

Merja Kuosmanen

LEIKKAUSPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSIN HAASTEET KOTIUTUSYKSIKÖN HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja YAMK

Dataperusteisten hyvinvointipalveluiden kehittäminen

2024



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Tekijä/Tekijät	Merja Kuosmanen
Työn nimi	Leikkauspotilaan kotiutusprosessin haasteet kotiutusyksikön hoitajien näkökulmasta
Toimeksiantaja	Keski-Suomen hyvinvointialue
Vuosi	2024
Sivut	113 sivua, liitteitä 14 sivua
Työn ohjaaja(t)	Pirjo Oikarinen, Riitta Riikonen

TIIVISTELMÄ

Sairaala Novassa leikkaustoimintaa on kehitetty vuodesta 2018 alkaen aktiivisesti päivä- ja herkokirurgian lisäämiseksi elektiivisten leikkausten osalta. Kehittämistoimien taustalla ovat olleet leikkaustoiminnan tehostamisen tarve, valitsemat säästötoimet ja alaa vaivaava henkilöstövaje. Viime vuosina Sairaala Novassa kaikista elektiivisistä leikatuista potilasta noin 75–80 % kotiutui päivätai herkokirurgisesti Sairaala Novassa toimivan kotiutusyksikön kautta. Toiminnan myötä leikkauspotilaiden operatiivisten sairaansijojen tarve on vähentynyt merkittävästi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville leikkauspotilaan kotiutusprosessista esiin tulevat haasteet kotiutusyksikön hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää tutkimuksen tulosten avulla leikkauspotilaan hoidon laatua ja turvallisuutta kotiutusprosessin aikana.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli laadullinen tutkimus. Tutkimusmenetelmä valikoitui opinnäytetyön aiheen, tarkoituksen ja tavoitteiden perusteella. Kysymykset ja otos valittiin harkinnanvaraisella otannalla opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden näkökulmasta tutkijan asettamien kriteerien mukaisesti. Tutkimukseen osallistuivat kotiutusyksikössä työskentelevät hoitajat (n= 21). Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella anonyymina Webropol- ohjelmalla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysi menetelmällä.

Opinnäytetyön keskeisimpien tulosten mukaan leikkauspotilaan kotiutusprosessi vaatii kotiutusyksikön hoitajilta laaja-alaista ammatillista osaamista ja sen koettiin olevan pääasiassa riittävää turvalliseen ja laadukkaaseen potilaan kotiuttamiseen. Työkokemus, koulutukset ja kollegoiden tuki lisäsivät ammatillista osaamista, kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä ja valmiutta toimia poikkeavissakin tilanteissa. Haasteena koettiin ajoittaiset suuret potilasmäärät, vähäiset resurssit, puutteelliset määräykset ja jatkohoito-ohjeet sekä huonokuntoiset potilaat. Työtä kuormittavina tekijöinä koettiin lisäksi tietojärjestelmien toimintahäiriöt ja yhteensopivuusongelmat, tiedonkulkuun, käytänteisiin ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät ongelmat sekä jatkohoitoon liittyvät järjestelyt potilaan siirtyessä toiseen yksikköön.

Asiasanat: kotiutusprosessi, leikkauspotilas, päiväkirurgia, herkokirurgia

Degree title	Master of Health Care
Author (authors)	Merja Kuosmanen
Thesis title	The challenges in the surgery patient's discharge process from the point of view of the nurses of the discharge unit
Commissioned by	The wellbeing services county of Central Finland
Time	2024
Pages	113 pages, 14 pages of appendices
Supervisor	Pirjo Oikarinen, Riitta Riikonen

ABSTRACT

Hospital Nova has been actively developing its functions related to surgeries since 2018 in order to increase day and 23-hour elective surgeries, and thus trying to meet the challenges caused by cost-saving measures and a shortage of personnel. In recent years, approximately 75-80% of all elective surgery patients at Hospital Nova were discharged through the discharge unit. This has led to a significant decrease in the need for surgical ward beds. The purpose of the thesis was to find out the challenges arising from the discharge process of a surgical patient from the nurses' point of view working at the discharge unit. The goal is to use the results of the study to improve the quality and safety of treatment of surgical patients during the discharge process.

The research method of the thesis was qualitative research. The research method was selected based on the topic, purpose, and goals of the thesis. The data collection method was a Webropol electronic questionnaire. The survey was conducted anonymously. The questions and the sample group were selected by at discretion sampling in relation to the purpose and goals of the thesis. The criteria set by the researcher were followed in the selection of the sample. The nurses working in the discharge unit (n. 21) participated in the study. The data was analyzed using the inductive content analysis method.

According to the main results of the thesis, the discharge process of the surgical patient requires extensive competence from the nurses working in the discharge unit and it was perceived as sufficient for the safe and high-quality discharge of the patient. Work experience, training, and support from colleagues increased professional competence, ability to make independent decisions, and preparedness to function even in unusual situations. Intermittently large numbers of patients, limited resources, incomplete orders and follow-up instructions, and patients in poor health were perceived as a challenge. The workload was increased by malfunctions and compatibility problems of information systems, problems related to information flow, practices, and multi-professional cooperation and arrangements related to follow-up care when the patient is transferred to another unit.

Keywords: discharge process, surgery patient, day surgery, 23-h surgery

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	8
3	LEIKKAUSPOTILAAN HOITOPOLKU JA KOTIUTUSPROSESSI.....	9
3.1	Leikkauspotilas	9
3.2	Päiväkirurginen (PÄIKI) ja heräämöstä kotiin (HERKO)- potilas	11
3.3	Leikkauspotilaan hoitopolku.....	14
3.4	Kotiutusyksikkö Sairaala Novassa	19
3.5	Kotiuttava hoitaja	22
3.6	Sairaala Novassa käytettävät tietojärjestelmät	24
4	LEIKKAUSPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN SEURANTA JA HOITO KOTIUTUSYKSIKÖSSÄ	26
4.1	Laskimotukos-, keuhko- ja sydänkomplikaatiot.....	28
4.1.1	Hengityksen tarkkailu.....	30
4.1.2	Verenkierron ja tajunnantason tarkkailu.....	30
4.2	Virtsaelinkomplikaatiot	32
4.3	Postoperatiivinen pahoinvointi (PONV) ja kipu	35
4.3.1	Postoperatiivisen kivun tarkkailu ja hoito	37
4.3.2	Postoperatiivisen pahoinvoinnin (PONV) tarkkailu ja hoito	41
4.4	Leikkauspotilaan muu lääkehoito.....	44
4.5	Leikkauspotilaan postoperatiivinen mobilisointi	44
4.6	Leikkausalueen paranemiseen liittyvät komplikaatiot	45
4.6.1	Tulehdukset (infektiot).....	46
4.7	Leikkaushaavan akuutti vuoto, verenpurkauma, haavan aukeaminen ja haavaontelon serooma.....	48
4.7.1	Leikkausalueen tarkkailu.....	53
4.8	Ruansulatuselimistön komplikaatiot ja niiden hoito.....	54
4.9	Leikkauspotilaan postoperatiivinen ohjaus	54

5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	56
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	57
6.1	Tiedonhankinnan kuvaus.....	57
6.2	Tutkimusmenetelmä.....	58
6.3	Aineiston keruu ja analyysi.....	59
6.3.1	Aineiston keruu.....	59
6.3.2	Aineiston analyysi.....	60
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	62
7.1	Ammatillisen osaamisen vaikutus kotiutusprosessiin ja siinä esiin tuleviin haasteisiin.....	63
7.1.1	Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen.....	64
7.1.2	Kollegoilta saatava tieto, tuki ja ohjaus.....	65
7.1.3	Koulutuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen.....	66
7.1.4	Hoitotyön käytänteet ja ohjeet päivittäisen työn tukena.....	67
7.2	Kotiutusprosessin aikana esiin tulevat haasteet.....	68
7.2.1	Päiki- ja herkokirurgiaan soveltuva potilas.....	69
7.2.2	Lääkehoito kotiutusprosessin aikana.....	71
7.2.3	Leikkauspotilaan seuranta ja siinä esiin tulevat haasteet.....	73
7.2.4	Hoitotoimenpiteet ja niissä esiin tulevat haasteet.....	74
7.2.5	Tietojärjestelmät ja siinä esiin tulevat haasteet.....	76
7.2.6	Leikkauspotilaan jatkohoito ja siinä esiin tulevat haasteet.....	77
7.2.7	Työnkuormittavuus ja siihen vaikuttavat tekijät.....	78
7.3	Kehittämistarpeet kotiutusprosessin aikana.....	80
8	POHDINTA.....	83
8.1	Tulosten tarkastelu.....	83
8.1.1	Ammatillinen osaaminen työyhteisössä.....	83
8.1.2	Leikkauspotilaan seuranta ja hoito kotiutusyksikössä.....	87
8.1.3	Työn kuormittavuus.....	93
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	95

8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	97
8.3.1	Tutkimuksesta esiin nousseet kehittämistarpeet.....	98
8.3.2	Jatkotutkimusaiheet	99
LÄHTEET	101

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake ja saatekirje

Liite 2. Leikkauspotilaan postoperatiivinen seuranta

Liite 3. Leikkauspotilaan kivunhoito

Liite 4. Leikkauspotilaan verenkierron seuranta ja hoito

Liite 5. Leikkauspotilaan kotiutusstandardit

Liite 6/1 Tiedonhaku opinnäytetyöhön

Liite 6/2 Tiedonhaku tutkimukseen

1 JOHDANTO

Leikkaustoiminta on viime vuosien aikana vaatinut voimakkaita muutoksia sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla, koska säästötoimien ja henkilöstö vajeen takia sairaalat ovat joutuneet vähentämään vuodeosastoilta sairaansijoja. Se on johtanut leikkaustoimintamallien kehittämistyöhön ja lyhytoikikirurgian lisäämiseen (LYHKI). Päiväkirurginen (PÄIKI) potilas kotiutuu leikkauksen jälkeen lyhyen seurannan jälkeen samana päivänä. Heräämöstä kotiin eli HERKO-potilas kotiutuu 23 tunnin kuluessa leikkauksesta. Leikkauspotilaan perioperatiivinen (leikkaushoidon kaikki vaiheet) hoitoprosessi on suunniteltu tehokkaaksi ja kokonaisvaltaiseksi moniammatillisessa yhteistyössä, mikä tähtää potilaan turvalliseen hoitoon ja nopeaan kotiutukseen. Potilaan hoidossa huomioidaan yksilöllisesti mahdolliset riskitekijät leikkauksen aikaan (intraoperatiivinen) ja leikkauksen jälkeiseen hoitoon (postoperatiiviseen) liittyen. Tavoitteena on leikkauskomplikaatioiden vähentäminen ja sujuva toiminta leikkauksesta. Leikkaushoidon onnistumiseen vaikuttavat merkittävästi myös potilaan sitouttaminen omaan hoitoon ja asiantunteva potilasohjaus. Lyhytkirurgian etuina ovat potilaskeskeisyys, tehokkuus ja kustannussäästöt. (Ruohoaho 2021, 39, 45–46; Sairaala Nova.)

Vuonna 2005 asetettiin kansainväliseksi tavoitteeksi päiväkirurgian lisääminen 75 %:iin elektiivisistä leikkauksista (National Health Service 2005). Suomessa päiväkirurgian osuus elektiivisistä leikkauksista on joissakin keskussairaaloissa noin 70 % ja yliopistosairaaloissa noin 50 %. Vuonna 2010 tehdyssä monikeskustutkimuksessa todettiin, että päiväkirurginen hoito on turvallista sekä laadukasta ja sen toiminnan laajeneminen on mahdollista. Päivä- ja herkokirurgian myötä operatiivisten sairaansijojen kuormitus on vähentynyt merkittävästi. Sairaala Novassa kotiutusyksikön toiminta alkoi vuonna 2018. Ensimmäisen toimintavuoden aikana (vuonna 2018–2019) operatiivisten sairaansijojen määrä väheni leikkauspotilailla 1685 vuodeosastojaksoa. Päiväkirurgisten potilaiden osuus elektiivisestä leikkaustoiminnasta oli vuonna 2021 75 % ja vuonna 2022 noin 79–80 %. Trendi on ollut nouseva. (Ruohoaho 2021, 28–29; Sairaala Nova.)

Opinnäytetyön tilaajana on Sairaala Novan kirurgian poliklinikka. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada selville leikkauspotilaan kotiutusprosessista esiin tulevat haasteet kotiutusyksikön hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää tutkimuksen tulosten avulla kotiutusprosessin laatua sekä potilasturvallisuutta. Tutkimus on laadullinen kyselytutkimus ja toteutetaan sähköisenä Webropol-kyselynä kotiutusyksikön hoitajilta. Leikkauspotilaan kotiutusprosessi voidaan ymmärtää laajaksi kokonaisuudeksi, johon vaikuttavat useat eri tekijät leikkaushoidon eri vaiheiden aikana. Opinnäytetyön teoriaviitekehys muodostui kahdesta teoriakokonaisuudesta, jotka muodostavat tietopohjan opinnäytetyöhöni: leikkauspotilaan kotiutusprosessi Sairaala Novassa ja leikkauspotilaan postoperatiivinen seuranta sekä hoito kotiutusyksikössä ja siinä esiin tulevat haasteet. Lyhytkirurgian lisääntyessä vuosi vuodelta on tärkeää tuntea kotiutusprosessi sekä sen laatuun ja potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät kaikissa leikkaushoidon vaiheissa.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyön tilaaja on Sairaala Novan kirurgian poliklinikka operatiiviselta palvelualueelta. Sairaalan toiminta on kuulunut osaksi Keski-Suomen hyvinvointialuetta 1.1.2023 alkaen. Hyvinvointialueella on noin 272 000 asukasta, joista noin 11 % on yli 75-vuotiaita tällä hetkellä. Sairastuvuutta esiintyy hieman enemmän kuin Suomen keskimääräinen sairastuvuus on. Hoidontarpeen ennustetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä väestön ikääntyessä. Sairaala Nova toteuttaa erikoissairaanhoidon yhteistyössä alueen terveyskeskusten, Kuopion yliopistollisen sairaalan ja muiden erityistason hoitoa tarjoavien sairaaloiden kanssa. Vuonna 2022 Sairaala Novassa hoidettiin 106000 potilasta. Leikkauspotilaiden määrä oli 14835, joista elektiivisiä eli suunniteltuja leikkauksia oli 10420 ja päivystysleikkauksia 3823. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka; Sairaala Nova Strategia 2030.)

Sairaala Nova noudattaa toiminnassaan Keski-Suomen hyvinvointialuestrategiaa. Arvoina ovat potilaan kohtaaminen yhdenvertaisesti sekä ihmislähtöisesti, avoin ja vuorovaikutuksellinen yhteistyö, vastuullisuus ja luotettavuus. Missiona on terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen koko hyvinvointialueella laajamittaisella yhteistyöllä sekä toiminnan vaikuttavuudella.

Visiona on olla vetovoimainen alue terveydenhuollon henkilöstölle, asukkaille ja yrityksille. Tavoitteena on tulevina vuosina tarjota asukkaille yhdenvertaista ja saatavilla olevaa hoitoa kustannustehokkaasti niin, että asukkaiden kokemus omasta kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista lisääntyy. Menestystekijöitä, joiden avulla tavoitteet saavutetaan, ovat

1. Palvelut, jotka ovat yhteensovitettuja, ihmislähtöisiä ja kustannustehokkaita.
2. Henkilöstö on ammattitaitoista, osallistuvaa ja hyvinvoivaa.
3. Tietopohja on vankalla pohjalla ja saatua systemaattista tietoa hyödynnetään toiminnassa sekä kehittämisessä.
4. Hyvinvointialueen eri toimijoiden ja muiden hyvinvointialueiden kanssa sujuva ja vahva kumppanuus. (Sairaala Nova Strategia 2030).
5. Asukkaiden osallisuus, tietoisuus ja aktiivisuus oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä niihin liittyvien ennaltaehkäisevien palveluiden kehittäminen.
6. Toiminnan systemaattinen ja tavoitteellinen kehittämistoiminta. (Sairaala Nova Strategia 2030.)

3 LEIKKAUSPOTILAAN HOITOPOLKU JA KOTIUTUSPROSESSI

3.1 Leikkauspotilas

Kirurgialla tarkoitetaan hoitomuotoa, jossa potilas tarvitsee leikkausta tai muuta kajoavaa hoitoa sairauden tai tapaturman hoitoon. Kirurgian ja anestesiologian tavoitteena on hoitaa ja tukea leikkauspotilasta selviämään leikkauksesta sekä toipumaan siitä mahdollisimman hyvin. Leikkaushoidon tavoite on joko parantaa tai lieventää leikkausta edeltäviä oireita. Kirurgisen potilaan hoito on perioperatiivista hoitotyötä sisältäen peri-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen. Vaiheet vaikuttavat toisiinsa ja ovat merkityksellisiä potilaan hoidon kannalta. Moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun tulee olla sujuvaa ja toimivaa kaikissa vaiheissa, ettei hoitoketju katkea ja aiheuta hoidon onnistumiseen ja potilasturvallisuuteen riskitekijöitä. Potilaan hoito suunnitellaan ja toteutetaan huomioiden potilaan yksikölliset tarpeet. Hoitopolun aikana korostuvat potilaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus, potilaan ohjaaminen ja osallistaminen omaan hoitoon, turvallisuus ja asiantuntijuus. (Ahlmén-Laiho 2023; Hynynen 2015; Rauta ym. 2013.)

Hoitoon osallistuvan henkilöstön tulee olla perehdytettyjä ja erikoiskoulutettuja perioperatiiviseen hoitoon, koska työ vaatii erityisosaamista ja laajaa tietopohjaa kirurgisen potilaan hoitotyöstä. Kirurgisen potilaan hoitotyön menetelmien kehittyminen on jatkuvaa ja nopeaa. Potilaiden tietoisuus sairauksista ja hoitomenetelmistä lisääntyy ja he osaavat kyseenalaistaa sekä vaatia asiantuntevaa hoitoa. Teknologian kehittyessä ja lisääntyessä hoitotyön eri vaiheiden toteuttamista tehostetaan uusilla menetelmillä. Edellä mainituista syistä ammattihenkilöstön tulee kehittää ja arvioida omaa ammatillista osaamista jatkuvasti. Päiväkirurgisen ja lyhytkirurgisen (LYHKI/ HERKO) potilaan nopean toipumisen ja sairaalasta kotiutumisen yhtenä edellytyksenä ovat anestesian, leikkauksen ja hoitotyön aikana käytetyt tietyt tekniikat ja ominaisuudet sekä niiden kehittyminen. Potilaan ohjaus, motivoiminen ja kannustaminen nopeaan kotiutumiseen leikkauksen jälkeen on merkittävää jo preoperatiivisessa vaiheessa lääkärin ja sairaanhoitajan toimesta. Hoidossa tulee huomioida potilaan omaiset ja heidän osallistumisensa toipumisaikana potilaan hoidon tukemiseksi, etenkin jos kyseessä on esimerkiksi muistisairas potilas. (Lipp 2015; Metsämuuronen 2000, 153; Rauta ym. 2013; Rauta & Reponen 2021, 39–69,111.)

Sairaala Novassa tehtiin vuonna 2022 14835 kirurgista toimenpidettä, joista elektiivisiä eli suunniteltuja oli 10420 ja päivystyksellisiä 3823. Sairaala Novan kotiutusyksikössä hoidetaan leikkauspotilaita eri erikoisaloilta: gastrokirurgia, gynekologia, urologia, korva-, nenä-, kurkkutaudit, selkäkirurgia, käsikirurgia, ortopedia, plastiikkakirurgia, silmäkirurgia, verisuonikirurgia, thoraxkirurgia, suu- ja leukakirurgia. Lisäksi vihreän linjan eri erikoisalojen päivystysleikkauksia. Erikoisalalääkäri ja anestesiaalääkäri tekevät leikkaustyyppin (PÄIKI tai HERKO) valinnan yksilöllisesti potilaan kokonaistilanteen huomioiden leikkauksen jälkeisen hoidon ja seurannan tarpeen mukaan. Leikkaushoitopolut ovat suunniteltu moniammatillisessa yhteistyössä potilaslähtöisesti koko perioperatiivisen hoidon aikana potilasturvallisuus huomioiden. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023.)

