

Katju Seppänen, Janina Snellman

Kirurgisen potilaan kivun hoitotyön kirjaamisen arviointi kirurgisella vuodeosastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

30.11.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Katju Seppänen Janina Snellman Kirurgisen potilaan kivun hoitotyön kirjaamisen arviointi kirurgisella vuodeosastolla 22 sivua + 1 liitettä Marraskuu 2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Liisa Montin, lehtori TtT, SH
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida kivun hoitotyön kirjaamista kirurgisella vuodeosastolla Care Bundle ohjeistuksen avulla. Työ on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja HUS operatiivisen tulosityksikön välistä yhteistyö hanketta. Työn tavoitteena oli saadun tiedon avulla kehittää kivun hoitotyötä ja hyödyntää saatua tietoa hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä.</p> <p>Hyvällä kivunhoidolla on tärkeä merkitys lyhytkestoisen leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa ja sillä lyhennetään toipumisaikaa sekä lisätään potilaiden kokemaa tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Kivun hoitotyön tärkeä osa-alue hoidon lisäksi on kivun täsmällinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin.</p> <p>HUS operatiivisessa tulosityksikössä on käytössä Care Bundle ohjeistus, jonka tarkoituksena on olla kivun hoidon sekä kirjaamisen tukena. Care Bundle on HUS:sin asiantuntijoiden kokoama ohjeistus aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitoon. Ohjeistus sisältää eri osa-alueita koskien potilaan ohjausta kivun syistä, sen arvioinnista, hoidosta, sekä mahdollisista sivuvaikutuksista.</p> <p>Potilasasiakirjoihin kirjattujen merkintöjen perusteella kivunhoidon potilasohjausta oli toteutettu hyvin vähän. Kipumittarin käytöstä löytyi hyvin vähän hoitokirjaus merkintöjä. Potilaan arvio omasta kivustaan ennen kivunlievitystä oli dokumentoitu noin 70%:lla potilaista kahden ensimmäisenä hoitopäivänä. Leikkauskivun lääkehoidon toteutumista oli dokumentoitu hyvin. Potilaan omaa arviota kivusta kivunlievityksen jälkeen oli dokumentoitu yli 40% potilaiden kohdalla kahden ensimmäisenä hoitopäivänä.</p>	
Avainsanat	kipu, hoitotyö, kirjaaminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Katju Seppänen Janina Snellman Assessment of postoperative pain documentation in surgical ward 22 pages + 1 appendices November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>Purpose of our final project was to assess pain in nursing documentation in surgical ward using the Care Bundle guidelines. Our work is part of the Helsinki Metropolia University of applied sciences and HUCH operative unit cooperation project. The aim was to use the data to develop pain management in nursing and take advantage of information obtained in the development of nursing documentation.</p> <p>Good pain management is important for short-term post-operative pain. It shortened recovery time and increase patients' perceived satisfaction with their treatment. Pain nursing is an important component of the treatment of pain in addition to the precise recording of the patient records.</p> <p>HUCH operative unit uses Care Bundle guidelines; it is designed to be a nursing documentation to support the purpose of which is to be the treatment of pain, as well as the recognition of support.</p> <p>Care Bundle is HUCH experts compiled guidelines for adult patients undergoing a surgical procedure after the short-term treatment of pain. The guidelines include different aspects regarding the patient's pain control reasons, treatment, and possible side effects.</p> <p>According to the research, documentation of patients counselling and pain scale usage were documented only few times. Patients own assessment of pain before revealing of the pain was documented approximately 70 % of patients at two first postoperative days. Documenting of patients pain after surgery was well documented Patients own assessment of pain after revealing of the pain was documented over 40% of patients at two first postoperative days.</p>	
Keywords	pain, nursing, nursing documentation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kipu, kivun arviointi ja kirjaaminen	1
2.1	Akuutti kipu	2
2.2	Kirurginen toimenpide ja leikkauksen jälkeinen lyhytkestoinen kipu	2
2.3	Kivun psykologiset tekijät	3
2.4	Potilasohjaus kivunhoidossa	4
2.5	Kivun arviointi kipumittareilla	4
2.6	Toimenpiteeseen liittyvän kivun hoito ja hoidon arviointi	5
2.7	Kivun hoidon kirjaaminen ja sen näyttöön perustuvuus	7
3	Kivun hoidon suositukset	10
3.1	Kivun etiikkaa ja juridiikkaa	10
3.2	Lyhytkestoisen kivunhoidon hoitotyön suositukset	11
3.3	Care Bundle ohjeistus	11
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	12
5	Aineiston keruu ja analysointi	12
6	Tulokset	13
7	Pohdinta	15
7.1	Tulosten pohdinta	15
7.2	Eettisyyden pohdinta	17
7.3	Luotettavuuden pohdinta	18
8	Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys ja kehittämishaasteet	20
	Lähteet	21
	Liitteet	1
	Liite 1. Aineistonkeruulomake	1

1 Johdanto

Hyvä kivun hoito tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, että kivun hoito tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa kuunnellen ja seuraten potilasta ja hänen tarpeitaan. Potilaan kipu tulee ottaa vakavasti, sillä ainoastaan potilas pystyy itse kertomaan miten ja milaista kipua hän tuntee. Apuna potilaan kivun arvioinnissa, voi hoitohenkilökunta voi käyttää erilaisia kipumittareita sekä seurata potilaan kipukäyttäytymistä, kuten esim. ilmeitä ja vitaalielintoimintoja. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus hyvään kivun hoitoon. Kivun hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden näyttö on leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön osalta vielä vähäistä. (Salanterä – Heikkinen – Kauppila – Murtola – Siltanen 2013.)

Kivun hoitotyön tärkeä osa-alue on kivun täsmällinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Tällöin voidaan seurata kivun hoitotyön vaikuttavuutta, sekä käytettyjä menetelmiä ja muuttaa toimintatapoja tarpeen mukaan. Kivun lääkehoito tulee suorittaa suunnitelmallisesti ja sen tulee perustua potilaan tarpeisiin. (Salanterä ym. 2013.)

Opinnäytetyössä käsitellään teoriaa kivusta, painottaen kirurgisen potilaan lyhytkestoiseen kipuun, työssä esitellään myös erilaisia kivun arviointimittareita. Työssä käsitellään myös kivun hoitotyön kirjaamista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida erään kirurgisen vuodeosaston kivun hoitotyön kirjaamista potilasasiakirjoista.

2 Kipu, kivun arviointi ja kirjaaminen

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen määritelmän mukaan: Kipu on epämiellyttävä sensorinen aistimus tai emotionaalinen kokemus, siihen liittyy mahdollinen tai selvä kudოსvaurio, tai sitä kuvataan kudოსvaurion käsittein. Hoitotieteessä kivun määritelmänä on mitä tahansa ihminen sanoo sen olevan, ja kipua esiintyy kun ihminen sanoo sitä esiintyvän. (Salanterä ym. 2013; Salanterä – Hagelberg – Kauppila – Närhi 2006: 7.)

2.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu on lyhytkestoista kipua, joka aiheutuu kudonvauriosta (haava, luunmurtuma, synnytys, leikkaus, tulehdus) sen tehtävänä on varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta, kuten tulehduksesta tai haavasta. Akuutti kipu kestää alle kolme kuukautta, jos kipu on vastaavasti kestänyt yli kolme kuukautta, luokitellaan se krooniseksi kivuksi. (Salanterä 2006: 7.) Kudonvaurio aiheutuu nosiseptoreiden stimulaatiosta ja stimulaation välittymisestä keskushermostoon. Lähes kaikista elimistön kudoksista löytyy nosiseptoreita eli vapaita kipuhermopäätteitä. Nämä nosiseptorit eivät ole aktivoituneita normaalissa terveessä kudoksessa, vaan ne aktivoituvat elimistöön kohdistuvasta hyvin voimakkaasta termisestä (kuuma, kylmä) tai mekaanisesta ärsykkeestä, jonka on mahdollista aiheuttaa tai se on jo aiheuttanut elimistöön kudonvaurion. Osa nosiseptoreista ovat niin sanottuja hiljaisia, nukkuvia kipureseptoreita, jotka aktivoituvat vasta ympäröivän kudoksen tulehtuessa. Riippumatta kudonvaurion aiheuttajasta, syntyy vaurion seurauksena tulehdusreaktio. Tulehdusreaktion myötä elimistöön muodostuu ja vapautuu monia endogeenisiä tulehduksen välittäjäaineita, jotka myös joko suoraan tai epäsuoraan aktivoivat kipuhermopäätteitä ja herkistävät siten muille ulkopuolisille ärsykkeille, esimerkiksi palovamman aiheuttama ihon kipuherkkyys. (Ahonen – Blek-Vehkaluoto – Ekola – Partamies – Sulosaari – Uski – Tallqvist 2012: 109; Salanterä 2006: 49.)

