



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyspotilaan kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaiminen

Haukirauma, Kati
Sutela, Maija-Liisa

2016 Leppävaara

Laurea-ammattikorkeakoulu
Leppävaara

Alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytspotilaan kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaaminen

Kati Haukirauma
Maija-Liisa Sutela
Tulevaisuuden tietojohdaminen
sosiaali- ja terveysalalla YAMK
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2016

Kati Haukirmaa & Maija-Liisa Sutela

Alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyspotilaan kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaaminen

Vuosi

2016

Sivumäärä

64

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisen tilaa sekä potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon ja ohjaukseen alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen läpikäyvien potilaiden osalta HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä. Työn tavoite oli parantaa alkuraskauden lääkkeellisten raskaudenkeskeytyspotilaiden saamaa ohjausta sekä kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamista kehittämällä HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikköön yhdenmukaiset kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisohjeet kyseiselle potilasryhmälle.

Työ toteutettiin toimintatutkimuksena. Aineistoa analysoitiin työssä sekä määrällisesti että laadullisesti. Raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen nykytila kuvattiin kuiluanalyysimallin avulla. Sen jälkeen laadittiin kirjallisuuden perusteella kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisen analysoimiseksi arviointikriteeristö. Arviointikriteeristön avulla analysoitiin kotona raskaudenkeskeytyksen tehneiden potilaiden ja osastolla raskaudenkeskeytyksen tehneiden potilaiden hoitokertomukset kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisen osalta. Tavoitteena oli saada kumpaankin ryhmään kaksikymmentä analysoitavaa hoitokertomusta. Kotikeskeyttäjien ryhmä saatiin täyteen (n=20), mutta osastolla olleiden ryhmä jäi merkittävästi pienemmäksi, aineiston määrän ollessa neljä (n=4). Aineiston analyysin ja tulosten tarkastelun jälkeen laadittiin HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikköön ohje alkuraskauden raskaudenkeskeytyspotilaiden kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamiseksi.

Arviointikriteeristön avulla tehty hoitokertomusten analyysi osoitti sekä osastolla että poliklinikalla kirjaamisen tason vaihtelevaksi. Kirjaaminen ei noudattanut HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä sovittuja käytäntöjä. Vaikka osastolla hoidettujen potilaiden ryhmä jäi haluttua pienemmäksi eikä tuloksia voida yleistää, on tulosten perusteella osoitettu selkeä tarve kirjaamisen kehittämiseksi. Kotikeskeyttäjien ryhmän tulosten perusteella ilmeni, että poliklinikalla annettu ohjaus on kirjaamisen perusteella hyvin niukkaa. Tulosten perusteella todettiin todellinen tarve kivunhoidon ja ohjaamisen ohjeelle.

Opinnäytetyön tulosten ja kirjallisuuden perusteella laaditun kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisohjeen avulla voidaan jatkossa saavuttaa tasalaatuisempaa raskaudenkeskeytyspotilaiden ohjaamista ja kirjaamista HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä. Ohjeen käyttö voidaan laajentaa alkuraskauden raskaudenkeskeytyspotilaista kaikkiin raskaudenkeskeytyspotilaisiin.

Asiasanat: hoitotyö, kipu, kirjaaminen, ohjaaminen, lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Kati Haukirmaa & Maija-Liisa Sutela

The nursing documentation of pain and patient guidance concerning patients undergoing medical termination of pregnancy at under nine weeks

Year	2016	Pages	64
------	------	-------	----

This study examines the nursing documentation regarding pain and overall guidance nurses give their patients that are undergoing medical termination of pregnancy at under nine weeks. The purpose of this study was to improve the quality of patient guidance and the documentation of both pain management and patient guidance concerning the previously mentioned patient group. The study was conducted at the department of Gynecology in Helsinki University Central Hospital (HUCH). As a result the study was used to produce an instruction of documentation for nurses.

This study was based on the action research method and both qualitative and quantitative methods were used to analyze data. The present stage of patient guidance concerning patients undergoing medical termination of pregnancy was described using the gap analysis model of service quality. After that, a literature research was conducted, followed by producing evidence based criteria to analyze clinical nursing documentation. After analyzing the data with the criteria, the rest of the data was analyzed using content analysis. The data consisted of electronic patient records and was divided into two groups: patients that underwent the medical termination of pregnancy at home and patients that were treated in the hospital ward. The aim was to get twenty patients to each group. The number of patients that were home at the time of the medical termination of pregnancy was achieved easily (n=20), but during the time set for data gathering, the group that was treated in the hospital was considerably smaller (n=4).

The results showed that nursing documentation was not as accurate as agreed at the gynecological wards in HUCH. Although the data of the patients treated in hospital was lower than desired (n=4) and is most certainly not to be generalized, the results showed that improvements whilst documenting are needed. The group that underwent medical termination of pregnancy at home (n=20) were according to the nursing documentation of the outpatient clinic given very little guidance besides the minimum. Based on these results, there is a real need for an instruction on how to document pain and patient guidance.

A part of this thesis was to produce an instruction based on the findings of this study and literature on how to document patient records of patients undergoing medical termination of pregnancy. Using this instruction the patients can receive homogeneous guidance and nursing documentation. The instruction can be extended to be used with all patients undergoing termination of pregnancy no matter the gestational weeks. The criteria created by this study can be used to evaluate the state of nursing documentation concerning pain management and patient guidance at the department of Gynecology in HUCH in the future.

Keywords: nursing, pain, nursing documentation, patient guidance, medical termination of pregnancy

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämissympäristö.....	7
2.1	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	7
2.2	HYKS Naistentautien ja synnytysten tulosityksikkö	8
2.3	Alle 9 viikkoisen raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku HYKS-alueella	10
3	Tietoperusta	12
3.1	Keskeiset käsitteet.....	12
3.2	Raskaudenkeskeytykset Suomessa	14
3.2.1	Raskaudenkeskeytystä ohjaava lainsäädäntö.....	14
3.2.2	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys.....	15
3.2.3	Kirurginen raskaudenkeskeytys	17
3.3	Hoitotyön kirjaaminen	17
3.3.1	Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet.....	18
3.3.2	HUS:n ohjeistus laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen	21
3.4	Akuutin kivun hoitotyö	22
3.5	Potilasohjaus	26
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	28
5	Kehittämistyön toteutus	29
5.1	Kehittämismenetelmän kuvaus	29
5.2	Raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen nykytilan kuvaus kuiluanalyysimallin mukaan	31
5.3	Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön kirjaamisen ja ohjaamisen arviointi .	35
5.3.1	Kotikeskeyttäjien aineiston analysointi	37
5.3.2	Osastokeskeyttäjien aineiston analysointi	41
5.4	Kirjaamisohjeen kehittäminen.....	45
5.5	Tuotetun kirjaamisohjeen testaaminen ja käyttöönotto.....	46
6	Kehittämistyön arviointi	46
6.1	Kehittämistyön menetelmien ja tulosten arviointi.....	46
6.2	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	50
6.3	Jatkokehittäminen ja johtopäätökset	52
	Lähteet	53
	Kuvat	57
	Kuviot	58
	Taulukot	59
	Liitteet.....	60

1 Johdanto

Nuorten naisten tekemien raskaudenkeskeytyksien määrä on saatu 2000-luvulla vihdoin laskuun Suomessa. Nuorten raskaudenkeskeytysten määrä kääntyi kasvuun 1990-luvun puolivälissä. Tähän reagoitiin muun muassa poistamalla jälkiehkäisyreseptipakko yli 15-vuotiailta ja tekemällä seksuaalikasvatuksesta pakollinen osa koulujen opetussuunnitelmaa. Vuonna 2002, jolloin nuorten naisten raskaudenkeskeytysten määrä oli korkeimmillaan, tehtiin vielä 16,3 keskeytystä tuhatta alle 20-vuotiasta naista kohti, kun vuonna 2014 luku oli laskenut 9,2:een. Tämä oli vähemmän kuin kertaakaan sitten vuoden 1970 raskaudenkeskeyttämistä koskevan lainsäädännön voimaantulon. Eniten raskaudenkeskeytyksiä vuonna 2014 tehtiin 20-24-vuotiaille (16,8/1 000 vastaavan ikäistä naista). (THL 2015.)

Nuorten kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä ei ole aiemmin tutkittu maailmanlaajuisesti, vaan he ovat olleet osa isompaa tutkimusmateriaalia. Tämä opinnäytetyö on osa HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä tehtävää etenkin nuorten raskaudenkeskeytyspotilaiden kokeman kivun tutkimusta, joka käynnistyi keväällä 2016. Tutkimusta johtaa Kätilöopiston sairaalan ylilääkäri, dosentti Oskari Heikinheimo. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehdään kyselytutkimus 120 potilaalle, jotka tekevät raskaudenkeskeytyksen ennen raskausviikkoa 9. Tutkimuksen toisessa vaiheessa tehdään lääkekokeilu raskausviikoilla 9-20 toteutettavien raskaudenkeskeytysten kipuja helpottamaan. Ensimmäisen vaiheen kyselyssä kyselylomake annetaan nuorten potilaiden lisäksi yli 25-vuotiaille potilaille verrokkiryhmän saamiseksi. Tässä opinnäytetyössä keskitytään tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineistoon, eli alle 9 viikkoisille raskaudenkeskeytyspotilaille suunnatun kyselytutkimuksen tuloksiin potilaiden iästä riippumatta.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisen tilaa sekä potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon ja ohjaukseen alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen läpikäyvien potilaiden osalta HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä. Työn tavoite oli parantaa alkuraskauden lääkkeellisten raskaudenkeskeytyspotilaiden saamaa ohjausta sekä kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamista kehittämällä HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikköön yhdenmukaiset kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamishojeet kyseiselle potilasryhmälle.

HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä ei ole yhtenäistä kirjaamishojetta raskaudenkeskeytyspotilaiden kivunhoidon ja ohjaamisen suhteen, koska jokainen yksikkö on sähköisen kirjaamisen tullessa saanut muodostaa omat käytäntönsä kirjaamisen osalta. Organisaatiomuutosten myötä raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitopaikat ovat muuttuneet ja kirjaamiskäytännöt sekoittuneet. Tämän opinnäytetyön myötä HYKS:n Naistentautien ja synnytysten

tulosityksikköön saadaan yhtenäiset kirjaamiskäytännöt alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen kivunhoidon ja ohjaamisen osalta.

2 Kehittämissympäristö

2.1 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, eli HUS, on 24 jäsenkunnan muodostama kuntayhtymä. Uusmaalaisten kuntien perustama kuntayhtymä aloitti toimintansa 1.1.2000. HUS on nykyisin jaettu alla olevan kuvan (Kuva 1) mukaisesti sairaanhoitoalueisiin, joista suurin on HYKS-sairaanhoitoalue. Muita sairaanhoitoalueita ovat Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan sekä Porvoon sairaanhoitoalueet. HUS on Suomen suurin sairaanhoitopiiri, ja HYKS maamme suurin ja merkittävin sairaala, sillä sinne on keskitetty muun muassa kaikki Suomessa tehtävät elinsiirrot. (HUS 2016a.)



Kuva 1. HUS:n sairaanhoitoalueet (HUS 2016a).

HUS on Suomen toiseksi suurin työnantaja, jonka palveluksessa oli vuoden 2015 lopussa 22.425 henkilöä. Hoidettujen potilaiden lukumäärä vuonna 2015 oli 541.558. (HUS 2015a.) HUS:n toimintaa ohjaa sille asetetut arvot ja strategia. HUS:n arvot ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. Strategialla HUS:ssa tarkoitetaan kuntayhtymän valtuuston hyväksymää tavoite- ja toimintaohjelmaa, joka uudistetaan valtuustokausittain. HUS:n strategia rakentuu HUS:n arvojen perustalta. Nykyinen strategia on voimassa vuodet 2012-2016, ja sen nimi on ”HUS - edelläkävijä”. Kyseisen strategian visiona on, että HUS on kansainvälisesti korkeatasoinen, uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaiden tutkimus ja hoito on sekä laadukasta, oikea-aikaista, turvallista että asiakaslähtöistä. Visioon sisältyy myös ajatus

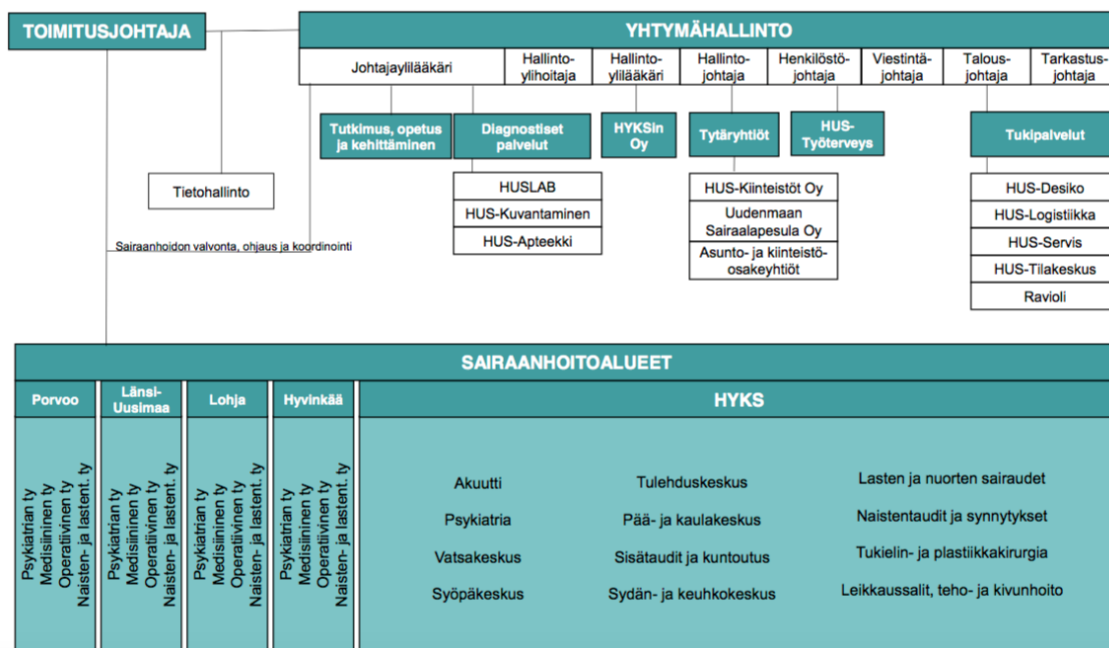
siitä, että HUS:n palvelutuotanto olisi kilpailukykyistä ja sen yksiköt olisivat vetovoimaisia työpaikkoja. Alla olevassa kuvassa (Kuva 2) on kuvattuna nykyinen strategia. (HUS 2016a.)



Kuva 2. ”HUS - edelläkävijä”, strategia vuosille 2012-2016. (HUS 2016a.)

2.2 HYKS Naistentautien ja synnytysten tulossyksikkö

HYKS:ssä toteutettiin vuonna 2014 mittava organisaatiomuutos, jonka tuloksena sen neljä tulossyksikköä jaettiin uudelleen kahdeksitoista tulossyksiköksi, jotka luetellaan alla olevassa kuvassa (Kuva 3). Aiemmin HYKS:n tulossyksiköt oli jaettu samoin, kuin muilla HUS:n sairaanhoitoalueilla. (HUS 2016a.)



Kuva 3. HUS:n toiminnallinen organisaatiokaavio (HUS 2016a).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä (NaiS), joka toimii kolmessa kiinteistössä pääkaupunkiseudulla. Kiinteistöt ovat Naistenklinikka, Kätilöopisto sekä Jorvin sairaala. Tulosyksikkö jakautuu hallinnollisesti neljään linjaan, jotka ovat lapsivuodeosastohoito, synnytysten ja naistentautien päivystystoiminta, naistentautien leikkaustoiminta sekä naistentautien- ja äitiyspoliklinikkatoiminta. Opinnäytetyö sijoittui sekä naistentautien- ja äitiyspoliklinikkatoiminnan linjaan että naistentautien leikkaustoiminnan linjaan, sillä osastolla toteutettavat raskaudenkeskeytykset hoidetaan samoilla osastoilla, jossa leikkauspotilaatkin ovat. HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä hoidetaan vuosittain lähes 40.000 naistentautien potilasta ja henkilökuntaa tulosyksikössä on noin 950. (HUS 2016b.)

Kätilöopisto on tällä hetkellä Suomen suurin synnytyssairaala. Synnytysten lisäksi sairaalassa hoidetaan myös naistentautipotilaita, joihin raskaudenkeskeytyspotilaatkin kuuluvat. Kätilöopistolla on Naistenklinikan remontin aikana kaksi naistentautien vuodeosastoa, jotka molemmat hoitavat raskaudenkeskeytyspotilaita. (HUS 2015b.) Vuonna 2013 Kätilöopistolla ja Naistenklinikalla hoidettiin yhteensä 3074 raskaudenkeskeytyspotilasta (Taulukko 1). Valtaosalla, eli 2326:lla heistä raskaudenkesto oli alle 9 raskausviikkoa, 415:lla raskaudenkesto oli 9-12 viikkoa ja 120:lla yli 12 raskausviikkoa. Valtaosa raskaudenkeskeytyksistä toteutettiin lääkkeellisesti, sillä kaavintakeskeytyksiä oli vain 213 kappaletta. Alle raskausviikolla 9 suoritetuista raskaudenkeskeytyksistä 2030 oli niin sanottuja kotikeskeytyksiä, ja 296 potilasta hoidettiin sairaalassa. Kaikki yli 9:llä raskausviikolla suoritetut raskaudenkeskeytykset hoidetaan sairaalassa. (HYKS NaiS 2015.)

Raskausviikot ja keskeytystapa	2013	2012	muutos
koti (alle 9rv)	2030	1207	823
alle 9 sairaalassa	296	326	- 30
9-12	415	441	- 26
yli 12	120	127	- 7
kaavinta	213	336	- 123
Yhteensä	3074	2437	637

Taulukko 1. Raskaudenkeskeytyspotilaiden määrä HUS:n Naistensairaalassa.

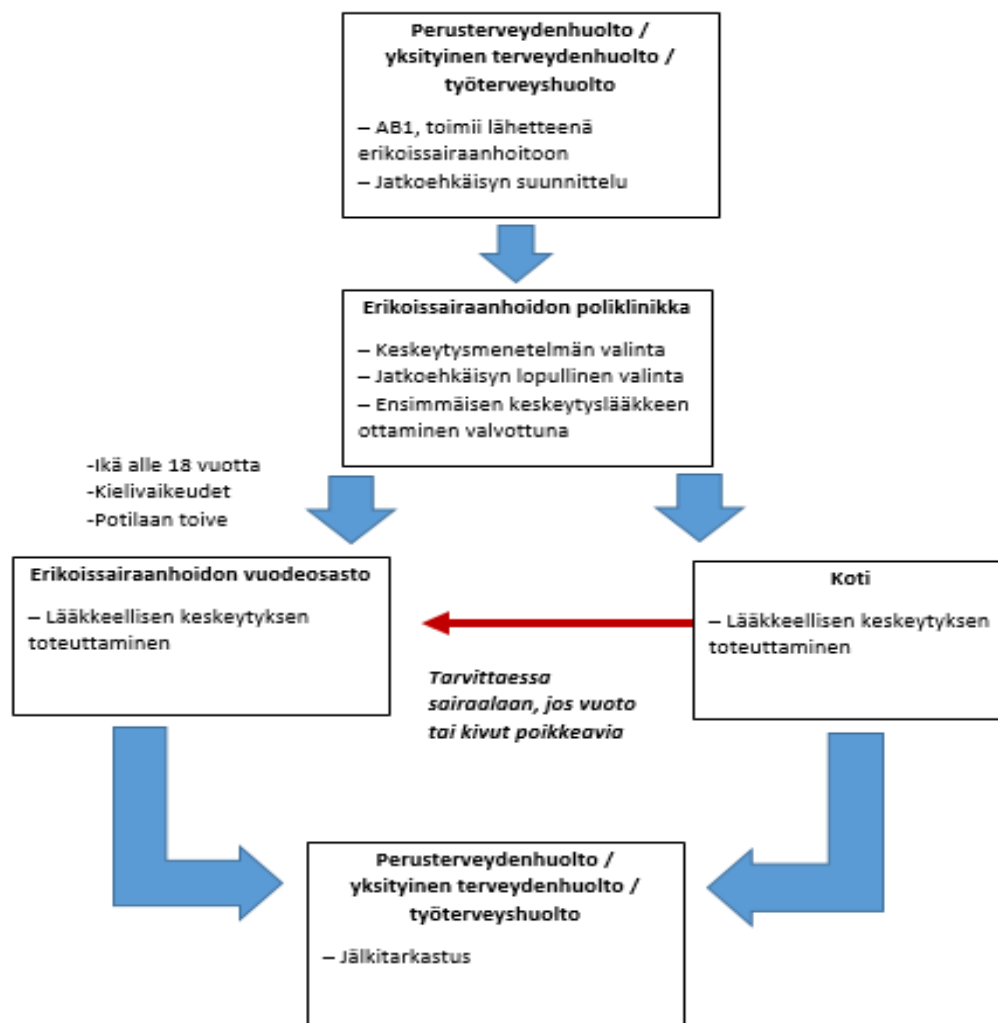
Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kätilöopiston sairaalan ylilääkärin Oskari Heikinheimon tutkimusryhmän kanssa. Tutkimusryhmään kuuluu ylilääkäri Heikinheimon lisäksi gynekologian erikoislääkäri, gynekologiaan erikoistuva lääkäri, kaksi anestesia- ja kipulääketutkimuksen erikoislääkäriä sekä tutkimushoitaja. Heikinheimon ryhmän tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa voimakasta kiputuntemusta ennakoivia tekijöitä sekä arvioida nykyisen kipulääkehoito- ja kivunlievityksen riittävyyttä. Heikinheimon tutkimuksessa verrataan teini-ikäisten ja aikuisten naisten tarvitsemää kipulääkitystä ja sen riittävyyttä sekä kivun kokemusta lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä. Lisäksi tutkimuksessa verrataan nykyistä kivunhoitokäytäntöä potilaan itse kontrolloimaan kivunhoitoon kipupumpulla satunnaistetussa kliinisessä tutkimuksessa. Heikinheimon ryhmän tutkimus toteutetaan kaksivaiheisena. Ensimmäinen osa on otantatutkimus, jossa verrataan kivun kokemusta ja kipulääkityksen riittävyyttä kahdessa eri ikäryhmässä alle yhdeksännellä raskausviikolla lääkkeellisessä keskeytyksessä olevilla potilailla. Vertailu toteutetaan kyselytutkimuksen avulla. Tutkimuksen toisessa vaiheessa verrataan satunnaistetussa lääketutkimuksessa kipupumpulla toteutettua potilaskontrolloitua kivunlievitystä nykikäytännön mukaiseen kipulääkitykseen osastolla olevilla yli 10. raskausviikolla lääkkeellisessä keskeytyksessä olevilla naisilla. Tutkimuksen ensimmäinen vaihe alkoi keväällä 2016 ja toinen vaihe toteutetaan vuosina 2016-2018. (Heikinheimo, Kemppainen, Mentula, Ahonen & Palkama 2016.) Heikinheimon tutkimusryhmän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehdään siis kyselytutkimus 120 potilaalle, jotka tekevät raskaudenkeskeytyksen ennen raskausviikkoa 9. Ensimmäisen vaiheen kyselyssä kyselylomake annetaan nuorten potilaiden lisäksi yli 25-vuotiaille potilaille verrokkiryhmän saamiseksi. Tässä opinnäytetyössä keskitytään ainoastaan Heikinheimon ryhmän tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineistoon, eli alle 9 viikkoisille raskaudenkeskeytyspotilaille suunnatun kyselytutkimuksen tuloksiin potilaiden iästä riippumatta.

