



Teemu Latola
Mari Lyyra

Sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnalle kirurgisella vuodeosastolla

Asiantuntijuuden hyödyntäminen hoitotyössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja AMK
Hoitotyön koulutusohjelma
11.5.2012

Tekijät	Teemu Latola Mari Lyyra
Otsikko	Sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnalle kirurgisella vuodeosastolla
Sivumäärä	43 sivua + 1 liite
Aika	11.5.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	lehtori, TtM Tuija Uski-Tallqvist lehtori, TtM Minna Elomaa-Krapu
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnalle kirurgisella vuodeosastolla. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien odotuksista vuodeosastojen ja kipuklinikan henkilökunnalle yhteistyön kehittämiseksi. Työn teoriaosuus muodostui perehtymällä tutkimuksiin ja kirjallisuuteen sekä HYKS:in Kipuklinikalta saatuihin aineistoihin. Teoriaosuudessa käsitellään sairaanhoitajan asiantuntijuutta sekä postoperatiivista kipua ja sen hoidon merkitystä. Työssä kuvataan myös HUS:issa toimivien APS-kipuhoitajien toimenkuva. Sairaanhoitajien odotuksia kartoitimme kolmelle kirurgiselle vuodeosastolle suunnatulla, puolistrukturoidulla lomakekyselyllä.</p> <p>Kyselyn tuloksista voidaan päätellä, että APS-kipuhoitajan toimenkuvassa luetellut koulutusmuodot eivät vaikuta vastaavaan sairaanhoitajien odotuksia ja tarpeita. APS-kipuhoitajan toimenkuvaa tulisi tarkastella erityisesti koulutuksen sekä vuodeosastoilla toteutettavien työtehtävien osalta niin, että sairaanhoitajien todelliset konsultaatiotarpeet ja APS-kipuhoitajien rajalliset resurssit kohtaisivat paremmin tuottaen potilasta parhaiten hyödyntävää moniammatillista osaamista.</p> <p>APS-kipuhoitajalta odotettujen työtehtävien skaala on laaja ja vaatii APS-kipuhoitajalta kykyä siirtyä suurien kokonaisuuksien hallinnasta yksityiskohtaiseen käytännön hoitotyöhön. APS-kipuhoitajan asiantuntijuuden hyödyntäminen ei ehkä ole riittävällä tasolla postoperatiivisen kivunhoidon, kivun kroonistumisen ehkäisemisen ja tehokkaan kivunhoidon jatkuvuuden näkökulmasta. APS-kipuhoitajien määrää tulisi lisätä nykyisestä, mikäli toimenkuvaan ei saada tarkennusta tai APS-kipuhoitajalle kuuluvaksi oletettuja päivittäisiä hoitotoimia ei pystytä delegoimaan kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajille tehokkaammin.</p>	
Avainsanat	APS-kipuhoitaja, asiantuntijuus, postoperatiivinen kivunhoito

Authors	Teemu Latola Mari Lyyra
Title	What Registered Nurses on a Surgical Ward Expect from an Acute Pain Service Nurse
Number of Pages	43 pages + 1 appendix
Date	11 May 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	lecturer Tuija Uski-Tallqvist lecturer Minna Elomaa-Krapu
<p>The purpose of our study was to chart what registered nurses on a surgical ward expected from an acute pain service nurse. The aim of our study was to gather information on the expectations of the registered nurses to improve the collaboration between HUS surgical wards and HYKS Pain Clinic, Helsinki, Finland. The theoretical part of our study includes the aspects of expertise in nursing and acute postoperative pain and the importance of the management of postoperative pain. Additionally, the job description of an APS nurse is included. Data for this study was collected with a questionnaire on three surgical wards.</p> <p>We found that the job description of an APS nurse did not meet the expectations the registered nurses had, especially regarding the training provided by an APS nurse. Nevertheless, the registered nurses highly valued the expertise of an APS nurse and expected her/him to provide up-to-date information on managing acute postoperative pain.</p> <p>The duties of an APS nurse include a wide range of tasks. The expertise of an APS nurse may not be fully utilized when it comes to managing postoperative pain, preventing chronic pain and continuity of efficient pain management. In the future, the number of APS nurses should be increased to make the most of the expertise APS nurses have to offer.</p>	
Keywords	nurse-led acute pain service, expertise, postoperative pain management

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Asiantuntijuus hoitotyössä	3
2.1	Asiantuntijuus käsitteenä	3
2.2	Hoitotyön asiantuntija	4
2.2.1	Hoitotyön asiantuntijan roolit – aloittelijasta asiantuntijaksi	4
2.2.2	Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi	5
2.2.3	Auktoriteetti ja ammatillinen kasvu	6
2.2.4	Asiantuntijuuden johtaminen	7
2.3	Asiantuntijuuden kollektiivisuus moniammatillisessa työkuulttuurissa	7
3	Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla	10
3.1	Postoperatiivisen kivun luonne	10
3.2	Postoperatiivisen kivunhoidon merkitys	12
3.3	Postoperatiivisen kivun ja kivunhoidon arviointi	14
3.4	Postoperatiivisen kivunhoidon haasteet	15
4	APS-kipuhoitaja	17
4.1	APS-kivunhoidon alku	17
4.2	APS-kipuhoitajan toimenkuva HUS:ssa	18
4.3	APS-toimintaa Suomessa ja muualla	19
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset	21
6	Aineiston keruu ja analysointi	22
7	Tulokset	24
7.1	Taustatiedot	24
7.2	Kivunhoidon koulutus	24
7.3	Yhteistyö	27
7.4	Toimenkuva ja työtehtävät	28
7.5	Merkityksellisyys	30
7.6	Sanallinen palaute	31
8	Kyselyn eettisyys ja luotettavuus	33
9	Pohdinta	35
9.1	Koulutusmuodot ja koulutuksen sisältö	35
9.2	Toimenkuva ja tehtävät	36
9.3	APS-kipuhoitajan asiantuntijuus	38
9.4	APS-kivunhoitoon osallistuvat tahot ja hoidon jatkuvuus	38
9.5	Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset	39
	Lähteet	40
	Julkaisemattomat lähteet	43
	Liitteet	
	Liite 1. Kyselylomake saatekirjeineen	

1 Johdanto

Postoperatiivisen kivun hyvä hoito on osa potilaan laadukasta hoitoa. Akuutin kivun tehokas hoito ehkäisee kivun kroonistumista ja edistää hyvän hoitokokemuksen syntymistä. Hyvä kivunhoito luo potilasturvallisuutta, toisaalta paljolti lääkinnällisin keinoin toteutettava kivunhoito vaatii toteuttajiltaan asiantuntijuutta, huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta. Kivuttomuus on yksi hoitotyön tavoitteista, ja se korostuu erityisesti kirurgisten potilaiden hoidossa. Vaikka kivunhoidon merkitystä on viime vuosikymmenten aikana korostettu, potilaat kokevat kipua ja useissa tutkimuksissa on havaittu kivunhoidon olevan nykyisellään riittämätöntä.

Kivunhoidon haasteisiin on pyritty vastaamaan keskittämällä kivunhoidon asiantuntijuutta erityiskoulutetuille kipuhoitajille. APS-kipuhoitaja (acute pain service) on kuitenkin vielä tuntematon käsite jopa alalla työskenteleville. APS-kivunhoidon mallista on tehty ulkomailta runsaasti tutkimuksia, mutta Suomessa aihetta on tutkittu vain vähän. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä Kipuklinikka koordinoi ja ylläpitää APS-kipuhoitajien toimintaa. Se on luonut oman toimintamallinsa APS-kipuhoitajien toiminnalle hyödyntäen 1980- ja 1990-luvulla kuvattuja malleja.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnasta kirurgisella vuodeosastolla hoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien odotuksista vuodeosastojen ja kipuklinikan henkilökunnalle yhteistyön kehittämiseksi.

Työmme teoreettinen osuus käsittelee asiantuntijuutta hoitotyössä sekä postoperatiivista kivunhoitoa ja sen merkitystä kirurgisella vuodeosastolla. Lisäksi pyrimme selvittämään APS-kipuhoitajan toimenkuvaa. Teimme lomakekyselyn kolmella kirurgisella vuodeosastolla työskenteleville sairaanhoitajille selvittääksemme, millaisia odotuksia heillä on APS-kipuhoitajan toiminnalle.

Työn tilaajana on Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Kipuklinikka. Tämä opinnäytetyö on osa Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä –hanketta.

2 Asiantuntijuus hoitotyössä

Asiantuntijuus ja sen johtaminen ovat viime vuosikymmeninä nousseet keskeisiksi menestystekijöiksi kilpailukykyisten yritysten toimintasuunnitelmissa ja niitä on sekä tutkittu että käsitelty kirjallisuudessa laajasti. Hoitotyön asiantuntijuus ei ole sekään käsitteenä uusi ja tutkittua tietoa on paljon. Tuloksellisuus ja tavoitteellinen toiminta yhdistettynä potilaan kokemaan hyvään ja potilasturvallisuuteen ovat asiantuntijuuden muodostumisen, sen ylläpitämisen ja hyödyntämisen sekä johtamisen tärkeimmät lähtökohdat.

2.1 Asiantuntijuus käsitteenä

Asiantuntijuus määritellään älyllisenä toimintana, jossa tieteellinen, teoreettinen, moniulotteinen ja abstrakti tieto yhdistyy asiantuntijan soveltamana käytäntöön. Asiantuntijan oletetaan tuovan teoreettiseen eli formaaliin tietoon myös omiin havaintoihinsa perustuvaa kokemuksellista, praktista tietoa. Asiantuntijuus ilmenee ainutkertaisten, monitahoisten ja usein itsenäistä ongelmanratkaisukykyä vaativien tilanteiden toimintoina, joiden lopputuloksena syntyy parhaimmillaan uutta kokemuksellista tietoa. Tästä uudesta tiedosta käytetään hoitotyössä yleisesti nimitystä näyttöön perustuva tieto. Asiantuntija toimii siten paitsi olemassa olevan teoreettisen ja kokemuksellisen tiedon hyödyntäjänä myös uuden tiedon luoja toimimalla tietoisena tiedostaan, ajattelustaan ja oppimisestaan. Asiantuntijuuteen liittykin olennaisena osana jatkuva oppiminen, ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittyminen reflektoinnin ja itsesäätelyn keinoin metakognitiivisen tiedon avulla. Asiantuntijalta odotetaan tiedon ja kokemuksen lisäksi myös erinäisiä persoonaan liittyviä ominaisuuksia, joissa korostuvat vuorovaikutus- ja viestintätaidot sekä päätöksentekokyky. Nyky-yhteiskunnassa ammatilliseen asiantuntijuuteen liittyy lisäksi valtiovallan antama suoja toiminnalle ammattinimikkeen ja sen kuvaaman ammatin harjoittamisen oikeutuksen kautta. Asiantuntijalla onkin yhteiskunnallinen rooli, jonka velvollisuudet ja vastuut yltyvät yksittäisiä toimintoja laajemmalle alueelle, jopa yhteiskunnalliselle tasolle. (Mäkipää – Hahtela 2011: 34-42; Mäkipää – Korhonen 2011: 12-23; Konttinen 1997: 51-56; Salminen ym. 2001: 3-4; Rokka 2004: 35-41, 47-49, 56; Pirttilä-Backman 1997: 223-224.)

2.2 Hoitotyön asiantuntija

Hoitotyön asiantuntija on sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimiva henkilö, jolla on sekä hoitotyön koulutus että ylempi korkeakoulututkinto. Koulutuksen näkökulmasta asiantuntijaosaaminen syntyy peruskoulutuksen jälkeen suoritettavassa jatkotutkinnossa, esimerkiksi ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon yhteydessä. Yhdessä työelämän kanssa suunniteltujen, koulutusohjelmakohtaisten jatkotutkintojen tavoitteena on muodostaa sellaista tietoa, taitoa ja osaamista, että työelämän vaativat asiantuntija- ja johtamistehtävät ovat koulutetulle henkilölle mahdollisia urasuuntautumisvaihtoehtoja. (Luukkainen – Uosukainen 2011: 99-101.)

Hoitotyön asiantuntijan toimintaa voidaan tarkastella potilas-, hoitaja- ja organisaatiotasolla. Yleisen asiantuntijuuden määritelmän sisältämien ominaisuuksien lisäksi hoitotyön asiantuntijan työssä korostuvat ohjaus, käytännönläheisyys ja näyttöön perustuva toiminta. Hoitotyön asiantuntijuuden keskeisenä kriteerinä pidetään myös kykyä kehittää toimintaa. (Salminen ym. 2001: 3-4.)

2.2.1 Hoitotyön asiantuntijan roolit – aloittelijasta asiantuntijaksi

Salmisen ym. (2001: 4-12) mukaan Adams Scottin (1999: 183-190) ja Bamfordin ja Gibsonin (2000) tutkimuksissa hoitotyön asiantuntijan toiminta jaetaan viiteen rooliin: välittömän hoitotyön kehittäjä, konsultti, kouluttaja, tutkija ja johtaja.

Välittömän hoitotyön kehittäjän roolissa hoitotyön asiantuntija pyrkii yhdessä muiden hoitajien kanssa yksittäisten potilaiden hoidon suunnitteluun ja yhtenäistämiseen usein yli osastorajojen. Tällöin asiantuntija on laajemman organisaatiokokonaisuuden käytävissä ja vaikuttaa muiden hoitajien työhön tuomalla asiantuntijuuttaan heidän käyttöönsä esimerkiksi tieteellisten tutkimusten, teknologisen tietämyksen, uusien käytäntöjen ja tuotteiden muodossa. (Salminen ym. 2001: 4-12; Scott 1999: 183-190.)

Konsultti tuo oman asiantuntijuutensa ongelmanratkaisuun silloin, kun organisaation omat resurssit ja keinot eivät siihen riitä. Konsultti toimii neuvonantajana ja pyrkii saamaan aikaan muutoksen kulloisenkin organisaation toiminnassa. Konsultin toiminnan kohteena on useimmiten hoitajakollega. Muita toiminnan kohteita voivat olla potilaat ja

muut hoitotyön sidosryhmät. Konsultaatio voi olla myös sisäistä, jolloin oman organisaation piiristä löydetään asiantuntijuus yhteiseen käyttöön potilaan hoitamiseen. Ulkoisen konsultin rooli voi olla vaikea muun muassa ulkopuolisuuden aiheuttaman valta-puutoksen vuoksi. (Salminen ym. 2001: 4-12; Scott 1999: 183-190.)

Kouluttajan roolissa hoitotyön asiantuntijan ohjausosaaminen korostuu. Kouluttajan tehtävänä on paitsi koulutuksen tarpeen ja kohderyhmien tunnistaminen myös sen toteutus ja arviointi. Kouluttajan roolissa menestyminen edellyttää pedagogista asiantuntijuutta. (Salminen ym. 2001: 4-12; Scott 1999: 183-190.)

Hoitotyön asiantuntijan rooliin tutkijana kuuluu tieteellisen tiedon ja tutkimusten etsiminen, tulkinta, toteuttaminen ja välittäminen. Tutkijan rooli on laaja-alainen ja tehtävät vaihtelevat suuresti niin vaativuudeltaan kuin kohderyhmän koolta. Tutkimusosaamiseen lisäksi asiantuntijan tulee kyetä kouluttamaan ja opastamaan henkilökuntaa tutkimuksien analysoinnissa ja hyödyntämisessä. Hoitotyön kehittäminen tutkitun tiedon pohjalta korostuu. (Salminen ym. 2001: 4-12; Scott 1999: 183-190.)