2.2 Kirurginen toimenpide ja leikkauksen jälkeinen lyhytkestoinen kipu

Kirurgisella toimenpiteellä tarkoitetaan lääketieteen alaa, jossa sairauksia hoidetaan leikkauksen avulla. Kirurgisessa toimenpiteessä potilaan kudoksia joudutaan vaurioittamaan esimerkiksi tekemällä avohaava, tähyttämällä tai laseroimalla, tällöin elimistön vauriot saattavat aiheuttaa kipua, verenvuotoa, kuumetta, turvotusta ja mustelmia. (Salanterä ym. 2013.)

Jopa 80% potilaista kokee kipua leikkauksen jälkeen kivunhoidosta huolimatta, kipua esiintyy yleisesti myös kotiutuksen jälkeen. Leikkauksen jälkeiselle kivulle löytyy yleensä selvä syy, sillä kipu on seurausta leikkauksesta johtuvasta, tai ennen leikkausta tapahtuneesta kudonvauriosta esim. luunmurtumasta. Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat myös leikkaukseen liittyvät tekijät, kuten leikkausalue sekä haavan koko ja käytetty leikkaustekniikka, sekä anestesiaan liittyvät tekijät, kuten anestesia-aine ja perioperatiivinen kivunhoito. (Salanterä 2006: 20.) Hoidon päätavoitteena on kivutto-

muus, sillä nykyisillä lääkkeillä ja menetelmillä voidaan kipua hoitaa tehokkaasti. Kudosvaurion parantuessa tulisi leikkauksen jälkeisen akuutin lyhytkestoisen kivun hävitä. Kivun hoitaminen tehokkaasti akuutissa vaiheessa on tärkeää, koska tällöin edistetään potilaan toipumista ja vältetään tarpeettomilta fysiologisilta haittavaikutuksilta. Näitä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi ongelmat verenkiertoelimistössä, hengityksessä, virtsateissä, lihaksistossa, ruoansulatuskanavassa sekä stressitekijöissä. Jos akuuttia kipua ei leikkauksen jälkeen hoideta tehokkaasti, on vaarana että kipu kroonistuu. (Salanterä 2006: 176.) Hyvällä kivun hoidolla on positiivisia vaikutuksia potilaan toipumisen lisäksi myös hoidon laadun paranemiseen, potilastyytyväisyyteen sekä komplikaatioiden ehkäisyyn. (Ahonen 2012:109).

2.3 Kivun psykologiset tekijät

Monet potilaan ominaisuuksiin liittyvät seikat vaikuttavat kipukokemukseen. Kivun tuntemukseen vaikuttavat perimä, sukupuoli, ikä, kehitysvaihe, persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset sairauksista ja palvelujärjestelmistä. Tuntemukseen vaikuttavat myös ymmärrys, oppimiskyky, tavat, tyytyväisyyden aste, motivaatio ja toiveet sekä hänen aikaisemmat kokemuksensa kivusta ja kuinka onnistuneesti kipua on aiemmin hoidettu. Potilas, joka on kerran kokenut kovaa kipua, kokee sitä myös herkemmin uudelleen. Myös negatiiviset kokemukset terveystalvelujärjestelmästä vaikuttavat kipukokemukseen: kipu koetaan voimakkaammin, jos kokemus on ollut negatiivinen. Kokemukseen vaikuttavat myös leikkausta edeltävät ja leikkauksen jälkeiset ahdistuksen, pelon ja jännittyneisyyden tunteet. Kivun tuntemisessa on myös sukupuolieroja: naiset kokevat enemmän kipua ja ilmaisevat kipuaan herkemmin kuin miehet. Ikääntyneet taas kokevat kivut lievempinä verrattuna nuoriin potilaisiin (Salanterä 2006: 9-10). Hoitohenkilökunnan jättäessä potilaan kipu huomioimatta, potilas alkaa kiinnittää huomiota kipuunsa ja tuo sitä enemmän esille. Se, miten hoitajan vastaa ja suhtautuu potilaan ”kutsuun”, on hyvin merkityksellistä hoidon sekä hoitosuhteen rakentumisen kannalta. (Ahonen 2012: 109; Estlander 2006: 56, 113.) Yhteys psyykkisten ja fyysisten tapahtumien välillä on kaksisuuntainen: syytä ja seurausta on mahdotonta erottaa. Vaikka elimistö säätelee psyykkisiä tapahtumia, vaikuttavat psyykkiset tapahtumat elimistön toimintaan. Tällöin vaikuttamalla potilaan ajatuksiin, tunteisiin ja toimintaan, voidaan vaikuttaa potilaan kokemaan kipuun ja kipuherkkyyteen: toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja siten kipulääkkeen tarvetta toimenpiteen jälkeen voidaan vähentää ennen leikkausta tehdyllä potilasohjauksella. (Estlander 2006: 58, Salanterä 2006: 21.)

2.4 Potilasohjaus kivunhoidossa

Potilaan ohjaaminen ja tietojen antaminen on edellytys potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Riittävällä ohjaamisella autetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja edistetään potilaan omaan hoitoonsa sitoutumista (Kassara – Paloposki – Holmia – Murtonen – Lipponen – Ketola – Hietanen 2006: 41). Potilaan ohjaaminen ja selviytymisen tukeminen on tärkeää perioperatiivisessa hoitotyössä. Potilaat kokevat uhkaa ja turvattomuutta hyvästä ohjauksesta huolimatta etenkin ennen leikkausta, mutta myös leikkauksen jälkeen. Sairaanhoidajan on tunnistettava turvattomuutta ja uhkaa aiheuttavia tekijöitä ja tuettava potilasta ja hänen voimavarojaan (Lukkari – Kinnunen – Korte 2014: 239-240). Potilasohjauksen tavoitteita ovat potilaan riittävä tietomäärä omasta kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidosta ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. Tämä on tärkeää, sillä ohjauksesta saamansa tiedon avulla potilas pystyy tekemään päätöksiä kivunhoitoon liittyen sekä hallitsemaan elämäntilannettaan mahdollisista kivuista huolimatta. Potilaan ohjauksen lisäksi on muistettava myös läheisten ohjaus. Usein kivunhoidon epäonnistuminen johtuu tietämättömyydestä tai potilaan vääristä uskomuksista; ne voivat liittyä lääkeriippuvuuden syntyyn, lääketurvallisuuteen tai lääkkeiden aiheuttamiin haittavaikutuksiin. Potilaat saattavat myös ajatella, että alan ammattilaisina hoitajat ja lääkärit osaavat arvioida potilaan kokemaa kipua ilman että potilas kertoo tuntemuksistaan, eivätkä potilaat siksi kerro kivuista. On siis tärkeää tarjota potilaalle asianmukaista, ajantasaista ja ristiriidatonta tietoa, sekä varmistaa potilaalta että hän on ymmärtänyt saamansa tiedon. Koko henkilökunnan tulisi myös antaa tieto yhdenmukaisena ja toinen toistaan tukevana. Potilasohjauksen tulee perustua potilaan tarpeisiin ja tapaan ymmärtää ja oppia. Tietoa tulee tarjota suullisessa ja kirjallisessa muodossa eikä tietoa tule tarjota liikaa yhdellä kerralla. Tiedon antamisessa tulee ottaa huomioon myös se, että ajankohta on potilaalle sopiva ja tilanne itsessään rauhallinen (Salanterä 2006: 91-92).