3.2 Päiväkirurginen (PÄIKI) ja heräämöstä kotiin (HERKO)- potilas

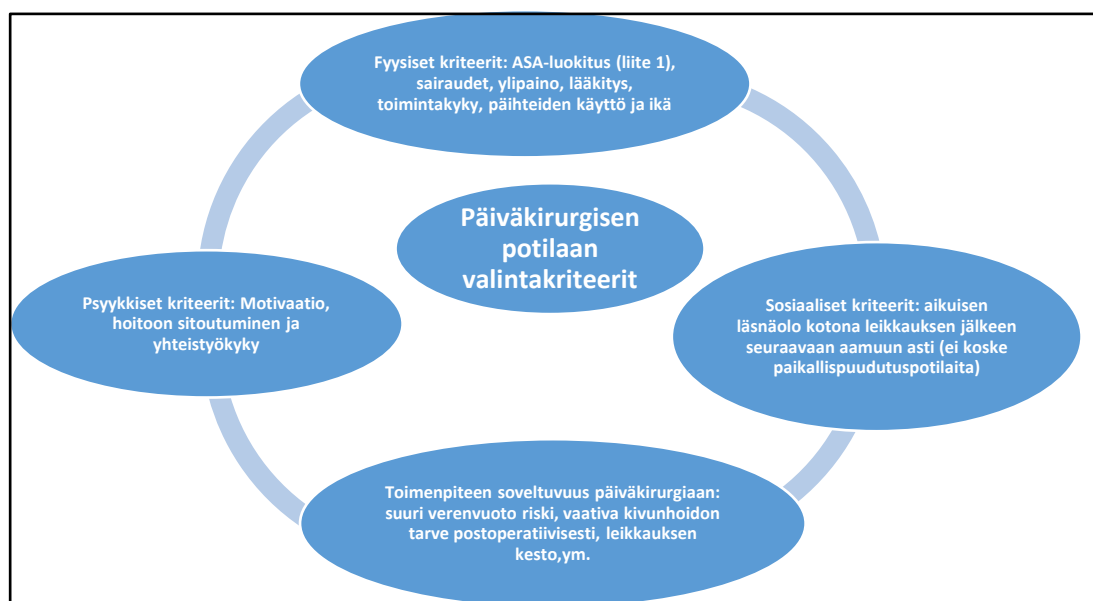
Suomessa määritelmän mukaan päiväkirurginen potilas kotiutuu leikkauksesta 12 tunnin kuluessa. Päiväkirurgia vaatii toteutuakseen moniammatillista yhteistyötä ja sujuvaa kommunikaatiota hoitoon osallistuvan henkilöstön ja potilaan kesken. Hoidon tulee olla alusta asti hyvin suunniteltua koko perioperatiivisen hoidon aikana. Päiväkirurgia on lisääntynyt viime vuosikymmenten aikana niin, että yli 50 % elektiivisistä leikkauksista on päiväkirurgisia. Tavoitteena on päästä noin 75 %:iin valtakunnallisesti. Mattilan (2010, 6–7, 59) laajamittaisesta selvityksestä ja tutkimuksesta päiväkirurgiasta Suomessa käy ilmi, että päiväkirurgia toimenpidetyyppinä on potilaalle turvallista ja korkealaatuista. Suuri osa potilaista on ollut hoitoonsa tyytyväisiä, ja päiväkirurgista toimintaa voidaan edelleen lisätä. (Mattila & Hynynen 2012; Rauta & Reponen ym. 2021, 39–69,111; Ruohoaho 2021, 149.)

Päiväkirurgian etuina tunnetaan kustannustehokkuus, se on noin 30 % edullisempaa kuin osastohoitoa vaativa leikkaus. Operatiivisilta sairaansijoilta vapautuu vuodeosastopaikkoja, sairaalainfektiot ovat vähentyneet ja potilas saa toipua sekä kuntoutua kotiympäristössä. Sähköiset tietojärjestelmät tukevat päiväkirurgisen potilaan hoitoa. Tiedonkulku eri yksiköinen ja palveluiden välillä on sujuvampaa. Digitalisaation lisääminen potilasohjaukseen vähentää hoitajien työmäärää ja vapauttaa resursseja hoitotyöhön. Yhtenäiset tietojärjestelmät ja käytänteet niissä lisäävät potilasturvallisuutta ja parantavat annettavan hoidon laatua. (Mattila & Hynynen 2012; Mottram 2010, 146; Rauta & Reponen ym. 2021, 39–69,111; Ruohoaho 2021, 54.)

Päiväkirurgiassa hoidetaan yhä laajemmin eri erikoisalojen potilasryhmiä esimerkiksi gastrokirurgiassa, gynekologiassa, urologiassa, korva-, nenä-, kurkkutaudeilla, selkäkirurgiassa, käsikirurgiassa, ortopediassa, plastiikkakirurgiassa, silmäkirurgiassa ja verisuonikirurgiassa. Anestesiamuodoista ovat käytössä paikallis- ja johtopuudutukset, spinaalipuudutus, plexus- puudutus, seadaatio ja yleisanestesia. Päiväkirurgisten potilasryhmien lisääminen on helpottunut, kun sairaaloissa on otettu käyttöön HERKO- ja LYHKI- kirurgia. (Mattila & Hynynen 2012; Mottram 2010, 146; Rauta & Reponen 2021, 39–69,111; Ruohoaho 2021, 38–44.)

Mikäli päiväkirurginen potilas ei täytä kotiutusksiteereitä ja vointi vaatii seuranta- ja siirtoä potilas herko tai lyhki potilaaksi (sairaalan toiminnan mukaan) ja kotiutuu 23 tunnin- 3 vuorokauden kuluessa leikkauksesta viemättä vuodeosastopaikkaa operatiivisilta sairaansijoilta. (Mattila & Hynynen 2012; Mottram 2010, 146; Rauta & Reponen 2021, 39–69,111; Ruohoaho 2021, 38–44.)

Päiväkirurgisen- ja herko leikkauspötilään valinta tulee tehdä huolellisesti ja arviota tehdessä tulee huomioida potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Leikkaava lääkäri valitsee leikkaustyyppin ja arvioi leikkauksen mahdolliset riskit potilaskohtaisesti. Leikkaava lääkäri ja anestesiaalääkäri arvioivat yhdessä potilaan anestesiakelpoisuuden. Arvioinnissa tulee huomioida potilaalle leikkauksesta koituvat hyödyt ja verrata niitä ennakoitaviin tai tiedossa oleviin riskeihin. Kokonaisarviota tehdessä huomioidaan potilaan terveydentila, fyysinen toimintakyky, yleiskunto, sosiaalinen turvaverkosto, asumisolosuhteet sekä omaan hoitoon sitoutuminen ja sen ymmärtäminen (ks. kuva 1). (Ruohoaho 2021, 38–44; Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023.)



Kuva 1. Päiväkirurgisen potilaan valintakriteerit (mukaillen Karma ym. 2016, 18)

Leikkaukelpoisuuden arviota tehtäessä on laajalti käytössä hiljattain päivitetty ASA- luokitus, jossa varsin sairaaksi koetut potilaat sijoittuvat pienempään riskiluokkaan aiempaa useammin. Alun perin ASA-luokitus luotiin tilasto- ja tutkimustarkoituksiin eikä leikkauspötilään riskiarviointiin. (Niemi- Murola ym. 2020a; Karinen & Kivi-luoma 2020; Ruohoaho 2021, 36–37.)

Yksinkertaista riskipisteytystä käytettäessä arvioiden vaihtelevuus ja yksilöllisten komplikaatioiden ennustettavuuden haasteellisuus on edelleen merkittävää, siitä syystä leikkauskelpoisuuden arvio ei voi perustua vain esimerkiksi ASA- luokitukseen. Päiväkirurgisen leikkauspotilaan ASA- luokan suositellaan olevan 1–2, mutta nykyään korkeammatkaan ASA- luokat eivät ole este päiväkirurgiselle leikkaukselle esimerkiksi yleissairaudet tai korkea ikä eivät ole automaattisesti este, vaan potilaan kokonaistilanne ratkaisee leikkaustyyppiä valittaessa. (Niemi- Murola ym. 2020a; Karinen & Kivi-luoma 2020; Ruohoaho 2021, 36–37.)

Viime vuosina sairaalat ovat joutuneet vähentämään vuodeosastopaikkoja säästö- ja alaa vaivaavan henkilöstöpulan takia. Herko- toiminnan myötä operatiivisten sairaansijojen paikkatarve leikkauspotilaille on vähentynyt vuodeosastoilla. Herko- toiminta on uudehko toimintamalli leikkaushoidossa. Se tunnetaan myös nimillä Lyhki- lyhythoitoinen kirurgia ja Seuko- seurannasta kotiin. Periaatteena on kotiuttaa leikkauspotilas 23 tunnin kuluessa leikkauksesta kotiutusyksiköstä. Toimintaperiaatteena ja tavoitteena on lisätä laatua, potilasturvallisuutta, hoidon mielekkyyttä potilaalle, sairaalassa vietetyn ajan lyhennämistä, taloudellista säästöä ja kustannustehokkuutta. Tutkimuksista on käynyt myös ilmi, että potilaat eivät halua olla sairaalahoidossa pitkiä aikoja vaan kotiutua nopeasti. Verman ym. (2011) mukaan kansainvälisellä tasolla on tavoitteena, että 75 % leikkauspotilaista kotiutuisi 23 tunnin kuluessa tehdystä leikkauksesta. Ruohonahon (2016) mukaan nopeutetut hoitostrategiat ovat mahdollista ottaa käyttöön kaikilla leikkauspotilaille, koska pidennetyn seurannan tarve leikkauksen jälkeen on mahdollista toteuttaa ilman vuodeosastohoitoa ja mahdolliset komplikaatiot voidaan hoitaa tehokkaasti. Leikkauspotilaan toimenpidetyypin valinnan tulisi olla joustava standardiprosessi, jossa potilaan kotiutuminen on mahdollista virka- ajan ulkopuolella. (Martikainen & Musialowics 2015, 116–123; Ruohoaho 2021, 39, 45–46.)

Sairaala Novassa päivä- ja herkokirurgia- toiminta alkoi systemaattisesti ja tavoitteellisesti lisääntymään, kun kotiutusyksikön toiminta alkoi maaliskuussa vuonna 2018. Eri erikoisalojen lääkärit yhdessä anestesia- lääkäreiden kanssa tekivät arvioita potilasryhmistä ja leikkausmenetelmistä, mitkä soveltuvat päivä- tai herkokirurgiaan. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023.)

Kotiutusyksikön hoitohenkilöstö muodostettiin leikkausyksikön ja operatiivisten vuodeosastojen hoitajista, joiden ammatillinen osaaminen mahdollisti eri erikoisalojen leikkauspotilaan turvallisen ja laadukkaan hoidon kotiutusyksikössä ja potilaiden kotiuttamisen. Leikkauksen kesto, vaativuus tai korkeampi ASA-luokitus eivät ole este potilasvalintaan vaan potilaan kokonaistilanne ja arvio potilaan kotona pärjäämisestä sekä leikkauksesta toipuminen ovat merkityksellisiä tekijöitä toimenpidetyypin valitessa. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023.)

Potilaan leikkaushoitopolun suunnitelmallisuus, hyvä toteutus ja moniammatillinen yhteistyö sen kaikissa vaiheissa tukee potilaan hoidon onnistumista ja kotiutumista kotiutusyksiköstä suunnitellun toimenpidetyypin mukaisesti. Sairaala Novassa on käytössä esimerkiksi lonkan- ja polventekonivel- sekä rintasyöpäpotilaan leikkaushoitopolku. Potilaat valmistetaan leikkauksesta toipumiseen kotona lyhyen sairaalassa olon jälkeen jo preoperatiivisessa vaiheessa. Sairaala Novassa leikataan päivä- ja herko-kirurgiaa pienkirurgisten leikkausten lisäksi esimerkiksi polven- ja lonkan tekonivelkirurgiaa, polvi- ja jalkateräkirurgiaa, olkapääkirurgiaa, rintakirurgiaa, urologiaa, käsikirurgiaa, gastrokirurgisia ja naistentautien vatsaontelon täyhystysleikkauskirurgiaa, tyräkirurgiaa, kohdunpoisto- ja laskeumakirurgiaa. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023.)

3.3 Leikkauspotilaan hoitopolku

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä ohjaa Terveystieteiden tutkimuskeskus (30.12.2010/1326, 6. §): ” Potilaasta erikoissairaanhoidon tullut lähete on käsiteltävä 3 viikon (21 vrk) kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arviointi, tavallisesti vastaanottokäynti sairaalan poliklinikalla, on järjestettävä kolmen kuukauden (90 vrk) kuluessa lähetteen saapumisesta. Tarpeelliseksi katsottu hoito, esimerkiksi leikkaus, on järjestettävä kuuden kuukauden (180 vrk) kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Poikkeuksen muodostaa lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoito (alle 23-vuotiaat), joka on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa (90 vrk)”. (Terveystieteiden tutkimuskeskus (30.12.2010/1326, 6. §.)

Sairaala Novassa 31.12.2022 hoitoon pääsyä odotti yli kuusi kuukautta 1063 potilasta, joista hoitoon pääsyä kirurgian erikoisaloille odotti 883 potilasta. Koko Suomessa vuoden 2023 huhtikuun lopussa kiireettömään hoitoon sairaalassa odotti noin 169000 potilasta, niistä 12,5 %:n odotusaika oli ylittänyt kuusi kuukautta. THL-tilastosta käy ilmi, että trendi kiireetöntä hoitoa odottavissa potilasmäärissä on nouseva (ks. kuva 3). Läheteiden määrä erikoissairaanhoitoon on noussut kevään 2023 aikana 16 % verrattuna edelliseen vuoteen. Koronapandemian aikana hoitoon hakeutui vähemmän potilaita, se vaikutti vuosina 2020–2022 läheteiden kokonaismääriin laskevasti. Koronapandemia vaikutti myös toteutuneiden leikkausten määrään sairaaloissa. (THL- Jotnot kiireettömään erikoissairaanhoitoon kasvoivat edelleen huhtikuussa 2023; THL- Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa 2023.)

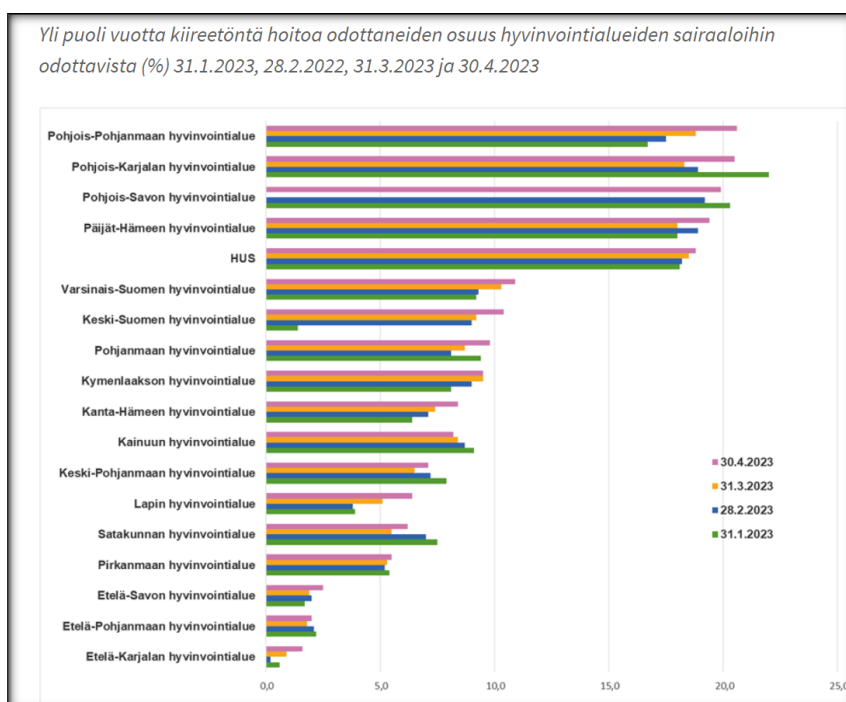
Moniammatillista yhteistyötä vaativissa hoitoprosesseissa, kuten leikkauspotilaan hoitopolussa, työntekijöiden väliset viestinnän ja kommunikaation haasteet korostuvat. Hoitoalalla näyttäytyy edelleen vanhoihin toimintamalleihin turvautuminen ja eri ammattikuntien välinen hierarkkinen ajattelutapa. Prosessin eri vaiheiden standardoiminen on tärkeää, koska vaihtelevat menetelmät työskentelyssä eri yksiköiden ja ammattiryhmien kesken vaikuttavat prosessin lopputulokseen. Hoitoprosessi alkaa potilaan tarpeesta ja päättyy hoidon tarpeen loppuessa. Hoitoketjun aikana siihen osallistuvien työntekijöiden velvoitteet ja osallisuus on ennakoon määriteltävä. Hoitoprosessin eri osien toimiessa tehokkaasti ja sen eri vaiheiden haasteiden tiedostaminen etukäteen tehostavat ja nopeuttavat potilaan hoitoa sekä vähentävät sairaudesta tai vammasta aiheutuvaa kärsimystä ja yhteiskunnan kustannuksia. Hoitoprosessin kokonaisvaltainen hahmottaminen on tärkeää potilaan hoidon kannalta. Leikkauspotilaan ohjaaminen on erittäin tärkeää perioperatiivisen hoidon eri vaiheissa potilaan hoidon onnistumisen kannalta. (Leppikangas ym. 2015, 1948–1949; Nuutinen 2017, 1283; Ruohomäki ym. 2017, 194.)

Hoitopolulla tarkoitetaan palveluketjua, jonka keskiössä on potilas ja hoidon tarve. Hoitopolku muodostaa hoidontarpeen ympärille kokonaisuuden yhteistyössä potilaan ja hoitohenkilöstön kanssa. Leikkauspotilaan hoitopolku alkaa, kun ilmenee vaiva, joka vaatii leikkaushoitoa. (Ruohoaho 2021, 33–44.)

Potilasta tulee informoida hoitopolun eri vaiheista, ohjata potilasta tulevaan toimenpiteeseen ja antaa mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Leikkauspäätöstä on edeltänyt potilaan hoitoon hakeutuminen vaivan tai sairauden takia ja siihen liittyvät tutkimukset. Lähetteellä erikoissairaanhoidon tulleen potilaan leikkauspäätöksen tai sen tekemättä jättämisen tekee erikoisalalääkäri poliklinikalla. Leikkauspäätöksen jälkeen potilas siirtyy leikkausjohon, silloin kyseessä on elektiivinen leikkaus. Leikkausten jako tapahtuu elektiivisiin ja päivystyksellisiin leikkauksiin. Elektiivisistä leikkauksista toteutetaan suurin osa päiväkirurgisina, silloin potilas kotiutuu saman päivän aikana. Lyhytjälkihoitokirurgiassa (LYHKI ja HERKO) potilaan sairaalahoito kestää 23 tuntia -3 vuorokautta. Leikkauspäätös päivystysleikkaukseen tehdään potilaan hakeuduttua päivystykselliseen hoitoon, silloin hoito vaatii kiireellistä leikkaushoitoa. Leikkaukseen pääsyyn vaikuttavat kiireellisyys luokka (ks. kuva 2) ja sairaalan jonotilanne (ks. kuva 3). (Ruohoaho 2021, 33–44.)



Kuva 2. Leikkaushoidon kiireellisyysluokat 2023 (Sairaala Nova 2023)



Kuva 3. Kiireetöntä hoitoa odottavien osuus Hyvinvointialueiden sairaaloihin THL (2023)

Leikkauspotilaan leikkauksekelpoisuutta ja leikkaushoitoon liittyvien riskien arviointi preoperatiivisesti tehdään moniammatillisessa yhteistyössä hoitohenkilöstön, leikkaavan ja anestesia­lääkärin sekä tarvittaessa eri erikoisalojen konsulttien kanssa. Siinä huomioidaan potilaan ikä, psyykkinen ja fyysinen toimintakyky sekä sairauksista, lääkityksestä ja yleiskunnosta johtuvat riskit. Sairauksista johtuvat riskitekijät jaetaan vahvoihin, melko vahvoihin ja heikkoihin ennustetekijöihin. Lisäksi leikkauksekelpoisuutta ja riskejä arvioitaessa tulee ottaa huomioon päihteiden käyttö ja tietyissä toimenpiteissä esimerkiksi suun liimakalvojen ja hampaiston kunto. (Käypä hoito- suositus 2014 (arkisto) 2023.) Potilaan esitietojen (anamneesi) mukaan arvioidaan leikkausta edeltävät tutkimuksien tarve esimerkiksi laboratorio sekä radiologiset tutkimukset ja esimerkiksi lääkehoidon tauotukset sekä siltahoidon tarve antikoagulaatiohoitojen yhteydessä. (Käypä hoito- suositus 2014 (arkisto) 2023.)

Leikkauspäätöstä tehdessä tulee huomioida myös potilaan toipumiseen vaikuttavat tekijät, esimerkiksi kotona pärjääminen toimenpiteen jälkeen. Leikkauksiriskien vähentämiseen vaikuttavat hyvät elämäntavat, oikea lääkitys ja sairauksien hoitotasapaino. (Käypä hoito- suositus 2014 (arkisto) 2023.)