Hoitotieteen uranuurtaja Patricia Benner (1999: 183-196) liittää hoitotyön asiantuntijuuteen tietojen ja taitojen hankkimismalliin perustuvan luokittelun aloittelijasta asiantuntijuuteen. Aloittelijan hankkiessa tietonsa ammatillisesta koulutuksesta edistynyt aloittelija liittää tiedonhankintaprosessiinsa jo käytännön ammatissa toimimisen. Pätevä hoitotyön ammattilainen on ehtinyt hankkia kokemusta jo enemmän, ja taitava hoitaja on siirtymävaiheessa asiantuntijuuteen. Benner määrittelee asiantuntijuuden hoitotyössä tiedolliseksi toiminnaksi, jossa yhdistyvät tieto, taito, kokemus, kokonaiskuvan näkeminen, intuitio ja ennakoitukyky saumattomina kytkentöinä siten, että jokainen toiminto on ainutkertainen ja potilaskohtainen empatian ja emotion keinoin. Hoitotyön asiantuntijuus vaatii siten itseluottamusta ja omaan osaamiseen nojaavaa autoritääristä päätöksentekokykyä potilaan ja hänen läheistensä parhaaksi.

2.2.2 Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi

Kompetenssi tarkoittaa kykyä tehdä annettu tehtävä omasta ja muiden näkökulmasta hyvin. Kompetenssi eli pätevyys koostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, ihmissuh-teista, arvoista ja asenteista sekä motivaatiosta, energiasta ja henkilökohtaisista omi-

naisuuksista. Kompetenssi voi olla tietoista ja tiedostamatonta, mutta lopputulos on sama: henkilö suoriutuu annetuista tehtävistä hyvin. (Hildén 2002: 33.)

Hildénin (2002: 33-36) mukaan ammatillinen pätevyys koostuu ydinpätevydestä, johon kuuluvat potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvät välttämättömät tiedot ja taidot (esimerkiksi lääkehoidon hallinta, välineiden käytön hallinta ja ravitsemuksesta huolehtiminen). Ammatilliseen pätevyyteen kuuluu lisäksi erikoispätevyys, joka käsittää määrätyn potilasjoukon (esimerkiksi sydäntautipotilaan) hoitotyön tiedot ja taidot. Ammatillisessa yleispätevydessä ydin- ja erikoispätevyys yhdistyvät asiantuntijalta vaadittujen ominaisuuksien myötävaikutuksella laadukkaaksi hoitotyön toteuttamiseksi.

2.2.3 Auktoriteetti ja ammatillinen kasvu

Bennerin (1999: 174-196) kuvaama asiantuntijuuden auktoriteetti ei ole itsestäänselvyys etenäkään silloin, kun asiantuntija on organisaation ulkopuolinen konsultti tai kouluttaja. Kirchbaum ym. (2000) toteavat, että muutosvastarinta ja vieraan mukaantulo voivat viedä asiantuntijalta uskottavuutta, mikäli liittyminen työyhteisöön ei onnistu. (Salmisen ym. 2001: 7 mukaan).

Hoitotyön asiantuntijuutta ei perinteisesti ole arvostettu samalla tavoin kuin esimerkiksi lääkärin asiantuntijuutta ja siihen perustuvaa tiedollista auktoriteettia (Mäkipää ja Korhonen 2011: 12). Asiantuntijuuteen eli tietoon perustuvan auktoriteetin vähäisyyteen vaikuttavat lisäksi terveyteen ja sairauksiin liittyvän tiedon helppo saatavuus teknologisten innovaatioiden, kuten internetin, ansiosta sekä hoitotieteellisten kysymysten jokapäiväisyys ihmisten elämässä (potilas on enenevässä määrin itse oman sairautensa asiantuntija). Auktoriteetin puuttumiseen vaikuttaa myös se, ettei hoitotiedettä ole onnistuttu nostamaan lääketieteen nauttiman arvostuksen tasolle. (Mäkipää ja Korhonen 2011: 12-14; Eräsaari 1997: 68-69.)

Asiantuntijuuden toteutumisen keskeinen edellytys on ammatillinen kasvu, joka voi jäädä organisatoristen ja hoitokulttuurisidonnaisten olosuhteiden vuoksi toteutumatta. Hoitotyön toteuttaminen saattaa olla rutiininomaista suorittamista, jolloin asiantuntijuuden eri osa-alueet eivät pääse kehittymään (esimerkiksi ohjaustilanteiden rutinoitu-

minen). Moniammatillinen yhteistyö, ammatillinen kasvu ja hoitotyön arvo- ja tietoperustan toteutuminen voivat pahimmassa tapauksessa jäädä muiden ammattiryhmien, yleensä lääkäreiden, odotusten ja ohjauksen vuoksi pelkiksi ideologisiksi ajatuksiksi. Tällainen kulttuuri ei tue hoitotyön asiantuntijuuden kehittymistä eikä siten edistä laadukkaan hoidon toteutumista. (Laakkonen 2004: 158-160.)

2.2.4 Asiantuntijuuden johtaminen

Kansteen (2011: 126-138) mukaan asiantuntijuudenkin johtaminen perustuu tuloksellisuuteen ja tehokkuuteen. Asiantuntija puolestaan tähtää erityisosaamisen ylläpitoon, välittämiseen muille hoitajille sekä erityisesti oman osaamisen ja koko organisaation toiminnan kehittämiseen. Asiantuntijatyöllä ja sen johtamisella on siis jo lähtökohtaisesti eriävät tavoitteet, jotka johtavat helposti ristiriitoihin.

Asiantuntijuus pohjautuu suureen määrään tietoa, taitoja ja kokemusta. Näiden omaksuminen ja oppiminen vaativat hoitotyöntekijältä kunnianhimoa, halua onnistua sekä innostusta työtään kohtaan. Saavutetun asiantuntija-aseman tuoma vastuu harvoin sisältää samansuuruisia valtaa vaikuttaa työn tekemiseen ja sen kehittämiseen. (Kanste 2011: 126-138).

Asiantuntijan johtaminen vaatii niin ikään joustavuutta ja vaikutusmahdollisuuksien antamista mutta myös kannustamista, auttamista, tukea ja toimintaresurssien varmistamista. Näin toimimalla ehkäistään asiantuntijatehtävässä toimivien työntekijöiden turhautuminen, ylikuormittuminen ja työssä uupuminen. (Kanste 2011: 126-138).

2.3 Asiantuntijuuden kollektiivisuus moniammatillisessa työ kulttuurissa

Launis (1997: 122-133) tunnustaa Bennerin pystysuuntaiseen, yksilökeskeiseen kehittymiseen perustuvan tutkimusmallin olemassaolon niin tietoperusteisena kuin kokeemukseen ja intuitioon perustuvina näkökulmina. Launis kuitenkin tähdentää, ettei asiantuntijuutta voida tarkastella pelkästään yksilökeskeisellä, pystysuuntaisella kehityksellä. Asiantuntijuuden laajempi käsitys perustuu asiantuntijaorganisaatioissa työskentelevien henkilöiden pitkälle erikoistuneeseen asiantuntijuuteen, joka vaatii horisontaalista, yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen perustuvaa moniammatillista asiantuntijuutta

ongelmien ratkaisemiseksi. Esteitä tälle toimintatavalle muodostavat kankeat ja perinteiset toimintatavat, vaikka toiminnan uudistaminen vaatisi juuri päinvastaista, reviierejä rikkovaa yhteistyötä:

Moniammatillisuus edellyttää asiantuntijuuden horisontaalisen, rajoja ylittävän näkökulman nostamista yhdeksi tärkeäksi kehittämisen perusteeksi.

Launis (1997) viittaa asiantuntijatyön kehityksessä Engeströmin (1995) asiantuntijuuden uuteen organisoitumismalliin, jossa itseohjautuvat tiimit tuottavat työn sisältöön, yhteistyöhön ja rajoja rikkovaan, avoimeen tiedonkulkuun perustuvia ratkaisuja. Uudenlaisessa organisaatiossa asiantuntija toimii useissa erilaisissa tiimeissä, joissa kokoonpanot, asiantuntijat ja roolit vaihtelevat jatkuvasti.

Varjopuolina Launis (1997) toteaa yksilön psyykkisen kuormittumisen, joka osaltaan saattaa johtua asiantuntijuuden johtamisen puutteista ja ongelmista, sekä innovatiivista ongelmanratkaisua estävän, toisten asiantuntijuutta arvostavan reviiirajattelun. Toimivassa moniammatillisessa asiantuntijatiimissä korostuvatkin niin esimiesten johtamisosaaminen kuin tiimin kyky käsitellä yleisen tason kysymysten sijaan työnsä arkeen kuuluvia konkreettisia tilanteita ja asioita (niin sanottuja rajakohteita) ilman ristiriitoja ja erilaisuutta, myös erilaista osaamista hyödyntäen.

Mäkipää ja Korhonen (2011: 16) kuvaavat kollektiivisen asiantuntijuuden osuvasti:

Osaaminen ja asiantuntijuus eivät ole nykyajan työelämässä enää yhden henkilön taito, vaan tiimien ja verkostojen yhteisöllinen tuote. Yksittäinen asiantuntija ei voi hankkia kaikkea tietoa, jota asiantuntijat yhdessä omaavat. Kollektiivinen asiantuntijuus syntyy asiantuntijoiden ryhmän vuorovaikutuksessa.

Korhonen ja Holopainen (2011: 53-61) ulottavat vuorovaikutuksen koskemaan niin ulkoisia asiakkaita (potilaat ja heidän omaisensa) kuin sisäisiä asiakkaita (organisaation muut yksiköt ja asiantuntijat). Sisäisten asiakkuuksien laadukkuus mahdollistaa laadukkaat palvelut ulkoisille asiakkaille vain silloin, kun asiantuntijoiden keskinäinen yhteistyö ja kunnioitus sekä asiantuntijuuden johtaminen luovat asiantuntijaorganisaatiolle vaaditut toiminnan puitteet.

Korhosen ja Holopaisen (2011: 53-61) käsityksen mukaan moniammatillinen tiimityö on hoitotyön keskeisin kollektiivisen asiantuntijuuden ilmentymä. Moniammatillinen työs-

kentely vaatii osallistujiltaan yksilöllistä asiantuntijuuden kehittämistä mutta myös avoimuutta, vastavuoroisuutta ja luottamusta. Edelleen onnistunut osallistuminen moniammatilliseen toimintaan edellyttää yhteenkuuluvuuden tunteen syntymistä, osallistujien tietoisuutta omasta roolistaan sekä, kuten edellä on jo todettu, asiantuntijan rohkeutta ja kykyä ylittää oman osaamisalueensa rajat. Näin moniammatillisen tiimin toiminnalla saavutetaan yksittäisten asiantuntijoiden osaamista korkeampi osaamisen taso koko työyhteisön ja erityisesti hoidettavan asiakkaan hyödyksi.

Kollegiaalisuus käsitetään yleisimmin ammattikunnan jäsenten yhteistyöksi ja yhteishengeksi. Sen sijaan, että kollegiaalisuus estäisi moniammatillisen asiantuntijuuden syntymisen, työyhteisöissä tulee vallita palautteen antamista ja vastaanottamista tukeva rohkeuden ilmapiiri. Oikealla tavalla kollegiaalisessa työyhteisössä erilaiset osaamiset valjastetaan osaksi korkeamman asiantuntijuuden syntymistä jakamalla osaamista, keskittymällä syyttelyn sijasta ongelmanratkaisuun, vertaisarvioinnilla, mentoroinnilla ja kollegiaalisella tuella, jolloin esimerkiksi vastavalmistunut ja jo pitempään ammatissa toiminut sairaanhoitaja voivat oppia toinen toisiltaan luottamuksellisessa ja avoimessa hengessä. (Kotila – Knuutila 2001: 62-72.)

3 Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla

Kivusta kärsivän potilaan hoitotyössä sairaanhoitajan tulee hallita erilaisia tiedonalueita. Sairanhoitajan tiedot kivun anatomiasta ja fysiologiasta, mekanismeista sekä luokitte- luista ovat tärkeitä työkaluja kivunhoidossa. Sairanhoitajan tulee osata tunnistaa poti- laan kipu ja hallita erilaiset hoidossa käytettävät menetelmät. Kivun ja kivunhoidon arviointi ovat suuri osa postoperatiivisen potilaan hoitoa. Potilasta hoitaessaan sairaan- hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan itsensä esille tuomat asiat ja arviot kivusta sekä huomioida potilaan kipukokemukseen vaikuttavat tekijät (potilaan kokemukset, psyko- logiset ominaisuudet, geneettiset tekijät, toiveet) ja ymmärtää myös ympäristön vaiku- tus kipuun. Hyvää kivunhoitoa toteuttaessaan sairaanhoitaja pitää tietonsa ja taitonsa ajan tasalla, on motivoinut työhönsä ja tiedostaa oman asenteensa hoidon suhteen. (Salanterä – Hagelberg – Kauppila – Närhi 2006: 8-15.)

3.1 Postoperatiivisen kivun luonne

Kipu voidaan jaotella kestonsa mukaan akuutiksi tai krooniseksi. Akuutin kivun tehtä- vänä on varoittaa uhkaavasta kudოსvauriosta ja sen aiheuttaja on usein tiedossa (esi- merkiksi toimenpiteen tai vamman aiheuttama kipu). Akuuttia kipua pystytään hoita- maan tehokkaasti ja se yleensä paraneekin kudოსvaurion parantuessa. Kipua sanotaan krooniseksi, kun se on kestänyt yli 3-6 kuukautta tai kivun kesto ylittää kudoksen odo- tetun paranemisajan. (Kalso – Elomaa – Estlander – Granström 2009: 104 -106.)

Kipua luokitellaan myös sen mekanismin mukaan. Mekanismin mukaisesti kipu luokitel- laan nosiseptiiviseksi, neuropaattiseksi tai idiopaattiseksi. Nosiseptiivisessä kivussa ki- pureseptorit eli nosiseptorit aktivoituvat kudოსvaurion tai sen aiheuttaman uhan vaiku- tuksesta. Kudოსvaurion yhteydessä vapautuu tulehduksen välittäjäaineita, jotka herkis- tävät kipureseptoreita ärsykeille. Tämän kaltainen kudოსvaurion aiheuttama kipu on paikannettavissa ja se usein helpottaa vamman parannuttua. Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermoperäistä kiputilaa. Idiopaattisesta kivusta puhutaan silloin, jos kivulle ei löydetä somaattista aiheuttajaa (kudოსvauriota tai hermoperäistä). (Salanterä ym. 2006: 33-38.)

Postoperatiivinen eli leikkauksenjälkeinen kipu johtuu leikkauksen aiheuttamista kudosaivaurioista ja on usein lyhytaikaista ja ohimenevää. Näin ollen postoperatiivinen kipu luokitellaan akuutiksi kivuksi ja myös nosiseptiiviseksi kivuksi. Postoperatiiviseen kipuun ja sen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä on useita. Näistä vaikuttavimpia ovat leikkauksen laajuus ja siinä käytetty tekniikka, haavan koko ja sijainti sekä potilaan aiemmat kipukokemukset ja kipuherkkyys. Ortopedisen leikkauksen jälkeen potilas voi kokea kovaa kipua, varsinkin siinä vaiheessa, kun leikkauksen jälkeinen mobilisointi alkaa. Ne leikkaukset, joiden aiheuttama kipu tuntuu hengityselinten alueella, ovat kivuliaimpia (esimerkiksi rintaontelon leikkaukset, ylävatsan leikkaukset). Pintaleikkausten jälkeen koettu kipu on usein lievempää. Myös monet asentoihin liittyvät asiat voivat vaikuttaa kipuun. Leikkauksen aikainen asento ja leikkauksen jälkeiset liikerajoitukset voivat aiheuttaa erilaisia lihaskipuja; hoitotoimenpiteiden aikainen asennon muutos tai kääntely voi aiheuttaa lisäkipua. Potilaan kipukokemusta voivat voimistaa erilaiset ympäristöön liittyvät tekijät (esimerkiksi rauhaton ympäristö tai varomaton kuljetus) ja toipumisen komplikaatiot (esimerkiksi leikkaushaavan tulehtuminen). (Hamunen – Kalso 2009: 280-282; Holmia – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 2008: 71.)

