

Dokumentation kring smärtskattning och smärtbehandling

En kvantitativ studie utförd på neurokirurgisk avdelning

Ella Holm

Bettina Paananen

Maria Wallin

Examensarbete för sjukskötare (YH) och hälsovårdare (YH)-examen

Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare

Åbo 2021

EXAMENSARBETE

Författare: Ella Holm, Bettina Paananen, Maria Wallin

Utbildning och ort: utbildning till sjukskötare och hälsovårdare, Åbo

Handledare: Josephine Åberg

Titel: Dokumentation kring smärtskattning och smärtbehandling

En kvantitativ studie utförd på neurokirurgisk avdelning

Datum: 26.04.2021

Sidantal: 46

Bilagor: 5

Abstrakt

Examensarbetet är en del av ett utvecklingsprojekt inom Neurocentrum vid Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS). Syftet är att, med hjälp av dokumentation från patientjournaler, utreda hur ofta smärta skattas inom den neurokirurgiska vårdavdelningen och vilka metoder vårdpersonalen använder för att lindra patientens smärta. För att uppnå syftet ville skribenterna ha svar på följande frågor: Hur ofta används smärtskattningsskalor? Vilka metoder används för att lindra akut smärta? På vilka sätt utvärderas effekten av smärtlindring?

I bakgrunden presenterades fakta om olika typer av smärta, smärtskattningsskalor och behandlingsmetoder. För examensarbetet gjordes en kvantitativ undersökning där data samlades in från patientjournaler och vårdpersonalens anteckningar från 30 patientjournaler granskades. Utgående från skribenternas iakttagelser av vårdpersonalens anteckningar utformades resultatet. Data analyserades i Excel och resultatet framställdes i form av statistik, diagram och text.

Resultatet visar att vårdpersonal skattar patienternas smärta. Vårdpersonalen beaktar patienternas smärtupplevelse och lindrar aktivt akut smärta. Som smärtlindringsmetod betonas medicinsk vård. Resultatet visar att icke-medicinska smärtlindringsmetoder används mindre i vården. Vårdpersonal dokumenterar smärtskattning både i vårdtabellen och i dagligt vårdarbete, dock betonas dokumentation i det dagliga vårdarbetet. En slutsats är att dokumentation av smärta kunde vara mera beskrivande och enhetligt i patientjournalerna. Examensarbetet kan fungera som grund för att utveckla dokumentationen av smärta på den neurokirurgiska avdelningen.

Språk: svenska

Nyckelord: smärta, smärtskattning, smärtbehandling, utvärdering, dokumentation

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Ella Holm, Bettina Paananen, Maria Wallin

Koulutus ja paikkakunta: sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, Turku

Ohjaaja(t): Josephine Åberg

Nimike: Kivun mittaamista ja kivunhoitoa koskeva kirjaaminen

Määrällinen tutkimus neurokirurgisella osastolla / Dokumentation kring smärtskattning och smärtbehandling -En kvantitativ studie utförd på neurokirurgisk avdelning

Päivämäärä: 26.04.2021

Sivumäärä: 46

Liitteet: 5

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on osa Turun yliopistollisessa sairaalassa toimivan Neurokeskuksen kehitysprojektia. Tarkoituksena on kirjattujen potilastietojen perusteella selvittää, kuinka usein kipua arvioidaan, ja miten henkilökunta lievittää potilaiden kipuja neurokirurgisella osastolla. Tilanteen selvittämiseksi esitetään seuraavat kysymykset: Kuinka usein kipumittareita käytetään? Mitä hoitomuotoja käytetään akuutin kivun lieventämiseksi? Millä tavoin kivunlievityksen vaikutusta seurataan?

Opinnäytetyön taustassa esitellään eri kiputyypit, kipumittarit ja hoitomuodot. Työ toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Tieto kerättiin hoitohenkilökunnan kirjauksista ja käytössä oli 30 potilaan potilastiedot. Tieto analysoitiin Excel-ohjelman avulla ja tulokset esitettiin tilastojen, diagrammien ja tekstin muodossa.

Tuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunta arvioi potilaiden kipuja. Hoitohenkilökunta ottaa huomioon potilaiden kokemuksen kivusta ja aktiivisesti lievittää potilaiden akuuttia kiputilaa. Kivunlievityksessä korostuu lääkkeellinen hoito. Sitä vastoin ei lääkkeellinen hoito jää osastolla vähäiseksi. Hoitohenkilökunta kirjaa kivun arvioinnista niin hoitotaulukkoon kuin päivittäisiin hoitotoimintoihin. Näistä jälkimmäinen on selvästi yleisempää. Yleisesti ottaen kivusta kirjaamisen tulisi olla kattavampaa ja kirjaamisen yhtenäisempää. Tutkimustyön tuloksia voisi hyödyntää kehittäessä kirjaamisen käytäntöjä neurokirurgisella osastolla.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: kipu, kivun mittaaminen, kivunhoito, arviointi, kirjaaminen

BACHELOR'S THESIS

Authors: Ella Holm, Bettina Paananen, Maria Wallin

Degree Programme: Nursing and Public Health nursing, Turku

Supervisor(s): Josephine Åberg

Title: Documentation Concerning Pain Assessment and Pain Treatment

A Quantitative Study Carried Out at a Neurosurgical Department / Dokumentation kring smärtskattning och smärtbehandling - En kvantitativ studie utförd på neurokirurgisk avdelning

Date: 26.04.2021

Number of pages: 46

Appendices 5

Abstract

This Bachelor's thesis is part of a development project of the Neurocenter at the Turku University Hospital. The purpose is to determine, based on recorded patient data, how often pain is assessed and how staff relieve the pain of patients in the neurosurgical department. The following questions are asked to clarify the situation: How frequently are pain rating scales used? What treatments are used to relieve acute pain? How is the effect of pain relief evaluated?

The theoretical framework introduces of different types of pain, pain rating scales and treatments. The work was carried out as a quantitative study and the data was collected from the nursing staff's records. The patient data of 30 patients was used and the data was analyzed using Excel. Results were presented in the form of statistics, diagrams and text.

The results showed that the patients' pain was assessed by the nursing staff. The nursing staff took into account the patients' experiences of pain and actively alleviate acute states of pain of the patients. Pain relief has an emphasis on medication. In contrast, non-medicinal treatment remains limited in the department. The nursing staff record pain assessment in both a care chart and in daily care activities. The latter is clearly more commonly used. In general, the recording of pain should be more comprehensive and recording more consistent. The results of this research could be utilized in developing recording practices in the neurosurgical department.

Language: Swedish

Key words: pain, pain assessment, pain treatment, documentation

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställningar	3
3	Bakgrund	3
3.1	Definition av smärta	4
3.2	Klassificering av smärta	6
3.3	Utvärdering av smärta	7
3.3.1	Smärtskattningsskalor	9
3.3.2	Utvärdering av smärta vid avvikande situationer	10
3.4	Vård av smärta	11
3.4.1	Farmakologisk behandling av smärta	12
3.4.2	Icke-medicinska metoder för smärtlindring	14
3.5	Dokumentation	16
4	Metoder	17
4.1	Datainsamling	17
4.2	Dataanalys	20
5	Forskningsetik	20
6	Resultat	23
6.1	Resultat av smärtskattning	24
6.2	Resultat angående dokumentation	28
6.3	Kopplingar mellan numerisk smärtskattning och smärtlindring	29
6.4	Smärtlindring och uppföljning av behandling	32
7	Diskussion	36
7.1	Metoddiskussion	36
7.1.1	Kritisk granskning av syfte och frågeställningar	36
7.1.2	Kritisk granskning av metoden	38
7.2	Resultatdiskussion	40
	Källor:	43

Bilagor

Bilaga 1: Sökhistorik

Bilaga 2: Artikel översikt

Bilaga 3: Åbo universitetscentralsjukhus anvisningar om smärtskattning

Bilaga 4: Skriftligt lov för datainsamling

Bilaga 5: Modell för datainsamling

1 Inledning

Långvarig smärta är ett problem både för individen och samhället. Det blir långa sjukskrivningar som medför lidande och därmed nedsatt livskvalitet. Kronisk smärta hos människor orsakar kostnader för samhället. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 13; Rhodin, 2014, ss. 19-20).

Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) 3§ beskriver att "varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet". Sjukvårdspersonal har enligt lagen skyldighet att genomföra god smärtlindring och vårda patienter med smärtor på rätt sätt. Tillräcklig kunskap försäkrar vårdens goda kvalitet och bidrar till individuell smärtlindring. Det här examensarbetet ger en bredare insikt hur individuell smärtlindring utförs. Dessutom presenteras de nyaste rekommendationerna som bereder kunskap inom ämnet.

Det finns fortfarande många smärtpatienter som inte får den rätta hjälpen i rätt tid. Det finns effektiva behandlingsmetoder för att lindra smärta. Däremot används inte dessa alltid på rätt sätt och det orsakar onödigt lidande för patienten. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 13; Rhodin, 2014, ss. 19-20). Att noggrant utreda de bakomliggande orsakerna till smärtan är viktigt (Rhodin, 2014, s. 25; Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen, & Vainio, 2018, ss. 138-139). Genom forskning fås fram lite information i taget om vårdmetodernas effektivitet. Det finns vårdmetoder som skulle kunna vara effektiva för att vårda kronisk smärta men det finns inte forskning som stöder vårdmetodernas effekt. I dessa fall går patienter eventuellt miste om bra vårdmetoder. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 282).

Smärta skapar ett signifikant problem i det finländska samhället. Fyrtio procent av alla hälsocentralers läkarmottagningars besök handlade om smärta. (Duodecim, 2017). En finländsk befolkningsundersökning redovisar följande resultat; 35 procent av vuxna finländare hade upplevt subakut smärta. Subakut smärta definieras som smärta som har fortsatt kring 1–3 månader. Andelen vuxna som led av daglig kronisk smärta, låg kring 14 procent år 2016. (Tarnanen , Mäntyselkä , & Komulainen , 2016). Vid ingrepp där man kirurgiskt hanterar större nervgrenar kan smärta efter ingreppet förlängas för 50 procent av patienterna (Haanpää;Liira;Hagelberg;Pohjolainen;& Hannonen, 2021; Nykopp, 2015).

Kirurgiska ingrepp står för en betydlig andel av den finländska sjukvården. Dåligt utförda kirurgiska ingrepp kan leda till förlängd akut smärta. Andelen patienter som led av förlängd akut smärta på grund av ett misslyckat kirurgiskt ingrepp låg runt 10–15 procent. Därpå utvecklade 2–10 procent av dessa patienter ett kroniskt smärttillstånd. En del av dessa patienter led av neuropatisk smärta, det vill säga smärta som uppstått på grund av nervskador. Kronisk eller utdragen smärta är svårare att vårda. Den skapar betydliga kostnader för samhället och lidande för individen. (Salanterä;Heikkinen;Kauppila;Murtola;& Siltanen, 2013).

Neurocentrum agerar som beställare för det här examensarbetet. Examensarbetet är en del av den neurokirurgiska avdelningens utvecklingsprogram. Från och med hösten 2020 har avdelningarna inom Neurocentrum använt sig av systematisk smärtskattning. Neurocentrum vill utreda hur skattningen fungerar i praktiken. Målet med utvecklingsprogrammet är att förbättra smärtvården.

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) 3§ skall "Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet". Det är viktigt att alla patienter får betjäning på sitt eget modersmål. Detta ökar patientsäkerheten och påverkar patientens fysiska, psykiska och sociala välmående. Människan har lättare att uttrycka sina känslor genom sitt eget modersmål (Ahokas & Luukka, 2019). Beställaren och skribenterna har också som mål att genom detta examensarbete utveckla vårdpersonalens kunskap i det svenska språket. Den neurokirurgiska avdelningen deltar i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts språkprogram. Målet med språkprogrammet är att sjukvårdsdistriktet skall kunna erbjuda sjukvårdsservice på patientens modersmål, vare det finska eller svenska (Tanner, o.a., 2010). Samarbetet mellan Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS) och yrkeshögskolan Novia är en del av främjandet av det svenska språket hos vårdpersonalen.

Undersökningen utfördes på den neurokirurgiska avdelningen vid ÅUCS. Som informationskälla i den här undersökningen användes dokumentation från 30 patientjournaler. För att främja personalens kunskaper i svenska presenteras resultatet till sjukvårdpersonalen i form av en gemensam avdelningstimme på svenska. Examensarbetet publiceras i Theseus, maj 2021. Examensarbetsgruppen lyfter upp viktiga aspekter om helhetsvården berörande smärta. Detta kan möjliggöra utveckling inom smärtvården.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att, med hjälp av dokumentation från patientjournaler, utreda hur ofta smärta skattas inom den neurokirurgiska vårdavdelningen och vilka metoder vårdpersonalen använder för att lindra patientens smärta.

Våra frågeställningar är följande;

- Hur ofta används smärtskattningsskalor?
- Vilka metoder används för att lindra akut smärta?
- På vilka sätt utvärderas effekten av smärtlindring?

Beställarens målsättningar beaktades, examensarbetsgruppen kommer att utreda hur ofta smärta skattas, hur ofta används smärtskattningsskalor, hur vård av smärta utförs samt om smärtlindringen utvärderas på den neurokirurgiska vårdavdelningen vid Åbo universitets central sjukhus. Detta examensarbete kommer att bidra till utveckling och skapa diskussion inom avdelningen och möjligtvis inom andra vårdavdelningar.

Som blivande sjukskötare vill vi öka vår personliga kunskap inom området och bli bättre på att använda olika metoder för att vårda smärta på individuell nivå. Detta examensarbete är viktigt för att kunna förbättra smärtvården. Vid ökad kunskap om smärta kan optimal smärtvård ges och detta kan minska människors lidande och både individuella och samhällsliga kostnader.

3 Bakgrund

Centrala begrepp i bakgrunden är smärta, smärtskattning, smärtlindring och uppföljning av smärta. I bakgrunden behandlas huvudsakligen smärtskattning, vårdmetoder och olika smärtyper. Smärtans psykosociala faktorer och dess utmaningar presenteras i arbetet för att skribenten kan få en bättre uppfattning, om den personliga dimensionen i upplevelsen av smärta. Genom bakgrunden ska läsaren få en inblick i hur smärta uppkommer och hur olika smärtlindringsmetoder påverkar kroppen. Skribenterna presenterar hur dokumentation inom vårdbranschen skall utföras på korrekt sätt. Detta hjälper läsaren att förstå resultatet som senare presenterats i kapitel 6.

Källor som använts i arbetet är böcker, nätsidor och vetenskapliga artiklar. Artiklarna har sökts i olika databaser och sökhistoriken finns i Bilaga 1. Examensarbetets medlemmar har sökt artiklar och läst artiklarnas abstrakt. Utifrån det har gruppen valt artiklar som är kongruenta med examensarbetet. Dock har skribenterna mest fokuserat på information som hämtats från aktuella vårdrekommendationer. Av alla de artiklar som skribenterna läste valdes fem artiklar med i examensarbetet. En översikt på artiklarna finns i bilaga 2. Artiklarna ville begränsas till att vara så nya som möjligt. Därför begränsade skribenterna att använda sig av artiklar som skrivits inom 10 år. Den äldsta artikeln som valdes är från år 2014. Utländska artiklar användes för arbetet, men skribenterna gjorde kopplingar till inhemska källor för att försäkra att informationen var kongruent i detta arbete.

3.1 Definition av smärta

Smärta är en subjektiv upplevelse som är mycket individuell. Det är omöjligt att jämföra olika personers smärtupplevelser med varandra. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 11 & 59; Rhodin, 2014, ss. 25-26). Enligt föreningen International Association for the Study of Pain (IASP) är smärta "en obehaglig upplevelse, som förknippas till en tidigare eller en hotande vävnadsskada eller en känsla som beskrivs på ett liknande sätt"¹ (Duodecim, 2017).

Filosofen Bertrand Vergely menar att under ett tillstånd av lidande försvinner människans känsla av existens. Sociologen Juha Soivio beskriver att människolidande är förknippat till oro över kontinuiteten av existens och livets stabilitet. En Individ som lider av nedsatt fysisk förmåga och försöker leva upp till samhällets krav, upplever att hens egna fysiska resurser inte räcker till. Personen upplever då att hen blir utesluten från samhället. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, ss. 18-19).

Upplevt missnöje över ens livssituation kan leda till lidande. Känslan av lidandet ökar när en människa inte är förmögen att utvecklas inom olika livsområden. Rädslan av att bli förödmjukad på grund av nedsatta funktionsförmåga kan leda till social isolering. Detta orsakar lidande. Känslan av lidande kan få människan att motverka sitt lidande. Enligt den tyska filosofen Max Scheler kan människan, genom att se sitt eget lidande och försöka

¹ Epämiellyttävä kokemus, joka liittyy jo tapahtuneeseen tai uhkaavaan kudosvaurioon tai jota kuvaillaan tuntemuksena samanlaisia sanoja käyttäen. Egen översättning.

förstå innehållet av den, förstärka sin självkänedom och bilda en mer realistisk bild av världen. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, ss. 23-24).

Lidandet är nästan alltid förknippat med kroppslig smärta. Patientens lidande kan bero på andra orsaker än smärta, det kan påverkas av kroppsliga eller psykologiska faktorer, som förstärker känslan av fysisk smärta. Smärta på grund av somatiska orsaker kan vara det främsta, som patienten söker vård för. Då en vårdrelation pågått en längre tid, är det möjligt att patienten blir medveten av smärtans andra underliggande orsaker. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, ss. 18-19).

Smärtekänslan orsakas inte enbart av nervernas aktivitet. Smärta förmedlas genom ett smärtintryck från ryggmärgen till hjärnan, där hjärnans emotionella område omvandlar smärtintrycket till en smärtupplevelse. Smärta analyseras i hjärnbarken. Analyseringen omfattar smärtans natur, styrka, längd och var smärtan är lokaliserad. Människans limbiska system är en del som förmedlar och reglerar människans känsloupplevelser och deltar i människans smärtupplevelse. (Vainio, 2009, ss. 27,30; Duodecim, 2003, s. 178). Nätverket där olika delar av hjärnan behandlar smärtintryck kallas smärtmatrix. Det finns stora variationer i hur smärtmatrixen fungerar i olika situationer och hos olika människor. Man kan konstatera att smärta är en subjektiv upplevelse. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, ss. 70-71).

