

APS - KIPUTIIMIN TUKI KESKI-SUOMEN KES- KUSSAIRAALAN KIRURGISILLA VUODEOSAS- TOILLA

Laura Herranen
Pirkko Naukkarinen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



Tekijä(t) HERRANEN Laura NAUKKARINEN Pirkko	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 11.04.2013
	Sivumäärä 54	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi APS- kiputiimin tuki Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HOLMA Sinikka RATINEN Pirkko		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaalan APS - kiputiimi		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Keski-Suomen Keskussairaalan APS - kiputiimin kipuhoitajien kanssa. Työn tarkoituksena oli kartoittaa kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön koulutustarpeita postoperatiivisessa kivunhoidossa ja kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön odotuksia kipuhoitajien toiminnan suhteen. Työn tavoitteena oli tuottaa pohjatietoa APS - kiputiimin toiminnan ja postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseksi Keski-Suomen keskussairaalassa.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselyllä, joka toteutettiin sähköisenä Webropol -kyselynä. Tutkimusjoukkona oli Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstö, joista kohderyhmäksi otoksena valittiin kahden kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilöstö. Kyselylomakkeen sai yhteensä 63 (=N) hoitajaa. Vastauksia saatiin 18 (=n). Vastausprosentti oli 28.57 %.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan kipuhoitajan antama monipuolinen koulutus ja ohjaus koettiin tärkeäksi tueksi kirurgisilla vuodeosastoilla tapahtuvassa hoitotyössä. Joiltakin osin kipuhoitajien tarjoama koulutus ei vastannut hoitohenkilöstön odotuksia. Erityisesti toivottiin osastotunneilla tapahtuvaa koulutusta. Lisäkoulutusta kivunhoidon erityismenetelmien ja niiden seurannan lisäksi toivottiin kivun arvioinnin, kivunhoidon kirjaamisen ja potilasohjauksen suhteen. Vastauksissa oltiin pääosin tyytyväisiä vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön, mutta osa vastaajista kaipasi parempaa tiedottamista erityisesti osastokierroista. Vain pieni osa vastaajista oli saanut perehdytyksen kivunhoidon erityismenetelmiin kipuhoitajalta. Vastaajat kokivat tärkeäksi kipuhoitajan antaman postoperatiivisen potilasohjauksen kivunhoitoon liittyen.</p> <p>Alhaisesta vastausprosentista johtuen tutkimustuloksiin tulee suhtautua kriittisesti. Tuloksia voitaneen pitää kuitenkin suuntaa-antavina kipuhoitajan toiminnan ja postoperatiivisen kivunhoidon kehittämisen kannalta, sillä tutkimustulokset ja palautteet kipuhoitajalle olivat varsin kattavia ja monipuolisia.</p>		
Avainsanat (asiasanat) APS- kiputiimi, postoperatiivinen kivunhoito, kivunhoidon erityismenetelmä, kvantitatiivinen tutkimus, Webropol- kysely		
Muut tiedot Liitteenä kyselytutkimus ja tutkimuksessa käytetty saatekirje, 8 sivua.		

Author(s) HERRANEN Laura NAUKKARINEN Pirkko	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 11.4.2013
	Pages 54	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title The support of APS - team for the surgical ward nurses at Central Finland Central Hospital		
Degree Programme Degree Programme in nursing		
Tutor(s) HOLMA Sinikka RATINEN Pirkko		
Assigned by APS-team of Central Finland Central Hospital		
<p>Abstract</p> <p>This Bachelor's Thesis has been compiled in cooperation with the APN (Acute Pain Nurses) of Central Finland Central Hospital. The purpose of the thesis was to survey the need of education of surgical ward nurses in postoperative pain management and their expectations for the APN. The aim of the study was to collect background information for the development of postoperative pain management and the APS-team (Acute Pain Service) in the Central Finland Central Hospital.</p> <p>The research material was collected with a semi-structured internet based Webropol-inquiry. The research group consists of nurses from the surgical wards of Central Finland Central Hospital of which as a sample, staff of two wards were selected. The inquiry was sent to 63 nurses via e-mail, of which 18 responded. Thus the response was 28.57%.</p> <p>According to the research results, comprehensive education and supervision presented by APN, was seen as an important contribution for postoperative pain management on the surgical wards. In some respects the education didn't meet the expectations of the ward nurses. Particularly training at the department meetings was expected. Additional training in special analgesia techniques and the assessment of the methods was requested. Additional training in assessment and documentation of pain was expected as well as training in patient education. Only a minor group of the respondents had been orientated for the postoperative pain management by the APN. The results indicate that the ward nurses were mostly satisfied with the interaction and the cooperation with the APN, better information of ward rounds were expected. The respondents felt that the patient education provided by the APN was also important.</p> <p>Due to the low response, the representation of the results is questionable. However the research results can be considered as indicative background information for the development of postoperative pain management and the APS-team as the feedback was comprehensive.</p>		
<p>Keywords</p> <p>Acute Pain Service, postoperative pain management, special analgesia technique, quantitative research, webropol-survey</p>		
<p>Miscellaneous</p> <p>The inquiry and the cover letter is inserted; 8 pages</p>		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisilla vuodeosastoilla	4
2.1	Postoperatiivinen kipu	4
2.2	Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka	5
2.3	Kivunhoidon arviointi ja kirjaaminen	5
3	Kivunhoidon erityismenetelmät	7
4	Kansainvälinen APS – toiminnan malli	9
5	Kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstö osana APS – toimintaa	11
6	APS -toiminta Keski-Suomen keskussairaalassa	12
6.1	Toiminnan organisointi	13
6.2	Kipuhoitajan toimenkuva	14
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	15
8	Tutkimuksen toteuttaminen	16
8.1	Aineiston keruumenetelmä	16
8.2	Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	17
8.3	Tutkimusjoukko ja vastausprosentti	18
9	Tutkimustulokset	19
9.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	19
9.2	Odotukset kipuhoitajan toiminnalle	19
9.3	Oma osaamisesi postoperatiivisen kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen	25
10	Pohdinta	32
10.1	Tutkimustulosten tarkastelu	32
10.1.1	Odotukseni kipuhoitajan toiminnalle	32
10.1.2	Hoitohenkilöstön koulutustarpeet	34
10.2	Tutkimuksen luotettavuus ja katoanalyysi	36
10.3	Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä	39
10.4	Jatkotutkimusehdotukset	39
	Lähteet	41
	Liitteet	45
	Liite 1	45
	Liite 2	46

Kuviot

Kuvio 1 Tutkimuskysymys 4	20
Kuvio 2 Tutkimuskysymys 5	22
Kuvio 3 Tutkimuskysymys 8	26
Kuvio 4 Tutkimuskysymys 9	27
Kuvio 5 Tutkimuskysymys 10	29

1 Johdanto

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on edelleen yksi kirurgisen toiminnan haasteista. Huomion kiinnittäminen postoperatiiviseen kivunhoitoon ja sen kehittämiseen on merkityksellistä niin taloudellisista kuin humanitäärisistäkin syistä. Tehokkaalla kivunhoidolla voidaan vähentää leikkauksen jälkeistä sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä edistää potilaan toipumista. Vaikka postoperatiivisen kivunhoidon inhimillinen ja taloudellinenkin merkitys on ollut jo vuosikymmeniä asiantuntijoiden tiedossa, hoidetaan postoperatiivista kipua yhä edelleen epätarkoituksenmukaisesti. (Werner, Sørholm, Rotbøll-Nielsen & Kehlet 2002.)

Keski-Suomen keskussairaalassa on 1990-luvun alkupuolelta lähtien toiminut kansainvälisen APS – toimintamallin (Acute Pain Service) mukainen kiputiimi. Kiputiimin tehtävänä on tukea kirurgisilla vuodeosastoilla toteutettavaa postoperatiivista kivunhoitoa, kun potilaalla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä. Kiputiimin toiminnalla tavoitellaan postoperatiivisen kivunhoidon optimointia ja sen toiminta painottuu kivunhoidon erityismenetelmien käyttöön vuodeosastohoidossa.

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Keski-Suomen Keskussairaalan APS - kiputiimin kipuhoitajien kanssa. Työn tarkoituksena oli kartoittaa kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön koulutustarpeita postoperatiivisessa kivunhoidossa ja kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön odotuksia kipuhoitajien toiminnan suhteen. Hoitohenkilöstöllä tarkoitetaan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Työn tavoitteena oli tuottaa pohjatietoa APS - kiputiimin toiminnan ja postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseksi Keski-Suomen keskussairaalassa.

2 Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisilla vuodeosastoilla

2.1 Postoperatiivinen kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö IASP (International Association for the Study of Pain) on määritellyt kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, johon liittyy kudosaivurio tai sen uhka tai jota kuvailaan kudosaivurion käsittein” (Devor 2012).

Kipu on henkilökohtainen todellinen tunne, tila tai kokemus, jonka ihminen määrittelee kivuksi. Kipua ei tule vähätellä, sillä jokainen kokee sen omalla tavallaan. Kipua voi liittyä monenlaiseen tapahtumaan, kuten synnytykseen, tapaturmaan tai leikkaukseen. (Sailo & Varti 2000, 24, 30.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään APS – mallin mukaiseen postoperatiiviseen kivunhoitoon.

Postoperatiivinen kivunhoito kuuluu leikkauksen jälkeiseen hoitotyöhön hengityksen, verenkierron ja tajunnantason seurannan ohella (Kuurne & Erämies 2010). Postoperatiiviseen kipuun vaikuttavat potilaan ikä, sukupuoli, geneettiset tekijät, preoperatiivinen ahdistuneisuus ja aiemmat kipukokemukset. Leikkaus ja sen aikana käytetty anestesia-aiumuoto sekä kivunhoidon menetelmät vaikuttavat potilaan kokemaan kipuun. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 278-279.) Kivunhoidon menetelmän valintaan vaikuttaa mm. leikkauksen laajuus ja paikka. Riittävä kivunhoito on potilaan kannalta tärkeää, sillä se mahdollistaa liikkumisen, syvään hengittämisen ja yskimisen, jotka ilman kipulääkitystä voisivat olla kivuliaita toimintoja. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito nopeuttaa paranemista, mobilisaatiota ja kuntoutusta, vähentää komplikaatioita ja kivun kroonistumista sekä lisää potilastyytyväisyyttä. (Nelskylä 2011.)

2.2 Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka

Hoitohenkilöstön toimintaa Suomessa määrittelevät erilaiset lait ja eettiset ohjeet. Terveystieteiden lain tarkoituksena on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen (L 30.12.2010/1326). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sanoo ammattitoiminnan päämäärän olevan sairauksien ehkäisemistä, sairaiden parantamista ja kärsimysten lievittämistä (L 28.6.1994/559). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilas on oikeutettu saamaan hyvää ja laadukasta hoitoa (L 17.8.1992/785). Potilasasiakirjoja ja niihin kirjaamista on niin ikään säädelty laissa (L 9.2.2007/159).

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt leikkauksen jälkeisen hoidon ohjeet, joissa painotetaan kivunhoidon tärkeyttä (WHO 2003). Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n julkaisun (2001) mukaan terveydenhuollon päämääränä on ”terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen”. Tämän julistuksen pohjalta Sairaanhoidtajaliitto ja Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ovat laatineet eettiset ohjeet ammattikuntiansa käyttöön (Sairaanhoidtajaliitto 1996; Super 1996).

2.3 Kivunhoidon arviointi ja kirjaaminen

Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen kuuluvat hyvään kivunhoitoon. Kivunhoidon kirjaamisen vähimmäisvaatimukset ovat:

1. kivun voimakkuuden mittaaminen valitulla mittarilla
2. kivunhoitomenetelmä
3. kivunhoidon haittavaikutukset.

(Konttinen, Jokela, Ravaska, Rautarkopi, Hamunen 2012.)

Kivusta tulee arvioida sen sijainti ja voimakkuus. Jos potilas ei kykene kertomaan mihin koskee ja kuinka paljon, hänen eleitään voidaan tulkita. Otsan

rypistäminen, irvistys ja jännittynyt ilme ovat merkkejä kivusta, joita voi lukea kasvoilta. Rauhaton liikehdintä, vaikerointi ja äänekäs hengitys voivat myös kertoa kivusta. Toisaalta liikkumattomuus, kipeän kohdan varominen tai kyyneleet ovat hiljaisia merkkejä, joita tulisi osata tulkita. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010b.)

Kipumittarit ovat kivun arvioinnin apuvälineitä. Niiden avulla arvioidaan kivun voimakkuutta ja kipulääkkeen tarvetta sekä lääkkeen vaikutusta. Kipua voidaan kuvata mm. sanoilla, numeroilla, kiiloilla tai janoilla. Yleisimmin käytetty mittari on VAS- asteikko (Visual Analogue Scale), jonka toisessa päässä on kivuttomuus ja toisessa pahin mahdollinen potilaan kuvitteleva kipu. Toisella puolella on luvut nolasta kymmeneen, jotka kuvaavat kipua numeraalisena arvona. Jos potilas kokee kivun olevan 3 tai enemmän, on kipulääkitys riittämätöntä. (Mts.) Kivun voimakkuutta mitataan potilaskohtaisesti valitulla mittarilla ja se kirjataan sekä levossa että liikkeessä. Kivun voimakkuus ja kivunhoidon haittavaikutukset kirjataan vähintään kerran työvuorossa. (Konttinen ym. 2012.)

Kivunhoitomenetelmän suhteen tulee kirjata käytetty menetelmä, lääkeseoksen koostumus ja infuusionopeus. PCA- menetelmän kohdalla kirjataan lisäksi lääkekulutus sekä hoidon lopetuksen aika ja syy. Epiduraalisesta kivunhoidosta tulee kirjata verenpaine, sedaatioaste ja alaraajojen lihasvoima. Johtopuu-
dutuksissa mahdollisesti ilmaantuvat haittavaikutukset kirjataan. (Mts.)