2.3 Alle 9 viikkoisen raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku HYKS-alueella

Raskaudenkeskeytystä hakeva nainen hakeutuu ensin perusterveydenhuollon tai yksityisen terveydenhuollon yksikön piiriin, jossa lääkäri kirjoittaa AB1-lomakkeen, joka toimii myös lähetteenä erikoissairaanhoidon. Toinen allekirjoittaja on sairaalassa keskeytyksen toteuttava tai siitä vastaava lääkäri. (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013.) Alla olevassa kuvi-

ossa (Kuvio 1) kuvataan alle 9 viikkoa kestäneen raskauden raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoketju HYKS-alueella. AB1-lomakkeen saatuaan potilas varaa itse ajan erikoissairaanhoidon ja tuo lomakkeen poliklinikkakäynnille mukanaan. Poliklinikkakäynnillä varmistetaan raskaudenkesto ultraäänellä sekä valitaan keskeytysmenetelmä ja jatkoehkäisy. Vuonna 2013 HYKS-alueella lääkkeellisen keskeytyksen alle 12 raskausviikkoa kestäneissä raskauksissa valitsi noin 93 % potilaista, kaavintakeskeytykseen päätyi vain 7 % potilaista. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys aloitetaan antamalla potilaalle mifepristonia 200mg per os joko ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä tai uudella ajalla. Mifepristonin jälkeen odotetaan 1-3 vuorokautta, minkä jälkeen aloitetaan kohdun tyhjennys misoprostolin avulla joko vaginaalisesti tai kielen alle annosteltuna. Alle 9 raskausviikkoa kestänyt raskaus voidaan keskeyttää osittain kotona, jolloin potilas käy poliklinikalla ottamassa mifepristonin ja saa kipulääkkeet sekä misoprostolin mukaansa kotona otettavaksi. Alaikäiset, tietyn perussairauden omaavat, puutteellisesti ohjeet ymmärtävät, sekä ne potilaat, joilla ei ole kotona täysikäistä seuraa tai jotka vain toivovat sairaalakeskeytystä, saapuvat sairaalaan keskeytyksen toteuttamista varten. Potilaille annetaan vaginaalisesti 0,8mg misoprostolia, jonka jälkeen heitä seurataan sairaalassa kolmen tunnin ajan. Mikäli vuoto ei ole tuon ajan kuluessa alkanut, saavat he vielä 0,4mg misoprostolia, ja heitä seurataan kipujen varalta noin tunnin verran. Tämän jälkeen he pääsevät kotiin, ja heitä ohjataan ottamaan yhteyttä naistentautien päivystykseen, mikäli vuoto ei ala kahden vuorokauden kuluessa. Tällöin misoprostoli voidaan uusia tai sopia kohdun kaavintatoimenpite. (HYKS 2011, 72-74; HYKS NaiS 2013.)

Osittaisen kotikeskeytyksen valinneet potilaat saavat ottaa yhteyttä sairaalaan, mikäli vuoto tai kivut ovat kotona odotettua voimakkaammat. Tällöin he voivat päästä kivunhoitoon ja seurantaan osastolle. Kohtu tyhjentyy riittämättömästi 2-5 %:ssa tapauksista, jolloin joudutaan tekemään kaavinta. Raskaus jatkuu vain alle 1 %:ssa tapauksista. Raskauden jatkumisriskin vuoksi potilas ohjataan varaamaan jälkitarkastusaika perusterveydenhuoltoon ennen raskausviikon 12 täyttymistä, koska on pieni mahdollisuus, että raskaus ei keskeydy. Jälkitarkastus on tärkeä myös siksi, että voidaan varmistaa jatkoehkäisy ja asettaa esimerkiksi kierukka. (HYKS 2011, 72-74; HYKS NaiS 2013.)



Kuvio 1. Alle 9 viikkoisen raskaudenkeskeytspotilaan hoitopolku HYKS-alueella. (HYKS NaiS 2013.)

3 Tietoperusta

3.1 Keskeiset käsitteet

Tämän opinnäytetyön keskeisimpiä käsitteitä ovat lääkkeellinen raskaudenkeskeytys, hoito-työ, kirjaaminen, kipu ja ohjaaminen.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys (medical termination of pregnancy) tarkoittaa kotimaisen kielten keskuksen laatiman kielitoimiston sanakirjan (2014) mukaan lääkärin suorittamaa luvallista raskauden keskeyttämistä, eli aborttia sen varhaisvaiheessa. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys perustuu kahden lääkkeen vaikutukseen. Lääkkeet otetaan 1-3 vuorokauden välein. Lääkkeellisen keskeytyksen etuna on kohtuun kohdistuvan toimenpiteen ja anestesian välttäminen. (HUS 2016c.)

Hoitotyö (nursing) on Leino-Kilven ja Välimäen (2014, 23) mukaan hoitotieteeseen perustuva ammatillista hoitamista. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto, ICN (2010), määrittelee hoitotyö -käsitteen sisältävän kaikenikäisten ihmisten, sairaiden ja terveiden, perheiden, yksilöiden ja ryhmien sekä yhteisön hoitamisen joko itsenäisesti tai yhteistyössä toisten kanssa. Hoitotyön käsite kattaa kansainvälisen sairaanhoitajaliiton mukaan terveyden edistämisen, sairauden ehkäisemisen sekä sairaiden, vammaisten ja kuolevien hoitamisen. Leino-Kilven ja Välimäen (2014, 23) määritelmän mukaan hoitotyötä toteuttavat hoitotyöntekijät, joita ovat eriasteiset sairaan- ja terveydenhoitajat, lähihoitajat ja kättilöt. Tässä opinnäytetyössä hoitotyöllä tarkoitetaan kaikkea hoitotyöntekijöiden toteuttamaa ammatillista hoitoa.

Kirjata (document) -verbi tarkoittaa kotimaisten kielten keskuksen laatiman kielitoimiston sanakirjan (2014) mukaan kirjaan, luetteloon, rekisteriin tms. merkitsemistä, tallentamista ja rekisteröimistä. Hallilan (2005, 6-10) mukaan kirjaaminen hoitotyössä on monimutkainen prosessi, jonka tulee olla näyttöön perustuva. Hoitotyön kirjaaminen on Hallilan (2005) mukaan potilaan hoitoon liittyvien asioiden säännöllistä kirjaamista potilasasiakirjoihin. Nykäsen ja Junttilan (2012, 12) mukaan hoitotyön kirjaaminen on tehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti. Heidän mukaansa terveydenhuollon moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää, että hoitotyön kirjaaminen tukee hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa ja päätöksentekoa ja että kirjattu tieto on ajantasaisena hyödynnettävissä siellä, missä sitä tarvitaan. Kirjaamisen tehtävänä on luoda hoidon jatkuvuudelle ja etenemiselle pohja. Tässä opinnäytetyössä kirjaamisella tarkoitetaan nimenomaan hoitotyön kirjaamista, jolla puolestaan tarkoitetaan hoitotyöntekijöiden potilaan hoitoon liittyvien asioiden kirjaamista potilasasiakirjoihin.

Kipu (pain) määritellään inhimilliseksi peruskokemukseksi ja rinnastetaan usein kärsimykseen, vaikka sanat eivät olekaan synonyymejä (Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhä 2012, 137). Kielitoimiston sanakirja (2014) määrittelee kivun sanoilla fyysinen tuska, särky, kirvely, kivistys, poltto ja pakotus tai muu sellainen. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys, IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi aistimukseksi tai tunnekokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein (IASP 2012). Tässä opinnäytetyössä kivulla tarkoitetaan nimenomaan lääkkeellisen raskaudenkeskeytyspotilaan kokemaa akuuttia kipua.

Ohjaaminen (patient guidance) on Elorannan ja Virkin (2011) mukaan ”*tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa. Ohjauksella pyritään siihen, että ohjattava ymmärtää hoidon, palvelun, muutoksen tms. merkityksen ja hän kokee voivansa vaikuttaa siihen*”. Ohjaustilanteessa annettava

tieto on selkokieleistä tietoa asioista, joista potilas haluaa tietää ja joista hoitaja haluaa potilaan tietävän. Ohjauksessa on huomioitava potilaan aiemmat kokemukset, uskomukset, asenteet sekä ohjauksen tarve. Lisäksi ohjauksen vastaanottamiseen vaikuttaa potilaan tunnetila, motivaatio ja tiedon vastaanottokyky. (Eloranta & Virkki 2011, 19.) Lipposen (2014, 13) väitöskirjan mukaan ohjaus osana ammatillista toimintaa edellyttää terveydenhuoltohenkilöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti. Tässä opinnäytetyössä ohjaamisella tarkoitetaan hoitotyöntekijöiden antamaa informaatiota lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen valinneille potilaille.

3.2 Raskaudenkeskeytykset Suomessa

Suomessa tehtiin vuonna 2014 9.800 raskaudenkeskeytystä (THL 2015). Näistä hoidettiin HUS:n Kättilöopiston ja Naistenklinikan alueella noin 2500 kappaletta.

3.2.1 Raskaudenkeskeytystä ohjaava lainsäädäntö

Suomessa on laillista tehdä raskaudenkeskeytys aina raskausviikkoon 24 asti, edellyttäen, että sikiöllä on jokin todettu vika. Muissa kuin sikiöstä johtuvissa tilanteissa laki sallii raskaudenkeskeytyksen raskausviikkoon 20 asti. Laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970) sallii raskauden keskeyttämisen alla olevissa (Taulukko 2) tapauksissa.

...kun raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen naisen sairauden, ruumiinvian tai heikkouden vuoksi vaarantaisi hänen terveytensä
...kun naisen tai hänen perheensä elämänotot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen ja hoito olisi hänelle huomattava rasitus
...kun nainen on saatettu raskaaksi rikoslaissa tarkemmin kuvatuissa olosuhteissa
...kun nainen raskaaksi saatettaessa ei ollut täyttänyt seitsemäätoista vuotta tai oli täyttänyt neljäkymmentä vuotta taikka kun hän on jo synnyttänyt neljä lasta
...kun on syytä otaksua, että lapsi olisi vajaamielinen tai että lapsella olisi tai lapselle kehitysi vaikea sairaus tai ruumiinvika
...kun jommankumman tai kummankin vanhemman sairaus, häiriytynyt sieluntoiminta tai muu niihin verrattava syy vakavasti rajoittaa heidän kykyään hoitaa lasta

Taulukko 2. Lain 239/1970 sallimat syyt raskaudenkeskeytykselle.

Laissa raskauden keskeyttämisestä (239/1970) on keskeyttämistä pyytävälle annettava selvitys raskauden keskeyttämisen merkityksestä ja vaikutuksista ennen raskauden keskeyttämistä.

Lain mukaan naiselle, jolle on suoritettu raskauden keskeyttäminen, on annettava ehkäisy- neuvontaa, niin kuin siitä asetuksella tarkemmin säädetään.

Raskaus on jo lainkin mukaan keskeytettävä niin aikaisessa vaiheessa kuin mahdollista. Muun syyn kuin naisella olevan sairauden tai ruumiinvian vuoksi ei raskautta saa keskeyttää kahdennentoista raskausviikon jälkeen. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira voi kuitenkin, jollei nainen raskaaksi saatettaessa ollut täyttänyt seitsemäätoista vuotta tai jos siihen muuten on erityistä syytä, antaa luvan raskauden keskeyttämiseen myöhemminkin, ei kuitenkaan kahdennenkymmenennen raskausviikon jälkeen. Valvira voi antaa luvan raskauden keskeyttämiseen myös, jos lapsivesi- tai ultraäänitutkimuksella, serologisilla tutkimuksilla taikka muulla vastaavalla luotettavalla tutkimuksella on todettu vaikea sikiön sairaus tai ruumiinvika. Tämä lupa on mahdollista saada 24 raskausviikkoon asti. (Laki 239/1970.)

Raskaus voidaan keskeyttää ennen 12 raskausviikkoa kahden lääkärin lupapäätöksellä tai asetuksella tarkemmin säädettyissä tapauksissa vaihtoehtoisesti Valviran luvalla. Yhden lääkärin lupa riittää, jos nainen raskaaksi saatettaessa ei ollut täyttänyt seitsemäätoista vuotta tai oli täyttänyt neljäkymmentä vuotta taikka kun hän on jo synnyttänyt neljä lasta. Kahden lääkärin lupapäätös sisältää kummankin erikseen antaman, yksityiskohtaisesti perustellun kirjallisen lausunnon. Lääkäreistä on toisen oltava raskauden keskeyttämisestä lausunnon antava ja toisen keskeyttämisen suorittava. Lausunnonantaja- tai suorittajalääkärillä ei ole oikeutta perusteettomasti kieltäytyä ottamasta keskeyttämispyyntöä vastaan. Jos kahden, tai aiemmin mainitussa yhden lääkärin luvan tapauksessa, lääkärin päätös on kielteinen, voidaan lupa raskauden keskeyttämiseen pyytää Valvirasta. (Laki 239/1970.)

3.2.2 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Lääkkeellisiä raskaudenkeskeytyksiä on suoritettu jo antiikin ajoista lähtien. Alastairin, Christin-Maitren, Bouchardin ja Spitzin vuonna 2000 kirjoittamassa artikkelissa syvennyttään eri lääkevaihtoehtoihin lääkkeellisen raskaudenkeskeyttämisen tuomiseksi kaavintakeskeytysten tilalle ensimmäisen raskauskolmanneksen keskeyttämismuotona. Hedelmöittyneen alkion kiinnittyminen kohdun limakalvolle on monivaiheinen prosessi, joka on riippuvainen pääosin progesteronista. Raskaudenkeskeytyksissä käytettävien lääkkeiden teho perustuukin suuresti siihen, että ne estävät progesteronisynteessin, minkä lisäksi ne aiheuttavat kohtulihaksen supistumista. Artikkelin johtopäätös oli, että alle 50 vuorokautta kestäneistä raskauksista keskeytyi 92-98% käyttäen lääkeyhdistelmää mifepristoni ja misoprostoli. (Alastair et al 2000.) Nykypäivänä lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä käytettäviä lääkkeitä oli tarjolla jo vuonna 2000, jolloin myös Suomessa alettiin suorittamaan lääkkeellisiä raskaudenkeskeytyksiä käyttäen edellä mainittujen kahden lääkkeen, mifepristonin ja misoprostolin, yhdistelmää.

Lääkkeistä mifepristoni on antiprogesteroni, joka estää raskauden jatkumiselle välttämättömän progesteriinin sitoutumisen reseptoriinsa ja tekee kohdun limakalvosta otollisempaa prostaglandiinille, jota misoprostoli on. (Suhonen & Heikinheimo 2011, 172-173.) Misoprostoli on rekisteröity Suomessa vielä tänäkin päivänä käytettäväksi vain mahahaavan hoidossa ja sen estossa (Fimea 1992), mutta Käypä Hoito-suositus suosittelee käyttämään lääkettä Fimean käyttöaiheesta ja annossuosituksesta poiketen (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013). Misoprostolia käytetään lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen lisäksi myös ennen kirurgista raskaudenkeskeytystä, sillä se pehmentää kohdunsuuta ja siten ehkäisee toimenpiteen aikaisia komplikaatioita kuten kohdunsuun repeämistä ja kohdun perforaatiota (Suhonen & Heikinheimo 2011, 171). Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys voidaan toteuttaa myös osittain kotona, kun raskaus on kestänyt alle 9 viikkoa (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013). Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen vasta-aiheita ovat epäily kohdunulkopuolisesta raskaudesta, poikkeava vuototaipumus tai antikoagulanttihoito, sepelvaltimotauti, vaikea hoitoon reagoimaton astma sekä yliherkkyys käytettäville lääkkeille (Suhonen & Heikinheimo 2011, 172).

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys perustuu siis kahden lääkkeen vaikutukseen. Lääkkeet otetaan 1-3 vuorokauden välein. Lääkkeellisen keskeytyksen etuna on kohtuun kohdistuvan toimenpiteen ja anestesian välttäminen. Joskus kohtu kuitenkin tyhjenee lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä epätäydellisesti, jolloin on tarpeen tehdä vielä kaavinta. (HUS 2016c.) Lääkkeellisesti toteutetun raskaudenkeskeytyksen haittana on jonkin verran runsaampi ja pidempi vuoto, kuin kirurgisesti hoidetussa keskeytyksessä. Kohtu tyhjentyy riittämättömästi 2-7 %:ssa tapauksista ja tällöin joudutaan tekemään yleensä kaavinta. Raskaus jatkuu vain alle 1 %:ssa tapauksista. (HYKS 2011, 72.) Keskeytysmenetelmien komplikaatioriskit on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 3). Koska lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä käytettävät lääkkeet saattavat lisätä sikiövaurioiden mahdollisuutta, raskaudenkeskeytystä ei lääkityksen aloittamisen jälkeen voi riskeittä perua (HUS 2016c).

Kirurginen raskaudenkeskeytys	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys
Kohdun perforaatio 0,2-0,7 %	-
Verensiirtoa edellyttävä runsas verenvuoto 0,1 %	Runsas verenvuoto < 1 %
Epätäydellinen tyhjentyminen 2-3 %	Epätäydellinen tyhjentyminen <ul style="list-style-type: none"> • <9 viikkoa 2-7 % • 9-12 viikkoa 3-12 %
Raskauden jatkuminen < 1 %	Raskauden jatkuminen < 1 %
Tulehdus 4-9 %	Tulehdus 3-6 %

Taulukko 3. Keskeytysmenetelmien komplikaatiot Suhosen & Heikinheimon (2011, 171) mukaan.

Anderssonin, Gemzell-Danielssonin ja Christenssonin (2014) kolmessa Tukholman sairaalassa tekemässä tutkimuksessa kartoitettiin raskaudenkeskeytyksiä hoitavien sairaanhoitajien ja kätilöiden kokemuksia sekä oletuksia lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten hoitamisesta. Haastattelujen tulosten mukaan lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten hoitaminen vaatii hoitajalta ammatillista tietämystä, empatiaa sekä kykyä pohtia asiaa eettiseltä kannalta. Haastatellut kokivat, että vaikeita tilanteita on helpompi hallita, kun on kertynyt enemmän tietoa ja kokemusta aiheesta. Tutkimuksen tulosten mukaan raskaudenkeskeytyspotilaita hoitavien koulutus, mentorointi ja kokeneempien kollegojen tuki auttaa sairaanhoitajien ja kätilöiden ammatillisen itsetunnon kasvua, mikä taas helpottaa vaikeissa tilanteissa. (Andersson et al 2014.)

3.2.3 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Imukaavinta voidaan tehdä, jos raskaus on kestänyt alle 12 viikkoa. Toimenpide tehdään anestesiasa, ja koska kyseessä on kajoava toimenpide, saa potilas edeltävästi antibioottisuojaan. Kaavintakeskeytysten määrä on kuitenkin laskenut merkittävästi viimeisen viidentoista vuoden aikana, sillä yhä useampi raskaudenkeskeytys tehdään lääkkeellisesti. Vuonna 2000 ensimmäisen raskauskolmanneksen keskeytyksistä tehtiin kaavinnalla 89 %, kun taas vuonna 2012 kaavinta tehtiin enää 7 %:ssa raskaudenkeskeytyksistä. (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013.) Turvallisin aika kaavintakeskeytykselle on raskausviikoilla 7-8. Alle raskausviikolla 7 toteutetussa kaavintakeskeytyksessä on suurempi riski raskauden jatkumiselle. (HYKS 2011, 72.)