Smärtupplevelsen kan ses som ett biologiskt, psykologiskt och socialt fenomen. För tillfället känner människor främst till de biologiska mekanismerna bakom smärta. Ännu har man inte kunnat förklara varför det finns så stora variationer mellan individernas upplevelser av samma typ av smärtstimuli. (Duodecim, 2003, s. 183). Utöver genetiska faktorer och smärtstimuli påverkar också många andra faktorer smärtupplevelsen. Dessa faktorer är bland annat tidigare smärtupplevelser och tolkningen av smärtorsaken. Med andra ord påverkas smärtupplevelsen av hur obehaglig smärtupplevelsen är och hur mycket lidande och ångest den orsakar. (Vainio, 2009, s. 30; Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 71).

3.2 Klassificering av smärta

Enligt god medicinsk praxis - rekommendationerna definieras akut smärta som smärta som pågått mindre än en månad. Smärta som pågått från 1 – 3 månader definieras som subakut smärta. Smärta betecknas som kroniskt då det har pågått över 3 månader. (Duodecim, 2017).

Akut smärta kan definieras som smärta som uppstår plötsligt (Huotari, 2006; Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 129). Smärta är en viktig upplevelse för att människan skall kunna överleva. Akut smärta är som en varningssignal som signalerar om att det finns hot om skada eller att det redan finns en skada i kroppen. Detta gör att människans reflexer aktiveras. Alla människor upplever akut smärta någon gång i sitt liv. Den akuta smärtan försvinner genom att läkning skett eller om den bakomliggande orsaken har försvunnit. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 12; Rhodin, 2014, ss. 25-27). Upplevelsen av hotet ökar pulsfrekvensen, blodtrycket, andningsfrekvensen, svettproduktionen och muskelaktiviteten (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 12).

Ibland går den akuta smärtan inte över utan blir kronisk (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 12; Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen, & Vainio, 2018, s. 129). Kronisk smärta betyder långvarig smärta som varar efter att vävnaden läkt. Smärtan har då nödvändigtvis inte längre något samband med den bakomliggande orsaken. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 129). Enligt Rhodin (2014, s. 25) är kronisk smärta inte längre ett symtom på en pågående skada, utan det kan anses som en sjukdom i sig. Kronisk smärta kan vara ständig eller intermittent. Det vill säga smärtan kan vara kortvarig men återkommande, sådan smärta är till exempel migrän (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 129). Det kommer också fram i (Hayes & Gordon, 2015) artikel att otillräcklig smärtlindring av akut smärta kan leda till kronisk smärta. Samma information tas också upp av Norrbrink och Lundberg (2010). Psykiska faktorer är ofta en delorsak till kronisk smärta (Duodecim, 2007). Det framkommer i Adams, Weatherall och Bells (2019) studie att patienter med sämre mental hälsa i början av rehabiliteringsprocessen har större risk att utveckla kronisk smärta.

Kronisk smärta innebär att smärtans skyddande och läkande funktioner har övergått till lidande. Smärta kan övergå från ett symtom till syndrom då smärtan är kontinuerlig och bestående. Smärtsyndrom (complex regional pain syndrome, CRPS) påverkar flera av

kroppens system såsom de immunologiska-, endokrina-, motoriska funktionerna och det autonoma nervsystemet. I och med att kroppens system påverkas kan det leda till att personen får sämre sömnkvalitet. Detta leder till att sinnesstämning, daglig aktivitet och delaktighet förändras. Kognitiva funktionerna såsom minne, inlärning och koncentrationsförmågan försämras. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 13).

Smärta kan vidare delas in på basen av dess orsak till nociceptiv, neuropatisk, psykogen och idiopatisk smärta. Nociceptiv smärta innebär att det finns aktivitet i smärtsystemet. Smärtsensorerna skickar i väg smärtimpulser från periferin till ryggmärgen och vidare till hjärnan. Neuropatisk smärta innebär att det finns en skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet, det vill säga perifert eller centralt. Psykogen smärta innebär smärta på grund av psykisk ohälsa eller psykiatrisk sjukdom. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 11 & 59; Rhodin, 2014, ss. 25-26). Det finns inga bevis på att psykogen smärta enbart skulle bero på psykiska faktorer. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 132). Med idiopatisk smärta menas smärta som uppkommit utan känd neurobiologisk orsak. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 11 & 59; Rhodin, 2014, ss. 25-26).

Utöver dessa finns ännu en smär்த்தyp, neurogen smärta. Det är en mellanform av nociceptiv och neuropatisk smärta. Då beror smärta på en mekanisk irritation i nervsystemet, orsakad av tumör eller diskbråck. Den mekaniska irritationen orsakar nervkompression som leder till smärta och störningar i känselsinnet. Smärtan försvinner och känselsinnet återgår till ett normalt tillstånd då den bakomliggande orsaken till nervkompressionen behandlas. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 130).

3.3 Utvärdering av smärta

Utvärdering av smärta sker genom smärtskattningsinstrument. Smärta är en subjektiv upplevelse och därför är det optimalt att patienten själv skattar sin smärta. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 88). Enligt vårdorganisationen (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola, & Siltanen, 2013, s. 12) skattar vårdpersonalen patientens smärta som lägre än vad patienten själv skattar den. Det är inte alltid möjligt att patienten själv skattar sin smärta. Därför har olika typer av smärtskattningsinstrument utvecklats (Silja, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen, 2010, s. 341). Det är viktigt att patientens smärta skattas, för att sjukvårdspersonalen ska kunna lindra patientens smärta och för att behandlingseffekten

ska kunna utvärderas. Skattning av smärtan ska ske kontinuerligt under en behandlingsserie. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 88).

En viktig del av god smärtlindring är kontinuerlig och regelbunden uppföljning. På samma sätt som vårdpersonal regelbundet uppföljer andra vitala funktioner, såsom blodtryck och puls, skall patientens smärta uppföljas. Förutom detta är tydlig dokumentering av smärta och utförd vård viktigt för att vårdkvaliteten ska hålla en viss standard. (Salanterä;Heikkinen;Kauppila;Murtola;& Siltanen, 2013). Förutom regelbunden uppföljning, skall vårdpersonalen beakta sjukvårdsanstaltens riktlinjer för smärtvården. Det här kan till exempel betyda att smärta uppföljs en gång per arbetsskift eller flera gånger i timmen. Behovet av smärtbedömning borde övervägas vid varje utförd åtgärd. Det här försäkras att patientens individuella smärtbehandlings behov iakttas och nödvändiga förändringar beaktas av vårdpersonalen. (Wells;Pasero ;& McCaffery, 2008). Enligt ÅUCS egna rekommendationer ska smärta skattas minst 1 gång per skifte. ÅUCS rekommendationer (bilaga 3).

Vid akut och postoperativ smärta är det viktigt att bedöma smärtans intensitet för att kunna ge effektiv smärtlindring. Det är också väsentlig att utreda både aktuell smärta och smärta som uppkommit under den senaste tidsperioden. På så sätt kan vårdpersonal utvärdera effekten av smärtbehandlingsmetoden, i samband med uppföljning av smärta och smärtans variabilitet. När patienten har akut eller postoperativ smärta bör smärta skattas minst var fjärde timme i både vila och rörelse. Patientens smärta skall utredas före och efter en operation, samt före och efter smärtbehandlingen. (Rhodin, 2014, ss. 38,127-128).

Det finns många faktorer som påverkar hur patienten upplever smärta. Det är viktigt att utreda vad som orsakar smärtan, eftersom det styr smärtbedömningen och påverkar patientens upplevelse av smärta efter operationen. I den preoperativa fasen ska vårdare utreda eventuella känslor av rädsla, ångest samt depression. Patientens kön, tidigare smärtupplevelser och typ av ingrepp ska tas i beaktande. (Salanterä;Heikkinen;Kauppila;Murtola;& Siltanen, 2013).

Enligt vårdorganisationens Hotus rekommendationer (2013) ska patienten själv skatta intensiteten av sin smärta och i förstahand ska patienten själv välja vilken smärtskattnings mätare som hen vill använda. I en norsk litteraturstudie framkom det att ingen

smärtskattningsskala skulle vara bättre än den andra. En del artiklar lyfte fram att vissa människor föredrog den ena skalan över den andra. Personens ålder är till exempel en påverkande faktor. (Jensen Hjermsstad, o.a., 2011). Information om patientens smärta och använd smärtskattningsskala ska skrivas in i patientjournalen. Detta möjliggör användning av samma skala. På så sätt är det lättare att jämföra olika smärttillstånd under patientens vårdperiod. Vårdpersonal ska utreda hurudan patientens smärta är och var smärtan är lokaliserad. Vårdpersonal ska också observera hur patienten beter sig på grund av smärta. Ifall patienten inte kan kommunicera, fokuserar vårdare på att observera symtom av smärta med hjälp av lämplig smärtskattningsmätare. (Salanterä;Heikkinen;Kauppila;Murtola;& Siltanen, 2013).

3.3.1 Smärtskattningsskalor

VAS (Visual analog rating scale) står för visuell analog skattningsskala. Vanligen används VAS-skalan i form av en plaststicka eller i pappersformat, som utgör en 100 mm lång linje, som har ändpunkterna ingen smärta och värsta tänkbara smärtan. Då patienten skattar sin smärta markerar hen ett sträck på den ritade linjen eller för markören på plaststickan till den skattade nivån. Vårdaren noterar hur många millimeter det är från skalans ytterända (ingen smärta) till var patienten skattade att hens smärta är. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 89; Rhodin, 2014, s. 38). I forskningen gjord av Jensen Hjermsstad, o.a. (2011) beskrivs VAS-skalan på samma sätt men det framkommer att man ibland också har med var tionde siffra dvs. (10, 20, 30 upp till 100) för att göra skalan tydligare. Norrbrink och Lundeberg (2010, s. 89) nämner att man kan på samma sätt skatta obehag av smärtan.

Numerisk skattningsskalan NRS (numerical rating scale) förekommer både som skriftlig och verbal. Skalan går från 0 – 10 eller 0 – 100 där 0 står för ingen smärta medan 10 eller 100 är värsta tänkbara smärtan. Vid användning av denna skala ska patienten skatta smärtans intensitet genom att ange en siffra på skalan. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 89; Jensen Hjermsstad, o.a., 2011; Rhodin, 2014, s. 38). Norrbrink och Lundeberg (2010, s. 89) nämner att patienten kan på samma sätt skatta obehag av sin smärta.

VRS innebär verbal skattningsskala (verbal rating scale). Den verbala skalan ska helst bestå av fem skalsteg såsom ingen smärta, lindrig smärta, måttlig smärta, stark smärta och mycket stark smärta. Patienten säger då hur smärtan är vid detta tillfälle eller uppskattar hur smärtan varit under det senaste dygnet. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 91; Jensen

Hjermstad, o.a., 2011). Enligt Rhodin (2014, s. 38) använder man sig av siffror också i den verbala skattningsskalan så att patienten säger en siffra mellan 0 – 10 och då är 0 ingen smärta och 10 värsta tänkbara smärtan.

3.3.2 Utvärdering av smärta vid avvikande situationer

För att en sjukvårdspersonal skall kunna ge god smärtbehandling, måste personalen ha kunskap om hur smärta identifieras. Den här kunskapen behövs speciellt då patienten inte är förmögen att uttrycka sin upplevelse av smärta. Även medvetslösa patienter upplever och reagerar på smärta och det är sjukskötarens uppgift att känna till de olika tecknen. Tecknen av smärta kan vara förhöjt blodtryck och puls, patienten kan upplevas rastlös, hyn kan kännas svettig och minerna antyder på smärta. (Silja, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen, 2010, s. 341).

CPOT (Critical-care pain observation tool) är ett verktyg för sjukvårdspersonal för att utvärdera smärta av en kritiskt sjuk patient med bemärkande sänkning i medvetandet. Vid beräkning av poängen observeras bland annat ansiktsuttryck samt kroppens rörelser när patienten är i vila eller vid lägesförändring. Andra observationer omfattar iakttagelser av muskeltonus, verbala eller icke verbala ljud hos extuberade patienter och hos intuberade patienter iakttar man följsamheten med ventilatorn. När CPOT är 3 eller mera tyder resultatet på bemärkande smärta hos patienten. (Kangasmäki & Puhdas-Tähkä, 2017).

I en forskning utförd i Japan benämner man att de internationella riktlinjerna lyfter upp CPOT, som den rekommenderade mätaren tillsammans med BPS-mätaren. Den här rekommendationen berör patienter som på grund av svårt sjukdomstillstånd inte kan kommunicera med hjälp av tal. Både CPOT- och BPS-mätaren rekommenderas att användas på intensivvårdsavdelningar. (Suzuki, 2017, s. 2). Samma typ av information kommer upp i Duodecim (2018) artikeln där man presenterar smärtskattningssinstrument då en patient inom intensivvården inte är förmögen att berätta om upplevda smärtor. Artikeln påpekar att den finländska undersökningen bevisar att CPOT är ett pålitligt och användbart verktyg då det används på rätt sätt. Tillräcklig inskolning är nödvändigt före man tar mätaren i användning. (Kustannus Oy Duodecim, 2018).

PAINAD (Pain assesment in advanced dementia) används då den kognitiva förmågan är hos patienten är nedsatt. Patienten kan ha svårt att uppfatta de vanligaste smärtmätare till

exempel VAS-skalan, på grund av att den muntliga kommunikationen är försämrad. Då kan smärtskattning ske på basis av patientens beteende. PAINAD-mätaren baserar sig på att utreda förändringar i patientens beteende. Sjukvårdspersonalen utvärderar patientens andning, läten, ansiktsuttryck, kroppsspråk och behov av tröst eller hur patienten reagerar på tröst. Detta utvärderas i 5 minuter på en skala från 0 - 2, varav 0 = normal, 1 = lindrigt avvikande, 2 = klart avvikande. Då man adderar ihop observationskategorierna blir smärtvärdet mellan 0 - 10. (muistiliitto ry, 2016; Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 538) Fysiska och psykiska faktorer som kan påverka en förändring i beteendet ska också beaktas. Detta kan till exempel vara törst, toalettbehov, obekvämlägsel eller känsla av ångest och oro. (muistiliitto ry, 2016).

I en norsk undersökning (Flo & et. al., 2014) studerade man sambandet mellan smärta och neuropsykiatriska symptom, samt vårdens effektivitet av minnessjuka patienter. I artikeln framgår det att smärta är svårt att upptäcka och vårda. Därför kan neuropsykiatriska symptom uppkomma eller tidigare symptom förstärkas. (Flo & et. al., 2014, ss. 863,869).

Det finns många smärtmätare för att utvärdera smärta men få har genomgått adekvata tester gällande användbarhet, pålitlighet och duglighet. Vissa patienter som lider av minnessjukdomar kan enbart uttrycka smärta genom förändrad ljudvolym, ansiktsuttryck och kroppsrörelser. Patientens smärta kan framkomma som rastlöshet, aggressivitet, ångest och sömnsvårigheter. Sjukvårdspersonal kan felaktigt tolka symptom av ovårdad smärta såsom neuropsykiatriska symptom hos minnessjuka. Symtom av smärta och neuropsykiatriska symptom kan blandas ihop eftersom symtomen påminner om varandra. Undersökningen påpekar att det är viktigt att använda godkända metoder för att utvärdera eventuell smärta samt för att skilja på patientens smärta och neuropsykiatriska symptom. (Flo & et. al., 2014).

3.4 Vård av smärta

Institutet för medicin menar (enligt Hayes & Gordon, 2015, s. 329) att kvalitetsvård ska vara individcentrerad och man ska lyssna på patientens behov och värderingar. Beslutet om vården ska grunda sig på kommunikation mellan vårdare och patient. Principerna för god smärtavård presenteras av Duodecim (2017) där det framkommer att, både vården av smärta, samt den rehabiliterande vården, skall grunda sig i en grundlig utvärdering av

patientens smärta och hens helhetstillstånd. De centrala målsättningarna i vården är att minska smärta, förbättra patientens livskvalité och funktionsförmåga. Detta kan uppnås, när patienten har en aktiv roll i vården och patienten är motiverad att förbinda sig till vården, samt rehabiliteringsprogrammet. Därför är det viktigt att inkludera patienten i planeringsprocessen. Patienten behöver tillräckligt med information, om olika vårdmetoder, som kan användas samt deras för- och nackdelar. Patienten skall också förses med information om undersökningsresultat och hens sjukdomstillstånd. (Duodecim, 2017).

Information som patienten får vid patienthandledning ökar patientens kunskap, om olika sätt att lindra smärta. Patienthandledning främjar patientens återhämtning och ökar patientnöjdheten. Smärtbehandlingen dokumenteras noggrant och den ska innehålla beslut och motiveringar för val. För att garantera god kvalité av smärtbehandling bör sjukvårdpersonal erbjudas skolning regelbundet. Patientnöjdheten ska också utredas med jämna mellanrum. Smärtbehandling ska vara mångprofessionellt, välorganiserat och sjukvårdpersonalens ansvarsområden ska vara bestämda. Genom detta kan kontinuiteten av smärtbehandlingen försäkras. (Salanterä;Heikkinen;Kauppila;Murtola;& Siltanen, 2013).

3.4.1 Farmakologisk behandling av smärta

Val av smärtmedicinering skall planeras och utvärderas utgående från patientens individuella behov. Vid planering av medicinering är det viktigt att samla information om patientens smärttillstånd. Det är också viktigt att kartlägga psykosociala faktorer, beakta primärsjukdomar och vilka riskfaktorer som kan uppstå vid användning av läkemedel. Litteratur påstår att läkemedelsvården skall agera som en del, av den större helhetsvården. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, ss. 177-179). Vid behov kombineras läkemedelsvården med den icke-medicinska smärtlindringen, därmed ska smärtlindring primärt basera sig på icke-medicinska metoder. Det finns en mängd olika läkemedelsgrupper som kan användas ensamma eller med andra smärtmediciner vid smärtlindring. Val av läkemedel grundar sig i smärtans natur, typ, varaktighet och mekanism. (Duodecim, 2017). Sjukskötarens roll i läkemedelsvården är att genomföra vårdprocessen enligt läkarens order. Samspelet mellan läkare och sjukskötare är viktigt för att en god och individuell smärtlindring kan genomföras (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola, & Siltanen, 2013).