ASA- anestesariskiluokitusta (American Society of Anesthesiologists Physical Status) käytetään leikkauspotilaan sairastavuuden kuvaamisen sekä anestesiaan ja leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden sekä kuoleman ennustavuuden perioperatiivisessa hoidossa. Ennakoivan tunnistuksen avulla on tavoite vähentää riskejä. ASA- riskiluokitus:

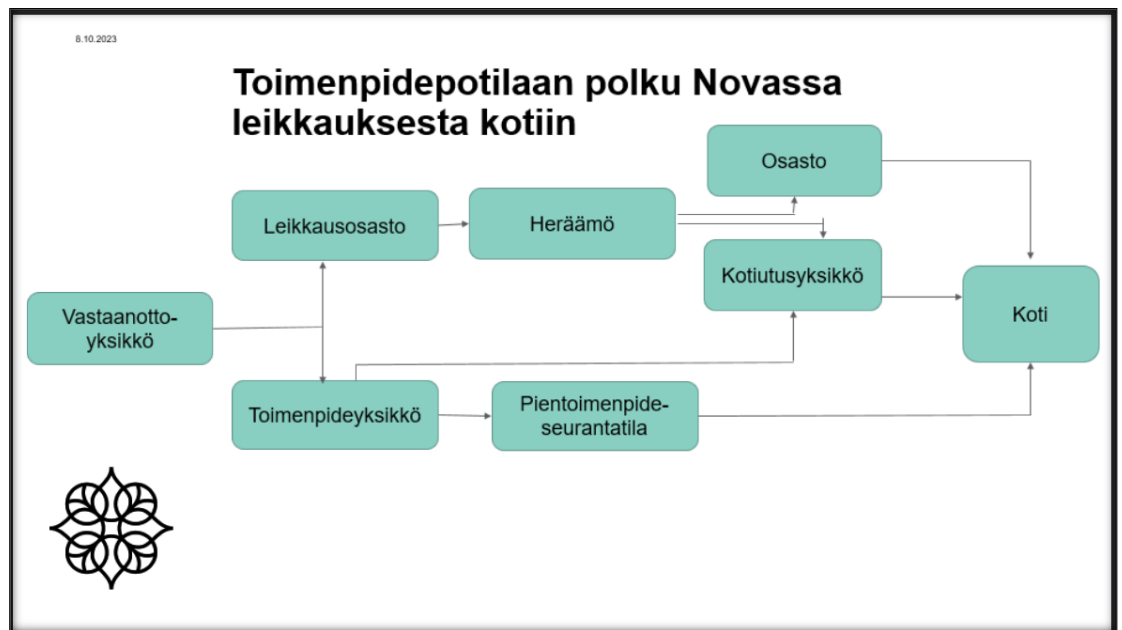
1. Terve potilas
2. Potilaalla on lievä yleissairaus
3. Potilaalla on vakava yleissairaus
4. Potilaalla on jatkuvasti henkeä uhkaava yleissairaus
5. Potilas on kuolemansairas eikä odoteta jäävän henkiin ilman leikkausta
6. Aivokuollut elinluovuttaja

(ASA- luokitus Suomen Anestesiologiyhdistys 2023.)

Leikkauspotilaan hoitopolku ennen leikkausta Sairaala Novassa:

1. Potilaan lähete saapuu erikoissairaanhoidon.
2. Lääkärin vastaanotto poliklinikalla (Leikkaukspäätös, kiireellisyysluokan määrittäminen, leikkauksekelpoisuuden arviointi, leikkausta ja preoperatiivisia lisätutkimuksia koskevat määräykset ja toimenpidetyypin valinta (PÄIKI, HERKO, LEIKO tai OSASTOKIRURGIA).

3. Hoidonohjaus ja leikkausjonoon asettaminen (Potilaan ohjaus leikkaukseen pyritään järjestämään samalle päivälle, kun leikkaukspäätös on tehty. Vähentää potilaan käyntipäiviä. Preoperatiiviset tutkimukset, lääkehoidon ohjaus ja tarvittaessa anestesia- ja muut konsultaatiot).
4. Hoidonsuunnittelu (Leikkausjonojen hallinta, aikojen varaaminen ja leikkauksalin kuormituksen suunnittelu. Hoidonsuunnittelijoiden tiimi toimii ennalta sovittujen pelisääntöjen ja sovittujen mallien mukaan. Hoidonsuunnittelija täyttää varatut leikkaukspöydät leikkaavien lääkäreiden erikoisosaamisalueiden mukaisesti. Yksityiskohdista neuvotellaan kirurgien, anestesia- ja leikkauksalihenkilökunnan kanssa. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023).)
5. Preoperatiivinen ohjaus (Mikäli on vielä tarvetta preoperatiiviselle ohjaukselle ennen leikkausta hoidonohjauksen jälkeen esimerkiksi aikaa hoidonohjaajan käynnistä kulunut useita kuukausia, ohjaus preoperatiivisiin tutkimuksiin tai potilaan ikä).
6. Anestesia-suunnitelma (Anestesia- ja leikkauksalihenkilökunnan kanssa. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023).)



Kuva 4. Toimenpidepotilaan polku Sairaala Novassa leikkauksesta kotiin (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023).

Leikkaukspotilaan hoitopolku leikkaukspäivänä Sairaala Novassa:

1. Leikkaukspotilaiden vastaanotto (Ilmoittautuminen, potilaan valmistelu leikkaukseen (lähihoitaja ja sairaanhoitaja) ja tulohaastattelu (sairanhoitaja)). (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023, ks. kuva 4). Tiettyjen erikoisalojen leikkaava lääkäri tapaa potilaan ennen leikkausta vastaanottoyksikössä ja käy potilaan kanssa läpi tulevan leikkauksen riskeineen sekä tekee viime hetken arvion leikkaustarpeesta ja tarvittaessa muuttaa leikkauksuunnitelmaa esimerkiksi vaiva on parantunut leikkaukseen odottaessa eikä leikkauksarvetta ole enää. Tarvittaessa esimerkiksi toimenpidetyypin uudelleen arviointi, mikäli hoitaja/ lääkäri arvioi, ettei potilas pärjää kotona toimenpidepäivänä ja leikkauksen perumisesta. (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023, ks. kuva 4).

2. Leikkaussali hakee päivän ensimmäisen leikkauspotilaan aulasta A3.
 3. Tekonivel- ja selkä-, ERCP-, suu- ja leukakirurgiset- ja urologiset potilaat (Valmistelu tarkkailussa erillisen ohjeistuksen mukaisesti toimenpidetkohtaisesti esimerkiksi preoperatiivinen kanylointi ja antibiootti ym.)
 4. Vastaanoton lähihoitaja vie potilaan leikkaussaliin pyörätuolilla tai tarvittaessa sängyllä.
 5. Leikkaus- ja heräämöhöhoito.
 6. Kotiutusyksikkö tai vuodeosasto seuranta (Päiväkirurgiset potilaat ja ns. herko tai 23 h –potilaat, 79–80 % leikkauspotilaista. Puhelinraportti kotiutusyksikön tai vuodeosaston vastuuhoidajalle heräämöstä. Potilaskuljetus tuo potilaan heräämöstä).
 7. Fysioterapeutin ohjaus ennen kotiutusta ortopedisille potilaille.
 8. Kotiutuminen kotiutusyksiköstä tai vuodeosastolta toimenpidetkohtaisella ohjauksella seurannan jälkeen.
 9. Tarvittaessa annetaan kontrolliajat potilaalle ja jatkohoitomääräykset
 10. Tarvittaessa jatkohoitopaikan järjestäminen, mikäli potilas ei kotiudu suunnitelman mukaisesti.
- (Sairaala Nova kirurgian poliklinikka 2023, ks. kuva 4).

3.4 Kotiutusyksikkö Sairaala Novassa

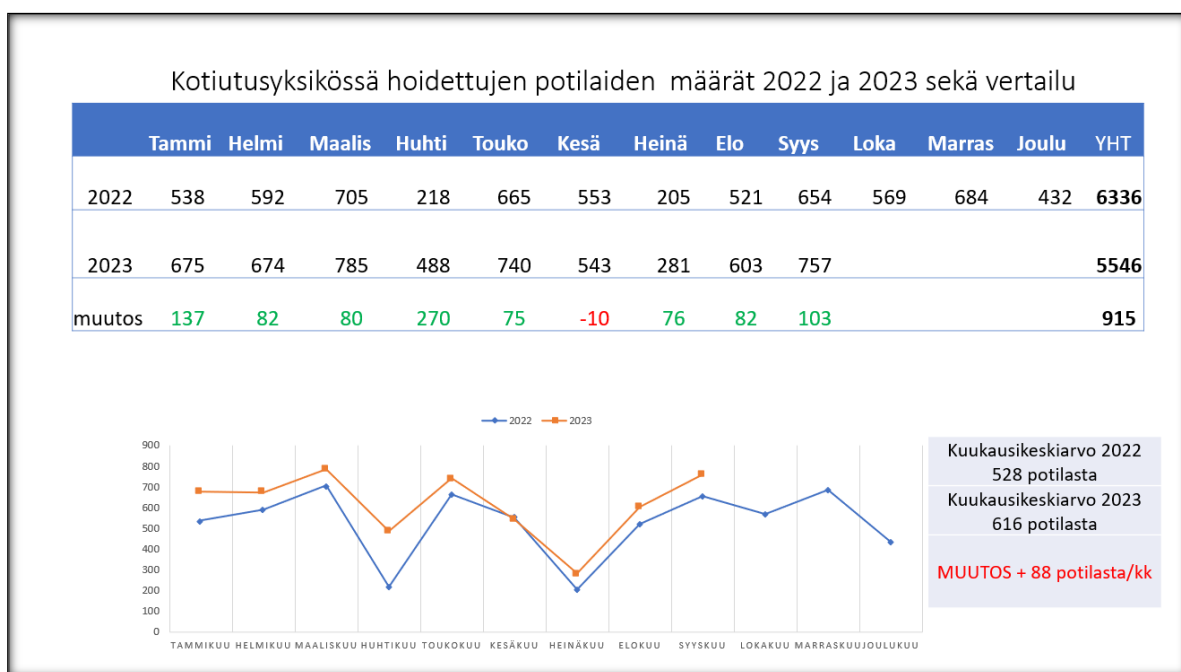
Sairaala Novan leikkauspotilaiden kotiutusyksikkö kuuluu kirurgian poliklinikan alaisuuteen. Yksikön toiminta alkoi 12.3.2018 nykyistä pienemmässä mitta-kaavassa. Palvelualueen strateginen tavoite on ollut lisätä päiväkirurgisten potilaiden määrää 75 %:iin, ja se ylitettiin vuonna 2021. Kotiutusyksikön toimintaan liittyvät tilastot on kerätty Sairaala Novan toimesta olemassa olevista tietojärjestelmistä. Opinnäytetyössäni tarkastelen tilastoja vuosilta 2018–2023. Sitä ennen päiväkirurgisten potilaiden kotiutus tapahtui leikkausosaston toimesta arkisin klo 7–19. Potilaat, jotka tarvitsivat yön yli seurantaa sairaalassa, hoidettiin operatiivisilla sairaansijoilla. Kotiutusyksikön toiminta on laajentunut nykyiseen toimintaansa (ks. kuva 5) vuosien 2018–2023 aikana. Vuosina 2020–2021 maailmanlaajuinen koronapandemia sekä Sairaala Novan muutto uusiin tiloihin vaikuttivat erikoissairaanhoidossa hoidettavien potilaiden kokonaismääriin laskevasti. Vuoden 2023 potilasmäärissä kotiutusyksikössä trendi on ollut kasvava vuoteen 2022 verrattuna (ks. kuva 6). (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Sairaala Nova

Kotiutusheräämistä päiväkirurgisina ja herkopotilaina kotiutuneet erikoisaloittain 2018-2022

Erikoisala	2018	2019	2020	2021	2022
KNK	766	948	1072	644	866
Ortopedia	1372	748	1000	371	1252
Gastrokirurgia	824	909	992	804	751
Plastiikkakirurgia	714	513	701	704	736
Käsi­kirurgia	549	522	682	1398	634
Naistentaudit	605	515	660	644	661
Urologia	398	225	272	344	361
Suu ja leukakir	324	239	256	275	296
Silmätaudit	200	237	252	224	206
Lastenkirurgia	210	165	219	173	201
Verisuonikirurgia	137	196	176	176	190
Muut	237	179	275	236	293
Yhteensä	6336	5396	6557	6244	6447

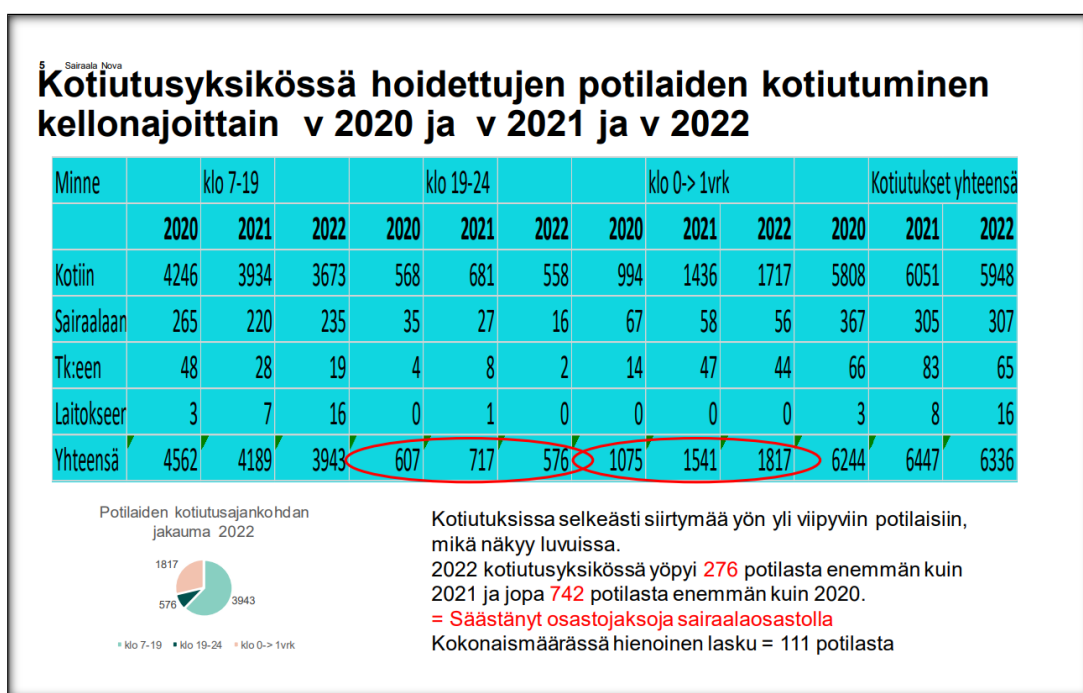
Kuva 5. Päiväkirurgiset ja heräämöstä kotiutuvat potilaat Sairaala Nova (Sairaala Nova 2023)



Kuva 6. Kotiutusyksikön potilasmäärien trendi vuodet 2022–2023 (Sairaala Nova 2023)

Kotiutusyksiköstä päiväkirurgisena ja herko- potilaina kotiutuvien lisääntyvät määrät eri kellon aikojen mukaan ovat olleet edellytyksenä toiminnan laajenemiselle (ks. kuva 7). Operatiivisten sairaansijojen määrä väheni leikkauspotilailta 1685 vuodeosastojaksoa kotiutusyksikön ensimmäisen toimintavuoden aikana ja mahdollisti 2387 potilaalle kotiutumisen klo 19 jälkeen ilman vuodeosastohoitoa. Kotiutusyksiköstä kotiutettiin suoraan kotiin ilman jatkohoitopaikkaa klo 19 jälkeen vuonna 2020 1562 potilasta, 2117 potilasta vuonna 2021 ja vuonna 2022 2275 potilasta. Leikkauspotilaiden kokonaismäärä oli Sairaala Novassa vuonna 2022 14835, johon sisältyvät sekä elektiiviset että päivystysleikkaukset. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Kotiutusyksikössä hoidettiin vuonna 2022 noin 79–80 % elektiivisistä leikkauspotilaista. Vuonna 2022 kotiutusyksikön kautta kotiutui 6447 leikkauspotilasta. Silmäyksikön leikkauspotilaita oli 1852, joista 206 kotiutui kotiutusyksikön kautta. Suu- ja leukasairauksien yksikön leikkauspotilaita oli 878, joista 296 kotiutui kotiutusyksiköstä. Lastentautien leikkauspotilaita oli 324, joista 201 kotiutui kotiutusyksiköstä. Korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkauspotilaita oli 1273, joista 866 kotiutui kotiutusyksiköstä. Naistentautien leikkauspotilaita oli 980, joista 661 kotiutui kotiutusyksiköstä (ei synnyttäjät). Muilta kirurgian erikoisaloilta (ortopedia, urologia, käsi-, plastiikka-, verisuoni-, gastro- ja muu kirurgia) leikkauspotilaita oli 8718, joista 4217 kotiutui kotiutusyksiköstä. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)



Kuva 7. Kotiutusyksikössä hoidettujen potilaiden kotiutuminen kellonajoittain (Sairaala Nova 2023).

Syyskuusta 2023 alkaen yksikkö on toiminut fyysisesti kahdessa eri tilassa. Potilaat jakautuvat kahteen eri sakaraan (K5 ja J6) preoperatiivisessa vaiheessa. Leikkauspotilaan sijaintipaikan leikkauksen jälkeen päättää lopulta kotiutusyksikön vastuuhoidtaja arvioidessaan tilanteen hoidon keston ja tarpeen mukaan. Päiväkirurgiset potilaat hoidetaan pääsääntöisesti sakarassa K5 arkisin klo 8–20. Herko- eli heräämöstä 23 tunnin sisällä kotiutuvat leikkauspotilaat hoidetaan sakarassa J6 maanantaista klo 8:sta lauantaihin klo 15:een.

Päiväkirurgisia potilasmääriä vuorokaudessa ei ole määritelty, ja yön yli -seurantapaikkoja on vuodepotilaille 18. Päiväkirurgisille potilaille on varattu lepo- tuolit ja vuodehoitoa vaativille potilaille vuodepaikat. (Sairaala Nova kotiutus- yksikkö 2023.)

3.5 Kotiuttava hoitaja

Terveydenhuollon alalla toiminen on luvanvaraista ja sitä valvoo Valvira. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559/5§) on tarkoitus varmistaa, että terveydenhuollossa toimivilla ammattihenkilöillä on niiden edellyttämä koulutus ja muut valmiudet toimia työtehtävässään, järjestää ammattihenkilöiden valvonta ja helpottaa tarkoituksenmukaista- ja ammattihenkilöiden yhteistyötä. Lain tarkoituksena on edistää palvelujen laatua ja potilasturvallisuutta. Sairaanhoidajan tutkintoa ja sen sisältöön liittyvää rakennetta ohjaa Euroopan unionin ammattipätevyysdirektiivi (direktiivi 2005/36/EY) sairaanhoidajan tutkinnon sisällöstä ja vähittäisvaatimuksista. Direktiiviä päivitettiin vuonna 2013 ja lainsäädäntöön ne tuli ottaa osaksi vuonna 2016. Siihen kirjattiin muun muassa 8 ydinkompetenssia. Artiklan 31 mukaan koulutuksen keston tulee olla joko vähintään kolme vuotta tai 4600 opetustuntia. Opinnoista vähintään 50 % pitää olla klinisiä opintoja. (Ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EY). Sairaala Novan kotiutusyksikössä työskentelee tällä hetkellä 17 sairaanhoitajaa. Vuoden 2023 aikana yksikössä on aloittanut kaksi lähihoitajaa, jotka tekevät kotiuttavaa hoitotyötä rajoitetuilla lääkehoitoluvilla. Työntekijöiden vahvuus arkisin on 4 aamuvuorossa, 1 välivuorossa klo 9–17, 6–7 iltavuorossa klo 12–21 aikana ja 2 yövuorossa. Lauantaina on 2 aamuvuorossa. (Ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EY; Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Päiväkirurgisten ja herko- potilaiden määrät vaihtelevat päivittäin ja muutoksia kunkin päivän leikkausohjelmiin- ja aikatauluihin voi tulla lyhyellä aikataululla leikkaustoiminnan luonteen takia. Siitä syystä yksikön sisällä oleva henkilöstön tarve ja liikkuvuus kahden eri sakaran välillä arvioidaan päivittäin toiminnan ja tarpeen mukaan. Sen lisäksi yksikössä työskentelee ajoittain tarpeen mukaan seitsemän muuta sairaanhoitajaa. Yksikön vastuulääkärinä toimii Sairaala Novassa työskentelevä anestesia- ja lääketieteellinen asiantuntija. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Kotiutusyksikössä työskentelevän hoitajan toimenkuva on laaja ja vaatii monipuolista ammatillista osaamista potilaan hoidossa ja ohjaamisessa. Yksikössä hoidetaan 12 eri erikoisalan leikkauspotilaita ikäjakauman ollessa suuri (16 vuotta <). (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Hoitajan tulee hallita työssään toimenpidekohtaisen hoidon ja ohjauksen lisäksi potilaan terveydentilan ymmärtäminen, seuranta ja sen hoito kokonaisvaltaisesti. Leikkauspotilaan perioperatiivinen hoito toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä erikoisalalääkärin ja anestesiaalääkärin kanssa. Hamlin ym. (2017,4) ja Karman ym. (2019,179) mukaan hoitajan on ohjattava potilas lyhyessä ajassa niin, että potilas kykenee toimimaan annettujen ohjeiden mukaan leikkauksen jälkeen kotona edistäen omaa toipumista. Hoitajalla tulee olla sosiaalisia taitoja teknisten taitojen lisäksi, koska hoitajan on otettava huomioon ohjaustilanteessa potilas psykofyysisenä kokonaisuutena. Ohjaustoiminnan tulee olla perusteltua potilaan ja omaisen näkökulmasta. (Hamlin ym. 2017,4; Lukkarinen ym. 2012, 9; Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Kotiutusyksikön hoitajan työtehtäviin kuuluvat:

- Potilaan vitaalitoimintojen seuranta ja siihen liittyvä hoito
- Leikkausalueen seuranta
- Haavadreenien seuranta ja hoito
- Leikkauspotilaan lääkehoito (s.c., p.o., i.m. ja i.v.-lääkitys)
- Potilaan muun lääkehoidon toteutus ja sen huomioinen leikkauspotilaan hoidossa
- Seurata kotiutuskriteerien täyttymistä (esimerkiksi syöminen, juominen ja liikkuminen)
- Virtsaamisen seuranta (spinaalipuudutus, yleisanestesia ja erityistarkkailua vaativat toimenpiteet)
- Toistokatetrointi- ohjaus kotiin tarvittaessa
- Kanyylin liittyvä seuranta ja poistaminen ennen kotiutusta
- Potilaan arviointi kotona pärjäämiseen leikkauksen jälkeen
- Potilaan toimenpidekohtainen kotihoito- ohjaus
- Raportointi ja dokumentointi
- Varmistaa, että potilaalla on leikkaukseen liittyvät dokumentit ennen kotiutumista (esimerkiksi ohjeet, leikkauskertomus, kipulääkereseptit ja sairaslomatodistukset)
- Tarvittaessa leikkauspotilaan jatkohoitoapaikan järjestely
- Vastuualueuhoitajien hoitaminen (potilasjakoon liittyvä vastuuhoidaja, erikoisalavastuuhoidajien ohjeiden päivitys ja moniammatillinen yhteistyö)
- Muut yksikköön liittyvät työt (esimerkiksi ruokatilaukset, hoitoon liittyvien tarvikkeiden ja lääkkeiden saatavuus yksiköstä). (Mukaillen Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

3.6 Sairaala Novassa käytettävät tietojärjestelmät

Potilastietojärjestelmien käyttöä Suomessa ohjaavat lainsäädäntö ja Terveyden ja hyvinvointilaitoksen viranomaisohjeistus. Valvira valvoo näiden vaatimusten toteutusta. (Finlex 298/2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 28–30; Valvira 2023). Sairaala Novassa on käytössä TietoEVRY Oyj:n Lifecare-potilastietojärjestelmä. Sen avulla ylläpidetään ja tallennetaan sähköisiä potilasasiakirjoja. Tietojärjestelmän avulla potilaasta kerätään kattavasti tietoja esimerkiksi käynneistä terveydenhuollossa, lääkityksestä, ajanvarauksista ja kokeista. Yhtenäinen, mukautuva ja osittain automatisoitu tietojärjestelmä luo perustan turvallisimmille terveydenhuollonpalveluille, auttaa henkilöstöä hoitoprosessin eri vaiheissa ja säästää aikaa. (TietoEVRY 2023.)

