

Opinnäytetyö

Terveysala YAMK

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

YTEEDK14

Jenna Pukkila

# LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO NÄYTTÖÖN PERUSTUVAKSI



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenna Pukkila

## LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO NÄYTTÖÖN PERUSTUVAKSI

Leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumista voidaan ehkäistä tehokkaalla kivunhoidolla heti leikkauksen jälkeen. Hoitotyön tutkimussäätiö antoi vuonna 2013 suosituksen aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä, jonka tarkoitus on edistää kivunhoidon oikea-aikaista ja potilaslähtöistä hoitotyötä sekä auttaa sairaanhoitajia kivun hoitotyön päätöksenteossa. Hoitosuosituksot eivät kuitenkaan itsestään muutu hoitokäytännöiksi, vaan suosituksen käyttöönottoon on annettava riittävästi resursseja.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli käyttöönottaa aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus moniosaisia käyttöönotto menetelmiä hyödyntäen Porin Lääkäritalon sairaalassa sekä kouluttaa henkilökuntaa kivunhoidon osalta. Tarkoituksena oli yhtenäistää osaston käytäntöjä leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa sekä tuoda tehokkuutta kivunhoitoon ja näin parantaa myös asiakastytyväisyyttä. Kehittämisprojekti oli osa Porin Lääkäritalon jatkuvaa laadun hallintaa ja se toteutettiin talon omien laadunhallintaperiaatteiden mukaisesti yhteistyössä sairaalan henkilökunnan kanssa.

Kehittämisprojekti sisälsi tutkimuksellisen osuuden, joka toteutettiin ryhmäteemahaastattelujen avulla (N = 4). Tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten hoitotyön suosituksen käyttöönotto onnistui ja miten kivunhoidon koulutusta tulisi jatkossa järjestää. Tarkoituksena oli ryhmähaastattelusta saatujen vastausten avulla varmistaa hoitosuosituksen käyttöönotto projektin toteutumiseksi ja löytää keinot, joilla ylläpidetään hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidosta jatkossa. Haastattelut nauhoitettiin, kuunneltiin ja litteroitiin sekä analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin menetelmin.

Hoitotyön käyttöönotto sujui ongelmitta, mutta kivunhoidon kehittämisen toivotaan jatkuvan projektin jälkeenkin tehokkaasti yhteistyössä. Hoitajat toivoivat, että kivunhoidon koulutusta olisi jatkossa vähintään kerran vuodessa tai aina uuden tiedon ilmetessä. Kehittämisprojektin avulla varmistettiin sairaalan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon näyttöön perustuva ja tuotettiin yksikön sisäinen ohjeistus kivunhoidon toteuttamiseen.

ASIASANAT: leikkauksen jälkeinen kipu, kivunhoito, näyttöön perustuva hoitotyö, hoitotyön suositus, käyttöönotto

Jenna Pukkila

## EVIDENCE-BASED POSTOPERATIVE PAIN CARE

Intense postoperative pain may lead to long-term pain. Effective postoperative pain management can prevent chronic pain. The Finnish Nursing Research Foundation published a new clinical practice guideline in 2013: Nursing care of short-term pain in adult patients after a surgical procedure. Implementing a new guideline to practice is not so simple. Multiple methods such as getting nurses involved, committing managers, enough time to education and reminders of guideline are necessary for implementing a new guideline to practice.

The aim of this development project was to implement the clinical practice guideline to Porin Lääkäritalo hospital by using multiple methods and teach nurses about postoperative pain care. The purpose was to unify practice, bring effectiveness to postoperative pain care and consequently improve customer satisfaction. This development project was part of Porin Lääkäritalo's continuous quality improvement and it was implemented by using the organization's own quality management principles together with the staff.

There was a study as a part of this project. Focus Group Interviews (N = 4) were from January to February and results were analysed by content analysis in March. The aim of the study was to evaluate the success of the implementation and to know what kind of education about postoperative pain care is needed. The purpose was to ensure the successful completion of the implementation and find the ways to maintain the quality of postoperative pain care after this project.

The implementation was a success without problems. The nurses hoped that development of the postoperative pain care will continue after the project. They wished that there will be some education about pain care once a year or when needed. The evidence-based postoperative pain care was ensured with this development project. As a final product of the project, a simple local practice guideline was created.

**KEYWORDS:** postoperative pain, pain care, evidence-based, nursing guideline, implementation

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>2</b>
2.1 Kehittämistarve	2
2.2 Kohdeorganisaatio Porin Lääkäritalon sairaala	3
2.3 Kehittämiprojektin projektiorganisaatio	4
2.4 Kivunhoidon lähtökohdat kohdeorganisaatiossa	4
<b>3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KIVUNHOITO</b>	<b>6</b>
3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö	6
3.2 Hoitotyön suositusten käyttöönotto	7
3.3 Tutkimusklubitoiminta	9
<b>4 LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIPU</b>	<b>10</b>
4.1 Akuutti ja krooninen kipu	10
4.2 Leikkauksen jälkeisen kivun ilmeneminen	12
4.3 Leikkauksen jälkeisen kivun mittaaminen ja arviointi	13
<b>5 LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN LÄÄKEHOITO</b>	<b>14</b>
5.1 Kivun lääkehoidon toteuttaminen	14
5.2 Kipulääkkeet	15
5.3 Puudutteet	15
5.4 Lääkkeiden haittavaikutukset	17
<b>6 HOITOTYÖN KEINOT LEIKKAUKSEN JÄLKEISESSÄ KIVUNHOIDOSSA</b>	<b>18</b>
6.1 Potilaan ohjaus	18
6.2 Psykkinen kivunhoito	19
6.3 Fysikaalinen kivunhoito	20
6.4 Kivunhoidon kirjaaminen	22
<b>7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS</b>	<b>22</b>
7.1 Kehittämiprojektin idea- ja esiselvitysvaihe	22
7.2 Riskianalyysi	24
7.3 Kehittämiprojektin suunnitelma- ja toteutusvaihe	25
7.3.1 Koulutustilaisuuksien toteutus	29

<b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSA</b>	<b>32</b>
8.1 Tavoite ja tarkoitus	32
8.2 Tutkimusmenetelmä	32
8.3 Haastateltavat ja aineiston keruu	34
8.4 Aineiston analyysi	34
8.5 Tutkimuksellisen osuuden luotettavuus ja eettisyys	35
<b>9 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TULOKSET</b>	<b>38</b>
9.1 Hoitotyön suosituksen käyttöönoton sujuminen	38
9.2 Kivunhoitotyön koulutuksen järjestäminen ja laadun ylläpitäminen	41
<b>10 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUMINEN</b>	<b>42</b>
<b>11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>44</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>46</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Ryhmäteemahaastattelun runko

Liite 2. Aineiston analysoinnin tukena käytetty taulukko

Liite 3. Tutkimustiedote

Liite 4. Haastattelun saatekirje ja tietoinen suostumus -lomake

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen	23
Kuvio 2. Käytetyt käyttöönoton menetelmät	26
Kuvio 3. Koulutustilaisuuksien toteutus	30

# 1 JOHDANTO

Leikkauksen jälkeinen kipu on akuuttia kipua, jonka hoitamatta jättäminen tai huonosti hoitaminen hidastaa vauriosta toipumista, aiheuttaa tarpeetonta psyykkistä kuormitusta ja lisää kivun kroonistumisen riskiä (Lempinen ym. 2011, 167-172; Pöyhiä 2014, 145). Kivun tehokas ja asianmukainen hoito puolestaan parantaa potilastyytyväisyyttä sekä säästää aikaa ja rahaa hoitoaikojen lyhentyessä sekä lisäävun ja jatkohoidon tarpeen vähentyessä (Lewandwska, Filip & Mucha 2013, 48-51).

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa parhaan mahdollisen saatavilla olevan tiedon hyödyntämistä käytännön hoitotyössä (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 3-16). Erilaisia hoitosuosituksia laaditaan näyttöön perustuvan toiminnan tueksi, mutta nämä suositukset eivät itsestään muutu hoitokäytännöiksi. Hoitosuosituksen käyttöönoton menetelmiä on tutkittu, mutta mikään yksittäinen menetelmä ei ole osoittautunut selkeästi muita paremmaksi. Riittävät resurssit ja moniosaiset menetelmät hoitosuosituksen käyttöönotossa vaikuttavat tehokkaimmilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 28; Sipilä & Lommi 2014, 832.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli käyttöönottaa aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013) moniosaisia käyttöönottomenetelmiä hyödyntäen Porin Lääkäritalon sairaalassa sekä kouluttaa henkilökuntaa kivunhoidon osalta. Tarkoituksena oli yhtenäistää osaston käytäntöjä leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa sekä tuoda tehokkuutta kivunhoitoon ja näin parantaa myös asiakastyytyväisyyttä. Kehittämisprojekti oli osa Porin Lääkäritalon jatkuvaa laadun hallintaa ja se toteutettiin talon omien laadunhallintaperiaatteiden mukaisesti yhteistyössä sairaalan henkilökunnan kanssa.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kehittämistarve

Kivunhoidon kehittämisehdotus tuli sairaalan hoitohenkilökunnalta. Henkilökunta oli huolissaan leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumisen mahdollisuudesta. Krooninen kipu aiheuttaa potilaalle kärsimystä heikentämällä toimintakykyä ja elämänlaatua sekä rajoittamalla työkykyä. Krooninen kipu aiheuttaa myös yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia ja lisää terveyspalvelujen käyttöä. (Hagelberg & Haanpää 2015, 249.)

Leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumisen ehkäisyssä ensisijaisen tärkeää on akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoito (Meretoja 2014, 23; Hagelberg & Haanpää 2015, 249; Tiippana 2015, 48). Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus julkaistiin vuonna 2013. Tehdyn kirjallisuuskatsauksen avulla todettiin, että hoitosuositukseen oli kerätty ajankohtainen tieto leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta, joten tämän hoitosuosituksen avulla oli mahdollisuus varmistaa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutuminen.

Lisäksi henkilökunta koki, että kivunhoidon koulutusta ja mahdollisuuksia kivunhoidon toteuttamiseen tulisi tarjota hoitohenkilökunnan käyttöön nykyistä enemmän. Tämän kehittämisprojektin avulla pyrittiin vastaamaan tähän hoitotyön tarpeeseen. Aihe on ajankohtainen jatkuvasti lyhentyvien hoitoaikojen vuoksi. Päiväkirurgian lisääntyessä kipu on yhä merkittävämpi kotiutumista hidastava tekijä (Hamunen & Kalso 2009, 289).

## 2.2 Kohdeorganisaatio Porin Lääkäritalon sairaala

Kohdeorganisaationa toimiva Porin Lääkäritalon sairaala on osa Lääkäritalon operatiivista tulosaluetta. Porin Lääkäritalo on itsenäinen yksityinen lääkärikeskus, jossa vastaanottoaan pitää yli 160 asiantuntijaa (Porin Lääkäritalo 2014.) Vuonna 2013 sairaalassa leikattiin noin 1200 potilasta, joista 80 % oli aikuisia. Suurin osa aikuisten leikkauksista oli ortopedisia. Sairaalassa hoitohenkilökuntaa on 10 henkilöä, 5 hoitajaa leikkaussalityössä ja 5 hoitajaa heräämö- ja vuodeosastotyössä. Vakituisten henkilökunnan lisäksi sairaalassa työskentelee väliaikaisia työntekijöitä tarpeen vaatiessa. Kohdeorganisaation kaikki lääkärit toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina, eivätkä he ole kohdeorganisaation varsinaista henkilökuntaa. (Suuriniemi 2014.)

Porin Lääkäritalon toimintaa ohjaa ISO 9001:2008 ja ISO 14001:2004 standardien mukainen laatujärjestelmä. Laatujärjestelmän mukainen jatkuva laadunvalvonta ja vuosittain toteutettavat ulkoiset auditoinnit kattavat koko toiminnan ja takaavat asiakkaille sopimuksen mukaisen palvelun vankalla ammattitaidolla. Palvelun ja toiminnan laatua osoittavia mittareita, joilla seurataan ja ohjataan laatutavoitteiden toteutumista, on määritelty yksiköittäin. (Rintala 2014.)

Toimintaa ohjaavat arvot ovat tärkeä osa laatujärjestelmää. Näiden arvojen mukaan jokainen ammattilainen tekee työtään (Rintala 2014). Porin Lääkäritalon arvoihin kuuluva asiakaskeskeisyys tarkoittaa asiakkaiden kunnioitusta ja kuuntelemista sekä yhdessä asiakkaan kanssa löydettäviä yksilöllisiä ratkaisuja. Osaava ja asiantunteva palveluyritys pitää huolen ammattitaidostaan ja henkilöstön hyvinvoinnista tarjoten asiakkaalle ehdottomasti luotettavan ja vaitiolovelvollisuutta noudattavan hoidon. Kehittyvä Lääkäritalo jakaa tietoa työyhteisössä ja on valmis kehittämään osaamistaan tarpeen ja asiakaspalautteen pohjalta. Lääkäritalon toiminnan viimeinen, muttei



vähäisin arvo on taloudellinen kannattavuus. Yksityisen palveluntarjoajan tulevaisuuden kannalta kannattavuus on perusedellytys, joka mahdollistaa toiminnan kehittämisen asiakkaiden parhaaksi. (Porin Lääkäritalo 2014.)

### 2.3 Kehittämiprojektin projektiorganisaatio

Projektiorganisaatio koostui ohjausryhmästä ja projektiryhmästä. Ohjausryhmään kuuluivat tätä opinnäytetyötä tekevän projektipäällikön lisäksi ohjaava opettaja Turun ammattikorkeakoulusta sekä kehittämispäällikkö ja toimialajohtaja Porin Lääkäritalosta. Projektiryhmään kuuluivat projektipäällikkö, kohdeorganisaatiossa työskentelevä anestesialääkäri, yksikön johtaja ja kohdeorganisaation sairaanhoitaja. Projektiorganisaation ryhmät toimivat yhteistyössä ja sopivat palaverieja projektin etenemisen tai muun tarpeen mukaan. Projektiorganisaation yhteydenpito tapahtui sähköpostitse tai kasvotusten työn ohessa. Koska projektiorganisaation kaikki muut henkilöt, ohjaavaa opettajaa lukuun ottamatta, työskentelevät samassa pienessä organisaatiossa, yhteydenpito sujui vaivattomasti. Projektipäällikkö piti ohjaavaan opettajaan yhteyttä säännöllisesti sähköpostilla, puhelimitse tai tapaamalla henkilökohtaisesti.

### 2.4 Kivunhoidon lähtökohdat kohdeorganisaatiossa

Ennen projektin varsinaista alkua heräämö- ja osastotyössä toimiva sairaanhoitaja selvitti kivunhoidon käytäntöjä sairaalan vuodeosastolla ja heräämössä, jotta saatiin selville lähtötilanne. Leikkauksen jälkeen potilaan kipua seurattiin verenpaineen, pulssin ja saturaation arvioinnilla sekä kysymällä potilaan vointia säännöllisesti. Kipumittareita oli käytössä, mutta niiden käyttö oli satunnaista. Useimmiten kipua kysyttiin numeerisesti. Potilaan vointia seurattiin

myös silmämääräisesti havainnoiden potilaan käyttäytymistä ja liikkumista. Kivun seuranta ja -hoito kirjattiin potilasasiakirjoihin. (Koivumäki 2014.)

Kipulääkkeitä annettiin anestesia­lääkärin ohjeiden mukaan tarvittaessa. Tiettyjen leikkausten jälkeen kipulääkettä annettiin jo ennalta ehkäisevästi heti leikkauksen jälkeen tai jo ennen leikkausta. Leikkauksen yhteydessä voitiin potilaalle laittaa erilaisia puudutteita ehkäisemään kipua leikkauksen jälkeen. (Koivumäki 2014.)

