

APS-toiminta leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tukena

**Posteri APS-toiminnan tiedottamiseksi Päijät-Hämeen
keskussairaalassa**

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (AMK), Sosiaali- ja terveysala

2020

Hanna Hämäläinen

Roosa Jarva

Tiivistelmä

Tekijä(t) Hämäläinen, Hanna Jarva, Roosa	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 32 + 8	Valmistumisaika 2020
Työn nimi Opinnäytetyön otsikko APS-toiminta leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tukena – Posterit toiminnan tiedottamiseksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Helena Kohonen, akuutin kivunhoidon koordinaattori, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä.		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda APS-toiminnasta posterit, jolla voidaan tiedottaa kyseistä toiminnasta Päijät-Hämeen keskussairaalassa juhlavuoden kunniaksi. Opinnäytetyön tarkoitus oli saada näkyvyyttä APS-toiminnalle niin hoitohenkilökunnan kuin potilaiden keskuudessa. Toimeksiantajana toimi Akuutin kivunhoidon koordinaattori, joka vastaa APS-toiminnasta Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Työn teoriaosuudessa tarkasteltiin leikkauksen jälkeistä akuuttia kipua ja sen hoitoa.</p> <p>Tietämys APS-toiminnasta on vielä puutteellista, jonka vuoksi APS-toiminnan näkyvyyttä tulisi lisätä. Toiminnalla pyritään tehostamaan kuntoutumista leikkauksen jälkeen ja parantamaan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatua sekä vähentämään akuutin leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumista.</p> <p>Työn menetelmäksi valittiin toiminnallinen menetelmä. Teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen järjestettiin haastattelu akuutin kivunhoidon koordinaattorille, joka kertoi APS-toiminnasta Päijät-Hämeessä. Haastattelun yhteydessä havainnoitiin koordinaattoria työpäivän ajan, jotta saatiin havainnollistettua APS-toimintaa opinnäytetyöhön paremmin. Haastattelu suoritettiin avoimena haastatteluna yhdelle asiantuntijalle.</p>		
Asiasanat Akuutti kipu, APS, kivun arviointi, kivun kirjaaminen, leikkauksen jälkeinen kipu		

Abstract

Author(s) Hämäläinen, Hanna Jarva, Roosa	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 32 + 8	Published 2020
Title of Publication Title of the Bachelor's Thesis Acute Pain Service in support of postoperative pain management – A poster for informing the service in Päijät-Häme Central Hospital		
Name of Degree Nursing (UAS)		
Name, title and organization of the client Helena Kohonen, Acute Pain Management Coordinator, Päijät-Häme Joint Authority for Health and Wellbeing		
Abstract <p>The aim of the thesis was to create a poster to advertise the Acute Pain Service in Päijät-Häme Central Hospital in celebration of the 10-year anniversary. The purpose of the thesis was to gain visibility on the APS-service both amongst the staff and the patients. The theory part of the thesis covers postoperative pain and the treatment of postoperative pain. The mandator for the thesis was the Acute Pain Coordinator who oversees the Acute Pain Service in Päijät-Häme Central Hospital.</p> <p>The Acute Pain Service aims to enhance the recovery after surgery and improve postoperative pain management. By this means, the service also helps to decrease the threat of acute postoperative pain becoming chronic pain. The knowledge of the Acute Pain Service is still scarce, and hence the awareness of the APS-service should be increased.</p> <p>The chosen research method was a functional method. After the theory of the thesis was written, an interview was set with the Acute Pain Coordinator who told about the Acute Pain Service in the Päijät-Häme region. The interview was carried out as an open interview with one specialist. The thesis also contains a functional part in which an Acute Pain nurse was observed in the job for one day to gain a better picture of the service.</p>		
Keywords Acute pain, APS, pain assessment, postoperative pain, recording pain		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	2
2.1	Kohdeorganisaatio.....	2
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	Kivun määritelmä, kokeminen ja akuutti kipu	3
3.1	Mitä kipu on?	3
3.2	Kivun fysiologia.....	4
3.3	Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu.....	5
3.4	Akuutin kivun kokemiseen ja pitkittymiseen liittyvät tekijät	6
4	Kivun hoito.....	7
4.1	Kivun arviointi	7
4.2	Kivun kirjaaminen	9
4.3	Lääkkeellinen kivunhoito.....	9
4.4	Lääkkeetön kivunhoito	11
4.5	Akuutin kivun hoitopolku	12
4.6	APS-toiminta Suomessa	13
5	Kuvaus APS-toiminnasta Päijät-Hämeessä	15
5.1	Akuutin kivunhoidon koordinaattorin haastattelu	15
5.2	APS-hoitajan työpäivä	17
5.3	APS-toiminnan haasteet	19
6	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	20
6.1	Toiminnallinen menetelmä	20
6.2	Posteri	20
7	Pohdinta	24
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	24
7.2	Opinnäytetyön ja tuotoksen arviointi	25
7.3	Jatkokehittämissideat	26
	Lähteet	28

Liitteet

Liite 1. Haastattelun kysymykset

Liite 2. Posteri

Liite 3. Opinnäytetyö lupahakemus

Liite 4. Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdystys on linjannut hyvän kivunhoidon olevan perustavanlaatuinen ihmisoikeus. Suomessa kivunhoitoa ohjaavat lisäksi laki ja eettiset ohjeistukset. (Hamunen ym. 2012.)

Kipu on aina yksilöllinen kokemus ja siihen vaikuttavat monet asiat (IASP 2020). Potilas itse on paras oman kivun arvioija. Kivun voimakkuuden arvioimiseksi voidaan käyttää erilaisia mittareita, kuten kipujanaa, numeroasteikkoa tai sanallista arviota. Kivun voimakkuuden lisäksi arvioidaan kivun sijainti, tyyppi ja kesto. Puhumaan kykenemättömän kipua tulee myös arvioida esimerkiksi ilmeiden, eleiden ja elintoimintojen muutosten avulla. Kivun arvioinnista saadut tiedot kirjataan tarkasti ja säännöllisesti potilasasiakirjoihin, jotta kiputilanetta voidaan seurata ja hoitaa riittävästi. (Käypä Hoito 2017.)

Kivunhoidossa voidaan käyttää lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä keinoja. Kipua hoidettaessa suositetaan lääkkeettömiä keinoja, kuten asentohoito, liikunta, erilaiset terapeuttiset keinot sekä kylmä- ja lämpöhoidot. Kipulääkityksestä tehdään jokaiselle potilaalle yksilöllinen suunnitelma. Leikkauksen jälkeen peruskivulääkityksenä käytetään usein parasetamolia tai tulehduskipulääkettä tai niitä yhdessä. (Käypä Hoito 2017.)

Akuutti kipu tarkoittaa vamman tai leikkauksen jälkeen syntyvää kiputilaa, joka usein väistyy nopeasti (Terveyskylä 2017a). Hoitamattomana leikkauksen jälkeinen akuutti kipu on suuri riski kroonisen kiputilan syntymiselle. Leikkauksen jälkeinen kipu voi aiheuttaa myös erilaisia toipumista hidastavia komplikaatioita. Akuuttia kipua voidaan kuitenkin hoitaa ja kivun pitkittymistä ennalta ehkäistä jo ennen leikkausta. (Kalliomäki 2017.) APS tulee englannin kielen sanoista Acute Pain Service ja tarkoittaa akuutin kivun hoidon työryhmää. APS-työryhmän tehtäviin kuuluu akuutin kivunhoidon kehittäminen ja muun henkilökunnan kouluttaminen, kivunhoidon järjestäminen potilaille sekä kivunhoidon laadun seuranta. (Hamunen & Kontinen 2018, 311.)

Kirurgian harjoitteluissa opiskelijoiden on mahdollista tutustua lyhyesti APS-toimintaan Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Pääsimme seuraamaan akuutin kivunhoidon hoitajia harjoittelujaksolla, jolloin saimme idean lähteä työstämään opinnäytetyötä kyseisestä aiheesta. Keskustelimme opinnäytetyön aiheesta yhdessä akuutin kivunhoidon koordinaattorin kanssa ja saimme rajattua aiheen työlle. Opinnäytetyössä tutustuimme akuutin kivunhoidon teoriaan, jonka jälkeen tutustumme APS-toimintaan käytännössä seuraamalla APS-hoitajan työtä päivän ajan, ja lisäksi tuotimme posterin koskien APS-toimintaa. Opinnäytetyön aihe on rajattu leikkauksen jälkeiseen akuuttiin kipuun ja sen hoitamiseen APS-toiminnan näkökulmasta.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

2.1 Kohdeorganisaatio

Opinnäytetyön kohdeorganisaationa toimii Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä eli PHHYKY. Yhtymä palvelee yli 210 000 asukasta Päijät-Hämeessä ja yhtymän palveluksessa työskentelee yli 7 000 työntekijää. PHHYKY tarjoaa kattavasti erilaisia terveystalviteita, perhe- ja sosiaalipalveluita sekä ikääntyneiden palveluja ja kuntoutusta. (PHHYKY 2020b.) Päijät-Hämeen keskussairaala on Suomen toiseksi suurin keskussairaala, jossa erikoissairaanhoidosta huolehtii 40 eri erikoisalalan asiantuntijaa. Päijät-Hämeen keskussairaala onkin Suomessa seitsemänneksi suurin erikoissairaanhoidon tuottaja. Keskussairaala sijaitsee Lahdessa ja siellä työskentelee 2900 henkilöä. Noin 120 000 ihmistä vierailee Päijät-Hämeen keskussairaalassa vuosittain. (PHHYKY 2020a.)

Akuutin kivunhoidon -toiminta Päijät-Hämeessä keskittyy Päijät-Hämeen keskussairaalaan. APS (Acute Pain Service) -työryhmään kuuluu akuutin kivunhoitoon perehtyneitä sairaanhoitajia ja vastuuanestesiaalääkäreitä. Päijät-Hämeessä APS-toiminta kohdistuu leikkauksessa olleille potilaille vuodeosastoilla. (PHHYKY 2019.) Lisäksi APS-toimintaan usein kuuluu jälkipoliklinikka toiminta (Kohonen 2020). Opinnäytetyössä yhteistyökumppanina toimii akuutin kivunhoidon koordinaattori.

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä APS-toiminnan näkyvyyttä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Näkyvyydellä pyritään lisäämään tietämystä toiminnasta niin Päijät-Hämeen keskussairaalan henkilökunnan kuin potilaidenkin keskuudessa. Opinnäytetyö sisältää myös teoriaosuuden akuutista kivusta ja sen hoidosta. APS-toimintaan tutustuimme seuraamalla APS-hoitajaa yhden päivän ajan hänen työssään sekä haastatteleamalla akuutin kivunhoidon koordinaattoria.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa posterit APS-toiminnasta. Vuosi 2020 on APS-toiminnan 10. juhlavuosi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä ja posterit juhlistaa APS-toiminnan kymmenenvuotista taivalta. Juhlavuoden lisäksi posterit sisältää tietoa APS-toiminnasta. Opinnäytetyön valmistuttua APS-hoitajat saavat vapaasti käyttää posterit toiminnasta tiedottamiseen. Posterit jää samalla pysyvä muisto APS-hoitajille toiminnan juhluvuodesta.

3 Kivun määritelmä, kokeminen ja akuutti kipu

3.1 Mitä kipu on?

Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy todellinen tai mahdollinen kudosaivario, tai jota kuvataan samalla tavalla (IASP 2020, kirjoittajan suomennos). Tämä on IASP:n vuonna 2020 päivitetty määritelmä kivusta. Aiempi kivun määritelmä oli vuodelta 1979. Määritelmää on päivitetty ilmaisemaan paremmin kivun monimutkaisuutta ja erilaisia vivahteita. Tämän toivotaan parantavan kivun arvioimista ja hoitoa. Kivun määritelmää täydennetään kuudella keskeisellä huomiolla. (IASP 2020.)

Kuusi keskeistä huomiota:

- Kipu on aina yksilöllistä, kipukokemukseen vaikuttavat vaihtelevalla asteella biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät.
- Kipu ja nosiseptio, eli hermosensoreissa sijaitsevien kipureseptorien aktivoituminen, ovat eri ilmiöitä, kipu ei voi pelkästään johtua hermosensorien aktivoitumista.
- Kivun käsite opitaan elämäkokemusten kautta.
- Yksilön kertomusta koetusta kivusta on kunnioitettava.
- Kipu on usein elämään mukautuvaa, mutta sillä voi olla haitallisia vaikutuksia toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ja psykologiseen hyvinvointiin.
- Sanallinen kuvaus on vain yksi tapa useasta kuvata kipua. Kyvyttömyys kommunikoida ei poissulje mahdollisuutta kivun tuntemisesta ihmisillä tai ei ihmismäisillä eläimillä. (IASP 2020, kirjoittajan suomennos.)

Kivun tehtävä on suojata kehoa ja elimistöä. Lisäksi kivun tarkoitus on opettaa varovaiseksi. Varovaisuus voi olla kipeän alueen suojaamista räsitukselta tai vaarallisten, kipua aiheuttavien, asioiden välttämistä. (Terveyskylä, 2018a.) Vaarallisten asioiden välttäminen on hengissä selviämisen ehto, esimerkiksi terävien ja kuumien asioiden välttäminen opitaan jo lapsena kipukokemuksen kautta (Vainio 2004, 17). Evoluution kannalta kipukokemuksen tulee olla voimakas ja ahdistava, jotta kivuliaasta tapahtumasta jää voimakas muistijälki. Akuutilla kivulla oleva suojaava merkitys on positiivinen mutta krooniselle kivulle ei ole pystytty löytämään positiivisia aiheita. (Kalso ym. 2018, 109.)