Antiinflammatoriska läkemedel bör i första hand användas för att vårda nociceptiv smärta. Effekten av antiinflammatoriska läkemedel grundar sig i det antiinflammatoriska läkemedlets påverkan i PGE₂-syntesen. Nociceptiv smärta indikerar vanligen att en skada i vävnad har uppstått, men det kan också vara täcken på lokal inflammation. Antiinflammatoriska läkemedel så som ibuprofen eller acetylsalicylsyra hämmar PGE₂-syntesen. (Lapveteläinen, 2012). Vid vävnadsskada aktiveras nociceptorer snabbt och PGE₂-syntesen accelererar. Syntesen av prostanoider ökar smärtstimulation och inflammation lokalt i vävnaden. (Paakkari, 1999). Situationer där användning av antiinflammatoriska läkemedel, är rekommenderad är till exempel vård av postoperativ smärta, huvudvärk, menstruella smärtor och vävnadsskador. Antiinflammatoriska läkemedel lindrar symtom av akut smärta. Beroende på val av läkemedel samt läkemedelsform börjar den eftersökta effekten inom 30 – 60 minuter och vara upp till 6 timmar, även upp till 1 dygn. (Kotovainio & Lehtonen, 2017).

Antiinflammatoriska läkemedel kan vara effektiva vid vård där olika typer av smärtor påverkar kroppen. En patient kan till exempel lida både av neuropatisk och nociceptiv smärta. Patienten kan då ha nytta av en läkemedelskombination av ett antiinflammatoriskt läkemedel, samt ett läkemedel som vårdar nervsmärta. Läkemedel med olika påverkan kan alltså användas tillsammans. I vissa fall är det även rekommenderat. (Lapveteläinen, 2012)

Opioider fäster sig vid opioidreceptorer och på så sätt förhindrar smärtmekanismer i olika delar av människokroppen. Funktionen är likadan som naturligt förekommande opioidpeptider som till exempel kroppen endorfiner. Opiaternas smärtlindrande effekt baserar sig i påverkan av opioidreceptorerna i mellanhjärnan, hjärnbarken, hjärnstammen samt ryggmärgen. Den smärtlindrande effekten påverkas också genom de perifera opioidreceptorerna som vanligtvis aktiveras av inflammationstillstånd. (Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen, & Vainio, 2018, s. 187).

Opioider passar utmärkt för vård av akut smärta, som beror på ett inflammatoriskt tillstånd eller en vävnadsskada. Sådana smärttillstånd kan till exempel uppstå på grund av fysiskt trauma som vid en olycka eller efter ett kirurgiskt ingrepp alltså som postoperativa smärtor. Exempel på andra smärttillstånd där användning av opioider har påståtts vara effektivt, är akut smärta på grund av ischemi, samt vid en andel cancersmärtor. (Kalso;Haanpää;Hamunen;Kontinen;& Vainio, 2018, s. 188). Liksom alla smärtlindrande

läkemedel, borde opioider främst användas för den typ av smärta som läkemedlet effektivast påverkar.

Vård av smärta är alltid en individuell och patienten skall beaktas vid beslut om smärtvård. I val av opiatpreparat som smärtlindringsmetod, är viktigt att utreda bakgrunds orsakerna till smärtan och om möjligt, fastställa en diagnos. Smärtvård med hjälp av ett starkt, långverkande opiatpreparat påbörjas med en provotid. Den varar från några veckor till en månad. Tidsplanering utförs tillsammans med patienten. Provotiden hjälper både patienten samt vårdande läkare att evaluera effekten av vården samt reglera doseringen till en tillräcklig nivå. Syftet är att lindra smärta och på så sätt förbättra patientens livskvalité. Detta är två saker som ska diskuteras under tiden av läkemedelsvården. Före patienten ordinerar opiatpreparat, är det viktigt att, genom intervju bedöma graden av smärta och patientens resurser. Patienten ska beskriva hur hen upplever sin nuvarande livssituation. Mot slutet av provotiden, omvärderas dessa aspekter på nytt. Det görs för att se om läkemedelsvården haft den positiva verkan som man strävat efter. (Kalso;Paakkari;& Forsell, (u.å), s. 2).

3.4.2 Icke-medicinska metoder för smärtlindring

Det finns olika typer av icke-medicinska metoder för smärtlindring. I det här kapitlet presenteras smärtlindringsmetoder som vårdpersonalen behöver information om. Enligt god medicinsk praxis - rekommendationer (2017) är de mest centrala icke-medicinska behandlingsmetoderna motion, fysioterapi, KBT (kognitiv beteendeterapi), värmebehandling, kryoterapi och TENS.

Kyla kan användas som smärtlindringsmetod (kryoterapi). Kyla används vid akutsmärta och ofta vid mjukdelsskador, postoperativ smärta, förlossningssmärta samt som alternativ till lokalbedövning. Produkter som används för kylbehandling är is, kylpåsar, kloretylspray, våta handdukar och kalla bad. Det finns en del vetenskapliga forskningar som har påvisat att kyla har en smärtlindrande effekt. Det beräknas ta mellan 10 till 20 minuter före smärtlindrande effekten uppstår och vävnaden fått en temperatur på plus 16 till 27 grader. Den smärtlindrande effekten kan delvis förklaras med en minskande metabolism. Tröskeln för aktivering av nociceptorer ökar medan nervledningshastigheten av smärtimpulsen minskar. Kylan aktiverar dessutom afferenta nerver som leder till att impulser mellan smärtneuron och CNS hämmas. Det är viktigt att skydda huden för köldskador och ha en

handduk mellan isen och huden. För att ytterligare skydda patienten för köldskada appliceras isen upprepade gånger med paus emellan. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, ss. 111-112).

Det finns två typer av värmebehandling ytlig och djup. I detta arbete kommer endast ytlig värmebehandling tas upp eftersom det är den vanligare typen av värmebehandling. Ytlig värmebehandling innebär att man applicerar värme på huden. Detta görs med hjälp av värmepåsar, vetedynor, varma handdukar, värmedyna och infraröd värmelampa. Vid värmebehandling höjs temperaturen i hudens yttersta lager. Till följd av att temperaturen i vävnaden höjs börjar kroppen återställa temperaturen till optimal nivå och leder bort överloppsvärmen. I vävnaden med högre temperatur ökar blodcirkulationen och detta leder till att borttransporten av metaboliter ökar samt musklerna blir avslappnade. Att musklerna blir avslappnade beror på lokala mekanismer som hämmar kontraktionsprocessen och centrala mekanismer som hämmar obehagsreaktioner. Genom att obehagsreaktionerna hämmas uppstår en känsla av lugn och välbefinnande. I ryggmärgen sker också smärtlindrande effekter genom aktivering av portmekanismer. Hur effektiv ytlig värmebehandling är har det forskats lite om. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 112).

TENS innebär smärtbehandling genom elektriska impulser. Denna metod användes redan för ca. 4500 år sedan i form utav elektriska fiskar för att lindra smärta. TENS är en förkortning av transkutan elektrisk nervstimulering. Denna behandlingsmetod är grundad på portteorin. Detta innebär att inflödet av smärtledande nervsignaler går att hämma genom att stimulera de grova sensoriska afferenterna. Vid fortsatt stimulering påverkas de motoriska efferenter. Vid högfrekvent stimulering påverkas de nociceptiva afferenterna. Därför är TENS effektiv för att behandla både akut- och kronisk smärta. Dock känner man ännu inte till alla mekanismer bakom behandlingen men den smärtlindrande effekten anses bero på att de elektriska impulserna ökar frisättningen av endogena opioider. Endogena opioider så som serotonin och GABA är kroppens egna opioider. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 95; Rhodin, 2014, s. 93).

Behandlingen lindrar symtom av smärta och behöver användas upprepade gånger för att få en längre kvarstående effekt. TENS behandlingen görs genom att fästa elektroder på huden var smärtan är lokaliserad. De svaga elektroniska impulser från elektroderna stimulerar nerverna som förmedlar smärtimpulser från området. Beroende på patientens

smärta kan vårdpersonal sätta på hög eller lågfrekvent stimulering. TENS är en användbar metod vid smärta i muskler och leder, neuropatisk smärta, förlossningssmärta, menstruationssmärta, angina pectoris och vid ischemiska sår. Det är viktigt att komma ihåg att inte använda TENS behandling åt patienter som har pacemaker. Vårdare ska också undvika att sätta elektroderna på platser var patienten har nedsatt känsel eftersom där finns det risk för brännskador. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, ss. 95-98, 100; Rhodin, 2014, s. 93). Vid akut smärta används TENS vid behov. Vid kronisk smärta används TENS 30 minuter upp till flera timmar. Effekten av behandlingen kan utvärderas, efter att behandlingen pågått varje dag i två till fyra veckor. En biverkning som en del patienter får, är ökad smärta. I dessa fall ska man byta behandlingsform. (Norrbrink & Lundeberg, 2010, ss. 99, 101).

3.5 Dokumentation

Enligt lagen borde journalhandlingar innehålla information som behövs för att trygga god vård. Dokumentationen som vårdpersonalen gjort antas vara sanningsenlig, fullständig och omfattande eftersom det är en del av vårdpersonalens kunnande. (Valvira, 2018). Valvira utreder om de journalsystem som används inom Finlands sjukvårdsdistrikt uppfyller de krav som är ställda i lagen (Valvira, (u.å)).

Enligt THL ska dokumentationen i patientjournalerna vara strukturerade. Strukturen i journalerna ska vara bestämda på förhand. Det ska finnas i patientjournalerna specifika fält för var vårdpersonalen skriver in vissa data för att informationen ska bli lätt tillgänglig. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020). Dokumentationen i patientjournalerna är viktiga för att garantera en god vård för patienten. I patientens journal ska det dokumenteras om tydligt och begripligt så att vården kan planeras, utföras och utvärderas. Alla besök inom öppenvården antecknas i patientjournalen. Om patienten är på en avdelning är det viktigt att dokumentera om patientens tillstånd, undersökningar, vården och behandlingar som patienten fått. Patientjournalerna används också som rättsskydd till exempel vid klagomål om vården. Därför är det viktigt att beskriva vården och behandlingar som patienten fått tydligt. Vårdpersonalen ska också anteckna om patienten vägrar vård. (Valvira, 2018).

Enligt vårdorganisationen Hotus ska vårdpersonalen dokumentera minst en gång per skifte om patientens smärta. I dokumentationen ska det framkomma om hurudan smärtan är,

var den är lokaliserad och smärtans intensitet både i vila och i rörelse. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola, & Siltanen, 2013, s. 20). Det framkommer i (Turun yliopillinen keskussairaala, 2019) att smärtskattning bör dokumenteras numeriskt för att vårdpersonal skall ha möjlighet att bättre utvärdera vårdmetodernas effekt samt förändringar i patientens smärttillstånd. Dessutom ska vårdpersonalen dokumentera om smärtlindringen och motivera valet av smärtlindringsmetoden. Det är också viktigt att dokumentera ifall patienten vägrar att ta emot smärtlindring. Vårdpersonalen ska dokumentera om smärtlindringens effekt och eventuella biverkningar. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola, & Siltanen, 2013, s. 20).

4 Metoder

I detta kapitel kommer metoden som använts att presenteras, vilken är dokumentärundersökning. Skribenterna kommer att beskriva hur undersökningen planerades och utfördes i praktiken. Kriterierna för urvalet beskrivs också i detta kapitel. En plan för hur datainsamlingen skulle utföras gjordes och den skickades till kontaktpersonen på Åbo universitets central sjukhus (ÅUCS). Planen godkändes av överläkare och översjukskötare. Det skriftliga lovet finns i bilaga 4.

4.1 Datainsamling

Det här examensarbetet är en beställning av Neurocentrum. Utgångspunkten för undersökningen var att beställaren ville veta hur ofta vårdpersonal använder sig av smärtskattningsskalor. Smärtskattning berör alla patienter eftersom alla patienter har rätt till god helhetsvård. Vård av eventuell smärta hör till helhetsvården. För att kunna göra kopplingar och analysera resultatet sökte skribenterna bakgrundsinformation kring ämnen som berörde skribenternas syfte och frågeställningar. Examensarbetsgruppen ville få fram information om hur smärtskattning utförs på avdelningen. Resultatet jämförs senare med rekommendationer som skribenterna tagit upp i bakgrunden. Skribenterna ville också se hurdana smärtlindringsmetoder som användes och hur uppföljningen utfördes. En modell för datainsamlingen utformades för att få svar på syfte och frågeställningarna. Modellen finns i bilaga 5. Datainsamlingen för examensarbetet utfördes på ÅUCS. På neurokirurgiska avdelningen finns det 26 patientplatser (TYKS, 2020). Det skriftliga lovet möjliggjorde granskning av maximalt 30 patientjournaler.

Tidsbegränsning för urvalet fastställdes i förväg. Kriteriet för urvalet är att patienten vid insamlingstillfället har varit inskriven på avdelningen minst ett dygn, eller flera. Granskningen börjar från det klockslag då patienten blivit inskriven på avdelningen. Information granskas från ett till tre dygn och ett dygn åt gången. Enbart information från hela dygn granskas. Antalet granskade dygn beror på hur länge patienten varit inskriven på avdelningen. Tidsbegränsningen motiveras med att vårdare ska utvärdera smärta minst en gång per skifte samt före och efter smärtbehandling (Wells;Pasero ;& McCaffery, 2008). Detta betyder att på denna avdelning borde smärta skattas minst tre gånger per dygn. De patienter som befann sig på avdelningen under insamlingstillfället och uppfyllde tidskriteriet bildade urvalet i examensarbetet.

Dokumentär undersökning innebär att dokument används som primär datakälla. Primär datakälla innebär att informationen är i form av skriven text, digital kommunikation eller visuella källor. Dokument innehåller viktig information som är användbara i sig själv. Det kan finnas information i dokument som inte framgår omedelbart utan forskaren måste själv tolka materialet. (Denscombe, 2018, ss. 321, 328).

Dokumentation från patientjournaler användes som datakälla i undersökningen. Utgångspunkten i undersökningen är att patientjournalerna fyller de fyra kriterierna för trovärdighet och de ska utvärderas före undersökningen påbörjas. Kriterierna är att dokumentet ska vara autentisk, representativ, klar och lättolkad samt giltig. (Denscombe, 2018, ss. 321,328). I patientdatasystemet Uranus granskades endast patienternas läkemedelsförteckning, dagligt vårdarbetet och vårdtabeller. I dagligt vårdarbete kan vårdpersonal skriva viktiga anteckningar angående patientens vård och mående i form av fri text. Diagnoserna togs inte i beaktande i detta examensarbete. Motivering för avgränsningar i patientjournaler var att skribenterna inte var berättigade att använda sig av annan information. Skribenterna bedömde att annan information inte behövs för att få resultat på examensarbetets syfte och frågeställningar.

Examensarbetsgruppen utförde datainsamlingen under tre dagar, våren 2021 vid Åbo universitets central sjukhus. På så sätt fick skribenterna ett urval på 30 patientjournaler. Kontaktpersonen och skribenterna bestämde i förväg under vilka dagar insamlingen skulle pågå. Före skribenterna anlände till ÅUCS aktiverades skribenternas BRC-kort. Detta möjliggjorde att alla skribenter fick tillgång till patientjournalerna inom den neurokirurgiska

avdelningen. BRC-kortet är ett certifikatkort för hälso- och sjukvårdspersonal som anger personens elektroniska identitet (VSSHP, 2015).

Datainsamlingen började vid samma tidpunkt varje insamlingstillfälle vilket var klockan 09:00. För att patientjournalen kunde tas med skulle patienten vara inskriven senast föregående dag klockan 9:00. På så sätt uppfylldes kriteriet för ett dygn. Ifall patienten blivit inskriven flera dygn tidigare granskades journalen från inskrivningen. Enbart hela dygn granskades. Alla tre skribenter granskade patientjournalerna tillsammans.

Granskningen gjordes genom att skribenterna började systematiskt med att granska om patientjournalen uppfyllde tidskriteriet. Ifall patientjournalen uppfyllde kriteriet öppnades först vårdtabellen, där användningen och resultatet på smärtskattning kunde ses. Efter detta granskades dagligt vårdarbete för tilläggsinformation om smärtskattningen och smärtbehandling. Till sist kontrollerades läkemedelslistan för läkemedelsbehandling som getts vid behov. I sådana fall där patienten fick smärtlindring granskade gruppen på nytt vårdtabellen och dagligt vårdarbete. Då kontrollerade skribenterna om smärtvårdens effekt utvärderats inom en timme efter given smärtlindring. Tidskriteriet baserar sig på att de flesta smärtlindringsmetoder som tagits upp i bakgrunden uppnår önskad effekt inom en timme.

Efter granskningen av tre patientjournaler noterade skribenterna att vissa gånger fanns samma information av smärtskattning både i vårdtabellen och i form av fri text i dagligt vårdarbete. Detta kallas dubbeldokumentation (Björvell, 2020). I Excel sattes kolumner in för smärtskattning som fanns i vårdtabellen och i dagligt vårdarbete, samt en kolumn för eventuell dubbeldokumentation. Efter detta började datainsamlingen på nytt från första patienten. Som dubbeldokumentation anses i detta arbete anteckningar som tydligt innehöll samma information och att de gjorts högst en halv timme mellan varandra.

Under datainsamlingstillfälle gjorde skribenterna anteckningar om intressanta observationer angående dokumentationen. Detta gjordes för att kunna reflektera kring resultateten, arbetsprocessen och den valda insamlingsmetoden. Dessa anteckningar förstördes i efterhand.

4.2 Dataanalys

En datamatrix är en tabell med variabler med tillhörande enheter. Datamatriken görs med hjälp av kalkylprogrammet Excel. I Excel kan innehållet i datamatriken analyseras med hjälp av figurer som förklarar resultatet. (Fangen & Sellerberg, 2011, s. 83; Nyberg & Tidström, 2012, s. 145).

Kvantitativt närmelsesätt valdes som insamlingsmetoden och metod för att analysera datamaterialet. Data analyseras på nominalskalanivå. Genom nominaldata fås univariat statistik fram, var enskilda variabler analyserats skilt för sig. (Denscombe, 2018, ss. 347, 351). Univariat analys innebär beskrivning av enskilda variabler (Fangen & Sellerberg, 2011, s. 84). Metoden används för att få svar på frågor så som hur ofta, hur många och vilka proportioner. (Denscombe, 2018, ss. 347, 351). Modellen för datainsamlingen blev formad så att skribenterna fick specifika svar till exempel "ja", "nej", "vad" och "antal gånger".