Kipulääkkeiden lisäksi kipua hoidettiin hoitotyön keinoin eli asentohoidoin, kylmäpussein, lämpöpeittojen ja tukivälineiden avulla sekä ohjaamalla potilasta mahdollisimman hyvin. Hoitajat ohjasivat potilaita liikkumiseen ja muuhun toimintaan leikkauksen jälkeen. Esimerkiksi raajojen leikkausten jälkeen kohoasentoa suositeltiin myös kotona toteutettavaksi. Fysioterapeutit kävivät tapaamassa potilaita suurten ortopedisten leikkausten jälkeen heti heräämössä ja ohjasivat osaltaan oikeanlaista liikkumista ja kuntoutumista. Kaikille päiväkirurgisille potilaille tarjottiin leikkauksen jälkeistä kotisoittoa. Sairaanhoidaja soitti kotisoiton seuraavana arkipäivänä ja kysyi vointia sekä mahdollista kipua ja sen kanssa selviytymistä. (Koivumäki 2014.)

Heräämön hoitohenkilökunta toivoi kivun lääkehoitoon nykyistä enemmän yksilöllisyyttä sekä tietoa näyttöön perustuvista lääkehoidon ratkaisuista. Potilaille, jotka kokevat kipua leikkauksen jälkeen, olisi hyvä soittaa kotiin ehkä toisenkin kerran kotiutumisen jälkeen. Hoitotyön kivunhoitokeinoja sairaanhoitajat hallitsevat hyvin, mutta kertaus, keskustelu ja muistuttaminen ei niistäkään ole pahaksi. Kirjaamista olisi aina mahdollista parantaa. (Koivumäki 2014.)

## 3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KIVUNHOITO

### 3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää terveydenhuollon olevan laadukasta sekä kunnioittavan potilasta ja hänen mielipiteitään ja yksilöllisyyttään. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) puolestaan edellyttää toiminnan perustuvan tutkittuun tietoon eli näyttöön. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa hoitotyötä, joka perustuu parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan tietoon. Paras mahdollinen näyttö löytyy järjestelmällisistä tutkimuskatsauksista, jotka on luotettaviksi arvioitu. Järjestelmällisten katsausten puuttuessa näyttö voi olla myös muuta tutkimustietoa, asiantuntijoiden lausuntoihin perustuvaa tai organisaation omaan seurantaan pohjautuvaa tietoa. Nykyaikana yhteiskunta ja potilaat osaavat vaatia terveydenhuollolta aiempaa enemmän. Asiakkaiden voidessa valita hoitopaikkansa näyttöön perustuvuus ja laatu ovat parhaat kriteerit saada tyytyväisiä asiakkaita. (Terveydenhuoltolaki 2010; Holopainen ym. 2013, 3-16.)

Hoitosuositukset ovat systemaattisesti laadittuja kannanottoja, joiden on tarkoitus tukea hoitotyöntekijöitä ammatillisessa päätöksen teossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 28-32). Kivun lievitys on potilaan perusoikeus ja sen toteuttamiseen on tehty useita hoitosuosituksia maailmalla. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito suositellaan aloitettavaksi jo heti ensi tapaamisella potilaan kanssa. Potilaan tilanteen arviointi ja asiallisen tiedon antaminen mahdollisesta kivusta ovat tärkeitä jo ennen leikkausta. (Savoia ym. 2010, 657-667; Salanterä ym. 2013, 12-14.)

Hoitotyön tutkimussäätiö antoi vuoden 2013 alussa uuden hoitotyön suosituksen aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä. Suosituksen tavoitteena on näyttöön perustuvan

tutkimustiedon avulla edistää lyhytkestoisen kivun hoitotyön toteutumista sekä tukea sairaanhoitajien päätöksentekoa ja yhtenäistää kivunhoidon käytäntöjä. Suosituksen tekemiseen on osallistunut asiantuntijatyöryhmä, joka on koonnut ja arvioinut aiheeseen liittyvät tutkimukset järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen ja määritellyt niiden pohjalta hoitotyön suosituksen. (Salanterä ym. 2013, 3-4.)

Hoitotyön suosituksessa aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoidosta mainitaan kahdeksan kohtaa, jotka vaikuttavat leikkauksen jälkeisen kivun kokemiseen ja siitä selviytymiseen. Näitä asioita ovat potilaan ohjaus, kivun tunnistaminen ja arviointi, lääkeshoidon toteutus ja muiden kivunhoitomenetelmien käyttö, voiminnan seuranta kivunhoidon aikana sekä kivun hoitotyön kirjaaminen ja laadun varmistaminen. (Salanterä ym. 2013, 12-27.)

Käypä hoito -suositukset ovat helppokäyttöinen ja luotettava lähde hoitosuositusten etsimiseen. Valitettavasti leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon ei ole tehty käypä hoito -suositusta, eikä myöskään vuonna 2014 valmistunut käypä hoito -suositus leikkaukseen valmistautumisesta ota kantaa kivunhoitoon. Tulehduskipulääkkeiden käytöstä annettu käypä hoito -suositus sen sijaan on myös postoperatiivisessa kivunhoidossa hyvä apuväline (Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito -suositus 2009).

### 3.2 Hoitotyön suositusten käyttöönotto

Implementointi on yksi keino uusien hoitosuositusten käyttöönottoon. Implementointi -käsitteelle ei ole vakiintunut vain yhtä suomenkielistä termiä, vaan siitä on käytetty termejä juurrutus, jalkauttaminen, toimeenpano ja käyttöönotto. (Sipilä & Lommi 2014, 832.) Tässä projektissa käytetään termiä

käyttöönotto. Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto tuo hoitotyöhön ammattitaitoa, potilasturvallisuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Käyttöönottoa on pyritty helpottamaan erilaisilla malleilla, sillä pelkkä tutkimustieto ei itsestään siirry suoraan hoitotyöhön. (Burns & Grove 2009, 632-639.)

Suosituksen käyttöönotolle voi olla useita esteitä. Esteet voivat olla joko yksilön omiin ajatuksiin liittyviä, sosiaaliseen paineeseen liittyviä, resurssipulaa, taitojen puutetta tai organisaation tuen puutetta. Organisaation tuki ja riittävästi aikaa käyttöönoton toteutukseen ovat ehkä merkittävimmät käyttöönottoa edistävät tekijät. Hoitosuosituksen käyttöönottoon on olemassa lukuisia eri menetelmiä. (Sipilä & Lommi 2014, 833.) Francke, Smit, de Veer ja Mistiaen (2008) kokosivat yhteen käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä ja tutkimustietoa aiheesta systemaattisen katsauksen avulla. Moniosaiset menetelmät vaikuttavat tehokkaammilta kuin yksittäiset käyttöönottokeinot. Suositusten tulisi olla helppoja ymmärtää ja toteuttaa, eikä niiden käyttöönotto saisi vaatia uusien taitojen opettelua. Olisi hyvä, jos työntekijät itse olisivat kehittämässä ja suunnittelemassa uuden suosituksen käyttöönottoa. (Francke, Smit, de Veer & Mistiaen 2008; Bahtsevani, Willman, Stoltz & Östman 2010, 514-521.)

Hoitosuosituksen julkaiseminen tai jakaminen on helppo ja yleinen tapa tuoda hoitosuosituksia käytännön työhön, mutta sen vaikutus yksinään on hyvin pieni. Toinen keino ovat erilaiset koulutustilaisuudet, joiden vaikutus kasvaa osallistujamäärän kattavuuden mukaan. Vaihtelevia tuloksia on saatu erilaisten muistutteen ja paikallisen mielipidevaikuttajan avulla. Mielipidevaikuttaja on miellyttävä henkilö, joka ansaitsee asemansa osoittamalla taitonsa sekä sosiaalisilla kyvyillään. Auditoinnilla ja vierikoulutuksella on myös saatu vaihtelevia, mutta keskimäärin pieniä tuloksia käyttöönoton toteutumiseen. (Sipilä & Lommi 2014, 834-835.)

Hoitotyön suositusten käyttöönotto edellyttää koko organisaation sitoutumista näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumiseen. Johdon on luotava riittävät resurssit toiminnan mahdollistamiseksi ja hoitohenkilökunnan on sitouduttava oman työnsä kehittämiseen. (Bahtsevani ym. 2010, 514-521; Hauck, Winsett & Kiric 2013, 664-74.) Henkilökunnan työnjakoa ja rooleja muuttamalla voidaan myös vaikuttaa hoitosuositusten toteuttamiseen (Sipilä & Lommi 2014, 835).

Itävällässä tutkittiin näyttöön perustuvan lääketieteen toteutumista ja toteutumista estäviä tekijöitä yleislääketieteen harjoittelijoiden osalta. Näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista heikentävät tekijät voidaan jakaa kolmeen ryhmään, joita ovat tiedot ja taidot, asenne ja ulkoiset tekijät. Kiireeseen liittyvät syyt ovat yleisimpiä esteitä näyttöön perustuvalla toiminnalla. Ohjaajan asenne vaikutti siihen, miten harjoittelija asennoitui näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseen. (Zwolsman, van Dijk, Te Pas & Wieringa-de Waard 2013, 4-13.)

### 3.3 Tutkimusklubitoiminta

Tutkimusklubitoiminta on yksi näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisen menetelmistä. Tutkimusklubi tarkoittaa tilaisuutta, jossa ryhmä käytännön työn tekijöitä kokoontuu yhteen keskustelemaan ennalta sovitun tutkimusartikkelin tuloksista ja niiden toteuttamisesta käytännössä. Tutkimusklubitoiminta on lähtöisin lääketieteestä. Tutkimuksia tehdään paljon vuosittain, mutta niihin tutustuminen ei välttämättä ole aina mahdollista. Tutkimusten esittelytilaisuuksissa ei välttämättä uskalleta sanoa mielipiteitä ääneen ja tutkimusten kriittinen tarkastelu tapahtuu muualla kuin esitystilanteessa. Tutkimusklubeissa tarkoitus on nimenomaan esittää mielipiteitään ja mahdollisesti kritisoida tutkimuksen todenmukaisuutta sekä pohtia, miten tätä tutkimustietoa voidaan hyödyntää käytännössä. (Stallings, Borja-Hart, Fass 2011, 14-15; Mattila, Melender & Häggman-Laitila 2014, 23-35.)

Tutkimusklubin järjestäminen vaatii suunnittelua. Oikean ajan ja paikan valinta on tärkeää, jotta mahdollisimman moni pystyy osallistumaan ja tilaisuus on mielekäs kaikille. Aiheen tulee olla kaikkia osapuolia kiinnostava, eikä vain johtoportaan määrättävä. Tilaisuudesta on mahdollista luoda omanlaisensa, mutta peruseriaatteena on, että yksi osallistujista esittelee aluksi tutkimusartikkelin, johon mahdollisesti muutkin ovat etukäteen tutustuneet ja sen jälkeen artikkelin sisällöstä keskustellaan avoimesti. Tutkimusklubin vetäjä voi pohtia yhdessä osallistujien kanssa monia käytännön järjestelyjä. Parhaimmillaan tutkimusklubi on räätälöity kohderyhmän tarpeiden ja toiveiden mukaiseksi ja sen avulla saadaan kehitettyä näyttöön perustuvaa toimintaa kohdeorganisaatiossa. (Steele-Moses 2009, 109-112; Meriö 2010, 29-31.)

## **4 LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIPU**

### **4.1 Akuutti ja krooninen kipu**

Kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaaurio tai jota kuvataan kudosaaurion käsittein (IASP, International Association for the Study of Pain). Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen kipu on akuuttia kipua, jonka leikkauksessa aikaansaatu kudosaaurio aiheuttaa välittömästi tai välillisesti (Hamunen & Kalso 2009, 280). Erityisesti päiväkirurgisen potilaan kohdalla leikkauksen jälkeinen kipu vaikuttaa merkittävästi potilaan kotiutumiseen. Noin viidellä prosentilla päiväkirurgisista potilaista esiintyy voimakasta kipua 24 tunnin sisällä leikkauksesta. Kipu aiheuttaa myös pahoinvointia, joka hidastaa kotiutumista. (Hamunen & Kalso 2009, 289.)

Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuutta ja laatua voidaan ennustaa monista eri tekijöistä. Leikkaustyyppi ja sen aiheuttama kudosaivaurio ovat suurin vaikuttaja leikkauksen jälkeisen kivun kokemiseen. Esimerkiksi iho, luu, hermot ja kivekset ovat viiltokivulle herkkää kudosta, kun taas vatsakalvo, suoli ja virtsatiet kipuilevat pahemmin venytyksestä. Myös potilaan geneettiset tekijät, leikkaustekniikka (täyhystys vai avoleikkaus) sekä anestesia- ja kivunlääkitykset vaikuttavat leikkauksen jälkeisen kivun määrään ja laatuun. (Hamunen & Tiippana 2011, 14-17.) Leikkauskivun kroonistumisen riskiä voidaan myös ennustaa geneettisten tekijöiden avulla. Nuoruus, naissukupuoli sekä psykologiset ja psykososiaaliset tekijät lisäävät kivun kroonistumisen riskiä. (Meretoja 2014, 22-23; Hagelberg & Haanpää 2015, 250-253.)

Leikkauksen jälkeinen kipu voi muuttua myös krooniseksi eli pitkäaikaiseksi sen jatkuessa yli kolme kuukautta. Kroonistumisen ehkäisemiseksi ja tarpeettoman psyykkisen kuormituksen välttämiseksi akuutin kivun tehokas hoito on erittäin tärkeää. (Meretoja 2014, 22-23; Pöyhä 2014, 145.) Leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumista on tutkittu eri potilasryhmien sekä eri leikkausten kohdalla. Tutkimuksesta riippuen leikkauskivun on arvioitu kroonistuvan kahdella viidestä tai jopa useammalla potilaalla (Meretoja 2014, 22-23; Hagelberg & Haanpää 2015, 250). Muutamalle prosentille leikkauspotilaista jää erittäin voimakkaita ja merkittävästi elämänlaatua heikentäviä kroonisia kipuja leikkauksen jälkeen. Akuutin kivun voimakkuuden ja kivun kroonistumisen selkeä yhteys on tutkimuksissa osoitettu. (Hamunen & Kalso 2009, 290.)

Leikkaushaava on yksi kipua aiheuttava tekijä. Haavan paraneminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäinen on tulehdusvaihe. Tulehdusvaihe ei tarkoita, että haava olisi infektoitunut, mutta vaiheen reaktiot (punoitus, turvotus, kipu) ovat samankaltaisia kuin tulehduksen. Ilman infektiota haavan tulehdusvaihe menee ohi muutamassa vuorokaudessa. Tulehdusvaihetta seuraa korjausvaihe ja kypsymisvaihe, joiden aikana arpi



kypsyyp lopulliseen muotoonsa. Tähän saattaa kulua muutama vuosi. (Lagus, 2012, 29-32.)

#### 4.2 Leikkauksen jälkeisen kivun ilmeneminen

Potilas itse on paras arvioimaan omaa kipuaan ja hänen sanomaansa tulee kunnioittaa ja kuunnella (Salanterä ym. 2013, 5-6). Potilaan sukupuolen, iän, psykologisten tekijöiden sekä muiden tekijöiden vaikutusta leikkauksivun ilmenemiseen on tutkittu, mutta selkeää yhteyttä kivun voimakkuuden kokemiseen eri ryhmissä ei ole voitu osoittaa. Kuitenkin tiedetään monien eri seikkojen vaikuttavan potilaan kokemaan kipuun ja sen hallintaan. (Hamunen & Tiippana 2011, 14-17.)

Vuonna 2014 Euroanestesia -kongressissa esitellyssä itävaltalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että naiset kipuilevat enemmän pienten diagnostisten toimenpiteiden jälkeen ja miehet suurten ortopedisten tai verisuonikirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Kipu on kuitenkin aina yksilöllistä ja yksilölliset erot kivun kokemisessa ovat merkittävimpiä. (Bornemann-Cimenti ym. 2014, 222.) Ennen leikkausta tulee arvioida leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon liittyen potilaan ikä ja sukupuoli sekä käytössä olevat kipulääkkeet ja psyykinen tila. Erityisesti opioideja käyttävien potilaiden kohdalla on tärkeää ottaa huomioon mahdollinen toleranssi leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. (Hamunen & Tiippana 2011, 14-17.)

