

**Kivunhoitoprosessin kirjaaminen
FinCC-luokituksen mukaisesti**

– Ylä-Savon SOTE Kuntayhtymä, Iisalmen terveyskeskus

**Laura Hoffrén
Heidi Julkunen**

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja AMK

Tiivistelmä

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Laura Hoffrén ja Heidi Julkunen	
Työn nimi Kivunhoitoprosessin kirjaaminen FinCC-luokituksen mukaisesti – Ylä-Savo SOTE Kuntayhtymä, Iisalmen terveyskeskus	
Päiväys 17.5.2010	Sivumäärä/Liitteet 64 / 2
Ohjaaja(t) Susanne Hämäläinen, Merja Jokelainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE Kuntayhtymä, Iisalmen terveyskeskus	
Tiivistelmä <p>Tässä opinnäytetyössä kuvataan, kuinka kivunhoidon kirjaamisen systematisointi toteutuu rakenteisia luokituksia käyttäen. Tavoitteena on antaa tietoa kivunhoitoprosessin näkyvyydestä FinCC -luokitusten (Finnish Care Classification) perusteella.</p> <p>Opinnäytetyö kohteena olivat Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen terveyskeskuksen osastot 1 ja 3. Opinnäytetyön aineisto haettiin Pegasos-potilastietojärjestelmästä kolmen kuukauden ajanjaksoilta. Hakusanoina käytettiin Aistitoiminta komponenttia ja sen kipuun liittyviä tarve (SHTaL)- ja toimintoluokituksen (SHToL) pää- ja alaluokkia. Opinnäytetyö on kvantitatiivinen ja sen aineisto analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmalla (SPSS Inc., Chicago, IL). Tulosten perusteella tarkasteluajalla hoidossa olleista 420 potilaasta 34 %:lla kipua oli kirjattu luokituksia käyttäen. Aineistossa oli kirjaimiskertoja yhteensä 1 317. Tarveluokitusta oli käytetty 12 % kipupotilaista ja toimintoluokitusta vähintään kerran jokaisen kipupotilaan kohdalla. Osasto 3:lla luokkia oli käytetty monipuolisemmin kuin osasto 1:llä.</p> <p>Opinnäytetyön johtopäätösten mukaan hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön tarkastelu kivunhoidon kirjaamisessa ei anna riittävän kattavaa tietoa toteutuneesta kivunhoidosta. Tarveluokituksen käytön vähäisyyden perusteella kivunhoidon tarvetta ei määritellä kansallisen hoitotyön kirjaamisen ohjeiden mukaisesti. Toimintoluokituksen käytön perusteella kipua on seurattu jokaisen kipupotilaan kohdalla, minkä perusteella kivun hoitoa ja vaikuttavuutta on arvioitu. Toimintoluokituksia tulisi kuitenkin käyttää enemmän kuin tulokset antavat ymmärtää.</p> <p>Kivunhoitoprosessin tarkastelu luokitusten käytön perusteella ei vastaa todellisuutta eikä anna selkeää kuvaa toteutuneesta hoitotyöstä. Opinnäytetyön luotettavuus luokitusten käyttökertojen osalta on melko luotettavaa. Huomioitavaa on mahdolliset kirjaajista johtuvat inhimilliset tallennevirheet.</p> <p>Kehittämisideana nostamme luokitusten monipuolisemman käytön kivunhoidon kirjaamisessa. Jatkotutkimusaiheena esitämme kivunhoitoprosessin ydintietojen mukaisen luokitusten käytön ja niihin liittyvien narratiivisten tekstien analysoinnin kuvaamaan toteutunutta kivunhoitoa.</p>	
Avainsanat Kivunhoito, kirjaaminen, FinCC -luokituskokonaisuus	

Field of Study Social Services, Health and Sport	
Degree Programme Nursing	
Author(s) Laura Hoffrén, Heidi Julkunen	
Title of Thesis Pain management according to FinCC classifications, Ylä-Savo SOTE Kuntayhtymä, Iisalmi Health Center	
Date 17.5.2010	Pages/Appendices 64 / 2
Supervisor(s) Susanne Hämäläinen, Merja Jokelainen	
Project/Partners Ylä-Savon SOTE District, Iisalmi Health Center	
<p>Abstract</p> <p>This thesis describes how pain management can be systemised by using structured classifications. The aim is to inform about the visibility of pain management processes according to FinCC -classifications (Finnish Care Classification).</p> <p>We analyzed how pain management processes were used in wards one and three in Ylä-Savo SOTE District Iisalmi Health Center. The material for the thesis was obtained from the Pegasos-patient information system covering a period of three months. The search words used were The Sensory function and its' pain related (SHTaL) classifications (SHToL) and sub-classifications. The study was quantitative, and it was analyzed with with SPSS 17.0-program. During the 3-month study period, 34 % of 420 patients had records of pain management using classifications. Altogether, there were 1317 records executed using the pain management classifications. In 12 % of the patients, the need-classification was recorded, and action-classification was used at least once for every patient. In the ward three, the use of classifications was more versatile than in ward one.</p> <p>We concluded that, observing the use of the need and action classifications does not offer adequate information about conducted pain management. According to the conclusions of the thesis using pain management classifications does not offer enough information of the actual pain management. According to the use of action-classification, pain was monitored for every patient, which means that the pain management and its effectiveness was evaluated. Despite the results, the action-classification should be used more often.</p> <p>Observing the use of pain management classifications does not offer adequate information of the actual care process. The reliability of the thesis in regards to the degree of classification usage is pretty accurate. Possible human errors may cause some discrepancies.</p> <p>Our suggestion for improvement is further development of the classifications. As further research we suggest studying and comparing texts about the use of pain management classifications compared to actual results.</p>	
<p>Keywords</p> <p>Pain management, recording, FinCC -classification</p>	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	6
2 HOITOTYÖN KIRJAAMISTA OHJAAVAT TEKIJÄT.....	8
2.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö.....	8
2.2 Asetus potilasasiakirjoista	9
2.3 Hoitotyön tietojärjestelmä	10
2.4 Sähköinen potilaskertomus	10
3 HOITOTYÖN PROSESSI.....	13
3.1 Hoitotyön päätöksenteon prosessi	14
3.2 Näyttöön perustuva päätöksenteko ja kirjaaminen.....	15
4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	16
4.1 Systemaattinen kirjaaminen	16
4.2 Hoitotyön prosessin luokitukset.....	17
5 KANSALLINEN HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MALLI	18
5.1 Hoitokertomus	18
5.2 Finnish Care Classification -luokituskokonaisuus.....	20
6.1 Kivunhoidon kirjaaminen	22
6.2 Aistitoiminta – kipu	23
6.2.1 Akuutti kipu.....	24
6.2.2 Krooninen kipu	26
6.2.3 Kivun seuranta	27
6.2.4 Kivun hoito.....	30
6.2.5 Kivun hoitoon liittyvä ohjaus	32

7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSONGELMA.....	35
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	36
8.1 Tutkimusmenetelmä	36
8.2 Aineisto	38
8.3 Aineiston keruu	39
8.4 Opinnäytetyön mittari	40
8.5 Aineiston analysointi.....	41
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	42
9.1 Aistitoiminta komponentti	42
9.2 Kipu hoidon tarveluokituksessa.....	42
9.3 Kipu hoitotyön toimintoluokituksessa.....	43
9.4 Hoitoprosessi mukainen luokitusten käyttö	44
9.5 Osastojen välinen vertailu	45
10 POHDINTA.....	47
10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	47
10.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	48
10.3 Ammatillinen kasvu	53
LÄHTEET	55

LIITTEET

Liite 1 Opinnäytetyön tutkimuslupa

Liite 2 Opinnäytetyön aineistomittari

1 JOHDANTO

Hyvä kivunhoito tarkoittaa mahdollisimman hyvää potilaan kivun ja kärsimyksen lievittämistä yhteistyössä potilaan ja moniammatillisen henkilökunnan kanssa. Kivunhoito edellyttää henkilökunnalta eettistä vastuullisuutta, asiantuntijuutta, laaja-alaisuutta ja teoreettisen tiedon hallintaa. Oikeanlaisen avun tarjoaminen ja antaminen oikeaan aikaan, oikealla tavalla sitä tarvitsevalle, on näyttöön perustuvan hoitotyön tavoite. Parhaan mahdollisen kivunhoitotyön toteuttamiseksi tarvitaan sekä määrällistä että laadullista tutkimusta, jotta se tukisi potilaan hoitotyötä. (Rask & Seppälä, 2002.)

Potilaan kivunhoidon tärkeä osa on kivun kirjaaminen. Hoitotyön kirjaaminen sisältää tietoja potilaan hoitoon liittyvistä asioista, jotka on tehty ja joita potilaalle suunnitellaan tehtäväksi. Kivun kirjaamisella potilaan kipukokemus ja siihen vaikuttavat tekijät välittyvät häntä hoitavalle henkilökunnalle. Kivun kirjaaminen on osa potilaan kivunhoidon laadunvarmistusta ja kehittämistä. (Sailo 2000, 97.)

Hoitotyöntekijän osaamisen on arvioitu muodostuvan kolmesta suuresta kriteeristä eli hoitotyön osaamisesta, hoitotyön tiedonhallinnasta sekä muutoksen hallinnasta ja kehittämisestä. Tietotekniikan käytön lisääntyessä on saatava entistä enemmän tietoa hoitotyöntekijöiden näkemyksistä, kirjaamisen sisällöistä, eduista ja ongelmista sekä hyödyistä moniammatillisessa työssä. (Jauhiainen 2004.) Suomalainen hoitotyön kirjaaminen ei ole tuottanut rakenteista tietoa hoitotyöstä, koska kirjaaminen ja tiedon hyödyntäminen tietojärjestelmistä on yleisesti rajoittunutta ja epäyhtenäistä. Tietojärjestelmistä saatavalla tiedolla voidaan arvioida potilashoidon vaikuttavuutta. Tiedolla voidaan myös kehittää hoitotyön sisältöä ja laatua sekä toiminnan suunnittelua, ohjausta ja johtamista. (Tanttu 2008, 181–184.)

Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa kansallisten vaatimusten mukaisesti potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.) Asiakirjojen perusteella tulee voida päätellä terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan asianmukaisuutta ja potilaan terveydentilaa sekä käytettyjä hoitokeinoja ja niiden vaikutuksia. Oikea-aikainen, virheetön ja huolellinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturvaa. Peruseriaate on: se mikä on kirjattu, on tehty. (Hallila 2005b, 111.)

Opinnäytetyön kohderyhmä on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän lisälmen terveyskeskuksen osastot 1 ja 3. Osastoilla on kirjattu systemaattisesti kesäkuusta 2008 alkaen. Kivunhoitoprosessin tarkastelu luokitusten käytön näkökulmasta on perusteltua, koska osastoilla on tarve saada tietoa näyttöön perustuvasta kivunhoidosta ja sen rakenteisesta kirjaamisesta. Kansallisesti hoitotyön kirjaamiseen perustuvia tutkimuksia on tehty vähän, koska yhtenäisiä standardoituja termistöjä ei juuri ole ollut aikaisemmin käytettävissä. Ension (2001) mukaan hoitotyön luokituksilla voidaan potilaan hoidon kirjaamista kehittää entistä strukturoidummaksi, joka puolestaan lisää tiedon käyttömahdollisuuksia arvioinnin ja kehittämisen kannalta.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata, kuinka kivunhoidon kirjaamisen systematisointi toteutuu rakenteisia luokituksia käyttäen. Tutkimusaineiston kerääminen on rajattu suomalaisen hoitotyön luokituksen mukaisesti Aistitoiminta komponenttiin, sen kipuun liittyviin pää- ja alaluokkiin. Tavoitteena on Suomalaisen hoitotyön luokitusten käytön perusteella tuottaa tietoa kivunhoitoprosessista ja sen näkyvyydestä. Toimeksiantaja voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia kivunhoidon ja kirjaamisen kehittämisessä sekä koulutuksen suunnittelemisessä.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMISTA OHJAAVAT TEKIJÄT

Kirjaamiskäytäntöjä ohjaavat hoitajan eettiset velvoitteet, lainsäädäntö ja asetukset. Lainmukainen tiedonhallinta tarkoittaa, että tietoa saavat oikeat henkilöt, riittävässä laajuudessa, oikealla hetkellä ja, että tieto on ajankohtaista. Lainsäädännön tarkoituksena on varmistaa, että henkilöä koskevassa tosiasiallisessa toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat tarpeellisia ja virheettömiä. (Saranto 2008, 18.)

2.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säätelee terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaamista potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavia tietoja. Laki (785/1992) on potilaan oikeusturvan kannalta tärkeä laki. Lain keskeisin potilasasiakirjoihin liittyvä pykälä on potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja luovutusta koskeva pykälä (13§). Potilaan itsemääräämisoikeuden perusteella hän voi itse määrätä tietojen luovutuksesta sekä hoitotilanteessa että potilasasiakirjojen suhteen.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (599/1994) edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Lain 16 § velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä sekä pitämään voimassa ja salassa niihin sisältyvät tiedot.

Henkilötietolaissa tarkoitettuja henkilörekistereitä muodostuu muun muassa potilasasiakirjoista. **Henkilötietolain (253/1999)** tarkoitus on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Henkilötietolain (26 §) mukaan, potilaalla on tiedon tarkastusoikeus. Sen perusteella hänellä on oikeus saada tietää, minkälaisia merkintöjä hänestä on tehty.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 edistää asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä ja asiakkaan tiedon saantia omista tiedoistaan sekä niiden käsittelyyn liittyvistä lokitiedoista. Laki edellyttää valtakunnallisesti keskitetyn potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän luomisen. Arkistointijärjestelmää hoitaa Kansaneläkelaitos, missä potilasrekisterit on arkistoitu rekisteripitäjäkohtaisesti.

2.2 Asetus potilasasiakirjoista

Sosiaali- ja terveysministeriö on valtuutettu säätämään potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden säilyttämisestä tarkemmin asetuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö on tämän nojalla antanut 19.1.2001 asetuksen potilaan asiakirjojen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Asetus on kumottu uudella Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Asetuksen sähköisen potilasasiakirjojen käsittelyä koskevat säännökset tulevat sovellettaviksi 1.4.2011 alkaen. (Asetus Potilasasiakirjoista 2009.)

Asetusta sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimisessa sekä niiden ja muun hoitoon liittyvien materiaalien säilyttämisessä. Potilasturvallisuuden, henkilökunnan oikeusturvan ja hyvän hoidon takaamiseksi potilasasiakirjatietojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja riittävän laajoja. Luottamuksellisen potilassuhteen ja potilaan yksityisyyden suoja edellyttävät huolellisuutta potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä. (Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001, 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 12. § mukaan, potilasasiakirjoihin tehtävissä merkinnöissä tulee käydä ilmi miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaista hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty. Potilaskertomusten merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmääritys, valitun hoidon ja tehtyjen päätösten peruste. Asetuksen 14 § mukaan osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä poti-

laskertomukseen merkinnät riittävän usein aikajärjestyksessä, hänen tilansa muutoksista, tehdyistä tutkimuksista sekä hänelle annetusta hoidosta. (Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001; Asetus Potilasasiakirjoista 2009.)

2.3 Hoitotyön tietojärjestelmä

Tietojärjestelmä voidaan ymmärtää tietokonesovelluksena, jolloin se merkitsee usean henkilön käyttöön tarkoitettua ohjelmistoa. Ohjelmistossa käsitellään erilaisia tietoja tietokannassa. Tietojärjestelmällä voidaan tarkoittaa myös tietokäsittelyjärjestelmää, joka sisältää sekä teknisiä että inhimillisiä osatekijöitä. Terveystieteiden organisaatioissa tietojärjestelmä koostuu useasta eri osajärjestelmästä, jotka tukevat terveydenhuollossa toteutuvaa toimintaa. Järjestelmään voi kirjautua sisään vain sen tunnistama käyttäjä, jolla on käyttöoikeus tietojärjestelmään. (Ensio & Saranto 2004, 13–14.)

