

OULUN SEUDUN
AMMATTIKORKEAKOULU



Paula Arvola & Minna Hökkä

YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN –PROJEKTI

Syöpää sairastavan ja epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjukuvaus

YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTI

Syöpää sairastavan ja epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjukuvaus

Paula Arvola
Minna Hökkä
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
YAMK
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Paula Arvola, Minna Hökkä. Yhteistyöllä kipu hallintaan. Syöpää sairastavan ja epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjukuvaus. Työn ohjaajat: Yliopettajat Eija Niemelä & Pirkko Sandelin. Oulu 2011. SIVUT 88 + 10 Liitesivua

Projektina toteutetun opinnäytetyömme tavoitteena oli kuvata epiduraalista kivunhoitoa saavan ja loppuvaiheen syöpää sairastavan potilaan hoitoketju. Tavoitteena oli kuvata mahdollisimman tarkasti sen eri vaiheiden toiminnot, ohjeiden tarpeet ja nykytilan haasteet. Projektin toimeksiantaja oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikan henkilökunta. Hoitoketjukuvaus tekemiseen ovat osallistuneet projektissa mukana olleiden yhteistyöryhmien työntekijät. Projektiin osallistui Oulun yliopistollisesta sairaalasta kipupoliklinikka ja osastot 1, 4, 7, 15, 19, 21, 34 ja 36, peruspalvelukuntayhtymän Kallion terveystieteiden vuodeosastot Ylivieskasta ja Nivalasta sekä kotihoito. Oulun kaupunginsairaalasta projektissa oli mukana osasto A2 ja ODL Terveystieteiden Oy:stä Kotisairaala, sisätautiosasto ja kirurginen vuodeosasto. Aikaisempien tutkimusten mukaan kivunhoitoon liittyvien vastuiden ja työnjaon määrittelyt sekä hoitoketjun selkeyttäminen kehittävät potilaan kivunhoitoa ja edistävät potilasturvallisuutta.

Projektiraportin teoriaosan muodostamisessa käytettiin systemoitua kirjallisuuskatsausta. Projektityön aineistot puolestaan syntyivät moniammatillisen osallistavan työryhmätyöskentelyn tuloksena. Työryhmiin osallistui 45 asiantuntijaa, jotka olivat sairaanhoitajia, osastonhoitajia, lääkäreitä ja farmaseutteja. Työryhmätyöskentelystä saatu aineisto on analysoitu kvalitatiivisen eli laadullisen sisällön analyysin avulla. Projektissa tuotettujen tulosten mukaan epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpäpotilaan hoitoa pidettiin haasteellisena hoitoketjun jokaisessa vaiheessa. Hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta kivun arvioinnista ja hoidosta sekä lääkkeistä ja hoitoteknologiasta. Yhteistyön kehittämistä eri organisaatioiden välillä ja yksiköiden sisällä pidettiin tärkeänä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Yhteisenä haasteena koko hoitoketjun osalta pidettiin tiedonkulkua ja yhteisten tietojärjestelmien kehittämistä. Haasteiksi koettiin myös resurssien puute ja epäselvyydet potilaan kivunhoitoon liittyvistä vastuista. Perusterveydenhuollon haasteena pidettiin yhteisten ohjeiden puuttumisesta johtuvia erilaisia horjuvia hoitokäytäntöjä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja projektin tulosten perusteella voidaan päätellä, että hoidon laadun edistämiseksi on tarpeellista luoda saattohoitopotilaan hoitoketju, joka sisältää ohjeet epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidosta. Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikan henkilökunta kehittää jatkossa hoitoketjukuvaus sähköiseen muotoon. Jokainen hoitoketjun vaihe sisältää silloin myös hoito-ohjeet. Sähköistä hoitoketjumallia voidaan käyttää työntekijöiden työvälineenä ja perehdyttämisen tukena.

Asiasanat: epiduraalinen kivunhoito, hoidon jatkuvuus, hoitoketju, potilasturvallisuus, syöpäkipu

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise

Authors: Arvola, Paula & Hökkä, Minna

Title of master's thesis: Pain Management With Epidural Analgesia: Clinical Pathway of Cancer Patient

Supervisors: Niemelä, Eija & Sandelin, Pirkko

Spring term 2011. Number of pages: 88 pages + 10 appendix pages

ABSTRACT

BACKGROUND: The assigner for this thesis was the staff of the Pain Clinic in Oulu University Hospital. Prior research shows that defining professional responsibilities and clarifying the clinical pathway improve the patient's pain management and patient safety. The aim for this master's thesis was to describe in detail the clinical pathway of a terminal stage cancer patient receiving epidural analgesia: the functions of its different stages, the need for specific instructions and the current challenges.

METHOD: A systematic literature review was used as a method of development of the theoretical part of the project report. The research material was gathered by participative group work consisting of forty-five healthcare professionals. The material was later analyzed by qualitative content analysis.

RESULTS: The pain management of a cancer patient receiving epidural analgesia was considered challenging in every stage of the clinical pathway. Healthcare professionals that participated in this study felt additional education are needed in the assessment of pain as well as medication and health care technology.

CONCLUSIONS: Development of co-operation between and within different healthcare units needs enhancement throughout the clinical pathway. The lack of resources and uncertainties in terms of responsibilities were considered a challenge both in primary healthcare and in specialized care. In addition ambiguous treatment protocols due to the lack of commonly shared instructions were seen as a challenge for efficient pain management in primary health care.

Keywords: epidural analgesia, continuity of treatment, clinical pathway, patient safety, cancer pain

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS 4

1 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET..... 6

TEET..... 6

1.1 Projektin yhteiskunnallinen tausta 7

1.2 Projektin tavoitteet 9

2 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TEOREETTINEN JA TUTKIMUKSELLINEN TAUSTA 11

TUTKIMUKSELLINEN TAUSTA 11

2.1 Syöpäkipu..... 11

2.1.1 Nosiseptiivinen kipu eli kudosaauriokipu..... 12

2.1.2 Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu..... 13

2.1.3 Syövän hoitojen aiheuttama kipu 14

2.1.4 Spinaaliset kivunhoitotekniikat syöpäkipun hoidossa..... 14

2.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaativan syöpäkipuhoidon nykytilanteesta..... 15

2.2.1 Vaativan syöpäkipun hoidon toteutus 16

2.2.2 Hyvän syöpäkipun hoidon toteutumista estävät tekijät..... 17

2.2.3 Hyvää syöpäkipun hoitoa edistävät tekijät..... 18

2.3 Hoitoketju..... 18

2.4 Potilasturvallisuudesta..... 19

3 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TOTEUTUS 23

3.1 Projektin toteutuksen metodologinen näkökulma..... 23

3.2 Projektin toteutus 24

3.3 Hoitoketjukuvausten laatiminen..... 27

3.4 Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektin organisaatio 27

3.5 Työryhmien kuvaus..... 30

3.6 Osallistavan työryhmätyöskentelyn toteutus..... 31

3.7 Työryhmätyöskentelyssä saadun aineiston analysointi..... 33

3.8 Projektin aikana toteutetut koulutukset..... 35

4 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TULOKSET 37

4.1 Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan saattohoitopotilaan hoitoketjukuvaus 37

4.1.1 Epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan potilaan tunnistaminen perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla	40
4.1.2 Epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan potilaan tunnistaminen ja hoito erikoissairaanhoidon vuodeosastolla.....	44
4.1.3 Epiduraalinen kivunhoito kipupoliklinikalla.....	47
4.1.4 Epiduraalisen kivunhoidon aloittamisen jälkeinen hoito erikoissairaanhoidon vuodeosastolla.....	50
4.1.5 Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoito perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla	53
4.2 Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoitotyön nykytilan haasteet.....	57
4.2.1 Haasteena kivunhoidon vaikeus	59
4.2.2 Haasteena yhteistyö.....	60
4.2.3 Haasteena tiedonkulku	61
4.2.4 Haasteena niukat resurssit	62
4.2.5 Haasteena vastuiden epäselvyydet	62
4.2.6 Haasteena horjuva käytäntö ja ohjeiden puute.....	63
4.3 Keskeisten tutkimustulosten tarkastelua aikaisempien tutkimusten avulla	64
4.4 Jatkokehittämissuosituksiset.....	66
5 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN PROJEKTIN- ARVIOINTI	68
5.1 Projektin tutkimuksellisten menetelmien eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	68
5.2 Työryhmätyöskentelyn arviointi	71
5.3 Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektiprosessin kokonaisarviointi.....	73
POHDINTA.....	75
LIITTEET	89

1 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET

Syöpäjärjestöjen tekemien tutkimusten ja ennusteiden mukaan suomalaisen väestön ikääntyessä myös syöpään sairastuneiden määrä tulee lisääntymään. Tällä hetkellä Suomessa elää yli 200 000 ihmistä, joilla on elämän varrella todettu syöpä. Osa heistä on parantunut, osalla on taudin tai sen hoidon aiheuttama vamma tai haitta. Syöpään kuolee vuosittain noin 10 000 suomalaista. Kehityssuunta tulee lisäämään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarvetta syöpää sairastavien ihmisten kohdalla. (Pukkala, Dyba, Hakulinen & Sankila 2006, 6; Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020 2010, 3, Hakupäivä 8.12.2010.) Saattohoito on kuolemaa lähestyvän parantumattomasti sairaan potilaan hoitoa ja jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 19–20). Saattohoidolla pyritään takaamaan potilaalle mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä (Hänninen 2004, 311).

Suomen perustuslaki 731/1999, 1§ sisältää vaatimuksen ihmisarvon kunnioittamisesta sekä kivun ja kärsimyksen lievittämisestä (Hakupäivä 6.12.2010). Toukokuussa 2011 voimaan astuvassa terveydenhuoltolaissa kärsimysten lievittäminen on osa laadukasta hoitoa. (Terveydenhuoltolaki 24 §, Hakupäivä 6.3.2011) Hyvän kivunhoidon järjestäminen kuolevalle potilaalle on jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan eettinen velvollisuus. Sairaanhoidajan työssä tämä tarkoittaa kykyä tunnistaa kipu, hallita erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja arvioida hoidon vaikuttavuutta (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 29). Kivunhoito ei saa olla alihoitoa, mutta ei myöskään ylihoitoa, sillä molemmat ovat eettisesti väärin (Pahlman 2003, 295).

Vuorisen ja Hännisen mukaan saattohoidon järjestäminen on Suomessa sattumanvarais- ta eikä se ole tasapuolisesti kaikkien ulottuvilla (Hänninen & Vuorinen 2010, 1606). Syöpäkivun alihoitaminen puhuttaa suomalaisia, ja esimerkiksi sanomalehdissä on ollut viime vuosina useita aihetta käsitteleviä artikkeleita. Helsingin Sanomien (30.6.2009) haastattelussa ylilääkäri Eero Vuorinen Kymenlaakson keskussairaalaasta toteaa hyvän syöpäkivun hoidon olevan Suomessa edelleen hajanaista, ja hoidon toteutumista ei valvota (Markkanen 2009, hakupäivä 5.2.2011). Kansainvälisten tutkimustulosten mukaan

Suomi on eurooppalaisen keskiarvon alapuolella syöpäkivunhoidossa. Vahvoja opioideja käytetään Suomessa syöpäkivunhoitoon vähiten kaikista Euroopan maista. (European cancer survey 2007; Breivik ym. 2009, 1420–1433.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 3:15§ sekä 18§ velvoittaa lievittämään potilaan kärsimyksiä ja ylläpitämään sekä kehittämään ammattitaitoa (Hakupäivä 6.12.2010).

1.1 Projektin yhteiskunnallinen tausta

Saattohoidon ja syöpäkivunhoidon kehittämistä ohjaavat myös valtakunnalliset terveyspoliittiset ohjelmat ja suositukset. Terveys 2015-kansanterveysohjelma luo suunnan palvelujärjestelmän kehittämiseksi, ja se koskettaa kaikkia hallinnonaloja (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015–kansanterveysohjelmasta 2001, hakupäivä 6.1.2010).

Kansanterveysohjelman mukaan perustettu lakisäätöinen Kaste-ohjelma (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma) on strateginen ohjausväline, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Ohjelmassa painotetaan eheän sosiaali- ja palvelujärjestelmän kehittämistä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011 2009, 11, 14, hakupäivä 6.1.2010.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on käynnistynyt Kaste-ohjelman suuntainen Kytke-hanke (Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan palveluketjuun), jonka yhtenä kehittämisen painopistealueena on syöpää sairastavan potilaan saattohoitoprosessin kehittäminen. Tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa ja osaamista sekä lisätä eri organisaatioiden yhteistyötä ja osaamisen vaihtoa muun muassa syöpäpotilaan saattohoidossa. (Vuoden 2010 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet 2010, 11, hakupäivä 6.12.2010.) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta näkee ennakkoluulottomassa terveydenhuollon eri tasojen ja toimijoiden yhteistyön kehittämisessä mahdollisuuden parantaa potilaiden hoitoa, poistaa päällekkäisyyksiä ja lisätä tehokkuutta (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja 2001, hakupäivä 15.8.2010).

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 2010 suositukset ”Hyvä saattohoito Suomessa”. Sen mukaan sairaanhoitopiirin keskeinen tehtävä on muodostaa toiminnallinen kokonaisuus alueensa erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta. Val-

taosa potilaan saattohoidosta toteutetaan muualla kuin sairaanhoitopiirien sairaaloissa, kuten terveyskeskuksissa tai yksityisissä hoitolaitoksissa. Rajat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä voivat haitata saattohoidon optimaalista toteutumista. Suosituksen mukaan saattohoidossa olevan potilaan hoitopolut tulee kuvata, ja saattohoitotoimintaa toteuttaa kuvausten mukaisesti. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 23, 24, hakupäivä 6.12.2010.)

Oulun yliopistollisen sairaalan syöpätautien klinikan aloitteesta vuonna 2004 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tehtiin saattohoitopotilaan kivunhoidon hoito-
ketjutyön taustaselvitys. Selvityksessä ilmeni, että saattohoitoa ja saattohoitopotilaan kivunhoitoa oli ohjeistettu harvoin. Saattohoidon vastuuhenkilöitä ei ollut sovittu virka-
eikä päivystysajalle. Selvitys toi esille kivunhoidon koulutuksen ja ohjeiden tarpeet, erityisesti kipupumpun ja kivunhoidon erikoistekniikoiden osalta. Täydennyskoulutuksen tarvetta oli kaikissa ammattiryhmissä. (Tuura ym. 2005, 5016.)

Tämä opinnäytetyömme on kehittämisprojekti jonka aiheena on saattohoidossa olevan, syöpää sairastavan potilaan epiduraalisen kivunhoidon kehittäminen. Projektin toimeksiantaja oli Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikka, jonka sairaanhoitajat olivat suunnitelleet kuvaavansa epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan/saavan syöpäpotilaan hoitoprosessin erikoissairaanhoidossa. Heidän tavoitteena oli avata prosessin toiminnot, tehtävät ja vastuut eri erikoissairaanhoidon yksiköissä ja niiden välillä. Ohjausryhmän kanssa päädyimme laajentamaan näkökulmaa ottamalla tarkastelun kohteeksi myös tietty organisaatiot perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla.

Syöpää sairastavien potilaiden erikoishoidot ovat kipupoliklinikan erityisosaamisen aluetta. Kipupoliklinikalla syöpää sairastavien potilaiden kivunhoidon määrä ja vaativuus ovat kasvaneet. Lisäksi potilaiden kokonaisuhoitoon tärkeys korostuu työssä yhä enemmän. Tämän vuoksi kipupoliklinikan henkilökunnan tavoitteena on kehittää ja tehostaa yhteistyötä Oulun yliopistollisen sairaalan eri osastojen, perusterveydenhuollon ja kotisairaalan henkilökunnan kanssa. Yhteistyön kehittämisellä voidaan parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. (Järvimäki, Korhonen & Vakkala 2009.)

Yhteiskunnallisen ja syöpäkivunhoitoa käsittelevän tutkimuksellisen taustan lisäksi aihevalintaamme vaikutti henkilökohtainen kiinnostuksemme kehittää syöpää sairastavan

potilaan saatto- ja kivunhoitoa. Teemme työtä asiakkaiden kodeissa, sillä toinen meistä työskentelee kotisairaalassa ja toinen kotihoidossa. Työssämme kohtaamme syöpää sairastavia epiduraalista kivunhoitoa saavia potilaita. Olemme huomanneet että epiduraalista kivunhoitoa saavien potilaiden hoitoon ei löydy yhtenäisiä hoito-ohjeita.

1.2 Projektin tavoitteet

Kehittämismenetelmäksi valitsimme projektityön, joka on työtoimintaa kehitettäessä käyttökelpoinen menetelmä (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006, 217). Määrittellessämme projektin tavoitteita havaitsimme, että kehittämistyömme vastaa sisällöllisesti projektityyppistä kehittämistyötä. Tällaisen työn tavoitteena on yleensä yhteisön ja organisaatioiden toiminnan, organisaatioiden rakenteiden, tuotteiden ja / tai palveluiden kehittäminen. Toinen perustelu projektityön menetelmän valinnalle oli tehtävän laajuus, minkä vuoksi tarvitaan tarkoin aikataulutettu ja strukturoitu suunnitelma. (Silfverberg 2007, 21–22.)

Projektin välittömien tavoitteiden määrittelyn avulla kuvataan projektin tavoittelemaa konkreettista tulosta. Projektityön tavoitteiden avulla määritellään myös kehitystavoitteet. Niiden avulla kuvataan projektityön menetelmällä tavoiteltavaa muutosta. (Silfverberg 2007, 21–22.) Yhteistyöllä kipu hallintaan -projekti on myös opinnäytetyömme, joten määrittelemme tässä raportissa myös oppimistavoitteemme.

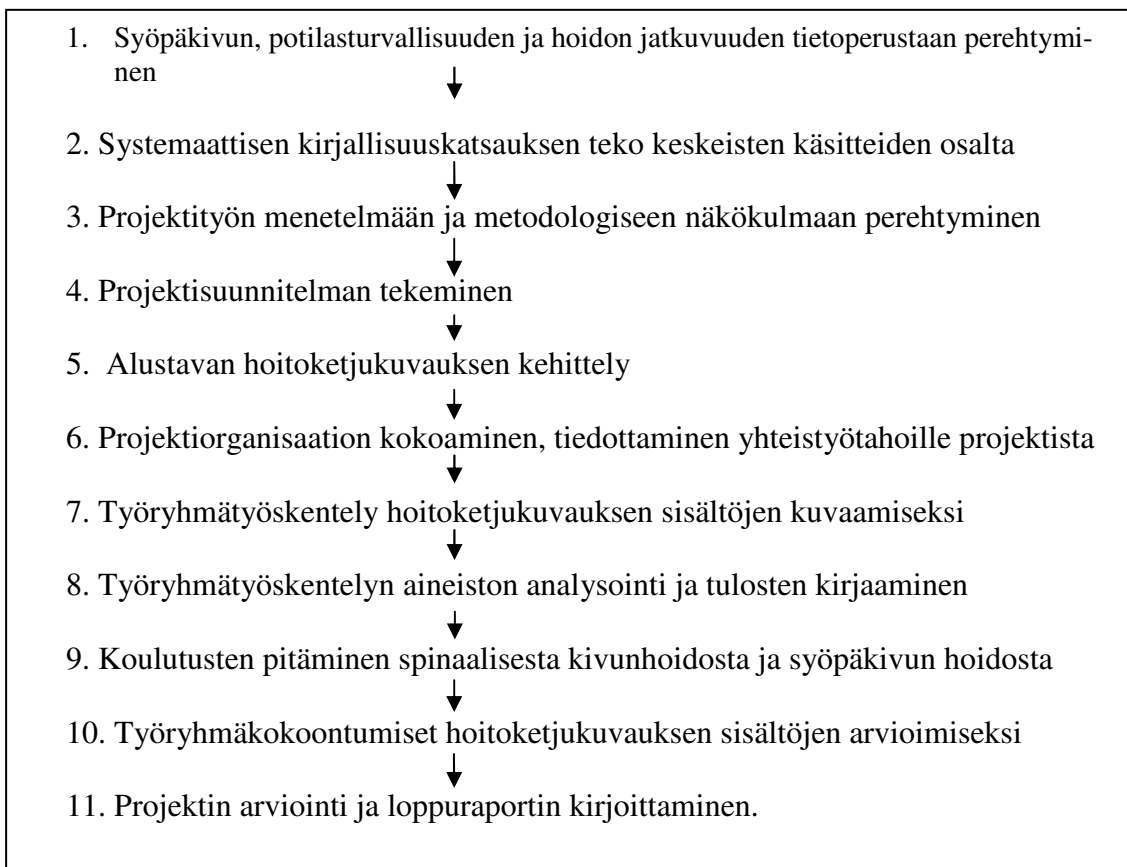
Projektin välittöminä tavoitteina oli:

- 1) kuvata epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoitoketju
- 2) kuvata hoitoketjun eri vaiheiden keskeiset toiminnot ja ohjeiden tarpeet
- 3) kuvata epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoidon nykytilan haasteet

Projektin kehitystavoitteena on parantaa syöpää sairastavan, epiduraalitalaan kipulääkitystä saavan potilaan kivunhoidon yhtenäisyyttä, turvallisuutta ja jatkuvuutta, jotka korostuvat potilaan siirtyessä toiseen sairaalaan, toiselle osastolle tai kotiin. Hoitoketjukuvaus potilaan hoidosta mahdollistaa kivunhoitotyön kehittämisen. Kipupoliklinikan henkilökunnan on tarkoitus myöhemmin kehittää hoitoketjukuvaus sähköiseen muo-

toon, jolloin hoitoketjukurvauksen eri vaiheisiin liitetään myös tarvittavat ohjeet. Ohjeiden tarve on noussut esille projektissa käytettyjen tutkimusmenetelmien avulla.

Oppimistavoitteenamme on syventää syöpäpotilaan epiduraaliseen kivunhoitoon ja sen kehittämiseen liittyvää osaamistamme. Lisäksi tavoitteenamme on kehittyä moniammatillisessa yhteistyössä, projektityöskentelyssä ja projektin johtamisessa. Projektin aikana opimme taitoja, joita tarvitsemme tulevaisuudessa toimiessamme kliinisinä asiantuntijoina. Projektimme eteni useiden eri vaiheiden kautta (kuvio 1.)



KUVIO 1. Projektin etenemisen vaiheet

2 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TEOREETTINEN JA TUTKIMUKSELLINEN TAUSTA

Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektin teoreettinen viitekehys on muodostettu kokoomalla tietoa narratiivisella otteella ja määrittelemällä keskeiset käsitteet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla.

Narratiiviselle otteelle on olennaista syntetisoida ja koota tietoa yhteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 72). Tätä menetelmää olemme käyttäneet, kun olemme määritelleet syöpäkipua, syöpä kivun mekanismeja, spinaalista kivunhoitoa sekä epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjua hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden edistäjänä. Projektimme kannalta keskeisiä käsitteitä, kuten vaativan syöpä kivun hoidon toteutumista sekä hyvää syöpä kivun hoitoa estäviä ja edistäviä tekijöitä, määrittelimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla.

2.1 Syöpäkipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee, että kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosa vaurioon tai jota kuvataan kudosa vaurion käsittein. Kyvyttömyys sanalliseen kommunikointiin ei kuitenkaan poista kivun mahdollisuutta tai kivunlievityksen tarvetta. (IASP Pain terminology 2007.)

Noin neljänneksellä syöpäpotilaista kipu on ensimmäinen tutkimuksiin ohjaava oire. Syöpäpotilaat tuntevat erilaisia akuutteja ja pitkäaikaisia kipuja, ja monilla on samanaikaisesti 2–4 kipukohtaa kehossaan. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 478–479.) Kivun esiintyvyyteen vaikuttaa se, millainen potilaan syöpä on laadultaan. Merkityksellistä on myös, onko syöpä levinnyt. Luustoon etäpesäkkeitä lähettäneet syövät ovat usein muita kivuliaampia. (Hänninen 2003, 72.)

Syöpää sairastavista potilaista 50–90 %: lla on sairautensa loppuvaiheessa kipuja (Kalso ym. 2009, 478–479). Tutkimuksen mukaan Suomi sijoittuu Euroopan maiden syöpäpo-

tilaiden kivunhoidon vertailussa keskiarvon alapuolelle syöpäkivun hoidossa. Suomessa käytetään syöpäkivun hoitoon vähiten vahvoja opioideja kaikista Euroopan maista. Kivunhoito ja arviointi eivät ole Suomessa tavoitetasolla. Tästä johtuen kivunhoito on priorisoitava Suomessa nykyistä tärkeämmälle sijalle terveydenhuollossa (Breivik ym. 2009, 1420–1433; European cancer survey 2007.)

Syöpäpotilaan kiputilojen selvittelyssä ja hoidossa on syytä ottaa huomioon kivun erilaiset etiologiset tekijät unohtamatta tautiin liittyviä pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteita, jotka väistämättä myös vaikuttavat kivun kokemiseen (Kalso ym. 2009, 478–479). Mattilan (2002, 50) mukaan kipuun liittyy ajatus rajoitetusta elinajasta, sairauden peruuttamattomuudesta ja lääkäreiden kyvyttömyydestä parantaa sairautta. Näiden kielteisten miellelyhtymien vuoksi syöpäpotilaan kipua voidaan pitää erityisen tuhoavana.

Arviolta 75 % syöpäkivuista on peräisin itse taudista, noin 15 % on hoitojen ja hoitokomplikaatioiden aiheuttamaa ja 10 % johtuu muista tekijöistä. Oireiden kliininen kuva viittaa kivun mekanismiin. Näitä mekanismeja tunnetaan edelleen vain osittain. Hoitojen ymmärtämisen kannalta on tärkeää erottaa kolme alaluokkaa: syövän aiheuttama nosiseptiivinen eli kudonsvauriokipu, neuropaattinen eli hermovauriokipu sekä syövän hoitojen seurauksena kehittyvä kipu. (Kalso ym. 2009, 480.)

2.1.1 Nosiseptiivinen kipu eli kudonsvauriokipu

Nosiseptiivinen kipu syntyy, kun nosiseptorit eli kipuhermopäätteet reagoivat voimakkaaseen, kudonsvauriota aiheuttavaan ärsykkeeseen. Tällöin itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on terve. Tyypillisiä tilanteita, joissa kudoksissa tapahtuva prosessi aiheuttaa nosiseptiivista kipua, ovat esimerkiksi tulehdukset, iskemia ja tuumorit. (Kalso ym. 2009, 155.)

Syöpätaudeissa nosiseptiivinen kipu johtuu tavallisimmin itse kasvaimen aiheuttamasta kudonsvauriosta. Kasvaimen tukkiessa onttoa sisäelintä, esimerkiksi virtsanjohdinta tai suolta, sileän lihaksen venyminen johtaa kipukoliikkeihin tai tasaiseen jäytävään kipuun. Parenkyymielimet eli sisäelinten kudokset eivät yleensä sisällä kipureseptoreita, mutta niitä ympäröivät kapselit ovat kipuherkkiä. Tämä selittää esimerkiksi maksan turvotukseen ja maksametastaaseihin liittyvät kivut. Kasvain voi myös erittää kipua aiheut-

tavia kemikaaleja, jotka joko herkistävät tai suoraan ärsyttävät kipuhermopäätteitä. Monet syövät aiheuttavat kipua usealla eri mekanismilla. (Colvin & Fallon 2008, 1083; Kalso ym. 2009, 481.)

2.1.2 Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu

Neuropaattisen syöpäkivun hoito on haasteellinen osa-alue (Colvin, Fallon & Laird 2008, 1079). Neuropaattisessa kivussa vika on kipua välittävässä hermojärjestelmässä, ja hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan ärsykkeisiin, jotka eivät normaalisti aiheuta kipua. Ääreis- tai keskushermostoon levinnyt tai hermoja puristava syöpä aiheuttaa hermovauriokipua. Kasvaimen painaessa hermoa tai kasvaessa sen sisään hermovaurio on todennäköisesti samanlainen kuin muunkin mekaanisen trauman yhteydessä, ja hermon sähköinen ja kemiallinen toiminta muuttuu. (Dickenson & Urch 2008, 1091; Kalso ym. 2009, 156, 482.)

Tuumorin kasvu kudoksissa herättää elimistössä voimakkaan immuunivasteen. Tulehdusreaktio toimii osana elimistön hyökkäystä pahanlaatuisia soluja vastaan. Tuumorin lähellä kulkevat hermot saavat osansa tästä hyökkäyksestä viattomina sivustakatsojina, ja näin tämä mekanismi aiheuttaa osan syöpätauteihin liittyvästä neuropaattisesta kivusta. (Kalso ym. 2009, 482.)