Vanhusten on todettu tarvitsevan vähemmän opioideja leikkauksen jälkeen kuin nuorempien, mutta tämä voi johtua myös lisääntyneestä opioidiherkkyydestä eikä niinkään paremmasta kivun sietokyvystä. Naiset kokevat tutkimusten mukaan leikkauksen jälkeistä kipua enemmän kuin miehet, mutta lääkkeiden vaikutus kipuun vaihtelee. Lääkkeiden imeytymiseen vaikuttavat monet tekijät.

Esimerkiksi akuuttiin sairauteen liittyen hypotermia, hypovolemia ja hypotensio heikentävät lääkkeiden imeytymistä. (Hamunen & Kalso 2009, 279-280.)

#### 4.3 Leikkauksen jälkeisen kivun mittaaminen ja arviointi

Kivun hoidossa tärkeää on sen kirjaaminen ja seuranta. Kipumittarilla saatu arvo on todettu tehokkaammaksi tavaksi seurata kipua kuin pelkkä sanallinen arvio (Kontinen ym. 2012, 119). Hoitotyön suosituksen mukaan potilaan tulisi itse saada valita mittari, jolla kipua seurataan hoidon kaikissa vaiheissa. Kivun arviointi on tehtävä huolellisesti ja säännöllisesti. (Salanterä ym. 2013, 16-19.)

Erilaisia kipumittareita voidaan käyttää apuna kivun määrän mittaamisessa ja arvioimisessa. Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS (Visual Analogue Scale), joka on alunperin ollut 10 cm pitkä vaakasuora jana. Käytännössä mittarista on kehitetty erilaisia versioita, joiden periaate on kuitenkin sama. Potilas näyttää tai kertoo asteikolta kivun voimakkuuden. Nolla tarkoittaa ei yhtään kipua ja 10 pahinta mahdollista kipua. (Kalso & Kontinen 2009, 54-55.) Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tavoitteena on, että lepokivun voimakkuus on korkeintaan VAS 3. Lepokivun ollessa siedettävä potilas pystyy hengittämään syvään, liikkumaan sekä nukkumaan ja sivuvaikutusten tai komplikaatioiden riski ei ole kohtuuton. (Salomäki & Laurila 2014, 871.)

Muita kivun mittaamiseen validoituja mittareita ovat VRS (Verbal Rating Scale) eli sanallinen asteikko, NRS (Numeric Rating Scale) eli numeerinen asteikko ja FPS (Faces Pain Scale) eli kasvokuvin varustettu kipumittari. Valitusta mittarista riippumatta tärkeintä kivun mittaamisessa on, että kipua arvioidaan, sen laatu ja voimakkuus kirjataan ja hoidon vaikuttavuutta kipuun arvioidaan samalla asteikolla tai mittarilla. (Kontinen ym. 2012, 119; Salanterä ym. 2013, 16-19; Salomäki & Laurila 2014, 871.)

Pelkkään kipumittarilla saatuun arvoon ei pidä tukeutua, vaan kivun laatua ja paikkaa on kysyttävä potilaalta muillakin tavoin. Potilaan ilmeitä, eleitä, liikkeitä sekä fysiologisia suureita (verenpaine, pulssi, saturaatio) on seurattava ennen kipulääkkeen antamista ja sen arvioidun vaikutusajan alettua. Kipu on kirjattava aina, kun sitä on kysytty, tarkasteltu tai hoidettu. (Kontinen ym. 2012, 119; Salanterä ym. 2013, 16-19.) Useassa tutkimuksessa on tullut esille, että numeerisen arvon antaminen kivulle voi olla hankalaa. Erityisesti iäkkäät henkilöt saattavat kertoa numeerisen arvon, joka ei ole yhteneväinen sanallisen arvion kanssa. (van Dijk, Kappen, van Wijck, Kalkman & Schuurmans 2012, 3018-3024; Salanterä ym. 2013, 16-19.)

## 5 LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN LÄÄKEHOITO

### 5.1 Kivun lääkehoidon toteuttaminen

Lääkäri määrää lääkityksen ja vastaa aina lääkehoidosta, mutta sairaanhoitaja yleensä toteuttaa sen. Lääkehoidossa on oltava huolellinen ja myös hoitajan on tiedettävä, mitä lääkettä hän potilaalle antaa. Kipulääkitys tulee toteuttaa suunnitellusti ja yksilöllisesti. Kipulääkkeen tarve on tarkistettava potilaalta säännöllisesti ja kipu on myös hoidettava. (Salanterä ym. 2013, 20.)

Kipulääkkeet suositellaan annettavaksi suun kautta aina kun se on mahdollista (Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito -suositus 2009, Salanterä ym. 2013, 20). Iäkkäillä potilailla on todettu vähemmän äkillisiä sekavuustiloja ja enemmän tyytyväisyyttä kivunhoitoon suun kautta annettujen kipulääkkeiden jälkeen (Salanterä ym. 2013, 20). Suun kautta annettu kipulääke on yksinkertainen, turvallinen, edullinen ja potilaalle miellyttävien (Nurminen 2011, 21; Salanterä ym. 2013, 20).

## 5.2 Kipulääkkeet

Multimodaalinen kivunhoito tarkoittaa eri mekanismeilla vaikuttavien kipulääkkeiden yhdistelemistä niin, että niillä saavutetaan paras mahdollinen vaikutus. Pienten leikkausten jälkeisen kivunhoidon tavallisin tapa on annostella tulehduskipulääkkeitä ja paracetamolia säännöllisesti ja tarvittaessa antaa opioideja lisäksi. (Hamunen & Kalso 2009, 282-284.) Tulehduskipulääkkeitä käytettäessä on tärkeä muistaa, että niillä on kivunlievityksessä ilmeinen enimmäisvaikutus eli suuremmalla annoksella saadaan vain enemmän haittavaikutuksia aikaan. (Nurminen 2011, 290-291.) Opiaatit aiheuttavat potilaille usein pahoinvointia ja hengityslamaa, siksi niiden aloitus tulisi suorittaa valvotuissa oloissa (Nurminen 2011, 297-298). Useissa tutkimuksissa on todettu, että kipulääkettä ei ole annettu potilaalle, vaikka potilas on kokenut kipua. Kipulääkkeen antamista ei saa rajoittaa vain tiettyihin lääkkeiden jakoaikoihin, vaan sitä on annettava potilaalle aina tarvittaessa. (Salanterä ym. 2013, 20.)

Tiettyjä menetelmiä käyttäen potilaan on mahdollista myös itse annostella kipulääkettä tarpeen mukaan. Lindleyn, Pestanon ja Gargiulon (2009, 1370-1379) tutkimuksessa vertailtiin kahden potilaan itse annosteltavan kivunhoito-menetelmän tehoa ja käyttäjäystävällisyyttä. Hoitajille tehdyn kyselyn mukaan menetelmä, jossa ei tarvitse käyttää kajoavia menetelmiä kuten injektioita oli parempi. Hoitajien mukaan menetelmän käyttö on oltava mahdollisimman helppo potilaalle. (Lindley ym. 2009, 1370-1379.)

## 5.3 Puudutukset

Erilaisia puudutustekniikoita voidaan käyttää leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Haavan reunojen ja eri kudosterosten puuduttaminen

pitkävaikutteisella puudutteella leikkauksen lopussa on yksinkertaisin menetelmä. Perifeeristen hermojen johtopuudutus voidaan myös laittaa leikkauksen aikana hoitamaan leikkauksen jälkeistä kipua. (Hamunen & Kalso 2009, 288.)

Joidenkin leikkausten jälkeen on mahdollista asentaa leikkausalueelle katetri, jonka kautta kipupumpulla voidaan annostella laimeaa puudutetta suoraan kudosisvaurioalueelle ja näin helpottaa leikkauksen jälkeistä kipua ensimmäisten päivien ajan (Hamunen & Kalso 2009, 293). Halo-suosituksen mukaan haavan kestopuudutuksia ei tulisi käyttää säännönmukaisesti, mutta potilailla, joiden muut kivunhoitomenetelmät ovat rajallisia, kestopuudutuksia voidaan käyttää. Esimerkiksi olkapääleikatuilla potilailla kestopuudutuksista ei ollut merkittävää hyötyä verrattuna muihin kivunhoitomenetelmiin. (Fredrickson, Kirshnan & Chen 2010, 608-624; Lempinen ym. 2011, 167-172.) Teknisiä tai kajoavia kivunhoitomenetelmiä kuten PCA:ta (Patient Controlled Analgesia) tai epiduraalisia kestoinfuusioita käytettäessä tulee anestesiologin olla tavoitettavissa jatkuvasti (Hamunen & Kalso 2009, 293).

Epiduraalipuudutuksia voidaan käyttää leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon asettamalla epiduraalitilaan kivunhoitoa varten katetri, jonka kautta voidaan annostella puudutetta tai opiaattia tai näiden yhdistelmää. Epiduraalisen kivunhoidon haittavaikutuksina saattaa kuitenkin olla hypotensio ja liikkeelle lähdön hankaluus. (Salomäki & Laurila 2014, 876-877.) Duncanin (2011, 1870-1879) tutkimuksessa vain 30 % potilaista, joiden leikkauksen jälkeistä kipua hoidettiin epiduraalisesti, pääsi liikkumaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä.

#### 5.4 Lääkkeiden haittavaikutukset

Lääkkeillä on usein myös haittavaikutuksia, vaikka lääkettä käytettäisiin turvallisina annoksina. Erytisen herkkiä haittavaikutuksille ovat esimerkiksi iäkkäät potilaat sekä maksan tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavat potilaat. Tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy aina haittavaikutusten mahdollisuus. Erytisesti vanhusten kohdalla on syytä harkita tulehduskipulääkkeiden käyttöä. Yleisin tulehduskipulääkkeiden haittavaikutus on ruoansulatuselimistön vaurio, jonka yleisesti aiheuttaa pidempiaikainen tulehduskipulääkkeiden käyttö. Refluksitaudin ja astman oireet saattavat pahentua tulehduskipulääkkeiden vaikutuksesta. (Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito -suositus 2009.) Verisuonikirurgisille potilaille tulehduskipulääkkeitä ei suositella annettavaksi, sillä ne heikentävät munuaisverenkiertoa (Hamunen & Kalso 2009, 283).

Yliherkkyysoireet ovat tavallisia haittavaikutuksia, mutta allergia ilmenee harvoin anafylaktisena reaktiona. Anafylaksia on hengenvaarallinen allerginen reaktio, joka ilmenee tavallisesti 5-30 minuutin kuluttua annetun lääkkeen jälkeen. Tällaisen reaktion voivat aiheuttaa muun muassa penisilliinit, jodipitoiset röntgenvarjoaineet, asetyylisalisyylihappo sekä muut tulehduskipulääkkeet. Anafylaktisen reaktion oireita ovat ihottuma, nuha, limakalvoturvotus, vatsakivut ja pahoinvointi. (Nurminen 2011, 520-521.) Yleisimpiä lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia ovat yliherkkyyden aiheuttama nokkosrokko eli urtikaria, ruoansulatuskanavan ärsytys sekä hengitysteiden allergiset oireet. Urtikaria aiheuttaa iholle laajoja punoittavia alueita sekä vaaleita paukamia. (Nurminen 2011, 517-541.)

## 6 HOITOTYÖN KEINOT LEIKKAUKSEN JÄLKEISESSÄ KIVUNHOIDOSSA

### 6.1 Potilaan ohjaus

Potilaalle tulee kertoa kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta. Asiallinen tieto vähentää pelkoa ja ahdistusta sekä lisää potilaan omia kivunhallintakeinoja ja näin helpottaa potilaan kokemaan kipua. Ohjauksen avulla voidaan lisäksi parantaa potilastyytyväisyyttä sekä lisätä potilaan osallistumista hoitoonsa ja edistää paranemista. (Salanterä ym. 2013, 12-14.)

Kivunhoidossa on otettava huomioon kivun aiheuttaja. Leikkauksen jälkeinen kipu johtuu useimmiten leikkauksen aiheuttamasta kudonvauriosta, turvotuksesta tai leikkauksen aiheuttamasta puutumisesta. Leikkauksen jälkeen potilas saattaa kuitenkin kärsiä myös muun syyn aiheuttamasta kivusta, esimerkiksi syömättömyyden, jännityksen tai muun aiheuttamasta päänsärystä, aiemmista kroonisista kivuista tai muusta syystä. (Hamunen & Kalso 2009, 278-282.)

Leikkauspotilaan ohjaus tulee aloittaa jo ennen leikkausta. Pelko ja ahdistus voivat lisätä leikkauksen jälkeistä kipua. Hyvin toteutettu ohjaus ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen helpottaa pelkoa ja ahdistusta, vähentäen samalla leikkauksen jälkeistä kipua. Oikeanlaisella ohjauksella potilaan omia kivunhallintakeinoja ja mahdollisuutta osallistua omaan kivun hoitoonsa on mahdollista tehostaa. (Salanterä ym. 2013, 12-14.)

Potilaan tila tulee ottaa huomioon yksilöllisesti. Kaikki potilaat eivät halua tietää liikaa leikkauksesta, sillä tieto saattaa myös lisätä potilaan ahdistusta (Salanterä

ym 2013, 12-14). Potilas saattaa pelätä muita leikkauskomplikaatioita enemmän kuin leikkauksen jälkeistä kipua (Lewandwska ym. 2013, 48-51).

## 6.2 Psyykkinen kivunhoito

Psykologinen vaikutus sisältyy kaikkiin potilas-hoitaja -kohtaamisiin. Hoitajan empatia, sensitiivisyys ja aito välittäminen vaikuttavat siihen miten hoito onnistuu. Vuorovaikutustilanteessa potilas on kohdattava yksilöllisesti. Hänen toiveensa ja ajatuksensa on otettava huomioon, hänen kokemuksiaan ei saa vähätellä eikä toivoa paranemisesta tule latistaa. (Elomaa & Estlander 2009, 145.)

Potilaalle tulee antaa asianmukaista tietoa leikkauksesta ja toipumisesta. Oikeanlaisen ja asianmukaisen tiedon antaminen vähentää ahdistusta ja psyykkistä kuormitusta ja samalla edistää kivunhallintaa. (Salanterä ym. 2013, 22-23.) Vaikka potilaalle olisi kerrottu kivun olevan vaaratonta, saattaa potilas kokea kivun pelottavan uhkaavana. Tästä syystä potilasta on hyvä kannustaa kuvailemaan kipuaan ja kuunnella aidosti potilaan tuntemuksia. Ajatukset ja uskomukset vaikuttavat kivun syntyyn. Erityisesti kielteiseen katastrofiajatteluun taipuvaiset potilaat havainnoivat kipuaan korostetusti ja välttävät liikkumista kivun pelossa. (Haanpää & Salminen 2009, 60-62; Goodin & Bulls 2013, 1-4.) Myönteisellä elämän asenteella on vaikutusta kivun kokemiseen ja sen kanssa selviytymiseen (Goodin & Bulls 2013, 1-4).

Plasebo- eli lume-vaikutus saattaa kuulostaa kielteiseltä, mutta sen vaikutus on todistettu useissa tutkimuksissa erittäin tärkeäksi. Se tarkoittaa potilaan uskoa kyseisen lääkkeen tai hoitomenetelmän tehoon. Kipulääke auttaa paljon paremmin, jos sen antaa hoitotyöntekijä ja jos potilas uskoo lääkkeen auttavan. (Kalso & Kontinen 2009, 60-61.) Placebo-sana tulee latinan kielestä ja tarkoittaa



“minä miellytän”. Placebo vaikuttaa yli kolmasosalla väestöstä, ja siitä on apua erityisesti lieviin kiputiloihin. (Nurminen 2011, 90.)

