

Sari Pajunen & Tuuli Toppi

**KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN OULUN YLIOPISTOLLI-
SESSA SAIRAALASSA**

Sairaanhoitajien kokemuksia kirurgisilta vuodeosastoilta

KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN OULUN YLIOPISTOLLI- SESSA SAIRAALASSA

Sairaanhoitajien kokemuksia kirurgisilta vuodeosastoilta

Sari Pajunen
Tuuli Toppi
Opinnäytetyö
Kevätlukukausi 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät: Pajunen Sari & Toppi Tuuli

Opinnäytetyön nimi: Kivun arviointi ja kirjaaminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa – Sairaanhoitajien kokemuksia kirurgisilta vuodeosastoilta

Työn ohjaajat: Karttunen, Markus & Paananen, Ulla

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: 51, 8 liitesivua

Tämä opinnäytetyö kuvaa kivun arvioimista ja kirjaamista Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kirurgisilla vuodeosastoilla. Kivun hoitoa ja arviointia on aikaisemmin tutkittu paljon potilaan näkökulmasta, joten tutkimus päätettiin tehdä nyt sairaanhoitajien näkökulmasta. Tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia toteuttamastaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Tutkimuksessa kuvattiin mitkä asiat sairaanhoitajien kokemuksesta edistivät tai estivät kivun arviointia ja kirjaamista. Tutkimuksen tulokset kuvasivat myös sairaanhoitajien kokemaa kivunhoitokoulutuksen tarvetta. OYS voi hyödyntää tutkimustuloksia suunnitellessaan koulutuksia kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Opinnäytetyön myötä vahvistimme omaa osaamistamme kivun arvioinnin ja kirjaamisen osalta sekä saimme arvokasta kokemusta tutkimusprosessin kulusta.

Kivun kokeminen on potilaalle aina subjektiivinen kokemus joten kivun tarkka arviointi on hankalaa ilman yhtenäisiä mittareita. Siksi onkin tärkeää, että sairaanhoitaja arvioi kipua erilaisten mittareiden avulla. Hyvä kivunhoito auttaa potilasta paranemaan nopeammin. Potilaiden sairaalassaoloaika lyhenee, jos heidän toipumisensa tapahtuu hoitosuunnitelman mukaisesti. Jatkuva ja yhtenäinen kirjaaminen kivun hoidosta ja arvioinnista tuo luotettavuutta ja turvallisuutta potilastyöhön.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa oli sekä monivalinta että avoimia kysymyksiä. **Kyselylomakkeet** toimitettiin kahdelle osastolle (N=48) ja **vastauksia saatiin 34 kappaletta.**

Sairaanhoitajien kuvauksen mukaan kivun arviointi ja kirjaaminen toteutuu vaihtelevasti. Kivun arvioimisessa käytetään useimmiten apuvälineitä. Kivun kirjaamisessa keskitytään enemmän kuvailemaan kipua kuin numeraaliseen kirjaamiseen. Kivun hoidon ja arvioinnin kirjaamiseen vaikuttavat kiire ja potilaan yhteistyökyky. Kehitysehdotuksena olisi sairaanhoitajille järjestettävät säännölliset kivun arviointiin ja kirjaamiseen liittyvät koulutukset. Jatkotoimenpiteenä tulevaisuudessa voisi annetun koulutuksen jälkeen sairaanhoitajille tehdä kysely siitä, että miten he kokevat lisäkoulutuksen vaikuttaneen käytännön työssä. Kirjaaminen helpottuisi, jos kirjaaminen tapahtuisi reaaliajassa silloin kun lääkkeitä jaetaan potilaalle.

Asiasanat: Kipu, kipumittari, kivun arviointi, kirurginen potilas, kirjaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

Authors: Pajunen, Sari & Toppi, Tuuli

Title of thesis: Pain Assessment and Documentation in the Oulu University Hospital:
Nurses Experiences in the Surgical Wards

Supervisors: Karttunen, Markus & Paananen, Ulla

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014

Number of pages: 51, 8 appendices

This thesis is about post-operative pain management and documentation in surgical wards in Oulu University Hospital. There are many studies which deal with pain management and assessment. However, most of them are conducted from the patients' perspective.

The main aim was to reveal how registered nurses experienced their abilities in pain assessment and documentation. The objective was also to know what nurses considered helpful or restraining when assessing pain and documenting it.

Data was collected by handing out questionnaires to surgical nurses. The answers were analysed both quantitatively and qualitatively. The questionnaires consisted of open-ended and multiple-choice questions.

Results revealed that according to nurses, pain assessment and documentation varied depending on how much time nurses had to the co-operation between staff members of patients. In most cases nurses used pain measurement instruments, such as VAS (visual analogue scale), to measure pain. In documentation nurses focused on describing pain and numeral recording was often forgotten or the time was considered too short to do all the recordings. About a half of the participants wanted to have education in pain assessment and documentation.

Oulu University Hospital can use the results when they design new training programmes in pain assessment and documentation. A unified documentation system and pain measurement policy would bring flexibility to nursing.

Keywords: Pain, pain scale, pain assessment, surgical patient, pain documentation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 KIRURGISEN POTILAAN KIVUN HOITO	9
2.1 Kipu	9
2.2 Kirurginen potilas ja kivun hoito	10
2.2.1 Akuutti kipu	11
2.2.2 Krooninen kipu	11
2.3 Kivun lääkkeellinen hoito	12
2.4 Akuutin kivun hoidossa käytettävät puudutukset	13
2.5 Muut hoitomenetelmät	14
3 KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN	16
3.1 Kivun mittaaminen	16
3.2 Kivun arvioiminen havainnoimalla ja kyselemällä	17
3.3 Kivunhoidon kirjaaminen	17
3.4 Hoitotyön kirjaamista koskevat yleiset kriteerit	19
3.5 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista	21
4 TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
5.1 Tutkimusmenetelmä	26
5.2 Tutkittavien valinta ja aineiston kerääminen	27
5.1 Tutkimustulosten analysointi	28
6 TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1 Suunnitelmallisen kivunhoitotyön menetelmät	30
6.2 Mitkä asiat edesauttavat kivun arvioimista ja kirjaamista?	35
6.3 Mitkä asiat estävät kivun arvioimista ja kirjaamista?	37
6.4 Sairaanhoitajien kokema lisäkoulutuksen tarve	39
7 POHDINTA	40
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	40
7.2 Tutkimuksen eettisyys	41
7.3 Tulosten tarkastelu	42

7.4 Johtopäätökset	43
7.5 Aiheen pohdinta ja jatkotutkimusaiheet	44
7.6 Oma oppimisemme	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Kipua on vaikea mitata, koska sille ei ole olemassa tarkkaa mittaria. Kivun kokeminen on aina subjektiivista. Kivun voimakkuus ei yksin ratkaise sitä kuinka kovana kipu koetaan. Kivun voimakkuuden tuntemukseen vaikuttavat myös mieliala kipua koettaessa, aikaisemmin kohdattu kipu ja se, kuinka aikaisemmin kivun hoidossa on toimittu. (Mann & Carr 2009, 2.) Kipu on monitahoinen ilmiö ja se on otettava huomioon kipupotilasta hoidettaessa. Potilas kokee ja ilmaisee kipua aistimuksen, tunnekokemuksen ja käyttäytymisen kautta. Usein potilas voi kertoa kivustaan ja hoitajan on pyrittävä reagoimaan siihen. Toisinaan hoitajan on tunnistettava kipukokemus potilaan käyttäytymisestä ilman sanallista viestintää. (Estlander 2003, 13–14.)

Kivunhoito perustuu tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen käytännön hoitotyössä. Hoitotyön keskeiset tehtävät sairaanhoitajalle ovat kivun arviointi, hoitovaihtoehtojen valinta ja valittujen menetelmien käyttäminen potilaan hoitotyössä. Hyvin toteutetussa kivunhoidossa potilas on se, jota kuunnellaan, ja hänen kokemuksensa kivun tilasta otetaan todellisena. Yksilöllisesti toteutettu kivunhoito toteutuu potilaan tarpeiden mukaan. Käytännössä on todettu, että aikuispotilaiden kivunhoito toteutuu vaihtelevasti. Potilaiden kokemuksen mukaan kivunhoito ei ole aina onnistunut. Kivun tunnistamisen arviointimenetelmiä on käytännössä useita erilaisia ja kirjaaminen toteutuu välillä puutteellisesti. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, hakupäivä 6.11.2013. 3, 4.)

Kivunhoitoa on alettu järjestelmällisesti tutkimaan vasta 2000 -luvulla. Eniten tietoa löytyy lasten kivunhoitotyöstä. Nykyvuosina on tutkittu suunnitellusti muiden potilasryhmien kivunhoitoa. Tutkimustyönä toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia toteuttamastaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Tutkimuksessa kuvataan, mitkä asiat sairaanhoitajien kokemuksesta edistävät tai estävät kivun arviointia ja kirjaamista. Tutkimuksen tulokset kuvaavat myös sairaanhoitajien kokemaa kivunhoitokoulutuksen tarvetta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada Oulun yliopistolliselle sairaalalle (OYS) ajan tasalla olevaa tietoa kirjaamisen ja kivunhoidon käytännöstä osastoilla sairaanhoitajien kokemana. OYS pystyy hyödyntämään tutkimus-

tuloksia jatkossa suunnitellessaan hoitajien koulutuksia. Tutkimus tehtiin haastattelemalla sairaanhoitajia kyselylomakkeiden avulla. Tämän tutkimuksen avulla halusimme päästä kiinni kivunhoitotyön prosessiin ja sen kehitysmahdollisuuksiin. Sairaanhoitajille kohdenneet koulutukset ovat tärkeitä uuden tiedon antajia.

Saimme tutkimuksen aiheen idean Operatiivisen tulosalueen opetuskoordinaattorilta Pirkko Sivoselta. Aihe on todella ajankohtainen ja mielenkiintoinen tulevaa ammattimme ajatellen. Hyvin toteutettu kivunhoitotyö on potilaiden hyvinvoinnille ja leikkauksesta paranemiselle välttämätöntä. Mikäli hoitotyötä pystytään toteuttamaan yhteistyössä potilaan kanssa, kivunhoitotyö ja paraneminen etenevät ihanteellisella tavalla. Potilaiden sairaalassaoloaika lyhenee, jos heidän toipumisensa tapahtuu hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitotyön työtahti on hektinen ja työajan puitteissa pitäisi pystyä antamaan kaikille potilaille laadukasta ja suunnitelmallisesti toteutettua hoitoa riippumatta siitä onko hoitajilla heidän kanssaan yhteistä kieltä ja millainen terveydentila potilaalla on. Hoitotyötä ohjaavat arvot määrittävät laadukkaan hoidon jokaisen potilaan kohdalla.

2 KIRURGISEN POTILAAN KIVUN HOITO

2.1 Kipu

Kivun ensimmäinen vaihe on kivun aistiminen. Siinä elimistö saa varoituksen sitä uhkaavasta kudosaivuriosta. Tästä seuraa toimintoja, jotka pyrkivät estämään kudosaivurioiden syntymisen ja etenemisen. Ihmisillä on suojaheijasteita, jotka käynnistyvät kivun aistimisen johdosta. Kivun toisessa vaiheessa kipu on syvää ja laajalle alueelle levinnyttä. Kipu pakottaa laittamaan esimerkiksi kipeän nilkan lepoon. Kipeää nilkkaa varjellaan ja sitä suojellaan painolta ontumalla jalkaa. Paronemisen prosessi ei toteudu liikkeessä olevassa kohteessa. Kivun johdosta potilas menee lääkäriille tutkittavaksi ja tarvittavaa hoitoa saamaan. Kivun kokeminen on hyödyksi ja keino elossa säilymiseen. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 104.)

Ihminen kokee kipua, kun kipureseptorit saavat kipuärsyksen. Kipureseptorin aktivoituminen on sarja erilaisia kemiallisia ja sähköisiä mekanismeja. Mann ja Carr kuvaavat sitä kirjassaan osuvasti "biologiseksi ydinreaktioksi". (2009, 2.) Kivun tuntemus voidaan jakaa neljään eri osioon; Transduktiossa kipuaistin reseptori, aktivoituu kemiallisen, mekaanisen tai lämpöärsyksen johdosta. Tätä seuraavaa vaihetta kutsutaan transmissioksi. Siinä impulssi kulkeutuu kipuviestinä aivorunkoon ja aivokuorelle. Modulaatio-osassa inhibitoriset radat voivat muuntaa kipuviestin kulkua selkäytimessä. Kipuviesti kulkeutuu selkäytimen takasarvien synapsien C-säikeitä pitkin. Tässä vaiheessa A-hermosäikeitä pitkin kulkevan tuntoaistiärsyksen aktivoiminen voi estää kipuviestin kulkua. Modulaatio voi osaltaan estää kipuaistimusta, mutta toisaalta voimistaa sitä myös. Perseptio-osassa kipu muuttuu subjektiiviseksi kokemukseksi. (Duodecim 2012, hakupäivä 4.4.2013.) Fyysisessä kipukokemuksessa kipukohta ja sen ympäristö herkistyvät välittäjäaineiden; prostaglandiinien, bradykiniinin, kallidiinin ja leukotreenien ansiosta. Kivun syyn perusteella kipuaistimukset voidaan jakaa kahteen ryhmään. Nosiseptiivinen kipu aiheutuu ärsykkeestä, sisäisestä tai ulkoisesta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi haava tai tulehduksesta aiheutuva kipu. Neuropaattisessa kivussa on kyse kipuhermon vauriosta, jossa hermo tuottaa kipuimpulssin ilman ärsykettä. (Sailo 2000, 30–33.)

Kivunhoito perustuu tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen käytännön hoitotyössä. Hoitotyön keskeiset tehtävät sairaanhoitajalle ovat kivun arviointi, hoitovaihtoehtojen valinta ja valittujen menetelmien käyttäminen potilaan hoitotyössä. Hyvin toteutuksessa kivunhoidossa potilas on se jota kuunnellaan ja hänen kokemuksensa kivun tilasta otetaan todellisenä. Yksilöllisesti toteutettu kivunhoito toteutuu potilaan tarpeiden mukaan. Käytännössä on todettu että aikuispotilaiden kivunhoito toteutuu vaihtelevasti. Potilaiden kokemuksen mukaan kivunhoito ei ole aina onnistunut. Kivun tunnistamisen arviointimenetelmiä on käytännössä useita erilaisia ja kirjaaminen toteutuu välillä puutteellisesti. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, hakupäivä 6.11.2013. 3, 4.)

2.2 Kirurginen potilas ja kivun hoito

Kirurgisen potilaan kokema kipu on akuuttia ja liittyy tehtyyn toimenpiteeseen. Kivun hyvä hoitaminen vuodeosastolla on tärkeää fysiologisten ja psyykkisten vaikutusten vuoksi. Kivun mukana tuomia haitallisia vaikutuksia ovat esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön häiriöt sekä hengityselimistön häiriöt. Kipu saattaa aiheuttaa rytmihäiriöitä, hengitystilavuuden pientymistä ja lihasspasmeja. Ihmisen mielentilassa pitkittynyt kipu näkyy ahdistuneisuutena, pelkona ja unettomuutena. (Kalso & Hamunen 2009, 278–279.) Potilasohjauksella vähennetään toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta ja sillä on kivun määrää pienentävä ja kivunhallintaa edistävä vaikutus. Ennen leikkausta annetussa potilasohjauksessa kerrotaan potilaalle tulevasta leikkaustoimenpiteestä. Ohjauksessa kerrotaan leikkauksesta aiheutuvan kivun arvioinnista ja erilaisista käytettävissä olevista kivunhoitomenetelmien vaihtoehdoista. Potilasohjauksella edistetään potilaan toipumista leikkauksesta ja leikkausta edeltävien potilasohjauksien koetaan olevan hyödyllisiä. Potilaan tyytyväisyyden kannalta ovat merkittäviä tekijöitä suunnitelmallisesti toteutettu kivunhoito ja kivunhoidosta saatu tieto postoperatiivisessa hoitotyössä. Ohjauksen sisältö ja tiedon määrä ovat merkitseviä potilaan leikkaukseen asennoitumisessa ja siitä toipumisessa, sillä potilas saattaa ahdistua hänelle annetusta turhasta informaatiosta.

Ohjaaminen tulee antaa potilaalle ymmärrettävästi suullisesti sekä kirjallisesti. Ohjauksella lisätään potilaan tietoa kipulääkkeiden käytöstä ja kerrotaan niiden mahdollisista haittavaikutuksista. Potilaan ohjauksessa huomioidaan mahdollinen kipulääkeriippu-

vuuden pelko, sillä pelko voi johtaa potilaan kieltäytymiseen kipulääkkeestä, jolloin toipuminen saattaa hidastua. Tietoa annetaan asiallisesti ja potilasta ohjataan olemaan myös itse aktiivinen, eli milloin hänellä tulisi kertoa hoitajille tunteista kivusta ja tarvitsemastaan lisäkipulääkityksestä. Keskusteltaessa osastolla olevien potilaiden kanssa kivunhoidon eri menetelmistä ja kivunhoidon tärkeydestä, ovat potilaat tyytyväisempiä saamaansa kivunhoitoon. (Salanterä ym. 2013, 8, 9.)