Kivun tunteminen ja kokeminen on jaettu neljään viitekehykseen, eli ajattelutapaan. Nämä ovat biolääketieteellinen malli, psykologinen ja psykiatrinen viitekehys, psykiatrinen ajatusmalli ja biopsykososiaalinen malli. Biolääketieteellisessä mallissa ajatellaan kivun tai muun

oireen johtuvan elimellisestä viasta, eli patologiasta. Mallissa elimellistä vikaa tutkitaan lääketieteellisesti ja hoidetaan lääkkeillä tai toimenpiteillä. (Vainio 2004, 22.) Biolääketieteellisen mallin mukaan kivun, sairauden tai vamman aiheuttama toiminnan rajoitus häviää, kun elimellinen vika on hoidettu (Haanpää & Pohjalainen 2018, 273).

Biolääketieteellisen mallin vastakohta on psykogeeninen kipu, joka on osa psykologista ja psykiatrista viitekehystä. Psykogeenisen kivun taustalla ei ole selvää elimellistä syytä. (Vainio 2004, 22.) Psykogeenisen kivun diagnoosia pidetään vanhentuneena, sillä diagnoosien takana ei ole näyttöä siitä, että kipu voi johtua pelkästään psyykkisistä syistä ilman orgaanisia mekanismeja (Hamunen ym. 2018, 132). Psykiatrinen ajatusmalli taas hyödyntää psykosomatiikkaa, joka on oppi psyykkisten ongelmien ja ruumiillisten oireiden yhteydestä (Vainio 2004, 22-23).

Biopsykososiaalisessa mallissa ihmisen terveys ja sairaus on monitasoista ja se tarkastelee yhtäaikaaisesti sairauden biologisia, psykologisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Biopsykososiaalisessa mallissa kipu on yksilöllinen kokemus, riippumatta kivun alkuperästä. Jokainen ihminen kokee kivun eri tavalla ja sama kipu voidaan kokea erilaisena erilaisessa ympäristössä. Ihmistä tarkastellaan kokonaisuutena, johon sisältyy kokemukset, elämäntilanne ja elinympäristö. (Holopainen 2020, 64-65.)

Varsinaiset kiputilat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: nosiseptiivinen eli kudonsvauriokipu, neuropaattinen eli hermovauriokipu ja idiopaattinen eli tuntemattomasta syystä johtuva kipu (Aurema ym. 2012). Nosiseptiivinen kipu voidaan jakaa vielä somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen nosiseptiivinen kipu on yleensä tulehduskipua esimerkiksi lihas- ja luustokivut leikkauksen jälkeen. Viskeraalinen nosiseptiivinen kipu on sisäelimiin liittyvää kipua, esimerkiksi sappitiekipu. (Hamunen ym. 2018, 130.) Hermovauriokivussa vika on yleensä kipuviestä kuljettavassa osassa, esimerkiksi kipuhermopäätteessä, selkäytimen kipuradassa tai aivojen kipua aistivassa osassa. Kivun syy jää tuntemattomaksi, jos elimistössä ei ole merkkejä kipua aiheuttavista kudons- tai hermovauriosta. Tällöin ihmiselle tehdyt tutkimukset ja kuvauksetkaan eivät paljasta mitään, mistä kipu voisi johtua, mutta silti kipu on olemassa ja tuntua samalta kuin näkyvän vaurion aiheuttama kipu. (Aurema ym. 2012.)

3.2 Kivun fysiologia

Kivun tuntemisesta on olemassa erilaisia malleja. Parhaiten tunnettu malli on René Descartesin malli nosiseptiivisten ärsykkeiden aiheuttamasta kivusta. (Luomajoki 2020, 39.) Tämä malli on esitelty tässä luvussa.

Kivun välittymisen tapahtumaketju on jaettu neljään vaiheeseen: transduktio (nosiseptorin aktivoituminen), transmissio (välittyminen), modulaatio (muuntelu) ja perseptio (kivun

tunteminen). Tapahtumaketju alkaa transduktiosta, jolloin kudosis, joka pystyy aistimaan kipua, vastaanottaa mahdollisesti kudosisvauriota aiheuttavan ärsyksen. Vastaanottava kudosis voi olla esimerkiksi iho ja ärsyke nyrkillä lyönti. Kudosisessa, joka kykenee aistimaan kipua, on nosiseptoreita. Nosiseptorit ovat tuovia hermosoluja, jotka kykenevät hermopäätteidensä kautta reagoimaan mahdollisesti kipua tuottavaan ärsykeeseen. Kipua tuottavia ärsykeitä ovat muun muassa mekaaninen-, kemiallinen- ja lämpöärsyke. Transduktiossa nosiseptorin hermopäätteet aktivoituvat sähkökemiallisesti ärsyksen johdosta, joka johtaa aktiopotentiaalin eli niin sanotun sähköisen viestin syntymiseen. (Kalso & Kontinen 2018, 56–58.)

Transmissiossa tämä syntynyt viesti siirtyy hermosoluja pitkin keskushermoston kipua aistiin osiin ja sieltä aina selkäyttimeen saakka. Selkäytimestä projektioneuronit kuljettavat viestin aivorunkoon ja talamukseen sekä sieltä aivokuorelle. Modulaatio vaiheessa kipu voi muuntua esimerkiksi stressin tai kipulääkkeiden vaikutuksesta. Viimeisessä vaiheessa eli perseptiossa, neuronit, jotka välittävät kipua aktivoituvat ja näin ollen aiheuttavat kivun tunteisen. (Kalso & Kontinen 2018, 56–58.)

Aivot käsittelevät saapuvan informaation ja päättävät siitä, mikä koetaan kipuna ja millainen kipukokemus on, eli kuinka voimakas kipu on ja mistä suunnasta kipuviesti tulee. Aivoissa aktivoituu lisäksi tunteita käsitteleviä alueita, jonka takia kipu koetaan epämiellyttävänä. (Luomajoki 2020, 43; Terveyskylä 2018b.)

3.3 Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu

Akuutti kipu on äkillisesti syntyvää kipua, jonka tarkoituksena on ensisijaisesti suojata elimistöä. Usein syy akuutille kivulle on jo tiedossa ja kipu helpottaa, kun syytä hoidetaan. (Terveyskylä 2017a.) Akuutti kipu on yleisin syy ensiapuun hakeutumiselle. Akuuttia kipua aiheuttavat muun muassa loukkaantuminen esimerkiksi auto-onnettomuudessa tai väkivaltatilanteen seurauksena, synnyttäminen, leikkaukset sekä erilaiset sairaudet. Akuutti kipu aiheuttaa epämukavuutta ja kärsimystä, ja sen lisäksi kipu hidastaa paranemista, lisää sairastumisriskiä, pidentää sairaalassaoloaikaa sekä kasvattaa kroonisen kivun kehittymisen riskiä. (Vijayan 2011.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään kirurgisen toimenpiteen jälkeiseen akuuttiin kipuun. Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun voimakkuus riippuu kudosisvaurion määrästä ja laadusta leikatulla alueella. Kipu vaihtelee eri kudosisyyppien välillä. Hermoiin kohdistunut toimenpide aiheuttaa yleensä kovin voimakasta kipua verrattuna esimerkiksi ihoon, pehmytkudoksiin tai luuhun kohdistunut toimenpide. (Kontinen & Hamunen 2015.) Kipu pitkittyessään ja hoitamattomana voi aiheuttaa kivun kroonistumista. Akuuttia leikkauksen jälkeistä kipua

tulee hoitaa tehokkaasti, sillä se voi aiheuttaa paranemista hidastavia haittavaikutuksia, kuten verenkiertoelimistön räsytystä, virtsaumpea, suolen toiminnan lamaantumista, hengitysfunktion heikkenemistä sekä hormonaalisia stressivasteita. (Salanterä ym. 2013.)

3.4 Akuutin kivun kokemiseen ja pitkittymiseen liittyvät tekijät

Leikkauksen jälkeistä kipua tulee hoitaa tehokkaasti, sillä noin 10–50 prosentilla potilaista akuutti kipu pitkittyy, ja 2–10 prosentilla näistä potilaista kehittyy vaikea krooninen kiputila. (Salanterä ym. 2013.) Pitkittynyt leikkauksen jälkeinen kipu on kipua, joka kehittyy kirurgisen toimenpiteen jälkeen ja jatkuu paranemisprosessin yli, eli vähintään 3 kuukautta leikkauksen jälkeen. Muut syyt kivulle, kuten tulehdus, on suljettava pois, jotta kipu voidaan määritellä krooniseksi leikkauksen jälkeiseksi kivuksi. (Schug & Bruce 2017.)

Akuutin kivun kokemisen ja pitkittyneen leikkauksen jälkeisen kivun riskitekijät voidaan jaotella kolmeen aihealueeseen, jotka ovat potilaaseen liittyvät tekijät, toimenpiteeseen liittyvät tekijät sekä hoitoon liittyvät tekijät. Potilaaseen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, geeniperimä, psykologiset tekijät, kuten leikkausta edeltävä ahdistus, masennus ja kipuun liittyvä ylihuolestuneisuus, aikaisemmat kipukokemukset ja kipulääkkeiden käyttö sekä kivunsäätelyjärjestelmän häiriöt. Toimenpiteen aikana syntyvät kudosis- ja hermovauriot sekä iskemia eli kudoksen hapenpuute ja tulehdustilat lisäävät riskiä voimakkaan akuutin kivun syntymiselle sekä kivun kroonistumiselle. Hoitoon liittyviin tekijöihin kuuluvat anestesiamuoto, kipulääkitys sekä potilaan saama psyykinen tuki. (Hamunen & Kontinen 2018, 293-294.)

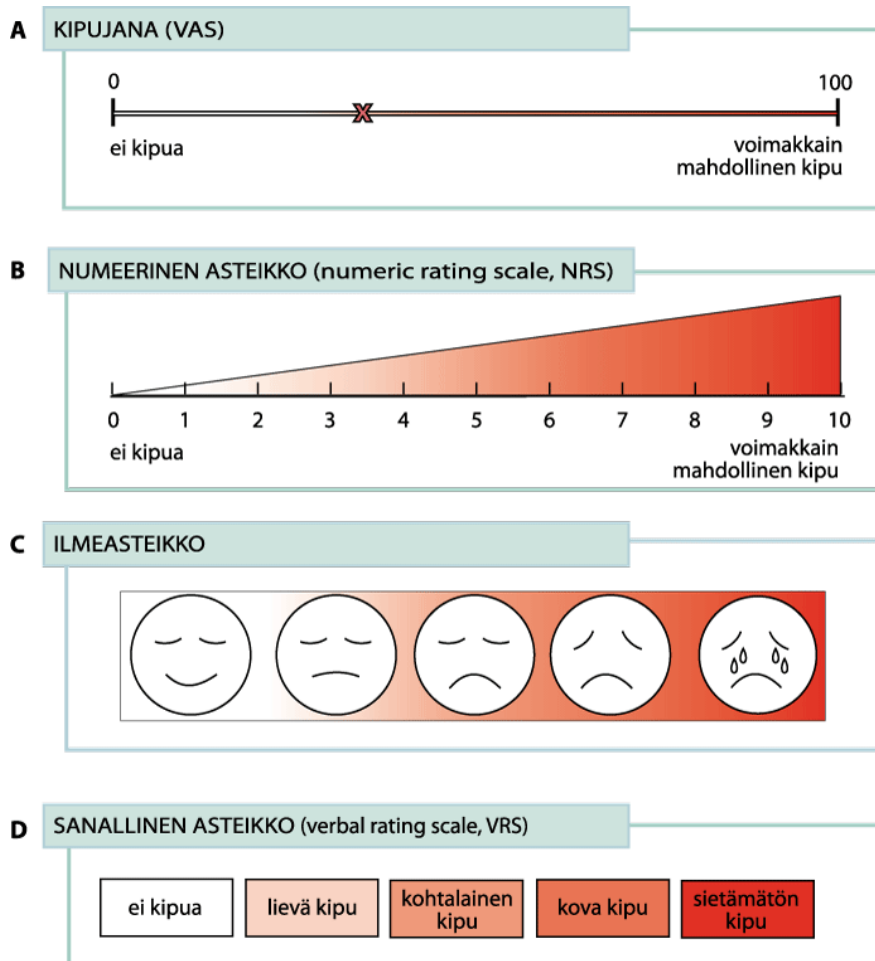
4 Kivun hoito

4.1 Kivun arviointi

Kivunhoitoon kuuluu kivun arviointi sekä annetun hoidon vasteen seuranta. Kipua lääkittäessä tulee myös lääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia seurata. Kivun arviointiin käytetään ensisijaisesti potilaan omaa arviota. Lisäksi arviointiin voi käyttää erilaisia kipumittareita ja sairaanhoitajan havainnointia sekä mahdollisia valvontalaitteita. (Käypähoito 2017; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 570.) Kivun säännöllinen arviointi ohjaa kivunhoitoa, jotta potilaalle löytyisi hänelle parhaiten sopiva lääkkeellinen ja/tai lääkkeetön auttamismenetelmä. Tavoitteellinen kivunhoito vaatii jatkuvaa seurantaa, jotta hoidon onnistumista voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti sekä hoitosuunnitelma pysyy ajantasaisena. (Salanterä ym. 2013; Terveyskylä 2019.)