Lievän kivun hoidon tukena voidaan käyttää huomion suuntaamista muualle, esimerkiksi hengitykseen, ympäristöön tai mielikuviin (Elomaa & Estlander 2009, 248-249; Salanterä ym. 2013, 22-23). Erilaisia rentoutusmenetelmiä on tutkittu kivunhoidossa ja niillä on saatu hyviä tuloksia. Rentoutusmenetelmät eivät kuitenkaan yksin riitä kivunhallintaan, mutta niiden avulla voidaan tehostaa kivunhoitoa. (Salanterä ym. 2013, 23.)

Musiikin kuuntelun on todettu helpottavan ahdistusta ja pelkoa ja näin auttavan lievittämään kipua yhdistettynä muihin kivunhoitomenetelmiin. Erityisesti oman mielimusiikin kuuntelu auttaa potilasta siirtämään ajatukset pois ahdistavasta kivusta (Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 708-717; Salanterä ym. 2013, 22-23.) Musiikin kuuntelu on edullinen ja helppo järjestää potilaalle, joten siksi sen käyttöä kivunhoidon tukena tulisi suosia. Joidenkin tutkimusten mukaan myös vahvojen kipulääkkeiden tarve on ollut vähäisempää niillä potilailla, jotka ovat lisäksi kuunnelleet musiikkia. (Vaajoki ym. 2012, 708-717; Matsota ym. 2013, 298-307; Salanterä ym. 2013, 22.)

### 6.3 Fysikaalinen kivunhoito

Suosituksen mukaan fysikaalisia menetelmiä, kuten hierontaa, akupunktiota, kylmähoitoja sekä liike- ja asentohoitoja voidaan käyttää kivunhoidossa. Akupunktio vaatii kuitenkin erityisosaamista, ja muista edellä mainituista menetelmistä hoitajilla tulee olla tietoa. Kofeiini voi tehostaa kipulääkkeen vaikutusta, joten sen tarjoaminen potilaalle leikkauksen jälkeen on suositeltavaa. (Salanterä ym. 2013, 21-22.)

Potilaan kipua voidaan lievittää tyynyjen ja kiilojen avulla suoritettulla asento- ja liikehoidolla. Asennon vaihto edistää verenkiertoa ja estää lihasspasmeja. Liikunta edistää verenkiertoa, vähentää lihasspasmeja, ehkäisee virheasentoja, vähentää turvotusta ja tromboosiriskiä. Lepo sopii luunmurtumaleikkauksen jälkeen rajoitetuksi ajaksi, mutta ei juuri muuhun kivunhoitoon. (Salanterä ym. 2013, 22.)

Kipua on hoidettu lämpö- ja kylmähoidoilla aina antiikin ajoista tähän päivään asti. Vaikuttavuustutkimuksia lämpö- ja kylmähoitojen hyödyllisyydestä on kuitenkin edelleen vähän. Lämpö vilkastuttaa kudosten verenkiertoa, avaa hiussuonia, lisää kudosten verenkiertoa ja kudosten aineenvaihduntaa sekä rentouttaa lihaksia. Kylmä puolestaan vähentää turvotusta ja hidastaa kudosten aineenvaihduntaa sekä hoitaa kipua. (Pohjolainen 2009, 237-239.)

Ihmisen sisäelimet ovat tasalämpöisiä, eivätkä kestä suuria lämpötilan muutoksia vaurioitumatta. Iho ja muut pintaosat sen sijaan ovat vaihtolämpöisiä ja mahdollistavat näin sisäelinten tasalämpöisyyden. Aineenvaihdunnan, hikoilun ja muiden fysiologisten säätömekanismien avulla elimistö vaikuttaa lämmöntuotantoon ja -luovutukseen. Äärioloissa ihmisen luonnolliset suojausmekanismit eivät kuitenkaan riitä, vaan lämmön turvaamiseksi on käytettävä ulkoisia keinoja. (Ilmarinen ym. 2011, 10-13.)

Kylmähoitoja voidaan toteuttaa leikkauksen jälkeen lähinnä kylmäpakkausten avulla, ja hoidon kesto voi vaihdella 20-30 minuutin välillä. Hoitomuoto on edullinen, tehokas ja turvallinen. Kylmähoitoa ei saa käyttää tunnottomalla ihoalueella, raajojen ääreisosissa, kylmäallergiassa ja Raynaud'n taudissa. (Pohjolainen 2009, 237-239; Salanterä ym. 2013, 22.)

## 6.4 Kivunhoidon kirjaaminen

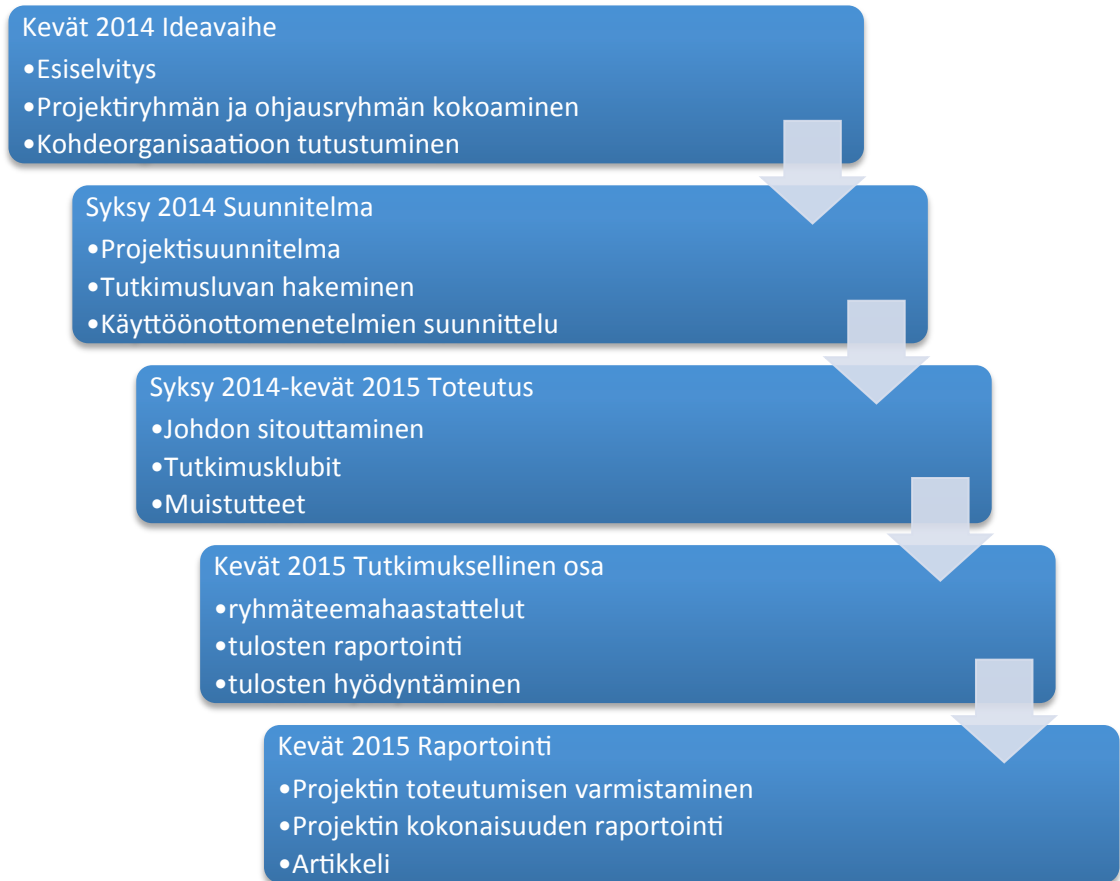
Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta laaditun suosituksen mukaan kivunhoidon vähimmäisvaatimuksia ovat kivun mittaaminen validoidulla mittarilla sekä käytetyn kivunhoitomenetelmän ja mahdollisten haittavaikutusten kirjaaminen. Kivunhoidon toteuttamisen jälkeen hoidon vaikutukset tulee arvioida samalla mittarilla mitattuna ja kirjata hoidon tehoaminen. (Kontinen ym. 2012, 119.)

Potilasasiakirjoihin on merkittävä tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelemisesta, toteuttamisesta ja seurannasta ymmärrettäviä ja yhteisesti sovittuja käytäntöjä noudattaen (Asetus 298/2009). Suosituksen mukaan kivun arviointi on kirjattava huolellisesti vähintään kerran työvuoron aikana. Useissa tutkimuksissa on todettu puutteita hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa. (Salanterä ym. 2013, 24-25.)

# 7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

## 7.1 Kehittämiprojektin idea- ja esiselvitysvaihe

Projekti sisältää useita vaiheita, mukaan lukien alun ja lopetuksen. Tällä välillä projektin vaiheet etenevät järjestyksessä tai limittäin. (Viirkorpi 2000, 9-11.) Kehittämiprojektin kaikki vaiheet on kuvattu kuviossa 1. Kehittämisen ensimmäiset vaiheet olivat ideavaihe ja esiselvitys. Ideavaiheessa mietittiin projektin aihe ja kohdeorganisaatio. Ideavaihe alkoi kohdeorganisaatiossa syntyneen kehittämissuosituksen mukaisesti. Kehittämissuosituksessa toivottiin panostusta leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumisen ehkäisyyn. Kohdeorganisaatiosta toivottiin selvitystä siitä, kuinka monen siellä leikatun potilaan kipu kroonistuu leikkauksen jälkeen.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.

Ideavaiheen aikana kehittämiprojektin tekijälle valikoitui mentoriksi kohdeorganisaation kehittämispäällikkö. Ensimmäiset keskustelut mentorin kanssa saivat kehittämiprojektin tekijän toteamaan, että yksityissairaalan pienen potilasmäärän tutkiminen ei antaisi kovin luotettavaa tutkimustulosta eikä tutkimuslupaa olisi kovin helppo saada. Yhtäkään palautetta kivunhoidon riittämättömyydestä ei myöskään ollut tullut edellisen vuoden aikana. Projekti päätettiin suunnata henkilökunnalle ja kivunhoidon kehittämiseen.

Ideavaiheen jälkeen koottiin projektiryhmä. Projektiryhmään valittiin kohdeorganisaation heräämössä työskentelevä sairaanhoitaja ja anestesialääkäri sekä kohdeorganisaation yksikön esimies. Samoihin aikoihin aloitettiin esiselvityksen tekeminen. Esiselvitykseen haettiin aluksi tietoa

leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Esiselvityksen aikana havaittiin, että hoitotieteen tutkimussäätiö oli julkaissut hoitotyön suosituksen kivunhoidosta vuonna 2013 ja siihen oli koottu parasta mahdollista näyttöön perustuvaa tietoa leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta (Salanterä ym. 2013).

Tässä vaiheessa valittiin aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen kivun hoitotyön suositus projektin päätyövälineeksi. Sen myötä rajattiin projekti koskemaan vain aikuispotilaita. Tiedonhaku laajennettiin vielä koskemaan hoitosuosituksen implementointia eli käyttöönottoa. Projektipäällikkö halusi tietää, onko kyseinen hoitosuositus otettu käyttöön jo muualla ja miten käyttöönotto on sujunut.

Kyseisen hoitosuosituksen käyttöönotoista ei vielä löytynyt tieteellisiä tutkimuksia. Aktiivisesti verkostoitunut projektipäällikkö sai yhteyden Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kipuklinikkaan, jossa hoitosuositusta oltiin parhaillaan ottamassa käyttöön (Koivusalo 2014; Saarelainen 2014). Siellä käyttöönottoa toteutettiin ”Care Bundle”-menetelmällä (Koivusalo 2014). ”Care Bundle” -käsitteen on luonut Institute for Health Care Improvement. Menetelmän on tarkoitus helpottaa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista. Hoitosuositus jaetaan yksinkertaisiin käytännön läheisiin toimintoihin eli bundleihin, jotka toteutetaan hoitoprosessin eri vaiheissa. Care Bundlet on tarkoitettu tehostamaan jo olemassa olevien hoitosuositusten toteuttamista käytännössä. (IHI 2014.)

## 7.2 Riskianalyysi

Projektin riskien kartoittamiseen käytettiin SWOT -analyysia, jossa kartoitettiin projektiorganisaatioon, kohderyhmään ja aihealueeseen liittyviä sisäisiä ja

ulkoisia riskejä. Merkittävimmi riskitekijöiksi havaittiin ajankäytölliset ongelmat sekä projektipäällikön että kohderyhmän osalta ja erityisesti aikataulujen yhteensovittaminen eri osapuolten ja muiden työtehtävien välillä. Projektipäällikön henkilökohtainen heikkous liittyy kirjallisen tuotoksen aikaansaamiseen. Aiheeseen liittyvinä lievinä ja mahdollisina riskeinä varauduttiin muutosvastarintaan sekä kielteisiin asenteisiin.

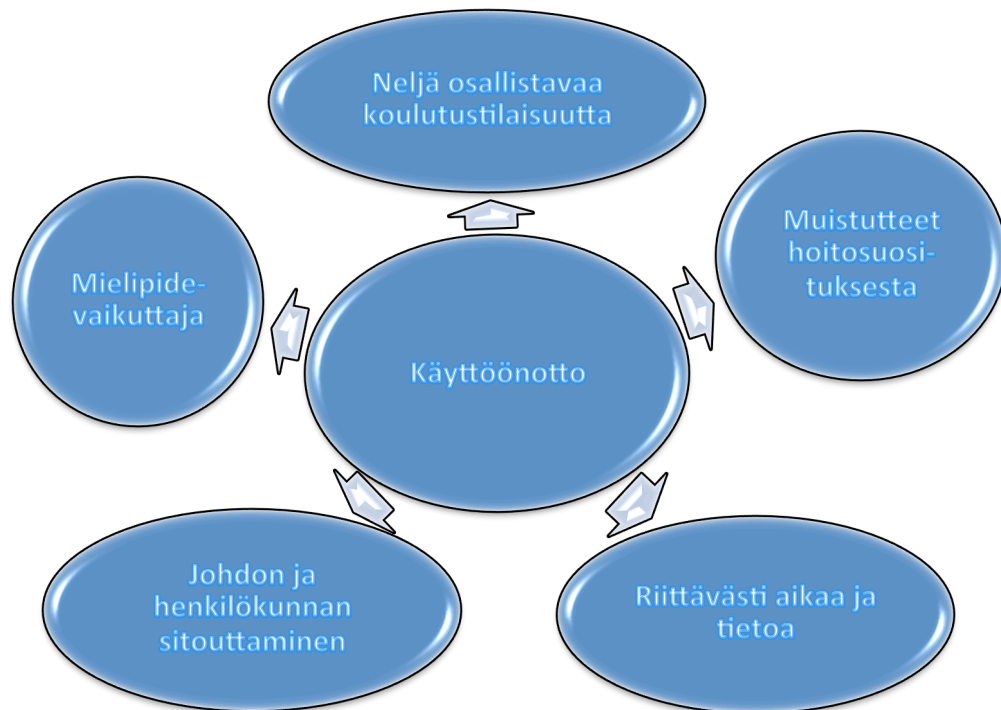
Ajan käytöstä ja kirjallisen osuuden vaatavuudesta aiheutuviin riskeihin varauduttiin suunnittelemalla aikataulua entistä tarkemmin sekä sillä, että projektipäällikkö priorisoi oman ajankäyttönsä projektin edun mukaiseksi. Johdon sitouttaminen aloitettiin jo projektin varhaisessa vaiheessa, jotta projektin toteutukselle saatiin riittävästi resursseja sekä tilojen että työajan puolesta. Asenteet olivat alustavasti myönteisiä eikä muutosvastarintaa havaittu. Kielteiset vaikutukset pyrittiin pitämään poissa projektipäällikön oman myönteisen asenteen avulla ja kannustamalla henkilökuntaa itse vaikuttamaan projektin etenemiseen.

Projektin budjettisuunnitelma tehtiin arvioitujen kustannusten pohjalta. Budjetin suhteen projektipäällikkö oli luottavainen, sillä projektin kustannusten oletettiin pysyvän kohtuullisina. Yksi yllättävän suuri kustannus projektista aiheutui kohdeorganisaatiolle, mutta tästä ei aiheutunut haittaa projektin osapuolille. Projekti oli osa työyhteisön jatkuvaa kouluttamista ja kehittämistä, joten kustannukset sisältyivät talon sisäiseen jatkuvaan kouluttamiseen.