Hoitohenkilöstön tulee olla ajan tasalla potilaan kivunhoidosta. Kivunhoidon tiedot tulee olla kirjattuna potilastietojärjestelmään, josta ne ovat helposti saatavilla. Hoitohenkilöstöllä on oikeus tarvittaessa saada koulutusta kivun mittaamisen ja kirjaamisen suhteen. (Mts.)

3 Kivunhoidon erityismenetelmät

PCA (Patient Controlled Analgesia) on kivunhoidon erityismenetelmä. Yleisemmin kipupumppu- nimellä tunnettu kipulääkeannostelija annostelee opioidin suonensisäisesti tai spinaalisesti, eli epiduraali- tai intratekaalitilaan. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 137–140.) Seuraavassa keskitytään suonensisäiseen PCA - menetelmään.

Kipupumppuun asetetaan lääkärin määräämät rajat kerta- ja enimmäisannoksesta, annosväli sekä mahdolliset lisäinfuusiot. Säädot ovat aina henkilökohtaisia ja niihin vaikuttaa mm. potilaan ikä ja paino. On hyvin tärkeää, että potilas ohjeistetaan käyttämään pumpppua turvallisen hoidon takaamiseksi. Ohjaus olisi hyvä antaa jo ennen leikkausta. Hoitohenkilöstön ammattitaito ja osaaminen ovat tärkeitä. (Mts. 140.) PCA - menetelmässä potilas voi itse toteuttaa kivunhoitoa, jolloin kipulääkkeen saamisessa ei tule viivettä vaan hän saa ohjelmoidun annoksen välittömästi nappia painamalla. PCA:ta suositellaan suurten, esim. vatsa- alueen tai rintaontelon, leikkausten jälkeen tai jos muu postoperatiivinen kipulääkitys ei tehoa. Potilaan vitaalielintoimintoja, sedaatioastetta ja kipua tulee seurata ja arvioida säännöllisesti. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010a.)

Epiduraalisessa kivunhoidossa lääkeseos annetaan selkäytimen epiduraalitilaan sinne asetetun katetrin avulla. Tällä kivunhoidon erityismenetelmällä saadaan aikaan vyöhykemäinen kivun lievitys. Vaikutusalue riippuu katetrin paikasta, joka valitaan leikkausalueen perusteella. Epiduraalisen kivunhoidon vasta-aiheita ovat hyytymishäiriöt, antikoagulaatio lääkitys ja paikallinen infektio. Käytettävä lääkeseos koostuu opioidista yksin tai yhdessä puuduteaineen kanssa, jolloin sillä on todettu olevan tehokkaampi vaikutus kivun lievityksessä. (Mts.)

Multirate® - infuusori on kertakäyttöinen infuusiopumppu, jonka avulla epiduraalista kivunhoitoa voidaan toteuttaa. Multirate® - infuusori sopii hyvin liikkuvan potilaan kivunhoitoon, sillä sen toiminta perustuu elastomeerisen lääkeballongin mekaaniseen tyhjentymiseen. Multirate® - infuusorin toimintaan ja lääkaineen infuusionopeuteen vaikuttavat lämpötila, lääkeliuoksen viskositeetti, epiduraalikatetrin koko ja annostelijan sijainti suhteessa katetripistokohtaan. (Baxter Elastomeric Pumps 2010.)

Vakavia haittoja epiduraalisessa kivunhoidossa ovat hengityslama sekä epiduraalinen infektio ja hematooma, jotka vaativat välitöntä hoitoa. Puudutusaineesta voi epiduraalisessa kivunhoidossa aiheutua liiallista motorisen hermoston salpausta ja hypotensiota. (Hamunen & Kalso 2009, 284-286.)

Epiduraalisen kivunhoidon yhteydessä potilaan tilaa seurataan ja havainnot kirjataan asianmukaisesti. Vitaalielintoiminnoista seurataan verenpainetta, pulssia ja sedaatioastetta. Pahoinvoinnin, oksentelun, hengityslaman, virtsaretention ja ihon kutinan esiintymistä seurataan niin ikään. Seurannassa tulee huomioida myös pistopaikka, joka tarkastetaan säännöllisesti. (Pudas- Tähkä & Kangasmäki 2010a.)

Johtopuudutus on laaja-alainen ja pitkäkestoinen puudutus ja sitä voidaan käyttää leikkausten yhteydessä ja kivunhoidossa. Hermon johtopuudutus syntyy, kun puuduteainetta ruiskutetaan hermopunoksen eli plexuksen läheisyyteen. Johtopuudutuksia voidaan käyttää hartiapunoksen, lonkka- ja reisihermon sekä nilkan jalkaterää hermottavien hermojen puudutuksissa leikkauksiin tai kivunhoidossa. (Rosenberg 2003.)

Johtopuudutuksissa komplikaatioita ilmenee vähemmän kuin esim. epiduraalisessa kivunhoidossa. Pistopaikkaan voi aiheutua verenvuotoa. Harvinainen, mutta vakava komplikaatio on suonon- tai hermonsisäinen annostelu. Katetrin aiheuttama infektio on myös mahdollista. (Hautamäki & Ylikauma 2005.) Joh-

topuudutuksien yhteydessä tulee kirjata mahdolliset systeemiset haittavaikutukset, kuten verenpaineen lasku ja toksiset oireet (Konttinen ym. 2012).

4 Kansainvälinen APS – toiminnan malli

APS tarkoittaa kansainvälistä, moniammatillisen tiimitoiminnan mallia kirurgisessa toiminnassa, jonka tavoitteena on postoperatiivisen kivunhoidon optimoiminen. APS - toiminta on saanut alkunsa Amerikassa 1980-luvun loppupuolella, missä anestesiologi Brian Ready kollegoineen tarttui postoperatiivisen kivunhoidon haasteeseen ja kehitti mallin, jolla haastavia anestesiapohjaisia kivunhoidon menetelmiä voitiin ottaa käyttöön kirurgisilla vuodeosastoilla. (Ready, Oden, Chadwick, Benedetti & Caplan 1988.) Tätä mallia on sittemmin alettu kutsua ”kalliiksi APS – malliksi” sen raskaan ja kalliiksi osoittautuneen organisaation johdosta (Nilsson 2011).

Pian APS - toiminnan alettua, 1990-luvun alkupuolella ruotsalaiset anestesian asiantuntijat esittivät kritiikkiä Readyn työryhmineen luomaa APS - mallia kohtaan. Rawalin ja Berggrenin (1994) mukaan Amerikassa kehitetty APS - malli oli hyvin raskasrakenteinen ja kallis, josta vain pieni osa kirurgisia potilaita pääsi osalliseksi. Readyn mallissa kritiikin kohteeksi joutui myös keskittyminen vain anestesiapohjaisiin kivunhoidon erityismenetelmiin, joiden käyttö ei Rawalin näkemyksen mukaan ollut järkevää eikä myöskään realistista suurimmalla osalla kirurgisista potilaista. (Rawal & Berggren 1994.)

Rawal kumppaneineen näki tarpeelliseksi kehittää APS - toimintaa kustannustehokkaammaksi siten, että sen hyödyt olisivat kaikkien kirurgisten potilaiden saatavilla yksilöllisten, hoidollisten tarpeiden mukaan. Syntyi sairaanhoitajavetoinen, anestesiologin valvoma APS - malli, ”Örebron-malli”. Tätä mallia on kutsuttu myös halvaksi APS - toiminnan malliksi. (Rawal & Berggren 1994.)

Rawalin ja Berggrenin kehittämän mallin ydinajatuksina olivat kivunhoidon kokonaisvaltainen optimointi ja monipuolisten kivunhoitomenetelmien käytön juurruttaminen luontevaksi osaksi kirurgisten vuodeosastojen toimintaa. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi mallissa kiinnitettiin erityishuomiota kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön tehokkaaseen koulutukseen sekä säännölliseen kivun ja kivunhoidon arviointiin ja kirjaamiseen. Perifeeristen ja sentraalisten kivunhoitomenetelmien, kuten johtopuudutukset ja epiduraalinen kivunhoito, lisäksi mallissa panostettiin opioidien optimaaliseen käyttöön. Kivunhoitomenetelmien valinnassa lähtökohtana olivat potilaan hoidolliset tarpeet. (Mts.)

Örebron - mallissa APS - kiputiimin ytimen muodostivat yksi akuutin kivunhoidon anestesiologi ja APN (Acute Pain Nurse) eli akuutin kivun hoitaja, jonka rooli oli erityisen korostunut niin yksittäisten potilaiden kuin koko toimintamallin osalta. Kokonaisvastuu APS- kiputiimin toiminnasta kuului anestesiologille. Ydinjoukon lisäksi APS - tiimiin katsottiin kuuluvaksi osaston kirurgi sekä jokaisen kirurgisen vuodeosaston kipuvastaava. (Mts.)

Maailmanlaajuisesti katsottuna APS kuuluu osaksi nykyaikaista laadukasta kirurgista toimintaa ja suosituksia APS - toiminnan organisoimiseksi on annettu eripuolilla maailmaa jo 1990- luvun alusta lähtien (Werner, Søholm, Rotbøll-Nielsen & Kehlet 2002).

Nykyaikaiseen APS – toimintaan kuuluu:

1. Nimetyt vastuuhenkilöt ympäri vuorokautiseen APS -toimintaan
2. Säännöllinen levossa ja liikkeessä tapahtuva kivun arviointi potilaslähtöisesti asianmukaisesti valitulla kipumittarilla
3. Kivun säännöllinen dokumentointi (kivun visualisointi)
4. Kiputason ylläpitäminen erikseen sovitun mittauslukeman alapuolella (yleensä maksimissaan 3 VAS - kipumittarilla mitattuna)

5. Postoperatiivista mobilisointia ja kuntoutumista edistävien toimintamallien kehittäminen yhteistyössä kirurgien ja kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön kanssa
6. Vuodeosastojen hoitohenkilöstön jatkuva kouluttaminen turvallisten ja kustannustehokkaiden kivunhoitomenetelmien käytössä
7. Potilasohjaus kivun arvioinnissa, kivunhoidon mahdollisuuksissa ja tavoitteissa sekä tiedottaminen kivunhoitomenetelmien hyödyistä ja haitoista
8. Kirurgisilla vuodeosastoilla käytössä olevien kivunhoitomenetelmien kustannustehokkuuden säännöllinen auditointi
9. Vuodeosastopotilaiden ja päiväkirurgisten potilaiden potilastyytyväisyyden säännöllinen arviointi.

(Bäckström & Rawal 2008.)

5 Kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstö osana APS – toimintaa

Kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstöllä on merkittävä rooli APS - toiminnassa. Vuodeosastojen hoitohenkilöstöllä on kokonaisvastuu potilaiden hoidon toteuttamisesta, seurannasta ja dokumentoinnista. Vuodeosastojen hoitohenkilöstö arvioi potilaan kipua ja hoitaa kipua arviointiin perustuen potilaskohtaisten määräysten rajoissa. Vuodeosastojen hoitohenkilöstön tulee hallita epiduraalisen kivunhoidon, PCA:n ja perifeeristen kivunhoitomenetelmien periaatteet. Hoitohenkilöstön tulee osata arvioida kivunhoitomenetelmien vastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia sekä kyettävä reagoimaan arvioinnin pohjalta tarkoituksenmukaisella tavalla turvallisen, optimaalisen kivunhoidon toteutumiseksi. (Bäckström & Rawal 2008.)

Kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön tulee saada tukea erityismenetelmin annettavaan kivunhoitoon, jotta postoperatiivinen kivunhoito toteutuisi

optimaalisesti ja turvallisesti. Hoitajien osaaminen tulee varmistaa jatkuvalla, tehokkaalla kouluttamisella ja avunsaanti pulmatilanteissa tulee olla sujuvaa. APS – kiputiimin tehtävänä on osallistua aktiivisesti kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön kouluttamiseen ja vastata heidän tuen tarpeisiin. (Mts.) On tärkeää, että APS - kiputiimin järjestämän koulutus toteutetaan kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön tarpeista lähtien. (Gleeson, Carryer 2010).

Gleeson ja Carryer (2010) ovat tutkineet kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön tyytyväisyyttä APS - toimintaan eräässä suuressa sairaalassa Uudessa-Seelannissa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että APS - toimintaan oltiin pääasiassa hyvin tyytyväisiä. Merkittävää tutkimustuloksissa oli, että APS – kiputiimin tarjoama jatkuva koulutus koettiin erittäin tärkeäksi. Samoin tärkeänä nähtiin APS -kiputiimin ympärivuorokautinen tavoitettavuus, vaikkakin sen toteuttaminen monista käytännön syistä johtuen oli hyvin vaikeaa. (Gleeson & Carryer 2010.)

Suomessa Latonen ja Lyyra (2012) ovat selvittäneet opinnäytetyössään odotuksia APS – kiputiimin kipuhoitajan (=APS – kipuhoitaja) toiminnalle kirurgisilla vuodeosastoilla HUS - kuntayhtymä:ssä. Tutkimuksen mukaan APS – kiputiimin kipuhoitajan toimenkuva HUS:ssa edellyttää tarkennusta ja selkiyttämistä. Lisäksi tutkimuksen mukaan APS – kiputiimin kipuhoitajan tarjoamaan koulutukseen tulisi kiinnittää huomiota ja kohdentaa sitä vastaamaan paremmin vuodeosastojen hoitohenkilöstön tarpeita. (Latola & Lyyra 2012.)