Hoitotyön perustietokanta (Nursing Minimum Data Set), muodostuu tiedoista joita kootaan potilaan ajasta, hoitopaikasta, alueesta ja maasta riippumatta. Perustietokantoja on kehitetty kansainvälisessä yhteistyössä ja tutkimuksesta. Kirjattua tietoa voidaan analysoida ja saada siten kuva potilaan hoidosta terveydenhuollon eri palveluissa. Koko ajan laajenevat hoitotyön tietokannat muodostavat yhtenäisen hoitotyön kielen ja antavat mahdollisuuden hyödyntää tietoa hoitotyötä ja terveydenhuoltoa koskevassa tutkimuksessa. (Ensio & Saranto 1999, 209–211.)

2.4 Sähköinen potilaskertomus

Potilasasiakirjat ovat juridisesti määritetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Laissa potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät tietoja koskien potilaan terveydentilaa tai muita henkilökohtaisia asioita. Asetukseen perustuen potilasasiakirjoihin kuu-

luvut potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat, kuten lähetteet, laboratorio-, röntgen sekä muut tutkimusasiakirjat ja lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen ja hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot. (Hallila & Graeffe 2005, 16.)

Potilasasiakirjojen keskeisin asiakirja on potilaskertomus. Jokaisesta potilaasta tulee laatia jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus, johon tehdään merkinnät esimerkiksi jokaisesta potilaan avohoito- ja osastohoitojaksosta. Jatkuva potilaskertomus koostuu erilaisten ammattiryhmien tekemistä merkinnöistä. Potilaskertomukseen liitetään myös muut hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa syntyneet asiakirjat. (Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001, 28.)

Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan digitaalisessa muodossa olevaa asiakirjaa, joka mahdollistaa potilaan sairaus- ja terveystietojen tallentamisen, säilyttämisen, välittämisen ja käyttämisen tietotekniikalla. Asiakirjoilla tieto välittyy eri ammattiryhmien välillä ja se toimii päätöksenteon tukena. Sähköinen potilaskertomus sisältää välittömästi hoitoon liittyvien tietojen lisäksi sellaisia tietoja, joita voidaan käyttää muun muassa palvelujen suunnittelussa ja resurssien johtamisessa sekä tieteellisessä tutkimuksessa. (Tolppanen 1999, 242; Kuusio 2007, 30; Häyrynen & Ensio 2008, 97.)

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista. Tietokokonaisuuksia ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot. Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta, joka sitoo tiedon tiettyyn tieto- ja hoitokokonaisuuteen, kuten lääketieteen erikoisalaan esimerkiksi sisätaudit, kirurgia tai ammattialaan kuten psykologi tai fysioterapeutti. Tiedot kirjataan erilaisille näkymille käyttäen hoitoprosessin vaiheita ja otsikoita. Niiden tarkoitus on kertoa asiayhteys, johon erilaiset tiedot liittyvät. (Häyrynen & Ensio 2008, 101–102.)

Hoitoprosessin eri vaiheita ovat "tulotilanne", "hoidon suunnittelu", "hoidon toteutus" ja "hoidon arviointi". Kertomustekstin korkean tason rakenteistamiseen käytetään otsikoita, joilla tekstiä pyritään jäsentämään ja asettamaan tiettyyn kontekstiin eli asiayhteyteen. Otsikoiden alle kirjataan kontekstiin liittyviä tietoja rakenteisia ydintietoja ja narratiivista eli vapaata tekstiä käyttäen. (Häyrinen & Ensio 2008, 103.)

3 HOITOTYÖN PROSESSI

Katie Erikssonin mukaan hoitotyön prosessia voidaan kutsua tieteelliseksi menetelmäksi, joka yhdistää teorian ja käytännön. Hoitotyön prosessi kuvaa hoitotodellisuuden tapahtumia ja se etenee vaiheittain potilaan ja hoitavan työryhmän yhdessä tekemien päätösten mukaisesti. Hoitotyön prosessi on ihannemalli, joka toimii käytännön hoitotyön teoreettisena pohjana ja sen tunteminen auttaa jäsentämään ja systematisoimaan hoitotodellisuutta. (Eriksson 1988, 71.)

Suomeen hoitotyön prosessi tuli WHO:n hoitotyön mallina 1970-luvulla. Hoitotyön kirjaamista on jäsennetty prosessin mukaisesti siitä asti. (Hopia & Koponen 2007, 6.) Toimintaympäristöjen eroista kertoo se, että hoitotyön prosessimalli on voitu jakaa kolmeen, neljään tai jopa kuuteen päätöksenteon vaiheeseen toimintaympäristön mukaisesti. Perinteisille paperilomakkeille kirjatessa prosessimallin vaiheiden vaihtelevia otsikoita ovat olleet muun muassa hoitotyön ongelmat, tavoitteet, toteutus ja arviointi. (Saranto & Sonninen 2008, 13.)

Systemaattisen kirjaamisen kehittämiseksi ja tutkimukselle on ollut tarpeellista, että hoitotyön prosessi on jaettu eri vaiheisiin. Tämä korostuu etenkin prosessin mukaisen päätöksenteon ja kirjaamisen liittyvissä koulutuksissa. Käytännön toiminnassa ei edellytetä tarkkaa vaiheittaisuutta. (Ensio 2008, 57.) Kehityksen myötä käsitteestä hoitotyön prosessi on jossain määrin luovuttu ja se on korvattu käsitteellä hoitotyön päätöksenteon prosessi. Korvaavan käsitteen on katsottu vastaavan ja kuvaavan paremmin sen mitä hoitoprosessissa tapahtuu. (Ensio 2001, 31.)

3.1 Hoitotyön päätöksenteon prosessi

Hoitotyön prosessin vaiheiden painotukset ovat vaihdelleet vuosikymmenien aikana ja mitä enemmän päätöksentekoa ja prosessimallia on tutkittu, sitä vahvemaksi on tullut yhteys kriittiseen päätöksentekoon. (Ensio 2008, 62.) Hoitotyön prosessin eri vaiheissa tehdään paljon potilaan hoitoa koskevia päätöksiä, alkaen potilaan hoidon tarpeen määrittelystä, päättyen hoitotyön arviointiin. Hoitotyön prosessin mukaan potilaan tarpeista lähtevä hoitosuunnitelma ja siihen perustuva hoitotyön toteutuksen kirjaaminen, päätöksentekoiheen ja perusteluineen ovat tärkeitä huomioida. (Mäkilä 2007, 39.)

Hoitoon liittyvää päätöksentekoa edeltää tiedon tarpeen määrittely, tiedon koaminen ja analysointi. Ension (2008) mukaan hoitotyö on sekä taitoa että tiedettä. Päätöksenteossa hoitotyön taito mahdollistaa intuition ja kokemuksen käytön. Hoitotyön ammatillisen ja loogisen toiminnan edellytys on taas *tiede*, johon perustuen hoitotyön ammattilainen tekee hoitoon liittyviä tarkoituksen mukaisia päätöksiä. (Ensio 2008, 56–62.)

Kirjaamiseen liittyvää päätöksentekoa on tarkasteltu ja tutkittu muun muassa rationaalisen- ja intuitiivisen päätöksentekomallin mukaan. Molemmissa malleissa päätöksenteossa tarvittavan tiedon prosessointi etenee loogisesti ja tavoitteellisesti tarpeen määrittämisestä hoitotyön toimintaan ja toiminnan arviointiin. Tietotekniikan mahdollisuuksia hyödyntävä hoitotyön tiedonhallinta nähdään rationaalisenä toimintana, mutta se ei sulje pois intuition käyttöä päätöksenteossa. Eri päätöksentekomallit toteutuvat hoitajan ammatillisen taidon ja kokemuksen mukaan. Hoidollisen päätöksenteon vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. (Ensio 2008, 59–63.)

Tiedon haku, siirto sekä sen käyttö päätöksenteon tukena oletetaan helpottuvan sähköisen kirjaamisen ja ydintietojen mukaisen tekstin jäsentämisen myötä. Kirjaamisessa tulisi näkyä muun muassa mitä päätöksiä hoidossa on tehty, mihin ne perustuvat, miten päätökset ovat toteutuneet ja mitä vaikutuksia pää-

töksillä on ollut. Sähköinen kirjaaminen ei automatisoi henkilökunnan päätöksentekoprosessia, vaan se luo puitteet tuoda päätöksentekoa yhä näkyvämmäksi ja yhdenmukaisemmaksi hoitotyön dokumentoinnin näkökulmasta. (Lundgrén-Laine & Salanterä 2007, 30.)

3.2 Näyttöön perustuva päätöksenteko ja kirjaaminen

Hoitotyön toteutus edellyttää, että se perustuu tutkimustiedon antamaan näyttöön. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa prosessia, jossa tieteellistä tietoa hyödynnetään käytännössä. Kliinisessä hoitotyössä hoitotyön näyttö perustuu parhaan, ajantasaisen tiedon tarkkaan, arvioituun ja punnittuun soveltamiseen yksittäisen potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Näyttöön perustuvassa hoidossa tutkimusten tuottama tieto yhdistetään kliiniseen asiantunteemukseen sekä huomioon otetaan myös potilaan tilanne ja mieltymykset. (Pekkala 2008, 42–55.)

Näyttöön perustuvalla päätöksenteolla tuetaan päätöksenteon prosessin mukaisesti tehtäviä päätöksiä tiedolla, joka perustuu tieteelliseen näyttöön ja/tai hyviin käytäntöihin. Tiedolla hoitotyön päätöksentekijä pystyy (ainakin välillisesti) osoittamaan, että valitut interventiot parantavat ja/tai ylläpitävät potilaan terveyttä ja hyvinvointia optimaalisella tavalla. Näyttöön perustuva päätöksenteko on toimintaa, jossa päätöksenteko perustuu huolelliseen, päätöksenteon kannalta tarkoituksenmukaisen tiedon keruuseen ja analysointiin. Päätöksentekoa tukevia informaatiojärjestelmiä käytetään tutkimustiedon monipuoliseen hyödyntämiseen. (Voutilainen 2003, 16–19.)

Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat potilasasiakirjoista luotettavaa tietoa terveyttään ja hoidostaan koskevista vaihtoehdoista. Hoitotyön kannalta tavoite on, että hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat ja vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot sekä voimavarat kohdistuisivat oikein ja taloudellisesti, huomioiden tiedonkulun tuomat hyödyt. Tavoitteena on myös, että suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästäisiin eroon. (Hallila 2005a, 13.)

4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Useat hoitotyön kansainväliset järjestöt ja WHO ovat esittäneet, että hoitotyön kirjaamisen tulee rakentua hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaan. Kirjaamisesta tulee näkyä hoidollisen päätöksenteon keskeiset vaiheet (päättökset hoidosta, päätösten perusteena olevat tiedot, hoidon tarpeen ja tulosten arviointi, toiminnan muutokset). Päätöksenteon prosessimalli rakenteistaa hoitotyön tietojen kirjaamisen sen vaiheiden näkökulmasta. Suomessa on toteutettu jo lähes kolmen vuosikymmenen ajan hoidollista päätöksenteon prosessimallin mukaista kirjaamista. (Sonninen & Ikonen 2008, 75–79.) Hoidollinen päätöksenteon prosessimalli luo systemaattisuutta eli yhtenäisyyttä hoitotyöhön ja kirjaamiseen. Elektronisen kirjaamisen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus lisää hoitotyön toiminnan läpinäkyvyyttä. (Ensio 2008, 63; Sonninen 2008, 66.)

4.1 Systemaattinen kirjaaminen

Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa kansallisten vaatimusten mukaisesti potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.) Ension ja Sarannon (1999) mukaan useat tutkijat muun muassa Clark ja Lang 1992, ovat korostaneet systemaattisen tiedonkeruun tärkeyttä hoitotyössä. Systemaattisesti kerätty tieto edistää hoitotyön näkyvyyttä ja mahdollistaa laadunvarmistuksen, vertailun, resurssien seurannan ja tutkimuksen. Hoitotyön yhtenäisen kielen ja luokitusten perusteluna on käytetty myös Norman Langen kuuluisaa toteamusta: -- "If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it or put it into public policy." (Ensio & Saranto 1999, 194.)

Kirjaamisen systemaattisuus (mitä, mihin ja miten kirjataan) sekä määrätyt tavat tallentaa ja säilyttää tietoa antavat runsaasti vaihtoehtoja tietojen hyödyntämiseen. Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli luo raamit hoitotyön kir-

jaamiselle ja osaltaan systematisoi sitä. Se ei kuitenkaan tuo sisältöä hoitotyön kirjaamiseen. Perinteisesti sisällön muodostamisen pääasiallinen tapa on ollut narratiivinen kirjaaminen. Nykyisin kirjaamisen sisällön systematisointia edistetään hyödyntämällä rakenteisia termistöjä ja luokituksia, jotka kuvaavat potilaan ongelmia ja hoidon tarpeita sekä hoitotyön toimintoja ja tuloksia. (Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 80–81.)

Kirjaamisen systemaattisuutta voidaan lisätä rakenteistamalla eli jäsentämällä tietoa. Hoitotyön kirjaamisessa rakenteistaminen tarkoittaa sekä kirjaamisen rakenteen että sisällön kehittämistä. (Sonninen 2008, 66.) Potilastietojärjestelmissä rakenteisuus tarkoittaa sekä ydintieto/otsikkotason tietoa, että luokiteltua tietoa, jota voidaan täydentää narratiivisella tekstillä. Kirjaaminen koostuu kansallisesti määritellyistä hoitotyön ydintiedoista, jotka ovat hoidon tarve, hoitotyötoiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Ydintietoja kuvataan termistöllä sekä niitä täydentävällä narratiivisella tekstillä. Ydintietojen tarkoitus on antaa kokonaiskuva potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tiedoista sekä kuvata hoitotyön keskeisiä sisältöjä. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.)

4.2 Hoitotyön prosessin luokitukset

Hoitotyön prosessin eri vaiheissa kirjattava tieto merkitään termistöllä hoitodokumentteihin. Termistöllä tarkoitetaan käsitteistä ja termeistä muodostuvia luokituksia, sanastoja ja nimikkeistöjä. Termistöjä on laadittu kuvaamaan hoitotyön diagnooseja, potilaan ongelmia tai hoidon tarpeita sekä hoitotyötoimintoja ja hoidon tuloksia. (Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 81.)

Hoitotyön prosessin luokitukset edistävät päätöksenteon tukijärjestelmien laatimista. Luokitukset tukevat myös tietojärjestelmien yhteentoimivuutta. Lisäksi niillä voidaan saada kuva hoitoprosessin tapahtumista niiden yhteisvaikutusten arviointia varten. Termistöillä luokiteltua tietoa voi valita, poimia ja hakea tietokannoista esimerkiksi käyttämällä luokitusten termejä hakusanoina. (Saranto & Sonninen 2008, 14.)

5 KANSALLINEN HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MALLI

Kansallisesti yhtenäistä hoitotyön kirjaamisen mallia on kehitetty usean vuoden ajan eri hankkeissa, joista viimeisin oli Valtakunnallinen sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.2005–31.5.2008. Hankkeen loppuraportin mukaan kansallisesti yhtenäinen kirjaamisen malli perustuu kansallisesti määriteltyihin hoitotyön ydintietoihin (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto), kehitettyyn FinCC-luokitukseen ja hoitotyön prosessiajatteluun. Kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessin eri vaiheissa luokituksesta valittavalla komponentilla ja sen pää- tai alaluokalla, jota täydennetään narratiivisella tekstillä. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.)