### 7.3 Kehittämiprojektin suunnitelma- ja toteutusvaihe

Projektin seuraavana vaihe oli suunnitelma- ja toteutusvaihe. Hoitosuosituksen käyttöönotto päätettiin toteuttaa käyttämällä useita käyttöönotto-menetelmiä yhdessä. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta hyväksi havaituista

käyttöönottomenetelmistä valikoitiin projektiin parhaiten soveltuvat menetelmät, jotka on esitetty kuviossa 2. Merkittävimpänä menetelmänä olivat osallistavat koulutustilaisuudet, jotka on esitelty omassa kappaleessaan myöhemmin.



Kuvio 2. Käytetyt käyttöönoton menetelmät

Johdon sitouttaminen on tärkeä tekijä käyttöönoton onnistumiselle (Bahtsevani ym. 2010, 514-521; Hauck, Winsett & Kiric 2013, 664-74). Ennen käyttöönnoton aloittamista projektiorganisaatio ja sen johto sitoutettiin muutoksen toteuttamiseen perustelemalla kivunhoidon merkitystä asiakaskeskeisessä hoitotyössä. Toimialajohtaja oli pyytänyt tämänkaltaista projektia ja yksikön esimies puolestaan toimi projektiryhmän aktiivisena jäsenenä, joten johto oli sitoutunut projektin toteuttamiseen alusta asti hyvin. Johdon sitouttamisen avulla varmistettiin koko kohderyhmälle mahdollisuus osallistua koulutustilaisuuksiin.

Johdon sitouttamisella varmistettiin projektin toteuttamiseen tarvittava aika ja projektipäällikkö huolehti henkilökunnan riittävästä tiedon saamisesta projektin aikana. Projektin toteuttamiseen varattiin aikaa kokonainen vuosi. Projektipäällikkö piti toukokuussa 2014 koulutuksen leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta kohdeorganisaation koko henkilökunnalle sekä esitteli tulevaa projektia yksikköpalaverissa. Kesällä 2014 projektipäällikkö teki kirjallisuuskatsausta ja keskusteli löytämistään kivunhoidon tutkimuksista myös kohderyhmän kanssa. Kohderyhmä oli kiinnostunut oppimaan kivunhoidosta lisää ja varsinaisten projektiin liittyvien koulutustilaisuuksien koittaessa henkilökunnalla oli jo tietoa leikkauksen jälkeisen kivunhoidon toteuttamisesta.

Muistutteen olivat yksi projektiin valikoitu käyttöönotto -menetelmä. Muistutteenä käytettiin sähköposteja, kahvipöytäkeskusteluja sekä ottamalla suosituksen tiivistelmää esille säännöllisin väliajoin. Projektipäällikkö keskusteli säännöllisesti heräämöhoitajien kanssa kivunhoidon toteutumisesta ja esiintulleista kysymyksistä. Projektipäällikkö pyrki toimimaan koko projektin ajan myös mielipidevaikuttajana. Mielipidevaikuttajan tulee uskoa projektin onnistumiseen ja luoda myönteistä ilmapiiriä.

Projekti aiheuttaa helposti paineita, jotka henkilöityvät yleensä projektipäällikköön. Projektipäälliköksi tulisi valita henkilö, jolla on aiheesta hyvät tiedot ja taidot. Sosiaaliset taidot ja projektinhallinta menetelmien tunteminen on myös välttämätöntä. Projektipäällikön verkostoituminen auttaa projektin etenemistä. (Viirkorpi 2000, 30-31.) Kyseisen projektin projektipäällikön sosiaaliset taidot ovat kehittyneet useissa erilaisissa työyhteisöissä ja sosiaalisten harrastusten parissa. Uusi työympäristö ja projektipäällikkönä toimiminen ryhmässä, jossa muulla projektiryhmällä oli enemmän työkokemusta, oli aluksi jännittävä haaste. Myönteisen palautteen ja asenteiden ansiosta projektin vetäminen sujui ilman suurempia ongelmia.



Projektipäällikkö oli suorittanut kivun hoitotyön erikoistumisopinnot ja työskennellyt useissa eri leikkaus-anestesiayksiköissä sekä kuului kivun tutkimusyhdistykseen, joten hänellä oli aiheesta tietoa ja kokemusta. Hyvän verkostoitumisen ansiosta myös kokeneemmilta asiantuntijoilta saatu tieto auttoi projektissa eteenpäin.

Projektin hallinta vaatii suunnitelmallisuutta, järjestelmällisyyttä ja kirjanpitoa (Silfverberg 2005, 51). Projektin kaikista palavereista laadittiin muistiot ja lisäksi projektipäällikkö piti projektin etenemisestä omaa kirjanpitoa ja päiväkirjaa. Järjestelmällisyydessä olisi ollut parannettavaa. Suunnitelmallisuus puolestaan oli projektipäällikön ja koko projektiryhmän vahvuus, sillä tavoitteet olivat selkeät alusta alkaen ja projekti eteni aikataulusta edellä.

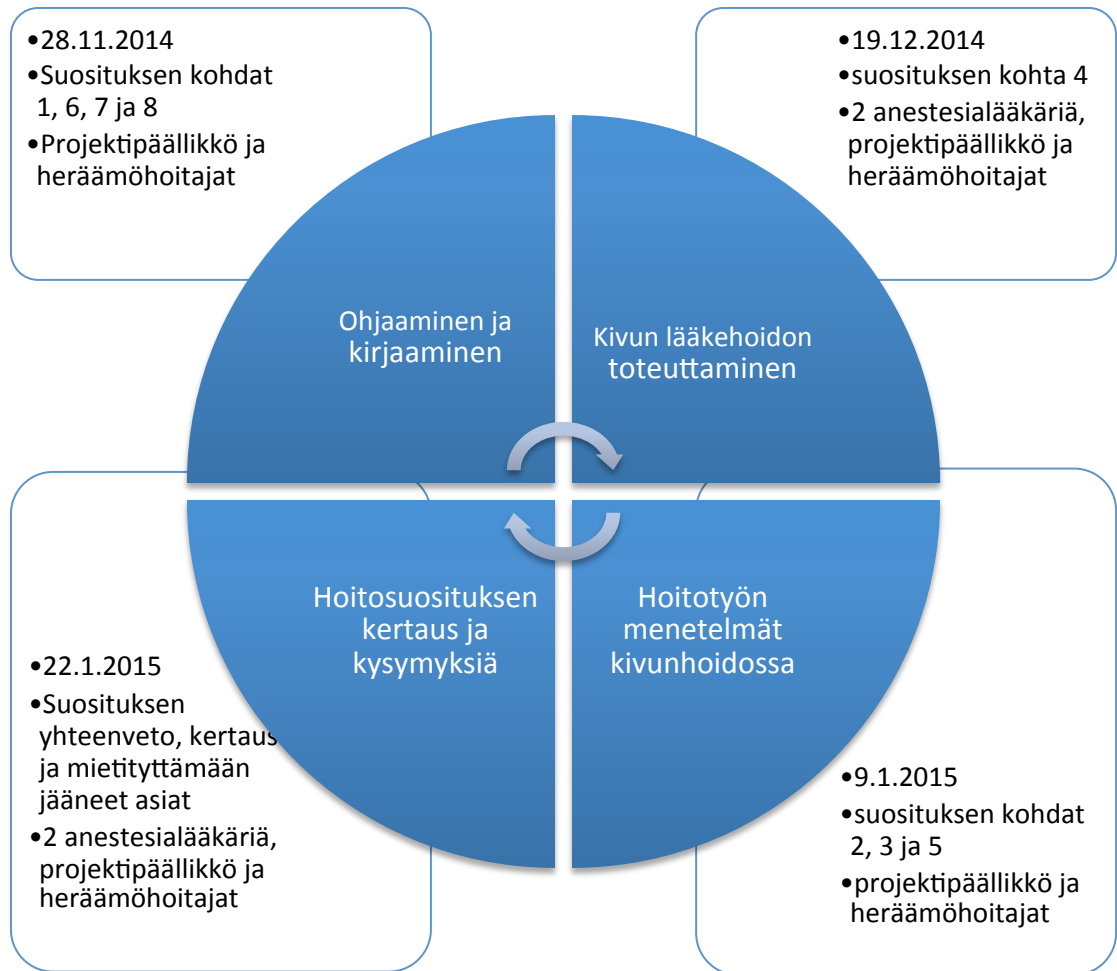
Projekti on oppimisprosessi, jossa tulee jatkuvasti kriittisesti tarkastella vaihtoehtoja ja tehdä valinnat sen mukaisesti (Silfverberg 2005, 49). Kehittämiprojektin käytännön toteuttaminen aloitettiin tehokkaasti marraskuussa 2014 pidettävällä alustuksella hoitosuosituksen käyttöönotosta ja sen jälkeen järjestettiin suunnitellut koulutustilaisuudet. Käyttöönoton toteutumista arvioitiin projektiin liittyvän kvalitatiivisen tutkimuksen avulla tammi-helmikuussa 2015. Tutkimuksellinen osuus on kuvattu tarkemmin myöhemmin. Tutkimuksesta saatujen tietojen pohjalta käyttöönottoa vahvistettiin kevään 2015 aikana muistutusten ja yhteisten pohdintojen avulla. Projekti päättyi keväällä 2015, mutta projektin antamien työvälineiden avulla kivunhoidon kehittymisen jatkuvuus varmistettiin työyksikössä myös projektin jälkeen. Projektin etenemisestä tiedotettiin sekä organisaation sisäisesti että organisaation ulkopuolelle blogi-kirjoituksen muodossa. Projektipäällikön kirjoittama blogi julkaistiin Porin Lääkäritalon internet-sivuilla ([www.porinlaakaritalo.fi](http://www.porinlaakaritalo.fi)) 13.1.2015. Projektista kirjoitettiin lisäksi artikkeli Hyvässä Hoidossa -lehteen toukokuussa 2015.

### 7.3.1 Koulutustilaisuuksien toteutus

Merkittävimmäksi käyttöönoton menetelmäksi valittiin osallistava koulutusmenetelmä eli tutkimusklubien kaltaiset koulutustilaisuudet, jossa henkilökunnalla on mahdollista osallistua keskusteluihin. Projektiryhmä oli sitä mieltä, että sana "tutkimusklubi" vaikuttaa liian tieteelliseltä eikä siksi kovin houkuttelevalta tilaisuudelta. Projektiryhmä ehdotti tilaisuuksien nimeksi kipupiiriä ja tätä nimeä sovittiin käytettäväksi. Projektin aikana tilaisuuksista käytettiin montaa eri nimeä, mutta raportoinnin selkeyttämistä varten koulutustilaisuus -termiä käytetään tässä raportissa. Projektin aikana puhuttiin tutkimusklubeista, koulutuksista ja kipupiireistä. Nimitysten kirjo ei haitannut projektin etenemistä ennen raportointivaihetta.

Projektipäällikkö suunnitteli koulutustilaisuudet ja niiden sisällöt ja ajankohdat yhdessä projektiryhmän kanssa. Koulutustilaisuuksien otsikko, sisältö ja osallistujat on esitelty kuviossa 3. Tutkimusklubitoiminnasta poiketen ennen koulutustilaisuuksia osallistujien ei pyydetty tutustumaan tiettyyn artikkeliin vaan heitä pyydettiin tutustumaan suosituksen tiettyihin kohtiin. Suosituksen laajaan osuuteen on liitetty useita tutkimustuloksia, joten myös näihin oli osallistujien mahdollista tutustua etukäteen.

Projektipäällikkö kutsui osallistujat koulutustilaisuuksiin sähköpostitse. Sähköpostissa mainittiin tilaisuuden aihe, aika ja paikka sekä liitettiin linkki koulutustilaisuudessa käsiteltävään materiaaliin. Lisäksi projektipäällikkö lisäsi koulutustilaisuudet kohdeorganisaation yhteiseen työjärjestykseen ja muistutti aiheesta vielä suullisesti sekä tulosti materiaalit heräämön työpöydälle tutustuttaviksi. Koulutustilaisuudet järjestettiin yksikön ulkopuolisissa asiallisissa neuvottelutiloissa, jotta häiriötekijät saatiin minimoitua ja tilaisuudet rauhoitettua muilta työtehtäviltä. Työnantaja järjesti tilaisuuksiin tarjoilua myönteisen ilmapiirin luomiseksi.



Kuvio 3. Koulutustilaisuuksien toteutus

Koulutustilaisuuksia pidettiin yhteensä neljä kertaa ja jokaiselle koulutustilaisuudelle oli suunniteltu otsikko käsiteltävien hoitosuosituksen kohtien mukaisesti. Ensimmäisen koulutustilaisuuden aiheeksi valittiin Ohjaaminen ja kirjaaminen. Tähän aihealueeseen liittyviä suosituksen kohtia olivat 1. Potilaan ohjaus, 6. Voinnin seuranta kivunhoidon aikana, 7. Kivun hoitotyön kirjaaminen ja 8. Laadun varmistaminen. Toisen koulutustilaisuuden aihe oli Kivun lääkehoidon toteuttaminen ja siihen liittyi suosituksen kohta 4. Lääkehoidon toteutus. Tämän koulutustilaisuuden vetäjänä toimi kivunhoitoon erikoistunut anestesia lääkäri keskussairaalaista. Projektipäällikkö toimi kuitenkin



töitä ja neuvottelemalla toiminnanvetäjien ja muiden työntekijöiden kanssa parhaista koulutuksien ajankohdista. Johdon sitouttamisella sekä koko kohdeorganisaation yhteistyöllä oli merkittävä rooli projektin etenemisessä.

## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSA

### 8.1 Tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten hoitotyön suosituksen käyttöönotto onnistui ja miten kivunhoidon koulutusta tulisi jatkossa järjestää. Tarkoituksena oli ryhmähaastattelusta saatujen vastausten avulla varmistaa hoitosuosituksen käyttöönotto projektin toteutumiseksi ja löytää keinot, joilla ylläpidetään hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidosta jatkossa.

Tutkimuskysymykset:

- Miten hoitosuosituksen käyttöönotto on sujunut hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
- Miten kivunhoitotyön koulutusta pitäisi jatkossa järjestää hoitohenkilökunnan mielestä?

### 8.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui puolistrukturoitu ryhmähaastattelu tutkimusjoukon pienen koon vuoksi. Puolistrukturoitu- eli teemahaastattelu on tutkijan hyvä suorittaa itse, mutta valta-aseman vaikutukset tutkimustuloksiin on syytä tiedostaa. Ryhmähaastattelu on hyvä tutkimusmetodi, jos tutkittavilla on sama ammatti eivätkä he arastele tuoda mielipiteitään esille ryhmässä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 95-98.) Tässä projektissa tutkijan rooli työyhteisössä on tutkittavien kanssa tasavertainen ja tutkija tuntee tutkimusjoukon sekä heidän sosiaalisen käyttäytymisensä.

Haastattelun runko (liite 1) suunniteltiin siten, että sillä saataisiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, mutta myös herätettäisi keskustelua. Ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin esitestaus yhdellä sairaanhoitaja-opiskelijalla ja yhdellä ei-terveydenhuoltoalalla työskentelevällä. Esitestauksessa haastattelija sai harjoitella tallentimien käyttöä, sujuvaa esiintymistä asiallisena haastattelijana sekä muita haastattelutilanteeseen liittyviä seikkoja. Esitestauksessa haastatellut henkilöt eivät olleet tutustuneet käsiteltyyn hoitosuositukseen, eivätkä he tienneet tarkemmin projektin kulusta. Heiltä kysyttiin kysymysten ymmärrettävyydestä ja selkeydestä. Esitestaajien mielestä kysymykset olivat selkeitä, mutta muutamat kysymykset tuntuivat toistolta. Heidän mielestään kahta kysymystä kysyttiin kahteen kertaan, eri sanamuodoin. Nämä kommentit otettiin huomioon, mutta haastattelun runkoa ei enää muutettu. Teemahaastattelu on luonteeltaan avoin ja lisäkysymykset voidaan joko jättää kysymättä, jos niille ei ole tarvetta tai ne voidaan kysyä mikäli haastattelija uskoo niillä olevan merkitystä. (Kylmä & Juvakka 2012, 77-80).