Kivun kokeminen on aina yksilöllistä ja sidoksissa potilaan aiempiin kipukokemuksiin. Psykologiset ominaisuudet ja subjektiiviset tuntemukset ovat kipukokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Potilaan pelon tuntemukset sekä erilaiset uskomukset kivusta voivat lisätä kipukokemusta, ja pelko voi myös sekoittaa kipuun. Kipu voi aiheuttaa ahdistusta ja masennusta, mutta toisaalta myös ahdistus ja masennus voivat lisätä kipua. Leikkausta edeltävä ahdistus ja masennus voivat myös ennakoita leikkauksen jälkeistä kipua. Potilas voi oppia kivustaan ja näin ollen oppia hallitsemaan sitä jossain määrin. Muita kivun kokemiseen ja kivun esiintymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä ja sukupuoli sekä geneettiset tekijät. On todettu, että naiset kokevat miehiä enemmän postoperatiivisista kipua ja kivun kokeminen muuttuu iän myötä. Geneettiset tekijät voivat vaikuttaa kipuherkyyteen sekä kipulääkkeiden vaikuttavuuteen. Preoperatiivinen eli ennen leikkausta tapahtuva ohjaus on tärkeä osa postoperatiivisen hoidon onnistumisessa. Vanhan sanonnan mukaan tieto lisää tuskaa, mutta postoperatiivisen kivun hoidossa on hyvän preoperatiivisen ohjauksen ja tiedon antamisen todettu lieventävän potilaan kokemaa ahdistusta ja näin ollen myös kivun kokemista. (Hamunen – Kalso 2009: 278-281; Salanterä ym. 2006: 21, 54-58, 92-93.)

3.2 Postoperatiivisen kivunhoidon merkitys

Postoperatiivisen kivunhoidon tavoitteena on potilaan kivuttomuus tai sellainen olotila, jossa potilas tulee toimeen kipunsa kanssa. Tällä tarkoitetaan sitä, että potilaan kivut lieventyvät niin paljon, että hän kykenee keskittymään kuntoutumiseen leikkauksen jälkeen. Tavoitteena on myös se, että kipujen syy on sekä potilaan että hoitavan henkilökunnan tiedossa. Parhaalla mahdollisella kivunhoidolla pystytään vaikuttamaan potilaan kivun kokemiseen ja mielialaan. Hyvä kivunhoito nopeuttaa potilaan toipumista vähentämällä henkistä ja fyysistä stressiä, parantamalla aloitekykyä ja liikkuvuutta, estämällä komplikaatioiden syntymistä ja kroonisen kiputilan kehittymistä sekä parantamalla potilaan elintoimintoja. (Holmia ym. 2008: 71-74.)

Huonosti hoidettu leikkauksen jälkeinen kipu aiheuttaa potilaalle inhimillistä kärsimystä sekä fyysisiä ongelmia. Vaikka akuutin kivun ensisijaisena tehtävänä on suojella elimistöä ja ehkäistä lisävaurioita, aiheuttaa se huonosti hoidettuna elimistössä stressireaktion, jolloin eri elinjärjestelmissä tapahtuu ei-toivottuja muutoksia (taulukko 1). Voimakas kipu aktivoi hermoston sympaattista järjestelmää ja lisää näin sydämen työtä sykkeen ja verenpaineen kohotessa. Verenkierroksen jakautumisessa tapahtuu tällöin muutoksia ääreisverenkierron vastuksen noustessa. Tämä ja myös mahdolliset verisuonten lihasspasmit saattavat saada aikaan kudosten happivajeen ja haavan paraneminen heikentyy. Sydämen lisääntynyt työmäärä voi johtaa sydäninfarktiin. Kipu vaikuttaa myös hengityselimistön toimintaan. Hengitystilavuus pienentyy ja hapettuminen heikentyy, kun keuhkojen ja alveolien tuuletus heikentyy. Tällöin keuhkorakkulat painuvat kasaan, nesteitä kertyy hengitysteihin ja infektioherkkyys lisääntyy. Ruuansulatuselimistössä stressireaktio näkyy mahalaukun ja suolen toiminnan heikentymisenä (motiliteetti eli liikkuvuus heikentyy). Myös virtsan määrä vähenee. Tämä voi johtaa ummetukseen tai jopa suolen lamaantumiseen. Akuutti hoitamaton kipu vaikuttaa haitallisesti myös hormonitoimintaan ja lihaksiston toimintaan. (Bateman Rothley – Therrien 2002: 240-241; Hamunen – Kalso 2009: 278-279; Macintyre – Schug 2007: 3-6.)

Taulukko 1. Akuutin kivun haitallisia vaikutuksia (mukaiillen Hamunen – Kalso 2009: 278-279.)

Sydän- ja verenkiertoelimistö	rytmihäiriöt, verenkierron jakautumisen muutokset, takykardia, hypertensio, laskimoveritulpat, keuhkoembolia, ääreisverenkierron kohonnut vastus, sydänlihaksen hapenkulutuksen lisääntyminen, laskimopaluun huonontuminen
Hengityselimistö	hengitystilavuuden pienentyminen, atelektasit, yskimisen heikentyminen, hypoksemia, infektiot
Ruuansulatuselimistö, virtsatiet	motiliteetin heikkeneminen, virtsaretentio
Endokrinologinen ja metabolinen stressivaste	katabolisten hormonien erityis lisääntyy (mm. anabolisten hormonien erityis vähentyy (insuliini, testosteroni)
Lihaksisto	immobilisaatio, lihasspasmit
Psykologiset vaikutukset	pelko, ahdistus, masennus, unettomuus
Kivun pitkittyminen	kivun kroonistuminen, hidastunut toipuminen, toimintakyvyn lasku

Aikainen liikkeelle lähtö leikkauksen jälkeen on tärkeää potilaan toipumisen kannalta. Voimakas ja huonosti hoidettu postoperatiivinen kipu johtaa liikkumisen välttelyyn. Huonosti hoidettu leikkauksen jälkeinen kipu johtaa siis kuntoutumisen hidastumiseen, potilaiden tyytymättömyyteen, pidentyneeseen sairaalassaoloon ja näin ollen myös kustannusten nousuun, vaikka lääkkeellisen kivunhoidon osuus postoperatiivisen hoitotyön kustannuksissa on pieni. (Hutchison 2007: 2-5; Koo 2007: 11-15.)

Akuutti leikkauksen jälkeinen kipu voi myös kroonistua. Kivun kroonistumista ennakoivia tekijöitä on tutkittu jonkin verran, ja altistaviksi tekijöiksi on esitetty leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuutta, kudonsvaurion laajuutta sekä leikkauksen aikaisia komplikaatioita. Potilaaseen liittyviä altistavia tekijöitä pitkittyneelle kivulle ovat esimerkiksi potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat, aiemmat kipukokemukset sekä ahdistus ja masennus. Hyvän leikkaustekniikan on osoitettu vähentävän postoperatiivisen kivun pitkittymistä, mutta myös hyvällä kivunhoidolla voi olla merkitystä. (Hamunen – Kalso 2009: 290-292; Kalso ym. 2009: 106-107.) Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuden vaikutusta kivun pitkittymiseen tukee Hollannissa tehty tutkimus (Peters – Sommer – van Kleef – Marcus 2010: 1518-1527). Tutkimuksessa mitattiin potilaan elämänlaatua ennen leikkausta, puoli vuotta leikkauksen jälkeen sekä vuosi leikkauksen jälkeen. Eri-laisia kyselykaavakkeita sekä kipupäiväkirjaa käytettiin toimintakyvyn, kivun ja psyykkisen hyvinvoinnin mittaamiseen. Tutkimuksen mukaan akuutti postoperatiivinen kipu,

leikkauksen kesto ja potilaan kunto ennen leikkausta olivat merkittävimmät ennustavat tekijät kuntoutumiselle ja kivun pitkittymiselle.

3.3 Postoperatiivisen kivun ja kivunhoidon arviointi

Kivun arviointiin käytettäviä välineitä ja menetelmiä on useita. Kuten aiemmin todettiin, akuutti kipu näkyy elintoiminnoissa (syke kohoaa, hengitystiheys nousee, virtsamäärä vähentyy). Näistä merkeistä sairaanhoitaja voi tarkkailla ja arvioida potilaansa kipua. Aiemmin todettiin myös, että kipu on yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus, minkä vuoksi pelkkä sairaanhoitajan arvio kivun voimakkuudesta ei riitä, vaan kivusta tulee kysyä myös potilaalta itseltään. Potilaan oman arvion lisäksi sairaanhoitaja voi tarkkailla potilaan kipukäyttäytymistä. Tällöin arvioinnin lähteenä käytetään ilmeitä, asentoja, itkuja ja ääntelehtimistä. Kivulias potilas voi olla hermostunut, ärtyisiä ja ahdistunut. Kipua tulee arvioida sekä levossa että liikkeellä ollessa. Jos potilas ei itse kykene arvioimaan kipuaan (esimerkiksi tajuton potilas), tulee hoitajan silloin tukeutua kivun arvioinnissa tekemiinsä havaintoihin potilaan voinnissa ja sen muutoksissa. (Salanterä ym. 2006: 75-78.)

Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia apuvälineitä ja mitta-asteikkoja. Useat mittavälineet kuvaavat lähinnä kivun voimakkuutta. Moniulotteisilla kivun arviointimittareilla voidaan arvioida myös kivun luonnetta ja esiintymistä. Kivun voimakkuutta mittaavia apuvälineitä ovat muun muassa VAS-mittari (visual analogue scale), NRS (numerical rating scale) sekä VDS (verbal descriptor scale). VAS-mittari on kymmenen senttimetriä pitkä kipukiila tai kipujana. Kiilan toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen sietämättömän voimakasta kipua. Potilas osoittaa kiilan kohdalla kokemansa kivun astetta. Kiilan kääntöpuolella on mitta-asteikko, josta voidaan katsoa potilaan osoittaman kohdan numeerinen vastine (0-10 tai 0-100). NRS-mittarissa käytetään numeerista arviointias- teikkoa, jonka mukaan 0 tarkoittaa, että potilas ei koe kipua ja 10 merkitsee pahinta mahdollista kipukokemusta. Asteikko voi myös olla 0 – 100. VDS-mittari kuvaa sanallisesti koettua kipua. Lasten hoitotyössä hyödyllinen apuväline voi olla kipukasvomittari, jossa on kolme tai useampi kasvokuva, jotka ilmentävä kipua tai kivuttomuutta. Kaikkien mittareiden käytössä on ensiarvoisen tärkeää varmistua siitä, että potilas on ymmärtänyt mittarin käyttötarkoituksen. Moniulotteista kehonkuva-kipumittaria käytettäessä saadaan selville myös kivun sijainti, luonne ja esiintyvyys. Kroonista kipua hoidet-

taessa käytetään laajempia, moniosaisia haastattelukaavakkeita. Kipua mitatessa valitaan potilaalle helppokäyttöisin ja mieluisin mittari. Mitatut tulokset tulee kirjata ylös potilasasiakirjoihin. Luotettavinta mittaus on silloin, kun potilaan hoidossa käytetään jokaisella kerralla samaa mittaria. (Salanterä ym. 2006: 83-90; Macintyre – Schug 2007: 24-30.)

Kivunhoidon arviointi on yhtä tärkeää kuin itse kivunkin arviointi. Kivunhoidon arvioinnin lähtökohtana on sille asetetut tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla yksinkertaisia ja realistisia ja ne tulee suunnitella yhdessä potilaan kanssa. Yksinkertaisimmillaan kivunhoidon arviointi näkyy potilasasiakirjoihin kirjattuna auttamiskeinon vaikuttavuutena. Hoidon vaikuttavuuden lisäksi arvioidaan mahdollisia haitta- ja sivuvaikutuksia. Akuutin kivun lääkehoidossa kivun arviointi tulee tehdä 20 – 30 minuutin kuluttua lääkkeen ottamisesta. Kivun ja kivunhoidon arviointi tehdään yhdessä potilaan kanssa. Jos potilaan kipua ei auttamiskeinoista huolimatta lievenny, tulee miettiä, mikä kivunhoidossa ei ole onnistunut. (Holmia ym. 2008: 181; Salanterä ym. 2006: 101.)

3.4 Postoperatiivisen kivunhoidon haasteet

Tutkimustulosten valossa on yleisesti osoitettu se, että kivunhoito on riittämätöntä. Nämä tulokset ovat johtaneet useisiin tutkimuksiin siitä, miksi näin on ja mitkä tekijät estävät hyvää kivunhoitoa. Estävät tekijät voidaan jakaa karkeasti kolmeen luokkaan: potilaasta, hoitajasta sekä organisatorisista tekijöistä johtuvat. Prieur (2002: 32-51) kuvasi pro gradu -tutkielmassaan potilaiden kipukokemuksia sairaalassa, tyytyväisyyttä kivunhoitoon sekä heidän asenteitaan kipuun ja kivunhoitoon. Potilaat olivat tyytyväisiä kivunhoitoonsa, vaikka yli puolet oli kokenut sairaalassaolon aikana kipua ja viidesosa ei ollut saanut tietoa kivusta ja siihen saamastaan lääkityksestä. Potilaasta johtuva kivunhoidon haasteellisuus kävi myös ilmi Prieurin tutkielmassa. Sen mukaan yli kolmasosa potilaista hyväksyi kovaa kipua ennen avun pyytämistä. Riippuvuutta kipulääkitykseen pelkäsi puolet potilaista, kolmasosan mielestä hyvin käyttäytyvän potilaan ei tule puhua kivustaan. Näitä tuloksia tukee myös kulttuurin vaikutus kivun ilmaisemiseen. Pohjoiseurooppalaiset kokevat, että kipua tulee kestää ja tulee pärjätä mahdollisimman pitkään omillaan. Etelä-Euroopassa taas potilaat ilmaisevat kipuaan suurellesesti, ja saavat huomiota kipuunsa. Suomalaisairaaloitten potilasaineiston alati kansainvälisty-

essä tulisikin siis kiinnittää huomiota kulttuurin tuomiin vaihteluihin kivun ilmaisussa hyvän kivunhoidon takaamiseksi. (Vainio 2009: 31-34.)