Siihen integroituja muita tietojärjestelmiä ja -ohjelmia on käytössä päivittäin leikkauspotilaan hoitotyössä, esimerkiksi Fimlab Laboratorio OY:n tuottamiin laboratoriopalveluihin selainkäyttöjärjestelmä WeblabClinical (Fimlab 2023). Leikkauspotilaan eri vaiheet kirjataan perioperatiiviseen hoitotyön tietojärjestelmään, joka on integroituna Lifecare-potilastietojärjestelmään. Se pitää sisällään leikkaushoitopolun kaikki eri vaiheet ja dokumentoi leikkauspotilaan hoitoa koskevat tiedot kokonaisvaltaisesti toimenpidekohtaisesti. Se pitää sisällään leikkaushoitoa koskevat määräykset ja tehdyt hoitotoimet. (Perioperatiivinen hoito (ECP) - tietojärjestelmä 2023 Sairaala Nova; TietoEVRY 2023.)

Forsante- esitietojärjestelmä kerää potilaasta tietoa leikkauspotilaan hoitotyöhön kattavasti. Siinä tulee esille muun muassa ikä, paino, allergiat, sairaudet, lääkitys ja aikaisemmat toimenpiteet. Potilaasta kerättävät tiedot ovat leikkaushoidon kannalta merkittäviä. (Forsante esitiedot 2023.) Sairaala Novan Sampo-ohjepankki pitää sisällään eri erikoisalojen potilasohjeet sekä asiantuntijaohjeet. Niihin on kerätty kattavasti tietoa toimenpidekohtaisesti ja ne on tehty moniammatillisessa yhteistyössä. Tavoitteena on antaa potilaille yhtenäistä ja turvallista ohjausta sekä helpottaa hoitajan antamaa ohjausprosessia. (Sampo- ohjepankki Sairaala Nova 2023.)

BuddyCare digihoitopolku otettiin käyttöön Sairaala Novassa leikkauspotilailla alkusyksystä 2022. Keski- Suomen sairaanhoitopiiri aloitti sen käytön pilotoinneilla vuonna 2018. Tällä hetkellä se on käytössä ortopedian, plastiikkakirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla sekä murtumapotilailla (ks. kuva 8). Toimintaa on tavoitteena laajentaa tulevaisuudessa Sairaala Novassa kattamaan lisää potilasryhmiä. Buddy Healthcare Ltd Oy:n valmistama viestintätyökalu, joka automatisoi leikkauspotilaan hoidonohjausta. Sen järjestelmien avulla kerätään potilaalta tietoja leikkaukseen liittyen ja ohjataan potilasta perioperatiivisen hoidon eri vaiheissa. Potilaalle hoitoketju näyttäytyy aikajanalla, joka on ajastettu. Se pitää sisällään perioperatiivisen eri vaiheet. Se muistuttaa automaattisesti potilasta tehtävistä, jotka pitää hoitaa tietyssä aikaikkunassa leikkaushoidon aikana esimerkiksi laboratoriokäynnit ja leikkaukseen tulo-, ja postoperatiiviset- ohjeet. Se toimii myös sähköisenä viestintäalustana potilaan ja sairaalan välillä. Henkilökunta käyttää BuddyCarea internetpohjaisessa sovelluksessa. (BuddyCare 2023; Sairaala Nova 2023.)

Digihoitopolut operatiivisella toimialueella 7.9.2023			
Erikoisala	Polku	Potilaita polulla viimeisen vuoden aikana	Potilaita polulla 7.9.2023
Gastrokirurgia	Gastrokirurginen toimenpidepolku	62	48
	Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku	72	66
Ihotaudit	Atooppisen ihottuman hoitopolku	32	32
KNK	Korvien putkitus	121	37
	Lasten nielurisaleikkaus	60	57
	Kitarisaleikkaus	44	23
	Nielurisaleikkaus (aikuiset)	36	29
Käsikirurgia	Rannekanavaleikkaus (polkliininen)	107	54
Naistentaudit	Ei käytössä		
Ortopedia	Polven tekonivelleikkaus	336	211
	Lonkan tekonivelleikkaus	217	115
	Kaularankaleikkaus	47	15
	Selkäleikkaus	218	69
	Selän luudutusleikkaus	42	18
	Ortopedinen toimenpide	134	110
Plastiikkakirurgia	Rintasyöpäpotilaan hoitopolku	119	110, joista kirpkl 13
Murtumahoitopolku	Rannemurtuma	231	53
	Nilkkamurtuma	145	43
	Olkavarsimurtuma	87	18
yhteensä		2110	1108

Kuva 8. Digihoitopolut operatiivisille toimialueella 09/2023 Sairaala Nova

4 LEIKKAUSPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN SEURANTA JA HOITO KOTIUTUSYKSIKÖSSÄ

Postoperatiivinen vaihe tarkoittaa potilaan leikkauksen jälkeistä hoitotyötä, ja vaihe alkaa heräämöhoidosta ja päättyy, kun potilas kotiutuu tai toipuu leikkauksesta. Leikkauspotilaan postoperatiivisen hoidon aikana hoitohenkilöstöllä tulee olla riittävä ammatillinen osaaminen potilaan tarkkailuun ja vaadittaviin hoitotoimenpiteisiin. Siihen kuuluu ymmärrys sairauksien, elintoimintojen, lääkehoidon ja leikkauksen vaikutuksista potilaan kokonaisvointiin. Voinnin muutoksiin tulee reagoida välittömästi. Leikkauspotilaan seuranta vaatii systemaattista tarkkailua ja ajantasaista kirjaamista. Vitaalielintoimintojen tarkkailulla ja mittaamisella tulkitaan potilaan vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia. Elintoimintojen häiriöiden tunnistamisella ajoissa ja niihin viiveettömällä reagoinnilla vältetään terveydenhuollon ympäristössä tapahtuvia kuolemia sekä parannetaan potilasturvallisuutta ja hoidon laatu paranee. (Erämies 2017; Karjalainen ym. 2018; Ritmala-Castrén ym. 2017, 8.)

Leikkauspotilas siirtyy kotiutusyksikköön heräämön siirtokriteerien täytyessä. Potilaan tajunnantason ja vitaalielintoimintojen tulee olla sillä tasolla, ettei monitoriseurantaa enää tarvita. Leikkausalueella ei saa olla aktiivista akuuttia hoitoa vaativaa verenvuotoa. Pahoinvoinnin ja kivun hoidon tulee olla hallittavissa lääkkeillä. Potilaan siirtoon liittyvän tiedonkulun tulee olla riittävää, ettei potilaan turvallisuus vaarannu. Sairaala Novassa heräämöhoitaja soittaa raportin potilaan siirtymisestä ja kotiutusyksikön vastuuhoidajalle. Vastuuhoitaja jakaa potilaan yksikössä työskentelevälle hoitajalle, joka on vastuussa kotiutusyksikön aikaisesta hoidosta. Tässä vaiheessa potilaan hoitoa käytetään sekä suullista että hiljaista raporttia. Leikkauspotilasta seurataan kotiutusyksikössä, kunnes kotiutuskriteerit täyttyvät (ks. liite 5) ja potilas on valmis kotiutumaan. Kotiutusyksikössä potilas ei ole enää monitoriseurannassa. Vitaalielintoimintojen mittauksia tehdään potilaan voinnin niin vaatiessa. Hoidon ja mittausten tarpeeseen vaikuttavat tehdyn leikkauksen vaativuus ja laajuus, potilaan sairaudet, lääkehoito ja voinnissa tapahtuvat muutokset. (Lukkarinen ym. 2012, 32–33; Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Leikkauspotilaan seuranta- aikaan kotiutusyksikössä vaikuttavat potilaan vointi, leikkauskohtainen erikoisala lääkärin ja/ tai anestesia- lääkärin määräys, tehty leikkaus, ja valmius ottaa vastaan kotiutusohjaus leikkauksesta toipumiseen. Erämiehen (2017) mukaan leikkauspotilaan postoperatiivisen hoidon aikana tulee tarkkailla kipua, pahoinvointia, tajunnantaso, verenkierto, eritystä, hengitystä, nesteytystä, leikkausaluetta ja potilaan mobilisointia. Sen aikana on käytössä lääkkeitä ja lääkkeitä hoito-työnmenetelmiä esimerkiksi kivunhoidossa. Hoidon tavoitteena on vähentää riskiä leikkauskomplikaatioihin, potilaan vitaalielintoimintojen vakauttaminen ja potilaan turvallinen kotiutus (liite 2). (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Leikkauksen tavoitteena on lisätä potilaan elämänlaatua. Leikkaukseen voi liittyä ei- toivottuja haittavaikutuksia eli komplikaatioita, jotka vaikuttavat potilaan toipumiseen ja elämänlaatuun. Vuosittain noin 8 miljoonaa ihmistä kärsii pitkityneistä leikkaukskomplikaatioista teollisuusmaissa. Leikkausalueella voi olla varhaisvaiheen komplikaatioita, joilla tarkoitetaan vuotoa, hematoomaa, seerumakertymää, haavan repeämistä, virtsa- ja ruuansulatuselinten komplikaatioita, sydän- ja keuhkokomplikaatioita sekä laskimotukoksia. Myöhäisvaiheen komplikaatioina tunnetaan muun muassa arpityrä, ommelavanne eli fisteli, leikkausalueen hermovauriot ja arpikasvain eli keloidi. Postoperatiivisessa vaiheessa hoitajan tulee seurata leikkauspotilaan vointia säännöllisesti ja tunnistaa ajoissa komplikaatioiden oireet ja toimia niiden mukaisesti viiveettä. (ECDC 2023; Koskivuo ym. 2019; Mustajoki 2019.)

Wellingin ja Takalan (2023) mukaan vuosina 2011–2015 kerätystä aineistosta käy ilmi, että leikkauksiin liittyviä potilasvahinkoilmoituksia tehtiin noin 9000 ja se on kaikista potilasvahinkoilmoituksista 40–50 %. Vahinkoja korvattiin 0,22 %:lle leikatuista. Tuolla ajanjaksolla tehtiin 1,5 miljoonaa leikkausta. Sairaala Novan kotiutusyksiköstä 1.1.- 13.9.2023 ajalla kotiutuneista leikkauspotilaista palautui päivystykseen viiden ensimmäisen vuorokauden aikana 3,5 % (ks. kuva 9). Vastaava luku operatiivisilta sairaansijoilta kotiutuneista oli 10,4 %. Tilastoinnissa ei ole eriteltyä päivystyksen paluun syy. Jatkohoitoon erikoissairaanhoidon tai terveyskeskuksen vuodeosastoille vuonna 2020 6,8 % ja vuonna 2022 5,8 %. Trendi on ollut vuodesta 2020 alkaen laskeva. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

Päivystykseen postop 1-5 pvnä palautuneet leikatut potilaat osastoittain ja heidän osuutensa näistä yksiköistä kotiutuneista leikkauspotilaista 1.1.2023-13.9.2023 välisenä aikana

	1. päivä	2. päivä	3. päivä	4. päivä	5. päivä	Yhteensä	Kaikki leikatut	%-osuus leikkauksista
OPER os	42	39	31	36	18	166	1590	10,4
PÄKI	45	38	34	35	37	189	5334	3,5

yh TO



Kuva 9. Päivystykseen postoperatiivisina 1–5 päivinä (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023).

4.1 Laskimotukos-, keuhko- ja sydänkomplikaatiot

Laskimotukoksessa verihyytymä muodostuu laskimoon. Leikkaushoidosta johtuvia laskimotukoksia esiintyy sekä pinnallisissa että syvissä laskimoissa, ja niitä voi tulla heti leikkauksen jälkeen tai viikkojen päästä leikkauksesta. Syvien laskimotukoksien riskiä lisäävät isot ja pitkäkestoiset leikkaukset, vatsantalon alueen syöpäkirurgia, ortopedinen proteesikirurgia, murtumat raajoissa, kipsihoito, neurokirurgia, laskimokirurgia, potilaan huono yleistila, tulehdus, huono nestetasapaino, sydämen vajaatoiminta, raskaus, tupakointi, hormonaaliset ehkäisyvalmisteet, aikaisempi tukos, vuodelepo ja ylipaino. Laskimotukokset yleisimmät oireet raajoissa ovat kipu levossa ja liikkeessä, kuumuus, arkuus, turvotus ja punoitus. Viiveetön diagnosointi on tärkeää, koska laskimotukos voi johtaa vakavaan komplikaatioon, kuten keuhkoveritulppaan. (Ahonen 2009.)

Diagnosointi tapahtuu kliinisten oireiden mukaan ja ultraäänitutkimuksella. Potilaskohtainen riskiarvio tehdään ennen leikkausta ja tromboosiprofylaktisen lääkityksen tarve arvioidaan. Leikkaava lääkäri tekee arvion lääkityksen tarpeesta. Tromboosiprofylaktisen hoidon aikana tulee huomioida lisääntynyt vuotoriski. Sen lisäksi käytössä ovat antiemboliasukat, jotka tehostavat verenkiertoa ja etenkin laskimopaluuta. (Ahonen 2009.)

Niitä käytetään pitkissä ja suuren vuotoriskinleikkauksissa ja potilailla, joilla on suurentunut riski saada tukos. Lisäksi potilaan mobilisointiohjaus postoperatiivisessa hoidossa on tärkeää. (Ahonen 2009.)

Leikkaushoitoon liittyviä yleisimpiä keuhkokomplikaatioita ovat keuhkoembolia, keuhkokuume ja keuhkon ilmattomuus (ateleaktaasi). Keuhkokuumeen taustalla on usein intraoperatiivisen hoidon aikana tapahtuva aspiraatio. Oireita ovat: hengitysvaikeus, kuume, sekavuus, yskä ja kipu kyljen ja vatsan alueella. Diagnosointi tapahtuu kliinisten oireiden mukaan, keuhkojen röntgenkuvalla ja tulehdusarvon määrittämisellä. Keuhkoembolian taustalla on muualta liikkeelle lähtenyt verihyytymä, joka tukkii keuhkovaltimon. Oireita ovat: verenpaineen ja pulssin muutokset, ongelma hapetuksessa, rintakipu ja sekavuus. Ateleaktaasin taustalla on anestesian aikainen lääkehoito, mikä vaikuttaa potilaan keuhkojen kaasujenvaihtoon sekä hengitykseen. Sen seurauksena keuhkojen alveolit painuvat kasaan ja aiheuttavat ilmattomuutta. Ateleaktaasia on vaikea havaita, koska se voi olla oireeton. Yleisimpiä oireita ovat kuume, vinkuminen, yskä ja pinnallinen hengitys. Diagnosointi tehdään röntgenkuvalla. (Feldacker ym. 2017; Honkanen 2022; Käypä hoito- suositus 2022.)

Leikkaushoitoon liittyvien keuhkokomplikaatioiden ennalta ehkäisyssä ohjataan potilasta oikeanlaiseen hengitystekniikkaan, hoitamalla infektiot preoperatiivisessa vaiheessa, ravinnotta olo ennen leikkausta, perussairauksien hyvä hoitotasapaino ja mobilisaatio. Postoperatiivisen vaiheessa leikkauspotilaan vointia tarkkaillaan säännöllisesti. Seurantaan kuuluu happisaturaatio, hengityksen tiheys ja rytmi, ihon ja limakalvon väri. Niissä esiin tulevat ongelmat viittaavat keuhkokomplikaatioihin ja vaatii anestesia- ja lääketieteellisen konsultaatiota. Potilaan vointia voidaan tukea asentohoidolla, lisähapetuksella ja vastapainepuhalluksilla (pulloon puhallukset PEP). PEP- puhalluksessa puhalletaan letkusta pulloon, jossa on vettä. (Feldacker ym. 2017; Honkanen 2022; Käypähoito-suositus 2022; Reinikainen 2011.)

Postoperatiiviset sydänkomplikaatiot eivät ole yleisiä, mutta tullessaan ne vaativat välitöntä reagoitua. Niitä ovat esimerkiksi: rytmihäiriöt, verenpaineessa tapahtuvat muutokset ja pahimmillaan sydäninfarkti. (Lukkarinen ym. 2012, 7–10.)

Komplikaatioiden ennaltaehkäisyssä on tärkeää, että potilaan sydänsairaudet olisivat hyvässä hoitotasapainossa. Anestesia, perussairaudet, potilaan pelko, ahdistus ja leikkaukseen liittyvä vuoto voi lisätä riskiä sydänkomplikaatioihin. Sydämen ja verenkierron toimintaa seurataan postoperatiivisessa vaiheessa muun muassa verenpaineen ja sykkeen mittaamisella sekä sydänsähkökäyrää (EKG). Perioperatiivisen hoidon aikana potilaan nestetasapainon, hapetuksen ja kivunhoitoa on tärkeää seurata. Sydämen- ja verenkiertoon liittyviin muutoksiin tulee reagoida välittömästi ja konsultoida anestesia- ja sydänlääkäriä. (Lukkarinen ym. 2012, 7–10.)

4.1.1 Hengityksen tarkkailu

Leikkauspotilaan postoperatiivisen vaiheen hengityksen tarkkailussa huomioidaan hengitystiheys, tapa hengittää, esteettömyys ja happisaturaatioarvo (SpO₂) eli veren ja kudosten hapetus. Sen lisäksi tulee kiinnittää huomiota apuhengityslihasten käyttöön, ihonväriin ja katkonaiseen puheeseen. Happisaturaatiota mitataan pulssioksimetrillä sormesta. 96–100 % on normaali arvo, 89–95 % arvo kertoo lievästä happivajauksesta, 80–88 % kertoo keskivaikeasta happivajauksesta ja arvon ollessa alle 80 % kyseessä on vaikea ja vaarallinen happivajaus. Happisaturaatiota mitattaessa tulee huomioida potilaan sairaudet esimerkiksi keuhkohtaumataudin (COPD) tavoitearvo on 88–92 %. Leikkauspotilaan happivajauksen ensisijaisina hoitomenetelminä käytetään lisähappea happiviiksillä tai maskilla, puoli-istuva asento, rauhoittelu ja riittävä kivunhoito. Tarvittaessa ilmäteiden avaaminen, liman imeminen ja potilaan siirtäminen heräämö- tai tehovalvontaseurantaan. Hengitysvaikeuksissa tulee konsultoida anestesia- ja sydänlääkäriä ja toimia viiveettä. (Lukkarinen ym. 2012, 11–13.)

