
POSTOPERATIIVISEN KIVUNHOIDON KIRJAAMINEN SÄHKÖISEEN POTILASJÄRJESTELMÄÄN IISALMEN SAIRAALAN OPERATIIVISELLA VUODEOSASTOLLA

Niina Hakkarainen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Niina Hakkarainen	
Työn nimi Postoperatiivisen kivunhoidon kirjaaminen sähköiseen potilasjärjestelmään lisälmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla	
Päiväys	16.5.2011
Sivumäärä/Liitteet	54/2
Ohjaaja(t) Heli Jyrkinen, Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) eNNi-hanke, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä operatiivinen vuodeosasto	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kivunhoidon onnistuminen korostuu tekonivelleikkauksesta toipuvalla potilaalle, sillä ortopediset leikkaukset aiheuttavat todella voimakasta postoperatiivista kipua. Tulevaisuudessa tekonivelkirurgia yleistyy ikääntyvien väestömäärien kasvaessa, jonka vuoksi hoitotyössä työskentelevien on tärkeää osata tunnistaa, arvioida ja hoitaa tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan postoperatiivista kipua. Hoitotyön kirjaamisen avulla varmistetaan tiedon siirtyminen potilaan hoidossa, hoidon toteutuminen ja sen seuranta, jota käytetään hoitotyön arvioimiseen; onko potilas saanut riittävästi hoitoa postoperatiiviseen kipuun.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on osa valtakunnallista eNNi-hanketta, joka oli kirjaamiseen liittyvä kehittämissanke. Lisäksi eNNi-hankkeessa kehitettiin yhteistyötä hoitotyön opettajien, opiskelijoiden ja työelämän edustajien välillä. Opinnäytetyössä selvitettiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän lisälmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamisen nykytila verkkokyselyn (n=13) ja sähköisen kirjaamisen tilastotietojen avulla. Lisäksi selvitin opinnäytetyössäni osaston henkilökunnan kokemuksia NRS-kipumittarin käyttöstä polviproteesipotilaiden postoperatiivisen kivunhoidon arvioinnissa. Tämän työn tavoitteena oli kehittää sähköistä kirjaamista ja havaita mahdolliset puutteet hoitotyön kirjaamisessa. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella NRS-kipumittari koettiin yhtenäiseksi kivun arviointimenetelmäksi polviproteesipotilaiden kohdalla. Erityisesti kivun arvioiminen NRS-kipumittarin avulla kivunhoitoon motivointineilta potilailta osoittautui helpommaksi. Haasteena koettiin potilaat, jotka eivät ymmärrä NRS-kipumittarin ideaa kivun arvioimisen apuvälineenä. Kivunhoidon rakenteiseen kirjaamiseen ei käytetty kaikkia pää- ja alaluokkia hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksessa. Lääkehoito-komponentissa eniten eroja tuottivat alaluokka lääkeinjektion anto ja lääkeinfusion antaminen. Osastolla työskentelee perushoitajia, joilla ei ole mahdollisuutta antaa lääkkeitä lihaksen- ja suonensisäisesti, joka voinee selittää alaluokkien käytössä havaitun eroavaisuuden.</p> <p>Kivunhoidon kirjaamisen kehittämiseksi ehdotan FinCC-luokituksessa olevien pää- ja alaluokkien runsaampaa käyttöä. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheiksi nousivat polviproteesipotilaiden kokemukset toteutuneesta kivunhoidosta ja onko kivunhoito ollut riittävä.</p>	
Avainsanat Postoperatiivinen kipu, Kivunhoitomenetelmät, Hoitotyön kirjaaminen, FinCC-luokitus	

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
THESIS

Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Niina Hakkarainen			
Title of Thesis Documentation of postoperative pain management to an electronic patient registration in the Iisalmi hospital operative ward			
Date	16.5.2011	Pages/Appendices	54/2
Supervisor(s) Heli Jyrkinen, Annikki Jauhiainen			
Project/Partners eNNi-project. Ylä-Savo's SOTE District: Iisalmi hospital operative ward.			
Abstract <p>The importance of pain treatment is emphasized in the nursing care of an arthroplasty patient as orthopaedic surgery can cause strong postoperative pain. In the future arthroplasty surgery is becoming more common as the number of elderly people increases. Because of this it is important for people who work in nursing to recognise and treat the postoperative pain of a recovering arthroplasty surgery patient. Documentation of nursing care ensures the transfer of knowledge of the nursing care of the patient, treatment and monitoring of implementation which is used in nursing assessment; whether the patient received adequate care in postoperative pain.</p> <p>This thesis is part of the national eNNi-project which is connected with the development project of nursing documentation. The eNNi-project was developed in cooperation with nursing teachers, students and labor representatives. In this thesis we studied with the help of the recording of statistical information provided and online survey (n = 13) the documentation of postoperative pain treatment in the operative ward of the Upper Savo SOTE regional authority hospital in Iisalmi. In this thesis we studied the experiences of the ward staff in their use of the NRS pain meter in the evaluation of postoperative pain management for knee prosthesis patients. The aim of this work was to develop electronic documentation and note deficiencies in nursing documentation. The thesis was conducted using a quantitative research method.</p> <p>Based on the results of the thesis the NRS pain meter was experienced as being a consistent method in the evaluation of pain in the case of knee prosthesis patients. In particular with patients motivated in pain management assessment with the help of the NRS pain meter was more fluent. The challenge was seen with patients who didn't perceive the importance of the NRS pain meter as a tool in the assessment of pain. Documentation of pain treatment was not used in all of the main and sub classes in FinCC-classification. The biggest differences in the medical components were in the sub category of injection of medicine and administering of drug infusion. In conclusion documentation of the pain treatment has been invested in a certain level but on the basis of results it can be enhanced by recording FinCC classifications in accordance with their own headings.</p> <p>A development idea for pain management documentation would be FinCC classification of the main and sub abundant use. In the future, it would be interesting to examine knee prosthesis patients' experience of actual pain management, and whether pain management was adequate.</p>			
Keywords Postoperative pain, pain management techniques, documenting, FinCC-Classification			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	POLVIPROTEESIPOTILAAN KIRURGISEN HOIDON ERITYISPIIRTEET	8
	2.1 Nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitoprosessi.....	8
	2.2 Kipu	10
	2.3 Postoperatiivisen kivunhoidon vaiheet	11
3	KIVUNHOIDON KIRJAAMINEN	16
	3.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	16
	3.2 Hoitotyön prosessimallin mukainen kivunhoidon kirjaaminen.....	16
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	19
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	20
	5.1 Tutkimusmenetelmä	20
	5.2 Aineiston kerääminen ja analysointi.....	20
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	22
	6.1 Verkkokyselyn tulokset	22
	6.2 Sähköisen kirjaamisen tilastotietojen tulokset	29
7	POHDINTA.....	33
	7.1 Tulosten pohdintaa	33
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	36
	7.3 Ammatillinen kasvu.....	36
	7.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	37
	LÄHTEET.....	38

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje ja verkkokysely

Liite 2 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Kiinnostus postoperatiiviseen kivunhoitotyöhön ja sen kirjaamiseen vaikuttivat opinnäytetyön aihevalintaan. On tärkeää osata hoitaa postoperatiivinen kipu varhaisessa vaiheessa, jottei akuutti kipu kroonistuisi ja aiheuttaisi potilaalle lisäongelmia (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 106). Tehokas kivunhoidon onnistuminen korostuu erityisesti tekonivelleikkauksesta toipuvalla potilaalla, sillä ortopediset leikkaukset aiheuttavat todella voimakasta postoperatiivista kipua (Salomäki & Rosenberg 2010, 838). Tekonivelkirurgia yleistyy tulevaisuudessa ikääntyvien väestömäärien kasvaessa, jonka vuoksi on tärkeää osata tunnistaa, arvioida ja hoitaa tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan postoperatiivista kipua. (Hannonen & Airaksinen 2005, 218; Harilainen & Sandelin 2010, 975.)

Postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamisella varmistetaan tiedon siirtyminen, hoidon toteutuminen ja sen seuranta. Kirjattua tietoa käytetään hoitotyön arvioimiseen; onko potilas saanut riittävästi hoitoa postoperatiiviseen kipuun. (Ensio & Saranto 2004, 44; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 102.) Hoitotyössä tarvittava tietotekniikka lisääntyy koko ajan ja potilaiden hoitotietojen tallentaminen sähköiseen muotoon yleistyy. Keskeisimpiä hoitotyön osaamisalueita ovat valmiudet hoitaa potilasta, hoitotyön tiedonhallinta ja kehittäminen hoitotyössä. (Jauhiainen 2004, 20–21, 34.)

Vuosina 2005–2008 Suomessa luotiin hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli Hoidok-hankkeessa, joka otettiin käyttöön sähköisiin potilastietojärjestelmiin HoiData-hankkeen aikana vuosina 2007–2009. Vuosina 2008–2010 eNNi-hankkeessa tarkoituksena oli kehittää hoitotyön kirjaamista sekä yhteistyötä työelämän edustajien, hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden välillä. eNNi-hanketta edeltäneitä kehittämishankkeita ovat olleet HoiDok- ja Hoi-Data-hankkeet. (Enni.) Tammikuusta 2010 alkaen olin mukana eNNi-hankkeessa, joka oli valtakunnallinen kirjaamiseen liittyvä kehittämishanke. Yhteistyökumppanina minulla oli Iisalmen sairaalan operatiivisen vuodeosasto. eNNi-hanke päättyi joulukuussa 2010, jonka jälkeen jatkoin hankkeen aikana keräämääni aineiston käsittelyä opinnäytetyöskentelynä.

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja oli valtakunnallinen eNNi-hanke, jossa oli mukana Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä Iisalmen sairaalan operatiivinen vuodeosasto. Opinnäytetyöni ohjaajaksi minulle valittiin osastolta sairaanhoitaja, joka on syventynyt postoperatiivisen kivunhoitotyön. Syksyllä 2010 Iisalmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla otettiin laajempaan käyttöön NRS-kipumittari polviproteesipotilaiden

postoperatiivisen kivun voimakkuuden arvioimisen apuvälineeksi. Opinnäytetyössäni selvitin kipumittarin käyttöä polviproteesipotilaiden kivun voimakkuuden arvioinnin apuvälineenä lisälmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyön kirjaamista ja havaita mahdollisia puutteita hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa. Kivunhoitotyö kehittyy koko ajan ja toivon, että opinnäytetyön toimeksiantaja, lisälmen sairaalan operatiivinen vuodeosasto, hyötyy opinnäytetyöstäni saaden uusia työkaluja postoperatiiviseen kivunhoitotyöhön sekä kivunhoidon kirjaamiseen.

2 POLVIPROTEESIPOTILAAN KIRURGISEN HOIDON ERITYISPIIRTEET

2.1 Nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitoprosessi

Nivelrikko eli artroosi on yleisin ikääntyneiden ihmisten nivelsairaus, joka hoitamattomana aiheuttaa kipua ja toimintakyvyn alentumista. Suomessa joka toinen yli 70-vuotias sairastaa nivelrikkoa. (Hannonen & Airaksinen 2005, 218.) Puhuttaessa nivelrikosta tarkoitetaan sillä isojen nivelten, kuten lonkan, polven ja olkapään nivelruston rappeutumaa tai nivelvälin kaventumista. Ylipaino, ikääntyminen, perintötekijät, naisukupuoli, fyysisesti raskas työ, tulehdukselliset nivelsairaudet ja isojen nivelten ylikuormitus ovat riskitekijöitä, jotka altistavat sairauden puhkeamiselle. (Konttinen ym. 2003, 1542.) Yli 75-vuotiaista 28 % kärsii polven nivelrikosta, joka on naisille 2–3 kertaa yleisempää kuin miehillä (Hannonen & Airaksinen 2005, 218; Konttinen ym. 2003, 1542).

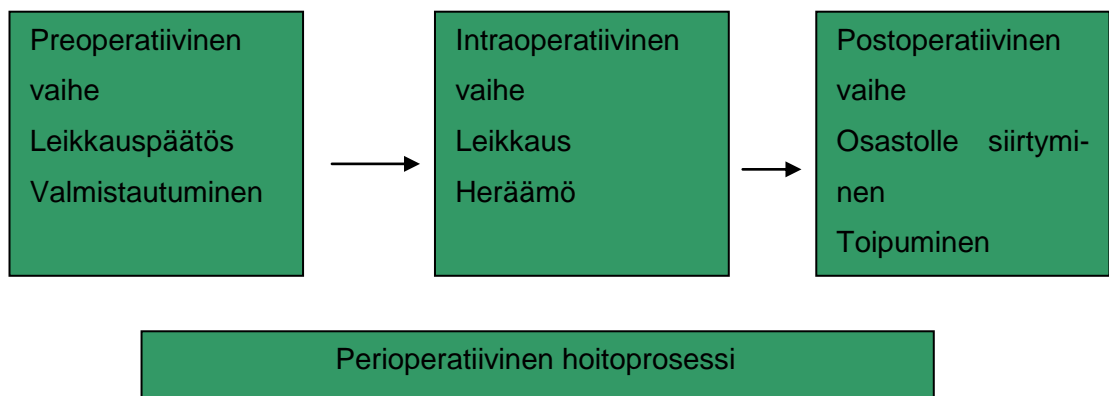
Nivelrikosta aiheutuva kipu ilmenee aluksi fyysisessä rasituksessa. Nivelrikon pahenemisvaiheessa kipu ilmenee lievemmässä rasituksessa ja pahimmassa tapauksessa kipu ilmenee levossa. Nivelrikon alkuvaiheessa toimintakyky alenee kivun vuoksi, sairauden pahetessa kudოსvauriot alentavat toimintakykyä. (Hannonen & Airaksinen 2005, 218–219.) Nivelrikon pahentuessa potilas hakeutuu hoitoon joko terveyskeskukseen tai yksityislääkärin vastaanotolle. Perusterveydenhuollossa lääkäri tekee potilaasta lähetteen erikoissairaanhoidon kirurgian ajanvarauspoliklinikalle, jossa lääkäri tekee arvioin nivelrikon laadusta. Tutkimusten perusteella lääkäri tekee leikkauspäätöksen ja potilas siirretään leikkausjonoon odottamaan kirurgista hoitoa. Nivelrikon hoitomuoto voi olla konservatiivinen ja tilanteen pahentuessa mietitään kirurgista hoitoa myöhemmin. Potilas saa tiedon leikkauksen ajankohdasta ja leikkaukseen valmistautumisohjeet kirurgian poliklinikalta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 44; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 22–26; Syväoja & Äijälä 2009, 20.)