Neuropaattisen kivun tyypillisiä piirteitä ovat jatkuva kipu ilman ulkoista ärsykettä, allodynia, hyperalgesia, hyperpatia ja kipuun liittyvät tuntomuutokset. Allodynia tarkoittaa sähköiskunomaista kipua, jonka aikaansaa heikko, normaalisti kipua aiheuttamaton ärsyke. Hyperalgesia ilmenee lisääntyneenä herkkyytenä kipua aiheuttavalle ärsykkeelle. Hyperpatia on kivulias oireyhtymä, johon kuuluu ärsykkeen jälkeinen viive, purkausmainen ylireagointi ja jälkituntemus. (Hänninen 2003, 116; Dickenson & Urch 2008, 1092; Kalso ym. 2009, 157.)

Neuropaattinen kipu voi olla jatkuvaa ja siihen saattaa liittyä ajoittaisia äkillisiä kipukohtauksia. Potilaat kuvaavat neuropaattista kipua usein sanoilla viiltävä, polttava, sähköiskunomainen, pistävä ja tuikkiva. (Hänninen 2003, 117.) Neuropaattiselle kivulle on tyypillistä sen huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin. Varhainen hyvä kivunhoito akuutissa vaiheessa saattaa estää kroonisen kiputilan syntymisen. Mitä pitempään kipu on

kestänyt, sitä enemmän uudet hermosolujen väliset yhteydet ovat juurtuneet keskushermostoon, ja kipu on vaikeammin hoidettavissa. (Colvin, Fallon & Laird 2008, 1079; Kalso ym. 2009, 157.)

2.1.3 Syövän hoitojen aiheuttama kipu

Syövän hoitojen aiheuttamat kiputilat ovat yleensä luonteeltaan neuropaattisia. Ne voivat alkaa välittömästi esimerkiksi leikkauksen jälkeen, mutta tyypillisesti ne kehittyvät viikkojen tai muutaman kuukauden viiveellä hoidon päättymisestä. Sädehoito voi aiheuttaa kipua huonontamalla hermon verenkiertoa tai aiheuttamalla fibroosia, sidekudoksen kroonisen inflammaation tai paikallisen nekroosin selkäytimessä. Pitkäaikaisia, kivuliaita ja hitaasti kehittyviä sädehoidon komplikaatioita ovat krooninen sädemyelopatia, kaulahermopunoksen sädeaurio ja sädehoidon aiheuttamat sekundääriset kasvaimet. Solunsalpaajat aiheuttavat hermovauriokipua esimerkiksi suoralla neurotoksisella tai immunologisella mekanismilla. (Colvin, Fallon & Laird 2008, 1080; Kalso ym. 2009, 483–484.)

2.1.4 Spinaaliset kivunhoitotekniikat syöpäkivun hoidossa

Suurin osa syöpätautien aiheuttamasta kivusta on hallittavissa yksinkertaisella lääkehoidolla noudattamalla World Health Organization (WHO) porrasteista hoitomenetelmää (Paija 2004, 656–660). Spinaalisen kivunhoidon tarve syöpää sairastavien potilaiden kivunhoidossa on arvioitu olevan 2–6 % (Kalso ym. 2009, 489–499). Spinaalisella kivunhoidolla tarkoitetaan epiduraalisesti tai intratekaalisesti kipupumpun avulla annettavaa lääkehoitoa (Burton ym. 2004, 239; Keinänen & Järvinen 2004, 331).

Spinaalisen kivunhoidon aihe eli indikaatio on muille kivunhoitomenetelmille resistentti kipu, systeemisen kipulääkityksen riittämättömyys tai vaikeat sivuvaikutukset sekä suuret systeemiset kipulääkeannokset, neuropaattinen kipu, viskeraalinen kipu eli sisäelinkipu ja liikkussa provosoituva kipu (Keinänen & Järvinen 2004, 331; Myers, Chan, Jarvin & Walker-Dilks 2010, 145–149). Spinaalinen kivunhoito on tutkimusten mukaan oikein indikaatioin toteutettuna tehokas vaikean syöpäkivun hoidossa (Burton ym. 2004, 245–246; Myers ym. 2010, 146–148).

Spinaalisessa kivunhoidossa epiduraalinen kivunhoito soveltuu paremmin suhteellisen lyhyeen hoitoaikaan, esimerkiksi viikkoihin tai muutamiin kuukausiin. Intratekaalinen kivunhoito soveltuu paremmin pitkäaikaiseen, kuukausia tai vuosia kestävään kivunhoitoon. Spinaalisessa kivunhoidossa potilas voi saada komplikaatioita käytetyistä lääkeaineista, toimenpiteestä tai hoitoon käytettävistä apuvälineistä. (Keinänen & Järvimäki 2004, 333, 334; Kalso ym. 2009, 499.)

2.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaativan syöpäkivunhoidon nykytilanteesta

Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää apuna tutkimustyön suuntaamiseen. Sen avulla saadaan kartoitettua, mitä tutkimustietoa aiheesta löytyy sekä löytää alueita, joilta tutkimustietoa ei löydy (Jones & Evans 2000, 67; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan teoreettista tutkimusta, joka perustuu tieteellisen tutkimuksen periaatteisiin eli se perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–120; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39). Sen avulla pyritään kokoamaan olemassa olevaa tutkimustietoa tiivistettyyn muotoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 74).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli saada tietoa epiduraalista kipulääkitystä saavan syöpää sairastavan potilaan kivunhoidon toteutuksesta. Tarkoituksena olisi myös selvittää potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden toteutuminen hänen siirtyessään organisaatiosta toiseen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen haut toteutettiin marraskuun 2009 ja helmikuun 2010 välillä (Liite 1).

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kysymyksemme olivat:

1. Miten syöpää sairastavan potilaan epiduraalinen kivunhoito toteutuu tieteellisten artikkeleiden mukaan?
2. Miten syöpäkivun hoitotyön turvallisuus ja jatkuvuus toteutuvat tieteellisten artikkeleiden mukaan?

Hakusanat määrittelimme yhteistyössä informaattikon kanssa. Koehaun jälkeen laajensimme epidural hakusanan spinal / spinaalinen kivunhoito, koska spinaalinen kattaa myös epiduraalisen kivunhoidon. Potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden näkökulmasta ei löytynyt tutkimuksia epiduraalinen eikä spinaalinen -sanoilla, joten näiden teemojen kohdalla laajensimme hakusanat advanced cancer pain management -käsitteeseen eli vaativan syöpäkivunhoidon -käsitteeseen. Useimmissa tutkimuksissa tämä käsite kattoi myös kivunhoidon erikoistekniikat. Tämän vuoksi tuloksissa käytetään käsitteitä epiduraalinen, spinaalinen ja vaativa syöpäkivun hoito.

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella (liite 2) saadun aineiston analysoimme sisälönanalyttisellä otteella. Tutkimuskysymysten pohjalta tuloksia analysoitaessa keskeiseksi pääluokiksi nousivat: *Vaativan syöpäkivun hoidon toteutus, hyvän syöpäkivun hoidon toteutumista estävät tekijät sekä hyvää syöpäkivun hoitoa edistävät tekijät.*

2.2.1 Vaativan syöpäkivun hoidon toteutus

Spinaalinen kivunhoito parantaa potilaiden kivunhallintaa ja vähentää oraalisten opioidien tarvetta (Burton ym. 2004, 245), mutta spinaalisesta kivunhoidosta hyötyvät potilaat eivät välttämättä saa tarvitsemaansa hoitoa (Kay, Husbands, Antrobus & Munday 2007, 282). Spinaalisen kivunhoidon seuranta ja toteutus tulisi olla moniammatillista ja osana syöpäkivun hoidon toteutusta niiden potilaiden kohdalla, jotka siitä hyötyvät (Myers ym. 2010, 146–148). Suomessa syöpäkivun hoito ei toteudu tavoitteiden mukaisesti. Syöpäkivun arviointi ei toteudu riittävästi eikä myöskään toimenpiteitä kivun lievittämiseksi tehdä riittävästi. (European cancer survey 2007; Breivk ym. 2009, 1429–1432.)

Syöpäkivun hoidon jatkuvuudessa on kehittämistä. Tiedonkulku potilaan syöpäkivusta on heikkoa kivunhoidon eri toimijoiden kesken. Potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen hoidon jatkuvuus ei aina ole turvattu, ja tieto syöpäkivun hoidosta ei välttämättä siirry. (de Witt & van Dam 2001, 751.) Myös potilaan ohjaus on riittämätöntä (Breivk ym. 2009, 1431).

Spinaalisen kivunhoidon toteutusta potilasturvallisuuden näkökulmasta on tutkittu lääkitysvirheiden ja katetrasta / pumpusta johtuvien ongelmien osalta. Lääkitysvirheet ovat suurimmalta osin inhimillisiä erehdyksiä. Suurimmat syyt niihin ovat henkilökunnan kokemattomuus tai toimenpiteen keskeytyminen. Potilasturvallisuuden lisääminen vaatii virheiden seuranta, niiden korjaamista sekä hyvin perehdytetyn henkilökunnan. (Hicks, Sikirica, Nelson, Schein & Cousin 2008, 438–440.) Katetreista johtuvia ongelmia ovat katetrin tukkeutuminen, laiteviat sekä infektiot (Samuelsson, Malmberg, Erikson & Hedner 2005, 108–109). Teknisen osaamisen puute on aiheuttanut vaaratilanteita, esimerkiksi lääkeinfuusio on erehdyksessä kytketty enteraaliseen tai epiduraaliseen annostelureittiin välineistön mahdollistaessa niiden keskinäisen yhdistämisen (Wolf, Hick, Altmiller & Bicknell 2009, 682).

2.2.2 Hyvän syöpäkivun hoidon toteutumista estävät tekijät

Organisaatiotasolla esteeksi hyvän spinaalisen kivunhoidon toteutumiselle nousi esiin muodollisten sopimusten puute siitä, miten toimitaan sekä moniammatillisen yhteistyön vähäisyys. Lähetteitä erikoissairaanhoidon tulee liian vähän, jolloin kaikki eivät saa tarvitsemaansa hoitoa. (Linklater, Leng, Tiernan & Chambergs 2002, 435–439; Kay ym. 2007, 282.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin selvityksen mukaan kivunhoidon ohjeistusta ei ole riittävästi, ja kivunhoidon vastuuhenkilöiden puute vaikeuttaa syöpäkivun hoitoa. Lääkärit ja hoitajat kokivat koulutustarvetta erityisesti kipupumpun ja kivunhoidon erityistekniikoiden avulla toteutettavaan kivunhoitoon. (Tuura ym. 2005, 5015–5016.) Koulutusta kivunhoidosta tulisi lisätä lääkäreille ja sairaanhoitajille sekä muille ammattihenkilöille (Breivk ym. 2009, 1431). Organisaatiotasolla riittämätön resursointi luo haasteita riittävän kivunhoidon toteuttamiseksi (Kay ym. 2007, 282).

Työntekijätasolla esteinä hyvän spinaalisen kivunhoidon toteutumiselle ilmenivät hoitavien henkilöiden asenteet, jotka voivat estää riittävän konsultoinnin ja myös erityistekniikoiden käyttöönoton. Tiedon ja kokemuksen puute ovat hyvän epiduraalisen kivunhoidon estäviä tekijöitä. (Linklater ym. 2002, 435; Cahana ym. 2007, 107; Kay ym. 2007, 282.)

2.2.3 Hyvää syöpäkivun hoitoa edistävät tekijät

Työntekijä voi edistää hyvän syöpäkivun hoidon toteutumista avoimen dialogisen keskustelun sekä täsmällisen kivun arvioinnin avulla (Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund 2004a, 418; Ferrel, Levy & Paice 2008, 577–579). Kivunhoidossa tulisi ottaa huomioon myös muut hoitotyön keinot kuin lääkehoito. Potilas tulee kohdata psyykkisenä, fyysisenä sekä henkisenä kokonaisuutena. (Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund 2004b, 243–244; Ferrel ym. 2008, 577–580.) Myersin ym. (2010, 145–148) mukaan kivunhoito tulisi toteuttaa tarkoituksenmukaisesti oikeilla lääkkeillä ja hyödyntäen oikeita lääkkeen antoreittejä.

Moniammatillista yhteistyötä kivunhoidossa olisi hyvä vahvistaa hoidon jatkuvuuden ja tiedonkulun parantamisen kannalta (de Witt & van Dam 2001, 752; Boström ym. 2004b, 244; Kay ym. 2007, 282; Myers ym. 2010, 146–148). Ohjeistuksia kivunhoidosta tulisi tehdä (Tuura ym. 2005, 5015), ja hoidon hyvä suunnittelu eri organisaatioiden kesken on tärkeää (Boström ym. 2004a, 418). Hyviä tuloksia tuottaneita tapoja hoitaa syöpää sairastavan potilaan kipua ovat olleet hoitoketjut / hoitopolut, joihin on sisällytetty kivunhoidon konsultaatiopalvelut (Brink-Huis, Achterberg & Schoonhoven 2008, 1986–1987).

2.3 Hoitoketju

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset vahvistivat meidän ja ohjausryhmän näkemystä, siitä että hoitoketjukuvauksen laatiminen eri toimijoiden kesken on tarpeellista. Hoitoketjukuvauksen laatiminen tulisi tapahtua nimenomaan moniammatillista tietämystä hyödyntäen. Stakesin (2002) määritelmän mukaan hoitoketju tarkoittaa saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa hoitoprosessien

kokonaisuutta. Terveysthuollossa käytetään nimitystä hoitoketju yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. (Stakes-Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten 2002, 7, hakupäivä 20.11.2010.)

Hoitoketjulla tarkoitetaan yleensä alueellista palvelukokonaisuutta; sopimusta siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä potilaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisesti ja laadukkaasti. Alueellisissa hoitoketjuissa tulee keskittyä hoidon porrastukseen eli sopimaan työnjaosta. Lääketieteellisen tiedon osalta tulee viitata valtakunnalliseen suositukseen. Hoitoketjun tulee palvella käytännön potilastyötä, minkä vuoksi se laaditaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja usein myös sosiaalitoimen yhteistyönä. (Nuutinen 2000, 3.)

Hoitoketju ei ole hoitosuositus. Hoitoketju syntyy, kun on olemassa näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja yhdessä todettu tarve kehittää tiettyyn aiheeseen liittyviä käytäntöjä. Hoitoketjutyön alkuvaiheessa on tärkeää kartoittaa ensin nykytilanne. (Vainikainen 2005, 2010–2013.) Hoitoketju on toimintakeino, jonka avulla kehittämiskohteet, yhteistyö ja työnjako määritellään. Se on toistuva ja dynaaminen, ja siinä on tarkoitus tuoda toimijat yhteen. (Nordback ym. 2010, 1549.) Ydintavoitteena on luoda laadukkaan hoidon kokonaisuus (Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa 2006, hakupäivä 4.3.2010).

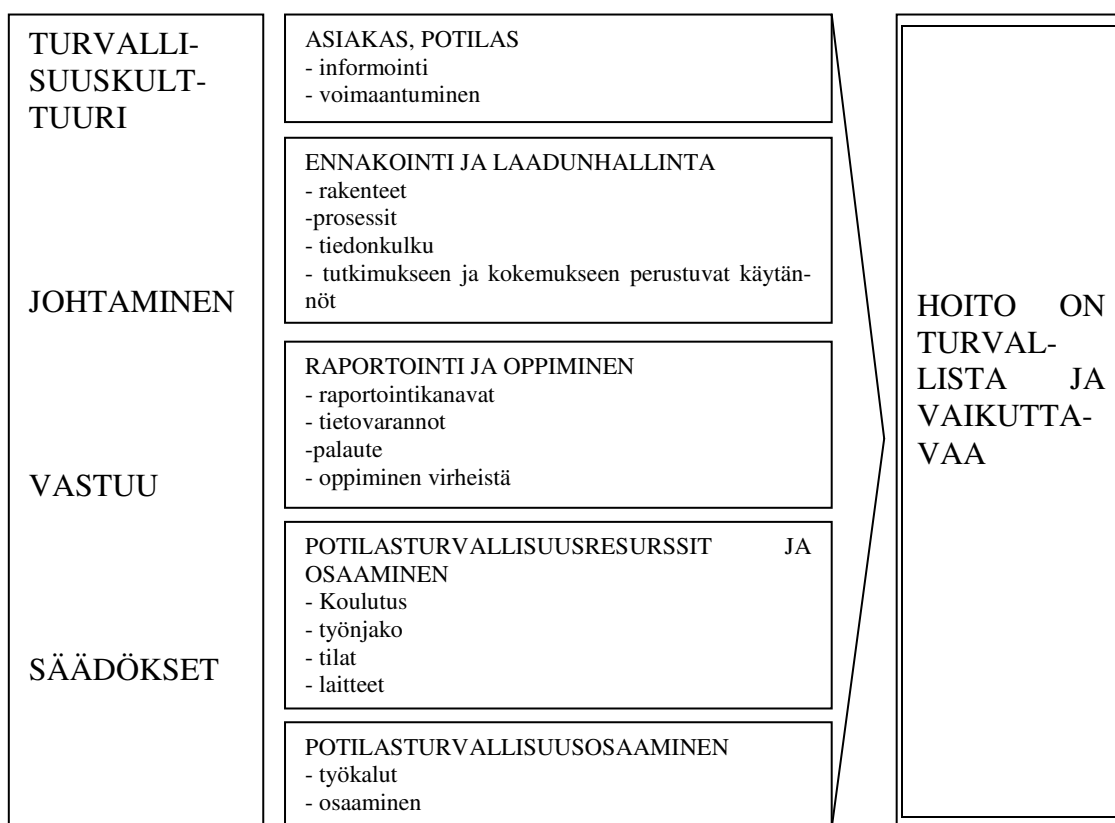
Hoitoprosessi tarkoittaa saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintasarjaa. Hoitoprosessit sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat yleensä organisaatiokohtaisia. (Stakes-Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten 2002, 7, hakupäivä 20.11.2010.) Lääketiede määrittelee hoitoprosessin niin, että se on hoito-ongelmien määrittelyssä sekä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa käytetty päätöksentekojen ja informaatioprosessointiteorioihin perustuva ajattelumalli. (Lääketieteen termit 2010, hakupäivä 20.11.2010.)

2.4 Potilasturvallisuudesta

Monimutkaiset hoitoketjut ja katkokset yhteistyössä työntekijöiden välillä altistavat potilaan haittatapahtumille. Yleisiä syitä potilaalle koituville haittatapahtumille ovat huono tiedonkulku, selkeän työnjaon puute, liiallinen työpaine, liian pitkä työrupeama, niukka

henkilökuntamäärä tai vaatimusten ja osaamisen ristiriita. Virheiden mahdollisuutta voidaan vähentää eri toimijoiden ja prosesseihin liittyvien solmukohtien selvittämisellä. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 181–184.)

Potilasturvallisuus on ajankohtainen asia niin maailmanlaajuisesti kuin myös Suomessa, jossa on tehty Potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013. Strategiassa potilasturvallisuutta tarkastellaan neljästä näkökulmasta, jotka ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Visiona on turvallinen ja vaikuttava hoito. Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. Kokemuksen mukaan potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siinä olevia riskejä (ks. kuvio 2). (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13, hakupäivä 8.3.2010.)

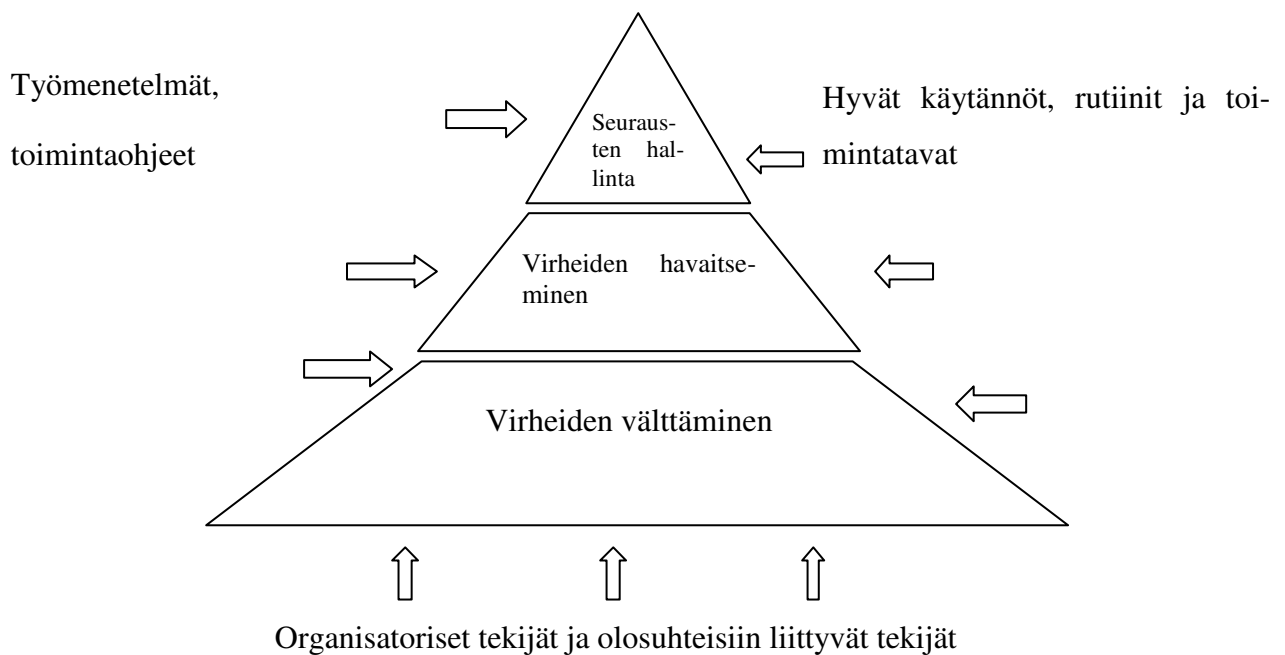


KUVIO 2. Suomen potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (mukaillen STM 2009)

Potilasturvallisuus-käsite muodostuu hoidon turvallisuuden lisäksi myös lääkitysturvallisuudesta ja laiteturvallisuudesta. Potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon sekä laadun keskeinen osatekijä. Turvallisen hoidon toteutusperiaate koskee se-

kä potilaan hoidon kokonaisuutta että yksittäisiä hoitotyön toimintoja. (Snellman 2009, 37.) Hoidon jatkuvuuden takaaminen on osa potilasturvallista toimintaa. Potilaalle hoidon jatkuvuuden tunne on tärkeää. Hoidon jatkuvuuden tunteen lisääntyminen on todettu vähentävän syöpää sairastavan potilaan terveydenhuollon palvelujen tarvetta. (Helleso ym. 2004, 570–571; King ym. 2008, 535.)

Virheiden hallinta on myös potilasturvallisuutta. Virheiden hallintaa voidaan tarkastella kolmesta näkökulmasta. Tarkastelunäkökulmia ovat silloin organisaatiotekijät ja olosuhteet, virheiden hallinnan työmenetelmät sekä virheiden hallinnan yleiset käytännöt ja toiminnot (kuvio 3). Turvallisuuskriittiset toimenpiteet toteutetaan yhdenmukaisin käytäntein. Yhdenmukaisten toimintatapojen merkitys korostuu entisestään, mikäli työryhmän kokoonpano vaihtelee, kuten nykyisissä terveydenhuollon organisaatioissa. (Helmreich, Merrit & Wilhelm 1999, 19–32; Helovu 2009, 101–103.)



KUVIO 3. Virheiden hallinta (mukaillen Helmreich ym. 1999)

Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektin teoreettisesta taustasta voidaan yhteenvedona todeta, että yhteistyö eri ammattiryhmien, potilaan ja hoitohenkilöstön ja organisaatioiden välillä edistää potilaan hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Kivunhoitoon liittyvien vastuiden ja työnjaon määrittely sekä hoitoketjun selkeyttäminen edistävät myös potilasturvallisuutta. Projektissa pyrimme luomaan hoitoketjukurvauksen potilasturvallisuuden li-

säämiseksi. Hoitoketjukuvaus luo perustan potilaan hoitoketjun ja yhtenäisen toiminnan kehittämiseen, vastuiden ja työnjaon määrittelyyn sekä hyvien käytäntöjen ja tutkittuun tietoon nojautuvien ohjeiden laatimiseen. Tutkitun tiedon käyttöönottoa ja näyttöön perustuva toiminta pidetään keskeisenä terveydenhuollon vaikuttavuuden, tehokkuuden ja asiakaskeskeisyyden parantamisena sekä kustannusten hallinnan edistämisenä (Häggman-Laitila 2009b, 25–26).

3 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TOTEUTUS

Tässä luvussa tarkastellaan projektin toteutusta sekä projektin organisaatiota. Projektin toteutus oli monivaiheinen sisältäen työryhmätyöskentelyä ja koulutusinterventioita. Projektin sykli muotoutui alkuperäisen projektisuunnitelman sekä projektin aikana saadun aineiston johdattamana.

3.1 Projektin toteutuksen metodologinen näkökulma

Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektia voidaan tarkastella tutkimusavusteisen kehittämisen näkökulmasta, jossa kehittäminen on ensisijaista. Kehittämistoiminnan tutkimukselliset asetelmat ovat kehittämiselle alisteisia, ja ne palvelevat kehittämisen prosessia (Seppänen-Järvelä 2006, 20–23; Alasoini & Ramstad 2007, 6; Toikko & Rantanen 2009, 117). Tämä tarkoittaa projektissamme sitä, että tutkimus ja tiedontuotanto palvelevat ainoastaan kehittämistoimintaa, joten niillä ei ole tuotantoina itseisarvoa.

Ontologinen näkökulmamme on lähinnä tulkinnallista näkökulmaa. Todellisuus tulkinnallisessa lähestymistavassa nähdään perusluonteeltaan konstruktivistisena, jolloin todellisuus oletetaan ainakin osittain sosiaalisesti rakentuneeksi. (Toikko & Rantanen 2009, 36.) Projektissa keräsimme aineistoa vuorovaikutuksellisesti ja tällaisen tiedon tuottaminen edellyttää konstruktivistista todellisuuden näkemystä. Tulkinnallisessa näkökulmassa kiinnitetään huomio kokonaisuuteen, jolloin tavoitteita ja interventioita muutetaan koko prosessin ajan (Kivipelto 2002, 219). Projektin aikana käytetyt tutkimukselliset menetelmät ja niiden tuottama tieto ovat ohjanneet projektin kulkua.

Tulkinnallisessa ja konstruktivistisessa ajattelutavassa epistemologinen lähestymistapa on, että tieto ei voi aina tukeutua pelkästään luotettavaan tieteelliseen tietoon, sen tavoitteluun ja soveltamiseen. Sosiaalisesti rakentuva tieto on tarkentuvaa ja täydentyvää ja sitä tuotetaan prosessimaisesti. Tietoa muodostuu vuorovaikutuksessa kehittäjän ja kehittämiseen osallistujien välillä. Tiedon ajatellaan syntyvän käytäntöyhteyksissä ja keskeisin kriteeri on tiedon käyttökelpoisuus. (Toikko & Rantanen 2009, 54, 164.) Projek-

tissa toimimme vuorovaikutuksessa kehittämiseen osallistuneiden kanssa. Työryhmätyöskentelyn tuottama tieto nousi käytännön työn asiantuntijoilta ja keskeisenä kriteerinämme oli tuotetun tiedon käyttökelpoisuus. Tieto myös tarkentui ja täydentyi projektiprosessin aikana työryhmien arvioidessa tuotettua tietoa.

Tutkimuksellisessa kehittämisessä on tärkeää pohtia kehittämistoiminnan intressit. Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektin näkökulma on ollut toimijalähtöinen. Toimijalähtöisessä kehittämisessä on ominaista avoimuus kontekstuaalisille tekijöille, ennakoimattomuus, prosessimainen eteneminen sekä yhteistoiminnallinen dialogi. (Seppänen-Järvelä 1999, 196.) Projektissa kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät olivat eri organisaatioista ja eri ammattiryhmistä. Kontekstuaalisuus tarkoittaa projektissa sitä, että eri ammattiryhmillä ja organisaatioilla oli projektissa erilainen suhde kehittämistyön kohteena olevaan asiaan. Toimijalähtöisyytenä pidämme sitä, että potilaan hoitoon osallistuvat asiantuntijat ovat toimijoina.