Efter att datainsamlingen var klar började skribenterna utforma stapeldiagram och cirkeldiagram i Excel. För att tydligare beskriva antal gånger som vissa variabler förekom utformades stapeldiagram av frekvenstabeller. Rådata utformades med hjälp av beskrivande statistik till medelvärden. Skribenterna har också själv räknat ut vissa medelvärden. Medelvärden togs med för att tydligare beskriva avdelningens situation och lättare göra jämförelser med rekommendationer. Efter att examensarbetet är godkänt och publicerad på Theseus, makuleras Excel kalkylbladen från skribenternas datorer. Under hela examensarbetsprocessen beaktades både forskningsetik och de etiska riktlinjerna, mer om forskningsetik i kapitel **Virhe. Viitteen lähde ei löytynyt..**

5 Forskningsetik

För att få göra undersökningen skickades examensarbetet till kontaktpersonen vid ÅUCS Riitta Danielsson-Ojala. Examensarbetet är en del av Neurocentrums utvecklingsarbete och denna undersökning granskar ifall vårdpersonalen vid den neurokirurgiska avdelningen börjat systematiskt skatta patienternas smärta. Examensarbetsgruppen har fått ett skriftligt lov av översjukskötaren och överläkaren om att få utföra denna undersökning på den neurokirurgiska avdelningen och lovet finns i bilaga 4.

Det är viktigt att alla medlemmar i en forskningsgrupp beaktar etiken och det är varje persons eget ansvar. I forskningen ska etiken beaktas genom hela arbetsprocessen. Forskningsetik har uppkommit för att skydda offentligheten från forskare som skulle undersöka något även på deltagarnas bekostnad. På grund av detta måste forskningar först godkännas av en etikprövningsnämnd så att sådana undersökningar kan stoppas. Etikprövningsnämndens uppgift är alltså att bedöma om det finns risker för att någon av deltagarna i forskningen kommer till skada i forskningsskedet eller av resultatet. (Denscombe, 2018, s. 433 & 437; Kohonen, Kuula-Luumi, Spoof, & (Red.), 2019, ss. 26,28, 35 & 36; Varantola, Launis, Helin, Spoof, & Jäppinen, 2012, ss. 18-19). Eftersom detta arbete är en del av ett utvecklingsarbete behövdes endast ett skriftligt lov av översjukskötaren och överläkaren vid Neurocentrum.

Det finns fyra huvudprinciper för forskningsetiken. Första principen är att deltagarna ska skyddas, den andra är frivilligt deltagande, den tredje är att forskarna ska vara ärliga, objektiva och professionella och den fjärde principen är att all verksamhet under forskningen ska vara lagenlig. (Denscombe, 2018, s. 438.) Personer som deltar i en forskning ska inte lida till följd av att de medverkar i forskningen, detta gäller personens alla dimensioner dvs. fysiskt, psykiskt och socialt. I forskningen ska deltagarna inte kunna identifieras, eftersom detta i vissa fall kan skada deltagare. Det är viktigt att de som är med i forskningen behandlas rättvist och likvärdigt. (Denscombe, 2018, ss. 438 - 440; Kohonen, Kuula-Luumi, Spoof, & (Red.), 2019, s. 35.)

De fyra huvudprinciperna har tagits i beaktade i detta examensarbete. Deltagarna har skyddats genom att de överenskommelser som nämnts i forskningslovet har respekterats. Sådan information i patientjournalerna som skulle avslöja patienternas identitet har inte tagits med i undersökningen. Samt information som tydligt skulle kunna kopplas till någon av patienterna har inte tagits med i undersökningen. ÅUCS är ett forskningssjukhus och patienter som blir vårdade är medvetna om att forskningar, utvecklingsarbeten och undersökningar görs där. Forskningslovet möjliggjorde granskning av 30 patientjournaler, detta betyder att ingen personlig information angående identitet kommer fram i skribenternas arbetet. Endast sjukvårdspersonalens anteckningar har granskats. Av utomstående personer krävs inte ett personligt deltagande. Information av resultatet har framförts i större helheter och mängder. På så sätt kan inte sjukvårdspersonalens personliga dokumentationer identifieras och individer kommer inte att lida på grund av

examensarbetsprocessen. Under hela processen har skribenterna förhållit sig objektiva och ärligt framfört resultaten av datainsamlingen.

Humanvetenskaplig forskning som studerar människor ska alltid göras för människors bästa. Det är viktigt att deltagarna eller i alla fall en del av deltagarna ska kunna ha nytta av forskningen som gjorts, någon gång i framtiden. (Denscombe, 2018, ss. 438 - 440; Kohonen, Kuula-Luumi, Spoof, & (Red.), 2019, s. 35.) Information som fås fram med examensarbetet kan vara till hjälp för att förbättra smärtvården på Neurocentrums avdelningar. Vilket skulle kunna minska på patientens lidande. Resultatet kan också lyfta fram styrkorna i vården som motiverar vårdpersonalen vidare till bättre resultat i de områden där det ännu finns rum för förbättring.

Då personuppgifter samlas in ska det planeras noggrant vad som är nödvändigt att ta med, med tanke på forskningens syfte. I en forskning eller ett forskningsarbete ska det inte gå att identifiera deltagarna (Kohonen, Kuula-Luumi, Spoof, & (Red.), 2019, s. 33; Varantola, Launis, Helin, Spoof, & Jäppinen, 2012, ss. 18-19). Endast sådana uppgifter där patienterna inte går att identifieras kommer att användas i denna undersökning i och med att fokus ligger på vårdpersonalens dokumentation.

Det är viktigt att forskaren inte gömmer undan information som kommit fram, för att informationen passar forskningsfinansiärernas eller sponsorernas behov. Plagiering strider mot lagen och därför är det viktigt att forskaren erkänner vad som är eget och andras bidrag. Forskaren ska ha erfarenhet och kompetens inom området som hen forskar i, eftersom det annars finns risk att deltagarna skadas. Enligt princip fyra ska forskningen följa lagen. Detta innebär att andras material inte stjäls och att god datasäkerhet säkerställs. (Denscombe, 2018, ss. 443 - 444; Varantola, Launis, Helin, Spoof, & Jäppinen, 2012, ss. 18-19 & 21). Grundlagen i Finland ska också följas, det vill säga att självbestämmande rätt, rätt till liv, rätt till yttrande frihet och skydd för privatlivet med mera ska tas i beaktande. (Kohonen, Kuula-Luumi, Spoof, & (Red.), 2019, s. 28).

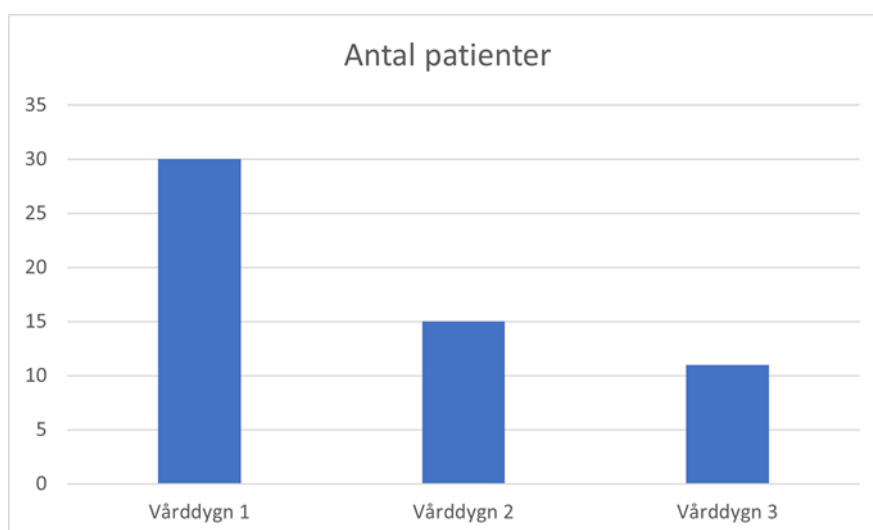
Examensarbetsgruppens skribenter började examensarbetsprocessen med att fördjupa sig i ämnet som beställaren och skribenterna gemensamt bestämt. Detta hjälpte skribenterna att planera och bestämma meningen och syftet med undersökningen. I examensarbetsgruppen finns sjukhusarbetserfarenheter vilket betyder att medlemmarna vet att tystnadsplikten ska beaktas. Trots att examensarbetet har en beställare är arbetet

obetalt. Skribenterna kommer att vara ärliga med undersökningssvaret. När andras texter har använts i detta examensarbete hänvisas till dessa och alla källor är angivna i källförteckningen. Examensarbetsgruppens skribenter har tagit grundlagen i beaktande under hela arbetsprocessen.

6 Resultat

I resultatdelen beskrivs resultaten med hjälp av stapel- och cirkeldiagram. Utöver diagrammen beskrivs resultaten också med hjälp av text, medelvärden och procentuella värden. Stapeldiagram har valts för att beskriva resultatet. Stapeldiagram anses tydligt illustrera jämförelser mellan olika variabler i undersökningen. Resultatet består av information som fåtts från 30 patientjournaler. Resultatet kommer också att jämföras med rekommendationer som har tagits upp i bakgrunden.

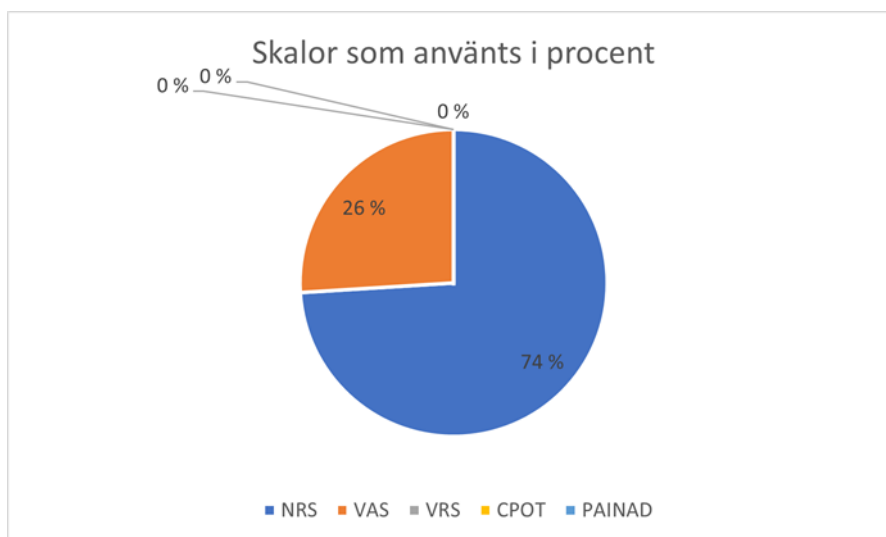
Endast hela dygn granskades, detta innebär att patienterna ska ha varit inskrivna i 24 timmar, 48 timmar eller 72 timmar. Trettio patienter hade varit inskrivna på avdelningen ett dygn eller mer, av dessa 30 hade 15 patienter varit inskrivna i två dygn och 11 patienter hade varit inskrivna på avdelningen i tre eller flera dygn. Detta beskrivs i figur 1. Alla patienter som uppfyllde gruppens kriterier för urval togs med i datainsamlingen tills urvalet nådde 30 patientjournaler.



Figur 1 Antalet inskrivna patienter under första, andra och tredje vårddygn.

6.1 Resultat av smärtskattning

Under datainsamlingen granskade examensarbetsgruppen vilka typer av smärtskattningsskalor vårdpersonalen använt sig av. Examensarbetsgruppen antog att vårdpersonalen hade använt sig av NRS ifall ett numeriskt svar skrivits in i vårddatabellen och ingen annan skala hade nämnts. Enligt Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen och Vainio (2018, ss. 91,139) används NRS skalan för att få ett numeriskt svar på smärta. Skalan som användes mest var NRS. Ibland fanns det dokumenterat att användning av VAS-skala gjorts. Enligt undersökningen användes NRS-skala i 74 procent medan VAS-skalan användes i 26 procent av de granskade patientjournalerna. Dokumentation angående användning av VRS-skala, CPOT-, eller PAINAD-mätare hittades inte. Användningen av olika smärtskalor beskrivs i figur 2.

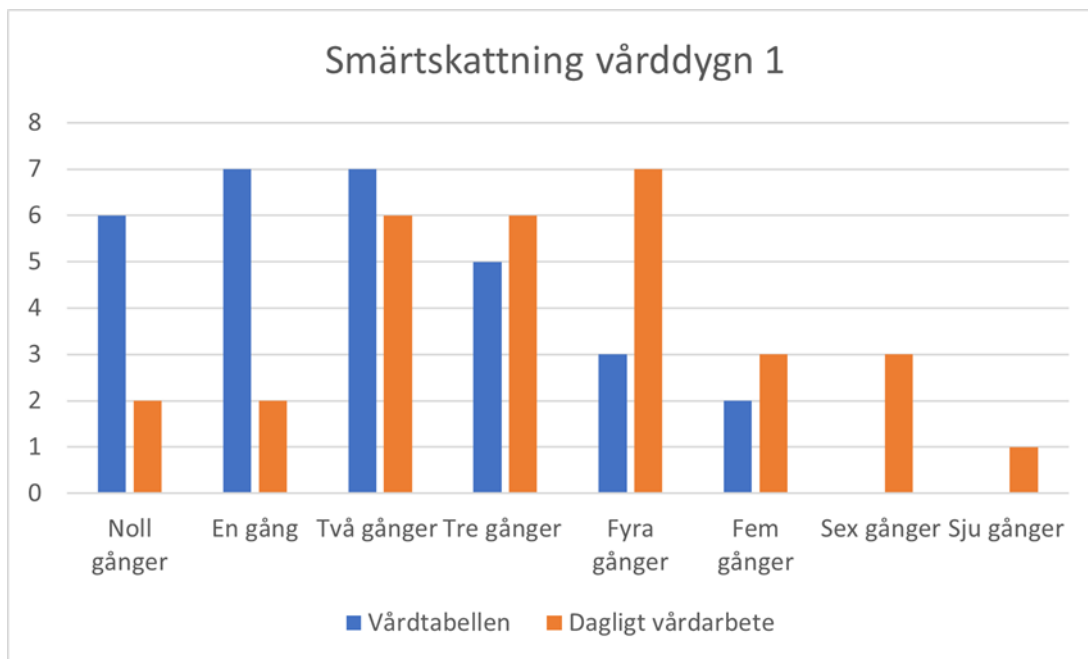


Figur 2 Relativanvändning av skalor angivet i procent

Dokumentation angående smärtskattning fanns på två olika ställen i patientjournalssystemet. I vårddatabellen dokumenterades patientens smärta som skattats med hjälp av smärtskattningsskala. I dagligt vårdarbete beskrevs smärta oftast inte med hjälp av smärtskattningsskala utan med en kommentar, till exempel "patienten är smärtfri" eller "patienten har smärta". Smärtskattningen saknade oftast tydlig och noggrann beskrivning av smärtan.

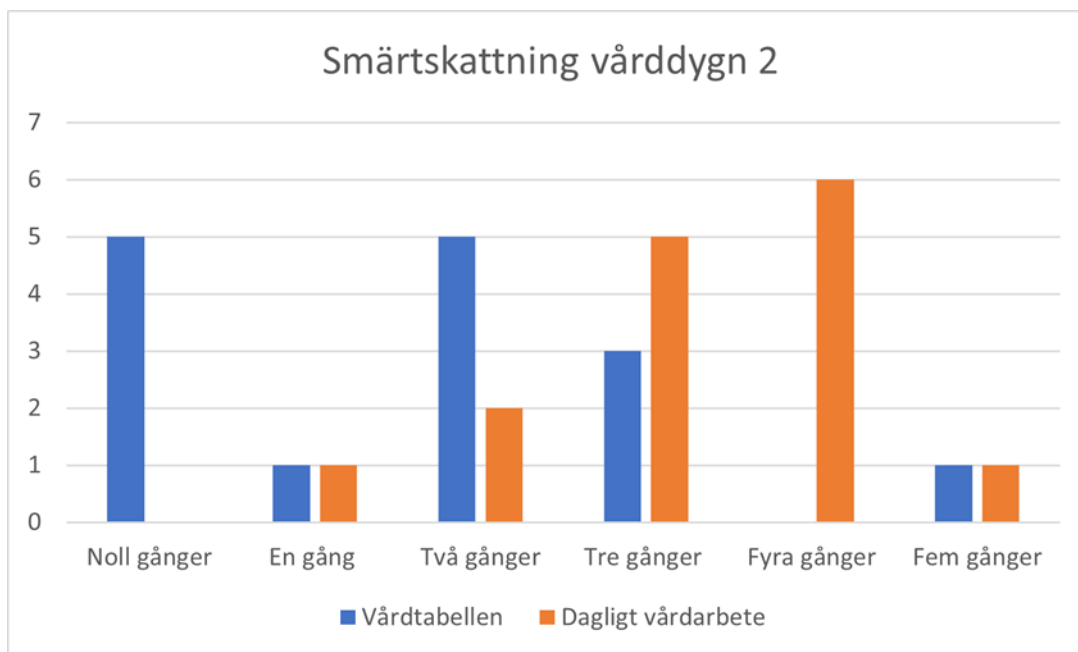
Resultatet i figur 3 belyser antalet gånger som vårdpersonalen dokumenterat om patientens smärta i vårddatabellen och i dagligt vårdarbete. Detta är under patienternas

första vårddygnet. Figurens lodräta axel står för antalet patientjournaler. Medelvärde för smärtskattning under patienternas första vårddygnet var 5,26 gånger per dygn.