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli potilaan kivun arvioinnissa ja kivunhoidossa, sillä hän vastaa potilaan tarkkailusta ja hoidon toteuttamisesta, ja on potilaan kanssa tiiviisti vuorovaikutuksessa. Kivun arviointi ja hoito tehdään potilaan kanssa yhteistyössä, sillä potilas on oman tilanteensa asiantuntija. Potilaan saamaan kivunhoitoon vaikuttavat sairaanhoitajan asenteet, ammattitaito sekä tiedot. (Lukkari ym. 2010, 372-373.)

Potilaan kivun arviointi on yksi haastavimpia asioita kivun hoitotyössä. Sairaanhoitajan arvioima kivun tilanne poikkeaa usein potilaan omasta arviosta. (Pätäri 2014.) Potilaan omaan arvioon kivusta kuuluu kivun voimakkuus, kesto, laatu ja sijainti sekä hoidon vaste kipuun. Hyödyksi voidaan käyttää kipumittareita, joilla kipu saadaan mitattavaan ja havainnoitavaan muotoon. Kipumittareita ovat esimerkiksi numeraalinen asteikko 0–10 eli NRS (numeral rating scale), kipujana VAS (visual analogue scale), sanallinen asteikko VRS (verbal rating scale) ja kasvokuvat. Kipumittarit on esitelty kuvassa 1. (Käypähoito 2017; Terveyskylä 2019.) Potilas valitsee itse käytettävän kipumittarin. Valittu kipumittari kirjataan potilaan tietoihin ja kipua arvioitaessa käytetään aina samaa mittaria. Näin varmistetaan hoidon verrannollisuus. (Salanterä ym. 2013.)



Kuva 1. Kipumittareita (PHHYKY 2017)

Kipua mitatessa ja arvioidessa on huomioitava myös potilaan ikä ja kognitiivinen taso. Esimerkiksi ikääntyneille, joiden kognitiivinen taso on heikentynyt, voi numeraalinen tai visuaalinen mittari olla vaikea ymmärtää. Toinen esimerkki ovat lapset, joiden iästä ja kehityksen asteesta riippuen kognitiiviset ja kielelliset taidot ovat vielä kehittymässä. Tällöin sanallinen ilmaiseminen tai esimerkiksi kipu käsitteenä voi olla haastavaa, joten visuaaliset kasvokuvat tai muut apuvälineet kuten nuket voivat olla avuksi kipua arvioitaessa. (Hiller 2018, 506-507; Kalso 2018, 538.)

Potilaalta tulee aina kipua arvioitaessa kysyä kivusta ensisijaisesti häneltä itseltään. Kaikki eivät kuitenkaan pysty sanallisesti tai visuaalisten mittareiden avulla luotettavasti kertomaan kivusta. Dementoituneet, sekavat, kehitysvammaiset ja pienet lapset kuuluvat tähän ryhmään. Heillä kipua arvioidaan havainnoimalla kipua ilmentäviä käyttäytymiskeinoja ja kasvojen ilmeitä. Kipua osoittavia indikaatioita ovat kasvojen ilmeet, ääntely, kehonkieli, persoonallisuuden muutokset, muutokset päivittäisissä toiminnoissa sekä muutokset henkisissä toiminnoissa. (Salanterä ym. 2013.) Kivun havainnointiin on kehitetty lisäksi erilaisia mittareita, kuten esimerkiksi PAINAD mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia).

PAINAD on kehitetty arvioimaan kipua ihmisillä, joilla on pitkälle edennyt dementia. Mittari perustuu poikkeavuuksiin hengityksessä, ääntelyssä, kasvojen ilmeissä, kehonkielessä sekä reagoimista lohduttamiseen. Eri osa-alueet pisteytetään arvolla 0–2 ja pisteet laskeaan yhteen, jolloin saadaan arvo kivulle välillä 0–10. (Salanterä ym. 2013; Kalso 2018, 538.)

4.2 Kivun kirjaaminen

Kivun sijainti sekä voimakkuus levossa ja liikkeessä tulee kirjata vähintään kerran työvuoron aikana. Kirjauksista tulee nähdä myös valittu kivunarviointimenetelmä, miten ja millä perustein esiintynyttä kipua on hoidettu, annetun hoidon vaste ja hoidosta johtuvat mahdolliset haittavaikutukset. Hyvä ja oikeaoppinen kirjaaminen parantaa potilasturvallisuutta, potilaan ja henkilökunnan oikeusturvaa sekä on apuna kehittämässä kivunhoidon laatua. (Salanterä ym. 2013.)

Jatkuvista lääkkeenantotekniikoista on kirjattava ainakin infuusionopeus ja lääkeaineen koostumus. Kaikki muutokset ja hoidon lopettaminen tulee kirjata perusteluineen. Jos käytössä on lääkitys, jota potilas voi itse annostella, kirjataan lääkkeen kulutus kerran vuorokaudessa. Opioideja käytettäessä kirjataan sedaatio, pahoinvointi ja oksentelu. Vaikeasti heräteltävän potilaan kohdalla tulee arvioida hengitystä ja kirjata tehdyt huomiot. (Hamunen ym. 2012.) Anestesiaalääkäri asettaa epiduraali- ja spinaalipuudutuskatetrit steriilisti. Sairaanhoitaja vastaa potilaan voinnin seurannasta, katetrin hoidosta, lääkkeen antamisesta sekä kirjaamisesta potilasasiakirjoihin epiduraali- ja spinaalipuudutuksen aikana. (Ahonen ym. 2017, 116-117.) Paikallisen kestopuudutuksen yhteydessä kirjataan mahdolliset haittavaikutukset, eli verenpaineen lasku ja puuduteainemyrkytyksen oireet (Hamunen ym. 2012). Laajoja alueita puudutettaessa puuduteaineen kulutusta on seurattava, sillä suuret annoksen voivat aiheuttaa puuduteainemyrkytyksen (Tarkkila & Tuominen 1995).

4.3 Lääkkeellinen kivunhoito

Lääkehoidon toteuttaminen sairaalassa on terveydenhuoltoalan ammattihenkilön eli tässä tapauksessa sairaanhoitajan vastuulla. Työnantajan tulee varmistaa, että sairaanhoitajalla on tarvittavat luvat ja koulutukset lääkehoidon toteuttamista varten. (Valvira 2020.)

Leikkauksen jälkeisen kipulääkityksen suunnittelee anestesiaalääkäri potilaan voinnin ja leikkauksen perusteella (Lukkari ym. 2010, 373). Lääkehoidon vaikutuksen seuraamiseen osallistuvat kaikki potilasta hoitavat henkilöt. Lääkäriin tehtävä on arvioida kipulääkityksen vaikuttavuutta, mutta sairaanhoitajan tehtävänä on toteuttaa kipulääkitystä lääkärin ohjeiden

mukaisesti. Kipulääkityksen toteutus on kirjattava selkeästi potilasasiakirjoihin. Kirjauksien tulee sisältää lisäksi mahdolliset sivuvaikutukset ja muut erityishuomiot. (Inkinen ym. 2016.)

Leikkauksen jälkeen kivunhoidossa noudatetaan multimodaalisuus eli monimuotoisuus periaatetta, joka tarkoittaa, että kivun lievitykseen käytetään useita lääkkeitä, joilla on erilaiset vaikuttamistavat. Tässä kivun hoitotavassa yksittäisen lääkkeen annosta on mahdollista pienentää, jolloin lääkkeen haittavaikutuksetkin vähenevät. (Kontinen & Hamunen 2015; Käypä Hoito 2017.)

Perinteisesti kipua hoidetaan säännöllisesti annettavalla tulehduskipulääkkeellä ja parasetamolilla, jotka yhdessä käytettyinä antavat paremman kivunlievityksen kuin lääkkeet yksinään. Parasetamoli on usein sopiva lääke, mutta tulehduskipulääkkeisiin liittyy vasta-aiheita. Tulehduskipulääkkeitä ei suositella käytettäväksi, jos potilaalla on maksan tai munuaisten vajaatoiminta, verenvuotoriski, veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys, tiettyjä sydän- ja verisuonisairauksia tai potilas on allerginen lääkeaineelle. Riittävä parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden käyttö vähentää myös opioidien tarvetta. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Opioidit ovat keskushermoston kautta vaikuttavia vahvoja kipulääkkeitä. Opioidit ovat hyvin yleisiä lääkkeitä leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Suomessa yleisin ja eniten käytetty opioidi on oksikodoni. Kipulääkitys pyritään toteuttamaan suun kautta, jos potilaalla ei ole siihen estettä. Opioidit aiheuttavat enemmän haittavaikutuksia kuin parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet, minkä takia opioidin tarvetta tulee arvioida säännöllisesti. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi ja ummetus. (Kontinen & Hamunen 2015.) Oksikodoni luokitellaan huumausaineeksi ja sitä voi jakaa ainoastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Huumausaineiden ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käytössä tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä näiden lääkkeiden kanssa voi tapahtua kohtalokkaita virheitä. Sairaanhoidajalta vaaditaan tarkkaavaisuutta ja ammattitaitoa vahvojen kipulääkkeiden käsittelyyn. Sairaanhoidajan tulee seurata huumausaineiden ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden vastetta ja haittavaikutuksia sekä kirjata tiedot potilasasiakirjoihin selkeästi ja säännöllisesti. (Inkinen ym. 2016.)

PCA eli Patient Controlled Analgesia tarkoittaa potilaan toteuttamaa kivunhoitoa lääkeannostelijan kautta. PCA-lääkeannostelijan tarkoitus on, että potilas voi itse nappia painamalla annostella ennalta ohjelmoidun lääkeannoksen suonensisäisesti lääkärin ohjeistaman annostelijan avulla. PCA-lääkeannostelijan käyttö lisää potilastyytyväisyyttä sekä antaa usein paremman kivunlievityksen. (Kontinen & Hamunen 2015.) Potilaan tulee olla yhteistyökykyinen ja sitoutunut hoitoon, jotta PCA-lääkeannostelijan käyttö onnistuu.

Lääkeannostelijan käyttöä varten potilas tarvitsee sairaanhoitajalta ammattitaitoista ja tutkittuun tietoon perustuvaa ohjausta turvallisen lääkehoidon takaamiseksi. (Inkinen ym. 2016.)

Epiduraalipuudutus on yksi tehokkaimmista keinoista leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa keskivartalon tai alaraajojen alueeseen kohdistuvissa leikkauksissa. Epiduraalisessa kivunhoidossa käytetään puudutetta ja siihen voidaan yhdistää opioidi. Yhdessä käytettynä lääkeeseos on kuitenkin tehokkaimmillaan. Epiduraalipuudutuksen sijainti pitää olla optimaalinen suhteessa leikkaustraumaan. Epiduraalisesti käytettävää lääkeeseosta annetaan jatkuvana infuusiona ja tarvittaessa täydennetään kerta-annoksella eli boluksella. Epiduraalinen kivunhoito vaatii seurantaa ja on turvallista vuodeostastoilla ammattitaitoisen sairaanhoitajan valvomana. Epiduraalinen kivunhoito mahdollistaa suun kautta otettavan opioidin annoksen vähentämisen, mikä vähentää lääkityksen haittavaikutuksia. (Hamunen & Kontinen 2018, 300-302.) Sairaanhoitaja tarvitsee kirjallisen luvan lääkehoidon toteuttamiseksi epiduraalitilaan (Valvira 2020).

Leikkauskivun hoidossa voidaan käyttää myös haavan alueen paikallispuuduksia, sillä leikkaushaava on merkittävä kudonvaurio toimenpiteessä. Paikallispuudutuksessa puudutetaan leikkaushaavan eri kerrokset sekä reunat leikkauksen lopussa. Leikkaushaavan puudutuksen lisäksi kivunhoitona voidaan puuduttaa perifeerisiä hermoja tai hermopunoksia. Hermoihin liittyvät puudutukset voidaan tehdä leikkauksen jälkeen tai jo ennen leikkausta kipua ennalta ehkäisevänä menetelmänä. Puudutukset voivat vähentää merkittävästi opioidin tarvetta. (Kontinen & Hamunen 2015.)

4.4 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä suositaan entistä enemmän. Lääkkeellinen ja lääkkeetön tapa hoitaa kipua täydentävät toisiaan. Leikkausalueella tuntuu usein turvotusta ja haavakipua, jolloin kylmä- tai lämpöpakkaukset sekä asentohoito voivat lievittää kipua. Huomion suuntaaminen pois kivusta, esimerkiksi musiikin, mieluisien televisio-ohjelmien tai lukemisen avulla auttaa lieventämään kipua. (Terveyskylä 2017b.)

