



NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLI KOLOREKTAALIPOTILAILLA

Kirjallisuuskatsaus

**Karoliina Tervo
Laura Vesalainen**

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TERVO KAROLIINA & VESALAINEN LAURA:
Nopean toipumisen hoitomalli kolorektaalipotilailla

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Lokakuu 2013

Nopean toipumisen hoitomallilla eli Fast trackilla tarkoitetaan kirurgisen potilaan hoitoa, jolla pyritään nopeuttamaan potilaan toipumista ja lyhentämään sairaalassaoloa. Nopeampaan toipumiseen voidaan vaikuttaa potilaan preoperatiivisella ohjauksella, leikkauksen aiheuttaman stressivasteen pienentämisellä sekä leikkauksen jälkeisen varhaisen mobilisaation ja aikaisen ravitsemuksen aloittamisella. Hoitomalli rakentuu eri toimintojen ja määräysten kokonaisuudesta. Se on laajasti käytössä maailmalla, mutta Suomessa se ei ole vielä vakiintunut käytäntö. Tämän kirjallisuuskatsauksena tehdyn opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitotyötä toteutetaan Nopean toipumisen hoitomallissa. Tehtävänä oli selvittää, millä hoitotyön keinoilla hoitomallia toteutetaan kolorektaalipotilailla.

Aineisto koostui seitsemästä artikkelista ja kolmesta tutkimuksesta. Tiedonhaku tehtiin systemaattisesti ja haku rajattiin kolorektaalipotilaisiin. Tutkimuksista ja artikkeleista saadut tulokset osoittavat, että Nopean toipumisen hoitomallin toteuttamisen pääpiirteet ovat maailmanlaajuisesti samansuuntaiset. Sen keskeiset osa-alueet ovat potilaan ohjaaminen, kivunhoito, ravitsemus ja mobilisaatio. Sairaanhoidajalla on suuri vastuu hoitomallin toteuttamisen jokaisessa vaiheessa, mutta myös potilaan on osallistuttava hoitoonsa aktiivisesti hoitomallin toteutumisen takaamiseksi. Tavoitteena on, että potilas voi palata normaaliin arkeen mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Optimi sairaalassaoloaika on 3-5 päivää.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille tutkittua tietoa Nopean toipumisen hoitomallista ja sen vaikutuksista hoitotyöhön. Tulosten avulla hoitotyön tekijät ja opiskelijat voivat päivittää tietonsa ja kehittää osaamistaan kolorektaalipotilaan hoidosta, uuden hoitomallin muodossa. Lisäksi tavoitteena on valmentautua tulevaan työelämään, näyttöön perustuvan hoitotyön näkökulmasta. Hoitomallin käyttöönotosta ei ole tehty juurikaan tutkimuksia. Olisi mielenkiintoista tietää, kuinka sairaanhoidajat ovat kokeneet Nopean toipumisen hoitomallin käyttöönoton. Myös potilaiden kokemuksia hoitomalliin osallistumisesta voisi selvittää.

Asiasanat: fast track, nopean toipumisen hoitomalli, näyttöön perustuva hoitotyö, kolorektaalipotilas

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

TERVO KAROLIINA & VESALAINEN LAURA:
Enhanced recovery after surgery with colorectal patients
A literature review

Bachelor's thesis 51 pages, 7 appendices
October 2013

Enhanced recovery after surgery, hereafter referred to as Fast Track, is a term used to describe the chain of treatment for a surgical patient and aims at speeding the recovery of the patient as well as shortening the time spent at hospital. To influence the length of recovery time, the patient can be provided with preoperational guidance, support in reducing the postsurgical stress, as well as a quick commence of the postsurgical mobilization and nutrition. Fast Track is comprised of a body of different functions and instructions, and it is widely used around the world. However, it is not an established practice in Finland. This study was conducted as a means of overviewing the relevant literature, and the objective of it was to examine the effects of the model on nursing. Our goal was to find out how Fast Track is put into practice with colorectal patients.

Our material comprises seven articles and three researches on the topic. The information search was conducted systematically and was limited to colorectal patients only. According to the articles and researches under examination, the practical execution of Fast Track is roughly similar worldwide. The central domains of Fast Track are guidance of the patient, pain relief, nutrition and mobilization. The implementation of the model is mainly a responsibility taken by the nurse; however, the active role of the patient is crucial in order to ensure the success of Fast Track. The aim is to rehabilitate the patient into their normal life after surgery as soon as possible. Thus, the optimum time spent in hospital is 3-5 days.

The goal of this study was to introduce the researched findings of Fast Track when applied in nursing. With these findings we along with fellow students and professionals in the field of nursing can enhance our knowledge of the subject of nursing in Fast Track. Furthermore, our target was also to prepare ourselves for working life from the perspective of evidence based nursing. The initialization of Fast Track has not been extensively researched, which is why it would also be fruitful to survey the experiences of medical staff on implementing the policy. In addition, it would be worthy of documenting the experiences of the patients taking part in the process.

Key words: fast track, enhanced recovery after surgery, colorectal patient

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
	3.1 Nopean toipumisen hoitomalli.....	9
	3.2 Kolorektaalipotilas.....	12
	3.3 Näyttöön perustuva hoitotyö.....	13
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	14
	4.1 Kirjallisuuskatsaus.....	14
	4.2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet.....	14
	4.3 Kirjallisuuskatsaus tiedonkeruun menetelmänä.....	15
	4.4 Sisällönanalyysi.....	18
5	AINEISTON ANALYYSIN TULOKSET.....	20
	5.1 Preoperatiivinen hoitotyö.....	20
	5.1.1 Potilaan preoperatiivinen ohjaus.....	20
	5.1.2 Leikkausvalmistelut ja esilääkitys.....	22
	5.2 Intraoperatiivinen hoitotyö.....	24
	5.3 Postoperatiivinen hoitotyö.....	29
	5.3.1 Leikkauispäivänä vuodeosastolla.....	30
	5.3.2 Ensimmäinen postoperatiivinen päivä.....	32
	5.3.3 Toinen postoperatiivinen päivä.....	34
	5.3.4 Kotiutuminen.....	35
	5.3.5 Toipuminen kotona.....	37
	5.4 Yhteenveto.....	39
6	POHDINTA.....	40
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET.....	45
	Liite 1. Katsaukseen valitut artikkelit.....	45
	Liite 2. Katsaukseen valitut tutkimukset.....	48
	Liite 3. Aineiston valintaprosessi.....	51

1 JOHDANTO

Kun väestö vanhenee ja iän mukana tulevien sairauksien määrä lisääntyy, niin myös kirurgista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä lisääntyy. Taloudellisten resurssien niukentuuksessa paine lääketieteellisten menetelmien kehittymiselle ja uudistumiselle kasvaa. (Kehlet 2006, 495-498.) Nykyisin yhteiskunta ja ennen kaikkea potilaat osaavat vaatia laadukkaampaa hoitoa aiempaa perusteellisemmin (Scheinin 2006, 545). Hoidon tulosten lisäksi huomiota tulisi kiinnittää entistä enemmän myös toiminnan taloudellisuuteen. Tämän takia uudenlaisia, kannattavampia hoitomalleja kehitetään. (Kehlet 2006, 495-498.) Tästä yhtenä esimerkkinä on LEIKO-toiminta, jossa potilas tulee osastolle vasta leikkauspäivän aamuna poiketen perinteisestä vuodeosastomallista (Lehikoinen-Stedt, 2009).

Perinteisesti leikkauksen jälkeinen sairaalassaoloaika suuren kolorektaalisen operaation jälkeen on ollut viidestä kymmeneen päivään (Slater 2010, 1091). Suomessa ollaan ottamassa käyttöön uutta Nopean toipumisen hoitomallia (Scheinin 2006, 545). Tässä opinnäytetyössä esittelemme tämän uuden menetelmän kolorektaalipotilailla. Sen avulla kolorektaalipotilaiden sairaalahoitopäiviä on saatu lyhennettyä merkittävästi. Potilaat kotiutuvat viimeistään neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Slater 2010, 1091,1097.) Kun tätä vertaa vuoden 1990 tuloksiin, niin keskimääräinen hoitoaika on lyhentynyt viikolla (Scheinin 2006, 545). Hoitomallilla on merkittävä vaikutus myös taloudellisesta näkökulmasta. Yhdysvalloissa on päästy yhden potilaan kohdalla 1000 dollarin kustannussäästöihin (Kellokumpu 2010, 14).

Hoitomalli on kehitetty alun perin Tanskassa. Sen tarkoituksena on nopeuttaa suolen toipumista leikkauksesta, parantaa keuhkojen toimintaa sekä vähentää leikkauksen jälkeistä väsymystä ja näin edistää potilaan toipumista. Hoitomallin potilaat toipuvat nopeammin. Tämän ansiosta potilaat voidaan kotiuttaa nopeammin ja tämä vähentää sairaalahoidon aiheuttamia kustannuksia merkittävästi. Hoitomalli perustuu koko hoitoketjun väliseen yhteistyöhön sekä siihen, että hoitohenkilökunta hallitsee menetelmän käytön. (Kehlet 2006, 495-498.) Hoitomallin onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitoketjun toteuttamiseen osallistuvat työskentelevät samansuuntaisesti tavoitteiden saavuttamiseksi (Scheinin 2006, 545).

Nopean toipumisen hoitomalli on useiden pienten tekijöiden summa, jossa hyvin merkityksellistä on hoitohenkilökunnan kiinnostus hoidon kehittämiseen. Mallin tavoitteena on taata potilaille korkealaatuista ja turvallista hoitoa tehokkaasti, kustannukset huomioiden. Menetelmän avulla voidaan lyhentää hoitoaikoja, ilman että hoidon laatu kärsii. (Scheinin 2006, 545.)

Tämän kirjallisuuskatsauksena tehdyn opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten hoitotyötä toteutetaan Nopean toipumisen hoitomallissa. Käsittelemme menetelmää kolorektaalipotilaiden näkökulmasta, koska se on tällä hetkellä suurin potilasryhmä, johon hoitomallia sovelletaan Suomessa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Katsauksen tavoitteena on tuoda esille tutkittua tietoa Nopean toipumisen hoitomallista ja sen vaikutuksista hoitotyöhön. Olemme itse hyvin kiinnostuneita hoitotyön kehittämisestä, siksi uudenlaisen hoitomallin perusteellinen tutkiminen tuntui sopivalta opinnäytetyömme aiheeksi. Tulevina sairaanhoitajina meidän tulee pystyä takaamaan potilaille laadukasta hoitoa, vaikka hoitotyöhön käytettäviä varoja kiristetään.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla miten hoitotyötä toteutetaan Nopean toipumisen hoitomallissa.

Tehtävä:

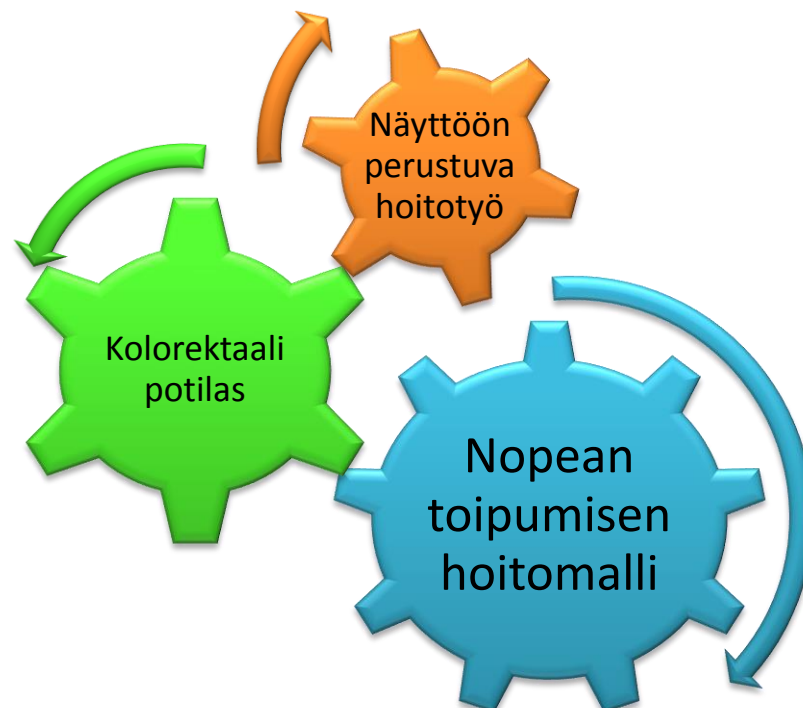
- 1) Millä hoitotyön keinoilla Nopean toipumisen hoitomallia toteutetaan kolorektaalipotilailla?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille tutkittua tietoa Nopean toipumisen hoitomallista ja sen vaikutuksista hoitotyöhön. Tulosten avulla hoitotyön tekijät ja opiskelijat voivat päivittää tietonsa ja kehittää osaamistaan kolorektaalipotilaan hoidosta, uuden hoitomallin muodossa. Lisäksi tavoitteena on valmentautua tulevaan työelämään näyttöön perustuvan hoitotyön näkökulmasta.

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Saimme idean opinnäytetyön aiheeksi Tampereen ammattikorkeakoulun opettajalta, joka antoi meille inspiraationa toimivan artikkelin. Tämän ansiosta valitsimme Nopean toipumisen hoitomallin opinnäytetyömme aiheeksi. Kun perehdyimme aiheeseen, huomasimme, että hoitomallia voidaan käyttää useissa eri potilasryhmissä. Valitsimme tähän opinnäytetyöhön potilasryhmäksi kolorektaalipotilaat. Suomessa se on suurin potilasryhmä, mihin hoitomallia sovelletaan tällä hetkellä.

Huomasimme, että aiheesta on niukasti tutkimuksia, jotka ovat suunnattu hoitotyön ammattilaisille. Tämän takia halusimme tutkia aihetta sairaanhoitajan näkökulmasta. Nopean toipumisen hoitomalli on hyvä esimerkki näyttöön perustuvasta toiminnasta. Vanhoja toimintatapoja kyseenalaistetaan ja toimintaa muutetaan näyttöön perustuvan tiedon perusteella. Myös sairaanhoitajan toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa. Valitsimme opinnäytetyömme teoreettiseksi lähtökohdaksi Nopean toipumisen hoitomallin, kolorektaalipotilaan ja näyttöön perustuvan hoitotyön. Kuviossa 1 mallinimme käsitteiden välisiä suhteita toisiinsa.