6 APS -toiminta Keski-Suomen keskussairaalassa

APS -toiminta alkoi Keski-Suomen keskussairaalassa 1993 käynnistetyn *kivunhoidon optimointi Keski-Suomen keskussairaalassa -projektin* myötä. Projektiryhmä haki oppia postoperatiivisen kivunhoidon optimoimiseksi Örebron

yliopistollisesta sairaalasta ja pitkälti Örebron -mallin mukainen APS – toiminta sai pysyvän aseman kirurgisessa toiminnassa vuoteen 1995- mennessä. Keski-Suomen keskussairaalassa APS - kiputiimiä kutsutaan akuutin kivunhoidon tiimiksi tai lyhenteellä kiputiimi ja APN (Acute Pain Nurse) -termin sijaan käytetään kipuhoitaja -nimitystä. (Friman 2012.)

6.1 Toiminnan organisointi

Keski-Suomen keskussairaalan kiputiimiin kuuluu tällä hetkellä viisi kipuhoitajan toimenkuvaan perehdytettyä anestesiahoitajaa, joista yksi on nimetty vastuuhoidajaksi sekä yksi anestesiologi, joka toimii kiputiimin vastuukipulääkärinä. Kiputiimin tavoitteena on, Örebron - mallin mukaan, kirurgisten potilaiden kivunhoidon optimointi. Kiputiimin toiminta painottuu kivunhoidon erityismenetelmien käyttöön (epiduraalinen kivunhoito, PCA ja johtopuudutukset) ja kiputiimi osallistuu käytännössä niiden potilaiden hoitoon, joilla ko. hoitomenetelmä on käytössä. (Friman 2012.)

Leikkaus- ja anestesiayksikön anestesia lääkärit tekevät ratkaisun hoitamiensa potilaiden kivunhoitomenetelmistä ja vastaavat omalta osaltaan aloittamistaan kivunhoidon erityismenetelmästä yhteistyössä vuorossa olevan kipuhoitajan ja vuodeosastojen hoitohenkilöstön kanssa. Anestesia lääkäriin kiputiimille määräämät potilaat kirjataan nk. ”mustiin kirjoihin”, jonka avulla vuorossa oleva kipuhoitaja on tietoinen hänen vastuulleen kuuluvista potilaista. (Markkanen 2012.)

Kiputiimi toimii arkipäivisin klo 7.00 – 15.15. Päivystysaikoina vastuu kiputiimille kuuluvista tehtävistä on päivystävällä anestesiologilla. Tällä järjestelyllä on pyritty takaamaan postoperatiivisen kivunhoidon jatkuvuus ja turvallinen toteuttaminen erikoishoitomenetelmiä käyttäen vuorokauden kaikkina aikoina, viikonpäivästä riippumatta. (Markkanen 2012.)

6.2 Kipuhoitajan toimenkuva

Kiputiimillä on yksi kokopäiväinen kipuhoitajan toimi. Perehdytetyt anestesiahoitajat toimivat kukin vuorollaan tässä kipuhoitajan tehtävässä. Kaksi kertaa vuodessa järjestetyissä yhteistapaamisissa kipuhoitajat suunnittelevat tiimin ja kipuhoitajien toimintaa sekä arvioivat kivunhoidon tilaa vuodeosastoilla. Yhteistapaamisissa hoitajat voivat myös sopia keskinäisestä työnjaostaan ja vastuualueistaan. (Friman 2004.)

Keski-Suomen keskussairaalan kiputiimin toiminnassa kipuhoitajan toiminta on erityisen korostunutta. Kipuhoitajan toimenkuvan ytimenä on tukea kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstöä leikattujen potilaiden kivunhoidossa ja seurata kivunhoidon toteutumista kiputiimille määrättyjen potilaiden osalta. (Friman 2004.)

Kipuhoitajan päivittäisiin tehtäviin kuuluu kipupotilaiden tapaaminen vuodeosastoilla, missä yhteydessä hän kouluttaa ja ohjaa osastojen henkilöstöä antaen nk. bedside- koulutusta. Puhelinkonsultaatiot kuuluvat osaksi kipuhoitajan päivittäistä toimenkuvaa. Kipuhoitaja toimii tiiviissä yhteistyössä kirurgisten vuodeosastojen ja leikkaus- ja anestesiayksilön anestesiologien kanssa niin potilaskohtaisissa asioissa kuin osastojen yleiseen tilanteeseen liittyvissä asioissa. Tarkoituksena on, että kipuhoitaja osallistuisi uusien työntekijöiden perehdytykseen postoperatiivisen kivunhoidon erityismenetelmien osalta. (Friman 2004.)

Potilasohjaus kuuluu myös osaksi kipuhoitajan työtehtäviä. Kipuhoitaja tiedottaa potilaita heidän oikeudestaan optimaaliseen kivunhoitoon potilaan kokonaistilanteen huomioiden. Kipuhoitaja osallistuu myös potilasohjaukseen valitun kivunhoitomenetelmän osalta yhteistyössä osaston omahoitajan kanssa. (Friman 2004.)

Kivunhoidon turvallisen toteutuksen takaamiseksi kipuhoitaja laatii selkeät ohjeistukset kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen ja pitää ne ajantasaisina. Käytössä olevien laitteistojen toimintakunnon varmistaminen ja niiden siisteydestä huolehtiminen sekä niihin liittyvien tarvikkeiden ja lisälaitteiden saavuudesta huolehtiminen kuuluu kipuhoitajan vastuulle. Niin ikään laitteiston käyttöohjeiden laatiminen ja käytön opastus on sovittu kipuhoitajan tehtäväksi. (Friman 2004.)

Kipuhoitaja osallistuu aktiivisesti kivunhoidon laadun ylläpitämiseen ja kehittämiseen liittyvään toimintaan. Myös kehittämistoimintaan liittyen kipuhoitaja toimii tiiviissä yhteistyössä anestesiologien ja vuodeosastojen kanssa. Potilastilanteisiin liittyvän bedside- koulutuksen lisäksi kipuhoitaja suunnittelee ja toteuttaa koulutusta osastojen tarpeiden mukaisesti. Osastokohtaiset koulutukset toteutetaan osastotuntien yhteydessä. Kipuhoitajan vastuulle kuuluu myös vuosittaisen alueellisen kipukoulutuksen suunnittelu ja toteutus. Kipuhoitaja viestii osastoja kivunhoitoon liittyvistä muutoksista ja on aktiivisesti mukana muutosten toteuttamisessa. (Friman 2004.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kyselytutkimus Keski-Suomen keskussairaalan kahden kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilöstölle. Kyselytutkimuksella oli tarkoitus selvittää:

1. Kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön koulutustarpeita postoperatiivisessa kivunhoidossa
2. Kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön odotuksia kipuhoitajien toiminnan suhteen.

Opinnäytetyön tavoitteina oli hankkia tietoa Keski-Suomen Keskussairaalan kiputiimin (APS- kiputiimi) toiminnan ja postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset olivat: millaisia koulutustarpeita kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstöllä on postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyen ja millaisia odotuksia heillä on kipuhoidajien toiminnan suhteen.

8 Tutkimuksen toteuttaminen

8.1 Aineiston keruumenetelmä

Tähän opinnäytetyöhön liittyvällä tutkimuksella kartoitettiin olemassa olevaa tilannetta kansainvälisen hoitoyön mallin, APS- toiminnan suhteen Keski-Suomen keskussairaalassa. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän katsotaan perinteisesti sopivan hyvin juuri tilannetta kartoittavaan tutkimukseen. Kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä ovat olemassa olevat pohjateoriat ja niiden pohjalta rakennetut mallit. Kvantitatiiviseen tutkimuksen tyypillisenä ilmentymänä on, että sillä testataan teorioiden ja toimintamallien toimivuutta empiriassa eli reaali maailmassa. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2009.)

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä reaali maailmaa havainnoidaan täsmällistä tilastollista, laskennallista aineistoa keräämällä. Tyypillisiä aineiston keruumenetelmiä ovat erilaiset kyselyt ja haastattelut. Kvantitatiivinen tutkimus sopii hyvin menetelmäksi silloin, kun tutkimuskohteena on suuri ihmisjoukko. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2009.) Näin ollen valitsimme tutkimusmenetelmäksemme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän.

8.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselyllä, joka toteutettiin sähköisenä Webropol -kyselynä. Toive sähköiseen kyselyyn tuli APS - kiputiimin ja tutkimukseen osallistuvien vuodeosastojen osastonhoitajien taholta. Tutkimuksen kyselylomake laadittiin yhteistyössä kipuhoidtajien kanssa ja se pohjautuu kansainväliseen APS – toimintaan ja kivunhoidon erityismenelmiin liittyvään teorian tietoon sekä Keski-Suomen keskussairaalan APS - kiputiimin toimintaan. Kyselylomake ja siihen liittyvä saatekirje ovat liitetty tämän työn loppuun (Liitteet 1 ja 2).

Opinnäytetyö esiteltiin tutkimukseen osallistuneilla osastoilla tutkimuksen aloituspäivinä. Esittelytilaisuudessa hoitohenkilöstöä ohjeistettiin kyselyyn vastaamisessa. Esittelyn päätteeksi kummallekin osastolle jätettiin kirjallinen kooste tutkimuksesta ja kyselyn vastausohjeista.

Linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen toimitettiin sähköpostitse tutkimukseen osallistuneiden vuodeosastojen hoitohenkilöstölle osastonhoitajien välityksellä. Linkin yhteyteen liitettiin ohjeviesti kyselyyn vastaamisesta. Kyselyyn vastaaminen vei aikaa 5-10 minuuttia ja vastausaika kyselyyn annettiin kaksi viikkoa. Kysely toteutettiin porrastaen toisella osastoista 5.2. - 19.2.2013 ja toisella 12.2.-25.2.2012. Vastausajan puolessavälissä hoitohenkilöstölle lähetettiin muistutusviesti kyselystä sähköpostitse osastonhoitajien välityksellä.

Aineiston käsittelyyn osallistuivat tutkimuksen suorittajat ja opinnäytetyön ohjaajat. Tutkimusaineisto säilytettiin ja käsiteltiin sähköisessä muodossa Webropol – tiedostona opinnäytetyön teon ajan. Tutkimusaineisto analysoitiin Webropol – ohjelmaan sisältyvien tilastotyövälineiden avulla ja ohjelman avulla saatavia kaavioita hyödynnettiin raportoinnin havainnollistamiseksi. Tutkimusaineisto tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Tämä opinnäytetyö sovittiin luovutettavaksi ja esiteltäväksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kiputiimille ja tutkimukseen osallistuneille vuodeosastoille keväällä 2013. Opinnäytetyö julkaistaan AMK opinnäytteistä annetun ohjeen mukaisesti sähköisenä versiona ammattikorkeakoulujen sähköisessä arkistossa Theseuksessa.

8.3 Tutkimusjoukko ja vastausprosentti

Tutkimusjoukkona oli Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstö, joista kohderyhmäksi otoksena valittiin kahden kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilöstö. Otanta pyrittiin valitsemaan mahdollisimman edustavaksi tutkimuskysymyksiä ajatellen. Otannan valinta tehtiin APS -kipuhoitajien esittämän toiveen mukaisesti siten, että valitulla kohderyhmällä oli mahdollisimman monipuolinen käsitys kiputiimin ja kipuhoitajan toiminnasta postoperatiivisessa kivunhoidossa. Kohderyhmän voidaan katsoa edustavan hyvin kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstöä, jotka työskentelevät APS -kipuhoitajien kanssa. Linkin tutkimukseen sai yhteensä 63 hoitajaa. Vastauksia saatiin 18 hoitajalta, joten vastausprosentiksi tuli 28.57 %.

9 Tutkimustulokset

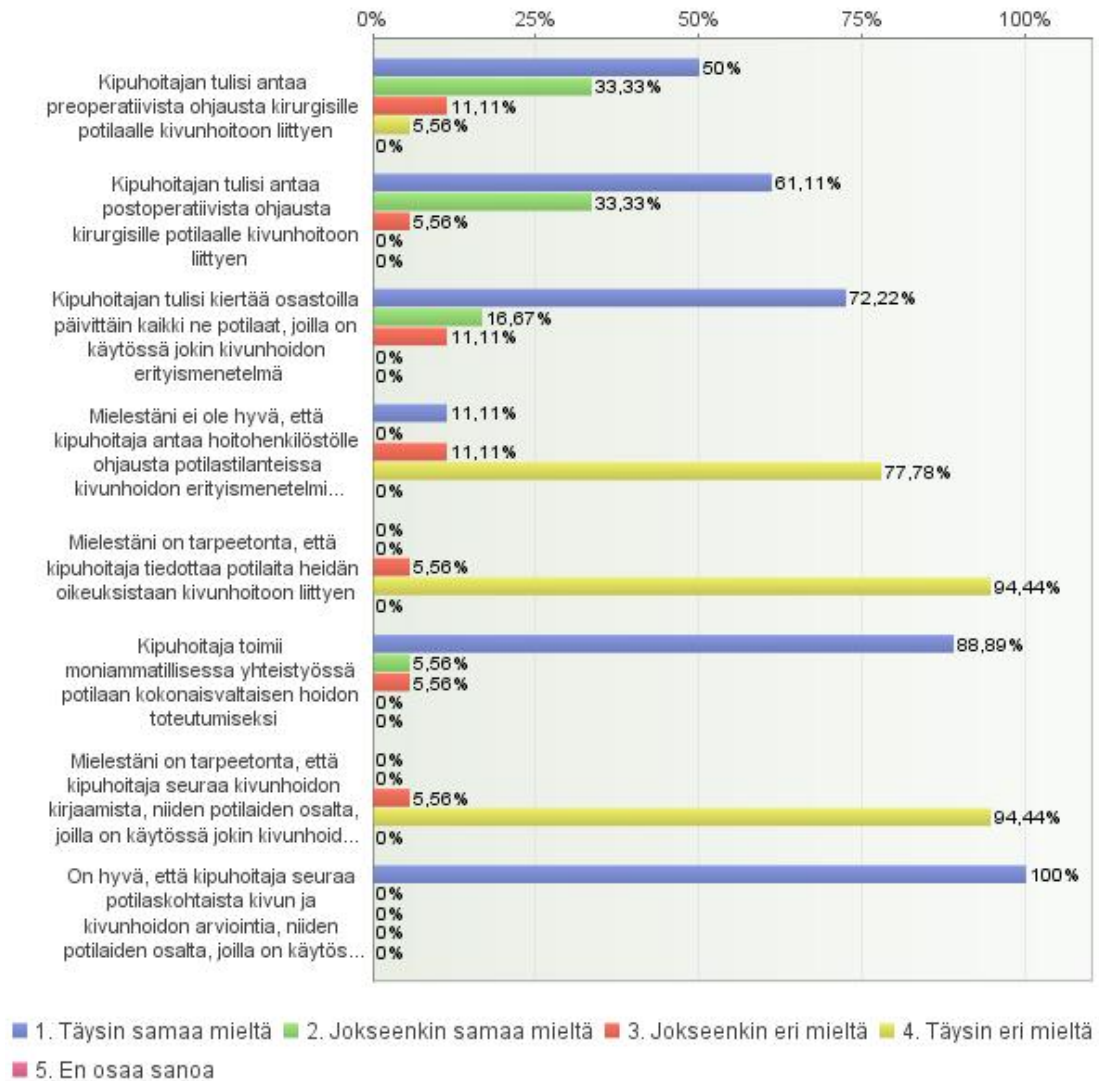
9.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Vastaajien taustatietoja selvitettiin kyselyn alussa kolmella eri kysymyksellä (tutkimuskysymykset 1-3). Kysymyksissä selvitettiin vastaajan ammattinimikettä, työkokemusta ja olivatko he työskennelleet yhteistyössä kipuhoitajan kanssa. Vastaajista 88.89 % oli koulutukseltaan sairaanhoitajia ja 11.11 % lähi- tai perushoitajia. Vastaajien työkokemusta työvuosissa selvitettiin kolmessa eri kategoriassa. Vastaajista 38.89 %:lla oli työkokemusta 1-3 vuotta, 6 %:lla 4-10 vuotta ja 55.56 % oli työskennellyt kirurgisella vuodeosastolla yli 10 vuotta. Kaikki vastaajat olivat työskennelleet yhteistyössä kipuhoitajan kanssa.