2.5 Kivun arviointi kipumittareilla

Ilman kivun mittaamista on mahdotonta arvioida kivun hoidon tehoa. Kipumittarin avulla mitataan kivun voimakkuutta, joka on peruste kipulääkkeen tarpeen arvioimiselle sekä kipulääkityksen vaikuttavuudelle. On tärkeää, että potilas ymmärtää mittarin käytön ja käytön syyn. (Hoikka 2013.) Leikkauspotilaan kipua tulee arvioida ja mitata säännöllisesti haastatteleamalla potilasta sekä käyttäen erilaisia kipumittareita ja muita arviota tukevia menetelmiä, kuten esimerkiksi verenpaineen ja sykkeen seuranta tai seura-

malla potilaan kasvojen ilmeitä, kehon liikkeitä tai hengityksen pinnallisuutta. Kivun arvioinnin kulmakivenä on kuunnella potilasta ja hänen arviotaan kivusta, sekä seurata myös potilaan ilmaisemia sanattomia viestejä kipukokemuksesta, kuten esimerkiksi kyönelehdintää tai ärtyisyyttä. Kivun arvioinnissa huomioidaan kivun voimakkuus, kivun tyyppi ja sen luonne, kivun sijainti, kesto ja ajallisuus sekä kipua pahentavat tai helpottavat tekijät. (Ahonen 2012: 110.) Kipumittareita ovat esimerkiksi Visual Analog Scale eli VAS, Verbal Rating Scale eli VRS ja Numeric rating Scale eli NRS.

VAS eli Visual Analogue Scale, on kivunmittaukseen käytettävä, 10 cm pitkä jana tai kiila. Janan/kiilan vasemmassa päässä on tilanne, jossa ei ole kipua. Oikeassa päässä on taas tilanne, joka kuvastaa sietämättömän voimakasta kipua. Potilaan tulisi asettaa poikkiviiva kipumittarin siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa hänen kokemaansa kipua. Kiilan/janan toisella puolella on numeraalinen asteikko nolasta kymmeneen, joka kirjaan potilasasiakirjoihin. (Ferreira-Valentea – Pais-Ribeiroa – Jensend 2011)

VRS eli Verbal Rating Scale on sanallinen kipuasteikko. Potilaalta kysytään kivun voimakkuutta asteikolla nolasta neljään. Potilaalle kerrotaan, että asteikossa nolalla tarkoitetaan kivuttomuutta, yksi on lievä kipu, kaksi on kohtalainen kipu, kolme on voimakas kipu, neljä on sietämätön kipu. (Ferreira-Valentea – Pais-Ribeiroa – Jensend 2011) Potilas kertoo ja kuvailee sanallisesti kivun voimakkuutta kipuasteikossa olevien sanojen mukaisesti.

NRS eli Numeral Rating Scale, on numeerinen kipuasteikko. Potilaalta kysytään hänen kipuaan välillä 0-10. Nolalla tarkoitetaan kivuttomuutta, luvulla kymmenen tarkoitetaan sietämätöntä kipua. Potilas kertoo, mikä mittarin luvuista vastaa hänen kokemaansa kipua välillä 0-10. (Ferreira-Valentea – Pais-Ribeiroa – Jensend 2011)

2.6 Toimenpiteeseen liittyvän kivun hoito ja hoidon arviointi

Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on, että on riittävästi henkilökuntaa, jolla on tarvittavat tiedot ja taidot kivusta ja sen hoidosta. Oikea tieto voi vaikuttaa myös asenteisiin: potilaan tarpeesta lähtöisin olevaa kivunhoitoa voi olla vaikeaa toteuttaa ilman oikeaa tietoa kivusta ja sen ilmenemisestä. Toimenpiteeseen liittyvän kivun hoito on moniammatillista, sairaanhoitajan vastuulla on erityisesti kivun tunnistus, hoidon toteutus ja hoidon seuranta. Sairaanhoitaja tarvitsee kivun hoitotyön tueksi hoitotieteellistä tietoa kivun hoitotyön sisällön hallintaan, lääketieteellistä tietoa lääkehoidon toteutuksessa ja

psykologista tietoa tunnistaakseen kipupotilaan tunnereaktioita. Kivun hoitotyön taitojen lisäksi hoitajan tulee omata myös päätöksentekotaitoja, koska hän vie potilaan asioita eteenpäin. Sairaanhoidtaja esimerkiksi huolehtii potilaan riittävästä kipulääkityksestä jo ennen kuin kipu yltyy pahaksi ja konsultoi lääkäriä riittämättömästä hoidosta. Hoitamisen taitoa onkin tiedon soveltaminen kivun hoitotyöhön, ja taidot kehittyvät kliinisessä työssä.

Toimenpiteeseen liittyvälle kivulle löytyy yleensä selvä syy. Toimenpiteen jälkeiselle kivunhoidolle onkin tavoitteena kivuttomuus, sillä kivulla on runsaasti fysiologisia haittavaikutuksia mm. hengitykseen, verenkiertoon, ruuansulatuskanavaan, lihaksiin, virtsateihin sekä hormonaalisiin stressivasteisiin. Jos kipua ei hoideta akuutissa vaiheessa tehokkaasti, sen aiheuttamat haittavaikutukset johtavat tarpeettomiin komplikaatioihin ja hidastavat potilaan toipumista. Tehoton kivunhoito aiheuttaa myös tarpeettomia komplikaatioita, altistaa kivun kroonistumiselle ja lisää kustannuksia. Toimenpiteeseen liittyvän kivun patofysiologiaa tunnetaan hyvin ja sitä pystytään hoitamaan tehokkaasti nykyisillä lääkkeillä ja menetelmillä. (Salanterä ym. 2006: 175-176.)

Kivun hoidon tulee siis kohdistua kivun syyhyn jos mahdollista. Tällöin lääkehoito suunnataan ensisijaisesti kivun mekanismin mukaan. Kirurgisen toimenpiteen aiheuttama kipu on usein itse leikkauksen aiheuttamaa kudonsvauriokipua. Lievän tai keskivaikean kudonsvauriokivun lääkehoidossa käytetään tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia. Jos em. lääkkeillä ei saada toivottua vastetta, hoitoon voidaan liittää opioidi. Opioidit aloitetaan miedoista valmisteista ja niiden vahvuutta nostetaan asteittain. Joskus leikkauksen jälkeisessä kivussa voidaan siirtyä suoraan vahvoihin opioideihin ohittaen miedommat opioidit. Opioidien tarve ja tarpeen vähenemisen kautta opioidien käyttöön liittyvät haitat leikkauksen jälkeen vähenevät, kun kivunhoidossa on käytetty tulehduskipulääkkeitä. Tulehduskipulääkkeet myös parantavat kivunlievitystä. Kudonsvauriokivun hoidossa käytetään myös joskus masennuslääkkeitä, jotka tehostavat kipusignaalia vaimentavien ratojen toimintaa. Käytettäessä masennuslääkkeitä kivun hoidossa on niiden annostus eri kuin jos niitä käytettäisiin masennuksen hoidossa. Lääkkeiden ja puudutteiden monipuoliset annostelutekniikat mm. epiduraalisesti ja erilaisten lääkeannostelijoiden kautta (kipupumppu) ovat käytössä myös leikkauskivun hoidossa. (Salanterä ym. 2006:94-100 .)

Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa käytetään lääkehoidon lisäksi yleisesti myös fysioterapeuttisia menetelmiä. Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon tavoit-

teena on kivun lievitys ja fysikaalisten hoitomenetelmien painopiste on passiivisten menetelmien käytössä. Passiivisia hoitomenetelmiä ovat erilaiset lämpö ja kylmähoidot, hieronnat, painepussihoidot, lymfa- ja allasterapiat. Yleisimmin kuitenkin osastohoidossa käytetään potilasohjausta, jossa keskitytään esim. sängystä istumaan nousuun, seisomiseen, kävelyyn ja oikeaan hengittämistekniikkaan. Oikeilla tekniikoilla voidaan vähentää esim. istumannousun aiheuttamaa kipua ja painetta leikkaus- ja haava-alueella (Salanterä ym. 2006: 158-161.)