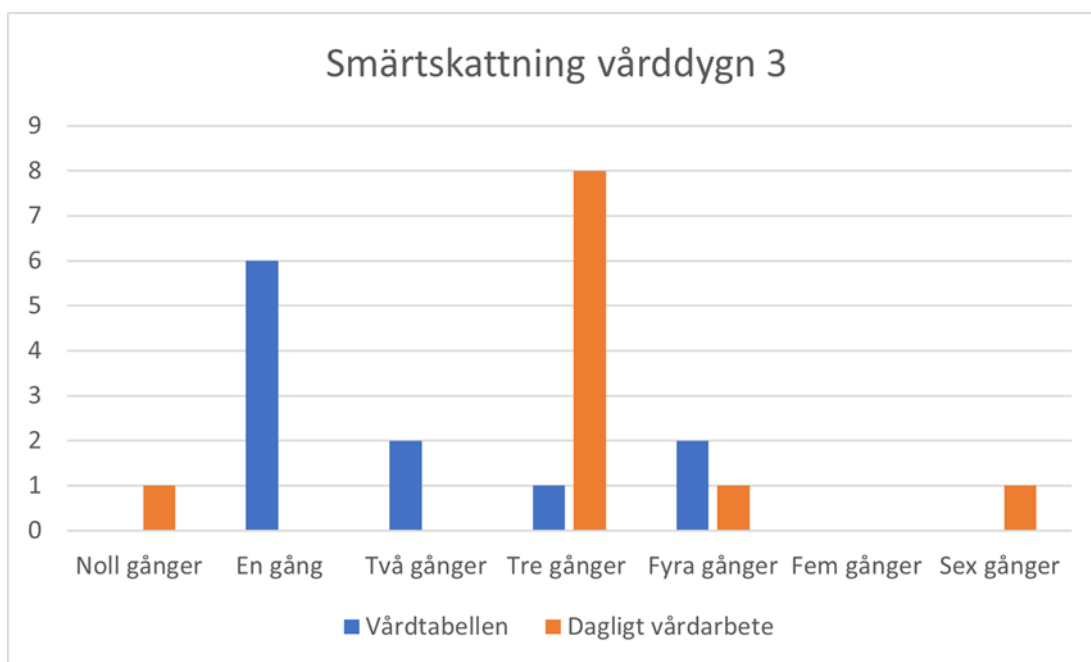
Figur 3 Smärtskattning vårddygn 1

I figur 4 beskrivs antalet gånger som vårdpersonalen dokumenterat om patientens smärta i vårdtabellen och i dagligt vårdarbete under patienternas andra vårddygn. Under vårddygn två granskades 15 patientjournaler. Figurens lodräta axel står för antalet patientjournaler. Medelvärde för smärtskattning av patienternas andra vårddygn var 4,93 gånger per dygn.



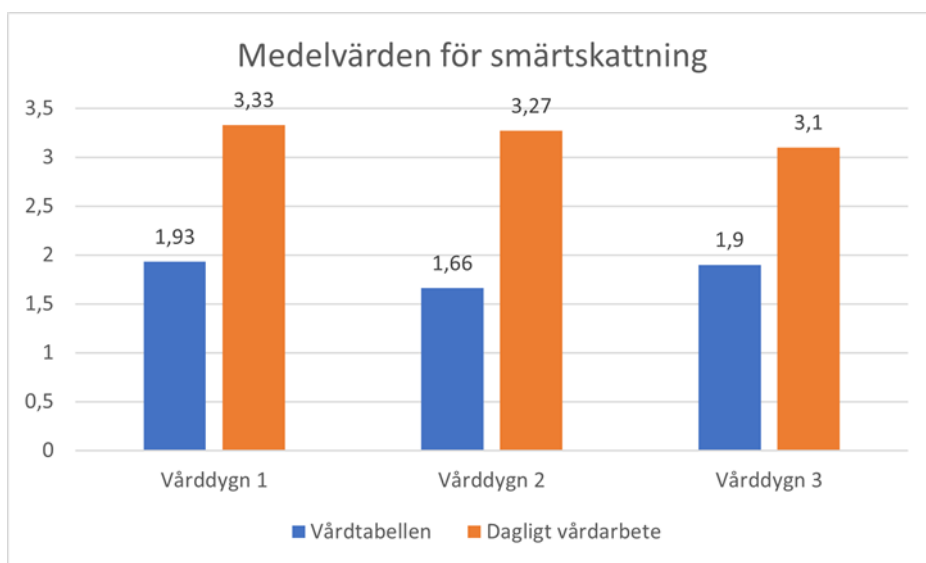
Figur 4 Smärtskattning vårddygn 2

Antalet gånger som vårdpersonalen dokumenterat om patientens smärta i vårdtabellen och i dagligt vårdarbete under patienternas tredje vårddygn beskrivs i figur 5. Under vårddygn tre granskades 11 patientjournaler. Figurens lodräta axel står för antalet patientjournaler. Medelvärdet för smärtskattning av patienternas tredje dygn var 5 gånger.



Figur 5 Smärtskattning vårddygn 3

Vårdpersonal skattade smärta numeriskt i vårdtabellen men också som en kort beskrivning i dagligt vårdarbete, utan siffervärde. Medelvärden för smärtskattning från både vårdtabeller och dagligt vårdarbete presenteras i figur 6. Under första vård dygnet skattades smärta i medelvärde med hjälp av smärtskattningsskala 1,93 gånger och i dagligt vårdarbete 3,33 gånger. I medelvärde skattades smärtan med smärtskattningsskala 1,66 gånger under andra vård dygnet. Medelvärdet för smärtskattning i dagligt vårdarbete var då 3,27 gånger. I medelvärde skattades smärtan med smärtskattningsskala 1,9 gånger under tredje vård dygnet och i dagligt vårdarbete 3,1 gånger.



Figur 6 Medelvärden för smärtskattning

En observation som gjorts under undersökningen är att vårdpersonalen inte alltid dokumenterar siffervärdet för smärta i vårdtabellen. Undersökningen visade att smärta dokumenterades mer frekvent i dagligt vårdarbete. Det som är problematiskt med detta är att vårdpersonalen oftast dokumenterar smärta i form av text till exempel "patienten lider inte av smärta eller "patienten har smärta som vårdats", det vill säga utan siffervärde. Siffervärden möjliggör lättare jämförelser av vården. Då informationen av patienten smärta finns både på två olika ställen och i två olika former är det svårare att göra jämförelser mellan resultaten av smärtskattningen.

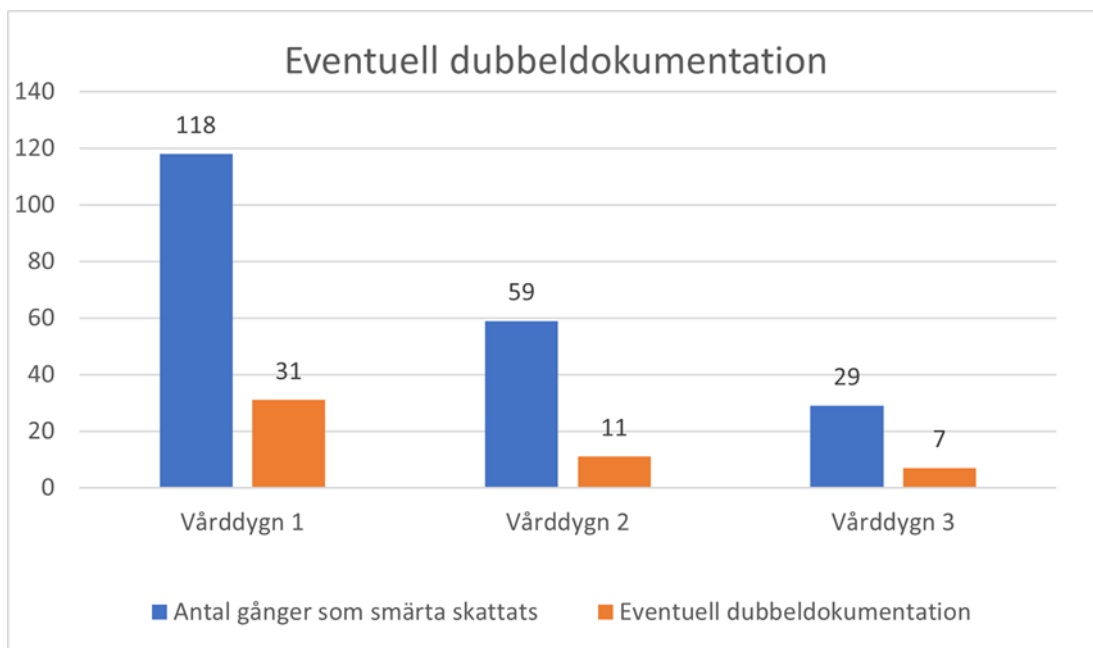
6.2 Resultat angående dokumentation

Skribenterna har också granskat hur ofta eventuell dubbeldokumentation framkommit. Dubbeldokumentation innebär att samma information om vårdarbetet har dokumenterats på två olika ställen i patientjournalen (Björvell, 2020). Under granskningen observerade skribenterna att vårdpersonalen hade skattat smärta numeriskt i vårdtabellen och efter det skrivit samma information med text i dagligt vårdarbete. Till exempel kunde NRS ha skattats som till 0 i vårdtabellen och sedan hade vårdpersonal skrivit i dagligt vårdarbete "patienten är smärtfri".

Det framkom att det i 20 patientjournaler fanns eventuell dubbeldokumentation angående smärtskattning under första vårddygnet. Hos dessa 20 patientjournaler var medelvärdet för smärtskattning 5,9 gånger per dygn och medelvärdet av eventuell dubbeldokumentation var 1,55 gånger per dygn. Detta innebär att 26,2 procent var eventuellt dubbeldokumentation.

Under andra vårddygnet granskades 15 patientjournaler. I 10 patientjournaler framkom eventuell dubbeldokumentation angående smärtskattning. Hos dessa 10 var medelvärdet för smärtskattning 5,9 gånger per dygn och medelvärdet för eventuell dubbeldokumentation var 1,1 gånger per dygn. Detta betyder att 18,6 procent var eventuell dubbeldokumentation.

Slutligen under det tredje vårddygnet granskades 11 patientjournaler. I fem patientjournaler framkom eventuell dubbeldokumentation angående smärtskattning. Hos dessa fem var medelvärdet för smärtskattning 5,8 gånger per dygn och medelvärdet för eventuellt dubbeldokumentation var 1,4 gånger per dygn. Detta innebär att 24,1 procent var eventuell dubbeldokumentation. I figur 7 beskrivs antalet gånger som smärtskattning dokumenterats i patientjournalerna och hur många av dessa som eventuellt har varit dubbeldokumentation. Figurens lodräta axel beskriver antalet gånger för variablerna. Antalet gånger som smärta skattats inkluderar både vårdtabellen och dagligt vårdarbete.



Figur 7 Eventuell dubbeldokumentation och antalet gånger som smärta skattats

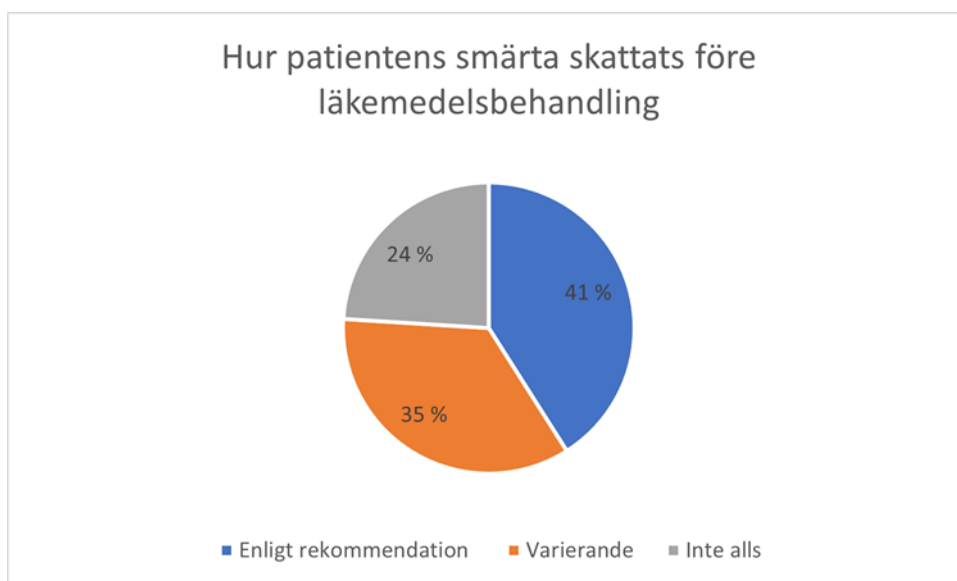
6.3 Kopplingar mellan numerisk smärtskattning och smärtlindring

Ifall patientens smärta är skattad med smärtskattningsskala och patienten får ett numeriskt svar på 3 eller över skall patienten få smärtlindring, det här är en rekommendation av ÅUCS (finns i bilaga 3). Både icke-medicinska och medicinska metoder kan användas för att lindra patientens smärta. Skribenterna var intresserade av att undersöka om det fanns kopplingar mellan patientens smärtintensitet i form av siffervärde och sjukvårdspersonalens beslut om smärtbehandling. I tre fall användes icke-medicinska behandlingsmetoder i kombination med läkemedelsbehandling. I ett av fallen hade smärta skattats före smärtbehandling.

Skribenterna fann att under det första vårddygnet hade sjukvårdspersonal vårdat smärta 32 gånger. I 62,5 procent av fallen hade smärta skattats numeriskt och dokumenterats i vårddatabellen före given smärtlindring. I 37,5 procent av fallen hade smärta inte skattats före behandling.

Skribenterna fann att under första vårddygnet fick 17 patienter läkemedelsvård. Hos 41 procent av patienterna hade smärta skattats numeriskt före smärtlindring, det vill säga enligt rekommendationerna. Hos 35 procent av patienterna hade smärtskattning i förhand utförts varierande. Det vill säga om patienten fick smärtlindring flera gånger under samma dygn hade vårdpersonal ibland utfört smärtskattning och ibland inte. Hos 24 procent av

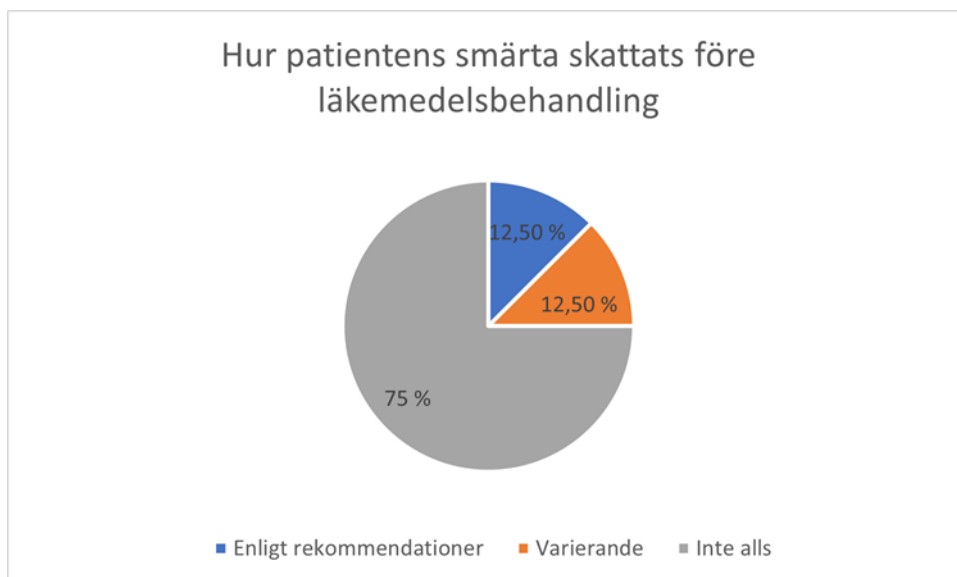
patienterna hade vårdpersonal inte skattat smärta numeriskt före smärtbehandling. Detta beskrivs i figur 8.



Figur 8 Hur patientens smärta skattats före läkemedelsbehandling under första vårddygnet

Under det andra vårddygnet hade sjukvårdspersonal vårdat smärta 14 gånger. I 35 procent av fallen hade smärta skattats numeriskt och dokumenterats i vårdtabellen före given smärtlindring. I 65 procent av fallen hade smärta inte skattats före behandling.

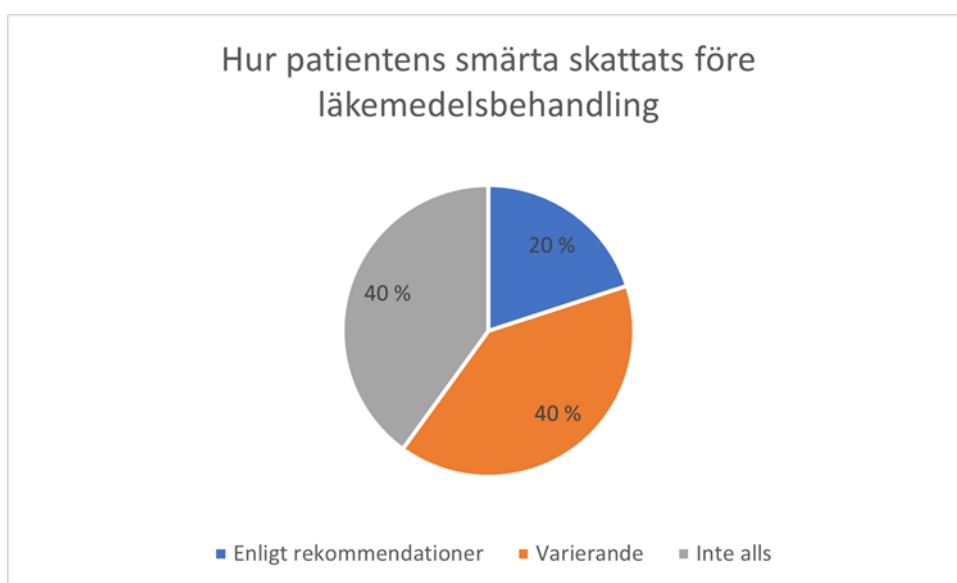
Under det andra vårddygnet fick 8 patienter läkemedelsvård. Hos 12,5 procent av patienterna hade smärtskattning före smärtbehandling utförts enligt rekommendationerna. Hos 12,5 procent av patienterna hade smärtskattning utförts varierande. Hos 75 procent av patienterna hade vårdpersonal inte skattat smärta numeriskt före smärtbehandling. Detta beskrivs i figur 9.



Figur 9 Hur patientens smärta skattats före läkemedelsbehandling under andra vårddygnet

Under det tredje vårddygnet hade sjukvårdspersonalen vårdat smärta 11 gånger. I 36 procent av fallen hade smärta skattats numeriskt och dokumenterats i vårdtabellen före given smärtlindring. I 64 procent av fallen hade smärta inte skattats före behandling.