9.2 Odotukset kipuhoitajan toiminnalle

Tällä kyselyosalla (tutkimuskysymykset 4-6) selvitettiin hoitohenkilöstön odotuksia kipuhoitajan toiminnalle kahdella strukturoidulla ja yhdellä avoimella kysymyksellä. Tavoitteena tämän osa-alueen kysymyksillä oli saada pohjatietoa kipuhoitajan toiminnan kehittämiseksi. Strukturoituihin kysymyksiin vastaaminen oli edellytys kyselyn seuraavaan vaiheeseen etenemiselle, joten kaikki vastaajat ovat ottaneet kantaa näihin kysymyksiin. Avoimeen kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja tähän vastauksia saatiin kymmeneltä vastaajalta.

Tutkimuskysymys 4. ”Mitä mieltä olet seuraavista kipuhoitajan tehtäviin liittyvistä väittämistä?” Tässä kysymyksessä vastaajien tuli ilmaista mielipiteensä kahdeksan väittämän osalta viisiportaisella likert-tyyppisellä asteikolla.



Kuvio 1 Tutkimuskysymys 4

Kipuhoitajan antamaa potilasohjausta pidettiin pääasiassa tärkeänä tehtävänä. Valtaosa vastaajista (83 %) oli sitä mieltä, että kipuhoitajan tulisi antaa preoperatiivista ohjausta kirurgisille potilaille kivunhoitoon liittyen. Kipuhoitajan tarjoamaa postoperatiivista ohjausta odotti vastaajista 94 %. Lähes yksimielinen näkemys vastaajilla oli myös siitä, että kipuhoitajan tulisi tiedottaa potilaita kivunhoitoon liittyvistä oikeuksista.

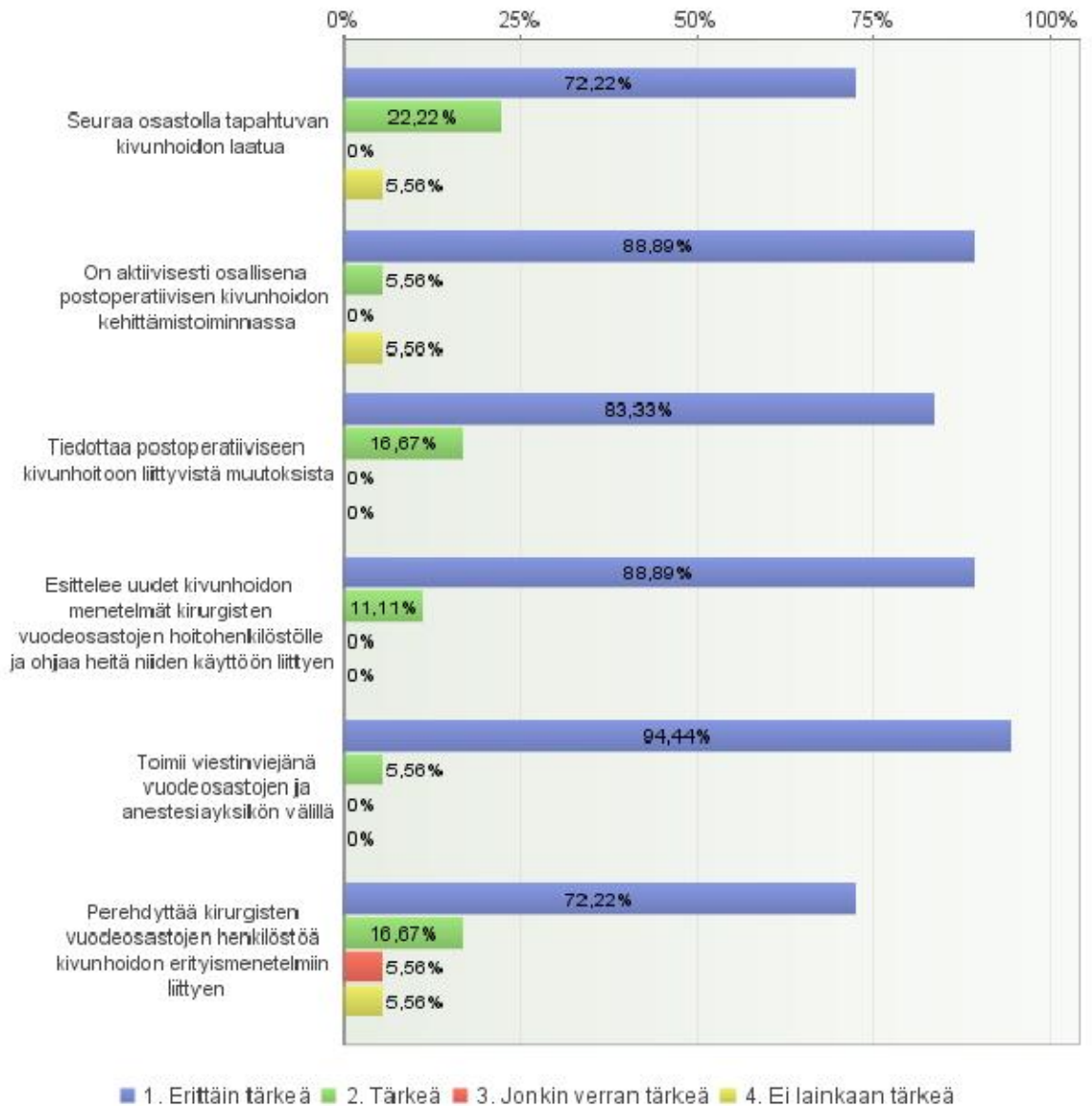
Hoitohenkilöstölle annettavaa, potilastilanteissa tapahtuvaa ohjausta (Bedside - koulutus) pidettiin pääasiassa tarpeellisena. Vastaajista 89 % piti hyvänä tai

jokseenkin hyvänä tätä kipuhoidajan koulutuksellista tehtävää. Kuitenkin 11 % vastaajista näki tämän kipuhoidajan tehtävän tarpeettomaksi.

Suurin osa eli 89 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kipuhoidajan tulisi kiertää osastoilla päivittäin kaikki ne potilaat, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä. Kuitenkin 11 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tästä väittämästä. Vastaajista 94 % katsoi, että kipuhoidaja toimii moniammatillisessa yhteistyössä potilaan kokonaisvaltaisen kivunhoidon toteutumiseksi. Jokseenkin eri mieltä tästä on 6 % vastaajista.

Vastaajat pitivät varsin yksimielisesti tärkeänä, että kipuhoidaja seuraa kivunhoidon kirjaamista niiden potilaiden osalta, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä. Kaikkien vastaajien mielestä oli hyvä, että kipuhoidaja seuraa osastoilla tapahtuvaa potilaan kivun ja kivunhoidon arviointia.

Tutkimuskysymys 5. ”Kuinka tärkeänä pidät seuraavia kipuhoidajan tehtäviä osastolla tapahtuvan kivunhoidon laadun ylläpitämisen kannalta?” Tässä kysymyksessä vastaajien tuli ottaa kuuteen väittämään neliportaisella likert - tyyppisellä asteikolla.



Kuvio 2 Tutkimuskysymys 5

Kipuhoitajan kaikkia arvioitavia tehtäviä pidettiin pääsääntöisesti erittäin tärkeinä tai tärkeinä. Kaikki vastaajat pitivät joko tärkeänä tai erittäin tärkeänä, että kipuhoitaja tiedottaa postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyvistä muutoksista, esittelee hoitohenkilöstölle uudet kivunhoidon menetelmät ja ohjaa niiden käytössä. Samoin selkeän yksimielisesti pidettiin erittäin tärkeänä tai tärkeänä kipuhoitajan roolia viestin viejänä vuodeosastojen ja anestesiayksikön välillä.

Osastolla tapahtuvan kivunhoidon laadun seuraamisen osalta löytyi mielipiteissä pientä hajontaa. Vastaajista 6 %:n mielestä ei ole lainkaan tärkeää, että kipuhoitaja seuraa osastolla tapahtuvaa kivunhoidon laatua. Samoin kipuhoidajan roolista kivunhoidon kehittämistoiminnassa ja osastojen hoitohenkilöstön perehdyttämisessä esitettiin jonkin verran eriäviä mielipiteitä. 6 % vastaajista ei pidä lainkaan tärkeänä, että kipuhoitaja osallistuu kivunhoidon kehittämistoimintaan tai hoitohenkilöstön perehdyttämiseen. Perehdyttämistä jonkin verran tärkeänä piti 6 % vastaajista. Valtaosa vastaajista piti edellä mainittuja tehtäviä kuitenkin vähintäänkin tärkeänä.

Tutkimuskysymys 6. ”Millä tavoin kipuhoitaja voisi parhaiten tukea sinua potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa?” Tähän kysymykseen vastaamalla, oli vastaajien mahdollista antaa vapaamuotoista palautetta niistä keinoista, joilla kipuhoitaja voisi parhaiten tukea hoitohenkilöstöä postoperatiivisen kivunhoidon suhteen. Kysymykseen saatiin vastauksia 10:lta eri vastaajalta. Vastaukset on raportoitu koosteena ja ne on luokiteltu vapaamuotoisesti vastauksista esiin tulleiden aiheiden mukaisesti. Pienen vastaajajoukon johdosta vastaajien anonymiteetin suojaamiseksi avoimia vastauksia ei julkaista sellaisenaan. Otteita vastauksista on siteerattu esimerkkeinä.

Ohjaus ja tiedottaminen. Monissa vastauksissa tuli ilmi, että hoitohenkilöstö kaipaa lisää erilaista ohjausta ja tiedottamista postoperatiivisen kivunhoidon suhteen. Erikseen mainittiin kivunhoitomenetelmät, ongelmatilanteet ja uudet kivunhoitomuodot, joihin liittyen ohjausta ja konsultaatioapua toivottiin. Myös kipuhoidajan antama potilasohjaus koettiin tarpeelliseksi tueksi.

Tiedottaminen ja ohjaaminen esim. säännölliset osastotunnit...

Antaa neuvoja ja opastusta varsinkin uusissa kivunhoitomenetelmissä, jotta ne olisi helpompi toteuttaa...

Yhteistyö ja päivittäiset kierrot osastolla. Päivittäiset kierrot kirurgisilla vuodeosastoilla koettiin tarpeellisiksi. Jos kipuhoitaja ei jostain syystä ollut käynyt osastolla, olisi siitä toivottu viestiä osastolle. Toisaalta osastolla käynnistä ja potilaiden tapaamisesta olisi myös toivottu selkeää viestiä vuodeosaston hoitohenkilöstölle, joka koki haluavansa osallistua yhteistyössä toteutettavaan moniammatilliseen kivunhoitoon. Joissakin vastauksissa tuotiin esiin, että viestinnässä olisi tapahtunut muutosta siten, että käynneistä olisi tiedotettu aiemmin nykyistä paremmin.

Tällä hetkellä kipuhoitaja käy osastolla huomaamatta...

Haluaisin aina tavata kipuhoitajan, kun hän käy tapaamassa hoitamaani potilasta. Samalla voidaan yhdessä keskustella potilaan kivunhoidosta ja siihen liittyvistä asioista...

Yhteistyö kipuhoitajan, potilaan ja potilasta hoitavan sairaanhoitajan välillä on tärkeintä.

Kivunhoidon haasteellisuus. Vastauksista nostettiin esiin myös kivunhoidon haasteellisuus erityisesti päivystysaikana ja kuolevan potilaan hoidon kohdalla. Tällaisissa haastavissa kivunhoidon tilanteissa kipuhoitajan tuki koettiin erityisen tarpeelliseksi. Vastauksista nousi selvästi esiin hoitajien halu auttaa potilasta ja toteuttaa laadukasta kivunhoitoa.