Haastattelun etuja ovat sen joustavuus, mahdollisuus täydentää aineistoa myöhemmin, monitahoiset vastaukset ja osallistujien aktiivinen rooli tutkimuksessa. Haitoiksi puolestaan voidaan nimetä tutkimusmenetelmän tilannesidonnaisuus, suurempi ajan tarve sekä tutkijan ja tutkittavien inhimilliset tekijät (jännitys, roolit, tutkittavan pyrkimys antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia). (Hirsjärvi ym. 2010, 205-206.) Tässä tutkimuksessa haastattelijalla oli kokemusta esiintymisestä, yhdestä aiemmasta tutkimuksesta haastattelijana sekä useista muista sosiaalisista tilanteista. Kyseisen tutkimusjoukon ja heidän sosiaalisen käyttäytymisensä haastattelija tunsi työtoverina.

### 8.3 Haastateltavat ja aineiston keruu

Tutkimusjoukkona toimi kohdeorganisaation heräämön ja vuodeosaston vakituinen hoitohenkilökunta projektiryhmään kuulunutta sairaanhoitajaa lukuun ottamatta (N = 4). Ryhmähaastattelun ohjaaminen ja tulosten analysointi on sitä vaikeampaa mitä suurempi ryhmä on kyseessä. Ihanteellinen ryhmä koko on 3-12 henkilöä. (Kylmä & Juvakka 2012, 84-85.) Käytännön järjestelyiden helpottamiseksi haastatteluita pidettiin kaksi kappaletta ja kumpaankin osallistui kaksi hoitajaa. Ensimmäinen haastattelu pidettiin 30.1.2015 ja toinen 12.2.2015. Projektipäällikön sairastumisen vuoksi haastatteluiden välillä kului lähes kaksi viikkoa.

Haastatteluiden toteutus sujui ongelmitta. Haastatteluille varattiin riittävästi aikaa ja haastattelutila valikoitiin niin, että se oli rauhallinen ja tutkittaville tuttu ja turvallinen ympäristö. Haastattelut on syytä nauhoittaa ja teknisiin ongelmiin tallentimien kanssa tulee varautua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 95-98; Kylmä & Juvakka 2012, 90-91.) Haastattelut nauhoitettiin kahdella tallentimella ja lisäksi haastattelija teki omia muistiinpanoja haastattelun ilmapiiristä ja omista ajatuksistaan. Haastatteluille oli varattu aikaa yksi tunti, mutta molemmat haastattelut sujuivat noin puolessa tunnissa. Burns ja Grove (2009, 511-512) ovat listanneet haastattelun tärkeimmiksi huomioon otettaviksi asioiksi tutkittavien kunnioittamisen, aidon läsnäolon, kohteliaisuuden ja kuuntelemisen sekä haastattelutilanteen rauhoittamisen ja tiedottamisen haastatteluun liittyvistä asioista. Haastattelut järjestettiin näiden ohjeiden mukaisesti.

### 8.4 Aineiston analyysi

Haastatteluiden jälkeen projektipäällikkö kuunteli ja litteroi haastatteluiden tallenteet. Haastatteluista kertyi kaikkiaan kahdeksan sivua tekstiä litteroinnin jälkeen. Tämän jälkeen tutkimustulosten analysointi suoritettiin laadullisen

tutkimuksen induktiivista sisällön analyysin menetelmää käyttäen. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällön analyysissä aineisto puretaan ensin osiin ja sen jälkeen pyritään löytämään samankaltaisia osia. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimuskysymyksiä vastaavaksi. (Kylmä & Juvakka 2012, 112-113.) Analysoinnin tukena käytetty taulukko on liitteenä (liite 2). Liitteenä olevassa taulukossa ei ole kaikkia vastauksia, vaan osa toistuvista vastauksista jätettiin pois liitetaulukosta liitteen koon vuoksi.

Litterointiin ja vastausten kategorioimiseen meni aikaa enemmän kuin projektipäällikkö oli suunnitellut. Litterointi tuntui haastavalta siksi, ettei projektipäälliköllä ollut aiheesta aiempaa kokemusta. Haastatteluaineisto oli kuitenkin hyvin yhdenmukaista ja vastaukset toistuivat samanlaisena useamman haastateltavan kertomina. Kuten esitestauksessa oli havaittu koskivat muutamat kysymykset samaa aihetta, mutta eri kysymyksillä saatiin samankaltaisia vastauksia. Haastateltavien vastaukset vastasivat myös projektipäällikön aiempaa käsitystä. Projektipäällikkö tarkasteli analysoinnin tukena käytettyä taulukkoa yhdessä haastateltujen kanssa ja pyysi heitä kommentoimaan vastausten analysointia ja tulosta. Haastateltujen mielestä taulukko kuvasi heidän mielipiteitään selkeästi.

## 8.5 Tutkimuksellisen osuuden luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuslupa haettiin projektisuunnitelman hyväksymisen ja ohjausryhmän palaverin jälkeen Porin Lääkäritalon operatiivisen tulosalueen johtajalta. Tutkimuslupa saatiin 10.11.2014. Aineiston keruun ja analysoinnin aikana tulee huomioida tutkittavien oikeudet ja kohtelu. Tutkittavien on tiedettävä, mihin he osallistuvat ja heitä on kohdeltava kunnioittavasti ja rehellisesti. (Leino-Kilpi 2010, 367.) Haastattelija kunnioitti haastateltaviaan käyttäytymällä kohteliaasti, olemalla aidosti läsnä ja kuuntelemalla haastateltavia. Haastattelutilanne pyrittiin järjestämään mahdollisimman rennoksi ja rauhalliseksi tiedottamalla



haastattelusta koko henkilökuntaa (liite 3) ja järjestämällä haastattelut sairaalan omassa kokoustilassa, joka oli haastateltaville tuttu paikka. Tallentimien käytöstä kerrottiin haastateltaville ennen haastattelun aloittamista. Haastattelun aluksi käytiin läpi haastattelun saatekirje (liite 4), haastateltavat allekirjoittivat tietoisensa suostumuksensa ja haastattelun ajan pitäytyttiin asiassa. (Burns & Grove 2009, 511-512.)

Projektin lähestymistavasta johtuen tutkija ei voinut olla täysin objektiivinen, vaan projektin aikana tutkittavien mielipiteitä ja ajatuksia pyrittiin tietoisesti ohjaamaan haluttuun suuntaan. Projektipäällikkö oli koko projektin ajan tiiviissä yhteistyössä haastateltavien kanssa ja sai käsitystä siitä, mitä haastateltavat ajattelevat tutkittavasta aiheesta. Projektipäällikkö tiedosti tämän ja pyrki haastattelun aikana välttämään johdattelevia kysymyksiä ja omien ennakkokäsitystensä liittämistä haastatteluun.

Haastattelutilanteiden järjestäminen sattui kiireiseen ja sairauslomien täyteen ajankohtaan. Haastattelut saatiin kuitenkin sovittua aikatauluihin ja ne järjestettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen omalla osastolla, jolloin henkilökunnan kentältä poissaolo oli helpompi järjestää. Omalla osastolla järjestämisen uhkana pidettiin haastattelun keskeytymistä, mutta vain yksi keskeytys aiheutui, eikä se haitannut haastattelun toteuttamista merkittävästi. Haastattelun järjestäminen omalla osastolla saattoi olla hyvä ratkaisu myös siksi, että tämä ympäristö oli haastateltaville tutumpi kuin sairaalan ulkopuolinen tila olisi ollut. (Burns & Grove 2009, 511-512).

Kiireettömät haastateltavat antavat yleensä syvällisempää ja laajempaa informaatiota kuin kiireiset osallistajat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Vaikka ajankohta oli muuten kiireinen, haastattelun tunnelma saatiin luotua kiireettömäksi työjärjestelyillä. Haastattelijan ja haastateltavien tiivis ja

avoin yhteistyö projektin aikana helpotti syvällistenkin vastausten antamista eikä aiheeseen liittynyt merkittävästi suuria tunteita, jotka olisivat hankaloittaneet vastausten antamista.

Haastatteluiden tunnelma oli asiallinen mutta rentoutunut, vaikka osa haastateltavista kertoi jännittävänsä nauhureita. Haastattelija korosti kuitenkin, ettei nauhoitusta käytetä mihinkään muuhun kuin aineiston analysointiin. Haastatteluissa heräsi keskustelua ja kysymyksiin saatiin vastauksia. Osa vastauksista oli sellaisia, joita haastattelija oli osannut odottaa tehdessään tiivistä yhteistyötä haastateltavien kanssa koko projektin ajan, mutta osa vastauksista oli haastattelijalle odottamattomia.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavien käsityksiä. (Kylmä & Juvakka 2012, 127-129.) Tässä tutkimuksessa tutkittavat olivat jatkuvasti läheisessä yhteistyössä tutkijan eli projektipäällikön kanssa. Tutkittaville kerrottiin ja heidän kanssaan keskusteltiin tutkimustuloksista tutkimuksen analysointivaiheessa. Projektipäällikkö pyrki pitämään huolen omasta roolistaan ja siitä, etteivät sosiaaliset paineet muokanneet tutkittavien mielipiteitä.

Vahvistettavuus puolestaan perustuu koko tutkimusprosessin kirjaamiseen, jolloin prosessia on mahdollista seurata. Tutkimustuloksia voidaan antaa tutkittavien arvioitavaksi tai tuloksista voidaan keskustella toisen samaa aihetta tutkivan henkilön kanssa. Tutkimuksen tekijän päiväkirja sekä riittävän pitkä aika tutkittavan aiheen kanssa vahvistavat uskottavuutta sekä vahvistettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127-129.) Projektipäällikkö piti koko projektin ajan projektipäiväkirjaa, josta selviää myös tutkimuksen kulku. Päiväkirjan avulla tutkimusprosessi oli seurattavissa ja projektipäällikön itsearviointi oli selkeää.

Vahvistettavuutta saattaa heikentää projektipäällikön henkilökohtainen heikkous saattaa kirjalliseen muotoon ajatuksiaan ja päätelmiään. Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuus on aina kiinni tulkinnasta, mutta se ei välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa (Kylmä & Juvakka 2012, 129).

Reflektiivisyys kuvaa tutkimuksen tekijän omien lähtökohtien tuntemusta ja siirrettävyys puolestaan tulosten hyödynnettävyyttä muualla (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tämän tutkimusosuuden tuloksia hyödynnettiin kyseisen projektin loppuun viennissä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kivunhoidon laadun ylläpitämiseen jatkossa sekä paitsi kyseisen niin myös muiden yksiköiden tulevien käyttöönottoprojektien apuna. Tutkimuksen tekijän omien lähtökohtien tuntemusta on kuvattu raportin useissa eri kohdissa.

## 9 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TULOKSET

### 9.1 Hoitotyön suosituksen käyttöönoton sujuminen

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kehittäminen nähtiin tärkeänä, mutta aikaa vievänä yhteisenä projektina. Ensireaktiot hoitosuosituksen käyttöönotosta herättivät paljon kysymyksiä, mutta aihe koettiin tärkeäksi ja omaa toimintaa haluttiin kehittää. Hoitajat kertoivat miettineensä projektin alussa hoitosuosituksen käyttöönoton konkreettisuutta ja hyödyllisyyttä. Osa suosituksessa esitellyistä tutkimustuloksista hämmensi hoitajia, mutta koulutustilaisuuksien tarjoama mahdollisuus keskusteluun avasi uusia näkökulmia.

*"Mitä konkreettista, siin' on paljon asiaa, mut miten se on niinku käytännöllistä"*

Hoitajat kokivat itsensä muutoshaluisiksi sekä valmiiksi kehittämään toimintaansa. Oman toiminnan tarkastelua pidettiin tärkeänä ja hoitajat ottivat kriittisesti kantaa sekä hoitosuosituksen esittelemiin tutkimustuloksiin että omaan toimintaansa. Potilaille haluttiin tarjota parasta mahdollista hoitoa ja kehitettävää löytyi, kun alkoi tarkastella omaa toimintaa.

*"Aluks ajatteli et kyl meil hoidettii hyvin, mut sit matka varrel alko niinko enempi kiinnittää huomioo siihe"*

Käyttöönoton keskeisin menetelmä eli koulutustilaisuudet koettiin toimivana menetelmänä, henkilökunta oli mukana muutoksessa ja koki muutoksen hyödyllisenä. Koulutustilaisuudet koettiin onnistuneiksi erityisesti siksi, että kaikille järjestettiin mahdollisuus osallistua niihin ja niissä oli mahdollisuus keskustella avoimesti. Hoitajat kokivat erittäin tärkeänä sen, että he saivat kuulla toistensa ajatuksia ja toimintatapoja, joista oli mahdollista ottaa oppia tai vaihtoehtoisesti perustella omaa toimintatapaansa. Käytännön hoitotyössä jokainen hoitaja hoiti omaa työtään omalla tavallaan, eikä muiden toimintaa ehtinyt käytännön työssä seuraamaan. Anestesiaalääkäreiden osallistuminen koulutustilaisuuksiin koettiin tärkeäksi, vaikka toisaalta hoitajat olisivat toivoneet anestesiaalääkäreiltä enemmän osallisuutta koko kehittämisprojektiin.

*"hyvä ku päästii yhdes keskustelee ni sit kuulee toisten ajatuksia"*

Hoitosuosituksen käyttöönotto aiheutti muutosta ja kehitystä, joka jatkuu edelleen. Hoitajien mielestä muutosta kivunhoidossa oli tapahtunut tämän projektin myötä. Merkittävimmäksi muutokseksi mainittiin ohjaamisen lisääntyminen. Potilaiden ohjaukseen oli kiinnitetty enemmän huomiota ja sen vaikutus potilaiden kokemukseen oli huomattu. Kun potilaille kertoi mitä, miten

ja miksi, he olivat vaikuttaneet vastaanottavaisemmilta kuin aiemmin ohjeita annettaessa. Hoitajat olivat huomanneet, että kun potilaalle selitti, mistä kipu johtui, niin kipu helpottui jo sillä. Ohjausta tehtiin samalla, kun toteutettiin muuta hoitoa, esimerkiksi hierottaessa kipeitä lihaksia leikkausalueen ympärillä voi potilaalle kertoa, miksi kyseinen lihas on kipeä. Potilaat ovat myös vaikuttaneet hoitajien mielestä tyytyväisemmiltä hoitoonsa.

*"sitä muistuttamist ei voi tehdä liikaa"*

*"se selittämine sit kyl monesti auttaa"*

*"vaikka potilaat on ollu kipeitä ni ne on lähteny tyytyväisempinä"*

Hoitajat eivät voineet vaikuttaa kaikkiin kivunhoidon laatuun vaikuttaviin tekijöihin. Kirjaamista hoitajat voivat vielä kehittää ja potilaan kivun arviointi kuvattiin jatkuvaksi oppimisprosessiksi. Hoitosuosituksen käyttöönoton esteitä kysyttäessä hoitajat mainitsivat, ettei anestesia­lääkärin suorittamia puudutuksia voida tarjota potilaille kivunhoitoon. Tässä kohtaa haastattelija muistutti, että keskitytään kivun hoitotyön keinoihin ja niihin asioihin, joihin hoitajat voivat vaikuttaa. Toki myös puudutusmahdollisuudesta keskustelu raportoidaan. Hoitotyön suosituksen käyttöönotto ei varsinaisesti vaatinut hoitajilta uusien taitojen opettelua, mutta taitojen hiomista tapahtui ja tapahtuu edelleen. Kirjaamiseen hoitajat kertoivat tarvitsevansa vielä lisää henkilökohtaista panostusta. Kipulääkkeen antaminen tulee kirjattua, mutta kivun voimakkuuden, muiden kivunhoitomenetelmien ja hoidon vaikuttavuuden kirjaaminen jää usein tekemättä. Kirjaamista pidetään tärkeänä, mutta sen toteuttaminen vaatii jatkuvaa harjoittelua.