Under tredje vårddygnet fick 5 patienter läkemedelsvård. Hos 20 procent av patienterna hade smärtskattning utförts enligt rekommendationerna. Hos 40 procent av patienterna som hade fått smärtbehandling flera gånger hade smärtskattning utförts varierande. Hos 40 procent av patienterna hade vårdpersonal inte utfört numerisk smärtskattning före smärtbehandling. Detta beskrivs i figur 10.



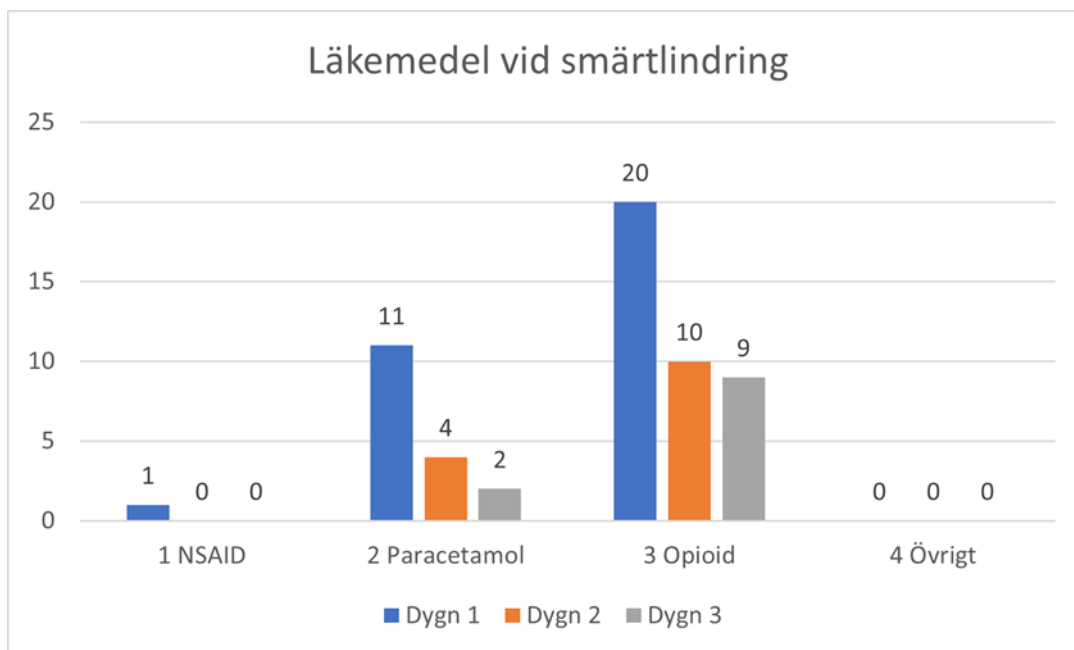
Figur 10 Hur patientens smärta skattats före läkemedelsbehandling under tredje vårddygnet

Skribenterna påstår att det vore viktigt att varje gång skatta smärtan före läkemedelsbehandling ges för då är det lättare att göra jämförelser med det numeriska svaret som fås efter smärtbehandling. Med hjälp av jämförelser kan vårdpersonalen få konkreta resultat om smärtlindringsmetoden varit effektiv.

Till sist undersökte skribenterna vad patientens smärtintensitet hade varit före smärtlindring. Under vårddygn ett fann skribenterna att 70 procent av patienterna hade ett numeriskt värde på tre eller mera och hos 30 procent var smärtintensiteten två eller mindre på den numeriska smärtskattningsskalan. Under vårddygn två var smärtintensiteten hos 80 procent av patienterna tre eller mera och hos 20 procent hade smärta skattats som två eller mindre. Slutligen under tredje vårddygnet hade smärtintensiteten skattats hos 75 procent av patienterna som tre eller mera och hos 25 procent två eller mindre. Detta betyder att patienter med smärtintensiteten två eller under fick smärtlindring, trots att rekommendationerna säger annat.

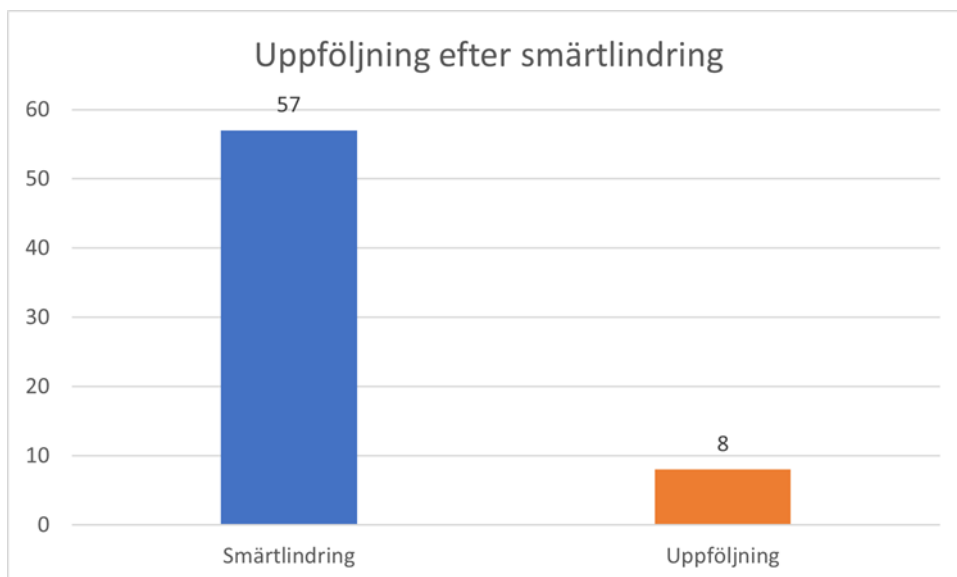
6.4 Smärtlindring och uppföljning av behandling

Resultatet för vilka läkemedel som användes för att lindra patientens smärta vid behov belyses i figur 11. I figuren presenteras resultat från alla tre vårddygn. Skillnaderna i antal givna läkemedel under vårddygnen påverkas av att antalet granskade patientjournaler är mindre vårddygn 2 och 3. Opioider användes mest för att lindra smärta under alla vårddygnen. Under första vårddygnet fick patienterna i medelvärde 1,06 gånger läkemedel vid behov. Under andra vårddygnet fick patienterna i medelvärde 0,93 gånger läkemedel vid behov. Under det tredje vårddygnet fick patienterna i medelvärde 1 gång läkemedel vid behov. I figuren representerar "övrigt" smärtmediciner som inte beskrivits i bakgrunden. Den lodräta axeln i figuren visar antal givna gånger.



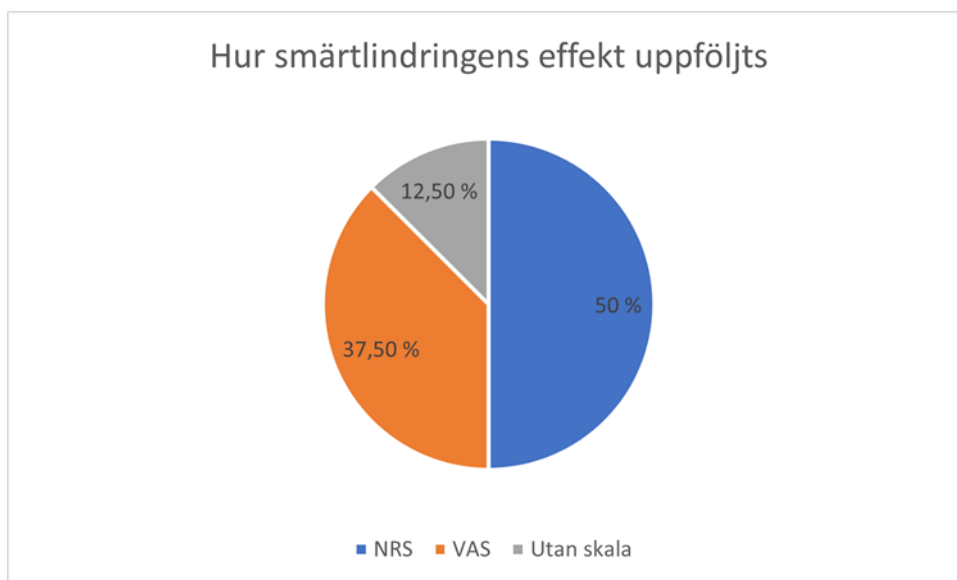
Figur 11 Läkemedel vid smärtlindring

Undersökningen visade att antalet patienter som fick smärtlindring under det första vårddygnet var 17, under andra vårddygnet var antalet 8 och under tredje vårddygnet var antalet 5 patienter. Av dessa patienter fick sju patienter uppföljning. I följande figur (figur 12) beskriver den blåa stapeln antalet gånger som vårdpersonal vårdat smärta med hjälp av läkemedel. Den orangea stapeln beskriver antalet gånger som vårdpersonal uppföljt effekten av smärtlindringen. I det här arbetet räknas både numerisk skattning i vårdtabellen och dokumentering av smärtskattning efter läkemedelsbehandling i dagligt vårdarbete som uppföljning. En patient fick två gånger uppföljning under samma vårddygn. Detta betyder att i 14 procent av fallen där läkemedel givits hade vårdpersonalen dokumenterat om utvärdering av läkemedelseffekten.



Figur 12 Läkemedelsbehandling och uppföljning

Figur 13 beskriver på vilket sätt de 8 uppföljningarna i den föregående figuren utfördes. I resultatet framkom det att 50 procent av uppföljningarna gjordes med NRS – skala, 37,5 % av gånger med VAS-skala och 12,5 % utan skala. Det vill säga att vårdpersonalen skattade smärtan med hjälp av NRS-skala fyra gånger, med hjälp av VAS-skala tre gånger och en gång hade vårdpersonal beskrivit effekten i form av fri text, utan något siffervärde.



Figur 13 Hur smärtlindringens effekt har uppföljts

Patienternas smärtintensitet vid uppföljning var med hjälp av numerisk skattning mellan 0 – 5. Medelvärdet för smärtintensitet efter behandling var 2,4 för patienterna vid uppföljning.

Examensarbetsgruppen reflekterade kring tanken om hur viktigt uppföljning av smärtlindring är. Utvärdering av smärta borde göras enligt ÅUCS anvisningar 30 minuter efter given smärtlindring. Smärtan ska skattas varje gång efter att smärtlindring har getts (Rhodin, 2014, ss. 38, 127 - 128; Kuusisto, 2017). I den här undersökningen framkom det att uppföljningen av effekten inte gjordes enligt rekommendationerna vid varje tillfälle, både för läkemedelsbehandling samt icke-medicinsk behandling. Det vore bra om vårdpersonalen skulle utvärdera effekten av smärtlindring enligt rekommendationerna. Eftersom de då skulle veta om smärtlindringsmetoden haft eftersökt effekt eller inte. Med hjälp av adekvat uppföljning kan vårdpersonal också få fram positiva resultat vid användning av icke-medicinska behandlingsmetoder. Detta kan möjligen öka användning av icke-medicinska smärtlindringsmetoder.

Enligt god medicinsk praxis - rekommendationer (2017) ska vård av smärta primärt baseras på icke-medicinska behandlingsmetoder och vid behov komplimenteras med läkemedel. I denna undersökning visar resultatet att på den neurokirurgiska avdelningen betonas läkemedelsbehandling.

Vid datainsamlingstillfälle hittade gruppen tre tillfällen där vårdpersonalen tydligt hade dokumenterat användning av icke-medicinsk smärtlindringsmetod. Skribenterna fann att de icke-medicinska smärtlindringsmetoderna alltid hade kombinerats med läkemedelsbehandling. Hos två patienter hade vårdpersonal dokumenterat användning av kylbehandling som smärtlindringsmetod. En av patienterna som fick kylbehandling fick också smärtlindring i form av smärt gel lokalt på huden. Detta är ett parenteralt sätt att dosera läkemedel och därför togs det inte i beaktande i tabellen där smärtmedicinering listades. En patient hade fått en ögonbindel för att minska på huvudvärk orsakad av ljuskänslighet. I modellen för datainsamlingen (bilaga 5) togs icke-medicinska behandlingsmetoder såsom värmebehandling, TENS, lägesförändring och andningsövningar med. Vårdpersonalen hade inte dokumenterat om användningen av dessa. Dokumentation av uppföljning efter icke-medicinskbehandling har utförts i ett fall. Patienten hade dock fått kylbehandling i kombination med läkemedel så den utvärderade effekten berörde båda metoderna.

Vidarebeskrivning av resultatet finns i kapitel 7.2 resultatdiskussion. I kapitlet görs anknytningar och jämförelse mellan resultatet och tidigare forskning samt rekommendationer.

7 Diskussion

I detta kapitel kommer kritisk granskning av examensarbetet att utföras. Den kritiska granskningen omfattar syfte, frågeställningar, bakgrund, metod och resultat. Skribenterna kommer att ta upp om det finns samband mellan tidigare forskning, rekommendationer och undersökningsresultat. Skribenterna framför synpunkter kring resultatets betydelse för utvecklingsarbetet inom smärtvården på avdelningen och idéer om vidare forskning inom området.

7.1 Metoddiskussion

I detta kapitel presenteras examensarbetets metoddiskussion. I metoddiskussionen granskar skribenterna det utförda arbetet kritiskt för validitet och reliabilitet. Skribenterna presenterar också hur datainsamlingsprocessen utfördes och hur den fungerade i examensarbetet. I kapitlet presenteras också motiveringar och begränsningar till exempel för urval och olika beslut angående datainsamling.

7.1.1 Kritisk granskning av syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete var, att med hjälp av anteckningar från patientjournaler, utreda hur ofta smärta skattas inom den neurokirurgiska vårdavdelningen och med vilka metoder vårdpersonalen lindrar patientens smärta. Frågeställningarna som valdes var följande: Hur ofta smärtskattningsskalor används? Vilka metoder används för att lindra akut smärta? Används smärtskattningsskalor för att utvärdera effekten av smärtlindring?

Inför datainsamlingen utreddes rekommendationerna för smärtskattning. Information om smärtskattning finns i bakgrunden i kapitel 3.3 samt ÅUCS egna rekommendationer finns i bilaga 3. På avdelningen undersöktes också om vårdpersonalen utvärderat smärta efter smärtlindring. Efter att skribenterna hade fått resultat på syfte och frågeställningar kunde jämförelser mellan rekommendationer och avdelningens situation göras.

Skribenterna anser att alla frågeställningar besvarades i examensarbetet. Med hjälp av frågeställningarna har skribenterna fått intressanta resultat, som förhoppningsvis kan medföra vidare diskussion på avdelningen. Skribenterna har delvis fått svar på syftet. Skribenterna anser att ett tydligt resultat fås fram om hur ofta smärta skattas på den neurokirurgiska vårdavdelningen. Den del av syftet som skribenterna inte fick ett omfattande svar på var vilka smärtlindringsmetoder som vårdpersonalen använder, för att lindra smärta. Efter datainsamlingen funderade skribenterna om syftet kunde ha formats på ett annat sätt. Skribenterna tog endast i beaktande smärtlindring vid akut smärta. Dokumentationen som skribenterna hade tillgång till möjliggjorde utredning av vård vid akut smärta på avdelningen. Smärtlindring vid akut smärta kunde utredas från dokumentation utgående från läkemedelslistan och dagligt vårdarbete. Genom det dagliga vårdarbetet sökte gruppen dokumentation, som berörde vård av patientens akuta smärttillstånd. Läkemedelslistan kontrollerades för given smärtmedicinering, som givits vid behov.

Syftet hade utformats på detta sätt eftersom skribenterna inte ville utesluta granskning av vård av kronisk smärta, som eventuellt kunde framkomma i vårdpersonalens dokumentation. Under arbetsprocessen ansåg skribenterna, att de inte tidsmässigt skulle hinna beakta alla läkemedel som kan användas, för att vårda smärta. Därför gjorde skribenterna valet att enbart granska läkemedel som givits vid behov. För att få fram ett mera omfattande resultat borde kontinuerlig medicinering av läkemedelslistan ha granskats.

Ifall skribenterna hade haft tillgång att granska alla icke-medicinska smärtlindringsmetoder skulle resultatet möjligtvis blivit mera omfattande. Dokumentering som skribenterna till exempel inte haft tillgång till är fysioterapeuternas texter för att, granska fysiska behandlingssätt. Ett annat exempel på en icke-medicinsk smärtlindringsmetod är användning av psykiskt stöd och detta har skribenterna inte heller kunnat granska eftersom skribenterna inte haft tillgång till psykologernas texter. Dessa aspekter var inte heller kongruenta med syftet, eftersom fokus i examensarbetet ligger på vård av akut smärta. Dessutom har endast granskning gjorts av läkemedel som givits vid behov. För att i framtiden få en bredare bild på användning av olika smärtlindringsmetoder borde dessa tas i beaktande i kommande undersökningar.

7.1.2 Kritisk granskning av metoden

Det är viktigt att utföra kritisk granskning av forskningsarbetet. Kritisk granskning betyder, att man bedömer pålitligheten av arbetet. Pålitlighet av arbetet granskas genom validitet och reliabilitet där validiteten står för giltighet och reliabilitet för tillförlitlighet. Validitet betyder i hur hög grad forskningsmetoden mäter det som ska mätas. I praktiken kan det vara svårare att utvärdera validitet än reliabilitet. Trots att reliabiliteten skulle anses vara hög betyder det inte att validiteten automatiskt blir hög. Reliabilitet betyder att oberoende av datainsamlingsmetod eller dess tidpunkt kan en annan forskare få samma typ av resultat som i tidigare forskning. Om arbetet inte har reliabilitet har den inte validitet. (Bell & Waters, 2016, s. 133).

Urvalet i examensarbetet bestod av 30 patientjournaler. För att öka tillförlitligheten i undersökningen granskades patientjournalerna om möjligt upp till 72 timmar. Anteckningarna granskades från och med patientens första vårddygn. Jämförandet av resultaten från olika patientjournaler blev mer tillförlitliga när anteckningarna granskades från patientens första vårddygn. Granskningen utfördes under en längre tidsperiod och detta möjliggör fynd av olika vårdmetoder och deras påverkan på smärtskattning. Examensarbetsgruppen granskade varje patientjournal tillsammans. Eftersom granskningen gjordes tillsammans kunde misstag lättare undvikas. Detta ökar tillförlitligheten i undersökningen.

