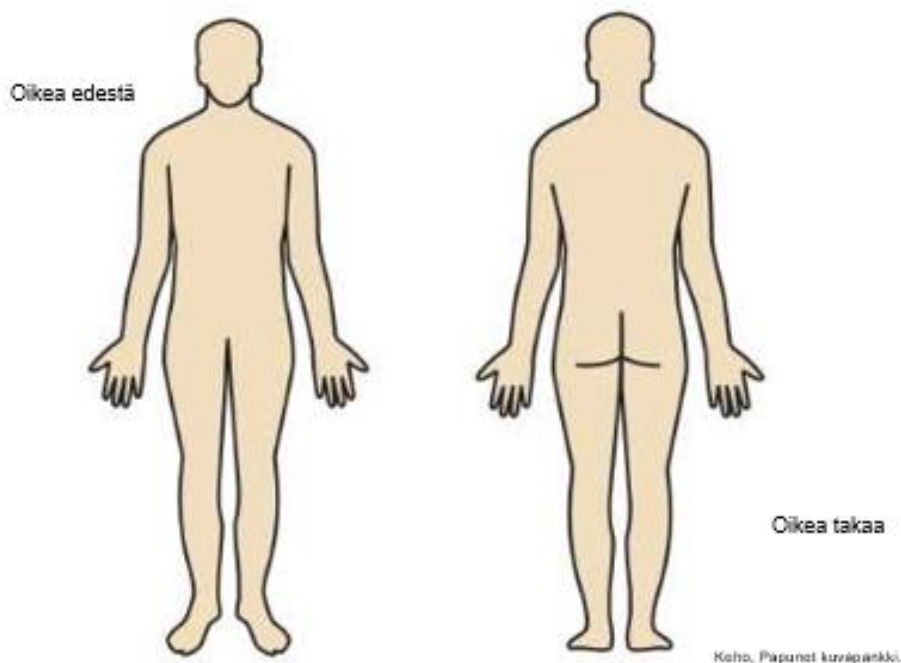
Tämä kappale jää asiakkaan kotikansioon



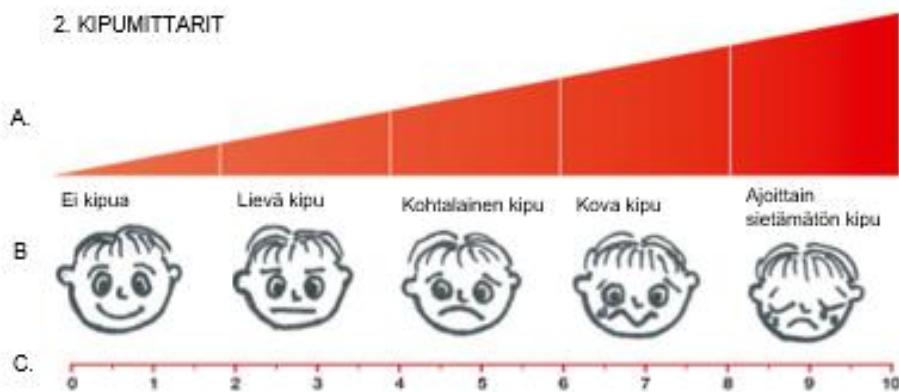
ASIAKKAAN KIVUN TUNNISTAMINEN

Asiakkaan nimi _____ Pvm _____

1. Merkitse kuvaan missä kipu sijaitsee tai näytä hoitajalle kuvasta kipeää kohtaa.



2. KIPUMITTARIT



3. KIVUN SEURANTATAULUKKO

PVM									
TULOS									

Tämä kappale jää asiakkaan kotikansioon



ASIAKKAAN KIVUN TUNNISTAMINEN

4. Milloin kipu on alkanut?

Alle kolme vuorokautta Alle kolme kuukautta Kauemman aikaa sitten

5. Onko kivun luonne ja voimakkuus muuttunut viimeisen kolmen vuorokauden aikana?

Ei Kyllä Kuvaile muutoksia _____

6. Asiakkaan valittaman tai ilmaiseman kivun esiintymistiheys:

Kipuja harvemmin kuin päivittäin Kipuja päivittäin kerran

Kipuja päivittäin useita kertoja

7. Kivun luonne: Jomottava Viiltävä Pistävä Säteilevä

Polttava Sykkivä Muuta _____

8. Kivun voimakkuus:

Lievä kipu Kohtalainen kipu Kova kipu Ajoittain sietämätön kipu

9. Häiritseekö kipu päivittäisiä toimintoja? Ei Kyllä

10. Milloin kipu tuntuu? Levossa Liikkeessä , Rasituksessa

11. Paheneeko kipu? Levossa Liikkeessä Rasituksessa

12. Häiritseekö kipu unta? Ei Kyllä

13. Onko kipulääkityksestä apua? Kyllä Lääke ei hillitse riittävästi kipuja

En ole ottanut kipulääkettä, koska _____

14. Mikä helpottaa kipua? Muuta huomioitavaa _____

Liite 6. Hoitajan ohje asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeeseen



Jätä kivun tunnistamisen lomake kotikansioon.