5.1 Hoitokertomus

Hoitokertomuksessa hoitotyön prosessin kokonaisuus muodostuu hoitotyön suunnitelmasta, toteutuksesta, arvioinnista ja yhteenvedosta. Hoitotyön suunnitelman laatiminen alkaa hoidon tarpeen arvioinnin ja priorisoinnin kautta. Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimintojen avulla. Se on myös yksiselitteisenä ilmaisuna perusta hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Hoidon kannalta merkittävimmät hoidon tarpeet kirjataan potilaskertomukseen ja ne asetetaan tärkeysjärjestykseen eli priorisoidaan. Hoidon tarpeen määrittämisen apuna voidaan käyttää tarve- ja diagnoosiluokituksia sekä arviointiasteikkoja. (Tanttu & Ikonen 2008, 112–113.)

Hoitotyön suunnitelmassa tulee määritellä hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset suhteessa hoidon tarpeeseen. Hoidon tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä, realistisia, suhteessa käytettäviin resursseihin ja hoitoaikaan sekä niiden on oltava arvioitavissa. Myös tavoitteiden asettelussa voidaan käyttää apuna tarve- ja diagnoosiluokituksia sekä arviointiasteikkoja. (Tanttu & Ikonen

2008, 113.) Hoidon tarpeen varmuusaste määritellään asteikolla VAR (varma), TOD (todennäköinen) ja EP (epäily). Koko hoitoprosessin arvioinnin kannalta on tärkeää, että hoidon tarve sekä odotetut tulokset on kirjattu hoitotyön suunnitelmaan. (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 6–7.)

Hoitotyön toteutukseen kirjataan ne hoitotyön toiminnot, jotka tavoitteiden toteuttamiseksi valitaan. Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot (interventiot, auttamismenetelmät), jotka kuvaavat hoidon suunnittelun ja toteutuksen. Kirjaamisessa voidaan käyttää apuna hoitotyön toimintoluokituksia (SHToL 2.0.1). (Tanttu & Ikonen 2008, 113–114.) Hoitotyön toiminnoissa keskeinen osa on potilaan tilan seuranta ja tarkkailu, joiden aktiivisen toteuttamisen myötä voidaan ennakoida oireiden muutosta tai välttää niiden syntymistä (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 8).

Hoitoprosessin mukaisesti **hoidon arviointiin** kirjataan hoidossa saavutetut tulokset. Arviointivaiheessa verrataan potilaan hoidon tarvetta ja määriteltyjä hoidon tavoitteita nykytilaan. Myös hoitotoimintojen vaikuttavuutta voidaan arvioida suhteessa tulotilanteeseen ja tavoitteisiin. Hoidon tuloksia kuvataan asteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Tanttu & Ikonen 2008, 113–114.)

Hoitotyön yhteenveto on kooste hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessi/ydintiedoista, joita voidaan tarvittaessa täydentää hoitotyön luokitusten pää- ja alaluokkien tiedoilla, vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuusluokituksilla. (Tanttu & Ikonen 2008, 114.) Hoitoisuus tarkoittaa eri potilasryhmien tarvitseman hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä laadun arvioimiseksi, henkilöstön mitoittamiseksi ja/tai hoitotyön kustannusten selvittämiseksi (Varsinainen-Suomen sairaanhoitopiiri 2008). Hoitoisuusmittaus tehdään hoitotyön prosessin kohdassa arviointi. Yhteenvedossa hoitoisuus ilmaistaan numeerisesti ja sanallisesti. (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 11.)

5.2 Finnish Care Classification -luokituskokonaisuus

Hoitotyön ydintiedot ovat karkean tason otsikoita, joiden sisällön kuvaamisessa hyödynnetään hoidon tarve-, hoitotyön toiminto- ja tuloksen tila -luokituksia. Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC) muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL 1.0). (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 3; Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.) Suomalaisen hoitotyön luokitusten perustana on yhdysvaltalainen Home Health Care (HCC) -luokitus. HCC-luokitus (nykyisin Clinical Care Classification CCC) on kehitetty päätöksenteon prosessimallin mukaisesti helpottamaan hoitotyön tarpeen arviointi ja sähköistä kirjaamista. (Saba 2004–2008.)

FinCC -luokituskokonaisuuden kehittämistyö alkoi 1990-luvulla ja ensimmäinen versio Suomalaisesta toimintoluokituksesta (SHToL) julkaistiin Ension (2001) väitöskirjatyönä. Toimintoluokituksen kehittämistyötä jatkettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin toteuttamassa Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli -hankkeessa 2003–2004, jolloin käynnistettiin tarveluokituksen (SHTaL) kehittäminen. (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 3; Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.)

SHTaL ja SHToL koostuvat 19 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Komponenttitaso on yhteisotsikko aihealueelle, joka kokoaa alleen konkreettisemmat pääluokat ja alaluokat. Kirjaamisessa valitaan joko pää- tai alaluokkatasolta mahdollisimman kuvaava termi, jota täydennetään narratiivisella tekstillä. Komponenttitasoa ei käytetä kirjaamisessa. SHTaL-luokituksessa pääluokkia on 88 ja alaluokkia 179. SHToL -luokituksessa pääluokkia on 164 ja alaluokkia 266. SHTuL-luokitukset kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia hoidon aikana. Potilaan tilaa arvioidaan hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon. Arviointiasteikko on PA (parantunut), EN (ennallaan) ja HU (huonontunut). (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 4–7.)

6 KIVUNHOITO FINCC-LUOKITUKSESSA

Hoidon tarve ja hoitotyön toimintoluokituksessa kivunhoito kirjataan Aistitoiminta-komponentin alle (taulukko 1). SHTaL:n pääluokkia ovat Akuutti kipu sekä Krooninen kipu. Akuutin kivun alaluokkia ovat Rintakipu, Päänsärky, Tulehduskipu, Toimenpiteeseen liittyvä kipu ja Traumaattinen kipu. Kroonisen kivun alaluokkia ovat Kudosvaurioon liittyvä kipu, Neuropaattinen kipu, Idiopaattinen kipu ja Syöpäkipu. SHToL:n pääluokkia ovat Kivun seuranta, Kivun hoito ja Kivun hoitoon liittyvä ohjaus. Kivun seuranta jakaantuu lisäksi alaluokkiin Kivun voimakkuuden mittaaminen ja Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys). (Saranto & Ikonen 2008, 192–193.)

TAULUKKO 1. Kivunhoidon kirjaamisessa käytettävä hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitus (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 264).

Kipu, hoidon tarveluokituksessa SHTaL 2.0.1	Kipu, hoitotyön toimintoluokituksessa SHToL 2.0.1
Komponentti	Komponentti
5297 Aistitoiminta	1510 Aistitoiminta
Pääluokka	Pääluokka
5313 Akuutti kipu	1535 Kivun seuranta
Alaluokka	Alaluokka
5314 Rintakipu	1536 Kivun voimakkuuden mittaaminen
5315 Päänsärky	1537 Kivun arviointi
5316 Tulehduskipu	(laatu, sijainti, esiintyvyys)
5317 Toimenpiteeseen liittyvä kipu	Pääluokka
5318 Traumaattinen kipu	1538 Kivun hoito
Pääluokka	1539 Kivunhoitoon liittyvä ohjaus
5319 Krooninen kipu	
Alaluokka	
5320 Kudosvaurioon liittyvä kipu	
5321 Neuropaattinen kipu	
5322 Idiopaattinen kipu	
3232 Syöpäkipu	

6.1 Kivunhoidon kirjaaminen

McCafferyn ja Paseron mukaan (1999) asiakirjoihin tulee kirjata potilaan oma arvio kivusta, hänen tapansa ilmaista kipua, käytössä oleva kipumittari, hoitomenetelmät, hoidon toteutus ja sen vaikutus potilaaseen, sivuvaikutukset sekä muut hoitoon vaikuttavat seikat. Pahlmanin (2002) mukaan kivun hoitamisessa lähtökohta on, että dokumentoimatonta kipua ei ole, eikä dokumentoimatonta kivunhoitoa ole annettu. Potilaan kiputunteukset kirjataan sekä sanallisesti että kuvallisesti. Myös potilaan oma kuvaus kivusta ja ammattihenkilön tekemät havainnot kirjataan. Kipua kirjattaessa merkitään valittu hoitokeino/väline sekä syy, miksi juuri se on valittu. Lisäksi kirjataan, miten hoito on vaikuttanut ja kauanko vaikutus on kestänyt.

Kivunhoidon hyvä kirjaaminen antaa selkeän kuvan potilaan kipuongelmasta sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Potilasasiakirjoista tulee ilmetä kivun hoidon tarpeen määrittäminen, miten kipua on hoidettu ja miten annettu hoito on vaikuttanut. Potilaan hoidon jatkuvuuden, hoidon suunnittelun sekä hoidon toteutuksen ja arvioinnin edellytys on, että kirjaaminen on ollut säännöllistä. Hoitoprosessi korostaa potilaskohtaista, yksilöllistä hoitoa sekä oleellisen kirjaamista. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 102.)

Kivunhoitoprosessin mukaista hoitoa ohjaavat erilaiset päätöksenteon vaiheet eri hoidon vaiheissa. Kivunhoidossa päätöksentekoa ohjaavat kysymykset mitä, miten ja miksi. Mitä kysymyksen tavoite on tunnistaa potilaan kipuongelma ja määrittellä hoidon tarve yhdessä potilaan kanssa. Lähtötilanteen arviointi voidaan tehdä moniammatillisesti. Kroonisen kivun lähtötilannetta voidaan selvittää kipukokemuksen ja sen vaikutuksen arvioinnilla potilaan elämään. Akuutissa kivussa selvitetään missä, millaista ja kuinka voimakasta kipu on. (Salanterä ym. 2006, 102–103.)

Hoitokertomuksessa hoitotyön suunnitelma otsikon alle kirjataan kivunhoidon tarve ja tavoite Aistitoiminta komponenttia hyödyntäen. Kertomusjärjestelmä ohjaa arvioimaan kivun laatua hoitotyön tarveluokituksen pääluokilla akuutti tai

krooninen kipu. Kivun laatua voidaan täsmentää pääluokan mukaisilla alaluokilla. Vapaalla tekstillä voidaan tarkentaa hoidon tarvetta ja hoidolle asetettua tavoitetta. (Saranto & Ikonen 2008, 193.)

Hoitotyön toteutukseen kirjataan ne hoitotyön toiminnot, jotka kivunhoidon tavoitteiden toteutumiseksi valitaan. Pääluokkaa kivun seuranta selvennetään alaluokilla, joihin kirjataan kivun voimakkuus sekä arvioidaan kivun esiintyvyyttä, laatua ja sijaintia. Kivun hoito pääluokkaa täydennetään vapaalla tekstillä esimerkiksi ”kylmäpakkaus laitettu kädelle”. Kivunhoitoon liittyvä ohjaus kirjataan vapaalla tekstillä esimerkiksi ”saanut suullisen ja kirjallisen kivunhoito ohjeen.” Kivunhoidon arviointi kirjataan ”Aistitoiminta”-komponentin alle vapaamuotoisesti kuvaamalla miten hoito vaikutti potilaaseen sekä hoidon tulokset arviointiasteikkoa hyödyntäen (parantunut, ennallaan, huonontunut). (Saranto & Ikonen 2008, 193.)

6.2 Aistitoiminta – kipu

Käsitlemme tulevassa kappaleessa Aistitoiminta komponentin pää- ja alaluokkien sisältöä. Tarkoitus on selkiyttää mitä pää- ja alaluokat tarkoittavat ja mitä niiden alle tulisi kirjata. Taulukossa 1 on kuvattu hoitotyön tarve- ja toimintoluokitukset.

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study on Pain) määrittelee kivun tuntoaistiin perustuvaksi tai tunneperäiseksi kokemukseksi, johon saattaa liittyä kudosaivaurio. Määritelmän täydennyksessä todetaan, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, että hän voi kokea kipua ja olla kivunlievityksen tarpeessa. Kivun moniulotteinen luonne on huomioitu tässä määritelmässä. (Sailo 2000, 30; Salanterä ym. 2006, 7.)

Kipupotilaat ovat terveyskeskusjärjestelmän suurkäyttäjää. Hoitotyössä potilaan kivun tunnistaminen on tärkeää, koska noin 40 % potilaista hakeutuu hoitoon kivun takia. WHO:n kansainvälisen tutkimukseen osallistui 25 916 perus-

terveydenhuollon aikuispotilasta ja 22 %:lla heistä oli kroonista kipua. Tutkimuksen mukaan kivun esiintyvyys vaihtelee maittain. Iän karttuessa eri sairauksien vaikutuksesta ja mahdollisten vammojen myötä kivun esiintyvyys nousee. (Varti 2000, 41.)

Vainion (2009a) mukaan Mäntyselkä on tutkinut väitöskirjassaan 2003 suomalaisten kipua ja niiden esiintymistiheyttä. Tutkimukseen osallistui 4 542 suomalaista, jotka olivat iältään 15–74-vuotiaita. Kroonista kipua oli tässä tutkimuksessa 35 %:lla ja päivittäistä kipua oli 14 %:lla. Tutkimuksessa selvisi myös, että kivun esiintyvyys lisääntyy iän karttuessa.

Kipu on henkilökohtainen tunne, johon vaikuttaa sekä ihmisen fysiologinen että tunne- ja aistikokeminen. Jokainen ihminen tuntee yhtä voimakkaan kivun eri tavalla, koska kivunsietokyky ja kipukynnys vaihtelevat. Kivun kokemiseen vaikuttavat myös aikaisemmat kipukokemukset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tekijät sekä kulttuurinen tausta. Hoitotyössä on muistettava, että potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija. Poikkeuksena ovat potilaat, joiden kommunikointikyky on puutteellinen, kuten puhekyvyttömät lapset, muistisairaat, sekavat vanhukset ja erilaisesta kehityshäiriöstä kärsivät. (Salanterä, ym. 2006, 7–8, 75.)

6.2.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu on ensisijaisesti elimistöä suojaava vaikutus, joka varoittaa kudolvauriosta. Voimakas akuutti kipu aiheuttaa neurohumoraalisia vasteita, joiden ansiosta ihmisen elimistö kykenee kompensoimaan elintärkeitä toimintoja kriittisessä tilanteessa. Akuutti kipu stimuloi muun muassa voimakkaasti hengitystä. Välittömän puolustustehtävien jälkeen kivun vaikutukset ovat haitallisia. Esimerkiksi sydäninfarktin yhteydessä kipu lisää sydämen työmäärää ja hapenkulutusta, joka voi johtaa sydänlihaskvaurion laajenemiseen. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105–106.)

Yleensä akuutin kivun syy on selvä ja se voidaan hoitaa. Eri kivunhoitomenetelmillä voidaan taata tehokas akuutin kivun lievitys. Hyvän kivunlievityksen ja kudოსvaurion paranemisen ansiosta akuutit kivun paranevat nopeasti, päivien tai viikkojen kuluessa. (Kalso ym. 2009, 106.) Hyvällä akuutin kivun hoidolla voidaan ehkäistä kivun kroonistumista (Sailo 2000, 34).

Rintakipu jaetaan sydänperäiseen ja ei-sydänperäiseen kipuun. Sydänperäisistä syistä yleisimpiä ovat sepelvaltimotaudin (MCC, *morbus coronarius cordis*) aiheuttama angina pectoris sekä sepelvaltimotaudin äärimmäismuotona ilmenevä sydäninfarkti. Sydänpussin ja -lihaksen tulehdus eli perimyokardiitti on myös merkittävä sydänperäisen rintakivun syy. Rintakivun ei-sydänperäisiä syitä ovat esimerkiksi ruuansulatusjärjestelmän häiriöt (refluksin aiheuttama gastriitti, ulkus, ruokatorvitulehdus), keuhkopussintulehdus (pleuriitti), rintakehän rakenteiden kiputilat, aortan dissekoituminen, masennus ja paniikkihäiriö. Kivun luonteen perusteella voidaan tehdä alustava arvio rintakivun syystä. (Kuisma & Holmström 2008, 256.)