Myös liikunta ja terapeuttinen harjoittelu ovat tehokkaita kivunlievityskeinoja. Leikkauspotilaita kehoitetaan liikkumaan heti kun mahdollista, sillä nopea liikkeelle lähtö edistää paranemista. Fysioterapeutin toteuttama ohjaus erityisesti ortopedisille potilaille on tarpeellinen. Kylmä- ja lämpöhoidon lisäksi muita fysikaalisia hoitoja ovat esimerkiksi hieronta, joka lievittää kipua sekä parantaa toimintakykyä. (Mäntyselkä 2015.)

4.5 Akuutin kivun hoitopolku

Toimiva akuutin kivun hoito vaatii kivun huomioimista jokaisessa potilaan hoitopolun vaiheessa (Lempinen ym. 2014). Preoperatiivisessa eli leikkausta edeltävässä vaiheessa annettu potilasohjaus kivusta lieventää ahdistusta, ja vähentää kipukokemusta leikkauksen jälkeen. Ohjauksella valmistellaan potilasta toimenpidettä varten ja edistetään kivunhallintaa toimenpiteen jälkeen. Ohjauksessa tärkeää on annettavan tiedon sisältö ja määrä. Liiallinenkin ohjaus voi aiheuttaa ahdistusta. Ohjauksen tulisi sisältää tietoa itse kivusta, kivun arvioinnista ja hoidosta sekä erilaisista kivunhallintakeinoista. Potilaan saama tieto kivusta lisää potilaan osallistumista hoitoon ja tyytyväisyyttä hoidosta sekä edistää paranemista. Selkeä tieto kivunhoidosta auttaa potilaita, joilla on lääkkeisiin tai lääkeriippuvuuteen liittyviä pelkoja. Näin ollen sairaanhoitajan on myös rohkaistava potilasta aktiivisuuteen ja kertomaan tarpeistaan kivunhoidon suhteen. Ohjausta on hyvä antaa niin suullisesti kuin kirjallisesti, jolloin potilas voi paremmin perehtyä saamaansa tietoon. Ohjauksessa voidaan hyödyntää myös internetistä, esimerkiksi Terveyskylästä, löytyviä ohjeita sekä videomateriaaleja erilaisista kivunhoitomenetelmistä. Lisäksi jo olemassa oleva kipu voi aiheuttaa suurta pelkoa tulevasta leikkauksesta ja sen aiheuttamasta kivusta. Tämän takia on tärkeää puuttua mahdolliseen olemassa olevaan kipuun hyvissä ajoin, jolloin voidaan ehkäistä leikkauksen jälkeistä kipua. Leikkausta edeltävä ohjaus on tärkeää myös siksi, että potilaiden sairaalassaoloajat ovat entistä lyhyempiä, jolloin potilas joutuu myös itse huolehtimaan kivunhoidostaan kotiutumisen jälkeen. (Salanterä ym. 2013.) Ennen leikkausta on pyrittävä myös tunnistamaan potilaat, joilla on riskitekijöitä voimakkaalle leikkauksen jälkeiselle kivulle. Riskipotilaat tunnistamalla on mahdollista suunnitella toimiva kivun hoito jo ennen kivun kehittymistä. (Tiippana 2017.) Sairaanhoitajalla tulee olla ammatillista osaamista ohjausta antaakseen. Potilasohjauksen sisältää tutkittua tietoa, mutta ohjaus annetaan potilaslähtöisesti. Potilaan ohjaaminen ennen leikkausta vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja. (Eriksson ym. 2015.)

Leikkauksen aikana akuutin kivun pitkittymistä voidaan ennalta ehkäistä yksilöllisellä hoidolla ja seurannalla, mikäli tunnistetaan potilas, jolla on riskitekijöitä voimakkaan akuutin kivun syntymiselle ja kivun kroonistumiselle. Lisäksi hoitohenkilökunnalla on oltava käytössään kattavat ja turvalliset ohjeet sekä käytännöt kivun hoitamiseksi. (Tiippana 2017.)

Postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen kivun laatu ja määrä vaihtelee eri leikkausten välillä. Kipu syntyy erilaisilla mekanismeilla leikkaustyyppin mukaan. Tämän vuoksi jokaiselle potilaalle on suunniteltava yksilöllinen kivunhoito. Nykypäivänä potilaat kotiutuvat nopeasti suurtenkin leikkausten jälkeen, minkä vuoksi kivunhoito on erityisen tärkeää. Kotiutumiseen vaikuttavista asioista kipu on yksi tärkeimmistä. Kipu viivästyttää kotiin pääsyä ja pitkittää

sairaalassaoloaikaa. Monesti kipu aiheuttaa pahoinvointia ja siksi hoito sairaalassa jatkuu ja toipuminen hidastuu. Kotonakin tulisi hoitaa kipua, sillä kivun hoitamatta jättäminen hidastaa liikkumista sekä normaaliin arkeen palautumista. Lisäksi kipu häiritsee unensaantia. (Hamunen & Kontinen 2018, 295.)

Kotiutumisen yhteydessä potilaalle, joka tarvitsee kivunlievitystä, on annettava selkeät ohjeet suullisesti sekä kirjallisesti lääkityksestä, lääkityksen toteuttamisesta ja lääkityksen asteittaisesta purkamisesta. Potilaille, joilla on riski kivun kroonistumiselle ja tarvitsevat kotiuduttuaan opioidilääkitystä, on järjestettävä jälkiseurantaa, jossa ohjeistetaan lääkityksen asteittainen purkaminen ja havaitaan mahdollinen kivun pitkittyminen. (Hamunen & Kontinen 2018, 311–312; Tiippana 2017.) Jo kotiutumisvaiheessa on erityisen tärkeää tunnistaa mahdollinen pitkittyvä kipu, jotta sitä voidaan seurata ja hoitaa ajoissa ennen vakavampien seurauksien syntymistä (Tiippana 2017). Tulevaisuudessa tietotekniikan käyttö kivun seurannassa ja hoidossa on yleistymässä, jolloin potilaan ja hoitopaikan välinen tiedonkulku helpottuu (Hamunen & Kontinen 2018, 311–312).

4.6 APS-toiminta Suomessa

APS on lyhenne englannin kielen termistä Acute Pain Service, joka tarkoittaa akuutin kivunhoidon työryhmää. APS-toiminta on saanut alkunsa Yhdysvalloista 1980-luvulla, jonka jälkeen se on otettu käyttöön Euroopassa, ja Ruotsin kautta toiminta on tullut myös Suomeen. Suomessa APS-toiminta alkoi vuonna 1996 Meilahden sairaalassa. (Kharroubi & Törmänen 2009; Kohonen 2020.)

APS-toiminta painottuu kirurgisen toimenpiteen jälkeiseen kivunhoitoon. Tehokas akuutin kivun eli leikkauksen jälkeisen kivunhoidon järjestäminen nopeuttaa potilaan toipumista ja ehkäisee kivun kroonistumista. Huonosti hoidettu leikkauksen jälkeinen kipu heikentää leikkauksen hyötyä ja voi aiheuttaa potilaalle komplikaatioita. Akuutin kivunhoidon järjestämisestä ei ole sovittu kansainvälisesti yhtä tarkkaa mallia, jota voisi käyttää kaikkialla. Eri sairaanhoitopiireissä toimitaan hieman eri tavoin, mutta tavoite on kaikilla sama: hyvin järjestetty kokonaisuus kivunhoidosta. Kivunhoidon tulee olla riittävää ja toteutua vuorokaudenajasta riippumatta. (Lempinen ym. 2014.)

APS-toiminnan järjestämisestä on erilaisia malleja, kuten anestesiologi, hoitaja- ja kirurgijohtoinen sekä 24 h moniammatillinen työryhmä. Jokaisen leikkaustoimintaa järjestävän sairaalan on määriteltävä omakohtaiset tarpeensa akuutin kivunhoidon henkilöstön järjestämiseksi. APS-toimintaa suunniteltaessa on huomioitava potilasmateriaali, sairaalan koko, kirurgian laatu sekä kivunhoitoon käytettävät menetelmät. APS-henkilökunnan määrä keskiuurissa yksiköissä (keskussairaalat) on sairaalakohtainen ja riippuu yksikön koosta ja

tarpeista. Henkilökunta koostuu vähintään yhdestä vastuu anestesia-
lääkäristä sekä osa-
aikaisesta, mielellään kokopäiväisestä APS-hoitajasta. (Lempinen ym. 2014.) Vuonna 2014
APS-toimintaa on Suomessa 76 % sairaaloista, yleisin malli on anestesiologin ja sairaan-
hoitajan muodostama työryhmä (Saarelainen 2015).

APS-toiminnasta Suomessa on tehty kaksi valtakunnallista kyselyä Suomen Kivuntutkimus-
yhdistyksen Akuutin kivunhoidon toimikunnan toimesta. Ensimmäinen kysely oli vuonna
2005 ja kysely uusittiin vuonna 2014, jolloin kysely toteutettiin kyselylomakkeella sähköpos-
titse. 2014 kyselyyn vastasi Anestesia-
lääkäreistä (n= 28) 63 % ja sairaanhoitajista (n=21)
75 %, eli otanta oli pieni. Tulokset olivat hyvin samankaltaisia kansainvälisten tutkimusten
tulosten kanssa. Kyselyn pohjalta suurimmat teemat toiminnan kehittämiseksi olivat yhte-
näisten kivunhoidon ohjeistusten ja hoitoprotokollien puutteellisuus, vahvojen opioidien an-
taminen samanaikaisesti eri antoreiteillä sekä vaikeus tunnistaa kivun kroonistumisen riski-
potilaita. Vahvojen opioidien antaminen samaan aikaan eri antoreiteillä lisää riskiä lääkityk-
sen haittavaikutuksille sekä heikentää potilasturvallisuutta. (Saarelainen 2015.)

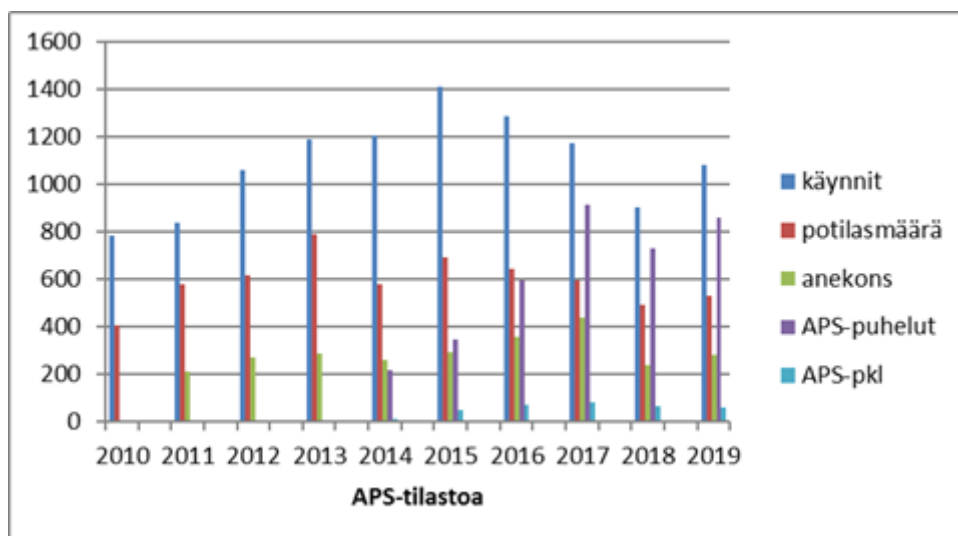
5 Kuvaus APS-toiminnasta Päijät-Hämeessä

5.1 Akuutin kivunhoidon koordinaattorin haastattelu

Päijät-Hämeen keskussairaalassa toiminta alkoi vuoden 2010 tammikuussa. Haastateltavamme oli ensimmäisiä Päijät-Hämeen keskussairaalan APS-hoitajia. Vuonna 2012 perustettiin APS koordinaattorin toimi, johon haastateltavamme valittiin. Päijät-Hämeen keskussairaalassa toimii koordinaattorin lisäksi kolme APS-hoitajaa, joista yksi on vielä perehdytyksessä. Nämä muut APS-hoitajat tekevät töitä APS-toiminnan parissa jaksoittain, noin 1–3 viikkoa kerrallaan ja lopun ajan he työskentelevät anestesiahoitajina keskusleikkausyksikössä. Lääkäriresursseja APS-toimintaan ei ole, vaan lääkärit ovat mukana APS-toiminnassa oman työnsä ohella. APS-anestesiaalääkäreitä on kaksi. (Kohonen 2020.)

APS-koordinaattorin työ on kokopäiväistä. Mikäli APS-toiminnassa ei ole muita hoitajia, hän toimii APS-hoitajan. Jonkun toisen APS-hoitajan ollessa samaan aikaan APS-toiminnan jaksolla, koordinaattori hoitaa toiminnan kehittämiseen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi laadunhallintaan liittyviä seurantoja. APS-toiminnassa tehdään esimerkiksi vuosittain kivun arvioinnin kirjaamisen seurantaa. Tilastointiin liittyvät asiat, toiminnan kehittäminen ja koulutusten järjestäminen ovat koordinaattorin vastuulla. (Kohonen 2020.)