Tuki ja apu silloin, kun keinot ovat vähissä...

...tuntee hoitajana itsensä hyödyttömäksi, jos potilas joutuu huutamaan kivuissaan vielä vuonna 2013.

Yleistä palautetta. Osassa tämän kysymyksen vastauksista oli annettu yleistä, varsin myönteistä palautetta kipuhoitajien toimintaan liittyen.

Jatkaa samaan malliin!

Jos kivunhoito on hallinnassa ja ei ole ongelmia kivunhoidossa päivittäinen potilaan luona käynti ei ole mielestäni tarpeellinen, jos osaston oma henkilökunta on hyvin perehdytettyä ja ajan tasalla kivunhoidon nykymenetelmistä.

9.3 Oma osaamisesi postoperatiivisen kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen

Tässä osiossa (tutkimuskysymykset 7-10) selvitettiin vastaajien omaa osaamista kivunhoidon erityismenetelmien suhteen. Kysymysten tavoitteena oli selvittää, millaista koulutusta vuodeosastojen hoitohenkilöstö tarvitsee postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tämän osion kolmeen ensimmäiseen kysymykseen (tutkimuskysymykset 7-9) vastaaminen oli välttämätöntä kyselyssä etenemisen kannalta, joten kaikki vastaajat vastasivat näihin kysymyksiin. Tutkimuskysymyksiin 10 ja 11 vastaaminen oli vastaajille vapaaehtoista.

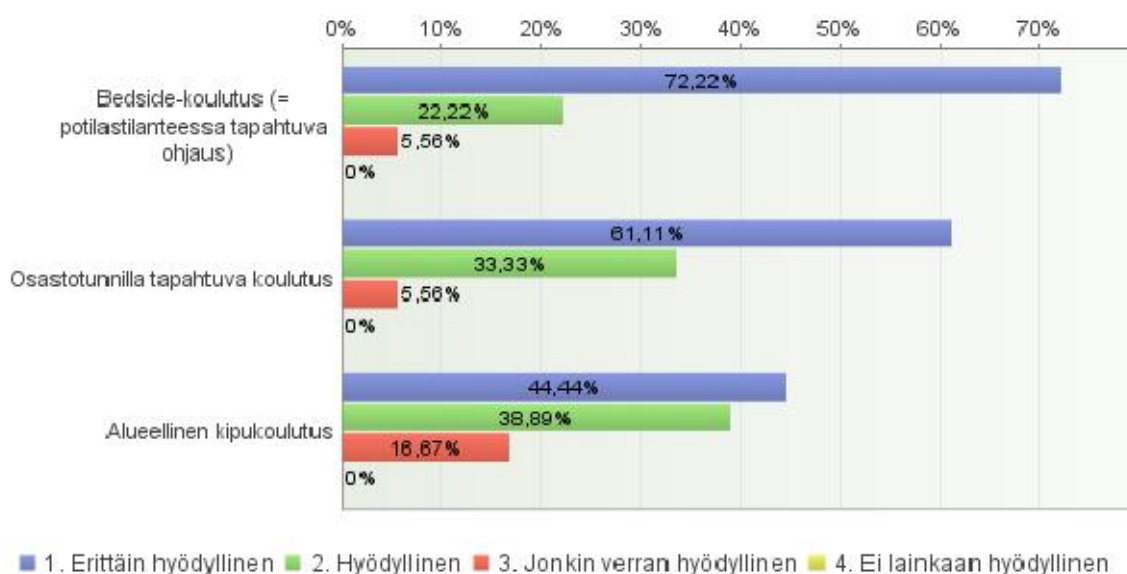
Tutkimuskysymys 7. ”Keneltä olet saanut perehdytyksen kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen?” Tällä kysymyksellä pyrittiin kartoittamaan vastaajien saamaa perehdytystä kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen. Vastaajien tuli ottaa kantaa, kuka heidät oli perehdyttänyt kunkin erityishoitomenetelmän osalta. Vastausvaihtoehtoina oli 1) kipuhoitajalta, 2) osaston kipuvastaavalta, 3) kokeneemmalta kollegalta, 4) joltakin muulta, 5) en ole saanut perehdytystä lainkaan ja 6) kyseistä menetelmää ei käytetä osastollamme lainkaan.

Kipuhoitajalta perehdytyksen kertoi saaneensa epiduraaliseen kivunhoitoon 12 %, Multirate® - infuusorin käyttöön 6 %, PCA - menetelmään 6 % ja johtopuudutuksiin 6 % vastaajista. Osaston kipuvastaava oli perehdyttänyt epiduraaliseen kivunhoitoon 12 %, Multirate® - infuusorin käyttöön 12 % ja PCA - menetelmään 12 % vastaajista. Johtopuudutuksiin ei osaston kipuvastaavalta ollut saatu perehdytystä lainkaan.

Suurin osa vastaajista oli saanut perehdytyksen osaston kokeneemmalta kollegalta niin epiduraalisen kivunhoidon, Multirate® - infuusorin kuin PCA - menetelmän käytön osalta. Johtopuudutuksiin oli perehdytyksen kollegalta saanut 22 %.

Johtopuudutuksiin 33 % ja Multirate® - infuusorin käyttöön 6 % vastaajista ei ollut saanut lainkaan perehdytystä. Vastaajista 39 % kertoi, ettei johtopuudutuksia ja 12 %, ettei Multirate®- infuusoria käytetä heidän osastollaan. Joltakin muulta kuin edellä mainituilta oli perehdytyksen saanut epiduraaliseen kivunhoitoon 17 %, Multirate® - infuusorin käyttöön 12 % ja PCA - menetelmään 12 %.

Tutkimuskysymys 8. ”Kuinka hyödyllisinä pidät seuraavia kipuhoitajan tarjoamia koulutusmuotoja oman osaamisesi kannalta?” Tässä kysymyksessä vastaajien mielipidettä mitattiin neljäportaisella likert - tyyppisellä asteikolla.

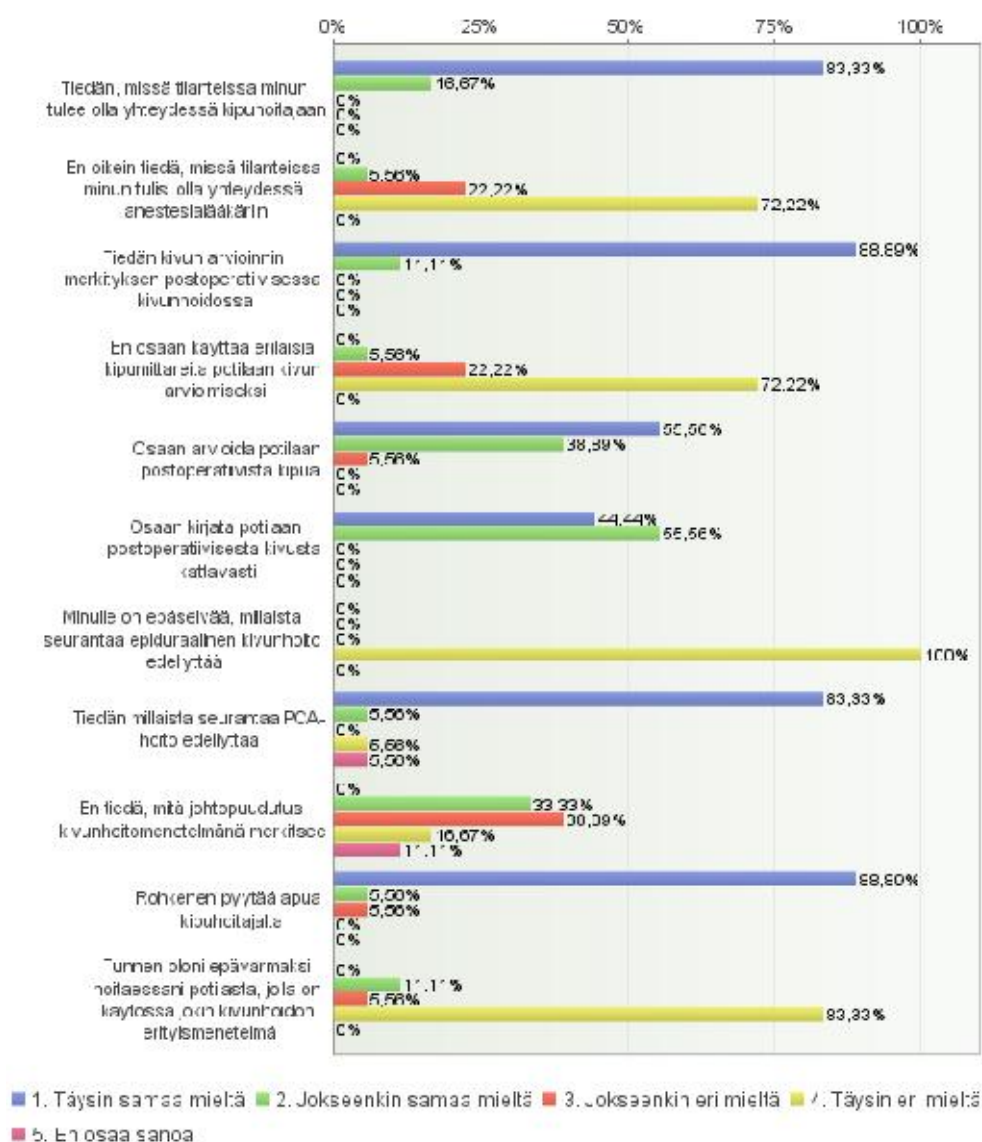


Kuvio 3 Tutkimuskysymys 8

Vastaajista 94 % koki erittäin hyödylliseksi tai hyödylliseksi kipuhoitajan antaman koulutuksen potilastilanteissa. Jonkin verran hyödylliseksi tämän koulutusmuodon koki 6 % vastaajista. Osastotunnilla tapahtuvaa koulutusta piti erit-

täin hyödyllisenä 61 %, hyödyllisenä 33 % ja jonkin verran hyödyllisenä 6 % vastaajista. Kipuhoitajien tarjoamaa alueellista kipukoulutusta erittäin hyödyllisenä piti 44 %, hyödyllisenä 39 % ja jonkin verran hyödyllisenä 17 % vastaajista. Kukaan vastaajista ei pitänyt mitään koulutusta täysin hyödyttömänä.

Tutkimuskysymys 9. Omaa osaamistasi kuvaavat väittämät. Kysymyksessä vastaajien piti valita omaa osaamista parhaiten kuvaava vaihtoehto osaamista kuvaavien 11 väittämän kohdalla.



Kuvio 4 Tutkimuskysymys 9

Vastaajat ilmoittivat olevansa pääasiassa hyvin selvillä siitä, missä tilanteissa heidän tulee olla yhteydessä kipuhoitajaan. Tilanteet, joissa tulee olla yhteydessä anestesia lääkäriin, oli myös pääasiassa hoitajien tiedossa. Kuusi prosenttia vastaajista sanoi olevansa jonkin verran epävarma yhteydenotosta anestesia lääkäriin.

Kaikilla vastaajilla on hyvä käsitys kivun arvioinnin merkityksestä kivunhoidon suhteen. Erilaisten kipumittareiden käytössä sen sijaan ilmoitettiin olevan jonkin verran epävarmuutta. Kuusi prosenttia vastaajista ilmoitti olevansa jokseenkin samaa mieltä väittämästä ”en osaa käyttää erilaisia kipumittareita potilaan kivun arvioimiseksi”. Jokseenkin eri mieltä tästä väittämästä on 22 % vastaajista. Kivun arvioinnin suhteen ilmeni myös jonkin verran hajontaa. Yli puolet vastaajista ilmoitti osaavansa arvioida potilaan postoperatiivista kipua. Vastaajista 22 % ilmaisi kuitenkin vähäistä epävarmuutta kivunhoidon arvioinnissa ja 6 % vastaajista ilmaisi selkeää epävarmuutta kivun arvioinnin suhteen.

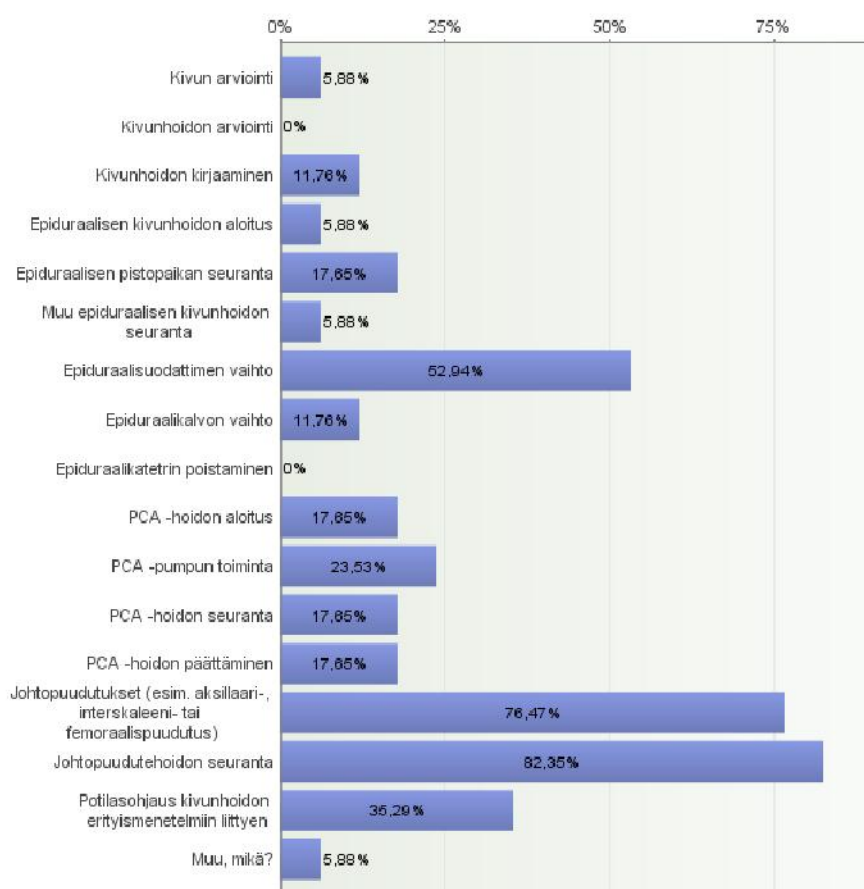
Kellekään vastaajista ei ollut epäselvää, millaista seuranta epiduraalinen kivunhoito edellyttää. Sen sijaan PCA - hoidon suhteen koettiin selvästi epävarmuutta. Vastaajista 6 % kertoi, ettei tiedä, millaista seuranta PCA - hoito vaatii ja 6 % ei osannut vastata tähän väittämään lainkaan. Loput 88 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin tietoisia PCA - hoidon edellyttämästä seurannasta.