3.2 Projektin toteutus

Projektin elinkaari voidaan jakaa määrittely-, suunnittelu- ja toteutusvaiheeseen. Lisäksi projektin lopetus ja arviointi ovat tärkeä osa projektin elinkaarta (Virtanen 2000, 74–75). Projektin alkoi määrittelyvaiheella, joka kesti marras- ja joulukuun 2009. Tammi-kuussa 2010 alkoi projektin suunnitteluvaihe, joka kesti viisi kuukautta. Suunnitteluvaiheen jälkeen aloitimme projektin toteutuksen, jonka kesto oli kahdeksan kuukautta. Projektin toteutus sisältää myös projektin lopetuksen ja arvioinnin. Projektin lopetus ja arviointi tehtiin tammi–maaliskuussa 2011 (kuvio 4).

Projektin määrittelyvaihe sisältää projektin tarpeellisuuden pohdinnat. Tässä vaiheessa pitää myös miettiä, ketä projekti palvelee sekä millainen projekti tehdään. Toisin sanoen mietitään projektin päämäärä, missio ja visio. (Virtanen, 2000, 74–75.) Kehittämishankkeen aiheen, joka liittyi syöpää sairastavan potilaan epiduraaliseen kivunhoidon kehittämiseen, saimme Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikan henkilökunnalta. Kehittämishankkeen määrittelyvaiheessa perehdyimme aiheeseen käsitteleviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Määrittelyvaiheessa yhteistyössä ohjausryhmän kanssa suunnittelimme että tulosten tulisi palvella käytännön hoitotyöntekijöitä ja edistää potilaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

Projektin suunnitteluvaiheeseen kuului projektiorganisaation kokoaminen, yhteistyö ja tutkimuslupien hankinta, kehittämismenetelmien valinta sekä projektisuunnitelman teko. Suunnitteluvaiheessa teimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimusartikkeleihin, jotka käsittelivät syöpää sairastavan potilaan epiduraalista kivunhoitoa. Projektisuunnitelman saimme valmiiksi toukokuussa 2010.

Projektin toteutusvaihe on projektin näkyvin vaihe. Toteutusvaiheen alussa pidimme palaverin ohjausryhmän kanssa. Ensimmäinen tehtävämme oli informoida projektissa mukana olevien organisaatioiden työntekijöitä projektin tavoitteista ja toteutuksesta. Toteutusvaiheessa pidimme noin tunnin tai kahden tunnin mittaisia koulutus- ja tiedotustilaisuuksia sekä toteutimme työryhmätyöskentelytilaisuudet. Toteutusvaiheessa analysoimme työryhmän tuottaman aineiston ja loimme hoitoketjukuvausta yhteistyössä työryhmien ja ohjausryhmän kanssa. (Virtanen 2000, 74–75.)

Projektin lopetusvaihe on tärkeä projektin vaihe koska projekti on ajallisesti rajattu. Projektin lopetusvaiheessa projektinvetäjä laatii loppuraportin ja tulokset luovutetaan käyttäjälle. (Pelin 2008, 355-356.) Laadimme kehittämissuunnitelman loppuraportin aikataulussa ja projektin loppuvaiheeseen sisällytimme myös tulosten arvioinnin. Hoitoketjukuvausten arviointia varten järjestimme neljä työryhmätapaamista. Projektiraporttimme ja tuloksemme jäävät kipupoliklinikan henkilöstölle jatkokehitystyötä varten. Projektin toteutus näkyy kuviossa 4 sekä liitteessä 3.

Projektin määrittelyvaihe: 1.11.–20.12.2009

- 2 krt tapaamiset kipupoliklinikan osastonhoitajan ja laatuvaastavaan kanssa.
- Aiheesta tehtyihin tutkimuksiin perehtyminen
- Idean kehittäely projektin vetäjien ja ohjausryhmän välillä sähköpostiviestien avulla

Projektin suunnitteluvaihe: 20.12.2009–5.5.2010

- Projektiorganisaation muodostaminen ohjausryhmän kanssa
- Projektisuunnitelman teko + tutkimuslupien hankinta
- Viitekehysten luonti ja alustavan hoitoketjukuvausten laatiminen
- Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko
- Tapaamiset ohjausryhmän kanssa 2 krt, tapaaminen ohjausryhmän ja tukiryhmän lääkäreiden kanssa 1 krt
- Tapaamiset ja yhteydenpito tukiryhmän asiantuntijoiden kanssa 8 krt

Projektin toteutus: 5.5.2010–15.1.2011

- 5.5. Aloituspalaveri ohjausryhmän kanssa
- 25.8. Väliarviointi ja ohjaus ohjausryhmän kanssa

Koulutukset:

- 12.4.PPSHP:n alueellisen Elämän loppuvaiheen koulutuksen organisoiminen etälähetyksenä Kallion alueella. Infotilaisuus tulevasta projektista 30 henkilölle
- 7.5. Tiedotus- / koulutustilaisuus ODL kotisairaalaissa 11 henkilölle
- 18.5. ODL Terveys OY: ssä tiedotus- / koulutustilaisuus 4 henkilölle
- 19.5. Kallion tiedotus- / koulutustilaisuus 40 henkilölle
- 26.5. ja 2.9. OYS: n osastojen ja kaupunginsairaalan yhteinen infotilaisuus 22 henkilölle
- 4.10., 18.10., 2.12., 7.12.Kallion vuodeosastojen kehittämispäivät. Luennot syöpäivunhoidon hoidosta. Osallistuneita n. 100 henkilöä
- 6.10. PCA- Legacy kipupumppu koulutus Kallion Kotihoidon sairaanhoitajille yhteistyössä Steripolariksen tuotepäällikön kanssa. Koulutukseen osallistujia 10 henkilöä
- Koulutuksiin osallistuneet yhteensä 217 henkilöä

Työryhmätyöskentelyt hoitoketjukuvausten laatimiseksi:

- 28.6. Kallion alueella, 13 henkilöä
- 31.5. ODL Terveys OY: ssä, 6 henkilöä
- 9.9. OYS:n ia kaupunginsairaalan kanssa. 26 henkilöä

Projektin lopetus ja hoitoketjun arviointi:

- 28.10. työryhmätyöskentely Kallion alueella, 10 henkilöä
- 5.1.2011 työryhmätyöskentely ODL Terveys OY: ssä, 2 henkilöä
- 28.1.2011 & 7.3.2011 OYS: n ja kaupunginsairaalan työryhmät, 7 henkilöä ja 10 henkilöä
- Arviointiin osallistui yhteensä 29 henkilöä
- 17.11. palaverissa sovittiin, että tämä projekti loppuu nykytilakartoituksen ja hoitoketjukuvausten luonnin jälkeen, kipupoliklinikka jatkaa työtä omana projektina.

KUVIO 4. Projektin toteutus

3.3 Hoitoketjukuvausten laatiminen

Alustava hoitoketjukuvaus laadittiin yhteistyössä ohjausryhmän asiantuntijoiden kanssa. Ennen työryhmätyöskentelyn aloittamista työstimme hoitoketjukuvausta ohjausryhmän kanssa kolme kertaa. Lisäksi pyysimme ja saimme palautetta hoitoketjukuvauksesta sähköpostitse useamman kerran. Yhteistyöryhmän jäseniltä pyydettiin kaikilla työryhmätapaamiskerroilla palautetta hoitoketjukuvauksesta. Teimme palautteiden perusteella hoitoketjukuvaukseen korjauksia koko projektisyklin ajan.

Ennen työryhmätyöskentelyn aloittamista saimme hoitoketjukuvausten eri vaiheiden sisältöjä operationaalistamalla systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja teoreettiseen viitekehykseen liittyvien tutkimusten tuloksia. Teemoiksi eri vaiheiden sisältöihin nousivat esimerkiksi hoidon jatkuvuus, kivun arviointi ja seuranta, turvallinen lääkehoito, tekninen osaaminen ja infektioiden torjunta. Kaikki nämä osa-alueet liittyvät potilasturvallisuuteen. Systemaattisen kirjallisuuskatsausten tulosten mukaan näillä osa-alueilla on kehittämistä (ks. liitteet 1 & 5). (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13, hakupäivä 8.3.2010; Kinnunen & Peltomaa 2009, 78–95.) Nämä teemat olivat työryhmätapaamisissa luetteloituna hoitoketjukuvausten yhteydessä.

Hoitoketjun eri vaiheiden sisällön tuottivat yhteistyöryhmiemme jäsenet. Työryhmät tuottivat tiedon siitä, mitkä ovat epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpäpotilaan hoitoketjukuvausten eri vaiheiden keskeiset toiminnot ja mitkä ovat kunkin vaiheen tärkeimmät ohjeiden tarpeet sekä mitkä ovat nykytilan haasteet kussakin vaiheessa.

3.4 Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektin organisaatio

Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektin organisaatio muodostui perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisen terveydenhuollon organisaatioiden työntekijöistä. (ks. kuvio 5). Projektissa oli mukana hoitotyön, hoitotieteen ja lääketieteen asiantuntijoita, joilla on tietoa ja käytännön kokemusta kehittämishankkeen aiheena olevasta ilmiöstä. Projektion organisaatio on projektin toteuttamista varten muodostettu tarkoituksenmukainen organisaatio. Henkilöt ovat projektion organisaatiossa määräajan, ja projektin henkilömäärä vaihtelee projektin aikana (Pelin 2002, 79). Projektion organisaatio on tarkoitettu kertakäyttöön. Perusorganisaatio delegoi projektille tietyn tehtävän ja sen suorittami-

seen tarvittavat valtuudet. Projektioorganisaation toimivuus edellyttää, että vastuut ja valtuudet on määritelty ja että päteviä henkilöitä projektin eri tehtäviin on riittävästi käytettävissä. (Ruuska 1994, 8.)

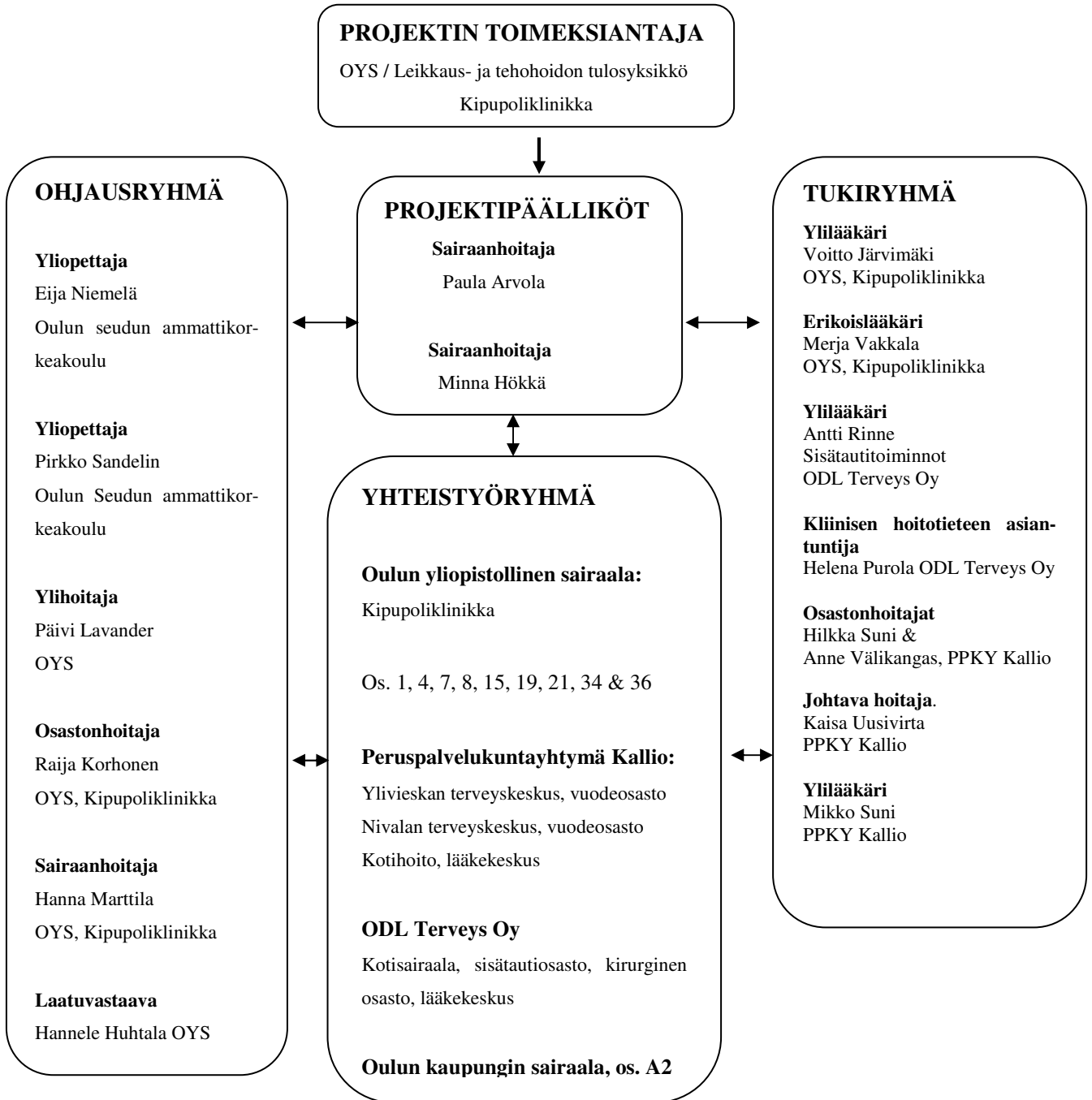
Ohjausryhmän tehtävänä on päättää hankkeen kokonaistavoitteesta sekä seurata, valvoa ja ohjata hankkeen etenemistä. Ohjausryhmä kokoontuu hankkeen alussa, jokaisen vaiheen jälkeen ja hankkeen päättyessä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 92, 93.) Tässä kehittämissuunnitelmassa ohjausryhmään kuuluivat Oulun seudun ammattikorkeakoulusta yliopettaja Eija Niemelä sekä yliopettaja ja koulutusohjelmavastaava Pirkko Sandelin. Oulun yliopistollisesta sairaalasta ohjausryhmään kuuluivat ylihoitaja Päivi Lavander, kipupoliklinikan osastonhoitaja Raija Korhonen, sairaanhoitaja Hanna Marttila kipupoliklinikalta ja laatuvaikuttaja Hannele Huhtala.

Tukiryhmään kuuluivat Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikalta ylilääkäri Voitto Järvimäki ja erikoislääkäri Merja Vakkala. ODL Terveys Oy: sta mukana olivat ylilääkäri Antti Rinne ja kliinisen hoitotieteen asiantuntija Helena Purola. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta tukiryhmään kuuluivat johtava hoitaja Kaisa Uusivirta, osastonhoitaja Hilikka Suni, osastonhoitaja Anne Välikangas ja ylilääkäri Mikko Suni.

Projektin yhteistyöryhmään kuuluivat projektissa mukana olleen Oulun yliopistollisen sairaalan eri osastojen, Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikan, ODL Terveys Oy: n kotisairaalan, sisätautiosaston, kirurgisen osaston ja lääkekeskuksen henkilökuntaa. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta mukana oli Ylivieskan ja Nivalan terveyskeskusten vuodeosastojen, kotihoidon sekä lääkekeskuksen henkilökuntaa. Tämän projektin yhteistyöryhmän muodostimme yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. Yhteistyöryhmän osastoilla hoidetaan epiduraalista kivunhoitoa saavia syöpää sairastavia potilaita (ks. kuvio 5).

Projektipäällikköinä toimivat tämän kehittämistyön tekijät Paula Arvola ja Minna Hökkä. Projektipäällikkö on projektin suunnannäyttävä, organisoija, verkoston luoja, informaationvälittäjä, projektin etenemisen seuraaja ja sisäisen arvioinnin tekijä (Virtanen 2000; 54–57; Silfverberg 2007, 100–103; Kettunen 2009, 30–33). Kehittämissuunnitelmassa vastasimme organisoinnista, informoinnista, projektin koulutusten suunnittelusta ja toteutuksesta sekä työryhmätyöskentelyn toteutuksesta. Työryhmätapaamisten suunnitte-

lusta sekä projektin toteutuksen arvioinnista olemme vastanneet yhteistyössä ohjausryhmän kanssa.



KUVIO 5. Projektioorganisaatio

3.5 Työryhmien kuvaus

Yhteistyöryhmään osallistuneiden organisaatioiden henkilökunnan jäsenistä muodostui työryhmiä. Oulun yliopistollisen sairaalasta projektimme työryhmätyöskentelyyn osallistui työntekijöitä leikkaus- ja tehohoidon, aistinelin- ja syöpäsairauksien, sisätautien ja naistentautien tulosityksiköistä. Oulun kaupungin sairaalasta työryhmiin osallistui palliatiivisen hoidon osasto A2: n työntekijöitä. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta työryhmiin osallistui työntekijöitä vuodeosastoilta, kotihoidosta, palveluasumisen yksiköstä sekä lääkekeskuksesta. ODL Terveys Oy:stä työryhmiin osallistui työntekijöitä kotisairaala, sisätautiosastolta, kirurgiselta osastolta ja lääkekeskuksesta (ks. kuvio 5).

Otimme yhteyttä projektiorganisaation eri yhteistyötahojen henkilökuntaan sähköpostitse. Oulun yliopistollisen sairaalan ja Oulun kaupungin sairaalan henkilökunnan sähköpostiosoitteet saimme ohjausryhmältä. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion ja ODL Terveys Oy:n henkilökunnan sähköpostiosoitteet selvitimme itse. Sähköpostikutsuissa toivoimme, että työryhmiin osallistuisi asiantuntijoita eri ammattiryhmistä. Työryhmien muodostamiseksi pidimme infotilaisuuksia projektistamme kaikissa eri organisaatioissa.

Projektiorganisaatiomme oli laaja. Työryhmäjako muotoutui maantieteellisesti. Perusterveydenhuolto oli oma ryhmänsä, ja yksityisen sektorin sairaala muodosti toisen ryhmän. Oulun kaupunginsairaala ja OYS muodosti kolmannen ryhmän.

Työryhmistä muodostui moniammatillisia. Työryhmien jäsenet olivat vapaaehtoisesti mukana toiminnassa. Kaiken kaikkiaan epiduraalista kivunhoitoa saavan saattohoitopöytätilaan hoitoketjukuvausten eri vaiheiden toimintojen, ohjeiden tarpeiden ja nykytilan haasteiden kuvaamiseen osallistui 45 asiantuntijaa: sairaanhoitajia, osastonhoitajia, farmaseutteja sekä lääkäreitä. Sairaanhoitajat olivat suurin ammattiryhmä työryhmiin osallistuneista. Hoitoketjukuvausten arviointiin osallistui 29 henkilöä.

3.6 Osallistavan työryhmätyöskentelyn toteutus

Potilaan hoitoketju luotiin toimijälähtöisesti empaattisen kehittämisen näkökulmasta. Syöpää sairastavia potilaita, joilla on epiduraalitilaan kipulääkitys, hoitavat ammattilaiset ovat oman työnsä parhaimpia asiantuntijoita. Toimijoilta eli työryhmän jäseniltä kerätään tietoa, jonka avulla kehittämisprosessia voidaan ohjata vastaamaan toimijoiden tarpeita (Toikka & Rantanen 2009, 96). Asiantuntijoiden yhteistyötä voidaan kutsua jae- tuksi asiantuntijuudeksi, jolloin ryhmä ihmisiä jakaa tietoihinsa, suunnitelmiinsa ja ta- voitteisiinsa liittyviä älyllisiä resursseja yhteisten päämäärien saavuttamiseksi. Taustana tälle ajatukselle on, että yhdessä asiantuntijuutta ja kokemuksia jakamalla ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutumalla voidaan ratkaista vaikeampia ongelmia kuin yksin. (Hakkarai- nen, Lonka & Lipponen 2000, 143–145.)

Tavoitteenamme oli työryhmätyöskentelyn avulla saada asiantuntijoilla jo oleva hiljai- nen tieto (tacit-knowledge) muunnettua formaaliseksi eksplisiittiseksi tiedoksi. Ekspli- siittinen tieto on tietoa, joka on helposti perusteltavissa ja sanoiksi puettavissa. Hiljainen tieto on henkilökohtaista tietoa, joka on usein vaikea pukea sanoiksi. Hiljainen tieto muunnettuna eksplisiittiseksi tiedoksi tuo lisäarvoa potilaan hoitoon. (Nonaka 1998, 175–187.)

Visuaalisuudella on tärkeä merkitys työryhmätyöskentelyn toteutuksessa (Kilpiö, Haho & Vanttinen 2005, 6–8). Työryhmissä syöpäpotilaan kivunhoitoa kuvaava alustava hoi- toketjukuvaus (ks. liite 4) eri vaiheineen oli esillä toimien työskentelyn pohjana. Työ- ryhmät tuottivat sisällön epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpäpotilaan hoitoketjun niihin vaiheisiin, jotka liittyivät heidän työhönsä. Työryhmätyöskentely toteutettiin si- ten, että projektipäälliköistä Minna Hökkä toimi työryhmätyöskentelyn vetäjänä ja Pau- la Arvola toimi havainnoijana. Tämä tiedotettiin aina ennen työryhmätyöskentelyn aloittamista. Teimme molemmat merkintöjä kenttäpäiväkirjaan työryhmätyöskentelyis- tä.

Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektissa oli osallistava näkökulma työryhmätyöskente- lyn taustalla. Kaikilla ryhmillä oli sama tehtävä ja samat kysymykset. Niissä työstiin hoitoketjukaavion eri vaiheiden sisältöä. Työryhmätyöskentelyn avulla halusimme saa- da vastauksia kolmeen kysymykseen:

1. Minkälaisia toimintoja / tehtäviä sisältyy epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpäpotilaan hoitoketjun eri vaiheisiin?
2. Minkälaista epiduraalista kivunhoidon ohjeiden tarvetta on syöpää sairastavan potilaan hoitoketjun eri vaiheissa?
3. Minkälainen on epiduraalisen kivunhoidon nykytilanne syöpää sairastavan potilaan hoitoketjun eri vaiheissa?

Kallion peruspalvelukuntayhtymässä pidimme ensimmäisen yhteistyöryhmätapaamisen. Osallistujia työryhmässä oli 13. Ennen työskentelyn aloitusta pidimme lyhyen alustuksen siitä, mikä on työskentelyn tavoite. Kerroimme työryhmän jäsenille, että heidän tuottamansa kirjallinen materiaali analysoidaan. Pyysimme työryhmän jäseniä jakaantumaan kolmeen ryhmään niin, että ryhmät muodostuivat eri yksiköiden työntekijöistä. Pienryhmissä ryhmän jäsenet valitsivat yhden jäsenistään kirjuriksi.

ODL Terveys Oy:n yhteistyöryhmän työskentely toteutui saman kaavan mukaan. Osallistujia oli kuusi, ryhmä jakaantui kahteen pienryhmään. Ryhmien pienten kokojen vuoksi keskustelu muuttui hyvin pian yhteiskeskusteluksi. Jokaisessa ryhmässä oli kirjuri, joka kirjasi ryhmänsä tuotokset analysoitaviksi.

Sekä Kallion peruspalvelukuntayhtymän että ODL Terveys Oy: n yhteistyöryhmät työstitivät kysymyksiä noin yksi ja puoli tuntia. Kaiken kaikkiaan työryhmätyöskentelyyn oli varattu aikaa kaksi ja puoli tuntia. Työskentelyn lopetuksessa pidimme pienen infon projektin jatkosuunnitelmista ja pyysimme yhteistyöryhmän jäseniltä kirjallista palautetta postikortin muodossa.

Työryhmätyöskentely jatkui syyskuussa 9.9.2010, jolloin kokoontui Oulun yliopistollisen sairaalan ja Oulun kaupunginsairaalan työryhmät. Ajatuksena oli jatkaa samaa työskentelytapaa tässäkin työryhmässä, koska olimme saaneet hyvin tietoa hoitoprosessin eri vaiheista tällä menetelmällä. Poikkeuksena aiemmista työryhmistä tämä työryhmä oli reilusti suurempi. Työskentelyaikaa oli varattu enemmän, ja sitä oli klo 9–16. Osallistujia oli 26.

Työryhmäpäivään tulleet Oulun kaupungin sairaalan työntekijät, OYS: n kipupoliklinikan työntekijät sekä eri vuodeosastojen työntekijät jaoimme viiteen eri työryhmään. Aamupäivän aikana eri työryhmät työstivät eri hoitoprosessin vaiheita, jotka liittyivät olennaisesti heidän työhönsä. Iltapäivän aikana jokainen työryhmä esitti oman työnsä muille työryhmän jäsenille. Esitysten jälkeen käytiin yhteistä keskustelua esille nousseista asioista.

Aineiston analyysin valmistuttua lähetimme tulokset kaikille työryhmään osallistuneille yhteistyöryhmien jäsenille. Näin heillä oli mahdollisuus korjata mahdolliset virhetulokset ja antaa hoitoketjukuvausten sisältöihin muutosehdotuksia. Kriittistä palautetta ei työryhmän jäseniltä tullut vaikka olisimme sitä toivoneet. Myönteistä palautetta tuli muutamalta työryhmän jäseneltä.

Kaikki työryhmät kokoontuivat toisenkin kerran. Tämän tapaamisen tarkoituksena oli arvioida hoitoketjua ja sen sisältöä. Toisena tavoitteena oli projektin päättäminen. Aikaa tapaamiseen varattiin yksi ja puoli tuntia. Kaikkien työryhmien kohdalla tapaaminen toteutettiin siten, että pidimme lyhyen alustuksen siitä, mitä projektissa on tapahtunut edellisen tapaamisen jälkeen. Alustuksen jälkeen työryhmät jakaantuivat pienryhmiin ja heidän tehtävän oli arvioida hoitoketjukuvausten sisältöjä. Tulokset oli tulostettu taulukkomuodossa ja liimattu suurelle paperiarkille hoitoketjukuvausten vaiheiden mukaisesti. Ryhmätyön jälkeen pidimme infon projektin päättymisestä ja kerroimme, että hoitoketjukuvausten työstämisen vetovastuu siirtyy kipupoliklinikan henkilökunnalle.

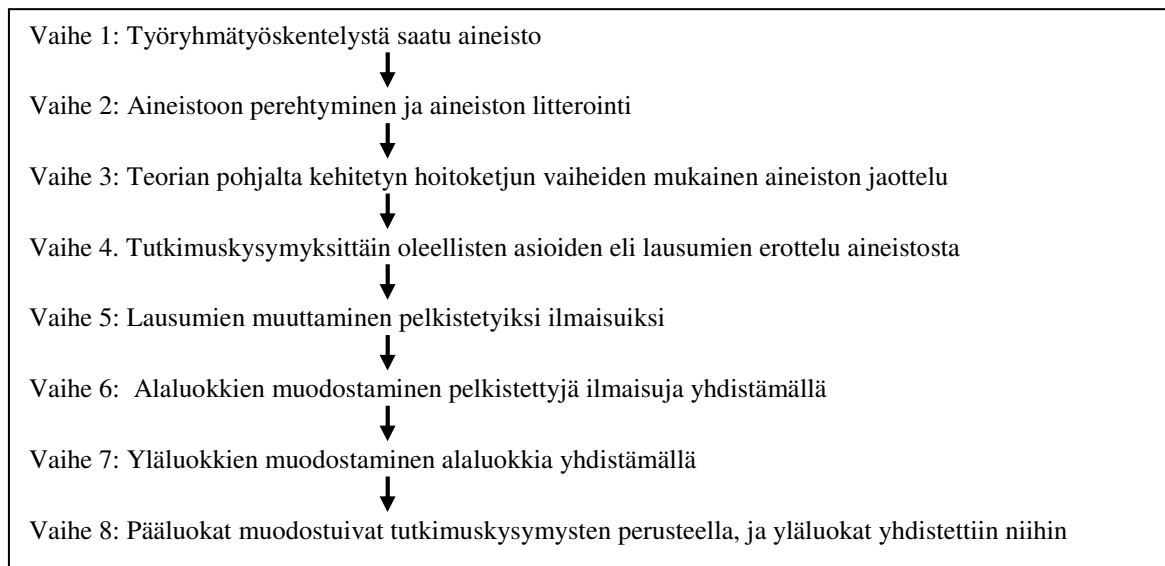
3.7 Työryhmätyöskentelyssä saadun aineiston analysointi

Työryhmätyöskentelystä saatu aineisto analysoitiin kvalitatiivisen eli laadullisen sisällön analyttisellä otteella. Tähän päädyimme siksi, että laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa aineistonkeruu tapahtuu luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa. Lisäksi sen luonteeseen kuuluu, että aineiston hankinnassa kehittämistyöhön osallistuvien näkökulma ja ääni pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 155.) Yhteistyöllä kipu hallintaan projektissa osallistavan työryhmätyöskentelyn tavoitteena oli nimenomaan kuulla oman työnsä asiantuntijoita.

