



Akuutti kipu – yksilön hoidosta kansalliseen rekisteriin

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys IASP, jonka presidentiksi professori Eija Kalso valittiin viime kesänä, nostaa vuosittain valokeilaan yhden kivun hoidon osa-alueen. Viime lokakuussa alkanut teemavuosi on omistettu akuutille kivulle, jonka hoitoa ja tutkimusta pyritään kuluvan vuoden aikana kehittämään maailmanlaajuisesti.

Akuutista kivusta erityisesti leikkauksenjälkeinen kipu on anesthesiologista osaamisaluetta, jonka hoitoon panostus on perusteltua. Vaikea kipu voi hidastaa kudosten paranemista sympaattisen yliaktiivisuuden myötä tai aiheuttaa keuhkoatelektasia ja -infektioita pinnallisen hengityksen seurauksena. Se voi altistaa virtsaretentiolle ja tromboembolisille komplikaatioille. Hoitamaton kipu saattaa hidastaa toipumista, viivyttää kotiutumista ja paluuta aktiiviseen elämään ja siten lisätä myös kustannuksia. Pitkittyneen leikkauksenjälkeisen kivun hoitotulokset ovat huomattavasti vaatimattomammat kuin akuutissa vaiheessa.

Akuutti kipu on kiitollinen hoidettava. Valtaosa siitä on lievitetävissä anesthesiologien erinomaisesti tuntemin keinoin. Erityisesti leikkauksenjälkeisen kivun hoito on kehittynyt valtavasti niistä ajoista, jolloin kipulääkearsenaaliin kuului yksi määräväläin annosteltava valmiste. Nyt vaihdetaan tekniikkaa tai hoitoon lisätään uusia valmisteita, jos vaste käytössä oleville on riittämätön.

Leikkauksenjälkeisen kivun ja sen hoidon kirjaamisessa siirrytään aivan uuteen ulottuvuuteen kansainvälisesti esiteltyjen kivun hoidon rekistereiden myötä. Tällaiselle rekisterille on tarvetta myös Suomessa. Toteutuneesta tehohoidosta ja sen tuloksista on Intensiumin kautta kerätty tietoa jo 17 vuoden ja leikkaussalien toiminnastakin 10 vuoden ajan. Tehohoidosta tutut, menestykselliset

Finn-alkuiset monikeskustutkimukset (FinnSep-sis, FinnALI, FinnResuci ja ensi syksynä alkava FinnAKI) ovat pitkälti pohjautuneet Intensiumin kautta alkaneelle yhteistyölle, jonka aikaansaannoksia voi vain ihailla.

Kivun hoidon rekisterin avulla voitaisiin sekä toimintayksiköiden että kansallisella tasolla varmistaa hoidon laatu ja tunnistaa kehitys- ja koulutustarpeita. Mukana olevat yksiköt voisivat sitä käyttäen tarkastella omia hoitomenetelmiään ja -tuloksiaan, niissä tapahtuvia ajallisia muutoksia ja verrata niitä muiden vastaaviin. Suomalaisten teholääkäreiden antaman esimerkin mukaisesti rekisteri voisi luoda pohjaa leikkauksenjälkeisen kivun tutkimusyhteistyölle.

Käytännössä rekisterin luominen Suomeen ei ole kuitenkaan ongelmatonta. Erillisen tietojärjestelmän rakentaminen pelkästään kivun hoidon kirjaamista varten on absurdi ajatus. Sen sijaan se olisi saatava osaksi sähköistä hoitokertomusta. Jotta tallennettua tietoa olisi mahdollista hyödyntää kivun hoidon kehittämisessä ja laadun varmistamisessa, sähköisestä potilastietojärjestelmästä pitäisi saada tuotettua raportteja hoidetuista potilaskokonaisuuksista eikä vain yksittäisistä potilaista. Siihen ei nykyisillä tietojärjestelmillä (Uranus, ES-KO, Effica, Pegasos, Mediatr...) vielä päästä, koska nyt niihin tallennetaan tietoa, jota ei saada hyödynnettyä toiminnanohjauksessa millään keinolla edes yksittäisen vuodeosaston tasolla. Tämän hetken haaste onkin saada järjestelmien toimittajat ymmärtämään, että tietojärjestelmien tulee palvella potilasta hoitavaa henkilöstöä eikä päinvastoin. Se on ainut tapa motivoida henkilöstöä käyttämään sähköisiä potilastietojärjestelmiä. □

Helsingissä 31.3.2011