Johtopuudutusten osalta ilmeni vastauksissa merkittävää hajontaa. Väittämästä ”en tiedä, mitä johtopuudutus kivunhoitomenetelmänä merkitsee” oli 33 % vastaajista jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämästä kertoi olleensa 55 % vastaajista, 12 % ei osannut ottaa kantaa tähän väittämään.

Suurin osa vastaajista ilmoittaa rohkenevansa ottaa yhteyttä kipuhoitajaan. Väittämän ”rohkenen ottaa yhteyttä kipuhoitajaan” kanssa oli jokseenkin sa-

maa mieltä 6 % ja jokseenkin erimieltä 6 % vastaajista. Väittämän ”tunnen itseni epävarmaksi hoitaessani potilasta, jolla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä” kanssa jokseenkin samaa mieltä oli 11 % ja 89 % vastaajista oli joko jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämästä. Vastaajat eivät siis pääasiassa koe epävarmuutta hoitaessaan sellaisia potilaita, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä.

Tutkimuskysymys 10. ”Toivoisin saavani lisäkoulutusta kipuhoitajalta seuraavissa asioissa.” Tällä kysymyksellä selviteltiin hoitohenkilöstön koulutustarpeita postoperatiivisen kivunhoidon suhteen. Kysymykseen vastaaminen ei ollut välttämätöntä kyselyssä etenemisen kannalta. Kysymykseen saatiin vastauksia 17:lta vastaajalta. Vastaajien oli mahdollista valita useita eri vaihtoehtoja. Lisäksi vastaajien oli mahdollista esittää omia koulutustarpeita yhdessä avoimessa vastausvaihtoehdossa.



Kuvio 5 Tutkimuskysymys 10

Vastauksista ilmeni, että koulutusta kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen toivottiin varsin monipuolisesti. Vain kivunhoidon arviointiin ja epiduraalikatetrin poistoon liittyvää koulutusta ei toivottu lainkaan.

Johtopuudutuksiin liittyvää koulutusta toivottiin selkeästi eniten. 76 % vastaajista toivoi yleistä koulutusta johtopuudutuksista ja 83 % toivoi saavansa koulutusta johtopuudutuksiin liittyvästä seurannasta. Seuraavaksi eniten koulutusta toivottiin epiduraaliseen kivunhoitoon, erityisesti epiduraalisuodattimen vaihtoon liittyen, johon koulutusta toivoi saavansa 53 % vastaajista.

Potilasohjaukseen liittyvä koulutustarve nousee myös selvästi esiin vastauksista. Vastaajista 35 % toivoo saavansa koulutusta tähän liittyen. Vapaassa kysymysvaihtoehdossa toivottiin koulutusta Multirate® - infuusoriin liittyen.

Vastaajien työkokemuksella oli vaikutus koulutustoiveiden määrään. Vastaajat, joilla oli työkokemusta kirurgiselta vuodeosastolta 1-3 vuotta, toivoivat selvästi enemmän koulutusta kuin 4-10 tai yli kymmenen vuotta työskennelleet vastaajat. Tämä ero tuli näkyviin lähes kaikissa esitetyissä koulutusvaihtoehdoissa. Vain potilasohjaukseen liittyvän koulutuksen kohdalla jäi koulutustoive 1-3 vuotta työskennelleillä vähäisemmäksi kuin yli 10 vuotta työskennelleillä.

Viimeisenä vaihtoehtona oli muu koulutus mihin vastasi 6 % vastaajista. Koulutusta tässä kohdassa toivottiin Multirate® - infuusorin käyttöön.

Tutkimuskysymys 11. ”Palautteesi kipuhoitajille” Kyselyn viimeisessä osiossa oli vastaajien mahdollista antaa vapaamuotoista palautetta kipuhoitajille. Kysymykseen saatiin vastauksia 10:ltä eri vastaajalta. Vastaukset on raportoitu koosteena ja ne on luokiteltu vapaamuotoisesti vastauksista esiin tulleiden aiheiden mukaisesti. Pienen vastaajajoukon johdosta vastaajien anonymiteettiä suojaamiseksi avoimia vastauksia ei julkaista sellaisenaan. Otoksista vastauksista on siteerattu esimerkkeinä vastauksista.

Ohjaus ja koulutus. Myös tässä osiossa nousi esiin ohjauksen ja koulutuksen merkitys kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön työn tukena. Vastaajat toivoivat kipuhoitajan koulutuksia niin osastotuntien kuin potilastilanteiden yhteyteen. Koulutusten sisällöltä toivottiin näyttöön perustuvaa tietoa sekä tietoa uusista kivunhoidon menetelmistä ja suuntauksista. Vastauksissa nostettiin esiin myös uusien työntekijöiden koulutuksen erityistarve.

... Asennetta voi muuttaa koulutuksilla ja siinä kipuhoitajien merkitys on tärkeä...

Kipuhoitajien ammattitaito ja kokemus kivunhoidosta on avuksi osaston potilaiden hoidossa. He ovat tukena potilaan hoidossa ja seurannassa...

Osastolla käynti päivittäin ja erityisesti potilaan vierellä tapahtuva ohjaus on todella apuna potilaan hoidossa ja omassa ammatillisessa kehityksessä.

Yhteistyö ja vuorovaikutus. Useassa palautteessa tuli esiin kipuhoitajan ja vuodeosastojen hoitohenkilöstön välisen yhteistyön merkitys. Palautteissa korostettiin yhteistyön merkitystä myös potilasturvallisuuden kannalta esim. lääkehoidon osalta. Vastaajat olivat pääasiassa tyytyväisiä kipuhoitajan nykyiseen toimintaan ja kipuhoitajan toiminnasta annettiin runsaasti myönteistä palautetta. Vastauksissa tuli kuitenkin esiin toive selkeämmästä tiedottamisesta osastokierrojen suhteen.

...heidän (kipuhoitajia) tulisi luoda enemmän yhteistyötä osastoille. Väliällä tuntuu, että he vain käväisevät potilaan luona, vaikka olenkin ollut tyytyväinen yhteistyöhön...

Kaikki yhteistyö on potilaan parhaaksi ja luo hyvän kivunhoidon perustan.

Kipuhoitaja on helposti lähestyttävä asiantuntijasairaanhoitaja! Toivottavasti yhtä saumatonta yhteistyötä tulee jatkumaan myös jatkossa

Kipuhoitajat ovat olleet hyvin "käytettävissä" ja apua on saanut myös hankaliin kysymyksiin.

Palautte kyselylomakkeesta. Yhdessä vastauksista annettiin palautetta kyselylomakkeesta. Tässä palautteesta kävi ilmi, ettei käsite APS - kiputiimi ole tuttu vastaajalle eikä sitä ollut selvitetty kyselyssä riittävällä tavalla.

Minulle ei selvinnyt mitä tarkoittaa tässä kyselyssä lyhenne APS-kiputiimi, mutta vastasin ihan hyvin rakennettuihin kysymyksiin...

10 Pohdinta

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Suurimmalla osalla vastaajista oli työkokemusta joko 1-3 vuotta tai yli 10 vuotta. Yhdellä vastaajista oli työkokemusta 4-10 vuotta. Yhtään vastausta ei tullut kategoriaan "alle 1 vuotta työkokemusta", joten tätä ryhmää ei ole käsitelty laisinkaan. Lähi- tai perushoitajan koulutus oli vastaajista vain kahdella, minkä vuoksi emme nähneet tarpeelliseksi tehdä vertailua eri ammattiryhmien vastusten välillä.

10.1.1 Odotukseni kipuhoitajan toiminnalle

Hoitohenkilöstö koki tärkeäksi kipuhoitajan antaman postoperatiivisen potilasohjauksen kivunhoitoon liittyen. Preoperatiivinen ohjaus nähtiin myös tarpeelliseksi, vaikka tämä ei tällä hetkellä kuulu kipuhoitajan toimenkuvaan. Preoperatiivisen ohjauksen huomioiminen kipuhoitajan työtehtävien kehittämi-

sessä olisi mielestämme tutkimustulosten perusteella syytä jollakin tapaa huomioida.

Päivittäiset kierrot osastoilla sekä potilastilanteissa tapahtuva potilaiden ja hoitohenkilöstön ohjaus, eli bedside - koulutus, koettiin hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Potilaskohtaisen kivun ja kivunhoidon arvioinnin seuranta koettiin yksimielisesti tärkeäksi kipuhoitajan tehtäväksi. Samoin tarpeelliseksi nähtiin se, että kipuhoitaja tarkkailee osastoilla tapahtuvaa kivunhoidon kirjaamista niiden potilaiden osalta, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä. Lisäksi kipuhoitajan roolia viestinviejänä vuodeosastojen ja anestesiayksikön välillä sekä uusista kivunhoidon erityismenetelmistä tiedottamista pidettiin tärkeänä.

Tutkimustulosten mukaan kipuhoitajan antama monipuolinen koulutus ja ohjaus koettiin tärkeäksi tueksi kirurgisten vuodeosastojen hoitotyössä. Joiltakin osin kipuhoitajien tarjoama koulutus ei vastaa hoitohenkilöstön odotuksia. Eriytisesti osastotunneilla tapahtuvaa koulutusta toivottiin lisää. Osittain samaan lopputulokseen ovat päässeet Latola ja Lyyra (2012) tutkiessaan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien odotuksia APS- kipuhoitajan toiminnan suhteen. Uudessa-Seelannissa tehdyssä tutkimuksessa Gleeson ja Carryer (2010) toteaa jatkuvan koulutuksen erittäin merkitykselliseksi.

Kansainvälisen APS - mallin mukaan potilaan hoitamisen tulisi olla moniammatillista yhteistyötä, jossa päävastuu hoidosta on vuodeosastojen hoitohenkilöstöllä ja kipuhoitajan roolina on antaa asiantuntemuksensa hoitohenkilöstön tueksi. Myös tutkimuksemme vastauksissa tuli esille yhteistyön merkitys turvallisen hoitotyön toteutumiseksi. Osassa vastauksissa esitettiin selkeä toive, että kipuhoitaja pitäisi vuodeosastojen hoitohenkilöstön nykyistä paremmin ajan tasalla suorittamistaan potilaskontakteista. Hoitohenkilöstö koki pääosin tarpeelliseksi kipuhoitajan päivittäiset osastokierrot, joilla hoitohenkilöstö haluaisi olla osallisena kipuhoitajan kanssa.

10.1.2 Hoitohenkilöstön koulutustarpeet

Kipuhoitajan tarjoamat eri koulutusmuodot koettiin hyödyllisiksi. Erityisesti bedside - koulutus nähtiin erittäin tärkeänä koulutusmuotona oman osaamisen kannalta. Tämä koulutusmuoto tukee myös luontevasti kipuhoitajan, hoitohenkilöstön ja potilaan välistä yhteistyötä, jonka tehostamista toivottiin avoimissa palautteissa.

Toisena hyvänä koulutusmuotona hoitohenkilöstö koki kipuhoitajan tarjoamat koulutukset osastotuntien yhteydessä. Joissakin palautteissa nousi esiin, ettei näitä koulutuksia ole järjestetty ollenkaan. Tutkimustuloksista päätellen kipuhoitajan toimenkuvan kehittämisessä olisi hyvä kiinnittää huomiota osastotunneilla tapahtuvaan koulutukseen. Kaikki vastaajat olivat myös sitä mieltä, että alueelliset kipukoulutukset ovat vähintään jonkin verran hyödyllisiä.

Kaiken kaikkiaan eniten lisäkoulutusta toivovat ne vastaajat, joilla oli työkokemusta 1-3 vuotta. Eräs vastaajista kommentoi näin: *”Nuoret/uudet hoitajat voisi ottaa erityiskoulutuksen piiriin, vanhatkin tarvitsisimme tietoisuutta”*. Kipuhoitajan olisi näin ollen hyvä tarjota erilaisia koulutusmuotoja monipuolisesti kaikille vuodeosastojen hoitohenkilöstölle.

Vain pieni osa hoitohenkilöstöstä oli saanut perehdytyksen kivunhoidon erityismenetelmiin kipuhoitajalta, vaikka aiemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että hoitohenkilöstö piti tärkeänä kipuhoitajan antamaa perehdytystä erityismenetelmien suhteen. Valtaosan oli perehdyttänyt kokeneempi kollega. Tutkimuksen avoimissa vastauksissa tuli myös esiin, että kivunhoidon erityismenetelmien perehdytys on kollegoiden ja sähköisen koulutusmateriaalin varassa. Kun perehdytys tapahtuu usean henkilön taholta, herää epäily sen tasavertaisuudesta, laadusta ja johdonmukaisuudesta. Vastauksissa nousi myös esiin, että harva hoitohenkilöstöstä oli saanut perehdytyksen osastojen kipuvastaavilta.