Aineiston keruu tapahtui toukokuu 2010- 9.9.2010. Aineiston analysointi aloitettiin jo kesäkuussa ja sitä jatkettiin joulukuulle 2010. Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa litteroimme työryhmistä saadun aineiston. Aineisto litteroitiin samana päivänä, kun peruspalvelukuntayhtymä Kallion ja ODL Terveys Oy:n työryhmät oli pidetty. OYS: n osastojen ja kaupunginsairaalan työryhmän aineisto litteroitiin viikon sisällä työryhmän kokoontumisesta. Kirjallista materiaalia työryhmistä muodostui kahdeksantoista sivun verran. Aineisto oli ranskalaisin viivoin kirjoitettu eli pääasiallisesti lyhyitä lauseita. Mukana oli myös luetteloita sekä muutama pitempi kappale. Yhdistimme kolmesta eri työryhmästä saadun aineiston, koska tehtävät olivat samat kaikissa ryhmissä.

Työryhmiltä saadun aineiston lisäksi meillä oli aineistona kenttäpäiväkirjamme, joita pidimme koko projektin ajan. Kenttäpäiväkirjan muistiinpanoja muodostui yhteensä kymmenen sivun verran. Kenttäpäiväkirjan muistiinpanoista kaksi ja puoli sivua koostui työryhmätapaamisten havainnoinnista, nämä liitettiin työryhmien aineistoon. Loput kenttäpäiväkirjan aineistoista hyödynnettiin projektin suunnittelussa ja arvioinnissa.

Analysoimme aineiston deduktiivisella sisällön analyttisellä otteella hoitoketjun vaiheiden mukaisesti. Analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus, joka muodostui muutamista sanoista lauseisiin. Ryhmitellyn aineiston käsittelyssä päädyimme aineistolähtöiseen analyysiin, koska tavoitteenamme oli laadullisen aineiston sisällön analyysin mukaan pelkistää, ryhmitellä ja abstrahoida aineistoa. Tätä lähestymistapaa voidaan kutsua myös induktiiviseksi sisällönanalyysiksi. Induktiivinen sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusprosessi, joka toteutuu tavalla tai toisella kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5; Janhonen & Nikkonen 2001, 16; Tuomi & Sarajärvi 2002, 97–100.) Seuraavaksi on esitetty analyysiprosessin vaiheet (kuvio 6) sekä esimerkkikaavio induktiivisen analyysin etenemisestä (kuvio 7).



KUVIO 6. Analysointiprosessin vaiheet

Lausuma	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Kuinka huonokuntoista potilasta siirretään -kivulias saattohoitopotilas?	Minkä kuntoinen potilas siirretään?	Ohjeet minkälaiselle ja minkä kuntoiselle potilaalle epiduraalinen kivunhoito	Ohjeet epiduraalisesta kivunhoidosta hyötävän potilaan tunnistamiseen	Epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan potilaan tunnistamisessa ja hoidossa tarvittavat ohjeet
Minkälaisille potilaille, syöpä?	Minkälaiselle potilaalle?			
Onko vasta-aiheita epiduraalivunhoidolle?	Epiduraalisen kivunhoidon vasta-aiheet			
Millainen potilas hyötyy?	Millaiselle potilaalle?			
→	→	→	→	

KUVIO 7. Esimerkki analyysin etenemisestä

3.8 Projektin aikana toteutetut koulutukset

Projektin alussa olimme suunnitelleet pitävämme tunnin mittaiset koulutukset / tiedotustilaisuudet projektissa mukana olleissa organisaatioissa. Sisältöinä olivat spinaalisen kivunhoidon toteutus ja potilasturvallisuuden näkökulmat. Peruspalvelukuntayhtymä Kalioon organisoimme kokopäivän koulutuksen joka tuli etävideolähetyksenä Oulun yliopistollisesta sairaalasta. Koulutuspäivän aihe oli elämän loppuvaiheen hoito ja se kuu-

lui PPSHP:n järjestämiin alueellisiin koulutuksiin. Koulutukseen osallistui kolmekymmentä henkilöä eri toimipisteistä. Koulutukseen osallistuneet olivat ammatiltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, farmaseutteja ja lääkäreitä. Ruokatauon aikana pidimme tiedotustilaisuuden Yhteistyöllä kipu hallintain-projektista.

Työryhmistä saadun aineiston analyysi osoitti, että syöpäkivunhoidosta ja epiduraalisesta kivunhoidosta toivottiin koulutusta. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion vuodeosastojen osastonhoitajat ja johtava hoitaja pyysivät meitä projektinvetäjiä osallistumaan vuodeosastojen kehittämispäiviin, joihin meiltä pyydettiin luentoa syöpäkivunhoidosta. Koulutustapahtumiin suunnittelimme yhdessä koulutusmateriaalin, jonka aiheina oli syöpäkipu, syöpäkivun hoito ja spinaalinen kivunhoito. Pidimme neljä samansisältöistä puolentoista tunnin koulutusta aiheesta Peruspalvelukuntayhtymä Kallion vuodeosastojen kehittämispäivillä joita järjestettiin syksyn 2010 aikana neljä kertaa. Koulutuksiin osallistui yhteensä noin sata ihmistä.

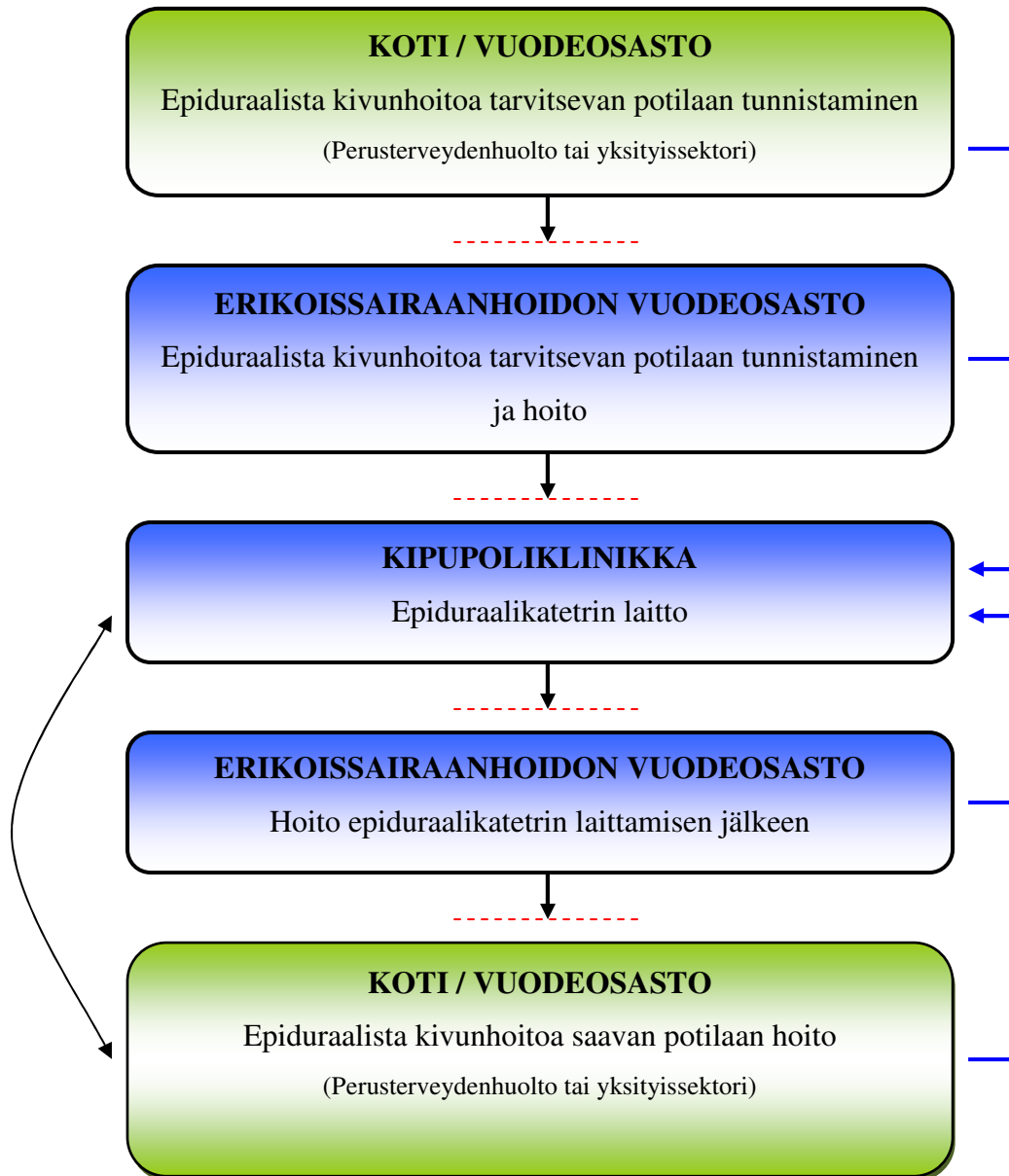
Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kotihoidon sairaanhoitajille järjestimme heidän pyynnöstään PCA- Legacy kipupumppu koulutuksen joka sisälsi myös tietoa syöpäkivunhoidosta ja epiduraalisesta kivunhoidosta. Tämä koulutus suunniteltiin yhteistyössä Steripolariksen tuotepäällikön kanssa. Aiheena oli syöpäkivun hoito, spinaalinen kivunhoito ja PCA-pumpun käytön harjoittelu. Koulutus toteutettiin niin, että ensimmäinen tunti sisälsi luentomme syöpäkivunhoidosta ja toisen tunnin aikana harjoiteltiin kipupumpun käyttöä Steripolariksen tuotepäällikön ohjaamana. Koulutus kesti kaksi tuntia ja siihen osallistui kymmenen sairaanhoitajaa Kallion kotihoidosta.

4 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN -PROJEKTIN TULOKSET

Tässä luvussa esitämme kehittämistyömme tulokset. Tavoitteenamme oli kuvata hoitoketjun eri vaiheissa olevien organisaatioiden hoitoprosessien keskeiset toiminnot ja ohjeiden tarpeet. Lisäksi tavoitteenamme oli kuvata epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoidon nykytilan haasteet. Luku rakentuu siten, että käymme ensin läpi hoitoketjun eri vaiheiden hoitoprosessien toiminnot ja ohjeiden tarpeet vaihe vaiheelta. Tämän jälkeen kuvaamme koko hoitoketjun yhteenvetona epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoidon nykytilan haasteet.

4.1 Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan saattohoitopotilaan hoitoketjukuvaus

Tehtävämme oli luoda hoitoketjukuvaus sekä kuvata hoitoketjun eri vaiheiden hoitoprosessien toiminnot sekä ohjeiden tarpeet. Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan saattohoitopotilaan hoitoketjukuvauksen avulla kuvataan epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan kulkua terveydenhuollon eri organisaatioissa, hoidon tarpeen mukaisesti. Hoitoketjukuvaus on esitetty seuraavan sivun kuviossa (kuvio 8).



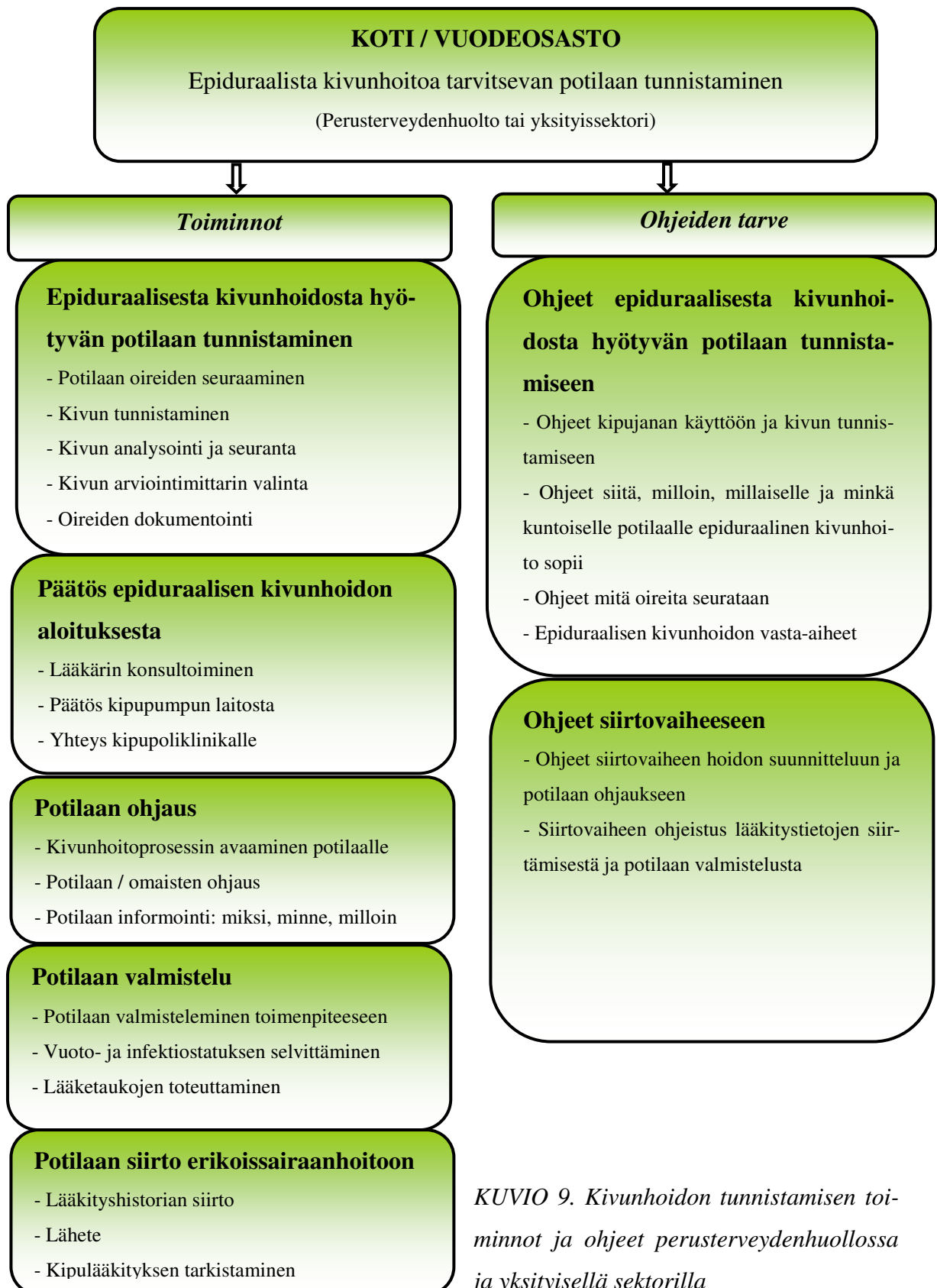
- - - - - = siirtymävaihe
 ↓ = potilaan siirtyminen organisaatiosta toiseen
 ← = konsultaatiot

KUVIO 8. Hoitoketjukuvaus

Tuottamaamme hoitoketjukuvausta on tarkoitus kehittää edelleen. OYS:n kipupoliklinikan henkilökunnalla on tarkoitus laatia jokaiseen vaiheeseen ohjeet ja kirjata vastuut. Hoitoketjukuvaus tulee nähtäville sähköisessä muodossa OYS:n verkkoon. Hoitoketju-

kuvaus tulee myös Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektissa mukana olleiden organisaatioiden työvälineeksi potilaiden hoitamiseen sekä tueksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseen. Tulososiomme rakentuu jatkossa siten, että käsittelemme hoitoketjukuvausten vaihe vaiheelta tarkemmin lävitse (kuvio 8). Kunkin vaiheen tulokset on esitetty kuviona sekä kirjallisessa muodossa.

4.1.1 Epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan potilaan tunnistaminen perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla



KUVIO 9. Kivunhoidon tunnistamisen toiminnot ja ohjeet perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla

Yhdistimme työryhmistä saadun aineiston, ja analysoimme sen sisällönanalyttisellä otteella. Analyysin tuloksena **toiminnoista** muodostui viisi luokkaa (kuvio 9): 1) *Epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvän potilaan tunnistaminen*, 2) *Päätös epiduraalisen kivunhoidon aloituksesta*, 3) *Potilaan ohjaus*, 4) *Potilaan valmistelu* ja 5) *Potilaan siirto erikoissairaanhoidoon*. Seuraavaksi selitämme, mitä nämä edellä mainitut luokat pitävät sisällään käytännön toiminnan tasolla.

Epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvän potilaan tunnistamisen toiminto sisältää potilaan oireiden seuraamisen ja hänen kiputilanteensa tunnistamisen ajoissa. Potilaan kipuja seurataan ja analysoidaan säännöllisesti. Kivun arvioinnin tulee olla systemaattista ja arvioinnissa käytetään kivun arviointimittareita. Potilaan oireet dokumentoidaan huolellisesti potilaskertomukseen.

Päätös epiduraalisen kivunhoidon aloituksesta etenee siten, että sairaanhoitaja konsultoi lääkäriä arvioidessaan potilaan kipulääkityksen olevan riittämätön. Jos arvioidaan potilaan hyötyvän epiduraalisesta kivunhoidosta, otetaan yhteys kipupoliklinikan henkilökuntaan asian viemiseksi eteenpäin. Sairaanhoitajan rooli nähtiin tärkeänä kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa, koska esimerkiksi kotisairaanhoidossa hän on lääkäriä tiiviimmin kontaktissa potilaiden kanssa.

päätös kipupumpun laitosta -> yhteys OYS: n kipupoliklinikalle

Potilaan ohjauksessa työryhmät pitivät tärkeänä, että potilaalle kerrotaan kivunhoitoprosessi, jolloin hän tietää oman kivunhoitosuunnitelmansa. Potilaalle ja omaisille kerrotaan, että potilaalle kirjoitetaan lähete kivunhoidon arviointiin erikoissairaanhoidoon. Potilaita ja omaisia tulee ohjata myös, mihin, miksi ja milloin potilas siirtyy. Erikoissairaanhoidon arvion perusteella potilaalle voidaan aloittaa epiduraalinen kivunhoito. Jos potilas siirtyy erikoissairaanhoidoon sovitusti epiduraalikatetrin laittoon, niin potilasta ja omaisia tulee ohjata, mitä epiduraalinen kivunhoito tarkoittaa, missä ja milloin epiduraalikatetri asetetaan sekä perustella, miksi tämä kivunhoitomuoto on potilaan tilanteessa hyvä.

potilaan ohjaus, miksi milloin ja minne

Potilasta valmisteltaessa toimenpiteeseen on tärkeää selvittää vuoto- ja infektiostatus sekä toteuttaa tarvittavat lääketauot. Käytännössä vuoto- ja infektiostatuksen varmistaminen tarkoittaa tarvittavien verinäytteiden, kuten INR-arvon (kertoo, kuinka monta kertaa hitaammin potilaan veri hyytyy normaaliin verrattuna) ja PVK (perusverenkuva) selvittämistä. Potilaan ihon kunto täytyy myös tarkistaa. Lääketauoista huolehtiminen tarkoittaa, että esimerkiksi viimeisimmästä pienimolekyylisestä hepariini pistoksesta on kulunut yli kymmenen tuntia.

Potilasta siirrettäessä perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä sektorilta erikoissairaanhoidon vuodeosastolle tai kipupoliklinikalle potilaan lääkityshistorian siirtäminen tarkoittaa, että tiedot sekä säännöllisistä että tarvittaessa annettavista lääkkeistä siirtyvät kirjallisessa muodossa potilaan mukana. Lisäksi hoitopaikasta toiseen siirtyvän potilaan kipulääkkeen tarpeen on vastattava hänen sen hetkistä tarvettaan. Potilaan lähettävä taho huolehtii asianmukaisen lähetteen potilaalle.

Kuvasimme myös tämän kyseisen hoitoketjun vaiheen **ohjeiden tarpeet**. Aineistosta analysoidut asiat jaoinme kahteen luokkaan: *ohjeet epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvän potilaan tunnistamiseen sekä ohjeet siirtovaiheeseen* (kuvio 9).

Epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvän potilaan tunnistamisen ohjeiden tulisi sisältää tietoa, missä vaiheessa ja minkä kuntoinen potilas tulisi siirtää erikoissairaanhoidon kivun arviointiin. Työryhmät toivoivat ohjeita siitä, missä vaiheessa, minkälaiselle potilaalle ja minkälaiseen kipuun epiduraalisesta kivunhoidosta on hyötyä. Ohjeiden toivottiin sisältävän epiduraalisen kivunhoidon aiheet ja vasta-aiheet. Ohjeita kaivattiin lisäksi kipujanon käytöstä, lääkehoidon ja kivunhoidon riittävyyden arvioinnista ja potilaan voinnin seurannasta.

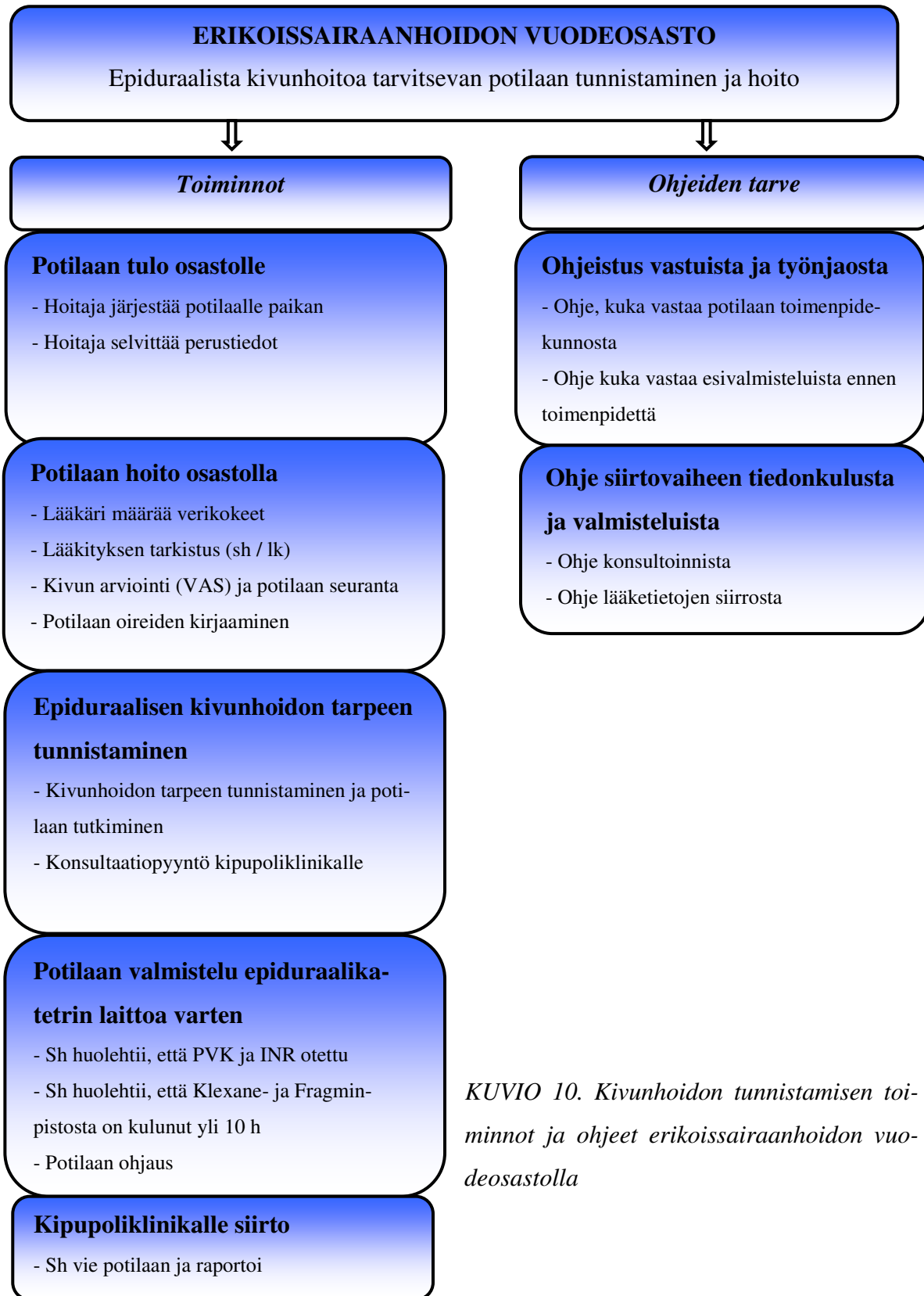
Tarviiko seurata esimerkiksi munuaisten toimintaa?

Mitkä ovat epiduraalisen kivunhoidon vasta-aiheet?

Työryhmien mukaan *siirtovaiheen ohjeiden* tulisi sisältää tiedot ennen potilaan siirtoa tapahtuvista valmisteluista varsinkin silloin, kun potilas siirtyy varsinaisesta hoitopaikastaan erikoissairaanhoidon epiduraalikatettrin laittamista varten. Tässä vaiheessa sekä

potilaan että hänen omaistensa ohjaus ja neuvonta on erittäin haasteellista, joten myös ohjaukseen ja neuvontaan tarvitaan ohjeita. Potilaan siirtovaiheen lääkityksen ja lääketshistorian siirtäminen kirjallisena erikoissairaanhoidon ja erikoissairaanhoidosta takaisin jatkohoitopaikkaan koettiin tärkeäksi. Nämä asiat tulisi sisältyä siirtovaiheen ohjeisiin. Hoidon suunnittelun kannalta koettiin tärkeänä ennakointi eli potilaan jatkohoidon suunnittelu epiduraalisen kivunhoidon aloittamisen jälkeen tulisi aloittaa jo ennen kuin potilas siirtyy toimenpiteeseen.

4.1.2 Epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan potilaan tunnistaminen ja hoito erikoissairaanhoidon vuodeosastolla



KUVIO 10. Kivunhoidon tunnistamisen toiminnot ja ohjeet erikoissairaanhoidon vuodeosastolla

Epiduraalista kivunhoitoa tarvitsevan potilaan tunnistaminen ja hoito erikoissairaanhoidon vuodeosastolla -vaiheen (kuvio 10) **toiminnoista** muodostui viisi luokkaa, jotka nimesimme seuraavasti: 1) *Potilaan tulo osastolle*, 2) *Potilaan hoito osastolla*, 3) *Epiduraalisen kivunhoidon tarpeen tunnistaminen*, 4) *Potilaan valmistelu epiduraalikatetrin laittoa varten* sekä 5) *Potilaan siirto kipupoliklinikalle*.

Potilaan tullessa osastolle vuodeosaston henkilökunta valmistautuu syöpää sairastavan ja mahdollisesti epiduraalisesta kivun hoidosta hyötyvän potilaan vastaanottoon ja hoitoon osastolla ennen hänen saapumistaan sinne. Vastaanottavan osaston lääkäri vastaa siirrosta. Sairaanhoidtaja järjestää potilaalle vuodepaikan ja selvittää potilaan perustiedot, kuten potilaan toimintakykyyn ja potilaan ravitsemukseen liittyvät seikat.

Koordinoiva hoitaja osastolla järjesteele potilaalle paikkaa ja tarvittaessa hoitaa toiselle osastolle siirron tai huoneensiirron.

Potilaan hoito osastolla sisältää lääkärin määräämät verikokeet ja lääkityksen tarkistamisen lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyönä. Potilaan seurantaan vuodeosastolla kuuluu kivun ja muiden oireiden seuranta ja arviointi. Kivun arvioinnissa on hyvä käyttää VAS-mittaria. Numeraalisella asteikolla (NRS, numeral rating scale) potilaalta kysytään kivun voimakkuutta numeroasteikolla 0-10, jolloin 0 tarkoittaa kivutonta tilaa ja 10 pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. Havainnot potilaan kivusta ja muista oireista dokumentoidaan potilastietojärjestelmään.

Epiduraalisen kivunhoidon tarpeen tunnistamisessa sairaanhoitaja arvioi vuodeosastolla olevan syöpää sairastavan potilaan kipulääkityksen riittävyyttä ja tunnistaa potilaan kivut. Tarvittaessa hän keskustelee lääkärin kanssa potilaan tilanteesta. Potilaan kiputilanteen arvioimiseksi voidaan tehdä myös konsultaatiopyyntö kipupoliklinikan lääkärille. Tämän pyynnön voi tehdä vuodeosaston lääkäri tai sairaanhoitaja.