Carrin (2007: 200-208) mukaan ikääntyvä väestö lisää kipuongelmien esiintyvyyttä. Hänen mukaansa hyvän kivunhoidon toteutumisen esteenä on potilaiden tietämättömyys kivusta, sen mekanismeista ja tarkoituksista. Potilaat ovat huolissaan kivunhoidon haittavaikutuksista ja pelkäävät hallinnantunteen menetystä. Artikkelissaan hän toteaa myös, että hoitajien ajankäytössä kivunhoito ei ole yleisen asenteen mukaisesti ykkösijalla. Sairaaloiden käytännöt voivat hidastaa kivunhoidon toteuttamista (esimerkiksi kaksoistarkistukset lääkehoidossa). Hänen uskomuksenaan on, että yleisen tiedon lisääminen kivusta ja sen vaikutuksista voi johtaa parempaan kivunhoitoon. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa (Dihle – Bjolseth – Helseth 2006: 469-479) todettiin hoitajien tekemisten ja sanomisten välillä olevan ristiriitoja. Hoitajien työtä seurattiin, ja tämän jälkeen heitä haastateltiin. Tuloksista ilmenee, että hoitajat tekivät eri asioita kuin sanoivat tekevänsä. Johtopäätöksenä todettiin, että hoitajien koulutusta tulisi lisätä, jotta teoriatieto siirtyisi myös käytännön työhön. Iranissa tutkittiin hoitajien käsityksiä kivunhoidon esteistä. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että hoitajien saama koulutus on riittämätöntä. Tuloksista ilmenivät myös henkilökunnan vähyden aiheuttamat ongelmat sekä resurssien ja tarvikkeiden puuttuminen. (Rejeh – Ahmadi – Mohammadi – Kazemnejad – Anoosheh 2009: 274-281.) Maniasin (2003: 585-594) tekemässä tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeinä kivun arviointia ja auttamismenetelmien käyttöä, mutta eivät huomioineet arvioinnissaan potilaan ahdistusta. Hoitotyön suunnitelmallisuuteen ei kiinnitetty huomiota eivätkä hoitajat arvioineet toteutunutta hoitotyötä muun hoitohenkilökunnan kanssa.

4 APS-kipuhoitaja

APS-kipuhoitajien tehtävät ja asiantuntijuuden kehityskaari alkaa 1980-luvulta Yhdysvalloista. Järjestelmää kehitettiin 1990-luvulla sairaanhoitajapainotteisemmaksi ja kustannustehokkaammaksi Ruotsissa. Sittemmin APS-kivunhoitotiimit ovat yleistyneet nopeasti ympäri maailmaa yksilöllisinä, kunkin sairaalan potilas- ja henkilöstörakennetta mukailevina ratkaisuinä.

4.1 APS-kivunhoidon alku

APS-kivunhoito lanseerattiin 1980-luvun lopussa, jolloin anestesiaalääkäreiden ryhmä L. Brian Readyn (1988) johdolla kehitti vielä pitkälti anestesiaalääkäreiden toimintaan ja koulutukseen pohjaavan postoperatiivisen kivunhoidon järjestelmän. Jo tuolloin aihetta tutkineet lääkärit, professorit ja erikoistuneet sairaanhoitajat totesivat postoperatiivisen kivunhoidon olevan tehokkaimmillaan silloin, kun osaston sairaanhoitajat koulutettiin toteuttamaan niin epiduraalitaalään annettavaa kuin kipupumpulla potilaan itse hallinnoimaa lääkkeellistä kivunhoitoa. Molemmat menetit olivat tuolloin vielä verrattain uusia ja sairaanhoitajien koulutus APS-toimintaan sisälsi lähinnä osastolla toteutettavan lääkinällisen kivunhoidon menetelmiä (epiduraalitaalään annettava opioidihoito, PCA). APS-kivunhoidon alkuvaiheissa painotettiin lääkehoidon haittavaikutusten, erityisesti hengityslaman, ennakkointia, ehkäisyä ja hoitoa. Potilaiden monitorointi nähtiin tutkimuksessa tärkeänä osa-alueena.

Readyn tutkimuksessa keskityttiin APS-toiminnan luomiseen ja kehittämiseen enimmäkseen anestesiaalääkäreiden näkökulmasta. Rawal ja Berggren (1994) kehittivät Örebrossa, Ruotsissa, ensimmäisen sairaanhoitajien toimintaan perustuvan postoperatiivisen kivunhoidon mallin, jolla haettiin APS-kivunhoitoon kustannustehokkuutta. Rawal ja Berggren tiedostivat tehokkaan postoperatiivisen kivunhoidon vaativan uusien lääkintäteknikoiden sijaan tehokkaampaa kivunhoidon organisoitumista siten, että laadukas ja riittävä kivunhoito olisi ympärivuorokautisesti yhä useampien leikkauspotilaiden saatavilla. Näin syntyi sairaanhoitajien toimintaan perustuva, anestesiaalääkäreiden valvoma APS-kivunhoitomalli, jossa oli ensi kerran mukana APN (acute pain nurse), kivunhoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. Mallissa osastonhoitajan osuus oli suuri.

4.2 APS-kipuhoitajan toimenkuva HUS:ssa

Kipuklinikan alaisuudessa työskentelevien APS-kipuhoitajien toimenkuva käsittää potilastyön, koulutuksen, kivunhoidon kehitystyön ja moniammatillisen yhteistyön kokonaisuudet. APS-kipuhoitajat toimivat leikkauksenjälkeisen kivunhoidon asiantuntijana ja kehittäjänä. APS-kipuhoitajien tulee hallita kivunhoidon ja kirurgisen potilaan hoitotyön lisäksi anestesiologiaa sekä kivunhoidossa käytettävien lääkeaineiden farmakologiaa. APS-kipuhoitajan tulee olla tarkka ja järjestelmällinen, hyvät vuorovaikutustaidot ovat ensisijaisen tärkeitä. APS-kipuhoitaja on ensisijainen postoperatiivisen kivunhoidon konsultti osastojen sairaanhoitajille konsultoiden itse tarvittaessa anestesia lääkäriä. (Tornivuori 2008.)

Seuraavassa on yhteenveto Kipuklinikan tuottamasta APS-kipuhoitajan toimenkuvasta Tornivuoren (2008) mukaan. APS-kipuhoitajien osallistuminen potilastyöhön keskittyy PCA-kivunhoidon menetelmiin, epiduraalitaalannettavan kivunhoitoon sekä kesto-puudutuksiin. Erityisosaamista vaativat kivunhoitopotilaat (esimerkiksi erityisen kivuliaat, pelokkaat, vahvaa opiaattilääkitystä käyttävät tai huumetaustan omaavat potilaat) ovat APS-kipuhoitajan päivittäisen kierron piirissä. APS-kipuhoitaja kartoittaa hoidettavan potilaan tilan potilasasiakirjoihin tutustuen ja potilasta hoitavien sairaanhoitajien kanssa keskustellen. APS-kipuhoitaja arvioi potilaan kipua ja annettua kivunhoitoa sitä tarpeen mukaan muokaten. APS-kipuhoitajan tehtävänä on niin ikään potilasohjaus, kivunhoidon komplikaatioiden esto, hoidettavan potilaan voinnin päivittäinen seuranta erityiskivunhoidon tarpeen päättymiseen saakka sekä toisinaan myös kipulääkityksen tarpeen arviointi kotiutusvaiheessa.

Kirurgisten vuodeosastojen henkilökunta saa APS-kipuhoitajalta koulutusta potilaskoh- taisena tilanneopetuksena, pienryhmäkoulutuksena (esimerkiksi noin 20 kertaa vuo- dessa pidettävä uusien sairaanhoitajien koulutus), osastotunteina tarpeen mukaan sekä kivunhoidon minisymposiumeissa kahdesti vuodessa. Tämän lisäksi APS-kipuhoitajat tapaavat osastojen kipuvastaavia neljästi vuodessa, perehdyttävät anestesiahoitajia henkilökohtaisesti, osallistuvat uusien anestesia lääkäreiden perehdytykseen sekä luen- noivat niin käytännön harjoittelussa oleville opiskelijoille kuin oppilaitoksissa useamman kerran vuodessa. (Tornivuori 2008.)

Kivunhoidon kehittäminen tapahtuu enimmäkseen APS-työryhmässä, jossa APS-kipuhoitaja luo kivunhoidon prosesseja, seuraa kivunhoidon tuloksia ja laatua, arvioi kivunhoidossa käytettävää laitteistoa ja materiaalia kehittäen niitä tuotespesialistien kanssa sekä kehittää kivunhoitoon liittyviä ohjeita, lomakkeita ja sähköisiä tietojärjestelmiä. Oman ammattitaidon jatkuva kehittäminen on osa jokaisen sairaanhoitajan, niin myös APS-kipuhoitajan, toimintaa. (Tornivuori 2008.)

Moniammatillisen postoperatiivisen kivunhoidon toimintakenttään kuuluvat niin potilaan leikkaukseen ja hoitoon osallistuvat tahot kuin ulkopuoliset yhteistyökumppanit (esimerkiksi tuotespesialistit). APS-kipuhoitaja toimii tiiviissä yhteistyössä Kipuklinikan kanssa erityisesti kroonistuvan kivun ehkäisemiseksi sekä syöpäpotilaiden postoperatiivisen kivunhoidon jatkuvuuden takaamiseksi. (Tornivuori 2008.)

4.3 APS-toimintaa Suomessa ja muualla

Suomessa APS-toiminta on verrattain uutta, joten sitä ei juurikaan ole tutkittu. Muissa maissa APS-toimintaa on tutkittu jonkin verran, mutta kansainvälisesti sovitun toimintaohjeen puuttuessa näitä tutkimustuloksia on vaikea vertailla. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS) APS-toimintaa on harjoitettu vuodesta 2004. TYKS:n toimintamallin päätavoitteena on saavuttaa mahdollisimman tehokas postoperatiivinen kivunlievitys mahdollisimman vähin haittavaikutuksin. Tavoitteisiin kuuluu myös akuutin kivun kroonistumisen ehkäisy henkilökunnan tietotaitoa lisäämällä. Yhdenmukaisilla käytännöillä lisätään potilasturvallisuutta. APS-tiimin (vastuulääkäri ja APS-hoitaja) tehtäviin kuuluu akuutin postoperatiivisen kivun hoito yhdessä vuodeosastojen henkilökunnan kanssa, henkilökunnan koulutus, potilasohjaus, hoitomenetelmien kehittäminen, kivunhoidon arviointi ja kivun tutkimus. Kivunhoidon kehittäminen ja laaduntarkkailu kuuluu myös tiimin vastuulle. Toiminnasta saadun palautteen mukaan osastojen ja toimenpideyksiköiden henkilökunta on kokenut saavansa uutta tietoa ja tukea arjen kivunhoitotyöhön. Myös potilailta saatu palaute on ollut positiivista. (Kharroubi – Törmänen 2009: 235-236.)

Keski-Pohjanmaan Keskussairaalassa toteutettiin kivunhoidon kehittämisprojekti vuonna 2002. Projektin tavoitteena oli muun muassa kivunhoidon ohjauksen ja opastamisen tehostaminen, kivun mittaamisen ja arvioinnin tehostaminen, kivunhoidon erityismene-

telmien kirjallisten ohjeiden laatiminen sekä potilasohjauksen tehostaminen. Tavoitteiden täytyminen loi pohjan APS-toiminnan aloittamiselle. (Kinnunen 2003: 31-46.)

Englannissa kivunhoidon organisoitu toiminta lisääntyi huomattavasti 1990-luvulla, kun tutkimustuloksista havaittiin suurimman osan potilaista kokevan kohtalaista tai kovaa postoperatiivista kipua. Kivunhoidosta ja sen organisoinnista tehtiin suosituksia ja näin APS-toiminta alkoi kasvaa. APT-ryhmät (Acute Pain Team) ovat vastuussa APS-toiminnasta. APT-toiminta on edelleen lisääntynyt Englannissa 1990-luvulta, ja sillä on merkittävä rooli kivunhoidossa käytettävien menetelmien (PCA, epiduraalikatetri) käytön lisäämisessä. APT-toiminnan vaikuttavuus on ylettynyt kivunhoidon koulutukseen ja käytäntöjen ohjeistamiseen sekä kivunhoidon tutkimukseen ja kehittämiseen. (McDonnell – Nicholl – Read 2003: 387-393.) Uudessa-Seelannissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Gleeson – Carryer 2010: 14-26) sairaanhoitajat ovat yleisesti tyytyväisiä APS-palveluihin. Kyselyn tuottaman palautteen mukaan APS-toiminnan saatavuutta halutaan lisää (ympäri vuorokautinen saatavuus), mutta resurssien puitteissa tämä ei ole mahdollista.

Nasir, Howard, Joshi ja Hill (2011) tutkivat APS-toimintaa ja sen struktuuria Yhdysvalloissa. Tutkimuksessa todettiin APS-toiminnan olevan laajalle levinnyttä, mutta toimintaohjeet ja APS-tiimin tehtävät vaihtelivat suuresti sairaaloiden kesken. Yleisin postoperatiivisen kivun hoidossa käytetty menetelmä Yhdysvalloissa on PCA, ja sen käyttöä valvoivat kirurgit ilman APS-tiimin osallistumista. Nasirin ym. (2011) mukaan sairaanhoitajien koulutus PCA-hoitoon liittyvissä asioissa voisi parantaa kivunhoidon tehokkuutta sekä potilaiden tyytyväisyyttä.

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnasta kirurgisella vuodeosastolla hoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien odotuksista vuodeosastojen ja kipuklinikan henkilökunnalle yhteistyön kehittämiseksi.

Opinnäytetyön kysymykset olivat:

1. Millaista asiantuntijuutta APS-kipuhoitajan odotetaan tuovan osaston ja sairaanhoitajan toimintaan kivun hoidossa?
2. Mitä APS-kipuhoitajan odotetaan tuovan päivittäiseen käytännön hoitotyöhön kirurgisella vuodeosastolla?

Kysymyksiin pyrittiin vastaamaan kolmen kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajille tehdyn lomakekyselyn avulla.

6 Aineiston keruu ja analysointi

Aineiston keräämiseksi laadittiin puolistrukturoitu kyselylomake, joka esiteltiin osastonhoitajille Kirurgisen sairaalan kolmella vuodeosastolla. Vastausaikaa annettiin 13 päivää. Vastaukset kerättiin osastoilla sijaitseviin palautuslaatikoihin.

Onnistunut kyselylomake on tiivis, selkeä, siisti ja hyvin aseteltu. Kukin kysymys käsittelee vain yhtä asiaa kerrallaan. Vastausohjeet on selkeästi kuvattu kysymyksen yhteydessä. Hyvä kyselylomake ei ole liian pitkä, eikä siihen vastaamiseen saa kulua liian kauan aikaa. Kysymysten tulee edetä lomakkeella loogisesti helpoimmista kysymyksistä, kuten esimerkiksi ikä ja sukupuoli, vaikeampiin kysymyksiin. Kyselylomake on hyvä esitellä ennen varsinaista kyselyn toteuttamista. Kyselylomakkeen saatekirjeen, kuten itse kyselylomakkeen, tulee olla vastaajaa kunnioittava, kohtelias, yksiselitteinen ja vastaamiseen kannustava. (Heikkilä 2008: 47.)

Laadittu kyselylomake (liite 1) oli saatekirje mukaan luettuna viisisivuinen ja käsitti taustatietojen (ikä, sukupuoli, työkokemus sairaanhoitajana, työssäoloaika kirurgisella vuodeosastolla ja kokemus yhteistyöstä APS-kipuhoitajan kanssa) lisäksi seitsemän kysymystä, joista yksi oli avoin kysymys. Kysymyksistä kolme koski APS-kipuhoitajan tarjoamaa kivunhoidon koulutusta, yksi APS-kipuhoitajan yhteistyötahoja, yksi toimenkuvaa ja työtehtäviä ja yksi APS-kipuhoitajan toiminnan merkityksellisyyttä. Kysymykset olivat sekä Likert-tyyppisiä asteikkoja että avoimia kysymyksiä. Kuudesta kysymyksestä neljän lopussa oli mahdollisuus antaa sanallinen, oma vastausvaihtoehto. Kysymykset mittasivat sairaanhoitajien odotuksia ja kysymykset oli aseteltu siten, että vastauksista saatiin sisältöä kyselylle määriteltyihin tutkimuskysymyksiin.

Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin Holopaisen ja Pulkkinen (2008: 43) kuvaamaa suunnitteluprosessia. Lomakkeen kysymykset johdettiin teoreettisesta viitekehystä siten, että ne pohjautuivat HYKS:n Kipuklinikan APS-kipuhoitajien toimenkuvaan (Tornivuori 2008) ja opinnäytetyön kysymyksiin.

Tutkimuslupa saatiin HUS:n operatiivisen tulosityksikön ylihoitajalta. Kyselylomake esiteltiin ja hyväksyttiin sitten toimeksiantajalla (Kipuklinikan osastonhoitaja). Lomakkeilla kerätystä aineistosta muodostettiin PASW-ohjelmalla havaintomatriisin, jossa jokainen mitattava muuttuja, mukaan lukien taustatiedot, sai oman jakaumavektorinsa.

Näistä muuttujien arvot työstettiin edelleen frekvenssitaulukoiiksi. Osa muuttujista ristiintaulukoitiin kaksiulotteisiksi frekvenssijakaumiksi, joissa saatujen arvojen riippuvuussuhdetta arvioitiin työkokemuksen määrään vuosina. Useimmat frekvenssitaulukot muunsimme pylväsdiagrammeiksi saadaksemme tulosten raportointiin elävyyttä ja helppolukuisuutta. (Holopainen - Pulkkinen 2008: 46-60.) Sanalliset vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Kyselylomakkeita toimitettiin osastoille yhteensä 56 kappaletta, yksi kullekin virassa olevalle sairaanhoitajalle sekä yksi yhdelle vakituiselle sijaiselle. Lomakekyselyyn päädyttiin vastaamisen helppouden ja nopeuden vuoksi. Vastauksia saatiin 26 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi saatiin 46,4.

7 Tulokset

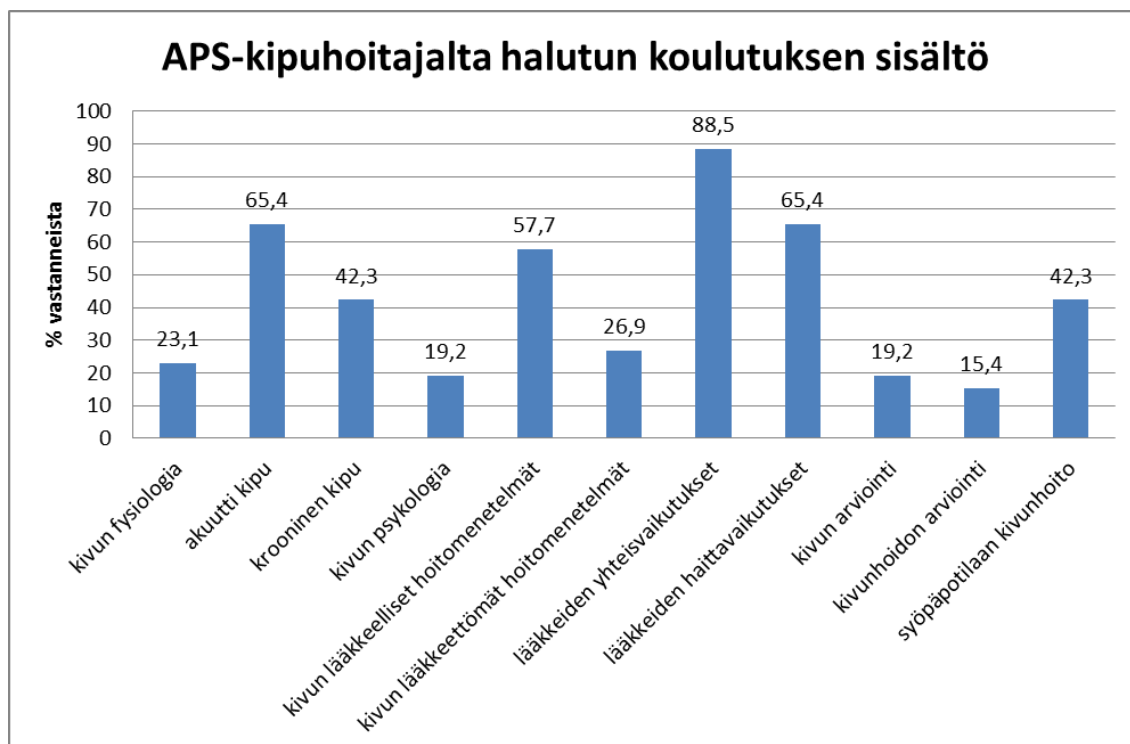
Osastoille jätettyyn kyselylomakkeeseen (56 lomaketta) vastasi kolmentoista päivän aikana yhteensä 26 sairaanhoitajaa (N=26) kolmelta eri kirurgiselta vuodeosastolta. Vastausprosentiksi muodostui siten 46,4.

7.1 Taustatiedot

Kaikki vastanneet olivat naisia, ja heillä oli kokemusta yhteistyöstä APS-kipuhoitajan kanssa. Nuorin vastanneista oli 23-vuotias, vanhin 66-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli 43 vuotta. Työkokemusta sairaanhoitajana vastaajilla oli puolesta vuodesta neljäänkymmeneen vuoteen. Keskimääräinen työkokemus oli noin 15 vuotta. Kokemusta työkentelystä kirurgisella vuodeosastolla vastaajilla oli muutamasta kuukaudesta 31 vuoteen, keskimäärin noin 13 vuotta.

7.2 Kivunhoidon koulutus

Kyselymme kolme ensimmäistä kysymystä käsittelivät odotuksia APS-kipuhoitajalta saadun koulutuksen sisällöstä ja tarpeesta. Valtaosa vastanneista (kuvio 1) halusi APS-kipuhoitajalta koulutusta kivun hoidossa käytettyjen lääkkeiden yhteisvaikutuksista (88,5 %), akuutista kivusta (65,4 %), kivun hoitoon käytettyjen lääkkeiden haittavaikutuksista (65,4 %) ja kivun lääkkeellisistä hoitomenetelmistä (57,7 %). Alle puolet vastanneista toivoi koulutusta kroonisesta kivusta (42,3 %) ja syöpäpotilaan kivunhoidosta (42,3 %). Noin neljännes vastanneista odotti APS-kipuhoitajalta koulutusta kivun lääkkeettömistä hoitomenetelmistä (26,9 %) sekä kivun fysiologiasta (23,1 %). Noin joka viides odotti saavansa koulutusta kivun psykologiasta (19,2 %) ja kivun arvioinnista (19,2 %). Vähiten koulutusta haluttiin kivunhoidon arvioinnista (15,4 %).



Kuvio 1. APS-kipuhoitajalta halutun koulutuksen sisältö.

Toisessa koulutusta koskevassa kysymyksessä kartoitimme sairaanhoitajien toiveita APS-kipuhoitajien tarjoamien erityyppisten koulutusten toistuvuudesta. Opetusta hoitotilanteessa toivoi päivittäin 9,1 %, viikoittain 9,1 %, kuukausittain 27,3 % ja vuosittain 27,3 %. Yli neljännes vastanneista (27,3 %) ei toivonut opetusta hoitotilanteessa lainkaan.

Kaikki vastanneet odottivat APS-kipuhoitajan perehdyttävän uusia hoitajia. Valtaosa vastanneista (83,3 %) odotti APS-kipuhoitajan perehdyttävän uusia hoitajia kuukausittain. Vuosittaista perehdytystä toivoi 4,2 % vastanneista, viikoittaista perehdytystä 8,3 % ja päivittäistä perehdytystä 4,2 % vastanneista. Yksi vastanneista piti kaksi kertaa vuodessa tapahtuvia perehdytyskoulutuksia uusille hoitajille riittävänä.

Sairanhoitajat toivoivat APS-kipuhoitajan pitävän osastotunteja vuosittain (84,0 %) tai kuukausittain (16,0 %). Kivunhoidon minisymposiumien vuosittaista toteutusta odotti 95,5 % vastanneista. 4,5 % vastanneista sairaanhoitajista ei toivonut minisymposiumin toteutusta lainkaan. Suurin osa vastaajista odotti APS-kipuhoitajien pitävän luentoja opiskelijoille kuukausittain (82,6 %). Vastanneista 8,7 % odotti luentoja vuosittain ja

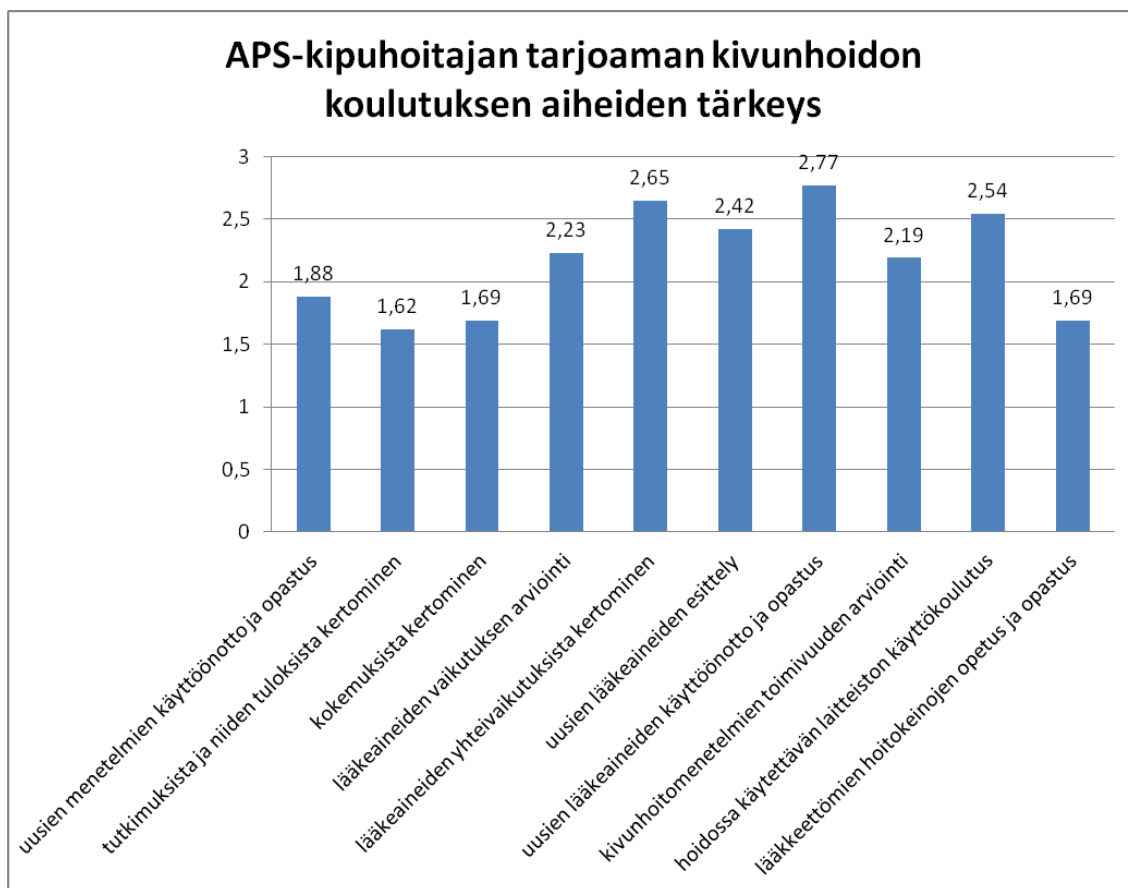
8,7 % vastanneista ei odottanut APS-kipuhoitajan pitävän luentoja opiskelijoille lainkaan. Kaksi vastaajaa odotti APS-kipuhoitajan luennoivan opiskelijoille kahdesti lukukaudessa.

Vastanneet sairaanhoitajat odottivat osastojen kipuvastaavien ja APS-kipuhoitajien tapaavan pääsääntöisesti vuosittain (59,1 %). Kuukausittaista tapaamisväliä piti tarpeellisenä 36,4 % vastanneista, kun taas 4,5 % ei odottanut APS-kipuhoitajien tapaavan osastojen kipuvastaavia lainkaan. Yksi vastanneista odotti APS-kipuhoitajan tapaavan osaston kipuvastaavan neljästi vuodessa.

Kolmas kysymys pyrki selvittämään APS-kipuhoitajan tarjoaman koulutuksen aihepiirien tärkeyttä. Kysymysasteikko oli neliportainen vastausvaihtoehtojen ollessa erittäin tärkeä, tärkeä, jonkin verran tärkeä ja ei lainkaan tärkeä. Kyselymme käsitteli APS-kipuhoitajan pitämästä koulutuksesta kymmentä eri aihealuetta.

Kivunhoidon uusien menetelmien käyttöönottoa ja opastusta piti erittäin tärkeänä 88,5 %, tärkeänä aihetta piti 11,5 % vastanneista. Uusimmista kivunhoidon tutkimuksista ja niiden tuloksista kertomista tärkeänä piti 53,8 % vastanneista, erittäin tärkeänä 23,1 % ja jonkin verran tärkeänä 23,1 % vastanneista. Kivunhoidon kokemuksista kertomisen koki tärkeäksi 69,2 % vastanneista, erittäin tärkeänä 19,2 % ja jonkin verran tärkeänä 11,5 % vastanneista (kuvio 2).

Kivunhoidossa käytettyjen lääkeaineiden vaikutuksen arvioinnin koulutusta tärkeänä piti 53,8 % vastanneista, erittäin tärkeänä 34,6 % ja jonkin verran tärkeänä 11,5 % vastanneista. Kivunhoidossa käytettyjen lääkeaineiden yhteisvaikutuksista kertomista erittäin tärkeänä piti suurin osa vastanneista (65,4 %), tärkeäksi aiheen koki vastanneista 34,6 %. Puolet vastaajista (50,0 %) koki uusien kivunhoidon lääkeaineiden esittelyn erittäin tärkeänä, tärkeänä 42,3 % vastanneista ja jonkin verran tärkeänä 7,7 % vastanneista. Uusien kivunhoidon lääkeaineiden käyttöönoton ja opastuksen koulutusta piti suurin osa (76,9 %) erittäin tärkeänä, 23,1 % vastaajista koki aiheen tärkeäksi.