*"kyl sen lääkkeen viä kirjaa, mut sit se ei vaikuttiko vai ei ni se usein jää"*

Kivunhoidon kehittäminen nähtiin jatkuvana toimintana, josta on huolehdittava. Hoitosuosituksen käyttöönotto koettiin hyvänä projektina, mutta kehittäminen ei saa loppua projektin loppumiseen, vaan kehittämisen on jatkuttava koko ajan. Pienen yksityisen yksikön on tärkeää pysyä ajan tasalla aina, kun jotain uusia mahdollisuuksia kivunhoitoon tulee.

## 9.2 Kivunhoitotyön koulutuksen järjestäminen ja laadun ylläpitäminen

Hoitosuosituksen käyttöönotto -projektiin liittyvät koulutustilaisuudet koettiin hyödyllisinä ja menetelmää pidettiin hyvänä. Koulutustilaisuuksien suurin hyöty koettiin siinä että se oli mahdollistettu kaikille hoitajille. Keskustelumalli koettiin hyväksi, koska suosituksessa ei varsinaisesti tullut mitään uutta tietoa hoitajille, mutta jo tiedossa olevien asioiden kertaaminen ja perusteleminen auttoi tehostamaan omaa toimintaansa. Kriittinen oman toiminnan tarkastelu koettiin hyväksi. Koska haastateltavilla oli halu kehittyä, eivät koulutustilaisuudet tuntuneet turhilta.

*"Se oli hyvä ku päästii kaikki"*

*"et olis kaikil sitä koulutusta"*

Kivunhoidon koulutusta tulisi olla hoitajien mielestä aina tarpeen mukaan, mutta vähintään kerran vuodessa, ettei se unohdu. Koulutusta tulisi olla aina, kun siihen on tarvetta, eli kun on tullut jotain uutta, joku on käynyt koulutuksessa tai jossain on huomattu ongelmia. Kouluttajaksi haastateltavien mielestä käy kuka tahansa, jolla on asiasta tietoa ja jotakin kerrottavaa.

*"kerran vuodes olis hyvä ol jotai, koska muute se jää"*

*"et jos joku o käyny jossai ni tois sit sitä tiatoo"*

Koulutusten lisäksi kivunhoidon laatua voidaan kehittää ja ylläpitää myös monilla muilla menetelmillä. Vierailut muihin vastaaviin organisaatioihin voisivat olla yksi opettavainen tapa kehittää omaa toimintaa. Samoin yhteistyö keskussairaalan kanssa ja kansallisiin kivunhoidon koulutuksiin osallistuminen olisivat tärkeitä. Lisäksi laatua voidaan ylläpitää keräämällä palautetta potilailta ja leikkaavilta lääkäreiltä.

*"Olis' kiva nähdä miten muualla hoidetaan, et niit tutustumiskäyntej"*

## **10 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUMINEN**

Projektisuunnitelma muuttui ja täsmentyi kehittämisprojektin aikana, kuten tämän tyyppiselle projektille on ominaista. Projektipäällikkö ja projektiryhmä eivät kokeneet muutoksia ongelmina, mutta kirjallisuuskatsausta laajennettiin vielä kehittämisprojektin loppumetreille asti uusien aiheeseen liittyvien artikkelien myötä. Hoitosuosituksen käyttöönotto useita menetelmiä hyväksikäyttäen oli aikaa vievä ja vaativa prosessi. Projektipäällikön oma jaksaminen oli usein koetuksella, mutta alusta asti projektipäällikkö pyrki tietoisesti siihen, etteivät omat paineet näkyisi kohderyhmälle.

Kehittämisprojektin lopputuotoksena heräämöhoitajat yhdessä projektipäällikön kanssa kokosivat yhteen tärkeimmät asiat kivunhoidossa ja loivat oman yksinkertaistetun ohjeistuksen yksikön käyttöön. Tämä ohjeistus talletettiin Porin Lääkäritalon omiin toimintaohjeisiin, josta siihen on jokaisella työntekijällä mahdollisuus päästä tutustumaan. Ohjeistuksen päivitys tapahtuu säännöllisesti muiden ohjeiden päivityksen yhteydessä. Ohjeistus sisältää suosituksessa mainittuja asioita, mutta ne on jaoteltu leikkausta ennen, leikkauksen aikana ja

leikkauksen jälkeen tapahtuviksi toiminnoiksi, joilla voidaan ehkäistä tai hoitaa leikkauksen jälkeistä kipua. Ohjeistuksen avulla varmistetaan hoitosuosituksen käyttö myös jatkossa.

Kohderyhmä ja koko kohdeorganisaatio oli alusta alkaen aktiivisesti mukana projektin toteutumisessa. Projektin toteuttamiselle annettiin aikaa ja siitä keskusteltiin työyhteisön muidenkin jäsenten kanssa. Projektin keskeinen vaihe olivat koulutustilaisuuden ja niiden jälkeen toteutetut ryhmähaastattelut. Ryhmähaastatteluissa esiin tulleista kehittämisideoista osaan tartuttiin heti, osa jäi vielä odottamaan toteutumistaan.

Toinen kotisoitto potilaille leikkauksen jälkeen oli yksi haastatteluista esiin noussut kehittämiskohde, johon tartuttiin heti. Projektin loppuessa käytössä on toinen kotisoitto niille potilaille, jotka kertovat olevansa kipeitä ensimmäisen kotisoiton yhteydessä. Toinen heti toteutettu ehdotus oli tutustumiskäynnit muihin vastaaviin yksiköihin ja niistä raportointi muille. Projektipäällikkö itse kävi tutustumassa kivunhoitoon Gibraltarin sairaalassa ja raportoi siitä muulle työyhteisölle sähköpostitse ja yksikköpalaverissa kuvien ja lyhyen esityksen avulla. Tiiminvetäjät ja yksikön esimies puolestaan vierailivat Tampereella yksityissairaalassa ja toivat sieltä terveisiä koko yksikölle. Nämä vierailut koettiin hyödyllisiksi ja sellaisiin aiotaan jatkossakin antaa mahdollisuuksia. Projektin aikana toteutettiin muutamia pieniä mutta tarpeellisia hankintoja, kuten projektipäällikön esittelemä kirja "Akuuttihoidon lääkkeet" (Ruokonen, Ala-Kokko, Koivula & Parviainen, 2014) sekä uusien VAS-mittareiden hankinta.

Vielä toteumistaan odottamaan jäi palautteen hankkiminen potilailta heidän kokemastaan kivunhoidosta ja leikkaavien lääkäreiden palaute kipua kärsivien potilaiden määrästä jälkitarkastuskäynneillä. Nämä kehittämisideat vaativat



potilaiden yksilöllisyyden ja tietosuojatekijöiden vuoksi tarkempaa harkintaa ja jäävät yksikön sisäisiksi ratkaisuuksi.

## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kokonaisuudessaan projektipäällikkö oli tyytyväinen projektin toteutumiseen. Kohdeorganisaation kiinnostus aiheeseen oli alusta asti hyvä eikä muutosvastarintaan törmätty projektin aikana. Kivunhoidossa tapahtui muutosta parempaan suuntaan jo projektin aikana ja kehitys jatkuu vielä projektin jälkeenkin. Projektiin kuuluvan tutkimuksellisen osuuden tavoite saavutettiin ja ryhmähaastattelusta saatujen tietojen pohjalta projektin loppuajana vahvistettiin haastattelussa esiintyneiden heikkouksien kuten kirjaamisen ja yhteistyön toteuttamista keskustelemalla henkilökunnan kanssa. Kivunhoidon jatkokoulutuksen toteuttamisesta keskusteltiin yksikön esimiehen kanssa ja jatkuvaan koulutukseen pyritään antamaan resursseja vuosittain.

Aiempien tutkimusten perusteella valitut moniosaiset käyttöönoton menetelmät vaikuttivat toimivilta, mutta suurin myötävaikuttanut tekijä projektin onnistumiselle oli henkilökunnan oma kiinnostus aiheeseen sekä halu kehittyä. Projektin toteuttamiselle annetut resurssit, kuten aika ja johdon tuki, edesauttoivat projektin etenemisessä, kuten aiemmissakin tutkimuksissa oli havaittu (Francke, Smit, de Veer & Mistiaen 2008; Bahtsevani, Willman, Stoltz & Östman 2010, 514-521; Sipilä & Lommi 2014, 832-839).

Kehittämiskojeektin tavoitteena oli käyttöönottaa kivun hoitotyön suositus sekä kouluttaa henkilökuntaa kivunhoidon osalta. Kyseinen hoitotyön suositus on käytössä ja henkilökunta on saanut kivunhoidon koulutusta projektin aikana,

joten tavoitteen voidaan todeta toteutuneen. Tarkoituksena oli yhtenäistää osaston käytäntöjä leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa sekä tuoda tehokkuutta kivunhoitoon ja näin parantaa myös asiakastytyvääsyyttä. Osaston käytännöt ovat yhtenäistyneet yhdessä laaditun ohjeistuksen sekä yhteisen keskustelun ja pohdinnan kautta. Haastattelussa saatujen tietojen pohjalta voidaan myös todeta kivunhoidon tehostuneen ja asiakastytyvääsyyden parantuneen ainakin hoitajien näkökulmasta.

Projektipäällikkö sai projektin aikana hyödyllistä kokemusta projektin vetäjänä toimimisesta ja kiinnostui tämänkaltaisesta työstä. Projektin lopussa projektipäällikkö havaitsi monta seikkaa, jotka olisi voinut tehdä toisin tämän kokemuksen pohjalta, mutta ensimmäiseksi projektiksi kaikki sujui ilman suurempia ongelmia. Itsenäinen työskentely yhdistettynä yhdessä tekemiseen yhteisen päämäärän tavoittelemiseksi oli projektipäällikölle mieleinen tapa työskennellä. Projektin aikana ohjausryhmän ja projektiryhmän tuki oli tärkeä eteenpäin vievä voima, joka auttoi projektipäällikköä etenemään suunnitelman mukaisesti.

Projektin avulla saavutettua kivunhoidon laatua tulee ylläpitää myös jatkossa. Hoidon laadun pysyvyys voitaisiin jatkossa taata kehittämällä palautejärjestelmä, joka sisältäisi potilaan henkilökohtaisen kivunhoidon arvioinnin sekä lääkärin tekemän palautteen jälkitarkastuksesta. Henkilökunnan yhteiset palautekeskustelut kivunhoidon onnistumisesta säännöllisin väliajoin voivat vahvistaa laadukkaan yhteistyön toteutumista kivunhoidossa.

## LÄHTEET

Asetus 2009. Sosiaali ja terveystieteiden lautakunnan asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 29.7.2014 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P. & Östman, M. 2010. Experiences of the implementation of clinical practice guidelines - interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (3), 514-522.

Bornemann-Cimenti, H. Stöcklegger, S. W., Szilagyi, I.-S., Halb, L., James, R. L. & Sandner-Kiesling, A. 2014. The influence of sexes on postoperative pain. *Acute and chronic pain management. European Journal of Anaesthesiology* 31, 222.

Burns, N. & Grove, S. K. 2009. *The Practice of Nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. Sixth edition.* Missouri: Saunders Elsevier. 29-30 ja 632-639.

Duncan, F. 2011. Prospective observational study of postoperative epidural analgesia for major abdominal surgery. *Journal of Clinical Nursing* 20 (13-14), 1870-1879.

Elomaa, M. & Estlander, A.-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. ja Vainio, A. (toim.) *Kipu. Duodecim*. 245-251.

Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. E. & Mistiaen, P. 2008. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 8.

Fredrickson M. J., Kirshnan S. & Chen C. Y. 2010. Postoperative analgesia for shoulder surgery: a critical appraisal and review of current techniques. *Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* 65 (6), 608-624.

Goodin, B. R. & Bulls, H. W. 2013. Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full. *Current Pain and Headache Reports*. New York: Springer.

Hagelberg, N. & Haanpää, M. 2015. Voiko kivun kroonistumista ehkäistä? Katsaus. *Duodecim* 131, 249-254.

Haanpää, M. & Salminen, J. J. 2009. Kipu. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. ja Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysioterapia. Duodecim*. 54-73.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. ja Vainio, A. (toim.) Kipu. Duodecim. 278-294.

Hamunen, K. & Tiippana, E. 2011. Leikkauksen jälkeistä kipua ennustavat tekijät. Kipuviesti 2, 14-17.

Hauck, S., Winsett, R. & Kuric, J. 2013. Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. Journal of Advanced Nursing 69 (3), 664-674.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki. 15.-16.painos. 205-206.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca.

IASP 2014. International Association for the Study of Pain. Viitattu 28.7.2014. Saatvissa: [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).

IHI 2014. Institute for Health Care Improvement. Viitattu 26.8.2014. [www.ihl.org](http://www.ihl.org).

Ilmarinen, R., Lindholm, H., Läärä, J., Peltonen, O.-M., Rintamäki, H. & Tammela, E. 2011. Hypotermia, Kylmän haitat työssä ja vapaa-aikana. Työterveyslaitos. 10-26.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. ja Vainio, A. (toim.) Kipu. Duodecim. 52-63.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Wsoy pro. 28-32 ja 84-99.

Kontinen, V., Jokela, R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen, K. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. Finnanest 45 (2), 119.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. EDITA. Helsinki. 84-129.

Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro oy. 29-53.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu: 12.6.2014 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Leino-Kilpi, H. 2010. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. WSOY. 367.

Lempinen, J., Kontinen, V. K., Paavola, M., Isojärvi, J., Roine, R. P. & Ikonen, T. S. 2011. Haavan kestopuudutus leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Lääkärilehti 66 (3), 167-172.

Lewansdwska, A., Filip, R. & Mucha, M. 2013. Postoperative pain combating and evaluation of patient's satisfaction from analgesic treatment. Annals of Agricultural an Environmental Medicine. 1, 48-51.

Lindley, P., Pestano, C. R. & Gargiulo, K. 2009. Comparison of postoperative pain management, using two patient-controlled analgesia methods: nursing perspective. Journal of Advanced Nursing 65 (7), 1370-1380.

Matsota, P., Christodouloupoulou, T., Smyrnioti, M. E., Pandazi, A., Kanellopoulos, I., Koursoumi, E., Karamanis, P. & Kostopanagiotou, G. 2013. Music's use for anesthesia and analgesia. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 19 (4), 298-307.

Mattila, L.-R., Melender, H.-L. & Häggman-Laitila, A. 2014. Tutkimusklubi näyttöön perustuvan hoitotyön edistämässä ja implementoinnissa : järjestelmällinen katsaus. Tutkiva hoitotyö 12 (2) 23-35.

Meretoja, T. 2014. Leikkauksen jälkeinen kroonistuva kipu ja sen riskitekijät. Kipuviesti 1, 22-23.

Meriö, A. 2009. Hoitotyön tutkimusklubit tuovat teorian käytäntöön. Sairaanhoitaja 82 (12) 29-31.

Nurminen, M.-L. 2011. Lääkehoito. WSOYpro oy. 10-12, 288-304, 516-522.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Duodecim. 237-239.

Porin Lääkäritalo 2014. Porin lääkäritalon nettisivut. Viitattu 26.7.2014. [www.porinlaakaritalo.fi](http://www.porinlaakaritalo.fi).

Pöyhiä, R. 2014. Kivun hoito. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Duodecim. 145.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 12.6.2014. [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi).

Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Kivun voimakkuuden arviointi. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. 871-877.