Potilaan valmistelu epiduraalikatetrin laittoa varten sisältää verikokeiden ottamisen ja lääkkehoidon tarkistamisen ennen toimenpidettä. Ennen toimenpiteeseen siirtymistä sekä vuodeosaston että kipupoliklinikan henkilökunta antaa ohjausta potilaalle epiduraalisesta kivuhoidosta, PCA -kipupumpusta ja epiduraalikatetrin laittoon liittyvästä toimenpiteestä.

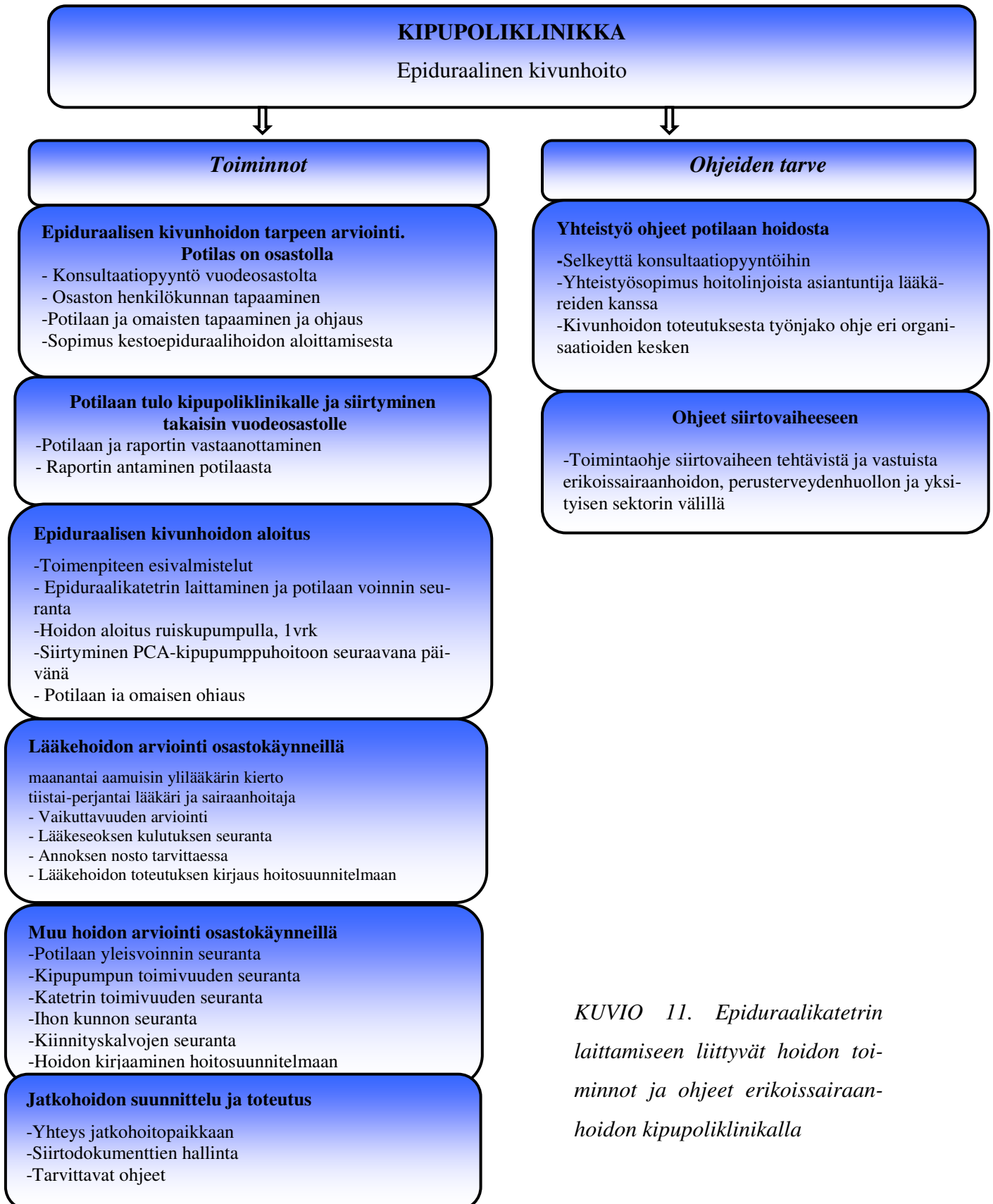
Vuodeosasto *siirtää* sairaan potilaan *kipupoliklinikkaan*. Luovuttaessaan potilaan vuodeosaston sairaanhoitaja raportoi potilaasta kipupoliklinikan sairaanhoitajalle.

Vaiheen **ohjeiden tarpeista** (kuvio 10) muodostui kaksi luokkaa: *Ohjeet vastuista ja työnjaosta* sekä *Ohjeet siirtovaiheen tiedonkulusta ja valmisteluista*.

Ohjeet vastuista ja työnjaosta sisältää ohjeiden tarpeen siitä, kuka vastaa potilaan toimenpidekunnosta. Selkeät ohjeet vastuista ja työnjaosta parantavat potilasturvallisuutta ja selkeyttävät toimintoja. Tärkeäksi koettiin sopia, kuka vastaa potilaan ihon kunnon tarkastamisesta ynnä muista toimenpiteeseen vaikuttavista seikoista.

Ohjeistus siirtovaiheen tiedonkulusta ja valmisteluista sisältää ohjeiden tarpeet konsultoinnista ja lääketietojen siirrosta. Erikoissairanhoidon työryhmien mukaan yhteistyö kipupoliklinikan kanssa oli ollut hyvää. Työryhmissä todettiin, että konsultaatiokynnys kipupoliklinikalle voisi olla entistäkin matalampi. Kirjallisen konsultaation lisäksi toivottiin myös mahdollisuutta ottaa puhelimitse yhteyttä kipupoliklinikkaan. Konsultoinnin osalta toivottiin ohjeita siitä, voiko sairaanhoitaja konsultoida kipupoliklinikkaa. Lääketietoja siirrettäessä erikoissairanhoidon työryhmät pitivät tärkeänä, että potilaan lääkehoito olisi ajan tasalla, kun hän siirtyy perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Tämä tulisi huomioida myös ohjeissa.

4.1.3 Epiduraalinen kivunhoito kipupoliklinikalla



KUVIO 11. Epiduraalikatetrin laittamiseen liittyvät hoidon toiminnot ja ohjeet erikoissairaanhoidon kipupoliklinikalla

Epiduraalikatettrin laitto erikoissairaanhoidon kipupoliklinikalla –vaiheen (kuvio 11) **toiminnoista** muodostui kuusi luokkaa: 1) *Epiduraalisen kivunhoidon tarpeen arviointi, potilas on osastolla*, 2) *Potilaan tulo kipupoliklinikalle ja siirtyminen takaisin vuodeosastolle*, 3) *Epiduraalisen kivunhoidon aloitus*, 4) *Lääkehoidon arviointi osastokäynneillä*, 5) *Muu hoidon arviointi osastokäynneillä*, 6) *Toiminta jatkohoitoon siirtymisessä*.

Kipupoliklinikan lääkäri *arvioi* osastolla olevan syöpää sairastavan potilaan *epiduraalisen kivunhoidon tarvetta* konsultaation ja potilaan sekä osaston henkilökunnan tapaamisen pohjalta. Myös omaisten kanssa keskustellaan ja heitä informoidaan tulevasta kivunhoitomuodosta. Jos päädytään epiduraaliseen kivunhoitoon, katettrin laittamista varten varataan aika kipupoliklinikalle.

Potilaan tulo kipupoliklinikalle ja siirtyminen takaisin vuodeosastolle sisältää aina raportoinnin potilaan nykytilasta ja hoidosta. Potilaan siirtyessä kipupoliklinikalta takaisin osastolle kipupoliklinikka huolehtii lääkekasetin tilauksesta osastolle ja informoi siitä myös osaston sairaanhoitajaa ja farmaseuttia. Kipupoliklinikka antaa raportin potilaasta osastolle myös kirjallisesti.

tilaavat kasetin valmiiksi os:lle (informoivat farmaseutille)

Epiduraalisen kivunhoidon aloitus tapahtuu kipupoliklinikalla. Kipupoliklinikan sairaanhoitaja vastaanottaa osastolta tulevan potilaan ja raportin. Sairanhoitaja on jo aiemmin valmistellut välineistön toimenpidettä ja lääkityksen aloitusta varten. Lääkäri laittaa sairaanhoitajan avustamana potilaalle epiduraalikatettrin ja potilaan vointia seurataan. Lääkehoito aloitetaan ruiskupumpulla ja lääkkeen vaikutusta seurataan vuodeosastolla vuorokauden ajan, ennen kuin siirrytään PCA-kipupumppuhoitoon. Kipupoliklinikalla potilas ja tarvittaessa omaiset saavat ohjausta epiduraalisesta kivunhoidosta ja sen toteutuksesta.

”- katettrin asettaminen ja lääkityksen aloittaminen.(anestesiaalääkäri päättää vahvuudet, nopeudet, ym.”)

”-alkuinfuusio ruiskupumpulla, annoksen haku.”

Potilaan *lääkehoidon* vaikuttavuutta *arvioidaan osastokäynneillä* seuraamalla lääkkeen kokonaiskulutusta (jatkuva infuusio+kerta-annokset). Lääkeannostusta nostetaan vasteen mukaan. Lääkehoitoon liittyvät ohjeet kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. Maanantaisin kipupoliklinikan ylilääkäri, erikois- ja erikoistuva lääkäri ja sairaanhoitaja käyvät tapaamassa kaikkia osastoilla hoidossaan olevia potilaita. Tiistaista perjantaihin seurantakäynnit potilaan luona tekevät lääkäri ja sairaanhoitaja.

Osastokäyntien yhteydessä hoidon arviointiin kuuluu potilaan yleisvoinnin seuranta. Käyntien yhteydessä kiinnitetään huomiota kipupumpun toimintaan sekä katetrin toimivuuteen. Katetrin toimivuutta vaarantavat katetrin irtoamiset ja tukkeumat. Kiinnityskalvot vaihdetaan säännöllisesti ja aina tarpeen vaatiessa. Ihon kuntoa seurataan ja kiinnitetään erityisesti huomiota infektion merkkeihin katetrialueella. Merkinnät potilaan voinnista ja hoidosta kirjataan hoitosuunnitelmaan

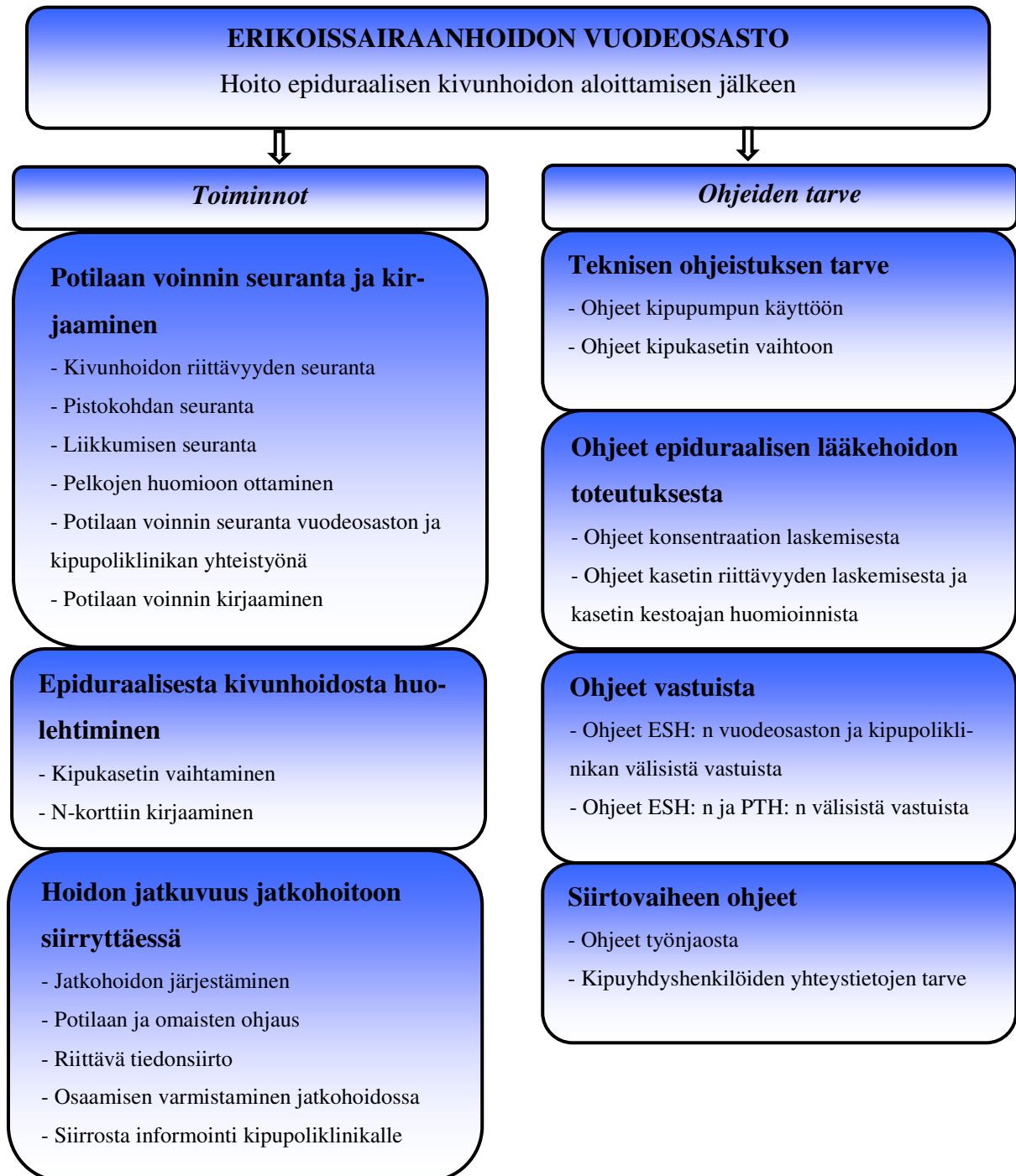
Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpäpotilaan *jatkohoidon suunnittelu ja toteutus* on aloitettava ajoissa, jotta siirtyminen tapahtuu ongelmitta. Lääkäri tekee siirtoepikriisin lääkitysohjeineen. Hoitaja puolestaan valmistaa potilaan siirron kivun hoidon osalta varmistaen jatkohoitopaikan resurssit ja kirjoittaa hoitotyöyhteenvedon.

Analyysissä tämän vaiheen **ohjeistuksen tarpeiksi** muodostui kaksi luokkaa: *Yhteistyö ohjeet potilaan hoidosta* ja *Ohjeet siirtovaiheeseen*.(Kuvio 11)

Yhteistyöohjeet potilaan hoidosta sisältävät tarpeen selkeyttää konsultaatio pyyntöjä. Tarpeellisena nähdään myös asiantuntijalääkäreiden tekemä yhteistyösopimus hoitolinjoista. Kivunhoidon toteutuksesta toivotaan ohjetta eri organisaatioiden kesken.

Ohjeet siirtovaiheeseen sisältävät toimintaohjeen tarpeen siirtovaiheen tehtävistä ja vastuista. Siirtovaiheen ohjeiden tulisi sisältää erikoissairaanhoidon sisäisten yksiköiden välisten ohjeiden lisäksi ohjeet erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen sektorin väliset vastuut ja tehtävät potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen.

4.1.4 Epiduraalisen kivunhoidon aloittamisen jälkeinen hoito erikoissairaanhoidon vuodeosastolla



KUVIO 12. Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidon toiminnot ja ohjeiden tarpeet epiduraalikatetrin laitton jälkeen erikoissairaanhoidon vuodeosastolla

Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitamisen toiminnot ja siihen liittyvät ohjeiden tarpeet epiduraalikatetrin laittamisen jälkeen erikoissairaanhoidon vuodeosastolla -vaihe on hoitoketjussa neljäntenä (kuvio 12). Tämän vaiheen **toiminnoista** muodostui kolme luokkaa, jotka nimettiin 1) *Potilaan voinnin seuranta ja kirjaaminen*, 2) *Epiduraalisesta kivunhoidosta huolehtiminen sekä* 3) *Hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä jatkohoitoon*.

Erikoissairaanhoidon yhteistyöryhmän mukaan vuodeosastolla olevan potilaan *kivunhoidon* riittävyttä on *seurattava* järjestelmällisesti ja jatkuvasti. Lisäksi hänen fyysistä ja psyykkistä vointiaan havainnoidaan. Erityisesti havainnoidaan potilaan liikkumista ja tuntoaistin toimintaa. Lisäksi on tärkeää havainnoida potilaan mahdolliset pelot ja ahdistuneisuus sekä muut potilaan psyykkistä hyvinvointia heikentävät tunnetilat. Potilaan vointia seurataan erikoissairaanhoidossa kipupoliklinikan ja vuodeosaston hoitohenkilökunnan yhteistyönä. Potilaan kaikki oireet *kirjataan*, jotta kaikki potilaan hoitoon osallistuvat pystyvät seuraamaan potilaan voinnin kehittymistä.

Potilaan seuranta, havainnointi, keskustelu, kirjaaminen, VAS, punktiopaikka, hermodynamiikka, jalkojen puutuneisuus...

Yhteistyö kipupoliklinikan kanssa; lääkkeet, pumppuohjeet...

Epiduraalisesta kivunhoidosta huolehtiminen kipupumpun avulla sisältää useita toimintoja, muun muassa lääkekasetin vaihtoon liittyvät toiminnot sekä infuusioletkujen ja epiduraalikatetrin suodattimen vaihdot. Potilaan kivun hoito kirjataan PCA-kipupumpun seurantalomakkeelle ja n- eli huumausainekortin täyttö huolehditaan.

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen siirtovaiheessa sisältää useita toimintoja. Ensimmäinen vaihe on potilaan jatkohoitopaikan järjestäminen. Potilaita ja omaisia ohjataan siirtymisvaiheessa. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi siirretään riittävästi tietoa jatkohoitopaikan hoitohenkilöille sekä varmistetaan, että jatkohoitopaikassa on riittävä osaaminen ja resurssit potilaan hoitoon. Yhteistyö kipupoliklinikan kanssa korostuu tässä vaiheessa, koska kipupoliklinikka osallistuu potilaan siirtämiseen kivunhoidon osalta. Kipupoliklinikan henkilökuntaa on informoitava ajoissa potilaan siirtymisestä, jotta

kaikki tarvittavat konsultaatiot ja ohjeistukset ehditään tehdä ajoissa ja siirtää potilaan mukana jatkohoitopaikkaan.

Analyysissä epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoito erikoissairaanhoidon vuodeosastolla vaiheen **ohjeistuksen tarpeiksi** (kuvio 12) muodostui neljä luokkaa. Nämä luokat nimesimme *Teknisen ohjeistuksen tarve, Ohjeet epiduraalisen lääkehoidon toteutuksesta, Ohjeet vastuista ja Ohjeet siirtovaiheeseen.*

Teknisen ohjeistuksen tarpeet liittyivät kipupumpun käyttöön. Lääkkeenantolaitteiden käytön osaaminen on yksi osa potilaan turvallista hoitoa. Kipupumpun käytöstä toivottiin säännöllistä koulutusta sekä ohjeita kasetin vaihtamiseen. *Ohjeet epiduraalisen lääkehoidon toteutuksesta* tulisi sisältää ohjeet konsentraation ja kipukasetin riittävyden laskemisesta.

Ohjeet vastuista sisälsivät tarpeen ohjeille vuodeosaston ja kipupoliklinikan henkilöstön vastuiden ja työnjaon määrittelemiseen potilaan hoidon toteutuksessa. *Siirtovaiheen ohjeet tulee sisältää* vuodeosaston ja kipupoliklinikan toimijoiden välisen työnjaon määrittelyn. Lisäksi ohjeissa tulee olla näkyvillä, mitkä kaikki tiedot ja tekstit tulee jatkohoitopaikkaan toimittaa siirtovaiheessa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliset potilaan siirtovaiheiden vastuut ja työnjako tulee määrittää. Tämä on tärkeää potilaan jatkohoidon ja sen onnistumisen kannalta. Työryhmät toivoivat saavansa käyttöönsä PPSHP: n alueen kipuyhdysenkilöiden yhteystiedot.

4.1.5 Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoito perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla



KUVIO 13. Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidon toiminnot ja ohjeiden tarpeet perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla

Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidon **toiminnoista** (kuvio 13) muodostui kuusi luokkaa, joita olivat: 1) *Hoidon suunnittelu*, 2) *Hoidon arviointi*, 3) *PCA -kipupumpun käyttö*, 4) *Toiminta infektiotilanteissa ja hygieniasta huolehtiminen*, 5) *Toiminta ongelmatilanteissa sekä* 6) *Hoidon turvallisuudesta ja jatkuvuudesta huolehtiminen*.

Hoidon suunnittelu sisältää potilaan osastolle siirtymisen järjestämisen sekä epiduraaliseen kivunhoitoon tarvittavien tarvikkeiden saatavuuden tarkistamisen ja niiden hankkimisen. Lisäksi kipulääkekasetin tilaaminen ja farmaseutin informoiminen kuuluvat tämän vaiheen toimintoihin. Sairaanhoidajan tulee kirjata kipukasetin lääkekoostumus ja -määräykset potilastietoihin. Omaisten ja potilaan ohjauksesta tulee huolehtia.

Sairaanhoidajan vastuulla kipukasetin lääkemäärien kirjaaminen kansioon, myös potilaan voinnin ja tuloajan kirjaus.

Kipupotilaan hoidon arviointi sisältää useita toimintoja. Potilaan kipua arvioidaan järjestelmällisesti ja säännöllisesti koko potilaan hoitajakson ajan. Epiduraalikatettrin pistokohtaa seurataan mahdollisten komplikaatioiden arvioimiseksi. Lisäksi seurataan potilaan virtsan ja ulosteen eritystä sekä hänen psyykkistä vointiaan. Potilaan hoidon arvioinnit kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan selkeästi. Tämä mahdollistaa arviointikohteina olevien tilanteiden ja oireiden kehittymisen seuraamisen useamman hoitoon osallistuvan henkilön taholta.

PCA-pumpun käyttöön liittyy paljon toimintoja, esimerkiksi kasetin, letkujen, suodattimien sekä pattereiden vaihto. Tärkeä osa PCA-pumpun käyttöä on kasetin riittävyden seuranta. Nämä ovat toimintoja, jotka ovat samoja hoitopaikasta riippumatta.

Toiminta infektiotilanteissa ja hygieniasta huolehtiminen sisältää infektioiden torjunnan kannalta oikeaoppisen toiminnan sekä potilaan ja omaisten ohjauksen. Hygieniasta tulee huolehtia. Toiminta infektiotilanteissa ja hygieniasta huolehtimisen-luokkaan kuuluvissa ilmauksissa yhteistyöryhmät toivat esille erityisesti ohjeiden tarpeellisuuden ja tärkeyden.

Ongelmatilanteissa tulisi ottaa arkisin yhteyttä matalalla kynnyksellä kipupoliklinikkaan. Päivystysaikana akuutin ongelman sattuessa tulee ottaa yhteyttä omaan päivystävään lääkäriin ja jos ongelma vaatii erikoistietämystä, voi yhteyttä ottaa myös sairaanhoitopiirin anestesiapäivystäjään. Syöpäpotilaat voivat ottaa suoraan yhteyttä kipuongelmissa kipupoliklinikalle. Syöpä kivun ongelmatilanteisiin tulisi reagoida välittömästi.

Syöpä kivun ongelmat ratkaistaan nyt eikä huomenna!

Hoidon turvallisuuden lisäämiseksi tärkeä toiminto on kaksoistarkistuksen tekeminen lääkehoitoa toteutettaessa tai PCA-pumppua ohjelmoidessa. Tiedon välittäminen potilaalle, omaisille sekä siirtojen yhteydessä jatkohoitopaikkaan ovat tärkeitä hoidon jatkuvuutta lisääviä toimintoja.

Turvallinen lääkehoito, kirjaaminen huolella, kaksoiskontrollituplatarkistus

Työryhmät ilmaisivat tarvitsevänsä paljon ohjeistusta epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitotyöhön. Tämän hoitoketjun vaiheen **ohjeiden tarpeista** (kuvio 13) muodostui kuusi luokkaa: *Ohjeet kivun arvioinnista ja liikkumisesta, Ohjeet vastuista, Ohjeet tekniseen osaamiseen, Turvallisen lääkehoidon ohjeet, Ohjeet infektioiden seurantaan ja katetrin pistokohdan hoitoon sekä Ohjeet ongelmatilanteisiin.*

Kivun arvioinnista toivottiin ohjeistusta. Kivun mittauksen apuvälineistä toivottiin ohjeistusta. Lisäksi toivottiin selkeää ohjeistusta kivun mittaamisen vaikutuksesta annoksen nostoon. Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan liikuttamisen ja liikkumisen huomioimiseen kaivattiin myös ohjeistusta.

Työryhmissä toivottiin *ohjeistusta vastuista*. Käytännön hoitotyössä ilmenee ajoittain epäselvyyttä, kuka vastaa epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidosta, muun muassa annosnostojen päättämisestä. Päivystysaikoina ongelmana on ollut, etteivät päivystävät lääkärit välttämättä ota kantaa ongelmatilanteisiin. Hoitotyössä pohdintaa on aiheuttanut, missä määrin eri ammattiryhmillä on oikeutta ohjelmoida PCA -pumppua.

Voiko TK -lääkäri nostaa annosta?

Kuka saa ohjelmoida pumppua -> sh / lh?

Ohjeistusta päivystävälle lääkäreille!

Työryhmät toivoivat *ohjeet tekniseen osaamiseen*: konkreettiset, kuvalliset ohjeet kasetin vaihdosta ja kipupumpun käytöstä. Tällä hetkellä tällaiset ohjeet puuttuvat. Kasetin vaihdon yhteydessä kirjattavan lomakkeen täyttämiseen toivottiin myös yhtenäisiä ohjeita. Katetrin vaihdosta ei ole yhtenäisiä käytäntöjä. Lisäksi on epäselvyyttä, kuinka usein letkustot ja suodattimet tulisi vaihtaa.

Miten usein vaihdetaan: katetri, missä vaihdetaan, letkut, suodattimet?

Miten kone suojataan esim. suihkuun mennessä ja potilasta liikuteltaessa?

Turvallisen lääkehoidon näkökulmasta toivottiin ohjeistuksia konsentraation ja kasetin riittävyyden laskemiseen. Ohjeistusta tarvitaan myös siihen, mitä lääkitystä voi epiduraalisen kivunhoidon rinnalla antaa tarvittaessa. Kivunhoidon suhteen olisi hyvä olla ennakkoon ohjeistettuna varalääkitys ongelmatilanteiden varalta. Tilanteessa, jossa epiduraalikatetri menee tukkoon, tulisi olla ohje, miten välitön kipu voidaan hoitaa. Saattohoitopotilaan katastrofitilanteen varalla olisi hyvä olla jo ennakkoon sedaatio-ohje. Lisäksi ohjeistusta epiduraalisesta kivunhoidosta toivotaan perusterveydenhuollon lääkäreille, koska heillä ei välttämättä ole asiasta kokemusta. Yhtenäinen toimintamalli apteekin ja hoitavan henkilöstön välillä olisi hyvä, jotta saumaton tiedonkulku mahdollistuu.

Mitä ja millaisella annoksella annetaan kipulääkettä, jos k-epid irtoaa, korvaava kipulääke?

Loppuvaiheen tarvittavat lääkkeet jo k-epidin laittovaiheessa, jotta mahdolliset yhteisvaikutukset tulisi huomioitua!??

Katetrin pistokohdan tarkkailuun ja hoitoon tarvitaan ohjeistusta. Kuinka usein katetrin juuri pitäisi puhdistaa, millä aineilla ja miten se tulisi suojata? Miten suihkussa käydessä tulisi toimia katetrin juuren suojaamisessa? *Infektion torjunnasta* on epätietoisuutta, mi-

tä pitäisi tarkkailla. Toimintaohjeita toivottiin siitä, miten tulisi toimia, jos epiduraalika-
tetrin juureen ilmaantuu infektion merkkejä. Esille nousseet kysymykset kertovat yh-
teisten ohjeiden tarpeesta.

Erityisen tärkeänä työryhmissä pidettiin sitä, että *ongelmatilanteiden varalle saataisiin
ohjeita*. Päivystysaikoina ei tiedetä, mihin ottaa yhteyttä ja miten toimia. Tukoksen sat-
tuessa tulisi olla ohjeet, mihin ottaa yhteyttä ja miten potilas tulee lääkittä, jottei hän
joudu kärsimään kovista kivuista jatkohoitoa odottaessaan. Toimintahäiriöiden varalle
tulisi olla ohjeet henkilöstölle sekä potilaalle, jotta hän tietää, mihin ottaa yhteyttä koto-
na ollessaan.