4.1.2 Verenkierron ja tajunnantason tarkkailu

Leikkauspotilaan verenkiertoa tarkkaillaan mittaamalla verenpainetta ja sykettä. Mittausarvoja peilataan potilaan leikkausta edeltäviin arvoihin sekä leikkaus- ja heräämövaiheen arvoihin. Mittaustulokset kertovat potilaan verenkiertoelimistön ja sydämen tilasta sekä niissä tapahtuvista muutoksista (ks. liite 4). (Lukkarinen ym. 2012, 7–11.)

Tavoitehoitona pidetään normaaliarvoja, joissa kuitenkin tulee huomioida leikkauksen laajuus, leikkausvuoto, lääkitys ja potilaan taustatiedot. Mittaustuloksiin nostavasti ja laskevasti vaikuttavat useat eri tekijät. Niistä yleisimpiä ovat lääkehoito, kipu, leikkausalueen vuoto, rytmihäiriöt ja pelko. Postoperatiivisessa vaiheessa verenpaineen ja sykkeen mittaustiheys on potilaan voinnin mukainen, ja siinä huomioidaan lisäksi se, kuinka kauan aikaa on kulunut leikkauksesta. Leikkauspotilaan tajunnan tasoa tulee tarkkailla postoperatiivisessa vaiheessa huolellisesti. Tajunnan ollessa normaali potilas on orientoitunut ympäristöönsä ja tietoinen itsestään. Hän on hereillä tai heräteltävissä. (Lukkarinen ym. 2012, 14–16.)

Leikkaushoidon aikainen lääkitys, verenvuoto, kipu, rakon venytys ja elektrolyytti epätasapaino aiheuttava potilaalle lisää uneliaisuutta ja levottomuutta. Tarkkailtavia oireita ovat epäjohdonmukainen toiminta, vireystilan ylläpidon vaikeudet, uneliaisuus ja kognitiivisten toimintojen häiriöt tai alenema. Tajunnan tason arviointi tapahtuu ensisijaisesti puhuttelemalla potilasta tai tarkistamalla ärsykkeisiin reagointi. Tajunnan tason muutokset voivat tulla esille postoperatiivisen myöhäisemmässäkin vaiheessa. Niihin tulee reagoida viiveettä, varmistaa potilaan peruselintoiminnot, tehdä vitaalielintoimintoihin liittyvät mittaukset ja raportoida anestesialääkäriä. Postoperatiivisessa vaiheessa verenpaineen ja sykkeen mittaustiheys on potilaan voinnin mukainen ja siinä huomioidaan lisäksi, kuinka kauan aikaa on kulunut leikkauksesta. (Lukkarinen ym. 2012, 14–16.)

Postoperatiivinen pyörtyminen johtuu usein pitkään paikallaan olostsa (aivot eivät saa riittävästi verta, kun veri kertyy kehoon ja alaraajoihin), kivusta, pelosta, pahoinvoinnista, oksentamisesta tai epämiellyttävästä kokemuksesta. Pyörtyminen on hetkellinen aivojen toiminnan häiriö, joka johtaa lyhytkestoiseen tajunnan häiriöön ja lihasten veltostumiseen. Pyörtymistä ennakoivina yleensä kalpeus, pahoinvointi, huojuminen, hikisyys ja näkökentän häiriöt. Potilaan ensisijaisena hoitona on makuuasento, jalkojen kohottaminen, peruselintoimintojen turvaaminen ja potilaan rauhoittelu. Potilaan pyörtymisen taustatekijöistä tulee sulkea pois vakavammat syyt esimerkiksi leikkausalueen vuoto. (Mustajoki 2022.)

Potilaan voinnin romahtaessa nopeasti kotiutusyksikössä Sairaala Novassa hoidon tukena on MET-/ Elvytysryhmä, joka koostuu lääkäristä ja yhdestä kahden sairaanhoitajasta. MET- toiminnan (Medical Emergency Team) tavoitteena ehkäistä elvytystilanteita ja parantaa potilaiden selviytymistä elvytystä vaativissa tilanteissa. Ryhmällä on valmius tutkimusten suorittamiseen ja elin-toimintojen tehostettuun tukihoidon, mitkä puuttuvat vuodeosastoilta ja polikliiniltilta yksiköiltä. (MET- toiminta Sairaala Nova 2023.)

4.2 Virtsaelinkomplikaatiot

Postoperatiivisista virtsaelinkomplikaatioista yleisimpiä ovat virtsatietulehdukset (VTI) ja virtsaumpi. Ylempi virtsatietulehdus munuaisissa (pyelonefriitti), alempien virtsateiden tulehdus (kystiitti) ja virtsaputken tulehdus (uretriitti). Leikkaushoidossa tulehdusten taustalla on usein virtsateihin liittyvä leikkaus tai perioperatiivisen hoidon aikana tapahtuva katetrointi. Virtsatietulehdusten (VTI) diagnosoinnissa käytetään kliinisiä oireita tai virtsan bakteeriviljelyä. Yleisimmät oireet ovat virtsaamisen aikainen kirvely, kipu alavatsalla, kuume ja virtsan voimakas haju. Ennaltaehkäisyä käytetään profylaktista antibioottihoitoa ja preoperatiivisen vaiheen VTI:n hoito toteutetaan antibiooteilla ennen leikkausta. Postoperatiivisen VTI:n hoidossa käytetään antibioottihoitoa. (Vuento 2020.)

Virtsaummella tarkoitetaan virtsan kertymistä rakkoon, mutta sen virtsaaminen ulos ei onnistu. Keskushermostoa lamaavat anestesia- ja vahvat kipulääkkeet vaikuttavat virtsaamisheijasteeseen, myös potilaan jännittäminen vaikuttaa siihen. Mikäli potilas ei saa virtsattua 6–8 tunnin aikana leikkauksesta ja rakkoon on kertynyt virtsaa yli toimenpidekohtaisten suositusten yli (450–800 ml), kerkatetroidaan potilas. Virtsan kertymistä rakkoon ja jäännösvirtsan määrää seurataan siihen tarkoitettulla ultraäänilaitteella. Sen jälkeen seuranta jatketään, kunnes virtsaaminen onnistuu ja toistokatetrointia jatketaan tarvittaessa. Kertaketroinnin ja tiettyjen leikkausten kuten laskeuma-, selkä- ja urologisissa leikkauksissa jäännösvirtsan määrä tarkistetaan myös spontaanivirtsauksen jälkeen. Yleensä jäännösvirtsan normaali määrä on alle 200 millilitraa. (Saarelma 2022; Sairaala Nova.)

Lyhytkirurgiassa potilaalle annetaan tarvittaessa toistokatetrointiohjaus kotiin ja hoidon seuranta jatkuu kotoa käsin. Leikkaava lääkäri antaa siihen määräyksen ja potilaan pitää kyetä tekemään toistokatetrointi kotona. Toistokatetrointiohjauksen aikana varmistetaan, että potilas saa sen tehtyä itse. Virtsaumpea epäillessä tulee varmistua siitä, ettei taustalla ole muuta syytä. Vähäisen virtsanerityksen taustalla voi olla muun muassa munuaisvaurio tai hypovolemia, jota hoidetaan nesteenkorvaushoidolla. Keuhköpöhön ja turvotusten takia liiallinen nesteytys ei ole järkevää. Lisäksi potilaan mobilisointia tulee seurata ja kannustaa siihen. (Saarelma 2022; Sairaala Nova.)

4.2.1 Nestetasapainon, virtsauksen ja lämmön tarkkailu

Leikkauspotilaan nestetasapainon seurannassa tulee ottaa huomioon leikkauksesta edeltävä kuuden tunnin ravinnotta olo, leikkauksen aikainen verenvuoto sekä haihtuminen ja riittämätön nestekorvaus. Ne voivat johtaa pahimmassa tapauksessa hypovolemiaan. Päiki- ja herko-potilaat saavat nopeasti toivuttuaan juotavaa ja syötävää, eikä suureen nesteenkorvaushoitoon ole yleensä tarvetta. Yleisanestesia-, spinaali- ja plexus-puudutetuille potilaille laitetaan leikkauksen alkaessa i.v.-infuusio (suonensisäinen). Anestesia- ja leikkauksen aikaisen vuodon, potilaan sairaudet ja lääkityksen, leikkauksen keston ja menetelmän potilaan i.v.-nestehoidon suunnittelussa. Postoperatiivisessa vaiheessa leikkauspotilaasta tarkkaillaan virtsan eritystä, turvotusta, hikoilua, tajunnan tasoa, verenkiertoa, hengitystä, ihoa ja verenpainetta. Perusterveen potilaan nesteentarve on 25–35 ml/kg vuorokaudessa. Tarvittaessa nestetasapainoa mitataan laboratoriotutkimuksilla, seuraamalla kalium-, natrium- ja kreatiiniarvoja, hematokriittia, hemoglobiinia ja verikäsianalyysia. Leikkauspotilaan kuivuminen, liiallinen nesteytys ja vuodot voidaan havaita riittävällä tarkkailulla. Nestetasapainon häiriöt aiheuttavat potilaalle yleistilan heikkenemisen sekä muutoksia sydämen, munuaisten, keuhkojen, maksan ja aivojen toiminnassa (ks. kuva 14). (Lukkarinen ym. 2012, 7–10.)

Postoperatiivisessa vaiheessa tulee seurata ja varmistaa leikkauspotilaan virtsan erityksen ja virtsaaminen. Normaalitilanteessa terveellä ihmisellä erittyy virtsaa 1–2 litraa vuorokaudessa. (Lukkarinen ym. 2012, 9; Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Tumma väri viittaa elimistön kuivumiseen ja vaaleankeltainen runsaaseen virtsan eritykseen. Mikäli virtsaaminen ei onnistu spontaanisti, tulee virtsarakon tilavuus tarkistaa ultraäänilaitteella. Residuaalin eli jäännösvirtsan määrän mitaus ultraäänilaitteella on tarpeen, mikäli potilas kokee, ettei virtsarakko tyhjene normaaliin tapaan tai leikkauksen jälkeinen seuranta sitä vaatii esimerkiksi selkäleikkausten, gynekologisten laskeumaleikkausten tai urologisten leikkausten jälkeen. Residuaalin suositeltu määrä on alle 200 millilitraa. Anestesiamuodoista spinaalipuudutus ja yleisanestesia voivat aiheuttaa leikkaukskomplikaatioina virtsaumpea ja vaatii potilasryhmiltä virtsaamisen seuraamista leikkauksen jälkeen. Kertakatetrointi on tarpeen, jos spontaanivirtsaus ei onnistu. Leikkaavan lääkärin määräyksellä potilaalle annetaan kotiin toistokatetrointiohjaus. Muussa tapauksessa ennen potilaan kotiutusta varmistetaan, että spontaani virtsaus onnistuu. (Lukkarinen ym. 2012, 9; Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Leikkauspotilaan lämpötasapaino vaikuttaa merkittävästi leikkauksesta toipumiseen. Hypotermia eli alilämpöisyys perioperatiivisen hoidon aikana lisää infektio riskiä, hidastaa toipumista ja vaikuttaa veren hyytymiseen. Leikkauksen pituus ja anestesia vaikuttavat potilaan ydinlämpötilan laskuun yhdestä kolmeen astetta, tämä tulee huomioida intraoperatiivisen hoidon aikana lämmittämällä potilasta. Normaali olosuhteissa ydinlämpötilamuutokset ovat 0,2–0,4 astetta. Lämmönsäätelyä huonontaa ja hypotermian riskiä lisää erilaiset ominaisuudet ja sairaudet, kuten ihmisen korkea ikä, yli- ja alipaino, huono ravitsemus, diabetes, endokriiniset sairaudet, sydänsairaudet, reuma, myrkytystilat ja selkärankavammat. Potilaan siirtyessä heräämöstä jatkohoitoyksikköön potilaan lämpötilan suositellaan olevan normaalilla tasolla 36–38 °C. Lievä alilämpö 35–35,9 °C tai lievä ylilämpö 38,1–38,5 °C ei ole este potilaan siirtämiselle. Postoperatiivisessa hoidossa suositellaan lämmönmittausta suusta tai korvasta. Potilaan lämpöä mitattaessa kainalosta tulee huomioida, että ydinlämpötila on noin asteen vähemmän. Postoperatiivisen hoidon aikana hypotermian ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on käytössä lämpöpeitto ja avaruuslakana. (Lukkarinen ym. 2012, 19–22.)

Leikkauspotilaan postoperatiivista tärinää hoidetaan lisäksi lisähapella. Tärinää aiheuttavat kipu, leikkauksen aikaiset ja jälkeiset anestesia- ja analgeettiset lääkkeet sekä jäähtyminen. Siitä voi seurata: sydänkomplikaatioita, verenpaineen kohoamista, sepelvaltimotukos, ilmasteiden ahtautuminen ja hapenkulutuksen lisääntyminen. Leikkauspotilaan korkea lämpötila sen sijaan voi viitata leikkauksikomplikaatioon kuten verenmyrkytykseen (sepsis) tai keuhkokuumeeseen. Tilanne vaatii hoitajalta nopeaa reagoitua, leikkaavan lääkärin konsultaatiota ja lisätutkimuksia määräysten mukaisesti. Tarvittaessa potilas siirretään heräämöseurantaan tai tehovalvontaan. (Lukkarinen ym. 2012, 21–22.)

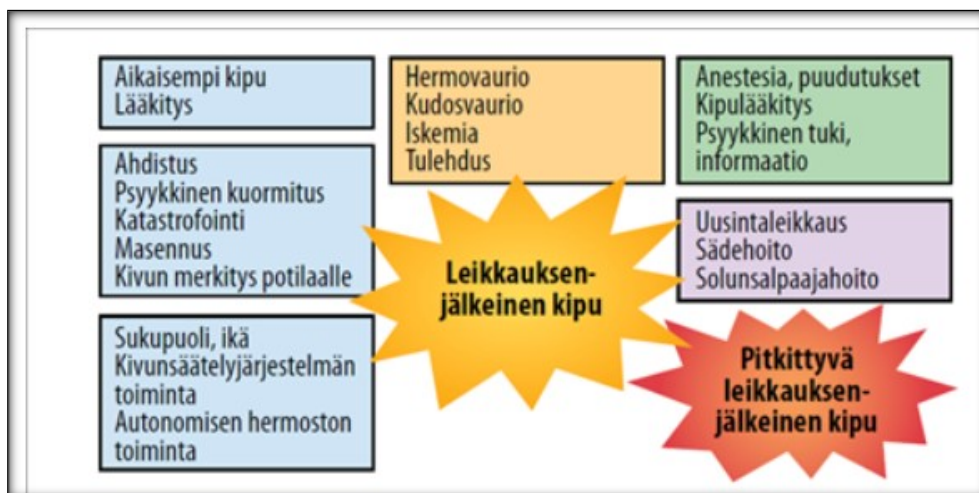
4.3 Postoperatiivinen pahoinvointi (PONV) ja kipu

Pahoinvointi on yleinen leikkaukseen liittyvä komplikaatio. Yleisintä se on kahden tunnin sisällä leikkauksesta ja noin seitsemän tunnin kohdalla on toinen huippu. Ensimmäisen postoperatiivisen vuorokauden aikana sitä esiintyy jopa kolmanneksella leikkauspotilaista. Se lisää riskiä: nestetasapainon häiriöihin (kuivuminen, yleistilanlasku), aspiraatiota riskiä keuhkoihin (keuhkokuume, ilmatietukos, atelektaasi), mobilisaation pitkittymiseen, oksentamisesta johtuviin leikkauksialueen ongelmiin (haavan paine ja ruptuura) ja virtsanerityksen vähenemiseen. Kipu lisää riskiä pahoinvointiin, siitä syystä potilaan kivunhoito tulee olla riittävää intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Kivunhoito tulee suunnitella niin, että pahoinvointia lisäävien lääkkeiden (vahvat opioidit, anestesiakaasut) tarve olisi mahdollisimman vähäinen esimerkiksi puuduteaineen ja tulehduskipulääkkeiden yhdenaikainen käyttö. Leikkauksen aikainen vuoto tai nesteiden haihtuminen tulee huomioida nesteenkorvaushoidossa. (Jokela 2014, 807; Pierre & Whelan 2012, 28; Pihlajamäki 2014, 17; Purhonen 2006b, 52.)

Pahoinvoinnin ennaltaehkäisyssä käytetään profylaktista lääkitystä. Anestesia- ja analgeettinen lääkäri arvioi yksilöllisesti potilaan riskitekijät, jossa huomioidaan myös anestesia- ja analgeettinen muoto (puudutus vähentää riskiä kymmenkertaisesti) ja siinä käytettävät lääkkeet sekä leikkauksen kesto ja siihen liittyvä vuotoriski. Profylaktisella lääkityksellä voidaan vähentää merkittävästi postoperatiivista pahoinvointia, koska ilman sitä 60–80 % leikkauspotilaista kärsii siitä. (Jokela 2014, 807; Pierre & Whelan 2012, 28; Pihlajamäki 2014, 17; Purhonen 2006b, 52.)

Leikkauspotilaan pahoinvoinnin seuranta ja hoito tulee olla ennakoivaa, kokonaisvaltaista ja viiveetöntä perioperatiivisen hoidon aikana. Postoperatiivisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy ja nopea hoito vaikuttavat merkittävästi potilaan leikkauksesta toipumiseen ja vähentää potilaan sairaalassa olo aikaa, joten sillä on vaikutus myös leikkauksesta aiheutuviin kokonaiskustannuksiin yhteiskunnalle. (Jokela 2014, 807; Pierre & Whelan 2012, 28; Pihlajamäki 2014, 17; Purhonen 2006b, 52.)

Leikkauksen loppumisen jälkeen ensimmäisten tuntien aikana melkein kaikki leikkauspotilaat kokevat postoperatiivista kipua. Kivunhoidon tulee perustua kivunmittaamiseen, koska akuutissa vaiheessa kivun voimakkuuteen ja kestoon vaikuttavat potilas- ja toimenpidekohtaiset tekijät. Leikkausalueeseen liittyvä kipu on kovimmillaan yleensä neljän ensimmäisen vuorokauden aikana. Konttisen ja Hamusen (2015) mukaan päiväkirurgisista potilaista 9 % koki lievää tai kohtalaista kipua ja 2 % koki kovaa kipua viikon kuluttua leikkauksesta. Lyhytkirurgisilla potilailla on tärkeää olla kivunhoidossa käytössä kokonaisvaltaisesti suunnitellut hoitoprotokollat multimodaalisesti toteutettuna. Näin kivunhoidosta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Potilaat tarvitsevat postoperatiivisen vaiheen alussa myös kotona usein keskivahvoja tai vahvoja opiaatteja. Yleensä nuoret kokevat kivun voimakkaampana kuin iäkkäämmät, koska kynnyks kipuärsykkeiden kokemiseen on matalampi. Lisäksi merkittävänä riskitekijöinä ovat leikkauksen laajuus, kohdekudos, preoperatiivinen kipu ja naissukupuoli (ks. kuva 10). Kovan leikkauskivun taustalla on usein riittämätön kivun arviointi ja kipulääkitys. (Konttinen & Hamunen 2015; Polanco-Garcia ym. 2017.)



Kuva 10. Akuutin kivun riskitekijät leikkauspotilaalla (Konttinen & Hamunen 2015)

Lyhytkirurgisen potilaan tehokas kivunhoito on merkittävä osa leikkaushoidon onnistumista. Riittämätön ja vääränlainen kivunhoito lisää potilaiden yhteydenottoja terveydenhuoltoon kotiutumisen jälkeen, pidentää toipumis- ja sairaalassa olo aikaa, lisää riskiä kroonisen kivun syntymiseen ja huonontaa potilaan elämänlaatua. Kivun kroonistumisen taustalla on usein kova ja pitkittynyt akuutin vaiheen kipu tai hermovaurio. Akuutin vaiheen epiduraalipuudutuksella, gabapentinoideilla ja multimodaalisella kivunhoidolla on voitu vähentää riskiä kroonisen kivun syntymiseen. Vastuu kivunhoidon suunnittelusta ja toteuttamisesta leikkauspotilaan perioperatiivisessa hoidossa on kaikilla hoitoon osallistuvilla ammattiryhmillä. Oikeanlaisen kivunhoidon taustalla on kivun ja sen hoidon tarpeen tunnistaminen, arviointi ja oikea-aikainen toteutus. Lyhytkirurgiassa tutkittuun tietoon perustuvien kivunhoidon menetelmien käyttö, selkeä ohjeistus potilaalle ja yhteystiedot terveydenhuollon yksikköön ovat onnistuneen kivunhoidon kulmakiviä. (Konttinen & Hamunen 2015; Lukkarinen ym. 2012, 25–29; Polanco-Garcia ym. 2017.)