Hoidon vaikutusten arviointi on yhtä oleellista, kuin kivun tunnistaminen ja sen tehokas hoito. (Salanterä ym. 2006:101). Tarkalla kivun arvioinnilla on suuri merkitys toimenpiteeseen liittyvän kivun onnistumisessa. Sairaanhoitajan vastuulla on lääkehoidon toteuttamisen lisäksi lääkehoidon vaikutusten seuraaminen. (Salanterä ym. 2006:177). Hoito on onnistunutta vasta kun se on tehokasta. Kivun hoidon vaikutusta arvioidaan samalla kipumittarilla, millä kipua arvioitiin ennen kivun hoitoa. Hoidon onnistuminen riippuu sille asetetuista tavoitteista: on realistista asettaa kivun asettuminen levolle tasolle 0-3/10, sillä akuuttia kipua voidaan hoitaa lääkkeillä melko tehokkaasti. Kivun pitkittyessä kivunlievitys ja kivun poistaminen vaikeutuu, jolloin joskus voidaan asettaa tavoitteeksi sietämättömän voimakaan kivun lievittyminen voimakkaaksi kivuksi. Kipumittarin ja potilaan kanssa kommunikoinnin lisäksi potilaan kipua tulisi arvioida myös seuraamalla kivun fysiologisia vaikutuksia (esim. sydämen syke, verenpaine ja hengitys, virtsaneritys) sekä seurata potilaan kipukäyttäytymistä (kasvojen ilmeet, itku, kehon asento, raajojen liikkeet, ahdistus, hermostuneisuus ja kehon suojaaminen). Näiden asioiden seuraaminen on erityisen tärkeää, jos potilaalla on vaikeuksia kommunikoinnissa (Salanterä 2006: 75-78.) Akuutin kivun hoitoa tulisikin arvioida 20-30 min kuluttua lääkkeenoton jälkeen. Kivun lievittymisen lisäksi tulisi arvioida myös kivun laatua, sijaintia ja potilaan kokemia haittavaikutuksia. Vasta kun kipu ja sen luonne, hoidot ja hoitojen vaikuttavuus on merkitty potilasasiakirjoihin, voidaan puhua hoidon jatkuvuudesta (Salanterä ym. 2006:101)

2.7 Kivun hoidon kirjaaminen ja sen näyttöön perustuvuus

Tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidon järjestämisessä ja sen toteuttamisessa. Kirjatulla tiedolla on erityinen merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa: hoitotietojen tulee olla saatavilla viiveettä ja tiedon oltava ajantasaista. Kliinisessä hoidossa tarvitaan yksityiskohtaista tietoa tukemaan päätöksentekoa potilaan hoidosta. Näyttöön perustuva päätöksenteko onkin parhaan, ajantasaisen tiedon tarkkaa, arvioitua ja punnittua käyt-

töä. Kirjaamisella tarkoitetaan tietojen merkitsemistä, kokoamista ja luettelointia. Laadukkaan kirjaamisen edellytyksiä ovat kirjatun tiedon yhdenmukaisuus sekä rakenteellisuus. Suomessa on käytetty 1980-luvulta lähtien Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia kirjaamisen rakenteena. Tässä prosessimallissa kirjaaminen rakentuu eri otsikoiden kuten tavoitteet, toiminnot ja tulokset alle. (Saranto – Ensio – Tantt – Sonninen 2008:12,13, 18).

Potilaslain (785/1992) toisen asetuksen mukaan potilasasiakirjoilla tarkoitetaan hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä laadittuja, käytettäviä asiakirjoja, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa ja henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjojen tehtävänä on parantaa hoidon jatkuvuutta ja tiedonvälitystä. Niiden käyttötarkoituksena on auttaa potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa (Kassara – Paloposki – Holmia – Murtonen – Lipponen – Ketola – Hietanen 2006: 53). Potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saada tietoa hoidon etenemisestä, siksi kirjatut tiedot ovat keskeisiä potilaan oikeuksien suojelun näkökulmasta. Potilasasiakirjoista tulee selvittää, onko kaikki tarvittavat hoitotoimenpiteet tehty ja mitä potilaalle on kerrottu hänen tilanteestaan ja hoitovaihtoehdoista. Kirjaamisella on siis vahva juridinen merkitys: kirjaaminen on todiste siitä, että hoitajan lailliset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet, ja että potilas on saanut laadukasta hoitoa. On myös tärkeää saada potilaan ääni kuulumaan kirjatuihin tiedoihin. Potilasasiakirjoja saatetaan tarkastella jälkikäteen niin hoitotyön kuin muidenkin terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan kohdistuneissa valitusten, muistutusten ja kanteluiden selvittämisessä. Myös vakuutusjärjestelmä on kiinnostunut keräämään hoitoa koskevaa tietoa tarkastukseen korvausten oikeellisuuden. Kliinisen toiminnan sekä juridisen merkityksen ohella kirjattua tietoa tarvitaan yhä useammin myös tuloksellisuuden osoittamiseen (Saranto ym. 2008: 12-16).

Hoitotyön tavoitteena on tukea potilaan selviytymistä erilaisissa terveydentiloissa ja sen edellytetään perustuvan tutkimustiedon antamaan näyttöön. Näyttöön perustuvalla kliinisellä käytännöllä tarkoitetaan parhaan, ajantasaisen tiedon tarkkaa, arvioitua ja punnittua soveltamista potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Luotettavan tiedon lisäksi näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitajan tiedot ja taidot, tieto potilaan toiveista ja mieltymyksistä sekä kliininen kokemus muodostavat ehyen kokonaisuuden. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä on kehitetty, koska potilaiden tietoisuus oikeuksistaan saada hyvää hoitoa, saada tietoa hoitoaan koskevista vaikutuksista, eduista ja haitoista ovat luoneet tarvetta kehittämiselle. Potilaat myös edellyttävät hoitajien omaavan ja

hallitsevan alan viimeisimmät tiedot, jolloin hoitajien tulee olla tietoisia tutkimustuloksista ja niiden vaikutuksista hoitoon. Hoitajilla on eettinen velvoite antaa potilaille parasta mahdollista hoitoa. Näyttöön perustuvan hoidon näytön vaatimuksena on, että hoitaja on perillä siitä mitä hoidolla voidaan saavuttaa, mihin tilaan tai sairauteen hoitoa käytetään, mikä on tavoiteltu hyöty tai mahdolliset haitat potilaalle, mitkä ovat hoidon kustannukset ja toimiiko hoito. Tiedon tulee olla myös perusteltua, julkista ja yleisesti hyväksyttyä. Ammatilaisen tulee pystyä erottamaan luotettava tieto epäluotettavasta, sekä pystyä sovittamaan se käytännön työhön. Käytännön työ taas kirjataan potilasasiakirjoihin. Myös potilaan hoidon suunnitelma näkyy potilasasiakirjoissa ja tehty suunnitelma perustuu tutkittuun näyttöön. Näyttöön perustuva päätöksenteko näkyykin päivittäisessä kirjaamisessa, jossa tutkimustieto, oma ammatillinen kokemus ja näkemys sekä potilaan kokemus ja näkemykset yhdistyvät potilastiedoksi (Saranto ym. 2008: 48-54).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitotyöntekijöitä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex. 17.8.1992/785). velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Kirjaamisesta tulee ilmetä potilaan kivunhoidossa tehdyt päätökset, niiden perustelut sekä hoidon vaikutukset. Kivun hoidon kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuuden, potilaan ja hoitajien oikeusturvan sekä kivunhoidon laadun kehittämisen kannalta.