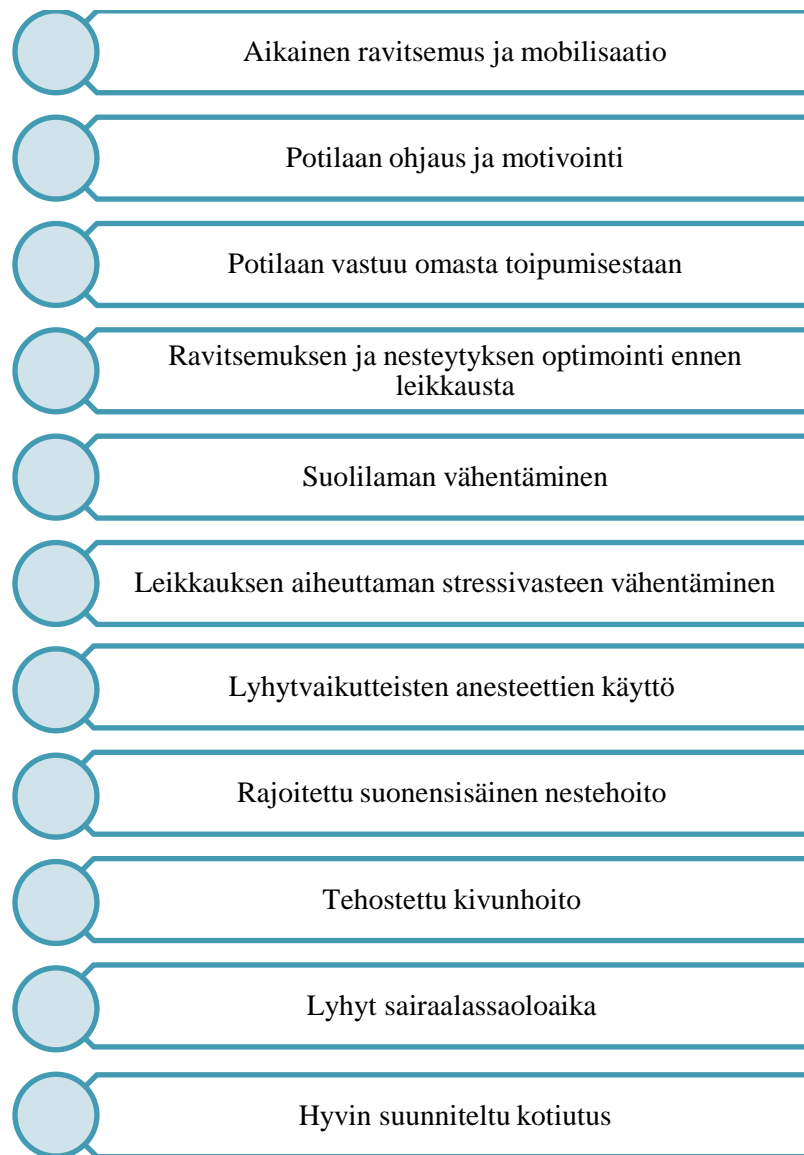


Kuvio 1. Työn teoreettinen lähtökohta

3.1 Nopean toipumisen hoitomalli

Nopean toipumisen hoitomallilla eli Fast trackilla tarkoitetaan hoitoketjua, jolla pyritään nopeuttamaan kirurgisen potilaan toipumista sekä lyhentämään hoitoaikoja. Se koostuu eri toimintojen ja määräyksien kokonaisuudesta muodostaen kirurgisen potilaan hoitoketjun. Hoitomallin toteuttamiseen osallistuu työntekijöitä useista eri ammattiryhmistä, lääkäristä fysioterapeuttiin. Hoitomallissa keskitytään potilaiden ohjaukseen ja motivointiin jo preoperatiivisessa vaiheessa aikaisempaa enemmän. Toimenpiteestä aiheutuvaan stressireaktioon ja hyvään kivunlievitykseen panostetaan aiempaa perusteellisemmin. Tärkeä osa hoitomallia on potilaan nopea mobilisaatio ja varhaisen ravitsemuksen aloittaminen leikkauksen jälkeen. Jotta nämä asiat toteutuvat, on potilaan oltava motivoitunut. Näin ollen potilaalla on merkittävä rooli hoitomallin toteutumisessa. (Slater 2010, 1091-1098.) Suomessa Nopean toipumisen hoitomallia on käytetty lähinnä suolistokirurgiassa.

Kirjallisuudessa Fast track kirurgiasta käytetään myös termiä ERAS® (enhanced recovery after surgery) (Slater 2010, 1091). Se mitä termiä käytetään, riippuu tutkimuksen alkuperämaasta. Opinnäytetyössämme käytämme termiä Fast track ja sen suomennosta Nopean toipumisen hoitomalli. Alun perin mallin on kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet. Hänen tarkoituksenaan oli kehittää hoitomalli, joka parantaa leikkaustuloksia ja nopeuttaa potilaan toipumista. (Kehlet 2009, 355.) Kuviossa 2 (s. 10) esittelemme Nopean toipumisen hoitomallin periaatteet.



Kuvio 2. Nopean toipumisen hoitomallin periaatteet (Slater 2010, 1093, muokattu)

Perinteisesti suolistoleikkauksen jälkeen potilaan ravitseminen on aloitettu varovasti ja maltillisesti. Nopean toipumisen hoitomallissa potilas alkaa syödä suun kautta 24 tunnin sisällä leikkauksesta. Tutkimusten mukaan tämä on turvallista ja sillä on myönteisiä vaikutuksia suolen normaalin toiminnan palautumiselle. Hoitomallissa potilas ei ole vuodelevossa päiviä leikkauksen jälkeen, vaan hänet autetaan ylös sängystä mahdollisimman nopeasti. Jokaiselle leikkauksen jälkeiselle päivälle on omat liikkeellä olo tavoitteet, jotka ohjaavat potilaan toimintaa päivittäin. Liikkeellä ololla vähennetään potilaan riskiä saada tromboosiembolia ja estetään lihasmassan pienentymistä. (Khan, Gatt, Horgan, Anderson & MacFie 2009, 14.)

Hoitomalli antaa potilaalle enemmän vastuuta hänen omasta toipumisestaan. Suurin osa toipumisesta tapahtuu kotona sairaalan sijaan, jossa potilaan on noudatettava päivittäin

saamia hoito-ohjeita. Potilasta on motivoitava koko hoitomallin ajan, jotta hän pysyy tähän. Ohjaus on yksi tärkeä periaate motivoinnin lisäksi. Potilaalle järjestetään erillinen ohjaustapaaminen ennen leikkausta ja ohjausta jatketaan koko hoitoprosessin ajan. Ohjaukseen ja motivointiin osallistuu koko hoitotiimi.

Nopean toipumisen hoitomallissa leikkausta edeltävää paastoa on lyhennetty. Perinteisesti paasto ennen leikkausta on kestänyt kahdeksan tuntia. Lyhyemmällä paastolla potilaan leikkauksen jälkeinen vointia ja jaksaminen on parempaa. Suolen tyhjennyksillä aiheutetaan potilaalle ravitsemuksen ja nestetasapainon häiriöitä, joten se ei ole tavomainen käytäntö Nopean toipumisen hoitomallissa. (Khan ym. 2009, 6-7.)

Ennen leikkausta ja sen aikana pyritään ehkäisemään suolilaman syntymistä, esimerkiksi minimoimalla opioidien käyttöä. Leikkauksen jälkeen pyritään suolen toiminta palauttamaan normaaliksi mahdollisimman nopeasti. (Khan ym. 2009, 13.) Suolen tulee toimia normaalisti ennen kuin potilas voi palata kotiin joten suolilaman pitkittyminen hidastaa potilaan aikaista kotiutumista (Slater 2010, 1096).

Nopean toipumisen hoitomallin yksi tärkeimmistä teemoista on kirurgisen toimenpiteen aiheuttaman stressivasteen vähentäminen (Slater 2010, 1094-1095). Leikkaus aiheuttaa elimistössä hormonaalisia ja metabolisia muutoksia sekä sympaattisen hermoston aktivoitumista. Tämä on elimistölle luonnollinen tapa puolustautua ulkoa tulevaan ”vaaraan”. Tästä vasteesta on kuitenkin haittaa potilaan toipumiselle ja sitä tulisi leikkauksen aikana vähentää. (Desborough 2000, 109.)

Anestesian aikana käytetään mahdollisimman lyhytvaikutteisia anestesia-aineita. Näin ajatellaan potilaan toipuvan anestesiasta nopeammin ja kuntoutuminen leikkauksesta voi alkaa. Leikkauksessa ei aseteta dreenejä, jotka voisivat vaikeuttaa potilaan liikkumista leikkauksen jälkeen. (Slater 2010,1093.) Potilaan lämpötalouteen kiinnitetään erityistä huomiota intraoperatiivisessa vaiheessa. Leikkauksen aikainen Hypotermia lisää haavainfektioiden määrää ja aiheuttaa kudoksille hypoksiaa. (Khan ym. 2009, 9.)

Tutkimuksissa on todettu, että leikkauksen aikainen yli- ja alinesteytys lisää leikkauksen jälkeistä kuolleisuutta. Nopean toipumisen hoitomallissa leikkauksen aikana käytetään rajoitetun nestehoidon mallia, jolla pyritään optimoimaan potilaan oikea nesteytyksen tarve. (Kehlet 2011, 586.) Potilaan kivunhoito on tärkeä osa hoitomallin toteuttamista.

Siihen kiinnitetään erityistä huomiota ja käytetään kivunhoidon muotoja, jolla ei ole suolta lamaavia sivuvaikutuksia. (Khan ym. 2009, 13.)

Hoitomallissa potilaat viettävät mahdollisimman vähän aikaa sairaalassa. Kotiutuminen suunnitellaan tarkasti yhteistyössä potilaan kanssa, ja sen suunnittelu aloitetaan jo ennen leikkausta. Hoitomallin yksi peruseriaatteista on se, että potilas kotiutetaan vasta kun kaikki kotiutuskriteerit ovat täyttyneet. Näin taataan turvallinen kotiutuminen ja ehkäistään komplikaatioiden syntymistä. (Slater 2010, 1093-1097.) Tulososiossa (s.36) esittelemme tarkemmin kotiutuskriteerit.

Nopean toipumisen hoitomallissa suositetaan mahdollisimman atraumaattisia leikkaustekniikoita. Laparoskooppiset toimenpiteet ovat ensisijaisia lievemmän postoperatiivisen kivun ja vähäisemmän perioperatiivisen sairastuvuuden vuoksi. (Scheinin 2006, 545.) Laparoskooppisissa leikkauksissa myös leikkauksen aiheuttama stressivaste on vähäisempi (Desborough 2000, 113). Laparoskooppisten leikkausten jälkeen potilaat kotiutuvat nopeammin kuin avoleikkausten jälkeen. Kuitenkin myös avoleikkauksia voidaan käyttää osana hoitomallia. Tällöin pyritään yhtä nopeaan kotiutumiseen kuin tähystysleikkauksissa. Käytännössä leikkaustekniikka ei eroa perinteisestä kirurgiasta, mutta siinä huomioidaan enemmän esimerkiksi dreerien vaikutusta potilaan leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen. Avoleikkauksissa tulisi suosia poikittaisviiltoja, sillä ne haittaavat vähemmän potilaan liikkumista leikkauksen jälkeen. Tyräkirurgiassa pyritään puolestaan käyttämään kiristyksettömiä verkkoja, koska ne sallivat potilaan vapaamman liikkumisen. (Scheinin 2006, 545.)

3.2 Kolorektaalipotilas

Tässä opinnäytetyössä olemme tarkastelleet Nopean toipumisen hoitomallia kolorektaalipotilailla. Kolorektaalipotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on sairaus kolorektaaliosalla eli koolonin ja/tai peräsuolen alueella. Yleisimpiä leikkauksia vaativia sairauksia, jotka voidaan hoitaa Nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti, ovat divertikuloosi eli suolen umpipussitauti, suolistosyöpä ja suoliston tulehdukselliset sairaudet. (Hannuksela, Huovinen, Huttunen, Jalanko, Mustajoki, Saarelma, Tiitinen 2006, 261; Hammar 2011, 138-155.)

Kolorektaalisyöpä (paksusuolen-koolonin ja peräsuolensyöpä) on Suomen kolmanneksi yleisin syöpätyyppi (Sankila & Pukkala 2009). Vuonna 2011 Suomessa todettiin yhteensä 2795 uutta kolorektaalisyöpätapausta (miehet 1485 ja naiset 1310) (Suomen syöpärekisteri 2011). Kolorektaalisyövän esiasteen ja varhaisvaiheiden löytämiseksi on tehty seulontakokeita, joilla pyritään osoittamaan mahdollisen veren löytyminen ulosteesta. Seulontojen ansiosta kolorektaalisyöpäkuolleisuuden on todettu pienentyneen. (Sankila & Pukkala 2009.) Kolorektaalisyövän ensisijainen hoito on kasvaimen radikaali kirurginen poisto. Kirurgisen poiston lisäksi hoitona käytetään solunsalpaaja- ja sädehoitoja. (Paajanen & Härkönen 2001, 1907-1911.)

3.3 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö (EBN, Evidence-Based Nursing) käsitteenä on tullut tutuksi hoitotyössä 1990-luvun loppupuolella (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9). Nykyisin termiä käytetään laajalti sairaanhoitajakoulutuksessa ja sitä pyritään tuomaan kaikille hoitotyön osa-alueille, myös työelämään. Kirjallisuudessa termiä on määritelty usealla eri tavalla. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009, 53-54) määrittelee näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnaksi, jossa yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijän hyväksi havaittu toimintanäyttö, potilaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua sekä yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Tarkoituksena on siis taata potilaille mahdollisimman hyvä ja tasavertainen hoito. (Sarajärvi ym. 2009, 11-12.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönottoaminen on ollut haasteellista. Sairaanhoitajat kokevat, että tutkimusten epäselvä raportointi ja ajanpuute estävät näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamista käytännön hoitotyössä. Haitaksi ovat nousseet myös vieraskieliset tutkimukset. Tutkimustulosten yhteydet käytäntöön tulisi olla selkeämpiä. (Oranta, Routasalo & Hupli 2002, 26-36.) On siis luontevaa tehdä kirjallisuuskatsaus, jolla saamme uusimmat tutkimustulokset helposti luettavaan muotoon. Tarkastelemme saatua aineistoa sairaanhoitajan näkökulmasta ja pyrimme nostamaan esille sieltä hoitotyölle oleelliset asiat. Opinnäytteen tekemisen avulla pääsemme itse harjoittelemaan näyttöön perustuvan hoitotyön perusideaa.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme on teoreettiseen tietoon pohjautuva työ ja tutkimusmenetelmäksi valitsimme kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimusaineisto koostuu tutkimuksista, joka kerätään ja analysoidaan systemaattisesti (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2003, 15). Tutkimuksen jokainen vaihe kirjataan tarkasti ylös, jotta katsaus on toistettavissa uudelleen jonkun ulkopuolisen toimesta. Tällainen menettelytapa tekee tutkimuksesta relevantin. Katsauksen avulla uusin tieto kootaan yhteen tiivistetysti. Siinä on tarkkaan valittu ja hyvin rajattu aihe, josta se rakentaa kokonaiskuvan. Kirjallisuuskatsauksella voidaan joko kehittää jo olemassa olevaa teoriaa tai luoda uutta. (Baumeister 1997, 312; Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 6.) Kirjallisuuskatsauksen voi toteuttaa eri tavoin. Kaikissa kuitenkin edetään vaihe vaiheelta, suunnittelusta raportointiin. (Johansson ym. 2007, 3,5.)

4.2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Tämän opinnäytetyön tekoprosessi pohjautuu Finkin esittämään malliin kirjallisuuskatsauksen tutkimusvaiheista. Tutkimusvaiheet jaetaan seitsemään osaan, esittelemme vaiheet kuviossa 3 (s.15) (Fink 2005, 3). Tutkimusprosessin ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan aiemmin tehtyihin tutkimuksiin sekä määritellään tarve katsauksen tekemiseksi. Katsaukselle asetetaan tutkimustehtävät, joita voi olla yhdestä kolmeen. Tutkimustehtävien asettamisen jälkeen valitaan sopivat tietokannat ja muodostetaan hakutermit. Seuraavassa vaiheessa muodostetaan valintakriteerit, joiden avulla valitaan katsaukseen päätyvät tutkimukset. Valintakriteereiden tulee olla tarkasti määritellyt. Tutkimusaineiston rajaaminen voi kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin, tutkimusasetelmaan tai tutkimusten laadun arviointiin. Seuraavaksi asetetaan metodologinen seula. Siinä arvioidaan valittujen tutkimusten laatua ja paikkaansa pitävyyttä. Lopuksi suoritetaan katsaus ja esitetään tulokset. Tulokset analysoidaan valitulla menetelmällä. (Johansson ym. 2007, 6.) Opinnäytetyömme tulokset on analysoitu aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla.



Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusvaiheet (Fink 2005, 4, muokattu)

4.3 Kirjallisuuskatsaus tiedonkeruun menetelmänä

Valitsimme opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi kirjallisuuskatsauksen. Sen avulla saamme koottua tiivistetysti yhteen uusimman tutkimustiedon. Kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää käyttää hyviä ja luotettavia tietokantoja. Tietokannasta tulisi löytyä oleellista tietoa katsauksen kannalta ja sen luotettavuus tulisi olla varmistettu. (Johansson ym. 2007, 12.) Taulukossa 1 (s.16) esitämme lyhyesti valitut tietokannat. Kävimme katsaukseen valitut tietokannat yhdessä läpi Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston työntekijän kanssa. Valitsimme elektronisiksi tietokannoiksi MEDIC, ARTO, CINAHL, COCHRANE ja ALEKSI. Lisäksi valitsimme mukaan DUODECIMIN lehtitietokannat. Tiedonhaku suoritettiin syyskuussa 2013.

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tietokannat (Johansson ym. 2007, 28-33, muokattu)

Tietokanta	Sisältö
ALEKSI	Kotimainen ja monialainen artikkelitietokanta.
ARTO	Uusien kotimaisten artikkelien viitetietokanta. Artikkeleita löytyy kaikilta tiedon alueilta ja tieteellisyyden asteilta.
DUODECIM	Lehtitietokanta: Lääketieteellinen aikakauskirja, jota julkaisee kustannus Oy Duodecim. Suomen lääkärilehti, jota julkaisee Suomen lääkäriliitto
MEDIC	Kotimainen terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta.
CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)	Hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian kansainvälinen viite- ja tiivistelmä tietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa.
COCHRANE	Tietokantakokoelma, joka käsittelee sairauksien ennaltaehkäisyä hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuutta.

Hakutermin muodostaminen on katsauksen onnistumisen kannalta merkittävä. Jos hakutermit ovat vääränlaiset, katsauksessa ei saada vastauksia valittuihin tutkimustehtäviin. (Johansson ym. 2007, 49.) Käytimme apuna Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston työntekijöitä myös hakutermin muodostamisessa ja haun suorittamisessa.

Hakuterminä valitsimme ”fast track”(fraasina), jota käytimme ainoana hakuterminä ALEKSI:ssa, ARTO:ssa, DUODECIM:issä ja MEDIC:ssa. Näissä tietokannoissa ei tarvinnut tehdä erillistä haun rajausta, vähäisten osumien vuoksi. CINAHL:n hakutermin ”fast track”(fraasina) lisäksi valitsimme sanan ”surgery”. Näillä hakutermeillä saimme 133 osumaa. Rajasimme tuloksia ensin julkaisuvuoden mukaan, vuodesta 2003 vuoteen 2013. Hakutuloksia saimme 113. Seuraava rajaus kohdistui ”tutkimuksen tyyppiin”, valitsimme ”academic journals” ja ”dissertations”. Haku tuotti 110 osumaa. Otimme hakutuloksista mukaan vain tekstit, jotka saatiin kokonaisina, eli ”Full text”. Näin tuloksia tuli 28. COCHRANE:ssa hakuterminä toimi ”fast track” fraasina. Haim-

me fraasia koko tekstistä, eli valitsimme hakuvaihtoehdoksi ”search all text”. Hakutuloksia saimme 30 kappaletta. Liitteessä 3 näkyy, miten eri tietokannoista valittiin katsaukseen päätyvät artikkelit ja tutkimukset.

Nopean toipumisen hoitomallista on vain vähän tutkittua tietoa. Se vaikeutti tämän opinnäytetyön tiedonhakuprosessia. Valitsimme kirjallisuuskatsaukseen yhteensä 10 tutkimusta ja artikkelia. Näistä 7 on ammattikäytäntöä kuvailevia artikkeleita, ne ovat esitelty liitteessä 1 (s.45). Lisäksi valitsimme 3 tutkimusta, ne ovat taulukoituna liitteessä 2 (s.48). Artikkeleita ja tutkimuksia arvioitiin tarpeen mukaan otsikon, abstraktin ja sisällön perusteella. Yhtä artikkelia emme saaneet, joten se jätettiin katsauksen ulkopuolelle. Valituista artikkeleista yksi on englanninkielinen, muut artikkelit ovat suomenkielisiä. Lisäksi laskimme artikkeliksi erään sairaanhoitopiirin tekemän julkaisusarjan. Kaikki katsaukseen valitut tutkimukset ovat englanninkielisiä ja ne on julkaistu eri kansainvälisissä hoitotieteellisissä lehdissä. Laadullisia tutkimuksia oli kaksi ja yksi oli tehty määrällisenä tutkimuksena.

Katsaukseen valittujen tutkimusten ja artikkeleiden valintakriteerit

1. Artikkelin sisältö vastaa tutkimustehtävän sisältöä
2. Suomen- tai englanninkielinen
3. Ilmestynyt vuonna 2003 tai myöhemmin
4. Artikkelit on luotettavasta lähteestä

Muodostimme neljä valintakriteeriä, joiden perusteella valitsimme artikkelit ja tutkimukset katsaukseen. Ensimmäisellä kriteerillä määritellään lähteiden sisällöt, joiden tulee vastata mahdollisimman hyvin tutkimustehtäväämme. Toinen valintakriteeri rajaa lähteet suomen- tai englanninkielisiin julkaisuihin. Valitsemalla vain 10 vuoden sisällä ilmestyneitä lähteitä saamme kokoon mahdollisimman ajan tasalla olevaa tietoa. Neljänneksi valintakriteeriksi määrittelimme, että lähteiden on oltava luotettavasta lähteestä. Luotettavia lähteitä kirjallisuuskatsaukseen on alan kansainväliset johtavat lehdet, tieteelliset monografiat ja muu tutkimuskirjallisuus, julkisyhteisöjen (esim. ministeriö) selvitykset, kansainvälisten organisaatioiden raportit (esim. YK), tieteellisten järjestöjen julkaisut ja muiden asiantuntija organisaatioiden (tutkimuslaitokset) tutkimukset ja selvitykset. Tieteelliset artikkelit ja konferenssipaperit ovat luotettavia niiden ajankohtaisen tiedon takia. Väitöskirjat käyvät myös hyvin lähteinä, sillä ne ovat käyneet monen seulan läpi ja ovat sitä kautta luotettavia tiedonlähteitä. (Salminen 2011, 31.)

4.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Menetelmän avulla aineistoa voidaan järjestää, joko systemaattisesti tai objektiivisesti. Tavoitteena on aineiston avulla tuottaa tietoa yleisellä tasolla ja tiivistetysti käsiteltävästä aiheesta. Tutkittava aineisto voi koostua artikkeleista, kirjoista, päiväkirjoista, raporteista, kirjeistä ja erilaisista tutkimusraporteista. Sisällönanalyysillä valittu aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91-103.) Tässä opinnäytetyössä aineisto järjestettiin systemaattisesti.

Sisällönanalyysi voi olla deduktiivista eli teorialähtöistä tai induktiivista eli aineistolähtöistä. Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin induktiivisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoituksena luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analysointi perustuu induktiiviseen päättelyyn. Menetelmässä analysoidtavat asiat valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Tässä menetelmässä analysointi on systemaattista ja prosessinomaista. Ajatuksena on, että aiemmillä tiedoilla, havainnoilla tai teorioilla tutkittavasti asiasta ei ole merkitystä analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen, koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95-98.)

Karkeasti ajateltuna aineistolähtöinen sisällön analyysi on kolmivaiheinen prosessi: ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistämällä pyritään karsimaan aineistosta epäolennaisuudet pois. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimukselle asetetut tehtävät. Toisena vaiheena on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Ryhmittelyssä aineisto käydään läpi tarkasti ja siitä pyritään löytämään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Ryhmittely voi olla esimerkiksi tutkittavan asian ominaisuus, piirre tai käsitys. Viimeisenä vaiheena on aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Tässä vaiheessa pyritään erottamaan tutkittavan asian kannalta oleellinen tieto ja valitun tiedon perusteella muodostaa teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108-112.)

Tässä opinnäytetyössä analysointi alkoi kaikkien valittujen artikkeleiden ja tutkimusten läpilukemisella. Sen jälkeen etsimme aineistosta tutkimustehtävällemme oleelliset asiat. Tämän jälkeen teimme alkuperäisilmauksista pelkistetyt ilmaukset. Saadut ilmaukset ryhmittelimme alaluokkiin ja sen jälkeen pääluokkiin. Taulukossa 2 näytämme esimer-

kin tekemästämme sisällönanalyysistä. Pääluokista muodostimme pääotsikot tulosten käsittelyosioon.

TAULUKKO 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
esilääkkeeksi ei sovi pitkä- vaikutteiset rauhoittavat lääkkeet	Esilääkitys	Preoperatiivinen hoitotyö
Ensimmäisenä päivänä 8 h pois sängystä	Ensimmäinen postoperatiivinen päivä	Postoperatiivinen hoitotyö

5 AINEISTON ANALYYSIN TULOKSET

5.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Potilaat saapuvat vuodeosastolle joko leikkausta edeltävänä päivänä tai leikkauspäivänä (Hönninen ym. 2011, 10). Tultaessa leikkausaamuna osastolle, potilaan liikkeellöolo on ollut normaalia mahdollisimman pitkään sairaalasängyssä makaamisen sijaan. Tämä menettely puoltaa Nopean toipumisen hoitomallin peruseriaatetta, mahdollisimman lyhyttä sairaalassaoloaika. (Rotko 2012, 19.) Potilas voi tulla myös osastolle jo leikkauksta edeltävänä päivänä, mikäli potilaan vointi sitä vaatii. Tällöin potilas saa kaipaamaansa tukea hoitohenkilökunnalta ja on näin valmistautuneempi leikkaukseen. (Korpi, Raitopuro, Sjöholm & Ritmala-Castrén 2007.)

5.1.1 Potilaan preoperatiivinen ohjaus

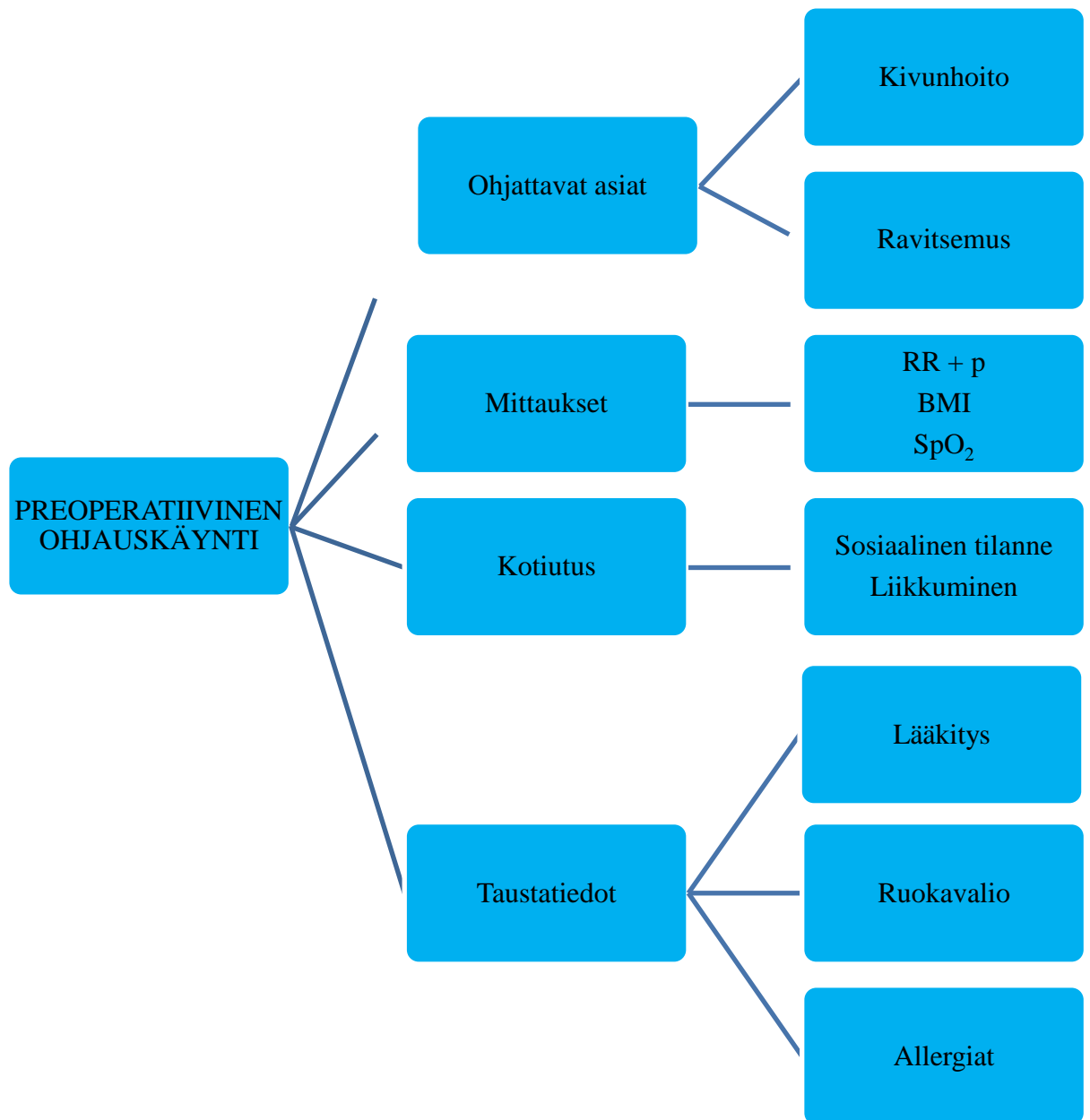
Kaikki hoitomallin potilaat käyvät ennen leikkausta sairaanhoitajan vastaanotolla ohjauksessa. Ohjauksen ajankohta vaihtelee kahdesta päivästä viikkoon ennen leikkausta. (Hönninen ym. 2011, 7; Korpi ym. 2007.) Käynnin tarkoituksena on valmistaa potilas tulevaan leikkaukseen ja sen jälkeiseen toipumiseen (Hönninen ym. 2011, 7). Leikkaukseen saapuville potilaille lähetetään kotiin kirjallinen ohje tulevasta leikkauksesta sekä toipumiseen liittyvistä asioista. Ohjeen sisältö käydään läpi ohjauskäynnillä, yhdessä potilaan kanssa. Hyvän ohjauksen lähtökohtana toimii potilaan ohjaustarpeen arviointi. Potilaan sairaudesta ja elämäntilanteesta keskustellaan ja lisäksi kartoitetaan hoidon vaikutuksia potilaan elämään. (Korpi ym. 2007.)

Preoperatiivisella käynnillä potilas tapaa kirurgin, anestesia lääkäriin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin. Kirurgin kanssa käydään läpi itse toimenpide ja anestesia lääkäriin kanssa nukutukseen liittyvät asiat. Fysioterapeutti ohjaa leikkauksen jälkeisen varhaisen mobilisaation ja PEP-puhallukset (vastapainehengitys). (Kairaluoma 2007, 36.) Sairaahoitajalla on päävastuu preoperatiivisen käynnin kulusta ja potilaan ohjaamisesta (Hönninen ym. 2011, 7-12).