Mitä tehdä, kun pumppu ei yhtäkkiä yöllä pelaakaan?

4.2 Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoitotyön nyky- tilan haasteet

Työryhmätyöskentelyn yhtenä tarkoituksena oli kuvata epiduraalista kivunhoitoa saavan
syöpää sairastavan saattohoitopotilaan kivunhoidon nykytilan haasteita. Analysoimme
työryhmistä saadun aineiston ensin hoitoketjukurvauksen mukaisesti, jolloin saimme nä-
kyväksi kunkin hoitoketjun vaiheen hoitoprosessin haasteet. Jatkoimme analyysiä tar-
kastelemalle koko hoitoketjua yhdistäviä haasteita sekä sitä, mitkä haasteet korostuvat
hoitoketjun eri osissa (kuvio 14).

Pääluokkia muodostui kuusi kappaletta: 1) *Haasteena kivunhoidon vaikeus*, 2) *Haaste-
ena yhteistyö*, 3) *Haasteena tiedonkulku*, 4) *Haasteena niukat resurssit*, 5) *Haasteena vas-
tuiden epäselvyydet* sekä 6) *Haasteena horjuva käytäntö ja ohjeiden puute*.

Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoitotyön nykytilan haasteet



Haasteena kivunhoidon vaikeus

- Kivun arvioinnin epäonnistuminen
- Kiputilan ennakointi
- Oikea ajoitus
- Puutteellinen kirjaaminen kivusta
- Hoidetaan kipua, mutta riittämättömin kipulääkityksin
- Tiedon ja osaamisen puute hoitajilla/lääkäreillä

Haasteena yhteistyö

- Vuorovaikutuksen lisäämisen tarve eri toimijoiden kesken
- Verkostoitumisen tarve ESH/PTH/YKSIT
- Konsultaatiopolut selkeämmäksi
- Moniammatillisen yhteistyön haaste
- Potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön haaste

Haasteena tiedonkulku

- Tiedonkulussa eri organisaatioiden välillä kehitettävää
- Tietojärjestelmiä tulisi yhtenäistää
- Yhteystietojen puute haasteena erityisesti päivystysaikana
- Päivystysaikojen tiedonsiirron haaste
- Lääketiedot säännöllisesti sekä tarvittaessa annettavat tulisi olla ajan tasalla
- Lääketiedot ei siirry riittävästi potilaan mukana

Haasteena niukat resurssit

- Riittämättömät henkilöresurssit
- Lääkäreitä ei saatavilla
- Riittämättömät tarvikeresurssit
- Riittämättömästi resursoitu kroonisen kivun yhdyshenkilöitä

Haasteena vastuiden epäselvyydet

- Kuka arvioi potilaan toimenpidekunnan
- Kuka vastaa potilaan siirron onnistumisesta
- Mikä on päivystävän lääkärin vastuu
- Mikä on sh/lh vastuu, kuka saa ohjelmoida pumpun

Haasteena horjuva käytäntö ja ohjeiden puute

- Epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvän potilaan tunnistamisen vaikeus
- Horjuva käytäntö
- Koulutusta liian vähän
- Yhtenäisten ohjeiden puute

Kuvio 14. Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan hoitotyön nykytilan haasteet.

4.2.1 Haasteena kivunhoidon vaikeus

Työryhmien jäsenet kokivat epiduraalisen kivunhoidon haasteelliseksi hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Työryhmissä tuotiin esille, että syöpää sairastavan potilaan kivunhoito voi epäonnistua, jos kivun arviointi VAS -mittauksen avulla ei onnistu luotettavasti. Hoitohenkilökunnalla oli myös ajoittain vaikeaa arvioida potilaan kipulääkityksen riittävyyttä. Potilaan kivun puutteellinen kirjaaminen lisää myös hoidon epäonnistumisen varaa.

kirjaamisen merkitys -> unohtuu helposti kirjata kivusta

Työryhmien mukaan epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvien potilaiden kiputilat on ennakoitava. Kivun ennakointi korostuu erityisesti erikoissairaanhoidon ulkopuolisissa organisaatioissa, koska oikea ajoitus hoidon aloituksessa on tärkeää, jotta potilas saisi parhaan mahdollisen hyödyn kivunhoidosta. Kivunhoidon ennakoinnissa on ongelmia. Potilaat voivat tulla erikoissairaanhoidon kivuliaina yhteispäivystyksen kautta kiputilanteen ennakoinnin epäonnistuttua. Erikoissairaanhoidon työryhmien kokemuksen mukaan potilaiden kivunhoito tapahtuu joskus suun kautta otettavin tai ihonalaislääkkein, jotta jatkohoitoon siirtyminen on helpompaa. Tämä voi aiheuttaa sen, että potilaan kipulääkitys on riittämätön jo siirtymisvaiheessa. Oikealla kivun ennakoinnilla ja lääkitsemisellä voidaan välttää potilaan turhia kärsimyksiä.

Syöpäpotilaan kipuun tartutaan hyvin, mutta antomuotoina po. tai laastari ovat usein riittämättömät. Kommenttina on: Piuhat pois ja po -kipulääke, jotta pärjää jatkossa.

Työryhmissä koettiin syöpää sairastavan potilaan epiduraalinen kivunhoito haastavaksi hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Epävarmuus epiduraalisen kivunhoidon osaamisesta korostui perusterveydenhuollossa, jossa epiduraalista kivunhoitoa saavia potilaita kohdataan melko harvoin. PCA -pumppujen käytön osaamisen lisäksi epävarmuutta aiheuttivat kipulääkekonsentraatioiden ja lääkekasetin riittävyyden laskeminen sekä kokonaisuudessaan potilaan epiduraalisen kivunhoidon toteutus. Erikoissairaanhoidossa epävarmuutta potilaan epiduraalisen kivun hoidossa aiheutti PCA -pumpun tekninen käyttö.

Kipupumpun käsittelyn osaamisessa ilmenee epävarmuutta.

4.2.2 Haasteena yhteistyö

Erikoissairaanhoidossa moniammatillisen yhteistyön haasteena koettiin kivunhoidon eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen. Vuorovaikutuksen lisäämisen keinona pidettiin esimerkiksi yhteisiä alueellisia koulutuksia. Yhteistyötä hankaloittavana tekijänä pidettiin yhteystietojen puutetta ja vuorovaikutuksen vähäisyyttä eri toimijoiden välillä. Eri toimijoiden verkostoituminen nähtiin tulevaisuuden haasteeksi. Perusterveydenhuollon kipuyhdyshenkilöiden yhteystietojen puute aiheuttaa usein ongelmia potilaan kotiuttamisvaiheessa. Erikoissairaanhoidon vuodeosastojen ja kipupoliklinikan työntekijöiden yhteistyö koettiin hyväksi. Silti toivottiin, että konsultaatiokynnys kipupotilaista saataisiin matalammaksi.

Haasteena näkisin kipuyhdyshenkilöiden sähköpostilistat tiedon levittämiseen.

Farmaseuttien kokemusten mukaan ilmoitukset epiduraalisen kivunhoidon aloittamisesta tulevat usein liian myöhään. Perusterveydenhuollon työryhmät toivat esiin ajoittain ilmenevän kommunikaation haasteen lääkäreiden ja hoitajien välillä. Hoitajat tarkoittivat tällä sitä, etteivät lääkärit tuntuneet kuulevan heitä. Lisäksi hoitajat kokivat, että ajoittain lääkärit kyseenalaistivat heidän uskottavuutensa potilaan kivunhoitajina. Lääkäreitä ei myöskään ole aina saatavilla, kun potilaan kivut vaatisivat lääkärin kannanottoa. Lääkärien, sairaanhoitajien ja farmaseuttien välinen hyvä yhteistyö on edellytys hyvän syöpäkivun hoidon toteutumiselle.

Miten asia esitetään lääkärille, voisitko...hmm...

Perusterveydenhuollon vastuu lisääntyy, kun erikoissairaanhoidon hoitoajat lyhenevät. Kynnys lähettää potilas erikoissairaanhoitoon voi olla joskus esteenä epiduraalisen kivunhoidon aloittamiselle. Hoitajien kokemuksen mukaan kipupoliklinikkaa ei välttämättä konsultoida riittävästi haastavien kipupotilaiden kohdalla. Potilas on voinut kärsiä jo pidempään kivuista, ennen kuin viime hetkillä ennen kuolemaa saa tarvitsemansa ki-

vunhoidon. Perusterveydenhuollon alueelle kaivattiin asiantuntijaa, johon voisi tarvittaessa ottaa yhteyttä kivun hoitoon liittyvissä asioissa.

On havaittavissa selvästi, että kynnyksellä laittaa potilas erikoissairaanhoidon on liian korkea.

Yhteistyö potilaan tai omaisten kanssa voi olla myös haastavaa. Omaiset voivat vastustaa vaativan kipulääkityksen aloittamista. Joskus myös potilaat vastustavat epiduraalista kivunhoitoa. Epiduraalisen kivunhoidon aloittaminen yhdistetään kuoleman läheisyyteen. Joskus taas epiduraalista kivunhoitoa ei välttämättä mahdollisteta, jos potilas tai omainen ei osaa sitä vaatia. Esille nousseet asiat kertovat potilaan ja omaisten ohjauksen ja tiedon tarpeesta.

Omaisten vastarinta kivunhoidolle, pelkäävät, että potilas ei ole kuollessaan täysin järjissään...

Kipupumpulla on kuoleman leima, joka pitäisi saada pois.

4.2.3 Haasteena tiedonkulku

Erikoissairaanhoidon työryhmien kokemusten mukaan tiedonkulussa eri organisaatioiden välillä on vielä kehitettävää. Tietojärjestelmät tulisi kehittää yhteensopiviksi, ja kuntien ja niiden organisaatioiden yhteystiedot tulisi päivittää ajantasaisiksi. Kuntien ja eri organisaatioiden yhteystietojen puuttuessa yhteydenotot koettiin haastaviksi, etenkin virka-ajan ulkopuolella. Potilaan siirtyessä päivystyksellisesti kotoa tai vuodeosastolta takaisin erikoissairaanhoidon hänen tietojaan ei välttämättä siirry riittävästi mukana. Erikoissairaanhoidon ulkopuolisissa organisaatioissakin potilaan siirtymisvaiheessa riittävän tiedon välittyminen eri yksiköiden ja kodin välillä koettiin haasteellisenä.

Turvallisen lääkehoidon ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi kaikissa eri organisaatioissa työryhmät toivat esiin huolensa siitä, että potilaan lääketiedot eivät olleet aina ajan tasalla heidän siirtyessä hoitavasta organisaatiosta toiseen. Työryhmät painottivat, että potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen hänen mukanaan on oltava kirjalliset tiedot voimassa olevista säännöllisesti ja tarvittaessa käytettävistä lääkkeistä.

4.2.4 Haasteena niukat resurssit

Tutkimustulosten mukaan perusterveydenhuollossa ei välttämättä ole riittävästi henkilöstöresursseja kipupotilaan ympärivuorokautiseen hoitoon. Sairaanhoitajat voivat väsyä pitkiin päivystysvuoroihin ja lääkäreitä ei ole välttämättä saatavilla ongelmatilanteissa. Toisinaan potilaan lääkehoitoa voivat vaikeuttaa kipupumppujen puute toimintayksikössä. Joissakin perusterveydenhuollon yksiköissä kipukasetit tilataan Helsingistä, jolloin niiden saamiseen voi mennä jopa kolme tai neljä vuorokautta. Kasetin riittävyyden arviointi ja oikea aikainen tilaaminen edellyttävät sairaanhoitajalta hyvää ennakkointia.

*Ainokainen päivystävä hoitaja väsy, kun ei tiedä, kauanko tilanne jatkuu.
Voi tehdä kuolemaa viikkoja...*

Erikoissairaanhoidon yhteistyöryhmät toivoivat lisää niin henkilöstö- kuin myös materiaali- resursseja ja yhdyshenkilöitä potilaiden kroonisten kipujen hoitoon. Lisäksi potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen sairaanhoitajilla tulee olla riittävästi aikaa hoitaa kaikki potilaan lääkehoitoon ja siirtymiseen liittyvät asiat kuntoon.

4.2.5 Haasteena vastuiden epäselvyydet

Erikoissairaanhoidon yhteistyöryhmät kysyivät, kuka arvioi syöpää sairastavan potilaan toimenpidekunnan ja kuka vastaa potilaan siirron onnistumisesta. Erikoissairaanhoidon yhteistyöryhmät kokivat tärkeäksi sopia ja kirjata eri prosesseihin kuuluvien tehtävien vastuualueet niin yksikkötasolla kuin organisaatioiden välilläkin.

Erikoissairaanhoidon ulkopuolisissa organisaatioissa erityisesti lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastuukysymykset potilaan lääkehoidon toteuttamisesta ovat aiheuttaneet keskustelua. Etenkin päivystysaikana sairaanhoitajien vastuu potilaan lääkehoidosta korostuu, varsinkin niissä tilanteissa, joissa lääkäri ei ole tavoitettavissa ympärivuorokautisesti. Kokematon lääkäri lisää myös sairaanhoitajien vastuuta potilaan hyvinvoinnin huolehtijana. Sairaanhoitajat joutuvat silloin ottamaan kantaa asioihin, joihin he eivät koe osamisensa riittävän. Keskusteluja aiheuttaa myös sairaanhoitajien ja lähihoitajien välinen

vastuunjako potilaan lääkehoidon toteuttamisessa. Kysymyksiä herättää silloin muun muassa se, kenellä on lupa ohjelmoida potilaan kipupumppu.

Vastuukysymykset: Mikä sairaanhoitajan, mikä lääkärin?

4.2.6 Haasteena horjuva käytäntö ja ohjeiden puute

Haastavaksi koettiin epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvän potilaan tunnistaminen, koska välttämättä ei ole riittävästi tietoa, minkälaiselle potilaalle ja millaiseen kipuun epiduraalinen kivunhoito on tehokas menetelmä. Lääkäreillä ja hoitajilla ei välttämättä ole riittävästi kokemusta, tietoa ja taitoa hoitaa epiduraalista kivunhoitoa saavaa potilasta. Käytännön hoitotyössä tämä merkitsee sitä, että potilaille määrätään ajoittain liian pieniä kipulääkeannoksia. Hoitajat kokevat epävarmuutta siitä, kuinka paljon kipulääkettä potilaalle voi antaa. Niin perusterveydenhuollon kuin myös yksityisen sektorin yhteistyöryhmät toivat esille yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja kirjallisten hoito-ohjeiden puutteen. Työryhmät toivoivat myös lisää koulutusta syöpää sairastavan potilaan kivunhoidosta. Hoitotyön tueksi kaivataan yhtenäisiä käytäntöjä sekä selkeitä kirjallisia ohjeita.

Toimintaohjeistuksen tarve, yhtenäiset ohjeet spinaalisesta kivunhoidosta puuttuvat.

Harvoin tulevat tilanteet aiheuttavat pelkoa konetta kohtaan.

Erikoissairaanhoidon yhteistyöryhmät toivoivat lisää koulutusta potilaan spinaalisesta kivunhoidosta. Potilaan kivunhoidossa käytettävien laitteiden on oltava yhtenäiset ja niiden käytöstä on oltava kirjalliset selkeät ohjeet. Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon yksiköstä perusterveydenhuollon hoitopaikkaan haasteena koettiin se, etteivät perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön valmiudet hoitaa epiduraalista kivunhoitoa saavaa potilasta ole välttämättä riittävät.

4.3 Keskeisten tutkimustulosten tarkastelua aikaisempien tutkimusten avulla

Tulostemme mukaan syöpää sairastavan potilaan epiduraalinen kivunhoito koettiin haasteelliseksi hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Erityisen huolestuneita oltiin siitä, ettei potilaan kivunhoito välttämättä toteudu riittävän hyvin. Kivun arviointi koettiin tärkeäksi kehitystä ja ohjeistusta vaativaksi osa-alueeksi. Kivun luotettava arviointi on tärkeää, koska se on edellytys hyvälle kivunhoidolle. Laajojen eurooppalaisten tutkimusten mukaan syöpäkivun hoito ei ole Suomessa tavoitetasolla, ja siinä meillä on kehitettävää (European cancer survey 2007; Breivik ym. 2009, 1420–1433).

Työryhmät toivat esiin, että puutteellinen kirjaaminen kivusta altistaa potilasta kivun alihoitoon ja vaarantaa hoidon jatkuvuutta. Idwallin ja Ehrenbergin (2002, 138–141) tutkimuksessa kivunhoidon kirjaaminen oli yksipuolista. Vain 24 %: ssa asiakirjoista oli maininta potilaan kivun arvioinnista ja 10 %: ssa oli kipumittarin lukema vähintään kerran työvuoron aikana. Arvioiden merkinnät olivat yksipuolisia, ja esimerkiksi kipu levossa ja liikkeessä oli eroteltu ainoastaan 13 %: ssa kirjauksista. Hyvä dokumentointi on tärkeää potilasturvallisuuden takaamiseksi. Hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta on tärkeää, että potilasasiakirjoista löytyvät asianmukaiset merkinnät potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista.

Hyvään hoitoon kuuluu oikea ja rehellinen tieto. Osa tätä on kipuinformaatio, jossa kerrotaan tieto kivun kestosta ja voimakkuudesta. Hyvä hoito edellyttää muun muassa oikean hoitomuodon valintaa, oikean lääkkeen valintaa sekä riittävän annostuksen valintaa. (Pahlman 2003, 295.) Projektin tuloksissa haasteena nähtiin se, että epiduraalisesta kivunhoidosta hyötyvää potilasta ei välttämättä tunnisteta. Henkilökunnan kokemattomuus ja tiedon puute voivat johtaa riittämättömään kivunhoitoon. Vastaavia tuloksia ovat saaneet myös Linklater ym. (2002, 435–439), Cahana (2007, 107) sekä Kay ym. (2007, 282).

Yhteistyön kehittämistä kaivattiin sekä perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoitossakin. Erikoissairaanhoitossa haluttiin kehittää kivunhoidon eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Myös de Witt & van Dam (2001) totesivat tutkimuksessaan, että kivunhoidon eri toimijoiden välinen yhteistyö on vähäistä (de Witt & van Dam 2001, 751). Yhteistyön toimimattomuus eri ammattilaisten välillä aiheuttaa myös epäselvyyttä siitä,

kuka vastaa ja mistä. Verkostoitumista ja yhteisten koulutusten järjestämistä perusterveydenhuollon kanssa tulee työntekijöiden mielestä lisätä. Konsultaatiokynnystä syöpä kivunhoidosta toivottiin organisaation sisällä matalammaksi. Intensiivisempää tiimityötä eri ammattiryhmien välillä tulisi kehittää hoidon jatkuvuuden ja hyvän kivunhoidon takaamiseksi (de Witt & van Dam 2001, 751).

Perusterveydenhuollossa yhteistyön kehittämisessä nähtiin useita tasoja. Organisaatioiden välisessä yhteistyössä on kehittämistä erityisesti tiedonkulun osalta. Hoitajat kokivat, että lääkäreiden kanssa tehtävässä yhteistyössä on kehittämistä. Heillä oli kokemuksia siitä, etteivät ole aina tulleet kuulluiksi, kun he ovat konsultoineet lääkäriä syöpä kivun hoidosta. Hoitajien mielestä kipupoliklinikkaa tulisi konsultoida nykyistä useammin, jos syöpä kivun hoito ei ole tavoitetasolla. Yhteistyön kehittäminen omaisten kanssa koettiin myös tärkeäksi. Linklater ym.(2002, 435–439) toteavat tutkimuksessaan konsultaation ja kivunhallinnan palvelujen käytön olleen vähäistä. Syynä vähäiselle käytölle oli ollut muodollisten sopimusten ja kokemuksen puute ja tutkimukseen osallistuneiden asenteet.

Breivk ym. (2009, 1433–1440) tähdentävät, että syöpää sairastavilla potilailla on myös kokemuksia siitä, että lääkärit hoitavat hyvin syöpää, mutta eivät ota huomioon riittävästi kivunhoitoa. Projektin tuloksista voimme päätellä, että on tarpeellista kehittää eri organisaatioiden sisäistä ja niiden välistä yhteistyötä.

Tulostemme mukaan epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidon käytännöt ovat horjuvia, eikä yhtenäisiä ohjeistuksia ole olemassa. Lisäkoulutuksen tarvetta koettiin olevan kaikissa kipupotilaan hoitoketjukupuvauksen vaiheissa. Tuura ym. (2005, 5015–5016) ovat saaneet sairaanhoitopiirimme alueella tehdyssä tutkimuksessa vastaavia tuloksia. Tulokset kertoivat henkilökunnan koulutustarpeesta jotka olivat kivun lääkehoitoon ja kipupumpun sekä erikoistekniikoiden käyttöön liittyviä. Kehittämistarpeina nähtiin jo tuolloin myös yhteisten käytäntöjen luominen ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Ohjeiden tarpeet liittyivät kivunlääkehoidon toteutukseen, palliativisen hoidon mahdollisuuksiin, sekä erikoissairaanhoidon konsultaation toteutukseen.

Projektimme tulokset kertovat, että syöpää sairastavan saattohoitopotilaan kivunhoidon haasteet sairaanhoitopiirimme alueella ovat edelleen samankaltaisia kuin vuonna 2004

jolloin Tuura ym. (2005, 5015–5016) ovat asiaa selvittäneet. Projektimme työryhmätyöskentelyn tuloksina syntyivät konkreettiset vastaukset kysymyksiin; minkälaisia ohjeita tarvitaan syöpää sairastavan epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan kivun hoitamiseksi hoitoketjun kussakin vaiheessa? Mitä toimintoja liittyy kipupotilaan hoitoon hoitoketjun eri vaiheessa? Vastauksia näihin kysymyksiin ei aiemmissa tutkimuksissa ole tuotu esille. Näiden kysymysten vastaukset auttavat kehittämään kipupotilaan hoitoon liittyviä tarpeelliseksi koettuja ohjeita hoitoketjun jokaiseen vaiheeseen. Lisäksi nämä tiedot auttavat rakentamaan yhtenäisiä käytäntöjä, kun kunkin vaiheen toiminnot on kuvattu.

Projektimme työryhmätyöskentelyn tuloksina syntyi konkreettisia vastauksia siihen mitä ovat kunkin hoitoketjun vaiheen ohjeistusten tarpeet sekä toiminnot, näitä ei aiemmissa tutkimuksissa ole tuotu esille. Nämä tiedot auttavat rakentamaan yhtenäisiä käytäntöjä ja ohjeita.

4.4 Jatkokehittämissuosituks

Yhteistyöllä kipu hallintaan–projektissa olemme kuvanneet, mitä syöpää sairastavan ja epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjun eri vaiheet sisältävät projektissa mukana olleissa perusterveydenhuollon, yksityisen terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tähän pohjautuen on mahdollista määritellä työnjako ja vastuuhenkilöt ja laatia hoito-ohjeet perusterveydenhuoltoon, ja erikoissairaanhoidon sekä yksityiselle sektorille ja näiden välille.

Analyysin tulosten ja tutkimusten perusteella muodostimme yhteistyössä kipupoliklinikan henkilökunnan ja vastuu alueen laatuvaastaavan kanssa suosituksia siitä, miten työmme tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää.

1. Hoitoketju kuvataan myöhemmin sähköisessä muodossa PPSHP: n Ekstranetissä, jolloin se on koko sairaanhoitopiirin hoitohenkilöstön käytettävissä. Hoitoketju jää kipupoliklinikan hallinnoimaksi, jolloin kipupoliklinikka hoitaa tarvittavat päivitykset.

2. Hoitoketjukuvaukseen liitetään ohjeet epiduraalisen kivunhoidon toteutuksesta. Keskeisiä ohjeita ovat epiduraalisen kivunhoidon indikaatiot, epiduraalisen kivunhoidon tekninen toteutus, ohjeistus infektioiden torjumiseksi ja ohjeistus siirtovaiheeseen. Tärkeää on määritellä hoitoketjussa olevien organisaatioiden hoitoprosesseihin sisältyvät työnjaot vastuineen. Lisäksi tulisi koko hoitoketjun tasolla organisaatioiden välinen työnjako ja vastuut selkeyttää. Kivunhoitoon osallistuvat henkilöt päivittävät epiduraalisen kivunhoidon osaamisensa säännöllisesti.

3. Epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjun on oltava kaikille toimijoille selkeä ja saumaton, jotta hoidon jatkuvuus tulee turvattua niin arkena kuin päivystysaikoinakin. Potilaita hoitavien ammattihenkilöiden on verkostoiduttava keskenään, jotta hoitoketjussa tapahtuvat mahdolliset muutokset ovat kaikkien tiedossa. Hoitoketjussa mukana olevat organisaatiot nimeävät kivunhoidon vastuhenkilöt, ja organisaatioiden yhteystiedot tulee päivittää, jotta ne ovat käytettävissä ja ajantasaiset kaikissa hoitoketjun vaiheissa.

5 YHTEISTYÖLLÄ KIPU HALLINTAAN PROJEKTIN- ARVI- OINTI

Tässä kappaleessa paneudumme projektiprosessin ja sen eri osa-alueiden arviointiin. Arviointitarpeen kartoitus käynnistää arviointiprosessin (Virtanen 2007, 145). Projektin aikana olemme kartoittaneet arvioinnin päätarpeiksi projektin eettisyys- ja luotettavuusarvioinnin, työryhmätyöskentelyn onnistumisen, hoitoketjukurvauksen arvioinnin, projektisyklin kokonaisprosessin toteutumisen ja oman työskentelyämme arvioinnin projektin aikana.

Projektin eri vaiheissa olemme tehneet lukuisia väliarviointeja ohjausryhmän kanssa. Työryhmätyöskentelyn onnistumista suhteessa asettamiimme tavoitteisiin ja suhteessa työryhmän jäsenten odotuksiin olemme arvioineet kysymällä kirjallista palautetta työryhmän jäseniltä. Omaa työskentelyä ja projektin arviointia olemme tehneet kenttäpäiväkirjan avulla.

5.1 Projektin tutkimuksellisten menetelmien eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Eettisyyttä on pohtia, kenelle ja kenen intresseissä kehittämistyö tehdään ja mitä tarkoitusta varten (Rolin 2002, 92; Toikko & Rantanen 2009, 129). Projektin määrittelyvaiheessa pohdimme näitä kysymyksiä. Projektin aiheen valinnalle ja toteuttamiselle löytyi perusteluja viitekehysten tutkimuksista, kansallisista terveysohjelmista sekä käytännön työntekijöiltä saadusta palautteesta. Ennen projektin toteutusta hankimme tarvittavat luvat kaikista projektiin osallistuneista organisaatioista.

Kehittäjän vastuulla on kohdehenkilöiden anonymiteetin säilyminen (Toikko & Rantanen 2009, 129). Aineistonkeruussa tulee huomioida eettiset näkökulmat, tiedonantajan osallistumisen vapaa-ehtoisuus, oikeus tutkimusta koskevaan tietoon ennen aineistonkeruuta ja koko aineistonkeruun ajan, oikeus esittää tutkijalle kysymyksiä, oikeus tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja rehellisesti, oikeus keskeyttää tutkimus sekä oikeus saada tutkimustuloksista tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–180; Leino-Kilpi 2009, 367–368.) Projektiimme osallistuneet työntekijät olivat vapaa-ehtoisesti ke-

hittämistyössä mukana ja kaikki heidän tuottamansa aineiston pohjalta syntyneet tulokset on lähetetty työryhmän jäsenten arvioitavaksi. Analyysin tuloksissa on huomioitu työntekijöiden anonymiteetti.

Projektiraportin valmistuessa saimme luvat siihen, että projektiimme osallistuneiden organisaatioiden yksiköiden nimet saavat näkyä raportissa. Lisäksi varmistimme ohjausryhmän ja tukiryhmämme jäseniltä, että heidän nimensä saavat näkyä raportissa.

Eettisestä näkökulmasta tutkimuksen analysoinnissa on keskeistä, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko kerättyä aineistoa (Leino-Kilpi 2009, 369). Tiedonantajina toimivat projektissa mukana olevien eri hoitoyksikköjen syöpäpotilaiden hoitotyöhön osallistuva henkilökunta eli sairaanhoitajat, lääkärit ja farmaseutit. Projektin aikana on hyödynnetty aineistoa, josta nousseisiin tarpeisiin on myös vastattu esimerkiksi järjestämällä koulutusta henkilöstölle.