Kysymyksissä jäi selvittämättä, kuka muu oli antanut perehdytystä vastausvaihtoehtoissa esitettyjen lisäksi. Tätä olisi voinut tarkentaa antamalla vastaajille mahdollisuus ilmoittaa se avoimella vastausvaihtoehdolla.

Pieni osa vastaajista ilmoitti, ettei Multirate® - infuusoria ole käytössä osastoilla, joilla he työskentelevät. Merkittävä osa vastasi kuitenkin saaneensa perehdytyksen myös tähän kivunhoidon erityismenetelmään. Avoimessa koulutustavoitteessa tähän kivunhoidon erityismenetelmään toivottiin lisäkoulutusta. Menetelmään liittyvää koulutusta olisi varmasti hyödyllistä tarjota niilläkin kirurgisilla vuodeosastoilla, joilla sitä ei säännöllisesti käytetä. Tällä tavoin pystyttäisiin lisäämään vuodeosastojen hoitohenkilöstön ammattitaitoa ja valmiuksia postoperatiivisen kivunhoidon suhteen.

Johtopuudutuksiin perehdytystä oli annettu hyvin vähän ja merkittävä osa oli sitä mieltä, ettei kyseistä menetelmää käytetä osastoilla lainkaan. Tulosten perusteella johtopuudutukset koettiin kaikista vieraimmaksi kivunhoidon erityismenetelmistä. Mikäli tätä kivunhoidon erityismenetelmää edelleen käytetään, olisi siihen liittyvää koulutusta tutkimustulosten perusteella tarpeen tarjota kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstölle.

Kivun arviointimenetelmiin liittyen osa vastaajista näyttäisi tarvitsevan ohjausta tai koulutusta, mikä tuli esiin sekä koulutustavoitteiden kautta että omaa osaamista kuvaavista väittämistä. Kivunhoitoon ja kivun kirjaamiseen liittyvissä asioissa olisi tutkimustulosten perusteella koulutustarvetta erityisesti 1-3 vuotta työskennelleillä.

Pitkään kirurgisilla vuodeosastoilla työskennelleet vastaajat kokivat tarvitsevansa enemmän lisäkoulutusta potilasohjaukseen liittyen verrattuna lyhyemmän aikaa työskennelleisiin vastaajiin. Nykyaikaisella hoitotyön koulutuksella, jossa potilasohjauksen merkitystä ja tärkeyttä korostetaan, saattaa olla vaikutus tähän tulokseen. Toisaalta pitkään työskennelleet saattavat kokea ohjauksen

lyhyemmän aikaa työskennelleitä tärkeämmäksi, mistä johtuen koulutuksen tarve on suurempi.

Hoitohenkilöstöllä oli ilmeisen hyvin tiedossa, milloin ottaa yhteyttä kipuhoitajaan ja anestesia lääkäriin. Jonkin verran epävarmuutta esiintyi anestesia lääkäriin yhteydenottamisen suhteen. Suurin osa rohkeni ottaa yhteyttä kipuhoitajaan, mutta vastaajien joukossa oli myös niitä, jotka olivat epävarmoja yhteydenotossa. Tutkimustulosten perusteella syytä tähän olisi kipuhoitajien hyvä keskuudessaan pohtia.

Tutkimuksessa nousi esiin kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön monipuolinen lisäkoulutuksen tarve. Valtaosa hoitohenkilöstöstä koki olonsa kuitenkin turvallisiksi hoitaessaan potilaita, joilla oli käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä.

Vastauksissa oltiin pääosin tyytyväisiä vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön, mutta osa vastaajista kaipasi kipuhoitajan tiedottamista erityisesti osastokierroista. Tutkimustulosten perusteella näihin seikkoihin olisi syytä jatkossa kiinnittää huomiota kipuhoitajan toimintaa kehitettäessä. Moniammatillinen yhteistyö on olennainen osa APS- kiputiimin toimintaa, mikä tulisi huomioida APS -kiputiimin kehittämistyössä.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja katoanalyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida arvioimalla mittarien luotettavuutta, operationalisointia, reliabiliteettia ja validiteettia. Operationalisoinnilla tarkoitetaan käsitteiden määrittelemistä ja mittareiden luontia. Käsite tulee määritellä sellaiseen muotoon, että sitä voidaan mitata. Tämä edellyttää perehtymistä kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Operationalisoinnin vaiheiden jäsentäminen ja selkeä esittäminen lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Mittaaminen: Mittarin luotettavuus n.d.)

Tässä opinnäytetyössä käytettävät käsitteet on määritelty teoriaosiossa. Kyselyssä mainitut kivunhoidon erityismenetelmät on myös määritelty kyselyn alussa. Eräs tutkimukseen vastaaja kommentoi palautteessaan, ettei ollut ymmärtänyt kyselylomakkeessa käytettyä APS- kiputiimi termiä. Tämä saattoi vaikuttaa kyselyn tuloksiin kyseisen vastaajan kohdalla. Käsite APS - kiputiimi olisi ollut hyvä määritellä työn teoriaosan lisäksi lyhyesti myös kyselyssä, mikä olisi lisännyt kyselyn ymmärrettävyyttä ja luotettavuutta.

Validiteetillä tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja se vastaa kysymykseen tutkitaanko valitulla mittarilla oikeaa asiaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216). Validi mittari mittaa kattavasti ja tehokkaasti tutkittavaa asiaa. Mittarin käyttö on tarkkaa, sillä tutkijan tulee osata käyttää sitä oikean kohderyhmän lisäksi oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Tutkimuksen validiteetin kannalta on ehdottoman tärkeää, että yksittäiset mittarit ovat valideja. Onnistuneen operationalisoinnin tuloksena on validi mittari. (Mittaaminen: Mittarin luotettavuus n.d.)

Tämän tutkimuksen kyselylomake tehtiin yhteistyössä kipuhoitajien kanssa. Tutkimuksen validiteettiin, reliabiliteettiin ja sähköisen toteutuksen toimivuuteen pyrittiin vaikuttamaan kyselyn esitestauksella. Kyselyä muokattiin esitestauksesta saadun palautteen perusteella. Esitestauksen suorittivat yksi Keski-Suomen keskussairaalan kipuvastaava ja viisi JAMK:n hoitotyön opiskelijaa sekä opinnäytetyön ohjaajat. Kysely toimitettiin myös tutkimukseen osallistuvien vuodeosastojen osastonhoitajien arvioitavaksi ennen tutkimuksen toteuttamista.

Tutkimuksen kohderyhmäksi oli valittu Keski-Suomen keskussairaalan kahden kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilöstö. Valinta tehtiin APS - kipuhoitajien toiveiden mukaisesti. Tutkimus toteutettiin helmikuussa 2013. Ajankohdan valinnalla pyrittiin vaikuttamaan siihen, että hoitohenkilöstöä olisi mahdollisimman paljon töissä eikä esimerkiksi vuosilomat vaikuttaisi vastausprosenttiin.

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksessa saadaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimus on reliabelempi mm. silloin, jos tuloksia arvioi enemmän kuin yksi henkilö ja he päätyvät samaan päätelmään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216–217.) Reliabeliin mittariin eivät vaikuta satunnaisvirheet tai olosuhteet. Tutkimuksen taustalla tulisi olla sekä hyvä operationalisointi että validi ja reliabili mittari, jotta se olisi luotettava (Mittaaminen: Mittarin luotettavuus n.d). Tutkimuksen aineistoa käsittelevät tutkimuksen tekijät ja opinnäytetyön ohjaajat. Tutkimuksen toteutuksessa emme pystyneet vaikuttamaan olosuhteisiin, joten on mahdotonta sanoa, vaikuttiko tämä tekijä tuloksiin. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi kyselylomake on liitetty opinnäytetyön loppuun, jotta tutkimus voidaan tarvittaessa toistaa.

Vastausprosentti jäi odotettua pienemmäksi huolellisesta valmistelusta, tarkoin suunnitellusta ajankohdasta, tutkimuksen esittelystä ja muistutusviesteistä huolimatta. Tutkimuksen vastausprosenttiin on voinut vaikuttaa vastaajien aiemmat kokemukset erilaisista kyselyistä, esimerkiksi sähköisen kyselyn luotettavuus tai anonymiteetin suoja. Yleinen väsyminen kyselyihin ja ajan puute saattoivat myös vaikuttaa kyselyyn vastaamiseen, vaikka kyselyyn tekeminen oli lupa tehdä työaikana.

Toive kyselyn sähköisestä toteuttamisesta tuli tutkimuksen toimeksiantajalta ja kysely välitettiin hoitohenkilöstön sähköpostiin vuodeosastojen osastonhoitajien kautta. Pohdimme, vaikuttiko tämä vastaajien määrään. Voi olla, että osa vastaajista ei ole huomannut kyselyä muiden sähköpostiviestien joukosta. Mielestämme sähköinen kysely on kuitenkin toteutustapana nykyaikainen ja tuloksia pystytään analysoimaan helposti ja luotettavasti.

Alhaisen vastausprosentin voi ajatella kertovan hoitohenkilöstön asenteista ja kiinnostuksesta kivunhoitoa kohtaan. Näin ajateltuna kivunhoitoon liittyvällä koulutuksella ja kiputiimin toiminnan tehostamisella olisi ensiarvoisen tärkeä asema postoperatiivisen kivunhoidon kehittämisen kannalta. Koulutuksen järjestäminen ei kuitenkaan ole yksinomaan APS - kipuhoidajien vastuulla. Vas-

tuu koulutusten järjestymisestä kuuluu myös osastoille. Koulutuksen tarve ja erityisesti hoitohenkilöstön esittämät koulutustoiveet tulisikin huomioida myös vuodeosastojen sisäisessä toiminnassa, jotta esim. osastotunneilla tarjottava koulutus mahdollistuisi.

Tutkimuksella selvitettiin hoitohenkilöstön mielipidettä varsin monipuolisesti ja tuloksia voitaneen pitää suuntaa antavina kipuhoidajan toiminnan ja postoperatiivisen kivunhoidon kehittämisen kannalta. Alhaisesta vastausprosentista johtuen tutkimustulokseen tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti.

10.3 Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä

Tutkimuksen suorittamisessa noudatettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tieteellistä tutkimustoimintaa koskevia ohjeita (Tieteellinen tutkimus 9.11.2012). Lisäksi opinnäytetyön suorittamisessa noudatettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) eettisiä periaatteita sekä JAMK:n opinnäytetyön raportoinnin ohjeita (Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettiset periaatteet, 2010; Opinnäytetyön raportointi, 2010). Tutkimuksen suorittamiseen haettiin lupaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuspäällikön kautta ja tutkimusluvan myönsi sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja tammikuussa 2013.

Kyselyyn vastaaminen oli hoitohenkilöstölle vapaaehtoista. Kyselyllä kerätty aineisto käsiteltiin anonymisti ja luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyys ei tullut ilmi kysymysvastauksissa eikä kysymysvastauksia julkaistu sellaisinaan. Vastaajien anonymiteettiä pyrittiin vahvistamaan taustakysymysten rajaamisella siten, että vastaajien sukupuolta ja ikää ei tutkimuksessa kysytty. Niin ikään vastaajien toimipaikkana olevaa osastoa ei kyselyssä selvitetty.

10.4 Jatkotutkimusehdotukset

Kansallisella tasolla julkaistua tutkimusta, jossa kuvataan eri sairaaloiden postoperatiivisen kivunhoidon käytäntöjä, ei ole olemassa. Tällaisesta koko maan

sairaaloita koskettavasta vertailevasta tutkimuksesta olisi varmasti hyötyä postoperatiivisen kivunhoidon kehittämisen kannalta.

Jatkotutkimuksen aiheena APS - kipuhoitajien omien näkemysten kartoittaminen postoperatiivisen kivunhoidon kehittämistä ajatellen voisi myös olla hyödyllistä. Lisäksi potilastyytyväisyyden selvittämisellä postoperatiiviseen kivunhoitoon ja APS - kipuhoitajien toimintaan liittyen saataisi arvokasta taustatietoa postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseksi. Niin ikään hoitohenkilöstön osaamisen tarkempi kartoitus voisi tukea kivunhoidon kehittämistä ja auttaa APS - kipuhoitajia kohdentamaan vuodeosastojen hoitohenkilöstölle tarjoamaansa koulutusta entistä paremmin käytännön tarpeita vastaavaksi.

Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu APS - kiputiimin kehittämistarpeita kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön kokemusten ja toiveiden pohjalta. APS - kiputiimin toiminnan kehittämistä olisi varmasti hyödyllistä työstää peilaamalla toimintaa nykyaikaisiin APS - toiminnan kansanvälisiin linjauksiin. Lisäksi näkökulmia APS - toiminnan kehittämiseksi saattaisi löytyä tarkastelemalla APS - kiputiimin toimintaa suhteessa muihin kirurgisen hoitotyön malleihin, kuten nopean toipumisen mallit.

Lähteet

Baxter Elastomeric Pumps - Clinician guide. 2010. Baxter Corporation. Viitattu 16.3.2013. <http://www.capca.ca/wp-content/uploads/Baxter-Elastomeric-Pumps-Clinician-Guide11.pdf>.

Bäckström R. & Rawal N. 2008. Acute Pain Service – what it is, why it is and what is next? European Journal of Pain Supplements 1, 40–43. Tulostettu 5.11.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Lehtivalinta.

Devor, M. 2012. About Pain. European Federation of IASP Chapters. Viitattu 8.12.2012. <http://www.efic.org/index.asp>, Pain, About pain.

ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE- julkaisu 1. Viitattu 8.12.2012. <http://www.etene.fi>, Julkaisut ja muut aineistot, Julkaisut, 2001, ETENE- julkaisu 1.

Friman, P. 2004. Kipuhoitajan toimenkuva Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylä.