2.2.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu suojaa elimistöä, varoittaa kudolvauriosta ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurioita. Sisäelinten ja tuki- ja liikuntaelinten vaurioiden aiheuttamat heijasteiset lihaspasmit auttavat liikkumattomuuden avulla kudoksen parantumisessa. Kipu toimii varoittavana ja elimistöä suojaavana tekijänä. Kivun vaikutukset ovat enemmän haitallisia puolustustehtävien jälkeen. Kivun fysiologiset seuraukset ovat haitallisimpia kriittisesti sairaalla potilaalla, esimerkiksi sydäninfarktipotilaalla. Akuuttia kipua voidaan hoitaa nykyisillä kivunhoitomenetelmillä tehokkaasti. Akuutti kipu paranee hyvällä kipuhoidolla päivien tai viikkojen kuluessa. Hoitamattomana tai huonosti hoidettuna kipu ja kudolvauriot saattavat pitkittyä ja hoito mutkistua. (Kalso ym. 2009, 105–106.)

2.2.2 Krooninen kipu

Krooniseksi kipu luokitellaan, jos kipu kestää yli 3- 6 kuukautta. Krooniseksi kivuksi määritellään myös kipu, joka kestää pidempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika normaalisti vie. Kivun pitkittyessä potilas altistuu myös psykososiaalisille vaikutuksille. (Kalso ym. 2009, 106.) Kivun hoidossa olisi syytä kiinnittää huomiota myös potilaan pelkoihin ja ahdistukseen. Näiden oireiden hoito osaltaan vähentää kroonisen kivun syntymisen riskiä. (Estlander 2003, 17.) Estlander kuvaa kirjassaan selkäkipupotilaan kautta kroonistuneen kivun psykososiaalisia tekijöitä. Stressillä on vaikutus ihmisen immuunijärjestelmään ja sympaattisen hermoston toimintaan. Lisäksi potilaan aikaisemmat kokemukset kivusta, aiemmat traumaattiset tapahtumat ja hänen kykynsä ilmaista kipua, aiheuttavat osaltaan kivun kroonistumista. Nykyajan trendien, eli tehokkaan ja nopean hoidon vuoksi, osa kipupotilasta kokee, että heidän hoitonsa on riittämätöntä ja heitä pompotellaan paikasta toiseen. Kroonisen kivun hoidossa täytyisi potilaan

tilanne tutkia kokonaisvaltaisesti. Hänen hoidossaan tulisi huomioida niin fyysiset, psyykkiset ja psykososiaaliset seikat. (Estlander 2003, 47–48.)

2.3 Kivun lääkkeellinen hoito

Lievempää kipua hoidetaan usein tulehduskipulääkkeillä (NSAID) ja parasetamolilla. Kovemmissa kiputiloissa ja haettaessa nopeampaa kivunlievitystä, käytetään opioideja. Jokaisen kipulääkkeen käyttöön liittyy omat riskinsä, joten ennen annettavaa kivunhoitoa on selvitettävä potilaan anamneesi tarkasti. Kivun aiheuttaja vaikuttaa myös osaltaan valittavan lääkkeen käyttöön. Kipulääke voidaan antaa kivun luonteesta riippuen joko pistoksena lihakseen tai ihon alle, infuusiona tai suun kautta. (Kalso 2012, hakupäivä 13.2.2013.) Vaihtoehtoisia antotapoja ovat myös erilaiset voiteet, supot ja laastarit. Lääkkeellisessä kivunhoidossa potilaan ohjaus on tärkeää, jotta kivunhoito on tehokasta. Potilaalle on kerrottava mahdollisista sivuvaikutuksista, sallitusta määrästä ja mahdollisista yhteisvaikutuksista muun lääkityksen kanssa. (Mann & Carr 2009, 86.)

Tulehduskipulääkkeitä käytetään Suomessa eniten kivunhoidossa. Niiden tuomaa kivunlievitystä käytetään esimerkiksi leikkausten jälkeen, erilaisten vammojen aiheuttamien kiputiloissa ja tulehduksista johtuvissa kivuissa. Usein potilaalla, jolla kivut ovat kovat, käytetään opioideja tulehduskipulääkkeiden kanssa yhdessä. Näin lääkityksen analgeettinen teho on suurempi. Tulehduskipulääkkeiden teho tulehduksen lieventäjänä perustuu niiden kykyyn estää prostaglandiinisynteesiä. Prostaglandiinit toimivat välittäjäaineina tulehdustilanteissa. Tulehduskipulääkkeet ärsyttävät pitkäaikaiskäytössä ruoansulatuskanavan limakalvoja. Lisäksi yliherkkyysoireet astmaatikoidilla ja allergiapotilailla ovat yleisiä. Parasetamolia pidetään turvallisempana vaihtoehtona tulehduskipulääkkeille, koska sillä ei ole niin suurta vaikutusta ruoansulatuskanavaan ja allergiset reaktiot ovat harvinaisia. Toisaalta, parasetamolilla ei ole anti-inflammatorista vaikutusta, kuten tulehduskipulääkkeillä. Suurina annoksina, yli 3 g / vuorokausi, parasetamoli on maksatoksinen. (Kalso 2009, 181–188.)

Opioidien teho perustuu niiden kykyyn estää kivun tuntemuksen välittymistä aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostossa. Opioideilla hoidetaan erilaisten traumojen ja leikkausten jälkeisiä sekä iskeemisiä kiputiloja. Syöpäpotilaan hoidossa opioidit ovat ykkösvaihtoehto kipulääkityksenä. Opioideilla saadaan hyvä vaste akuuteissa kiputiloissa,

kroonisen kivun hoidossa tilanne on huonompi. Vaikka opioidit ovatkin tehokkaita kivunlievittäjiä, on niillä useita haitallisia sivuvaikutuksia. Opioidit aiheuttavat jatkuvan käytön jälkeen vieroitusoireita, jos lääkitys lopetetaan yhtäkkiä. Fysiologisia vieroitusoireita ovat muun muassa palelu, lihaskrampit ja vatsan kouristukset. Opioidit aiheuttavat harvoin psyykkistä riippuvuutta niille, jotka käyttävät opioideja oikealla annoksella kivunhoitoon. Pitkäaikaisessa käytössä opioidien analgeettisen tehon pieneneminen kertoo yleensä kasvaneesta kivusta. Suora opioiditoleranssi kehittyy yleensä vain niille henkilöille, jotka väärinkäyttävät opioideja. Potilaat, jotka käyttävät opioideja, kokevat suurimmat haittavaikutukset ruoansulatuskanavassa; ummetus, pahoinvointi, suun kuivuminen ja oksentelu. Lisäksi liiallisella opioidien käytöllä on hengityslaman riski. Haittavaikutuksia hoidetaan oireenmukaisella lääkityksellä. Lisäksi naloksonilla voidaan kumota opioidien vaikutus. (Kalso 2009, 192–196.)

2.4 Akuutin kivun hoidossa käytettävät puudutukset

Puudutuksia käytetään yleisesti akuuttiin kipuun ja leikkauksien aikaisissa ja niiden jälkeisissä erilaisissa kivunhoitomuodoissa. Puudutukset annetaan kertainjektiona ja katetri-injektiona toteutettavana kestopuudutuksena. Pitkävaikutteisen kertainjektion vaikutusaika voi jatkua 12 tunnista 24 tuntiin saakka. Puudutuksilla saadaan pitkäkestoinen kivunlievitys. Katetri-injektion avulla puudutusta voidaan käyttää potilaan kivunhoitomuotona muutamasta vuorokaudesta useampaan viikkoon. Suunnitellusta leikkauksesta aiheutuva kipu on tavallisesti ennakoitavissa, jolloin kipulääkitys voidaan suunnitella ennakolta. Puudutuksen käyttäminen pienentää leikkauksen aikana esiintyvää ja sen jälkeen ilmenevää kipua, sekä käytettyjen kipulääkkeiden määrää. Puudutteita käyttämällä hoidossa käytettävien opioidien tarve vähenee, jolloin vähenee myös vaara opioidien aiheuttamista haittavaikutuksista. Puudutteista aiheutuu potilaalle vähemmän pahoinvointia, hapen puutosta ja hengityskatkoja. Tehokkaalla kivunhoidolla potilaan liikkeelle lähteminen helpottuu ja operaation jälkeinen kuntouttaminen ja kotiutus nopeutuvat. Käyttämällä puudutusta leikkaushoidossa, voidaan välttää joillakin potilailla esiintyvä anestesian aiheuttama leikkauksen jälkeinen pahoinvointi. (Huotari 2006, 197–198.)

Puudutuksia voidaan käyttää vanhuksien, ylipainoisten potilaiden, kroonisia hengityselinsairauksia, sydänsairauksia sekä kroonisia munuaisten- ja maksan vajaatoimintaa sairastavien potilaiden toimenpiteissä. Puudutteiden käyttämisestä hyödytään myös eri-

tyisen kivuliaiden toimenpiteiden aikana. Erilaisissa toimenpiteissä ja leikkauksissa käytetään erilaisia kivunlievityksen menetelmiä ja käytettyjen menetelmien yhdistelmiä. Leikkauksen jälkeen kivunhoito voidaan toteuttaa sentraalisena puudutuksena joko epiduraali- tai spinaalitalaan annetulla kivunhoidolla. Ensisijaisena vaihtoehtona on kestopiduraalipuudutus. Epiduraalipuudutteessa käytetään pitkävaikutteista puudutusainetta tai yhdistelmää, joka koostuu puudutteesta, opioidista ja adrenaliinista. Spinaalipuudutusaine sisältää puudutusainetta tai puuduteainetta ja säilöntäaineetonta morfiinia. Puudutteita voidaan antaa potilaalle jatkuvana infuusiona, PCA- pumpun avulla tai pelkkänä kerta-annoksena. Puudutteita voidaan antaa kestopuudutuksena sentraalisesti, perifeerisesti, sekä kerta-annoksena tarpeen mukaan annosteltuna. (Huotari 2006, 198–200.)

2.5 Muut hoitomenetelmät

Fysikaalinen hoito on erilaisilla fysikaalisilla hoitokeinoilla toteuttavaa hoitoa. Käytettyjä hoitomenetelmiä vaihtoehtoja ovat sähkövirta, lämpöhoito, kylmähoito, ääni, valo ja liikunta, liikuntaharjoitukset ja hieronta. Pelkkä fysikaalinen hoito on riittämätön hoitomuoto. Hoitomenetelmiä voidaan käyttää kivunhoidossa osana kokonaisuhoitoa ja hoidoilla vaikutetaan kivunsäätelyyn ja kroonistuneen kivun pitkäaikaisvaikutuksiin, esimerkkinä liikehoidot ja erilaiset harjoitusohjelmat. Fysikaalisen hoidon ja lääkehoidon yhteistyöllä tuetaan esimerkiksi selkäkipupotilaan kuntouttamista lääkehoidon ja fysioterapeutin toteuttaman hoitovaihtoehtojen avulla. Harjoitusten avulla parannetaan potilaan liikkuvuutta, lievitetään kipua, vahvistetaan lihaksia, parannetaan ryhtiä ja selkänikamien ja välilevyjen rasitus vähenee. Säännöllinen, oikein toteutettu ja potilaalle/asiakkaalle sopiva liikeharjoitus tai muu hoitomenetelmä antavat parhaan vasteen potilaan olotilan paranemiseen. (Vainio 2004, 87.)

Kipuklinikat toimivat yliopistosairaaloissa ja joissakin keskussairaaloissa omina yksiköinä. Kipuklinikalla asiantuntijoina toimivat lääkärit sairaanhoitajat, fysioterapeutit, psykologit ja sosiaalityöntekijät. He ovat erityiskoulutuksen käyneitä ammattilaisia jotka ovat perehtyneet kroonisen kivusta kärsivän potilaan hoitoon. Hoito toteutetaan ryhmätyönä ja kipuklinikalle tullaan lääkärin läheteellä. Potilaan asioita käsitellään kokouksissa, johon osallistuvat potilas ja eri asiantuntijat. Kokouksissa käsitellään ilmenneitä ongelmia ja mietitään toteuttavia hoitomenetelmiä joilla saadaan kivunhoito onnis-

tumaan potilaalle parhaiten. Kipuklinikoiden yhteydessä kokoontuu kipuryhmiä. Kipuryhmässä käydään läpi kivunhoidon kokemuksia ja saatua apua, jaetaan tietoa kivunhoidosta sekä käydään läpi heränneitä tuntemuksia ja ajatuksia muiden ryhmäläisten tuen avulla. Luennot, keskustelut, hengitys-, mielikuva- ja rentoutumisharjoitukset ja kipu- ja ongelmatilanteiden ennakoiminen ovat ohjelmasisältöinä ryhmän kokoontumisissa. (Vainio 2004, 87–89.)

Hypotalamuksessa syntyvä oksitosiini on hormoni ja aivojen välittäjäaine. Oksitosiini alentaa verenpainetta, laskee stressihormonien pitoisuuksia ja lisää kivunsietoa. Lääketieteelliset tutkimuksen osoittavat fysiologisen selityksen sille, että hieronta, kosketus, halaus ja ihmiskehon lämpö vähentävät stressiä sekä edistävät paranemisen prosessia ja elimistön palautumista. Oksitosiinia esiintyy miehillä ja naisilla. Ihmiselle on välttämätöntä, että elimistö on tasapainossa eli taistelu- pakoreaktio ja rauhoittuminen ovat tasapainossa. Ihminen tarvitsee useimmiten kaikkia voimiansa selviytyäkseen erilaisista päivittäisistä toiminnoistaan ja stressaavista elämäntilanteista ja tapahtumista. Lepo ja rauha mahdollistavat ihmiskehon latautumisen, varastojen täyttymisen ja sairauksista parantumisen. (Uvnäs- Moberg 2007, 22, 39, 210.)

3 KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN

3.1 Kivun mittaaminen

Kivunhoidossa käytettyjen hoitojen tehoa on tutkittu 1990-luvulta alkaen. Farmakologisten, psykologisten hoitomuotojen ja monialaisten kipuklinikkatoiminnan tehosta on näyttöä tältä kyseiseltä ajalta. Tutkimusten tavoitteena on yhdistää paras tutkittuun tietoon perustuva näyttö ja kliininen kokemus ja toteuttaa näistä saatuja hoitosuosituksia potilaiden parhaaksi. Näyttöön perustuva lääketiede (Evidence-based Medicine, EBM) ei määrää potilaalle annettuja hoitoja. Hoitosuositukset pohjautuvat lääketieteellisten näyttöjen tuloksiin. (Kalso ym. 2009, 173–175.)

Kipua tai sen lievittämistä mitataan VAS-janalla tai numeerisella asteikolla (liite 1). VAS -jana eli visuaalianalogiasteikko on kymmenen senttimetrin mittainen jana, jossa nolla ilmaisee ”ei kipua” ja 10 on ”pahin mahdollinen kipu”. (Vainio 2009, hakupäivä 20.1.2014). Numeerisella asteikolla (NRS) potilasta pyydetään ilmaisemaan kipua 0- 10 välillä sanallisesti, jossa nolla on kivuton ja 10 ilmaisee sietämätöntä kipua. (Jacques 2009, hakupäivä 20.1.2014). Verbaalisella asteikolla (VRS) potilasta pyydetään kuvaamaan kipua asteikolla ”ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakas kipu ja erittäin voimakas kipu” (Pesonen 2013, hakupäivä 12.4.2014.) Vakiintuneita ja validoituja mittareita suositellaan käytettäväksi kivunhoidon onnistumisen arvioinnissa. Kipujana eli visuaalinen analogiasteikko on luotettava mittari kivun ja kivun lievittymisen mittaamisen väline. Vaihtoehtoisesti sen rinnalla voidaan käyttää numeerista tai sanallista asteikkoa. Potilaalle määritellään tarkasti minkä kivun voimakkuutta mitataan: lepokipu, liikekipu, keskimääräistä kipua tai voimakkainta esiintyvää kipua. Kivun mittaamisessa ja kivunhoidon suunnittelussa voidaan apuna käyttää kipupiirrosta. Kipua mitattaessa on tärkeää, että mittaaminen on säännöllistä. Kivuliaan potilaan tuntemuksiin pitää myös reagoida nopeasti, jotta hoito olisi tehokasta. Tärkeätä olisi kirjata mittauksen tulos sekä toistaa kivun mittaus kipulääkkeen antamisen jälkeen. (Kontinen 2011, 18.)

3.2 Kivun arvioiminen havainnoimalla ja kyselemällä

Parhaiten kivun arviointi sujuu silloin, kun potilas pystyy puhumaan ja kertomaan kivun kokemuksestaan. Tärkeää on kuunnella potilasta, tarjota hänelle eri kivunlievityksiä ja seurata kivunlievityksen vaikutusta. Pitää myös kuitenkin muistaa, että useat potilaat olettavat kivun kuuluvan operaation tai trauman jälkeiseen olotilaan. Hoitajan tehtävänä on pitää kuitenkin huoli riittävästä kivunlievityksestä, jotta potilaalle ei koidu kivusta lisähaittoja. (Mann & Carr 2009, 30.) Sairaanhoidajan suhtautuminen potilaaseen ratkaisee myös sen, kuinka hyvin kommunikaatio potilaan ja hoitajan välillä toimii. Hyvä ja avoin vuorovaikutussuhde ja hoitajan asenne, tiedot ja taidot auttavat hoitajaa tulkitsemaan potilaan tarpeita. (Lehtomäki 2003, 20.)