Polvinivel sijaitsee sääriluun nivelkuoppien ja reisiluun nivelnastojen välissä, jotka muotonsa vuoksi eivät täysin muotoudu yhteen. Nivelkierukat ovat pehmeää sidekudosta, jonka avulla reisiluun ja sääriluun nivelpinnat muotoutuvat toisiinsa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 646.) Nivelrikon aiheuttamat muutokset polvinivelessä havaitaan röntgen- tai magneettikuvauksella. Polvinivelen leposärky, virheasento ja potilaan selviytymisen heikkeneminen päivittäisissä toiminnoissa ovat indikaatioita polven tekonivelleikkaukselle. (Hannonen & Airaksinen 2005, 219; Remes, Virolainen, Kettunen & Miettinen 2008.) Suomessa tehdään vuosittain yli 10 000

polven tekonivelleikkausta, joten tulevaisuudessa väestön ikääntyessä polven tekonivelkirurgia tulee lisääntymään. (Hannonen & Airaksinen 2005, 218; Harilainen & Sandelin 2010, 975).

Polven tekonivelkirurgiaan päädytään siinä vaiheessa, kun polven nivelrikko on niin vaikea, etteivät potilaan oireet ole muilla hoitomuodoilla helpottuneet (Konttinen ym. 2003, 1542). Tekonivelkirurgian tavoitteena on ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn paraneminen ja nivelrikosta aiheutuvan kivun helpottuminen (Konttinen ym. 2003, 1542; Tuki- ja liikuntaelinsairaudet 2009). Useimmat ortopediset leikkaukset tehdään spinaalipuudutuksessa (Lukkari ym. 2007, 270). Polviproteesileikkauksessa keinonivelellä korvataan reisi- ja sääriluun nivelpinnat ja joskus polvilumpio (Iivanainen ym. 2001, 641–642, 646).

Kuviossa 1 on havainnollistettu potilaan perioperatiivinen hoitoprosessi, joka koostuu pre-, intra- ja postoperatiivisesta vaiheesta. Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe alkaa siitä hetkestä, jolloin lääkäri tekee potilaasta leikkauspäätöksen. Preoperatiivisessa vaiheessa potilas saa tietoa tulevasta leikkauksesta ja valmistautuu siihen. Intraoperatiivisessa eli leikkauksen aikaisessa vaiheessa potilas siirtyy vuodeosastolta leikkausosastolle kirurgista hoitoa varten. Postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista valvontayksikköön eli heräämöhön, jossa seurataan leikkauksesta toipuvan potilaan vointia. (Lukkari ym. 2007, 20, 360.) Hoitajakso erikoissairaanhoidossa pyritään järjestämään mahdollisimman lyhyeksi. Potilas voidaan kotiuttaa kirurgiselta vuodeosastolta suoraan kotiin tai terveyskeskuksen kautta. (Holmia ym. 2003, 44.)



KUVIO 1. Perioperatiivinen hoitoprosessi (mukaillen Lukkari ym. 2007, 21)

2.2 Kipu

Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen, IASP:n (International Association for the Study of Pain) mukaan kipu on:

epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai uhkaavaan kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein. Yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa (Salanterä ym. 2006, 7).

Samanaikaisesti kipu on tunne- ja aistiperäinen kokemus. Lisäksi kipua on kuvattu fysiologisena ilmiönä. Ihminen voi tuntea ja aistia kipua, vaikka hänellä ei olisikaan näkyvää kudonvaurioita. Hoitotyön näkökulmasta katsottuna, kivulla on seuraavanlainen määritelmä, jossa:

kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän (Salanterä ym. 2006, 7.)

Kipu on ihmisen elinehto biologisen käsityksen mukaisesti (Kalso ym. 2009, 104). Elimistön aistiessa kipua se saa varoituksen mahdollisesta uhkaavasta kudonvauriosta. Kipu voi myös olla sairauden oire. (Nurminen 2006, 234.) Elimistön aistiessa kipua, se ryhtyy toimintoihin, joiden avulla estetään kudonvaurion kehittyminen, jonka seurauksena ihminen siirtyy pois uhkaavan ärsykkeen lähetyviltä (Kalso ym. 2009, 104).

Akuutin kivun tarkoituksena on suojata ja varoittaa elimistöä kudonvaurioista ja estää lisävaurioiden muodostumista (Kalso ym. 2009, 105–106). Akuutille kivulle on olemassa syy, joka voidaan hoitaa kivunhoitomenetelmien avulla (Holmia ym. 2003, 71). Mikäli kipua ei hoideta akuutissa vaiheessa tarpeeksi tehokkaasti, akuutin kivun parantuminen voi pitkittyä ja pahimmassa tapauksessa akuutti kipu voi kroonistua (Kalso ym. 2009, 106). Yleisimmin akuutti kipu ilmenee postoperatiivisena kipuna, jonka laajuus vaihtelee leikkauksen laajuuden, haavan sijainnin, leikkaustekniikan sekä potilaan oman kipuherkyyden mukaisesti (Hamunen & Kalso 2009, 278–280). Postoperatiivinen kipu on voimakkaimmillaan kolmen päivän ajan leikkauksesta, jonka jälkeen kipu alkaa vähitellen helpottua (Kalso ym. 2009, 105–106). Postoperatiivista kipua helpotetaan lääkkeellisillä ja lääkkeettömällä kivunhoitomuodoilla, joista lääkehoito on käytetympi kivunhoitomuoto (Hamunen & Kalso 2009, 278–280). Kipu on

kovimmillaan anestesia-aineiden poistuttua elimistöstä, jota ennakoitaan antamalla valvontayksikössä potilaalle opioideja laskimonsisäisesti, lihakseen pistettynä, epiduraaliseen annosteltuna tai ihonalaisesti lievittämään postoperatiivista kipua (Kokki 27.9.2010; Salomäki & Rosenberg 2010, 839, 848–849). Tehokkaalla postoperatiivisen kivunhoidolla vältetään erilaisilta komplikaatioilta ja edistetään potilaan toipumista (Hamunen & Kalso 2009, 278–280).

2.3 Postoperatiivisen kivunhoidon vaiheet

Jokaisella on yksilöllinen kivunsietokyky, joka on henkilökohtainen kokemus. Kivun tuntemiseen voi liittyä erilaisia asenteita, tunteita tai uskomuksia. Leikkaukseen liittyvä ahdistus ja pelko voivat lisätä potilaan kokemaa kipua. Potilas on paras oman kivun voimakkuuden ja laadun asiantuntija eikä potilaan kokemaa kipua tulisi vähätellä. Potilaan oma arvio kivusta tulee selvittää mahdollisuuksien mukaan, erityisesti leikkauksen jälkeen. (Salanterä ym. 2006, 75; Salanterä 2008; Hamunen & Kalso 2009, 278–280.) Kipua voi aiheuttaa myös ravinnottaolo, täysi virtsarakko ja rauhaton ympäristö (Holmia ym. 2003, 71). Taulukossa yksi on yleisimmät oireet, joista tunnistaa postoperatiivisen kivun.

TAULUKKO 1. Postoperatiivisen kivun tunnistaminen (Salanterä 2008)

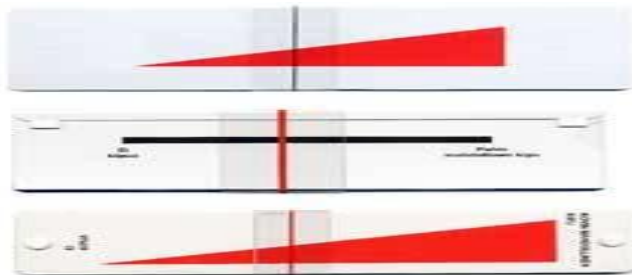
Oireet, joista postoperatiivisen kivun tunnistaa
Hengitystaajuuden nopeutuminen
Syke kiihtyy, verenpaine kohoaa
Viileä periferia eli ääreisverenkierto
Potilas on hikinen, kalpea,
Potilas palelee, tärisee
pahoinvoiva, oksenteleva
Potilas on ärtyisä ja levoton
Tajunnantason muutokset
kasvojen ilme jännittynyt
Potilas itkee, huutaa, puuskuttaa ja valittaa

Potilaan kivunhoitotyö alkaa preoperatiivisessa ohjauksessa, jossa on hyvä ottaa esille potilaan aikaisemmat kipukokemukset ja antaa tietoa postoperatiivisesta kivusta ja sen hoitomuodoista. Preoperatiivisessa ohjauksessa kerrotaan erilaisista kipumittareista, valitaan potilaalle sopivin kipumittari sekä opetetaan kipumittarin käyttö. Tavoitteena on käyttää samaa kipumittaria joka kerta arvioidessa potilaan kipua. (Kauppila 2006; Salanterä 2008.)

Kivun voimakkuuden arvioimiseen on kehitetty useita kipumittareita (kuvio 2), jotka ovat helppoja käyttää hoitotyössä. Yleisimmät kipumittarit ovat kipujana tai kipukiila eli VAS-kipumittari (Visual Analogue Scale) ja numeerinen kipumittari eli NRS-kipumittari (Numerical Rating Scale). VAS- ja NRS-kipumittareissa vasemmalla puolella kuvataan kivutonta olotilaa ja oikealla puolella kuvataan pahinta mahdollista kipua. NRS-kipumittarissa numerot ovat 0-10 välillä, josta nolla vastaa kivutonta oloa ja kymmenen pahinta mahdollista kipua. (Salanterä ym. 2006, 83.) Leikkauksen jälkeen postoperatiivista kipua arvioidaan useasti, vähintään neljän tunnin välein. Kivun helpottuessa sitä arvioidaan vähintään kerran työvuoron aikana eli joka kahdeksan tunnin välein. (Salanterä 2008.) Voimakkuudeltaan postoperatiivisen kivun tulisi olla 3–4/10 arvioituna numeraalisesti (Salanterä ym. 2006, 100). Kivun voimakkuuden arvioimisen lisäksi on selvitettävä, missä kipu sijaitsee, millaista se on laadultaan, kuinka kauan kipu on kestänyt, milloin kipu on alkanut sekä millaista kipu on potilaan ollessa levossa tai liikkeellä ollessa (Salanterä 2008).



Kipujana



VAS-kipumittari



NRS-kipumittari

KUVIO 2. Kipumittarit (Hoito LYHKE-yksikössä 2011)

Hyvä kivun lääkehoito tulisi aloittaa jo leikkauksen aikana ennakoiden postoperatiivista kipua. Kohtalaiseen kipuun postoperatiivisessa kivunhoidossa käytetään tulehduskipulääkettä eli anti-inflammatorisia analgeetteja, jotka ovat turvallisia lääkkeitä postoperatiiviseen kivunhoitoon. Ne eivät aiheuta opiaattien tavoin hengityslaman riskiä potilaalle. (Holmia ym. 2003, 72–73; Lukkari ym. 2007, 372.) Tärkeimmät tulehduskipulääkkeen ominaisuudet ovat kivun lievittyminen, kuumetta alentava sekä tulehdusoireistoa poistava vaikutus (Nurminen 2006, 235; Salanterä ym. 2006, 110). Tulehduskipulääke voidaan annostella laskimonsisäisesti tai antaa potilaalle suun kautta. Tulehduskipulääkkeet lisätään usein infuusionesteisiin, jotta se ei aiheuta ärsytystä laskimoon. (Salanterä ym. 2006, 111.)

Parasetamoli alentaa kuumetta ja sopii kohtalaisen kivun lievitykseen, mutta parasetamolissa ei ole tulehdusta lievittävää ominaisuutta (Nurminen 2006, 245). Perusterveille potilaille parasetamoli sopii hyvin lyhytaikaiseen akuutin kivun hoitoon. Ensimmäiset parasetamoliannokset leikkauksen jälkeen annostellaan laskimonsisäisesti, sillä makuuasento, anestesiasta aiheutuva pahoinvointi ja oksentelu voivat hidastaa suun kautta otettujen lääkkeiden kulkeutumista maha-laukusta ohutsuoleen. Postoperatiivisen kivun hoidossa parasetamolia annostellaan säännöllisesti, jotta kipupysy hallinnassa. (Pasanen & Kokki 2010, 126–127.) Tuoreen tutkimuksen mukaan (White & Kehlet 2010) parasetamolin ja tulehduskipulääkkeen yhteiskäyttöä suositetaan postoperatiiviseen kivunhoitoon, sillä yhteiskäyttö parantaa kivunhoidon tehokkuutta (Pasanen & Kokki 2010, 127–128).

Opioideja käytetään todella voimakkaan postoperatiivisen kivun hoidossa siinä tapauksessa, kun parasetamolista tai tulehduskipulääkkeestä potilaalle ei ole riittävä hyötyä. Parasetamolin tai tulehduskipulääkkeen lisäksi potilaalle annetaan opioidia heti leikkauksen jälkeen valvontayksikössä. (Salanterä ym. 2006, 117–118.) Leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa lääke annostellaan suonensisäisesti pieninä annoksina, jonka jälkeen potilaan vointia seurataan. Opioidien annosteluun on monia eri vaihtoehtoja, joista suositetaan lääkkeen antamista suun kautta. Opioidin vastalääke on naloksoni-injektio, mikäli potilaalle tulee hengityslama. (Salanterä ym. 2006, 122, 118; Nurminen 2006, 244, 465.) Polviproteesipotilaiden postoperatiivisessa kivun hoidossa käytetään epiduraalista kivunhoitoa, joka annostellaan jatkuvana epiduraaliinfuusiona ja tarvittavina lisäboluksina. Epiduraaliseen kivunlievitykseen käytetään tavallisesti puudutteen ja opioidin yhdistelmää lievittämään kipua. (Hamunen & Kalso 2009, 284–287.) Kivunhoidon seurantaan käytetään lomakkeita, joilla seurataan säännöllisesti potilaan vointia. Kuviossa 3 on keskeisempiä huomioitavia asioita potilaan epiduraalisessa kivunhoidossa. Potilaalla voi olla opioidista johtuvia haittavaiku-

tuksia, kuten pahoinvointia, oksentelua, ihon kutinaa, virtsaretenttiota tai hengityslamaa. Hypotensio ja liiallinen motorinen puutuminen ovat puuduteaineesta aiheutuvia haittavaikutuksia. Hengityslama, epiduraalinen infektiotai hematooma ovat harvinaisia, mutta todella vakavia haittavaikutuksia, jotka on osattava tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Hamunen & Kalso 2009, 284–287.)