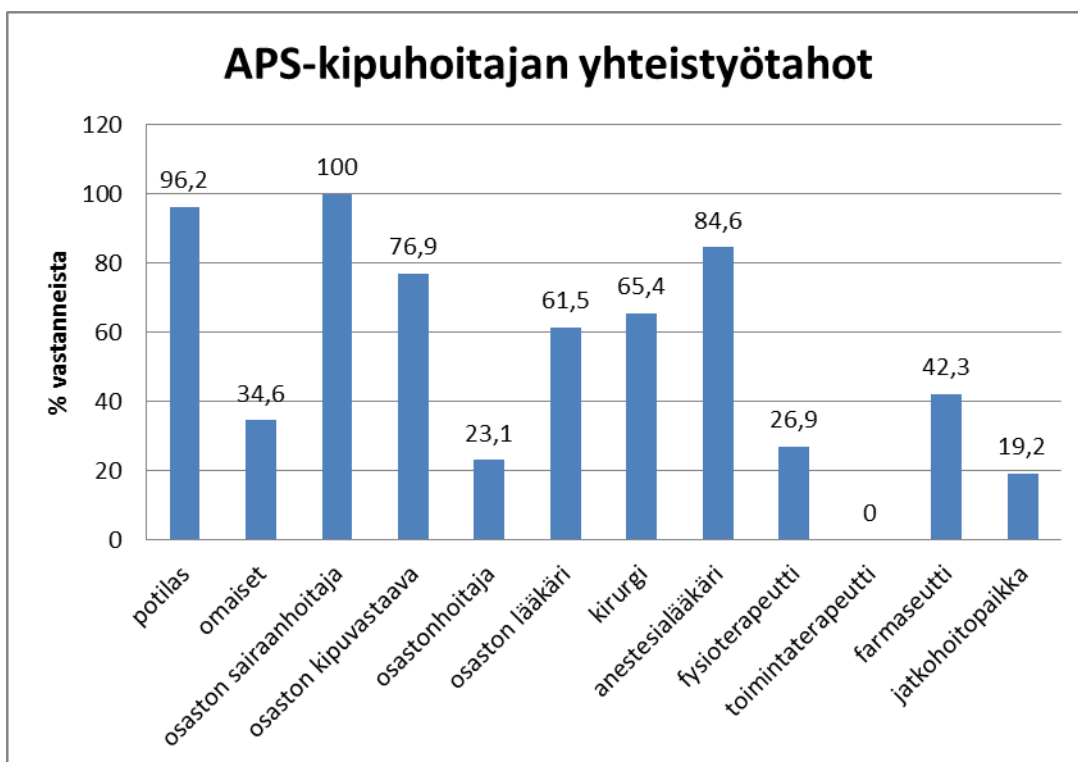
Kuvio 2. APS-kipuhoitajan tarjoaman kivunhoidon koulutuksen aiheiden tärkeys keskiarvoasteikolla 3 = erittäin tärkeä, 2 = tärkeä, 1 = jonkin verran tärkeä, 0 = ei lainkaan tärkeä.

Kivunhoitomenetelmien toimivuuden arvioinnin koulutusta tärkeänä piti 65,4 % vastanneista, erittäin tärkeänä 26,9 % ja jonkin verran tärkeänä 7,7 % vastanneista. Kivunhoidossa käytettävän laitteiston käyttökoulutusta piti erittäin tärkeänä yli puolet vastanneista (57,7%), tärkeänä 38,5 % ja jonkin verran tärkeänä 3,3 % vastanneista. Lääkkeettömien kivunhoitokeinojen opetusta ja käyttöönoton opastusta piti tärkeänä 57,7 % vastanneista, jonkin verran tärkeänä 30,8 % ja erittäin tärkeänä 7,7 % vastanneista. 3,8 % vastanneista ei pitänyt lääkkeettömien kivunhoitokeinojen opetusta ja opastusta lainkaan tärkeänä.

7.3 Yhteistyö

APS-kipuhoitajan yhteistyötahoja käsiteltiin kysymyksessä, jossa vastaajia pyydettiin rastittamaan kahdestatoista annetusta vaihtoehdosta mielestään tärkeät tahot. Vastan-

neiden sairaanhoitajien mielestä tärkeimmät yhteistyötahot olivat osaston sairaanhoitaja (kaikki vastanneet), potilas (96,2 %), anestesia lääkäri (84,6 %), osaston kipuvastaava (76,9 %), kirurgi (65,4 %) ja osaston lääkäri (61,5 %). Vähiten tärkeitä yhteistyötahoja vastanneiden mielestä olivat toimintaterapeutti (kukaan vastaajista ei pitänyt yhteistyötä tärkeänä), jatkohoitopaikka (19,2 %), osastonhoitaja (23,1 %) ja fysioterapeutti (26,9 %). APS-kipuhoitajan yhteistyössä toimimista omaisten kanssa tärkeänä piti 34,6 % ja farmaseutin kanssa 42,3 % vastanneista (kuviot 3).



Kuvio 3. APS-kipuhoitajan tehtäviin liittyvien yhteistyötahojen tärkeys.

7.4 Toimenkuva ja työtehtävät

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnalle pyrittiin selvittämään kysymyksessä, joka käsitteli yhteensä yhdeksää APS-kipuhoitajan toimenkuvaan kuuluvaa tai oletettua tehtävää vuodeosastolla. Vastaajien tuli valita kunkin tehtävän tärkeys asteikolla erittäin tärkeä, tärkeä, jonkin verran tärkeä ja ei lainkaan tärkeä.

APS-kivunhoitoa tarvitsevien potilaiden määrittämistä APS-kipuhoitajan toimesta tärkeänä piti 34,8 % vastanneista, erittäin tärkeänä 30,4 % vastanneista, jonkin verran

tärkeänä 26,1 % vastanneista. 8,7 % vastanneista ei pitänyt tarvemäärittelyä lainkaan tärkeänä. Potilaan ja APS-kipuhoitajan välistä keskustelua leikkauksesta aiheutuvasta kivusta ja sen hoidosta ennen leikkausta tärkeänä piti 36,0 % vastanneista, jonkin verran tärkeänä 32,0 % vastanneista, erittäin tärkeänä 24,0 %. 8,0 % ei pitänyt potilaan kanssa keskustelua ennen leikkausta lainkaan tärkeänä. Leikkauksen jälkeen tapahtuvaa kipua käsittelevää keskustelua potilaan ja APS-kipuhoitajan välillä erittäin tärkeänä piti yli puolet vastanneista (57,7 %), tärkeänä 26,9 % ja jonkin verran tärkeänä 15,4 % vastanneista (kuvio 4).



Kuvio 4. APS-kipuhoitajan työtehtävien tärkeys kirurgisella vuodeosastolla keskiarvoasteikolla, jossa 3 = erittäin tärkeä, 2 = tärkeä, 1 = jonkin verran tärkeä ja 0 = ei lainkaan tärkeä.

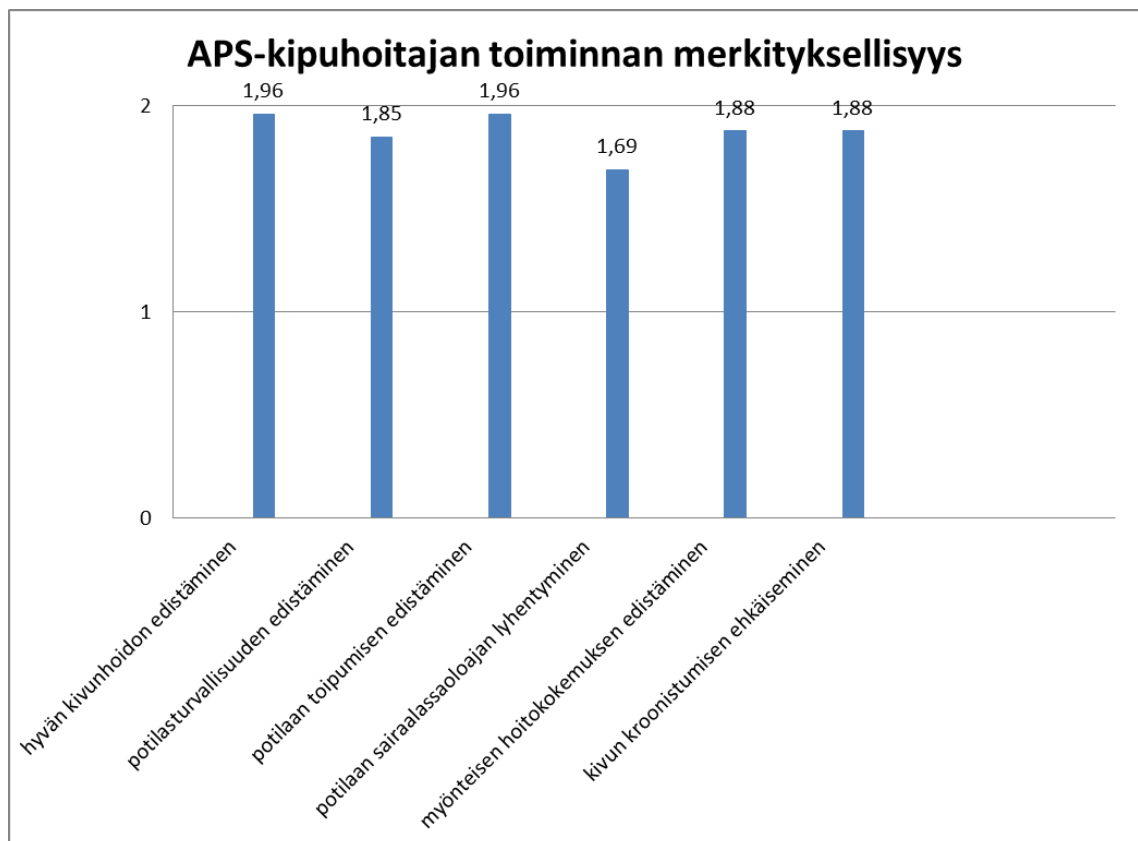
APS-kipuhoitajan vastuunottoa erityisryhmiin kuuluvien potilaiden kivunhoidosta noin puolet vastanneista piti erittäin tärkeänä (52,0 %), tärkeänä 28,0 % vastanneista ja jonkin verran tärkeänä 16,0 % vastanneista. 4,0 % vastanneista ei kokenut APS-kipuhoitajan vastaamista erityisryhmien kivunhoidosta lainkaan tärkeäksi. APS-kipuhoitajan tekemää osastolla toteutettavan kivunhoidon laaduntarkkailua erittäin tärkeänä piti 57,7 % vastanneista, tärkeänä 30,8 % vastanneista ja jonkin verran tärkeänä 11,5 % vastanneista.

Kivunhoitoon liittyvää, APS-kipuhoitajan suorittamaa avointa tiedottamista erittäin tärkeänä piti 57,7 % vastanneista, tärkeänä 34,6 % vastanneista ja jonkin verran tärkeänä 7,7 % vastanneista. Moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä kivunhoidossa piti APS-kipuhoitajan toiminnassa erittäin tärkeänä 76,9 % vastanneista, tärkeänä 19,2 % ja jonkin verran tärkeänä 3,8 % vastanneista. APS-kipuhoitajan löytämiä organisatorajoja ylittäviä ratkaisuja kivunhoidon ongelmiin piti erittäin tärkeänä 45,8 % vastanneista, tärkeänä 29,2 % vastanneista ja jonkin verran tärkeänä 25,0 % vastanneista. Hyvän yhteistyön edistämistä potilaan hoidossa APS-kipuhoitajan toteuttamana piti erittäin tärkeänä suurin osa vastanneista (73,1 %), tärkeänä 23,1 % ja jonkin verran tärkeänä 3,8 % vastanneista.

7.5 Merkityksellisyys

APS-kipuhoitajan toiminnan merkityksellisyyttä kirurgisella vuodeosastolla selvitettiin kysymyksellä, jossa vastaajia pyydettiin valitsemaan omaa mielipidettä vastaava vaihtoehto (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä) kuuteen APS-kipuhoitajan toimintaa koskevaan väittämään. Kaikkien vastanneiden mielestä APS-kipuhoitajan tulee toiminnassaan edistää hyvää kivunhoitoa (täysin samaa mieltä 96,2 % vastanneista, jokseenkin samaa mieltä 3,8 % vastanneista). Potilasturvallisuuden edistämistä APS-kipuhoitajan toiminnassa piti merkityksellisenä valtaosa vastanneista (täysin samaa mieltä 92,3 % vastanneista, jokseenkin samaa mieltä 3,8 %). Osa vastaajista (3,8 %) oli osittain eri mieltä potilasturvallisuuden edistämisen merkityksellisyydestä APS-kipuhoitajan toiminnassa (kuvio 5).

APS-kipuhoitajan toiminnan tulee edistää potilaan toipumista kaikkien vastanneiden mielestä (täysin samaa mieltä 96,2 % vastanneista, jokseenkin samaa mieltä 3,8 % vastanneista). Kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että APS-kipuhoitajan toiminnan tulee lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa (täysin samaa mieltä 69,2 % vastanneista, jokseenkin samaa mieltä 30,8 % vastanneista). Kaikki vastanneet pitivät merkityksellisenä myös APS-kipuhoitajan toiminnan vaikutusta myönteisen hoitokokemuksen syntymiselle (täysin samaa mieltä 88,5 %, jokseenkin samaa mieltä 11,5 % vastanneista). Lisäksi APS-kipuhoitajan toiminnan tulee ehkäistä potilaan kokeman kivun kroonistumista kaikkien vastanneiden mielestä (88,5 % täysin samaa mieltä, 11,5 % jokseenkin samaa mieltä).



Kuvio 5. APS-kipuhoitajan toiminnan merkityksellisyys arvoasteikolla, jossa 2 = täysin samaa mieltä, 1 = jokseenkin samaa mieltä, -1 = jokseenkin eri mieltä ja -2 = täysin eri mieltä.

7.6 Sanallinen palaute

Kyselyn loppuun varattuun tilaan sairaanhoitajat saivat omin sanoin kertoa odotuksistaan koskien APS-kipuhoitajaa. Vastauksista analysoitiin 16 alaluokkaa, joista muodostui viisi yläluokkaa: kivunhoidon suunnittelu, käytännön hoitotyö, yhteistyö ja moniammatillisuus, asiantuntijuuden saatavuus sekä koulutus (taulukko 2).

Kivunhoidon suunnittelussa korostuivat optimaalinen ja mahdollisimman korkealaatuinen kivunhoito. APS-kipuhoitajalta odotettiin kivunhoidon koordinoitua ja suunnittelua sekä kivunhoidon selkeitä, potilaskohtaisia tavoitteita. Vuodeosastojen sairaanhoitajat odottivat APS-kipuhoitajan käyvän päivittäin osastoilla etenkin, jos osaston potilailla on käytössään PCA-kipupumppu tai epiduraalitalaan annettava kipulääkitys. APS-kipuhoitajan odotettiin osallistuvan myös käytännön hoitotyöhön esimerkiksi tarkistamalla epiduraalikatetrin juuren.

APS-kipuhoitajan odotettiin hyödyntävän moniammatillista työryhmää erityisesti kivunhoidon ongelmatilanteiden ratkaisemissa. Lisäksi häneltä odotettiin itsenäisesti ohjautuvaa, organisaatorajoja ylittävää yhteistyötä kivunhoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Vastauksissa korostui odotus päivittäisestä yhteistyöstä osaston sairaanhoitajien ja vastuuhoidtajien kanssa potilaiden hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä ongelmatilanteiden ratkaisemisessa.

APS-kipuhoitajan asiantuntijuus koettiin tärkeäksi akuutin kivun hoidossa sekä kivunhoidon ongelmatilanteissa. Hoitajat odottivat APS-kipuhoitajan hyvää tavoitettavuutta:

Kipuhoitajan saa paikalle tarvittaessa mahdollisimman nopeasti akuuteissa tilanteissa kipuhoitajan virka-aikoina.

Ongelmaksi koettiin APS-kipuhoitajien vähäinen määrä sekä poissaolojen sijaistaminen ja sijaisista tiedottaminen.

Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat odottivat APS-kipuhoitajalta kivunhoidon opetusta ja koulutusta nykyistä enemmän. Uusien sairaanhoitajien ja sijaisten perehdytys ja koulutus koettiin APS-kipuhoitajan tehtäväkentän tärkeäksi osa-alueeksi. Kivunhoidon välineistöön liittyvässä koulutuksessa esiin nousivat erityisesti PCA-kipupumpun ja epiduraalitaalann annettavan lääkehoidon käytön opastus. Lisäksi APS-kipuhoitajalta odotettiin kivunhoidon eri osa-alueisiin liittyvää tiedottamista nykyistä enemmän.