Mikäli potilas ei kykene kommunikoimaan, on hoitajan tarkkailtava ulkoisia merkkejä potilaan kivusta. Paikallaan pysyminen kertoo usein kivusta, joka tulee liikkuesssa. Kasvoilta voi esimerkiksi yhteen purruista hampaista, hikoilusta ja silmien siristelystä, lukea potilaan kivusta. Erilainen voihkiminen, valittaminen ja itkuisuus usein kertovat kivusta kuten vetäytyminen, huolestunut ilme ja häiriintynyt unirytmikin. Fysiologisina oireina kivut aiheuttavat vaihtelua verenpaineessa, pahoinvointia sekä pulssin ja hengitystiheyden nousua. (Mann & Carr 2009, 30–31.)

3.3 Kivunhoidon kirjaaminen

Kivunhoidon tarkka kirjaaminen on tärkeää potilaan turvallisen ja tavoitteenmukaisen kivunhoidon kannalta. Kirjaamisella varmistetaan myös yksilöllinen ja tasokas hoito. Jotta hoitaja voi arvioida ja kirjata potilaan kipua, on hänen kartoitettava potilaan kivun tausta tarkasti. (Sailo 2000, 97.) Kivunhoidon kirjaamisessa korostuvat hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku. Hyvin toteutettu kirjaaminen on luotettava tapa seurata kivunhoidon onnistumisen tulosta. Kirjaamisessa merkitään tarkasti potilaalta saatu tieto ja kuvaus kivusta, hoidon tavoitteet, eri hoitomenetelmät, työnjako, hoidon toteutuminen ja vaikutus, sivuvaikutukset sekä muut hoitoon liittyvät seikat. Potilaalle annettu suullinen informointi kirjataan potilasasiakirjoihin. Merkinnät ovat todistus annetusta hoidosta ja hoidon toteuttajasta ja että hoito on toteutettu oikein. Mahdolliset epäonnistuneet hoitoyritykset kirjataan, jotta vältetään turhat hoitokokeilut jatkossa. Mikäli kirjausmerkinnät ovat puutteelliset, se on korvausta hakevalle potilaalle koitua etu. Kipua arvioidaan

vähintään kerran kahdeksassa tunnissa ja tunnin kuluttua annetun hoidon jälkeen. Leikkauksen jälkeinen kivun arviointi tehdään useita kertoja työvuoron aikana. (Lauritsalo, 2003, 24.)

Kirjaamisessa tärkeää on sisältö ja rakenne. Nämä kaksi määrittävät mitä kirjataan ja minne kirjataan. Systemaattisuus auttaa löytämään tarvittavan tiedon potilasasiakirjoista nopeasti ja edesauttaa hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. Potilasasiakirjoihin tallennetaan kaikki potilaan terveydentilaa koskevat merkinnät. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus, johon on kerätty tietoa potilaan hoitajaksoista, kotihoidosta ja eri ammattiryhmien tekemät kirjaukset sekä hoitokertomus, johon tallennetaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. (Sonninen & Saranto 2007, 12.) Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa sitä, että potilaasta tallennettu tieto on hyvin jäsennetty. Kaikki potilasta koskevat tiedot kirjataan niille sovituille paikoille. Suomalainen rakenteisen kirjaamisen tapa perustuu hoitotyön prosessimalliin, eli käytännössä kirjaamisen pitäisi tapahtua samoin kuin hoitotyön toteuttaminen. (Sonninen 2008, 66.)

Kirjaaminen perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön tekemiin määräyksiin, jotka on koottu FinCC-luokituskokonaisuudeksi. Luokituskokonaisuus koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta; SHTaL, Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta; SHToL ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta; SHTuL. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, hakupäivä 22.4.2013.) Sähköiset kirjausohjelmat eivät tue tarpeeksi kivunhoidon rutiininomaista kirjaamista. HYKS:ssa tavoitteena on, että vuoteen 2015 mennessä 95 %:lla potilaista kivunhoito on reaaliajassa eli kipua hoidetaan alle tunnin viiveellä. Tämä edellyttäisi käytössä olevien kirjausohjelmien modernisointia vastaamaan viiveettömää kivunhoitoa. (Kontinen 2011, 18–19.) Kivunhoidon kirjaamisessa SHToL toimii hyvin mutta kirjaamisen alaluokissa olisi tarkentamisen varaa. Nykykäytännössä luokitusten suppea määrä johtaa siihen, että kirjattaessa kivunhoidosta joutuvat hoitajat käyttämään kuvailevaa tekstiä, josta näkyy vain hoitajan oma näkemys. Lisäksi kirjaamista- vat vaihtelevat paljon. Jos kivun kirjaamisen luokitukset olisivat samanlaisia ja kirjaaminen tapahtuisi joka paikassa samalla lailla, olisi kivunhoidon tulosten seuranta, arviointi ja kehittäminen helpompaa. (Väänänen 2008, 66–67.)

3.4 Hoitotyön kirjaamista koskevat yleiset kriteerit

Hoitotyön kirjaamista säätelevät seuraavat lait ja asetukset.

- Henkilötietolaki 22.4.1999 523/ 1999
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 785/ 1992
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007 159/ 2007
- STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (annettu 30.3.2009) 298/ 2009
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (laki potilaan asemasta ja oikeuksista pohjautuen 785/ 1992) opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001. HoiDok- tiedote 4.2.2008 (www.vsshp.fi)
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY 99/ 2001 (annettu 19.1.2001).

Potilasasiakirjoihin merkitään hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen kannalta merkittävät tiedot. Asiakirjoihin kirjataan hoidon seurantaan ja jatkuvuudelle tarpeelliset ja riittävän perusteelliset tiedot. Asiakirjoihin kirjataan hoitoon liittyvät merkittävät puhelinyhteydet sekä muut konsultaatiot tai hoitoneuvottelut. (Asetus 99/2001 7 §, 14 §, 15 §.) Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa ja sekä edistää hoidon jatkuvuutta (STM:n opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001).

Potilasasiakirjoihin merkintöjä tekevät henkilöt ovat hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Myös opiskelijat voivat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin ohjaajansa kanssa. Kirjaajan ja hoitomääräyksen antajan nimet ja ammattinimikkeet ovat näkyvissä. Kirjaaminen tulee olla selkeää ja siinä käytetään yleisesti hyväksytyjä käsitteitä ja kirjaamisessa ei käytetä sanalyhenteitä. (Asetus 99/2001, 6:10 §, 7 §.)

Potilasasiakirjojen avulla taataan hoitoon tarvittavan tiedonsaanti potilasta hoitavien henkilöiden ja eri organisaatioiden välillä (STM:n opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001). Tästä syystä kirjaamistapojen tulee olla yhtenäisiä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 1 §). Kirjaamisessa näkyvä hoitoisuusluokitus (HoiDok-tiedote 4.2.2008). Potilaasta kerätään ja tallennetaan aino-

astaan potilaan hoidon kannalta tarpeelliset sekä virheettömästi kirjatut henkilötiedot. Tietojen antajana on ensisijaisesti potilas itse. (Henkilötietolaki 523/1999, 8-9 §.)

Potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi potilaalle annetusta terveydentilan selvityksestä, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikuttavuudesta, riskitekijöistä, komplikaatioiden mahdollisuuksista, ja muista seikoista joilla on vaikuttavuus päätettäessä hoidosta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §.) Potilasasiakirjaan merkitään jos potilas kieltäytyy hoidosta (Asetus 99/2001, 18 §). Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä. Niiden salassapidosta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Valvira 2013, hakupäivä 8.10.2013.)

Kirjaaminen palvelee potilaan tiedonsaamisen oikeutta sekä oikeutta saada tiedot hänelle ymmärrettävässä muodossa. Kirjaamisella varmistetaan potilaan ja ammattihenkilöiden oikeusturva. (STM:n opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001.) Hoitotyön kirjaamisen perusteena ovat potilaslähtöisyys, potilaan omat kokemukset huomioiva ja yksilöllisestä tiedosta kirjattua tietoa potilaan tilasta. Asiakirjoihin kirjataan potilaan ja/ tai omaisen osallistuminen päätöksentekoihin ja hoitoihin. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 91–93, 95, 98.)

Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä. Niiden salassapidosta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Valvira 2013, hakupäivä 8.10.2013.) Kirjaaminen on systemaattista ja tavoitteellista, siinä käsitellään hoidon kannalta oleellisia asioita. Hoitotyön päätöksenteon näkökulmasta kirjaamisessa voidaan erottaa esimerkiksi välittömän toiminnan taso, jolloin toimitaan tässä ja nyt. Kirjaamisen yhteydessä tulee näkyä myös tavoitteellisen toiminnan taso. Silloin toiminta muuntautuu muutokseen tulevaisuudessa, toiminta edellyttää myös potilaan ja omaisten aktiivista sitoutumista ja toimintaa muutoksen aikaansaamiseksi. Kirjaamisen muoto voi vaihdella eri yksiköissä. Hoidon luonne ohjaa kirjaamista. Kirjaamista määrittävät esimerkiksi hoidon vaativuus, suunnitellut toimenpiteet, lyhykestoinen tai jatkuva hoito ja pitkäaikainen seuranta. (Lauri ym. 1998, 23, 96–99. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, hakupäivä 11.4.2013.)

3.5 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Suomessa kivun hoitoon liittyviä tutkimuksia on tehty 1995- 2008 aikana 66 kappaletta, tutkimuksista 51 kappaletta on tehty-2000 luvulla. Tehdyissä tutkimuksissa on kartoitettu eniten potilaiden omia kokemuksia kivunhoidon toteuttamisesta. Kivunhoidon kehittämisen kannalta on välttämätöntä saada tutkimustuloksia vielä lisää siitä, miten potilaat ovat kokeneet kivunhoidon toteutumisen ollessaan potilaana sairaalassa. Leikkauspotilaiden akuuttia kipukokemusta on tutkittu Turussa vuosina 1999, 2002 ja 2004. Kaikissa näissä tehdyissä väitöskirjoissa on käsitelty lasten kivunhoidon toteumista. Kivun tunnistaminen ja arviointi ovat hyvin toteutuvan kivunhoidon lähtökohtia. Kivunhoidon kehittämisen toteutumisen takia kivunhoidon arviointiin liittyviä tutkimuksia tulisi tehdä vielä enemmän. (Kauppila, Axelin, Kiuru, Koukkula, Salanterä, Nikula, Onkinen, Ratinen & Rintala-Salminen 2008, 39–40.)

Systemaattisen eli järjestelmällisen ja suunnitelmallisen kirjaamisen vaikutusta ei ole tutkittu riittävästi, joten sen vaikuttavuus kivunhoitotyöhön ei ole vielä tiedossa. Potilaan ohjaukseen käytetään paljon aikaa, mutta ohjauksen vaikuttavuuden tutkimukset puuttuvat vielä kokonaan. Potilaiden omien toiveiden huomioiminen kivunhoidossa on tärkeää ja sitä tulee tutkia kivunhoidon kehittämisen vuoksi tulevaisuudessa. Lisääntyvä ikääntyvien potilaiden määrä nostaa esille tarpeen tehdä tutkimustyötä heille toteuttavasta kivunhoitotyöstä. Kipuun liittyviä pro gradu – tutkielmia on tehty vuosina 1995-2008 Turussa 32, Kuopiossa 15, Åbo Akademiassa 11, Tampereella 5 ja Oulussa 3. Pro graduissa kivun arviointia on tutkittu 12 tutkielmassa ja kirjaamista neljässä tutkielmassa. 27:ssä pro gradu -tutkielmissa kohderyhmänä on ollut aikuisten kivunhoitotyö. (Kauppila ym. 2008, 39–40).

Volotisen (2008) tekemässä tutkimuksessa tarkastellaan tutkimuksia, joissa on tutkittu kirjatun tiedon sisältöä ja kirjaajien tietoteknistä osaamista. Tutkimuksessa todettiin kirjattujen tietojen määrän lisääntyneen ja laadun parantuneen nykyisin. Hoitotyön kirjaamisen laadun arvioinnissa todettiin olevan vielä kehitettävää. Hoitosuunnitelmiin kirjaamisissa hoitajat pyrkivät kuvaamaan potilaiden omia tuntemuksia. Tutkimuksissa saatuja tuloksia aiottiin käyttää suunniteltaessa hoitajille järjestettäviä koulutuksia joiden avulla kehitetään tulevaisuudessa kirjaamisen osaamista ja toteutumista. Kirjaamisen juridiset asiat todettiin olevan hyvin tiedossa tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla.

Kirjaamisen kuluvan ajan koettiin lisääntyneeksi sähköisen kirjaamisen myötä. Sähköisen kirjaaminen ja siihen liittyvät koulutukset koettiin tärkeiksi. Koulutuksen tarvetta todettiin olevan jatkossa kirjaamiseen tietoteknisten ja sisältöön liittyvissä osa-alueissa. (Volotinen 2008, 19–20.)

Kylliäisen (2013) tutkimuksessa todetaan, että potilaan osallistuminen hoitoonsa on mahdollista jos keskustelua voidaan käydä kiireettömässä ja rauhallisessa ympäristössä. Potilaiden todetaan olevan tyytymättömiä hoitoonsa osallistumisensa mahdollisuudesta. Tutkimuksen tuloksista ilmenevät, että naiset, nuoret ja iäkkäät potilaat halusivat osallistua hoitoonsa enemmän. Tutkimustuloksista ilmeni, että sairausloma-ajat lyhenivät, potilaan voimaantumisen, sopeutumisen ja hoitotulokset paranivat potilaan osallistuessa hoitoonsa. Hoidon yksilöllisyyden toteutumisessa oli tutkimustuloksien mukaan esiintynyt puutteita. Hoitohenkilökunnan toimintatapojen ja hoidon ympäristön tarkastelulla varmistetaan potilaan osallistumisen mahdollisuus ja hoidon yksilöllisen suunnittelun toteutuminen. Riittäväällä henkilökuntamäärällä varmistetaan, että potilaan odotukset kyetään täyttämään. (Kylliäinen 2013, hakupäivä 24.3.2014.)

Ruotsissa vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa (Lewen, Gardulf & Nilsson) kartoitettiin päivystyspoliklinikalla tapahtuvaa kivunhoidon kirjaamista liittyen kivun arviointiin ja hoitamiseen. Tutkimuksessa potilastiedoista kerättiin tarvittavat taustatiedot potilaasta sekä tärkeät tiedot kivunhoidon kannalta: kivun arviointi tullessa, kivunhoitokeinot, hoidon onnistumisen arviointi ja kivun jatkohoito. Kirjauksia tarkastettiin 698 kappaletta tutkimukseen osallistuneelta kipupotilaalta. Puolessa, 361 kpl, tutkituista kirjauksista, potilaalla oli merkintä siitä, että kokiko potilas kipua vai ei päivystykseen tullessa. Näissä kirjatuiissa tapauksissa kaikilla oli merkintä kivusta. 319 kpl:lla niistä joilla kipukokemus oli kirjattu, oli kivun kesto, paikka ja voimakkuus myös arvioitu. Tutkituissa potilaspapereissa 337:ssä kirjausta kivun kokemisesta ei ollut ollenkaan. Vaikka kipua koki 319 potilasta kirjausten mukaan, oli kivunhoidosta merkintä vain 54 potilaalla. Kymmenelle heistä oli kivunhoidon jälkeen tehty arviointi hoidon tehokkuudesta. 12 potilaalle, joille kipua ei tullessa ollut kirjattu, oli tehty merkintä kivun hoidosta. Kivun jatkohoito-ohjeet oli annettu koko tutkimusjoukosta 53 potilaalle. Tutkimus osoitti, että kivun kirjaaminen potilaan saapumisesta lähtien on puolessa tapauksista puutteellista. Positiivista oli kuitenkin se, että jos merkintä kivun kokemuksesta löytyi, oli kipu tuolloin myös arvioitu hyvin. Kivun hoidosta, hoidon vaikuttavuuden arvioinnista ja jatko-

hoidosta merkintä löytyi harvoin. Potilaan oma osallistuminen kivunhoitoon, VAS -asteikolla kivun arviointia tehden, oli myös harvinaista. (Lewen, Gardulf & Nilsson 2010, hakupäivä 2.1.2014.)