Päänsärky on yleinen kivun aiheuttaja. Ihmisistä 70–95 % kokee päänsärkyä jossain elämänvaiheessa. Päänsärkyä on eniten 20–45-vuotiailla ja se vähenee tasaisesti iän myötä. Päänsärky jaetaan kolmeen aiheuttajaan: primaariseen, sekundaariseen sekä pään neuralgiaan eli hermosärkyyn. Primaarissa päänsärkysairaudessa on kyse esimerkiksi migreenistä, sekundaarisessa päänsärkyssä voi johtua esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöstä ja pään neuralgiassa ja muissa päänsärkyissä kyse voi olla esimerkiksi kasvojen neuralgiasta. Päänsärky voi olla akuuttia tai kroonista. Akuutti päänsärky voi olla esimerkiksi migreenikohtaus ja krooninen päänsärky voi johtua esimerkiksi kroonisesta jännityspäänsärystä. (Färkkilä 2009.)

Tulehduskipu on merkki tulehduksesta, joka voi häiritä, lamata ja invalidisoida ihmistä. Esimerkiksi äkillisen vatsakivun aiheuttaja saattaa olla tulehdus. Tavallisia tulehduskipuja ovat muun muassa appendisiitti eli umpilisäkkeentulehdus tai kolekystiitti eli sappirakontulehdus. (Moilanen 2002; Lääketieteelliset termit 2009; Scheinin & Leppäniemi.)

Toimenpiteisiin liittyvä kipu on yleistä ja sitä pyritään vähentämään ja hoitamaan mahdollisimman tehokkaasti. Toimenpiteeseen liittyvää kipua pyritään helpottamaan huolehtimalla siitä, että potilaalla on riittävästi tietoa toimenpiteestä ja hänen toiveitaan pyritään ottamaan mahdollisuuksien mukaan huomioon. (Vuorimaa 2007.) Toimenpiteestä johtuvaa kipua on esimerkiksi haavan hoitoon liittyvä kipu.

Traumaattisessa kivussa kipua aistivien hermopäätteiden eli nosiresepteroitten ärtyminen johtuu joko mekaanisesta liikkeestä tai kompressiosta. Traumaattisen kivun taustalla voi olla yksinkertainen trauma, kuten nivelluksaatio ja yksittäisen luun murtuma tai monivammapotilas esimerkiksi liikenneonnettomuudesta. (Saari 2006; Airaksinen & Kouri 2007, 190.)

6.2.2 Krooninen kipu

Akuutti ja krooninen kipu on perinteisesti erotettu toisistaan kivun kestolla. Kroonisessa kivussa kipu on kestänyt yli kolme–kuusi kuukautta tai pidempään kuin mitä kudosten odotettu paranemisaika on. Kivun kroonistuessa kipu ei enää toimi elimistön varoitusmerkkinä. Kivun kroonistumisessa tapahtuu toiminnallisia sekä rakenteellisia kipujärjestelmän herkistymisestä johtuvia muutoksia. Esimerkiksi jos vyöruusuinfektion jälkeinen kipu ei ole lievittynyt kolmen–kuuden kuukauden kuluessa se määritetään krooniseksi kivuksi. Krooninen kipu rasittaa potilasta psykososiaalisesti kivun pitkittyessä. (Kalso ym. 2009, 106.)

Kudosvaurioon liittyvää kipua sanotaan nosiseptiiviseksi kivuksi. Kipu voi olla pistävää, terävää, repivää ja paikantuu kudოსvaurio alueelle. Nosiseptinen kipu jaetaan somaattisen hermojärjestelmän välittämään kipuun ja viskeraaliseen, sisäelimestä peräisin olevaan kipuun. Tyypillisiä nosiseptiivisiä kipujen aiheuttajia ovat esimerkiksi tulehdukset, iskemia ja tuumorit. Tuumori voi aiheuttaa nosiseptiivista kipua esimerkiksi painamalla verisuonia aiheuttaen kudოსiskemian. (Vainio 2009b, 155–156.)

Neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta, jolloin vika on kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Neuropaattinen kipu ilmenee pistelevänä, polttavana ja puutuneisuutena kipualueella sekä kliinisesti todistettavilla tuntohäiriöillä. Kipu ei aina tunnu vauriokohdassa vaan vahingoittuneen hermon hermostoalueella. Neuropaattisen kivun aiheuttaja voi johtua esimerkiksi diabeteksen neuropatiasta. (Vainio 2009b, 156–157.)

Idiopaattisen kivun aiheuttajana ei ole kudosis- tai hermovaurio eikä se täytä kroonisen kipuoireyhtymän kriteereitä. Idiopaattisessa kivussa psyykkisten ja psykologisten tekijöiden osuus on suuri. Krooninen kipu voi liittyä esimerkiksi vakavaan masennukseen. Yleisin idiopaattisen kiputilan aiheuttaja on fibromyalgia eli pehmytkudosiskipu, jossa potilaalla on selittämätön laaja-alainen särky sekä arkuus. (Haanpää 2009; Lääketieteen termit 2009; Vainio 2009b, 157.)

Syöpäkipu potilaat tuntevat erilaisia akuutteja ja pitkäaikaisia kipuja ja usein kehon eri puolilla on samanaikaisesti 2–4 kiputilaa. Kipu on ahdistavin ja pelottavin oire syöpää sairastavilla potilailla ja yleensä ensimmäinen tutkimuksiin ohjaava oire. Kipu on yleensä kasvaimen aiheuttamaa kudosisärsytystä, mutta se voi olla myös yhdistelmäkipua. Yhdistelmäkipuun vaikuttaa kudosisärsytys, sädehoidon aiheuttama hermovaurio sekä kirurgisen hoidon aiheuttama arpi- kipu. Sairauden vaihe vaikuttaa kivun esiintyvyyteen. Sairauden alkuvaiheessa kipuja esiintyy 30 %:lla potilaista, sairauden aikana 50 %:lla ja levinneessä vaiheessa tai sairauden loppuvaiheessa jopa 75–80 %:lla potilaista. Syöpäpotilaan kivun hoidossa on otettava huomioon kivun erilaiset etiologiat. (Hamunen & Heiskanen 2009; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 372; Vainio & Kalso 2009, 478.)

6.2.3 Kivun seuranta

Akuutissa kivussa elimistöön tulee fysiologisia muutoksia, joiden perusteella voidaan arvioida potilaan kipua. Peruselintoimintoja mittaamalla arviointi on kuitenkin epävarmaa, koska elintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi potilaan

sairaudet, lääkitys, tunnetila ja toiminta sekä hoitoympäristö. Tajuttoman ja tehohoidossa olevan potilaan kivun arviointiin taas käytetään fysiologista kivun arviointia. (Salanterä ym. 2006, 75–76.)

Kipua voidaan arvioida potilaan käyttäytymisen perusteella, joka on luotettavampi tapa kuin fysiologisten muutosten arviointi kommunikoimaan kykenemättömillä potilailla. Kipua voidaan arvioida tarkkailemalla potilaan kasvojen ilmeitä, itkua ja kyyneleitä, kehon asentoa sekä potilaan suhtautumista kehoonsa ja raajojen liikkeistä. Kipuun viittaa myös ihmisen helppo ”kiihtyvyys”, hermostuneisuus, kehon suojaaminen ja regressiivisuus. Kipukäyttäytymisen kautta kivun arviointi on helpompaa, jos tietää potilaan normaalin käyttäytymisen. Esimerkiksi kehitysvammaisen kivun arvioinnissa olisi tärkeää tietää mikä on hänen normaalia käyttäytymistä ja mikä poikkeavaa liikehdintää ja ääntelyä. (Salanterä ym. 2006, 76–78.)

Kivun voimakkuuden mittaaminen Eettisyys ja lainsäädäntö edellyttävät, että potilaan kivunhoito on riittävää. Riittävän kivunhoidon toteamiseksi on kivusta tehtävä tarkat kirjaukset. Jotta kirjauksissa olisi informatiivista, kipua ja kivunhoidon onnistumista täytyy olla mitattu jollakin kipumittarilla. Yleisimmät potilastyössä käytetyt kipumittarit ovat erilaiset kipuviivaimet, sanallinen asteikko sekä kuvalliset mittarit. (Tarkkila 2005.)

Kipumittareilla voidaan mitata potilaan kivun voimakkuutta. Yleisin kipumittari on VAS eli visuaalianalogiasteikko. Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, johon on kuvattu kasvava kiila sekä osoitin, joka liikkuu kiilan päällä. Vasen puoli janasta tarkoittaa kivuttomuutta ja oikea puoli pahin mahdollinen kipu. Osoitin liikutetaan siihen kohti janaa miten potilas kokee kipunsa. Kasvoasteikossa on viisi kasvoa eri ilmeillä kuvaamaan kivun voimakkuutta. Iloinen ilme on 0 pistettä, eli kivuttomuus ja itkevä ilme 10 pistettä. Potilas valitsee ilmeen, joka kuvastaa hänen kivun voimakkuutta. (Kalso & Konttinen 2009, 55.)

Numeraalisena luokitteluasteikkona voidaan käyttää esimerkiksi 0–10. Asteikossa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 tarkoittaa pahin kuviteltavissa oleva kipu. Potilas kertoo numeron, joka kuvaa hänen kivun voimakkuutta. (Iyer & Camp

1999, 32.) Kivun voimakkuus mitataan aina samalla mittarilla samalta potilaalta, tämä lisää luotettavuutta (Kotovainio & Mäenpää 2008a).

Potilaalta voidaan kysyä kivun voimakkuutta sanallisella asteikolla. Kipusanoja, jotka kuvaavat kivun voimakkuutta ovat: ei lainkaan kipua = 0, lievää kipua = 1–3, kohtalainen kipu = 4–5, voimakasta kipua = 6–7 ja sietämättömän voimakasta kipua 8–10. Numerot ovat viitteellisiä, mutta samoja kipusanoja tulee käyttää, jotta arvioinnin tulokset ovat vertailukelpoisia. (Salanterä 2008a.)

Lahti, Nordberg ja Ruhtila (2007) ovat tehneet tutkimuksen jossa tarkasteltiin hoitohenkilökunnan tietoa ja asenteita kivusta ja kivunhoidosta. Tutkimukseen osallistui 60 sairaanhoitajaa ja 20 perushoitajaa Töölön sairaalan neurokirurgiselta ja ortopediseltä vuodeosastolta. Tutkimukseen osallistuneista 91 % oli sitä mieltä, että kipumittari helpottaa kivun arviointia. Vain 4 % käytti kipumittaria kivun arvioinnissa. Tutkimuksessa ilmeni myös, että hoitohenkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta kipumittareista.

Kivun arviointi Raskin ja Seppälän (2002) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ilmoittivat potilaan itsensä olevan kipunsa paras asiantuntija ja ensisijainen lähde kivun arvioinnissa. Toisaalta samat sairaanhoitajat eivät käytännön hoitotyössä luottaneet potilaan asiantuntijuuteen kivun arvioinnissa vaan suurin osa heistä ilmoitti tarkentavansa aina myös potilaan ulkoisia merkkejä kivusta.

Kivun laatua kuvaavia sanoja ovat muun muassa puristava, räjähtävä, pistävä, jomottava, tykyttävä, viiltävä ja aaltoileva. Laadullinen kivun arviointi helpottaa kivun syyn tunnistamista. Sydämen verenkierto-ongelmissa kipu on tyypillisesti puristavaa kipua. Valtimon repeämisestä johtuva verenvuoto aiheuttaa räjähtävää kipua. Paikallisessa tulehduksessa esiintyy jomottavaa tai tykyttävää kipua. Keuhkotulehduksissa kipu on pistävää tai viiltävää ja suolistolamassa kipu on aaltoilevaa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 471.)

Kivun paikallistamisessa potilas on kivun asiantuntija. Sisäelinkipu eli viskeeraalinen kipu heijastaa kipua muualle kuin vauriokohtaan. Esimerkiksi sydämen verenkierto-ongelmissa kipu ei tunnu sydämen kohdalla, vaan kipu sätei-

lee kaulalle, vasempaan käteen tai hartioihin. Kivun sijainnin arvioinnissa on tärkeää tunnustella eli palpoida, koputella eli perkusioida ja kuunnella eli auskultoida. (Iivanainen & Syväoja 2008, 471.)

Kivun esiintyvyydessä arvioidaan kivun intensiteettiä ja intervallia, esimerkiksi onko kipua koko ajan, vain tietyissä tilanteissa tai satunnaisesti. On hyvä selvittää tapahtumat ennen kipua, oliko potilas syönyt, juonut, ulostanut, virtsanut, nukkunut, liikkunut, altistunut, ollut levossa tai tapaturmassa. On myös hyvä tietää potilaan aikaisemmat kipukokemukset, suhtautuminen kipuun, aikaisemmat sairaudet, leikkaukset ja käytetty lääkitys. Sekä potilaan käytössä oleva kipulääkitys tai joku toinen kivunhoitomenetelmä ja niiden teho. (Iivanainen & Syväoja 2008, 471.)

6.2.4 Kivun hoito

Kivunhoidon suunnittelu tulee kohdistaa kivun syyhyn. Kivunhoidolle asetetaan tavoite, jotta kivunhoidon vaikuttavuutta ja tehoa on mahdollista arvioida. Tavoitteen asettaminen on aina yksilöllistä ja sen toteutumista seurataan järjestelmällisesti. Akuutissa kivussa tavoitteena on kivun lievittyminen 3–4/10 numeraalisella kivunluokittelulla tai sanallisella asteikolla kipu olisi lievää tai siedettävää. (Salanterä ym. 2006, 100.)

Kroonisessa kivussa tavoitteena on kivun voimakkuuden väheneminen 30 %:lla lähtötasoon verrattuna. Täydellinen kivunlievitys on harvoin mahdollista. Kroonisen kivunhoidon tavoitteena on ylläpitää potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä sekä parantaa sitä. Psykkisen toimintakyvyn tavoitteeksi voidaan asettaa potilaan omien kivunhoitomekanismien kohentuminen. Sosiaalisen toimintakyvyn tavoitteena on, että vuorovaikutustaidot pysyisivät hyvänä omaisten ja ystävien kanssa. Fyysisen toimintakyvyn tavoitteeksi voidaan asettaa, että potilas kykenee käymään kaupassa, kivuista huolimatta. (Salanterä, ym. 2006, 100.)

Hoitotyön kivunlievityskeinoja ovat muun muassa lämpöhoito, kylmähoito, hieronta sekä asentohoito. Jo antiikin lääketieteessä kiputilojen ja sairauksien hoidossa käytettiin kylmää, lämpöä ja hierontaa. Hieronta on mekaanista hoitokäsittelyä. Hoitotyön kivunlievityskeinoja voidaan käyttää ainoastaan kiputiloihin, joiden syyt ovat selvitetty. (Kotovainio & Mäenpää 2008b; Pohjolainen 2009, 237.)

Lämpöhoidossa voidaan käyttää lämpöpakkausta, joka vilkastuttaa verenkiertoa, kiihdyttää aineenvaihduntaa, nopeuttaa tulehdusreaktiota, jäykkyys pehmytkudoksissa alenee ja lihaskäntäytyminen laukeaa. Lämpöhoidon esteitä ovat heikko valtimoverenkierto, hoitoalueen läheisyydessä olevat metalliset vierasesineet ja vaikea hoitoalueen tuntohäiriö, tulehdukset sekä ihottuma. Lämpöhoitoa voidaan käyttää ensihoitona ennen hierontaa. (Kotovainio & Mäenpää 2008b.)

Kylmähoitossa voidaan käyttää esimerkiksi kylmäpakkausta, jääpussia, jääpalaa ja haihtuvaa kylmäsuihketta. Kylmähoitossa kivun lieventävä vaikutus perustuu hermon johtumisnopeuden hidastumiseen. Käyttöaika on 10–30 minuuttia, koska liian pitkä alhaisen lämpötilan käyttö voi johtaa haitallisiin vaikutuksiin. Haittavaikutuksena pitkäaikaisessa käytössä voi olla esimerkiksi hermo- ja kudosaivastus. Kylmähoitoa käytetään kroonisessa kivussa ja vammojen ensiavussa. Kylmähoitoa voidaan käyttää esimerkiksi spastisuuden lievittämisessä alentamalla lihastonusta. (Kotovainio & Mäenpää 2008b; Pohjolainen 2009, 238–239.)