Hyvin kirjattu kivun hoito antaa selkeän kuvan potilaan kipuongelmasta sekä hoitotyön tavoitteista ja jo saavutetuista tuloksista. Säännöllinen kirjaaminen on potilaan hoidon jatkuvuuden, hoidon suunnittelun sekä toteutuksen ja arvioinnin edellytys. Vain kivun hoidon tarpeen määrittämisellä ja hoitotulosten kirjaamisella mahdollistetaan hoidon onnistumisen arviointi. Hoidollista päätöksentekoa voi jäsentää kysymyksillä mitä, miten ja miksi. Mitä kysymyksellä kartoitetaan potilaan lähtötilanne ja potilaan odotukset kivunhoidolle. Sen tavoitteena on tunnistaa potilaan kipuongelma ja määritellä hoidon tarve yhdessä potilaan kanssa. Leikkauksen jälkeisen kivun kartoittamisessa on tärkeää kartoittaa ja kirjata kivun voimakkuus, laatu ja sijainti. Miten –kysymykseen vastataan kirjaamalla hoitotoiminnot jolloin potilasasiakirjoihin merkitään hoidolle tavoite ja mittari. Esimerkiksi leikkauksen jälkeisessä kivussa hoidon tavoitteena on, että potilas kykenee syömään, liikkumaan ja nukkumaan ilman toimintaa häiritsevää kipua. Miksi-kysymykseen vastataan kirjaamalla hoidon vaikutus potilaaseen. Hoidon vaikutusta

selvitetään esim. valitun kipumittarin avulla. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistumista tulisi arvioida tiheästi kipumittarilla aina 20 min kivunlievityksen jälkeen. Kipua tulisi arvioida myös levossa ja liikkeessä. Hoidon onnistumisen seurannan ja kirjaamisen lisäksi tulisi seurata ja kirjata hoidon aiheuttamia mahdollisia haittavaikutuksia ja näiden haittavaikutusten keskeiset ongelmat. Ilman kivunhoidon vaikuttavuuden ja haittavaikutusten kirjaamista ei voida tietää, saiko potilas avun kipuongelmaan, oliko lääke riittävän vahva tai oliko se liian vahva ja haittavaikutuksia aiheuttava tai muuten potilaalle sopimaton. Potilas itse ei välttämättä osaa kertoa tai muista saamaansa lääkkeen nimeä tai sen vahvuutta, eikä vaikuttavuuden ja haittavaikutusten arvioinnissa tulisi nojata potilaan omiin muistikuviiin. (Salanterä ym. 2006: 102-103 .)

3 Kivun hoidon suositukset

3.1 Kivun etiikkaa ja juridiikkaa

Maailman terveysjärjestö WHO:n (1994) ja Lissabonin sopimuksen (1995) julistuksissa todetaan, että potilaalla on oikeus nykyaikaiseen lääketieteellisen tietämyksen mukaiseen kivun lievitykseen. Euroopan neuvoston biolääketiedettä koskevan yleissopimuksessa (1997) korostetaan potilaan oikeutta saada tieteelliseen tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvaa kivun hoitoa, jossa otetaan huomioon uudet menetelmät. Suomi on sitoutunut tähän sopimukseen. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien sekä kansainvälisesti että kansallisesti hyväksytyissä eettisissä ohjeissa on velvoite kärsimyksen lievittämiseen. Näiden ammattieettisten ohjeiden lisäksi myös lait ja asetukset ohjaavat toimintaa terveydenhuollossa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista pitää sisällään tärkeimmät potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät oikeudelliset periaatteet. Oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa tutkittuun ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvien hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia, oikeudella hyvään kohteluun tarkoitetaan kivusta kärsivän potilaan kuuntelemista ja hänen subjektiivisen kipukokemuksensa todesta ottamista. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa myös ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Sama laki velvoittaa myös työnantajaa, jolloin työntekijällä on oikeus työaikanaan kehittää ammattitaitoaan kivun hoidotyön osalta (Salanterä ym. 2006: 28-29).

3.2 Lyhytkestoisen kivunhoidon hoitotyön suositukset

Hoitotyön tutkimussäätiö on tehnyt hoitotyön suositukset aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitoon. Suositusten tarkoituksena on esittää mitä näyttöä on olemassa kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvässä lyhytkestoisen kivun hoidossa. Näyttöön perustuvien suositusten avulla on tarkoituksena pyrkiä edistämään aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteeseen liittyvän kivun hoitotyön potilaslähtöistä toteutumista sekä auttaa sairaanhoitajaa kivun hoitotyön päätöksenteossa. Suositukset kattavat kahdeksan erilaista suosituslauseketta, jotka käsittelevät kirurgisen potilaan ohjausta osana hoitotyötä, kivun tunnistamista, kivun arviointia, lääkehoidon toteutusta, muita kivun hoitomenetelmiä, potilaan voinnin seurantaan kivunhoidon aikana, kivun hoitotyön kirjaamista ja kivun hoitotyön laadun varmistamista. (Salanterä ym. 2013.)

3.3 Care Bundle ohjeistus

Hoitokäytännöt ja erilaiset hoito-ohjeet ovat aiemmin perustuneet valtaosin kokemukseen pohjautuvaan tietoon. Perustelemattomista mielipiteistä ja yksittäisistä kokemuksiin perustuvista käytännöistä ollaan siirtymässä näyttöön perustuvaan käytäntöön. Hoitotyössä on tavoitteena käyttää eettisesti hyväksyttäviä, taloudellisesti kestäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joista on tieteellistä näyttöä. Hoitosuositus on terveydenhuollon asiantuntijoiden tieteellisesti perustelema ja järjestelmällisesti laatima kannanotto tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin sekä niiden vaikuttavuuteen. Se perustuu kliiniseen tutkimustietoon. Hoitosuositus on kliininen hoito-ohje sille, miten yksittäisessä tilanteessa tulisi toimia. Hoitosuositusten tavoitteena on hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden paraneminen (Saranto ym. 2008: 215-217).

Care Bundle on HUS:sin asiantuntijoiden kokoama ohjeistus aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitoon. Ohjeistus sisältää eri osa-alueita koskien: Potilaan ohjausta kivun syistä, sen arvioinnista, hoidosta, sekä mahdollisista sivuvaikutuksista. Hoitajan tulisi kysyä potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta yhdessä potilaan kanssa valitulla kipumittarilla (NRS, VAS, VRS). Arviointia tulisi tapahtua levossa sekä liikkeessä vähintään kerran kahdeksassa tunnissa. Hoitaja arvioi tällöin potilaan kivun sijaintia, luonnetta ja ajallisuutta. Ajallisuudella tarkoitetaan kivun jatkuvuutta, toistuvuutta, ilmenemisajankohtaa, sekä kivun säännöllisyyttä. Potilaan kipua tulee hoitaa kun NRS arvo on 3 tai suurempi, VRS arvo on 1 tai suurempi ja VAS

arvo on 3 tai suurempi. Kivunlievitysintervention jälkeen hoitaja tulisi kysyä potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta valitulla kipumittarilla. (HUS.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tarkoituksena oli arvioida kivun hoitotyön kirjaamista kirurgisella vuodeosastolla Care Bundle ohjeistuksen avulla. Työn tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää kivun hoitotyötä ja hyödyntää saatua tietoa hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä.