Taulukko 2. Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien odotukset APS-kipuhoitajan toiminnalle pääluokittain – taulukko sisällönanalyysin pääluokista teemoineen.

Kivunhoidon suunnittelu	Käytännön hoitotyö	Yhteistyö ja moniammatillisuus	Asiantuntijuuden saatavuus	Koulutus
<ul style="list-style-type: none"> • optimointi • suunnittelu • koordinointi • hoitokäytännöt • tavoitteellisuus • kivunhoidon laatu 	<ul style="list-style-type: none"> • potilasta-paamiset • käynnit osastolla • hoito • välineistö 	<ul style="list-style-type: none"> • yhteistyö • moniammatillisuus • ongelmanratkaisu 	<ul style="list-style-type: none"> • resurssit • tavoitettavuus • sijaistaminen • virka-ajat/viikonloppu 	<ul style="list-style-type: none"> • opetus • koulutus • perehdytys • välineet • tiedottaminen

8 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti korrekti tutkimus ei vahingoita tutkittavaa psyykkisesti, fyysisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla suurempi kuin siitä aiheutuvan haitan. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää koska tahansa. Tutkimuksen näkökulman tulee olla selkeästi rajattu ja kuvattu tutkimusraportissa. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on noudatettava asianmukaista luvanhanhinta-menettelyä, eikä yksittäisiä tutkittavia koskevia tietoja saa käyttää heitä vahingoittaen. Tutkimuksen tulokset tulee raportoida avoimesti ja rehellisesti. Tuloksiin tulee päästä objektiivisesti siten, etteivät tutkijan omat asenteet tai arvot pääse vaikuttamaan tuloksiin ja tulkintoihin. Tutkittavan yksityisyys tulee turvata kaikissa tutkimuksen vaiheissa ja tutkittavien samanarvoisuus tulee taata. Tutkijan pitää kertoa tutkimuksesta ja sen tavoitteista tutkimukseen osallistuville. Tutkittaville on annettava mahdollisuus kysyä lisätietoja tutkimuksesta. Kyselytutkimuksen saatekirjeen on oltava neutraali ja asiallinen. (Pauonon – Vehviläinen-Julkunen 1998: 26-34; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172-177.)

Opinnäytetyömme aineiston hankintaan käytetty kysely toteutettiin anonyymisti siten, ettei yksittäisistä vastauksista voida tunnistaa vastaajan henkilöllisyyttä. Taustatiedoissa kysyttiin ikää, työkokemuksen kestoa ja sukupuolta. Kolmelta kirurgiselta vuodeosastolta koottu kyselyaineisto yhdistettiin edelleen siten, ettei yksittäisen osaston vastauksia voida tuloksissa erotella. Kyselyssä ei käsitelty potilastietoja. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Tutkimuslupa sekä kyselyn läpivienti oli asianmukaista. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kuvattiin kyselyn tarkoitus ja tavoite, ja se sisälsi niin opinnäytetyön tekijöiden kuin ohjaajan yhteystiedot lisäkysymysten varalta.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaillaan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä mitä piti ja vastaavatko kyselyn kysymykset tutkimusongelmaan. Reliabiliteetilla kuvataan kyselyn tai tutkimuksen tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. Tulosten tulee siis olla ei-sattumanvaraisia. Luotettaviin tuloksiin päästään riittävän suurella otannalla, oikealla tutkimusjoukolla ja tulosten virheettömällä käsittelyllä. (Tuomi 2007: 149-150; Heikkilä 2008: 186-187.)

Kyselyyn vastanneita oli 26, jotka kaikki olivat sairaanhoitajia. Kaikilla vastanneilla oli kokemusta työskentelystä APS-kipuhoitajan kanssa. Kaikki vastanneet olivat toimineet kirurgisella vuodeosastolla sairaanhoitajan tehtävissä. Vastaavanlainen kysely voidaan toteuttaa millä tahansa kirurgisella vuodeosastolla, jolla toimii APS-kipuhoitaja. Kyselyn kysymykset oli johdettu sekä asiantuntijuuteen ja kivunhoidon merkitykseen pohjasta teoriaosuudesta että HYKS:n Kipuklinikalla laadittuun APS-kipuhoitajan toimenkuvaan. Vastaajien ominaisuuksien sekä kysymysten ja saatujen vastausten laadun perusteella kyselyä voidaan pitää luotettavana. Kyselylomakkeella saadut vastaukset vastaavat opinnäytetyön kysymyksiin.

9 Pohdinta

Kyselyn vastauksista muodostui neljä samansisältöistä kokonaisuutta: koulutus, toimenkuva ja tehtävät, asiantuntijuus sekä hoitoon osallistuvat tahot ja jatkohoito. Tässä kappaleessa käsitellään näitä tuloksia. Kappaleen lopussa tuodaan esiin vastauksista esiin tulleita kehitysehdotuksia ja aiheita jatkotutkimuksille.

9.1 Koulutusmuodot ja koulutuksen sisältö

Kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla oli keskimäärin 13 vuotta työkokemusta kirurgisella vuodeosastolla. Vastajat eivät toivoneet APS-kipuhoitajalta opetusta hoitotilanteessa, mikä saattaa johtua juuri pitkästä työkokemuksesta. Sen sijaan kivunhoidossa käytettävien lääkeaineiden sekä niiden yhteis- ja haittavaikutusten osalta APS-kipuhoitajalta saatu koulutus koettiin tärkeäksi, ja sitä toivottiin muuta koulutusta enemmän. Kivunhoidon toteutuksen arvioinnin ja kivun arvioinnin osalta koulutusta ei haluttu lähes lainkaan, vaikka arviointi osana postoperatiivista hoitoa on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta (Salanterä ym. 2006: 8-15). Sen sijaan APS-kipuhoitajalta odotettiin kivunhoidon tavoitteellista, potilaskohtaista suunnittelua, organisointia ja hoidon toteutusta. On oletettavaa, että etenkin kokeneilla sairaanhoitajilla on tietoa ja taitoa arvioida potilaan kokemaa postoperatiivista kipua ja sen hoitoa. Toisaalta vastanneiden sairaanhoitajien voidaan olettaa odottavan myös APS-kipuhoitajalta kivunhoidon toteutuksen ja tehokkuuden arviointia.

Kivunhoidon koulutuksen aiheista kivun psykologian koulutusta toivoivat vain keskimääräistä enemmän työkokemusta kerryttäneet sairaanhoitajat (työssäoloaika kirurgisella vuodeosastolla vähintään 14 vuotta). Ahdistus ja masennus voivat lisätä kivun kokemista sekä kivun pitkittymistä (Hamunen – Kalso 2009: 280), joten tietämys kipuun ja sen hoitoon liittyvistä psykologisista tekijöistä on postoperatiivista hoitoa toteuttavalle sairaanhoitajalle merkityksellistä. Kivun lääkkeelliset hoitomenetelmät kiinnostivat koulutuksen aiheena suhteessa enemmän niitä sairaanhoitajia, joilla oli vähemmän kokemusta työskentelystä kirurgisella vuodeosastolla. Lääkkeiden yhteisvaikutukset oli kauttaaltaan kiinnostava koulutuksen aihe, joskin tilastollisesti oli havaittavissa suurempaa kiinnostusta kokeneempien sairaanhoitajien keskuudessa. Samoin vas-

tattiin kivun hoitoon käytettyjen lääkkeiden haittavaikutusten koulutuksen kiinnostavuuteen.

Osastoille toivottiin kivunhoidon koulutusta etenkin uusille hoitajille ja vakituisille sijaisille. Kerran vuodessa tapahtuvia osaston kipuvastaavien ja APS-kipuhoitajan tapaamisia pidettiin riittävänä. APS-kipuhoitajan toimenkuvassa luetellut koulutusmuodot eivät siten vaikuta vastaavaan sairaanhoitajien odotuksia ja tarpeita: osastotunnit eivät vaikuttaneet olevan mielekäs koulutusmuoto ja niitä toivottiin pidettävän vain kerran vuodessa, vaikka APS-kipuhoitajan toimenkuvassa (Tornivuori 2008) osastotunnit on mainittu keskeisimpänä koulutusmuotona. Hoitotilanteessa tapahtuvaa opetusta ei tunnuta haluttavan: kolmannes vastaajista ei halunnut opetusta hoitotilanteessa lainkaan. Koulutustarve ilmeni kuitenkin vahvasti sanallisessa palautteessa, ja valtaosa APS-kipuhoitajan tarjoaman koulutuksen aiheista koettiin erittäin tärkeiksi tai tärkeiksi.

9.2 Toimenkuva ja tehtävät

APS-kipuhoitajan odotettiin osallistuvan potilaiden hoitoon päivittäin tapaamalla potilaita ja työskentelemällä tiiviissä yhteistyössä osaston henkilökunnan kanssa. Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajat odottivat APS-kipuhoitajan tekevän päivittäisiä hoito-toimenpiteitä, kuten esimerkiksi epiduraalikatettrin juuren ja katetria ympäröivän kudoksen tilan tarkkailua. Toisaalta sairaanhoitajat tuntuivat odottavan APS-kipuhoitajalta perinteisesti anestesia- ja lääketieteelliseen kuuluvaa konsultointia, moniammatillista osaamista ja ongelmanratkaisukykyä sekä hyvän yhteistyön edistämistä kivunhoidossa. Odotettujen työtehtävien skaala on siis laaja ja vaatii APS-kipuhoitajalta kykyä siirtyä suurien kokonaisuuksien hallinnasta yksityiskohtaiseen käytännön hoitotyöhön. APS-kipuhoitajan rooli organisaatio- ja hierarkiarajoja ylittävänä asiantuntijana kohtaa selvästi samoja haasteita, joihin Launis (1997: 122-133) viittaa. Toisaalta Salmisen ym. (2001: 4-12) ja Scottin (1999: 183-190) kuvailemat konsultin ja kouluttajan roolit vaativat APS-kipuhoitajalta paitsi pedagogista osaamista myös syvempää asiantuntijuuden tasoa.

Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat eivät pitäneet APS-kivunhoitoa vaativien potilaiden määrittelyä kovinkaan tärkeänä. Tämä saattaa johtua siitä, että kirurgisten potilaiden kivunhoidon määrittely tapahtuu jo preoperatiivisessa vaiheessa ja kivunhoidon mene-

telmistä päättää usein joko anestesia lääkäri yksin, yhdessä leikkaavan kirurgin kanssa tai APS-tiimin kanssa keskustellen. APS-kivunhoitoa tarvitsevien potilaiden määrittely ei siten kuulu kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien normaaleihin työtehtäviin, eikä se ehkä siksi tunnu sairaanhoitajista tärkeältä.

Luultavasti samoista syistä kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat eivät pitäneet erityisen tärkeänä APS-kipuhoitajan ja potilaan välistä keskustelua leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta ennen leikkausta. Potilasturvallisuuden ja hyvän hoitokokemuksen syntymisen kannalta potilaan kanssa keskustelu on avainasemassa. Potilaiden riittävä tiedonsaanti leikkaukseen liittyvistä asioista jää ehkä liian usein leikkaavan kirurgin ja anestesia lääkärin esittäytymisten varaan, eikä heillä välttämättä ole riittävästi aikaa tai tilaisuuksia keskustella perusteellisesti potilaiden kanssa. Toisaalta lääkäreiden asema erityisesti iäkkäämpien potilaiden mielessä on niin korkea, ettei arkisista peloista ja huolista ole tarpeellista keskustella lääkäreiden kanssa. Jos sairaanhoitajat olettavat kirurgien ja anestesia lääkäreiden jakavan tarpeellisen tiedon potilaille, jää tieto kokonaan saamatta. APS-kipuhoitajan toimenkuva, kokemus, koulutus ja asema antavat optimaaliset lähtökohdat potilaan kanssa keskusteluun. Tällöin potilaan kokema epätietoisuus, ahdistus ja pelko leikkauksesta ja siihen liittyvästä kivusta lievittyvät tai parhaimmillaan poistuvat kokonaan. Näin toimimalla edistetään paitsi myönteisten kokemusten syntymistä, myös toipumisen nopeutumista, hoitopäivien vähenemistä sekä kustannustehokkuutta.

APS-kipuhoitajien nykyinen toimenkuva tuntuisi vastaavan melko hyvin kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien odotuksiin. Mielestämme on kuitenkin perusteltua tarkastella APS-kipuhoitajan toimenkuvaa erityisesti koulutuksen sekä vuodeosastoilla toteutettavien työtehtävien osalta niin, että sairaanhoitajien todelliset konsultaatiotarpeet ja APS-kipuhoitajien rajalliset resurssit kohtaisivat paremmin tuottaen potilasta parhaiten hyödyntävää moniammatillista osaamista. Korhosen ja Holopaisen (2011: 53-61) kuvailemaa kollektiivista asiantuntijuutta ei APS-kipuhoitajan toiminnassa pääse kyselyn tulosten perusteella täysin vapaasti syntymään.

9.3 APS-kipuhoitajan asiantuntijuus

APS-kipuhoitajat käyvät läpi mittavan koulutuksen ja heidän asiantuntemuksensa korostuu erityisesti kivunhoidon konsultoinnissa kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien ja anestesialääkärin välisenä linkkinä. APS-kipuhoitajien toimenkuva sisältää erityisen, sairaalahierarkiassa lääkärin ja sairaanhoitajan välimaastoon sijoittuvan asiantuntijuuden roolin (Launis 1997: 122-133). Samankaltaiset, osin sairaanhoitajuuden ylimpään asiantuntijuuden tasoon, osin lääkärin perinteiselle toiminta-alueelle ulottuvat roolit ovat viime vuosikymmenen aikana yleistyneet, erityisesti erityisryhmiin kuuluvien potilaiden hoidossa (esimerkiksi syöpäpotilaat). Näiden erityisryhmien potilasmäärät ovat suuria, sairaalakäynnit lukuisia ja järjestelmän kuormittavuus tavanomaista suurempaa.

Vastanneet sairaanhoitajat tuntuivat ymmärtävän APS-kipuhoitajien erittäin rajalliset resurssit. Vastauksista ilmeni kuitenkin odotus tai toive resurssien lisäämisestä siten, että APS-kivunhoidon asiantuntijuus olisi saatavilla kaikkina vuorokaudenaikoina viikonpäivästä riippumatta. Saatavuuteen liittyvät odotukset kertovat osaltaan APS-kipuhoitajien arvostuksesta ja tarpeellisuudesta.

9.4 APS-kivunhoitoon osallistuvat tahot ja hoidon jatkuvuus

Kyselyyn vastanneet kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat eivät pitäneet APS-kipuhoitajan ja jatkohoitoaikan välistä kommunikointia tärkeänä. APS-kipuhoitajan ja potilaan omaisten välinen keskustelu ei sekään tuntunut olevan hoitajien mielestä kovin tärkeää. Kivunhoidon jatkuvuuden kannalta tulos on ristiriitainen, sillä kivun kroonistumisen ehkäisemiseksi onnistunut ja saumattomasti jatkuva kivunhoito niin jatkohoitopaikassa kuin kotona on ensiarvoisen tärkeää. Omaisten mukaanotto kivunhoidossa korostuu jatkossa entisestään päiväkirurgisten toimenpiteiden yleistyessä ja sairaalasaoloaikojen lyhentyessä. Haasteita riittävän kivunhoidon jatkuvuudelle asettavat niin APS-kipuhoitajan rooli päivittäisessä hoitotyössä (perinteisestä osastohierarkiasta eriytynyt asiantuntijuus) sekä sairaanhoitajien asenteet jatkohoitopaikkojen ja omaisten kanssa suunniteltavaan jatkohoitoon. Toisaalta tuloksia voi selittää myös sairaanhoitajien mahdollinen ajatus siitä, että kivunhoidon jatkuvuuden turvaaminen on osaston sairaanhoitajien eikä APS-kipuhoitajan tehtävä sekä oletus siitä, että potilas ei enää kotiutuessaan ole APS-kipuhoitajan hoidossa.