3.3 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on hoitoyöntekijän suorittamaa potilaan hoitoon liittyvien asioiden säännöllistä kirjaamista potilasasiakirjoihin. Potilasturvallisuuden ja hoitoyöntekijöiden oikeusturvan kannalta on tärkeää, että kirjaaminen on reaaliaikaista, virheetöntä ja potilaiden oikeuksia kunnioittavaa. (Hallila 2005, 5.) Hoitotyön kirjaamisessa on Lukkarin, Kinnusen ja Kortin (2013, 109) sekä Hallilan (2005, 10-34) mukaan oleellista se, että potilaasta kirjataan vain potilaan voinnin ja hoidon kannalta oleelliset asiat. Kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa, ja tehdä hoitotyön päätökset näkyviksi sekä sisältää arviointia. Salanterän, Hagelbergin, Kaupplan ja Närhen (2006, 102-103) mukaan kirjaamisesta tulee aina selvittää se, miten potilasta on hoidettu ja mitä vaikutuksia tehdyillä toimenpiteillä on ollut potilaan kannalta. Säännöllinen kirjaaminen takaa hoidon jatkuvuuden, suunnittelun sekä toteutuksen ja arvioinnin mahdollisuuden. Lukkarin ym. (2013) ja Hallilan (2005) tavoin myös Salanterä ym. (2006) korostavat sitä, että potilasasiakirjoihin tulee kirjata vain se, mikä on potilaan tilanteen kannalta oleellista tietoa.

Hyvän hoitotyön kirjaamisen laadullisia kriteerejä ovat Lukkarin ym. (2013, 105) mielestä kirjaamisen loogisuus, ymmärrettävyys, selkeys ja potilaalle oleellisten asioiden esittäminen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta. Kirjaaminen sisältää selkeän kuvan potilaan hoidollisista ongelmista sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Kirjaamisen tulee olla laadukasta ja heijastaa hoitotyön perustavoitetta eli terveyden edistämistä. Sailo (2000, 98-99) kuvailee hyvän hoitotyön kirjaamisen kriteeriksi sen, että potilaan hoidollisista tarpeista sekä hoitotyön tavoitteista ja tuloksista välittyy selkeä kokonaiskuva.

3.3.1 Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet

Erilaiset lait ja asetukset määrittävät potilaan hoidon kirjaamista potilasasiakirjoihin (Lukkari et al. 2013, 108). Hoitotyön kirjaamista koskevia lakeja ovat Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Hallintolaki 434/2003, Henkilötietolaki 523/1999 ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Lisäksi merkittävällä tavalla hoitotyön kirjaamista ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 ja Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) opas potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä (STM 2012). Hoidon kirjaamiseen vaikuttavat lait, asetukset ja ohjeet on esitetty taulukossa 4.

1062/1989	Erikoissairaanhoidolaki
559/1994	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä
434/2003	Hallintolaki
785/1992	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
523/1999	Henkilötietolaki
298/2009	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista
1326/2010	Terveydenhuoltolaki
159/2007	Laki sosiaali- ja terveysalan asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
2012	STM:n opas potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä

Taulukko 4. Terveydenhuollon kirjaamiseen vaikuttavat lait, asetukset ja ohjeet

Terveydenhuoltolain 1326/2010 tarkoitus on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, työ- ja toimintakykyä, hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyteen liittyviä eroja. Lisäksi lailla halutaan yhdenvertaistaa terveyspalveluiden laatua, saatavuutta ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. Terveydenhuoltolaissa määritellään terveydenhuollon toiminta sekä näyttöön että hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaksi toiminnaksi. Lisäksi laissa terveydenhuollon toiminta on määritetty täyttämään tiettyjä kriteereitä. Näitä

kriteereitä laissa ovat toiminnan turvallisuus, laatu ja asianmukainen toteutus. Terveystietolaissa on määritelty, että potilasasiakirjat muodostavat yhdessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa yhtenäisen potilastietorekisterin. Potilastietorekisteriä ovat lain mukaan oikeutettuja käyttämään henkilöt, jotka osallistuvat jollakin tapaa potilaan hoitamiseen. Jokaisesta käyttäjästä tai potilaan tietoja katsovasta henkilöstä jää merkintä tietojen katsomisesta potilastietorekisterin ylläpitäjille. (Finlex 2010.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Suunnitelma tulee laatia potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja sitä tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen. Jos potilaan kanssa ei voida laatia suunnitelmaa, tulee hänen läheisensä, omaisensa tai laillisen edustajansa olla mukana suunnitelman laatimisessa. (Finlex 1992.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista 298/2009 määritellään tarkasti tiedot, jotka potilasasiakirjoihin on kirjattava. Asetuksen mukaan potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot sekä terveydenhuollon toimintayksikössä toimivan ammattihenkilön nimi ja asema. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin kirjatusta tiedosta tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosyö, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee laatia merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (Finlex 2009.) Myös hallintolaki 434/2003 määrää, että viranomaisen on käytettävä asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä (Finlex 2003).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 määrittää, että terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveystietolaissa on lain mukaan ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Terveystietolaissa on lain perusteella tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat. Lisäksi laissa säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus on laatia ja säilyttää potilasasiakirjat

sekä pitää salassa niihin sisältyvät tiedot kuten potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa 785/1992 säädetään. (Finlex 1994.)

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989 määrää, että kuntien on järjestettävä tarpeellinen erikoissairaanhoito terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän toteuttamiseksi kuntien on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Lakiin vuonna 2004 tehty muutos määrää, että sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Lisäksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on lain mukaan huolehdittava tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Finlex 1989.) Hallilan (2005, 19) mukaan tämä velvollisuus huolehtia tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta voidaan ulottaa tarkoittamaan myös hoitotyön kirjaamista ja sen kehittämistä.

Henkilötietolaki 523/1999 toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia silloin, kun käsitellään henkilötietoja. Lain tarkoituksena on myös edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Laissa määrätään henkilötietojen käsittelystä. Laki määrää esimerkiksi sen, että henkilötietoja saa käsitellä vain, kun siihen on rekisteröidyn suostumus. Tietojen käsittelyä koskeviin yleisiin periaatteisiin kuuluu huolellisuusvelvoite, käyttötarkoitussidonnaisuus, yhteysvaatimus ja tietojen laatua koskevat periaatteet, joita ovat tarpeellisuusvaatimus ja virheettömyysvaatimus. Laissa on määritelty arkaluonteisten tietojen käsittelyä koskevat säännöt. Arkaluonteisia tietoja ovat henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta koskevat tiedot. Myös henkilöön kohdistuneet hoito- ja toimenpiteet ja niihin verrattavat toimet ja niihin liittyvät kaikki asiakirjat ovat arkaluonteiksi määriteltyjä. (Finlex 1999.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti. Lain mukaan asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. Sähköisestä asiakasasiakirjasta tulee lain mukaan olla vain yksi alkuperäinen tunnisteella yksilöity kappale. Asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä asiakas, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antaja, muu asiakastietojen käsittelyn osapuoli ja näiden edustajat sekä tietotekniset laitteet tulee tunnistaa luotettavasti. (Finlex 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2012 päivittämään potilasasiakirjaoppaaseen on koottu keskeisimmät potilasasiakirjojen käsittelyä koskevat säännökset. Oppaan tarkoituksena on antaa kokonaiskuva siitä, mitä säännöksiä potilasasiakirjojen käsittelyssä tulee noudattaa ja miten potilasasiakirjat tulee laatia. Potilasasiakirjaoppaan mukaan potilaskertomukseen saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt, ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilasasiakirjamerkintöjä tekevän terveydenhuollon ammattihenkilön on huolehdittava siitä, että hänen tekemänsä merkinnät ovat virheettömiä, selkeitä ja ymmärrettäviä. Potilasasiakirjaoppaan mukaan potilaskertomukset palvelevat potilaiden hoitoa sekä siihen liittyvää kommunikatiota terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden kesken.

3.3.2 HUS:n ohjeistus laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen

Hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmä on laatinut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ohjeet hoitotyön kirjaamiseen. ”Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa” on viimeksi päivitetty keväällä 2011. Kyseisen käsikirjan tarkoituksena on kuvata laadukas hoitotyön kirjaaminen HUS:ssa sähköiseen hoitokertomukseen siirryttäessä. Käsikirjassa kuvataan sekä kirjaamisen rakennetta että sisältöä. Käsikirjan mukaan potilaiden hoitoon liittyvien tietojen tulee olla käytössä viivytyksettä ja kirjaamisen tulee näin ollen olla oikea-aikaista. Jotta tietoa voidaan hyödyntää tehokkaasti ja paikasta riippumatta, tulee kirjaamisen olla yhdenmukaista. (HUS 2011.)

Jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta tulee tehdä asianmukaiset merkinnät potilaskertomukseen. Tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa ilmetä potilaan tulosityy, esitiedot, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta. Potilaan tulosityy kirjataan hoitokertomukseen jo lähetteen perusteella ja tietoa täydennetään tarpeen mukaan jälkeinpäin. Esitiedot kartoitetaan jo tulotilanteessa potilaan tullessa hoitoon. Esitietojen kerääminen on kumulatiivista, jolloin jo kerätyt esitiedot ovat käytettävissä ja tarpeen mukaan täydennettävissä. HUS:n käyttämässä potilastietojärjestelmässä, Uranuksessa, on esitieto-osiossa 20 otsikkoa. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa ohjaa esimerkein kunkin otsikon sisällön. Otsikoista kirjataan vain niihin, jotka kunkin potilaan kohdalla ovat tarpeen. Esimerkiksi ”Taustatiedot” -otsikolle kirjataan perussairaudet sekä merkittävät aiemmat sairaudet ja sairaalahoidot. Mikäli potilaalla ei ole perussairauksia tai merkittäviä aiempia sairauksia tai sairaalajaksoja, kyseisen otsikon alle kirjataan tieto siitä, että potilas on perusterve. (HUS 2011, 2-8.)

Hoitotyön suunnittelu on päätelmien tekoa eli hoidon tarpeiden ja potilaan ongelmien määrittämistä ja priorisointia. Hoitotyön suunnitelma tehdään sekä hoitajaksokohtaisesti että päivittäin. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa ohjaa suunnitelman tekemistä otsikko kerrallaan sisältöesimerkein. Suunnittelutason otsikoita HUS:n käyttämässä Uranus-

potilastietojärjestelmässä on viisi, joista yhden alla lisäksi neljä alaotsikkoa. Hoidon toteutusta kuvaavista merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä, ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä on hoidon kuluessa tehty. Hoidon toteutus ja potilaan vointi sekä hoidon välitön vaikutus tulee kirjata viiveettä. Hoidon toteutuksen kirjaamiseen Uranuksesta löytyy 17 otsikkoa, joista osa on alaotsikoita. Otsikoiden sisällön käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa ohjaa esimerkein. Esimerkiksi ”Potilaan/ läheisen ohjaus ja tukeminen” -otsikolle tulee kirjata annetun ohjauksen ja tiedon sisältö. Mikäli annettu ohjaus on perustunut kirjalliseen materiaaliin, riittää viittaus kyseiseen materiaaliin. ”Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus, erityishuomiot” -otsikolle tehdään lääkkeiden antokirjaukset ja arvioidaan lääkehoidon vaikuttavuus. Lisäksi kyseiselle otsikolle kirjataan tarvittaessa lääkehoidon aikana ilmenneitä erityishuomioita. (HUS 2011, 9-16.)

Hyvän kirjaamisen ajatellaan kuvastavan hyvää hoitotyötä. Jatkuva hoitotyön arviointi mahdollistaa potilaan yksilöllisen hoidon. Hoidon arvioinnissa tulee kuvata, miten potilaan hoidon tarpeisiin on vastattu, saavutettiin tavoitteet ja mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui. Potilaan näkemys hoidosta on tärkeää kirjata jokaisella käynnillä tai hoitopäivällä. Hoidon arviointia kuvaavia otsikoita löytyy Uranuksesta 21, ja käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa ohjaa sisältöesimerkein kirjaamisen otsikoille. (HUS 2011, 16-17.)

3.4 Akuutin kivun hoitotyö

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on luonut vuonna 2013 hoitotyön suosituksen koskien aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeistä lyhytkestoista kivun hoitotyötä. Tässä opinnäytetyössä käytetään samaa suositusta, vaikka kyseessä ei olekaan kirurginen toimenpide, sillä akuutin kivun hoitotyö, jota lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä toteutetaan, on kuvattu hyvin suosituksessa. Hotuksen suosituksen tarkoituksena on esittää tieteellistä näyttöä kivun hoitotyön prosessin eri vaiheisiin. Myös Duodecim on luonut yhteistyössä Suomen Anestesiologiyhdistyksen sekä Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen kanssa Käypä hoito -suositusten kivusta (2015). Kyseinen suositus on suunnattu lähinnä perusterveydenhuollon henkilöstölle, eikä se käsittele akuuttia kipua. Suosituksessa on kuitenkin kuvattu kivun arviointia ja lääkkeettömien menetelmien käyttöä kivunhoidossa ja näiltä osin myös Käypä hoito-suositusta käytetty tässä opinnäytetyössä kirjaamisen arviointikriteeristöä laadittaessa.

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys, IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi aistimukseksi tai tunnekokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaaurio tai jota kuvataan kudosaurion käsittein (IASP 2012). Lyhytkestoinen eli akuutti kipu on yleensä varoitusmerkki elimistöä uhkaavasta vaarasta, kuten haavasta tai tulehduksesta, jonka vuoksi se on elintärkeä hengissä säilymiselle. Akuutti kipu on

lähes aina nosiseptiivistä, jolloin kivun syynä on hermoa ympäröivän kudoksen vaurio tai vaurion uhka. Akuutti kipu muun muassa heikentää hengitysfunktiota, rasittaa verenkiertoelimistöä, lamaa suolentoimintaa, aiheuttaa virtsaumpea sekä aikaansaa hormonaalisia stressivasteita. (Hotus 2013, 3.) Voimakkaan akuutin kivun aiheuttamien neurohumoraalisten vasteiden ansiosta elimistö pystyy kompensoimaan elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa, kuten esimerkiksi ylläpitämällä verenpainetta hypovolemian yhteydessä kivun aiheuttamien hormonien vapauduttua. Voimakas kipu estää rintakehän tai vatsan alueen kiputilojen yhteydessä kunnollisen hengittämisen ja yskimisen, minkä vuoksi se johtaa hapettumisen heikkenemiseen. Akuutin kivun patofysiologia tunnetaan, ja sitä voidaan nykyään hoitaa tehokkaasti. (Kalso et. Vainio 2004, 86-87.) Kirurgiseen toimenpiteeseen, ja tässä opinnäytetyössä käsiteltävään raskaudenkeskeytykseen liittyvä akuutti kipu häviää tavallisesti kudosvaurion ja sen seurannaisvaikutusten paranemisen myötä. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, jonka jokainen kokee eri tavoin, vaikka kivun voimakkuus olisi samanlainen, sillä aiemmat kipukokemukset voivat altistaa tai herkistää kivulle tilanteen toistuessa. (Hotus 2013, 3-5.)

Hotuksen suosituksessa (2013) todetaan, että potilasohjaus vähentää toimenpiteeseen liittyvää ahdistusta ja pelkoa sekä parantaa potilaan kivunhallintakeinoja. Potilas siis tarvitsee tietoa kivusta sekä sen arvioinnista ja hoidosta. Kivunhoidossa on huomioitava muun muassa potilaan pelko, ahdistus, masennus, sukupuoli, aiemmat kipukokemukset, elämänlaatu, päihteiden käyttö, toimintakyky sekä perhesuhteet. (Hotus 2013, 8-10; Kipu: Käypä hoito - suositus 2015.) Kipupotilaan ohjauksen tavoitteena on, että tällä on riittävästi tietoa kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidoista sekä käytettävissä olevista hoitomenetelmistä, jotta hän kykenee tekemään omaan kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä. Usein kivunhoidon epäonnistuminen johtuu puutteellisesta tiedosta, eli käytännössä puutteellisesta ohjauksesta. (Salanterä et al. 2006, 91-92.) Oleellista ohjauksessa on, että ammattilaisten potilaalle antama tieto ja neuvot ovat yhdenmukaisia, koska ristiriitaiset ohjeet voivat hämmentää potilasta ja heikentää hänen luottamustaan hoitoon. Ohjaustilanteen lopussa olisi hyvä tehdä yhteenveto, jossa kerrataan tärkeimmät kohdat ja varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. (Kipu: Käypä hoito - suositus 2015.) Tutkimusten mukaan potilaat, jotka tietävät mitä on tapahtumassa, kokevat vähemmän kipua kuin potilaat, jotka eivät ole saaneet ohjausta ennen kipua aiheuttavaa toimenpidettä. Tieto vähentää myös pelkoa ja ahdistusta, mikä puolestaan vähentää kipua. (Salanterä et al. 2006, 92.)

Kivunhoitoa voidaan toteuttaa myös lääkkeettömin menetelmin, ja niitä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista (Kipu: Käypä hoito - suositus 2015). Hoitajalla tulee olla tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, jotta tämä voi suositella niitä potilaille. Näistä esimerkiksi akupunktio edellyttää erityiskoulutusta. Muita menetelmiä ovat muun muassa hieronta, kylmä- ja lämpöhoidot, asentohoidot sekä hermostimulaatiolaite, eli TNS. (Hotus 2013, 17-18;

Kipu: Käypä hoito - suositus 2015.) Kipua voidaan hallita myös musiikin, rentoutusmenetelmien, ohjatun mielikuvaharjoittelun ja kofeiinin avulla sekä suuntaamalla huomion pois kivusta. Hoitotyön tutkimussäätiö toteaa hieronnan lievittävän toimenpiteeseen liittyvää kipua ja vähentävän potilaan ahdistusta. Rentoutusmenetelmät sen sijaan auttavat potilasta hallitsemaan kipuaan. (Hotus 2013, 18-19.)

Raskaudenkeskeytyspotilaan kivunhoidossa voidaan lääkkeiden lisäksi käyttää myös synnytyksessä käytettäviä aqua-rakkuloita, jotka pistetään ihon sisään pahimpiin kipupisteisiin selkään tai vatsalle. Papuloita laitetaan kahdesta kuuteen kohtaan 0,1 - 0,2 ml kerrallaan. Aqua-rakkuloiden laittaminen on kivuliasta, mutta kipu kestää alle puoli minuuttia. Aqua-rakkuloiden vaikutus perustuu todennäköisesti siihen, että veden kivulias injisointi ihon sisään ärsyttää pistokohdassa paikallisesti, mikä vaikuttaa kivun johtumiseen ja aktivoi kehon omat puolustusmekanismit kipua kohtaan. Myös lämmin suihku voi toimia kivunlievittämismenetelmänä. Vesi rentouttaa lihakset ja rentoutuminen edistää kohdunsuun avautumista. Veden käyttäminen kivunlievittämistarkoituksessa voi tutkimusten mukaan vähentää lääkkeellistä kivunlievitystarvetta. Alaselkään tai -vatsalle suunnattu suihku tai lämpöpussi helpottavat kipuja. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 247-248.)

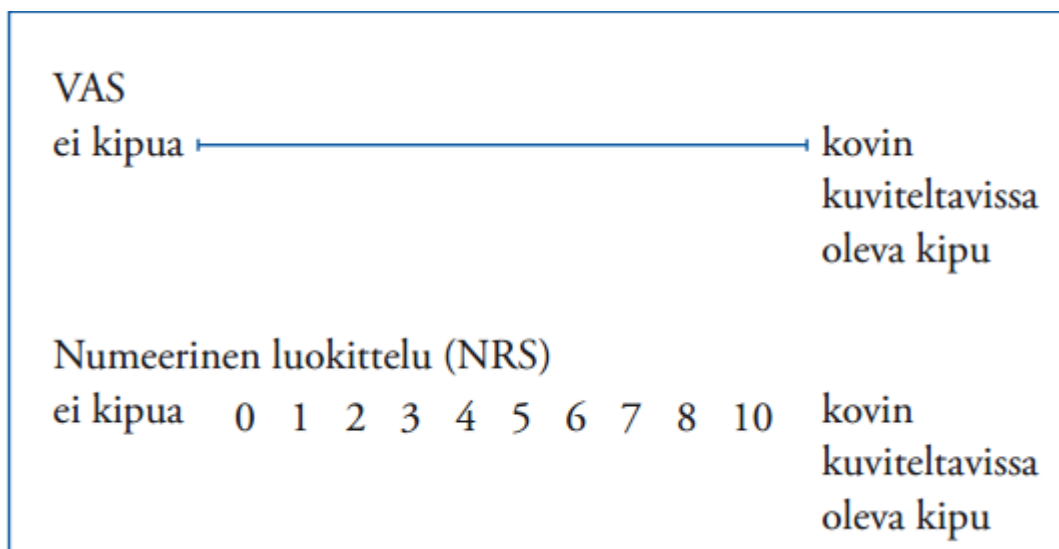
Kivun kokemisessa mielen tapahtumat vaikuttavat elimistöön ja elimelliset tapahtumat mieleen. Tämä vuorovaikutus säätelee kivun kokemista ja sen ilmaisuja. Potilaan emotionaalinen tila, asenteet ja odotukset vaikuttavat siis myös kivun kokemiseen. (Hotus 2013, 5.) Kivunsaätelykyky liittyy varhaisessa vuorovaikutussuhteessa saatuun hoivaan ja lohdutukseen sekä opittuun rauhoittamisen kykyyn. Näiden avulla on myöhemmin mahdollisuus rauhoittaa kehoa ja mieltä kipua kokiessa. On tavallista asennoitua kipuun jännittämällä sitä vastaan ja pyrkimällä työntämään se mielestään. Ihminen oppii kipukokemuksiin reagoimisen perustan vuorovaikutuksessa. Jokaiseen vaikuttaa se, miten tämän vanhemmat ovat suhtautuneet itseensä kipua kokiessaan, ja miten heihin on vanhempien suunnalta suhtauduttu itsensä loukkaamisen tai sairastumisen yhteydessä. Myöhempi kivun kokeminen aktivoi nämä tiedostamattomat sisäiset vuorovaikutusmallit heijastuen muun muassa siihen, miten yksilö hakee apua sekä siihen, miten itse ja oireiluun suhtaudutaan. Kyky tavoittaa rauhallinen mielenkokemus on keskeistä kipukokemuksen säätelyssä, itsensä tynnyttelyssä ja lohduttamisessa. (Martin 2015.)