Vitaalitoiminnot: Verenpaine, pulssi Hengitystaajuus Sedaatio	Epiduraalikatetriin liittyvät asiat: Puutuminen Kivun voimakkuus	Haittavaikutukset: Pahoinvointi Kutina Virtsaamisongelmat
---	---	---

KUVIO 3. Epiduraalisessa kivunhoidossa potilaalta huomioitavat asiat (mukaihen Hamunen & Kalso 2009, 284–287)

Polvi- ja lonkkaproteesileikkausten jälkeiseen kivunhoitoon on kehitetty LIA-tekniikka (Local infiltration analgesia), jossa leikkaava lääkäri pistää leikkauksen aikana eri kudokset lääkeaineeseen. Lääkeaineeseen sisältyy kolmea lääkeainetta, jossa on puudutetta, tulehduskipulääkettä ja verisuonia supistavaa lääkettä. Leikkaushaavaan asennetaan kivunhoitokatetri, jolla lisätään lääkeaineeseen leikkauksen jälkeisenä aamuna, jonka jälkeen katetri poistetaan (Förster 2009, 10–11.) LIA-tekniikassa potilaalle ei aiheudu virtsaumpea, hypotensiota tai epiduraalivuodon- tai infektiota. LIA-tekniikan tarkoituksena on edistää potilaan varhaista liikkeelle lähtöä. Postoperatiivisesta kivunhoidosta tulee huolehtia, sillä LIA-tekniikka ei takaa potilaalle täysin kivutonta oloa, joten postoperatiiviseen kivunhoitoon voidaan antaa tarvittaessa vahvoja opioideja kivun lievitykseen. (Förster 2009, 13.) Kerr ja Kohan (2008) ovat tehneet LIA-tekniikasta tutkimuksen (taulukko 2), jossa potilaille (N=325) tehtiin LIA-tekniikalla lonkkiin tai polviin kohdistuva tekonivelleikkaus (N=86).

Taulukossa 2 on kuvattu polviproteesipotilaiden postoperatiivisena kivunhoitomuotona käytettyä LIA-tekniikkaa. Potilaiden postoperatiivista kipua on arvioitu NRS-kipumittarin avulla levossa. Leikkauksen jälkeen 15–22 tuntia potilaiden kipua on arvioitu levossa ja liikkeellä ollessa. Suurin osa potilaista on arvioinut kivun NRS-kipumittarin avulla yhdestä kolmeen leikkauksen jälkeen sekä 15–22 tuntia leikkauksesta levossa ja liikkeellä ollessa. (Förster 2009, 11.)

TAULUKKO 2. LIA-tekniikka polviproteesipotilaiden kivunhoitomuotona (mukaillen Förster 2009, 11)

	Kivun voimakkuus	N
		86
Kipu levossa	NRS 0	36
	NRS 1–3	48
	NRS > 3	16
Levossa 15–22 t leikkauksesta	NRS 0	20
	NRS 1–3	77
	NRS > 3	3
Kävellessä 15–22 t leikkauksesta	NRS 0	5
	NRS 1–3	90
	NRS > 3	5

Lääkkeellisen kivun lievityksen lisäksi postoperatiivisessa kivunhoidossa käytetään lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja (Holmia ym. 2003, 74). Potilaan kipua helpotetaan asentohoidolla, jossa hyvä asento vaikuttaa eduksi verenkiertoon, hengitykseen sekä hermotoimintaan (Holmia ym. 2003, 74; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 486–488). Postoperatiivisessa kivunhoidossa käytetään fysikaalisia menetelmiä lievittämään kipua, joista kylmä- ja lämpöhoidot ovat käytetyimmät. Kylmähoito lievittää postoperatiivista kipua, vähentää turvotusta ja kudoksen aineenvaihduntaa. Kylmäpakkaus asetetaan leikatun alueen päälle puolen tunnin ajaksi kerrallaan. Kylmähoito ei sovi kivunhoitomenetelmäksi potilaille, joilla on todettu kylmäallergia tai urtikaria. Lämpöhoidon etuja ovat verenkierron ja kudoksen aineenvaihdunnan vilkastuminen, lihasten rentoutuminen, lihasten ja jänteiden joustavuuden tehostuminen. Lämpöä tuotetaan lämpöpakkausten ja infrapunasäteilyn avulla. Usein lämpöhoitoa käytetään rentoutukseen ennen fysioterapiaa. Lämpöhoidettavan alueen ihottumat, tulehdukset, kudonsvauriot tai metalliset vierasesineet ovat esteitä, jolloin lämpöhoitoa ei voida antaa potilaalle. (Pohjolainen 2009, 238–239.) Fysikaalisten hoitomuotojen lisäksi postoperatiivisen kivun lääkkeettömänä hoitomuotona käytetään psykologisia menetelmiä potilaan kivunhoidossa. Potilaan kanssa keskusteleminen, potilaan ajatusten kuunteleminen, läsnäolo, musiikin kuunteleminen, rentoutuminen sekä huumori ovat keskeisimpiä hoitomuotoja psykologisessa menetelmässä, jonka tavoitteena on saada potilaan ajatukset pois kivusta ja antaa muuta ajateltavaa. (Holmia ym. 2003, 178–180.)

3 KIVUNHOIDON KIRJAAMINEN

3.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

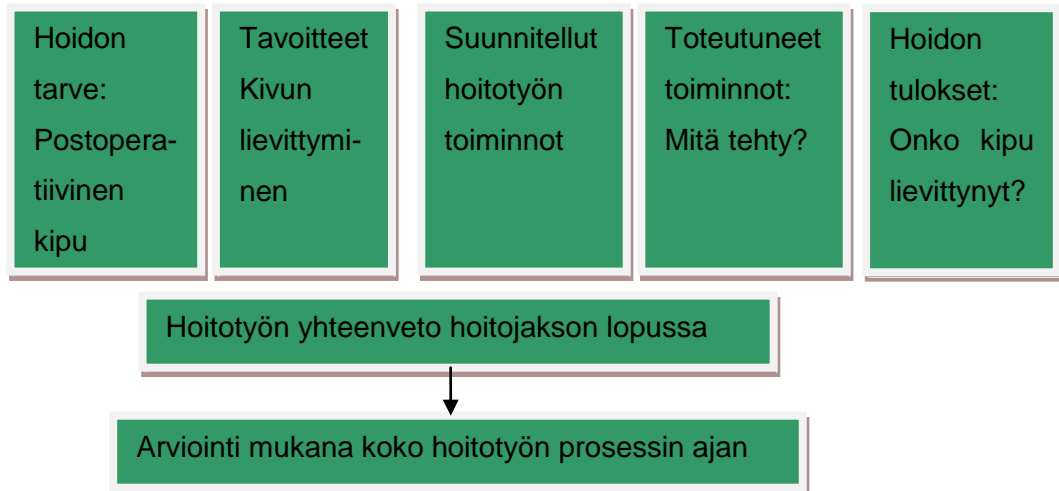
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa hoitohenkilökuntaa laatimaan potilasasiakirjan jokaisesta potilaasta. Potilasasiakirja tulee säilyttää asianmukaisesti sekä potilasasiakirjan sisältö tulee olla salassapidettävä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Potilasasiakirjojen keskeisestä sisällöstä on säädetty tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (30.3.2009/298), jonka mukaan potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot, kuten tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku ja loppulausunto. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä edellyttää elektronista potilaskertomusta, johon sisältyy hoidon kannalta oleelliset tiedot. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

Hoitotyön kirjaamisella toteutetaan potilaan hoidon mutkaton eteneminen, hoidon jatkuvuus sekä asianmukaisen kirjaamisella varmistetaan potilaan hoitoon liittyvä tiedon saaminen, hoidon toteutuminen ja sen seuranta (Ensio & Saranto 2004, 44). Huolellisella hoitotyön kirjaamisella taataan potilasturvallisuuden toteutuminen. Potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturva varmistetaan asianmukaisella hoitotyön kirjaamisella. (Salanterä ym. 2006, 102.)

3.2 Hoitotyön prosessimallin mukainen kivunhoidon kirjaaminen

Kivunhoidon ensimmäinen askel on kyky tunnistaa potilaan kipua ja määrittää hoidon tarve. Hoito suunnitellaan hoitotyön prosessimenetelmän mukaisesti (kuvio 4), joka koostuu potilaan kivun tunnistamisesta, kivunhoidon tavoitteiden määrittämisestä, hoitotyön auttamismenetelmien valinnasta, toteutuksesta ja arvioinnista. (Hallila & Graeffe 2005, 91.) Postoperatiivisen kivunhoidon tarvetta kirjatessa tärkeitä kirjattavia tietoja ovat postoperatiivisen kivun voimakkuus, laatu ja kivun sijainti ja millaista kipu on. Seuraavaksi laaditaan kivunhoidon tavoite, joka kipupotilaan kohdalla on kivun lievittyminen. Postoperatiivisen kivun tulisi olla niin hyvin hallinnassa, ettei siitä koituisi potilaalle haittaa päivittäisissä toiminnoissa. Postoperatiivisen kivun hoidon toteutukseen kirjataan potilaan kivun hoitoon liittyvät keskeiset asiat, kuten lääkkeen antoaika, vaikutus ja mitä lääkettä kipuun on annettu. Hoidon toteutukseen kirjataan kivunhoidossa käytetyt lääkkeettömät kivunhoitomuodot. Lopuksi arvioidaan ja kirja-

taan, onko hoito vaikuttanut toivotulla tavalla ja onko se edistänyt potilaan toipumista. (Salanterä ym. 2006, 82, 102–105.) Hoidon arvioinnissa tarkastellaan tavoitteita, ovatko ne toteutuneet (Hallila & Graeffe 2005, 94). Lääkkeen annon jälkeen potilaalta selvitetään kipumittarin avulla, onko lääke auttanut toivotulla tavalla. Lääkkeestä aiheutuvat mahdolliset sivu- ja haittavaikutukset on hyvä kirjata. (Ensio & Saranto, 2004, 36–37; Salanterä ym. 2006, 103–105.)



KUVIO 4. Hoityön prosessimalli (mukaillen Syväoja & Äijälä 2009, 651)

Hoityön sähköisessä kirjaamisessa systemaattisuudella tarkoitetaan potilaan hoidon havainnollistamista hoityön prosessimallin mukaisella tavalla, jossa on ennalta sovittu malli mitä kirjataan potilaan tietoihin. Hoityön systemaattinen kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöstä ja niitä täydentävästä kertovasta tekstistä. (Saranto & Sonninen 2007, 13–14.) Nykyään kertova kirjaaminen on muotoutunut käytetyimmäksi keinoksi tuottaa tietoa potilasasiakirjoihin. Jokaisella osastolla on sovittu tapa sähköiseen potilaskertomukseen liittyvistä kirjaamiskäytänteistä. (Ensio & Häyrinen 2007, 72–73.) Systemaattisesti kirjatun hoityötiedon merkitys on tärkeä, sillä kirjattua tietoa käytetään potilaan hoidon vaikuttavuuden arvioimiseen. Sairaanhoidtaja havainnoi ja arvioi potilaan postoperatiivista kipua sekä kirjaa tietoa liittyen kivunhoitoon. Kirjattua tietoa käytetään arvioinnissa, onko hoito ollut tehokasta. (Salanterä ym. 2006, 102.)

Alun perin Yhdysvalloissa professori Saba on kehittänyt sähköisen kirjaamisen selkiyttämiseksi HCC-luokituksen (Home Health Care Classification), joka myöhemmin muuttui CCC-luokitukseksi (Clinical Care Classification) (Saranto & Ensio 2007, 129–130). Luokituksen tarkoituksena on kirjata systemaattisesti hoityön prosessimallin mukaisella tavalla sähköiseen hoityökertomukseen. Suomalainen hoityön luokitus eli

Finnish Care Classification (FinCC) on kehitetty yhdysvaltaisesta CCC-luokituksesta hoitotyön kirjaamiseen. (Liljamo, Kaakinen & Saranto 2008, 3; Saranto & Ensio 2007, 129.) Suomessa FinCC-luokituksen muokkaaminen alkoi 1990-luvulla ja ensimmäisen version FinCC-luokituksista julkaisi väitöskirjanaan Anneli Ensio vuonna 2001 (Sonninen 2007, 88). FinCC muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksista (SHTaL 2.0.1), suomalaisesta hoidon toimintoluokituksista (SHToL 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokituksista (SHTuL 1.0.). Suomalainen hoidon tarve- ja toimintoluokitus muodostuvat samannimisestä 19 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta, jotka kumpikin sisältävät eri määrän pää- ja alaluokkia. (Liljamo, Kaakinen & Saranto, 2008, 4.) Hoitotyön kirjaamisessa käytetään eniten alaluokkia, sillä se sisältää parhaiten kuvaavia käsitteitä. SHTuL-luokitus koostuu arviointiasteikosta: pysynyt ennallaan, parantunut, huonontunut, jota apuna käyttäen arvioidaan onko hoito tuottanut tulosta. (Sonninen 2007, 89.)

Aistitoiminta-komponentti on sijoitettu FinCC-luokituksessa hoitotyön tarve- ja toimintoluokitukseseen. Hoitotyön tarveluokituksessa Aistitoiminta-komponentin pääluokka on akuutti kipu. Akuutin kivun alaluokkia ovat rintakipu, päänsärky, tulehduskipu, toimenpiteeseen liittyvä kipu ja traumaattinen kipu. Hoitotyön toimintoluokituksessa Aistitoiminta-komponentin pääluokat ovat kivun seuranta ja kivun hoito sekä kivunhoitoon liittyvä ohjaus. Pääluokkien alaluokkana ovat kivun voimakkuuden mittaaminen ja kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys). (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 264.)