Examensarbetsgruppen anser att urvalet var tillräckligt stort, för att få ett tillförlitligt resultat. För att få svar på syfte och frågeställningarna bestämde skribenterna att använda sig av ett kvantitativt närmelsesätt. Styrkan med detta var, att gruppen fick rådata som sedan kunde utformas till statistik och diagram. Med hjälp av kvantitativ närmelsesätt hade skribenterna ett större urval att arbeta med. Examensarbets datamaterial är enbart insamlad från en avdelning och därför kan man inte generalisera resultatet.

Reliabilitet handlar om att instrument eller mätare som användes i forskningen, uppnår samma resultat vid annat tillfälle. Det betyder att man bör utvärdera om samma resultat kan uppnås om en liknande forskning utfördes någon gång på nytt. (Bell & Waters, 2016, s. 133). Detta baserar sig på stabilitet. Detta betyder att data som har samlats in om samma fenomen, med samma upplägg, som en annan undersökning, har samstämmighet oberoende av tidpunkten då data har samlats in. Förändringar av resultatet beror på

omständigheterna kring det man undersöker och inte om själva undersökningsupplägget. (Larsen, 2018, s. 62).

Det här är första gången som skribenterna har gjort en kvantitativ undersökning. Skribenterna skulle möjligen ha fått fram samma svar på frågorna, ifall skribenterna skulle kombinera en kvantitativ metod till en kvalitativ metod. Till exempel kombinera detta arbete med en kvalitativ metod i form av intervjuer med sjukvårdspersonal på avdelningen. Med hjälp av intervjuer av vårdpersonal skulle skribenterna fått en bredare bild av smärtbehandlingen, vårdarnas kunskaper och vilka saker som påverkat resultatet till exempel om dokumentation. Detta var aspekter som skribenterna reflekterade och funderade utgående från resultatet.

Skribenterna fick svar på syfte och frågeställningar med hjälp av rådata. Hur insamlingen av rådata gjorts finns i bilaga 5. Resultatet kan ändra ifall undersökningen görs på nytt eftersom ny forskning, nya rekommendationer samt nya arbetssätt om möjligt påverka avdelningens sätt att vårda smärta.

För att hålla reda på vilka patientjournaler som granskats antecknades patientens initialer samt datum och klockslag när patienten blivit inskriven. Dessa anteckningar gjordes för, att hålla reda på att samma patientjournaler inte granskades på nytt vid nästa datainsamlingstillfälle. Skribenterna gjorde detta för att minska risken att insamlad data skulle förvrängas. Detta höjer examensarbetets tillförlitlighet. Enbart examensarbetsgruppen hade tillgång till anteckningarna. Anteckningar förstördes efter användning. En annan sak som påverkar tillförlitligheten i arbetet är att vårdpersonalens dokumentation om använd smärtskattningsskala oftast fattades i patientjournalerna. Skribenterna har antagit att det siffrvärde för smärta som fanns i vårdtabellen är skattad med NRS-skala. På samma gång kan inte skribenterna vara helt säkra på att NRS-skala varje gång varit den skala som använts eftersom det inte var dokumenterat i vårdtabellen. Detta kan påverka tillförlitligheten.

När dokumentär undersökning utförs kan det finnas information i dokument som inte framgår omedelbart utan forskaren måste tolka materialet (Denscombe, 2018, ss. 321, 328). När analyseringen av datamaterialet gjordes noterade skribenterna att eventuell dubbeldokumentation fanns med i resultatet av smärtskattning, vilket eventuellt förvränger resultatet. Det fanns ingen möjlighet att granska i vårdtabellen vem som gjort

anteckningar därför gick det inte att bevisa att alla dessa är dubbeldokumentation. Det som ansågs vara eventuell dubbeldokumentation var då samma information dokumenterats på två olika ställen till exempel i vårddatabellen och dagligt vårdarbete inom 30 minuter och som tydligt framförde samma information om patientens smärttillstånd.

I detta examensarbete har fokus i syfte och frågeställningar handlat om smärtskattning, behandling och utvärdering. Trots detta kom skribenterna fram till att det finns saker som går att förbättra i dokumentationen. Dokumentationen var ibland otillräcklig och systematiken i dokumentationen varierade. Det vill säga att vårdpersonalen dokumenterade om smärta på flera olika ställen. Syftet med detta examensarbete var inte att undersöka hur vårdpersonal utför dokumentation, men flera resultat belyser ämnet. I framtiden kunde det vara relevant att utföra vidare undersökning om vårdpersonalens dokumentation.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel fortsätter skribenterna att presentera resultat av examensarbetet, dock från ett annat tillvägagångssätt. Under resultatdiskussion lyfter skribenterna fram tankar som väckts av resultaten. I kapitlet gör skribenterna kopplingar mellan resultatet och fakta som tagits upp tidigare i arbetet det vill säga bakgrunden. I detta kapitel vill skribenterna också lyfta fram förbättringsförslag utifrån resultaten.

Smärta är en subjektiv upplevelse och därför är det optimalt att patienten själv skattar sin smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2010, s. 88). Smärta kan skattas till exempel med NRS-skala eller VAS-skala. Patienten skall ha möjlighet att framföra vilken smärtskattningsskala hen föredrar. Vårdpersonal bör i varje patientjournal dokumentera vilken smärtskattningsskala som ska användas. Samma skala borde användas under hela vårdtiden (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola, & Siltanen, 2013). Enligt ÅUCS rekommendationer (bilaga 3) borde smärta dokumenteras i vårddatabellen efter varje gång som smärta skattats.

Om patienten själv inte kan skatta sin smärta ska smärtskattningsmätare som CPOT användas (Kangasmäki & Puhdas-Tähkä, 2017). Skribenterna noterade ett fall där en vårdare hade skrivit att hen antog att patienten hade smärta. Vårdaren hade inte dokumenterat varför hen antog att patienten hade smärta, symtombeskrivning fattades

och beskrivning av användning av lämplig smärtskattningsmätare saknades. Skribenterna ansåg att vårdaren skulle ha kunnat använda sig av CPOT – mätaren för att beskriva patientens smärttillstånd. Ifall vårdpersonalen använder sig av CPOT – mätaren skulle det vara lättare att utvärdera smärtan efter smärtlindring.

Enligt Wells, Pasero och McCaffery (2008) skall smärta uppföljas minst en gång per arbetsskift eller vid behov flera gånger i timmen. Samma information framkommer i ÅUCS egna rekommendationer för smärtskattning. I rekommendationerna framkommer också att smärtskattningen ska dokumenteras i vårdtabellen. Skribenternas resultat visar att vårdpersonalen på den neurokirurgiska avdelningen dokumenterar smärtskattning mera i dagligt vårdarbete än i vårdtabellen. Skribenterna undrade varför vårdpersonal enligt undersökningen föredrog användning av dagligt vårdarbete, för att dokumentera smärtskattning. Skribenterna fann att smärtskattning med siffervärde gjordes mindre fastän detta är en officiell rekommendation. Detta kan vara något som vårdpersonalen vid den neurokirurgiska avdelningen kan reflektera kring.

Utav skribenternas resultat kan man påstå att vårdpersonalen på den neurokirurgiska avdelningen tar patienternas smärta i beaktande och patienternas smärtupplevelse på allvar. Utav resultatet kan man se att vårdpersonal utför smärtskattning relativt mycket. Något som borde förbättra på är systematisk uppföljning efter smärtlindring.

Enligt god medicinsk praxis - rekommendationer (2017) är de mest vanliga icke-medicinska behandlingsmetoderna motion, fysioterapi, KBT (kognitiv beteendeterapi), värmebehandling, kylbehandling och TENS (transkutan elektrisk nervstimulering). Mängden forskningar gjorda om de icke-medicinska behandlingsformerna är varierande (Norrbrink & Lundeberg, 2010, ss. 93, 111 - 112). I undersökningen kom det fram att vårdpersonalen få gånger behandlade smärta med icke-medicinska metoder.

Under undersökningens gång väcktes tankar om sjukskötarens skolning och kunskap kring smärta. Vilka olika faktorer påverkar kvalitén av smärtvården. Finns det behov att satsa mera på skolning berörande smärta och smärtbehandling inom sjukskötarutbildningen och för vårdpersonal på ÅUCS. Det vore intressant, att se hur skolning skulle påverka vårdpersonalens val av smärtlindringsmetoder. Skulle detta öka användning av icke-medicinska smärtlindringsmetoder? Kunde detta också öka regelbunden användning av

lämplig smärtskattningsskala och skulle vårdpersonal ha bättre förutsättningar att utvärdera vilken smärtlindringsmetod som passar en viss smärttpyp?

Skribenterna observerade att vårdpersonalen dokumenterat smärtans intensitet i vårdtabellen, men vårdtabellen lämnat bort vidare beskrivning. När vårdpersonal skattar patientens smärta och dokumenterar värdet i vårdtabellen finns det möjlighet att vidare beskriva smärtan och var den är lokaliserad. Informationen finns också i rekommendationerna enligt ÅUCS. Samma rekommendationer framför att vårdpersonal kan dokumentera i dagligt vårdarbete noggrannare beskrivning av smärta och smärtbehandlingen. Enligt Hotus (2013) ska vårdpersonalen dokumentera smärtans intensitet, hurudan smärtan är och var den är lokaliserad. I undersökningen framkommer att vårdpersonalen på den neurokirurgiska avdelningen dokumenterar smärtskattning ofta i dagligt vårdarbete, men beskrivningen av smärtan var bristfällig. Smärta beskrevs som "patienten är smärtfri" eller "patienten har smärta". Ibland fanns vidare beskrivning om var smärtan lokaliserades, till exempel "patienten har huvudvärk". Dokumentationen utfördes inte på detta sätt varje gång. Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska och Vihunen (2012, s. 58) lyfter fram att en av de vanligaste utmaningar i vårdarbetet är att dokumentationen inte är tillräckligt beskrivande.

Dokumentation på ett systematiskt sätt skulle minska dubbeldokumentation och spara vårdpersonalens tid. I dagliga vårdarbetet fanns ibland vidare beskrivningar om smärta. Vidare beskrivning av smärta kunde vårdpersonalen skriva in i vårdtabellen samtidigt som det numeriska svaret dokumenteras. Om information skulle finnas på ett och samma ställe skulle det vara lättare att få en helhetsbild av patientens smärttillstånd. När dokumentation i vårdtabellen och dagligt vårdarbete sker vid olika tillfällen, blir det svårare att göra kopplingar mellan det numeriska värdet och vidare beskrivning av smärttillståndet.

Källor:

- Adams, M., Weatherall, M., & Bell, E. (2019). A cohort study of the association between psychosocial factors and pain in patients with Spinal Cord Injury and Stroke. *NeuroRehabilitation*, 419 - 427.
- Ahokas, A., & Luukka, K. (2019, 4 23). *Metropolia*. Retrieved 3 25, 2021, from Metropolia: <https://blogit.metropolia.fi/geroblogi/2019/04/23/aidinkieli-tunnekieli-mynos-ikaantyessa/>
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L., & Vihunen, R. (2012). *Hoitamalla hyvää oloa*. Helsinki: Sanoma Pro. Retrieved 4 25, 2021
- Bell, J., & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C. (2020, 04 17). *Journalhantering*. Retrieved 04 08, 2021, from vårdhandboken.se: <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/dokumentation/journalhantering/>
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (4:2 ed.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Duodecim. (2003). *Ajattele aivojasi*. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Duodecim. (2007, 6 18). Neuroopaattisen kivun hoito-opas. Helsinki, Suomi. Retrieved 1 2020, from <https://www.kaypahoito.fi/nix00086>
- Duodecim. (2017, 8 22). *Kipu*. Retrieved 1 2021, from Käypähoito.fi: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Fangen, K., & Sellerberg, A.-M. (Eds.). (2011). *Många möjliga metoder*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Finlex. (785/1992, Augusti 17). *Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992*. Retrieved from Finlex: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Flo, E., & et. al. (2014). Effective Pain Management in Patients With Dementia: Benefits Beyond Pain. *Drug Aging*, 863-871. Hämtat 1 2021
- Haanpää, M., Liira, H., Hagelberg, N., Pohjolainen, T., & Hannonen, P. (2021). *Suomen kivuntutkimusyhdistys ry*. Retrieved 2 17, 2021, from Kroonisen kivun hoito-opas: https://1596852.166.directo.fi/@Bin/b67b38c2ef3d56ba3d26c6b13202b37b/1613589340/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf
- Hayes, K., & Gordon, D. (2015, 03). Delivering quality pain management: The challenge for nurses. *AORN journal*, 101(Nr 3), 327 - 337.
- Huotari, A.-M. (2006, 6 27). Terve.fi. *Mitä kipu on*. Retrieved from <https://www.terve.fi/artikkelit/mita-kipu>

- Institutet för hälsa och välfärd. (2020, 09 10). *Dokumentation*. Retrieved 04 05, 2021, from thl.fi: <https://thl.fi/sv/web/informationshantering-inom-social-och-halsovarden/dokumentation>
- Jensen Hjermstad, M., Fayers, P., Haugen, D., Caraceni, A., Hanks, G., Loge, J., . . . Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1073 - 1093.
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., & Vainio, A. (2018). *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Retrieved 1 2021
- Kalso, E., Paakkari, P., & Forsell, M. ((u.å)). *Opioidit pitkäkestoisessa kivussa*. Retrieved 3 1, 2021, from Opioidit pitkäkestoisessa kivussa: Opioidit pitkäkestoisessa kivussa
- Kangasmäki, E., & Puhdas-Tähkä, S.-M. (2017, 10 2). *Terveysportti*. Retrieved from Kivun arviointi: <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., Spoof, S.-K., & (Red.). (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland, Forskningsetiska delegationens anvisningar 2019*. Retrieved 02 10, 2021, from tenk.fi: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- Kotovainio, T., & Lehtonen, A. (2017, 10 3). *Terveysportti*. Retrieved from Kivun lääkehoito: [terveysportti.fi/dtk/shk/koti](https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti)
- Kustannus Oy Duodecim. (2018, Maj 4). *Duodecim Terveysportti*. Retrieved from Kivun arviointiin käytettävä CPOT-mittari parantaa tehohoidon laatua: https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutismaailma.duodecimapi.uuti_sarkisto?p_arkisto=1&p_artikkeli=uux22473
- Kuusisto, P. (2017, 10 10). *Akuutin kivun hoito*. Retrieved 03 24, 2021, from terveysportti: <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Lapveteläinen, T. (2012, 4 4). *Sic, lääketietoa Fimeasta*. Retrieved from Pajunkuoresta kipulääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtämiseen: https://sic.fimea.fi/1_2012/pajunkuoresta_kipulaakkeiden_vaikutusmekanismien_ymmartamiseen
- Larsen, A. K. (2018). *Metod helt enkelt. En introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- muistiliitto ry. (2016). *muistiliitto.fi*. Retrieved 2 2021, from muistiliitto.fi: https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf
- Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (. (2010). *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Nyberg, R., & Tidström, A. (Eds.). (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Student.

- Nykopp, J. (2015, 1 25). *Potilaan lääkrilehti*. Retrieved 21 17, 2021, from Leikkauskivun kroonistumista voidaan ehkäistä: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/leikkauskivun-kroonistumista-voidaan-ehkaista/>
- Paakkari, I. (1999). *Uudet tulehduskipulääkkeet - tarvitaanko niitä?* Retrieved 03 10, 2021, from duodecimlehti.fi: <https://www.duodecimlehti.fi/duo91069>
- Rhodin, A. (. (2014). *Smärta i klinisk praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M., & Siltanen, H. (2013, 2 19). *Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestaisen kivun hoitotyön hoitosuositus*. Retrieved 2021, from Hotus-hoitotyön tutkimussäätiö: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>
- Silja, H., Murtonen, I., Myllymäki, H., & Valtonen, K. (2010). *Sisätautien, kirurgisten sairauksen ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: Wsoy Pro.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2017, Augusti 22). *Kipu*. Retrieved from Käypähoito: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#R12>
- Suzuki, T. (2017). Does the combination use of two pain assesment tools have a synergistic effect? *Journal of intensive care*, 1-3.
- Tanner, L., Jansson, P.-M., Kauppila, M., Kylävalli, A., Molin, A., Rantanen, J., . . . Ståhlberg, M.-R. (2010, 08 31). *Varsinais-suomen sairaanhoitopiirin kieliohjelma*. Retrieved 03 30, 2021, from vsshp.fi: <https://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/saannot/Documents/Kieliohjelma.pdf>
- Tarnanen, K., Mäntyselkä, P., & Komulainen, J. (2016, Augusti 10). *Auts - nyt sattuu! (Kipu-suositus)*. Retrieved from Duodecim Terveyskirjasto: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00119
- Turun yliopillinen keskussairaala. (2019, 12 02). *Kivunhoito*. Retrieved 04 13, 2021, from vsshp.fi: <https://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkauksen-valmistautuminen/Sivut/kivunhoito.aspx>
- TYKS. (2020, 11 27). *Neurokirurgian vuodeosasto*. Retrieved 03 19, 2021, from vsshp.fi: <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/osastot-ja-poliklinikat/Sivut/neurokirurgian-vuodeosasto.aspx#horisontaali3>
- Vainio, A. (2009). *Sattuu!* Helsinki: Duodecim.
- Valvira. ((u.å)). *Social- och hälsovårdens informationssystem*. Retrieved 03 25, 2021, from valvira.fi: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/informationssystem-inom-social-och-halsovarden>
- Valvira. (2018, 11 5). *Journalhandlingar*. Retrieved 03 25, 2021, from valvira.fi: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/journalhandlingar>

- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. K., & Jäppinen, S. (. (Eds.). (2012, 11 14). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Retrieved from tenk.fi:
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- VSSHP. (2015, 01 16). *Elektronisk identifiering för social- och hälsovårdsstuderande inom Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och Åbo stads välfärdssektor*. Retrieved 04 07, 2021, from VSSHP.fi:
https://www.vsshp.fi/fi/ammattilaisille/opiskelijoille/perehdytys/Publishing/Images/Sivut/turvallisuus-osana-harjoittelua/VRK-anvisningar%20f%C3%B6r%20studerande_0.4.pdf
- Wells, N., Pasero , C., & McCaffery, M. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Retrieved from ncbi:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/>