Sairaanhoitajan preoperatiivisen käynnin osuus koostuu potilaalle ohjattavista asioista, mittauksista sekä kotiutusasioista. Potilaalle kerrotaan käytettävistä kivunhoitomene-
telmistä ja ohjataan kipumittarin käyttö. Yleisin käytössä oleva kipumittari on VAS-
asteikko (visuaalianalogiasteikko). Hoitaja käyttää mittaria kivunhoidon arvioinnissa
postoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksissa on todettu, että potilaiden kokema postoperatiivinen kipu on vähäisempi, jos he ovat saaneet preoperatiivista ohjausta kivun hallintamenetelmistä. Kipumittari on hoitajalle hyvä väline potilaan kivun arvioimisessa. Ohjaus on onnistuneen kivunhoidon kulmakivi, onnistunut kivunhoito takaa potilaan varhaisen mobilisaation leikkauksen jälkeen. (Hönninen ym. 2011, 8,15.)

Ohjauksikäynnillä potilaalle ohjataan Nopean toipumisen hoitomallin mukainen ruokavalio. Potilaan tulee syödä leikkausta edeltävänä päivänä vähäjätteistä ruokaa, esimerkiksi mehukeittoa ja vaaleaa leipää. Jos potilas on osastolla leikkausta edeltävänä iltana, niin hänelle annetaan lisäksi runsasenerginen täydennysravintovalmiste, esimerkiksi Nutri-
drink®. (Kairaluoma 2007, 40.) Perinteisessä paksusuolikirurgiassa on edelleen käytössä leikkausta edeltävä paasto ja suolen tyhjennys. Nopean toipumisen hoitomallista ne ovat jääneet pois, koska niillä aiheutetaan potilaalle kuivumistila, joka hidastaa potilaan toipumista. (Rotko 2012, 18.) Salmisen & Rantalalan (2010, 257) tekemässä katsauksessa todetaan samansuuntaisia tuloksia. He korostavat kuitenkin, että samaa toimintamallia ei voida käyttää peräsuolikirurgiassa riittämättömän tutkimustiedon vuoksi. Jos suolen-
tyhjennys on tarpeellinen, niin se ohjataan preoperatiivisella käynnillä (Hönninen ym. 2011, 8).

Sairaanhoitaja selvittää potilaan taustatiedot, kuten painon, pituuden ja painoindeksin. Myös allergiat, ruokavalio ja käytössä oleva lääkitys kirjataan ylös. Potilaasta mitataan verenpaine, pulssi ja saturaatio. Potilaan toimintakyky ja mahdolliset liikkumisen apuvälineet selvitetään kotiutumista ajatellen. Hoitaja varmistaa, että kotona on aikuinen potilaan tukena leikkauksen jälkeen. Se on edellytyksenä nopealle kotiutumiselle. (Hönninen yms. 2011, 8.) Omaisten rooli on merkittävä potilaan toipumisen kannalta kotioloissa (Norlyk & Harder 2010, 170-171). Tämän takia omaisten olisi hyvä osallistua preoperatiiviseen ohjaukseen. Myös Hönninen (2011) ym. suosittelee omaisten osallistumista ohjauksikäynnille. Kuviossa 4 (s.22) (Hönninen ym. 2011, 1-2; liite 3) esittelemme sairaanhoitajan käymät asiat preoperatiivisella käynnillä.



Kuvio 4. Preoperatiivisen ohjauksen runko (Hönninen ym. 2011; 1-2; liite 3, muokattu)

5.1.2 Leikkausvalmistelut ja esilääkitys

Leikkausaamuna potilas juo kaksi tuntia ennen toimenpidettä 200 ml glukoosipitoista lisäraavinnejuomaa (Preop®, Providextra®) (Rotko 2012, 18). Marian sairaalassa annetaan jopa 400 ml hiilihydraattipitoista juomaa leikkausaamuna (Korpi ym. 2007). Diabeetikoille tätä käytäntöä ei suositella mahalaukun hitaan tyhjenemisen vuoksi (Hönninen ym. 2011, 27). Mahdollisimman lyhyt paasto parantaa verensokeritasapainoa ja

suolen motiliteetin palautumista leikkauksen jälkeen. Se myös vähentää potilaan väsymystä, heikotusta ja näläntunnetta leikkauksen jälkeen. (Rotko 2012, 18.) Potilaan nestetasapaino halutaan pitää mahdollisimman hyvänä ennen leikkausta. Nykykäsityksen mukaan potilas saa nauttia kirkkaita nesteitä vielä kaksi tuntia ennen toimenpidettä (Kellokumpu 2012, 1466). Laskimotromboosin ehkäisy on yksi Nopean toipumisen hoitomallin periaatteista ja tämän johdosta potilaalle annetaan antiemboliasukat ja aloitetaan tromboosiprofylaksialääkitys, esimerkiksi Klexane® (Burch 2013; Hönninen ym. 2011, 10).

Rauhoittavaa esilääkitystä ei hoitomallissa rutiininomaisesti anneta, vaan potilaan ahdistusta ja jännitystä pyritään vähentämään hyvällä potilasohjauksella ja etukäteisinformaatiolla. Jos potilaan henkinen tila kuitenkin vaatii rauhoittavaa esilääkitystä, sen tulisi olla mahdollisimman lyhytvaikutteinen (Rotko 2012,18). Pitkävaikutteiset rauhoittavat vaikeuttavat aikaista mobilisaatiota (Kellokumpu 2012, 1466). Lääkityksessä voidaan käyttää esimerkiksi midatsolaamia (Dormicum®), jonka vaikutusaika on tunnista kahteen (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 294). Muina esilääkkeinä käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä, ellei kontraindikaatioita ole. Jos potilaalle ei ole suunniteltu laitettavan epiduraalipuudutusta, niin annetaan oksikodonia esilääkkeeksi (Oxycontin®) (Kairaluoma 2007, 36-37.) Kuvioon 5 (s.24) olemme koonneet hoitajan tekemät leikkausvalmistelut.

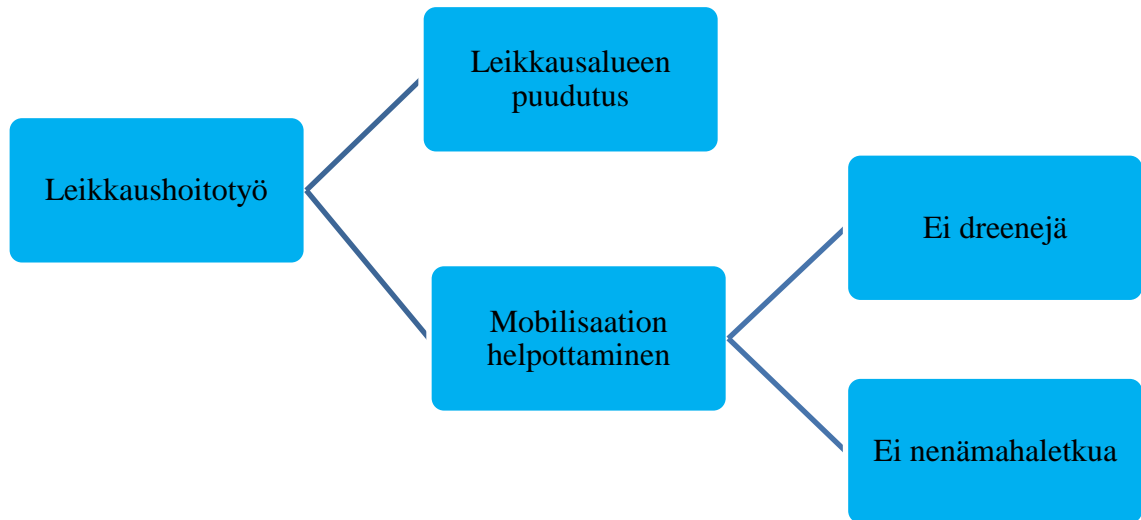


Kuvio 5. Leikkausvalmistelut

5.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Suurin osa Nopean toipumisen hoitomallin leikkauksista suoritetaan laparoskooppisesti. Laparoskooppinen toimenpide tuo intraoperatiiviselle hoitotyölle omat haasteensa, jotka eivät poikkea normaalista laparoskooppisesta toimenpiteestä. Mutta emme käsittele niitä sen tarkemmin tässä työssä. Nopean toipumisen hoitomallissa intraoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu muita erityispiirteitä, jotka tulisi huomioida. Leikkausalue puudutetaan ennen ja jälkeen leikkausta (Kairaluoma 2007, 37; Rotko 2012, 18). Näin saadaan vähennettyä leikkauskivun aiheuttamaa stressivastetta (Rotko 2012, 18). Tämän lisäksi potilaalle ei tulisi jättää dreenejä tai nenä-mahaletkua leikkauksen jälkeen, koska ne

haittaavat potilaan liikkumista leikkauksen jälkeen (Burch 2013; Rotko 2012, 18). Toisaalta Kellokumpu (2012, 1467) toteaa, että peräsuolisyövän leikkauksen jälkeen dreenejä on kuitenkin käytettävä anastomoosivuotoriskin takia. Kuviossa 6 esittelemme leikkaushoitotyössä huomioitavat asiat.



Kuvio 6. Leikkaushoitotyö

Ennen leikkausta kaikille potilaille laitetaan laskimo- ja valtimokanyyli. Jos potilaalle on tehty suolen tyhjennys, leikkausta edeltävästi otetaan verikaasu- ja elektrolyyttianalyysit. Suolen tyhjennys voi aiheuttaa elektrolyyttihäiriöitä, jotka tulisi korjata ennen leikkauksen aloittamista. (Kairaluoma 2007, 37.) Kaikille potilaille laitetaan keskitorakaalinen epiduraalipuudutus, ellei sille ole vasta-aiheita (Rotko 2012, 18). Jos leikkaus tehdään laparoskooppisesti, puudutus pistetään nikamavälille Th10-Th11. Avoleikkauksissa puudutus laitetaan yhtä nikamaväliä ylemmäs (Th9-Th10). (Kairaluoma 2007, 37.) Epiduraalipuudutuksella vähennetään kipua, jolla on yhteys suolen verenkierron heikkenemiseen (Rotko 2012, 18). Jos epiduraalin laitto on tehty onnistuneesti, leikkauksen jälkeinen tromboosiprofylaksia voidaan aloittaa jo leikkaussalissa. Jos epiduraalin laitton jälkeen esiintyy verenvuotoa, tromboosiprofylaksia laitetaan vasta 2-4 h kuluttua epiduraalin laitton jälkeen. Fragmin® 2500 ky pistetään subkutaanisesti potilaalle lääkärin määräämänä ajankohtana. (Kairaluoma 2007, 37.)

Pahoinvointi on yksi merkittävimmistä potilaan kokemista leikkauksen jälkeisistä haittavaikutuksista (Wennström, Warrén-Stomberg, Modin & Skullman 2010, 669-671).

Sitä pyritään vähentämään ennaltaehkäisevästi antamalla glukokortikoidia (deksametasonia 5-10mg i.v) anestesian induktion jälkeen. Se pienentää leikkauksen aiheuttamaa tulehdusvastetta, joka puolestaan pidentää suolilaman kestoa. (Kairaluoma 2007, 37; Kellokumpu 2012, 1466; Rotko 2012, 18.) Infektioprofylaksia on pysynyt vakiintuneena käytäntönä myös Nopean toipumisen hoitomallissa (Kellokumpu 2012, 1466).

Anesteeteiksi suositetaan mahdollisimman lyhytvaikutteisia lääkkeitä, jotka aiheuttavat vain vähän pahoinvointia. Anestesian induktioon käytetään yleensä propofolia, joka sopii myös anestesian ylläpitoon. Inhalaatioanesteeteista desfluraani on suositelluin. Desfluraanianestesian jälkeen toipuminen on nopeampaa verrattuna sevofluraaniin tai propofoliin. Pahoinvointi desfluraanin käytön jälkeen ei ole sen yleisempää kuin propofolin käytön jälkeen, jos potilaalle on annettu deksametasoni-setroniprofylaksia. (Kellokumpu 2012, 1466; Rotko 2012, 18.) Puudutuksessa ja yleisanestesiassa käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutuksena voi esiintyä vasodilataatiosta johtuvaa verenpaineen laskua. Sitä korjataan efedriinillä (10 mg i.v bolus) tai etilefriinillä. (Kairaluoma 2007, 37; Rotko 2012, 18.)

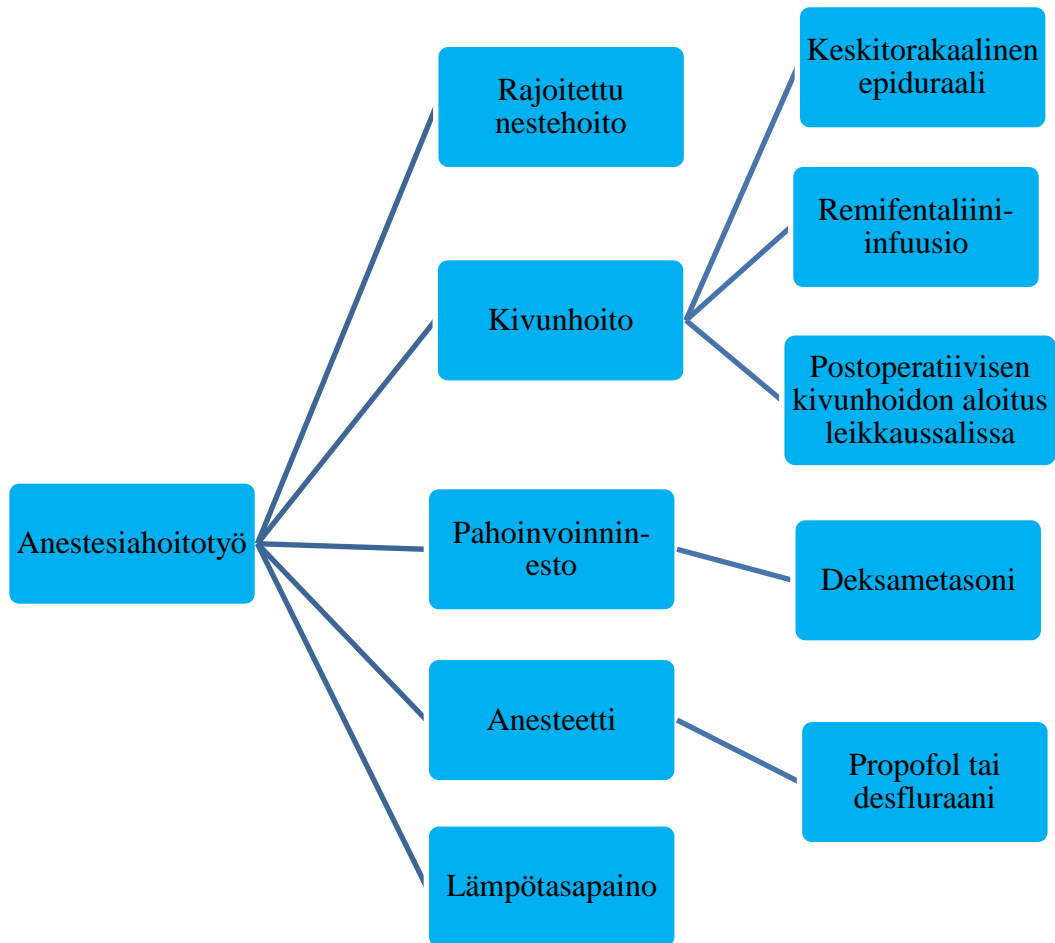
Leikkauksen aikaiseen kivunhoitoon ei tulisi käyttää opioideja, koska ne lisäävät suolilamaa ja leikkauksen jälkeistä pahoinvointia. Suositeltu kipulääke Nopean toipumisen hoitomallissa on ultralyhytvaikutteinen remifentaniili. Sen puoliintumisaika on 5-10 minuuttia, joten se annetaan aina infuusiona, ei boluksina. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sen haittavaikutukset poistuvat heti annostelun loputtua. (Rosenberg ym. 2006, 447,451; Rotko 2012, 18.) Remifentaniilin haittavaikutuksena on postoperatiivinen hyperalgesia (herkistynyt kivuntunto) ja lisääntynyt opioidikipulääkityksen tarve. Näitä vaikutuksia ei kuitenkaan ilmene, jos potilaalle on laitettu epiduraalipuudutus. (Rotko 2012, 18.)