5 Aineiston keruu ja analysointi

Arvioitavan aineiston kerättiin elokuussa 2014 eräällä HUS:sin kirurgisella vuodeosastolla hoidossa olleiden potilaiden potilasasiakirjoista. Asiakirja merkinnät tarkasteltiin osaston hoitopäivien mukaan siitä lähtien, kun potilaat ovat leikkauksesta siirtyneet kyseiselle vuodeosastolle hoitoon. Suurin osa potilaista oli leikattu muussa sairaalassa tai viettäneet ensimmäiset postoperatiiviset päivät tehovalvonnassa. Potilaiden valintakriteereinä oli että he siirtyivät osastolle viimeistään 3 postoperatiivisena päivänä ja olivat hoidossa osastolla vähintään 3 vuorokautta. Valintakriteerit täyttivät 30 potilaan potilasasiakirjat. Aineistokeruussa käytettiin suunniteltua strukturoitua aineistonkeruulomaketta (liite1). Tietoa kerättiin potilasasiakirjoissa esiintyvistä kirurgisen potilaan kivun hoitotyön kirjauksista Care Bundle ohjeistuksen kriteerien mukaan. Potilasasiakirjoista tarkasteltiin onko niihin kirjattu merkintöjä seuraavista Care Bundle ohjeistuksen osa-alueista: Potilasohjauksesta tuli olla hoitokirjaus merkintä jossa mainitaan jokin seuraavista Care Bundle ohjeistuksessa olevista kohdista: potilasohjaus kivun syistä, sen arvioinnista, hoidosta, sekä mahdollisista sivuvaikutuksista. Potilasasiakirjoissa olevissa hoitomerkinnoissä tuli olla kirjattuna kipumittarin (VAS, NRS, VRS) käyttö kivun arvioinnissa. Potilasasiakirjoissa tuli olla merkintä onko kipua arvioitu vähintään 8 h välein, eli kerran työvuoron aikana. Hoito kohdassa tarkasteltiin sitä onko asiakirjoissa merkintää potilaan kivun hoidosta. Kirjauksissa tarkasteltiin onko niissä merkintää, siitä että potilaalta on kysytty hänen omaa arviota kivun hoidon toimivuudesta kivunlievitysintervention jälkeen. Saadun aineiston analysoitiin laskemalla frekvenssit jotka muunnettiin prosenteiksi.

6 Tulokset

Potilasasiakirjoihin kirjattujen merkintöjen perusteella kivunhoidon potilasohjausta oli toteutettu hyvin vähän. Sen toteutumisesta oli merkintöjä ainoastaan kahtena ensimmäisenä hoitopäivänä. Tuolloin ohjausta oli merkintöjen mukaan saanut 17% osastolla hoidossa olleista 30 potilaasta. Muiden hoitopäivien kohdalla ei ollut ollenkaan hoitokirjaus merkintöjä kivunhoidon potilasohjauksen toteutuksesta. Kipumittarin käytöstä löytyi hyvin vähän hoitokirjaus merkintöjä. Merkintöjä kipumittarin käytöstä löydettiin vain viideltä ensimmäiseltä hoitopäivältä. Eniten sitä oli käytetty kolmena ensimmäisenä päivänä. Neljänä viimeisenä hoitopäivänä ei sen käytöstä ollut ollenkaan merkintöjä.

Kivun dokumentoinnissa yhden työvuoron aikana ei ollut merkittävää eroa työvuorojen välillä. Kivun arvioinnin dokumentointi väheni päivittäin ensimmäisestä hoitopäivästä viimeistä hoitopäivää kohden. Ensimmäisenä hoitopäivänä kivunarviointia ei oltu dokumentoitu 13%:ssa potilasasiakirjoista, kun viimeisenä hoitopäivänä dokumentoitamattomuus prosentti oli 67%. Potilaan arvio omasta kivustaan ennen kivunlievitystä oli dokumentoitu kahtena ensimmäisenä hoitopäivänä noin 70%:lla potilaista, seuraavana 4 hoitopäivänä potilaan arviointia oli dokumentoitu noin 50%:ssa potilasasiakirjoista. Leikkauskivun lääkehoidon toteutumista oli dokumentoitu hyvin. Sen toteutumista oli dokumentoitu kaikkien hoitopäivien kohdalla. Ensimmäisen neljän hoitopäivän kohdalla leikkauskivun lääkehoidon toteutumista oli dokumentoitu vähintään 90%:lla potilaan kohdalla. Potilaan oma arvio kivusta kivunlievityksen jälkeen oli dokumentoitu kahtena ensimmäisenä hoitopäivänä yli 40% potilaiden kohdalla, sen jälkeen dokumentointi vähenee viimeistä hoitopäivää kohden (Taulukko1.)

Taulukko 1. Tutkimustaulokset

hoitopäivä	potilaita osastolla	Potilasohjaus dokumentoitu				Kipumittarin käyttö dokumentoitu				Kivun arviointi dokumentoitu kerran työvuoron aikana								Potilaan arvio ennen kivunlievitystä dokumentoitu				Leikkauskivun lääkehoito dokumentoitu				Potilaan arvio kivunlievityksen jälkeen dokumentoitu			
		Kyllä		Ei		Kyllä		Ei		A		I		Yö		Ei		Kyllä		Ei		Kyllä		Ei		Kyllä		Ei	
		fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
1.	30	5	17	25	83	5	17	25	83	12	40	14	47	14	47	4	13	21	70	9	30	28	93	2	7	14	47	16	53
2.	30	5	17	25	83	6	20	24	80	19	63	13	43	15	50	6	20	22	73	8	27	29	97	1	3	13	43	17	57
3.	26	0	0	26	100	5	19	21	81	9	35	15	58	10	38	6	23	15	58	11	42	24	92	2	8	10	38	16	62
4.	20	0	0	20	100	2	10	18	90	5	25	5	25	10	50	6	30	11	55	9	45	18	90	2	10	7	35	13	65
5.	17	1	6	16	94	1	6	16	94	3	18	10	59	8	47	5	30	9	53	8	47	15	88	2	12	7	41	10	59
6.	11	0	0	11	100	0	0	11	100	3	27	5	45	4	36	5	45	6	55	5	45	9	82	2	18	3	27	8	73
7.	10	0	0	10	100	0	0	10	100	2	20	2	20	3	30	5	50	3	30	7	70	8	80	2	20	1	10	9	90
8.	8	0	0	8	100	0	0	8	100	2	25	3	38	3	38	4	50	5	63	3	37	6	75	2	25	0	0	8	100
9.	6	0	0	6	100	0	0	6	100	1	17	0	0	1	17	4	67	1	17	5	83	4	67	2	33	0	0	6	100

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Aineistoa kerätessä ja hoitokirjauksia lukiessa huomattiin, että kivun hoitotyön kirjaaminen oli osastolla hyvin puutteellista. Varmasti kivun hoitotyötä on osastolla toteutettu asianmukaisesti, mutta nämä toimet ovat jostain syystä jääneet dokumentoimatta. Kivun hoidon kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuuden, potilaan ja hoitajien oikeusturvan sekä kivunhoidon laadun kehittämisen kannalta. (Salanterä ym. 2006:102-103). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex. 17.8.1992/785) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Kivun hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko tulee näkyä kirjaamisessa. Kirjaamisesta tulee ilmetä potilaan kivunhoidossa tehdyt päätökset, niiden perustelut sekä hoidon vaikutukset. (Salanterä ym. 2006:102-103.) Useista luetuista hoitokirjauksista puuttivat edellä mainitut päätöksentekoon liittyvät asiat.

Kerättyä aineistoa ja hoitokirjauksia jälkepäin lukiessa ei voinut tietää, ovatko potilaat saaneet potilasohjausta kivun hoidosta. Potilasohjauksesta oli potilasasiakirjamerkintöjä vain kahdelta ensimmäiseltä hoitopäivältä viiden potilaan kohdalla kolmestakymmenestä, sekä yksi merkintä viidennen hoitopäivän kohdalla. Potilasohjauksen tavoitteina tulisi olla potilaan riittävä tietomäärä omasta kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidosta ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. Tämä on tärkeää, sillä ohjauksesta saamansa tiedon avulla potilas pystyy tekemään päätöksiä kivunhoitoon liittyen. Potilaat saattavat myös ajatella, että alan ammattilaisina hoitajat ja lääkärit osaavat arvioida potilaan kokemaa kipua ilman että potilas kertoo tuntemuksistaan, eivätkä potilaat siksi kerro kivuista. (Salanterä 2006: 91-92). On myös tärkeää, ettei hoitohenkilökunta arvioi ja hoida kipua vasta silloin, kun potilas tuo itse asiaa esille ja pyytää lisää lääkettä.

Kivun hoitaminen tehokkaasti akuutissa vaiheessa on tärkeää, koska tällöin edistetään potilaan toipumista ja vältetään tarpeettomilta fysiologisilta haittavaikutuksilta. Jos akuuttia kipua ei leikkauksen jälkeen hoideta tehokkaasti, on vaarana että kipu kroonistuu. (Salanterä 2006: 176.) Puutteelliset hoitokirjaukset antavat jälkepäin niitä tarkastellessa kuvan ettei potilaiden kipua ole hoidettu tehokkaasti.