Toisessa samansuuntaisessa tutkimuksessa (Idvall & Ehrenberg 2002) Ruotsissa selvitettiin kirjausten perusteella hoitajien antamaa postoperatiivista kivun hoitoa sekä havainnointia suosituksiin pohjautuen. Kartoituksessa käytiin läpi kunnallisen sairaalan eri kirurgisilta vuodeosastoilta 172 potilaan potilaspapereiden kirjaukset kivunhoidon osalta. Hoitajien näkemystä kivunhoidon toteutumisesta suosituksiin nähden kartoitettiin kyselylomakkeella. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat olivat oman käsityksensä mukaan kirjanneet suositusten mukaan vaikka näin ei ollut. Kivun arviointi oli jäänyt suuressa osassa tarkastetuista kirjauksista potilaan oman kivun ilmaisuuden varaan, muita kivusta kertovia kirjauksia oli potilastiedoissa niukasti. Kivun paikka oli kirjattu vain joka toiselle ja kivun luonne oli merkitty vain 12 % potilaista. Lääkkeelliset kivunhoidon menetelmät oli kirjattu melkein jokaiselle. Kivunhoidonprosessin kirjaaminen oli epätäydellistä; suunnitelmat ja hoidon arviointi olivat puutteellisia ja tavoitteita kivunhoidolle ei ollut asetettu. Vain 60 %:ssa tutkittavien joukossa hoitaja oli käyttänyt kivun mittauksessa apuvälinettä. Kivun arvioinnin systemaattisuus näkyi vain kymmenessä prosentissa kirjauksista. Tutkimuksessa johtopäätöksenä arvioitiin puutteellisten kirjausten johtuvan hoitajien tietämättömyydestä suositusten sisältöä kohtaan. Jotta hoitajat säilyttäisivät ammattitaitonsa tulevaisuudessa, tulisi heidän ottaa enemmän vastuuta omasta osaamisestaan. (Idvall & Ehrenberg 2002, hakupäivä 2.1.2014.)

Vuonna 2011 Journal of Clinical Nursing – verkkolehdestä julkaistussa tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat, että kivun arvioimista vaikeuttavat erilaiset käytössä olevat mittarit. Potilaiden on vaikea ymmärtää käytettävissä olevaa asteikkoa koska se vaihtelee hoitajasta riippuen. Lisäksi hoitajat kokivat kivunhoitotyön haasteelliseksi puutteellisten ohjeiden vuoksi. (Subramanian, Allcock, James & Lathlean 2011, hakupäivä 23.3.2014.)

Gropelli ja Sharer julkaisivat vuonna 2013 tutkimuksen vanhusten kivun hoidosta ja arvioinnista sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat selvästi esille sen, että suurin tehokasta kivunhoitotyötä estävä tekijä on säännöllisen koulutuk-

sen puute. (Gropelli & Sharer 2013, hakupäivä 21.3.2014.) Dillströmin (2007) tutkimuksessa ilmeni, että sijaiset ja vasta alalle valmistuneet saavat kaikista vähiten täydennyskoulutusta lääkehoidosta. Pääsääntöisesti sairaanhoitajat olivat myönteisiä koulutusta kohtaan. Dillströmin tutkimuksessa kehittämiskohteena mainitaan esimerkiksi lääkehoidon perehdytysohjelmat uusille työntekijöille. (Dillström 2007, 82–83.)

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimustyönä toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia toteuttamastaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Tutkimuksessa kuvataan mitkä asiat sairaanhoitajien kokemuksesta edistävät tai estävät kivun arviointia ja kirjaamista. Tutkimuksen tulokset kuvaavat myös sairaanhoitajien kokemaa kivunhoitokoulutuksen tarvetta. Tutkimuksen tavoitteena on saada Oulun yliopistolliselle sairaalalle (OYS) ajan tasalla olevaa tietoa kirjaamisen ja kivunhoidon käytännöstä osastoilla sairaanhoitajien kokemana. OYS pystyy hyödyntämään tutkimustuloksia jatkossa suunnitellessaan hoitajien koulutuksen tarvetta ja sisältöä

Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitajat kuvaavat toteuttamaansa suunnitelmallista kivunhoitoa ja sen kirjaamista?
2. Mitkä asiat sairaanhoitajien kuvauksen mukaan edesauttavat kivun arvioimista ja kirjaamista?
3. Mitkä asiat sairaanhoitajien kuvauksen mukaan estävät kivun arvioimista ja kirjaamista?
4. Mistä kivun arviointiin ja kirjaamiseen liittyvistä seikoista sairaanhoitajat haluaisivat lisäkoulutusta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyötä varten tehty tutkimus oli laadullinen, mutta siinä käytettiin myös määrällisen tutkimuksen menetelmiä. Molempien tutkimusotteiden yhdistäminen oli käytännöllisempää koska haluttiin saada selville, miten kivun arviointi ja kirjaaminen käytännössä toteutuu osastoilla, ja miten hoitajat kokevat sen onnistuvan. Koska työn tarkoituksena on ymmärtää jo olemassa olevaa ilmiötä sekä selittää sitä on työ taustafilosofialtaan sekä aristotelinen että galileinen. Aristotelinen traditio perustuu asioiden tulkintaan, ymmärtämiseen ja kuvaamiseen sekä ihmisten kokemuksiin ympäristöstä. Galileinen traditio pyrkii löytämään tutkimuskohteesta säännönmukaisuuksia ja lainalaisuuksia. (Keckman 11.1.2012, luento.)

Laadullisella tutkimuksella on olemassa omat tyypilliset piirteensä. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja tieto kerätään yleensä todellisissa tilanteissa. Tietoa kerätään tutkijan omaa tulkintaa ja havaintoja käyttäen, apuna voi käyttää testejä ja lomakkeita. Tutkimuksen tarkoitus ei ole testata teorian tietoja tai kyseenalaistaa hypoteeseja vaan tarkastella aineistoa kattavasti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään sellaisia metodeja joissa tutkimuksen kohde pääsee itse kuvailemaan näkemyksensä tutkittavasta asiasta. Kohdejoukon valinta ei perustu satunnaisuuteen laadullisessa tutkimuksessa vaan se on rajattu tutkijoiden määräämällä tavalla. Usein tutkimussuunnitelma muokkautuu sitä mukaa, mitä pidemmälle tutkimus etenee ja jokainen tapaus käsitellään ja tulkitaan yksilöllisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Fenomenologinen suuntaus ohjaa tutkimustyötä hoitajille tehtävässä kyselyssä. Fenomenologisessa suuntauksessa tavoitteena on ihmisten oman kokemuksen kuvaaminen. Tarkoituksena on kuvailla ihmisen suhdetta tutkittuun ilmiöön. Fenomenologiassa on tärkeää, että tutkija ei muodosta ennakkokäsitystä tutkittavan ilmiön ja ihmisen suhteesta ja merkityksestä. Tutkijan mielen on oltava avoinna uusille kokemuseräisille tutkimustiedoille. Fenomenologisessa tutkimuksessa tiedonantajajoukko on sellainen, jolla

on kokemusta tutkinnan kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimusvälineenä on yleensä haastattelu tai tutkittavan kirjallinen tuotos. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152–156.)

5.2 Tutkittavien valinta ja aineiston kerääminen

Jotta saatiin selville miten kivun arviointi ja kirjaaminen toteutuu sairaanhoitajien omien näkemysten mukaan, käytettiin hoitajille annettavassa kyselylomakkeessa (liite 2) strukturoituja ja avoimia kysymyksiä sekä teemahaastattelun metodia. Tutkimuslomakkeen kysymykset laadittiin Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n ja Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n määrittelemien akuutin leikkauksen jälkeisen kivunhoidon suositusten avulla (liite 5). Kyselylomake esitettiin tutkimukseen kuulumattoman osaston sairaanhoitajalla ja osaston farmaseutilla. Kyselylomakkeen kysymyksiä sisällöstä muokattiin saamamme palautteen avulla sellaiseksi, jonka avulla saimme vastaukset niihin kysymyksiin mitä oli tarkoitus tutkia ja analysoida tekemässämme tutkimuksessa. Parannusehdotuksena kysymyksiä pyydettiin erittelemään tarkemmin, esimerkiksi NRS ja VRS asteikko korjattiin omiksi vastausvaihtoehdoiksi. Kipulääkkeen vaikutusta käsittelevään kysymykseen lisättiin kohta ”muu aika” ja tarkentava kysymys ajan käytöstä. Teemahaastattelussa tutkijat haluavat vastauksen jo ennalta annettuihin teemoihin ja ennalta asetettuihin tutkimustehtäviin. Ihmisen oma näkemys asioista sekä hänen antamansa merkitys asioille korostuu teemahaastattelussa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys määrää pitkälti teemojen asettelun. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.)

Aineistonkeruun perusmenetelmänä oli sairaanhoitajien haastattelu kyselylomakkeilla kirurgisilla vuodeosastoilla. Sairaanhoitajat valikoituvat tutkimuksen kohdejoukoksi koska he tekevät käytännön kivunhoitotyötä. Veimme kyselylomakkeet valitsemillemme kahdelle vuodeosastolle maaliskuun 2014 alussa henkilökohtaisesti. Kerroimme sairaanhoitajille keitä olemme ja millaista opinnäytetyöhön liittyvää tutkimusta olimme tekemässä. Informoimme tutkimuksen toteuttamisen tapahtuvan tuomillamme kyselylomakkeilla. Olimme sopineet aikaisemmin tutkimuskyselyjen tekemisen ajankohdasta osastohoitajien kanssa sähköpostitse. Kyselylomakkeen alussa oli lyhyt ohjeistus, jossa kerroimme keitä olemme ja mihin tarkoitukseen olemme tekemässä kyseistä tutkimuskyselyä. Informoimme kyselylomakkeen alussa kyselyyn vastaamisen ajankohdan keston (1 viikko). Korostimme erityisesti, että sairaanhoitajien osallistumisen kyselyyn olevan vapaaehtoista. Yksityisyyden toteutumisen varmistimme kyselyyn vastaamisella

anonymisti ja kyselylomakkeen palautuksella osastoille viemiimme vastauslaatikoihin. Sairaanhoidajille tarkoitetut kyselylomakkeet vietiin kahdelle osastolle ja kaikilla osaston sairaanhoidajilla (N=48) oli viikko aikaa vastata kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeita toimitettiin yhteensä 50 kappaletta ja niitä palautui 34. Kyselylomakkeessa oli vastaajalle kerrottu tutkimuksen tarkoitus sekä ohjeet lomakkeen täyttöön.

Kyselylomakkeessa oli kuusi monivalintakysymystä ja osassa niistä avoimia kysymyksiä selventämässä annettua vastausta. Kysymyksissä sairaanhoidajilta tiedusteltiin heidän käyttämiään kivunmittauksen apuvälineitä ja niiden käytön kirjaamista. Lomakkeessa sairaanhoidajat kertoivat näkemyksensä myös kirjaamisen tarkkuudesta. Kivun uudelleen arvioimista annetun lääkehoidon jälkeen käsitteli kaksi kysymystä. Niissä hoitajat kertoivat näkökulmansa kivun uudelleen arviointiin käytetystä ajasta. Lisäksi lomakkeessa oli kolme avointa kysymystä. Niillä selvitettiin mitkä asiat edesauttavat tai estävät kivunhoidon arvioimista ja kirjaamista. Viimeisessä kysymyksessä haluttiin tietää, tarvitsevatko sairaanhoidajat omasta mielestään kivunhoitoyöhön liittyvää koulutusta.

5.1 Tutkimustulosten analysointi

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin laadullisesti. Laadullisen tutkimuksen analyysissä valitusta aineistosta halutaan vastaus tutkijan asettamiin tutkimuskysymyksiin tai tutkimusongelmiin. Analyysissä aineisto käydään läpi ja siitä poimitaan ne asiat jotka tutkijaa kiinnostavat. Tutkija joko luokittelee, teemoittelee tai tyypittelee aineiston ja kirjoittaa siitä yhteenvedon. Teemoittelussa aineisto on jaoteltu erilaisten aihepiirien avulla ja siinä painottuu se, mitä kustakin tutkijan valitsemasta aihepiiristä on sanottu. Aineiston hankinta on tehty teemahaastatteluna kyselylomakkeella, joten teemoittelu on alustavasti jo muodostettu. (Vilka 2005, 100–102.)

Monivalintakysymykset analysoitiin määrällisesti. Vastausten perusteella muodostettiin prosentuaalisen taulukot frekvensseistä Excel-ohjelmalla. Taulukoilla havainnollistettiin miten hoitajat kokevat itse toteuttavansa kivun hoitotyötä. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tärkeää ovat aiempien tutkimusten johtopäätökset ja aiempi teoria-tieto aiheesta. Tutkimuksen käsitteiden muodostaminen on osa kvantitatiivisen tutkimuksen prosessia ja tutkittavan havaintoaineiston on oltava määrällisesti mitattavissa.

Tutkimustuloksia analysoidaan tilastollisesti esimerkiksi prosenttitaulukkoilla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135–136.)

Palautetut lomakkeet jaettiin tutkijoiden kesken puoliksi. Laadulliset kysymykset käytiin läpi kysymys kysymykseltä ja aineistosta alleviivattiin vastauksissa toistuvat asiat. Näistä usein toistuvista vastauksista muodostettiin laadullisen analyysin luokitukset pää- ja alaluokkineen. Luokista muodostettiin kuviot Excel-ohjelmalla havainnollistamaan asiaa (kuviot 6 ja 7). Määrällisten kysymysten vastaukset taulukoitiin Excelillä. Jokaisen määrällisen kysymyksen vastanneiden lukumäärä syötettiin taulukkoon, jonka pohjana oli sairaanhoitajille laadittu kyselykaavake ja näistä laskettiin prosentuaaliset arvot. Kunkin kysymyksen vastausmääristä muodostettiin pylväskuvio kuvaamaan annettujen vastausten määrää. Määrällisiä kysymyksiä selventävät avointen kysymysten vastaukset kirjattiin myös taulukoinnin yhteydessä Exceliin. Näistä vastauksista tarkasteltiin niitä yhdistävät teemat ja kirjattiin ne ylös raporttiin.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Suunnitelmallisen kivunhoitotyön menetelmät

Kyselyssä selvitimme mitä apuvälineitä sairaanhoitajat käyttivät arvioidessaan potilaan kipua. Eniten sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä VAS -mittaria, sitä käytti **70 %** kyselyyn vastanneesta sairaanhoitajasta. Sairaanhoitajista **29 %** kertoi käyttävänsä apuna numeraalista asteikkoa ja verbaalista -asteikkoa **26 %** (kuvio 1). Eli ne sairaanhoitajat jotka käyttävät apuvälineitä, käyttävät apuna vähintään kahta eri mittaria.



KUVIO 1. Sairaanhoitajien käyttämät kivunmittauksen apuvälineet.

Sairaanhoitajista **32 %** ei kyselyn mukaan käyttänyt ollenkaan apuvälinettä. Sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä tuolloin kivun arvioinnissa potilaan olemuksen havainnointia sekä hemodynaamiikan seuraamista.

*Suullisesti kysyn onko kipua. Havainnoimalla myös potilaan olemusta
Potilaan kuvailema kipu (kysyn onko kipeä ja mistä)*

En aina käytä, jos potilas ei ymmärrä

Potilaita on vaikea saada ymmärtämään mittareita

Joskus käytän, joskus luotan potilaan sanaan

Kysyn suullisesti/keskustelen kivusta, havainnoin potilasta, erityistapauksissa käytän mittaria

Vastanneista sairaanhoitajista **56 %** kertoi kirjaavansa ylös käyttämänsä apuvälineen, **41 %** ei kirjannut käyttämänsä apuvälinettä. Osaksi kirjaamatta jättäminen johtuu siitä, että hoitaja ei ole käyttänyt mittaria, mutta myös siitä, että sairaanhoitajat unohtavat kirjata tai aika ei riitä.