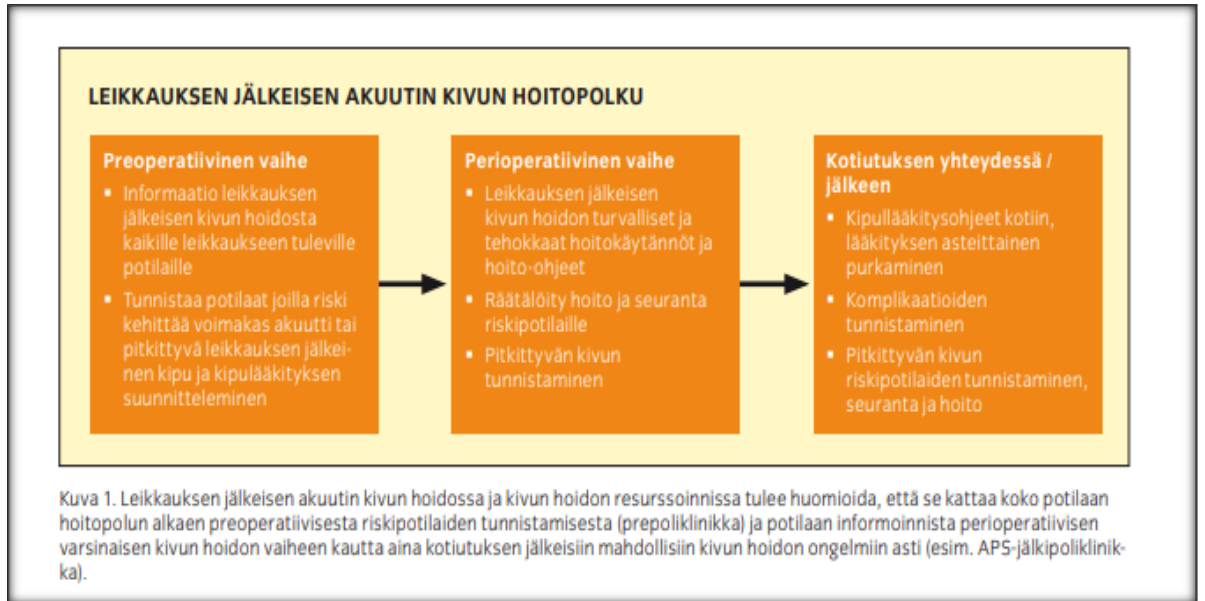
4.3.1 Postoperatiivisen kivun tarkkailu ja hoito

Leikkauspotilaan postoperatiivinen kivunhoito käsitetään multimodaalisena, koska kipua hoidetaan usealla tavalla. Vuosittain Suomessa leikatuista potilaista noin 80 % kokee kipua. Kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää tunne- tai aistikkokokemusta, jonka taustalla on usein vamma, sairaus tai vaurio elimistössä. Kivun syntyessä elimistössä kipuhermopäätteisiin tulee ärsyke, minkä jälkeen kipuviesti kulkeutuu hermoratoja pitkin selkäytimen kautta aivojen eri osiin ja syntyy kipukokemus. Leikkauksen aiheuttama kudosaivuri aiheuttaa usein postoperatiivisen akuutin kivun eli kyseessä on nosiseptiivinen kipu. (Haanpää 2010; International Association for the Study of Pain 2018; Lukkarinen ym. 2012, 25–29; Tarnanen ym. 2016; Vad, 2012, 25–26.)

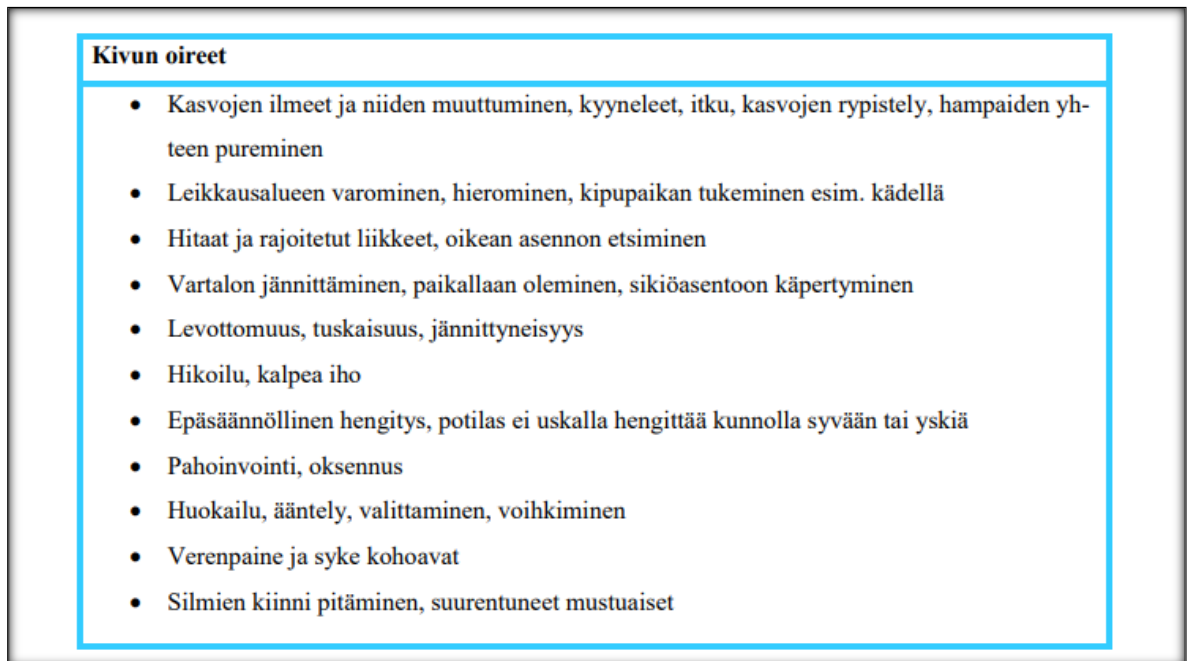
Kipu on tyypillisesti vaihtelevaa ja kestää hyvin hoidettuna alle 30 vuorokautta. Leikkausalueella oleva turvotus lisää akuuttia kipua postoperatiivisessa vaiheessa. Turvotuksen vähentyessä ja haavan paranemisen myötä yleensä myös kipu helpottaa. Kivun kestäessä 30–90 vuorokautta puhutaan subakuuttista kivusta. Huonosti hoidettuna kipu voi kroonistua eli pitkittyä. (Haanpää 2010; Lukkarinen ym. 2012; Tarnanen ym. 2016; Vad, 2012, 25–26.)

Kroonisella kivulla tarkoitetaan, kun kipua on kestänyt yli 90 vuorokautta. Sitä aiheuttaa usein pitkäaikainen sairaus tai hermovaurio. Kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla esiintyy myös masennusta ja ahdistusta normaalia enemmän. Kroonisen kivun hoito koetaan lääketieteellisestä näkökulmasta haasteellisemmaksi hoitaa kuin akuuttikipu hoitovasteen takia. Oikea-aikainen ja tehokas kivunhoito vaikuttaa merkittävästi leikkausalueen paranemiseen. Riittämätön kivunhoito aktivoi sympaattista hermostoa, minkä seurauksena verisuonet supistuvat ja kudosten hapetus heikkenee. Leikkausalueen infektioiden riski kasvaa, koska kudokset tarvitsevat happea parantuakseen. (Haanpää 2010; Lukkarinen ym. 2012; Tarnanen ym. 2016; Vad, 2012, 25–26.)

Kipu aiheuttaa elimistössä useita haitallisia vaikutuksia, jotka hidastavat leikkauksesta toipumista: antidiureettinen hormoni ja virtsaneritys vähenevät, hengittämisen ja yskimisen vähentyminen altistaa keuhkokuumeelle, hikoilu, mobilisaatio vaikeutuu ja riski maha- suolikanavan toiminnan häiriöille sekä laskimotukoksille kasvaa, verenpaine ja pulssi kohoaa, rytmihäiriöt, unettomuus, pelko ja ahdistus lisääntyvät. Leikkausalueen ongelmat paranemisprosessissa huonontavat potilaan elämänlaatua, lisäävät potilaan sairaalassa vietettyä aikaa, kustannuksia ja leikkauskuolleisuutta. Leikkauspotilaan kivunhoito suunnitellaan huolellisesti ja potilaskohtaisesti koko perioperatiivisen hoidon ajalle anestesia- ja leikkaavan lääkärin toimesta (ks. kuva 11). Sen tulee olla riittävää, tehokasta ja ennakoivaa. Postoperatiivisessa kivunhoidossa potilaan kipua arvioidaan ja hoidetaan koko ajan. Kivunhoitoon osallistuvaa työntekijää velvoittaa vähimmäisvaatimukset kivun arviointiin ja kirjaamiseen. Arviointi tapahtuu potilaan kanssa yhteistyössä oirekuvan mukaan, koska potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija (ks. kuvakuva 12). (Hoikka 2013, 197–198; Lehtomäki & Hoikka 2013, 209; Polanco-Garcia ym. 2017; SAY 2014; Tarnanen ym. 2016.)



Kuva 11. Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoitopolku (SAY 2014)



Kuva 12. Kivun oireet (Hakala 2012, 25)

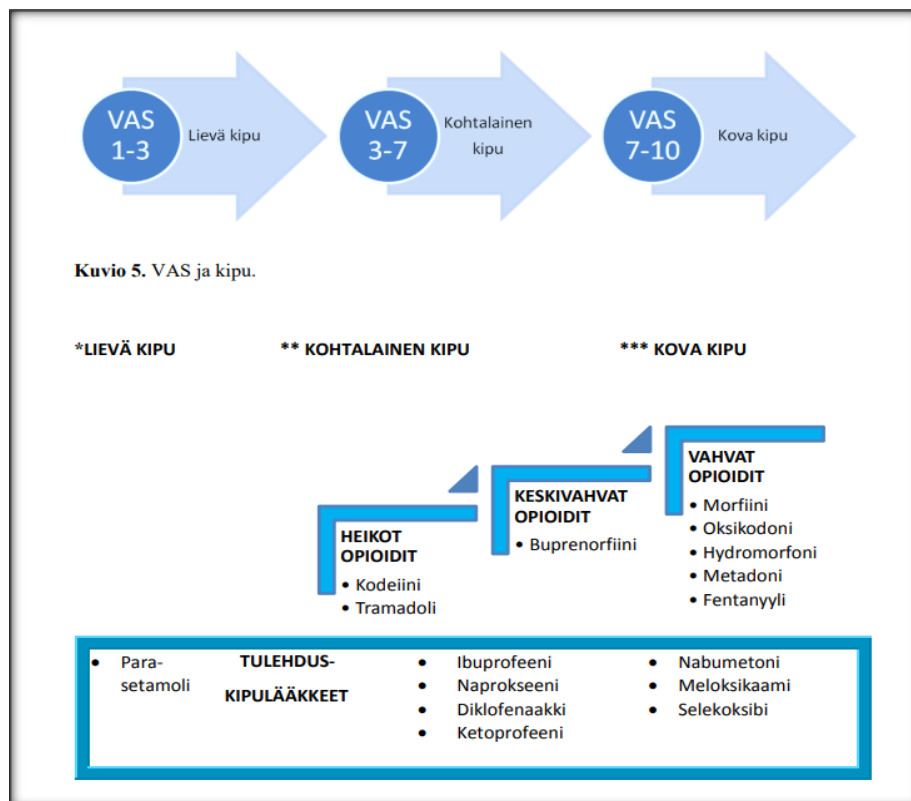
Leikkauspotilaan kivunhoito suunnitellaan huolellisesti ja potilaskohtaisesti koko perioperatiivisen hoidon ajalle anestesia- ja leikkaavan lääkärin toimesta (ks. kuva 11). Sen tulee olla riittävää, tehokasta ja ennakoivaa. Postoperatiivisessa kivunhoidossa potilaan kipua arvioidaan ja hoidetaan koko ajan. Kivunhoitoon osallistuvaa työntekijää velvoittaa vähimmäisvaatimukset kivun arviointiin ja kirjaamiseen. Arviointi tapahtuu potilaan kanssa yhteistyössä oirekuvan mukaan, koska potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija (ks. kuvakuva 12). (Hoikka 2013, 197–198; Lehtomäki & Hoikka 2013, 209; SAY 2014; Tarnanen ym. 2016.)

Hoitajan tulee tunnistaa kipu ja sen hoidon tarve myös potilailla, joilla on vajaa kommunikaatiokyky tai vaikeus tuoda itse kipua sanallisesti esille. Kivun arvioinnin tukena on laajalti käytössä erilaisia kipumittareita esimerkiksi VAS (horisontaalinen kipujana) ja NRS (numeerinen kipuasteikko 0–10). Niiden johdonmukainen käyttö perioperatiivisen hoidon eri vaiheissa tukee hoitajaa ja lääkäriä tunnistamaan potilaan kivunhoidon tarvetta. Potilaan perehdyttäminen preoperatiivisessa vaiheessa kipumittarin käyttöön auttaa potilasta itse arvioimaan omaa kipua paremmin. Kivun voimakkuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaskohtaiset tekijät, hoitomenetelmät, leikkausalue ja leikkauksen laajuus. Käypähoitosuosituksen (2017) mukaan kivunhoitoa tulee toteuttaa viiveettä ja multimodaalisesti sisältäen sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät hoitomenetelmät. Postoperatiivisen kivunhoidon tavoite on tehokas kivunhoito vähäisillä haittavaikutuksilla, toimintakyvyn ja elämänlaadun lisääminen. Potilaalla on oikeus turvalliseen ja laadulliseen kivunhoitoon. (Hoikka 2013, 197–198; Lehtomäki & Hoikka 2013, 209; SAY 2014; Tarnanen ym. 2016.)

Sairaala Novassa anestesia­lääkäri suunnittelee ja antaa määräykset kotiutusyksikössä toteutettavaan postoperatiiviseen lääkehoitoon (yleisanestesia, spinaali- ja plexus- puudutetut potilaat) (ks. kuva 13). Paikallispuudutuksessa leikkattujen potilaiden lääkehoidon suunnittelee leikkaava lääkäri. Kivunhoidon kokonaisuus muodostuu potilaskohtaisesti eri mekanismilla toimivista kipulääkkeistä, lääkkeettömillä menetelmillä ja tarvittaessa kivunhoitoa tukevalla leikkausalueen puuduttamisella (paikallis-, -johto-, -plexus-, ja spinaalipuudutus) (ks. liite 3). Peruskipulääkkeenä yleensä annetaan parasetamolia ja tulehduskipulääkettä. Kohtalaiseen kipuun lisätään keskivahvat opioidit ja kovaan kipuun vahvat opioidit. Leikkaava lääkäri määrää potilaalle kotiin kipulääkityksen. Anestesia­lääkäri voi määrätä kotiin potilaalle mukaan joitakin kappaleita vahvoja opiaatteja ensimmäisille toipumispäiville. Kotiutusyksikössä työskentelevät hoitajat vastaavat kipulääkehoidon toteutuksesta potilaan ollessa seurannassa kotiutusyksikössä ja ohjaavat potilaan kotikipulääkityksen. Mikäli potilaalle määrätty kipulääkitys on riittämätön tai esiin tulee muita ongelmia lää­kityksen suhteen, hoitaja konsultoi anestesia­lääkäriä tai leikkaavaa lääkäriä. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

Lisäksi käytössä on lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä:

- Kylmähaude (10–30 min kerrallaan useita kertoja/vrk. Huomioi, ettei iho tai leikkausalue kylmety liikaa)
- Lämpöpussi (esimerkiksi gynekologiset ja vatsakirurgiset potilaat)
- Asentohoito (raajojen leikkauksissa kohoasento, vatsaleikkauksissa kylkiasento, puoli- istuva asento)
- Rentoutus
- Huumori
- Musiikki/ tv (Käypähoitosuositus 2017.)



Kuva 13. Leikkauspotilaan kipulääkitys (Hakala 2012, 28)

4.3.2 Postoperatiivisen pahoinvoinnin (PONV) tarkkailu ja hoito

Hyun Jungin ym. (2019) mukaan postoperatiivisella pahoinvoinnilla (PONV) tarkoitetaan leikkauksesta 24 tunnin sisällä ilmenevää pahoinvointia tai oksentelua. Sen sijaan Pierren & Whelanin (2012, 28) mukaan postoperatiivisen pahoinvoinnin katsotaan jatkuvan 48 tuntia leikkauksesta ja sillä tarkoitetaan pahoinvointia, oksentelua ja yökkäilyä. Yleisesti puhutaan pitkittyneestä postoperatiivisesta pahoinvoinnista, kun se kestää yli 24 tuntia. Pahoinvointia aiheuttavat somaattiset, psyykkiset ja toksiset tekijät (ks. kuva 14). (Jokela 2014, 807; Pierre & Whelan 2012, 28; Pihlajamäki 2014, 17; Purhonen 2006b, 52.)

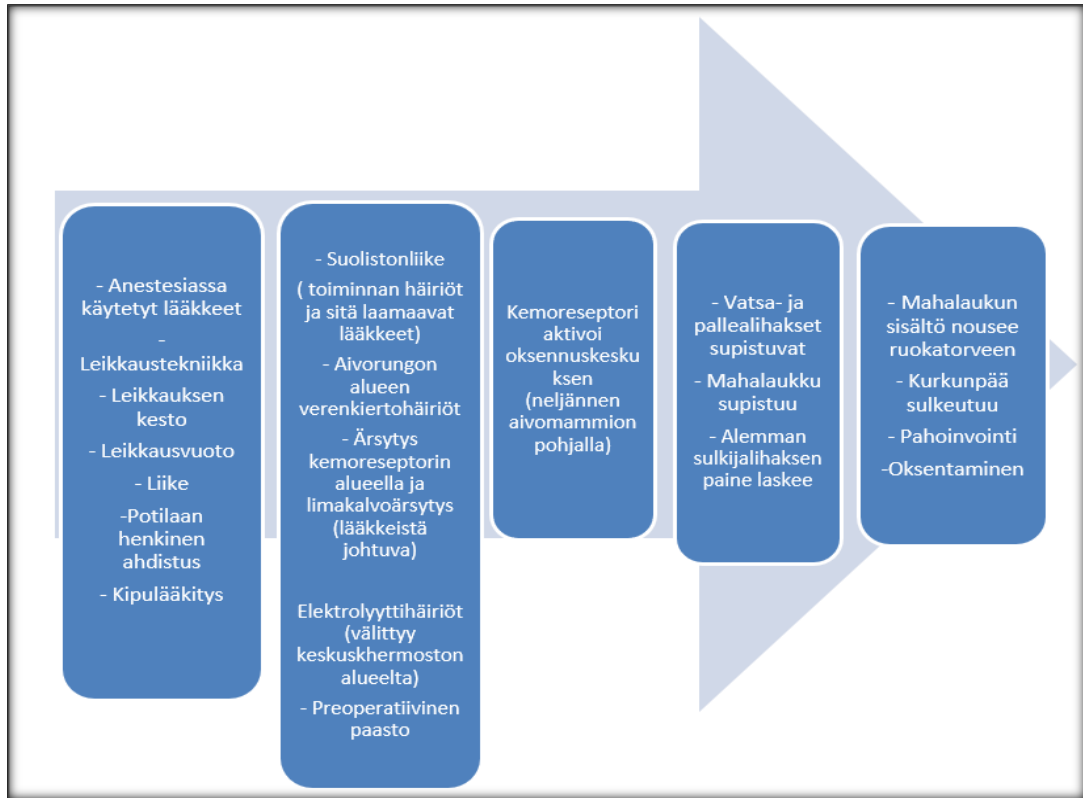
Pahoinvointi ja oksennusrefleksi ovat elimistöä suojaavia mekanismeja ja ne suojaavat sitä muun muassa haitallisilta aineilta. Pahoinvoinnin ja oksentamisen syntymekanismeja on useita (ks. kuva 15). Yleisimpiä pahoinvoinnin oireita ovat syljenerityksen lisääntyminen, hikoilu, epämiellyttävä tunne ylävatsalla, kalpeus, heikotus ja oksentaminen. Postoperatiivisen pahoinvoinnin esiintyvyys leikkauksipotilailla on 20–30 % eikä sen fysiologia ole täysin tunnettu. Pahoinvoinnin esiintyvyys on yleisintä kahden ensimmäisen tunnin kuluessa leikkauksesta ja toinen huippu on noin seitsemän tunnin kuluttua. 24 tunnin aikana leikkauksesta pahoinvoinnista kärsii noin kolmannes leikkauksipotilaista. Pahoinvointi on pienellä osalla erittäin voimakasta. Profylaktisella eli ennalta ehkäisevällä pahoinvoinnin lääkityksellä on merkitystä postoperatiivisessa pahoinvoinnin hoidossa, koska 60–80 % leikkauksipotilasta kärsii postoperatiivisesta pahoinvoinnista ilman sitä. (Jokela 2014, 807: Pierre & Whelan 2012, 28; Pihlajamäki 2014, 17; Purhonen 2006b, 52.)