Hyvällä kivun hoidolla on positiivisia vaikutuksia potilaan toipumisen lisäksi myös hoidon laadun paranemiseen, potilastyytyväisyyteen sekä komplikaatioiden ehkäisyyn. (Ahonen 2012:109). Jos kivun hoidosta ei löydy asiallisia merkintöjä ei voida olettaa että potilaat olisivat saaneet hyvää kivun hoitoa. Tästä seuraa myös hoidon jatkuvuuden kannalta ongelmia, koska seuraavalla hoitajaksoilla ei voida tarkastella edellisen hoitajakson kivun hoitoa.

Aineistoa kerätessä merkintöjä kipumittarin käytöstä löydettiin ainoastaan viitenä ensimmäisenä hoitopäivänä. Eniten sitä oli käytetty toisena hoitopäivänä kuudella potilaalla kolmestakymmenestä. Tämä on huolestuttavaa, koska ilman kivun arviointia mittaria käyttäen on mahdotonta arvioida kivun hoidon tehokkuutta. Kipumittarin avulla mitataan kivun voimakkuutta, joka on peruste kipulääkkeen tarpeen arvioimiselle sekä kipulääkityksen vaikuttavuudelle. On tärkeää, että potilas ymmärtää mittarin käytön ja käytön syyn. (Hoikka 2013.) Luulisi että kipumittari on ollut useammin käytössä, mutta sen käyttö on jäänyt jostain syystä kirjaamatta hoitodokumentteihin.

Kivun arvioinnin kulmakivenä on kuunnella potilasta ja hänen arviotaan kivusta, sekä seurata myös potilaan ilmaisemia sanattomia viestejä kipukokemuksesta, kuten esimerkiksi kyynelehdintää tai ärtyisyyttä. Kivun arvioinnissa huomioidaan kivun voimakkuus, kivun tyyppi ja sen luonne, kivun sijainti, kesto ja ajallisuus sekä kipua pahentavat tai helpottavat tekijät. (Ahonen 2012: 110).

Mieleen jäi eri hoitajien kirjaamisten laadun ja sisällön eroja, ja että millainen vaikutus tietyllä hoitajalla oli tuloksiin. Tämä näkyy erityisesti hoitopäivän 5 kivunlievityksen jälkeisen dokumentoinnin kohdalla. Hoitopäivien 6 ja 8 kivun arvioinnin ja potilaan arvion ennen kivunlievitystä osa-alueiden kohdalla oli myös selkeitä yksittäisiä eroja verrattuna muihin hoitopäiviin. Pohdittiin, oliko hoitohenkilökunta tietoinen siitä mitä asioita hoitokirjauksista seurataan. Opinnäytetyön tuloksista ei kuitenkaan käynyt ilmi, että hoitajien mahdollisesti saamalla etukäteistiedolla ollut merkitystä tuloksiin.

Alankomaissa vuonna 2000 tehdyssä tutkimuksessa tulokset osoittivat, että hoitajien ja potilaan välinen kommunikaatio, yhteneväiset arviot kivun voimakkuudesta sekä kivun kirjaaminen potilasasiakirjoihin olivat kaikki riittämättömiä ja toisistaan poikkeavia. Kommunikaatio ja kivun arviointi oli parempaa potilailla, joilla oli kohtalaista tai vaikeaa kipua. Iäkkäät potilaat keskustelivat vähemmän hoitajien ja lääkäreiden kanssa kivusta

ja hoitajat kirjasivat vähemmän iäkkäiden potilaiden kipuun liittyviä asioita verrattuna nuorempiin potilaisiin (de Rond ME, de Wit R, van Dam FS, Muller MJ.2000: 424-39) Opinnäytetyön tulokset olivat melko samansuuntaiset heidän tutkimuksensa kanssa. Kirjaaminen oli usein riittämätöntä ja puutteellista, sekä monesti hyvin toisistaan poikkeavaa.

Englannissa vuonna 1998 (Briggs, M.Dean, KL 1998: 155-63) tehdyn tutkimuksen tulokset osoittivat, että yksittäiset kivun hoidon arvioinnit oli huonosti kirjattu. Etenkin yöllä annettua kivunhoitoa oli harvoin dokumentoitu. Luottamus farmakologisiin kivunlievitysmenetelmiin oli suurta. Opinnäytetyössä saadut tulokset olivat samanlaisia. Tosin yöllä tehtyjen kirjausten määrä ei eronnut muissa vuoroissa tehdyistä kirjauksista.

Ruotsissa vuonna 2008 (Wickström, Nordberg, Johansson, Gaston 2008: 2042-2050) tehdyssä tutkimuksessa tulokset osoittivat, että 40% hoitajista ei käyttänyt VAS-kipumittaria eikä arvioi kipua levossa ja/tai liikkeessä. Hoitajien ja potilaiden välillä oli eroja kivulle antaman pisteytyksen välillä. Tulokset näkyivät myös opinnäytetyössä saaduissa tuloksissa: kivun arviointi VAS-mittarilla/ kipumittarilla yleisesti oli vähäistä. Verrattuna tutkimuksen tuloksiin poikkeuksena opinnäytetyön saaduissa tuloksissa oli, että ensimmäisenä hoitopäivänä kivunarvioinnin dokumentointi puuttui vain 13% potilasasiakirjoista, eli kivun arviointia oli dokumentoitu useassa tapauksessa.

7.2 Eettisyyden pohdinta

Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita ja sääntöjä. Sääntöjen mukaan tutkimuksen tulee olla hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla suoritettu, jotta se on eettisesti uskottava, luotettava sekä hyväksyttävä. Tutkimuksessa tulee noudattaa huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä tulosten tallentamisessa, arvioinnissa sekä esittämisessä. Tutkimusta tehdessä ja sen tuloksia esittäessä tulee noudattaa eettisesti oikeita tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tekijöiden tulee ottaa asianmukaisella tavalla huomioon muiden tutkijoiden työ, viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.) Opinnäytetyötä varten tarvittiin tutkimuslupa, jota haettiin HUS:n tutkimuslupaohjeiden mukaisesti, myös salassapitosopimus allekirjoitettiin.

Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoa luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuolelle. Tutkittavan yksityisyys sekä potilastietojen luottamuksellisuus on aina turvattava. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 179, 174). Vaikka opinnäytetyössä tarkastellaan potilasasiakirjoja, potilaiden henkilötietoja ei kerätty. Aineistonkeruulomakkeeseen eriteltiin kerätyt potilasasiakirjatiedot numeroimalla ne. Tämän takia potilaiden henkilötietoja on mahdotonta identifioida jälkikäteen.

Potilasasiakirjojen ollessa tutkimus kohteena on haasteellista se, etteivät potilaat välttämättä ole tienneet hoitosuhteensa aikana, että heidän tietonsa tulevat myöhemmin tutkimuskohteeksi. Tällöin arviointi tietojen luovuttamisesta jää tutkimusluvan myöntäjälle. On erittäin tärkeää huolehtia, että kaikki henkilöiden henkilötiedot poistetaan dokumenteista ennen aineiston luovuttamista tutkijoille. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 179.)

Opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisiä ohjeita ja sääntöjä: tutkimus suoritettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Näin tutkimuksesta tuli eettisesti uskottava, luotettava sekä hyväksyttävä. Työssä noudatettiin huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä tulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja sen esittämisessä. Potilasasiakirjoja tarkasteltiin huolellisesti ja luottamuksellisesti huomioiden tietojen ehdoton anonymiteetti. Vaikka työssä tarkasteltiin potilasasiakirjoja, ei potilaiden henkilötietoja kerätty. Opinnäytetyön tuloksista ei pysty erittelemään potilaan tai potilasasiakirjoihin kirjanneiden hoitajien henkilöllisyyttä. Potilasasiakirjoista tarkasteltiin vain kyseiseen toimenpiteeseen liittyvät kirjaukset, jonka takia potilas oli osastolla hoidossa. Tutkimuslupahakemuksen ja salassapitovelvollisuuslomake toimitettiin HUS Operatiiviselle tulosyksikölle toukokuussa 2014, tutkimuslupa hyväksyttiin kesäkuussa 2014. Yhteistyöosastolle lähetettiin saatekirjeen myös toukokuussa 2014. Osastonhoitaja oli tiedottanut hoitajia opinnäytetyön aiheesta ja ajankohdasta kertomatta heille kuitenkaan työn tarkkaa sisältöä. Tämä osaltaan vaikutti kirjauksien todenperäisyyteen positiivisesti, sillä hoitajat eivät todennäköisesti tällöin muuttaneet toimintatapojaan kirjaamisen suhteen. Tämä seikka ilmenee myös opinnäytetyön tuloksista.