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon jo Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) perusteella. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitotyöntekijöitä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon. (Salanterä et al 2006, 102.) Hyvä kivunhoito hoitohenkilökunnan näkökulmasta tarkoittaa tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvien kivun arviointi- ja hoitovaihtoehtojen valintaa

sekä käyttöä ja jatkuvaa arviointia. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa sitä, että hänen kokemustaan kivusta kuunnellaan ja otetaan todesta sekä hoidetaan yksilöllisesti. Kivunhoito onkin terveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä, ja kipua tulee seurata yhtä säännöllisesti kuin verenpainetta, lämpöä ja hengitystä. Kipu tulee siis myös kirjata potilasasiakirjoihin. (Hotus 2013, 3; Salanterä et. al 2006, 75.)

Hotuksen suosituksen mukaan kivusta tulisi kirjata joka työvuorossa vähintään kerran. Kirjauksista tulee näkyä potilaan kokemus kivusta, eli kivun sijainti ja sen voimakkuus sekä levossa että liikkeessä, käytetty kivun hoitomenetelmä, kivunhoidon teho sekä sen mahdolliset haittavaikutukset. Potilas arvioi kipunsa voimakkuutta käyttämällä itse valitsemaansa kipumittaria, joita ovat VAS, NRS, VDS/VRS sekä FPS. Samaa mittaria käytetään koko hoitajakson ajan, ja valittu mittari kirjataan potilasasiakirjoihin. Kipua kysytään säännöllisesti ja aina tarvittaessa erilaisissa tilanteissa. Potilaan kertoman kipukokemuksen lisäksi havainnoidaan potilaan kipukäyttäytymistä. Potilasasiakirjoissa tulee kivunhoidon osalta olla seuraavat asiat merkittävänä: lääkemääräyksen antaja, merkinnän tekijän nimi, asema sekä merkinnän ajankohta, kivunhoidon toteutusmenetelmä, onko kivunhoidon aikana ilmennyt jotain erityistä, minkälaisia päätöksiä kivunhoitoa koskien on tehty ja millä perusteilla, kivunhoidon tehon arviointi, potilaan lääkeaineallergiat, potilaan mahdollinen kieltäytyminen kivunhoidosta, päivittäisen huumiot potilaan kivusta ja sen hoidosta. (Hotus 2013, 12-20.) Hoidon vaikutusten arviointi onkin yhtä oleellista kuin kivun tunnistaminen ja sen hoito. Akuuttiin kipuun annetun lääkityksen tehoa tulisi arvioida noin 20-30 minuutin kuluttua lääkkeen antamisen jälkeen. Kivunhoito on onnistunut vasta, kun se on tehokasta. Hoidon vaikutusta seurataan arvioimalla kipua samalla kipumittarilla kuin ennen lääkkeen antamista. Hoidon onnistuminen riippuu asetetuista tavoitteista, tavoite voi esimerkiksi olla, että kipulääkityksen jälkeen kipu on tasolla 0-3 NRS-asteikolla mitattuna, jolloin asteikkoa on enemmän tavoitteen saavuttamiseen. Ilman kivun ja sen luonteen, hoidon ja sen vaikutusten vaikutuksen kirjaamista potilasasiakirjoihin ei voida puhua hoidon jatkuvuudesta. (Salanterä et. al 2006, 101.)

Kivun mittaaminen on tärkeää hoitovasteen arvioinnissa. Alla on esitetty kaksi yleisimmin käytettyä kipumittaria (Kuva 4.). Yleisimmin käytetty kipumittari on NRS, eli *numeral rating scale*, jossa kivulle annetaan numero välillä 0 ja 10 alla olevan kuvan mukaisesti. VAS-asteikko eli *visual analogue scale* on 10 cm pitkä, vaakasuora jana. Janan vasen reuna vastaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipua, ja oikea reuna vastaavasti pahinta mahdollista kipua. Potilas merkitsee janan leikkaavan pystysuoran viivan kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Janan sijaan voidaan käyttää kipukiilaa, jolloin kiilan kasvaminen kuvaa kivun voimistumista. VAS-arvo kirjataan potilaskertomukseen asteikolla 0-100. (Kalso & Vainio 2004, 41.)



Kuva 4. VAS-jana ja NRS-luokittelu. (Duodecim 2008, 2.)

Muita käytössä olevia kipumittareita ovat muun muassa lähinnä lapsia varten kehitetty kasvoasteikko FPS (facial pain scale), sekä sanallinen asteikko VRS/VDS (verbal rating/descriptor scale). Kasvoasteikossa kuvataan viidellä erilaisella ilmeellä kivun voimakkuutta. VRS-mittarilla kipua arvioidaan asteikolla 0-4. Tällöin 0 tarkoittaa, ettei kipua ole lainkaan ja vastaa vasti 4 sitä, että kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso et. Vainio 2004, 41.)

3.5 Potilasohjaus

Elorannan ja Virkin (2011) mukaan ohjaus on ”*tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa. Ohjauksella pyritään siihen, että ohjattava ymmärtää hoidon, palvelun, muutoksen tms. merkityksen ja hän kokee voivansa vaikuttaa siihen*”. Ohjaustilanteessa annettava tieto on selkokieleistä tietoa asioista, joista potilas haluaa tietää ja joista hoitaja haluaa potilaan tietävän. Ohjauksessa on huomioitava potilaan aiemmat kokemukset, uskomukset, asenteet sekä ohjauksen tarve. Lisäksi ohjauksen vastaanottamiseen vaikuttaa potilaan tunnetila, motivaatio ja tiedon vastaanottokyky. (Eloranta & Virkki 2011, 19.) Lipposen (2014, 13) väitöskirjan mukaan ohjaus osana ammatillista toimintaa edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti.

Hoitotyössä potilasohjauksen juuret juontavat jo 1860-luvulle, jolloin Florence Nightingale korosti sen merkitystä potilaiden perustarpeiden hoidossa. Viime vuosisadan alussa ohjauksen painopisteenä pidettiin eritoten sairauksien ennaltaehkäisyä ja terveyden ylläpitämistä. Nykyisin hoitotyön ohjaaminen on yksi hoitotyön toiminnoista, ja sitä pidetään yhtenä osana potilaan asianmukaista hoitoa. (Kääriäinen 2007, 19.) Lain mukaan potilaalle on annettava riit-

tävästi tietoa siten, että tämä ymmärtää sen (Laki 1992/785, 5§). Hoitotyön ohjauksen perusta onkin siis määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, ammattietiikassa, erilaisissa toimintaa ohjaavissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmissä. Ohjauksessa, kuten muussakin hoitotyössä, hoitajan tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta, itsemääräämisoikeutta sekä yksityisyyttä. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin. Ohjaus motivoi potilasta osallistumaan hoitoonsa sekä siihen kohdistuvaan päätöksentekoon. Jotta potilas voi osallistua päätöksentekoon, tämän on saatava tarpeeksi tietoa. Oleellista ei ole annetun tiedon määrä vaan se, että ohjattava ymmärtää saamansa tiedon ja kykenee käyttämään sitä hyödyksi elämässään. Ohjaus lisää ohjattavan valmiuksia ja lisää mahdollisuuksia selviytyä itsenäisesti, lisäksi se voi vähentää mahdollisia pelkoja ja murtaa ennakkoluuloja. Ohjauksen onnistumista heikentää kaavamainen ohjaaminen, jolloin potilaan yksilöllisyyttä ei oteta huomioon. Ohjauksessa on otettava huomioon myös sen antamisen aika, sillä esimerkiksi kotiutumisvaiheessa annettu ohjaus ei välttämättä jää optimaalisesti mieleen, sillä potilaan ajatukset ovat jo sairaalan ulkopuolella. (Eloranta & Virkki 2011, 15-16.)

Eloranta ja Virkki (2011) toteavat, että potilailta kerätyn tiedon mukaan ohjauksen epäonnistumisen yhtenä syynä on henkilökunnan vähyydestä johtuva kiire, jolloin ohjaukselle jää vähemmän aikaa. Muita syitä epäonnistumiselle potilaiden mukaan ovat ohjauksen riittämättömyys, vaikean ammattikielen käyttäminen sekä ohjauksen sisällön vaihtelevuus ja ristiriitaisuus. Potilaat kokevat, että hoitajan tehtävä on ohjauksen lisäksi huolehtia, että lääkäri selvittää potilaalle epäselväksi jääneet asiat. (Eloranta & Virkki 2011, 17.) Kääriäisen (2011) väitöskirjassa potilaat mainitsivat ongelmana edellä mainittujen lisäksi hoitohenkilökunnan asennoitumisen ja kokivat, että ohjauksen osalta siinä on kehittämisen varaa. Hoitohenkilökunta kuitenkin itse arvioi suhtautuvansa siihen myönteisesti. Yhteistä molempien mielipiteissä oli hoitohenkilökunnan niukkuus. Lisäksi hoitohenkilökunta kokee, henkilökunnan vaihtuvuus ja sitä myötä perehdytyksen riittämättömyys vaikuttaa ohjauksen laatuun. Myös ohjaustilojen ja ohjausmateriaalien puute hankaloittavat ohjaamisen onnistumista. (Kääriäinen 2011, 119-120.) Hoitohenkilökunnan mukaan kiire vaikuttaa siten, ettei ohjausta ehdi suunnitella potilaslähtöisesti vaan se toteutuu tietyn kaavan mukaan. Ohjaukselle ei ehditä asettaa tavoitteita eikä sen laatua tai onnistumista arvioida. Eloranta ja Virkki (2011, 17) ehdottavat ratkaisuksi ryhmäohjausta, jota ei tosin hyödynnetä riittävästi yksilöohjauksen rinnalla.

Hoitotyön ohjaamista voidaan kuvata perinteisen hoitotyön prosessin kautta. Nämä vaiheet ovat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnitteleminen, ohjauksen toteuttaminen, ohjauksen arvioiminen ja ohjauksen kirjaaminen. Hyvin toteutettu ohjausprosessi lisää potilaan sitoutumista hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 25-27.) Ohjaus

kuuluu hoitajan ammatilliseen perusosaamiseen yhtenä ydin osaamisalueena. Eritoten erikoissairaanhoidosta ohjaus on merkittävä osa potilaiden hoitoprosessia. Kääriäisen väitöskirjassa kerrotaan, että erikoissairaanhoidosta tapahtuneiden muutosten ansiosta vuodeosastopäivien määrä on vuosituhaten alussa laskenut 4,3 %, mutta vastaavana aikana avohoitopäivien määrä noussut vain 3,1 %. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaat kotiutuvat sairaalasta entistä nopeammin, mikä johtaa siihen, että ohjaamiselle on vähemmän aikaa. Kääriäisen mukaan ohjaamiseen panostaminen on tärkeää myös kansantaloudellisesti, sillä onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaan ja hänen lähipiirinsä terveyteen sekä sitä edistävään toimintaan. (2007, 19-20.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamista sekä potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon ja ohjaukseen alkuraskauden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen läpikäyvien potilaiden osalta. Työn tavoite oli parantaa alkuraskauden lääkkeellisten raskaudenkeskeytyspotilaiden saamaa ohjausta sekä kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamista kehittämällä HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosityksikköön yhdenmukaiset kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisohjeet kyseiselle potilasryhmälle.

Toimintatutkimuksen kehittämistehtävät olivat:

1. Miten potilaan saama ohjaus lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen toteuttamisesta ja potilaan kokemus saadusta ohjauksesta on kirjattu potilaskertomukseen koko hoitopolun aikana?
2. Miten poliklinikalla annettu ohjaus ja sen kirjaaminen eroaa osastokeskeytykseen ja kotikeskeytykseen päätyneiden potilaiden kohdalla?
3. Miten potilaan kipu ja kokemus kivunhoidon riittävydestä on kirjattu potilaskertomukseen osastohoidon aikana?
4. Eroaako osastokeskeytyksen ja kotikeskeytyksen läpikäyneiden potilaiden kokemus ohjauksen ja kivunhoidon riittävydestä?

Kolmen ensimmäisen kehittämistehtävän vastaukset kerättiin arvioimalla hoitokertomuksia suhteessa luomaamme arviointikriteeristöön. Neljänteen kysymykseen vastaukset saatiin Heikinheimon tutkimusryhmän jälkitarkastuksen kyselylomakkeista. Kehittämistehtäviin saatujen vastausten sekä tutkitun ja teorian tiedon avulla laadittiin yhtenäiset kivun ja ohjaamisen kirjaamisohjeet HYKS:n naistentautien ja synnytysten tulosityksikköön alkuraskauden raskaudenkeskeytyspotilaille. Kirjaamisohjeen avulla pyritään takaamaan potilaille tulevaisuudessa tasalaatuinen hoito.

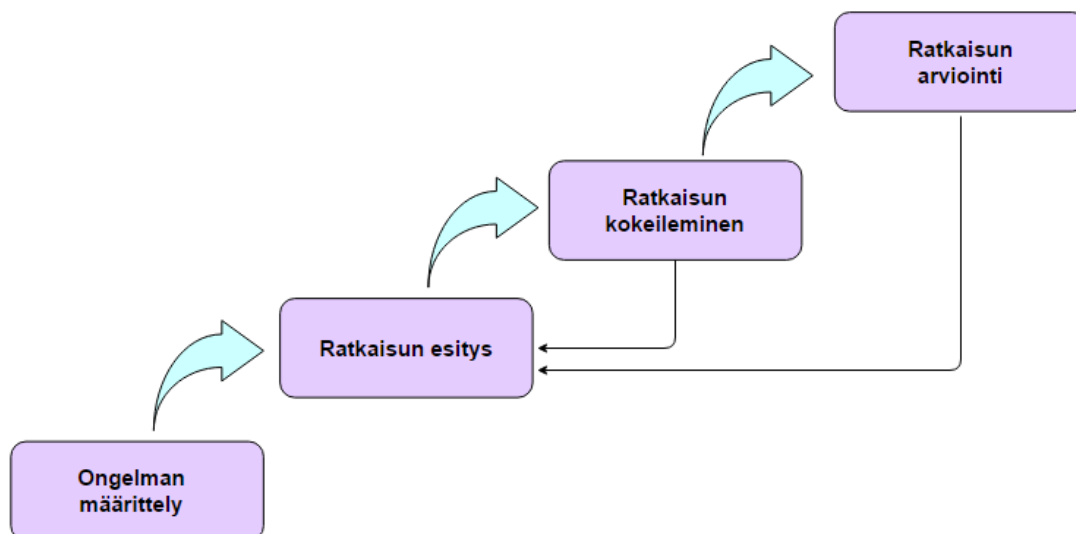
5 Kehittämistyön toteutus

5.1 Kehittämismenetelmän kuvaus

Toimintatutkimus valittiin tämän opinnäytetyön toteuttamistavaksi, koska toimintatutkimuksessa yhdistyvät työelämän kehittäminen ja tutkimus. Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia ja se on jatkuvaa toiminnan parantamista. Toimintatutkimuksen avulla pyritään samaan aikaan muutos. Muutos edellyttää muutettavan ilmiön tuntemista ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Toimintatutkimus on usein sekoitusta muista tutkimusmenetelmistä ja aineistonkeruu sekä analysointi toteutetaan tyypillisesti laadullisen ja/tai määrällisen tutkimusmenetelmän avulla. (Kananen 2014, 11-47; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 69.)

Toimintatutkimus on siis tutkimuksen ja toiminnan yhdistelmä, jolla pyritään aikaansaamaan muutos työelämässä. Muutoksen aikaansaamiseksi on tunnettava muutettava ilmiö ja siihen vaikuttavat tekijät ja tämä tutkimuksellisuus erottaakin toimintatutkimuksen muusta työelämän kehittämisestä. Toimintatutkimuksessa käytetään sekoitusta muista tutkimusmenetelmistä eikä toimintatutkimus sulje pois muiden tutkimusotteiden tiedonkeruu- ja aineiston analyysimenetelmiä. Oleellisia elementtejä toimintatutkimuksessa ovat toiminnan kehittäminen, yhteistoiminta, tutkimus ja toimijan eli tutkijan mukanaolo. Toimintatutkimus kohdistuu useimmiten ihmisten toiminnan muuttamiseen. Toimintatutkimuksessa siis sekä tutkitaan että yritetään toiminnan avulla muuttaa vallitsevia käytäntöjä. Tutkimuksen avulla etsitään ratkaisuja ongelmiin, joihin toiminnalla haetaan muutosta. (Kananen 2014, 11-15; Kuula 2006; Ronkainen et al 2013, 69.)

Toimintatutkimus toteutetaan aina syklisesti ja työelämälähtöisesti siten, että mukana on sekä tutkija että toimintatutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön kuuluvat ihmiset. Vaikka erilaisia toimintatutkimuksen vaihekaavioita on monia, perusajatus on kaikissa alla olevan kuvan (Kuva 5) mukainen, eli vaiheista löytyy ongelman määrittely, ratkaisun esitys, ratkaisun kokeylu ja arviointi. (Kananen 2014, 34; Ronkainen 2013, 69.) Kananen (2014, 34-55) jaottelee toimintatutkimuksen suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheeseen. Nämä vaiheet hän jakaa vielä tarkemmin kirjassaan kahdeksaan osaan, jotka ovat ongelman määrittely, ongelman tutkiminen, ongelman syiden ja seurausten analysointi, ratkaisun esittäminen, ratkaisun testaaminen, ratkaisun muokkaus testauksen pohjalta, uuden ratkaisun testaaminen ja johtopäätökset.



Kuva 5. Toimintatutkimuksen vaiheet Kanasen (2014, 34-55) mukaan.

Toimintatutkimus on usein sekoitus muista tutkimusmenetelmistä ja aineistonkeruu sekä analysointi toteutetaan tyypillisesti laadullisen ja/tai määrällisen tutkimusmenetelmän avulla (Kananen 2014, 11-47). Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruuta tehtiin sekä laadullista että määrällistä lähestymistapaa käyttäen.

Määrällinen lähestymistapa edellyttää tutkittavan ilmiön tekijöiden, parametrien tai muuttujien tuntemista. Mittauksia ei voida suorittaa, jos ei tiedetä, mitä mitataan. Tuloksena saadaan vastaukset kysymyksiin kuinka paljon tai miten usein. (Kananen 2011, 17.) Määrällisessä analyysissä argumentoidaan Alasuutarin (2011, 32) mukaan lukujen sekä lukujen välisten tilastollisten yhteyksien avulla. Määrällisen tutkimuksen otanta voidaan tehdä monin tavoin. Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin harkinnanvaraisen otannan avulla, eli mukaan otettiin kaikki aikavälillä 30.3-30.6.2016 saatu aineisto (enintään $n=40$). Määrällinen analyysi valittiin tähän opinnäytetyöhön, jotta saatiin numeerista tietoa kirjaamiseen liittyvien ilmiöiden yleisyydestä sekä siitä, onko hoitotyön kirjaaminen kattavaa. Potilasasiakirjoihin hoitokertomukseen tehdyt kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamiset analysoitiin tässä opinnäytetyössä määrällisesti analyysiä varten kehitetyn kriteeristön avulla. Lisäksi tässä opinnäytetyössä analysoitiin määrällisesti Heikinheimon tutkimusryhmän jälkitarkastuksen kyselylomakkeesta kohdat saadun ohjauksen ja kivunhoidon riittävydestä verraten osastolla olleiden ja kotona raskaudenkeskeytyksen toteuttaneiden potilaiden kokemuksia.

Laadullinen lähestymistapa rakentuu Alasuutarin (2011, 50-52) mukaan kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Laadullinen lähestymistapa voi hänen mukaansa sisältää myös määrällisiä osatarkasteluja. Laadullinen analyysi edellyttää Alasuutarin (2011, 38) määritelmän mukaan aineiston tarkastelua kokonaisuutena. Laadulliselle aineistolle ominaista on ilmaisullisesti rikas, monitasoinen sisältö (Alasuutari 2011, 84).

Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan aineistoa sanallisesti tiiviissä ja yleisessä muodossaan. Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa ilmiöstä sanallinen ja selkeä kuvaus. (Kananen 2008, 94.) Sisällönanalyysilla voidaan tarkoittaa paitsi laadullista sisällönanalyysia myös sisällön määrällistä erittelyä. Näitä molempia voidaan hyödyntää samaa aineistoa analysoidessa. Sisällönanalyysia voidaan jatkaa tuottamalla esimerkiksi sanallisesti kuvatusta aineistosta määrällisiä tuloksia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä opinnäytetyössä hoitokertomukset analysoitiin laadullisesti sisällönanalyysin avulla sekä määrällisen osatarkastelun avulla. Laadullinen tiedonkeruumenetelmä valittiin, koska hoitotyön kirjaamista haluttiin arvioida sanalliselta pohjalta kirjaamisen sisällön selvittämiseksi. Sisällön analyysillä pyrittiin selvittämään hoitotyön kirjauksista ohjauksen mahdollinen vaikutus potilaan valitsemaan keskeytyspaikkaan. Toisin sanoen halusimme selvittää, onko poliklinikalla annetulla ohjaamisella vaikutusta potilaan päätöksentekoon.

Tämä opinnäytetyö eteni rinnakkain Heikinheimon tutkimusryhmän tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kanssa hyödyntäen tutkimusryhmän kyselylomakkeilla saatuja tuloksia. Heikinheimon tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kyselytutkimuksessa vertailtiin kolmen ikäryhmän kipukokemusta raskausviikkojen ollessa raskaudenkeskeytyksen aikana alle 9. 15-17 -vuotiaiden ja 18-19 -vuotiaiden ryhmiin otetaan 30 vastaajaa kumpaankin ja 25-35 -vuotiaiden verrokkiryhmään 60 vastaajaa. Tutkimukseen osallistumisesta ei maksettu rahallista korvausta, mutta tutkimukseen osallistuvat potilaat saivat maksuttoman jälkitarkastuksen erikoissairaanhoidossa 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. (Heikinheimo et al 2016.)