Savoia, G., Alampi, D., Amantea, B., Ambrosio, F., Arcion, F., Berti, M., Bettelli, G., Bertini, L., Bosco, M., Casati, A., Castelletti, I., Carassiti, M., Coluzzi, F., Constantini, A., Danelli, G., Evangelista, M., Finco, G., Gatti, A., Gravino, E., Launo, C., Loreto, M., Mediati, R., Mokini, Z., Mondello, E., Palermo, S., Paoletti, F., Paolicchi, A., Petrini, F., Piacevoli, Q., Rizza, A., Sabato, A. F., Santangelo, E., Troglio, E. & Mattia, C. 2010. Postoperativetreatment SIAARTI Recommendations 2010 Short version. Minerva Anestesiologica 76 (8), 657-667.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö. Helsinki. 49-51.

Sipilä, R. & Lommi, M.-L. 2014. Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Duodecim 130, 832-839.

Stallings, A., Borja-Hart, N. & Fass, J. 2011. Strategies for reinventing journal club. American Journal of Health-System Pharmacy 68 (1), 14-16.

Steele-Moses, S. K. 2009. Developing a Journal Club at Your Institution. Clinical Journal of Oncology Nursing. 13 (1), 109-112.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Viitattu 12.6.2014. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Tiippana, E. 2015. Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? Suomen Lääkärilehti 70 (1-2), 48-53.

Tulehduskipulääkkeet: Käypä hoito -suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 31.7.2014. Saatavilla: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Vaajoki, A., Pietilä, A.-M., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. Effects of listening to music on Pain intensity and pain distress after surgery: An intervention. *Journal of Clinical Nursing* 21 (5-6), 708-717.

van Dijk, J. F. M., Kappen, T. H., van Wijck A. J. M., Kalkman, C. J. & Schuurmans, M. J. 2012. The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. *Journal of Clinical Nursing* 21, 3018-3024.

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Zwolsman, S., van Dijk, N., Te Pas, E. & Wieringa–de Waard, M. 2013. Barriers to the use of evidence-based medicine: knowledge and skills, attitude, and external factors. *Perspectives on Medical Education* 2 (1), 4-13.

Julkaisemattomat lähteet:

Koivumäki, T. 2014. Vuodeosaston sairaanhoitajan näkemyksiä kivunhoidosta Porin lääkäritalon sairaalassa vuonna 2014. Porin lääkäritalon sairaala.

Koivusalo, A.-M. 2013. Hoitotyön suosituksen käyttöönotto Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Sähköpostikeskustelu 21.8.2014.

Rintala, E.-L. 2014. Porin lääkäritalon laatujärjestelmä ja laadunvalvonta. Toimintajärjestelmä. Porin lääkäritalon omat asiakirjat.

Saarelainen, O. 2014. APS-sairaanhoitaja Meilahden sairaala. Sähköposti keskustelu 9.6.2014.

Suuriniemi, M. 2014. Porin Lääkäritalon omat asiakirjat.

## Ryhmähaastattelun runko

1. Ajatuksia hoitosuosituksesta
  - a. Millaisena koit hoitosuosituksen aluksi? Entä nyt?
  - b. Millaisia uusia taitoja hoitosuosituksen käyttöön otto on vaatinut?
  
2. Koulutusten toteutuminen
  - a. Miten koulutustilaisuudet oli mielestäsi järjestetty?
  - b. Mitä koulutuksessa olisi voinut olla enemmän/vähemmän?
  - c. Kuinka usein kivunhoidon koulutusta tulisi mielestäsi järjestää jatkossa?
  
3. Käytännön toiminnan muuttuminen
  - a. Mitkä tekijät ovat edistäneet/estäneet toiminnan muuttumista?
  - b. Millä keinoilla kivun hoitotyön laatua voidaan ylläpitää?
  
4. Kivunhoidon laadun paraneminen
  - a. Onko kivun hoitotyö sairaalassa muuttunut suosituksen käyttöönoton myötä?
  - b. Onko muutos ollut hyödyllistä?
  
5. Kehittämistä kivun hoitotyön toteuttamisessa
  - a. Miten kivun hoitotyötä vielä voitaisiin tehostaa/kehittää?



## Aineiston analysoinnin tukena käytetty taulukko

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"kaikki o nähny sen tärkeeks" "mä oon aina pitäny kivunhoitoa kauheen tärkeenä"	Aihe on koettu tärkeäksi	Ensireaktiot hoitosuosituksen käyttöönotosta herättivät kysymyksiä, mutta aihe koettiin tärkeäksi ja omaa toimintaa halutaan kehittää	Kivunhoidon kehittäminen nähdään tärkeänä yhteisenä projektina
"Herätti hämmästyttä et semmosii tuloksii on tullu ettei oo saanu kipulääkettä, et hyvä et tämmösii nostetaa sit esii"	Hyvä nostaa esille tutkimustuloksia		
"Mitä konkreettista, siin' on paljon asiaa, mut miten se on niinku käytännöllistä"	Hoitosuosituksessa on paljon asiaa, mutta mitä se tarkoittaa käytännössä		
"se herätti meis keskusteluu"	Herätti keskustelua		
"aika muutoshalune porukka o" "halus tiätää et miten mä voin ite muuttaa sitä käytäntöö"	Henkilökunta halukas kehittymään		
"sit haluu et meil olis niinko viimisen pääl"	Halutaan tarjota parasta mahdollista hoitoa		
"kyl tää viä aikaa"	Kivunhoidon kehittäminen vie aikaa	Kivunhoidon kehittäminen on yhteinen tehtävä, johon on oltava riittävästi resursseja	
"kaikki ei riipu meistä"	Kaikkiin tekijöihin ei voi vaikuttaa		
"se o semmost yhdestekemist"	Yhteistyö on tärkeää		
"kyl meil ollaa aika kriittisii" "pystyttii aika hyvi keskustelea"	Vapaamuotoiset koulutustilaisuudet antoivat mahdollisuuden keskusteluun	Koulutustilaisuudet koettiin hyödyllisiksi	Käyttöönoton keskeisin menetelmä oli toimiva, henkilökunta oli mukana muutoksessa ja on kokenut muutoksen hyödyllisenä
"on ollu hyödyllistä"	koettiin hyödylliseksi		
"se oli hyvä et se mahdollistettii kaikil" "Se oli hyvä ku päästii kaikki"	Koulutustilaisuudet oli mahdollistettu kaikille		
"hyvä ku päästii yhdes keskustelea ni sit kuulee"	Hyvä kuulla muiden ajatuksia		

<i>toisten ajatuksia"</i>			
<i>"Ei oo meille tullu mitään uusia, mitä ois pitäny opetella"</i>	Suosituksen käyttöönotto ei vaatinut uusien taitojen opettelua	Uusia taitoja ei tarvittu, mutta muistuttaminen on tärkeää.	
<i>"nyt tarvis uudestaa varmaa lukee se"</i> <i>"kyl se ain virkistää, ettei tee vaa nii automaattisesti"</i>	Muistutus on hyödyllistä		
<i>"kyl toho ohjaamiseen o kiinnittäny huomioo"</i>	Ohjaamiseen on panostettu enemmän	Omaan toimintaan on kiinnitetty huomiota	Käyttöönotto on aiheuttanut muutosta ja kehitystä joka jatkuu edelleen
<i>"Aluks ajatteli et kyl meil hoidettii hyvin, mut sit matka varrel alko niinko enempi kiinnittää huomioo siihe"</i>	Vaikka aluksi ajatteli että hyvin jo hoidetaan niin parannettavaa löytyi		
<i>"asentoo ja muita on niit käytetty ennenki"</i>	Asentohoitoa ja muita menetelmiä on käytetty ennenkin		
<i>"ei siit voi ol haittaa et miettii omia tekemisiään"</i>	Oman toiminnan tarkastelu hyödyllistä		
<i>"et sitä muistuttamist ei voi tehdä liikaa"</i> <i>"et se selittämine sit kyl monesti auttaa"</i>	potilaiden ohjaaminen ja ohjeiden selittäminen on hyödyllistä	Muutoksia on havaittu	
<i>"se et on siin kokoajan läsnä"</i>	On oltava koko ajan läsnä		
<i>"vaikka potilaat on ollu kipeitä ni ne on lähteny tyytyväisempinä"</i>	Potilaat olleet hoitajien mielestä tyytyväisempiä kivunhoitoon		
<i>"kyl sitä on alkanu ajattelee iha eri taval"</i>	Ajatukset kivunhoitoa kohtaan ovat muuttuneet		
<i>"On noit pahoinvoivii ollu ny vähemmä"</i>	Pahoinvoivia potilaita ollut vähemmän		
<i>"suunta o oikea"</i>	kehityksen suunta on oikea		
<i>"Niil tiätyil palikoil sit pelataa"</i> <i>"et ku meil ei oo kaikkii eri mahdollisuuksii"</i>	Keinot ovat rajalliset, joten kaikkia keinoja muistettava käyttää	Kivunhoidon parhaan mahdollisen toteutumisen esteitä ovat hoitajista riippumattomat tekijät	Hoitajat eivät voi vaikuttaa kaikkiin kivunhoidon laatuun vaikuttaviin tekijöihin.
<i>"ne puudutukset olis tärkeitä"</i>	puudutukset olisi tärkeitä		
<i>"jos oot yksin, ni sit täytyy ol potilas omatoimine"</i>	Hoitajan ollessa yksin, potilaan on oltava		Kirjaamista hoitajat voivat vielä kehittää

	omatoiminen		ja potilaan kivun arviointi on jatkuvaa oppimista.
<i>"ne on tärkeit dokumentteit"</i>	Potilasasiakirjat ovat tärkeitä	Kirjaamiseen tulee panostaa edelleen	
<i>"se kirjaamine ontuu vielä"</i>	Kirjaamisessa olisi parannettavaa		
<i>"eri potilail huomaa, et millai sitä kipuu tulkittee"</i>	Kivun tulkinta on yksilöllistä	Kivun arviointi ja tulkinta on jatkuvaa oppimista johon kokemus tuo varmuutta	
<i>"se tulkinta, et yks kysymys ei riitä"</i>	Pelkkä yksi kysymys ei riitä kivunarviointiin	Kivunhoidon on oltava yksilöllistä	
<i>"sitä oppii vaistoomaa et kuka o kipee"</i>	Hoitaja vaistoa kuka on kipeä		
<i>"se yksilöllisyys"</i> <i>"pitäs kattoo vähä yksilöllisemmi"</i>	Yksilöllisyys kivunhoidossa tärkeää		
<i>"Olisi kiva nähdä miten muualla hoidetaan, et niit tutustumiskäynteit"</i>	Tutustumiskäyntejä muihin sairaaloihin kaivataan	Koulutuspäiviin ja tutustumiskäynneille muihin sairaaloihin osallistuminen ja niistä raportointi olisivat hyödyksi	Kivunhoidon laatua voidaan ylläpitää ja koulutusta järjestää tutustumalla muihin sairaaloihin, käymällä koulutuksissa, tekemällä yhteistyötä sekä oman yksikön sisällä, että sen ulkopuolella sekä keräämällä palautetta potilailta ja leikkaavilta lääkäreiltä.
<i>"Kipupäiville olisi kiva osallistua"</i>	Ajankohtaisen tiedon saaminen on tärkeää		
<i>"Keskussairaalan kipuhoidajan kanssa yhteistyötä"</i>	Yhteistyö keskussairaalan kipuhoidajan kanssa		
<i>"et olis kaikil sitä koulutusta"</i> <i>"et jos joku o käyny jossai ni tois sit sitä tiatoo"</i>	Koulutusta kaikille. Jos ei jokainen pääse koulutukseen niin ainakin tuo viestiä siitä mitä on oppinut	Vuosittain tai uuden tiedon ilmetessä koulutusta kaikille	
<i>"kerran vuodes olis hyvä ol jotai, koska muute se jää"</i>	Koulutusta kerran vuodessa		
<i>"mä olisin halunnu et olis keskusteltu siit laste kivuhoidos"</i> <i>"et jos jotai jatkoo ni sitä laste kivuhoidoo"</i>	Lasten kivunhoidosta haluaisi koulutusta		
<i>"jälkitarkastuksista kirurgit vois kertoa palautetta"</i> <i>"niist pitäis saada tiatoo, et noi leikkaavat lääkärit kans tois sitä viästii niist"</i>	Potilaiden toipumisesta haluttaisiin palautetta	Palaute ja yhtenäiset ohjeet ylläpitävät laatua	

<i>jälkitarkastuksista"</i>			
<i>"se o sitä laatu et ois yhtenäiset ohjeet"</i> <i>"et ollaa ajantasa"</i> <i>"et panostetaa siihe ohjauksee, et mitä voi tehdä ite"</i>	Yhtenäiset ohjeet takaa laadun		
<i>"toisen kotisoiton alottaminen"</i> <i>"et sit otettas oikeesti joku vastuuhenkilö joka alkas niit toisii kotisoitto tekemää"</i>	Kipua kokeneille potilaille soitettaisiin kotiin vielä toisen kerran		
<i>"vois keskustella et mitä ois voinu tehdä toisi, olisko toinen vaihtoehto"</i> <i>"ehkä vahvistettas sitä et ollaan tiimi"</i>	Voisi keskustella anestesia­lääkärin kanssa yhteistyössä enemmän	Yhteistyö tiiviimmäksi	
<i>"Et mietittäis ain yhdessä niitä et mitä vois viä tehdä paremmi"</i>	Mietittäisiin yhdessä mitä voisi tehdä paremmin		



## TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terhy

### TUTKIMUSTIEDOTE

Hoitosuosituksen käyttöönoton toteutuminen -tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä leikkauksen jälkeinen kivunhoito näyttöön perustuvaksi, joka liittyy Porin Lääkäritalon jatkuvaan laadun parantamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten hoitotyön suosituksen käyttöönotto on onnistunut ja miten kivunhoidon koulutusta tulisi jatkossa järjestää. Tarkoituksena on ryhmähaastattelusta saatujen vastausten avulla varmistaa hoitosuosituksen käyttöönotto projektin toteutumiseksi ja löytää keinot, joilla ylläpidetään hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidosta jatkossa.

Tutkimusaineistoa kerätään haastattelun avulla vakituisilta heräämö- ja vuodeosasto hoitoon osallistuvilta sairaanhoitajilta (N = 5). Aineiston keruu tapahtuu tammi-helmikuun 2015 aikana. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämissuorituksen toteutumisen arviointiin. Tutkimukselle on saatu lupa toimialajohtajalta 12.11.2014.

Tutkimuksesta saa lisätietoja:

Jenna Pukkila

Sairaanhoitaja, yamk-opiskelija

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Puh. -----

[jenna.pukkila@students.turkuamk.fi](mailto:jenna.pukkila@students.turkuamk.fi)

## HAASTATTELUN SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: Leikkauksen jälkeinen kivunhoito näyttöön perustuvaksi

### Hyvä sairaanhoitaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on selvittää miten hoitotyön suosituksen käyttöönotto on onnistunut ja miten kivunhoidon koulutusta tulisi jatkossa järjestää. Tarkoituksena on ryhmähaastattelusta saatujen vastausten avulla varmistaa hoitosuosituksen käyttöönotto projektin toteutumiseksi ja löytää keinot, joilla ylläpidetään hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidosta jatkossa. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Porin Lääkäritalon jatkuvaan laadun hallintaan. Lupa aineiston keruuseen on saatu toimialajohtajalta 12.11.2014. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle ennen haastattelun alkua. Haastatteluun on varattu aikaa yksi tunti.

Osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää tutkimusjoukon pienen koon vuoksi. Haastattelu nauhoitetaan, mutta haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Tutkimuksen valmistuttua nauhoite hävitetään, eikä sitä käytetä muuhun kuin tämän tutkimuksen tulosten analysointiin. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on THT -----, yliopettaja, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen,

Jenna Pukkila

Sairaanhoitaja (AMK), yamk-opiskelija

jenna.pukkila@students.turkuamk.fi

-----  
Leikkauksen jälkeinen kivunhoito näyttöön perustuvaksi –opinnäytetyön tutkimusosuus

### Tietoinen suostumus haastateltavaksi

- Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Paikka ja päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimen selvennys \_\_\_\_\_

Yhteystiedot (tarvittaessa) \_\_\_\_\_