Hieronnessa potilas rauhoittuu ja rentoutuu. Kipu lievittyy, kun potilaan lihakset rentoutuvat. Hieronnassa käsitellään potilaan pehmytkudosta. Hieronta on turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Hieronta tukee hoitosuhteen muodostumista ja vähentää potilaan ahdistusta. Potilasta auttaa rentoutumaan rauhalliset ja pehmeät otteet. hierontaa ei suositella potilaille, joilla on ihotulehduksia, laskimotulehduksia, kasvaimia, verenvuototauti tai tuore vamma. (Blomqvist 2000, 137.)

Asentohoito on yksi hoitotyön kivunlievitysmenetelmistä. Asennon vaihdos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Apukeinoina rennon ja mukavan asennon saamiseksi käytetään tyynyjä ja muita pehmusteita. Potilaalle joka on samassa asennossa pitkään, jopa aluslakanan rypyt saattavat aiheuttaa kipua. Potilaan asentoa muutetaan usein, 1–2 tunnin välein, mikäli hänen vointinsa sen sallii. Potilasta kehoitetaan tilansa mukaan liikuttamaan raajojaan sekä oikaisemaan itsensä, jolloin hänen hengityksensä helpottuu. Tyynyjen asettelulla tuetaan kyynärvarsia, selkää, polvitaiteita ja nilkkoja sekä asetetaan potilas kylkiasentoon. Mitä rennompia olo potilaalla on, sitä kauemmin kipua pysyy poissa. (Blomqvist 2000, 135–136; Jäntti 2000, 124.)

Kivun lääkehoito on käytetyin hoitomuoto kivunhoidossa. Kipulääkkeillä tarkoitetaan lääkeainetta, jolla on tarkoitus parantaa, ehkäistä tai lievittää kipua. Kipulääke sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa lääkeainetta. Paras hoitotulos saadaan, jos lääkehoitoon yhdistetään jokin hoitotyön kivunhoitomenetelmä. (Salanterä ym. 2006, 96.)

Kivun hoitomenetelmiin ja varsinkin kipulääkkeiden valitsemiseen vaikuttavat potilaan ikä, sairaudet, käytössä olevat lääkkeet ja allergiat. Vanhuksilla lääkkeellinen kivunhoito tuo omat erityispiirteet, esimerkiksi vanhukset ovat herkkiä saamaan lääkkeiden sivuvaikutuksia. Potilaan käytössä oleviin lääkkeisiin tulee kiinnittää huomioita ennen kipulääkkeen antoa. Lääkehoito suunnitellaan kivun keston ja mekanismin mukaan. Kipulääkkeiden annon suunnittelussa tulee arvioida paikalliset olosuhteet joissa hoitoa on tarkoitus toteuttaa. Hoitoon osallistuvien hoitajien tulee olla perehtyneitä kipulääkkeisiin ja niiden anniskelutekniikkaan. Tämä takaa onnistuneen ja turvallisen lääkehoidon. (Salanterä ym. 2006, 97–99.)

6.2.5 Kivun hoitoon liittyvä ohjaus

Laadukkaaseen kivunhoitoon sisältyy potilasohjaus. Potilas joka tietää kivustaan ja hoidon päämäärästä, on tyytyväinen saamaansa hoitoon sekä selviää itsenäisesti omassa hoidossa. Haasteita potilasohjaukseen asettaa lyhyet hoi-

toajat ja potilaiden korkea ikä. Potilasohjaukseen asetetaan päämäärä ja tavoite. Potilaan näkökulmasta päämääränä on, että hän saa tietoa kivun hoidosta, jonka perusteella hän voi jäsennellä ajatuksiaan, toimintojaan ja tunteitaan. Näin potilas pystyy tekemään omaan kivunhoitoonsa kuuluvia päätöksiä ja hallitsee elämäntilanteensa kivusta huolimatta. Hoitohenkilökunnan tavoitteena potilasohjauksessa on, että potilas kykenee tekemään ratkaisuja ja toimimaan tarkoituksenmukaisesti edistäen omaa hyvinvointia tehokkaasti ja turvallisesti. (Salanterä 2008b.)

Hyvässä potilasohjauksessa tapahtuu potilaan voimavarautumista. Potilaalle annetaan voimavarautumista tukevaa tietoa, tehokkain ja oppimista tukevin keinoin. Potilasohjauksen sisältö pitäisi olla riittävän monipuolista, esimerkiksi miten elimistö reagoi kipuun ja erilaisiin kivunhoito menetelmiin. Potilas tarvitsee tietoa myös siitä miten potilas voi itse vaikuttaa kivunhoitoon ja ehkäistä kivun voimistumista. (Salanterä 2008b.)

Kirjallisten ohjeiden tulee olla selkeitä ja päivitettyjä. Tekstin tulee olla selkokielistä, selkeästi jaoteltua, tärkeitä asioita korostavaa ja visuaalista. Kirjallinen ohje voi olla tukemassa ja selkeyttämässä potilasohjaus tilannetta. Potilasohjaus on usein sisällytetty muiden toimintojen oheen ja se on vain yksipuolista tiedon antoa. Olisi hyvä, että potilasohjaukseen olisi varattu oma aika. Ohjauksessa keskustellaan yhdessä potilaan kanssa kivusta ja sen hoidosta. Tärkeää olisi saada potilas motivoitumaan ja ymmärtämään ohjauksen tarkoitus. Hoitohenkilökunnan pitää tarkistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. (Salanterä 2008b.)

Potilailla ja hänen omaisillaan on usein vääriä uskomuksia kivun hoidosta, esimerkiksi kipulääkkeiden haittavaikutuksista ja lääkeriippuvuudesta. Näissä tilanteissa potilasohjaus korostuu ja potilaalle annetaan ajan tasalla olevaa, ristiriidatonta tietoa. Potilaalle korostetaan, että hän on oman kivun asiantuntia. Näin vältetään tilanne, jossa potilas ajattelee, että hoitohenkilökunta on kivun asiantuntia ja omasta kivusta ei tarvitse kertoa. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Akuutissa kivussa potilasohjaus korostuu, koska kipuun voi liittyä ennalta arvaamaton elämänmuutos, kuten vakava sairaus tai tapaturma. Tällaisissa tilanteissa potilasohjauksessa huomioidaan potilaan mahdollinen stressireaktio ja aiheutuneen kriisin vaikutukset ohjauksen ymmärtämiseen ja käsittelyyn. Potilas, jolla on akuuttia kipua, tarvitsee tietoa miten hän voi itse lievittää kipuaan. Tietoa annetaan erilaisista kivunhoito menetelmistä, joista potilas voi valita hänelle sopivan vaihtoehdon. (Salanterä, ym. 2006, 92–93.)

Kroonisen kivun potilasohjauksessa hoitohenkilökunnan pitää ymmärtää miten krooninen kipu vaikuttaa potilaan elämään. Kroonisen kivun potilasohjaus ei ole ainoastaan ohjeiden antamista, vaan potilaan kuuntelua, tarpeiden arviointia ja niihin vastaamista. Ohjauksessa otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja niiden tunnistaminen. Ohjauksessa kerrotaan erilaisista hoitolinjoista ja realistista tietoa kivusta sekä sen hoidosta. Tietoa voi myös antaa kirjallisesti. Potilas tarvitsee tietoa kroonisen kivun vaikutuksista hänen elämäänsä, kuten toimintakykyyn, tunteisiin, sosiaalisiin suhteisiin ja taloudellisiin asioihin. Kroonisessa kivussa toimintakyky voi laskea ja näin vaihtoehtoisia liikunnan mahdollisuuksia tulee käydä läpi. Krooninen kipu voi vaikuttaa paljon tunteisiin esimerkiksi vihan, surun ja pelon tunteina. Kroonisen kivun takia sosiaaliset suhteet saattavat vähentyä ja taloudellisesti pitkät sairauslomat vaikuttaa potilaan taloustilanteeseen. (Salanterä ym. 2006, 93.)

7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyössä kuvataan miten kivunhoitoprosessia on kirjattu rakenteisesti luokituksia käyttäen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen terveyskeskuksen osastoilla 1 ja 3. Opinnäytetyössä tarkastellaan Suomalaisen hoitotyön luokituksen Aistitoiminta komponenttia ja sen kipua koskevia pää- ja alaluokkia. Komponentin sekä siihen liittyvien pää- ja alaluokkien käyttöä tarkastellaan kivunhoitoprosessin kuvaamisessa.

Opinnäytetyön tavoite on, että saadulla tiedolla kivunhoitoprosessi selkiytyy ja kivunhoidon kirjaamisessa kehitettävät asiat nousevat työyksiköissä esille. Opinnäytetyön toimeksiantaja voi hyödyntää tutkimustuloksia hoitotyön laadun kehittämisessä.

Tutkimusongelma:

- Miten kivunhoitoprosessin vaiheet toteutuvat sähköisessä kirjaamisessa?

Alaongelmat:

- Millaista tietoa osastoilla on kirjattu rakenteisesti kivunhoidosta?
- Miten rakenteisesti kirjattu tieto kivunhoidosta eroaa osastoilla 1 ja 3?
- Miten hoitohenkilökunta toteuttaa kivunhoidon kirjaamista, hoitoprosessin ja Suomalaisen hoitotyön luokitusten mukaisesti?
- Miten systemaattisesti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää kivunhoitoprosessin kehittämisessä sekä hoitohenkilökunnan kirjaamistaitojen kehittämisessä?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Kivunhoitotyön kirjaamisessa tarkastelemme kirjaamisen sisältöä, määrää ja laatua. Tutkimme myös viitteitä kivunhoidon kirjaamisen johdonmukaisesta etenemisestä. Haluamme opinnäytetyöllä selvittää kivunhoidon kirjaamiskäytäntöjen tämän hetkisen tilanteen sekä nostaa esille kivunhoitoprosessin kirjaamiseen liittyviä kehittämistarpeita. Tutkimuksesta saadun tiedon toivotaan auttavan osastojen kirjaamisen kehittämisessä ja yhtenäistämässä sekä niiden avulla parantamaan kivunhoitoprosessia ja sen laatua.

8.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Määrällisen tutkimuksen lähtökohtana on korostaa yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Kvantitatiivisessa paradigmassa taustalla on niin sanottu realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista asioista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tekeminen on perusteltua, koska opinnäytetyön tietosisältö koostuu rakenteisesti kirjatusta kivunhoitotyön suunnitelmasta. Emme tarkastele narratiivista tekstiä lainkaan, koska sitä ei voinut hakea tietojärjestelmästä tietoturvan takia.

Hoitotyön suunnitelmia voidaan tarkastella määrällisestä (quantive) eli kvantitatiivisesta näkökulmasta. Silloin suunnitelmista katsotaan, kuinka monta kertaa jokin asia, esimerkiksi kivun arviointi, on kirjattu potilasasiakirjaan ja kuinka siihen on reagoitu. Määrällisessä tarkastelussa objektiivisuudella ja mittayksiköiden mitattavuudella on pääpainopiste. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelua varten on laadittava kirjaamisen kriteerit, joiden esiintyvyyttä tarkastellaan hoitotyön kirjauksista. Tutkimusotosta tarkastellessa huomioidaan ennalta määrättyjen kriteerien esiintyvyys, kerätään tietoa esimerkiksi erilaisista auttamismenetelmistä ja niiden vaikutuksista potilaan hoidossa. (Hallila 2005b, 111–116.)

Tutkimusmielessä mittaamista on kaikki, missä voidaan nähdä eroja ja antaa tutkimusyksiköille jonkinlaisia symboleja luonnehtimaan eroja (Heikkilä 2008,183). Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää käsitteiden määrittelyä. Käsitteiden tulee olla mitattavissa mittayksiköillä, joilla ilmiötä mitataan. Mitattuja lukuja käsitellään tilasto-ohjelmilla. Muuttujiksi kutsutaan ominaisuuksia, joita mitataan. Muuttujien ominaisuudet määräävät käytettävän mittarin, jonka perusjako perustuu siihen, mitataanko laatua vai määrää. Mittaustaso kertoo, millaista tietoa muuttujasta halutaan ja se tulee päättää mittarin tarkkuutta määrittellessä. (Kananen 2008, 16–21.)

Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksella voidaan laatia indikaattoreita ja mittareita, joilla arvioidaan kipupotilaiden määrää, käytettyjä hoitokeinoja sekä niiden vaikutuksia. Kivunhoitoon liittyvien kirjaamisten frekvensseistä nähdään esimerkiksi se, kuinka usein kivunhoidon tarve on kirjattu yksikössä. Samalla tavalla pääluokan frekvenssistä nähdään kuinka usein kivunhoito on kirjattu käyttämällä alaluokkia. Kirjaamiskertojen määristä voidaan arvioida miten kivunhoidon kirjaaminen toteutuu yksikön tilastoissa. Jos kirjaaminen ei ole nähtävissä tilastoissa, voidaan pohtia, miksi kivunhoitoa ei ole kirjattu. Onko kirjaamisen puute todellista vai kipupotilaiden vähäisyyttä? (Saranto & Ikonen 2008, 194.)

Tässä opinnäytetyössä muuttujia ovat Suomalaisen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksen Aistitoiminta komponentin pää- ja alaluokat. Muuttujia tarkastellaan kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerien mukaisesti. Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerit on työstetty teoriaviitekehyksen pohjalta tukemaan tätä opinnäytetyötä ja ne noudattavat hoitotyön prosessin eri vaiheita.

Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerit

1. TARVE: Hoitaja on määrittänyt kivunhoidon tarpeen (syyn/dg.) sekä tavoitteen kivunhoidolle potilaslähtöisesti, realistisesti ja arvioitavasti.
2. SEURANTA: Hoitaja on seurannut mittaamalla kipua kipumittareita hyödyntäen sekä arvioimalla kivun laatua, sijaintia ja esiintyvyyttä.
3. HOITO: Hoitaja on toteuttanut kivunhoitoa eri kivunhoitokeinoja hyödyntäen.

4. VAIKUTTAVUUS: Hoitaja on seurannut kivunhoidon vaikuttavuutta ja hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamista mittaamalla kipua kipumittareilla sekä arvioimalla kipua.
5. OHJAUS: Hoitaja on ohjannut potilasta kivunhoitoprosessien eri vaiheissa.

Opinnäytetyön lähestymistavaksi on valittu deduktiivinen lähestymistapa. Deduktiivisessa teoria kehittämisessä sisällöllinen lähtökohta perustuu aikaisemmin tutkittuun tietoon, tietorakenteeseen tai teoriaan, jota halutaan varmentaa, joko samanlaisessa tai uudessa, erilaisessa tilanteessa. Deduktiivisessä lähestymistavassa tehdään johtopäätöksiä yleisesti osoitetuista tiedoista eli premisseistä. Tutkimuksen sisällöllinen lähtökohta pohjautuu aikaisempaan tutkimustietoon, jonka pohjalta tutkimusongelmat on esitetty. (Elomaa & Lauri 2001, 77.)

8.2 Aineisto

Opinnäytetyön tutkimuskohteena ovat Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän lisälmen terveyskeskuksen osastot 1 ja 3. Osastoilla on siirrytty Hoitotyön systemaattiseen kirjaamiseen kesällä 2008, johon henkilökunta on saanut koulutusta. Osastojen valintaan vaikuttivat luotettavan vertailun mahdollistuminen.