5.2 Raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen nykytilan kuvaus kuiluanalyysimallin mukaan

Ongelman määrittely on toimintatutkimuksen ensimmäinen vaihe. Ongelmien ja kehittämiskohteiden löytäminen ei ole työelämässä useinkaan vaikeaa, mutta ongelmien priorisointi saattaa tuottaa vaikeuksia. Ongelman määrittelyssä voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, joiden avulla pyritään löytämään ongelman ydin. (Kananen 2014, 39-44.) Tässä opinnäytetyössä ongelman määrittely lähti liikkeelle erään HYKS:n Naistentautien ja synnytysten toimialan vuodeosaston tarpeesta selvittää, miksi alle 9 raskausviikkoa kestäneiden raskauksien keskeyttäjät valitsevat toisinaan tarpeettoman tuntuisesti osastokeskeytyksen kotikeskeytyksen sijaan. Osastolla pohdittiin, onko poliklinikalla annetulla ohjauksella mahdollisesti vaikutusta keskeytyspaikan valintaan ja toisaalta mietittiin, onko osastolla tarjota tämän potilasryhmän potilaille jotain, mitä he eivät kotona saisi. Ongelman jatkomäärittelyä varten perustettiin työryhmä, johon kuuluvat kyseisen yksikön osastonhoitaja, kaksi kätilöä sekä tämän opinnäytetyön tekijät, jotka työskentelevät kyseisellä osastolla kätilöinä. Potilasohjausta analysoitiin kuiluanalyysimallin avulla ja todettiin, että ohjaamisessa ja ohjaamisen ja kivunhoidon kirjaamisessa on oletettavasti parantamisen varaa koko potilaan hoitopolun aikana. Koska todettiin,

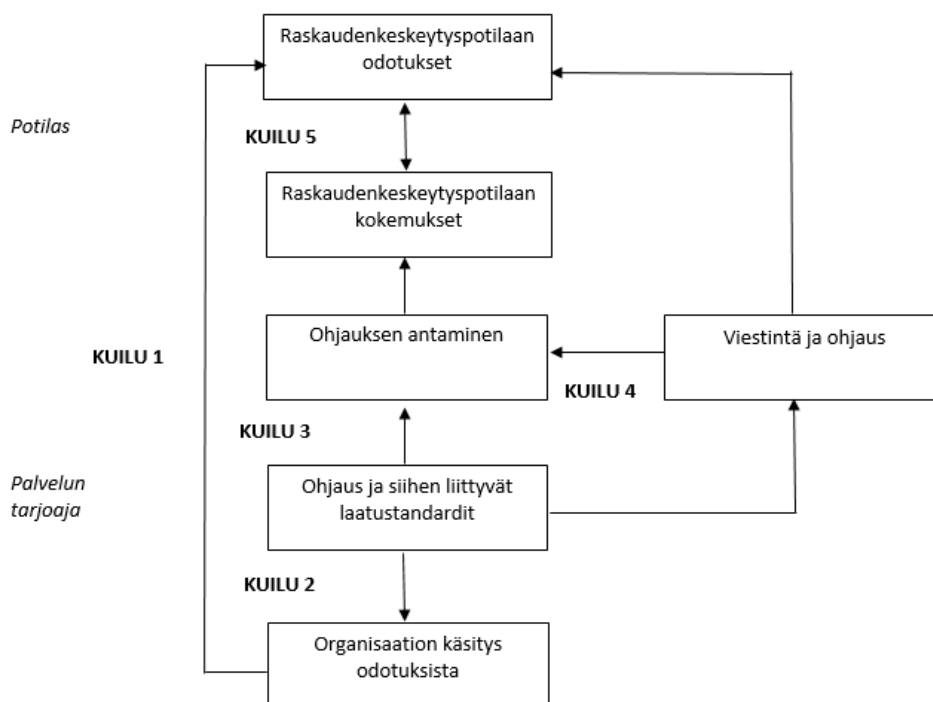
ettei ohjaamisen tai kivunhoidon kirjaamiseen ole yhtenäistä ohjetta, päätettiin sellainen toimintatutkimuksen avulla tehdä. Lisäksi ohje on olennainen, kun kyseinen potilasryhmä siirtyy vuoden 2017 eri yksikön hoidettavaksi.

Kuילuanalyysimallia käytetään perinteisesti palvelun laadun osatekijöiden kartoittamiseen ja laatuongelmien lähteiden analysointiin. Tässä kuילuanalyysissä palvelulla tarkoitetaan raskaudenkeskeytyspotilaan saamaa ohjausta. Hyvä ohjauksen laatu saavutetaan silloin, kun koettu laatu vastaa potilaan odotuksia saamastaan ohjauksesta. Potilasohjauksen laatua voidaan vastavasti pitää huonona silloin, kun potilaan odotukset eivät täyty, jolloin syntyy laatukuilu. Laatukuiluja voi syntyä monessa kohtaa. Organisaatio voi tiedostaa huonosti potilaiden odotukset, potilaiden odotuksilla ei ole vaikutusta organisaation ohjausstandardeihin, toimintatappaan tai ohjauksen toteutukseen. (Kuusela 2000, 123 - 124.)

Ohjauksen laatua arvioidessaan potilas luo mielipiteen monesta siihen liittyvästä asiasta. Berry, Zeithaml ja Parasuraman (1988, 217-218) ovat löytäneet viisi ulottuvuutta, jotka vaikuttavat asiakkaan kokemaan palvelun laatuun ja ne pätevät hyvin myös raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen kohdalla:

1. Luotettavuus, joka tarkoittaa ohjauksen johdonmukaisuutta ja luotettavuutta, sekä virheettömyyttä.
2. Palveluvalmius, joka merkitsee henkilöstön valmiutta ja halukkuutta ohjata potilaita tilanteen vaatimalla tavalla ja täsmällisesti.
3. Vakuuttavuus tarkoittaa sitä, että ohjausta antavalla hoitohenkilökunnan jäsenellä on hallussaan riittävät tiedot ja taidot. Lisäksi hoitohenkilökunnan on oltava kohteliaita ja osattava vastata potilaan kysymyksiin.
4. Empaattisuus tarkoittaa sitä, että ymmärretään potilaiden ongelmia ja toimitaan heidän etujensa mukaisesti. Tähän liittyy potilaan erityistarpeiden selvittäminen ja potilaan huomioiminen yksilönä.
5. Fyysiset puitteet, joilla tarkoitetaan ohjausympäristön ulkoisia puitteita kuten tiloja, laitteita, hoitohenkilöstön olemusta ja muita potilaita.

Potilas on tyytyväinen potilasohjauksen laatuun silloin, kun hänen kokemansa ohjauksen laatu vastaa odotuksia, eli odotettua ohjauksen laatua. Potilas on tyytyväinen saamaansa ohjauksen laatuun myös silloin, jos hänen odotuksensa siitä ylittyvät. Mikäli potilaan odotukset eivät täyty, voidaan ohjauksen laatua pitää huonona. Tämä synnyttää odotetun ja koetun ohjauksen kokonaislaadun välille laatukilun. Zeithaml, Berry ja Parasuraman (1988) ovat kehittäneet kuילuanalyysimallin, joka kuvaa palvelun laadun osatekijöitä, sekä palvelun laadun ongelmakohtia. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 2) on kuvattu raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen kuילuanalyysi.



Kuvio 2. Raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen kuiluanalyysi.

Kuilu 1 syntyy silloin, kun organisaatio näkee potilaan odotukset puutteellisesti. Kuiluun vaikuttavat esimerkiksi virheellisesti tulkitut tiedot potilaan odotuksista ja tarpeista, tiedonpuute tai puutteellinen tiedonkulku. Potilaita kohdellaan monesti rutiininomaisesti ja laatuodotukset jäävät huomaamatta. Kuilun parantamiseen on monia keinoja. Mikäli ongelmien takana on huonoa johtamista, voidaan tarvita esimiestason parannusta. Kuilun pienentämisessä auttavat myös organisaation ja potilaiden välinen vuorovaikutus sekä potilaspalaute. Henkilöstön tulee suhtautua jokaiseen ohjaustilanteeseen aidosti. Organisaation sisäisen tiedonkulun on myös kehityttävä, jotta tätä kuilua voidaan pienentää. (Parasuraman et al. 1985) Tarkastellessa raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen prosessia laatuksilumallin avulla, syntyy erilaisia ajatuksia siitä, mihin ohjaamisessa olisi tärkeä kiinnittää huomiota. Osastonhoitajan haastattelun (2015) perusteella kävi ilmi, että potilaspalautetta ei raskaudenkeskeytyspotilailta juurikaan saada, vaikka muut potilasryhmät antavat runsaasti palautetta. Koska potilaspalautetta ei ole tullut, yksikössä ei voida olla varmoja siitä saako potilas tarvitsemaansa ohjausta. Osastonhoitaja toi esiin myös yksikössä laajemmin puhuttaneen ongelman siitä, että alkuraskaudenkeskeytyspotilaita tulee osastohoitoon kotikeskeytyksen sijaan niistäkin potilasryhmistä, joille kotikeskeytys olisi varteen otettava vaihtoehto. Tästä lähti idea selvittää annetun ohjaamisen laatua ja sitä, onko poliklinikalla annetulla ohjaamisella ollut vaikutusta keskeytyspaikan valintaan.

Laatuvaatimusten kuilu (kuilu 2) syntyy, kun ohjauksen laatuvaatimukset eivät ole yhtenäisiä organisaation laatuodotusnäkemysten kanssa. Kuilua aiheuttavat esimerkiksi suunnitteluvir-

heet, suunnittelun huono johtaminen ja tavoitteluasettelun puute. Perimmäinen syy laatuvaatimusten kuiluun on kuitenkin usein se, että organisaation johto ei ole aidosti sitoutunut palvelun laatuun. (Zeithaml & Bitner 1996, 41.) Laatuvaatimusten kuilun merkitystä ja vaikutusta voidaan pienentää potilaan odotusten perusteella kehitettävillä laatustandardeilla. Kuilun merkitystä voidaan pienentää myös lautupainotteisella kehittämistoiminnalla. (Kuusela 2000, 125-126.) Toiminnan tehostamisen vuoksi myös osastonhoitajaa ylempi johtoporras on havahduttanut siihen, että alle 9-viikkoisia raskaudenkeskeytyksiä hoidetaan tarpeettoman paljon vuodeosastoresurssein.

Ohjauksen antamisen kuilu (kuilu 3) merkitsee sitä, että ohjausta ei anneta standardien mukaisesti. Syytä ohjauksen antamisen kuiluun ovat ennen kaikkea monimutkaiset ja jäykät vaatimukset, puutteellinen henkilöstöpolitiikka, sisäisen koulutuksen puute sekä potilaan roolin vähäinen ymmärtäminen (Zeithaml & Bitner 1996, 43). Oikeanlainen henkilökunta ja koulutus auttavat kuilun pienentämisessä. Lisäksi henkilöstön työtehtävien ja vastuunjaon selventämisellä, kehittyneellä palkitsemisjärjestelmällä, sekä organisaation sisäisten vuorovaikutustaitojen kehittämisellä voidaan kuiluun vaikuttaa. (Kuusela 2000, 126; Zeithaml & Bitner 1996, 313.) HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä ei ole ohjetta, eli standardia tämän potilasryhmän hoitotyön kirjaamisesta ja ohjaamisesta, joten tämä opinnäytetyö vastasi kyseiseen tarpeeseen.

Viestinnän kuilu (kuilu 4) syntyy, kun organisaation viestintä ei ole johdonmukaista todellisen toimitetun palvelun kanssa. Potilaalle annettavat liian suuret lupaukset ovat yksinkertaisimmillaan viestinnän kuilun syy. Viestinnän kuiluun voidaan vaikuttaa luomalla ohje, jolla yhdenmukaistetaan viestintä ja ohjauksen antaminen. Potilaille tulee antaa mahdollisimman totuudenmukainen kuva odotettavissa olevasta palvelusta. Lupausten lunastaminen on yksi laatuun liittyvä vaikutuskeino, sillä potilaiden odotuksiin voidaan vaikuttaa. (Kuusela 2000, 128.) Koska yhtenäistä potilaiden hoidon kirjaamisesta ja ohjaamisesta ei ole, potilaat saanevat erilaista ohjausta esimerkiksi hoitopaikan valinnan suhteen. Osastonhoitajan (2015) mukaan potilaiden ei pitäisi saada automaattisesta valita osastokeskeytystä, vaan heille tulisi suositella kotikeskeytystä ja informoida, että osastolla ei ole tarjolla kirjoakaan enempää, kuin mitä kotona on saatavilla. Osastonhoitajan haastattelun ja kollegojen kokemusten mukaan herää epäily, että potilaat luulevat saavansa sairaalasta erilaista hoitoa, kuin mitä heille todellisuudessa annetaan. Potilaat saattavat valita osastokeskeytyksen, sillä he pelkäävät kipua, joten tämän vuoksi opinnäytetyössä paneuduttiin myös kivun kirjaamiseen hoitotyön näkökulmasta.

Koetun palvelun laadun kuilu (kuilu 5) on kiinteästi sidoksissa muihin kuiluihin. Jos mikä tahansa neljästä muusta kuilusta ilmenee, myös koetun palvelun laadun kuilu ilmenee ja se tarkoittaa, että koettu palvelu ei ole yhdenmukainen odotetun palvelun kanssa. Koetun palvelun

laadun kuilu voi olla myös myönteinen, jolloin se johtaa hyvään laatuun. Koetun palvelun laadun kuilu voi johtua mistä tahansa edellisestä kuilusta tai niiden yhdistelmästä. (Kuusela 2000.)

5.3 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön kirjaamisen ja ohjaamisen arviointi

Toinen vaihe käynnistettiin tekemällä aiheesta kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuden pohjalta laadittiin tulevaa aineiston analyysiä varten arviointikriteeristö, joka hyväksyttiin yksikön henkilökunnasta valitussa työryhmässä. Tämä vaihe jatkui nykyhetken kirjaamisen ja ohjaamisen arvioinnilla käyttäen hyväksi hoitokertomuksia sekä kyselylomakkeita. Aineistoa analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti. Laadullisella analyysillä tässä opinnäytetyössä haluttiin saada vastauksia kysymyksiin mitä ja miten raskaudenkeskeytyspotilaiden ohjaamisesta on kirjattu, kun taas määrällisellä tutkimusotteella etsittiin vastausta kysymykseen kuinka paljon raskaudenkeskeytyspotilaiden kivusta ja ohjaamisesta on kirjattu.

Potilasasiakirjoihin hoitokertomukseen tehdyt kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamiset analysoitiin määrällisesti sitä varten kehitetyn kriteeristön (Liite 1) avulla. Ohjaamisen kirjaamisen osalta potilasasiakirjat analysoitiin myös laadullisesti sisällönanalyysin avulla.

Määrällisessä analyysissä käytetyn kriteeristön kehittäminen aloitettiin tammikuussa 2016 perehtymällä sekä kivunhoidon että ohjaamisen kirjaamista käsitteleviin suosituksiin ja ohjeisiin. Kriteeristön kehittämisessä on hyödynnetty Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) vuoden 2013 julkaisua ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö”, vuoden 2015 kivun Käypä hoito-suositusta sekä HUS:n kirjaamisohjeita. Kirjallisuudesta saatiin kriteeristön teemat ja tarkat sisällöt.

Kriteeristön ensimmäinen luonnos oli valmis helmikuussa 2016 ja kriteeristöstä keskusteltiin työyksikön henkilökunnan kanssa. Henkilökunta otettiin mukaan keskusteluun, jotta kriteeristö tulisi myös objektiivisesti arvioiduksi ja siinä olevat mahdolliset puutteet jo varhain havaituiksi. Lopullisen hyväksynnän kriteeristölle antoi aiemmin nimetty työryhmä, joka perehtyi siihen syvällisemmin.

Kriteeristön avulla oli tarkoitus selvittää kivun ja ohjaamisen kirjaamisen nykyistä tasoa HYKS:n naistentautien ja synnytysten toimialalla. Kriteeristö kattaa kivun kirjaamisen osalta 14 kohtaa ja ohjaamisen kirjaamisen osalta neljä kohtaa, jotka kuvaavat keskeisimpiä asioita, joiden tulisi kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisessa täyttyä. Osastolla hoidettujen potilaiden hoitokertomuksista tarkasteltiin kaikki 18 kriteeriä. Poliklinikalla hoidettujen potilaiden hoitokertomuksista tarkasteltiin viittä polikliinistä hoitoa koskevaa kriteeristön kohtaa, jotka on perusteltu tarkemmin kappaleessa 5.3.1. Osastolla kirjaaminen on siis parasta mahdollista,

kun kaikki 18 kriteeristön kohtaa on kirjattu oikein hoitokertomukseen. Poliklinikalla kirjaaminen on parasta mahdollista, kun kaikki viisi polikliinistä potilasta koskevaa kohtaa on kirjattu oikein. Kriteeristön käyttämiseen tehtiin ohjeet, jotta kriteeristön käyttö olisi yhteneväistä analysoijasta riippumatta. Ohje on kriteeristön yhteydessä arviointilomakkeessa, jotta sen käyttö olisi mahdollisimman helppoa. Kirjaaminen joko täyttää tarkasteltavan kriteerin tai ei täytä kriteeriä, mitään välivaihtoehtoja ei kriteeristössä ole. Kriteeristön ohjeissa on määritelty, mitä kivunhoidosta tai ohjaamisesta tulee kussakin kohdassa olla kirjattuna, jotta kriteeri katsotaan täytyneeksi.

Kriteeristön kohtien 1 ja 2 avulla selvitettiin, onko potilaan taustatiedot ja kipumittarin valinta kirjattu HUS:n ohjeen mukaisesti hoitokertomuksen esitietoihin. HUS:n kirjaamisohjeiden ja Hotuksen suosituksen mukaan potilaan arvio kivusta tulee kuvata valitun kipumittarin mukaan. Tämän toteutumista tarkasteltiin kriteeristön kohdassa 3. Kriteeristön kohtien 4-10 avulla selvitettiin, onko kivusta kirjattu Hotuksen suosituksen mukaisesti sijainti, laatu, voimakkuus levossa ja liikkeessä, potilaan kipukäyttäytyminen sekä arvioitiin, oliko kivun hoidosta kirjattu säännöllisesti eli vähintään kerran jokaisessa työvuorossa sekä lääkkeen annon yhteydessä ja lääkkeen annon jälkeen. Kriteeristön kohdissa 11 ja 12 selvitettiin, toteutuiko Käypä hoito - suosituksen mukainen kirjaaminen käytetystä lääkkeettömästä kivun hoidosta ja sen vaikutuksesta kipuun. HUS:n kirjaamisohjeen mukaisesti lääkkeen voi käytössä olevassa potilastietojärjestelmässä kirjata annetuksi vain yhdellä tavalla ja kohdassa 13 tarkasteltiin, onko kaikki nämä antokirjaukset tehty tuon ohjeen mukaisesti. Ohjeen mukainen antokirjaus varmistaa sen, että myös Hotuksen suosituksen mukaiset tiedot lääkkeen määrääjästä, antajasta, antoajasta ja antoreitistä tulevat kirjatuiksi. Kriteeristön kohdassa 14 tarkasteltiin, oliko Hotuksen suosituksen ja HUS:n kirjaamisohjeen mukaisesti potilaan tyytyväisyys kivunhoitoon kirjattu.

Ohjaamisen osalta kriteeristössä oli tarkasteltavana neljä kohtaa, kohdat 15-18. HUS:n Käsi- kirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen (2011) ohjaa kirjaamaan potilaan saaman ohjauksen potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen -otsikon alle. Kriteeristön kohdassa 15 tarkasteltiin tämän toteutumista. Saman HUS:n käsikirjan mukaan hoitotyön kirjauksissa tulee mainita potilaan saamien kirjallisten ohjeiden nimi, jotta tiedetään mitkä ohjeet potilas on saanut. Tämän toteutuminen arvioitiin kriteeristön kohdassa 16. Kriteeristön kohdassa 17 tarkasteltiin, onko potilaan saama suullinen ohjaus kirjattu. HUS:n ohjeen mukaan ohjauksen sisältöä ei kuitenkaan tarvitse kirjata auki, mikäli annettu kirjallinen ohje on nimetty. Halusimme lisäksi kartoittaa kriteeristön kohdalla 18, oliko osastolle keskeytysajan saaneen potilaan kohdalla kirjattu, miksi hän ei suorita raskaudenkeskeytystä kotona. Lisäksi ohjaamisen kirjaamisesta tehtiin sisällön analyysi, jonka avulla haluttiin muun muassa selvittää, onko poliklinikalla annetulla ohjauksella vaikutusta keskeytystavan tai -paikan valintaan.

Työryhmä tarkasteli arviointikriteeristöä työpajatyöskentelyn muodossa ja hyväksyi kriteeristön ilman muutoksia helmikuussa 2016. Työryhmän tarkastelun lisäksi aineiston keräämisen alkaessa pidettiin viittä ensimmäistä potilastapausta testinä kriteeristölle, minkä jälkeen kriteeristöön olisi voitu tarpeen mukaan tehdä muutoksia.

Aineiston keruu aloitettiin 30.3.2016 ja tavoitteenamme oli, että kerääminen lopetettaisiin, kun sekä osastokeskeytyksen että kotikeskeytyksen valinnoita potilaita olisi saatu kerättyä 20 (n=40). Aineiston keräämiselle asetettiin takarajaksi 31.5.2016 opinnäytetyön etenemisen vuoksi. Aineiston keruu oli siis tarkoitus lopettaa, kun ryhmä täyttyy tai kun aikaraja on saavutettu, jolloin ryhmään otettaisiin mukaan siihen mennessä saatu aineisto. Kotikeskeyttäjien ryhmä täyttyi ongelmitta jo ensimmäisen kuukauden aikana, mutta osastokeskeyttäjien ryhmä jäi huomattavan vajaaksi (n=4). Osastolla keskeytyksen tehneitä potilaita kyseisellä ajanjaksoilla oli 37, mutta valtaosa heistä karsiutui pois tutkimuksesta, sillä joko heitä ei oltu rekrytoitu tutkimukseen tai he eivät täyttäneet Heikinheimon tutkimuksen kriteerejä. Koska osastokeskeyttäjien ryhmä jäi alkuperäisellä aikavälillä tulosten kannalta harmillisen niukaksi, jatkettiin tämän ryhmän potilaiden keräämistä kesäkuun 2016 loppuun asti. Aineiston keräämisajan pidentämisestä ja kehittämistyön tekijöiden aktiivisesta rekrytointivalmiudesta huolimatta mukaan ei saatu enempää potilaita. Kesäkuun aikana osastolla oli 23 alkuraskauden raskaudenkeskeytyspotilasta.