Väänänen (2008) on tutkinut kivunhoidon kirjaamista elektroniseen hoitokertomukseen FinCC-luokituksen mukaisella tavalla (n=3432). Tutkimuksessa selvisi, että kivun hoidon kirjaamisessa oli varsin vaihtelevat käytännöt. Kirjaamisessa oli käytetty paljon pää- ja alaluokkia. Kivun arviointi oli käytetyin luokka, jota oli käytetty 2860 potilaan kivunhoidon kirjaamiseen. Vähiten käytetyin luokka oli kivunhoitoon liittyvä ohjaus. Tutkimuksessa nousi esille kaksi asiaa, joista asioita oli kirjattu eniten narratiivisesti; kivun sijainti ja onko potilaalla kiputuntemuksia vai ei. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitotyön ydintietojen kirjaaminen oli säännöllisempää, johon oli kirjattu kipulääkkeen antaminen ja hoitotoimenpiteet. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka kivun voimakkuutta arvioidaan potilailta. Kivun voimakkuuden arvioimiseen ei käytetty kipumittaria. Kivun arviointi pohjautui potilaan tuntemuksiin, oliko kipuja vai ei. (Väänänen 2008, 49–55.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Iisalmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston postoperatiivinen kivunhoidon kirjaamisen nykytila, NRS-kipumittarin käyttö polvi-
proteesipotilaiden kivun hoidossa ja millaisena apuvälineenä kipumittarin käyttö on koettu polvi-
proteesipotilaiden kivun arvioinnissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli havaita mahdolliset puutteet kivunhoidon kirjaamisessa ja kehittää hoitotyön kirjaamista Iisalmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tutkimustehtäviksi muodostuivat:

1. Mitä hoitotyön kirjaamisen otsikoita hoitohenkilökunta käyttää kivun hoidon rakenteiseen kirjaamiseen?
2. Kuinka polvi-
proteesipotilaiden postoperatiivista kipua on arvioitu NRS-
kipumittaria apuna käyttäen?
3. Millä tavoin hoitohenkilökunta käyttää NRS-kipumittarin käytön polvi-
proteesipotilaiden postoperatiivisen kivun voimakkuuden arvioimisen apuvälineenä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettävä tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija on kiinnostunut aikaisemmasta aiheeseen liittyvästä teoriasta, syy-seuraussuhteista, tutkimuksen tuloksista, jotka perustuvat numeerisiin arvoihin. Tutkija tarkastelee tutkimustuloksia objektiivisesti. Tutkimusaineiston pohjalta tutkija tekee omat päätelmät tuloksiin liittyen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135–138.) Tässä opinnäytetyössä tarkastelen sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista kivunhoidon kirjaamiseen käytettyjä pää- ja alaluokkia tammikuun 2011 ajalta. Tarkastelussa käytin kvantitatiivista näkökulmaa, montako kertaa kivunhoidon kirjaamiseen liittyviä pää- ja alaluokkia on käytetty tammikuussa. Verkkokyselyn avulla sain monipuolisemman kuvan, mitä otsikoita osastolla työskentelevä henkilökunta käyttää kivunhoidon kirjaamiseen.

5.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

eNNi-hankkeen aikana syksyllä 2010 muodostin verkkokyselyn (liite 1) yhteistyössä hankkeessa mukana olleen sairaanhoitajaopiskelijan kanssa. Kyselymittari esitettiin ennen varsinaista kyselyä, jonka jälkeen varsinainen kysely lähetettiin osastolle vastattavaksi tammikuussa 2011. Verkkokyselyssä oli 29 kysymystä, joista seitsemän kysymystä oli yleisiä kirjaamiseen liittyviä. Potilasohjauksen kirjaamiseen liittyviä kysymyksiä oli yhdeksän ja kuusi kysymystä oli kivunhoidon kirjaamiseen liittyviä. Verkkokyselyssä oli kuusi kysymystä, jotka liittyivät polviproteesipotilaiden kivunhoitoon. Kyselylomake lähetettiin yhtenä isona kokonaisuutena osastolle vastattavaksi. Opinnäytetyössäni käytin yleiseen kirjaamiseen, postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamiseen ja polviproteesipotilaiden kivunhoitoon liittyviä kysymyksiä.

eNNi-hankkeessa selvitin Iisalmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamisen nykytilan. Hankkeessa tutkin kahdella eri tavalla kirjaamisen nykytilan: ensimmäiseksi selvitin verkkokyselyn avulla operatiivisen vuodeosaston henkilökunnalta postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamiseen liittyviä asioita. Toiseksi selvitin rakenteisen kirjaamisen nykytilan liittyen postoperatiiviseen kivunhoitoon sähköisen kirjaamisen tilastotietojen avulla, mitä otsikoita käytettiin postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamiseen. Anoin verkkokyselyn ja sähköisen kirjaamisen tilastotietojen käsittelyä varten tutkimusluvan Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä (liite 2).

Kysymykset koostuivat monivalintakysymyksistä, joihin vastaajalla oli mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto. Kyselyssä oli muutama avoimen ja strukturoidun kysymyksen välimuoto, johon vastaaja vastasi omin sanoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 193–197.) Verkkokyselyssä oli muutama isompi kokonaisuus, jossa kysyttiin usein, melko usein, joskus, hyvin harvoin ja en ollenkaan-vastausvaihtoehtojen avulla kivunhoidon kirjaamiseen liittyviä asioita. Tulosten tulkitsemisen helpottamiseksi tiivistin vastausvaihtoehdot usein/melko usein, joskus/hyvin harvoin ja en ollenkaan. Verkkokyselystä saadut tulokset analysoin SPSS-tilastointiohjelmalla, joka on kehitetty kvantitatiiviseen aineiston analysointiin (Holopainen & Pulkkinen 2008, 46). Microsoft Excel-ohjelmalla muodostin tutkimusaineistoista havainnollistavia kuvioita ja taulukoita, jotka esittelen luvussa kuusi.

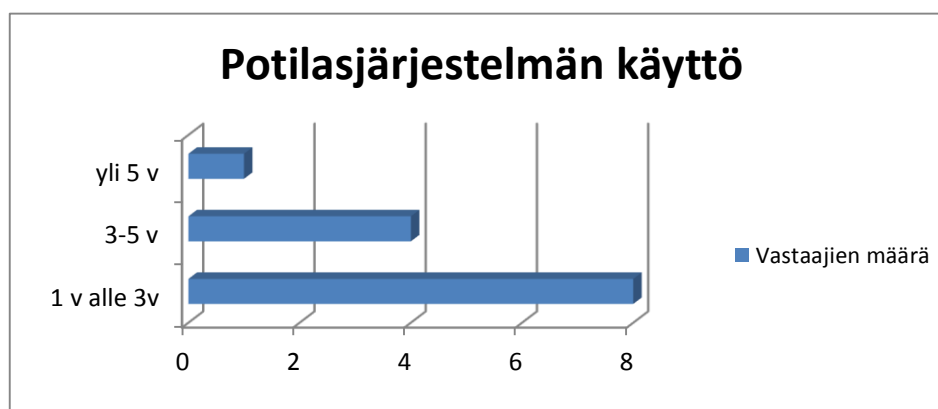
Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän tietojärjestelmäsuunnittelija tulosti minulle sähköisen kirjaamisen tilastotiedot 1–31.1.2011 väliseltä ajalta, jossa oli kaikki hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen komponentit pää- ja ala-luokkineen. Sain sähköisen kirjaamisen tilastotiedot valmiiksi tulostettuna paperiversiona, joissa oli eritelty gynekologisten-, korvanenäkurkku- ja kirurgisten potilaiden asiakas- ja kirjausten määrät tammikuun ajalta. Sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista valitsin hoitotyön tarve- ja toimintaluokitukselta aistitoiminto- ja lääkehoito-komponentit. Sähköisen kirjaamisen tilastotietoja minun ei tarvinnut analysoida SPSS-tilastointiohjelmalla. Sen sijaan muodostin taulukoita sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista Microsoft Office Wordin avulla, kun- ka monta kertaa tammikuun aikana on käytetty aistitoiminto- ja lääkehoito- komponentteja FinCC-luokituksen mukaisesti. Huomioin sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista, montako kertaa kyseisiä komponentteja pää- ja alaluokkineen on käytetty rakenteiseen kirjaamiseen ja potilastiedoissa tammikuun aikana.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Verkkokyselyn tulokset

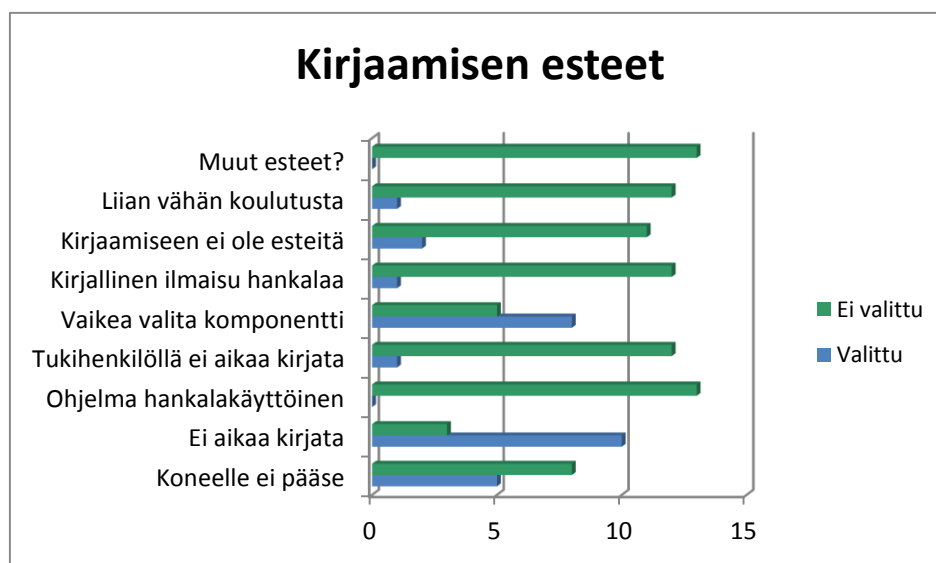
lisalmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston henkilökunnalla oli mahdollisuus vastata kyselyyn kuukauden ajan. Kysely lähetettiin jokaiselle osastolla työskentelevällä perus- ja sairaanhoitajalle sähköpostitse (N= 22). Kyselyyn vastasi 59 % (13) osastolla työskentelevää perus- ja sairaanhoitajaa. Ensimmäisessä kysymyksessä selvitin osaston hoitohenkilökunnan ikäjakaumaa. Nuorin osastolla työskentelevä oli 27-vuotias ja vanhin osastolla työskentelevä oli 60-vuotias. Kyselyyn vastanneiden keski-ikäsi muodostui 46 vuotta. Selvitin osaston henkilökunnan työkokemusta vuosina. Pisin työkokemus oli 37 vuotta ja lyhyin työkokemus oli viisi vuotta. Kyselyyn vastanneiden keskimääräinen työkokemus oli 21 vuotta. Osastolla työskentelevän henkilökunnan koulutus jakaantui seuraavasti: 62 % (8) sairaanhoitajia tai erikoissairanhoitajia ja 39 % (5) perus- tai lähihoitajia.

Kuviossa 6 on kuvattu sähköisen potilasjärjestelmän käyttöä. Suurin osa vastaajista, 62 % (8), on käyttänyt sähköistä potilasjärjestelmää vuodesta alle kolmeen vuoteen. Vastaajista 31 % (4) on käyttänyt sähköistä potilasjärjestelmää kolmesta viiteen vuoteen. Vastaajista 23 % (3) on osallistunut kerran kirjaamiseen liittyvään koulutukseen. Kirjaamiseen liittyviin koulutuksiin on osallistunut 39 % (5) vastaajista. Kyselyyn vastanneista 39 % (5) on osallistunut kolme kertaa tai useammin kirjaamiseen liittyviin koulutuksiin. Vastausten perusteella kirjaamiseen liittyvää koulutusta on järjestänyt ”osastonhoitaja tai oma ammattiliitto”.



KUVIO 6. Sähköisen potilasjärjestelmän käyttö osastolla (n=13)

Kuviosta 7 näkyy kirjaamiseen liittyviä esteitä. Vastaajista 77 % (10) ilmoitti, ettei kirjaamiseen ole aikaa. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, ettei sähköistä potilasjärjestelmää ole hankala käyttää. Suurin osa vastaajista eli 92 % (12) koki, että tukihenkilöllä on riittävästi aikaa ohjata potilasohjelman käytössä. Päivittäisessä kirjaamisessa 62 % (8) vastaajista koki komponentin valitsemisen vaikeaksi. Kyselyyn vastanneista 92 % (12) vastasi, ettei kielellinen ilmaisu ole hankalaa. Vastaajista 85% ilmoitti, ettei kirjaamiselle ole esteitä. Vastaajista 92 % (12) vastasi saaneensa riittävästi koulutusta kirjaamiseen liittyen. Suurin osa kyselyyn vastanneista, 85 % (11), tunsu riittävästi kirjaamista ohjaavan lain ja asetuksen. Työpaikkakoulutuksesta lisätietoa toivoi 15 % (2) kyselyyn vastaajista.



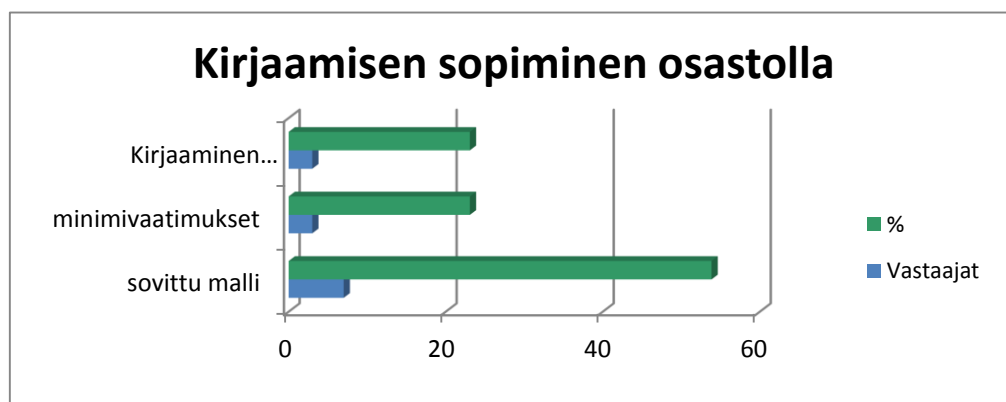
KUVIO 7. Sähköisen kirjaamisen esteet (n=13)

Vastaajaa pyydettiin valitsemaan kivunhoidon kirjaamiseen käyttämiä pääluokkia, jonka mukaan 92 % (12) käytti usein tai melko usein tutkimuksen jälkeinen tarkkaileminen-pääluokkaa. Suurin osa vastanneista, 85 % (11), käytti lääkkeen vaikutuksen seuranta-pääluokkaa usein tai melko usein. Pääluokkaa lääkeinjektion anto käytti usein tai melko usein 69 % (9) vastaajista. Vastaajista 8 % (1) käytti joskus tai hyvin harvoin ja 23 % (3) vastaajista ei käytä ollenkaan lääkeinjektion anto-pääluokkaa. Lääkeinfusion anto-pääluokkaa käytti usein tai melko usein 62 % (8) vastaajista. Kyselyyn vastanneista 15 % (2) käytti pääluokkaa joskus tai hyvin harvoin ja 23 % (3) vastaajista ei käytä lääkeinfusion anto-pääluokkaa ollenkaan. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet, 92 % (12), käyttivät pääluokkia kivun seuranta ja kivun arviointi usein tai melko usein. (taulukko 8)