7.3 Luotettavuuden pohdinta

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Työssä käytetyllä strukturoidulla aineistonkeruulomakkeella on omat luotettavuuden arviointimenetelmät, jotka koskevat tutkimuksen validiteettia ja reabiliteettia.

Validiteetilla tarkastellaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä asiaa, mitä oli tarkoitus mitata. Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan taas sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tulee pohtia, voidaanko esimerkiksi perusterveydenhuollosta saatuja tutkimustuloksia yleistää erikoissairaanhoidon potilaisiin, tai että voidaanko ulkomailla saatuja tutkimustuloksia yleistää suomalaiseen terveydenhuoltoon. Reabilitaatiolla viitataan tulosten pysyvyyteen, eli käytetyn mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin reabilitaatiota voidaan testata mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoista. Samansuuntaiset testitulokset ilmentävät mittarin reabilitaatiota. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189-190.)

Mittarin sisältövaliditeetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta, sillä väärin valitulla mittarilla ei mitata haluttua tutkimusilmiötä eikä siten voida saada luotettavia tuloksia. Sisältövaliditeettia arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota siihen, onko mittari valittu oikein, mittaako mittari mitattavaa ilmiötä, onko teoreettiset käsitteet operationalisoitu eli määrittely mitattaviksi ja millainen on mittarin rakennevaliditeetti eli teoreettinen rakenne. Mittarin teoreettisen rakenteen arviointi on tärkeää erityisesti, kun tutkimusta varten laaditaan uusi mittari. Tutkimusilmiö jäsennetään tällöin osamittareiksi, joiden rakennetta voidaan arvioida esimerkiksi faktorianalyysillä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:191.) Faktorianalyysissä pyritään löytämään ja tulkitsemaan havaintoyksikköä ja sen ominaisuuksia kuvaavasta muuttujajoukosta kyseistä joukkoa kuvaavat piilevät yhdenmukaisuudet eli faktorit. Faktorianalyysin ajatuksena on, että tiettyjä havaintoyksikön ominaisuuksia ei pystytä havainnoimaan suoraan, vaan niistä saadaan vain epäsuoraa tietoa. (Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto - Menetelmäopetuksen tietovaranto).

Aineistonkeruun menetelmäksi valikoitui tutkimusongelman perusteella strukturoitu aineistonkeruulomake. Tutkimusilmiö jäsennettiin osamittareiksi Care Bundle ohjeistuksen pohjalta. Aineistonkeruulomakkeen havainnointikohtien eli osamittareiden valinnassa osalta Care Bundle huomioitiin ja osamittarit valikoituivat Care Bundlen pohjalta. Aineistokeruulomakkeessa tarkasteltiin havainnoitavien asioiden validiteettia ja reabilitaatiota. Lomaketta tehdessä huomioitiin myös mittarin sisältövaliditeettia eli sitä, onko mittari valittu oikein, miten mittari mittaa ilmiötä, onko teoreettiset käsitteet määritelty mitattaviksi ja millainen on mittarin teoreettinen rakenne. Tehty mittari koettiin olleen ominaisuuksiltaan reabeli ja validi. Mittarin avulla onnistuttiin kuvaamaan hyvin tutkittavaa ilmiötä, mittaria oli myös helppo käyttää. Helppokäyttöisyys myös lisäsi aineis-

tonkeruulomakkeen luotettavuutta, koska kaavion kompaktiuden takia havainnoidut asiat pystyvät tarkastamaan helposti uudestaan.

8 Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyöllä ja sen tuloksilla on välitön soveltuvuusarvo kivun hoitotyön kirjaamiseen. Care Bundle ohjeistus on hyvä muistilista niin kivun hoidon kuin kivun hoidon kirjaamisen tueksi: ohjeistus voisi olla jokaisella hoitajalla mukana pienenä versiona ja täysinäisenä versiona välittömässä kirjauspaikan läheisyydessä. Näin hoitajat voisivat vielä listasta tarkastaa että tärkeimmät tiedot tulee kirjattua, tai muistilistaa katsoessaan ja verratessaan sitä omaan kirjaamiseensa he kävisivät kysymässä lisätietoja potilaan kivusta kirjaamisen täydentämistä varten. Tärkeimpänä kehittämishaasteena on kivun hoidon kirjaaminen ja että kirjauksen sisältö vastaisi annettuja ohjeistuksia. Tämä myös helpottaa kivun hoidon toteuttamista ja sen seurantaan eikä tieto jää hiljaiseksi tiedoksi. Hiljaisen tiedon tasolle voi jäädä epähuomiossa myös tärkeitä potilaan turvallisuuteen liittyviä asioita, esimerkiksi lievät reaktiot kipulääkitykseen tai kipulääkkeen vaikuttamattomuuteen liittyviä asioita. Haasteena on myös saada kirjaaminen yhdenmukaiseksi ja laadultaan samanlaiseksi. Kirjaamiseen olevia koulutuksia on olemassa, mutta ne keskittyvät lähinnä kirjaamisen teknisiin puoliin eikä kirjaamisen sisältöön ja sen laatuun.

Lähteet

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski - Tallgvist, Tuija 2012. Kliininen Hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Briggs, M –Dean, KL 1998. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS), 1998 Mar; 7 (2): 155-63. Englanti

Estlander, Ann – Mari 2003. Kivun psykologia. Porvoo: WSOY

Ene, Kerstin Wickström - Nordberg, Gunnar - Bergh, Ingrid Johansson - Fannie Gaston - Sjöström, Björn. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses, 2008 Aug; Vol. 17 Issue 15. Journal of Clinical Nursing, 2042-2050.

Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses.

Ferreira-Valentea, Maria Alexandra –Pais-Ribeiroa, José Luís – Jensend, Mark P. 2011. Validity of four pain intensity rating scales. Pain152 (2011) 2399–2404

Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 7.3.2014

Hoikka, Arja 2013. Kivun arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. Verkkodokumentti. <www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kipu> Luettu 10.2.14

HUS. Care Bundle ohjeistus.

Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tanttu, Kaarina – Sonninen Anna Liisa 2008. Hoitotieteen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.

Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY

Salanterä, Sanna – Heikkinen, Katja – Kauppila, Marjo – Murtola, Laura-Maria – Silta-nen, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Verkkodokumentti. <www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf> Luettu 20.1.2014

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy Pro

Kassara, Heidi – Paloposki, Sanna – Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Lipponen, Varpu – Ketola, Marja-Leena – Hietanen, Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. WSOY: Porvoo

de Rond ME – de Wit R – van Dam FS – Muller MJ.2000. A pain monitoring program for nurses: effects on communication, assessment and documentation of patients' pain

Alankomaat. Journal of Pain & Symptom Management (J PAIN SYMPTOM MANAGE), 2000 Dec; 20 (6): 424-39. (73 ref)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti.
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Luettu 12.3.2014

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Faktorianalyysi. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/faktori/faktori.html>> Luettu 14.3.2014

Liitteet

Liite 1. Aineistonkeruulomake

Potilasasiakirjan Nro.	Potilasohjaus		Kipumittari		Kivun arviointi kerran työvuoron aikana		Potilaan arvio ennen kivunlievitys interventiota		Leikkauskipua hoidettu		Potilaan arvio jälkeen kivunlievitys intervention	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1.												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
n.												
n.												
n.												