Potilasasiakirjat poimittiin tietojärjestelmästä siten, että valituksi tulivat vain jälkitarkastuksessa käyneet potilaat. Tällä haluttiin estää se, ettei mukaan lukeutuisi potilaita, jotka jättävät tutkimuksen kesken. Aineiston analyysi toteutettiin laaditun arviointikriteeristön avulla, jotta nähtiin, kuinka kattavaa kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaaminen kyseisen potilasryhmän kohdalla on. Ohjaamisen kirjaamisen osalta potilasasiakirjat analysoitiin myös laadullisesti sisällönanalyysin avulla. Lisäksi määrällisesti analysoitiin Heikinheimon tutkimusryhmän jälkitarkastuksen kyselylomakkeesta kohdat saadun ohjauksen ja kivunhoidon riittävydestä verratun osastolla olleiden ja kotona raskaudenkeskeytyksen toteuttaneiden potilaiden kokemuksia.

5.3.1 Kotikeskeyttäjien aineiston analysointi

Kotona raskaudenkeskeytyksen toteuttaneita potilaita saatiin tutkimukseen mukaan tavoiteltu kaksikymmentä (n=20) osallistujaa 30.3-25.4.16 välillä. Kotona raskaudenkeskeytyksen toteuttaneiden aineisto analysoitiin kriteeristön osalta toukokuun 2016 alussa. Potilaiden ikä vaihteli välillä 18-32 keski-ikä ollessa 26. Huomioitavaa on, että tutkimukseen ei otettu 20-24 vuotiaita Heikinheimon tutkimuksen vuoksi, sillä siinä halutaan löytää eroja teini-ikäisten ja

aikuisten välillä. Kaikki potilaat olivat ensimmäistä kertaa raskaana, raskaudet olivat yksisikiöisiä, potilaat olivat hyvin suomea puhuvia sekä perusterveitä tai mahdollisen perussairautensa kanssa hoitotasapainossa olevia.

Poliklinikalla kriteeristön kaikki kohdat eivät olleet relevantteja, koska esimerkiksi kivunlievitystä ei poliklinikalla anneta raskaudenkeskeytyksen toteutuessa kotioloissa. Kriteeristön kohdat 1, 13 sekä 15-17 koskivat jokaista poliklinikalla käynyttä raskaudenkeskeyttäjä. Muut kohdat koskivat osastolla raskaudenkeskeytyksessä olleita potilaita.

Poliklinikalla esitietojen taustatiedot-otsikko (kriteeristön kohta 1) oli täytetty neljällä potilaalla ja kuudellatoista potilaalla oli paitsi taustatiedot-otsikko täyttämättä, esitiedot kokonaan avaamatta.

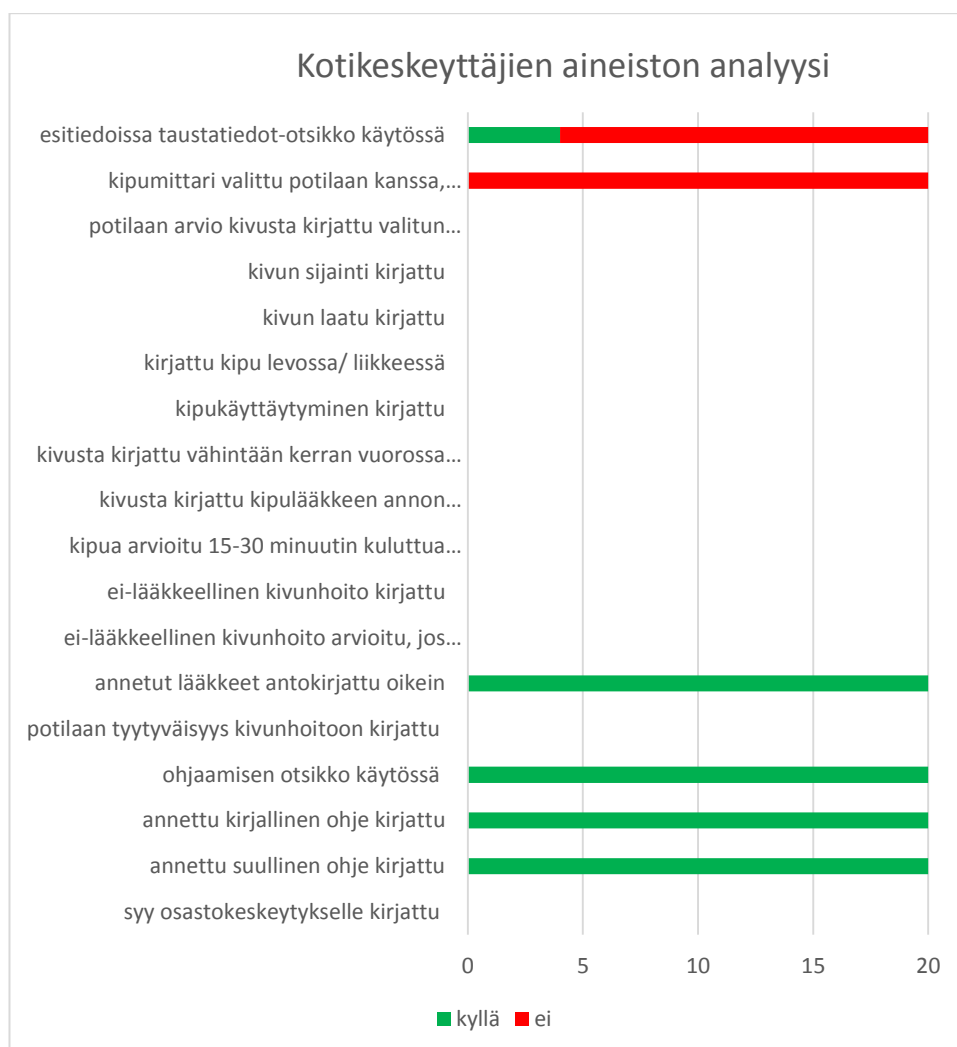
Potilaille poliklinikalla annetut lääkkeet oli antokirjattu kaikilla potilailla oikein (kriteeristön kohta 13). Kuitenkin mukaan annettujen lääkkeiden kirjaamisessa oli paljon vaihtelua. Kahdellakymmenellä potilaalla oli kahdeksan eri tapaa kirjata kotiin mukaan annetut lääkkeet, joita ei voida antokirjata. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 5) on kuvattu nämä erilaiset tavat kirjata. Kirjavan kirjaamiskäytännön vuoksi kotiin mukaan annettavien lääkkeiden kirjaaminen haluttiin laittaa ohjeeseen, jotta kirjaaminen olisi jatkossa yhtenäistä ja selkeää.

Miten kirjattu lääkitysosioon	Miten kirjattu hoitokertomukseen	Kuinka monesti sama kirjaamistapa (n=20)
Kertalääkkeenä 1tbl	Ei mainintaa hoitokertomuksessa	5
Ei lääkitysosiossa	Lääkehoito-otsikon alla	4
Tarvittavissa lääkkeissä	Ei mainintaa hoitokertomuksessa	3
Ei lääkitysosiossa	Ei mainintaa hoitokertomuksessa	2
Ei lääkitysosiossa	Ohjaus-otsikon alla	2
Erillisen ohjeen mukaan	Lääkehoito-otsikon alla	2
Erillisen ohjeen mukaan	Jatkohoito-otsikon alla maininta	1
Erillisen ohjeen mukaan	Ohjaus-otsikon alla	1

Taulukko 5. Poliklinikalta mukaan annettujen lääkkeiden kirjaamistavat.

Arviointikriteeristön kipua koskevista kohdista poliklinikalla ei ollut odotetusti täytetty mitään, pois lukien yksi potilas, jonka hoitokertomuksessa oli maininta kipukäyttäytymisestä (kriteeristön kohta 7). Tämä potilas oli tosin soittanut päivystykseen keskeytystä kotona tehdessään, eli maininta ei ollut poliklinikan kirjaama. Arviointikriteeristön ohjaamista koskevat

kohdat toteutuivat kaikkien potilaiden kirjaamisessa moitteetta. Jokaisen potilaan kirjaamisessa oli käytössä oikea otsikko ja otsikon alle oli kirjattu potilaalle annetun kirjallisen ohjeen virallinen nimi sekä maininta suullisesta ohjauksesta. Kotikeskeyttäjien arviointikriteeristön osalta tehty analyysi on kuvattu alla (Kuvio 3).



Kuvio 3. Kotikeskeyttäjien aineiston analyysin tulokset

Sisällön analyysi toteutettiin aineistolähtöisenä sisällön analyysinä, jossa tutkijan tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta esimerkiksi jonkinlainen toiminnan logiikka (Vilka 2015, 163). Tutkimusaineisto pelkistettiin siten, että karsimme aineistosta tutkimusongelmien kannalta epäolennaisen informaation pois. Tämä toteutettiin tiivistämällä ja pilkkomalla aineisto osiin tutkimuskysymyksiä ohjaamana. Tämän jälkeen ryhmittelimme pelkistetyn aineiston johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Pyrimme löytämään aineistosta ohjauksen sisältöä kuvaavia lauseita ja sanoja, jonka jälkeen nimesimme kunkin ryhmän sitä parhaiten kuvaavalla yläkäsitteellä.

Poliklinikalla on ohjaamisen kirjaamiseen käytössä valmis mallipohja, joka sisältää valmiiksi tiedon annetusta kirjallisesta ja suullisesta ohjeesta, lääkeohjauksesta, jatkoehkäisystä, jälki-tarkastuksesta ja yhteydenottotahosta ongelmatilanteissa. Viidessätoista kahdestakymmenestä hoitokertomuksesta oli ohjaamisesta kirjattu pelkästään tämän valmiin mallipohjan mukainen sisältö. Sisällön analyysiä tehdessä näitä hoitokertomuksia ei otettu mukaan analyysiin, koska vapaata tekstiä ohjaamisesta ei ollut. Lisäksi suljimme analyysin ulkopuolelle ne hoitokertomukset, joissa oli mallipohjan lisäksi mainittu ainoastaan Heikinheimon tutkimukseen osallistuminen ja siihen liittyvä ohjaus. Sisällön analyysi tehtiin siis vain niistä merkinnöistä (n=5), joissa kuvattiin muutakin kuin mallipohjan asiat.

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Ohjattu ottamaan yhteyttä, mikäli kaipaa ulkopuolista keskusteluapua tulevaisuudessa.	Tarjottu keskusteluapua.	Keskusteluapu	Henkiseen jaksamiseen liittyvä ohjaus
Tietää, mihin olla yhteydessä, jos kokee myöhemmin tarvitsevansa ammattilaisen apua henkisen jaksamisen kanssa.	Tietää mistä saa tarvittaessa keskusteluapua		
Tietää, mihin olla yhteydessä, jos kokee myöhemmin tarvitsevansa ammattilaisen tukea.			
Keskusteluapua ei nyt tarvitse.	Ei tarvetta keskusteluavulle.		
Kertonut keskeytyksestä muutamalle läheiselle, kokee heiltä tukea saavansa.	Läheiset tukevat	Tuen saanti	Henkiseen jaksamiseen liittyvä ohjaus
Kertonut lähipiirille keskeytyksestä, kokee saavansa heiltä tukea.			
Potilaalle kerrottu tarkasti eri ehkäisyvaihtoehdoista.	Annettu ehkäisyohjausta	Ehkäisyohjaus	Jatkoehkäisyyn liittyvä ohjaus
Potilas saanut suullista ja kirjallista tietoa Desogestrelistä.			
Potilas saanut suullista ja kirjallista tietoa Desogestrelistä ja Mirenasta.			
Nexplanon jatkoehkäisyksi, annettu potilasopas sekä aloituspakkaus Desogestrelistä.			

Taulukko 6. Sisällön analyysi kotikeskeyttäjien ohjaamisesta.

Sisällön analyysi aloitettiin ottamalla kaikki sisältö potilaan/läheisen tukeminen ja ohjaaminen -otsikolta ja lisäksi otettiin kaikki muiden otsikoiden alla ollut ohjaamiseen liittyvä sisältö. Potilaan / läheisen tukeminen ja ohjaaminen -otsikon teksteistä jätettiin analyysin ensimmäisessä vaiheessa jäljelle vain ohjaamista tai tukemista koskenut sisältö. Alkuperäiset ilmaukset siis pelkistettiin, jonka jälkeen aineisto teemoiteltiin alaluokkiin ja lopulta jäljelle jäi kaksi ryhmää, henkiseen jaksamiseen liittyvä ohjaus sekä ehkäisyasioihin liittyvä ohjaus. Sisällön analyysin lopputuloksena todettiin, että mallipohjan ulkopuolelta kirjattu ohjaus on hyvin niukkaa ja painottuu henkiseen tukemiseen sekä jatkoehkäisyyn. Sisällön analyysin eteneminen on kuvattu edellä olevassa taulukossa (Taulukko 6).

Kivunhoitoon tyytyväiset	Kivunhoitoon tyytymättömät	Ohjaamiseen tyytyväiset	Ohjaamiseen tyytymättömät
12	8	18	2

Taulukko 7. Kotikeskeyttäjien jälkitarkastuslomakkeen analyysi (n=20).

Heikinheimon tutkimukseen kuuluvassa jälkitarkastuksessa potilailta (n=20) kysyttiin tyytyväisyyttä sekä kivunhoitoon että ohjaukseen. Tulokset on kuvattu edellä olevassa taulukossa (Taulukko 7). Potilaita pyydettiin kertomaan syy, mikäli vastasivat olevansa tyytymättömiä toiseen tai molempiin kohtiin. Kaikki kivunhoitoon tyytymättömät kuvasivat kivun olleen ennakko-odotustaan voimakkaampaa ja kokivat lääkityksen olleen riittämätön. Molemmat ohjaamiseen tyytymättömät potilaat olivat kirjanneet selitekohtaan tyytymättömyyden johtuvan nimenomaan kivusta, jota eivät saamansa ohjauksen perusteella olleet osanneet odottaa.

5.3.2 Osastokeskeyttäjien aineiston analysointi

Osastolla oli aikavälillä 30.3-31.5.16 yhteensä 37 alkuraskauden raskaudenkeskeytyspotilasta, mutta tutkimukseen päätyi heistä vain neljä (n=4). Muut osastolla olleet karsiutuivat pois tutkimuksesta joko siksi, että heitä ei oltu rekrytoitu mukaan tutkimukseen tai he eivät täyttäneet Heikinheimon tutkimuksen kriteerejä. Heikinheimon tutkimusryhmän kriteerien mukaan potilaiden tulee olla ensimmäistä kertaa raskaana, raskauden on oltava yksisikiöinen, potilaiden suomenkielentaitoisia sekä perusterveitä tai mahdollisen perussairautensa kanssa hoitotasapainossa olevia. Koska saimme käsitellä vain tutkimukseen osallistuneiden potilaiden tietoja, emme voi varmasti sanoa, miksi vain neljä kolmestakymmenestäseitsemästä potilaasta valikoitui mukaan tutkimukseen. Mahdollisesti valtaosalla heistä oli aiempi raskaus tai kieliongelmaa. Myös tässä potilasryhmässä pois karsiutui 20-24 vuotiaat naiset. Tutkimukseen osallistuneiden osastokeskeyttäjien ikä vaihteli välillä 16-18, keski-ikä ollessa 17.

Koska osastokeskeyttäjien ryhmä jäi alkuperäisellä aikavälillä tulosten kannalta harmillisen niukaksi, jatkettiin tämän ryhmän potilaiden keräämistä kesäkuun 2016 loppuun asti. Tämä oli

mahdollista, sillä HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosyksikön myöntämä tutkimuslupa oli myönnetty vuoden 2016 loppuun asti. Aineiston keräämisajan pidentämisestä ja kehittämistyön tekijöiden aktiivisesta rekrytointivalmiudesta huolimatta mukaan ei saatu enempää potilaita. Näin tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta jopa näillä neljällä saatiin arvokasta tietoa osaston kirjaamiskäytänteistä.

Osastokeskeyttäjien aineisto (n=4) analysoitiin kotikeskeyttäjien tavoin ensin arviointikriteeristön osalta. Jokainen kriteeristön kohta käytiin läpi. Tuloksista ilmeni, että yksikään 18:sta kriteeristön kohdasta ei toteutunut kaikkien potilaiden osalta, toisin kuin kotikeskeyttäjien ryhmässä. Tulokset on esitetty alla. (Kuvio 4). Parhaiten osastokeskeyttäjien kohdalla toteutui kivun arvioinnin säännöllisyyden kirjaaminen ennen kivun alkamista ja kipulääkkeen antamisen yhteydessä, ei-lääkkeellisen kivunhoidon kirjaaminen, lääkkeiden antokirjaaminen sekä ohjaamiseen liittyvät kriteeristön osa-alueet pois lukien osastokeskeytyksen syyn kirjaaminen. Nämä oli kirjattu kolmelle potilaalle neljästä. Heikoiten toteutuivat kivunhoidon kirjaaminen lääkkeenannon jälkeen sekä potilaiden tyytyväisyyden kirjaaminen kivunhoidon suhteen. Kumpaakaan ei löytynyt yhdestäkään analysoidusta hoitokertomuksesta.

Osastolla olleista potilaista esitietojen taustatiedot-otsikko oli täytetty yhdellä potilaalla neljästä. Esitietoihin oli kirjattu potilaan kanssa valittu kipumittari yhdelle potilaalle neljästä. Valittu mittarin oli NRS, vaikka Heikinheimon tutkimusryhmän tutkimuksessa potilaita ohjataan kuvaamaan kipua VAS-asteikolla. Yhdessä neljästä potilastapauksesta kipua ei oltu hoitokertomuksessa arvioitu valitun mittarin mukaan suurena jokaisella kerralla, kun kivusta oli kirjattu. Kivun sijaintia ei oltu kirjattu kertaakaan yhteenkään hoitokertomukseen, kivun laatu puolestaan löytyi yhdessä neljästä hoitokertomuksesta. Kun kivusta oli kirjattu kipumittarin mukaisena suurena, oli yhdessä hoitokertomuksessa neljästä arvioitu kipu kriteeristön mukaisesti sekä levossa että liikkeessä. Kipukäyttäytymistä oli kuvattu yhdessä hoitokertomuksessa neljästä. Kolmessa hoitokertomuksessa neljästä oli arvioitu kipua vähintään kerran vuorossa ennen kuin kipu oli alkanut ja kipulääkkeen annon yhteydessä. Yhdessä hoitokertomuksessa ei ollut kirjattuna kipulääkkeen vaikutusta 15-30 minuutin kuluttua lääkkeen antamisen jälkeen. Kipulääkkeen vaikutus oli muutamaan kertaan kirjattu eri hoitokertomuksissa, mutta myöhemmin kuin 30 minuuttia annetun lääkkeen jälkeen. Ei-lääkkeellistä kivunhoitoa oli tarjottu kolmessa neljästä tapauksesta. Kaikissa kolmessa tapauksessa ei-lääkkeellinen kivunhoito oli myös ollut käytössä, mutta se vaikuttavuudesta ei ollut mainintaa. Potilaille annetut lääkkeet oli antokirjattu oikein kolmessa neljästä tapauksesta. Yhdessä hoitokertomuksessa neljästä ei oltu antokirjattu potilaan kotona aamulla ottamia lääkkeitä lainkaan. Potilaan tyytyväisyyttä kivunhoitoon ei oltu kirjattu yhdessä tapauksessa.

Osastolla hoidettujen potilaiden kohdalla potilaan / läheisen ohjaaminen ja tukeminen -otsikko oli käytössä kolmella potilaalla neljästä. Näillä kolmella potilaalla oli myös kirjattu annetun kirjallisen ohjeen nimi ja annettu suullinen ohjaus kyseisen otsikon alle. Yhdellä potilaalla neljästä ei ollut osastolla käytössä ohjaamisen otsikkoa eikä kirjattuna ollut mitään ohjaamiseen liittyvää sisältöä. Poliklinikalla jokaisen osastokeskeyttäjän kohdalla oli käytössä ohjaamisen otsikko ja annettu kirjallinen ja suullinen ohjaus oli kirjattu. Kaikkien osastokeskeyttäjien kohdalla poliklinikalla oli käytetty ohjaamiseen pelkästään mallipohjaa, joten vapaata tekstiä ohjaamisesta ei ollut. Osastokeskeytyksen syy oli kirjattu yhdelle neljästä potilaasta. Kyseinen potilas oli osastolla ikänsä vuoksi (alle 18-vuotias). Kolme neljästä osastolla olleesta potilaasta oli osastolla alaikäisyydestä johtuen. Yhdeltä potilaalta löytyi lääkärin tekstistä maininta siitä, ettei potilaalla ole tukihenkilöä, jonka vuoksi hän tulee osastolle.