Sairaalan johto seuraa APS-toimintaa vuosittaisen tilastoraportoinnin perusteella. Taulukko 2 esittää APS-toiminnan tilastoja kymmenen vuoden ajalta. Taulukossa on esitelty vuosittaiset APS-hoitajien tekemät potilaskäynnit, potilasmäärä, anestesiaalääkärin konsultaatiot, APS-jälkipoliklinikan puheluiden määrät ja APS-jälkipoliklinikan vastuulääkärin vastaanotokäynnit. Vuonna 2019 APS-toimintaa tarvitsi 528 potilasta ja potilaskontakteja oli yhteensä 2000. Anestesiaalääkärää konsultoitii 279 kertaa ja puheluita tuli 860. (Kohonen 2020.)



Taulukko 2. Tilastotietoa APS-toiminnasta (Kohonen 2020)

Ennen leikkausta suunniteltuun leikkaukseen tulevat potilaat käyvät LEIKO-käynnillä, jonne he tuovat mukanaan täytetyn esitietolomakkeen. Esitietolomakkeeseen on Päijät-Hämeen keskussairaalassa lisätty muutama kysymys liittyen kipuun, joiden avulla on mahdollista havaita ne potilaat, joilla on riskitekijöitä pitkittyvän kivun syntymiselle. Esitietolomakkeen vastaanottava hoitaja ottaa yhteyttä koskien potilaita, joihin haluavat APS-hoitajan kiinnittävän huomiota. Kaikki leikkaukseen tulevat potilaat saavat ennen leikkausta kotiin potilasohjeen, jossa esitellään kolme erilaista kipumittaria sekä kerrotaan erilaisista kivunhoitomenetelmistä. Ohjeista on tehty omat versionsa erikoisalakohtaisesti. Jos potilas on hyvin valmistautunut leikkaukseen, kivun arvioinnin ja kipumittarin periaatteen tulisi olla tuttua. (Kohonen 2020.)

APS-toiminnan tärkeyttä kuvastaa hyvin se, että potilaat pitävät kiinni APS-jälkipoliklinikan numerosta. Osa aiemman leikkauksen aikana APS-hoitajalta apua saaneista potilaista soittaa jo ennen seuraavaa leikkausta, että ovat tulossa ja toivovat samalla etukäteen APS-hoitajan tapaamista hoitajaksolla. Mikäli ennen leikkausta on tiedossa riskitekijöitä voimakkaan kivun kokemiselle ja kivun pitkittymiselle, niin voidaan jo ennen toimenpidettä suunnitella potilaan kivunhoitoa APS-tiimin ja hoitavien tahojen kesken. Aikaisemmin negatiivisia kokemuksia kokeneet, ahdistuneet ja yli huolestuneisuuteen taipuvaiset potilaat ovat tutkitusti suuressa riskissä kivun kroonistumiselle. APS-toiminnan tarkoituksena on pyrkiä estämään kivun kroonistumista. (Kohonen 2020.)

Päijät-Hämeen keskussairaalassa APS-toiminta on rajattu leikkauspotilaisiin, sillä akuuttia kipua on paljon erilaista ja resurssit eivät riitä kaiken akuutin kivunhoitoon. Vuonna 2014 Päijät-Hämeen keskussairaala aloitti jälkipoliklinikkatoiminnan toisena poliklinikkana Suomessa. Jälkipoliklinikka toimii sairaanhoitajan puhelineliklinikkana. Kotiutunut potilas voi soittaa jälkipoliklinikalle kotoa, jos leikkauksen jälkeisessä kivussa tai kipulääkityksessä tulee ongelmia. (Kohonen 2020.)

APS-hoitaja ohjaa ja seuraa kipulääkityksen purkamista ja sen toteutumista. Tarvittaessa APS-hoitajat ohjaavat potilaan uudelleen sairaalaan kliiniseen arvioon. Kokonaistilanteen arviointi puhelimitse on ajoittain haastavaa. APS-jälkipoliklinikan lääkärin vastaanotolle ohjataan leikattuja potilaita, joiden kipulääkitystä ei kipujen vuoksi päästä kohtuullisessa ajassa purkamaan, on epäilyä komplikaatiosta, epäily tai todettu hermovaurio leikkausalueella. APS-jälkipoliklinikkatoiminnalla ja APS-lääkärin vastaanotolla pyritään rakentamaan keskeytymätön polku kipupoliklinikalle niille potilaille, jotka tarvitsevat pidempiaikaista kivunhoitoa ja kivunhoidon seurantaa esimerkiksi leikkauskivun pitkittyessä. Tämän toivotaan estävän potilaan ajautumista terveyskeskus- tai työpaikkalääkärille, ja nopeuttavan

asianmukaisen kivunhoidon jatkumista ja ehkäisevän kivun kroonistumista. APS-jälkipoliklinikan toiminnassa aikarajana pidetään noin kolmea kuukautta. (Kohonen 2020.)

5.2 APS-hoitajan työpäivä

APS-hoitaja aloittaa työpäivänsä käymällä läpi kaikkien edellisenä päivänä leikattujen hoitokertomukset. Tähän sisältyvät sekä keskusleikkausosastolla leikatut potilaat että päiväkirurgisesti leikatut, jotka eivät ole kotiutuneet leikkauksesta samana päivänä. Tarkoituksena on löytää potilaat, jotka tarvitsevat kivunhoidon erityisosaamista. Sen lisäksi, että APS-hoitaja itse seuloo leikatut potilaat läpi, hoitajat ja lääkärit vuodeosastoilta voivat konsultoida akuutin kivun hoitajaa esimerkiksi riittämättömästä kipulääkityksestä, kipulääkityksen purkamisesta, erityiskivunhoitomenetelmän toimivuuden testaamisesta tai jos potilaan selviytymisestä kipujen kanssa kotona herää huoli. (Kohonen 2020.)

APS-hoitaja tarkistaa potilaan osastolääkityksestä onko lääkitys riittävä leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Kivunhoidon suunnittelun helpottamiseksi tietyille potilasryhmille on tehty kivunhoitoprotokollat, joiden perusteella kivunhoitoa toteutetaan. Näitä potilasryhmiä ovat esimerkiksi tekonivelleikatut, jotka ovat leikkauksen jälkeen usein kivuliaita. Kivunhoitoprotokollien on tarkoitus tukea kuntoutusta ja tavoitteena olevaa nopeaa kotiutusta. Jos potilaan leikkauksen jälkeinen kipulääkitys on asianmukainen, tarkistaa APS-hoitaja potilaan lisäkipulääkkeiden tarpeen viimeisen vuorokauden ajalta. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota mm. siihen montako kertaa ja millä aikavälillä potilas on tarvinnut lääkettä, mikä vaste lääkkeellä on ollut, onko annostus ollut sopiva ja onko toteutetusta kivunhoidosta ollut haittavaikutuksia. Jos esimerkiksi potilas on tarvinnut lisäkipulääkettä useaan otteeseen muutaman tunnin välein, ei vaste ole ollut tarpeeksi hyvä. (Kohonen 2020.)

APS-hoitaja pohtii päivittäin työssään mm. kipulääkityksen riittävyyttä, lääkkeettömien kivunhallintakeinojen hyödyntämistä, mahdollisia leikkauskomplikaatioita tai mahdollista päihteidenkäyttötaustaa. Yksilöllisen kipulääkityksen tavoitteena on löytää mahdollisimman sopiva kipulääkitys niin ettei toimintakyky heikkene ja näin mahdollistaa potilaan kuntoutuminen. Lisäksi kipulääkkeiden haittavaikutukset ja sopivuudet potilaalle on huomioitava. (Kohonen 2020.)

Vuodeosastolla APS-hoitaja käy tapaamassa potilaita, jotka tarvitsevat mahdollisia muutoksia kipulääkitykseen. Potilas voi olla edellisenä päivänä leikattu tai potilas, jonka luona APS-hoitaja on jo käynyt tai potilas, josta APS-hoitajaa on konsultoitu. Ensimmäisen käynnin jälkeen APS-hoitajat arvioivat kivunhoidon vaikuttavuuden viimeistään seuraavana päivänä. Uuden potilaan luona ensimmäistä kertaa käydessä kartoitetaan tilanne potilaan näkökulmasta. Potilas arvioi kipuaan kertomalla kivun sijainnin, kivun voimakkuuden levossa

ja liikkeessä ja lisäksi millaista kipu on. Potilaalta kysytään myös, kuinka hän kokee kipulääkityksen auttaneen. Potilaan mahdolliset aiemmat leikkaukset kartoitetaan ja kysytään aiempien leikkausten jälkeisestä kivusta ja kivunhoidosta. Lisäksi kysytään lääkeallergioista ja kipulääkkeiden aiheuttamista haittavaikutuksista, kuten pahoinvoinnista, huimauksesta ja ummetuksesta. Lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi huomioidaan lääkkeetön kivunhoito, eli mitä lääkkeettömiä hoitoja potilas on kokeillut ja onko niistä ollut apua. Vuodeosastoilla APS-hoitaja joutuu jonkin verran toteuttamaan suonensisäistä kivunhoitoa sekä seuraamaan ja auttamaan epiduraalisen kivunhoidon toteutumisessa. (Kohonen 2020.)

Potilaan haastattelun jälkeen APS-hoitaja konsultoi APS-vastuulääkärinä ja toteuttaa annetut kipulääkemutokset lääkelistalle. Potilaskäynti, lääkemutokset sekä kivunhoidon suunnitelma kirjataan potilasasiakirjoihin anestesiahoitotyön välilehdelle. Kirjaustapa on rakenteellinen, alkaen siitä, mikä leikkaus on tehty ja milloin. Lisäksi kirjataan kivun arviointiin ja mobilisaatioon liittyvät asiat sekä lääkitykseen liittyvät mahdolliset sivuvaikutukset ja lääkkeettömät keinot. Viimeiseksi kirjataan suunnitelma eli muutokset lääkehoitoon sekä muut ohjaukseen liittyvät asiat. Diagnoosi kirjataan ICD-luokituksen mukaan. Käynnit ja jälkipoliklinikan soitot tilastoidaan. (Kohonen 2020.)

Monella leikkauspotilaalla on leikkauksen jälkeen käytössä vahvoja kipulääkkeitä ja usein potilas tarvitsee kipulääkkeitä vielä kotonakin. Sairaalassa APS-hoitaja antaa tapaamilleen potilaille ohjeet lääkityksen jatkamisesta kotona sekä tarvittaessa sopii yhdessä potilaan kanssa soittoaajan APS-jälkipoliklinikalle, jossa kipulääkityksen purkaminen ohjataan tai kerätään. Potilaat voivat kotiuduttuaan soittaa, jos he tarvitsevat kipujen tai lääkityksen kanssa apua. Usein soittoaika on ennalta sovittu lääkemutosten tekemiseksi. Esimerkiksi kipulääkityksen purkamisen ohjaus onnistuu puhelimitse. Kivunhoidon ollessa yksilöllistä ei samat ohjeet toimi kaikilla, joten potilaita kehoitetaan ottamaan yhteyttä myös tarvittaessa. Tällöin esimerkiksi lääkitystä purkaessa, jos kivut palaavat, potilas voi ottaa yhteyttä ja potilaalle voidaan tehdä uusi kivunhoidon suunnitelma. Näin vältetään terveyskeskus- ja päivystyskäynneiltä, kun potilaalla on olemassa oleva hoitosuhde. (Kohonen 2020.)

Puheluissa kartoitetaan potilaan vointia ja toimintakykyä kotona laaja-alaisesti ja tarvittaessa ohjaavat potilaita ottamaan yhteyttä oikeaan asiantuntijatahoon esim. fysioterapeuttiin, avanne- tai haavanhoitajaan. Jälkipoliklinikan puhelinaika on arkisin puolitoista tuntia, jonka jälkeen APS-hoitaja kirjaa puhelut ja tehdyt suunnitelmat. Suunnitelman kirjaaminen on tärkeää, jotta potilaan hoitopolku on yhteneväinen APS-hoitajan vaihtuessa. (Kohonen 2020.)

5.3 APS-toiminnan haasteet

Haastattelussa tuli esille erilaisia haasteita APS-toiminnalle. Sairaalassa esiintyy yleisesti haasteita kivun arvioinnin kirjaamisessa. Kirjaukset ovat usein puutteellisia ja antavat huonosti informaatiota potilaan tilanteesta. Puutteelliset kirjaukset hidastavat APS-hoitajan työtä ja se voi olla syy, miksi APS-hoitaja ei ole tavannut potilasta. (Kohonen 2020.)

Koordinaattori toivoo myös, että ennen leikkausta tehtävässä preoperatiivisessa haastattelussa ja LEIKO-yksiköissä kyettäisiin havaitsemaan vielä paremmin potilaat, joilla on riskinä kehittää voimakas akuutti kipu. Koordinaattori kertoo haluavansa itse kehittyä puhelimen välityksellä arvioimaan paremmin asiakkaan kivun kokonaistilannetta. Sairaalassa on käytössä erilaisia kipumittareita ja tällä hetkellä vuodeosastoilla sekä potilasohjeessa olevat mittarit poikkeavat toisistaan. Tulevaisuudessa kipumittareiden tulisi olla yhtenäisiä koko sairaalassa. (Kohonen 2020.)