Friman, P. 2012. Keski-Suomen Keskussairaalan kiputiimin vastuukipuhoitaja. Haastattelu 25.9.2012.

Gleeson, E. & Carrye, J. 2010. Nursing staff satisfaction with the acute pain service in a surgical ward setting. Nursing praxis in New Zealand 1, 14-26. Jyväskylän yliopiston kirjasto, Kaukolainapalvelut.

Hamunen, K. & Kalso E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 3.uud. p. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 278-294.

Hautamäki, R & Ylikauma, M. 2005. Alaraajan johtopuudutukset. Suomen Anestesiologiyhdistyksen lehti. Vuosikerta 2005/4. Viitattu 8.12.2012. www.finnanest.fi, Lehtiarkisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jyväskylän Ammattikorkeakoulun eettiset periaatteet. 2010. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun hallitus. Viitattu 14.1.2013. <http://www.jamk.fi/>, Tutustu JAMK:iin, Esittely, Eettiset periaatteet.

Kalso, E. Elomaa, M. Estlander, A. & Ranström, A. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 3.uud. p. Helsinki: Kustannus oy Duodecim,104-115.

Konttinen, V., Jokela R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen, K. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Finnanest 2, 119. Viitattu 30.11.2012.
<http://finnanest.fi/index.php?page=401&lang=1>, Lehtiarkisto, Vuosi 2012.

Kuurne, S. & Erämies, T. 2010. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 15.10.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelliportaali, Terveysportti, Sairaanhoidajan tietokannat.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 8.12.2012. www.finlex.fi, Lainsäädäntö, Ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 8.12.2012. www.finlex.fi, Lainsäädäntö, Ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 8.12.2012. www.finlex.fi, Lainsäädäntö, Ajantasainen lainsäädäntö.

L 9.2.2007/159 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 8.12.2012. www.finlex.fi, Lainsäädäntö, Ajantasainen lainsäädäntö.

Latola, T. & Lyyra, M. 2012. Sairaanhoidajien odotuksia APS-kipuhoidajan toiminnalle kirurgisella vuodeosastolla. Asiantuntijuuden hyödyntäminen hoitotyössä. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma. Tulostettu 15.8.2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201205117753>.

Liukko, S. & Perttula, S. 2010. Opinnäytetyön raportointi. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.1.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Opinnäytetyön tekijälle, Raportointiohje.

Lähihoitajan eettiset ohjeet. 2009. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer. Viitattu 8.12.2012. <http://www.superliitto.fi>, Tutkittua tietoa, Julkaisut.

Mackintosh, C. & Bowels, S. 2000. The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about post-operative pain. Journal of Clinical Nursing 1, 119-126. Tulostettu 10.9.2012. <http://onlinelibrary.wiley.com/>.

Markkanen, V. 2012. APS Keski-Suomen keskussairaalassa. Spirium 1, 22-23.

McDonnell, A., Nicholl, J. & Read S.M. 2003. Acute pain teams and the management of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 3, 261-273. Tulostettu 10.9.2012.
<http://onlinelibrary.wiley.com/>.

Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. 2008. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvanttiMOTV. Viitattu 4.3.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html> , mittaaminen, mittarien luotettavuus.

Nelskylä, K. 2011. Postoperatiivisen kivun hoito. Päivystyskirurgian opas. Viitattu 15.10.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Nilsson, E. 2011. AcutePainService - Toiminnan alku Suomessa. Kipuviesti 2, 12-14. Tulostettu 5.5.2012. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/>.

Postoperative care. 2003. WHO. Viitattu 8.12.2012.
<http://www.who.int/surgery/publications/Postoperativecare.pdf>.

Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010a. Kivunhoitomenetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim. Viitattu 18.10.2012.
<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010b. Kivun arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 15.10.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Rawal, N. & Berggren, L. 1994. Organization of acute pain service: a low-cost model. *Pain* 1, 117-123. Keski-Suomen keskussairaalan tieteellinen kirjasto.

Ready, L.B., Oden, R., Chadwick, H.S. & Benedetti C. Development of an Anesthesiology-based Postoperative Pain Management service. 1998. *Anesthesiology* 1, 100-106. Tulostettu 15.5.12.
<http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/default.aspx>.

Rosenberg P. 2003. Puudutteet. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Viitattu 18.11.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Sailo, E. & Vartti, A. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 8.12.2012.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>, Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen, Sairaanhoitajan työ.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY oppimateriaalit.

Sun, E., Dester, F. & Macario, A. 2010. Can an Acute Pain Service be Cost-Effective? *Anesthesia and Analgesia* 4, 841-844. Tulostettu 10.9.12. <http://www.anesthesia-analgesia.org/>.

Tieteellinen tutkimus. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin internet sivut. 9.11.2012. Viitattu 12.11.2012. <http://www.ksshp.fi/public/Default.aspx>.

Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. n.d. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvanttiMOTV. Viitattu 4.3.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotetta.vuus.html>

Liitteet

Liite 1

20% valmiina

APS -kiputiimin (=kiputiimi) tarjoama tuki kirurgisilla vuodeosastoilla

Arvoisa vastaaja

Tämä opinnäytetyönä toteutettu tutkimuskysely on tarkoitettu Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstön täytettäväksi. Vastaaminen on vapaaehtoista ja se vie aikaa 5-10 minuuttia.

Kyselyllä on tarkoitus kartoittaa hoitohenkilöstön odotuksia APS -kiputiimin kipuhoidattajien toiminnalle ja selvittää vuodeosastojen hoitohenkilöstön koulutustarpeita postoperatiivisessa kivunhoidossa. Kyselyn tavoitteena on tuottaa pohjatietoa APS kiputiimin toiminnan ja postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseksi.

Yksittäiset vastaukset tulevat vain tutkimuksen tekijöiden ja työtä ohjaavien opettajien nähtäväksi, eikä niitä julkaista sellaisenaan. Vastaukset tullaan käsittelemään anonyymisti ja luottamuksellisesti. Vastaukset tuhoataan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Kysely on osa Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden Laura Herrasen ja Pirkko Naukkarisen opinnäytetyötä ”APS -kiputiimin tuki postoperatiivisilla vuodeosastoilla Keski-Suomen keskussairaalaissa”. Vastamme mielellämme tähän opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin sähköpostitse. Yhteystietomme löydät tästä saatekirjeestä.

Vastauksesi on arvokas kipuhoidattajien työn kehittämisen kannalta. Ystävällisesti jo etukäteen kiittäen

Laura Herranen
Sairaanhoitajaopiskelija
F7686@student.jamk.fi

Pirkko Naukkarinen
Sairaanhoitajaopiskelija
F7541@student.jamk.fi

Opinnäytetyön ohjaajat:

Sinikka Holma
Päätoiminen tuntiopettaja
Hyvinvointiyksikkö
JAMK
sinikka.holma@jamk.fi

Pirkko Ratinen
Lehtori, hoitotyö
Hyvinvointiyksikkö
JAMK
pirkko.ratinen@jamk.fi

Liite 2

Taustatiedot

1. Ammattinimike *

Valitse ammattinimikkeesi oheisesta pudotusvalikosta.

- Lähihoitaja/Perushoitaja
- Sairaanhoitaja

2. Työskentelyaika kirurgisella vuodeosastolla *

Valitse sopiva vaihtoehto oheisesta pudotusvalikosta.

- alle 1 v.
- 1-3 v.
- 4-10 v.
- yli 10 v.

3. Olen työskennellyt yhteistyössä kipuhoitajan kanssa potilaan postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyen *

Valitse sopiva vaihtoehto oheisesta pudotusvalikosta.

- Kyllä
- Ei

40% valmiin

APS -kiputiimin (=kiputiimi) tarjoama tuki kirurgisilla vuodeosastoilla

Odotukset kipuhoidajan toiminnalle

Kivunhoidon erityismenetelmillä tarkoitetaan tässä kyselyssä epiduraalista kivunhoitoa, PCA-hoitoa ja johtopuudutuksia (esim. aksillari-, interksaleeni- tai femoraalispuudutus).

4. Mitä mieltä olet seuraavista kipuhoidajan tehtäviin liittyvistä väittämistä? *

Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto kunkin väittämän kohdalle

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokseenkin samaa mieltä	3. Jokseenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	5. En osaa sanoa
Kipuhoidajan tulisi antaa preoperatiivista ohjausta kirurgisille potilaalle kivunhoitoon liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipuhoidajan tulisi antaa postoperatiivista ohjausta kirurgisille potilaalle kivunhoitoon liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipuhoidajan tulisi kiertää osastoilla päivittäin kaikki ne potilaat, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni ei ole hyvä, että kipuhoidaja antaa hoitohenkilöstölle ohjausta potilastilanteissa kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen = Bedside -koulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni on tarpeetonta, että kipuhoidaja tiedottaa potilaita heidän oikeuksistaan kivunhoitoon liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipuhoidaja toimii moniammatillisessa yhteistyössä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni on tarpeetonta, että kipuhoidaja seuraa kivunhoidon kirjaamista, niiden potilaiden osalta, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On hyvä, että kipuhoidaja seuraa potilaskohtaista kivun ja kivunhoidon arviointia, niiden potilaiden osalta, joilla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Kuinka tärkeänä pidät seuraavia kipuhoitajan tehtäviä osastolla tapahtuvan kivunhoidon laadun ylläpitämisen kannalta *
Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto kunkin väittämän kohdalla

	1. Erittäin tärkeä	2. Tärkeä	3. Jonkin verran tärkeä	4. Ei lainkaan tärkeä
Seuraa osastolla tapahtuvan kivunhoidon laatua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On aktiivisesti osallisena postoperatiivisen kivunhoidon kehittämistoiminnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedottaa postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyvistä muutoksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esittelee uudet kivunhoidon menetelmät kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilöstölle ja ohjaa heitä niiden käyttöön liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimii viestinviejänä vuodeosastojen ja anestesiayksikön välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perchdyttää kirurgisten vuodeosastojen henkilöstöä kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Millä tavoin kipuhoitaja voisi parhaiten tukea sinua potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa?
Kirjoita ajatuksesi omin sanoin alla olevaan tekstikenttään

60% valmiin

APS -kiputiimin (=kiputiimi) tarjoama tuki kirurgisilla vuodeosastoilla

Oma osaamisesi postoperatiivisen kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen

Kivunhoidon erityismenetelmillä tarkoitetaan tässä kyselyssä epiduraalista kivunhoitoa, PCA- hoitoa ja johtopuudutuksia (esim. aksillari-, interksaleeni- tai femoraalispuudutus).

7. Keneltä olet saanut perehdytyksen kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen? *

Valitse ensisijainen vaihtoehto

	1. Kipuhoitajalta	2. Osaston kipuvastaavalta	3. Kokencemmalta kollegalta	4. Joltakin muulta	5. En ole saanut perehdytystä lainkaan	6. Kyscistä menetelmää ei käytetä osastollamme
Epiduraalinen kivunhoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multirate-infusori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCA (Patient Controlled Analgesia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Johtopuudutukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Kuinka hyödyllisinä pidät seuraavia kipuhoidajan tarjoamia koulutusmuotoja oman osaamisesi kannalta? *

Valitse sopivin vaihtoehto kunkin koulutuksen kohdalla

	1. Erittäin hyödyllinen	2. Hyödyllinen	3. Jonkin verran hyödyllinen	4. Ei lainkaan hyödyllinen
Bedside-koulutus (= potilastilanteissa tapahtuva ohjaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastotunnilla tapahtuva koulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alueellinen kipukoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Omaa osaamistasi kuvaavat väittämät *

Valitse sopivin vaihtoehto kunkin väittämän kohdalla

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokseenkin samaa mieltä	3. Jokseenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	5. En osaa sanoa
Tiedän, missä tilanteissa minun tulee olla yhteydessä kipuhoitajaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En oikein tiedä, missä tilanteissa minun tulisi olla yhteydessä anestesia-ääkäriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän kivun arvioinnin merkityksen postoperatiivisessa kivunhoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En osaan käyttää erilaisia kipumittareita potilaan kivun arvioimiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida potilaan postoperatiivista kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kirjata potilaan postoperatiivisesta kivusta kattavasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle on epäselvää, millaista seurantaä epiduraalinen kivunhoito edellyttää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän millaista seurantaä PCA-hoito edellyttää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En tiedä, mitä johtopuudutus kivunhoitomenetelmänä merkitsee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rohkenen pyytää apua kipuhoitajalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen oloni epävarmaksi hoitaessani potilasta, jolla on käytössä jokin kivunhoidon erityismenetelmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

80% valmiin.

APS -kiputiimin (=kiputiimi) tarjoama tuki kirurgisilla vuodeosastoilla

10. Toivoisin saavani lisäkoulutusta kipuhoidajalta seuraavissa asioissa**Valitse tilanteeseesi sopivat vaihtoehdot.**

- Kivun arviointi
- Kivunhoidon arviointi
- Kivunhoidon kirjaaminen
- Epiduraalisen kivunhoidon aloitus
- Epiduraalisen pistopaikan seuranta
- Muu epiduraalisen kivunhoidon seuranta
- Epiduraalisuodattimen vaihto
- Epiduraalikalvon vaihto
- Epiduraalikatetrin poistaminen
- PCA -hoidon aloitus
- PCA -pumpun toiminta
- PCA -hoidon seuranta
- PCA -hoidon päättäminen
- Johtopuudutukset (esim. aksillaari-, interskaleeni- tai femoraalispuudutus)
- Johtopuudutehoidon seuranta
- Potilasohjaus kivunhoidon erityismenetelmiin liittyen
- Muu, mikä?

100% valmiin

APS -kiputiimin (=kiputiimi) tarjoama tuki kirurgisilla vuodeosastoilla

11. Palautteesi kipuhoitajille

Halutessasi voit antaa vielä vapaamuotoista palautetta kipuhoitajien toiminnan kehittämiseksi