Kuvio 4. Osastokeskeyttäjien aineiston analyysin tulokset

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Poikaystävää kuvaa suurimmaksi tuekseen.	Poikaystävä tukena	Tuen saanti	Henkiseen jaksamiseen liittyvä ohjaus
Puhuttu mielialavaihteluista ja henkisen tuen tarpeesta.	Mielialavaihtelut ja tuen tarve		
Jutellaan kotihoito-ohjeista.	Kotihoito-ohjaus	Kotihoito-ohjaus	Kotiutumiseen liittyvä ohjaus
Käyty läpi kotihoito-ohjeita sekä jälkitarkastuksen varoamista.	Kotihoito-ohjaus		
Käydään potilaan kanssa vuodon seuranta, kivunhoito ja infektio-oireita.	Oireiden tarkkailu		
Tietää ottaa yhteyttä sairaalaan, jos vuoto loppu pian tai muu ongelma.	Oireiden tarkkailu		
Tietää ottaa yhteyttä päivystykseen maanantaina, jos vuoto yhtäkkiä lakkaa.	Vuodon äkillinen loppuminen		
Jutellaan ehkäisysasioista.	Ehkäisyasiat	Ehkäisy	Jatkoehkäisyyn liittyvä ohjaus
Ohjataan juomaan, sillä suu arka ja turvonneen tuntuinen lääkkeitä.	Lääkkeiden sivuvaikutuksen hoitaminen.	Lääkehoito	Lääkehoitoon liittyvä ohjaus
Ohjattu laittamaan vaginaan lääkkeitä.	Lääkityksen antoreitin ohjaus.		
Ohjattu liikkeelle kipujen alkaessa.	Ohjattu liikkumaan.	Lääkkeettömän kivunhoidon ohjaus	Kivunhoitoon liittyvä ohjaus
Käyty läpi kivun lääkkeitöntä hoitoa.	Lääkkeetön kivunhoito		
Käyty läpi kivun lääkkeellistä hoitoa.	Lääkkeellinen kivunhoito	Lääkkeellisen kivunhoidon ohjaus	Kivunhoitoon liittyvä ohjaus
Ohjattu osaston paikat ja soittokello.	Ohjattu osaston tilat.	Osastohoidon ohjaus.	Osastohoidon toteutukseen liittyvä ohjaus
Ohjattu yhteisiin tiloihin odottamaan hoitajaa.	Ohjattu osaston tilat.		
Käyty läpi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen kulkua ja vuodon seuranta.	Osastokeskeytyksen ohjaus.		

Taulukko 8. Sisällön analyysi osastokeskeyttäjien ohjaamisesta.

Osastokeskeyttäjien ohjaamisen kirjaamisen sisällön analyysi toteutettiin kuten kotikeskeyttäjien ryhmässä. Sisällön analyysi siis aloitettiin ottamalla kaikki sisältö potilaan/läheisen tukeminen ja ohjaaminen -otsikolta ja lisäksi otettiin kaikki muiden otsikoiden alla ollut ohjaamiseen liittyvä sisältö. Potilaan / läheisen tukeminen ja ohjaaminen -otsikon teksteistä jätettiin analyysin ensimmäisessä vaiheessa jäljelle vain ohjaamista tai tukemista koskenut sisältö ja alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, jonka jälkeen aineisto teemoiteltiin alaluokkiin. Sisällön analyysin perusteella todettiin, että osastokeskeyttäjien ohjaamisesta kirjataan melko kattavasti. Ohjaaminen liittyy henkiseen jaksamiseen, kotiutumiseen, jatkoehkäisyyn, lääkahoitoon, kivunhoitoon sekä osastohoidon toteutukseen. Osastokeskeyttäjien ohjauksen sisällön analyysin eteneminen on kuvattu yllä olevassa taulukossa (Taulukko 8).

Kivunhoitoon tyytyväiset	Kivunhoitoon tyytymättömät	Ohjaamiseen tyytyväiset	Ohjaamiseen tyytymättömät
4	0	3	1

Taulukko 9. Osastokeskeyttäjien jälkitarkastuslomakkeen analyysi (n=4).

Myös osastokeskeyttäjät (n=4) kävivät Heikinheimon tutkimukseen kuuluvassa jälkitarkastuksessa, jolloin heiltä kysyttiin tyytyväisyyttä sekä kivunhoitoon että ohjaukseen. Tulokset on kuvattu edellä olevassa taulukossa (Taulukko 9). Potilaita pyydettiin kertomaan syy, mikäli he vastasivat olevansa tyytymättömiä toiseen tai molempiin kohtiin. Ainoa ohjaamiseen tyytymättömän potilas oli kirjannut selitekohtaan tyytymättömyyden johtuvan myöhemmin yltyneistä kivuista, jota ei saamansa ohjauksen perusteella ollut osannut odottaa.

5.4 Kirjaamisohjeen kehittäminen

Toimintatutkimuksessa esitetään ongelmalle ratkaisu ja testataan se kerätyn ja analysoidun aineiston pohjalta (Kananen 2014, 34-35). Tässä opinnäytetyössä laadittiin kehittämistehtäviin saatujen vastausten sekä tutkitun ja teoretiedon avulla yhtenäinen ohje (Liite 2) raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyön kirjaamista varten HYKS:n naistentautien ja synnytysten tulosyksikköön. Kirjaamisohjeen avulla pyritään takaamaan potilaille tulevaisuudessa tasalaatuinen hoito.

Ohjeen luomisen runkona käytettiin raskaudenkeskeytyspotilaiden saaman ohjauksen kuiluanalyysin tuloksia sekä potilasasiakirjojen analyysia varten laadittua arviointikriteeristöä. Työn alussa tehty potilasohjauksen kuiluanalyysi osoitti, että potilasohjaus ei ole standardien mukaista ja viestinnän kuilun poistamiseksi yhdenmukainen kirjaamisohje todettiin tarpeelliseksi jo kuiluanalyysin perusteella. Arviointikriteeristö laadittiin alun perin kirjallisuuden perusteella, joten kriteeristön katsottiin kattavan oleellimmat kirjaamiseen liittyvät osa-alueet.

et kivunhoidon ja ohjaamisen osalta. Aineistosta nousseiden huomioiden perusteella pidettiin tarpeellisenä luoda selkeät ohjeet kyseisen potilasryhmän kirjaamiselle, sillä kirjaamisen taso osoittautui hyvin vaihtelevaksi. Esimerkkinä mainittakoon, että kotiin annetut kipulääkkeet oli kirjattu kahdenkymmenen potilaan ryhmässä kahdeksalla eri tavalla, mitä emme osanneet ennen aineiston analysointia edes odottaa. Ohjeessa päädyimme siihen, että lääkkeet kirjataan lääkitysosioon erillisen ohjeen mukaan, jotta selitekenttään saa syötettyä mukaan annettujen lääkkeiden määrän ja otto-ohjeen. Hoitokertomukseen ei tarvitse kirjata mukaan annettuja lääkkeitä, mutta lääkkeitä koskeva potilasohjaus kirjataan HUS:n ohjeen mukaisesti ohjaus-otsikon alle.

HUS:lla ei ole erityistä yksiköiden sisäisiä ohjeita varten laadittua ohjepohjaa, joten ohjeen ulkoasun suhteen sen tekijöillä oli vapaat kädet. Käytännön kokemuksemme myötä koimme, että ohjeen tulisi olla mahdollisimman selkeä ja ytimekäs, jotta sen kaikki kohdat tulisivat noudatetuiksi. Pyrkimyksenä oli saada varsinainen ohje mahtumaan yhdelle A4-sivulle. Ohjeen liitteeksi laadittiin lyhyt kuvaus syistä, miksi asiat tulee kirjata ohjeessa kuvatun mukaisesti.

5.5 Tuotetun kirjaamisohjeen testaaminen ja käyttöönotto

Ongelman määrittelyä varten perustettu työryhmä oli vahvasti mukana yhtenäisen ohjeen kehittämisessä. Ensimmäinen versio ohjeesta annettiin työryhmän luettavaksi. Kommentointia pyydettiin myös osastolla olleelta opiskelijalta, joka ei hoida kyseistä potilasryhmää työkseen. Näin saatiin myös ulkopuolisen perspektiiviä. Ohjeen ulkoasua muokattiin työryhmältä tulleiden palautteiden mukaan ja samalla ohjeeseen päätettiin lisätä hämmennystä aiheuttaneisiin kivunhoidon kirjaamiseen liittyviin kohtiin esimerkkejä. Koska kyseisen potilasryhmän hoidossa jälkitarkastus on oleellinen osa hoitoa, päädyttiin ohjeeseen lisäämään myös jatkohoitoa koskevat asiat.

Ohjetta testikäytettiin työryhmän hoitajien toimesta kesäkuussa 2016 vuodeosastolla, sillä valtaosa ohjeen sisällöstä koskee tällä hetkellä osastolla hoidettavia raskaudenkeskeytyspotilaita. Jatkossa kaikki alle raskausviikolla 9 sairaalaan saapuvat raskaudenkeskeytyspotilaat hoidetaan poliklinikalla, minkä vuoksi ohje tullaan myöhemmin levittämään myös poliklinikan käyttöön. Ohjeen laajempaa käyttöönottoa edeltäen järjestettiin elokuussa vuodeosaston osastotunti, jossa opinnäytetyön tulokset sekä tuotoksena syntynyt ohje esiteltiin koko henkilökunnalle. Aihe herätti paljon keskustelua ja koettiin tärkeäksi.

6 Kehittämistyön arviointi

6.1 Kehittämistyön menetelmien ja tulosten arviointi

Nykyisten kirjaamiskäytäntöjen kartoittamiseksi tehty hoitokertomusten analyysi osoitti, että kirjaamisen taso on hyvin vaihtelevaa ja pääosin puutteellista sekä poliklinikalla että vuodeosastolla. Kotikeskeyttäjiä saatiin analyysiin mukaan tavoitellut kaksikymmentä (n=20) ja poliklinikalla tapahtuvaa kirjaamista saatiin näin ollen analysoidua kattavasti. Analyysia varten laaditusta arviointikriteeristöstä poliklinikkaa koski viisi kohtaa. Esitietojen taustatiedot otsikko oli täytetty vain neljällä potilaalla kahdestakymmenestä, mitä voidaan pitää jopa hämmästyttävän vähäisenä määränä. HUS:n kirjaamisohjeiden mukaan esitietojen täyttäminen aloitetaan poliklinikalla ja esitietoja täydennetään tarpeen mukaan koko hoitajakson ajan eri yksiköissä. Näin ei tulosten perusteella selvästikään toimita. Myös kipumittarin valinnan vähyisyys poliklinikalla oli silmiinpistävää. Yhdenkään potilaan kanssa ei oltu poliklinikalla valittu kipumittaria kivun arvioimiseksi, tai ainakaan asiaa ei oltu kirjattu. Kotikeskeyttäjiä kehoitetaan ottamaan yhteyttä sairaalaan, mikäli kivut yltyvät kotona niin, ettei kotona pärjääminen ole mahdollista. Yhteydenottoa voisi nähdäksemme helpottaa, mikäli potilaan kanssa valittaisiin kipumittari, jonka käyttö ohjattaisiin poliklinikalla. Lääkityksen kirjaamisen suhteen poliklinikalla tehdystä kirjaamisesta nousi esiin erittäin huolestuttavana seikkana potilaille kotiin annetun lääkityksen erittäin kirjava kirjaamiskäytäntö, kun samaa asiaa oli kirjattu kahdeksalla eri tavalla.

Arviointikriteeristön perusteella poliklinikalla kirjataan ohjaamisesta kattavasti. Jokaisella kahdellakymmenellä potilaalla oli ohjaamisen otsikko käytössä, ja sekä annettu kirjallinen ohje että suullinen ohje oli kirjattu hoitokertomukseen. Sisällön analyysi osoitti kuitenkin, että ohjaamisesta kirjataan pääosin pelkän mallipohjan avulla. Ainoastaan viidellä potilaalla kahdestakymmenestä oli kirjattu ohjaamisesta vapaata tekstiä. Poliklinikalla annettu mallipohjan ulkopuolinen ohjaus koskee sisällön analyysin perusteella jatkoehkäisyä ja potilaan henkistä jaksamista. Poliklinikan käyttämä mallipohja näyttää karsivan ohjaamisen kirjaamista paljon ja voi nähdäksemme johtaa siihen, ettei kaikkea annettua ohjausta välttämättä kirjata. Toisaalta HUS:n ohjeen mukaan annetun ohjauksen sisältöä ei tarvitse avata, mikäli ohjaus liittyy annettuun kirjalliseen ohjeeseen ja ohjeen nimi on kirjattu.

Yhdenkään kotikeskeytyspotilaan tekstistä ei löytynyt mainintaa, että potilaan kanssa olisi keskusteltu eri keskeytysvaihtoehdoista. Potilaiden hoitokertomuksista ei siis löytynyt ainuttakaan merkintää siitä, että potilaan kanssa olisi keskusteltu kaavinnan tai lääkkeellisen keskeytyksen vaihtoehdoista. Lääkkeelliseen keskeytykseen päätyneiden potilaiden kohdalta ei myöskään löytynyt yhtään mainintaa siitä, että potilaan kanssa olisi keskusteltu osasto- ja kotikeskeytysvaihtoehdoista. Pääosin potilas keskustelee poliklinikalla kyseisistä vaihtoehdoista lääkärin kanssa, mutta vahva oletus oli sekä ylihoitajalla, vuodeosaston osastonhoitajalla että tämän opinnäytetyön tekijöillä siitä, että potilaat keskustelevat asiasta myös poliklinikan hoitajan kanssa. Yhtenä tutkimuskysymyksenä tässä työssä oli selvittää, miten poliklinikalla annettu ohjaus ja sen kirjaaminen eroaa osastokeskeytykseen ja kotikeskeytykseen päätyneiden

potilaiden kohdalla. Koska osastokeskeyttäjäistä ei oltu poliklinikalla kirjattu mitään mallipohjan ulkopuolista ohjaamiseen liittyvää tekstiä, tutkimuskysymykseen ei saatu vastausta. Myöskään kotikeskeyttäjien ohjaamisen kirjaamisesta ei voitu selvittää, oliko joku potilaista alun perin toivonut osastokeskeytystä, mutta ohjaamisen jälkeen päätynyt kuitenkin kotikeskeytykseen.

Osastokeskeyttäjiä saatiin mukaan aineistoon alkuperäisellä kahden kuukauden aikavälillä ainoastaan neljä. Koska neljästä tapauksesta ei voida tehdä yleistyksiä, jatkettiin aineiston keräämistä kuukaudella. Aineistoa kerättiin siis lopulta aikavälillä 30.3-30.6.2016. Kuukauden jatkoajasta huolimatta kotikeskeyttäjien ryhmä jäi neljään (n=4) eikä tuloksia voida yleistää. Kuitenkin jo neljän potilaan otos osoitti, ettei vuodeosastoilla kirjata sovittujen käytänteiden mukaisesti. Vuodeosastoilla on HYKS:n Naistentautien ja synnytysten tulosityksikössä sovittu jo vuonna 2012, että kaikkien potilaiden esitiedot täytetään sähköisesti. Kuitenkin neljästä potilaasta vain yhdellä oli esitiedot täytettynä. Esitietojen täyttämisen yhteydessä tulee jokaisen potilaan kanssa sopia, mitä kipumittaria hänen kanssaan käytetään ja kirjata tieto esitietoihin. Kipumittari oli valittu ainoastaan yhden potilaan kanssa neljästä. Vaikei tuloksia voida yleistää, voidaan kuitenkin jo tästä joukosta todeta, ettei vuodeosastolla noudateta kirjaamisessa HUS:n tai yksikön omia ohjeita. Kivun sijaintia ei oltu kirjattu osastolla kertaakaan. Kivun laatu ja potilaan kipukäyttäytyminen oli kirjattu yhteen hoitokertomukseen. Myös nämä tulokset olivat yllättäviä, koska kivun kirjaamisen tärkeyttä on osaston kirjaamista koskevilla osastotunneilla painotettu. Vain yhdessä hoitokertomuksessa oli kirjattu kipu levossa ja liikkeessä kipumittarin mukaan suureena ja yhdessäkään hoitokertomuksessa ei oltu käytetty joksaisessa kivun kuvauksessa kipumittarin suuretta, vaikka sekä HUS:n että yksikön kirjaamisohjeen mukaan kipumittarin suuretta tulee kirjaamisessa käyttää. Kolmessa tapauksessa neljästä oli arvioitu kipua vähintään kerran vuorossa ennen kuin kipu alkoi ja aina kipulääkettä annettaessa. Kivun arviointia siis tapahtuu, mutta arviointia ei tehdä potilaan kanssa valitun kipumittarin perusteella vaan lähinnä sanallisesti kuvaamalla. Lääkkeen antamisen jälkeen yhdessäkään hoitokertomuksessa ei oltu 30 minuutin sisällä kirjattu lääkkeen vaikutusta. Lääkkeen vaikutus oli kyllä usein kirjattu, mutta kirjallisuuden antaman aikamääreen jälkeen. Hämmästyttävää oli opinnäytetyön tekijöiden mielestä se, ettei yhdenkään osastolla hoidetun potilaan kohdalla oltu kirjattu potilaan tyytyväisyyttä kivunhoitoon. Toinen todella yllättävä seikka kivunhoidon ja lääkehoidon kirjaamisessa oli yhden hoitokertomuksen osalta kotona otettujen lääkkeiden antokirjaamattomuus. Etukäteen ajateltuna emme olisi osanneet kuvitella, että lääkityksen kirjaamisessa osastolla olisi minkäänlaista ongelmaa, koska antokirjausten suhteen ohjeet ovat olleet selkeät ja vailla tulkinnan varaa sähköisen hoitokertomuksen käyttöönotosta asti. Potilaan kotona ottamat keskeytykseen liittyvät lääkkeet tulee antokirjata samalla tapaa kuin sairaalassa annetut lääkkeet.

Sisällön analyysi osoitti, että ohjaamisesta oli osastokeskeyttäjäillä kirjattu huomattavasti kattavammin kuin kotikeskeyttäjäillä. Vaikka osastokeskeyttäjiä oli vain neljä ja yhdellä ei oltu kirjattu mitään ohjaamisesta, oli osastokeskeyttäjäillä kirjattu ohjaamisesta melko kattavasti. Osastolla annettu ohjaaminen liittyy henkiseen jaksamiseen, kotiutumiseen, jatkoehkäisyyn, lääkehoitoon, kivunhoitoon sekä osastohoidon toteutukseen. Ohjaamisen suhteen merkittävimpänä erona voidaan pitää osasto- ja kotikeskeyttäjien osalta annettua kivunhoidon ohjausta. Osastolla kivunhoidon ohjausta oli annettu, mutta poliklinikalla ei. Tulos on yllättävä, koska poliklinikalta ohjataan potilaat kotikeskeytykseen ja raskaudenkeskeytykseen tiedetään liittyvän voimakasta kipua.

Kirjaamisen nykytilanteen kartoittamiseksi analysoitiin yhteensä 24 hoitokertomusta. Hoitokertomukset analysoitiin sekä arviointikriteeristön että sisällön analyysin avulla. Arviointikriteeristö osoittautui toimivaksi ja helppokäyttöiseksi. Kriteeristön avulla saatiin selville kirjaamisen kattavuutta poliklinikalla ja vuodeosastolla. Vaikka osastokeskeyttäjien ryhmä jäi todella pieneksi (n=4), voidaan kuitenkin todeta, ettei kirjaamisen analyysi ollut hyödytön. Jo neljän tapauksen analyysi osoitti, ettei kirjaamisen nykytila vuodeosastolla ole HUS:n tai yksikön oman kirjaamisohjeen mukainen. Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, eroaako osasto- ja kotikeskeyttäjien tyytyväisyys ohjaamisen tai kivunhoidon suhteen toisistaan. Koska osastokeskeyttäjiä saatiin mukaan vain neljä, ei tulosta voida pitää vertailukelpoisena. Kotikeskeyttäjistä (n=20) kivunhoitoon oli tyytyväisiä 12 ja tyytymättömiä 8. Osastokeskeyttäjistä (n=4) kaikki olivat tyytyväisiä kivun hoitoon. Ohjaamiseen oli kotikeskeyttäjistä tyytyväisiä 18 ja tyytymättömiä 2. Osastokeskeyttäjistä ohjaamiseen tyytyväisiä oli 3 ja tyytymättömiä 1. Osastokeskeyttäjien vähäisyyden vuoksi tuloksia ei voida yleistää tai verrata. Merkittävää on kuitenkin se, että kaikki ohjaamiseen tyytymättömät potilaat sekä kotikeskeyttäjien että osastokeskeyttäjien ryhmässä olivat tyytymättömiä kivunhoidon ohjaukseen. Potilaat kuvasivat kivun kokemuksen olleen yllättävän voimakas annettuun ohjaukseen nähden.

Kirjaamisen nykytilan analyysin jälkeen laadittiin yhtenäinen kirjaamisohje poliklinikalle ja vuodeosastoille. Kirjaamisohjeessa huomioitiin kirjaamisen nykytilanteen puutteiden lisäksi sekä kirjallisuuden esiin nostamat kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisen sisällöt että HUS:n kirjaamisohjeiden sisältö. Ohje hyväksyttiin opinnäytetyön teossa mukana olleella työryhmällä ja sitä koekäytettiin raskaudenkeskeytyksiä tekevillä HYKS:n Naistensairaalan vuodeosastoilla kesä- ja heinäkuussa 2016. Ohje todettiin kesän koekäytössä hyväksi ja elokuun 2016 aikana se otetaan käyttöön myös poliklinikalla.

Toimintatutkimus soveltui tämän opinnäytetyön tekemiseen hyvin. Toimintatutkimus on tutkimuksen ja toiminnan yhdistelmä, jolla pyritään aikaansaamaan muutos työelämässä. Sen avulla voidaan kehittää toimintaa tutkimuksen keinoin ja usein pyrkimyksenä on muuttaa ihmisten toimintaa. Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää muita tutkimusotteita aineiston

keräämisessä ja analysoinnissa. Raskaudenkeskeytyspotilaiden kivunhoidon ja ohjaamisen kirjaamisen tiedettiin olevan kirjavaa ja yhtenäinen ohje puuttui. Tämän opinnäytetyön aineistoa kerättiin ja analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Molemmat lähestymistavat koettiin perusteltuina, koska työssä haluttiin selvittää sekä kirjaamisen kattavuutta että sisältöä. Määrällistä analyysia varten kirjallisuuden pohjalta laadittu arviointikriteeristö koettiin hyväksi ja helpoksi tavaksi selvittää kirjaamisen kattavuutta sisältöjen suhteen. Kriteeristön helppokäyttöisyys ja siinä olevien osa-alueiden kattavuus mahdollistavat mittarin myöhemmän käytön, mikäli halutaan selvittää uuden ohjeen mukaisen kirjaamisen toteutumista. Sisällön analyysi oli hyödyllinen lähestymistapa, kun selvitettiin kirjaamisen sisältöä. Sisällön analyysia kuitenkin hankaloitti poliklinikan käyttämä mallipohja, joka ei tuottanut sisällön analyysiin mitään lisäarvoa ja analysoitava materiaali jäi näin ollen melko niukaksi.