6 Toiminnallinen opinnäytetyö

6.1 Toiminnallinen menetelmä

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen projekti, jonka keskeinen lopputulos on tuotos. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on mukana eri toimijoita, joista keskeisin on opiskelija itse. Toiminnallisuus muodostuu dialogisesta vuorovaikutussuhteesta toimijoiden kanssa. Yhteistyöhön toimijoiden kanssa kuuluu myös palautteen antaminen ja vastaanottaminen. (Salonen 2013.) Valitsimme opinnäytetyölle toiminnallisen menetelmän, sillä työn tuotoksena laadimme posterin, jonka tarkoitus on lisätä tietoisuutta aiheesta. Teimme opinnäytetyötä yhteistyössä työelämäneustajan kanssa, jonka kanssa keskustelimme ja arvioimme työtä sen eri vaiheissa.

Opinnäytetyö on kehittämistyötä, jossa hyödynnetään kehittämisprosessiin luotua mallia. Konstruktiivinen malli on lineaarisen ja spiraalimallin välimuoto. Konstruktiivinen malli koostuu aloitus-, suunnittelu-, esi-, työstö-, tarkistelu- ja viimeistelyvaiheista, jonka jälkeen on vielä valmiin tuotoksen esittely. (Salonen 2013.) Valitsimme opinnäytetyöhön konstruktiivisen mallin siksi, että se on joustava ja antaa tuotosvaiheessa mahdollisuuden palata hiomaan työn eri osia.

6.2 Posterit

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa posterit Päijät-Hämeen APS-toiminnan juhluvuoden kunniaksi. Posterin avulla APS-hoitajat voivat tiedottaa toiminnastaan sairaalassa tai nettisivuilla sekä lisätä tietoisuutta niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnan keskuudessa. Valmis posterit paperi- sekä tiedostoversiona on APS-hoitajien vapaassa käytössä.

Hyvä posterit herättää lukijan mielenkiinnon visuaalisuudellaan, mutta on samalla selkeästi luettava 1,5 m päästä. Fontin tulee olla helposti luettavissa ja tarpeeksi suurta, rivivälillä lisätään luettavuutta sen erottaessa rivit toisistaan. Värejä käytetään lisäämään visuaalista ilmettä sekä jäsentelemään tekstiä. Posterin otsikon tulee olla lyhyt, mutta esitellä aihe lukijalle. Hyvä otsikko kannustaa lukijaa lukemaan posterin sisällön. (Tiedeposterit 2010.) Sisältöä tulee olla tarpeeksi, jotta lukija saa tarvitsemansa informaation. Liika tai huonosti jäsenneily teksti tekee posterista sekavan näköisen. Kuvat ovat usein ensimmäinen asia, jonka lukija huomaa. Kuvia voi käyttää herättämään mielenkiintoa tai tukemaan posterin sisältöä. (KAMK.)

Ennen posterin ideoimista kirjoitimme opinnäytetyön teoriaosuuden kutakuinkin valmiiksi, jotta voimme hyödyntää sitä posterin luomisessa. Konstruktiivisen mallin aloitusvaiheessa ideoidaan hanketta ja rajataan aihetta yhdessä toimeksiantajan kanssa (Salonen 2013).

Olimme yhteydessä toimeksiantajaan ja posterin aiheeksi muodostui APS-toiminnan näkyvyyden lisääminen juhluvuoden kunniaksi. Toimeksiantaja toivoi lisäksi posteriin kuvaa heidän käyttämästään kipumittarista. Posteriin sisällytettiin sekä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän että LAB-ammattikorkeakoulun logot. Teimme toimeksiantosopimuksen APS-koordinaattorin kanssa.

Suunnitteluvaiheessa hankeideaa työstetään lisää, sekä tehdään tutkimussuunnitelma (Salonen 2013). Suunnitteluvaiheessa teimme tutkimussuunnitelman, jonka hyväksyi Päijät-Hämeen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylljohtaja. Suunnitelmassa oli opinnäytetyöhön sekä posteriin liittyvää pohdintaa ja teoriaa sekä esiteltiin valitsemamme tutkimussuunnitelma. Etsimme lisäksi hyvän posterin kriteerit, sekä käytännön tietoa, kuten esimerkiksi kuinka suuri fontti kuuluu A2-kokoisessa työssä olla. Suunnitteluvaiheessa katsoimme Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän aiempia postereita, joista saimme inspiraatiota. Aloimme lisäksi suunnittelemaan värimaailma, joka muodostui yhtymän ja koulun logoista. Suunnittelimme APS-hoitajien valokuvaamista posteriin ja etsimme kuvaan inspiraatiota.

Esivaihe on kentälle siirtymisestä, jolloin käydään läpi suunnitelmaa ja yhdessä toteutettavaa tulevaa työskentelyä (Salonen 2013). Esivaiheessa kävimme toteuttamassa toiminnallisen osuuden Päijät-Hämeen keskussairaalassa, missä haastattelimme akuutin kivun koordinaattoria ja seurasimme APS-hoitajaa yhden työvuoron ajan. Toiminnallisen osuuden toteutimme esivaiheessa, jotta saimme posteriin tietoa APS-toiminnasta Päijät-Hämeessä. Esivaiheessa lisäksi testasimme erilaisia graafisia- ja kuvanmuokkausohjelmia. Päädyimme lopulta Power Point -ohjelmaan, jonka käyttö oli molemmille tuttua.

Työstövaiheessa eli käytännön toteutuksessa työstetään tuotosta kohti yhdessä sovittuja tavoitteita (Salonen 2013). Aloitimme työstövaiheen kirjoittamalla posteriin tulevat tekstit, jotka pohjautuivat toteuttamaamme toiminnalliseen osuuteen. Jäsentelimme tekstiä, sekä aloitimme hahmottelemaan posterin visuaalista ilmettä. Työstövaiheessa ymmärsimme, että posteriin APS-hoitajien valokuvaaminen ei onnistuisi tarpeeksi korkealla laadulla niillä välineillä, mitä meillä on käytössä. Lisäksi APS-hoitajien ja meidän aikataulumme eivät menneet yhteen, joten päädyimme tekemään kuvanmuokkaus ohjelmalla itse kuvan APS-hoitajista. Valmis kuva sisälsi neljä APS-hoitajaa, josta hoitajat voivat tunnistaa toisensa.

Tarkistusvaiheessa arvioidaan tehtyä tuotosta, tuotos palautuu joko takaisin työstövaiheeseen muokattavaksi tai etenee viimeistelyvaiheeseen (Salonen 2013). Tarkistusvaiheessa teimme posterista raakaversioon ja lähetimme sen toimeksiantajalle, jotta voisimme varmistua sisällön toimivuudesta. Toimeksiantajalta saamamme palautteen jälkeen palautimme posterin takaisin työstövaiheeseen ja muokkasimme posterin sisältöä enemmän APS-

toiminnasta tiedottamisen suuntaan akuutin leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kertomisen sijaan.

Viimeistelyvaiheessa hiotaan ja karsitaan toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluva tuotos ja kehittämishankeraportti (Salonen 2013). Valmis posterit sisältää tietoa APS-toiminnasta Päijät-Hämeen keskussairaalassa akuutin kivun hoitopolun mukaan. Lisäksi posterit sisältää itse tehdyn piirroskuvan APS-hoitajista, kipumittarin, PHHYKY:n ja LAB ammattikorkean logot sekä tekijöiden nimet, otsikosta selviää juhlavuosi. Posterin tulostettavuuden varmistamiseksi tulostimme posterin. Paperiversion testitulostamista varten saimme apua muotoiluinstituutin opettajalta. Viimeistelimme posterin ja kehittämishankeraportin ja kysyimme sen jälkeen suullisesti niihin palautetta tuttaviltamme. Lisäksi teimme valmiista työstä palautekyselyn APS-työryhmälle.

Opinnäytetyön tuotoksen tekemiseen liittyy oleellisesti palautteen pyytäminen ja saaminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Palautteella on tärkeä rooli kokonaisuuden rakentumiselle. Kirjoittajan tulisi saada palautetta sisällön merkityksellisyydestä, kielenkäytöstä, selkeydestä ja luettavuudesta. Kirjoittaja voi pyytää palautteen antajaa arvioimaan muun muassa aiheen rajausta, lähteitä, tuloksia ja niiden soveltamista. (Hirsijärvi 2009, 49-52.) Palautekyselyn ei tule olla liian pitkä, jotta palautteen antajat jaksavat siihen vastata (KvantiMOTV 2010).

Lähetimme sähköpostilla toimeksiantajalle valmiiseen posteriin liittyen palautekysymyksiä, joihin toivoimme kaikkien APS-toimintaan osallistuvien sairaanhoitajien ja mahdollisuuksien mukaan myös lääkärin vastaavan. Palautekysymykset olivat avoimia kysymyksiä liittyen posterin sisältöön ja ulkonäköön. Toimeksiantaja lähetti palautevastaukset kaikilta muilta APS-toiminnan jäseniltä takaisin meille.

APS-hoitajat ja -lääkärit olivat kaikki tyytyväisiä lopputulokseen. Posterin ulkonäkö miellytti palautteen antajia ja posterin keskellä oleva kuva oli erityisesti mieleen, sillä APS-hoitajat saattoivat tunnistaa itsensä kuvan hahmoista. Vastaajien mielestä posterin ulkonäkö oli houkutteleva ja helposti lähestyttävä. Posterista kävi myös ilmi APS-toiminnan juhlavuosi, jota APS-hoitajat toivoivatkin posteriin. Sisällöstä palaute oli myös positiivista. Vastaajien mielestä teksti oli helposti ymmärrettävää niin hoitohenkilökunnan kuin potilaidenkin näkökulmasta. Palautteesta kävi myös ilmi, että sisältöä on tarpeeksi eikä posterit näyttäneet liian täyteen ahdetulta. Vastausten mukaan myös posterissa käytetty asian etenemismuoto oli looginen ja vastasi hyvin akuutin kivunhoitopolkua. APS-hoitajat ottivat mielellään vastaan posterin käyttöoikeuden ja esittelevät sitä jatkossa myös muulle sairaalalle.

Viimeinen vaihe konstruktivisen mallin mukaan on valmis tuotos. Kehittämishankkeen tuloksena syntynyt valmis tuotos on viimeistely ja on valmis esitettäväksi ja julkaistavaksi.

(Salonen 2013.) Valmis tuotoksemme, posterit, julkaistiin yhdessä opinnäytetyön kanssa. Opinnäytetyö esitettiin muille opiskelijoille ja ohjaajalle ryhmäohjauksessa. Valmis tuotos annettiin APS-hoitajille vapaaseen käyttöön.

7 Pohdinta

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä ja hyvää tieteellistä käytäntöä ohjaavat erilaiset hyvän tieteellisen käytännön periaatteet, linjaukset ja suositukset sekä yleinen lainsäädäntö. Ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan heille laadittuja suosituksia sekä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksia. (Arene 2019.) Noudatimme opinnäytetyössä edellä mainittuja suosituksia sekä hyvän tieteellisen käytännön periaatteita.

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat vilppi ja piittaamattomuus hyvistä tieteellisistä käytännöistä. Vilppi jaetaan neljään alaryhmään, jotka ovat sepittäminen, havaintojen vääristäminen, plagiointi ja anastaminen. (TENK 2012.)

Ammattikorkeakouluissa opinnäytetyö tulee palauttaa plagioinnintunnistusjärjestelmän kautta ennen arvioijalle jättämistä. Opinnäytetyöhön tulee käyttää vain luotettavia lähteitä, joissa on ajantasaista tietoa. Lähteet merkitään ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan ja tekstissä käytetään lähdeviitteitä. (Arene 2019.)

Opinnäytetyötä tehdessä on huomioitava työhön osallistuvien henkilöiden tietosuojat. Henkilötietojen kerääminen, säilytys ja poistaminen tulee tapahtua oikeaoppisesti. Opinnäytetyöhön osallistuvilta on oltava suostumus. Työssä kerätyn aineiston ja tulosten tulee olla mahdollisimman neutraaleja ja niistä ei tule käydä ilmi osallistuvien henkilötietoja. (Arene 2019.)

Opinnäytetyön tekemistä varten teimme toimeksiantosopimuksen, joka on liitteenä tässä opinnäytetyössä. Toimeksiantosopimuksen allekirjoitti toimeksiantajamme Päijät-Hämeen keskussairaalan akuutin kivun koordinaattori. Päijät-Hämeen keskussairaallalla on oma opinnäytetyö lupahakemus, jonka täytimme ja allekirjoitimme. Lupahakemuksen hyväksyi sähköisesti Päijät-Hämeen operatiivisen tulosalueen ylijohtaja.

Opinnäytetyöhön kuului APS-toiminnan seuraaminen yhden työvuoron ajan. Seuraaminen tapahtui sovittuna päivämääränä Päijät-Hämeen keskussairaалassa. Seurasimme APS-hoitajaa hänen normaalissa työvuorossaan. Emme kerännyt henkilötietoja, emmekä puhuneet äänitteellä henkilöstöstä tai potilaista tunnistettavalla tavalla. Kysyimme suostumuksen seuraamiseen työyksiköltä. Haastatteluun kysyimme luvan yhteyshenkilöltämme, joka suostui haastatteluun omalla nimellään. Haastattelun kysymykset laadimme etukäteen ennen haastattelu tilannetta. Kysymykset ovat liitteenä tässä suunnitelmassa. Itse haastattelun äänitimme kahtena kopiona, luvan äänittämiseen kysyimme haastateltavalta. Säilytimme haastattelun äänitystä, kunnes haastattelu oli litteroitu, jonka jälkeen haastattelun äänitys

tuhottiin. Emme soittaneet äänitystä, tai jakaneet haastattelua tai äänitystä ulkopuolisille. Haastattelun tuotoksen kirjoitimme opinnäytetyöhön sen sisältöä muokkaamatta.