Pahoinvoinnin riskitekijät:

- Ikä (lapset oksentavat kaksi kertaa useammin kuin aikuiset, eniten 6-16 v)
- Naissukupuoli (X3 yleisempää kuin miehillä)
- Matkapahoinvointitaiipumus, pahoinvointitaiipumus
- Ei-tupakoija
- Migreenitaiipumus
- Opioidien käyttö (leikkauksen aikana tai postoperatiivinen kivunhoito)
- Leikkaustyyppi: laparoscopia, rintakirurgia, korva-nenä-kurkku-kirurgia, plastiikka-kirurgia, laparotomia, gynekologinen leikkaus
- Pitkä leikkausaika
- Yleisanestesia
- Anestesiakaasut, erityisesti ilokaasu

Lähde /14, 231/

Kuva 14. Pahoinvoinnin riskitekijät (Hakala 2012, 35)



Kuva 15. Postoperatiivinen pahoinvointi (Mukaiilen Färkkilä & Kivilaakso 2010, 29, 292–293)

Postoperatiivisen pahoinvoinnin seuranta ja hoito Sairaala Novan kotiutusyksikössä. Lääkemääräyksen antaa pääasiallisesti anestesia- ja paikallispuudutuksessa tehtävän leikkauspotilaan lääkemääräykset antaa leikkaava lääkäri. Pahoinvoinnin seurannasta ja lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotiutusyksikössä työskentelevät hoitajat. Pahoinvoinnin hoidossa käytetään usein suonensisäisiä eli i.v.-lääkkeitä. Suun kautta eli p.o.-lääkkeitä käytetään pahoinvoinnin hoidossa, mikäli potilas ei oksenna. Pahoinvoinnin ja oksentamisen aikana leikkauspotilaan tajunnan tasoa tulee seurata, ettei oksentamisen komplikaationa tapahdu aspirointia hengitysteihin. Potilas asetetaan tarvittaessa kylkiasentoon ja varmistetaan imuvalmius. Postoperatiivisen pahoinvoinnin hoito on leikkauksesta toipumisen kannalta merkittävää, koska se vaikuttaa potilaan nestetasapainoon, aiheuttaa leikkausalueelle painetta tai pahimmissa tapauksissa aiheuttaa vuotoa (oksentaminen) ja vaikuttaa potilaan mobilisoitumiseen. (Lukkarinen ym. 2012, 23–25; Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

Käytössä olevat lääkkeet:

- Ondansetroni 4 mg (i.v. tai p.o.), tarvittaessa annos uusitaan.
- Dehydrobentsoperidyl 2,5 mg/ml (i.v.), annos 0,5 mg-1 mg, tarvittaessa annos uusitaan. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

- Dexametasoni 4–8 mg (i.v.), usein annetaan profylaktisesti leikkauksen aikana.
- Metoklopramidi 10 mg/ml, annos 10 mg
- Fosaprepitantti (i.v. 150 mg / p.o. 80 mg)
- Lisäksi tarvittaessa i.v.- nesteytys
- Pahoinvointia lisäävien lääkkeiden käytön minimointi perioperatiivisen hoidon aikana
- Profylaksinen PONV- lääkitys (Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

4.4 Leikkauspotilaan muu lääkehoito

Kotiutusyksikössä hoitajan tulee varmistaa leikkauspotilaan turvallinen ja jatkuva lääkehoito. Lääkehoito pitää sisällään leikkaukseen liittyvän lääkityksen lisäksi potilaan kotona käytössä olevan lääkityksen. Leikkauspotilaan lääkahoitoon liittyvät määräykset antavat anestesia- ja leikkaava lääkäri. Yön yli olevien potilaiden kotilääkitys jatkuu lukuun ottamatta joitakin leikkauksen takia tauotettavia lääkkeitä esimerkiksi ACE:n estäjät, ATR:n salpaaja, diabeteslääkkeet, diureetit ja reumaan käytettävät lääkkeet (sairaala kohtaiset ohjeet). Potilas saa yksilöllisen ohjauksen tauotettavista lääkkeistä preoperatiivisessa vaiheessa hoitajalta. Leikkauspotilaita ohjataan ottamaan omat lääkkeet mukaan. Postoperatiivisessa hoidossa huomioidaan verenohennuslääkitys ja mahdollinen siltahoito leikkauksen jälkeen. Leikkauksesta ja siihen liittyvistä lääkkeistä johtuvien maha- ja suolentoiminnan häiriöihin on käytössä mahan-suojalääkkeitä ja suolen toimintaan sekä ulosteen koostumukseen vaikuttavia valmisteita. Puuduteaineesta johtuvaan kutinaan ja allergisiin reaktioihin on käytössä antihistamiini. Päiväkirurgiselle potilaalle annetaan kotiin lääkehoidon ohjaus. (Sairaala Nova Kotiutusyksikkö.)

4.5 Leikkauspotilaan postoperatiivinen mobilisointi

Päiväkirurgisen ja herko- potilaan nopea mobilisoituminen eli liikkeelle lähtöleikkauksen jälkeen on tärkeä osa leikkauksesta toipumista. Se vähentää leikkauspotilaan riskiä saada laskimotukos, leikkausalueen turvotusta, postoperatiivista kipua ja parantaa suolen- ja keuhkojen toimintaa sekä verenkiertoa. Kotiutusyksikössä potilas mobilisoidaan potilaan voinnin mukaan käyttäen kannustavaa työotetta. Hyvin toteutettu kivunhoito on yksi tärkeimmistä edellytyksistä mobilisoitumiselle. (Savikko ym. 2016; Sairaala Nova kotiutusyksikkö).

Ennen mobilisoitumista varmistetaan, että potilaan on turvallista lähteä liikkeelle. Yleisanestesia potilaat pääsevät usein nopeammin liikkeelle kuin spinaalipuudutetut potilaat, koska alaraajojen toiminta palautuu hitaammin. Alkuun liikkeelle lähdetään hoitajan läsnä ollessa. (Savikko ym. 2016; Sairaala Nova kotiutusyksikkö).

Ennen potilaan kotiutumista kotiutusyksiköstä liikkumisen tulee olla ennen leikkausta olevalla tasolla tai lähes ennallaan. Siinä huomioidaan tehdyn leikkauksen vaikutus liikuntakykyyn ja ennen leikkausta käytössä olleet apuvälineet. Mobilisoinnin tueksi kotiutusyksikössä on käytössä erilaisia apuvälineitä esimerkiksi Eva- teline, rollaattori ja kyynärsauvat. Ortopedisten leikkauspotilaiden mobilisaatio toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa, etenkin alaraajoihin kohdistuneissa leikkauksissa esimerkiksi tekonivelpotilaat. (Savikko ym. 2016; Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

4.6 Leikkausalueen paranemiseen liittyvät komplikaatiot

Leikkausalueen paranemiseen liittyvät yleisimmät komplikaatiot ovat tulehdus eli infektio, verenvuoto ja siihen liittyvät hematomat, seroomaeritys, haavan repeäminen ja nekroosi. Tulehduksia esiintyy noin 2–5 % leikkauspotilaista ja on merkittävin komplikaatio. Varhaiskomplikaatiot esiintyvät intraoperatiivisessa vaiheessa tai heti sen jälkeen ja myöhäiskomplikaatiot tulevat esille vasta myöhemmin. Leikkausalueeseen liittyvät komplikaatiot vaikuttavat merkittävästi leikkauksesta toipumiseen ja siihen menevään aikaan, huonontaa potilaan elämänlaatua ja lisää yhteiskunnallisia kuluja. Edellä mainittujen syiden takia niiden ennaltaehkäiseminen ja tehokas hoito on erittäin tärkeää. Lyhytkirurgian ja nopeiden kotiutusten myötä osa varhaisvaiheenkin leikkausalueen komplikaatioista tulee esille potilaan ollessa jo kotona. (Koskivuo ym. 2019.)

Potilaan kotihoito- ohjauksen tulee sisältää riittävästi tietoa mahdollisista komplikaatioista, jotta potilaalla on mahdollisuus tunnistaa leikkausalueen paranemisen normaalista prosessista poikkeavat oireet ja tekijät. Lisäksi potilaalla tulee olla tiedossa ennen kotiutusta mihin terveydenhuollon yksikköön ongelmien ilmaantuessa otetaan yhteyttä. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

Lyhytkirurgisilla potilailla kotiuttavan hoitajan tulee varmistaa, että leikkausalueen aseptinen hoito on kotioloissa mahdollista ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

4.6.1 Tulehdukset (infektiot)

Inflammaatio eli leikkausalueen pieni tulehdusreaktio kuuluu normaaliin paranemisprosessiin. Joskus se on haasteellista erottaa tulehduksesta mikä vaatii hoitoa. Niihin molempiin liittyy tyypillisesti postoperatiivisen vaiheen alussa kuumotusta, punoitusta, kipua ja turvotusta, kuumetta ja tulehdusarvon (CRP) nousua. Hoitoa vaativassa tulehduksessa kuumeettomien päivien jälkeen tulehdusarvo lähtee usein nousemaan uudestaan. Lisäksi potilaan yleisvoimissa voi olla laskua, väsymystä ja pahoinvointia. Vakavaan tulehdustilaan liittyy alilämpöisyyttä, verenpaineen laskua, tihentynyttä hengitystä, sekavuutta ja korkea pulssi. Leikkaushoitoon liittyvistä tulehduksista yleisin on leikkausalueen- infektio. Niihin kuuluvat pinnalliset, syvät ja elinten tulehdukset. Muita keskeisiä tulehduksia ovat sepsis, keuhkokuume, virtsatietulehdukset ja verisuonikatetriin liittävät tulehdukset. Leikkausalueiden tulehduksia seurataan 30 vuorokautta. Jos leikkausalueelle on jätetty vierasmateriaalia, sitä seurataan 12 kuukauden ajan. (Koskivuo ym. 2019.)

Joidenkin perussairauksien kuten diabeteksen, immuunijärjestelmän häiriöiden, keuhkofunktion heikkouden, verenhennuslääkityksen (antikoagulaatio), hematomien, turvotusten, verenkierron häiriöiden, nekroottisuuden, seroomien, kudosten hapenpuutteen (hypoksia), haavaruptuuroiden ja potilaan sitoutumattomuuden omaan hoitoon tiedetään lisäävän postoperatiivisen infektion riskiä. Leikkausalue voi olla jo ennen leikkausta tulehtunut, mikä lisää vaikean postoperatiivisen infektion riskiä. Leikkausalueen paranemisprosessi tulee tuntea, jotta tulehdusten oikea- aikainen diagnosointi on mahdollista. Diagnostiikka tehdään kliinisten oireiden mukaan. Turhaa yli-diagnosointia tai antibioottilääkityksiä tulee välttää, mutta välitöntä hoitoa vaativa potilas tulee tunnistaa. Leikkausalueen tulehdusten ennaltaehkäisy vaatii huomiota perioperatiivisessa hoidossa. (Lukkarinen, ym. 2013, 18; Koskivuo ym. 2019.)

Oikein toteutetulla antibioottiprofylaksia hoidolla voidaan ehkäistä leikkaukseen liittyviä tulehduksia. Se ei kuitenkaan sulje pois aseptiikasta, leikkaustekniikasta tai intra- ja postoperatiiviseen hoidon aikana tapahtuvista puutteista lisääntyvää tulehdusriskiä. Antibioottiprofylaksian käyttö on suositeltavaa leikkauksissa, joihin liittyy suuri tulehdusriski, tulehduksen seuraukset potilaalle ovat vaikeat, 2–4 (2 on kontaminoitunut, 3 ja 4 luokassa on infektoitunut leikkausalue) puhtausluokan leikkaukset, elimistöön laitetaan leikkauksen aikana vierasmateriaalia tai potilaskohtainen infektioriski on suuri. Annettavan lääkkeen tulee olla kapeakirjoinen, turvallinen, edullinen, lääkeaineen pitoisuuden tulee olla riittävä kohdekudoksessa ja aiheuttaa vähän haittavaikutuksia potilaalle ja sairaalan mikrobikantaan. Profylaksiassa oikea-aikaisuus ja annostus on tärkeää. Liian aikaisin tai myöhään annettuna leikattavassa kudoksessa ei ole leikkausvaiheessa oikeaa lääkeainepitoisuutta. Myös potilaan paino tulee huomioida annosta määrätessä. Leikkaukset, jotka kestävät yli kolme tuntia tai niihin liittyy suurta verenvuotoa, on syytä toistaa profylaktinen annos kahden tunnin välein. (Rantala 2005.)

Postoperatiivisessa tulehduksessa hoitona käytetään antibioottia, tulehdusalueen mekaanista puhdistusta (kirurginen avaus tai dreenaus) ja säännöllistä haavanhoitoa. Antibioottihoidon tulisi perustua tulehdusalueelta otettuun bakteeriviljelyyn. Yleisimpiä leikkauksen jälkeisen tulehduksen aiheuttajia ovat Enterococcus, - Escherichia coli- ja Staphylococcus aureus- mikrobit. Perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa pienet ja pinnalliset tulehdukset. Erikoissairaanhoidossa hoidetaan isot ja syvät tulehdukset sekä leikkausalueen tulehdukset, joihin jätetty vierasmateriaalia. Vakava tulehdustila vaatii yleensä potilaan sairaalahoitoa, koska yleistila on usein heikentynyt. Potilaan leikkausaluetta, nestetasapainoa, tulehdusarvoa, kuumetta ja kipua seurataan sekä lääkitään. Kuumeilevan potilaan hoidossa tulee huomioida lisänesteytys. Tulehdusten ennaltaehkäisyssä perioperatiivisen hoidon kaikissa vaiheissa tulee ottaa huomioon aseptinen työskentelytapa, potilaan yksilölliset riskitekijät, potilaan oikea-aikainen ja kattava ohjaus leikkausalueen seurantaan sekä hoitoon. Leikkauspotilaan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilöstöllä tulee olla asianmukainen ammatillinen osaaminen hoidon seurantaan ja toteutukseen. (ECDC 2023; Koskivuo ym. 2019.)

Euroopan unionin ja Eta alueilla toimivista sairaaloista saadaan nykyään kattavasti vuositasolla tilastotietoja infektioista, jotka ovat mukana ECDC: n SIRO- sairaalainfektio ohjelmassa. Siinä kerätään infektiin liittyviä tietoja standardoidusti siihen osallistuvista sairaaloista, jossa on mukana sappileikkaukset (avo- ja laparoskooppinenleikkaus- tekniikka), polvi- ja lonkkaproteesi, laminektomia, sepelvaltimon ohitussiirre, avoin ja laparoskooppinen kystektomia, avoin ja laparoskooppinen paksusuolen leikkaus, keisarileikkaus, lonkkaproteesi, polviproteesi ja laminektomia. Tulosten avulla autetaan ehkäisemään infektioita ja kehittämään seurantamenetelmiä infektioiden seurantaan. EU:n ja ETA:n alueella vuosina 2018–2020 oli 1,26 miljoonaa leikkausta ja niissä 20 000 infektiota komplikaatioina. Vuonna 2021 Suomessa vuonna 2021 kerättiin tietoa 16 sairaalasta ja toimenpiteitä oli 24568, joissa infektioiden määrä oli 427 (1,7 %). Sairaala Novan hygieniahoitajan keräämän datan mukaan vuonna 2022 leikattiin 596 lonkantekonivelleikkausta, joissa 10:llä oli postoperatiivinen infektio. Yksi uusintaleikkaus tehtiin, johon liittyi infektio. Polven tekonivelleikkauksia tehtiin 385, joissa seitsemällä potilaalla esiintyi postoperatiivinen infektio eikä uusintaleikkauksiin liittynyt infektioita. (ECDC 2023; Sairaala Nova.)

4.7 Leikkaushaavan akuutti vuoto, verenpurkauma, haavan aukeamisen ja haavaontelon serooma

Intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa leikkauspotilaan nestetasapainosta huolehditaan ja tarvittaessa korvataan nesteiden menetys. Oikea-aikainen nesteenkorvaushoito on tärkeää. Liian aikainen nestehoito voi lisätä kudosturvotusta ja liian myöhäinen voi aiheuttaa verenkierron vajausta, mikä voi heikentää munuaisten toimintaa ja heikentää vähävirtsaisuutta. Nestehoidossa pyritään välttämään verivolyymiin (hypo- ja hypervolemia) merkittäviä muutoksia, koska niistä voi seurata potilaalle esimerkiksi keuhkoödeemaa tai infektioita. Tarvittaessa veren hyytymisen ja verenkierron tukihoidona käytetään lääkkeitä. Traneksaamihappo on laajalti käytössä leikkauspotilailla verenvuodon ennaltaehkäisyyn ja vuotoon. Verivalmisteiden käyttö yhtäaikaaisesti on kielletty ja lisää hyytymisriskiä sekä taipumusta siihen. (Nurmi ym. 2010, 56–57; Poikajärvi 2013b, 312; Tiainen 2015, 15; Tunturi 2013, 130.)

Varfariinin vaikutus kumotaan Protrombiinikompleksilla (koostuu veren hyytymistekijöistä). Verenvuoto voi aiheuttaa hypokalsemiaa, jota hoidetaan kalsiumglukonaatilla. Lääkäri antaa lääkehoitoon määräykset. (Nurmi ym. 2010, 56–57; Poikajärvi 2013b, 312; Tiainen 2015, 15; Tunturi 2013, 130.)

Leikkauksen aikana verenvuotoa esiintyy jonkin verran aina ja se on yksi yleisimmistä leikkausalueen komplikaatioista sekä yleisin syy leikkauksen aikaisiin kuolemiin. Verenvuotoa ennustavien tekijöiden tunnistaminen preoperatiivisessa vaiheessa ja niiden huomioiminen perioperatiivisessa hoidossa vähentävät haittatapahtumien riskejä. Elimistö korjaa omalla suojamekanismlaan pienet ja kohtuulliset vuodot. Pienehköt hematoomat eli verenpurkaumakertymät eivät vaadi tyhjentämistä, mutta niitä tulee seurata, koska ne voivat pahimmillaan vaikuttaa leikkausalueen verenkiertoon ja lisätä tulehdusriskiä. Hematooma ja seroomakertymä toimivat kasvualustana bakteereille ja ne voivat lisätä turvotusta ja kipua leikkausalueella. Hematooma muuttuu parin viikon aikana seroomaksi eli kudostekertymäksi ja paranee yleensä itseksensä. Tarvittaessa seroomaonkalo punktoidaan tyhjäksi. Massiiviset vuodot sen sijaan aiheuttavat potilaalle verenhukkaa sekä suurta hematoomakertymää. Laaja- alaisen hematooman seurauksena hemoglobiini tai verenpaine voi laskea nopeasti. (Anttila ym. 2018, 172; Irita 2011, 151; Juutilainen 2018, 261; Koskivuo ym. 2019; Poikajärvi 2013a, 162.)

Verenvuodon ensisijainen hoito on kompressio eli leikkausalueen painaminen/puristus ja kohoasento. Tarvittaessa vuoto pitää korjata kirurgisesti ja tyhdyttää vuoto ligeeraamalla (ompelemalla), koaguloivalla diatermiällä eli polttavalla leikkauksinstrumentilla tai käyttämällä hemostaatteja. Vuodon jatkuessa tila on hengenvaarallinen potilaalle. Verenkierto ohjautuu merkittäviin elimiin kuten aivoihin ja sydämeen, mutta muualla elimistössä kudokset alkavat kärsiä hapen puutteesta. Vuodon jatkuessa asidoosi, koagulopatia (veri ei hyydy vuodon aikana) ja hypotermia (lieväkin) voivat aiheuttaa hallitsemattoman vuodon. Vuotopotilaalta seurataan laboratoriotutkimuksella verenkuvaa, nestetasapainoa ja hyytymistekijöitä. (Anttila ym. 2018, 172; Irita 2011, 151; Juutilainen 2018, 261; Koskivuo ym. 2019; Poikajärvi 2013a, 162.)

Elektiivisessä leikkauksessa isompikin vuoto voidaan korvata elektrolyyttiliuoksilla (kristalloidit). Verivolyymien, hyytymisjärjestelmän ja hapenkuljetuksen ylläpitämiseksi suurissa vuotoissa annetaan usein verituotteita. Niitä käytetään eniten kardiologiassa, gastrokirurgiassa ja ortopediassa. Kansallisella tasolla leikkaustoiminnassa käytetään noin 50 % verivalmisteista. (Jalonen 2012, 129). Vikatmaan ym. (2015) mukaan ” Verivalmisteiden tarpeetonta käyttöä tulee välttää, mutta toisaalta liiallinen varovaisuus saattaa johtaa komplikaatioihin ja suurentaa kuolleisuutta. Pyrkimykset verivalmisteiden käyttöaiheiden tarkentamiseen ja leikkauksenaikaisen verenvuodon vähentämiseen ovat johdaneet noin 20 % pienempään punasolujen kulutukseen kuluneen viiden vuoden aikana.”