Osastoilla on käytössä hiljainen raportointi, joka asettaa korkeita laatuvaatimuksia kirjaamisen tasolle. Hyvää kirjallista hoitotyön suunnitelmaa pidetään hiljaisen raportin perustana. Periaate on, että työvuoroon tuleva hoitaja ei saa suullista raporttia, vaan hän lukee potilastiedot itse työasemalta. Päivittäinen suunnitelman tarkistaminen ja annetun hoidon kirjaaminen korostuvat, koska potilasturvallisuuden säilyminen on ehdoton edellytys. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008.)

Osasto 1 on pitkäaikaispotilaiden terveyskeskuksen vuodeosasto ja potilaat ovat osastolla pitempiä ajanjaksoja. Osastolla on 28 potilaspaikkaa. Osastolla 1 hoitotyö on kuntouttavaa moniammatillisessa työyhteisössä. Saattohoito-,

kuntoutus- ja aivohalvauspotilaat ovat keskeisimmät potilasryhmät. Osasto 1 toimii jatkohoitopaikkana potilaille, jotka tulevat Kuopin Yliopistollisesta sairaalasta, Iisalmen sairaalasta, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän vuodeosasto 3:ta, kotisairaanhoidosta, vanhainkodeista tai pienkodeista. Osastolla työskentelee 5 sairaanhoitajaa, 10 perus- tai lähihoitajaa ja osastonhoitaja.

Osasto 3 on akuutti terveyskeskuksen vuodeosasto ja potilaat ovat osastolla muutamasta päivästä neljään viikkoon. Osastolla on 30 potilaspaikkaa. Osaston 3 toiminnan periaatteita ovat potilaan toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoito moniammatillisissa työyhteisössä. Osaston keskeisimmät potilasryhmät koostuvat aivohalvauspotilaista, muistipotilaista, sisätauti- ja kirurgisista potilaista ja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän päivystyksestä sekä Kuopion Yliopistollisen sairaalasta tulevien potilaiden jatkohoidosta. Osasto on pilottiosastona hoitotyönyhteenvedon kehittämisessä Kuopion Yliopistollisen sairaalan kanssa. Osastolla työskentelee 10 sairaanhoitajaa, seitsemän perus- tai lähihoitajaa, fysioterapeutti ja osastonhoitaja.

8.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2009. Aiheen valitsimme Savonia-ammattikorkeakoulun verkko-oppimisympäristö Moodlen Ideapankista. Kävimme keskustelemassa opinnäytetyö aiheesta toimeksiantajan kanssa ja pidimme ideaseminaarin keväällä 2009, jonka jälkeen etsimme teorialtietoa aiheesta. Suunnitelmaseminaari pidettiin talvella 2009. Opinnäytetyön tutkimuslupa (liite 1) myönnettiin tammikuussa 2010, jonka jälkeen aineistonhaku tehtiin.

Opinnäytetyön aineiston kerättiin Pegasos-tietojärjestelmästä. Aineiston keruu perustuu Suomalaisen hoitotyön luokituksen (FinCC) mukaisesti Aistitoiminta komponenttiin ja sen kipuun liittyviin pää- ja alaluokkiin. Hakusanoina käytettiin komponenttia sekä pää- ja alaluokkien otsakkeita. Opinnäytetyön alkupe- räisen suunnitelman mukaan aineiston haku pyrittiin tekemään sähköisen hoitokertomuksen strukturoidun hoitotyön prosessin mukaisesti otsikoilla: Hoidon

suunnittelu, Hoidon toteutus, Hoidon arviointi ja Yhteenveto. Ohjelmisto ei kuitenkaan tukenut/mahdollistanut tämän haun suorittamista.

Aineiston haun tietojärjestelmään teki toimeksiantajan työntekijä määrättyjä hakusanoja käyttäen. Ensin hän haki testiaineiston kahden viikon ajalta, johon esitestattiin opinnäytetyön mittari ja arvioitiin alustavasti aineiston käyttökel-
poisuutta. Varsinainen aineistohaku tehtiin aikaväliltä 1.8.2009–31.10.2009. Tietojärjestelmästä saatu aineisto oli Excel-muodossa ja siihen oli koottu Aistitoiminta komponentin ja sen pää- ja alaluokkien käyttökerrat. Saatu aineisto oli jaettu osastoittain, päivämäärän ja potilasnumeron mukaisesti. Aineistosta huomioitiin ainoastaan Aistitoiminta komponentin kipuun liittyvät pää- ja alaluokkien käyttökerrat.

8.4 Opinnäytetyön mittari

Opinnäytetyön aineistomittari (liite 2) on tehty kuvaamaan kivunhoidon kirjaamisen laatuksikriteerejä. Mittarille asetettu tavoite on, että se kuvaa mahdollisimman todenmukaisesti osastoilla toteutuvan kivunhoidon kirjaamisen. Mittari esitestattiin, jonka jälkeen sitä tarkennettiin. Tarkennettua mittaria käytettiin aineistoon osastokohtaisesti ja lopuksi tuloksia arvioitiin vertailemalla.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan toisaalta mittauksen ja toisaalta tulosten näkökulmasta. Tutkimuksen luotettavuus on sitä parempi mitä luotettavampaa mittaria tutkimusaineiston käsittelyssä on käytetty. Mittarin validiteettia voidaan arvioida sisältövaliditeetin, käsitevaliditeetin ja kriteerivaliditeetin näkökulmasta. Tutkimus tulosten luotettavuutta voidaan arvioida sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Ulkoista validiteetin arvion tärkeänä osana on tutkimuksen yleistettävyyden. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–211.)

Käsitevaliditeetilla arvioidaan mittarin käsitteellisiä yhteyksiä teoreettiseen taustaan. Sisällönvaliditeettia arvioidessa tarkastellaan miten tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mitattavaksi. Keskeistä on tietää mittaavatko mittarin osiot eli kysymykset sitä, mitä halutaan tietää. Toisin sanoen vastaako mittari tutkimusongelmiin/-tehtäviin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 207–208.)

Mittarin tulee olla tarkka ja täsmällinen siten, että se rajaa tutkittavan käsitteen ja kuvaa sen oikein. Sen tulee olla myös herkkä niin, että sillä voidaan erotella käsitteistä eri tasoja. Mittarin reliabiliteettia eli luotettavuutta voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. Mittarin luotettavuutta voidaan parantaa esimerkiksi testaamalla sitä pienempään aineistoon tai saamalla toisilta mittarista hyviä ohjeita. (Heikkilä 2008, 187; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–210.)

8.5 Aineiston analysointi

Käytetyt mittarit ja niiden mittaustasot vaikuttavat analyysimenetelmän valintaan. Saatu aineisto koostuu jatkuvista ja luokallisista muuttujista. Aineisto käsiteltiin SPSS-ohjelmalla (SPSS Inc., Chicago, IL), joka on kehitetty erityisesti kvantitatiivisen aineistonanalyysiin. Opinnäytetyön tulokset esitetään tiivistetysti taulukoina, graafisina kuvioina ja tilastollisina tunnuslukuina (Holopainen & Pulkkinen 2008, 46).

Mann-Whitneyn U-testiä käytettiin jatkuvien muuttujien erojen tilastollisen merkittävyyden testaukseen. Mann-Whitneyn U-testi valittiin koska muuttujien jakaumat eivät olleet normaalisesti jakautuneet. Alle 0.05 p-arvoa pidettiin tilastollisesti merkitsevänä ja 95 % luottamustasoa käytettiin tuloksissa (CI 95 %). Tilastolliset analyysit toteutettiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmalla (SPSS Inc., Chicago, IL).

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen terveyskeskuksen osasto 1:llä potilaspaikkoja on 28 ja osasto 3:lla on 30 potilaspaikkaa. Varsinaisen aineiston haun välisenä aikana (1.8.–31.10.2009) osastolla 1 oli potilaita hoidossa 108 ja osastolla 3 hoidossa oli 312 potilasta. Kolmen kuukauden tarkasteluajana yhteensä 143 potilaan kohdalla on kirjattu kipua. Osastolla 1 kipua on kirjattu 28 (20 %) potilaan kohdalla ja osastolla 3 kipupotilaita on ollut 115 (80 %).

9.1 Aistitoiminta komponentti

Aineistossa oli käytetty Aistitoiminta komponenttia yhteensä 209 kertaa. Komponenttia oli käytetty 51 potilaalla ja sitä oli käytetty keskimäärin neljä kertaa potilasta kohden (CI 95 % 3,04–5,32). Osasto 1:llä komponenttia oli käytetty keskimäärin kaksi kertaa potilas ja osasto 3:lla keskimäärin viisi kertaa potilas. Osasto 3:lla käytetään Aistitoiminta komponenttia enemmän ja ero on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,005$) Mann-Whitney U-testi.

9.2 Kipu hoidon tarveluokituksessa

Suomalaisen hoidon Aistitoiminta komponentin kipuun liittyviä tarveluokituksen pää- ja alaluokkia oli käytetty osastoilla yhteensä 58 kertaa (taulukko 2). Yleisin aineistossa käytetty tarveluokituksen pääluokka oli Krooninen kipu ja alaluokka Syöpäkipu. Aineistossa oli käytetty pääluokkaa Krooninen kipu neljälle potilaalle ja keskimäärin neljä kertaa potilaalla. Tarveluokituksen pääluokkaa Akuutti kipu oli käytetty kerran yhdelle potilaalle.

Akuutin ja kroonisen kivun alaluokkia oli käytetty yhteensä 38 kertaa, joista yleisin oli Kroonisen kivun alaluokka Syöpäkipu. Syöpäkipu alaluokkaa oli käytetty 16 kertaa, kolmella potilaalla. Muita Kroonisen kivun alaluokkia ei ole käytetty kertaakaan. Akuutti kivun alaluokkia oli käytetty 22 kertaa, joista ylei-

sin oli Toimenpiteeseen liittyvä kipu, jota oli käytetty neljällä potilaalla yhteensä 12 kertaa. Alaluokkaa Traumaattinen kipu oli käytetty kahdelle potilaalle yhteensä seitsemän kertaa ja Tulehduskipu luokkaa yhdelle potilaalle kolme kertaa. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen kivunhoitoon liittyvien pää- ja alaluokkien kirjaamiskerrat on koottu taulukkoon 2.

9.3 Kipu hoitotyön toimintoluokituksessa

Suomalaisen hoitotyön Aistitoiminta komponentin kipuun liittyviä toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia oli käytetty osastoilla yhteensä 1050 kertaa (taulukko 2). Yleisin aineistossa käytetty hoitotyön toimintoluokituksen pääluokka oli Kivun seuranta ja yleisin alaluokka oli Kivun arviointi. Aineistossa oli käytetty pääluokkaa Kivun seuranta yhteensä 782 kertaa ja keskimäärin neljä kertaa potilaalla (CI 95 % 2,5–4,7). Kivun arviointi alaluokkaa oli käytetty 216 kertaa ja keskimäärin kolme kertaa potilaalla (CI 95 % 2,1–3,4). Alaluokkaa Kivun voimakkuuden mittaaminen oli käytetty kuusi kertaa.

Aineistossa oli käytetty Kivun hoito pääluokkaa yhteensä 46 kertaa 21 potilaan kohdalla. Yhdellä potilaalla kirjaamiskertoja oli keskimäärin kaksi kertaa (CI 95 % 1,0–3,4). Aineistossa ei ollut käytetty pääluokkaa Kivun hoitoon liittyvä ohjaus kertaakaan.

Aineiston mukaan 47 potilaan kohdalla kipua oli seurattu kaksi kertaa tai enemmän yhden päivän aikana. Kivun seurannan alaluokkia Kivun voimakkuuden mittaaminen oli käytetty yhdellä potilaalla ja alaluokkaa Kivun arviointi seitsemällä potilaalla kaksi kertaa tai enemmän saman päivä aikana. Kuudella potilaalla pääluokkaa Kivun hoito oli käytetty kaksi kertaa tai enemmän saman päivän aikana. Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen kivunhoitoon liittyvien pää- ja alaluokkien kirjaamiskerrat on koottu taulukkoon 2.

TAULUKKO 2. Tarve- ja toimintoluokituksen kivunkirjaamiskerrat

	Koodi	N	%
Tarveluokitus			
Komponentti Aistitoiminta	5297	209	16
Pääluokka			
Akuutti kipu	5313	1	0
Alaluokka			
Rintakipu	5314	0	0
Päänsärky	5315	0	0
Tulehduskipu	5316	3	0
Toimenpiteeseen liittyvä kipu	5317	12	1
Traumaattinen kipu	5318	7	0
Pääluokka			
Krooninen kipu	5319	19	1
Alaluokka			
Kudosvaurioon liittyvä kipu	5320	0	0
Neuropaattinen kipu	5321	0	0
Idiopaattinen kipu	5322	0	0
Syöpäkipu	5323	16	1
Toimintoluokitus			
Pääluokka			
Kivun seuranta	1535	782	60
Alaluokka			
Kivun voimakkuuden mittaaminen	1536	6	0
Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys)	1537	216	17
Pääluokka			
Kivun hoito	1538	46	4
Kivun hoitoon liittyvä ohjaus	1539	0	0
Yhteensä		1317	100

9.4 Hoitoprosessi mukainen luokitusten käyttö

Aineistossa oli määritetty 17 potilaalla kivunhoidon tarve tarveluokituksella sekä hoitotyön toiminto toimintoluokituksella. Luokituksia oli käytetty pääsääntöisesti osasto 3:lla. Neljällä potilaalla oli käytetty tarveluokituksen pää- tai alaluokkaa sekä toimintoluokituksen pääluokkaa. Neljällä potilaalla oli käytetty

tarveluokituksen pää- tai alaluokkaa sekä toimintoluokituksen pää- ja alaluokkaa. Neljän potilaan kohdalla oli käytetty tarveluokituksen pää- tai alaluokkaa sekä toimintoluokituksen kahta pääluokkaa ja alaluokkaa. Viidellä potilaalla kipua oli määritetty tarveluokituksella ja sitä oli seurattu sekä arvioitu ja hoidettu toimintoluokituksella.

9.5 Osastojen välinen vertailu

Osastolla 1 tarveluokituksen pää- ja alaluokkia oli käytetty yhden kerran ja osasto 3:lla 56 kertaa. Osastolla 3 käytetään Suomalaisen hoidon tarveluokituksen pääluokkia useammin kuin osastolla 1. Hoitotyön tarveluokituksen pääluokkaa Krooninen kipu oli käytetty kuudelle potilaalle osastolla 3 ja yhdelle osastolla 1. Pääluokkaa Akuutti kipu oli käytetty yhdellä potilaalla osasto 3:lla. Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen alaluokkia ei ole käytetty lainkaan osastolla 1, joten osastojen välistä vertailua ei voida tehdä.

Suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen kipuun liittyviä pää- ja alaluokkia oli käytetty osasto 1:llä yhteensä 242 kertaa ja osasto 3 yhteensä 808 kertaa. Pää- ja alaluokkien käytössä ei ollut suurta eroa osastoiden välillä. Toimintoluokituksen pääluokkaa Kivun seuranta oli käytetty osasto 3:lla keskimäärin kuusi kertaa potilasta kohden ja osasto 1:llä viisi kertaa potilasta kohden. Kivun seuranta pääluokan käytössä ei ollut osastojen välillä tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.219$).

Toimintoluokituksen alaluokkaa Kivun voimakkuuden mittaaminen oli käytetty osasto 3:lla viisi kertaa ja osasto 1:llä yhden kerran. Toimintoluokituksen alaluokkaa Kivun arviointi oli käytetty osasto 3:lla keskimäärin kaksi kertaa potilasta kohden ja osasto 1:llä keskimäärin viisi kertaa potilasta kohden. Osasto 1:llä on käytetty Kivun arviointi alaluokkaa enemmän, jonka tulos on tilastollisesti merkitsevä ($p= 0,001$).

Hoitotyön toimintoluokituksen pääluokkaa Kivun hoito on käytetty osasto 3:lla 37 kertaa ja osasto 1:llä seitsemän kertaa. Osastojen välillä ei ollut merkitsevää eroa Kivun hoito pääluokan kirjaamisessa ($p=0.264$). Pääluokkaa Kivun hoitoon liittyvä ohjaus ei oltu käytetty osastoilla kertaakaan. Taulukossa 3 on esitetty vain ne pää- ja alaluokat, joita on käytetty kivunhoidon kirjaamisessa.