Potilaan nestehoidossa vältetään natriumin ja nesteen yliannostusta, sopiva nesteytys on 40 ml/ kg/vrk. Tutkimuksien mukaan rajoitetulla nestehoidolla on saatu lyhennettyä leikkauksen jälkeistä suolilaman kestoa. (Burch 2013; Rotko 2012, 19.) Perusnesteinä annetaan kolloidia ja kirkkaita nesteitä suhteessa 1:2 (Kairaluoma 2007, 37). Tällaisessa rajoitetussa nestehoidon ohjelmassa pari tuntia kestävässä laparoskopiasa annetaan normaalikokoiselle aikuiselle nesteitä noin 1500 ml (Rotko 2012,19). Nestetäyttöä heikosti kuvaavia mittareita ovat periferian lämpötila, diureesi ja pulssitaso, sillä kipu ja leikkauksen aiheuttama stressi vaikuttavat niihin. Nestetäyttöä tulisi tarkkailla esimer-

kiksi sydämen iskutilavuudesta. Luotettavimmaksi nestehoidon tarkkailumenetelmäksi on todettu ruokatorven kautta tehtävä dopplerkaikukuvaus, joka mittaa myös sydämen iskutilavuutta (transesofageaalinen Doppler). (Kairaluoma 2007, 35; Kellokumpu 2012, 1467.) Tämän lisäksi arteriapainekäyrästä iskutilavuutta mittaavat laitteet tuovat hyvää lisäinformaatiota nestehoidon onnistumisesta. Tutkimuksissa on osoitettu, että keuhkovaltimokatetri on usein liian radikaali menetelmä iskutilavuuden mittaamiseen. (Rotko 2012, 19.)

Potilaan lämpötasapainosta huolehtiminen kuuluu Nopean toipumisen hoitomallin periaatteisiin. Siitä huolehditaan samalla tavalla kuin muidenkin leikkausten aikana, mutta siihen kiinnitetään erityistä huomiota. (Burch 2013.) Lämpötilaa seurataan leikkauksen aikana tiiviisti ja potilasta lämmitetään lämpöpatjojen ja peittojen avulla. Infuusionesteet ja laparoskopikaasut tulee lämmittää. Leikkauksenaikainen hypotermia vaikeuttaa potilaan toipumista. Se aiheuttaa leikkauksen jälkeistä lihasvärinää ja nostaa jopa kolminkertaiseksi elimistön hapenkulutuksen. Tämän lisäksi hypotermia lisää infektioriskiä sekä huonontaa verenhiyytymistä. Elimistön kudosten hapensaannin turvaamiseksi sisäänhengityshappi nostetaan 80 prosenttiin koko leikkauksen ajaksi. Tämän on todettu vähentävän infektioita paksusuolikirurgiassa jopa 50 prosenttia. (Rotko 2012, 19.)

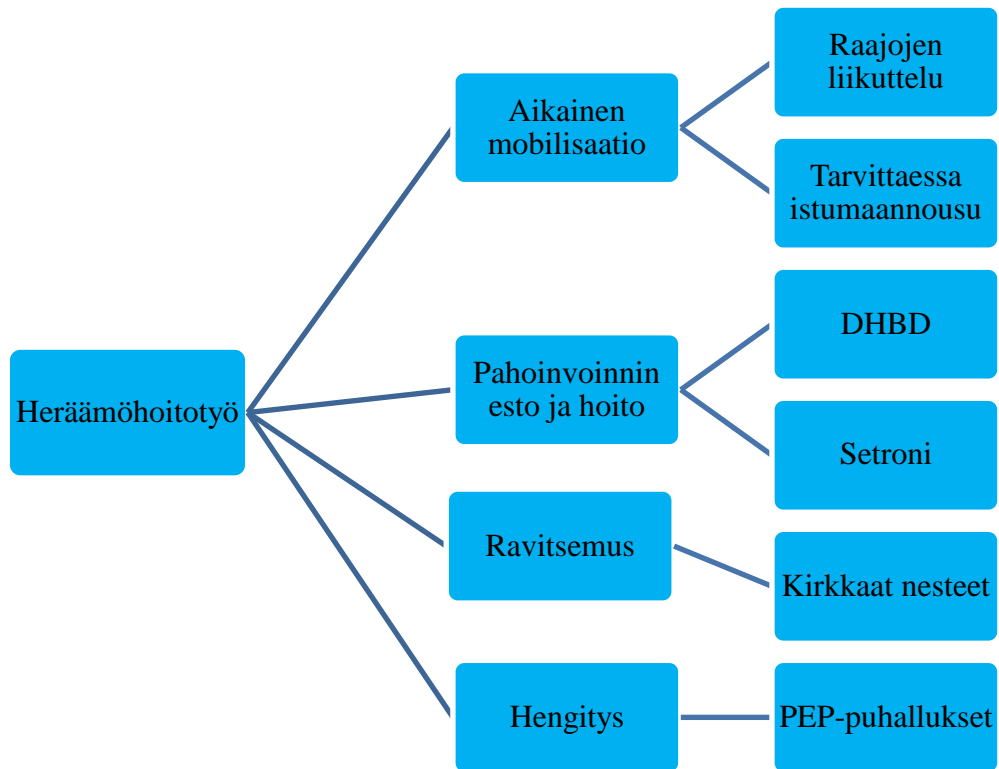
Postoperatiivinen kivunhoito aloitetaan mielellään jo leikkaussalissa epiduraalikatetrin kautta. Kuitenkin se aloitetaan viimeistään heräämössä. Katetrin kautta annostellaan puudute joko boluksena tai infuusiona. Puudutteen kanssa voidaan antaa opioidia, yleensä käytetään fentalyyniä tai sufentaniiliä. (Rotko 2012, 19.) Tutkimuksissa on todettu, että avoleikkauksissa hyvä kivunhoitomenetelmä on epiduraaliin laitettava puudute-opioidiseos. Sen toimivuutta laparoskooppisissa leikkauksissa ei kuitenkaan ole todettu. (Kairaluoma 2007, 40; Kellokumpu 2012, 1467-1468.) Jos potilaalle ei ole laitettu epiduraalikatetria, niin anestesian loppuvaiheessa pistetään lihakseen oksikodonia 0,1 mg/kg (Oxanest®) (Kairaluoma 2007, 37). Kuvioon 7 (s. 28) olemme koonneet yhteen asiat, joita sairaanhoitajan tulee leikkauksen aikaisessa hoitotyössä huomioida.



Kuvio 7. Anestesiahoitotyö

Postoperatiivinen pahoinvointi alkaa usein jo heräämössä. Pahoinvoinnin estoon käytetään setroneita (Ondansetron®) tai dehydrobentsoperidolia (DHBP®) (Kellokumpu 2007, 1466; Rotko 2012, 19). Kairaluoma (2007, 34) & Kellokumpu (2012, 1467) sanovat, ettei setroneita tulisi käyttää rutiininomaisesti niiden suolen motiliteettia haittaavan vaikutuksen takia. Rotko (2012, 19) taas toteaa, että setroneiden hyöty pahoinvoinnin estossa on merkittävämpi kuin sen aiheuttamat haittavaikutukset.

Heräämössä potilaalle annetaan nesteitä suun kautta, mikäli potilas ei ole pahoinvoiva ja on tarpeeksi virkeä (Rotko 2012, 19). Heräämössä aloitetaan fysioterapeutin ohjeistuksen mukainen kevyt raajojen liikuttelu ja tehostettu hengitys (Korpi ym. 2007). Yleensä potilaat siirtyvät osastolle 1-2 tunnin tarkkailun jälkeen. Jos jostain syystä valvonta-aika pitenee, esimerkiksi uniapnean vuoksi, tulisi mobilisaatio aloittaa heräämössä istumaan nousemisella heti anestesiasta toipumisen jälkeen. (Rotko 2012, 19.) Heräämöhoidotyön päätehtävät on tiivistetty kuvioon 8 (s.29).



Kuvio 8. Heräämöhoitotyö

5.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Paksusuolikirurgia aiheuttaa usein 72 tunnin paralyyttisen ileuksen eli suolilaman. Suolilamaan vaikuttaa leikkauksenaikainen suolen käsittely, kipu, opioidit, liiallinen nesteytys, suolen turvotus, paasto, immobilisaatio ja leikkauksen aiheuttama tulehdusvaste. Nopean toipumisen hoitomallissa potilaan postoperatiivinen hoito keskittyy lähinnä paralyyttisen ileuksen estoon ja hoitoon. (Rotko 2012, 18.) Nopean toipumisen hoitomallilla on saatu vähennettyä paralyyttisen ileuksen esiintymistä 43 %:lla. Tämän ansiosta sairaalahoitopäivät ovat vähentyneet keskimäärin 1.352 päivää. (Ward 2012, 215, 219.) Perinteisesti postoperatiivisen ileuksen hoitoon on kuulunut suoliston ”lepuuttaminen”. Käytännössä tämä tarkoittaa ruuasta ja juomasta pidättäytymistä ja nenä-mahaletkun käyttöä mahalaukun paineen purkamiseksi. Näiden toimintojen ajateltiin estävän suolen laajentumista ja oksentelua sekä vähentävän painetta suolisaumassa ja sitä kautta pienentävän infektioriskiä. (Ward 2012, 215.) Burch (2013) toteaa, että Nopean toipumisen hoitomallilla suolen toiminta palautui 1-2 päivässä, kun taas perinteisellä hoidolla se palautui 2-3 päivässä.

Kivulla on merkittävä osa postoperatiivisessa hoitotyössä. Runsaan ja voimakkaan kivun esiintyminen vaikuttaa negatiivisesti potilaan henkiseen tilaan ja vähentää potilaan motivoituneisuutta aloittaa varhainen mobilisaatio ja nutritio. Sairaanhoitaja käyttää potilaan kivun arvioimisessa apuna VAS-asteikko ja hoitaa aktiivisesti potilaan kipua. (Hönninen 2011, 15.) Vatsakirurgisilla potilailla saattaa esiintyä leikkauksen ja anestesian yhteisvaikutusten takia huimausta, hypotoniaa ja ortostaattista intoleranssia. Näillä kaikilla on negatiivinen vaikutus varhaisen mobilisaation aloittamiseen. (Kellokumpu 2012, 1468.) Näihin asioihin tulee osastohoidossa kiinnittää huomioita, jotta oireita voidaan helpottaa ja potilaan varhainen mobilisaatio voidaan aloittaa.

5.3.1 Leikkauspäivänä vuodeosastolla

Wennströmin ym. (2010, 668) tutkimuksessa Nopean toipumisen hoitomallin potilaista yli puolet (55%) olivat kivuttomia epiduraalipuudutuksen, parasetamolin ja satunnaisen tramadolien käytön kombinaatiolla. Suomessa kivunhoidossa on käytössä parasetamolin, tulehduskipulääkkeen ja opioidin yhdistelmä. (Rotko 2012, 19; Kairaluoma 2007, 40.) Opioidi annetaan vain silloin kun kipu ylittää VAS-asteikolla yli kolmen. Se voidaan antaa suun kautta tai lihakseen. Opioidien käyttöä tulisi minimoida, koska niiden käyttö aiheuttaa huonovointisuutta ja paralyyttistä ileusta. Potilaalla on epiduraalinen kivunhoito vielä toiseen postoperatiiviseen päivään asti ja kipuhoitaja tarkistaa sen toiminnan kerran päivässä. Sairaanhoitaja testaa puutumista hakemalla kylmätuntorajoja ainakin kerran vuorossa. (Kairaluoma 2007, 39.) Sairaanhoitajan tulisi huomioida myös lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät osana potilaan hoitoa. Ohjauksella ja potilaan tukemiselle kannustetaan potilasta toipumaan nopeammin ja lievitetään kipua. Asentohoidolla ja oikealla ylösnousutekniikalla estetään kipua. Niitä ei tulisi unohtaa päivittäisessä hoitotyössä. (Kellokumpu 2012, 1468.)

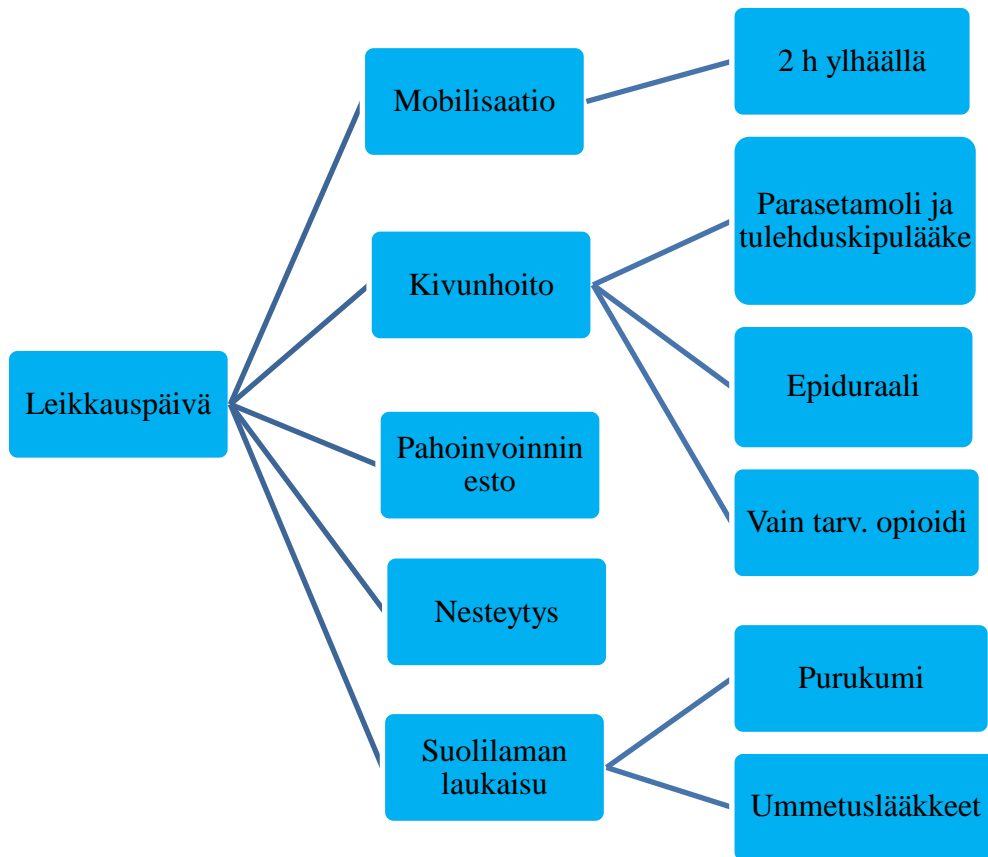
Postoperatiivista pahoinvointia ja oksentelua (PONV) esiintyy noin 20 % potilaista, vaikka antiemeettisiä lääkkeitä käytettiin sen estossa (Wennström 2010, 668). PONV estää varhaisen ravitsemuksen aloittamista ja siten pitkittää potilaan toipumista. PONV:ia voidaan hoitaa antiemeettisten lääkkeiden lisäksi välttämällä opioideja ja ylinesteytystä. Jos pahoinvointia ja oksentelua kuitenkin esiintyy, potilaan oraalista ravitsemusta vähennetään ja huolehditaan nesteytyksestä. (Kellokumpu 2012, 1468.) Kun

potilaalla ei ilmene enää pahoinvointia ja kivut ovat hallinnassa, niin Nopean toipumisen hoitomallin mukainen kuntoutus voidaan aloittaa (Hönninen ym. 2011, 10).