Harvoin käytössä

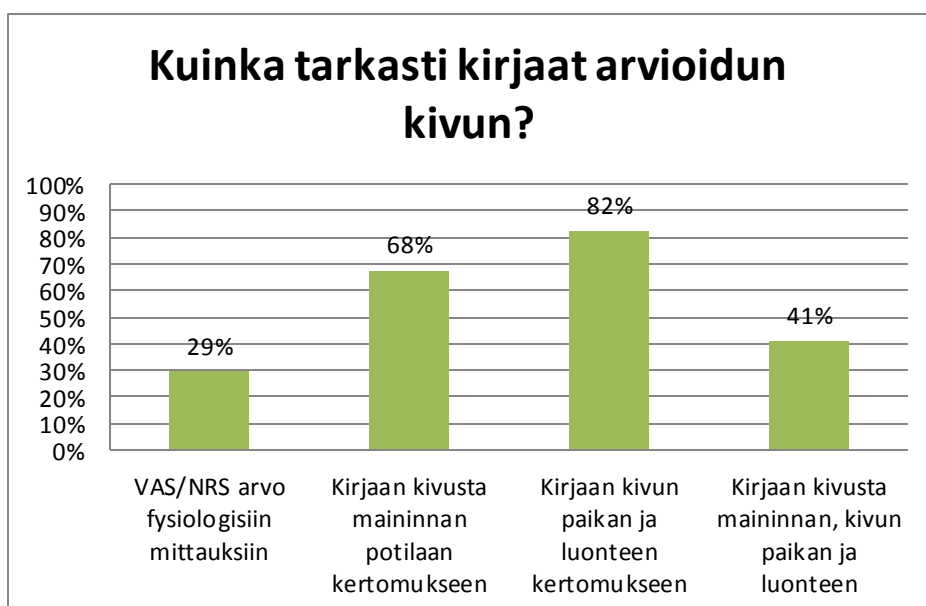
Aina ei kerta kaikkiaan aika riitä kaikkeen

Ei ole tullut tavaksi, unohtuu usein

Jos kysyn potilaalta kivusta niin kirjaan millaisena mitä potilas kertoo

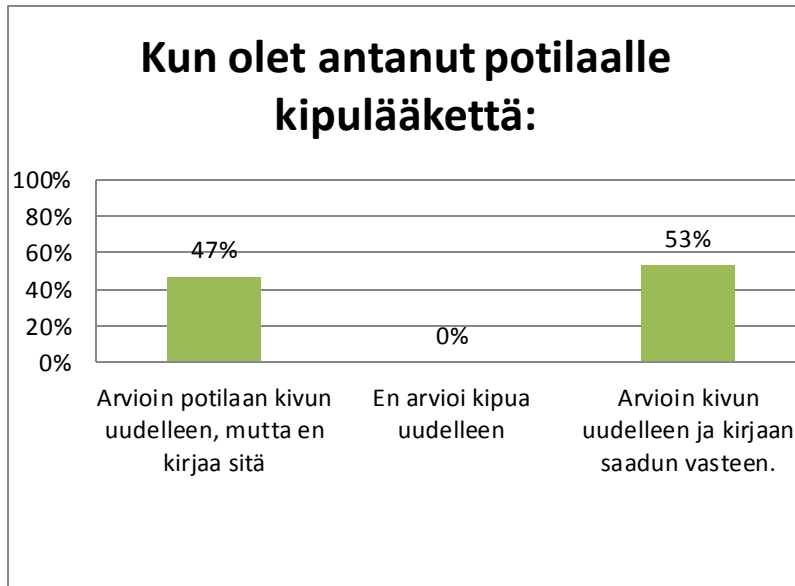
Se vain on jotenkin jäänyt kirjaamatta, kipua kyllä arvioin kirjaamisessa muuten

Suurin osa, **82 %** sairaanhoitajista kertoi kirjaavansa potilaan kivun paikan ja luonteen kertomukseen. Sairaanhoitajista **68 %** kertoi kirjaavansa kivusta maininnan kertomukseen. Vastanneista sairaanhoitajista **41 %** kertoi kirjaavansa kivusta maininnan sekä kivun paikan ja luonteen potilaskertomukseen. Sairaanhoitajista **29 %** kirjaa numeraalisesti arvioidun kivun fysiologisiin mittauksiin (kuvio 2).



KUVIO 2. Kirjaamisen tarkkuus sairaanhoitajien kuvaamana.

Sairaanhoitajista **53 %** arvioi ja kirjasi kivun uudelleen kipulääkkeen antamisen jälkeen. Kipulääkkeen antamisen jälkeen **47 %** sairaanhoitajaa kertoi arvioivansa kivun uudelleen mutta ei kirjannut sitä (kuvio 3).



KUVIO 3. Kivun arviointi kipulääkkeen annon jälkeen ja arvioinnin kirjaus.

Kivun kirjaamatta jättämisestä sairaanhoitajat kommentoivat seuraavaa:

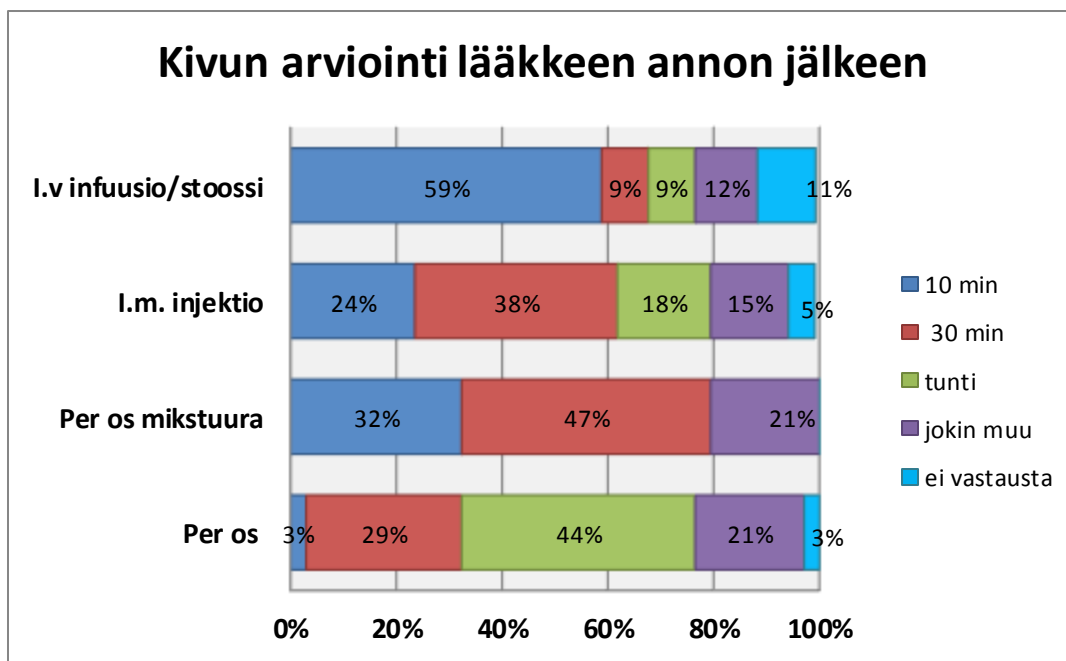
Jos on kiire, ei aina ehdi kirjata

En aina kirjaa

Joskus tulee kirjattua

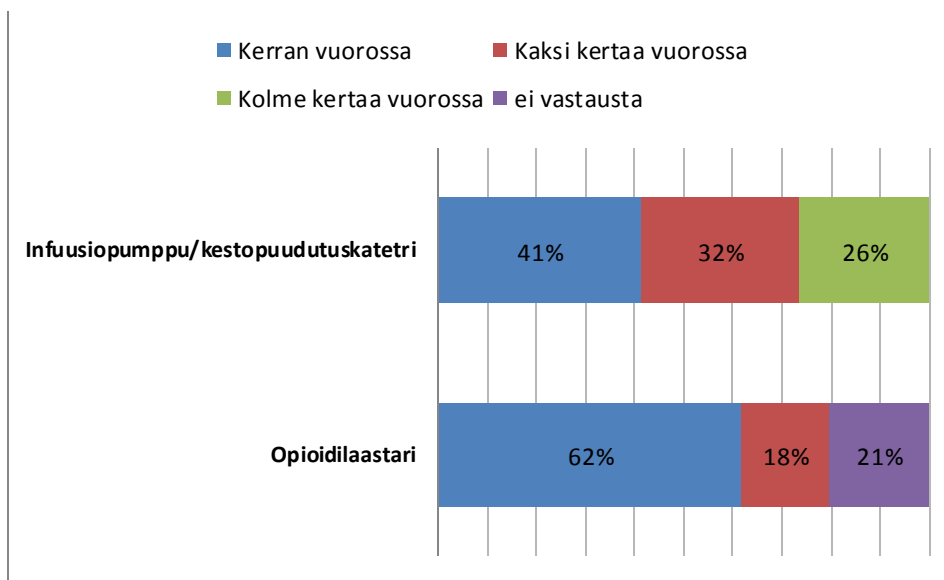
Lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä kirjauksen teki **91 %** sairaanhoitajaa ja lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä kaikki vastanneet tekivät kirjauksen. Kyselylomakkeella kysyttiin myös sitä, milloin sairaanhoitajat arvioivat kipua erilaisten lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien jälkeen. Lomakkeessa oli ehdotettu valmiiksi eri aikoja, ajan pystyi myös itse määrittämään ja tarkentamaan vastausta. Suun kautta annettavien tablettimuotoisten kipulääkkeiden vaikutusta 44 % sairaanhoitajista arvioi tunnin ja 29 % puolen tunnin päästä. Kolme prosenttia vastanneista kertoi arvioivansa vaikutusta jo kymmenen minuutin kuluttua. Suun kautta annettavan mikstuuran vaikutusta arvioi puolen tunnin päästä 47 % vastanneista sairaanhoitajista ja kymmenen minuutin päästä annostelusta 32 % vastanneista. 21 % sairaanhoitajista arvioi kipua mikstuuran jälkeen jonain muuna aikana. Lihakseen annetun kipulääkeinjektion vaikutusta arvioi-

tiin useimmiten 30 minuutin kuluttua eli 38 % vastanneista. 24 % kertoi arvioivansa kymmenen minuutin kulutta ja 18 % vastanneista arvioi tunnin kuluttua vaikutusta. 15 % kertoi arvioivansa vaikutusta jonain muuna aikana. Suonensisäisen kipulääkkeen annon jälkeen sairaanhoitajista 59 % arvioi vaikutusta 10 minuutin kuluttua. Puolen tunnin kuluttua arvioi 9 % ja tunnin kuluttua 9 % sairaanhoitajista. 12 % kertoi arvioivansa jonkin muun ajan kuluttua (kuvio 4).



KUVIO 4. Kivun uudelleen arviointi lääkkeen antamisen jälkeen antotapojen mukaan ryhmiteltynä.

Jos potilaalla oli käytössä opioidilaastari, kertoivat sairaanhoitajat useimmin (62 %) arvioivansa kipua kerran vuorossa. Sairanhoitajista 18 % arvioi kipua kaksi kertaa vuorossa. Sairanhoitajista 21 % jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Kipuinfuusiota tai kestopuudutuskatetriä käyttävältä potilaalta sairaanhoitajat arvioivat kivun useimmiten kerran vuorossa eli 41 % vastaajista ilmoitti näin. Sairanhoitajista 32 % arvioi kaksi kertaa vuorossa ja 26 % kolme kertaa vuorossa. Uudelleen arvioimiseen kulunut aika vaihteli suuresti työn määrästä ja kiireestä riippuen. Sairanhoitajat luottivat myös siihen, että potilas itse kertoo onko kipulääke auttanut.



KUVIO 5. Opioidilaastaria tai infuusiopumppua/kestokatetria käyttävän kivun arviointi.

Useat hoitajat eivät osanneet määrittää aikaa kivun uudelleen arvioimiseen. Sairanhoitajat kertova arvioivansa kivunhoidon vaikutuksen sitten kun seuraavan kerran asioivat potilaan huoneessa. Osa sairaanhoitajista ilmoitti myös luottavansa siihen, että potilas kertoo jos lääke ei ole auttanut. Osasta vastauksista kävi myös ilmi, että kipua arvioidaan uudelleen jos hoitajalla on aikaa siihen.

Kysyn kun ehdin/käyn huoneessa seuraavan kerran

Riippuu tilanteesta, jos potilas asiallinen, potilas itse kertoo onko lääke vaikuttanut

Ajat riippuu tilanteesta, potilaasta ja kiireestä. Pystyykö potilas itse ilmoittamaan jos kipu jatkuu.

Heti kun potilaan hoidon kohdalla se on mahdollista

Sitten kun ehtii

6.2 Mitkä asiat edesauttavat kivun arvioimista ja kirjaamista sairaanhoitajan kuvaamana?

Kyselyssä sairaanhoitajat kertoivat käytettävissä olevan ajan vaikuttavan kivun arvioimiseen ja kirjaamiseen. Työpäivän kiireettömyys ja rauhallinen työpäivä koettiin edesauttavaksi tekijäksi. Tuttu potilas auttoi myös arvioimaan ja kirjaamaan kipua paremmin.

Tarpeeksi aikaa seurata potilasta.

VAS, rauhallinen työpäivä, kipuhoidajan käynti potilaan luona.

Työpäivän kiireettömyys, ”tuttu” potilas > hoitanut useamman vuoron, kivulias potilas.

aikaa kirjata.

Auttavana seikkana koettiin se, että potilas oli orientoitunut ja yhteistyökykyinen sekä pystyy itse arvioimaan hyvin kipua. Potilaan elehtiminen, ilmeet ja käytös auttoivat kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa. Potilasmäärällä ja riittäväällä hoitajien määrällä koettiin myös olevan merkitys työn sujuvuuden kannalta. Hoitosuunnitelmassa kivun kirjaamiselle oleva selkeä kohta auttaa kirjaamisessa.

Jos potilas on asiallinen ja pystyy itse hyvin arvioimaan kipua.

Orientoitunut potilas joka pystyy arvioimaan kipunsa määrää VAS-asteikolla.

Potilaan kommunikaatiokyky, elehtiminen, ilmeet, käytös.

Potilaan tajunnantaso ja yhteistyökyky.

Potilasmäärä, kiireettömyys, potilas ko-operointikyky.

Asiallinen potilas, yhteistyökykyinen potilas.

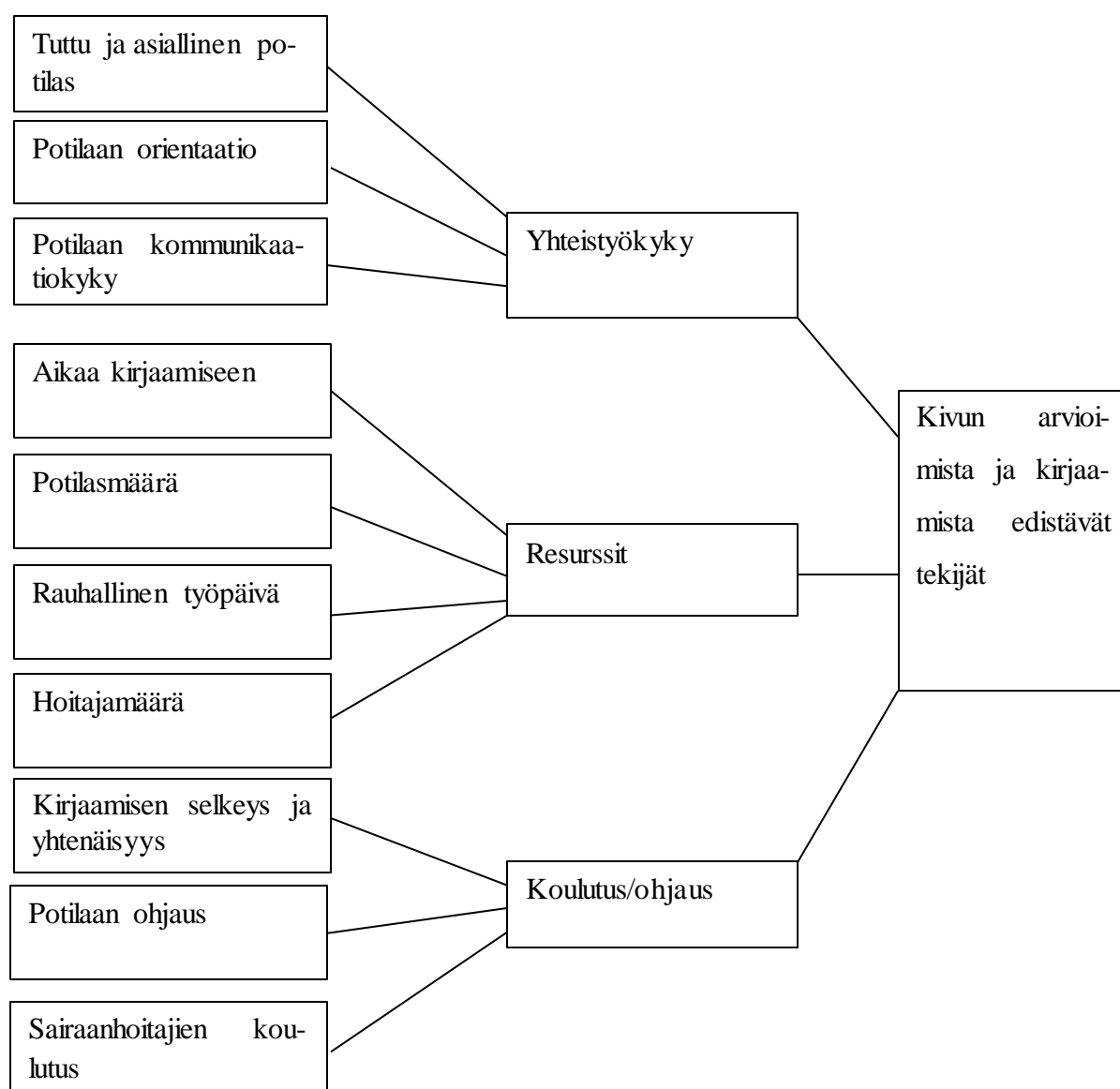
Fysiologiset mittaukset auttavat, selkeä kohta hoitosuunnitelmassa mihin kirjata.

Riittävä määrä (= enemmän kuin nyt) hoitajia jotta on aikaa keskittyä potilaisiin.

Kipumittarin käyttö ja käytön ohjaaminen potilaalle oli myös tutkimuksen tuloksessa ilmoitettu edesauttavaksi ja nopeuttavaksi tekijäksi kivun arvioinnissa. Koulutus koetaan kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa edesauttavina tekijöinä hoitotyön toteuttamisessa.