Projektityön aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset tulee määritellä ja kirjata kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla ennen tutkimuksen aloittamista. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 1991, hakupäivä 19.2.2011). Projektimme alussa sovimme, että me projektin vetäjät huolehdimme aineistoista. Työryhmien tuottama alkuperäinen aineisto säilytettiin huolellisesti siten, että projektin vetäjien ja ohjaavien opettajien lisäksi ne eivät olleet ulkopuolisten luettavissa. Aineisto hävitettiin tietosuoja-aineistona projektin päättymisen jälkeen.

Kehittämistyön luotettavuutta tarkasteltaessa korostuu raportoinnin tärkeys, erityisesti, jos kehittämismenetelminä käytetään laadullisia tutkimusmenetelmiä. Raportoinnissa olemme toteuttaneet vakuuttavuuden näkökulmaa, joka tarkoittaa sitä, että lukijalla on mahdollisuus seurata niitä tutkimusprosesseja, jonka pohjalta on päädytty tutkimustuloksiin. (Toikko & Rantanen 2009, 127.)

Viitekehyksen luonnissa käytimme sekä narratiivista että systemaattista tapaa aineistonkeruussa. Narratiivista tutkimusotetta on kritisoitu aineistonkeruun systemaattisuuden puutteesta, joka lisää analyysin virheellisyyden mahdollisuutta (Jones & Evans 2000, 67). Siksi päädyimme tekemään projektimme keskeisistä käsitteistä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jonka tekijöitä oli kaksi. Tiedonhakuja tehdessämme hyödynsimme

informaatikon apua. Edellä mainitut seikat ovat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisääviä tekijöitä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 55.)

Kehittämiprojektin aikana analysoimme työryhmätyöskentelystä saamamme aineistot mahdollisimman luotettavasti. Kvalitatiivisessa aineistossa luotettavuutta lisää se, että tutkimusprosessi on julkinen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139). Kaikki työryhmätyöskentelyjen aineistojen valmiit analyysit palautettiin työryhmien jäsenille tarkistettavaksi, jolloin väärinymmärrysten mahdollisuus pieneni. Toimijoiden osallistuminen kehittämisen eri vaiheisiin lisää kehittämisen aineistojen ja tuotosten luotettavuutta (Toikko & Rantanen 2009, 124).

Aineiston analysoinnin luotettavuuspohdinnoissa otimme huomioon myös tutkijan puolueettomuusnäkökulman (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133). Aineistoa analysoidessamme kiinnitimme huomiota siihen, että emme muokkaa aineistoa omien ennakkoletustemme mukaan. Raportissamme pyrimme esittämään projektin vaiheet niin, että lukijan on mahdollista seurata tekijöiden päättelyä ja arvioida projektin luotettavuutta itse. (Nieminen 1997, 220; Eskola & Suoranta 2003, 210–212.)

Kehittämistyön luonteen mukaisesti voidaan kyseenalaistaa, tuottamamme tiedon tieteellisyys. Kehittämistyössä aineistot eivät ole kovin isoja ja aikaa niiden syvälliselle analysoinnille ei ole kovin paljon. Mutta tutkimuksellisen kehittämistyön epistemologiassa tiedon käyttökelpoisuus on kuitenkin sen tärkein arvo. Käyttökelpoinen tieto on sosiaalisesti ankkuroitunutta ja kehittämiseen osallistuneiden tahojen osalta hyödynnettävää. (Toikko & Rantanen 2009, 39–54.) Kokoonnuimme yhteen työryhmien kanssa arvioimaan hoitoketjukuvausten vaiheet ja eri vaiheiden sisällöt. Saimme hyviä parannusehdotuksia ja tarkennuksia, jotka toteutimme. Työryhmien jäsenet kokivat, että hoitoketjukuvaus sisältöineen kuvaa hyvin hoitoketjun eri vaiheiden toimintoja ja ohjeiden tarpeita sekä epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidon nykytilan haasteita.

Tämän projektin tieto on sosiaalisesti rakentunutta, mikä voi rajoittaa tiedon siirrettävyyttä ja tulosten toistettavuutta. Kuitenkin epiduraalista kivunhoitoa saavien syöpää sairastavien potilaiden hoidossa on samankaltaisuutta asuinpaikasta tai terveydenhoidon palveluista riippumatta, joten hoitoketjukuvauksella ohjeineen on annettavaa myös Poh-

jois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ulkopuolella. Tämä projekti on esimerkki siitä, miten moniammatillisen asiantuntijuutta ja organisaatioiden välistä yhteistyötä voidaan hyödyntää hoidon laadun kehittämiseksi.

5.2 Työryhmätyöskentelyn arviointi

Hoitoketjukuvausten laatimisen ja hoitoketjun sisältämien hoitoprosessin sisältöjen kuvaamisen menetelmänä käytimme osallistavaa työryhmätyöskentelyä. Toimijoilta eli työryhmän jäseniltä kerätään tietoa, jonka avulla kehittämisprosessia voidaan ohjata vastaamaan toimijoiden tarpeita (Toikka & Rantanen 2009, 96).

Kuvausten sisältöjen laatimisvaiheessa kysyimme työryhmän jäseniltä kirjallista palautetta avoimin kysymyksin, jotka näytimme työryhmän jäsenille PowerPoint-esityksessä. Työryhmän jäsenille jaettiin tyhjät postikortit, joihin he saivat kirjoittaa palautteensa ja jättää lähtiessään palautelaatikkoon. Kysyimme mielipidettä työryhmätyöskentelystä menetelmänä ja työryhmätyöskentelyn onnistumisesta. Kysyimme, vastasiko työskentely työryhmän jäsenten odotuksia. Kysyimme myös heidän mielipidettään projektin vetäjien toiminnasta. Vastauksia saimme 45 kappaletta eli kaikki hoitoketjukuvausten sisältöjen kuvaamiseen osallistuneet työryhmien jäsenet antoivat palautetta.

Kaikki työryhmän jäsenet kokivat työryhmätyöskentelyn hyväksi työskentelytavaksi. He kokivat sen olleen ajatuksia herättävää (n=6), mukavaa (n=5), opettavaista (n=7) ja eri ammattiryhmiä ja organisaatioita yhdistävää (n=8). Tavoitteenamme oli, että yhdessä asiantuntijat saavat ratkaistua ja kuvattua isompia kokonaisuuksia. Palautteen mukaan vaikuttaisi, että tämä on myös toteutunut.

mielenkiintoista ja opettavaista työskennellä moniammatillisessa ryhmässä

opittiin näkemään asiat yhteistyön kannalta

Tavoitteenamme oli, että työryhmätyöskentely olisi osallistavaa. Palautteissa nousi esille, että työryhmän jäsenet kokivat päässeensä osallistumaan ja vaikuttamaan hoitoketju-

kuvauksen laadintaan (n=3). Työryhmätyöskentelyn ilmapiiri todettiin tasa-arvoiseksi ja hyväksi (n=5).

mukava päivä, kun itse sai olla työryhmässä mukana

tunne, että kuunnellaan ja halutaan tietää, mitä minä ajattelen

Epiduraalista kivunhoitoa saavan syöpää sairastavan potilaan kivunhoidon kehittäminen koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi aiheeksi (n=11). Konkreettisia yhtenäisiä hoito-ohjeita kaivattiin (n=14). Koulutusta aiheesta toivottiin (n=3).

Kukaan työryhmän jäsen ei ilmaissut, että työryhmätyöskentely ei vastannut heidän odotuksiaan. Kommenteissa työskentely vastasi odotuksia melko hyvin (n=1), hyvin (n=11) tai ylitti ne (n=2). Työryhmän jäsenistä neljätolista ilmaisi näkemyksensä näillä sanoin, ja loput ilmaisivat muilla sanoin olevansa tyytyväisiä työskentelyyn.

Valtaosa työryhmätyöskentelyyn osallistuneista olivat tyytyväisiä työryhmätyöskentelyn toteutukseen ja projektinvetäjien toimintaan. Osa koki, että tehtävänanto olisi voinut olla selkeämpi, jotta tehtävän alkuunpääsy olisi ollut helpompaa (n=7). Tässä meillä on kehitettävää työryhmätoimintaa järjestäessä. Kiitosta saimme huolellisesta suunnittelusta ja asiaan paneutumisesta.

ohjeet olisivat voineet olla selkeämpiä

Työryhmätyöskentely hyvin suunniteltu. Vetäjät todella panostaneet tehtäväänsä.

Toisella työryhmien kokoontumiskierroksella työryhmien jäsenet arvioivat hoitoketjukuvausta ja hoitoprosessin sisältöjä. Palautetta tästä toisesta työryhmäkokoontumisesta kysyimme suullisesti. Palaute oli myönteistä. Työryhmän jäsenet toivoivat, että kehittämistyön konkreettisia tuloksia tulee myöhemmin sähköisenä julkaistavaksi. Kriittisesti ajatellen, mikäli olisimme tässäkin vaiheessa kysyneet palautteet kirjallisina, olisimme mahdollisesti saaneet enemmän rakentavaa palautetta.

5.3 Yhteistyöllä kipu hallintaan -projektiprosessin kokonaisarviointi

Jokaisen projektityön suunnittelun pohjaksi on hyvä laatia seuranta- ja arviointijärjestelmä. Projektinvetäjät toteuttivat arviointia koko projektiprosessin ajan yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. Jokaisessa työvaiheessa saimme kiitettävästi rakentavaa ohjausta sekä palautetta ohjaus- ja tukiryhmässä olevilta asiantuntijoilta. (Silfverberg 2007, 42.) Opinnäytetyötämme ohjaavat yliopettajamme Eija Niemelä ja yliopettaja, koulutusohjelmavastaava Pirkko Sandelin antoivat meille tärkeää, rakentavaa ja kriittistä palautetta projektisyklin eri vaiheissa. Tärkeää palautetta saimme lisäksi yliopettaja Kaisa Koivistolta. Muut kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opiskelijat olivat myös meille vertaisarvioijina arvokkaine palautteineen, kun esittelimme työtämme seminaareissa. Nämä palautteet yhdessä, oma arviointimme ja projektin aikana tuotettu aineisto suuntasivat projektin sykliä.

Kehittämisprojekti on oppiva prosessi, jolloin alkuperäisiä suunniteltuja tavoitteita arvioidaan koko projektisyklin ajan. Jos niiden aikana havaitaan, että asetettuja tavoitteita ei saavuteta tai kehittämistyö ei johda tavoiteltaviin tuloksiin, on kehittämissuunnitelmaa muutettava. (Silfverberg 2007, 34.) Projektityön sykliseen luonteeseen kuuluu prosessarviointi. Silloin on tärkeää arvioida, miten hyvin projektin arviointia ja aineistoja käytetään kehittämistyön ohjaamiseen ja tavoitteiden määrittämiseen. (Seppänen-Järvelä 1999, 92.) Projektissa hyödynsimme oppivaa prosessia arvioinnissa. Arvioinnin mahdollistamiseksi pidimme systemaattisesti kenttäpäiväkirjaa projektin vaiheista sekä hyödynsimme aineistoja mahdollisimman hyvin projektin suuntaamiseksi.

Työryhmien tuottaman aineiston ja palautteen perusteella muutimme hieman projektin kulkua. Lisäsykliksi poiketen alustavasta suunnitelmastamme muotoutui koulutusinterventiot. Koulutusta eri organisaatioiden henkilöstölle annoimme potilasturvallisuudesta, syöpäkivun hoidon nykytilasta ja syöpäkivun hoidon toteutuksesta. Yhteensä koulutuksiin osallistui noin 200 terveydenhuollon ammattilaista. Koulutuksista emme kysyneet erikseen kirjallista palautetta, mikä olisi ollut järkevää projektin arvioinnin kannalta. Suullisesti saimme hyvää palautetta koulutukseen osallistujilta, mutta systemaattinen palautteen keruu olisi voinut tarjota myös rakentavaa kriittistä palautetta.

Oman työskentelymme arvioinnin motiivina on ollut oma oppimisemme ja ammatillinen kehitys. Tavoitteinamme on ollut kehittää työtapojamme ja ymmärtää paremmin työmme tuloksia ja tavoitteita. Keinona olemme käyttäneet refleктоivaa työtapaa. (Virtanen 2007, 177–178.) Vahvuutena yhteisen projektin tekemisessä on ollut mahdollisuus refleктоiviin keskusteluihin projektinvetäjien kesken. Olemme refleктоineet projektin tavoitteita ja tuloksia, omaa osaamistamme ja osaamisen puutteitamme itsereflektion avulla ja yhdessä refleктоiden. Yhteistyö on ollut antoisaa molempien projektinvetäjien vahvan sitoutumisen vuoksi. Meille molemmille projektityö on uusi kokemus, ja olemme oppineet paljon, vaikka paljon on vielä opittavaakin. Projektin toteutukseen on sisältynyt myös useita koulutustapahtumia. Ne ovat antaneet meille mahdollisuuden kehittyä kouluttajina ja asiantuntijoina, mikä on tärkeää tulevaisuutta ajatellen.

Yhteenvetona koko projektisyklin ja eri osa-alueiden arvioinnista voimme todeta, että yhteistyöryhmän jäsenet pitivät projektityöskentelyä osallistavan työryhmätyöskentelymenetelmän avulla joko odotuksiaan vastaavana tai odotukset ylittävänä. Hoitoketjukuvauksesta saamamme palaute työryhmän jäseniltä ja ohjausryhmältä oli, että hoitoketjukuvaus ja eri vaiheiden hoitoprosessien sisällöt olivat kattavat. Ohjausryhmän palaute oli, että tuottamamme hoitoketjukuvaus sisältöineen on vankka perusta lähteä rakentamaan hoitoketjukuvausta sähköiseen muotoon. Tällöin kaikilla toimijoilla on mahdollisuus hyödyntää yhteneväisiä käytänteitä, ja eri toimijoiden vastuut voidaan selvittää. Yhtenäiset ohjeet, käytänteet ja vastuiden määrittäminen lisäävät potilasturvallisuutta. Näiden perustelujen avulla voimme todeta päässeemme projektin alussa asettamiimme tavoitteisiin.

POHDINTA

Kiinnostus aiheuttamme kohtaan nousi oman työmme kautta. Käytännössä olemme havainneet, ettei epiduraalisen kivunhoidon toteutuksesta ole PPSHP: n alueella yhtenäisiä toiminta-ohjeita kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla. Kun tutustuimme aiheemme viitekehukseen, nousi teorian tiedon kautta näkökulmia, joita yksityisenä työntekijänä ei ole tullut ajatelleeksi. Teoriatieto auttaa asiantuntijaa ennakoimaan olosuhteita ja yhteyksiä (Janhonen & Nikkonen 2003, 165).

Teoriaan tutustuminen vahvisti ohjausryhmän ja meidän näkemyksiä hoitoketjukuvausten perustan laatimisen tärkeydestä. Ajatuksenamme oli kuvata nykytilannetta ja laatia hoitoketjukuvaus yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Lähestymistavaksi valitsimme osallistavan näkökulman, jossa painottuu prosessin tarkastelu ja kehittäminen yhteistyössä (Hakkarainen ym. 2000, 143–145; Toikka & Rantanen 2009, 96.) Työryhmätyöskentely tuotti paljon sisältöjä ja kehitystarpeita epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitotyöhön. Hiljainen tieto saatiin näkyväksi (Nonaka 1998, 175–187). Yksi keskeisistä tuloksista oli se, että kipupotilaan hoitokäytäntöjä on yhtenäistettävä ja kivunhoitoon liittyviä ohjeita on laadittava hoitoketjun jokaiseen vaiheeseen. Lisäksi saimme konkreettista tietoa hoitoketjun eri vaiheiden sisältämisestä toiminnoista ja eri vaiheissa tarvittavista kipupotilaan hoitoon liittyvistä ohjeista.

Potilasturvallisuuden näkökulmasta yhtenäiset hoito-ohjeet, käytännöt ja selkeät hoitoketjut lisäävät potilasturvallisuutta. Lisäksi selkeät hoitoketjut lisäävät potilaan hoidon jatkuvuutta, mikä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. (Helleso ym. 2004, 570–571; King ym. 2008, 535.) Potilasturvallinen työskentelytapa on lisäksi kustannusvaikuttavaa toimintaa (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13, hakupäivä 8.3.2010).

Hoito- ja toimintaohjeet tulisi pohjautua tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon levityksessä on tärkeää, että tieto on selkeää, tiivistä, helposti omaksuttavaa, käyttäjäystävällistä ja lukijan äidinkielellä ymmärrettävää (Häggmann-Laitila 2009a, 9). Nämä seikat tulisi ottaa huomioon hoitoketjukuvausten jatkokehittämissä käytännön työkaluksi.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa tavoitteena on turvata kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut. Asuinpaikan ei tulisi rajoittaa tarvittavien palveluiden saantia (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta 2001, hakupäivä 6.1.2010). Hyvän saattohoidon toteutuksessa on tärkeää hoidon jatkuvuuden takaaminen sekä yhteistyö potilaan, omaisten ja hoitotyön ammattilaisten välillä. Saattohoitopotilaalla on oikeus kuolla läheistensä läheisyydessä kotonaan tai sairaalassa. Keskeisiä lähtökohtia tulisi olla kuolevan ihmisen tarpeiden ja toiveiden täyttäminen sekä hänen vakaumuksensa kunnioittaminen. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 13, 17, hakupäivä 6.12.2010.) Tulostemme mukaan osaamisen puute jatkohoitopaikoissa voi estää potilaan siirtymisen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja vuodeosastoilta kotiin. Toisin sanoen asuinpaikka voi vaikuttaa hyvän saattohoidon toteutumiseen.

Kivunhoidon erikoistekniikat oikein indikaatioin aloitettuina ovat tehokkaita (Burton ym. 2004, 239; Myers ym. 2010, 145–149). Osaamista tulisi lisätä siten, että erikoistekniikalla hoidettava kipu ei ole este potilaan siirtymiselle. Olemme tämän projektin puitteissa kouluttaneet terveydenhuollon henkilöstöä. Näkemyksemme mukaan kestävä ratkaisun saaminen tilanteeseen edellyttää eri toimijoiden välisen hoitoketjun kehittämisen, verkostoitumisen lisäämisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen sektorin välillä. Tutkimuksissa selkeillä hoitoketjuilla ja verkostoitumisella on saatu positiivisia vaikutuksia syöpäkipun hoitoon (Cringles 2002, 251–255; Brink-Huis ym. 2008, 1986–1987).

Moniammatillinen tiimityö edistää potilasturvallisuutta ja syöpäkipun hoidon laatua. Projektissamme moniammatillinen kehittämistyö on ollut mielenkiintoista. Työryhmien positiiviset palautteet osoittavat, että moniammatillinen eri organisaatioiden yhteistyö on kannattavaa. Potilaan näkökulmasta organisaatorajojen tulisi olla näkymättömiä. Yhteinen velvollisuutemme terveydenhuollon ammattilaisina on luoda palvelukokonaisuus, joka takaa potilaalle saumattoman ja turvallisen hoidon. Yhteistyöllä kipu hallintaan projektin vahvuudeksi arvioimme sen, että kipupotilaan hoitoketjun eri vaiheiden haasteet ovat tulleet näkyviksi. Projektityön seurauksena on mm. päivystysajan konsultatio-ongelma osittain ratkaistu. Kaikilla projektiin osallistuneilla organisaatioilla on nyt tieto mihin voi ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä tai ohjeiden saamiseksi päivystysaikana.

Opinnäytetyön tekeminen projektityönä on ollut antoisa kokemus. Osaamisemme projektityöstä ja projektin johtamisesta on lisääntynyt. Lisäksi tietämyksemme syöpäkivun hoidosta on syventynyt. Haastavaksi projektityön teki projektiorganisaation laajuus. Maantieteellisesti pisimmät etäisyydet olivat vajaa parisataa kilometriä, joten aikaa kului määränpäästä toiseen ajamiseen useampi tunti projektin aikana. Tiedottaminen oli myös haastavaa, kun työryhmän jäsenten lisäksi tiedotimme projektin etenemisestä myös eri organisaatioiden esimiehiä. Viestejä lähetettiin noin 80 henkilölle.

Aikataulutavoitteemme oli tiivis, ja saimme toteutettua projektimme aikataulussa. Tosin koimme lievää eroahdistusta projektin lopetusvaiheessa. Olisimme halunneet nähdä hoitoketjukuvausten ohjeistuksineen valmiina sähköisessä muodossa. Tämän projektin ajallisissa puitteissa se ei ole kuitenkaan mahdollista. Olemme kartoittaneet olemassa olevia ohjeita ja toimittaneet ne kipupoliklinikalle. Lohdullista on tietää, että kipupoli-klinikka jatkaa kuvauksen kehittämistä eteenpäin, kun me lopetamme tämän projektin. Olemme jatkokehittämistyössä edelleen mukana, mutta vetovastuu siirtyy nyt kipupoli-klinikalle. Pohjatyö on tehty, ja nykytila kartoitettu, joten seuraava askel on luoda hoitoketjukuvaus toimivaksi sähköiseen muotoon.

Jatkotutkimushaasteeksi muodostuu epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjun kehittäminen edelleen ja käytettävyyden ja vaikuttavuuden arviointi. Kivunhoidon erityistekniikoiden avulla kivunhoitoa saavat, ovat pieni ryhmä syöpäpotilaiden kivunhoitotyössä. Osittain siksi ammattilaiset kokevat epävarmuutta näitä hoitomenetelmiä kohtaan. Tilanne on lähes aina kuin uusi, kun tilanne kohdataan harvoin. Ohjeistusten tarve on siis tärkeä. Jatkohaasteena näemme suuremman kokonaisuuden hoitoketjun kehityksen. Pitäisi kehittää saattohoitopotilaan hoitoketju, joka sisältää myös kivunhoidon.

Saattohoidossa potilas tulee kohdata kokonaisvaltaisesti: fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, hengellisenä ja henkisenä ihmisenä. Kokonaisvaltaiseen ajatteluun sisältyy myös omaisten ja läheisten tukeminen, neuvonta ja käytännön asioiden ohjaus. (Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuolloneettisen neuvottelukunnan muistio 2003, 14.) Olisi mielenkiintoista kartoittaa syöpää sairastavan saattohoitopotilaan kokemuksia epiduraalisesta kivunhoidostaan. Kokevatko potilas ja omaiset, että heidät kohdattiin kokonaisvaltaisesti? Saivatko he riittävästi tukea, neuvontaa ja käytännön ohjausta? Miten orga-

nisaatorajat näkyvät potilaan kokemana? Tällainen tutkimus palvelisi hyvin asiakasläh-
töisyyden ideaa.

LÄHTEET

Alasoini, T. & Ramstad, E. 2007. Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia ja tulevaisuuden haasteita. Tykesraportteja 53. Helsinki: Työministeriö.

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. 2004a. Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing* 45 (4), 410–419.

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. 2004b. Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *Journal of Cancer Care* 13, 238–245.

Breivik, H., Cherny, N., Collet, B., de Conno, F., Fibet, M., Foubert, A.J., Cohen, R. & Dow, L. 2009. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology* 20, 1420–1433.

Brink-Huis, A., Achterberg, T., & Schoonhoven, L. 2008. Pain management: a review of organisation models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1986–2000.

Burton, A., Rajagopal, A., Shah, H., Mendoza, T., Cleeland, C., Hassenbuch, S. & Arens, J. 2004. Epidural and Intrathecal Analgesia is Effective in Treating Refractory Cancer Pain. *Pain Medicine* 5 (3), 239–247.

Cahana, A., Arigoni, F., & Robert, L. 2007. Attitudes and beliefs regarding the role of interventional pain management at the end of life among caregivers: a 4-year perspective. *Pain Practice* 7 (2), 103–109.

Colvin, L. & Fallon, M. 2008. Challenges in cancer pain management-bone pain. *European Journal of Cancer* 44, 1083–1090.

Colvin, L., Fallon, M. & Laird, B. 2008. Management of Cancer Pain: Basic Principles and Neuropathic Cancer Pain. *European Journal of Cancer* 44, 1078–1082.

Cringles, C, M. 2002. Developing an integrated care pathway to manage cancer pain across primary, secondary and tertiary care. *International Journal of Palliative Nursing* 8 (5), 247–255.

de Witt, R. & van Dam, F. 2001. From hospital to home care: a randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing* 36 (6), 742–754.

Dickenson, A. H. & Urch, C.E. 2008. Neuropathic pain in cancer. *European Journal of Cancer* 44, 1091–1096.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 –2013. 2009. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2009. Hakupäivä 8.3.2010.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus -kirjapaino Oy.

European cancer survey . 2007. www.epicsurvey.com. Hakupäivä 12.1.2010.

Ferrel, B., Levy, M.H. & Paice, J. 2008. Managing pain from advanced cancer in the palliative care setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 12 (4), 575–581.

Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2000. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Porvoo: WSOY.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Helleso, R., Lorensen, M., Sorensen, L. 2004. Challenging the information gap- the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical informatics* 73, 569–580.

Helmreich, R.L., Merritt A.C., & Wilhelm, J. A. 1999. The evolution of Crew Resource Management training in commercial Aviation. *International Journal of Aviation Psychology* 9 (1), 19–32.

Helovuori, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus - mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. *Hoitotyön vuosikirja 2009*. Sairaanhoidtajaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy, 99–116.

Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa. 2006. Suomen Akatemia. http://www.deski.fi/page.php?page_id=9&tiedote_id=3090. Hakupäivä 4.3.2010.

Hicks, R.W., Sikirica, V., Nelson, W., Schein, J.R., & Cousins, D.D. 2008. Medication errors involving patient controlled analgesia. *American Journal of Health – System Pharmacy* 65 (1), 429–440.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf. Hakupäivä 6.12.2010.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 1991. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>. Hakupäivä 19.2.2011.

Häggmann-Laitila, A. 2009a. Näyttöön perustuvan hoitotyötä edistävät tekijät - systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. *Tutkiva hoitotyö* 7 (2), 4–12.

Häggman-Laitila, A. 2009b. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen - systemoitu katsaus toimintamalleihin. *Tutkiva hoitotyö* 7 (3), 20–27.

Hänninen, J. 2003. Saattohoito. Saattopotilaan oireiden hoito. Duodecim. Helsinki: Gummerus.

Hänninen, J. 2004. Saattohoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Saarijärvi Offset Oy. 311–316.

Hänninen, J. & Vuorinen, E. 2010. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti 65 (18), 1606–1607.

IASP Pain terminology. 2007. http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728.

Idwall, E. & Ehrenberg, A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing 11 (6), 734–742.

Janhonen, S. & Nikkonen, N. 2001. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, N. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY. 7–20.

Janhonen, S. & Nikkonen, N. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jones, T. & Evans, D. 2000. Conducting a systematic review. Australian Critical care 13 (2). 66–71.

Järvimäki, V., Korhonen, R. & Vakkala, M. 2009. Toimintasuunnitelmarunko 2010. Oulun yliopistollinen sairaala, leikkaus- ja tehohoito, kipupoliklinikka.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 3. uudistettu painos.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009/9. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884. Hakupäivä 6.1.2010.

Kay, S., Husbands, E., Antrobus J. H. & Munday, D. 2007. Provision for advanced pain management techniques in adult palliative care: a national survey of anaesthetic pain specialists. *Palliative Medicine* 21. 279–284.

Keinänen, N. & Järvimäki, V. 2004. Syöpäkivun erikoishoidot. *Finnanest* 37 (4) 330–335.

Kettunen, S. 2009. *Onnistuu projektissa*. Juva: Bookwell Oy.

Kilpiö, A., Haho, P. & Vääntinen, M. 2005. Verkoston ja jaetun asiantuntijuuden tukeminen prosessisimuloinnin avulla. <http://kimppa.tkk.fi/kimppa/files/Verkoston%20ja%20jaetun%20asiantuntijuuden%20tukeminen%20prosessisimuloinnin%20avulla.pdf>. Hakupäivä 29.4.2010.

King, M., Jones, L., Richardson, A., Murad, S., Irving, A., Aslett, H., Ramsay, A., Coelho, H., Andreou, P., Tookmann, A., Mason, C. & Nazareth, I. 2008. The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed method study. *British Journal of cancer* 98, 529–536.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Sairaanhoidajaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy. 77–97.

Kivipelto, M. 2002. Kriittisen arvioinnin lähtökohdat ja mahdollisuudet sosiaalityön kehittämisesssä. *Janus* 10 (3), 217–236.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Hakupäivä 6.12.2010.

Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy. 360-374.

Linklater, GT., Leng, MEF., Tiernan, EJJ. & Chamber, WA. 2002. Pain management services in palliative care: a national survey. *Palliative Medicine* 16, 435–439.

Lääketieteen termit. 2010 Terveysportti. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti. Hakupäivä 20.11.2010.