TAULUKKO 8. Kivunhoidon kirjaamiseen käytetyt pääluokat %

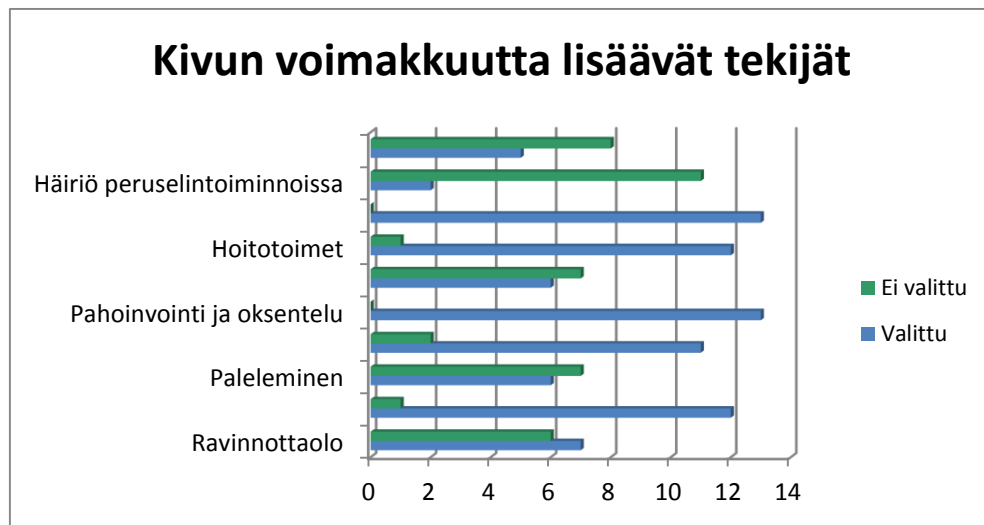
	Usein/ Melko usein	Joskus/ Hyvin har- voin	En ol- lenkaan	Yh- teensä %
Tutkimuksen jälkeinen tarkkaileminen	92	8	0	100
Lääkkeen vaikutuksen seuranta	85	8	8	100
Lääkkeen antaminen	100	0	0	100
Lääke suun kautta	100	0	0	100
Lääkeinjektion anto	69	8	23	100
Lääkeinfuusion antaminen	62	15	23	100
Kivun seuranta	92	8	0	100
Kivun hoito	100	0	0	100
Kivun voimakkuuden seuranta	100	0	0	100
Kivun arviointi	92	8	0	100

Kuviossa 8 on kuvattu operatiivisen vuodeosaston kivunhoidon kirjaamiskäytänteitä. Vastaajista yli puolet, 54 %, vastasi, että kivunhoidon kirjaamiseen on olemassa sovitettu malli, jonka mukaisesti kivunhoito kirjataan. Minimivaatimukset valitsivat 23 % (3) vastaajista, joiden mukaisesti kirjataan kivunhoitoon liittyviä asioita. Kyselyyn vastanneista 23 % (3) vastasi, että kukin kirjaa omalla tavallaan. Avoimeen kysymykseen oli vastannut 69 % (9). Vastausten perusteella kivunhoidon kirjaamiseen on olemassa erillinen ohje, jonka mukaan kirjataan kipulääkkeen tarve ja lääkkeen vaikutusta arvioidaan NRS-kipumittarilla. Lisäksi kirjataan lääkkeen nimi, antomuoto, kellonaika ja annos/vahvuus. Annetut lääkkeet kirjataan isoin kirjaimin.



KUVIO 8. Sähköisen kirjaamisen sopiminen osastolla % (n=13)

Kivun voimakkuutta lisääviä tekijöitä on havainnollistettu kuviossa 9, jonka mukaan selkeätä kipua lisääviä tekijöitä ovat pahoinvointi, oksentelu ja epämukavan asento, jotka kaikki kyselyyn vastanneet valitsivat. Lähes kaikki vastaajat, 92 % (12), ovat huomioineet kivun voimakkuutta lisäävänä tekijänä täyden virtsarakon ja hoitotoimet. Pelon, ahdistuksen ja peruselintoimintojen häiriöiden vaikutukset kivun voimakkuuteen on valinnut 85 % (11) vastaajista. Ravinnottaolon vaikutukset kivun voimakkuuteen on valinnut 54 % (7). Palelemisen vaikutuksen kivun voimakkuuteen on valinnut 46 % (6). Rauhattoman ympäristön vaikutukset kivun voimakkuuteen on valinnut 46 % (6). Aikaisemmat kipukokemukset on valinnut 62 % (8) kyselyyn vastaajista.



KUVIO 9: Kivun voimakkuuteen vaikuttavat seikat (n=13)

Taulukossa 9 on kuvattu mitä asioita osaston henkilökunta selvittää potilaan kokeesta kivusta. Kivun alkamisen ja keston huomioi usein tai melko usein 62 % (8) vastaajista ja 39 % (5) vastaajista huomioi kivun alkamisen ja keston joskus tai hyvin harvoin. Kivun luonteen selvittää usein tai melko usein 85 % (11). Vastaajista 77 % (10) huomioi kivun rasituksessa usein tai melko usein. Suurin osa vastaajista, 92 % (12), huomioi kivun levossa usein tai melko usein. Vastaajista 69 % (9) huomioi usein tai melko usein muutokset kivussa ja 31 % (4) huomioi muutokset kivussa joskus tai hyvin harvoin. Sanattoman viestinnän huomioi usein tai melko usein 54 % (7) ja 46 % (6) huomioi sanattoman viestinnän joskus tai hyvin harvoin. Fyysiset muutokset, kuten kohonneen sykkeen ja verenpaineen huomioi usein tai melko usein vastaajista 54 % (7) ja 46 % (6) vastaajista huomioi joskus tai hyvin harvoin kipuun liittyvät fyysiset muutokset. Potilaan ilmeet ja eleet huomioi usein tai melko usein 62 % (8) vastaajista ja 39 % (5) vastaajista joskus tai hyvin harvoin. Usein tai melko usein potilaan ärtyvyyden huomioi 54 % (7) Vastaajista. 39 % (5) huomioi potilaan ärtyvyyden joskus tai hyvin harvoin.

TAULUKKO 9. Potilaan kivun kuvaaminen % (n=13)

	Usein/ Melko usein	Joskus/ Hyvin Harvoin	En ol- lenkaan	Yh- teensä %
Alkaminen ja kesto	62	39	0	100
Kivun luonne	85	15	0	100
Kivun sijainti	100	0	0	100
Kipu rasituksessa	77	23	0	100
Kipu levossa	92	8	0	100
Muutokset kivussa	69	23	8	100
Sanaton viestintä	54	46	0	100
Pulssin ja verenpaineen kohoaminen	54	46	0	100
Ilmeet ja eleet	62	39	0	100
Ärtyvyys	54	39	8	100
Kalpeus, hikoilu, pahoinvointi	100	0	0	100

Taulukon 10 mukaan potilaan kokeman kivun kirjaa usein tai melko usein 85 % (11) kyselyyn vastaajista. Kivun hoidon tarpeen kirjaa 77 % (10) kyselyyn vastanneista usein tai melko usein ja 23 % (3) kyselyyn vastanneista kirjaa kivun hoidon tarpeen joskus tai hyvin harvoin. Verkkokyselyyn vastanneista 62 % (8) kirjaa usein tai melko usein potilaan näkemysten kivunhoidosta. Suurin osa vastaajista, 85 % (11), vastasi kirjaavansa usein tai melko usein kivunhoidon toteutuksesta. 54 % (7) kirjaa usein tai melko usein kipumittarin käytön opettamisen potilaalle. Vastaajista 8% (1) ei kirjaa ollenkaan kipumittarin käytön opettamista. Verkkokyselyyn vastanneista 77 % (10) on vastannut kirjaavansa usein tai melko usein kipumittarin käytön potilastietoihin. Kyselyyn vastanneista 23 % (3) kirjaa joskus tai hyvin harvoin kipumittarin käytön potilastietoihin. 23 % (3) kyselyyn vastanneista kirjaa SHTuL-luokituksen käytön usein tai melko usein. Kyselyyn vastanneista 62 % (8) kirjaa SHTuL-luokituksen käytön joskus tai hyvin harvoin. Vastaajista 15 % (2) ei kirjaa ollenkaan SHTuL-luokituksen käyttöä.

TAULUKKO 10. Potilaan kivunhoidosta kirjaaminen % (n=13)

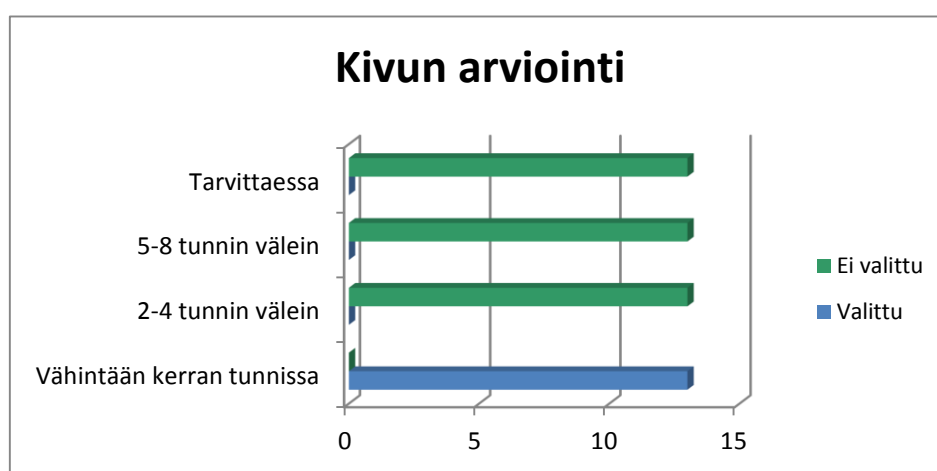
	Usein/ Melko usein	Joskus/ Hyvin harvoin	En ollen- kaan	Yh- teen- sä %
Potilaan kokema kipu	85	15	0	100
Kivun hoidon tarve	77	23	0	100
Potilaan näkemys kivunhoidosta	62	39	0	100
Kivun hoidon toteutus	85	15	0	100
Kipumittarin käytön opettaminen potilaalle	54	39	8	100
Kipumittarin käyttö	77	23	0	100
SHTuL-luokituksen käytön kirjaaminen	23	62	15	100
Kivun hoidon arviointi	85	15	0	100

Asentohoidon käytön kirjaa 85 % (11) kyselyyn vastanneista usein/melko usein ja 15 % (2) kyselyyn vastanneista kirjaa joskus tai hyvin harvoin asentohoidon käytön. Verkkokyselyyn on vastannut 39 % (5) kirjaavansa rentoutumisen käyttöä usein tai melko usein. Kyselyyn vastanneista 39 % (5) kirjaa rentoutumisen käytön joskus tai hyvin harvoin. Kyselyyn vastanneista 54 % (7) ei kirjaa ollenkaan lämpöhoidon ja hieronnan käyttöä. Potilaan kanssa käytyä keskustelua ei kirjaa ollenkaan vastaajista 8 % (1). Mielikuvaharjoitusten käyttöä ei kirjaa ollenkaan 77 % (10) vastaajista. (taulukko 11)

TAULUKKO 11. Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen kirjaaminen % (n=13)

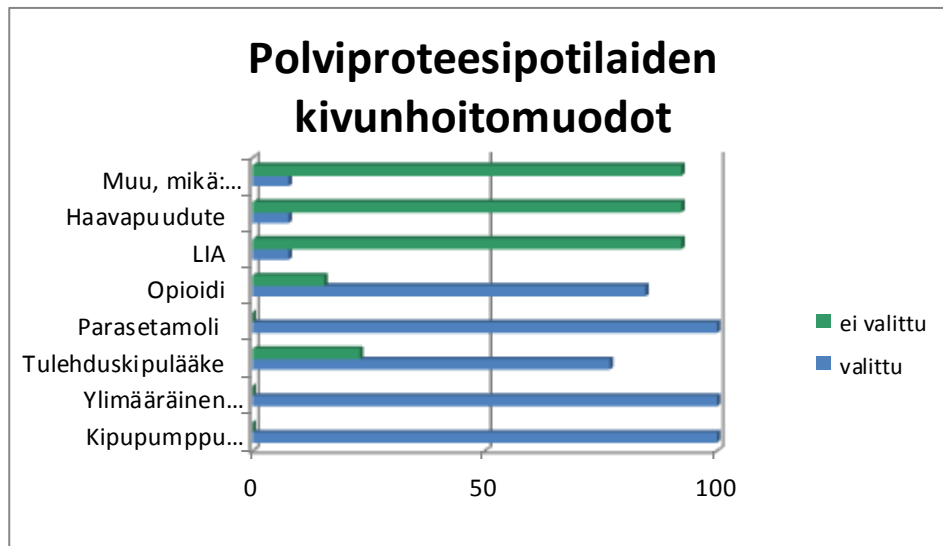
	Usein/Melko usein	Joskus/ Hyvin har- voin	En ollen- kaan	Yhteensä
Kylmähoito	100	0	0	100
Lämpöhoito	15	31	54	100
Asentohoito	85	15	0	100
Hieronta	0	46	54	100
Rentoutuminen	39	39	23	100
Keskustelu	54	39	8	100
Musiikki	0	23	77	100
Akupunktio	0	0	100	100
Mielikuvaharjoitukset	0	23	77	100

Vastaajista 92 % (12) ilmoitti, että osastolla käytetään NRS-kipumittaria kivun voimakkuuden arvioinnissa. Kaikki kyselyyn vastaajat arvioivat polviproteesipotilaan postoperatiivista kipua vähintään yhden tunnin välein ensimmäisen leikkauksen jälkeisen vuorokauden aikana. (kuvio 10) Avoimesta kysymyksestä saatujen vastausten mukaan NRS-kipumittari on yhtenäinen ja hyvä arviointimenetelmä. Lisäksi vastaajat arvioivat kivun arvioimisen tehokkaammaksi ja lisälääkityksen tunnistaminen helpottuu. Vastausten mukaan kivunhoitoon motivoituneille potilaille NRS-kipumittari on hyvä kivun arviointimenetelmä, mutta kaikki eivät ymmärrä numeraalisen kipumittarin tarkoitusta. Kysymykseen on vastattu, että erityisesti vanhuksien on hankala arvioida kiputunteuksia numeroilla 1–10, jolloin arvioidaan potilaan ilmeitä ja eleitä.