Arvioimista helpottaa jos potilas on perillä kipumittarista.

Koulutus.



KUVIO 6. Kivun arvioimista ja kirjaamista edesauttavat tekijät.

Potilaan ko-operaatio, aikaa kirjaamiselle. Jos minulla on riittävästi aikaa huomioida potilasta ja myös riittävästi aikaa kirjata kiputilanne ylös hoitosuunnitelmaan. Kirjaaminen on erittäin tärkeää, jotta voidaan arvioida kipulääkkeen riittävyttä. Jos potilas on asiallinen, orientoitunut aikaan ja paikkaan pystyy hän ilmaisemaan kipuaan. Hoitajan ammattitaito ja kokemus kivunhoidosta myös tärkeää. Tietysti VAS-mittari on myös yksi edesauttava apuväline kivunhoidon arvioinnissa.

6.3 Mitkä asiat estävät kivun arvioimista ja kirjaamista sairaanhoitajan kuvamana?

Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että potilastyön kiire ja ajan vähäisyys ovat suurimpia esteitä kivun arvioimisessa ja kirjaamisen toteutuksessa kivunhoitotyössä (kuvio 6). Sairaanhoitajien kokeman kiireen vuoksi kipu jää arvioimatta jos potilas ei siitä itse ilmoita.

Ajanpuute.

Kiire.

Kiireessä ei ehdi usein arvioida kipua jos potilas ei itse ilmoita asiasta.

Potilaan orientaatio koettiin kivun arvioimista estäväksi tekijäksi. Jos potilas ei kykene kertomaan kivustaan, koettiin arvioinnin olevan vaikeampaa. Sairaanhoitajat kokivat kipumittarin käytön olevan kömpelöä ja pitivät mittareita vaikeaselkoisina. Hoitajat arvioivat myös, että potilaat eivät täysin ymmärrä kivun mittaamisen periaatteita VAS -asteikolla

Potilaan des-orientaatio.

Kivun arvioimista vaikeuttaa jos potilas on sekava tai muuten kyvytön kertoamaan siitä. Kirjaaminen on tehtävä havaintojen perusteella.

Huono kommunikointi pot. Kivuliaan oloinen.

Jos potilas ei puhu, itsellä on kiire.

Kipumittarin käyttö tuntuu jotenkin kömpelöltä.

Mittarit vaikea selkoisia.

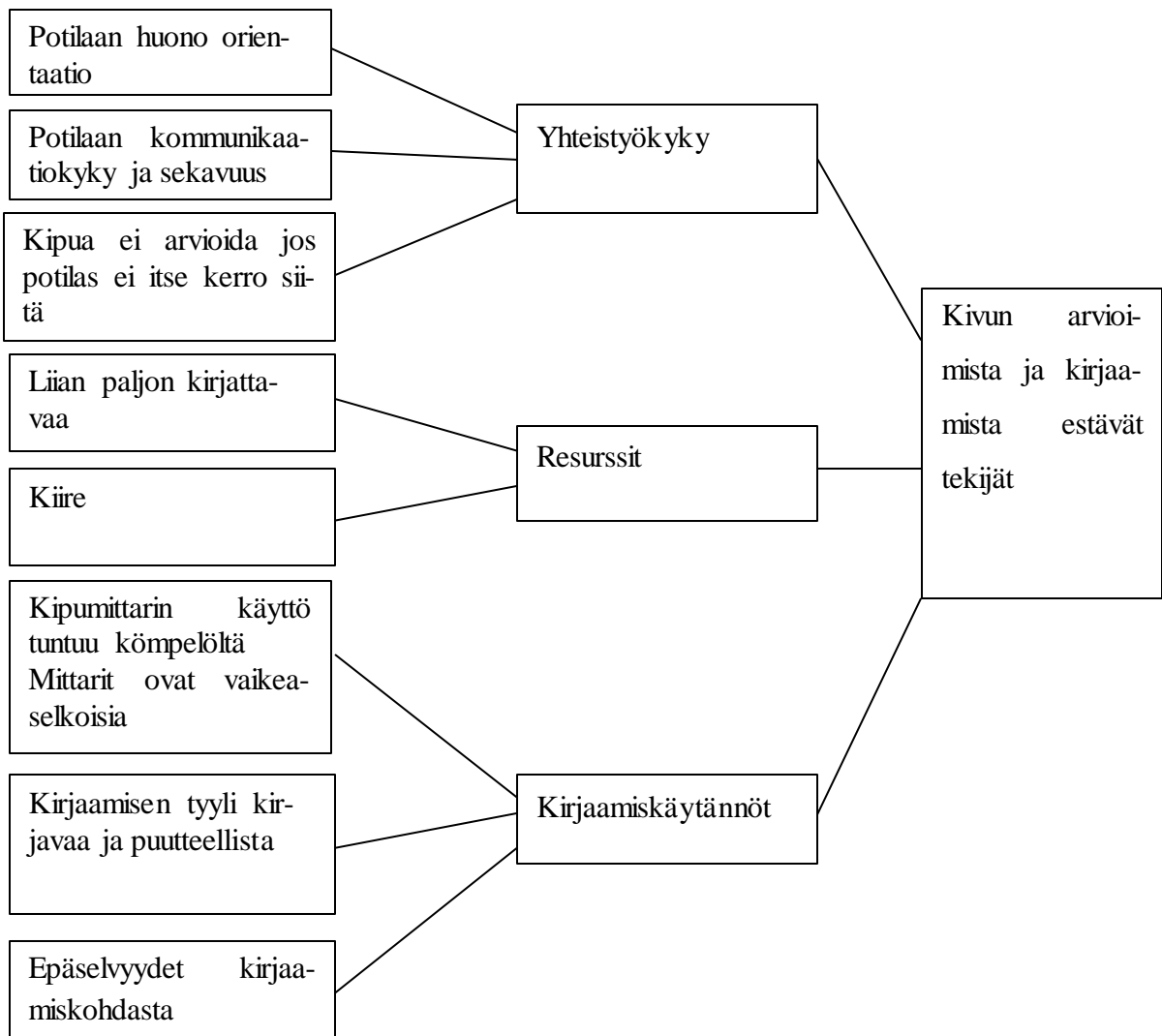
Harva potilas täysin ymmärtää kivun mittaamisen periaatteita. Esim. potilas sanoo VAS:n olevan 10 ja siitä huolimatta pystyy liikkumaan ja toimimaan normaalisti.

Kirjaamisen määrä koettiin runsaaksi. VAS- unohtuu kirjata fysiologisiin mittauksiin. Hoitajat kokivat, että kivun arvioinnin kirjaamisessa oli liikaa vaihtelevuutta. Hidastavana tekijänä koettiin myös se, että kivun arvioimista ei ollut kirjattu ollenkaan.

Liian paljon kirjattavaa.

Kirjaaminen kirjavaa, mittarit huonosti käytössä.

Fysiologiset mittaukset puuttuvat, epäselvyys mihin kohtaan hoitosuunnitelmassa merkinnät kirjataan tai merkintöjen puuttuminen kokonaan.



KUVIO 7. Kivun arvioimista ja kirjaamista estävät asiat.

6.4 Sairaanhoidajien kokema lisäkoulutuksen tarve

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin sairaanhoidajien kivunhoitokoulutuksen tarvetta. Sairaanhoidajista 53 % halusi lisäkoulutusta ja 35 % ei kokenut tarvetta sille. Vastaajista 12 % ei vastannut kysymykseen ollenkaan. Lisäkoulutusta haluavista sairaanhoidajista 18 % ei kertonut millaista koulutusta he tarvitsevat. Vastaajista 21 % kertoi tarvitsevansa lisäkoulutusta uusista kivunhoidon menetelmistä ja tavoista. 6 % vastaajaa halusi koulutusta kipulääkkeiden antamisesta ja vaikuttamisesta. Koulutuksen tarpeita olivat myös erilaisten kiputilojen hoito, traumapotilaan hoito ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät. Sairaanhoidajat kaipasivat koulutuksen kautta ainakin kertausta kipulääkityksestä ja uuden tiedon tuomista käytäntöön. Vaikka koulusta haluttiin, kaikki sairaanhoidajat eivät kuitenkaan osanneet tarkoin määritellä mitä koulutukselta halusivat.

”Aina koulutus paikallaan tulee uusia”

”Aina lisäkoulutus tarpeen”

”Kipulääkkeiden vaikutuksista ja kivunhoidon lääkkeettömät vaihtoehdot kiinnostaa”

”Uudet tuulet, uusia asioita”

”Aina tarvitsee lisäkoulutusta. Varsinkin traumapot. kipuhoidoon”

”Erilaisten kiputilojen hoitoon liittyvää koulutusta”

”Aina mukava ja tarpeellista saada uutta tietoa”

”Kaikenlaista. Aina tarvitsee lisäkoulutusta”

”Uusista kipulääkkeistä tietoa”

”Kertausta”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan usein arvioitavuuden ja uskottavuuden kautta. Lukijan on voitava seurata tutkijan päättelyä kootun aineiston pohjalta. Raportin perusteella lukija voi myös päätyä samoihin johtopäätöksiin tutkijan kanssa. (Anttila 1998, hakupäivä 23.3.2014.) Jotta lukija voi seurata tekemäämme päättelyä, olemme liittäneen tekstiin suoria lainauksia saamistamme kyselylomakkeista. Tutkimuksen tietoperustan rakentamisessa käytettiin vain luotettavia lähteitä. Tietoa haettiin kirjallisuudesta, pro gradu – tutkielmista sekä internetistä saatavista tieteellisistä tutkimuksista. Puolitimme aineiston analysointivaiheessa ja tulkitsimme kumpikin omalla tahollaan laadullisten kysymysten vastauksia. Vertasimme saamiamme tuloksia ja päädyimme molemmat samoihin johtopäätöksiin. (Anttila 1998, hakupäivä 23.3.2014.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, tutkimukseen vastasivat vain ne sairaanhoitajat joilla oli halua osallistua tutkimukseen ja kertoa oma kokemuksensa. Anonyymisti tehtävä kysely kannusti sairaanhoitajia tuomaan esille oman kokemuksensa. Vastaukset palautettiin suljettuun laatikkoon joten kollegojen vastukset eivät vaikuttaneet toisiinsa.

Sairaanhoitajat saivat täyttää kyselylomakkeen oman työnsä ohessa erillisessä tilassa taukokuoneessa. Täydellisen anonymiteetin ja vastaamiseen keskittymisen takaaminen yhteisessä taukokuoneessa voi olla haasteellista. Koska tutkimustuloksista kävi ilmi sairaanhoitajien kokema kiire työssä, saattoi se myös osaltaan vaikuttaa tutkimustuloksiin. Olimme tyytyväisiä kyselylomakkeen kysymyksiin, mutta rakenteen olisimme voineet muuttaa. Todennäköisesti olisi ollut järkevämpää laittaa laadulliset kysymykset lomakkeen alkuun. Tällöin niihin vastaaminen olisi oletettavasti ollut perusteellisempaa. Nyt havaitsimme mielenkiinnon hieman loppuneen kesken kyselyyn vastatessa.

Tutkimuksen luotettavuutta rajoittavat kyselykaavakkeen laadulliset kysymykset ja niiden ymmärtäminen eritavalla. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien vastaaminen näinkin pitkään kyselyyn rajoittaa vastaamisen mielenkiintoa. Jatkotutkimuksissa kan-

nattaa rajata kyselylomakkeen pituutta tarkasti. Sairaanhoidajien kiireinen työaika rajaa kyselyyn osallistumisen aikaa suuresti. Kyselyssä kysyttiin, kokevatko sairaanhoitajat tarvitsevansa kivunhoitotyöhön liittyvää koulutusta. Tähän kysymykseen kyllä vastanneista osa ilmoitti tarvitsevansa koulutusta, mutta olivat jättäneet kommentoimatta että millaista koulutusta he tarvitsevat. Laadullisten kysymysten vastauksien ymmärtäminen oli osittain tulkinnallista, koska kysymyksiin oli vastattu epäloogisesti. Kivun arvioimista ja kirjaamista **hankaloittavaksi tekijäksi** vastattiin esimerkiksi ”*kts. edellä*”. Kivun arvioimisen ja kirjaamisen **edesauttavana tekijänä pidettiin mainittiin** ”*Kiireessä usein unohtuu merkata VAS fysiol. mittauksiin.*

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukselle on määritelty hyvä tieteellinen käytäntö; tutkimus ei saa olla piittaamaton eikä vilpillistä. Tutkimus on suoritettava siten, että tulokset ilmoitetaan realistisesti, yhteistyökumppaneita ja muita tutkijoita kunnioitetaan ja lainattuun tekstiin viitataan oikein. Tutkimuskysymykset tulee määrittää siten, että ne eivät loukkaa tutkittavia eivätkä sisällä väheksyviä oletuksia heistä. Tutkijan on pohdittava, saako hän valitsemallaan tutkimusjoukolla vastauksen tutkimuskysymyksiin. Tutkimus on pyrittävä toteuttamaan siten, että tutkittavat kokevat mahdollisimman vähän haittaa. Tutkittavaa on kohdeltava kunnioittavasti, häneltä tulee pyytää lupa tutkimuksen tekoon, häntä on informoitava tutkimuksen kulusta sekä taattava anonymiteetti. (Leino-Kilpi 2003, 287–290).

Tietoperustaa kootessamme keräsimme materiaalia luotettavista lähteistä. Referoimme tekstiä ja merkitsimme lähteet tarkasti. Raportin tekstistä voi erottaa käyttämämme lähteen ja oman pohdintamme. Tutkimuksen kohdejoukko koostui sairaanhoitajista, koska he tekevät käytännön kivunhoitotyötä. Kun suunnittelimme tutkimuksen toteutustapaa, oli alusta asti selvää, että teemme kyselyn haastattelulomakkeilla. Koska kyseessä oli sairaanhoitajien omien kokemusten tutkiminen, totesimme anonymiteetin säilyvän varmemmin näin. Tutkimusta toteuttaessamme toimimme vastuullisesti ja otimme huomioon yhteistyökumppanin opinnäytetyöllemme asettamat vaatimukset. Yhteistyössä oppilaitoksen ohjaavien opettajien, OYS:n opinnäytetyökoordinaattorin ja tutkimukseen osallistuneiden osastojen osastonhoitajien kanssa suunnittelimme aikataulun tutkimukselle. Toteutimme tutkimuksen suunnitellun aikataulun puitteissa.

Tutkimukseen haimme tutkimusluvan sairaalan operatiivisen alueen ylihoitajalta. Tutkimuksemme kohdentui sairaanhoitajille tehtyyn kyselyyn, joten emme tarvinneet lupaa tutkimuseettiseltä toimikunnalta tutkimuksen aiheen ja toteuttamisen tavan johdosta. Sairaanhoitajille tehdyssä kyselylomakkeen esittelyssä olimme tähdentäneet hoitajille, että tutkimuskyselomakkeeseen vastaaminen tapahtui anonyymisti, vapaaehtoisesti ja luottamuksellisesti. Tutkimuskyselykaavakkeen alussa kerroimme, että teemme opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn OYS:n tilaustyönä valitsemillamme osastoilla. Tutkimuksen kysymykset on kohdennettu siten, että kysymysten vastausten avulla pystyimme analysoimaan saadun tiedon realistisesti. Tutkimustulokset ovat ilmoitettu oikein ja saatuja tuloksia ei ole muunneltu eikä mitään ole jätetty pois. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja sairaanhoitajan kyselyyn vastaaminen on toteutunut itsemääräämisoikeiden mukaisesti. (Rissanen 2013, 64).

7.3 Tulosten tarkastelu

Tulosten tarkastelussa käytimme apuna viitekehyksessä olevia tutkimuksia. Tutkimuksen tuloksissa huomasimme, että sairaanhoitajat käyttävät vaihtelevasti kivun arvioinnin apuvälineitä. Yleisimmin käytössä oli VAS -mittari. Sairaanhoitajat kokivat, että toisinaan on helpompaa kysyä potilaalta suoraan kivusta sekä havainnoida potilaan olemusta kipua arvioitaessa. Vastauksista kävi ilmi myös se, että hoitajien kokemuksen mukaan potilaat eivät aina ymmärrä mittareita. Subramanian, Allcock, James & Lathlean saivat tekemässään tutkimuksessa samansuuntaisia tuloksia. Sairaanhoitajat kertoivat, että kivun arvioimista vaikeuttavat erilaiset käytössä olevat mittarit. Potilaiden on vaikea ymmärtää käytettävissä olevaa asteikkoa koska se vaihtelee hoitajasta riippuen. (Subramanian, Allcock, James & Lathlean 2011, hakupäivä 23.3.2014.)