TAULUKKO 3. Tarve- ja toimintoluokituksen pää- ja alaluokkien kirjaaminen osastoilla

	Osasto 1	Osasto 3	Yhteensä	p-arvo
Potilaita, N (%)	28(19,6)	115(80,4)	143	-
Tarveluokitus		Keskiarvo		
Komponentti Aisti-toiminta	2	5	4	0.005*
Akuutti kipu	0	1	1	-
Tulehduskipu	0	3	3	-
Traumaattinen kipu	0	7	4	-
Toimenpiteeseen liittyvä kipu	0	3	3	-
Krooninen kipu	0	3	3	-
Syöpäkipu	0	5	5	-
Toimintoluokitus				
Kivun seuranta	5	6	6	0.219
Kivun voimakkuuden mittaus	1	1	1	-
Kivun arviointi	5	2	3	0.001*
Kivun hoito	1	3	2	0.264

* Tilastollisesti merkitsevä. Tilastollisena testinä käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä.

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen ulkoista validiteettia tarkasteltaessa oleellista on tutkimustulosten yleistettävyyttä. Yleistettävyyttä on keskeinen kysymys hoitotieteellisissä tutkimuksissa, joiden otokset ovat useimmiten harkinnanvaraisesti valittuja. Peruskysymys on onko otos edustava. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 211.)

Opinnäytetyö aineiston edustavuutta paransi se, että se tehtiin saman yksikön kahdelle osastolle. Aineiston haun kahdelta osastolta haluttiin parantavan opinnäytetyön luotettavuutta muuttujien välille syntyvän vertailu mahdollisuuden takia. Myös opinnäytetyön tulosten yleistettävyyden oletettiin vahvistuvan kahden eri osaston kirjaamista tarkastellessa. Osastojen välistä vertailu luotettavuutta lisäsi se, että kirjaustiedot oli koottu aineistoon osastoittain.

Otoksen luotettavuutta lisää otoksen poistuman mahdottomuus eli vastausprosentti on 100 %. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että hoitotyön kirjaajat eivät olleet tietoisia tutkimusotoksen ajankohdasta, koska se tehtiin takautuvasti. Potilaskertomukseen kirjattuja tietoja tarkasteltiin todellisuutena, joka on olemassa ilman opinnäytetyöntekijöiden käytännökokemuksen tuomia ennakkokäsityksiä. Luotettavuutta heikentävät kirjaajien mahdolliset kirjausten tallennevirheet. Pidemmällä aineiston hakuajalla olisimme voineet minimoida tallennevirheistä johtuvat tulosten luotettavuuteen vaikuttavat inhimilliset kirjausvirheet.

Tutkimuksen eettiset ratkaisut liittyvät erityisesti tiedonhankintaa, tutkimuksen kohteena oleviin henkilöihin sekä tutkimustyön rehellisyys periaatteiden toteutumiseen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–27.) Opinnäytetyö aineisto kerättiin sähköisestä potilaskertomusjärjestelmästä ja sieltä poimitaan vain tämän opinnäytetyön kannalta oleellinen tieto eli otsikkotason tieto Aistitoimin-

ta komponentin pää- ja alaluokkien käytöstä. Aineistossa ei tullut esille potilaiden henkilöllisyyttä. Aineistosta ei myöskään tarkasteltu hoitotyön kirjaajien tietoja, jolloin kirjaajan henkilöllisyys ja ammattikunta eivät tulleet esille.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy tutkijan vastuu tutkimustulosten esityksestä. Tutkimustulokset raportoidaan niin, että tuloksia ei väärennetä eikä niistä jää mitään oleellista kertomatta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–27.) Tuloksia raportoidessa on kiinnitetty huomiota tulosten esittämiseen. Opinnäytetyön tulokset on esitetty sekä sanallisesti että taulukoin ja kuvioin helpottamaan tulosten ymmärtämistä.

10.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Kirjaamisen tärkeyttä hoitotyön toiminnan ja sen vaikutusten osoittimena on käytetty usein ilmaisua ”näkyvätön näkyväksi”. Sähköisen potilaskertomuksen ja rakenteisen kirjaamisen kehittyminen mahdollistavat tulevaisuudessa hoitotyön laadun kehittämisen, seuraamalla kirjaamisen sisältöä. Hoitotietojen kirjaamista voidaan arvioida useasta eri näkökulmasta. (Saranto & Ikonen 2008, 189.) Arvioimme opinnäytetyön tuloksia teoriaviitekehyksen ja siihen pohjautuvien Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerien sekä aikaisempien tutkimusten näkökulmasta. Opinnäytetyön tutkimusongelma ja -tehtävät linjaavat pohdintaa.

Opinnäytetyön aineiston perusteella Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerien tarkastelu on haastavaa. Tarkastelua olisi ollut luotettavampaa, jos aineisto olisi koostunut hoitotyönprosessin otsakkeista ja niiden alle kirjatusta kipuun liittyvistä tarve- ja toimintoluokituksista. Opinnäytetyön tulosten perusteella Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerit eivät täysin toteudu osastoiden rakenteisessa kirjaamisessa.

Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerejä voidaan tarkastella niiden 17 potilaan kohdalla, joiden kipua oli kirjattu sekä tarve- että toimintoluokitusta käyttäen. Voimme todeta, että näiden potilaiden kohdalla kivunhoidolle oli määritetty

tarve, kipua oli seurattu joko/sekä mittaamalla että arvioimalla ja lisäksi joidenkin potilaiden kohdalla kipua oli hoidettu. Kirjaamiskerroista voimme päätellä, että se on edennyt hoitoprosessin ja rakenteisen kirjaamisen ohjeiden mukaisesti. Tuloksien perusteella voimme olettaa, että Kivunhoidon kirjaamisen laatuksittaiset täyttyvät kolmen ensimmäisen [tarve, seuranta ja hoito] kriteerin mukaisesti. Aineiston perusteella neljännen kriteerin [vaikuttavuus] täytyminen jää epäselväksi ja viides kriteeri [ohjaus] jää kokonaan täyttymättä.

Tarveluokituksen käytön vähäisyys voi johtua siitä, että kirjaajilla ei ole riittävästi tietoa kivun mekanismeista ja ilmenemismuodoista. Hoitohenkilökunnan tiedot kivun eri ilmenemismuodoista on tärkeitä, koska he ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja vastaavat tiedon siirtymisestä eteenpäin. Raskin ja Seppälän (2002) tutkimuksen mukaan hoitajat tiesivät nosiseptiivisen-, neuropaattisen-, ja idiopaattisen kivun ilmenemismuodot. Tutkimuksen mukaan vain kolmannes vastaajista tiesi akuutin ja kroonisen kivun syntymekanismista. Akuutin kivunhoidon tehostamista ja kivun kroonistumisen ehkäisemistä edesauttaa hoitohenkilökunnan parempi tietotaso kivun kroonistumisen mekanismeista.

Hoidon tarveluokituksen pääluokan Akuutti kipu alaluokkia Rintakipu ja Päänsärky ei ollut käytetty kertaakaan. Pohdimme johtuuko se rintakipu- ja päänsärky potilaiden vähäisyydestä vai kirjataanko kipua toimintoluokituksen tai muun komponentin alle narratiivisesti. Hoidon tarveluokituksen Kroonisen kivun alaluokkia Kudosvaurioon liittyvä kipu, Neuropaattinen kipu ja Idiopaattinen kipu ei ollut kirjattu kertaakaan. Voiko alaluokkien käyttämättä jättäminen johtua siitä, että kirjaajat eivät tiedä tai ymmärrä luokkien sisältöä?

Toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia käytettiin paljon kipupotilaiden kipua kuvailtaessa (94,8 %:a kaikista kirjauksista). Hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokkien runsas käyttö voi johtua siitä, että toimintoluokituksen termit ovat konkreettisempia kuin tarveluokituksen ja ne kuvaavat selkeästi hoitotyön tekemistä. Luokista Kivun seuranta ja Kivun arviointi nousivat käytetyimmiksi luokiksi.

Laadukkaaseen kivunhoitoon kuuluu kivun säännöllinen arviointi ja sen pitäisi kuulua rutiinotoimintoihin. Asianmukaisen kivun arvioinnin tulisi sisältää yksityiskohtaiset tiedot kivun voimakkuudesta, yleisyydestä, paikasta ja siitä mitkä tekijät lisäävät tai helpottavat kipua. (Herr 2002, Kalso 2002, Palviaisen mukaan 2005, 52.) Pääluokkaa Kivun seuranta ja sen alaluokkia Kivun voimakkuuden mittaaminen ja Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys) käytettiin eniten koko aineistossa. Tuloksista nousi esille, että Kivun voimakkuuden mittaaminen alaluokkaa käytettiin viiden potilaan kohdalla ja keskimäärin yhden kerran. Tulosten perusteella kipua arvioidaan mittaamalla kaikkein vähiten ja se on epäjohdonmukaista.

Kivun voimakkuuden mittaamisen vähyydestä herää kysymyksiä onko osastoilla käytössä kipumittarit, onko hoitohenkilökunta saanut koulutusta niiden käyttöön sekä osaavatko he käyttää ja tulkita kipumittareita. Suomessa kipumittareiden käyttö on vielä hyvin vähäistä vaikka tiedetään, että kivun voimakkuuden systemaattinen arviointi tehostaa huomattavasti kivunhoitoa (Salanterä ym. 2006, 87). Kivun voimakkuuden systemaattiseen arviointiin velvoittaa myös Sosiaali- ja terveysministeriön asetus Potilasasiakirjoista (2009). Asetuksen mukaan potilaskertomukseen tulee tehdä riittävän usein merkinnät potilaan tilan muutoksista ja annetusta hoidosta. Ehdotamme, että osastoilla lisätään kipumittareiden käyttöä ja sen kirjaamista kivun hoitotyön laadun ja näkyvyyden parantamiseksi.

Useista tutkimuksista (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007; Hakala 2004; Rask & Seppälä 2002) ilmeni, että hoitohenkilökunnat käyttävät paljon kivun arviointia, mutta he kokevat sen haasteelliseksi. Tutkimusten mukaan koulutusta tarvitaan kivun arviointiin ja mittaamiseen sekä lisää tietoa erilaisista kipumittareista. Laitalan, Löflundin ja Sandbergin (2007) opinnäytetyön mukaan kivunhoitotyön merkitystä ja kipumittareiden käyttöä tulisi säännöllisin välein korostaa sekä välineistön pitäisi olla helposti saatavilla ja näkyvästi esillä työpaikoilla.

Palviaisen (2005) mukaan kivun hoidossa käytetään eniten lääkkeellisiä hoitomuotoja. Useiden tutkimusten mukaan käytössä on kuitenkin monenlaisia potilaan kipua helpottavia tai poistavia hoitotyön menetelmiä. Kivunlievitys

keinoja valittaessa potilaan omia toiveita tulisi kuunnella ja toteuttaa mahdollisuuksien mukaan. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitotyön kivun hoitomenetelmiä käytetään todella vähän. Kivun hoito pääluokan käyttökertojen perusteella hoitotyön menetelmiä kivunhoidossa käytettiin 21 kipupotilaan kohdalla.

”Tehokkaampaa kivun hoitoa, kärsimys ei jalosta ketään” -tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat tiesivät yli 40 hoitotyön kivunhoitomenetelmää. Ainoastaan kaksi sairaanhoitajaa kertoi kirjaavansa kivun hoitotyön hoitomenetelmät potilasasiakirjoihin. Tutkijat kyseenalaistivat, kuinka tieto hoitomenetelmistä ja niiden vaikutuksista potilaan kivunlievitykseen välittyy muille potilaan hoitoon osallistuville. Tutkimuksessa pohdittiin eivätkö sairaanhoitajat arvosta hoitotyön kivun hoitomenetelmiä ja lisäisikö koulutus niiden käyttöä ja kirjaamista. (Rask & Seppälä 2002.)

Opinnäytetyön tulosten perusteella voimme olettaa, että osastoilla käytetään enemmän lääkkeellisiä kivun hoitomenetelmiä. Potilaalla on oikeus pyytää ja vaatia erilaisia kivun hoitomenetelmiä ja hoitohenkilökunnalla on velvollisuus tarjota niitä mahdollisuuksien mukaan. Toivoisimme, että kivun hoidossa käytettäisiin enemmän kivun hoitotyön hoitomenetelmiä ja niiden vaikuttavuutta ja näkyvyyttä lisättäisiin dokumentoimalla sitä. Hoitotyön hoitomenetelmät ovat sekä tehokkaita että turvallisia, etenkin iäkkäille potilaille. Porrin ja Rajalan (2004) opinnäytetyön mukaan osa tutkittavista potilaista koki, että he eivät uskalla pyytää muunlaisia kivun hoitomenetelmiä, koska he pelkäsivät jäävänsä tämän vuoksi huonommalle hoidolle.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 5 §) mukaan potilasasiakirjasta tulee käydä ilmi, että potilaalle on annettu selvitys muun muassa hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Tämä velvoittaa hoitohenkilökunnan antamaan asianmukaista ohjausta kivunhoitoprosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyön tulosten mukaan pääluokkaa Kivun hoitoon liittyvä ohjaus ei ole käytetty kertaakaan. Tuloksen perusteella ei voida kuitenkaan tehdä johtopäätöstä siitä, että ohjausta ei olisi annettu. Kivun hoitoon liittyvä ohjaus on voitu kirjata narratiivisesti muiden toimintoluokitusten alle.

Hoitotyön luokitusten käytön tarkastelu antaa tietoa millaisia hoitotyön tarpeita ja toimintoja yksikössä esiintyy. Luokitusten käytöstä saatavia tilastoja ja raportteja voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä ja koulutuksen suunnittelussa. (Tanttu 2008.) Tämä opinnäytetyön tuloksista ei voida tehdä johtopäätöstä, että luokitusten käytön tarkastelu antaisi riittävän kuvan kivunhoitoprosessista. Molemmilla kohdeosastoilla kivunhoidon luokituksia käytettiin hyvin yksipuoleisesti, mutta osasto 3:lla monipuolisemmin kuin osasto 1:llä. Mielestämme osastojen välinen ero kertoo osastojen luonteen erilaisuudesta. Osasto 1:n suurin haaste tulosten mukaan on hoidon tarpeen määrittäminen ja osasto 3:lla potilas ohjaus korostuu lyhyiden hoitajaksojen takia haasteena. Molemmilla osastoilla kivun hoidon näkyvyyttä tulisi lisätä kirjaamisella.

Hiljainen raportointi asettaa omat vaatimuksensa kirjaamiselle. Molempien osastojen käytössä oleva hiljainen raportointi edellyttää kirjaajalta tarkkaa ja hyvää hoitotyön kirjaamista. Mielestämme kirjaajan tulee asettaa kivunhoidolle tarve, arvioida, mitata kipua ja hoitaa ja arvioida kivun hoidon vaikuttavuutta. Tällöin raportin saaja saa oikean kuvan potilaan kipuongelmasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Hyvä kirjaaminen on potilaan ja hoitajan oikeusturva.

Luokituksen käytön yksipuolisuuteen voi vaikuttaa kiire hoitotyössä ja toisaalta kirjaajan laiskuus. Saman asian voi kirjata narratiivisesti toisen komponentin alle esimerkiksi lääkehoidon yhteyteen, jolloin Aistitoiminta komponentin alle ei enää kirjata. Esimerkiksi kivunhoidon potilasohjaus on voitu kirjata lääkehoidon ohjauksen yhteyteen. Hoitotyön toimintojen käyttö on perusteetonta, jos hoidolle ei ole asetettu tarvetta, jolloin kivun hoitotyön tuloksellisuutta on mahdoton arvioida. Luokitusten käyttämättä jättäminen ei tarkoita sitä, että kipupotilaita olisi yksipuolisesti hoidettu osastoilla.