Leikkauspäivänä suun kautta otettava nesteenmäärä vaihtelee suuresti lähteestä riippuen. Korpi ym. (2007) ja Kairaluoma (2007, 39) toteavat, että potilaan on turvallista ottaa 400 ml nestettä (sis. lisäravinteet) leikkauksen jälkeen, mikäli pahoinvointia ja oksentelua ilmene. Hönninen ym. (2011, 10) toteaa, että leikkauspäivänä on turvallista ottaa suun kautta 1000 ml nestettä. Suonensisäistä nesteytystä ei tulisi rutiinisti jatkaa leikkauspäivän jälkeen, sen aiheuttaman turvotuksen takia (Hönninen ym. 2011, 10; Rotko 2012, 18). Leikkauspäivän kokonaisnesteen saanniksi suositellaan 3000 ml (Korpi 2007). Oraalinen ravitsemus aloitetaan liemiruulla (Rotko 2012, 18). Kellokumpu (2012, 1468) toteaa, että leikkauspäivänä aloitettu ruuan syöminen ei ole lisännyt suolisauman pettämisen riskiä.

Suolen motiliteettia pyritään lisäämään heti leikkauspäivästä alkaen. Osastolla voidaan käyttää makrogolipohjaisia ummetuslääkkeitä (Movicol®). (Rotko 2012, 18.) Laksatiivit ovat aikaisemmin kuuluneet Nopean toipumisen hoitomalliin, mutta tuoreen tutkimuksen mukaan laksatiiveilla, esimerkiksi magnesiumamaidolla ei ole todettu olevan suolen motiliteettia lisäävää vaikutusta (Kellokumpu 2012, 1465). Varhaisen mobilisaation ja purukumin syönnin on todettu lisäävän suolen motiliteettia (Kellokumpu 2012, 1465; Rotko 2012, 47). Purukumin syöminen on kustannustehokasta ja helppoa. Se valmistaa vatsalaukkua vastaanottamaan ruokaa ja sulattamaan sitä. Purukumin syöminen on todettu vähentävän paralyyttisen ileuksen kestoja jopa 30 tunnilla. (Ward 2012, 215.) Alvimopaani (perifeerinen μ -opioidiantagonisti) nopeuttaa suolentoiminnan käynnistymistä, mutta sen käyttö ei ole Suomessa vakiintunut. Vaikka se on opioidiantagonisti, niin se ei huononna analgesiaa. (Kairaluoma 2007, 40; Kellokumpu 2012, 1467.)

Varhainen mobilisaatio on tärkeä osa postoperatiivista hoitotyötä. Se parantaa hengitystä, lihastoimintaa, kudosten happeutumista sekä sillä on tromboembolisaatiota ehkäisevä vaikutus. (Kellokumpu 2012, 1468.) Potilas avustetaan liikkeelle hänen vointinsa sallimissa rajoissa (Korpi ym. 2007). Leikkauspäivänä vuoteesta tulisi olla poissa noin kaksi tuntia, joko istumassa tai seisomassa vuoteen vierellä (Kairaluoma 2007, 39; Kellokumpu 2012, 1468; Rotko 2012, 18). Olemme koonneet leikkauspäivänä suoritettavat toiminnot kuvioon 9 (s.32).



Kuvio 9. Leikkauspäivän hoito

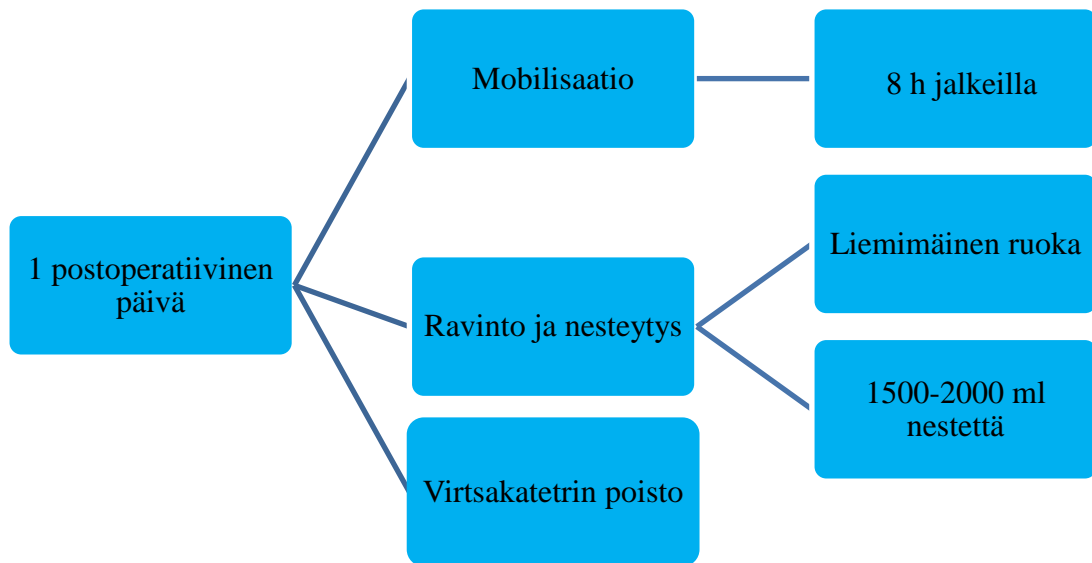
5.3.2 Ensimmäinen postoperatiivinen päivä

Osastolla potilaan vointia tarkkaillaan säännöllisesti. Sairaanhoitaja tarkkailee potilaan verenkiertoa, hengitystä, pahoinvointia, kipuja, lämpöä sekä suolen toimintaa. Myös potilaan omat tuntemukset tulee huomioida. Potilaan kertomat asiat ovat ensiarvoisen tärkeitä tietoja hoitajalle, jotta hän voi toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä. (Hönninen ym. 2011, 11.)

Hoitajan vastuulla on potilaan varhaisen mobilisaation tukeminen. Hänen on varmistettava, että potilas liikkuu ja istuu tarpeeksi leikkauksen jälkeisinä päivinä. Liikkeellä tulisi olla 6-8 tuntia päivässä. (Kellokumpu 2012, 1468.) Burch (2013) taas toteaa, että potilaan tulisi kaikkina postoperatiivisinä päivinä tehdä neljä 60 metrin pituista kävelylenkkiä. Jotta mobilisaatio onnistuisi, hoitajan on varmistettava kipulääkityksen riittävyys (Kellokumpu 2012, 1468). Hoitajan tulee huolehtia, että potilas toteuttaa koko hoitajakson ajan hänelle annettuja harjoituksia, kuten PEP-pulloon puhalluksia (Korpi ym. 2012). Sairaanhoitajan työote on kuntouttava ja hän kannustaa potilasta tekemään

kaikki päivittäiset toiminnot mahdollisimman omatoimisesti (Kellokumpu 2012, 1468). Suihkuun meno on mahdollista jo ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä (Hönninen 2011, 11).

Virtsakatetri poistetaan ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jonka jälkeen seurataan, että virtsaus onnistuu spontaanisti. Katetrin poisto mahdollistaa potilaalle vapaamman liikkumisen. (Burch 2013; Korpi ym. 2007; Hönninen ym. 2011, 11; Kairaluoma 2007, 39; Kellokumpu 2012, 1467; Rotko 2012, 18.) Suun kautta otettavaa nestemäistä ravintoa potilaan tulisi saada lähteestä riippuen 1500- 2000 ml. Tähän määrään kuuluvat kirkkaat nesteet, nestemäinen ruoka ja täydennysravintovalmisteet. (Hönninen 2011, 11; Kairaluoma 2007, 35; Korpi ym. 2007.) Rotkon (2012, 18) mukaan potilaat saavat syödä ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä jo normaalia ruokaa. Kuviossa 10 esittelemme tärkeät asiat ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jotka sairaanhoitajan tulee huomioida.



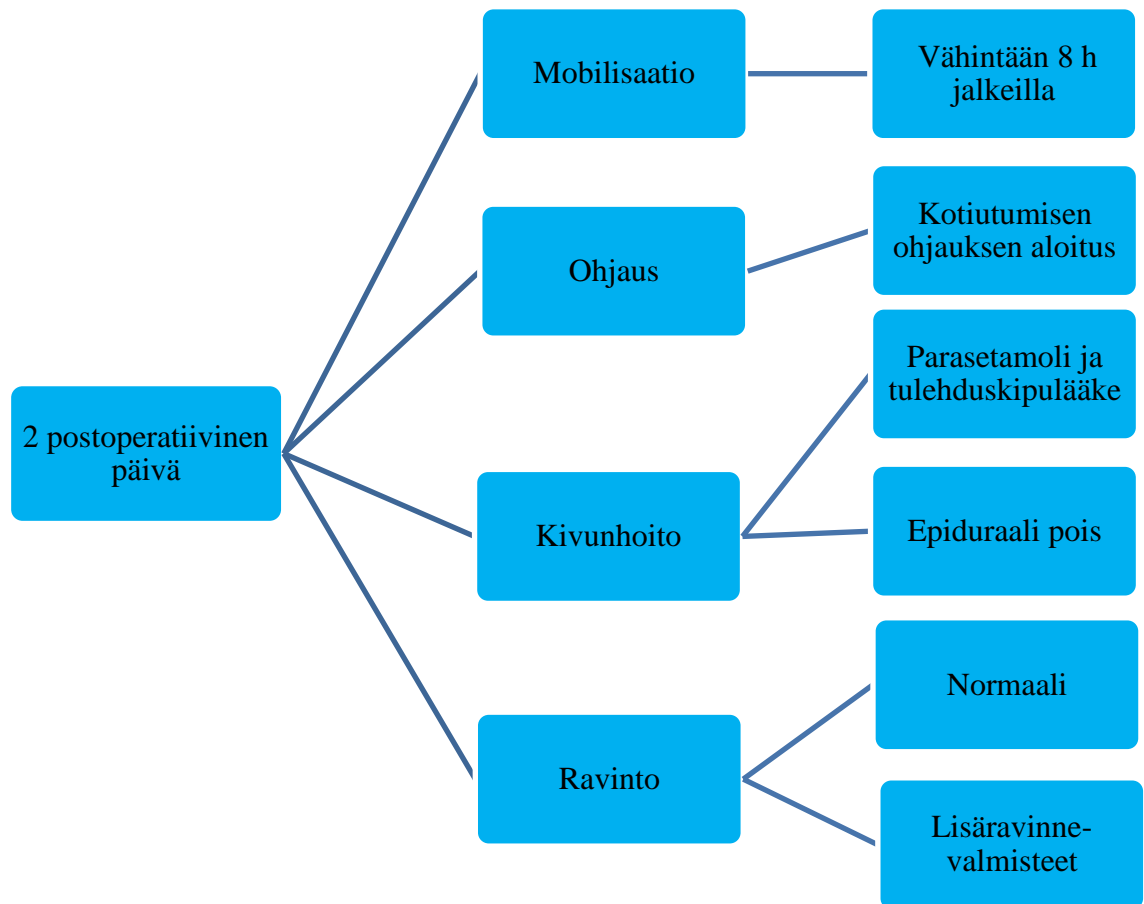
Kuvio 10. Ensimmäisen postoperatiivisen päivän hoito

5.3.3 Toinen postoperatiivinen päivä

Toisena postoperatiivisena päivänä epiduraalikatetri pyritään poistamaan. Ensiksi infuusio tauotetaan ja potilaan kipua tarkkaillaan. Potilaan kivunhoito toteutetaan suun kautta otettavilla parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä. Mikäli potilas pärjää kipujensa kanssa ilman lisälääkitystä, voidaan epiduraalikatetri poistaa. Mikäli kovaa kipua ilmenee, voidaan sitä hoitaa suun kautta otettavalla opioidilla. (Kairaluoma 2007, 35; Kellokumpu 2012, 1468; Korpi ym. 2007; Rotko 2012, 19.) Hönninen ym. (2011, 25) ovat lisänneet epiduraalikatetrin poiston yhteyteen potilaalle tulehduskipulääkkeeksi suun kautta otettavan meloksikaamin (Mobic® 7,5 mg-15 mg).

Potilaan tulisi olla toisenakin postoperatiivisena päivänä vähintään 8 tuntia jalkeilla tai istumassa. Sairaanhoidajan tulee aktiivisesti kannustaa potilasta, jotta kahdeksan tunnin tavoite saavutetaan. (Kairaluoma 2007, 39.) Potilas voi kuitenkin liikkua enemmän voinnin sallimissa rajoissa (Hönninen ym. 2011, 11). Ruokavalio on normaali tässä vaiheessa hoitomallia. Ruokavaliota täydennetään täydennysravintovalmisteilla, jotka sisältävät runsaasti energiaa ja proteiinia. (Hönninen ym. 2011, 11; Kellokumpu 2012, 1468.) Toisaalta Korpi ym. (2011) toteaa, että toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä on turvallista antaa suolistoleikatulle potilaalle suunnattua ruokaa. Sen sijaan Kairaluoma (2007, 35) sanoo, että liemiruuat ovat sopivaa ruokaa toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

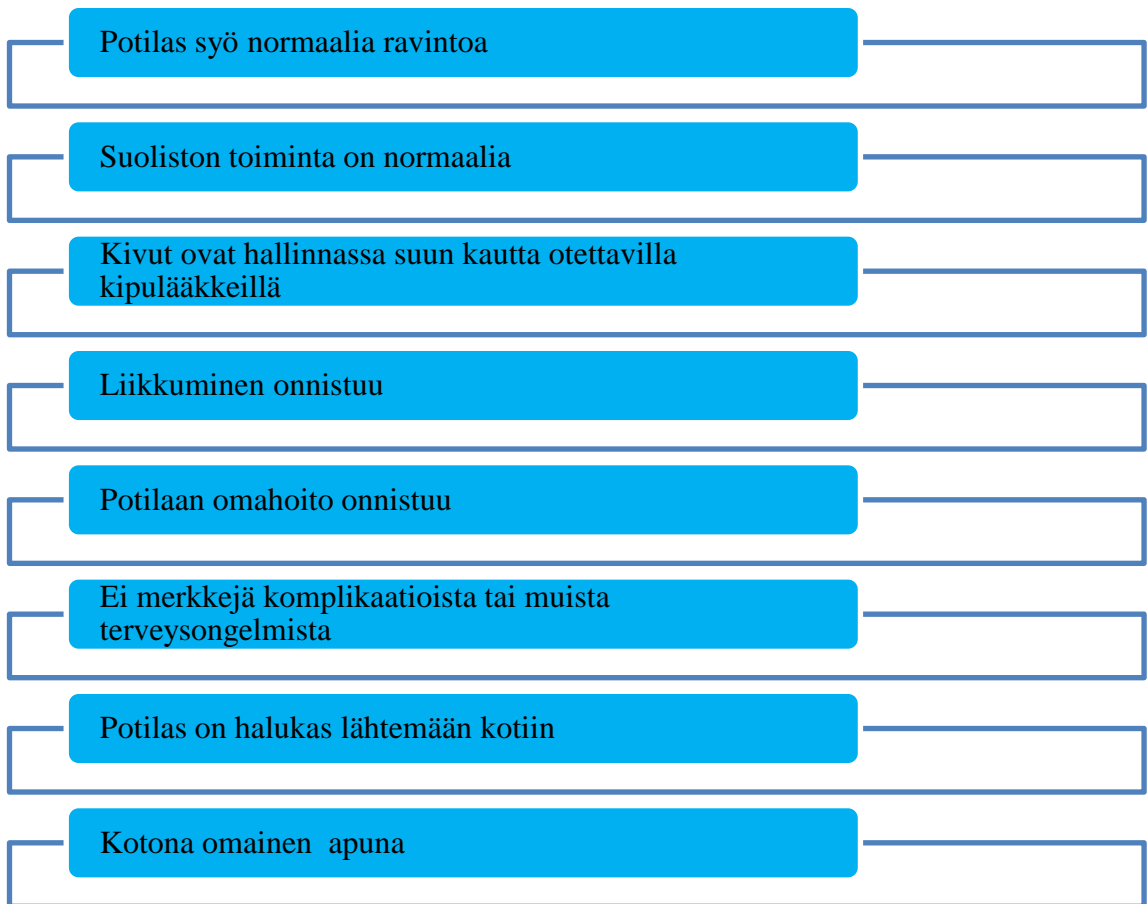
Sairaanhoidaja aloittaa kotiutusohjauksen potilaalle. Hän antaa ohjeet haavanhoitoon ja kertoo ravitsemukseen liittyvät asiat. Lisäksi potilaalle annetaan yhteystiedot ja kerrataan fysioterapeutin antamat liikkumisohteet. (Hönninen ym. 2011, 11.) Jos kotiutumiskriteerit (Kuvio 12, s.36) täyttyvät, voi potilas kotiutua jo toisena postoperatiivisena päivänä (Korpi ym. 2007). Toisen postoperatiivisen päivän ydinkohdat on esitelty kuviossa 11 (s.35).