Tutkimuksemme vastauksista kävi selvästi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat, että aika ei riitä kaikkien hoitotyössä tehtyjen toimintojen kirjaamiseen. Käytetty mittari jätetään kirjaamatta ja keskitytään kirjaamisessa kuvailemaan potilaan kipua. Potilaan kipua annetun kivunhoidon jälkeen arvioitiin hyvin mutta uudelleen arvioidun kivun kirjaaminen tapahtui harvemmin. Lewen, Gardulf ja Nilsson saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Heidän tekemässään tutkimuksessa tarkasteltiin kivunhoidon kirjaamista. Tutkimustuloksista selvisi, että kivunhoidon jälkeen uudelleenarvioinnin kirjaus jää usein tekemättä ja VAS -asteikolla kivun arviointi oli myös harvinaista. (Lewen, Gardulf &

Nilsson 2010, hakupäivä 2.1.2014.) Toisaalta tutkimustulokset olivat eriäviä siinä, että Lewenin ym. tekemässä tutkimuksessa annetun kivunhoidon kirjaaminen oli huonoa. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat kirjaavansa hyvin annetut kivunhoidon muodot. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää kirjata kivun arviointi tarkasti. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta määrittää myös sen, että hoidon vaikuttavuudesta on oltava merkintä potilaan papereissa.

Idvallin ja Ehrenbergin (2002) tutkimuksessa tarkasteltiin sairaanhoitajien näkemyksiä kivunhoidon toteutumisesta. Tutkimustuloksemme olivat samansuuntaisia myös tämän tutkimuksen kanssa, joskaan eivät ihan yhtä radikaalilla tavalla. Tekemässämme tutkimuksessa 82 % sairaanhoitajista kertoi kirjaavansa kivun paikan ja luonteen kertomukseen, numeraalinen arvo jäi usein kiireen tai unohduksen vuoksi kirjaamatta. Idvallin ja Ehrenbergin tutkimuksessa vain joka toinen oli kirjannut kivun paikan ja 12 % tutkittavista oli merkinnyt kivun luonteen potilaspapereihin. Tutkimustulokset lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytön kirjaamisesta olivat yhtenäisiä; lähes kaikki annetut lääkkeet oli kirjattu. Kipumittarien käytössä tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat olivat hieman ahkerampia. Sairaanhoitajista 68 % kertoi käyttävänsä apuvälinettä kivun mittaamisessa, Idvallin ja Ehrenbergin tutkimuksessa 60 % hoitajista käytti apuvälinettä. Ajan puute nousi päällimmäisenä esille tutkimuksessamme, kun kysimme systemaattisesta kivun arvioinnista ja sen toteutumisesta. Tutkimustuloksista kävi myös ilmi, että sairaanhoitajat kokevat kirjaamiskäytäntöjen olevan kirjavia ja aina ei ole varmaa mitä kirjataan ja minne. Samansuuntaisia tutkimustuloksia oli myös Idvallilla ja Ehrenbergillä, kivun arvioinnin systemaattisuus näkyi vain kymmenessä prosentissa kirjauksista. He arvioivat puutteellisten kirjausten johtuvan hoitajien tietämyksestä suositusten sisältöä kohtaan. (2002, hakupäivä 2.1.2014.)

7.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että potilaan hoitotyössä on siihen käytettävällä ajan määrällä suuri merkitys kivunhoitotyön toteutumisessa. Mikäli hoitajalla on riittävästi aikaa ja resursseja käytettävissä kivunhoidon arviointiin ja hoidon toteuttamiseen hoito toteutuu laadukkaasti. Työntekijöiden ammattitaito ja koulutus vaikuttivat hoitopäätöksen tekemisessä. Sairaanhoitajan työ hidastuu kun hän joutuu tekemään kivun arvioinnin sekavalta, muistisairaalta tai tajuttomalta potilaalta. Silloin hoitaja havainnoi poti-

laan tilan tarkkailemalla ulkoisia merkkejä potilaan voinnista ja tekee hoitopäätöksiä tehtyjen fysiologisten mittausten avulla. Kirjaamisen toteutumisessa olisi edesauttavana tekijänä se, että kirjaamiseen kuluisi nykyistä vähemmän aikaa ja sen voisi toteuttaa nopeasti hoitotapahtuman arvioinnin tekemisen ja lääkkeenannon jälkeen, eli silloin kun asiat vielä muistaa hyvin.

Kipumittarin käyttämättömyys ja mittarin käytön osaamattomuus hidastavat laadukkaan kivunhoitotyön toteutumista. Koska kipumittaria käytetään vaihtelevasti ja sen antamia tuloksia ei merkitä systemaattisesti potilaspapereihin, on potilaan kiputilanteen tarkka seuraaminen hankalaa. Potilaan kivun kuvaileva kirjaaminen toteutui hoitajien kertoman mukaan hyvin, mutta systemaattinen kiputilanteen seuraaminen kuvailevasta kirjaamisesta on työlästä. Olisi helpompaa jos käytössä olisi selvät numeraaliset arvot kuvaamassa potilaan kipua.

Henkilökunnan määrän vähäisyys hankaloittaa sairaanhoitajien toteuttamaa hoitotyötä. Kiireinen työpäivä aiheuttaa joskus kirjaamisen unohtumista. Ajankäyttö ja vaihtelevat resurssit vaikuttivat sairaanhoitajien näkemyksen mukaan hoitotyön ja sitä kautta kirjaamisen laatuun. Tehdyssä tutkimuksessa riittäviin resursseihin vaikuttivat henkilökunnan määrä, koulutus ja ammattitaito. Kirjaamista helpottavina asioina sairaanhoitajat kokivat kiireettömät työpäivät, riittävän henkilökunnan määrän ja potilaan yhteistyökyvyn. Vastaavasti hyvää kirjaamista estivät kiireellinen työtahti ja potilaiden yhteistyökyvyttömyys. Riittävä aika ja yhteistyökykyinen potilas nopeuttivat selvästi kivun arviointia ja kivun hoitotyötä. Pääsääntöisesti kivun uudelleen arviointi tapahtui OYS:n suositusten (liite 3) mukaisesti. Potilaan yhteistyökykyisyyden ja kommunikoimisen esteyminen ja puute hankaloittavat ja hidastavat hoitotyön toimintoja. Mikäli potilas on sekava, muistisairas tai tajuton hoitajan toteuttama kivun arviointi ja hoitopäätös perustuvat fysiologisiin mittaustuloksiin ja havainnointiin potilaan ulkoisista merkeistä kivulle.

7.5 Aiheen pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Tavoitteenamme oli saada käsitys minkälaisena sairaanhoitajat kuvaavat kivun arvioinnin ja kirjaamisen. Toteutimme tutkimuksen kyselylomakkeella. Alun perin tutkimuksessa piti olla mukana sekä hoitajille tehtävä kysely että potilaspapereista tehty kirjaamisen kartoitus. Tutkimuslupaepäselvyyksien ja aikataulun venymisen vuoksi potilas-

asiakirjoihin perehtyminen jäi pois työstämme. Jatkotutkimusaiheena olisikin hyvä tutustua potilasasiakirjoihin kivun hoidon kirjaamisen osalta tarkemmin. Tällöin pystyttäisiin vertailemaan toteutuuko kirjaaminen siten kuin tässä tutkimuksessa hoitajat ovat kirjaamisen kuvanneet.

Seuraavissa opinnäytetöissä olisi hyvä tutkia miten OYS:n käytössä oleva suositus lääkkeiden antokirjauksesta toteutuu. Jatkotutkimusaiheena on, että miten tätä antokirjausta voidaan hyödyntää potilaan hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä. Mikäli lääkkeiden antokirjaus ja hoidon vasteen kirjaaminen tottuisivat nopeasti ja realistisesti potilaan lääkkeellisen kivunhoidon laatu paranisi merkittävästi. Lisäksi hoitajien työ helpottuisi jos kirjaamisen järjestelmä olisi helppokäyttöinen ja nopeatoimintainen. Teknisen alan opiskelijoiden yhteistyöllä löydettäisi jokin nykyaikainen nopea ratkaisu kirjaamisen nopeutumiseen pienillä kustannuksilla. Tekemällä tuotekehitystä yhteistyöllä eri alojen opiskelijoiden ja ammattilaisten välillä saataisiin tämä kirjaaminen toteutumaan siten, että se ei veisi niin paljon kallista työaikaa joka on poissa sairaanhoitajien tekemästä potilastyöstä. Terveystieteiden alalla on lentävänä lauseena ollut jo vuosia ”Me täällä hoidetaan tietokonetta” ja silloin potilaat joutuvat kärsimään tarpeettomasti kun sairaanhoitajilla ei ole aikaa hoitaa heitä eettisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Sairaanhoitajana työskennellessä haluaa keskittyä potilaan hyvään hoitamiseen. Jokainen hoitaja haluaa tehdä potilaan hoitotyötä oman arvomaailmansa mukaisesti ja potilaslähtöisesti. Koulutuksia suunniteltaessa kannattaisi tarkistaa tietävätkö sairaanhoitajat minne kivun arviointi ja VAS kirjataan. Tutkimustulosten perusteella hoitajilla olisi tarve saada koulutusta kivun arvioinnista des-orientoituneen potilaan kohdalla.

7.6 Oma oppimisemme

Opinnäytetyötä tehdessämme opimme etsimään tieteellistä tietoa kriittisesti analysoiden. Löysimme aluksi yleiskattavia lähteitä joita käytimme tietoperustan rakentamisessa. Prosessin edetessä tiedon hakeminen helpottui ja pystyimme hakemaan tutkimuksen kannalta oikeanlaista tietoa. Työmenetelmänä lomakehaastattelu oli mielestämme oikea vaihtoehto jotta saimme hoitajilta rehellisiä mielipiteitä asiasta. Haastattelulomakkeen teimme annettujen raamien pohjalta OYS:n ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n ja Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n suositusten. Täydensimme sitä myös oman mielenkiintomme mukaan. Teimme työtä itsenäisesti ja saimme opinnäytetyökoordinaatto-

rilta apua lupahakemuksessa työn edetessä. Osastonhoitajien ja sairaanhoitajien myönteisyys kyselyämme kohtaan oli hyvä, saimme vastauksia riittävästi. Saamamme tulokset olivat mielestämme hyviä ja kohtuullisen kattavia.

Opinnäytetyöprosessi on täydentänyt omaa oppimistamme kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Hyvä kirjaaminen on potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta olennaista. Ajan käytön suunnittelulla ja yhtenäisillä kirjauskäytännöillä saataisiin kivun arviointi ja kirjaaminen sujumaan paremmin ja nopeammin. Tällöin aikaa olisi enemmän potilastyön tekemiseen. Toivomme, että tulevana alan ammattilaisina pääsemme osallistumaan tähän kehitystyöhön. Yhteistyömme sujui hyvin opinnäytetyötä tehdessä. Osasimme jakaa omat resurssimme tasan ja kumpikin työskenteli yhtä ahkerasti saavuttaakseen päämäärän. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessi oli opettavainen. Tunnumme nyt tieteellisen tutkimuksen perusteet ja osaamme soveltaa oppimaamme jatkossakin.

LÄHTEET

Anttila, P. 1998. Laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti. Hakupäivä 23.3.2014
http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_1laadullisen_tutkimuksen_reliabiliteetti.

Dillström, J. 2007. Sairaanhoitajien tiedot ja taidot näyttöön perustuvassa lääkehoidossa kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. 82- 83.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell Oy.

Gropelli, T. & Sharer, J. 2013. Nurses' Perceptions of Pain Management on Older Adults. Hakupäivä 21.3.2014
<http://web.a.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=3136d24e-eb1c-416b-94eb-8b8b4aa9298d%40sessionmgr4001&hid=4204>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Idvall, E. & Ehrenberg, A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. Hakupäivä 2.1.2014
<http://web.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=74aa3cdf-42d0-41a4-84ad-e0e3713b3c9a%40sessionmgr4003&hid=4207>.

Jacques, E. 2009. Numerical rating pain scale. Hakupäivä 4.1.2014
<http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Numerical-Scale.htm>.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Otava Kirjapaino Oy.

Kalso, E. & Hamunen, K. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Otava Kirjapaino Oy, 278–294.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Hakupäivä 4.4.2013 http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661.

Kalso, E. 2012. Kipulääkkeiden käyttö akuutin kivun hoidossa. Hakupäivä 13.2.2013 http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01710&p_haku=kivunhoito.

Kangasniemi, M., Länsimies-Antikainen, H., Halkoaho, A. & Pietilä, A-M. 2012. Potilaan velvollisuudet hoitotyössä. Teoksessa Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt, hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 112–121.

Kauppila, M., Axelin, A., Kiuru, M., Koukkula, R., Salanterä, S., Nikula, S., Onkinen, K., Ratinen, P. & Rintala-Salminen, T. Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. Kipuviesti 2.11.2008, 38–40.

Kokki, H. & Pitkänen, M. 2006. Puudutusopas 2006. Teoksessa A-M Huotari (toim.), Puudutukset akuutin kivun hoidossa, Espoo: AstraZeneca, Vammala: Vammalan Kirjapaino, 197–200.

Kontinen, V. 2011. Leikkauksen jälkeisen kivun lievitys. Kipuviesti 11 (1), 18.

Kontinen, V., Jokela, R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen, K. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. Hakupäivä 2.1.2014 http://www.finnanest.fi/files/nyt_suositus.pdf.

Keckman, A., lehtori, Oulun ammattikorkeakoulu Oy, Hoitotyön ja ensihoidon osasto. 2012. Luento 11.1.2013. Tekijän hallussa.

Kylläinen, K. 2012. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen - kyselytutkimus vuosina 2008–2010. Hakupäivä 24.3.2014
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf.

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2008. Hoitotyön kirjaamista koskevat yleiset kriteerit. SalpaNet18.6.2008. Hakupäivä 11.4.2013
<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/POTILAS/POTILASOHJEET/OHJESIVU/20080618%20%20KIRJAAMISEN%20KRITERIT.PDF>.

Lauritsalo, P. 2003. Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 29/2003. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Lehtomäki, P. 2003. Postoperatiivinen kivun hoito. Teoksessa Lauritsalo, P. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 29/2003. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Lewén, H., Gardulf, A. & Nilsson, J. 2010. Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. Hakupäivä 2.1.2014
<http://web.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=74aa3cdf-42d0-41a4-84ad-e0e3713b3c9a%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4207>.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC luokituskokonaisuuden käyttöopas. Hakupäivä 22.4.2013
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1.

Mann, E.M. & Carr, E. 2009. Pain. 2. painos. England: Palcrave Macmillan.

Pakanen, V. & Holappa, S. 2011. Ohje kivun arvioimisesta ja kirjaamisesta. Sisäinen lähde. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Pesonen, A. 2012. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Hakupäivä 12.4.2014 http://www.finnanest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf.

Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Ohjeita sosiaali- ja terveystieteen opiskelijoille opinnäytetyön tekemiseen PPSHP:ssä. Hakupäivä 6.10.2013 https://www.ppsHP.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx.

Rissanen, K. 2013. Sairaanhoitajien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Hakupäivä 20.3.2014 http://ePublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130540/urn_nbn_fi_uef-20130540.pdf.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013 Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hakupäivä 6.10.2013 http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa E. Sailo & A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 97–117.

Saranto, K & Sonninen A.L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A.L. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 12–16.

Sonninen A.L. 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A.L. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 66.

Subramanian, P., Alcock, N., James, V. & Lathlean, J. 2011. Challenges faced by Nurses in managing pain in a critical care setting. Hakupäivä 23.3.2014 <http://onlineLibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x/full>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint.

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

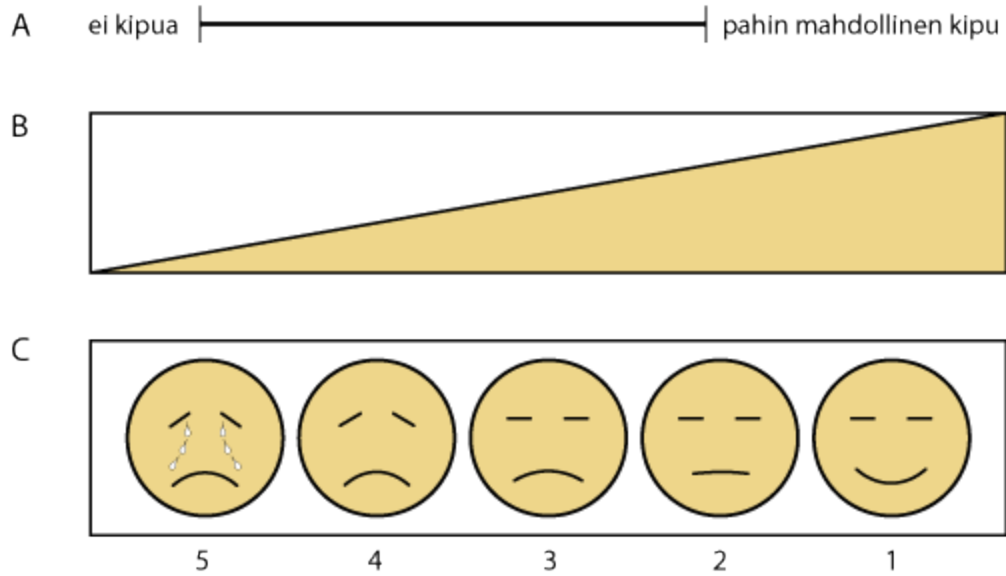
Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Hakupäivä 26.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025.