Kehittämiskohteiksi opinnäytetyön tuloksista nousee Suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen monipuolisempi käyttö kivunhoitoprosessin kuvaamisessa. Etenkin tarveluokituksen käytön kehittäminen lisää kivunhoidon näkyvyyttä ja hoidossa tapahtuvan päätöksenteon prosessin näkyvyyttä. Toimintoluokituksen systemaattisempi käyttö lisää kivunhoidon vaikuttavuuden näkyvyyttä. Myös hoitotyön keinojen käyttö kivunhoidossa saisi näkyä enem-

män, koska ikääntyvien potilaiden määrä tulee kasvamaan. Kehitettävää on myös potilasohjauksen dokumentoinnissa luokitusten mukaisesti.

Opinnäytetyöstä nousi jatkotutkimusaiheeksi kivunhoitoprosessin ydintietojen mukaisen luokitusten käytön ja niihin liittyvien narratiivisten tekstien analysointi kuvaamaan toteutunutta kivunhoitoa. Jatkotutkimusaiheeksi pohdimme myös kipumittareiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Eri tutkimustuloksissa ilmeni kipumittareiden käytön helpottavan kivun arviointia, mutta siitä huolimatta niiden käyttö on vähäistä. Lisäksi voisi tutkia hoitotyön kivunhoitomenetelmiä, niiden käyttöä ja vaikuttavuutta.

10.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön ideointi aloitettiin keväällä 2009. Halusimme tehdä opinnäytetyön, joka on laadullinen ja ei liity kirjaamiseen. Valitsimme aiheeksi kivunhoidon ja toimeksiantajan pyynnöstä sen rinnalle tuli systemaattisen kirjaamisen tarkastelu. Kivunhoidon ja systemaattisen kirjaamisen teorian tiedon tarkastelun myötä tutkimusmenetelmäksi muotoutui kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus.

Opinnäytetyötä aloimme työstää tutustumalla teoriaan. Kirjoitimme alustavan teoriaviitekehityksen syksyllä 2009. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen oli meille aika vieras aihe. Opintojen aikana sitä on harjoiteltu, mutta meiltä puuttui hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kokonaisuuden ymmärtäminen. Joten olemme tutustuneet paljon teorian tietoon aiheen tiimoilta. Tutkitun tiedon löytäminen Suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytöstä oli haastavaa, koska aiheesta on tehty tutkimuksia vähän. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen on selkeästi vasta juurtumassa suomalaiseen hoitotyöhön.

Tämä opinnäytetyö on meidän ensimmäinen ja olemme kokeneet sen tekemisen haasteelliseksi jo aiheen valinnankin kannalta. Haasteellisinta oli aiheen rajaaminen sekä tutkimusongelman ja tehtävien määrittäminen. Pohdimme usein opinnäytetyön eri vaiheissa olemmeko pysyneet aiheessa. Opinnäyte-

työn aineistonanalyysissä opimme paljon määrällisen tutkimuksen teosta ja analyysistä. Opinnäytetyön myötä tiedonhakutaidot ja lähdekriittisyys ovat kehittyneet. Osaamme tulevaisuudessa hyödyntää tutkittua tietoa sairaanhoitajan työssä ja hoitotyön kehittämisessä.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellista, koska yhteisen ajan löytäminen perheiden ja muiden opintojen lisäksi on ollut vaikeaa. Pitkä välimatka ei helpottanut asiaa yhtään. Prosessin aikana muutama vastoinkäyminenkin tuli eteen muun muassa aineiston haussa. Vastoinkäymiset kuitenkin kasvattivat luonnetta ja jaksoimme puristaa eteenpäin. Opinnäytetyön prosessin aikana syntyi yksi lapsi, tuli kymmenen lisäkiloa ja paljon elämän iloa. Kiitos tukemisesta ja jaksamisesta miehille.

LÄHTEET

Airaksinen, O. & Kouri, J. P. 2007. Therapia Fennica. 9 uudistettu laitos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitoipotilaan kivunhoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. Kivun hoito. Helsinki: Tammi, 127–148.

Elomaa, L. & Lauri, S. 2001. Hoitotieteen perusteet. 3.–4. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. Hoitotieteenlaitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 56–64.

Ensio, A. & Saranto, K. 1999. Tietojärjestelmien kehittäminen hoitotyöhön. Teoksessa Korpela, M. & Saranto, K. (toim.). Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY Kirjapaino yksikkö, 190–215.

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

Eriksson, K. 1988. Hoito tieteenä. 2. painos: Forssan kirjapaino Oy.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 16–20.

Hallila, L. 2005a. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 12–15.

Hallila, L. 2005b. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu – nursing audit. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 111–119.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uusitettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki (253/1999).

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

Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 97–111.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Iyer, P. W. & Camp, N. H. 1999. Nursing Documentation. A nursing process approach. Third edition. St. Louis: Mosby.

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

Jääntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A.-M. Kivun hoito. Helsinki: Tammi, 118–126.

Kalso, E. & Konttinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 52 – 63.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A.-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 104–117.

Kananen, J. 2008. Kvantti – Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja; Jyväskylän yliopistopaino.

Karjalainen, L. 2000. Tilastomatematiikka. 7. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuisma, M. & Holmström, P. 2008. Rintakipu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim). Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 255– 275.

Kuusio, K. 2007. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen – perusterveydenhuollon näkökulma. Teoksessa Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S. & Haapalainen-Suomi, S. Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun yliopisto: Tutkimuksia ja raportteja A:53/2007, 29 37.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (599/1994).

Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 25–34.

McCaffery, M. & Pasero, C. 1999. Pain. Assessment tools. Clinical manual. Second edition. St. Louis: Mosby, 58–89.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). Hoitotyön kirjaaminen Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 35–40.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–2. painos. Juva: WSOY.

Pekkala, E. 2008. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 48–55.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 237–244.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.). Kivun hoito. Tampere: Tammmer-Paino Oy, 30–38.

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

Saranto, K. 2008. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 18–32.

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

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 189–197.

Saranto, K. & Sonninen, A. L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 12–16.

Sonninen, A. L. 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 66.

Sonninen, A. L., Ensio, A. & Ikonen, H. 2008. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 80–87.

Sonninen, A. L. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 75–79.

Tantt, K. 2008. Hoitotiedon käytön malli. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 181–188.

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 112–127.

Tolppanen, E.-M. 1999. Elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Korpela, M. & Saranto, K. (toim.). Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveyshuollossa. Porvoo: WSOY kirjapainoyksikkö, 241–253.

Vainio, A. 2009a. Kroonisen kivun epidemiologia. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 64–74.

Vainio, A. 2009b. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 150–159.

Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 478–507.

Vartti, A.-M. 2000. Kipu kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.). Kivunhoito. Tampere: Tammer–Paino Oy, 39–48.

Voutilainen, T. 2003. Näyttöön perustuva päätöksenteko vanhuspalveluissa. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Näytön paikka – tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Lahti: N-Paino.

Painamattomat lähteet

Asetus Potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Sosiaali ja terveysministeriö. 2009. [Viitattu 3.10.2009]. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001; Opas terveydenhuollon henkilöstölle. 2001. Sosiaali- terveysministeriö. [Viitattu 3.10.2009]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf

Färkkilä, M. 2009. Päänsärky. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodermic. [Viitattu 1.10.2009]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=p%E4%E4ns%E4rky

Haanpää, M. 2009. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodermic. [Viitattu 22.10.2009]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=fibromyalgia

Hakala, P. 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 2/2004. [Viitattu 26.3.2010]. Saatavissa: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=7>

Hamunen, K. & Heiskanen, T. 2009. Syöpäkipu ja elämänlaatu. Kipuviesti 1/2009. [Viitattu 22.10.2009]. Saatavissa: http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV_1_09_SYOPAK_ELAMANL.pdf

Kotavainio, T. & Mäenpää, L. 2008a. Kivun arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodermic. [Viitattu 1.10.2009]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20arviointi

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2008b. Kivun fysikaaliset hoidot. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodermic. [Viitattu 1.10.2009]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20hoito

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1/2007. [Viitattu 1.10.2009]. Saatavissa:

http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/Hoitohenkilokunta.pdf

Laitala, M., Löflund, H. & Sandberg T. 2007. Aikuisen kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeinen kivun arviointi - Opas sairaanhoitajille. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Sosiaali- ja terveysala, Helsinki. Opinnäytetyö. [Viitattu 26.10.2010]. Saatavissa:

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/5951/stadia-1177432273-8.pdf?sequence=1>

Liljamo, P., Kaakkinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC - luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön kirjaamisen mallissa. [Viitattu 29.9.2009]. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Lääkätieteen termit. 2008. Terminologian tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 23.10.2009]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti

Moilanen, E. 2002. Prostanoidit ja typpioksidi tulehduksessa ja tulehduskivussa. Lääkärilehti 57(48). [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=tulehduskipu

Pahlman, I. 2002. Potilasasiakirjamerkinnot. Kipuviesti 2/2002. [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa:

http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/Potilasasiakirjamerkinnot%20Pahlman%202002%202.pdf

Palviainen, J. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Porri, R. & Rajala, R. 2004. "Kyllähän se auttaa, kun saa ajatuksia pois" — Kroonisesta kivusta kärsivien iäkkäiden potilaiden kokemuksia hoitotyön menetelmien käytöstä kivunhoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Opinnäytetyö. Jyväskylä. [Viitattu 26.3.2010]. Saatavissa: <http://batman.jamk.fi/~voyager/opin/index.php?nayta=3799>

Rask, M. & Seppälä, R. 2002. Tehokkaampaa kivun hoitoa, kärsimys ei jalosta ketään. Kipuviesti 2/2002. [Viitattu 26.3.2010]. Saatavissa: <http://suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=15&PublicArea=True>

Saari, T. 2006. Kivun hoito ensihoidossa. Kipuviesti 2/2006. [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa: http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/Kipuv_2_06_KIVUN_HOI_ENSIH.pdf

Saba, K. V. 2004-2008. Clinical Care Classification System, About; Background. [Viitattu 29.9.2009]. Saatavissa: <http://www.sabacare.com/About/Background.html>

Salanterä, S. 2008a. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. Kipuviesti 2/2008. [Viitattu 1.10.2009]. Saatavissa: http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUVIESTI_2_08_KIPUA_KOKEVAN_POTILAAN.pdf

Salanterä, S. 2008b. Akuutin toimenpiteeseen liittyvän kivun arviointi – lyhyt oppimäärä. Kipuviesti 1/2008. [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa: http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV_1_08_AKUUTIN_TOIMENPIT.pdf


Scheinin, T. & Leppäniemi, A. Äkillinen vatsakipu. [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=%C3%84killinen_vatsakipu

Tarkkila, P. 2005. Vanhusten kivun mittaus. Kipuviesti 1/2005. [Viitattu 26.3.2010]. Saatavissa: http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV2_05_VANHUSTEN_KIVUN.pdf

Tanttu, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) 5/2005 – 5/2008. PowerPoint-esitys. [Viitattu 2.2.2010]. Saatavissa: <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398&culture=fi-FI&contentlan=1>

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) 1.5.2005–31.5.2008; Loppuraportti osa 1 & osa 2. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2008. [Viitattu: 29.9.2009]. Saatavissa: <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398&culture=fi-FI&contentlan=1>

Vuorimaa, H. 2007. Hoitotoiminpiteisiin liittyvä kipu. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 20.3.2010]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/tk.koti?p_osio=&p_teos=reu&p_artikkeli=reu00173

Allekirjoitus ja sitoumus	Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, kuntayhtymän yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin luvan myöntäneelle johtavalle ylihoitajalle / johtavalle ylilääkärille.	
	<u>13 / 1 / 20 10</u>	
	<u>Heidi Järkkinen</u>	<u>Laura Hoffren</u>
	Tutkijan allekirjoitus <u>Heidi Järkkinen</u>	Tutkijan allekirjoitus <u>Laura Hoffren</u>
	Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
	Tutkimuslupapäätös lähetetään osoitteella: _____	
Puolto	<input checked="" type="checkbox"/> Puollan anomusta <input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:	<input type="checkbox"/> Puollan anomusta <input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:
	<u>13 / 1 / 20 10</u>	____ / ____ 20 ____
	<u>Sup. Keskineen</u> <u>JIRPAMARJONEN</u>	
	Allekirjoitus ja nimen selvennys	Allekirjoitus ja nimen selvennys
	<input type="checkbox"/> Puollan anomusta <input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:	<input type="checkbox"/> Puollan anomusta <input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:
	____ / ____ 20 ____	____ / ____ 20 ____
	Allekirjoitus ja nimen selvennys	Allekirjoitus ja nimen selvennys
TE TMK	Anomus mennyt tutkimuseettiseen toimikuntaan	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ____ / ____ 20 ____
	Tutkimuseettisen toimikunnan lupa myönnetty	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ____ / ____ 20 ____
Päätös	<input type="checkbox"/> Myönän tutkimusluvan <input type="checkbox"/> Tutkimuseettisen toimikunnan lupa anottava <input checked="" type="checkbox"/> Johtavan ylihoitajan päätös nro _____ <input type="checkbox"/> Johtavan ylilääkärin päätös nro _____	<input type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/> Ei tarvitse anoa 
	<u>14 / 1 / 20 10</u>	Allekirjoitus
Yhdys-henkilö kunta-yhtymässä	Nimi <u>JIRPAMARJONEN</u>	Työyksikkö <u>WUODENKASVAPUOLUT</u>
	Osoite	Puhelinyhteys <u>0600-144548</u>

Opinnäytetyö aineistomittari

Opinnäytetyön aineistomittari on tehty kuvaamaan Kivunhoidon kirjaamisen laatukriteerejä. Mittarille asetettu tavoite on, että se kuvaa mahdollisimman todenmukaisesti osastoilla toteutuvan kivunhoidon sekä sen kirjaamisen. Mittaria käytetään aineistoon osastokohtaisesti ja lopuksi arvioidaan tuloksien eroja vertaisarvioinnin avulla.

Yleinen osuus:

- Kuinka monta potilasta osastolla on?
- Kuinka monen potilaan kipua on kirjattu?
- Kuinka monta kertaa kipua on kirjattu potilasta kohti?

Hoitotyön suunnitelma

- Kuinka monta kertaa tavoite ja tarve on määritetty käyttäen hoitotyön tarveluokitusta?
- Mikä on yleisin kivunhoidon tarveluokitus?
- Kuinka monta kertaa hoitotyön tarveluokituksen alaluokkia on kirjattu?

Hoitotyön toteutus

- Kuinka monta kertaa kipua on seurattu?
- Kuinka monta kertaa kivun voimakkuutta on mitattu?
- Kuinka monta kertaa kipua on arvioitu?
- Kuinka monta kertaa kivun seuranta on seurannut kivunhoito?
- Kuinka monta kertaa potilaat ovat saaneet ohjausta kivunhoitoon?
- Mikä on yleisin hoitotyön toimintoluokituksen otsake? Mistä se johtuu?

Hoitotyön arviointi

- Ei voida tulkita aineistosta

Yleistä

- Kuinka monta kertaa tarveluokitusta on seurannut toimintoluokitus?
- Kuinka monen potilaan hoito on edennyt kivunhoitoprosessin mukaisesti?

Vertaisarviointi

- Miten osastot eroavat toisistaan kivunhoitoprosessin kirjaamisessa?
- Kummalla osastolla kivunhoitoa kirjataan enemmän?
- Kummalla osastolla tarve- ja toimintoluokituksia on käytetty enemmän/vähemmän? mistä se johtuu?
- Kummalla osastolla kivun mittaamisessa on käytetty kipumittareita enemmän/vähemmän?
- Kummalla osastolla kipua on arvioitu enemmän?
- Kummalla osastolla kivun hoito otsikkoa on käytetty enemmän?
- Kummalla osastolla potilaita on ohjattu enemmän kivunhoitoon?