9.5 Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset

APS-kipuhoitajan toimenkuvaa tulisi tarkentaa siten, että koulutus on oikein kohdistettua ja tarpeita sekä odotuksia vastaavaa. APS-kipuhoitajan asiantuntijuuden hyödyntäminen ei ehkä ole riittäväällä tasolla postoperatiivisen kivunhoidon, kivun kroonistumisen ehkäisemisen ja tehokkaan kivunhoidon suunnittelun ja toteuttamisen näkökulmasta. Vastaavasti APS-kipuhoitajien määrää tulisi lisätä nykyisestä, mikäli toimenkuvaan ei saada tarkennusta tai APS-kipuhoitajalle kuuluvaksi oletettuja päivittäisiä hoitotoimia ei pystytä delegoimaan kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajille tehokkaammin.

Jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää sitä, minkälainen tietotaso kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajilla on kivusta ja kivunhoidosta. Näin voitaisiin edelleen kehittää APS-kipuhoitajan tarjoaman asiantuntijuuden kohdistamista. APS-järjestelmä on Suomessa melko uusi. Kartoittamalla potilaiden kokemuksia APS-kivunhoidosta voitaisiin kehittää APS-toimintaa ja samalla parantaa kivunhoidon laatua.

Lähteet

- Adams Scott, Rhonda 1999: A description of the roles, activities and skills of clinical nurse specialists in the United States. *Clinical Nurse Specialist* 13 (4). 183-190.
- Bateman Rothley, Betsy – Therrien, Sheryl R. 2002: Acute pain management. Teoksessa St. Marie, Barbara (toim.): *Core Curriculum for Pain Management Nursing*. American Society of Pain Management Nurses. 239-272.
- Benner, Patricia – Tanner, Christine A. – Chesla, Catherine A. 1999: *Asiantuntijuus hoitotyössä: päättelykyky ja etiikka*. Helsinki: WSOY.
- Carr, Eloise 2007: Barriers to effective pain management. *Journal of Perioperative Practice* 17 (5). 200-208.
- Dihle, Alfild – Bjolseth, Gunnar – Helseth, Solvi 2006. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 15 (4). 469-479.
- Eräsaari, Risto 1997: Mistä asiantuntijuus on kotoisin? Teoksessa Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim.): *Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos*. Jyväskylän yliopisto. 62-72.
- Gleeson, Erica – Carryer, Jenny 2010: Nursing staff satisfaction with the acute pain service in a surgical ward setting. *Nursing praxis in New Zealand* 26 (1). 14-26.
- Hamunen, Katri – Kalso, Eija 2009: Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): *Kipu*. 3. painos. Helsinki: Duodecim. 278-294.
- Heikkilä, Tarja 2008: *Tilastollinen tutkimus*. 7. painos. Helsinki: Edita.
- Hildén, Raija 2002: *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele – Valtonen, Katariina 2008: *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.
- Holopainen, Martti – Pulkkinen, Pekka 2008: *Tilastolliset menetelmät*. 5. painos. Helsinki: WSOY.
- Hutchison, Rob W. 2007: Challenges in acute post-operative pain management. *American Journal of Health-System Pharmacy* 64 (S4). S2-S5.

- Kalso, Eija – Elomaa, Minna – Estlander, Ann-Mari – Granström, Veikko 2009: Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 3. painos. Helsinki: Duodecim. 104-115.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kanste, Outi 2011: Asiantuntijoiden johtamisen haasteet ja mahdollisuudet hoitoyössä. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 126-138.
- Kharroubi, Malek – Törmänen, Marjo 2009: Kokemuksia akuutista post-operatiivisesta kivunhoidosta (APS) Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Finnanest* 42 (3). 235-236.
- Kinnunen, Aija 2003: Postoperatiivisen kivunhoidon parantaminen. Teoksessa Lauritsalo, Pirkko (toim.): Sairaanhoidaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 31-46.
- Konttinen, Esa 1997: Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. 48-61.
- Koo, Peter J. 2007: Addressing stakeholders' needs: Economics and patient satisfaction. *American Journal of Health-System Pharmacy* 64 (4). 11-15.
- Korhonen, Teija – Holopainen, Arja 2011: Kollektiivinen asiantuntijuus. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 53-61.
- Kotila, Jaana – Knuutila, Marko 2011: Kollegiaalisuus sairaanhoitajan voimavarana. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 62-72.
- Laakkonen, Arja 2004: Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Launis, Kirsti 1997: Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. 122-133.

- Luukkainen, Sirpa – Uosukainen, Leena 2011: Koulutus asiantuntijuuden perustana. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 99-114.
- Macintyre, Pamela E. – Schug, Stephan A. 2007: Acute Pain Management. A practical guide. 3. painos. Elsevier Limited.
- Manias, Elizabeth 2003: Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. *Journal of Advanced Nursing* 41 (6). 585-594.
- McDonnell, Ann – Nicholl, Jon – Read, Susan M. 2003: Acute pain teams in England: current provision and their role in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 12. 387-393.
- Mäkipää, Sanna – Hahtela, Nina 2011: Tieto ja asiantuntijuus sairaanhoidajan työssä. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 34-42.
- Mäkipää, Sanna – Korhonen, Teija 2011: Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Ranta, Iiri (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 12-23.
- Nasir, Dawood – Howard, Jo E. – Joshi, Girish P. – Hill, Gary E. 2011: A survey of Acute Pain Services and function in United States hospitals. Verkkodokumentti. <<http://www.hindawi.com/journals/prt/2011/934932/>>. Luettu 25.3.2012.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Peters, M. L. – Sommer, M. – van Kleef, M. – Marcus, M. A. E. 2010: Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery. *British Journal of Surgery* 97. 1518-1527.
- Pirttilä-Backman, Anna-Maija 1997: Miksi asiantuntijan tulee kyetä reflektiivisiin arviointeihin? Teoksessa Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. 218-224.
- Prieur, Virpi 2002: Potilaiden kipukokemukset ja tyytyväisyys kivunhoitoon sairaalassa. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Rawal, Narinder - Berggren, Lars 1994: Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain* 57. 117-123.

- Ready, L. Brian – Oden, Rollin – Chadwick, H.S. – Benedetti, Constantino – Rooke, G. Alec – Caplan, Robert – Wild, Lorie M. 1988: Development of Anesthesiology-based Postoperative Pain Management Service. *Anesthesiology* 68 (1). 100-106.
- Rejeh, Nahid – Ahmadi, Fazlollah – Mohammadi, Eesa – Kazemnejad, Anoshirvan – Anoosheh, Moniereh 2009: Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (2). 274-281
- Rokka, Marjut 2004: Leikkaushoitajan kokemuksia asiantuntijuuden kehittymisestä. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006: Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salminen, Marika – Arve, Seija – Kiviniemi, Kirsi – Mäkelä, Merja – Routasalo, Pirkko – Suominen, Tarja 2001: Hoitotyön asiantuntijuus. Teoksessa Mäkelä, Merja – Kiviniemi, Kirsi – Suominen, Tarja – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija (toim.): Kliinisen hoitotyön asiantuntija - tiedekorkeakoulun näkökulmasta. Tutkimuksia ja raportteja A:33/2001. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 3-15.
- Tuomi, Jouni 2007: Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, Anneli 2009: Kipu ja Kulttuuri. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 3. painos. Helsinki: Duodecim. 27-37.

Julkaisemattomat lähteet

- Tornivuori, Aila 2008: Acute Pain Service kipuhoitajan toimenkuva. Meilahden leikkaus- ja anestesiaosasto, operatiivinen tulosityksikkö, ATEK, HYKS.

Kyselylomake saatekirjeineen



Arvoisa sairaanhoitaja

Teemme kyselyn kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajille heidän **odotuksistaan** APS-kipuhoitajan toiminnalle. Kysely on osa opinnäytetyötämme *Sairaanhoitajien odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnalle kirurgisella vuodeosastolla*. Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa vuodeosastojen ja Kipuklinikan yhteistyön kehittämiseksi.

Opinnäytetyömme on osa Metropolia AMK:n ja HUS:in yhteishanketta, jonka tarkoituksena on kehittää potilasturvallisuutta kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä.

Toivomme, että vastaat oheiseen kyselyyn 26.2.2012 mennessä. Palauta täytetty kyselylomake kansliassa sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Aikaa kyselyyn vastaamiseen kuluu noin 5-10 minuuttia.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsittelemme anonymisti ja luottamuksellisesti. Lomake saateineen on läpäissyt tavanomaisen tutkimuslupahakemusmenettelyn.

Mikäli haluat lisätietoja kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme liittyen, ota yhteyttä sähköpostitse. Yhteystietomme ovat alla.

Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Mari Lyyra
sairaanhoitajaopiskelija
mari.lyyra@metropolia.fi

Teemu Latola
sairaanhoitajaopiskelija
teemu.latola@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja:

Tuija Uski-Tallqvist
lehtori, TtM
tuija.uski-tallqvist@metropolia.fi

Sairaanhoitajan odotuksia APS-kipuhoitajan toiminnalle

Pyydämme teitä vastaamaan alla esitettyihin väittämiin ja kysymyksiin koskien odotuksianne APS-kipuhoitajan toiminnalle osastollanne. Palauttakaa täytetty lomake 26.2.2012 mennessä kansliassa sijaitsevaan vastauslaatikkoon.

Vastaajan taustatiedot

1. Ikä _____
2. Sukupuoli [] nainen [] mies
3. Työkokemus sairaanhoitajana _____ vuotta
4. Työssäoloaika kirurgisella vuodeosastolla _____ vuotta
5. Kokemus yhteistyöstä APS-kipuhoitajan kanssa [] kyllä [] ei

APS-kipuhoitajan toimintaa osastollanne koskevat kysymykset ja väittämät

6. Mihin aiheisiin liittyvää kivunhoidon koulutusta haluaisit APS-kipuhoitajan toteuttavan osastollanne? Rastita haluamasi aiheet.
 - a. kivun fysiologia []
 - b. akuutti kipu []
 - c. krooninen kipu []
 - d. kivun psykologia []
 - e. kivun lääkkeelliset hoitomenetelmät []
 - f. kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät []
 - g. lääkkeiden yhteisvaikutukset []
 - h. kivun hoitoon käytettyjen lääkkeiden haittavaikutukset []
 - i. kivun arviointi []
 - j. kivunhoidon arviointi []
 - k. syöpäpotilaan kivunhoito []
 - l. muuta, mitä? (kirjoita alle) []

7. Kuinka usein toivot kipuhoitajan pitävän alla lueteltuja koulutuksia? Ympyröi haluamasi vaihtoehto.

	päivittäin	viikoittain	kuukausittain	vuosittain	ei ollenkaan
a. opetus hoitotilanteessa	4	3	2	1	0
b. uusien hoitajien perehdytys	4	3	2	1	0
c. osastotunnit	4	3	2	1	0
d. minisymposium	4	3	2	1	0
e. kipuvastaavien tapaamiset	4	3	2	1	0
f. opiskelijoiden luennot	4	3	2	1	0
g. muuta, mitä? (kirjoita alle)	4	3	2	1	0

8. Kuinka tärkeitä nämä aiheet ovat mielestäsi APS-kipuhoitajan tarjoamassa koulutuksessa? Ympyröi haluamasi vaihtoehto.

	erittäin tärkeä	tärkeä	jonkin verran tärkeä	ei lainkaan tärkeä
a. kivunhoidon uusien menetelmien käyttöönotto ja opastus osaston henkilöstölle	3	2	1	0
b. uusimmista kivunhoidon tutkimuksista ja niiden tuloksista kertominen	3	2	1	0
c. kivunhoidon kokemuksista kertominen	3	2	1	0
d. kivunhoidossa käytettyjen lääkeaineiden vaikutuksen arviointi	3	2	1	0
e. kivunhoidossa käytettyjen lääkeaineiden yhteisvaikutuksista kertominen	3	2	1	0
f. uusien kivunhoidon lääkeaineiden esittely	3	2	1	0
g. uusien kivunhoidon lääkeaineiden käyttöönotto ja opastus osaston henkilöstölle	3	2	1	0
h. kivunhoitomenetelmien toimivuuden arviointi	3	2	1	0
i. kivunhoidossa käytettävän laitteiston käyttökoulutus	3	2	1	0
j. lääkkeettömien kivunhoitokeinojen opetus ja käyttöönoton opastus	3	2	1	0
k. muuta, mitä? (kirjoita alle)	3	2	1	0

9. Kenen kanssa odotat APS-kipuhoitajan tekävän yhteistyötä osastollanne? Rastita mielestäsi tärkeät yhteistyötahot.

- | | |
|---------------------------|-----|
| a. potilas | [] |
| b. omaiset | [] |
| c. osaston sairaanhoitaja | [] |
| d. osaston kipuvastaava | [] |
| e. osastonhoitaja | [] |
| f. osaston lääkäri | [] |
| g. kirurgi | [] |
| h. anestesia lääkäri | [] |
| i. fysioterapeutti | [] |
| j. toimintaterapeutti | [] |
| k. farmaseutti | [] |
| l. jatkohoitopaikka | [] |
| m. muu, mikä? _____ | [] |

10. Mitä odotat APS-kipuhoitajan tekävän osastollanne? Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto.

	erittäin tärkeä	tärkeä	jonkin verran tärkeä	ei lainkaan tärkeä
a. Hän määrittelee APS-kipuhoitoa tarvitsevat potilaat.	4	3	2	1
b. Hän keskustelee potilaan kanssa leikkauksesta aiheutuvasta kivusta ja sen hoidosta ennen leikkausta.	4	3	2	1
c. Hän keskustelee potilaan kanssa leikkauksesta aiheutuvasta kivusta ja sen hoidosta leikkauksen jälkeen.	4	3	2	1
d. Hän vastaa aina erityisryhmiin kuuluvien potilaiden kivunhoidosta (mm. kroonikot, huumetaustaiset, pelokkaat, nuoret, vanhukset).	4	3	2	1
e. Hän tarkkailee osastolla toteutettavan kivunhoidon laatua (esim. vakavat komplikaatiot, vähältä piti-tilanteet, tilastointi ja raportointi).	4	3	2	1
f. Hän huolehtii kivunhoidon avoimesta tiedonkulusta.	4	3	2	1
g. Hän hyödyntää moniammatillista osaamista kivunhoidossa.	4	3	2	1
h. Hän pyrkii löytämään organisaatorajoja ylittäviä ratkaisuja kivunhoidon ongelmiin.	4	3	2	1
i. Hän edistää hyvää yhteistyötä potilaan hoidossa.	4	3	2	1

11. Alla on väittämiä APS-kipuhoitajan toiminnan merkityksellisyydestä osastollanne. Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto.

Kipuhoitajan toiminnan tulee:

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
a. edistää hyvää kivunhoitoa	4	3	2	1
b. edistää potilasturvallisuutta	4	3	2	1
c. edistää potilaan toipumista	4	3	2	1
d. lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa	4	3	2	1
e. edistää myönteisen hoitokokemuksen syntymistä	4	3	2	1
f. ehkäistä potilaan kokeman kivun kroonistumista	4	3	2	1

12. Mitä muuta odotat APS-kipuhoitajalta? Kerro omin sanoin.

Kiitos vastauksestasi!