Valvira 2013. Ohjaus ja valvonta. Asiakirjojen salassapito. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013. Hakupäivä 8.10.2013
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/salassapito/asiakirjojen_salassapito.

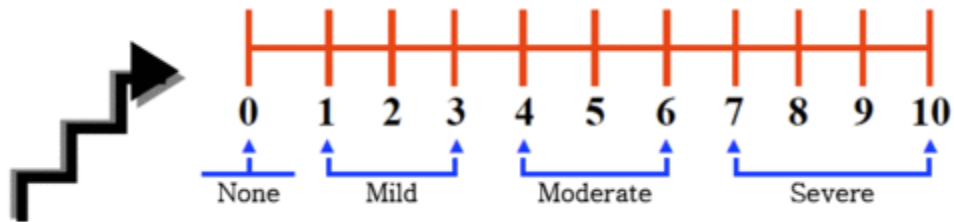
Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma, 19–20.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Åstedt, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 152–163.



Vainio, A. 2009, hakupäivä 26.10.2013



Jacques, E. 2009, hakupäivä 4.1.2014

LIITE 2

Oulun ammattikorkeakoulu

Kyselylomake opinnäytetyötä varten; Kivun arviointi ja kirjaaminen kirurgisilla vuodeosastoilla
Sairaanhoitajaopiskelijat Sari Pajunen ja Tuuli Toppi

Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä OYS: n kanssa ja olemme kiinnostuneet kokemuksistasi koskien kivun arvioimista ja kirjaamista. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa n. 5 minuuttia.

Kiitos osallistumisesta kyselyyn ja vaivannäöstä!

Kysymyksin vastatessasi ajattele toimintaasi yleisesti, älä yhden hoitotapahtuman perusteella.

1. Millä apuvälineellä mittaat potilaan kipua? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- VAS eli visuaalianalogiasteikko
- NRS eli numeraalinen/verbaalinen asteikko
- VRS eli verbaalinen asteikko
- Joku muu, mikä? _____
- En käytä apuvälineitä
Miksi et käytä? _____
- _____

2. Kirjaatko käyttämäsi kivunmittauksen apuvälineen?

- Kyllä
- En Jos vastasit **en**, niin miksi? _____
- _____
- _____
- _____

3. Kuinka tarkasti kirjaat arvioidun kivun? Voit valita useamman vaihtoehdon

- VAS/NRS arvo fysiologisiin mittauksiin
- Kirjaan kivusta maininnan potilaan kertomukseen
- Kirjaan kivun paikan ja luonteen kertomukseen

4. Kun olet antanut potilaalle kipulääkettä:

- Arvioin potilaan kivun uudelleen, mutta en kirjaa sitä
- En arvioi kipua uudelleen
- Arvioin kivun uudelleen ja kirjaan saadun vasteen.

5. Kirjaatko annetut kivunhoitomenetelmät? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Lääkkeelliset menetelmät
- Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät (asentohoito, kylmähoito jne.)

6. Kun potilaalla on käytössä vahvat kipulääkkeet ja olet antanut hänelle kipulääkettä. Arvioitko kipua lääkkeen annon jälkeen:

a Per os tablettilääkitys

- 10 min 30 min tunti jokin muu _____ aika*

b Per os mikstuura

- 10 min 30 min tunti jokin muu _____ aika*

c I.m. injektio

- 10 min 30 min tunti jokin muu _____ aika*

d I.v infuusio/stoossi

- 10 min 30 min tunti jokin muu _____ aika*

*- merkki kohdassa. Miksi arvioit ko. ajankohtana?

e Opioidilaastari

- Kerran vuorossa
- Kaksi kertaa vuorossa
- Kolme kertaa vuorossa

f Infuusiopumppu/kestopuudutuskatetri

- Kerran vuorossa
- Kaksi kertaa vuorossa
- Kolme kertaa vuorossa

7. Mitkä asiat edesauttavat kivun arvioimista ja kirjaamista?

8. Mitkä asiat hankaloittavat kivun arvioimista ja kirjaamista?

9. Tarvitsetko kivunhoitotyöhön liittyvää lisäkoulutusta?

Kyllä

En

Jos vastasit kyllä, niin millaista koulutusta tarvitset?

Kiitos osallistumisesta kyselyyn!

Yhteistyöterveisin: Sari Pajunen ja Tuuli Toppi



KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN

Kivun arviointi ja kirjaaminen aloitetaan potilaskertomuksen kohtaan Fysiologiset mittaukset VRS-asteikkoa käyttäen (verbaalinen asteikko) tai numeraalisella asteikolla (NRS 0-10) alla olevien kriteereiden täytyttyä. Potilaalta kivun voimakkuus kysytään ensisijaisesti VRS-asteikkoa käyttäen (verbaalinen asteikko), joka on useimpien helpompi ymmärtää. Tämä sanallinen ilmaisu muunnetaan numeraaliseen muotoon kirjausta varten ohjeen lopussa olevan taulukon avulla. Tärkeää on numeron kirjaamisen lisäksi arviointiin lisätyt kommentit esim. kivun paikasta, luonteesta tai arvioinnin luotettavuudesta.

1. Potilaalla käytössä vahvat kipulääkkeet (opioidit).
2. Potilaalla käytössä jokin erityinen kivunhoidon muoto (esim. PCA, kestopuudutus tai epiduraali).
3. Potilas ilmoittaa kipua.

1. POTILAALLA KÄYTÖSSÄ VAHVAT KIPULÄÄKKEET

Vahvojen kipulääkkeiden ollessa käytössä on potilaan kivunhoitoon kiinnitettävä erityistä huomiota. Olipa lääkkeen antomuoto mikä hyvänsä (po. iv. im. sc.) niin kivun mittaaminen ja kirjaaminen on oltava käytössä.

Mittaus ja kirjaaminen suoritetaan minimissään aina ennen kipulääkkeen antamista potilaalle sekä lääkkeen annon jälkeen vaikuttavuuden tarkistusmittaus.

- po. tablettilääkityksenä noin tunti annostelun jälkeen
- po. mikstuurana noin 30 min annostelun jälkeen
- im. injektiona noin 60 min annostelun jälkeen
- iv. annoksena noin kymmenen minuuttia annostelun jälkeen
- opioidilaastari, kipu mitataan ja kirjataan vähintään kaksi kertaa työvuorossa.

2. POTILAALLA KÄYTÖSSÄ JOKIN ERITYINEN KIVUNHOIDON MUOTO

Mikäli potilaan kivunhoitoon käytetään elektronisia/kertakäyttöisiä infuusiopumppuja tai kestopuudutuskatetreja, niin kivun mittaaminen ja kirjaaminen aluksi suoritetaan vähintään kolme kertaa työvuorossa. Mikäli hoidon aikana suoritetaan muutoksia pumppujen ohjelmointiin, niin mittausväliä tihennetään kunnes saavutetaan haluttu kivunhoidon taso.



Ohje kivun arvioinnista ja kirjaamisesta

3. POTILAS KIPEÄ

Mikäli potilas valittaa kipua ja se on VAS arvoltaan 4 tai enemmän, tai kipu potilaan sanallisena arviona vähintään kohtalainen, niin aktiivinen kivun mittaaminen ja kirjaaminen aloitetaan. Mitä suurempi VAS- mittauksen arvo on, sitä tiheämmin mittaus suoritetaan.

Kun kipu mitattuna on ollut kaksi kertaa peräkkäin alle 4 (ei kipua-lievä), kivun mittausta voi harventaa yhteen kertaan/työvuoro. Jos potilas ilmaisee uudelleen voimakkaampaa kipua, kivun mittausta tihennetään edelläolevien periaatteiden mukaisesti.

Erityishoidoissa muu voinnin seuranta ohjeiden mukaan.

KÄYTETYT ARVIOINTIASTEIKOT SEURANNASSA

Kivun voimakkuus:

VRS (Verbaalinen asteikko):

- ei kipua = 0
- lievä kipu = 1-2
- kohtalainen kipu = 3-4
- melko kova kipu = 5-6
- kova kipu = 7-8
- sietämätön kipu = 9-10

tai

NRS 0-10 numeraalinen asteikko mittatikulla

(0 = ei kipua --> 10 = pahin mahdollinen kipu)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



KIPUMITTARI KIVUNHOIDON APUNA TOIMENPITEEN JÄLKEEN

Osastollamme on käytössä kipumittari, jonka tarkoituksena on helpottaa toimenpiteen jälkeisen kivun voimakkuuden arviointia ja kivunlievityksen tehokkuuden arviointia. Näin saadaan kivunhoito määriteltyä juuri teidän tarpeitanne vastaavaksi. Jotta kipumittarin käyttö sujuisi vaivattomasti, toivomme teidän tutustuvan siihen jo ennen toimenpidettä.

Kipumittari on asteikko, joka on numeroitu nollasta kymmeneen (malli sivun alareunassa). Nolla tarkoittaa asteikolla sitä, ettei kipua ole lainkaan. Numeroiden suuretessa myös kipu suurenee siten, että kymmenen tarkoittaa voimakkainta kuviteltavissa olevaa kipua. Tarkoituksena on, että ilmoitatte kokemanne kivun voimakkuuden oman arvionne mukaan.

Hyvällä kivunhoidolla helpotetaan toipumistanne leikkauksesta; kivun hoito edistää jalkeille pääsyä ja näin mahdollisuus laskimotukoksiin, sydämen ja keuhkojen sekä suoliston toimintahäiriöihin vähenee. Kertokaa siis rohkeasti kivuistanne samoin kuin muistakin epämiellyttävistä oireista, joita mahdollisesti koette.

Tehokkaaseen kivunhoitoon saattaa joskus liittyä sivuvaikutuksia (mm. väsymys, huimaus, pahoinvointi, ihon kutina, ummetus), jotka eivät ole vaarallisia, mutta joita voidaan lievittää.

Jos jokin lääke ei sovi teille yliherkkyyden tai jonkin muun syyn vuoksi, on siitä aina kerrottava hoitohenkilökunnalle.

KIPUMITTARI

Ei kipua

Sietämätön kipu

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 0 EI KIPUA**
1-2 LIEVÄ KIPU
3-4 KOHTALAINEN KIPU
5-6 MELKO KOVA KIPU
7-8 KOVA KIPU
9-10 SIETÄMÄTÖN KIPU

SUOSITUS AKUUTIN LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN JA KIVUN HOIDON KIRJAAMISESTA

Suosituksen tarkoitus

Tämän suosituksen tarkoituksena on edistää kivun ja kivun hoidon asianmukaista kirjaamista potilastietojärjestelmissä.

Johdanto

► Kaikilla potilailla on eettinen ja juridinen oikeus hyvään kivun hoitoon (1). Myös International Association for the Study of Pain on todennut, että oikeus hyvään kivun hoitoon on perustavanlaatuisen ihmisoikeus (www.iasp-pain.org). Tehokas ja turvallinen kivun hoito on olennainen osa leikkauksesta toipumista. Hoitamaton akuutti kipu aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä haittavaikutuksia ja altistaa potilaan leikkauksen jälkeisille komplikaatioille. Hyvä kivun hoito perustuu kivun säännölliseen arviointiin ja kirjaamiseen (2,3). Tiedot kivusta ja kivun hoidosta tarvitaan sekä turvallisen ja tehokkaan potilashoidon mahdollistamiseksi että kivun hoidon kehittämistä varten (esimerkiksi ns. benchmarking).

Potilaskohtaista kivun hoidon seuranta ja ohjaamista varten tarvittavien tietojen tulee olla hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden saatavilla helposti ja ajan tasalla olevina. Ohjausta (johtamista) ja kehittämistyötä varten tarvitaan potilas-, yksikkö-, toimenpidekohtaisia raportteja kivun hoidosta. Hoidon kehittämisen on mahdotonta, jos ei tunneta käytetyn hoidon vaikuttavuutta ja haittoja. Kivun ja kivun hoidon kirjaamisen vähimmäisvaatimukset kirjaamisesta koskevat kaikkia kivun hoitoa saavia potilaita (ns. tavanomaista leikkauksen jälkeistä kivun hoitoa saavat ja erityistekniikoilla hoidettavat potilaat). Sairaalkohtaisesti voidaan antaa ohjeita suositeltuja vähimmäisvaatimuksia tarkemmasta kirjaamisesta.

Kivun hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee saada riittävästi koulutusta kivun mittaamisesta ja tulosten kirjaamisesta yksikössä käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Tietojärjestelmien käytävyyden ja yksiköiden työnkulkujen tulee antaa mahdollisuus asianmukaiseen kivun mittaamiseen ja kirjaamiseen tämän suosituksen edellyttämällä tavalla.

Vähimmäisvaatimusten kivun ja sen hoidon seurannasta on täyttyvä potilaan hoitoketjun kaikissa vaiheissa kirjaamistavasta ja tietojärjestelmien teknisistä ominaisuuksista riippumatta. Siirtymäinen paperipohjaisesta kirjaamisesta

sähköisiin potilastietojärjestelmiin ei saa huonontaa potilaan seuranta.

Kivusta ja kivun hoidosta kirjattavien asioiden vähimmäisvaatimukset:

1. Kivun voimakkuus validoidulla mittarilla mitattuna

- (aikuisilla tavallisesti sanallinen asteikko (verbal rating scale VRS), numeroasteikko (numeric rating scale NRS) tai visuaalianalogias- teikko (visual analog scale VAS), lapsilla iän ja kehitystason mukainen validoitu kipuasteikko).
- Kivun voimakkuus mitataan ja kirjataan levossa ja liikkeessä (leikkauksen kannalta oleellinen liike, kuten esimerkiksi yskiminen tai syvään hengittäminen torakotomian jälkeen tai polven taivuttaminen polviproteesileikkauksen jälkeen).
 - Kivun voimakkuus mitataan ja kirjataan kultakin potilaalta vähintään kerran työvuoron aikana. Mikäli potilas kärsii kivusta, tai tarvitsee kivun hoitotoimia, kipu täytyy mitata uudestaan käytetyn menetelmän kannalta sopivan ajan kuluessa (hoidon tehon toteamiseksi ja jälleen uudestaan esimerkiksi annetun lääkkeen tavanomaisen vaikutusajan mentyä ohii).
 - Tulee pyrkiä siihen, että kirjattu tieto siirtyy potilaan mukana automaattisesti potilastietojärjestelmästä toiseen.
 - Tulee olla mahdollista saada sähköistä potilastietojärjestelmästä osasto- ja/ tai potilasryhmäkohtaisia raportteja ainakin kivun voimakkuudesta.

2. Käytetty kivun hoitomenetelmä

- Kirjataan käytetty menetelmä: ns. tavanomainen leikkauksen jälkeisen kivun hoito, epiduraalialgesia, iv-PCA, kestopuudutukset, muu (esim. LIA).
- Jatkuvista tekniikoista tulee kirjata vähintään lääkeaineseoksen koostumus, infuusionopeus ja sen muutokset helposti luettavalla ja selkeällä tavalla. PCA-hoidosta on kirjattava lääkekulutus kerran vuorokaudessa. Lisäksi tulee kirjata hoidon lopettamisen aika

ja syy (esimerkiksi suunniteltu lopetus, hoidon tehostomuus, tekninen syy jne).

3. Kivun hoidon haittavaikutukset

- Käytetyn kivunlievitysmenetelmän kannalta keskeiset haittavaikutukset tulee kirjata vähintään yhtä usein kuin kivun voimakkuutta mitataan. Haittavaikutuksia tulee seurata sairaalakoh- taisten ohjeiden mukaisesti.
- Opioidi-lääkityksen yhteydessä kirja- taan ainakin sedaatio, pahoinvointi ja oksentelu. Mikäli potilas on sedatoi- tunut (vaikeasti heräteltävissä) tulee arvioida myös hengitystä, vähintään mitata hengitystiehyys.
- Epiduraali- ja spinaalialgesian yhtey- dyssä kirjataan ainakin verenpaine, sedaatio, alaraajojen lihasvoima sekä jos puuduteseoksessa on mukana opioidi, opioidilääkityksen seurannan mukaiset asiat.
- Perifeeristen kestopuudutusten yhteydessä kirjataan ainakin puudu- teaineen mahdolliset systeemiset haittavaikutukset (verenpaineen lasku, toksiset oireet).

Potilastietojärjestelmien tulee tukea potilas-, yksikkö- ja toimenpidekohtaista raportointia edellä mainituista asioista. ■

SAY:n kivun hoidon jaoksen työryhmä

PJ dosentti Vesa Kontinen HYKS
dosentti Ritva Jokela HYKS
erikoislääkäri Pirjo Ravaska Lapin
keskussairaala
LT Pirkka Rautakorpi TYKS
sihteeri LT Katri Hamunen HYKS

Suomen Anestesiologiyhdistys ry Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry

Viitteet

1. Pahlman, Irma Potilaan itsemääräämisoikeus. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Helsinki: Edita, 2003
2. Acute Pain Management: Scientific Evidence, Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Third edition, 2010
3. Guidance on providing anaesthesia services for Acute Pain Management. Acute Pain Services 2010. The Royal College of Anaesthetists. www.rcoa.ac.uk