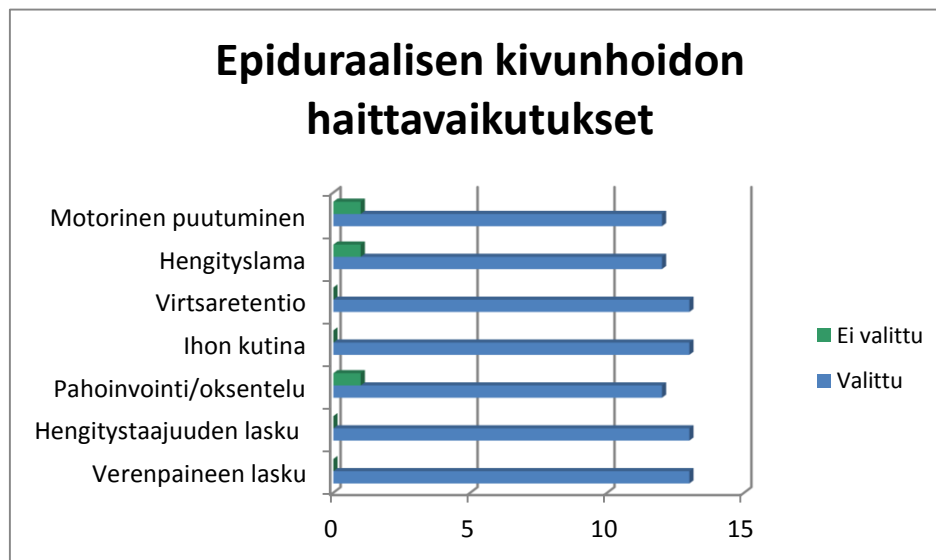


KUVIO 10. Polviproteesipotilaan kivun arviointi (n=13)

Käytetyin kivunhoitomuoto (kuvio 11) oli kipupumppu epiduraalillassa, ylimääräinen bolus ja parasetamoli, jotka valinnut kaikki kyselyyn vastanneet. Polviproteesipotilaiden kivunhoitomuotona 77 % (10) vastaajista valitsi käyttävänsä tulehduskipulääkettä. Opioidia valitsi käyttävänsä polviproteesipotilaiden kivunhoitoon 85 % kyselyyn vastanneista. Vastaajista 8 % (1) käytti vaihtoehtoisena kivunhoitomuotona polviproteesipotilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa kylmähoitoa, jos käytössä ei ole epiduraalista kivunhoitoa. Kuviossa 12 kaikki kyselyyn vastanneet huomioivat epiduraalisen kivunhoidon haittavaikutuksista verenpaineen ja hengitystaajuuden laskun, virtsaretention ja ihon kutinan. Pahoinvoinnin ja oksentelun huomioi 92 % (12) kyselyyn vastanneista. Epiduraalisen kivunhoidon haittavaikutuksista hengityslama, motorinen puutuminen ja epiduraalinen infektiotai hematooma on vastattu 92 %.



KUVIO 11. Polviproteesipotilaiden kivunhoitomuodot % (n=13)



KUVIO 12. Epiduraalisen kivunhoidon haittavaikutukset (n=13)

6.2 Sähköisen kirjaamisen tilastotietojen tulokset

Iisalmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla on 27 potilaspaiikkaa. Sähköisen kirjaamisen tilastotiedot tulostettiin tammikuun 2011 ajalta, joista tarkastelin kirjaamisen toteutumista aistitoiminta ja lääkehoito-komponenteissa hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksessa. Tammikuun aikana Iisalmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla hoidossa oli 130 potilasta. Keskimääräinen potilaiden hoitoaika osastolla oli 3,5 vuorokautta. Hoitotyön tarveluokituksessa aistitoiminta-komponenttia pää- ja alaluokineen oli käytetty 1 001 kertaa tammikuun aikana. Pääluokkaa akuutti kipu oli käytetty 45 kertaa. Alaluokista käytetyin oli toimenpiteeseen liittyvä kipu, jota oli käytetty

709 kertaa. Vähiten käytetty alaluokka oli traumaattinen kipu, jota oli käytetty 106 kertaa. Aistitoiminta-komponenttia pää- ja alaluokkineen oli käytetty 87 potilaan kivunhoidon tarpeen määrittämisessä. Akuutti kipu-päälukkaa oli käytetty viiden potilaan potilastiedoissa. Potilastiedoissa käytetyin alaluokka oli toimenpiteeseen liittyvä kipu, jota oli käytetty 59 potilaan kivun tarpeen määrittämisessä. Vähiten käytetyin alaluokka oli traumaattinen kipu, jota oli käytetty kahdeksan potilaan potilastiedoissa. Hoitotyön tarveluokituksesta alaotsikoita rintakipu ja päänsärky ei ole käytetty ollenkaan kivunhoidon kirjaamiseen. (taulukko 12)

TAULUKKO 12. Asiakasmäärät ja kivunkirjaamiskerrat hoitotyön tarveluokituksessa

Tarveluokitus		Asiakasmäärät		Kirjaukset	
		N	%	N	%
Komponentti	Aistitoiminta				
Päälukkaa	Akuutti kipu	5	6	45	5
Alaluokka	Rintakipu	0	0	0	0
	Päänsärky	0	0	0	0
	Tulehduskipu	15	17	141	14
	Toimenpiteeseen liittyvä kipu	59	68	709	71
	Traumaattinen kipu	8	9	106	11
Yhteensä		87	100	1 001	100

Hoitotyön toimintoluokituksessa aistitoiminta-komponenttia pää- ja alaluokkineen oli käytetty 594 kertaa. Päälukasta kivun seuranta oli käytetty 216 kertaa ja kivun hoito 174 kertaa. Kivunhoidon kirjaamiseen alaluokista oli käytetty kivun arviointia (laatu, sijainti, esiintyvyys) 204 kertaa. Hoitotyön toimintoluokituksesta aistitoiminta-komponenttia pää- ja alaluokkineen oli käytetty 123 potilaan potilastiedoissa. Päälukkaa kivun seuranta oli käytetty 41 potilaan potilastiedoissa ja kivun hoito-päälukkaa oli käytetty 43 potilaan potilastiedoissa. Alaluokkaa kivun arviointi oli käytetty 39 potilaan potilastiedoissa. Kivun voimakkuuden mittaaminen-alaluokkaa ja kivun hoitoon liittyvä ohjaus-päälukkaa ei ole käytetty kertaakaan. (taulukko 13)

TAULUKKO 13. Asiaksmäärät ja kivunkirjaaminen hoitotyön toimintoluokituksessa

Toimintoluokitus		Asiakas- kas- määrät N	%	Kirjaukset N	%
Komponentti	Aistitoiminta				
Pääluokka	Kivun seuranta	41	33	216	36
Alaluokka	Kivun voimakkuuden mittaaminen	0	0	0	0
	Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys)	39	32	204	34
Pääluokka	Kivun hoito	43	35	174	29
	Kivunhoitoon liittyvä ohjaus	0	0	0	0
Yhteensä		123	100	594	100

Hoitotyön toimintoluokituksessa lääkehoito-komponenttia pää- ja alaluokkineen oli käytetty 648 kertaa. Käytetyin pääluokista oli lääkepumppu, jota oli käytetty 100 kertaa. Pääluokka lääkkeen vaikutuksen seuranta oli käytetty 75 kertaa. Pääluokkaa lääkkeen antaminen oli käytetty 41 kertaa. Käytetyin alaluokka oli lääke suun kautta, jota oli käytetty 264 kertaa. Alaluokkaa lääkeinjektion anto on käytetty 120 kertaa ja lääkeinfuusion antaminen oli käytetty 43 kertaa. Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokkia oli käytetty 188 potilaan potilastiedoissa. Pääluokista käytetyin oli lääkkeen vaikutuksen seuranta, jota oli käytetty 26 potilaan potilastiedoissa. Vähiten käytetyin pääluokka oli lääkepumppu, jota oli käytetty 15 potilaan potilastiedoissa. Lääkkeen antaminen pääluokkaa oli käytetty 18 potilaan potilastiedoissa. Alaluokista eniten käytetty oli lääke suun kautta, jota oli käytetty 69 potilaan potilastiedoissa. (taulukko 14)

TAULUKKO 14. Lääkehoito-komponentin käyttö hoitotyön toimintoluokituksessa.

Toimintoluokitus		Asiakasmäärät N	%	Kirjaukset N	%
Komponentti	Lääkehoito				
Pääluokka	Lääkkeen vaikutuksen seuranta	26	14	75	12
	Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta	1	0	1	0
Pääluokka	Lääkkeen antaminen	18	10	41	6
Alaluokka	Lääke suun kautta	69	37	264	41
	Lääkeinjektion anto	38	20	120	19
	Lääkeinfusion antaminen	18	10	43	7
Pääluokka	Lääkepumppu	15	8	100	16
Yhteensä		188	100	648	100

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdintaa

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää verkkokyselyn avulla kivunhoidon kirjaamisen nykytilan ja miten lisälmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston hoitohenkilökunta on käyttänyt NRS-kipumittaria polviproteesipotilaiden kivun arvioinnin apuvälineenä. Selvitin verkkokyselyllä hoitohenkilökunnan näkemystä kivunhoidon kirjaamisen toteutumisesta osastolla. Sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista sain lisävarmuutta siihen, mitä pää- ja alaluokkia on käytetty kivunhoidon rakenteiseen kirjaamiseen tammikuun aikana. Tarkastelin opinnäytetyön tuloksia suhteessa opinnäytetyön tarkoitukseen, tavoitteeseen ja tutkimuskysymyksiin.

Verkkokyselyn tulosten perusteella osastolla työskentelee ammattitaitoinen henkilökunta, jolla on keskimääräisesti pitkä työkokemus. Tulosten perusteella suurin osa kyselyyn vastanneista, 62 %, on käyttänyt sähköistä potilasjärjestelmää yhdestä vuodesta alle kolmeen vuoteen. Vastaaajista 77 % (10) on osallistunut viimeisen kahden vuoden aikana kirjaamiseen liittyvään koulutukseen vähintään kahdesta kolmeen kertaan. Kirjaamiseen liittyvää koulutusta järjestetään ja suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista on mahdollisuus osallistua. Kyselyyn vastanneet käyttivät kivunhoidon kirjaamiseen tarvittavia pääluokkia melko samalla tavoin. Pääluokat lääkeinjektion anto ja lääkeinfuusion antaminen tuottivat selkeitä eroavaisuuksia tuloksissa, joka voi mahdollisesti johtua siitä, että osastolla työskentelee perushoitajia, joilla ei ole mahdollisuutta antaa potilaalle lääkkeitä lihaksen- tai suonensisäisesti. Hoitotyön toimintoluokituksessa lääkehoito-komponenttia pää- ja alaluokkineen on käytetty vaihtelevasti lääkehoidon kirjaamiseen. Sähköisen kirjaamisen tilastotietojen perusteella käytetyimpiä pääluokkia olivat lääkkeen vaikutuksen seuranta, lääkkeen antaminen, lääkepumppu ja vähiten käytetyin pääluokka oli lääkkeen vaikuttavuuden seuranta. Alaluokista on käytetty eniten lääke suun kautta, lääkeinjektion anto ja lääkeinfuusion antaminen. Lääkehoito-komponentista rajasin joitakin alaotsikoita pois, joita kirurgisen potilaan hoidossa ei käytetä, kuten lääkeinhalaation antaminen.

Tulosten perusteella potilaan kipua seurataan säännöllisesti. Pääluokkia kivun seuranta ja kivun arviointi käyttivät suurin osa kyselyyn vastanneista usein tai melko usein kivunhoidon kirjaamiseen. Tarkastelin sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista, mitä pää- ja alaluokkia hoitohenkilökunta on käyttänyt kivunhoidon rakenteiseen kirjaamiseen ja mitä otsikoita on käytetty potilastiedoissa. Havaitsin tuloksia tarkastellessani, ettei joitakin alaluokkia ole käytetty ollenkaan kivunhoidon kirjaamiseen hoito-

työn tarve- ja toimintaluokituksessa. Sähköisen kirjaamisen tilastotietojen perusteella aistitoiminto-komponentin käytetyimpiä alaluokkia olivat toimenpiteeseen liittyvä kipu, tulehduskipu ja traumaattinen kipu, joita oli käytetty myös potilastiedoissa eniten. Hoitotyön toimintoluokituksessa käytetyimpiä pääluokkia kivunhoidon kirjaamiseen olivat kivun seuranta ja kivunhoito. Alaluokkia kivun voimakkuuden mittaaminen ja kivun hoitoon liittyvä ohjaus ei ole käytetty kertaakaan tammikuun aikana huolimatta siitä, että viime syksynä on otettu käyttöön NRS-kipumittari polviproteesipotilaiden kivun voimakkuuden arvioimiseen. Käyttämättömien pää- ja alaluokkien tiedot voidaan huomioida ja kirjata mahdollisesti narratiivisesti eli kertovana tekstinä jonkin tietyn otsikon alle isompana kokonaisuutena.

Hoffrén ja Julkunen (2010) ovat selvittäneet opinnäytetyössään Iisalmen terveyskeskuksen osasto 1 ja 3 kivunhoidon kirjaamisen toteutumista sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista, joita he ovat verranneet kivunhoidon kirjaamisen laatukriteereihin. Tulosten perusteella kivunhoidon laatukriteerit ovat toteutuneet kolmen ensimmäisen kriteerin (tarve, seuranta ja hoito) mukaisesti, mutta vaikuttavuuden ja ohjauksen toteutuminen on jäänyt epäselviksi. Opinnäytetyössä selvisi, että hoitotyön tarveluokituksessa aistitoiminta-komponentissa ei ole käytetty alaluokkia rintakipu ja päänsärky, joka ilmeni myös omassa opinnäytetyössä. (Hoffrén & Julkunen 2010, 48–50.) Omassa opinnäytetyössä sähköisen kirjaamisen tilastotietojen perusteella kivunhoidon laatukriteerit toteutuvat pääsääntöisesti, mutta kivunhoidon ohjauksen toteutuminen jää epäselväksi sähköisen kirjaamisen tilastotietojen perusteella.