7.2 Opinnäytetyön ja tuotoksen arviointi

Kipu ja kivunhoito on laaja aihealue, joten jouduimme rajaamaan aihetta paljon. Opinnäytetyön teoriaosuudessa pysyttäydyimme leikkauksen jälkeisessä kivussa ja sen hoidossa. APS-toiminnasta löytyi teoriatietoa paremmin kuin aluksi ajattelimme. Teoriaosuuteen olisi löytynyt valtavasti tietoa erityisesti kroonisesta kivusta ja sen hoidosta, mutta silloin opinnäytetyössä olisi ollut liikaa ylimääräistä tietoa. Halusimme teoriaosuudesta kattavan kuvan leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta, vaikkakin kaikki kivunhoitoon liittyvä aineisto keskittyy usein enemmän krooniseen kipuun. Ennen teoriaosuuden aineiston keruuta saimme toimeksiantajalta joitakin lähteitä, jotta pääsimme alkuun työssä. Toimeksiantaja ehdotti myös paria aineistoa ja teemaa, jotka hänen mielestään olivat erittäin tärkeitä tuoda esille opinnäytetyössä, ja niitä päädyimme käyttämäänkin.

Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastoilla ja leikkaussalissa opiskelijan on harjoittelun aikana mahdollisuus tutustua APS-toimintaan seuraamalla heidän työskentelyään yhden työvuoron ajan. Harjoittelumme aikana pääsimme itsekin seuraamaan heidän toimintaansa, mistä lähtikin idea toteuttaa samankaltainen osio opinnäytetyöhön.

Toiminnalliseen osioon teimme kuvauksen APS-toiminnasta ja APS-hoitajan työpäivästä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Toimeksiantajana toimi akuutin kivunhoidon koordinaattori. Kuvaukset perustuvat koordinaattorin haastatteluun ja APS-hoitajan työpäivän havainnointiin. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus perustuu vain yhden henkilön haastatteluun ja yhden päivän tarkkailuun, joten katsaus APS-toimintaan Päijät-Hämeen keskussairaalassa perustuu rajalliseen näkökulmaan. Toisaalta toiminnallinen osuus toteutettiin yhdessä APS-toiminnan koordinaattorin kanssa, joka on ollut kehittämässä toimintaa alusta lähtien, ja hänellä on paljon tietoa aiheesta. Haastattelu suoritettiin avoimena haastatteluna, johon olimme valmistautuneet laatimalla kysymyksiä. Haastattelu on osittain äänitetty ja osittain kirjattu muistiinpanoin. Äänite on kuvauksen kirjoittamista varten litteroitu. Kuvaus APS-hoitajan työpäivän havainnointi järjestettiin samana päivänä haastattelun kanssa. Tarkkailimme APS-hoitajan työpäivää, jonka ohessa hän kertoi meille asioita, joita tulee ottaa huomioon ja joihin törmää työpäivän aikana. Havainnoinnista kirjasimme muistiinpanoja. Havainnointi ja samalla muistiinpanojen tekeminen vaati tarkkaavaisuutta ja keskittymistä. Vaikka molemmilla oli pieni näkemys APS-hoitajan työpäivästä aikaisemmilta harjoittelujaksolta, uutta tietoa tuli tällä kertaa paljon syvällisemmin ja saatua tietoa tuli pohdittua paljon tarkemmin kuin aikaisemmin. Haastattelu oli helppoa toteuttaa, sillä toimeksiantaja oli hyvin

avoin ja kertoi kattavasti ja selkeästi APS-toiminnasta. Haastattelussa pysyttiin asiassa eikä aihe lähtenyt rönsyilemään.

Tuotoksessa eli posterissa kerrotaan APS-toiminnasta akuutin kivun hoitopolun mukaan, joten käyttämämme teoritieto näkyy myös tuotoksessa. Posterin kohderyhmänä ovat sekä hoitohenkilökunta että potilaat, jonka vuoksi tieto oli vaikeaa kohdentaa molemmille ryhmille sopivaksi. Tiedon kohdentaminen kahdelle niin erilaiselle kohderyhmälle oli vaikeaa, joten pitäydyimme mahdollisimman neutraaleissa ilmaisuissa. Valmis posterit tuli APS-hoitajien täysin vapaaseen käyttöön. APS-hoitajat voivat käyttää posteria materiaalina esimerkiksi koulutuksissa tai tapahtumissa. Loppujen lopuksi posterin tekemiseen kului paljon aikaa, jonka vuoksi oli hyvä, että ideointi aloitettiin ajoissa. Posterin sisältö muokkautui useampaan otteeseen, mutta lopputulos vastaa parhaiten APS-toiminnan kuvausta. Posterista tuli kattava ja selkeä kokonaisuus APS-toiminnasta Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

Opinnäytetyöprosessin aikana olimme useaan otteeseen yhteydessä toimeksiantajaan. Pääasiassa kommunikointi tapahtui sähköpostin välityksellä, mutta toisen meistä ollessa harjoittelussa keskusleikkausyksikössä onnistuivat tapaamiset myös kasvotusten. Toimeksiantajan kanssa yhteistyö oli sujuvaa ja vastauksia sähköposteihin saatiin nopeasti puolin ja toisin. Toimeksiantaja oli meille molemmille jo ennestään tuttu, jonka vuoksi yhteistyö toimi jouhevasti. Toimeksiantaja oli myös valmis antamaan meille palautetta opinnäytetyöprosessin aikana sekä opinnäytetyöhön että posteriin liittyen. Saimme yhdessä toimeksiantajan kanssa rajattua aiheen opinnäytetyölle sekä posterille. Lisäksi toimeksiantaja antoi paljon ideoita ja toiveita työtä koskien. Ideat olivat toteutettavissa ja saimme selkeitä ohjeita siitä, mitä toimeksiantaja toivoi tuotokselta. Posteria työstimme yhdessä konstruktivisen mallin mukaan, tarkistusvaiheessa kysyimme palautetta posterista. Valmiiseen tuotokseen toimeksiantaja sekä muut APS-hoitajat olivat tyytyväisiä.

7.3 Jatkokehittämisideat

Jatkokehittämisideana voisi olla sairaalan hoitohenkilökunnan sekä potilaiden mielipiteiden kerääminen posterista. Erityisesti kiinnostaisi tietää kuinka paljon posterit vaikuttaa tietoisuuden lisäämiseen sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan keskuudessa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, kuinka moni sairaanhoitajista tai lääkäreistä havahtuu APS-toiminnan tärkeyteen ja konsultoi jatkossa tarvittaessa APS-hoitajaa.

Tietoa APS-toiminnasta sekä akuutin kivun hoidosta olisi mahdollisesti järkevää esittää laajemmin myös sairaanhoitajaopiskelijoille, joko harjoittelun tai teoriaopintojen yhteydessä. Leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta voisi tulevaisuudessa kehittää oppaan sairaanhoitajaopiskelijoille tai miksei myös hoitohenkilökunnalle, erityisesti kirurgian vuodeosastoille.

Lisäksi akuutin kivun ja kroonisen kivun sekä näiden kivunhoidon erotuksesta voisi kehittää jonkinlaisen oppaan.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2017. Kliininen hoitotyö - Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 6.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset ohjeet. Viitattu 15.10.2020. Saatavissa http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382

Aurema, T., Borén, H., Fri, P., Kauppinen, P., Kinnunen, A., Koistinen, P., Luukkainen, M., Numminen, A., Päivike, H., Rautakorpi, P., Strandberg, T., Turtiainen, S., Vuento-Lammi, M., Asujamaa, E., Faaler, R., Gröhn, A., Hietalahti, M., Hirvanen, K., Jutila, T., Mikkonen, L., Perttunen, M., Rinne, R., Rolland, M-R., Ruskovaara, A., Silván, J., Silvennoinen, T. & Varis, Pirkko. 2012. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Viitattu 25.9.2020. Saatavissa <https://bin.yhdistysavain.fi/1593165/kxKznCPOShXDjSkJ95uJ0Uec3O/Ensitieto-opas.pdf>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry ja kirjoittajat. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Haanpää, M. & Pohjolainen, T. 2018. Toiminta- ja työkyvyn arviointi sekä ammatillinen kuntoutus. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 272-280.

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 128-135.

Hamunen, K. & Kontinen, V. 2018. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 292-326.

Hamunen, K., Jokela, R., Kontinen, V., Rautakorpi, P. & Ravaska, P. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Finnanest. Nro 45/2012. Viitattu 26.10.2020. Saatavissa https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf

Hiller, A. 2018. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 506-517.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holopainen, R. 2020. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa Luomajoki, H. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. Jyväskylä: VK-Kustannus Oy, 63-73.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

International Association for the Study of Pain (IASP). 2020. IASP announces revised definition of pain. Viitattu 19.11.2020. Saatavissa <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

Kajaanin ammattikorkeakoulu (KAMK). Opinnäytetyön esitys, arviointi ja palautus. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soteli\)/Opinnaytetyoprosessi/Posteri](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soteli)/Opinnaytetyoprosessi/Posteri)

Kalliomäki, M-L. 2017. Mitä uutta toimenpiteen jälkeisen kivun hoidosta? Kipuviesti. Nro 1/2017. Viitattu 27.10.2020. Saatavissa <https://1596852.166.directo.fi/@Bin/a9ce47a5c07486ae67875b2e047e85de/1603825726/application/pdf/224319/Kipuviesti%201-2017.pdf>

Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 535-543.

Kalso, E., Elomaa, M. & Graström, V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 108-118.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-84.

Kharroubi, M. & Törmänen M. 2009. Kokemuksia akuutista postoperatiivisesta kivunhoidosta (APS) Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Finnanest. Nro 42/2009. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa http://www.finnanest.fi/files/kharroubi_kokemuksia.pdf

Kohonen, H. 2020. Akuutin kivunhoidon koordinaattori. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Haastattelu 12.11.2020.

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Nro 20/2015. Viitattu 12.10.2020. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/20/duo12492?keyword=leikkauksenj%C3%A4lkeisen%20kivun>

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html#kysymysasettelu>

Käypä hoito –suositus. 2017. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 17.9.2020. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#K1>

Lempinen, J., Hamunen, K., Palkama, V., Pakanen, V., Pöysti, R. & Ravaska, P. 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. Suomen Anestesiologiyhdistys, Kivun hoidon jaos. Viitattu 25.9.2020. Saatavissa https://www.say.fi/application/files/3214/5484/2042/Suositus_leikkauksenjalkeisen_akuutin.pdf

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro OY.

Luomajoki, H. 2020. Kivun fysiologiaa - missä tapahtuu mitään? Teoksessa Luomajoki, H. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. Jyväskylä: VK-Kustannus Oy, 39-50.

Mäntyselkä, P. 2015. Lääkkeettömät kivun hoidot aikuisilla. Käypä hoito –suositus Kipu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.10.2020. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix02222>

PHHYKY. 2017. Kivunhoito leikkauksen jälkeen. Viitattu 13.10.2020. Saatavissa <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/potilaana-leikkauksessa/kivunhoito/>

PHHYKY. 2019. Keskusleikkausosasto. Viitattu 9.9.2020. Saatavissa <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/keskusleikkausosasto/>

PHHYKY. 2020a. Keskussairaala. Viitattu 9.9.2020. Saatavissa <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/>

PHHYKY. 2020b. Yhtymä. Viitattu 9.9.2020. Saatavissa <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/>

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/13301/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2018. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Prosessikirjoittaminen. KvaliMOTV. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L4_2_3.html

Saarelainen O. 2015. Miten APS toimii Suomessa? Kipuviesti. Nro 2/2015. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa <https://1596852.166.directo.fi/@Bin/4670e8544a8ff5752cf86099c40dce4f/1606413517/application/pdf/224426/Kipuviesti%202-2015.pdf>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 25.9.2020. Saatavissa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun Puheenvuoroja 72. Turku. Viitattu 13.10.2020 Saatavissa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Schung, S. & Bruce, J. 2017. Risk stratification for the development of chronic pain. Pain Reports. Nro 6/2017. Viitattu 15.11.2020. Saatavissa https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2017/12000/Risk_stratification_for_the_development_of_chronic.9.aspx

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2020. Lääkehoidon toteuttaminen. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

Tarkkila, p. & Tuominen, M. 1995. Mitkä leikkaukset voidaan tehdä puudutuksessa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Nro 4/1995. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo50094>

Terveyskylä. 2017a. Akuutti eli äkillinen kipu. Kivunhallintatalo. Viitattu 17.9.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/akuutti-eli-%C3%A4killinen-kipu>

Terveyskylä. 2017b. Lääkkeettömät keinot lievittää kipua. Kivunhallintatalo. Viitattu 15.10.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/l%C3%A4%C3%A4kkeett%C3%B6m%C3%A4t-keinot-lievitt%C3%A4%C3%A4-kipua>

Terveyskylä. 2018a. Miksi tunnemme kipua? Kivunhallintatalo. Viitattu 15.11.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miksi-tunnemme-kipua>

Terveyskylä. 2018b. Miten kivun tunne syntyy? Kivunhallintatalo. Viitattu 15.11.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miten-kivun-tunne-syntyy>

Terveyskylä. 2019. Opi arvioimaan kipua. Kivunhallintatalo. Viitattu 13.10.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Tiedeposteri. 2010. Tiedeposteri Powerpoint -esityksenä. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa <https://tiedeposteri.wordpress.com/>

Tiippana, E. 2017. APS-jälkipoliklinikka - uusi hoitopolku pitkittyvälle leikkauksen jälkeiselle kivulle. Kipuviesti. Nro 1/2017. Viitattu 15.11.2020. Saatavissa <https://1596852.166.directo.fi/@Bin/a643f0ec3d22ec184c057bbb51f212e9/1605459403/application/pdf/224319/Kipuviesti%201-2017.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 2.11.2020. Saatavissa https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf?_ga=2.118028617.1753388729.1604328790-867377844.1604328790

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus.