Kuvio 11. Toisen postoperatiivisen päivän hoito

5.3.4 Kotiutuminen

Nopean toipumisen hoitomallin yksi ydinajatuksista on kotiuttaa potilaat mahdollisimman nopeasti (Burch 2013). Hoitomallin tavoitteena on kotiuttaa potilas 3- 5 postoperatiivisena päivänä (Hönninen ym. 2011, 35). Kolorektaalipotilaille on määritelty yleiset kotiuttamiskriteerit, sen avulla potilaiden uudelleen kirjautuminen sairaalaan on vähentynyt. Potilasta ei tulisi kotiuttaa, elleivät kaikki kotiuttamiskriteerit täyty. (Burch 2013; Hönninen ym. 2011,22.) Kuviossa 12 esittelemme kotiutuskriteerit. Määritellyt kotiutuskriteerit toimivat hyvänä ohjeistuksena sairaanhoitajalle, kun hän tarkkailee potilasta. Sairanhoitajan tulee kirjata havaintonsa ylös ja informoida niistä lääkäriä, jotta turvallinen kotiutuminen on taattu (Kairaluoma 2007, 39).



Kuvio 12. Kotiuttamiskriteerit (Burch 2013; Hönninen ym. 2011, 22, muokattu)

Kotona ollessaan potilas voi syödä normaalia ruokaa. Ravinnon tulisi olla monipuolista ja kuitupitoista. Suositeltavaa ei ole kuitenkaan nauttia suuria määriä raakoja vihanneksia. Potilas ei saa käyttää apteekista saatavia kuituvalmisteita ennen jälkitarkastusta. Kuitenkin laktuloosivalmisteet ovat sopivia vatsan toiminnan edistämiseksi. Sairasloman pituus on 6-7 viikkoa. Sinä aikana tulisi välttää raskasta liikuntaa, mutta kevyt liikunta on suositeltavaa. (Korpi ym. 2007.)

Yhtenä kotiuttamiskriteerinä on se, että potilaan omahoito onnistuu. Potilaan tulee pysyä noudattamaan hänelle annettuja ohjeita omatoimisesti myös kotioloissa. Hengitysharjoituksia tulee jatkaa viikon ajan leikkauksesta. Hoitaja varmistaa, että potilas pystyy pitämään itsestään huolen. (Hönninen ym. 2011, 21-22.) Jos potilaalla on avanne, niin potilaan tulee osata hoitaa sitä itsenäisesti (Burch 2013). Ensimmäisinä päivinä kotiuttamisen jälkeen potilaalla tulee olla kotona aikuinen tukena (Hönninen ym. 22).

Koska sairaalassa vietetty aika vähenee, niin sairaalasta saatavan tiedon ja ohjauksen merkitys kasvaa (Hönninen ym. 2011, 22). Potilaat kokivat kotiutuksen ja sen ilmapiirin erittäin tärkeäksi. Hoitajien ja läheisten kontaktit auttoivat kasvattamaan potilaan sisäistä vahvuutta ja se auttoi heitä pärjäämään uuden elämäntilanteensa kanssa. Välillä potilaat kuitenkin halusivat olla rauhassa, ilman että heidän henkilökohtaista reviiriä häirittiin. (Norlyk & Harder 2011, 168.) Hoitajan tulisi aistia potilaasta milloin potilas kaipaa tukea ja ohjausta ja milloin rauhaa.

Potilaan aikainen kotiutuminen sairaalasta onnistuu, kun se on suunniteltu etukäteen. Asiat on dokumentoitu ylös ja potilasta on ohjattu kotona pärjäämiseen. Jotta tämä onnistuu, tarvitaan saumatonta yhteistyötä ja tiedonkulkua kaikkien potilasta hoitavien osapuolten välillä. Onnistuneessa kotiutumisessa potilaan terveydentila ja toimintakyky säilyvät ennallaan, eikä hänen tarvitse palata lähipäivinä uudelleen sairaalaan. Jotta potilas selviäisi kotona ongelmitta, on hänellä oltava riittävät tiedot ja taidot sairautensa hoitamisesta. Hoitavan henkilökunnan tulee varmistaa, että potilas on kykeneväinen omahoitoonsa. Omaiset voidaan ottaa tarvittaessa mukaan ohjaukseen. (Hönninen ym 2011, 11.)

5.3.5 Toipuminen kotona

Nopean kotiutumisen on ajateltu lisäävän potilaiden sairaalaan uudelleen sisäänkirjautumisia. Tutkimukset osoittavat tältä osin ristiriitaisia tuloksia. Osassa tutkimuksissa todetaan hoitomallin vähentävän uudelleen sisäänkirjautumisia. (Burch 2013.) Toisissa tutkimuksissa taas todetaan, että uudelleen sisäänkirjautumiset ovat pysyneet lähes samoina, kuin perinteisessä hoidossa (Burch 2013; Kellokumpu 2012, 1469). Vaikka uudelleen sisäänkirjautumisia ei ole saatu merkittävästi vähennettyä Nopean toipumisen hoitomallilla, niin sillä on kuitenkin saatu pienennettyä potilaskohtaisia kokonaishoitokustannuksia verrattuna tavanomaiseen hoitomalliin (Kellokumpu 2012, 1469).

Burchin (2013) mukaan osa uudelleen sisäänkirjautumisista olisi kuitenkin ehkäistävisä. Hän toteaa artikkelissaan, että osa potilaiden uudelleen sisäänkirjautumisista voitaisiin ehkäistä hoitajan suorittamalla postoperatiivisella puhelinoitolla. Varhaiset jälkitarkastukset voisivat myös ehkäistä osan uudelleen sisäänkirjautumisista. Jälkitarkastus voisi tapahtua jopa heti kotiutumisen jälkeen. (Burch 2013.) Suomessa jälkitarkastus on

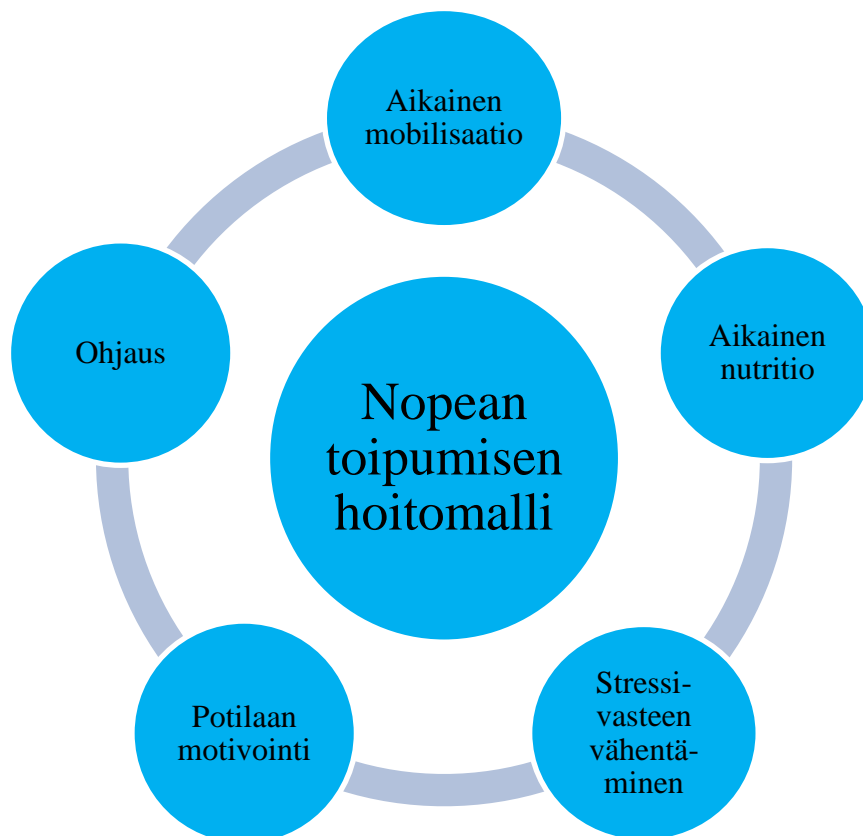
yleensä noin neljän viikon kuluttua leikkauksesta. Jos potilaalle ilmaantuu komplikaatioita tai hänelle tulee jotain kysyttävää, hän voi ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön tai tarpeen vaatiessa mennä päivystykseen. (Korpi ym. 2007.)

Suomessa postoperatiivisia soittoja on kaksi. Ensimmäinen on 1-2 päivää kotiutumisen jälkeen, toinen on noin 1-2 viikkoa kotiutumisesta. Ensimmäisessä soitossa hoitaja varmistaa potilaan kotona pärjäämisen ja kysyy potilaan mielipidettä omasta pärjäämisestä ja toipumisesta. Soitto antaa potilaalle mahdollisuuden kysyä hänen mieltä painavista asioista. Toisessa soitossa käydään samat asiat läpi kuin ensimmäisessä ja kysytään tyytyväisyyttä hoitoon. (Hönninen ym. 2011, 12.)

5.4 Yhteenveto

Nopean toipumisen hoitomalli koostuu useasta pienestä palapelin palasesta. Kun ne kaikki kootaan yhteen, saadaan aikaiseksi jotain suurta. Jokaista pientä yksittäistä palaa tarvitaan, jotta halutut tulokset saavutetaan. Sairaanhoidajalla on merkittävä osuus hoitomallin toteuttamisessa. Sairaanhoidaja ikään kuin pitelee eri palasia käsissään ja muiden ammattiryhmien avulla kokoaa palapelin. Muut ammattiryhmät tuovat omat tärkeät palasensa peliin, mutta ilman potilasta palapelin palaset eivät pysy yhdessä.

Sairaanhoidajalla on useita eri tehtäviä hoitomallissa. Hän tukee ja kannustaa potilasta. Sairaanhoidaja toimii tiedonvälittäjänä lääkärin ja potilaan välillä, sekä toteuttaa lääkärin määräämiä hoitotoimenpiteitä ja määräyksiä hoitomallin periaatteiden mukaisesti. Hoitomalli voidaan jakaa pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. Jokaisessa vaiheessa sairaanhoidajalla on tietty rooli ja tarkkaan määritellyt hoitotyön toiminnot, jotka hän toteuttaa. Nämä hoitotyön toiminnot olemme esitelleet aiemmin perusteellisemmin. Toimintoja ohjaa Nopean toipumisen hoitomallin periaatteet, jotka on esitetty kuviossa 13.



Kuvio 13. Hoitotyötä ohjaavat periaatteet Nopean toipumisen hoitomallissa.

6 POHDINTA

Etiikka on aina jollain tavalla osana tutkimustyötä. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen päätös. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 123, 133.) Tutkimusetiikassa on kyse luotettavan ja eettisesti hyvän tutkimuksen tekemisestä. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää rehellisyyttä, luotettavuutta sekä tarkkuutta. Tutkimusta tehtäessä tutkijan tulee käyttää tieteellisesti sekä eettisesti toimivia tiedonhankinta-, raportointi-, tutkimus- sekä arviointimenetelmiä. (Leino-Kilpi 2009, 285-288.) Jotta tutkimus noudattaisi hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, tulee tutkimuksen tekemiseen hankkia lupa. Tutkijan tulee arvostaa ja kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä, tällainen toiminta on hyvän tieteellisen käytännön mukaista. Tutkijan tulee ilmoittaa oma asemansa, mahdolliset sidonnaisuudet sekä työn rahoittajat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tämä kirjallisuuskatsaus toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusaiheemme tarkoituksena ei ole loukata ketään. Tiedon hankinnassa pyrittiin huomioimaan katsauksen kannalta relevantit tutkimukset ja artikkelit. Emme plagioineet valitsemiamme lähteitä, vaan sovelsimme tutkimustietoa vääristämättä kuitenkaan alkuperäisen tutkijan kertomaa tietoa. Lähdeviitteet ja -merkinnät tehtiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaisesti. Tämä käytäntö lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tampereen ammattikorkeakoulu on myöntänyt työllemme tutkimusluvan. Koko työn ajan olemme olleet sairaanhoidon opiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulussa. Vastaamme kaikista työn aiheuttamista kustannuksista itse.

Kirjallisuuskatsaus on hyvä ja luotettava tapa tehdä tutkimusta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44). Luotettavasti tehty kirjallisuuskatsaus vaatii kaksi tekijää, koska tutkijat voivat päätyä erilaisiin tuloksiin (Johansson ym. 2007, 46-47). Tätä opinnäytetyötä on ollut tekemässä kaksi henkilöä. Tutkimussuunnitelma tulee tehdä hyvin, jotta se rajaa tutkimuksen riittävän kapealle alueelle ja ohjaa tutkimusta sen jokaisessa vaiheessa. Tutkimustehtävien luominen ohjaa vastausten saamista. (Johansson ym. 2007, 46-47.) Olemme miettineet tutkimustehtäviämme tarkasti. Tutkimustehtävien asettaminen tuntui vaikealta, koska aihe oli meille tekijöille entuudestaan tuntematon. Olisimme voineet rajata tutkimustehtävän tarkemmin.

Työmme luotettavuutta lisää se, että suoritimme työmme tiedonhaun ja aineiston analysoinnin systemaattisesti ja kirjjasimme jokaisen vaiheen tarkasti ylös. Käytimme apuna Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston työntekijää tietokantojen ja hakusanojen valinnassa. Aineiston valintakriteerit olivat selkeästi rajatut ja hyväksyimme työhön vain alan lehdissä julkaistuja artikkeleita ja tutkimuksia tai sairaanhoitopiirin tekemiä julkaisuja. Tiedonhaussa käytimme vain elektronisia tietokantoja. Olisimme voineet tehdä manuaalista tiedonhakua ja sillä tavalla löytää enemmän aiheeseen liittyviä lähteitä.

Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain haasteellista. Meillä oli vähän tietoa käyttämässämme metodista ja koulussamme ei ollut selkeää ohjetta, miten kirjallisuuskatsaus tulisi toteuttaa. Prosessin aikana opimme paljon kirjallisuuskatsauksen tekemisestä. Harjaannuimme tietokantojen käytössä ja luotettavien lähteiden etsimisessä. Tästä koko prosessista on varmasti hyötyä meille tulevana sairaanhoitajina, koska sairaanhoitajan tulee työssään toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

Myös aikataulujen yhteensovittaminen oli haasteellista, sillä olemme eri luokilla. Suurin osa opinnäytetyöstä on tehty syksyllä 2013, sillä kevään aikataulut menivät suurimmalta osalta ristiin. Haasteista huolimatta oli mielenkiintoista tutkia hoitomallia, joka ei ole käytössä kuin muutamassa sairaalassa Suomessa. Pehdyimme hoitomallin toteuttamiseen ja toivomme, että voisimme tulevaisuudessa olla mukana hoitomallin toteuttamisessa. Suuntauduimme sairaanhoitajaopinnoissa sisätauti-kirurgiseen ja perioperatiiviseen hoitotyöhön, sen takia päätimme tutkia koko Nopean toipumisen hoitomallia, jotta molemmat saisivat omaan tulevaan työhönsä liittyvän opinnäytetyön aiheen.

Nopean toipumisen hoitomallista ja siitä miten sairaanhoitajat ovat kokeneet hoitomallin osana työtään, on niukasti tietoa. Saisikohan laadullisella tutkimuksella selvitettyä hoitajien kokemia haasteita hoitomallin käyttöönotosta? Tutkimus voisi helpottaa hoitomallin käyttöönottoa jokapäiväiseen hoitotyöhön. Tutkimuksia potilaan näkökulmasta oli niukalti, joten potilaan kokemuksia hoitomalliin osallistumisesta olisi myös mielenkiintoista saada.

LÄHTEET

- Baumeister, R. & Leary, M. 1997. Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology* 1 (3), 311-320.
- Burch, J. 2013. Promoting enhanced recovery after colorectal surgery. *British Journal of Nursing* 22 (5).
- Desborough, J. 2000. The stress response to trauma and surgery. *British Journal of Anaesthesia* 85 (1), 109-117.
- Fink, A. 2005. *Conducting research literature reviews – from the internet to paper*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hammar, A-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOYpro OY.
- Hannuksela, M., Huovinen, P., Huttunen, M., Jalanko, H., Mustajoki, P., Saarelma, O. & Tiitinen, A. 2006. *Terve ihminen – suomalainen lääkärikirja*. Porvoo: WSOY.
- Hönninen, H., Kuorelahti, R., Holmsted, A., Heiskanen, M., Hinkkanen, S-M., Kultti, V., Uusipaasto, K. & Virtanen, A-M. 2011. Fast track-hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla 22. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 124/2011.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatseaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino 3-5.
- Kairaluoma, P. 2007. Fast track kirurgian anestesilogiset perusteet. 2007. *Finnanest* 40 (1), 34-39.
- Karjalainen, E. 2012. Perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen sairaiden vastasyntyneiden hoidossa. *Opinnäytetyö*. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Kehlet, H. 2011. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbecks Arch Surg* (396), 585-590.
- Kehlet, H. 2009. Multimodal approach to postoperative recovery. *Critical care* (15), 355-358.
- Kehlet, H. 2006. Future perspectives and research initiatives in fast track surgery. *Langenbecks Arch Surg* (391), 495 – 498.
- Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. *Duodecim* (128), 1465-1470.
- Kellokumpu, S. 2010. Fast-track-hoitomallin taloudellinen arviointi Keski-Suomen Sairaanhoitopiirissä. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Khan, S., Gatt, M., Horgan, A., Anderson, I. & MacFie, J. 2009. Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. Associations of Surgeons of Great Britain and Ireland.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2003. Mission:Possible Opas opinnäytteen tekijälle. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro1

Korpi, L., Raitopuro, A., Sjöholm, R. & Ritmala-Castrèn, M. 2007. Nopeaa toipumista Marian sairaalassa. Sairaanhoidaja-lehti (4).

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37–45.

Lehikoinen-Stedt, K. 2009. Leikkaukseen suoraa kotoa. Akuutti arkisto. 20.1.2009. Luettu 15.9.2013. <http://yle.fi>

Leino-Kilpi, H. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Norlyk, A. & Harder, I. 2011. Recovering at home: participating in a fast track colon cancer surgery programme. Nursing Inquiry 18 (2), 165-173.

Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä-estävät ja edistävät tekijät. Hoitotiede 14 (1), 26-36.

Paajanen, H. & Härkönen, N. 2011. Kolorektaalisyövän leikkaushoidon tulokset Mikkelin keskussairaalassa. Duodecim (117), 1907-1911.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

Rotko, N. 2012. Kolorektaalisesta Fast Track –potilaan hoito. Spirium 47 (1), 18-19.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus?. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto.

Salminen, P. & Rantala, A. 2010. Suolta ei pidä tyhjentää ennen paksusuolileikkausta. Duodecim, 126 (3), 255-259.

Sankila & Pukkala. 2009. Kolorektaalisyöpä. Terveyskirjasto.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola L. 2009. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.

Scheinin, T. 2006. Fast track – kirurgiaa laadusta tinkimättä. Suomen lääkirilehti. 61 (6), 545.

Slater, R. 2010. Impact of an enhanced recovery programme in colorectal surgery. British journal of Nursing 19 (17), 1091-1099.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

Suomen syöpärekisteri. 2011. Tilastot – uusien tapausten määrät toteamistavan mukaisesti.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 29.9.2013. <http://www.tenk.fi>.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ward, C. 2012. Fast Track Program to Prevent Postoperative Ileus. *MedSurg Nursing*. 21 (4), 214-232.

Wennström, B., Warren Stomberg, M., Modin, M. & Skullman, S. 2010. Patient symptoms after colonic surgery in the era of enhanced recovery – a long-term follow up. *Journal of Clinical Nursing* (19), 666-672.

LIITTEET

Liite 1. Katsaukseen valitut artikkelit

Tekijä (vuosi) Nimi Työn tyyppi	Missä alan lehdessä julkaistu Tieteenala	Artikkelin aihe	Artikkelin tulokset, tiivistetty sanoma
Burch (2013) Promoting enhanced recovery after colorectal surgery Artikkeli	British Journal of Nursing Hoitotiede	Nopean toipumisen hoitomalli kolorektaalisen leikkauksen jälkeen	Hoitomalli lyhentää sairaalahoitopäiviä eikä se lisää merkittävästi sairaalaan uudelleen sisäänkirjautumisia.
Hönninen, Kuorelahti, Holmstedt, Heiskanen, Hinkkanen, Kultti, Uusi-paasto, Virtanen (2009) Fast track- hoitomallin kehittäminen vatsakirurgian osastolla 22 Julkaisusarja	Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja Lääketiede & Hoitotiede	Fast track- hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalan vatsakirurgian osastolla 22.	Hoitomallin tulokset ovat olleet hyviä ja samansuuntaisia kuin aikaisemmin tehdyt tutkimukset.

<p>Kairaluoma (2007)</p> <p>Fast track – kirurgian anestesiologiset periaatteet</p>	<p>Finnanest</p> <p>Lääketiede</p>	<p>Fast track kirurgian esittelyä ja tarkempi esittely sen anestesioologisista periaatteista</p>	<p>Fast track kirurgialla voidaan nopeuttaa toipumusta ja anesthesiologiassa on oma merkittävä osansa hoitomallissa.</p>
<p>Kellokumpu (2012)</p> <p>Nopeutetun hoidon malli: kolorektaalikirurgian toinen val-lankumous</p> <p>Artikkeli</p>	<p>Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim</p> <p>Lääketiede</p>	<p>Fast track hoitomallin esittelyä ja sen vaikutuksia. Tarkasteltiin sen käyttöön-ottoa Keski-Suomen keskussairaalassa.</p>	<p>Nopeutetun hoidon mallia voidaan käyttää suomalaisissa sairaaloissa. Malli on kustannustehokas. Potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoon.</p>
<p>Korpi, Raitopuro, Sjöholm & Ritmala-Castrén (2007)</p> <p>Nopeaa toipumista Marian sairaalassa</p> <p>Artikkeli</p>	<p>Sairaanhoitaja -lehti</p> <p>Lääketiede</p>	<p>Nopean toipumisen hoitomallin käyttöön-otto Marian sairaalassa.</p>	<p>Hoitomallin avulla osaston hoito on yhtenäistynyt. Potilaat voivat paremmin ja he ovat motivoituneita noudattamaan ohjeita. Hoitomalli otettiin osastolla vakituiseen käyttöön.</p>

Rotko (2012) Kolorektaalisen fast track-potilaan hoito Artikkeli	Spirium Lääketiede	Fast track hoitomallin esittelyä ja sen vaikuttavuutta hoitopäiviin ja komplikaatioihin	Hoitomalli vähentää sairaalahoitopäiviä ja postoperatiivisia komplikaatioita.
Salminen & Rantala (2010) Suolta ei pidä tyhjentää ennen paksusuolileikkausta Artikkeli	Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Lääketiede	Paksusuolikirurgiaan liittyvät suolen tyhjennykset ja niiden hyödyt ja haitat.	Suoliston tyhjennys ei vähennä leikkausinfektioita tai muita komplikaatioita. Suolistoleikkauksissa peräsuoli voidaan tyhjentää pelkällä peräruiskeella.

Liite 2. Katsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä (vuosi) Työn nimi Työn laatu Tieteenala	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä Kohderyhmä Aineiston keruu, määrä ja analyysi	Keskeiset tulokset
<p>Norlyk & Harder (2011)</p> <p>Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme</p> <p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Hoitotiede</p>	<p>Tavoitteena tutkia potilaan kokemuksia Fast track ohjelmaan osallistumisesta sairaalassa ja kotiuttamisen jälkeen.</p> <p>Tehtävä: Miten potilaat ovat kokeneet kotona pärjäämisen?</p> <p>Tarkoituksena on tehdä laadullinen tutkimus potilaan kokemuksista fast track hoito-ohjelmassa kotiuttamisen jälkeen.</p>	<p>Aineisto on kerätty tanskalaisessa yliopistollisessa sairaalassa, jossa on käytössä fast track hoitomalli.</p> <p>N = 16 (potilasta)</p> <p>Aineiston keruu: Tehtiin potilaille syvähaastattelut kotiuttamisen jälkeen 2 viikon ja 2 kk kohdalla.</p> <p>Analyyssimenetelmä Laadullisen tutkimuksen sisällön analyysi</p>	<p>Fast track hoito-ohjelmissa tulee kiinnittää enemmän huomiota potilaan yksilölliseen maailmankuvaan ja miten tauti ja leikkaushoito siihen vaikuttavat.</p> <p>Joillain potilailla oli vaikeuksia pärjätä kotona, mutta osa koki kotona toipumisen voimaannuttavana.</p> <p>Monelle koti oli miellyttävämpi vaihtoehto toipumispaikalle kuin sairaala.</p>
<p>Ward (2012)</p> <p>Fast Track Program to Prevent Postoperative Ileus</p> <p>Määrällinen tutkimus</p>	<p>Tutkia Fast track hoitomallia ja paralyttisen ileuksen ehkäisemistä</p> <p>Tehtävä: Miten paralyttistä ileuksen esiintymistä vähen-</p>	<p>Aineisto kerätty sairaalassa Virginiassa.</p> <p>Kerättiin kaksi eri potilasryhmä, toinen noudatti Nopean toipumisen hoitomallia ja toinen perinteistä hoitomallia.</p>	<p>Hoitomalli vähentää sairaalahoitopäiviä ja siten pienentää kustannuksia ja vähentää komplikaatioita.</p> <p>Paralyttisen ileuksen ehkäisemiseen</p>

Lääketiede	<p>netään fast track-hoitomallissa</p> <p>Tavoitteena tehdä määrällinen tutkimus postoperatiivisen ileuksen vaikutuksista ja löytää ne hoitomenetelmät joiden avulla sen esiintymistä ja kestoa voidaan vähentää.</p>	<p>N (1) = 24 (normi) N (2) = 23 (ft)</p> <p>Aineisto analysoitiin SPSS 13.0-ohjelmalla</p>	<p>ja sen keston lyhentämiseen löydettiin vaikuttavia keinoja Fast track hoitomallista.</p>
<p>Wennström, Wärén Stomberg, Modin & Skullman (2009)</p> <p>Patient symptoms after colonic surgery in the era of enhanced recovery – a long-term follow up</p> <p>Määrällinen & laadullinen tutkimus</p> <p>Hoitotiede</p>	<p>Tavoitteena on havainnollistaa, analysoida potilaiden oireita 4 ensimmäisen viikon aikana elekttiivisestä koolonleikkauksesta. Tavoitteena on myös löytää kehityksen kohteita, jotta parannetaan potilaan informointia ja postoperatiivista hoitoa.</p> <p>Tehtävä: Mitä oireita potilaat kokevat leikkauksen jälkeen sairaalassa ja kotona?</p> <p>Tarkoituksena on tehdä laadullinen ja</p>	<p>Aineisto kerättiin</p> <p>N = 31</p> <p>Aineiston keruu: potilaille tehtiin elämänlaatukyselyitä (EORTC QLQ-30, EORTC QLQ-CR 38 & Brief Pain Inventory). Haastattelut tehtiin 5 viikkoa ja vuoden jälkeen leikkauksesta. Postoperatiivisen soiton aikana potilaita myös haastateltiin</p> <p>Aineiston analysointi tapahtui SPSS- järjestelmällä sekä ”sign test”:n ja Pitmanin testin avul-</p>	<p>Ensimmäisen jakso kotona oli ongelmallinen, tarvitaan potilaille parempaa informaatiota yleisistä oireista. Potilaille tulee olla suora puhelinyhteys terveydenhuoltoon kysymyksiä varten ja tällainen menettely selvästi alensi potilaiden ahdistuneisuutta. ERAS-kirurgiaan tulisi kehittää ohjeet miten potilasta voidaan tukea kotona leikkauksen jälkeen</p>

	määrällinen tutkimus fast track hoitomallissa olleille potilaille heidän postoperatiivisesta toipumisesta ja heidän kokemistaan oireista.	la. Haastattelut analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällön analyysillä.	
--	---	---	--

Liite 3. Aineiston valintaprosessi

Tietokan- ta	Hakulauseet	Otsikon perusteella hylätty	Abstrak- tin perus- teella hylätty	Sisällön perusteella hylätty	Aineis- toa ei saatu käsiin	Kirjalli- suus- katsauk- seen hy- väksyty
ALEKSI	”fast track” tuotti 4 artik- kelia	2	-	-		2
ARTO	”fast track” tuotti 8 viitet- tä	5	-	-	1	2
DUODE- CIM	”fast track” tuotti 8 osu- maa	2 (toinen artikkeleis- ta valittiin jo ALEK- SI- tietokan- nasta)	1	4		1
MEDIC	”fast track” tuotti 4 tulos- ta	2	-	1		1
CINAHL	”fast track” AND surgery tuotti 28 tu- lostta	19	-	5	-	4
COCH- RANE	”fast track” etsitään “full text tuotti 30 tu- lostta	21	-	8	1	0

Karjalainen (2012, 61, muokattu)