Pöyhönen, Saikkonen ja Sipiläinen (2010) ovat tutkineet kvalitatiivisella tutkimusotteella osastolla työskentelevien hoitajien kivunhoidon osaamisen nykytilaa kipuvaastavien arvioimana. Opinnäytetyötä varten viiden kirurgisen vuodeosaston kipuvaastavia (n=9) haastateltiin kivunhoidon nykytilan selvittämiseksi. Haastattelun tulosten mukaan potilaan kipu tunnistetaan ja sitä hoidetaan hyvin. Opinnäytetyössä paljastui, että kivunhoitoa voisi kehittää kirjaamisen osalta yhtenäistämällä kivunhoidon kirjauksikäytänteitä laadukkaasti kivunhoidon ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. (Pöyhönen, Saikkonen & Sipiläinen 2010, 38–39.) Verkkokyselyn tulosten perusteella muodostuu näkemys kivunhoidon kirjaamisen nykytilasta. Tiedot postoperatiivisesta kivunhoidosta ovat vankat, mutta kehittävänä osa-alueena on kivunhoidon kirjaaminen FinCC-luokituksen mukaisesti. Verkkokyselyn tulosten perusteella kivunhoidon kirjaamisesta muodostuu näkemys, että kivunhoidon rakenteinen kirjaaminen on sujuvaa. Tarkastelin sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista kivunhoidon kirjaamista, josta ilmenee, ettei kaikkia aistitoiminta-komponentin liittyviä pää- ja alaluokkia ei käytetä hoitotyön tarve- ja toimintaluokituksessa.

Kivun voimakkuutta lisääviä tekijöitä selvittäessäni kyselyyn vastaajat ovat ikään kuin jakaantuneet kahteen ryhmään. Yleisimmät kivun voimakkuutta lisäävät tekijät on tunnistettu, mutta esimerkiksi ravinnottaolo, paleleminen, aikaisemmat kipukokemukset ja rauhattoman ympäristön vaikutukset kipuun on tunnistettu huonommin. Potilaan kivun kuvaamiseen liittyvässä kysymyksessä on vastattu varsin vaihtelevasti. Lähes joka väittämässä on vastattu usein, melko usein ja joskus. Potilaalta, joka mahdollisesti kärsii postoperatiivisesta kivusta, selvitettäviä asioita on paljon ja niitä täytyy selvittää systemaattisesti. Verkkokyselyn mukaan polviproteesi potilaan postoperatiivista kipua arvioidaan ensimmäisen leikkauksen jälkeisen vuorokauden aikana säännöllisesti. Tulosten perusteella kaikki vastaajat arvioivat postoperatiivista kipua tunnin välein ensimmäisen leikkauksen jälkeisen vuorokauden aikana.

Santalahti (2007) on tutkinut opinnäytetyössään (n=76) kvantitatiivisella tutkimusotteella kirurgisten potilaiden kokemuksia postoperatiivisesta kivunhoidosta. Lisäksi Santalahti on tutkinut opinnäytetyössään postoperatiivista kivun arvoita, jonka mukaan kivun arvioinnissa on ilmennyt puutteita. Kyselyyn vastanneista potilaista 40 % ei ollut tietoisia olemassa olevasta kipumittarista ja 45 % vastannut, ettei heidän kipuaan ole arvioitu kipumittarilla. (Santalahti 2007, 29–31.) Omassa opinnäytetyössä verkkokyselyn tulosten perusteella erityisesti polviproteesipotilaiden kipua arvioidaan säännöllisesti ensimmäisen leikkauksen jälkeisen vuorokauden aikana.

Kivunhoidon kirjaamiseen tulee jatkossakin kiinnittää huomiota, sillä jokainen voi kehittää omalla toiminnallaan rakenteisen kirjaamisen laatua. Opinnäytetyön tulosten perusteella on hyvä kiinnittää huomioita siihen, että asiat kirjataan rakenteisesti omien pää- ja alaluokkien alle. Rakenteisella kirjaamisella varmistetaan, että kirjattu tieto löytyy helposti jälkeenpäin, taataan hoidon jatkuvuus ja kirjattua tietoa käytetään hyödyksi hoidon arviointiin, onko hoito ollut tarpeeksi tehokasta. (Ensio & Saranto 2004, 44; Salanterä ym. 2006, 102.) Kirjattu tieto pirstoutuu monen pää- ja alaluokan alle, joka voidaan kokea hankalaksi kirjaamisessa. Hoitosuunnitelmat voivat olla pidempiä, jos ne kirjataan FinCC-luokituksen mukaisesti. Hoitotyössä kiire voi vaikuttaa omalta osin kirjaamiseen, että asioita kirjataan isompana kokonaisuutena jonkin tietyn pää- tai alaluokan alle. Rakenteisessa kirjaamisessa käytetään eniten alaluokkia, sillä ne sisältävät konkreettisesti kuvaavia käsitteitä (Sonninen 2007, 89). Sähköisen kirjaamisen tilastotietojen perusteella osaston henkilökunta on käyttänyt rakenteiseen kirjaamiseen pää- ja alaluokkia.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista sain määrällisen eli kvantitatiivinen kartoituksen, mitä otsikoita on käytetty postoperatiivisen kivunhoidon rakenteiseen kirjaamiseen tammikuun aikana. Verkkokyselyn lisäksi sain kivunhoidon kirjaamisen nykytilasta monipuolisemman kuvan tarkastelemalla sähköisen kirjaamisen tilastotietoja. Verkkokyselyyn vastasi 13 osastolla työskentelevää perus- tai sairaanhoitajaa. Eettisestä näkökulmasta katsottuna kaikista verkkokyselyn vastauksista en voinut tehdä havainnollistavia kuvioita, sillä vastaajan henkilöllisyys olisi näin ollen voinut tulla tunnistetuksi. Huomioin eettisyyden käsitellessäni sähköisen kirjaamisen tilastotietoja; missään vaiheessa ei ilmennyt kirjaajan tai potilaan henkilöllisyys. Sähköisen kirjaamisen tilastotiedoista tarkastelin rakenteiseen kirjaamiseen käytettyjä otsikoita.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan, kuinka todenmukaisesti kyselymittari tutkii tutkittavaa asiaa sekä tutkimusmittarin luotettavuutta ja pysyvyyttä (Mäkinen 2005, 121). Sähköisen kirjaamisen tilastotiedot sain tammikuun ajalta, jolloin lisälmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston henkilökunta vastasi verkkokyselyyn. Sähköisen kirjaamisen tilastotiedot lisäsivät verkkokyselyn luotettavuutta. Validiteetilla arvioidaan kyselymittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Kyselymittari esitettiin ennen varsinaista kyselyä. Tarkensin verkkokyselyn kysymyksiä esitestauksen jälkeen. Verkkokyselyn viimeistelyn tarkoituksena oli, että kyselyyn vastaaja ymmärtää kyselymittarin kysymykset mahdollisimman samalla tavoin kuin kyselyn laatija, jotta kyselyn tulos olisi mahdollisimman luotettava.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa minulla oli selkeä ajatus opinnäytetyön tutkimusmenetelmästä, joka oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aloitin opinnäytetyön ideoimisen huhtikuussa, jonka jälkeen ryhdyin etsimään aiheeseen liittyvää teoriaa eri tietolähteistä. Opinnäytetyön työsuunnitelman esitin joulukuussa 2010. Syksyn aikana muodostin kyselymittarin kysymykset verkkokyselyä varten. Talven aikana korjasin opinnäytetyösuunnitelmaa ja analysoin verkkokyselystä saattua aineistoa.

Opinnäytetyön tekeminen on osoittautunut varsin opettavaksi kokemukseksi, sillä tämä on ensimmäinen opinnäytetyöni. Olen kohdannut opinnäytetyöprosessin aikana monenlaisia haasteita, mutta kaikki ovat olleet tähän asti ratkaistavissa olevia. Opinnäytetyön aihetta olisin voinut rajata selkeämmäksi ja tiiviimmäksi kokonaisuudeksi

huomioiden, että opinnäytetyötä olen tehnyt itsekseni. Minulla ei ollut selkeää käsitystä hoitotyön kirjaamisesta, joten opinnäytetyötä tehdessäni minulle on selvinnyt monia asioita liittyen hoitotyön kirjaamiseen. Jossakin vaiheessa minun oli pakko päättää, mitkä asiat opinnäytetyössäni ovat ”keskipisteenä.” Tämä prosessi on kasvattanut luonnetta ja opinnäytetyön aikana kärsivällisyyteni on kasvanut. Opinnäytetyöhöni olisin saanut enemmän näkökulmaa ja monipuolisuutta, jos olisin tehnyt opinnäytetyön yhteistyössä parityönä.

Opinnäytetyön tekemisen olisin voinut aloittaa vieläkin aikaisemmin, sillä lopussa tuntui, ettei aika tahtonut riittää. Tutkimustulosten pohtimiseen olisin voinut käyttää enemmän aikaa ja valitettavasti kiire näkyy opinnäytetyön tulosten pohdinnassa. Tämän prosessin aikana olen etsinyt tietoa muun muassa Medicistä, Internetistä ja Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta. Pubmedistä etsin englanninkielisiä tutkimuksia opinnäytetyötä varten. Itse koen, että omat tiedonhakutaitoni ovat kehittyneet. Hyvien tiedonhakutaitojen ansiosta tiedon hakeminen ei ole enää ongelmallista ja tätä taitoa voin hyödyntää tulevaisuudessa työssäni. Aiheen valinta onnistui mielestäni hyvin, sillä hoitotyössä työskennellään tiiviisti kirjaamisen parissa ja hoitotyössä tärkeä aihealue on kivunhoitotyö.

7.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tutkimustulokset ovat tarkoitettu lisälmen sairaalan operatiivisen vuodeosaston käyttöön. Tutkimustuloksia on tarkoituksena hyödyntää rakenteisen kivunhoidon kirjaamisen kehittämisessä. Opinnäytetyössäni olen selvittänyt vuodeosaston hoitohenkilökunnan näkemystä polviproteesi potilaiden postoperatiivisesta kivunhoidosta. Mielenkiintoinen näkökulma opinnäytetyön jatkotutkimusaiheeksi olisi polviproteesi potilaiden näkemys saadusta kivunhoidosta ja onko kivunhoito ollut riittävää. Lisäksi jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, millä tavoin polviproteesipotilaat ovat kokeneet NRS-kipumittarin käytön postoperatiivisen kivun arvioimisen apuvälineenä.

LÄHTEET

Enni. Hankekuvaus. [verkkosivu]. [viitattu 28.8.2010]. Saatavissa: http://www.amk.fi/enni/hankekuvaus_4.html

Ensio, A. & Häyrinen, K. 2007. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantu, K. & Sonninen, A.-L. (toim.). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö, 67–74.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Förster, J. 2009. Local Infiltration Analgesia (LIA) lonkka- ja polviproteesileikkausten kivunhoidossa. *Spirium* 44(4), 10–13.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, L. (toim.). *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 70–96.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). *Kipu*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 278–294.

Hannonen, P. & Airaksinen, O. 2005. Nivelrikko. Teoksessa Lindgren, K.-A. (toim.). *TULES – Tuki- ja liikuntaelinsairaudet*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 217–224.

Harilainen, A. & Sandelin, J. 2010. Kipeä polvi. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). *Kirurgia*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 955–978.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoffrén, L. & Julkunen, H. 2010. Kivunhoitoprosessin kirjaaminen FinCC-luokituksen mukaisesti – Ylä-Savon SOTE Kuntayhtymä, Iisalmen terveyskeskus. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Iisalmi. Opinnäytetyö. [viitattu 7.5.2011]. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14372/Hoffren_Laura_Julkunen_Heidi.pdf?sequence=3

Hoito LYHKKI-yksikössä. 2011. [verkkosivu]. Lapin sairaanhoitopiiri. [viitattu 7.2.2011]. Saatavissa: <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=11241&contentlan=1>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.–6. painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. *Tilastolliset menetelmät*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. *Hoitamisen taito*. Helsinki: Kustannusosake-yhtiö Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jauhiainen, A. 2004. *Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 113. Kuopio: Kuopion yliopisto: Väitöskirja.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A.-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). *Kipu*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 104–115.

Kauppila, M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Kipuviesti[verkkolehti]. 2006 nro 1 [viitattu 11.9.2010]. Saatavissa: http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/kipuv106_vuodeosaston.pdf

Kerr, D. & Kohan, L. 2008. Local infiltration analgesia: a technique for the control of acute postop-erative pain following knee and hip surgery: a case study of 325 patients. [verkkajulkaisu]. [viitattu 24.10.2010]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484242>

Kokki, H. LT, anestesiologian professori, anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri, kivunhoidon erikoispätevyys, lasten anestesiologian erikoispätevyys. Kuopio: Kys – Kipupäivä 27.9.2010. Luentomateriaali.

Konttinen, Y., Lindroos, L., Ruuttila, P., Lähdeoja, T., Lassus, J., Norsdström, D. & Santavirta, S. 2003. Nivelrikon kliininen kuva ja hoito. Duodecim [verkkolehti]. 2003. nro 119 [viitattu 2.1.2011]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93734.pdf>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä L 9.2.2007/159. Finlex. Lainsaadäntö. [viitattu 12.9.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsaadäntö. [viitattu 12.9.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Saranto, K. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa [verkkajulkaisu]. [viitattu 30.11.2010]. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte R. 2007. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Mäkinen, O. 2005. *Tieteellisen kirjoittamisen ABC*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nurminen, M.-L. 2006. *Lääkehoito*. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Pasanen, M. & Kokki, H. 2010. Parasetamoli- järki ja tunteet. Fin-nanest [verkkajulkaisu]. 2010. nro 2/43 [viitattu 30.12.2010]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/pasanen_parasetamoli.pdf

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). *Kipu*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 237–243.

Pöyhönen, J., Saikkonen, P. & Sipiläinen, M. 2010. ”... Että potilaat sais mahdollisimman hyvän kivunhoidon...” – Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen kipuvastaavien arvioimana. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Jyväskylä. Opinnäytetyö. [viitattu 7.5.2011]. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20469/Poyhonen%20Jutta.pdf?sequence=1>

Remes, V., Virolainen, P., Kettunen, J. & Miettinen, H. 2008. Polven nivelrikon kirurginen hoito. Duodecim [verkkojulkaisu]. 2008. nro 3/124 [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=polviproteesi%20potilaan%20leikkaushoitto

Salanterä, S. 2008. Akuutin toimenpiteeseen liittyvän kivun arviointi – Lyhyt oppimäärä. Kipuviesti [verkkojulkaisu]. 2008. nro 1 [viitattu 11.9.2010]. Saatavissa: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=25>

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2010. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen O. (toim.). *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 838–851.