Vijayan, R. 2011. Managing Acute Pain in the Developing World. Pain: Clinical Updates. Nro 3/2011. Viitattu 15.11.2020. Saatavissa https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_19-3_web_revised_1390260400113_4.pdf

Liitteet

Liite 1. Haastattelun kysymykset

1. Miten APS-toiminta on saanut alkunsa Päijät-Hämeen keskussairaalassa?
2. Kenestä APS-työryhmä koostuu?
3. Mikä on oma roolisi APS-henkilöstössä?
4. Miten laaja toiminta-alue teillä on Päijät-Hämeen keskussairaalassa?
5. Millainen on keskeinen potilasmateriaalinne?
6. Millaista mallia käytätte? (Anestesiologi-, kirurgi-, hoitajajohtoinen.)
7. Miten malli eroaa muiden Suomen APS-työryhmien tavoista?
8. Millaisia toimintatapoja teillä on?
9. Mikä on toiminnan tavoite?
10. Miten pitkiä potilassuhteita teillä on? Missä pisteessä teidän työnne loppuu?
11. Onko APS-toiminnalle kehitystarpeita?
12. Miten itse toivoisit APS-toiminta kehittyvän tulevaisuudessa

10 vuotta APS-toimintaa Päijät-Hämeen keskussairaalassa

APS (Acute Pain Service) eli akuutin kivunhoidon palvelu

Toiminnan tavoitteet

- Ehkäistä kivun kroonistumista
- Nopeuttaa kuntoutumista ja ehkäistä komplikaatioita
- Parantaa hoidon laatua
- Lisätä tyytyväisyyttä hoitoon
- Helpottaa hoitohenkilöstön työtä

Ennen leikkausta

- Jaetaan tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta
- Tunnistetaan potilaat, joilla riski voimakkaalle leikkauksen jälkeiselle tai pitkittyvälle kivulle
- Suunnitellaan leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa



Hoitojakson aikana

- Toteutetaan ja seurataan riskipotilaille suunniteltua hoitoa
- Taataan turvalliset ja tehokkaat hoitokäytännöt, hoito-ohjeet
- Tunnistetaan pitkittyvä kipu

Kotiutuksen jälkeen

- Annetaan ohjausta kipulääkityksestä ja sen asteittaisesta purkamisesta kotona
- Tunnistetaan komplikaatiot
- Tunnistetaan riskipotilaiden kivun pitkittyminen, seuranta ja hoito

APS-jälkipoliklinikkatoiminnassa

- Arvioidaan lääkitystä ja seurataan sen purkamista
- Tunnistetaan komplikaatiot ja pitkittyvä kipu, konsultoidaan ja ohjataan hoitoon
- Ohjataan tarvittaessa APS-lääkärin vastaanotolle




PÄIJÄT-HÄMEEN
hyvinvointiyritys

Hanna Hämläinen & Roosa Jarva 2020



LAB University of
Applied Sciences

Liite 3. Opinnäytetyö lupahakemus

 PÄIJÄT-HÄMEEN hyvinvointiyritys		PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIKUNTAYHTYMÄ 16. 11. 2020 D/2575/13.00.00.01/2020 Saap. Dn:o
LUPAHAKEMUS Opinnäytetyö tai kehittämishanke		
PHHYKY Dnro: (tutkimuskoordinaattori täyttää)		PHHYKY sisäisen laskituksen SL-koodi:
Opiskelija täyttää lomakkeen ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta		
1. Toteutuspaikka		
<input checked="" type="checkbox"/>	Kesle/APS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Yksikkö, jossa opinnäytetyö toteutetaan:		
2. Tiedot opinnäytetyöstä		
Opinnäytetyön nimi: Aps-toiminta Päijät-Hämeen keskussairaалassa		
Oppilaitos: LAB ammattikorkeakoulu		
Opiskelijan nimi: Hanna Hämäläinen & Roosa Jarva		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksella: [redacted]		
Ohjaajan puhelinnumero: [redacted]		
Ohjaajan sähköpostiosoite: [redacted]		
Opinnäytetyön yhdyshenkilö/ yhdyshenkilöt PHHYKY:ssä: Akuutinkivun koordinaattori [redacted]		
Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus: Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä APS-toiminnan näkyvyyttä Päijät-Hämeen keskussairaалassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa posterit APS-toiminnasta juhlavuoden kunniaksi.		
Lyhyt kuvaus toteuttamisesta ja menetelmästä: Opinnäytetyöhön sisältyy teoriaosuus aps-toiminnasta Suomessa, akuutista kivusta sekä akuutin kivun hoidosta. APS-toimintaan Päijät-Hämeen keskussairaалassa tutustumme haastattelemalla Akuutin kivun koordinaattoria, sekä seuraamalla APS-hoitajaa hänen työvuoron ajan.		
Opinnäytetyön aikataulu		
Suunniteltu aloitus aika	01 Elo	kuu 20 20
Suunniteltu valmistusaika	27 Marras	kuu 20 20
3. Opinnäytetyön tekijä / tekijät		
Nimi: Hanna Hämäläinen	Puhelin: [redacted]	
Osoite: [redacted]	Sähköposti: hanna.hamalainen@student.la	
Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysala		
Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidtaja (AMK)		
Nimi: Roosa Jarva	Puhelin: [redacted]	
Osoite: [redacted]	Sähköposti: roosa.jarva@student.lab.fi	
Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysala		
Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidtaja (AMK)		
Nimi:	Puhelin:	
Osoite:	Sähköposti:	
Koulutusohjelma:		
Suuntautumisvaihtoehto:		

4. Opinnäytetyön kustannuksista vastaa

- opiskelija/tutkija jokin muu, mikä ?
- PHHYKY:n yksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)

5. Opinnäytetyön raportoinnista sopiminen

- Opinnäytetyön raportti toimitetaan luvan myöntäjälle sekä kirjaamoon
- Opinnäytetyöstä järjestetään osastokokous/-koulutus
- Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
- jokin muu tapa, mikä?

6. Opiskelijan/ opiskelijoiden allekirjoitukset

Päiväys Lahti	5 / 11 20 20	Hanna Hämmälä
paikka		allekirjoitus Hanna Hämmäläinen nimen selvennys
Päiväys Lahti	5 / 11 20 20	Roosa Järva
paikka		allekirjoitus ROOSA JARVA nimen selvennys
Päiväys	/ 20	
paikka		allekirjoitus nimen selvennys

7. Ohjaavan opettajan / ohjaavien opettajien allekirjoitukset

Päiväys Lahti	16 / 11 20 20	<input checked="" type="checkbox"/> suunnitelma hyväksytty
paikka		
		allekirjoitus ja nimen selvennys
Päiväys	/ 20	<input type="checkbox"/> suunnitelma hyväksytty
paikka		
		allekirjoitus ja nimen selvennys

Allekirjoitettu opinnäytetyöhakemus toimitetaan:

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä
Kirjaamo
Keskussairaalankatu 7
15850 Lahti

kirjaamo@phhyky.fi

8. Liitteet pälvättynä

- Tutkimus- tai hankesuunnitelma
- Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyönsä tekijänoikeus. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttö- ja pälvitysoikeuden omaan toimintaansa. Käyttöoikeudesta ei suoriteta paikkotia.
- Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta opinnäytetyösuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
- Muut liitteet, mitkä? _____

Teillä tuliaan mahdollisesti pyytämään sähköpostitse tarkennuksia tai lisäselvityksiä. Tulette saamaan viranhallijapäätöksen luvan myöntäjältä sähköpostinne.

Luvan myöntäjä yksiköstä lähettää kopiot organisaation yhdyshenkilölle 6

Liite 4. Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Akuutin kivunhoidon koordinaattori Helena Kohonen
Lähtöosoite	Keskussairaalankatu 7
Postinnumero- ja toimipaikka	15850 Lahti
Y-tunnus	0215606-8
Toimipisteen kotikunta	Lahti
Puhelin	(vaihe) 03 819 11
Sähköposti	etunimi.sukunimi@pohhyky.fi kirjaamo@pohhyky.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄ(T)	
Nimi ja opiskelijanumero	Roosa Jarva, [REDACTED]
Koulutusala	Sosiaali- ja terveysala
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Puhelinnumero	[REDACTED]
Sähköpostiosoite	roosa.jarva@student.lab.fi
Nimi ja opiskelijanumero	Hanna Hämäläinen, [REDACTED]
Koulutusala	Sosiaali- ja terveysala
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Puhelinnumero	[REDACTED]
Sähköpostiosoite	hanna.hamalainen@student.lab.fi
OHJAAJA – LAB-AMMATTIKORKEAKOULU	
Ohjaava opettaja	[REDACTED]
Puhelin	[REDACTED]
Sähköposti	[REDACTED]
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön aihe	Akuutti leikkauksen jälkeinen kipu ja APS-toiminta Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä

TOIMEKSIANTOSOPIMUKSEN EHDOT	
Ohjaus	Ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan opinnäytetyöohjeen mukainen kirjallinen esitys. Se julkaistaan digitaalisessa muodossa (ja arkistoidaan) avoimessa Theseus-verkkopublicationpalvelussa. Opiskelija antaa Theseuksessa opinnäytetyönsä verkkopublicationin ennen työn tallennusta. Muusta menettelystä sovitaan erikseen.
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa

	<p>rinnakkaisen käyttöoikeuden työn tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua.</p> <p>Sopijaosapuolet voivat sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassa.</p>
Keksinnöt	<p>Jos opinnäytetyön tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä tekijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen Lahden ammattikorkeakoulun innovaatio prosessia.</p>
Työsuhde	<p>Mahdollisesta työsuhteesta tai opinnäytetyön tekemisestä maksettavasta palkkiosta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen. Mikäli opiskelijalla ei ole työsuhdetta toimeksiantajaan, hän on Lahden ammattikorkeakoulun tapaturmavakuutuksen piirissä.</p>
Opinnäytetyön julkisuus	<p>Opinnäytetyön esitys on julkinen. Työn tekijä ja toimeksiantaja määrittävät yhdessä esityksen sisällön siten, ettei esitys loukkaa salassapitosopimusta.</p> <p>Työ on julkinen heti, kun se on arvioitu. Opinnäytetyön on oltava avoimesti luettavissa.</p>
Luottamukselliset tiedot	<p>Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyöntekijöillä on salassapitovelvollisuus toimeksiantajan liike- ja ammattisalaisuuksiin nähden. Julkaistaviin opinnäytetöihin ei sisällytetä salassa pidettävää aineistoa. Toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuudet anonymisoidaan tai jätetään työn taustaineistoon erilliseen liitteeseen, jota ei julkaista.</p> <p>Kun opiskelija jättää opinnäytetyön arvioitavaksi ammattikorkeakoululle, hän toimittaa sen myös toimeksiantajalle.</p> <p>Toimeksiantaja varmistaa, että opinnäytetyö ei sisällä salassapidettävää aineistoa. Mikäli toimeksiantaja ei 14 vuorokauden aikana vaadi muokkauksia opinnäytetyöhön, on opiskelijalla oikeus julkaista työ Theseuksessa.</p>
Salassapitosopimus	<p>Toimeksiantajan niin vaatiessa käytetään erillistä opinnäytetyön liiteaineiston salassapitosopimusta, jossa opinnäytetyön liitteiden salassapito perustellaan ja salassapitoaika määritellään. Salassa pidettävälle tiedolle on oltava lakiin perustuva peruste.</p>
Vastuut	<p>Sopijaosapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua vahinkoa.</p>

<input type="checkbox"/> Työelämä maksaa opinnäytetyön tekemisestä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle.	
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.	
<p>Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistyön toimeksiantajalle. Osapuolet sitoutuvat noudattamaan toimeksiantosopimuksen ehtoja.</p>	
ALLEKIRJOITUKSET	
Opiskelija Hanna Häätäinen	
Aika ja paikka Lahti 5.11.2020	
Allekirjoitus Hanna Häätäinen	
Opiskelija Roosa Jarva	
Aika ja paikka Lahti 5.11.2020	
Allekirjoitus Rm Rm	
Toimeksiantaja [REDACTED]	
Aika ja paikka LAHTI 6.11.2020	
Allekirjoitus [REDACTED]	

Tätä sopimusta on tehty neljä (4) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) opiskelijalle, yksi (1) toimeksiantajalle, yksi (1) ohjaajalle, sekä yksi (1) organisaation luvan myöntäjälle. Kopio sopimuksesta toimitetaan jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijät/tekijät.

Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.