Markkanen, K. 2009. Syöpäkivun hoito sattumanvaraista. *Helsingin Sanomat* 30.6.2009. <http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/L%C3%A4%C3%A4k%C3%A4ri+Sy%C3%B6p%C3%A4kivun+hoito+sattumanvaraista/1135247294732>. Hakupäivä 5.2.2011.

Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliativisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Suomalainen teologinen kirjallisuusseura. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Myers, J., Chan, V., Jarvin V. & Walker-Dilkks, C. 2010. Intraspinal techniques for pain management in cancer patients; a systematic review. *Support Care Cancer* 18 (2), 137–149.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY. 206–214.

Nonaka, I. 1998. The Knowledge-Creating Company. Teoksessa Neef, D., Siesfeld, G.A. & Cefola, J. (toim.) *The Economic Impact of Knowledge*. Woburn: Butterworth-Heinemann Publications. 175–188.

Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen lääkärilehti 65 (17), 1549–1551.

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Aikakausikirja Duodecim. 116 (17), 1821–1828.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsingin yliopisto: Väitöskirja. Helsinki: Edita.

Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? Duodecim 120 (6), 655–662.

Pelin, R. 2002. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pelin, R. 2008. Projektihallinnan käsikirja. 5.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Potilasturvallisuuden työkalut - työvaliokunta. 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidtajaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy. 181–190.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja- ja hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku. 46–57.

Pukkala, T., Dyba, T., Hakulinen, T. & Sankila, R. 2006. Syöpä 2015. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 68. Kuopio: Syöpäsäätiö. 6–16.

Rolin, K. 2002. Tieteen etiikka metodologian näkökulmasta. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino. 92–104.

Ruuska, K. 1994. Projekti hallintaan. Jyväskylä: Gummerus.

Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. 2003. ETENE. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf. Hakupäivä 14.5.2010.

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

Samuelsson, H., Malmberg, F., Erikson, M. & Hedner, T. 1995. Outcomes of Epidural Morphine treatment in cancer pain: Nine years of clinical experience. *Journal of Pain and Symptom Management* 10 (2), 105–112.

Seppänen-Järvelä, R. 1999. Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksia 104. Helsinki: Stakes.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin. – Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) *Kehittämistyön risteyskiä*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 17–34.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Snellman, E., 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa: *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Sairaanhoidtajaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy. 29–41.

Stakes - Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. 2002. Stakes. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf. Tuotanto ja toimitus, Stakes viestintä. Hakupäivä 20.11.2010.

Suomen perustuslaki.731/1999.1:1§.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>. Hakupäivä 6.12.2010

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. 2010. Työryhmäraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6.

http://www.stm.fi/c/dokument_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf. Hakupäivä 8.12.2010.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja. Yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Hakupäivä 15.8.2010. www.etene.org.

Terveydenhuoltolaki , 24§, HE 2010. http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_224_2010_p.shtml. Hakupäivä 6.3.2011.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuura, R., Nikula, S., Järvimäki, V., Antikainen, R., Kynsilehto, EA., Tähtinen, T., Vasala, K. & Nuutinen, M. 2005. Saattohoidossa olevan potilaan kivunhoito Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Hoitoketjutyön taustaselvitys. Suomen lääkäri-lehti 48 (60). 5013–5017.

Vainikainen, T. 2005. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä -ylläpito vaatii yhteishuoltaujuutta. Aikakauskirja Duodecim 121 (3), 2010–2013.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf. Hakupäivä 6.1.2010.

Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2006. Prosessiarviointimahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmaa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyksiä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 217–230.

Virtanen, P. 2000. Projektityö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuoden 2010 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-11165.pdf. Hakupäivä 6.12.2010.

Wolf, Z. R., Hick R. W., Altmiller G. & Bicknell P. 2009. Nursing student medication errors involving tubing and catheters: a descriptive study. *Nurse Education Today* 29 (6), 681–688.

LIITTEET

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

LIITE 1

Taulukko 1 Hakuprosessi

<p>Tutkimuksien sisäänottokriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none">- artikkelit tutkimusartikkeleita ja peer-reviewed artikkeleita- tutkimusten tulee liittyä syöpäkivun / epiduraalisen kivunhoidon toteutukseen, potilasturvallisuuteen tai hoidon jatkuvuuteen- tutkimusten tulee löytyä kokotekstinä- tutkimusten tulee olla vuosilta 2000–2009 <p><u>Haut tehty 15.1.–25.2.2010</u></p>

<p>Tulosten yhteenveto</p> <p>Otsikkotasolla katsaukseen valitut artikkelit</p> <table><tr><td>Chinal</td><td>4</td></tr><tr><td>Academic search elite</td><td>1</td></tr><tr><td>Elsevier</td><td>3</td></tr><tr><td>Medline</td><td>2</td></tr><tr><td>Pub Med</td><td>1</td></tr><tr><td>Medic</td><td>4</td></tr><tr><td>Nelli</td><td>4</td></tr><tr><td>Ebsco</td><td>3</td></tr><tr><td>Manuaalinen haku</td><td>3</td></tr></table> <p>Yhteensä 25 artikkelia</p>	Chinal	4	Academic search elite	1	Elsevier	3	Medline	2	Pub Med	1	Medic	4	Nelli	4	Ebsco	3	Manuaalinen haku	3
Chinal	4																	
Academic search elite	1																	
Elsevier	3																	
Medline	2																	
Pub Med	1																	
Medic	4																	
Nelli	4																	
Ebsco	3																	
Manuaalinen haku	3																	



<p>Poissulkukriteerit:</p> <p>Tutkimusmetodi ei selkeästi löydettävissä 8 kpl</p> <p>Tutkimusartikkeli ei aiheeseen liittyvä 2 kpl</p> <p>Yhteensä 15 artikkelia valittiin katsaukseen</p>
--

Taulukko 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessi

Hakusanat	Manuaalinen haku	Elsevier	Chinal	Medline	Academic search elite	Ovid	Pub Med	Medic	Nelli	Ebsco
Epidural/ spinal contynity of care	-	0	2	0	2	0	0	2	-	
Epidural / in tras-pinal and patient safety and continuity of care and care pathway or integrated professional working	-	0	0	0	1	0	0	0	-	0
cancer pain + epidural	-	350	320	8	95	150		2	-	8
cancer pain and care pathway, cancer pain and integrated professional working,		7	8	4	8	3	2	0		5
cancer pain and patient safety, cancer pain and continuity of carepatient discharge		9	5	2	5	-	-	-	-	
Syöpäkipu ja hoidon jatkuvuus	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Epiduraalinen kivunhoito and syöpä	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Journal of Oncology Nursing The Lancet									3	
Epidural + patient safety	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tutkimuksen lähdeluettelosta	1									
Internetistä ja asiantuntijoilta	2									

LIITE 2

KESKEISET TUTKIMUSTULOKSET

Taulukko 3. Keskeiset tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Epidural and Intrathecal Analgesia is Effective in Treating Refractory Cancer Pain Pain Medicine Vol 5 N:o 3. 2004 Allen W. Burton, Arun Rajagopal, Hermatn N. Shah, Tito Mendoza, Charles Cleeland, Samuel J. Hassenbuch and James F. Arens.	Tarkoitus oli tutkia, olivatko epiduralinen ja intratekaalinen kivunhoito tehokkaita vaativassa syöpäkivunhoidossa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 28 kuukauden seurantatutkimus. 87 potilasta, jotka olivat saaneet epiduraalista tai intratekaalista kivunhoitoa.	Spinaalisen kivunhoidon edut: - paransi potilaiden kivunhallintaa / hoitoa - vähensi oraalisten opioidien tarvetta - vähensi potilaiden sekavuutta ja uneliaisuutta
Cancer- related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes” Annals of Oncology 20:1440-1433. 2009 H. Breivk, N. Cherny, B. Collet, F. de Conno, M. Fibet, A..J Foubert, R. Cohen & L. Dow	Lisätä ymmärrystä syöpään liittyvästä kivusta ja sen hoidosta Euroopassa.	Haastattelututkimus 5084 aikuiselta, syöpäkivusta kärsivältä potilaalta 11 eri Euroopan maasta ja Israelista: Tsekkoslovakia Tanska Suomi Ranska Irlanti Israel Italia Norja Romania Ruotsi Itävalta Englanti	Kivun arviointi ja hoito eivät ole tavoitetasolla. Potilaat kokevat, että lääkärit hoitavat syöpää eivätkä huomioi kipua. Lääkärit eivät ymmärrä syöpäpotilaan kipua ja miten sitä hoidetaan. Syöpäkivun hoito tulisi priorisoida nykyistä tärkeämmälle sijalle terveydenhuollossa. Koulutusta lääkäreille, hoitajille ja muille ammattihenkilöille tulisi lisätä. Potilaan ohjausta tulisi lisätä. Kivun arviointia pitää kehittää. Hallitustasolta pitäisi tulla suuntaviivat ja menettelytavat, jotta kivunhoito otetaan riittävän vakavasti.
Pain management services in palliative care: a national survey Palliative Medicine 2002:16 :435-439 GT. Linklater, MEF Leng, EJJ Tiernan, WA Chambers	Tarkoitus tutkia palliatiiviseen hoitoon osallistuvien lääkäreiden näkemyksiä ja kokemuksia kivunhoidon erikoislääkäreiltä saadusta avusta (vaativan syöpäkivun hoidossa, esim. epiduraalinen kivunhoito).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kyselylomakkeet lähetettiin 280 palliatiivisen hoidon asiantuntijalle ja ylilääkärille.	Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli sitä mieltä, että konsultaatiota sai riittävästi. Tutkimustulokset osoittivat, että konsultaatio ja kivunhallintapalvelujen käyttö oli kuitenkin vähäistä. Syyt palvelujen vähäiselle käytölle oli muodollisten sopimusten ja kokemuksen puute sekä tutkimukseen osallistuneiden asenteet.

<p>Provision for advanced pain management techniques in adult palliative care: a national survey of anaesthetic pain specialists Palliative Medicine 2007; 21:279–284</p> <p>S. Kay, E. Husbands, J.H. Antrobus & D. Munday</p>	<p>Vuonna 2002 tehty kansallinen tutkimus toi esille, että kivunhoidon erikoislääkäreitä hyödynnettiin vähän vaativan syöpäkivunhoidossa (esim. epiduraalinen kivunhoito). Tässä tutkimuksessa pyrittiin vertailemaan G.T. Linklaterin saamia tutkimustuloksia osoittamalla kyselylomakkeet kivunhoidon erikoislääkäreille samoista aiheista.</p>	<p>Kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kysely lähetettiin 170:lle anestesialääkärille. Vastauksia palautui 160 kappaletta.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena on, että harvat anestesialääkärit osallistuvat integroituihin palliativisen syöpähoidon palveluihin. Vain pieni osa potilaista, jotka voisivat hyötyä vaativan syöpäkivunhoidon (esim. epiduraalinen) tekniikoista, hyötyvät siitä.</p> <p>Syyt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Läheteitä syöpätautien erikoislääkäreiltä anestesialääkäreille tulee liian vähän. - Resursseja on liian vähän. - Puute on myös muodollisista sopimuksista yhteistyöstä, myös moniammatillisesta yhteistyöstä.
<p>Saattohoidossa olevan potilaan kivunhoito Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Hoitoketjutyön taustaselvitys 2005</p> <p>Tuura, R., Nikula, S., Järvimäki, V., Antikainen, R., Kynsilehto, EA., Tähtinen, T., Vasala, K. & Nuutinen, M.</p>	<p>Tavoitteena kehittää saattohoidossa olevan potilaan kivunhoitoa.</p>	<p>Taustatietojen keräämiseksi tehtiin kyselyhoidon toteutuksesta kuntiin. Kysely lähetettiin sähköpostitse jokaiseen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntaan. Vastausprosentti kunta tasolla oli 59. Kyselyyn vastasi 18 lääkärinä ja 15 hoitajaa.</p>	<p>Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa saattohoitoa sekä saattohoitopotilaan kivunhoitoa oli ohjeistettu harvoin. Suurin osa vastaajista ilmoitti, että saattohoidon vastuuhenkilöitä ei ollut sovittu virkaaikana (60,6 %) eikä päivystysaikana (72,7 %) Vastauksissa tuli esille sekä lääkäreiden että hoitajien kivunhoidon koulutuksen ja ohjeistuksen tarve.</p>
<p>Intraspinal techniques for pain management in cancer patients; a systematic review. Support Care Cancer Vol :18, issue ;2, Feb. 2010 Tekijät: Myers Jeff, Chan Vincet, Jarvin Virginia, Walker- Dilks, Cindy</p>	<p>Tarkoituksena tutkia näyttöä siitä, onko intraspinaalinen kivunhoito tehokasta kivunhoitoa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tutkimustulokset: Näyttö tuki oletusta, että intraspinaaliset tekniikat ovat tehokkaita syöpäkivunhoidossa. Spinaalisen kivunhoidon indikaatioita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jos potilaalla oli kipua, jota ei pystytty hallitsemaan muilla annostelumenetelmillä. - Jos muilla annostelumenetelmillä lääkityksen sivuvaikutukset olivat sietämättömiä. <p>Tutkimuksen johtopäätös on, että intraspinaaliset tekniikat tulisi olla osa kattavaa syöpäkivunhoidon ohjelmaa, jota seuraa moniammatillinen terveydenhuollon tiimi.</p>

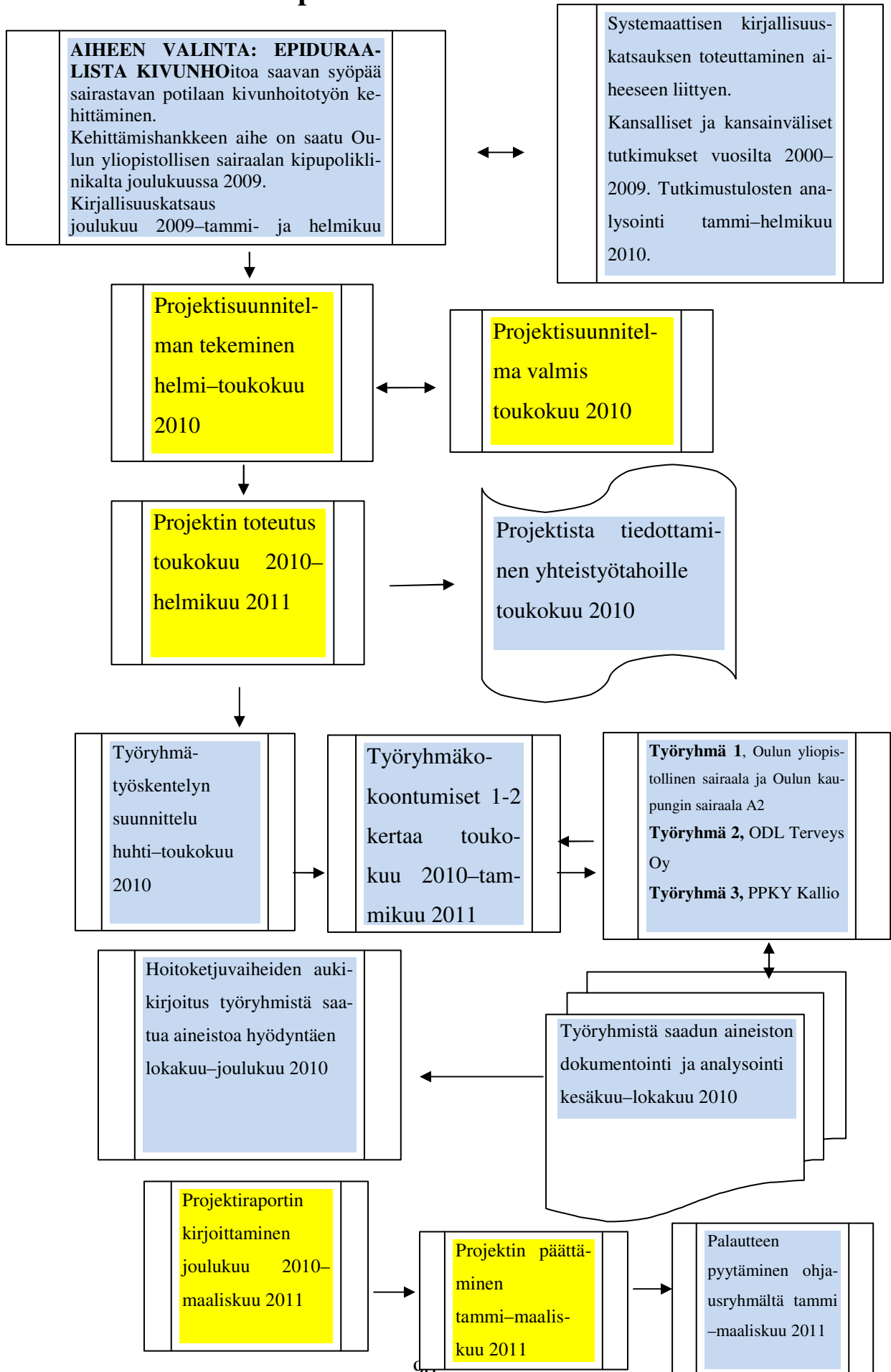
Managing pain from advanced cancer in the palliative care setting. B. Ferrel, M.H. Levy & J. Paice. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol 12, no. 4, 575- 581	Esittää ehdotuksia kivun hoidon arviointiin ja kivun etiologian selvitykseen hoitajien näkökulmasta.	Tapaustutkimus: 1 potilas + kirjallisuus	Hoitotyön tulisi sisältää täsmällinen arviointi kivusta ja potilaan henkisistä tarpeista. Hoidon tulisi toteutua tarkoituksenmukaisilla kipulääkkeillä.
Outcomes of Epidural Morphine treatment in cancer pain: Nine years of clinical experience Journal of Pain and Symptom Management. Vol 10, No. 2, 1995. H. Samuelsson, F. Malmberg, M. Erikson & T. Hedner	Selvittää epiduraalisen kivunhoidon tulokset syöpä sairastavan potilaan kivunhoidossa.	Kvantitatiivinen tutkimus. Otos: 9 vuoden ajan seurattu 9477 potilasta, näistä 146:lla potilaalla epiduraalinen kivunhoito.	70 % tapauksista tehokas hoitomuoto. Ongelmia: - Lääkityksen aiheuttamat sivuvaikutukset jotka johtivat katetrin poistoon , 5 / 146. - Katetrasta johtuvat ongelmat (tukkeuma, katetrin rikkoutuminen) 5/146. - Tulehdukset 2/146.
Attitudes and beliefs regarding the role of interventional pain management at the end of life among caregivers: a 4 -year perspective A.Cahana, F. Arigoni, &L. Robert. Pain Practice Vol 7, issue 2, 2007, 103-109		Kvalitatiivinen kaksiosainen kysely tutkimus palliatiiviseen hoitoon osallistuville hoitotyöntekijöille. Kysely 2002, haastattelut 2006.	Spinaalinen kivunhoito on haaste syöpäkivunhoidossa. Akuutille palliatiiviselle hoidolle ja palliatiivisen hoidon ohjelmille on kasvava tarve, mutta tämän tiedostaminen on puutteellista. Hoidon laadun lisääminen tiedostamalla asenteiden aiheuttamat esteet on tärkeää.
Medication errors involving patient – controlled analgesia Hicks, R.W., Sikirica, V., Nelson,W., Schein, JR., & Cousins, DD., Am. J Health –Syst Pharm-Vol 65, 2008 USA	Selvittää potilaaseen liittyvien lääkitysvirheiden esiintyminen ja luonne.	Retrospektiivinen analyysi Medmarx-tietokannasta, joka on kansallinen tietokanta, johon lääkitysvirheet saa raportoida. Tietoa kerättiin ajalta 7/2000–6/2005. Kvantitatiivinen analyysi. Aineistosta myös kvalitatiivinen narratiivinen analyysi.	Inhimilliset tekijät suurin syy lääkitysvirheissä: - 34%: ssa syy oli väärä lääkkeenanto tai pitoisuus. - 17,3 % tapauksista kysymyksessä oli väärä lääke. - 17,4 % johtui laiminlyönnistä - väärä ohjelmointi - 37,8 % työn keskeytys ja 26,3 % kokematon henkilökunta olivat suurimpia syitä virheille. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että kaikissa eri vaiheissa lääkitysvirheet ovat mahdollisia. Potilasturvallisuuden edistämiseksi on tärkeä seurata, korjata sekä minimoida kaikki virheen mahdollisuudet.
European cancer survey 2007	Syöpäkivun esiintyvyyttä, hoitoa ja vaikutusta Euroopan maissa tarkastellut laaja tutkimus.	Haastattelututkimus, jossa mukana 12 Euroopan maata ja 4824 syöpä sairastavaa potilasta. Suomesta muka-	Tutkimustulosten mukaan Suomi on eurooppalaisen keskiarvon alapuolella syöpäkivun hoidossa. Vahvoja opioideja käytetään Suomessa syöpäkivun hoi-

		na 384 syöpää sairastavaa potilasta	toon vähiten kaikista Euroopasta. Suomessa 75 % syöpäpotilaista kärsi kivuista päivittäin. 34 % potilaista, joilla oli päivittäin kipuja ja VAS > 5 ei saanut minkäänlaista kivunhoitoa.
Pain review Pain management: a review of organisation models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients Brink-Huis, A., Achterberg, T. & Schoonhoven, L. Journal of Clinical Nursing 2008	Kirjallisuuden avulla identifioida organisaation malleja syöpäkivun hallintaan, jotka sisältävät integroituja hoitoprosesseja, ja kuvata niiden tehokkuutta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineistot etsitty 1986–2006 aikana tietokannoista (MEDLINE, CHINAL, COCHRANE, CLINICAL EVIDENCE) ja julkaistusta kirjallisuudesta.	Institutionaaliset mallit, hoitoketjut ja konsultaatiopalvelut ovat kolme vaihtoehtoista mallia integroituihin hoitoprosesseihin syöpäkivun hoidon toteutuksessa. Hoitopolut ovat kattavia institutionaalisia malleja, konsultaatiopalvelut taas itsenäisiä. Konsultaatiopalvelut voisivat olla osa hoitopolkua. Kaikista kolmesta mallista on tullut positiivisia tuloksia potilaiden hoidon jatkuvuuden ja prosessien näkökulmasta. Tuloksista tulisi tehdä jatkuvaa arviointia, ja kipukonsultaatiopalvelua osana hoitoketjua olisi hyvä kehittää.
From hospital to home care: a randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain. Journal of Advanced Nursing, 2001 36. (6) 742- 754. R. de Witt & F. van Dam Englanti	Tutkia kotisairaanhoidajan roolia potilaan kivunhoidon arvioinnissa ja toteutuksessa sekä kivunhoidon opetusohjelman vaikutuksia kivunhoitoon.	104 potilasta ja 115 hoitajaa, jotka osallistuivat prospektiiviseen satunnaisotannalla kontrolloituun tutkimukseen.	Hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku olivat huonoa potilaan siirtyessä osastolta kotihoitoon. Vain 36 % kotisairaanhoidajista sai informaatiota potilaan kipuasioiden sairaalan hoitajien välityksellä. Keskusteluja kivusta käytiin potilaan kanssa paljon, 76 %, mutta interventioita kivun helpottumisesta tehtiin vähän. Kipukoulutuksen saaneet hoitajat olivat tyytyväisempiä potilaiden kivunhoitoon, mutta kivun arvioinnissa ei ollut vertailuryhmään verrattuna parannusta. Tiedonkulku muiden hoitohenkilöiden ja kotisairaanhoidajan välillä oli vähäistä. Intensiivisempää tiimityötä eri ammattiryhmien välillä tulisi kehittää, hoidon jatkuvuuden ja hyvän kivunhoidon takaamiseksi. Tiedon lisääntyminen kivunhoidosta ei automaattisesti siis muuta hoitajien ja potilaiden käytöstä.
Cancer patients` experiences of care related to pain management before and after palliative care referral Boström, B., Sandh M, D Lundberg, & B. Fridlund. Journal of Cancer Care 2004b. Vol 13, 238- 245	Selvittää syöpäpotilaiden kokemuksia hoidosta liittyen kivunhallintaan ennen ja jälkeen sitä, kun heidät ohjataan saattohoitoon. Lisäksi haluttiin selvittää korrelaatiota kivun hallinnan ja muun hoidon välillä.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus (75 potilasta)	Syöpäkivuista kärsivät potilaat hyötyivät saattohoitoon siirtymisestä. Hoidon jatkuvuuden tunne ja mahdollisuus puhua tilanteestaan paranivat ja potilaat kokivat turvallisuudentunnetta. Lääkehoidon lisäksi myös monet muut hoitotyön keinot ovat tärkeitä kivunhoidossa. Tarvetta olisi moniammatilliseen lähestymistapaan palliatiivisen poti-

Ruotsi			laaan kivunhoidossa.
<p>Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management.</p> <p>Boström, B., Sandh., Lundberg, D & Fridlund, B. Journal of advanced nursing, 2004a 45(4), 410-419</p>	<p>Kuvata, miten potilaat, joilla on syöpään liittyvää kipua, kokevat kivunhoitonsa palliatiivisessa hoidossa.</p>	<p>30 potilaan avoimiin kysymyksiin perustuva kyselyhaastattelu, fenomenologinen tutkimus</p>	<p>Potilaille on tärkeää avoin dialoginen keskustelu kaikista kipuun liittyvistä asioista. Kivunhoidon hyvä suunnittelu kaikkien hoitoon liittyvien tahojen välillä on tärkeää. Luottamus terveydenhuoltoon, erityisesti hoitajiin ja lääkäreihin, auttoi potilaiden sitoutumista ja kykyä kivunhoidon hallintaan. Mahdollisuus kivunhoitoon liittyviin keskusteluihin tuli varsin myöhään, usein vasta saattohoitotilasta astuessa kuvioihin. Potilaat toivoivat mahdollisimman hyvää kivunhoitoa mahdollisimman vähällä sivuvaikutuksilla.</p>

Kehittämishankkeen prosessikaavio

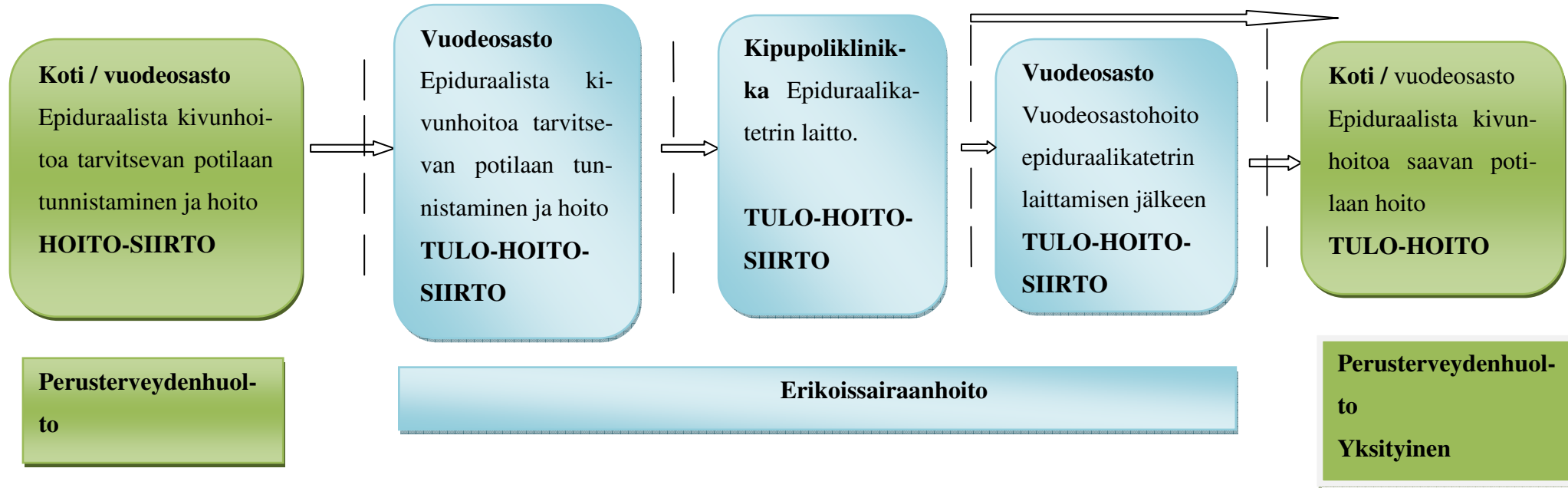
LIITE 3



Alustava hoitoketjukuvaus syöpää sairastavan epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoidosta

LIITE 4

TEHTY 6.9.2010



Hoidon rajapinta, siirtymävaihe

HOITOKETJUN TEEMOJEN OPERATIONAALISTAMISKAAVIO

LIITE 5