Santalahti, A. 2007. Kirurgisten potilaiden kokemukset kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Sata-kunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Rauma. Opinnäytetyö. [viitattu 7.5.2011]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/934/Santalahti_Anna.pdf?sequence=1

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön vuosikirja 2007*, Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 123–138.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. 2008. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Saranto, K. & Sonninen, A.-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö, 12–16.

Sonninen, A.-L. 2007. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö, 88–94.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista L 30.3.2009/298. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 12.9.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=99%2F2001>

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. 2009. [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 2.1.2011]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/tuki-ja_liikuntaelinsairaudet

Väänänen, A. 2008. *Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa*. Kuopion yliopisto. Terveystalouden- ja talouden laitos. Kuopio: Pro gradu-tutkielma.

White, P. & Kehlet, H. 2010. Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? *Anesthesiology*[verkkajulkaisu]. 2010. nro 1, 220–225. [viitattu 30.12.2010]. Saatavissa: http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2010/01000/Improving_Postoperative_Pain_Management_What_Are.40.aspx

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Iisalmen Savonia-AMK:sta. Olemme mukana eNni-hankkeessa, jossa selvitetään Iisalmen sairaalan operatiivisen osaston kirjaamisen nykytilaa. Ohessa kirjaamiseen, potilasohjaukseen ja kivunhoitoon liittyvä kysely, johon toivomme teidän vastaavan. Vastaamiseen menee aikaa n 10–15 min. Yleensä valittavissa yksi vastausvaihtoehto, muutoin ohjeistus kysymyksessä.

Ystävällisin terveisin

Niina Hakkarainen ja Paula Partanen SH8KQ

niina.hakkarainen@student.savonia.fi

paula.partanen@student.savonia.fi

1. Ikäsi vuosina
2. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitajana? Anna vastaus desimaaleina.
3. Koulutuksesi tai toimesi osastolla?
 - Sairaanhoitaja
 - Perushoitaja/Lähihoitaja
 - Muu, mikä?
4. Kuinka kauan olet käyttänyt sähköistä potilastietojärjestelmää?
 - Alle 6 kk
 - 6 kk- alle 12 kk
 - 1 vuosi- alle 3 vuotta
 - 3- 5 vuotta
 - Yli 5 vuotta
5. Kuinka monta kertaa olet viimeisen kahden vuoden aikana osallistunut hoitotyön kirjaamista käsittelevään koulutukseen? Voit valita 1-2 vaihtoehtoa.
 - Kerran
 - Kaksi kertaa
 - Kolme kertaa tai useammin
 - En kertaakaan
 - Mikä tai kenen järjestämä koulutus?

6. Onko työyksikössäsi mielestäsi kirjaamiselle esteitä? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Koneelle ei pääse silloin kun tarvitsee
- Ei ole riittävästi aikaa kirjata.
- Potilasohjelman käyttö tuntuu hankalalta
- Kirjaamisen tukihenkilöllä ei riittävästi aikaa ohjata.
- Vaikeus valita mille komponentille kirjataan.
- Hankalaa ilmaista itseä kirjallisesti.
- Kirjaamiselle ei ole esteitä.
- Liian vähän koulutusta
- Muita mahdollisia esteitä kirjaamiselle, mitä?

7. Tunnetko mielestäsi riittävästi kirjaamista ohjaavia lakeja ja asetuksia?

- Kyllä
- En, mistä haluaisit lisätietoa?

8. Minkä verran käytät seuraavia pääluokkia kirjatessasi kirurgisen potilaan ohjausta?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Aktiviteettiin liittyvä ohjaus
- Uni- ja valvetilaan liittyvä ohjaus
- Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus
- Virtsaamiseen liittyvä ohjaus
- Pahoinvointiin liittyvä ohjaus
- Muuhun erittämiseen liittyvä ohjaus
- Selviytymiseen liittyvä ohjaus
- Nesteytykseen liittyvä ohjaus
- Terveyttä edistävä ohjaus
- Näytteenottoon liittyvä ohjaus
- Tutkimuksiin/toimenpiteisiin liittyvä ohjaus
- Lääkehoidon ohjaus
- Kivun hoitoon liittyvä ohjaus
- Aineenvaihduntaan liittyvä ohjaus
- Hengityksen hoitoon liittyvä ohjaus
- Verenkiertoon liittyvä ohjaus
- Ravitsemukseen liittyvä ohjaus
- Infektiopotilaan ohjaaminen
- Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus
- Apuvälineisiin liittyvä ohjaus

- Haavanhoitoon liittyvä ohjaus
- Ihon hoitoon liittyvä ohjaus
- Jatkohoitoon liittyvä ohjaus

9. Kirjaatko potilasohjauksen hoitoprosessin (tarve, tavoite, toiminto ja arviointi) mukaisesti?

- Kyllä
- En
- Osittain

10. Onko osastollanne sovittu miten tulee kirjata potilaan ohjaamisesta?

- Sovittu malli
- Minimivaatimukset
- Jokainen kirjaa omalla tavallaan
- Muu, mikä?

11. Jos vastasit edelliseen kysymykseen Sovittu malli tai minimivaatimukset; Mitkä ovat osastollanne yhteisesti sovitut asiat potilasohjauksen kirjaamiseen? (Avoin kysymys)

12. Potilasohjauksen sähköinen kirjaaminen on mielestäni

- Tärkeää
- Jokseenkin tärkeää
- Ei kovin merkityksellistä
- Merkityksetöntä

13. Mitä seuraavista ohjauskeinoista käytät?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Yksilöllinen ohjaustuokio
- Keskustelu
- Pienryhmäopetus
- Luento
- Demonstraatio, johon potilas voi osallistua
- Rooliharjoitus tai leikki

14. Mitä seuraavista käytät potilasohjauksen tukena?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Kirjallinen ohjausmateriaali
- Näyttöön perustuvaa tietoa (Terveysportti, sairaan-hoitopiirin julkaisut, ammattilehdet jne)
- Lääkeyritysten esitteitä tai muuta materiaalia
- Videoita tai dvd-levyjä
- Opetusohjelmia tietokoneella
- Anatomisia malleja
- Hoitovälineitä tai lääkitykseen liittyviä mallikappaleita
- Omaisen tai muun läheisen mukaan ottaminen

15. Käytätkö muita ohjauksen tukimenetelmiä. Jos käytät niin mitä? (Avoin kysymys)

16. Kirjaatko seuraavia asioita?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Potilaan aikaisempi terveystietäminen
- Miten potilas kokee sairautensa
- Terveysongelmien ennaltaehkäisy
- Millaista tukea ja ohjausta potilas toivoo
- Potilaan oppimishalukkuus
- Potilaan oppimiskyky
- Potilaalle annettu psyykinen, konkreettinen tai informatiivinen tuki
- Motivointikeinot
- Opetusmenetelmät
- Potilaan oppimistuloksen arviointi
- Omaisen osallistuminen ohjaustilanteeseen

KIVUNHOIDON KIRJAAMISEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

17. Mitä seuraavista pääluokista käytät kivunhoidon kirjaamiseen?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Tutkimuksen/toimenpiteen jälkeinen tarkkaileminen
- Lääkkeen vaikutuksen seuranta
- Lääkkeen antaminen
- Lääke suun kautta
- Lääkeinjektion anto
- Lääkeinfuusion antaminen
- Kivun seuranta
- Kivun hoito
- Kivun voimakkuuden seuranta
- Kivun arviointi

18. Onko osastollanne yhteisesti sovittu, miten tulee kirjata kivunhoidosta?

- Sovittu malli
- Minimivaatimukset
- Jokainen kirjaa omalla tavallaan
- Muu tapa, mikä?

19. Jos vastasit edelliseen sovittu malli tai minimikriteerit, mitä asioita silloin kirjataan? (Avoin kysymys)

20. Huomioitko seuraavat asiat, jotka voivat vaikuttaa kivun voimakkuuteen?

- Ravinnottaolo
- Täysi virtsarakko
- Paleleminen
- Pelko ja ahdistus
- Pahoinvointi/öksentelu
- Rauhaton ympäristö
- Hoitotoimet
- Epämukava asento
- Häiriö peruselintoiminnossa
- Aikaisemmat kipukokemukset

21. Miten kuvaat potilaan kipua?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Alkaminen ja kesto
- Kivun luonne
- Kivun sijainti
- Kipu rasituksessa
- Kipu levossa
- Muutokset kivussa
- Sanaton viestintä
- Pulssin ja verenpaineen kohoaminen
- Ilmeet ja eleet
- Ärtäisyys
- Kalpeus, hikoilu, pahoinvointi

22. Minkä verran kirjaat seuraavia asioita potilaan kivun hoidosta?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Potilaan kokema kipu
- Kivun hoidon tarve
- Potilaan näkemys kivunhoidosta
- Kivun hoidon toteutus
- Kipumittarin käytön opettaminen potilaalle
- Kipumittarin käyttö
- Käytätkö SHTuL-luokitusta (Parantunut, ennallaan, huonontunut) kipua kirjatessasi
- Kivun hoidon arviointi

23. Minkä verran kirjaat lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä polviproteesipotilaiden leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa?

Usein Melko usein Joskus Hyvin harvoin En ollenkaan

- Kylmähoito
- Lämpöhoito
- Asentohoito
- Hieronta
- Rentoutuminen
- Keskustelu
- Musiikki
- Akupunktio
- Mielikuvaharjoitukset

24. Mitä seuraavista kipumittareista osastollanne käytetään potilaan kivun voimakkuuden mittaamiseen?

- VAS (Visual Analogue Scale)
- NRS (Numerical Rating Scale)
- Kasvokipumittari
- VDS (Sanallinen kipumittari)
- Muu, mikä?

25. Kuinka usein polviproteesi potilaiden postoperatiivista kipua arvioidaan ensimmäisen leikkauksen jälkeisen vuorokauden aikana?

- Vähintään kerran tunnissa
- 2-4 tunnin välein
- 5-8 tunnin välein
- Tarvittaessa

26. Mitä seuraavista käytetään osastollanne polviproteesipotilaan kivunhoidossa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Kipupumppu epiduraaltilassa
- Ylimääräinen bolus
- Tulehduskipulääkkeet
- Parasetamoli
- Opioidit
- LIA-menetelmä

- Haavapuudute
- Muu, mikä?

27. Mitä seuraavista epiduraalisen kivunhoidon haittavaikutuksista tarkkailet, voit valita useamman vaihtoehdon.

- Verenpaineen lasku
- Hengitystaajuuden lasku
- Pahoinvointi, oksentelu
- Ihon kutina
- Virtsaretentio
- Hengityslama
- Motorinen puutuminen
- Epiduraalinen infektio / hematooma


28. Millaisena apuvälineenä olet kokenut kipumittarin käytön polviproteesi potilaiden kivunhoidossa? (Avoin kysymys)

29. Voit kirjoittaa vapaasti meille kommentteja kyselystä tähän. Kiitos vastauksistasi!

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm,
13.4.2011

Viranhaltija	Johtava ylihoitaja	Pykälä	42/2011
Palveluyksikkö	Terveiden ja sairaanhoidon palvelut	Dnro	67/2011
Toimielin	Yhtymähallitus	Päätösluokka	13.00.00
Asiaotsikko	TUTKIMUSLUPA - HAKKARAINEN NIINA		
Päätösteksti (sis. mahdollisen valmistelijan esityksen)	Savonia-ammattikorkeakouluun hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajaopiskelija Niina Hakkarainen hakee tutkimuslupaa opinnäytetyölleen, jonka aiheena on Postoperatiivinen kivun hoitotyö ja -kirjaaminen, Kipumittareiden käyttö polviproteesipotilaiden kivun arvioinnissa lisälmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamisen nykytilaa lisälmen sairaalan operatiivisella vuodeosastolla. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitotyön kirjaamista ja havaita mahdollisia puutteita hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa. Lisäksi tavoitteena on selvittää mahdollinen rakenteisen kirjaamiseen liittyvä lisäkoulutuksen tarve. Lupa potilasohjauksen kirjaamisen liittyvien komponenttien ja otsikoiden käytön sähköisen kirjaamisen tilastotietoihin ja hoitohenkilökunnalle tehtävään kyselyyn on myönnetty eNNI-proektin aikana 14.10.2010 § 201/2010. Kysely toteutettiin tammikuussa 2011 ja sähköisen kirjaamisen tilastotiedot tulostettiin tammikuun 2011 ajalta. Hakija pyytää lupaa käyttää näistä saatuja aineistoja opinnäytetyössään. Aineisto analysoidaan kvantitatiivisesti ja sähköisen kirjaamisen tilastotietoja verrataan kyselystä saatuihin tuloksiin. Tutkimuksen aikataulu on tammi-huhtikuu 2011. Opinnäytetyöstä pidetään esitys lisälmen sairaalan operatiivisen osaston henkilökunnalle.		
Päätös	Myönnän tutkimusluvan oheisen liitteen mukaisesti. Kuntayhtymä ei osallistu opinnäytetyön kustannuksiin.		
Peruste	Hallintosääntö 48 §. Opinnäytetyön on osa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kehittämistä.		
Nähtävilläolo	Iisalmen terveyskeskus 14.4.2011.		
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus		
Tiedoksi	Sirpa Marjoniemi, Sisko Kostainen, Eira Hättinen, Annikki Jauhainen, Heli Jyrkinen, toimitusjohtaja, yhtymähallituksen puheenjohtaja		
Tiedoksi itk	Yhtymähallitus		
Saaja	Niina Hakkarainen		
Valmistelija ja yhteystiedot			
Allekirjoitus ja Nimenselvennys	 Anne Mikkonen johtava ylihoitaja		

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
13.4.2011

Oikaisuvaatimusohjeet

Oikaisuvaatimusoikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
-----------------------	--

Oikaisuvaatimusviranomainen	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite: Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä / Kirjaamo PL 4 (Meijerikatu 2), 74101 Iisalmi Sähköposti: kirjaamo@ylsasavonsote.fi Puhelin: (017) 27 231
Oikaisuvaatimus-aika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Pöytäkirjan nähtäväksi asetaminen	Pvm Iisalmen terveyskeskus 14.4.2011.
Tiedoksianto asianosaiselle 1)	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §) Asianosainen Niina Hakkarainen
	Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja 14.4.2011/uv
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Asianosainen
	Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus Vastaanottajan allekirjoitus
	<input checked="" type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten s-postitse 14.4.2011/uv

Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimujan päättymistä.
Lisätietoja	

Liitetään päätökseen / otteeseen

1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitettulle asianosaiselle. Tunnennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.
--

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 IisalmiPuhelin
(017) 27 231Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylsasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylsasavonsote.fi

www.savonia.fi