Toimintatutkimuksessa tutkijat ovat osana työyhteisöä, mikä helpottaa muutoksen läpiviemistä. Tämän opinnäytetyön tekemisessä on ollut kirjoittajien lisäksi suuri joukko HYKS:n Naistentautien ja synnytysten toimialan eri naistentautien yksiköiden henkilökuntaa. Henkilökunnan mukaanottaminen on tehnyt toimintatutkimuksesta erityisen sopivan toteuttamistavan tälle opinnäytetyölle. Kun henkilökunta on päässyt työn eri vaiheissa kertomaan mielipiteitään ja kommenttejaan, on ohjeen käyttöönottoon sitoutuminen ollut tähän asti hyvää. Sekä kriteeristön että ohjeen laatimisessa on kirjallisuuden lisäksi luotettu henkilökunnan näemyksiin.

6.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) 2012 julkaiseman ohjeen mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääätelyä, jolle lainsäädäntö määrittelee rajat. Hyvä tieteellinen käytäntö on myös osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää. Kyseisen ohjeistuksen mukaan tutkimusta tehdessä on noudatettava rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkimuksessa tulee toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tuloksia julkaistaessa. Ohjeen mukaan muiden tutkijoiden työ ja saavutukset tulee huomioida asianmukaisella tavalla ja viittausten tulee olla johdonmukaisia. Tutkimus tulee suunnitella ja toteuttaa sekä raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tarvittavat tutkimusluvut ja mahdolliset eettiset ennakoarvioinnit tulee hankkia ennen tutkimuksen toteuttamista. Tutkimushankkeessa tulee tehdä sopimus tutkimusta tekevien osapuolien oikeuksista, vastuista ja velvollisuuksista, näitä voidaan toki tarkentaa tutkimuksen edetessä. Mahdolliset rahoituslähteet ja sidonnaisuudet on ilmoitettava asianosaisille ja raportoitava tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijoiden on pidättäydyttävä tutkimukseen liittyvistä

arviointi- ja päätöksentekotilanteista, mikäli on syytä epäillä esteellisyyttä. Tutkimushankkeessa on huomioitava mahdolliset talousasiat sekä tietosuojaa koskevat kysymykset. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse. (TENK 2012, 6-7.)

Terveydenhuollossa suoritettavaan tutkimukseen liittyy erityispiirteitä, jotka erottavat sen muusta tutkimuksesta. Tutkimusetiikan perusteet ovat samat, mutta koska terveyden kontekstissa suoritettavaan tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat yleensä jonkinlaisen hoidon piirissä, joutuu tutkija usein erityisten eettisten pohdintojen eteen. Terveydenhuollon tutkimuksissa keskeinen eettinen ongelma on se, onko moraalisesti hyväksyttävää lähestyä hoidossa olevia ihmisiä ja pyytää heitä osallistumaan tutkimukseen. Terveydenhuollon parissa suoritettavalle tutkimukselle vaaditaan yleensä eettisen toimikunnan lupa. (Mäkinen 2006, 111-112.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta (2012) noudattaen. Aineiston analyysia varten hoitokertomustiedot tulostettiin potilastietojärjestelmästä, jotta merkintöjen tekeminen niihin oli mahdollista. Asiakirjat numeroitiin analyysia varten ja jokaiseen asiakirjaan liitettiin samalla numerokoodilla varustettu laatimamme arviointikriteeristö. Koska aineisto koostui salassa pidettävistä potilasasiakirjoista, käsitelimme niitä ainoastaan Kätilöopiston sairaalan tiloissa. Työn valmistuttua asiakirjatulosteet hävitettiin asianmukaisesti. Lupa potilasasiakirjojen käyttämiseen kysyttiin potilailta heidän osallistuessaan Heikinheimon tutkimusryhmän tutkimukseen. Heikinheimon tutkimusryhmän saama suostumus potilasasiakirjojen käyttämiseen kattoi myös tämän opinnäytetyön, sillä nimemme löytyvät tutkimusryhmän lupahakemuksesta osana tutkimusryhmää. Työn suunnitelmavaiheessa johtavan ylihoitajan kanssa käytyjen keskustelujen perusteella tästä työstä ei ole tarpeen häivyttää yksiköiden tunnistettavuutta.

Lääketieteellisestä tutkimuksesta annettu laki edellyttää, että lääketieteellisten tutkimusten eettisyys arvioidaan ennakolta ja että riippumaton eettinen toimikunta antaa niistä puoltavan lausuntonsa ennen tutkimuksen aloittamista. Kyseinen laki määrittelee eettisten toimikuntien koon, kokoonpanon sekä tehtävät. Sairaanhoidopiiri nimittää itse omat eettiset toimikuntansa, ja lääninhallitukset pitävät niistä kirjaa. Suomessa on 21 sairaanhoidopiiriä ja niissä 25 eettistä toimikuntaa. (ETENE 2006.) Heikinheimon tutkimusryhmän tutkimussuunnitelma ja tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kyselylomake hyväksyttiin HUS:n eettisessä toimikunnassa elokuussa 2015 ja tutkimuksen toinen vaihe sai Fimean hyväksynnän joulukuussa 2015. Tämän opinnäytetyön osalta tutkimuslupaa haettiin helmikuun 2016 lopussa. HUS:n johtajaylilääkäriin ohjeen 2/2015 (HUS Yhtymähallinto 2015) mukaisesti tutkimuslupa haettiin tutkimuslupalomakkeella tarvittavine liitteineen.

6.3 Jatkokehittäminen ja johtopäätökset

Opinnäytetyössä analysoitiin sekä poliklinikalla että vuodeosastolla toteutettavaa kirjaamista. Opinnäytetyön tuloksena syntyi sekä konkreettinen kirjaamisohje että sen kehittämiseen perustunut arviointikriteeristö, jota voidaan käyttää myöhemmin auditoitaessa kyseisen potilasryhmän kirjaamista etenkin vuodeosastolla. Auditointi voidaan laajentaa koskemaan myös myöhemmillä raskausviikoilla toteutettavia raskaudenkeskeytyksiä. Auditointi voidaan toteuttaa joko tulosityksikön oman henkilökunnan toimesta tai uuden opinnäytetyön osalta.

Opinnäytetyön tulosten kannalta harmillista oli, että osastokeskeyttäjiä ei opinnäytteen tekijöiden aktiivisesta rekrytointi-innokkuudesta huolimatta ollut enempää kuin neljä, mutta jo neljän hoitokertomuksen pistokoe osoitti sen, että osastolla ei kirjata yhdessä sovittujen ohjeiden mukaisesti. Tämä tuli meille opinnäytetyön tekijöille melko suurena yllätyksenä, ja pidämme tulosta pienestä otannasta huolimatta merkittävänä. Tämä oli tietojemme mukaan ensimmäinen kerta, kun tulosityksikössämme tarkasteltiin sovittujen kirjaamiskäytänteiden toteutumista käytännössä. Koska tulokset olivat sen verran kaukana sovitusta, on mielestämme tarpeen toteuttaa kirjaamisen auditointi arviointikriteeristöä hyväksi käyttäen.

Kirjaamista tulisi seurata ainakin puoli vuotta, jotta tuloksissa näkyisi, onko parantunut kirjaamisen taso vain alun innostusta ohjeen seuraamisen vai vakiutunut käytäntö. Koska vuodeosastolla kaikkien potilaiden kivusta ja ohjaamisesta tulisi kirjata annettujen ohjeiden mukaan, tulee mieleen, miten leikkauspotilaiden kirjaamisen laita on. Periaatteessa arviointikriteeristöä voisi käyttää myös osastolla hoidettavien leikkauspotilaiden kirjaamista auditoitaessa, sillä arviointikriteeristö perustuu sekä kansallisiin että HUS-tasoiisiin ohjeistuksiin.

Lähteet

Alastair, W., Christin-Maitre, S., Bouchard, P. & Spitz, M. 2000. Medical Termination of Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*. Voi. 342(13), March 2000: 946-956.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Andersson, I-M., Gemzell-Danielsson, K. & Christensson, K. 2014. Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception* 89 (2014) 460-465.

Duodecim 2008. Krooninen kipu. Potilasopas. Viitattu 10.1.2016. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>.

Eloranta, E. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

ETENE 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Verkkojulkaisu. Viitattu 23.2.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559078/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suomessa.pdf/6c447b41-39f8-43b5-96f2-1c22f871d8b7>

Fimea 1992. Cytotec-lääkkeen valmisteyhteenveto. Viitattu 29.1.2016. spc.fimea.fi/index/nam/html/nam/humspc/6/54916.pdf. Luotu 8.4.1992, päivitetty 11.8.2015.

Finlex. 1970. Laki raskauden keskeyttämisestä. Viitattu 16.1.2016 <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>>

Finlex. 1989. Erikoissairaanhoidolaki. Viitattu 14.1.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 14.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 14.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Finlex. 1999. Henkilötietolaki. Viitattu 14.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Finlex. 2003. Hallintolaki. Viitattu 14.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030434#Pidp792352>.

Finlex. 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisestä käsittelystä. Viitattu 29.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.

Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 14.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Finlex. 2010. Terveydenhuoltolaki (L1326/2010). Viitattu 14.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikinheimo, O., Kemppainen, V., Mentula, M. Ahonen, J. & Palkama, V. 2016. Kipu ja lääkkeellinen raskaudenkeskeytys - kipukokemusta ennakoivat tekijät ja kivunhoidon optimointi teini-ikäisillä verrattuna aikuisiin naisiin. Tutkimussuunnitelma 11.1.2016.

HOTUS 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestaisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2013 (Viitattu 1.1.2016). Saatavilla: www.hotus.fi

HUS 2011. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamisen. Versio 3. Viitattu 15.2.2016. Päivitetty 13.4.2011.

HUS 2015a. Vuosikertomus. http://niinidigi.kopioniini.fi/hus_vuosikertomus_2015/#/2/

HUS 2015b. Kätilöopiston sairaala. Viitattu 30.7.2015 <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/katiloopiston-sairaala/Sivut/default.aspx>>

HUS 2016a. HUS-tietoa. Viitattu 30.7.16. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>

HUS 2016b. HYKS Naistentaudit ja synnytykset. Viitattu 31.7.16. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS-NaiS/tervetuloa/Sivut/default.aspx>

HUS 2016c. Raskaudenkeskeytys. Viitattu 16.1.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/raskaudenkeskeytys/Sivut/default.aspx>

HUS Yhtymähallinto 2015. Opinnäytetyön tutkimuslupa. Johtajaylilääkärin ohje 2/2015.

HYKS 2011. Naistentautien hoito-ohjeet. Viitattu 1.2.2016. Päivitetty 17.6.2015. http://tiimit.hus.fi/erikoisalut/Hyks_naistentaudit_ja_synnytykset/Hoitoohjeet%20naistentaudit/Nais-tentautien%20hoito-ohjeet%202011%2017062015.pdf.

HYKS NaiS 2013. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoketju HYKS-alueella. Viitattu 14.2.2016. Päivitetty 11/2013. https://extranet.hus.fi/teams/hoitoketjutfcnala/Jaetut%20asiakirjat/JULKAISU2013_HOITOKETJUT/APLhoitoketju_Prosessitaso.htm.

HYKS NaiS 2015. Raskaudenkeskeytyspotilaiden määrät 2014.

IASP 2012. International Association for the Study of Pain. Viitattu 10.1.2016. <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>> Verkkosivusto. Päivitetty 6.10.2014.

ICN. 2010. Definition of nursing. Viitattu 8.1.2016. <http://www.icn.ch/about-icn/icndefinition-of-nursing/>.

Kalso, E. & Vainio, A. 2004. Kipu. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy.

Kielitoimiston sanakirja. Viitattu 8.1.2016. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/net-mot.exe?motportal=80>. Päivitetty 11.11.2014.

Kipu (online). Käypä hoito -suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 1.2.2016). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.

- Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. Luku 5.4 kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 28.1.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Kuusela, H. 2000. Markkinoinnin haaste. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteen laitos. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 937.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. 8.-9. Uudistettu painos. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteen laitos. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1236.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Martin, M. 2015. Kipu ja hengitys. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti, Kipuviesti 2/2015, sivut 40-45.
- Mäkinen O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä R. 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Nykänen, P. & Junttila, K. (toim.). 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti - suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti 40/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Parasuraman et al. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. The journal of marketing vol.49, No 4, Autumn 1985. Pp 41-50.
- Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) 2006. Kättilötyö. Helsinki: Edita.
- Raskaudenkeskeytys (online). Käypä hoito - suositus 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2013 (viitattu 1.2.2016). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voima-sanat. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 28.1.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sailo, E. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Verkkojulkaisu. Viitattu 14.1.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3337-8>.

Suhonen, S. & Heikinheimo, O. 2011. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Ylikorkala & Tapaninen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim. 5., uudistettu painos.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Verkkojulkaisu. Viitattu 23.2.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

THL 2015. Raskaudenkeskeytykset 2014. THL:n tilastoraportti 22/2015. Viitattu 16.1.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/127103>

Turkka, S. 2015. Osastonhoitajan haastattelu 7/2015.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Juva: PS-kustannus.

Zeithaml, V., Berry, L., Parasuraman, A. 1988. Communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of marketing* 64, April: 36.

Zeithaml, V. & Bitner, M. 1996. *Services Marketing*. New York, N.Y.: McGraw-Hill.

Kuvat

Kuva 1. HUS:n sairaanhoitoalueet (HUS 2016a).	7
Kuva 2. ”HUS - edelläkävijä”, strategia vuosille 2012-2016. (HUS 2016a.).....	8
Kuva 3. HUS:n toiminnallinen organisaatiokaavio (HUS 2016a).....	9
Kuva 4. VAS-jana ja NRS-luokittelu. (Duodecim 2008, 2.).....	26
Kuva 5. Toimintatutkimuksen vaiheet Kanasen (2014, 34-55) mukaan.	30

Kuviot

Kuvio 1. Alle 9 viikkoisen raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku HYKS-alueella. (HYKS NaiS 2013.)	12
Kuvio 2. Raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisen kuiluanalyysi.	33
Kuvio 3. Kotikeskeyttäjien aineiston analyysin tulokset	39
Kuvio 4. Osastokeskeyttäjien aineiston analyysin tulokset.....	43

Taulukot

Taulukko 1. Raskaudenkeskeytyspotilaiden määrä HUS:n Naistensairaalassa.....	10
Taulukko 2. Lain 239/1970 sallimat syyt raskaudenkeskeytykselle.	14
Taulukko 3. Keskeytysmenetelmien komplikaatiot Suhosen & Heikinheimon (2011, 171) mukaan.	16
Taulukko 4. Terveysthuollon kirjaamiseen vaikuttavat lait, asetukset ja ohjeet.....	18
Taulukko 5. Poliklinikalta mukaan annettujen lääkkeiden kirjaamistavat.	38
Taulukko 6. Sisällön analyysi kotikeskeyttäjien ohjaamisesta.	40
Taulukko 7. Kotikeskeyttäjien jälkitarkastuslomakkeen analyysi (n=20).	41
Taulukko 8. Sisällön analyysi osastokeskeyttäjien ohjaamisesta.	44
Taulukko 9. Osastokeskeyttäjien jälkitarkastuslomakkeen analyysi (n=4).	45

Liitteet

Liite 1. Arviointikriteeristö.....	61
Liite 2. Kirjaamisohje saatteineen.....	63

Liite 1. Arviointikriteeristö

sivu 1/2

TAUSTATIEDOT

Lomakkeen numero	
Potilaan ikä	
Kotona hoidettu	
Osastolla hoidettu	

KIVUNHOIDON KIRJAAMISEN
ARVIOINTI

	KYLLÄ	EI	OHJE	SELITE, tarvittaessa
1			perussairaudet/ perusterve	
2			kipumittari valittu potilaan kanssa, esitiedoissa	
			kyllä/ei	
			valittu mittari	
3			Potilaan arvio kivusta valitun mittarin mukaan suureena	
			selitteeseen valittu mittari	
4			Kivun sijainti	
5			Kivun laatu (kuukautiskipua, viiltävää jne)	
			aina, kun kipua kuvattu ensimmäisellä kerralla ja tarvittaessa	
6			Kipu levossa / liikkeessä	
			ensimmäisellä kerralla ja tarvittaessa	
7			Kipukäyttäytyminen	
			kipumittari täytetty kokonaan (suureena)	
			kirjattu kerran tai tarpeen mukaan	
			Kivun arvioinnin säännöllisyys	
8			A) vähintään kerran vuorossa ennen kipua	
			arvioidaan kohdat a-c	
9			B) kipulääkettä annettaessa	
10			C) 15-30 min kipulääkkeen annon jälkeen	
			kyllä/ei	
11			Ei-lääkkeellinen kivunhoito	
			kirjattu jos on tarjottu, vaikkei käytettäisikään	
12			Ei-lääkkeellisen kivunhoidon arviointi	
			kyllä/ei, jos on käytössä	
13			Annettu lääke kirjattu oikein potilastietojärjestelmään (näkyvä määrääjä, ajankohta, reitti, antaja)	
			kyllä/ei	
14			Potilaan tyytyväisyys kivunhoitoon, onko kirjattu	
			maininta jossain vaiheessa hoitoa	

OHJAAMISEN KIRJAAMISEN
ARVIOINTI

	KYLLÄ	EI	OHJE	
15			kyllä/ei	
16			kyllä/ei, ohjeen nimi mainittava	
17			kyllä/ei	
18			kyllä/ei	
			sisällön analyysi ohjauksen sisällöstä	

Arviointikriteeristön perustana:

HOTUS 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö -
Hoitotyön suositus

HUS 2011. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamisen. Versio 3.

Käypä hoito -suositus 2015. Kipu.

Liite 2. Kirjaamisohje saatteineen



Saate

30.6.2016

NaiS-ohje raskaudenkeskeytyspotilaan kirjaamiseen

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan hoitotyöntekijän suorittamaa potilaan hoitoon liittyvien asioiden säännöllistä kirjaamista potilasasiakirjoihin. Potilasturvallisuuden ja hoitotyöntekijöiden oikeusturvan kannalta on tärkeää, että kirjaaminen on reaaliaikaista, virheetöntä ja potilaiden oikeuksia kunnioittavaa. Kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuva, ja tehdä hoitotyön päätökset näkyviksi sekä sisältää arviointia. Säännöllinen ja oikeaoppinen kirjaaminen toimii hoidon jatkuvuuden takeena. Hyvän hoitotyön kirjaamisen laadullisia kriteerejä ovat kirjaamisen loogisuus, ymmärrettävyys, selkeys ja potilaalle oleellisten asioiden esittäminen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta.

Tämä ohje on laadittu osana ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, jossa kartoitettiin hoitotyön kirjaamista alkuraskauden lääkkeellisten raskaudenkeskeytyspotilaiden osalta. Opinnäytetyön tulosten perusteella kirjaaminen ei ole ollut HYKS:n Naistentautien ja synnytysten toimialalla yhdenmukaista eikä kirjaaminen ole noudattanut kaikilta osin HUS:n ohjeita tai kansallisia hoitotyön kirjaamisen ohjeita. Tämä ohje on laadittu kansallisen tason kirjaamisohjeiden ja HUS:n käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen –oppaan pohjalta.



NaiS-ohje raskaudenkeskeytyspotilaan kirjaamiseen
Laadittu 6/2016

Esitiedot täytetään vähintään taustatiedot –otsikon osalta. Jos potilaalla ei ole perussairauksia, kirjataan "perusterve", jotta hoitoa jatkava henkilö tietää asian olevan huomioitu.

Kipumittari valitaan yhdessä potilaan kanssa, ja se kirjataan esitietoihin. Samaa mittaria käytetään koko hoidon ajan.

Kipua arvioidaan säännöllisesti

- vähintään kerran työvuorossa
- lääkkeen annon yhteydessä
- 30–60 minuuttia lääkkeenannon jälkeen

Kivusta kirjataan

- sijainti
- laatu (viiltävä, kouristava jne.)
- voimakkuus levossa ja liikkeessä valitun mittarin mukaan havaintoarvona
- potilaan kipukäyttäytyminen (itkee kivusta, ei pysty olemaan paikallaan jne.)
- käytetty lääkkeetön kivunhoito ja sen vaikuttavuus
- potilaan tyytyväisyys kivunhoitoon

Lääkkeet antokirjataan lääkitysosion kautta lääkkeen vahvuuden mukaan, ei esim. 1 tabletti tai 1 ampulli.

Potilaalle mukaan annettavat lääkkeet viedään lääkitysosioon **erillisen ohjeen mukaan**, huomioiden määräyksen loppumispäivämäärä, esim. 1 viikko. Selitekenttään kirjataan annettujen lääkkeiden määrä sekä otto-ohje. Lääkitykseen liittyvä ohjaus kirjataan *Potilaan / läheisen ohjaus ja tukeminen* -otsikon alle.

Potilasohjaus kirjataan *Potilaan / läheisen ohjaus ja tukeminen* –otsikon alle. Ohjauksesta kirjataan

- annetun kirjallisen ohjeen virallinen nimi
- suullinen ohjaus → sisältöä ei tarvitse kirjata, jos se perustuu annettuun kirjalliseen ohjeeseen
- potilaan ymmärrys saadusta ohjauksesta

Potilaan jatkot (jälkিতarkastusaika, uusi poliklinikka-aika, laboratoriokontrollit jne.) kirjataan selkeästi *Jatkohoito* –otsikon alle.