Datum för sökningen	Databas	Söktermer och kombinationer	Antal träffar	Avgränsningar	Antal träffar efter avgränsningar	Antal artiklar som valdes att läsas
8.1.21	EBSCO-host	(neurological disorders or neurological disease or disability) AND vas scale	2784	Full Text; Scholarly (Peer Reviewed) Journals; PDF Full Text	280	1
8.1.21	EBSCO-host	(stroke or cerebrovascular accident or cva) AND pain AND vas scale	96	Full Text; Scholarly (Peer Reviewed) Journals; PDF Full Text	7	0
11.1.21	Cinahl	pain AND numeric rating scale		Full Text; Peer Reviewed; First Author is Nurse; PDF Full Text	2	0
11.1.21	Cinahl	pain	315 951	Full Text; Peer Reviewed; First Author is Nurse; PDF Full Text	715	3
11.1.21	EBSCO-host	pain measurement AND neurological disorders	2	Limiters - PDF Full Text Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	2	0
12.1.21	EBSCO-host	Assesment of pain AND nurses experience AND(attitudes or beliefs or perceptions)	16	Limiters- Full text;Published Date: 20150101-20211231; English Language; First author is nurse; English Expanders-Apply equivalent subjects Search modes-Smart text Searching	16	1
12.1.21	EBSCO-host	Pain Treatment AND(evaluation or assesment) AND pain	0	Limiters- P.Date 20150101-20211231; First author is Nurse;Geographic Subset;Europe; PDF Full Text;Language English	141	3

				Expanders-Apply equivalentsubjects Search modes- SmartTEXT Searching		
25.1.21	Cinahl	pain AND neurological AND estimate	4315	Full Text; Peer Reviewed; PDF Full Text	236	0
25.1.21	Cinahl	pain AND pain rating scale AND patient	73450	Published Date: 20150101-20211231; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: All Adult; PDF Full Text	1560	0
26.1.21	Cinahl	neurological pain AND pain rating scale AND patient	17061	Published Date: 20150101-20211231; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: All Adult; PDF Full Text; Language: English	179	3
26.1.21	Cinahl	pain AND pain scale 0-10 AND visual analogue scale	11747	Published Date: 20170101-20211231; English Language; Peer Reviewed; PDF Full Text; Language: English	238	2
27.1.21	pubmed	neurological pain and pain rating scale	12827	Published date: 2016-2021, Free full text	1613	0
27.1.21	pubmed	neurological pain and numeric rating scale and benefits	422	Published date: 2016-2021, Language English, Finnish and Swedish, Humans, Free full text	88	1
27.1.21	pubmed	pain scales and numerical rating scale	10009	Published date: 2019-2021, Free full text, English, Humans	567	0
2.2.2021	Pubmed	pain assesment CPOT	90	Published date: 2014-2021, Free full text. Language: English	27 results	2
2.2.2021	Pubmed	pain assesment CPOT BPS	28	Published date: 2014-2021, Free full text. Language: English	9 results	1
4.2.2021	Pubmed	Pain treatment methods	65,090	Published date: 2018-2021, Free full text. Systematic review. Language: English	1,487	0
4.1.2021	pubmed	pain treatment methods neurological patients	70,565	Published date: 2015-2021, Free full text. Systematic review. Language: English	687	0

Bilaga 2 Artikel översikt

s. 1 av 1

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Resultat	Ev. styrkor och begränsningar
2015 -	Kim Hayes and Debra B. Gordon	Delivering Quality Pain Management: The Challenge for Nurses	Att förse specifik kunskap om perioperativ smärta och smärtledning till den som vill lära sig.	-	För bra kvalitet av smärtvård ska vården utföras med ett mångprofessionellt team och genom personcentrerad vård. Bra kommunikation samt realistiska behandlingsmål förbättrar smärtvården	-
2011 Norge	Marianne Jensen Hjermstad, Peter M. Fayers, Dagny F. Haugen, Augusto Caraceni, Geoffrey W. Hanks, Jon H. Loge, Robin Fainsinger, Nina Aass och Stein Kaasa	Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review	Jämföra NRS, VRS och/eller VAS smärtskattningsskalorna	Litteraturstudie 54 artiklar utgjorde urvalet	I 37 studier fanns det 8 olika typer av NRS skalan (NRS-6 till NRS-101). Totalt testades 41 typer av NRS. När man i studien jämförde NRS med VAS och VRS var NRS bättre i 15 av 19 studier eftersom den var mer användarvänlig. I 29 studier kom det fram att ingen av skalorna rekommenderades över den andra.	Många studier som undersökts
2019 Nya Zeland	Mark Adams, Mark Weatherall	A cohort study of the association between	Undersöka sambandet mellan psykosociala faktorer, smärtintensitet och smärtstörningar efter en ny neurologisk	Longitudinell studie gjord med hjälp av enkät. Urval personer som fått stroke	Det framkom att det finns flera samband mellan psykisk ohälsa och en del övertygelser kring smärtans resultat. Psykisk ohälsa var förknippad med	Litet urval, Patienter med kronisk smärta togs inte med i studien och en

	och Elliot Bells	psychosocial factors and pain in patients with Spinal Cord Injury and Stroke	skada och rehabilitering samt kontroll efter sex månader	eller ryggmärgsskada.	mera smärta och smärtstörning efter sex månader. De personer som trodde på att man får hjälp av medicin hade mindre smärta och smärtstörningar efter sex månader.	del av deltagarna hade ingen smärta.
2014	Elisabeth Flo, Christine Gulla, Bettina S. Husebo	Effective Pain Management in Patients with Dementia: Benefits Beyond Pain	Att presentera likheter och samverkan mellan smärta och neuropsykiatriska symtom. Beskriva användning av lämpliga smärtskattningsmätare för att utföra differentialdiagnostik. Beskriva lämplig smärtbehandling vid patienter med minnesjukdom.	En narrativ litteraturstudie	Det finns överlappning mellan symtom av smärta och neuropsykiatriska symtom. Differentdiagnos är därför utmanande. Vårdpersonal skall vara medvetna om överlappning av symtom mellan smärta och minnesjukdom. Öppenhet för användning av lämpliga mätare är nödvändig för att kunna skatta och vårda patientens smärta.	Forskningar med varierande metoder hade forskats. Det behövs mera forskning kring ämnet.
2017 Japan	Takeshi Suzuki	Does the combination use of two pain assessment tools have a synergistic effect?	Att beskriva hur viktigt det är att skatta smärta av patienter med sänkt medvetandegrad med hjälp av CPOT och BPS, samt beskriva utmaningar kring det. Utföra jämförelser mellan BPS och CPOT samt granska hur de fungerar ensamma och tillsammans för att skatta smärta.	En narrativ litteraturstudie	Användning av lämplig smärtskattningsskala är centralt i smärtvård hos patienten med sänkt medvetandegrad. Smärtskattning med CPOT och BPS tillsammans kan ge mera exakta värdena av patientens smärta.	Det behövs mera forskning kring ämnet.

Bilaga 2 / Tabell: Artikelöversikt.



KIPU - mittari

KIPU –mittari löytyy

- Hoitotaulukosta mm. Steppi -välilehdeltä
- Hoitopäivän mittareista
- Mobiilista

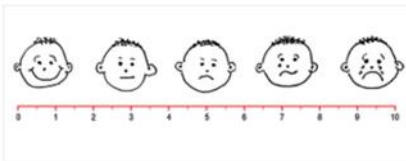
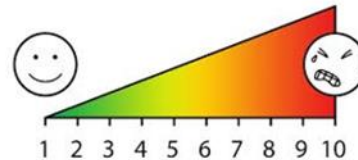
Kenelle KIPU mittaria käytetään

- **Jokainen vuodeosaston potilas** vähintään 1x/työvuoro (aamu, ilta, yö) → kirjaa hoitotaulukkoon
- **Poliklinikalla** aina jokaisesta tmp-potilaasta → kirjaa hoitotaulukkoon

KIVUN ARVIOINTIIN VOIT KÄYTTÄÄ : NRS (0-10) -mittaria, VAS (kipujana), kasvoilme –mittaria tai sanallista mittaria. Lähes kaikkien mittarien tulos on muunnettavissa 0-10 asteikkoon.

Hyödynnä [Leikkauskivun hoito](#) – ja Miten arvioit kipuasi? –potilasohjetta (Steppi –sivulla)

- Kysy joka työvuorossa potilaan kipua levossa/liikkeessä mittarin avulla (myös kivun sijainti)
- Kirjaa arvio mobiililla, joka siirtyy hoitotaulukkoon
- Kysy potilaalta autoiko kivunhoito noin 30 min kivunhoidon jälkeen



0 =	Ei kipua
1 =	Tuskin huomaan kipua
2 =	Tunnen kivun, ei häiritse toimintaa
3 =	Kipu häiritsee satunnaisesti
4 =	Kipu häiritsee, voin kuitenkin tehdä normaaleja toimintoja
5 =	Kipu keskeyttää joitain toimintoja
6 =	Vaikea olla huomaamatta, välttelen tavallisia toimintoja
7 =	Huomio kivussa estää tekemästä päivittäisiä toimintoja
8 =	Kauheaa, hirveää, vaikea tehdä mitään
9 =	Ei kestä kipua, ei pysty tekemään mitään
10 =	Niin paha/sietämätön kuin vain voi olla. Kipu hallitsee täysin olemista/elämistä.

Kivun arviointi

- Arvioi kipua myös **tarkkailemalla potilasta** (mm. hengitys, verenpaine, pulssi, levottomuus).
- **Kehota potilasta** kertomaan heti kivusta ja mikäli kipu voimistuu.

Kivun hoitaminen

- **Kehota potilasta kertomaan** jos hänellä on jotain omia tapoja lievittää kipua.
- **Tavoitteena**, että potilaan kokema kipu olisi alle 3, jolloin kipu ei haittaa lukemista, nukkumista, syömistä, liikkumista, hengitystä tai yskimistä.
- **Hyvän kivunhoidon avulla** potilas pystyy syvempään ja tehokkaampaan hengittämiseen, jolloin koko elimistö voi paremmin saadessaan happea. Tehokas kivun lievitys helpottaa myös nukkumista.
- **Jos kipu on yli 3** → hoida kipua (lääkkeet tai lääkkeettömät menetelmät)
 - Lääkärin tulisi ottaa kantaa potilaan säännölliseen kipulääkitykseen
 - Käytä myös lääkkeettömiä menetelmiä
 - kylmähoito
 - tyynyt
 - asennon vaihtaminen
 - rentoutuminen esimerkiksi musiikkia kuuntelemalla tai TV:tä katselemalla.
- **Kerro myös häiritsevien** (pahoinvointi ja kutina) mahdollisuudesta kivunhoitoon liittyen. Muut häiritsevät oireet ovat harvinaisempia. Pyydä potilasta kertomaan niistä mahdollisimman pian, jotta ne voidaan ajoissa hoitaa.
- **Kehota potilasta rohkeasti keskustelemaan kivunhoidosta.**

Kivun kirjaaminen

- Kirjaa kivun arvio **mobiililla**, jolloin se siirtyy reaaliaikaisesti ja automaattisesti **hoitotaulukkoon**.
- Työvuoron päätteeksi (vuodeosastot) tee tarvittaessa **arvioiva kirjaaminen** kivusta ja sen hoidosta **hoitopäivään**, kuten esim.:
Aamupäivällä vatsa on ollut kipeä haavan kohdalta liikkeellä ollessa, asentohoito ja listalla olevat lääkkeet ovat helpottaneet kipua, nyt kivuton.

Lähteet:

1. Hotus (2013) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus. 19.3.2013. Hoitotyön tutkimussäätiö ry. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf
2. Hagelberg, Nora (2015) Kipuklinikan perehdytysopas. Toimenpide-, teho- ja kivunhoidon palvelualue. <<http://santra.vsshp.fi/yksikot/tyks-2013/toimenpide-ja-tehohoitoalvelut/perehdytys/Documents/KIPU%20-%20Akuutti%20KIPU/Kipuklinikan%20perehdytysopas%202015.pdf>>

Lupa Yrkeshögskola Novian opiskelijoille potilastietojen käsittelyyn

Tausta

Tyks Neurokeskus on yhdessä Yrkeshögskola Novian kanssa sopinut Fadderskola-Kummikoulu hankkeesta. Hankkeessa on haettu molemminpuolista etuutta. Ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- tai terveydenhoitajaopiskelijat perehdyttävät Neurokeskuksen henkilökuntaa ruotsin kieleen ja opiskelijat saavat etusijan Neurokeskuksen harjoittelupaikkoihin sisätauti- ja kirurgisen sairaanhoidon harjoittelujaksoilla, saavat osallistua Neurokeskuksen järjestämiin koulutuksiin sekä saavat aiheita ja ohjausta opinnäytetöihinsä. Opinnäytetyöt liitetään Neurokeskuksen potilaan hoidon kehittämisprojekteihin. Opinnäytetöiden ohjauksesta ja tuotoksesta vastaavat Neurokeskuksessa ylihoitaja Sari Johansson sekä klinisen hoitotyön asiantuntija Riitta Danielsson-Ojala. Ammattikorkeakoulun puolesta opinnäytetöistä vastaa lehtori Josephine Åberg.

Opinnäytetöiden aiheet

Neurokeskuksen hoitotyön laadun kehittämisen ja tietojohtamisen tarkoituksessa on käynnistetty kaksi toimialueen sisäistä kehittämistehtävää, joiden käytännön toteutukseen osallistuvat ammattikorkeakoulun opiskelijat. Kehittämistehtävät toteutetaan keväällä 2021.

Neurokeskuksessa on 2020 otettu käyttöön potilaiden tarkkailussa aikaisen varoituksen järjestelmä (NEWS). Järjestelmän implementointi on jo suoritettu ja seuraavaksi Neurokeskuksessa tehdään implementoinnin arviointi osana toiminnan kehittämistä. Implementoinnin arvioinnin käytännön toteutus annetaan ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tehtäväksi. Opiskelijat perehtyvät 30 potilaan NEWS arvojen kirjauksiin ja tarkastelevat hoitotoimenpiteitä, joihin arvot ovat antaneet aiheita. Opiskelijat suorittavat asiakirja-analyysin niiltä potilailta, jotka sinä päivänä ovat hoidettavana AVH valvonnassa. He tulevat sairaalaan niin monena päivänä, jotta 30 potilaan aineisto on käsitelty, ellei aineisto saturoidu jo sitä ennen.

Neurokeskuksessa on otettu kehittämiskohteeksi 2020-2021 kivun systemaattinen kirjaaminen. Ammattikorkeakoulun toiselle opiskelijaryhmälle annetaan tehtäväksi perehtyminen neurokirurgian osaston kivun kirjauksiin. Erityishuomiota tulee kiinnittää potilaan kivun numeeriseen kirjaukseen ja siitä seuraavien hoitotoimenpiteiden kirjauksiin. Opiskelijat suorittavat asiakirja-analyysin samoin kuin NEWS ryhmä.

Asiakirja-analyysin pohjalta opiskelijat raportoivat kehittämistehtävien tulokset loppuraporttina, joka toimii myös opiskelijoiden opinnäytetyönä. Opiskelijat käsittelevät potilastietoja yksinomaan Neurokeskuksen toiminnan laadun kehittämisen tarkoituksessa, eivätkä tallenna potilaista henkilötietoja tai muita tunnistellisia tietoja muuhun tarkoitukseen. Opiskelijat suorittavat asiakirja-analyysin sairaalan tiloissa ja valvonnassa, mutta eivät osastojen potilashoidon tiloissa. Opiskelijat allekirjoittavat tietosuojasitoumuksen.

Lupa käsitellä potilastietoja kehittämistehtävän suorittamiseksi

Lain sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) perusteella Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toiminnassa voidaan käsitellä potilastietoja tietojohtamisen tarkoituksessa

salassapitovelvoitteiden estämättä lain 41 § nojalla, jos se on välttämätöntä sairaanhoitopiirin vastuulla toteutettavan palvelutoiminnan tuottamista, seuranta, arviointia, suunnittelua, kehittämistä, johtamista ja valvontaa varten. Tunnisteellisten potilastietojen käsittely tietojohdamisen tarkoituksessa edellyttää Tyksin toimialueen hyväksyntää.

Annan luvan Yrkehögskolan Novian sairaanhoitajaopiskelijoille Katja Boström, Ida Jakobsson, Sandra Karlsson, Bettina Paananen, Ella Holm ja Maria Wallin perehtyä 30 potilaan asiakirjoihin toteuttaessaan Tyks Neurokeskuksen kehittämistehtäviä ja kirjoittaa tekemästään työstä loppuraportti opinnäytetyönä. Loppuraportteja käytetään Neurokeskuksessa hoitotyön kehittämiseen.

Turussa 17/3/2021



Sari Johansson

ylivohtaja, Tyks Neurokeskus



Jaakko Rinne

toimialajohtaja, Tyks Neurokeskus

1. Patienter blir numrerade
2. Hur många gånger utvärderas smärta med olika smärtskalor under ett dygn?
(vårdtabellen)
 - 1) Antal gånger i siffror
 - 2) Ifall det inte utvärderats skrivs bokstaven n
3. Hur många gånger smärta skattats i dagligt vårdarbete?
 - 1) Antal gånger i siffror
4. Eventuell dubbeldokumentation
 - 1) Antal gånger i siffror
5. Vilken smärtskattningsskala användes?
 - 1) NRS
 - 2) VAS
 - 3) VRS
 - 4) CPOT
 - 5) PAINAD
 - 6) Fram går inte
6. Fyll i ifall andra skalor använts under samma dag
 - 1) NRS
 - 2) VAS
 - 3) VRS
 - 4) CPOT

5) PAINAD

7. Fick patienten smärtlindring vid behov?

1) Ja

2) Nej

3) Patienten vägrar smärtlindring

8. Ifall patienten fick smärtlindring vad var smärtan före?

1) Numeriskt svar

9. Vilken värkmedicin fick patienten vid behov som smärtlindring?

1) NSAID

2) Paracetamol

3) Opioid

4) Övrigt

10. Vilken icke-medicinsk behandlingsmetod användes?

1) Värmebehandling

2) Kylbehandling

3) TENS

4) Lägesförändring

5) Andningsövningar

6) Övrigt

11. Andra metoder som användes?

12. Har vårdare utvärderat effekten av smärtlindringen (INOM 1H)

1) Ja

2) Nej

13. Vilken skala användes?

1) NRS

2) VAS

3) VRS

4) CPOT

5) PAINAD

14. Vad var smärtan vid utvärderingen?

1) Smärta i siffror