HOITAJAN OHJE -ASIAKKAAN KIVUN TUNNISTAMINEN

Asiakkaan kipua tulee seurata säännöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa. Arviointiväli on yksilöllinen. Kirjaa kivun hoito ja seuranta HOPS:n tavoitteisiin ja auttamismenetelmiin.

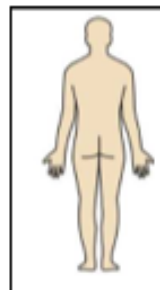
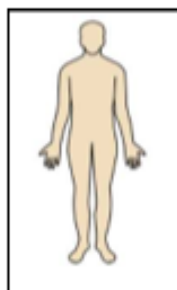
Ota asiakkaan kanssa täytetystä kivun tunnistamisen lomakkeesta työpuhelimella kuva. Kirjaa tulokset LifeCareen kipu-fraasia apuna käyttäen. (KHTOTS lisää kipu-fraasi).

Kohta 1. Kivun paikallistaminen

Pyydä asiakasta näyttämään sormella missä kipu on. Tarvittaessa avusta merkitsemään kuvaan kipeä kohta.

Haastattele asiakasta, sillä hän on paras asiantuntija kertomaan kokemastaan kivusta.

Oikea edestä



Oikea takaa

Kipuasiakkaat arvioidaan kipulääkkeen kanssa

Kohta 2. Kipumittarit

Kipuasteikko on sama kaikissa kolmessa mittarissa. **Valitse yksi kolmesta mittarista**, jotka ovat asiakkaan kivun tunnistamisen lomakkeessa. **Käytä aina samaa mittaria**, kun arvioit asiakkaan kanssa kipua.

Ympyröi mittarin kirjain (A,B,C) jota käytät: A= Kipukiila/sanallinen kipuasteikko, B= Ilmeasteikko, C= kipujana.

Kohta 3. Kivun seurantataulukko

Merkitse asiakkaan kappaleeseen päivämäärä, mittaritulos ja seuraava arviointipäivä taulukkoon kivun seurannan jatkuvuuden varmistamiseksi.

Kohta 13. Onko kipulääkityksestä apua?

Jos asiakas ei käytä lääkärin määräämiä kipulääkkeitä, selvitä syy. Tuleeko lääkkeitä sivuoireita, kysy minkälaisia. Pyydä asiakasta kuvailemaan oireita. Pelkääkö asiakas lääkkeiden haittavaikutuksia? yms.

Kohta 14. Mikä helpottaa kipua?

Kysy asiakkaalta mitkä asiat tai toiminnot helpottavat kipua. Omat keinot kuten asennonvaihto tai pieni liike. Jokin muu, mikä?

Liite 7. Kipu-fraasi

ESPOON SOSTER

Sivunumero 1

KHTO

KHTO

KOTIHOITO

KHTO

Henkilötunnus - Potilaan nimi	Nimen muutokset	KHTO
130145-A010		KHTO
<u>Testi Haava Kotihoito</u>		KHTO
<u>25.11.2019 19:26 KH 2301A SH Coutinho Minna</u>		KHTO
Hoitotyön toiminnot Aisti ja neurologiset toiminnot		KHTO
Sijainti: Missä kipu on? (katso asiakkaan kivun tunnistamislomake, kirjaa esim. kipu oikeassa käsivarressa)		KHTO
Kivun seuranta mittari: (A=Kipukiila, B=Ilmeasteikko, C=Kipujana. Käytä aina samaa seurantamittaria)		KHTO
Kivun voimakkuus: (Siirrä tieto HOPS:iin)		KHTO
Milloin kipu on alkanut? (Onko kipu alkanut alle 3 vrk, 3 kk sisällä vai yli 3 kk)		KHTO
Kivun luonne: (Jomottava, viiltävä jne. Kipuja yhdessä paikassa, useassa paikassa)		KHTO
Kivun esiintymistiheys: (Harvemmin kuin päivittäin, päivittäin, päivittäin useita kertoja)		KHTO
Häiritseekö kipu päivittäisiä toimia (ei/kyllä, milloin/missä tilanteissa. Jos kyllä niin yhteys sairaanhoitajaan tai lääkäriin)		KHTO
Hillitseekö kipulääkitys riittävästi kipua: (kyllä/ei, miksi. Ottaako kipulääkettä, onko lääkitys riittävä, onko lääkäreitä konsultoitu)		KHTO
Mikä helpottaa kipua? (Lämpö- tai kylmähoitot/jumppa/lepo/asennon vaihto/hieronta jne.)		KHTO
Hoitajan havainnointi/ muuta huomioitavaa (muutos toimintakyvyssä tai käyttäytymisessä, rajoittaa liikkumista, ärtynyt, yksinäisyyden tunne/ vaikutus kipuun, psyykinen tila/vaikutus kipuun, vaikutus uneen).		KHTO
		KHTO