Serooma on virallisesti määritelty kudosteneste- ja lymfanestekertymäksi ja se tarkoittaa, että leikkausalueelle vuotaa kudostenestettä tai lymfanestettä. Sitä esiintyy leikkausalueilla. Yleisimmin sitä esiintyy rintarauhasleikkauksissa. Rinnan koko- ja osapoiston sekä imusolmukkeiden tyhjennysleikkauksen yleisin komplikaatio on serooma. Sitä esiintyy myös rintarauhasen säästävissä leikkauksissa eli resektiossa, jossa ei kajota imusolmukkeisiin. Serooman syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ylipaino, ikä, korkea verenpaine, aikaisemmin annettu kemoterapia ja sädehoito sekä leikkauksen aikana käytetty tekniikka (leikkausalueen tyhjän tilan täyttö ympäröivillä kudoksilla, ompelutekniikka, leikkauslaitteiden valinta). Sen syntyyn vaikuttaa myös leikkausalueen inflammaatio (paikallinen reaktio vammaan tai infektiin). (Eichler ym. 2013, 1; Koskivuo ym. 2019; Loo ja Chow 2007, 99; Srivastava ym. 2012, 377.)

Serooman tunnistaa leikkausalueen paineen tunteesta, lisääntyvästä kivusta ja pullistumisesta. Serooma voi olla myös kivuton. Joskus myös leikkausalueen ”loiskumisena”. Serooma nostaa kuumeen vain infektoituessa. Mikäli serooman lisäksi potilaalla näyttäytyy tulehdukseen viittavia oireita, kuten voimakasta punoitusta, kuumetta ja märkäistä eritystä, otetaan seroomanesteestä bakteeriviljely. Serooman ennaltaehkäisyssä käytetään esimerkiksi pehmustettuja sidoksia, tukivyötä, tukiliivejä ja haavadreenejä. Lisäksi ajatellaan, että inflammatoristen prosessien hillitsemisellä voi olla serooman syntyyn vaikutusta. (Chand ym. 2013, 1; Koskivuo ym. 2019; Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

Sitä hoidetaan tarvittaessa punktoimalla ja kirurgisella leikkausalueen avaamisella sekä puhdistamisella, mikäli haavadreeniä ei ole leikkauksen yhteydessä laitettu tai dreenihoito on riittämätön. Serooma voi johtaa leikkausalueen nekroosiin, infektiin ja haava- alueen repeämiseen. Sitä tulee seurata, koska hoitamattomana vakavien komplikaatioiden riskit kasvavat. Serooman seuranta ja hoito toteutetaan joko perusterveydenhuollossa tai potilaan leikkauksen tehneessä sairaalassa. Potilaan kotihoito- ohjauksessa tulee antaa riittävästi tietoa serooman seurantaan ja hoitoon kotona. (Chand ym. 2013, 1; Koskivuo ym. 2019; Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

Haavadreeniä käytetään haavaeritteen (veri ja serooma) kertymisen ennaltaehkäisemiseksi leikkausalueella. Leikkaava lääkäri arvioi ja tekee päätöksen sen käytöstä. Sairaala Novassa kotiutusyksikössä haavadreeniä käytetään yleisimmin rintarauhaskirurgiassa ja selkäkirurgiassa. Rintarauhaskirurginen potilas kotiutuu usein dreenin kanssa. Selkäkirurgisilla potilailla dreeni poistetaan yleensä ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ennen kotiutusta. Leikkaava lääkäri antaa dreeniin liittyvät jatkohoitomääräykset. Vuorokausieritys on yleensä oltava 30–50 ml ennen dreenin poistoa ja sitä pidetään maksimissaan 14 vuorokautta. Dreeni poistetaan perusterveydenhuollon toimesta, mikäli siinä ei tule esiin ongelmaa mikä vaatii erikoissairaanhoitollista hoitoa. Rintarauhaskirurgisilla potilailla on asiantuntija sairaanhoitajan kontrollivastaaotto 14 vuorokauden kohdalla leikkauksesta, jolloin leikkausalue ja dreeniin liittyvä hoito tarkastetaan viimeistään. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023.)

Leikkauspotilas saa ennen kotiutusta kotihoito- ohjeet haavadreenin käyttöön ja sen seuraamiseen suullisesti ja kirjallisesti. Potilaan tulee seurata dreeneriä ja sen laatua itse kotona. Potilas saa terveydenhuollon yhteystiedot mihiin on yhteydessä dreenihoitoa aikana. Kotiuttavan hoitajan tulee arvioida ennen kotiutusta, pystyykö potilas itse hoitamaan dreenin kotona. Mikäli se ei onnistu niin potilas ohjataan esimerkiksi perusterveydenhuollon sairaanhoitajalle tai sen käyttö ohjataan potilaan omaiselle. Dreenin käyttöön voi liittyä myös ongelmia: potilas ei itse osaa seurata eritystä, ei osaa hoitaa sitä oikein, se on tukossa tai leikkausalue infektoituu. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö; Koskivuo ym. 2019.)

Dreenin käyttö lisää infektoriskiä, koska se on vierasesine. Sitä tulee hoitaa aseptisesti ja poisto tulee tehdä steriilisti, etteivät bakteerit pääse haavaonteloon. Dreenin poiston jälkeen leikkausalueelle voi kertyä vielä seroomaa. Se tyhjennetään tarvittaessa punktoimalla tai tehdään kirurginen arvio ja hoitosuunnitelma. (Sairaala Nova kotiutusyksikkö; Koskivuo ym. 2019.)

Leikkaushaavan aukeamiseen (haavaruptuura) vaikuttavat leikkausalueen kudosturvotus, kudosten venytys, huono ompelutekniikka, tulehdus, serooma, hematooma, hankaus ja liikkumisrajoitteiden laiminlyönti. Repeämä voi olla syvä tai pinnallinen. Haavaruptuuran hoidossa ja sen kiireellisyydessä huomioidaan potilaan perussairaudet, ruptuurin laajuus, haavan ikä, puhtaus ja koko. Sille altistavia tekijöitä ovat muun muassa diabetes, aliravitsemus ja verenkierron ongelmat. Auenneen haavan hoito toteutetaan perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Mikäli leikkausalueella on vierasesineitä (kiinnitysmateriaalit, verkko, implantti), leikkausalue on nivelen tai vatsaontelon alueella potilaan hoito vaatii erikoissairaanhoidon arviota tilanteesta. Mikäli haava ei parane niin lääkäri tekee arvioin uusintaleikkauksen tarpeellisuudesta vai hoidetaanko haava paikallistuotteilla ilman kirurgista toimenpidettä. (Koskivuo ym. 2019.)

Yhtenä haastavimpina komplikaatioina pidetään haava- alueen nekroottisuutta. Se tarkoittaa, että haavalla on kuollutta kudosta ja haava paranee hitaasti. Nekroottisuuteen taustalla voi olla huono leikkausalueen verenkierto, kiristävät ompelut tai liian tiukka sidos. Nekroottinen kudos pitää poistaa, jotta terve kudos sen alla pääsee uusiutumaan. Kuolleen kudoksen poisto tapahtuu mekaanisesti ja haavan hoito on päivittäistä. Diabeetikoilla haava- alueen verenkierto tulee selvittää ennen haavanhoidon aloitusta, koska valtimoverenkierron ollessa huono paikallisilla hoidoilla ei ole merkitystä. Nekroottisuuden tunnistamisessa on alkuvaiheessa haastavaa, koska se voidaan sekoittaa hematoomaan tai infektiin. Nekrotisoivassa faskiitissa bakteeritulehdus on pehmytkudoksessa ja siinä antibioottilhoidon aloitus sekä kirurginen haavarevisio pitää tehdä nopeasti. (Koskivuo ym. 2019; Käypähoitosuositus 2021.)

4.7.1 Leikkausalueen tarkkailu

Leikkausalue alkaa paranemaan heti leikkauksen päätyttyä, ja 24 tunnin ajan se tulee suojata ja hoitaa steriilisti, jollei leikkaava lääkäri ole määrännyt toisin. Mikäli haavasidos vaihdetaan ensimmäisen vuorokauden aikana, niin se tehdään steriilisti ja noudatetaan hyvää aseptiikkaa. Leikkausalueen turvotus, punoitus, elimistön lievä lämmön ja tulehdusarvojen nousu ovat osa normaalia paranemisprosessia. Postoperatiiviseen leikkausalueen seurantaan kuuluu leikkausalueen verenvuodon, ihon värin, leikkausalueen ja sitä ympäröivän ihon tunnon ja lämmön, kivun ja turvotuksen tarkkailu. Hypoksiasta eli leikkausalueen puutteellisesta hapetuksesta kertovat sinertyvyys ja kylmyys. Kuo-lioon mennyt kudos heikentää haavan paranemista ja infektioriski kasvaa. Hematooma eli verenpurkauma, aktiivinen leikkausalueen vuoto sekä serooma (nesteontelo) vaativat seurantaa ja tarvittaessa toimenpiteitä, koska niillä on vaikutusta haavan paranemiseen, infektion syntyyn ja leikkausalueen kipuun. Leikkausalueen vuodon ja turvotuksen hoidossa käytetään asentohoitoa ja kylmähaudetta. Leikkausalueen ongelmassa tulee konsultoida leikkaavaa lääkäriä. (Manian 2014, 1272–1276.; Lukkarinen 2012, 17–18.)

Haavadreenejä käytetään vuotoherkillä alueilla postoperatiivisessa hoidossa. Leikkaava lääkäri tekee päätöksen niiden käytöstä. Ne jaetaan aktiiviseen ja passiiviseen luokkaan. Aktiivinen eli haavadreenin ollessa ”imussa” imuvoima ja alipaine imevät leikkausalueelta eritystä. Passiivinen haavadreeni toimii laskuputkena haavaeritteelle. Haavaerite kertyy laskuputken kautta keräyspus-siin. Hoitajan tulee seurata haavaeritteen laatua, määrää ja huolehtia haavadreenin aktivoinnista, mikäli potilas ei siihen itse kykene ohjauksella. Sairaala Novassa kotiutusyksikössä haavadreenit ovat yleisimmin käytössä rintarauhaskirurgiassa. Niiden oikeanlainen käyttö vähentää infektioriskiä ja nopeuttaa leikkauksesta toipumista. Haavadreenin poistaa hoitaja lääkärin määräyksen mukaisesti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. (Koskivuo ym. 2019; Orth 2018; Sairaala Nova kotiutusyksikkö.)

4.8 Ruuansulatuselimistön komplikaatiot ja niiden hoito

Postoperatiivisia ruuansulatuselimistön komplikaatioita aiheuttavat anestesian aikaiset- ja kipulääkkeet. Pääsääntöisesti ne hidastavat suolen toimintaa vaikuttamalla sen peristaltiikkaan (supistusliike). Pahimmillaan ne lamaavat suolen toiminnan kokonaan (paralyyttinen ileus). Preoperatiivisessa valmistelussa ja ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan riskit mahdollisiin komplikaatioihin ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Oireena ovat: vatsantoiminnan ongelmat, pahoinvointi, ummetus ja vatsakipu. Vatsantoimintaa voidaan tukea ulostemassaa pehmentävillä valmisteilla, ummetuslääkkeillä ja potilaan mobilisoinnilla. Suolitukosta hoidetaan i.v.- nesteytyksellä, suolilamaa aiheuttavien lääkkeiden lopetuksella, nenämahaletkulla tai poistamalla tukos kirurgisesti. Lyhytkirurgisessa hoidossa potilaan ulostaminen tapahtuu usein vasta kotona. Siitä syystä asia tulee ottaa esille potilasohjauksessa. (Louhimo 2023; Sairaala Nova.)

4.9 Leikkauspotilaan postoperatiivinen ohjaus

Päiväkirurgisen ja herko- leikkauspotilaan hoidon onnistuminen muodostuu useista eri tekijöistä perioperatiivisen hoidon aikana. Suunnitelmallisuus, terveydenhuollon henkilöstön ammatillinen osaaminen sen eri vaiheissa ja potilaan osallistuminen aktiivisesti omaan hoitoon alusta alkaen ovat onnistuneen hoidon kulmakiviä. Leikkauskomplikaatioiden riskien vähentämiseksi tehdään useita yksilöllisiä huomioita ja toimenpiteitä perioperatiivisen hoidon aikana. Postoperatiivisen ohjauksen tarkoitus on antaa potilaalle edellytykset leikkauksesta toipumiseen kotona tai sitä vastaavassa paikassa (ks. kuva 16). Ohjauksen tulee olla yksilöllinen, toimenpidekohtainen, kokonaisvaltainen ja ymmärrettävä. Hoitajan tulee arvioida potilaskohtaisesti potilaalle sopiva ohjausmenetelmä (kirjallinen/ digitaalinen) ja potilaan tarvitsema tuki esimerkiksi muisti-sairaana potilaan ohjauksessa omaisen tai asumisyksikön hoitajan läsnäolo tai etäohjaus. Postoperatiivisen hoidon ja ohjauksen aikana on tärkeää huomioida potilaan sairaudet, ikä, yleisvointi, toimintakyky, sosiaaliset suhteet ja asuinolot. Hoitajaa ohjaa työssään lainsäädäntöä ja etiikkaa. (Eloranta ym. 2014, 64; Sairaala Nova Kotiutusyksikkö.)



Kuva 16. Leikkauspotilaan postoperatiivinen ohjaus (Sairaala Nova Kotiutusyksikkö)

Potilasohjauksen tulee perustua ammatilliseen osaamiseen ja tietämykseen ohjauksen sisällöstä sekä sen vaikutuksesta potilaan terveyteen. Molemmiin puoleen ja hyvä vuorovaikutus vaatii hoitajalta sosiaalisia taitoja ja potilaan kunnioittamista. Ohjaus perustuu voimassa oleviin suosituksiin ja tutkimusnäyttöön. Laadukkaan ja turvallisen postoperatiivisen ohjauksen ja hoidon taustalla on jatkuva kehittämistyö ja ammatillisen osaaminen kehittäminen. Kokonaisvaltainen ja onnistunut ohjaus lisää potilaan ja heidän läheisten elämänhallintaansa sekä vähentää komplikaatioiden riskiä leikkauksesta toipumisen. (Eloranta ym. 2014, 64; mukailen Sairaala Nova Kotiutusyksikkö 2023.)

Toimenpidekohtaiset ohjeet on tehty moniammatillisessa yhteistyössä ja niitä päivitetään tutkimustietoon perustuen. Sairaala Novassa on käytössä Sampo-ohjepankki. Se pitää sisällään sekä ammattilaisten että potilaiden ohjeet. Niiden lisäksi potilasohjauksessa huomioidaan aina leikkaavaan lääkärin yksilölliset määräykset. (Eloranta ym. 2014, 64; mukailen Sairaala Nova Kotiutusyksikkö 2023.)

Potilaan kotiutus kotiutusyksikössä Sairaala Novassa:

- Potilas syö ja juo (huomiona leikkauskohtaiset rajoitukset)
- Potilaan toipuminen anestesiasta on riittävää
- Potilaan nopea mobilisointi
- Potilaan kipu- ja pahoinvointi on lääkityksellä hallinnassa
- Leikkausalue on siisti
- Kotiutuskriteerit täyttyvät (liite 5)
- Leikkauskohtaiset kotihoito- ohjeet (Sampo- ohjepankki, suullinen, kirjallinen, digitaalinen ohjaus (BuddyCare))
- Lääkehoidon ohjaus kotiin (kipu-, verenhennus- ja antibioottilääkitys, kotilääkityksen ohjaus leikkauksen jälkeen)
- Virtsaaminen onnistuu, tarvittaessa toistokatetrointiohjaus
- Potilaan valmiuden varmistaminen kotona pärjäämisen ja leikkauksesta toipumiseen (esimerkiksi aikuista seuraa kotona yön yli päiväkirurgisilla potilailla (nukutetut ja spinaalipuudutetut, asuinolosuhteet ym.)
- Leikkausdokumentit potilaalle mukaan (sairaslomatodistus, leikkauskertomus, reseptit ja kontrolliajat)
- Potilaan jatkohoitopaikan järjestäminen, mikäli potilas ei ole kotikuntoinen (operatiivinen- tai terveyskeskusvuodeosasto)
- Saattaja kotimatalle

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada selville leikkauspotilaan kotiutusprosessista esiin tulevat haasteet kotiutusyksikön hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää tutkimuksen tulosten avulla kotiutusprosessin laatua sekä potilasturvallisuutta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten kotiutusyksikön hoitajat kokevat ammatillisen osaamisen vaikuttavan leikkauspotilaan kotiutusprosessiin?
2. Millaisia haasteita kotiutusyksikön hoitajat kokevat leikkauspotilaan kotiutusprosessin aikana?
3. Millaisia kehittämistarpeita kotiutusyksikön hoitajat kuvaavat leikkauspotilaan kotiutusprosessissa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tiedonhankinnan kuvaus

Opinnäytetyön teoriaviitekehys muodostui kahdesta teoriakokonaisuudesta, jotka muodostavat tietopohjan opinnäytetyöhöni: leikkauspotilaan kotiutusprosessi Sairaala Novassa ja leikkauspotilaan postoperatiivinen seuranta ja hoito kotiutusyksikössä sekä siinä esiin tulevat haasteet. Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat leikkauspotilas, leikkaushoitopolku, kotiutusprosessi, postoperatiivinen hoito, kotiutusyksikkö, kotiuttava hoitaja ja lyhytkirurgia. Opinnäytetyön tiedonhaun suunnitteluvaiheessa perehdyin tutkittavaan ilmiöön ja kartoitin siitä tehtyjä tutkimuksia. Tiedonhaku toteutui touko-elokuun aikana vuonna 2023 PubMed-, Julkari-, Duodecim-, Finna – tietokantoja sekä Jyväskylän ja Sairaala Novan kirjastopalveluita hyödyntämällä. Sen lisäksi tiedonhankintaa tehtiin manuaalista tiedonhakua hyödyntämällä Sosiaali- ja terveysministeriön (STM), Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tietopankeista, olemassa olevista tutkimuksista ja opinnäytetöiden lähteistä. Opinnäytetyön teoriaviitekehys on sisällöltään laaja ja aineistoa tiettyihin osiin oli saatavilla runsaasti. Lyhytkirurgiasta oli saatavilla vielä suhteellisen vähän opinnäytetyöhön relevantteja tehtyjä tutkimuksia.

Rajauksena käytettiin opinnäytetyön tarkoitusta, tavoitteita ja pääasiassa julkaisuvuotia 2010–2023. Lukuun ottamatta esimerkiksi suosituksissa ja lainsäädännössä. Tutkimukset ja julkaisut valikoituivat opinnäytetyöhön sisäänotto- ja poissulkukriteereillä. Poissulkukriteereinä olivat muun muassa osasto- ja päivystyskirurgia, julkaisu ei ollut relevantti tutkimukseen, muut kuin suomen- ja englanninkieliset aineistot. Sisäänottokriteereinä olivat lyhytkirurgia, leikkauskomplikaatiot, leikkauspotilaan ohjaus ja siihen liittyvät tekijät, julkaisut sekä tutkimukset olivat tieteellisiä ja selvitykset sekä raportit olivat asiantuntijoiden laatimia. Tietokantahaulla löytyi 40 artikkelia, 22 kirjaa, neljä suositusta, kolme lakia (Finlex) ja muista julkaisuista kahdeksan lähdeä (ks. liite 6/1).

Opinnäytetyössä käytettiin lähteenä seitsemää eri tutkimusta (ks. liite 6/2). Lähteet valikoituivat työhön lähdekritiikkiä noudattaen. Kankkusen ym. (2017) mukaan lähteiden tulee tutkimuksessa olla luotettavuuden kriteeristön täyttävää.

Opinnäytetyön aiheeseen ja tutkimuskysymyksiin pohjautuen muodostui tiedonhaussa käytettävät hakusanat lyhytkirurgia, päiväkirurgia, herko, leikkauspotilas, perioperatiivinen, preoperatiivinen, intraoperatiivinen, postoperatiivinen, leikkauskomplikaatio ja kotihoito-ohjaus. Myöhemmin aineistoista tarkentui yksityiskohtaisempia hakusanoja, esimerkiksi virtsaumpi ja haavaruptuura. Englanninkielisiä hakusanoja olivat short surgery, day surgery, surgery patient, perioperative, Perioperative, intraoperative, postoperative, surgical complication, and home care guidance.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusmenetelmä valikoitui opinnäytetyön aiheen, tarkoituksen ja tavoitteiden perusteella. Tutkimusmenetelmän avulla saadaan selville leikkauspotilaan kotiutusprosessiin osallistuvien hoitajien näkökulmasta merkittäviä tietoja ja kokemuksia nykyisestä kotiutusprosessista sekä sen mahdollisista kehittämistarpeista. Laadullinen tutkimus ei ole vain tietty tapa tutkia, vaan se pitää sisällään paljon erilaisia lähestymistapoja, aineistonkeruu- ja analysointimenetelmiä. Tutkimusmenetelmä tuottaa tietoa eri näkökulmista. Tavoitteena on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä syvällisempää tietoa ja lisätä siitä ymmärrystä. (Pitkäranta 2014,33; Puusa & Juuti 2020, 9–10.)

Aineisto on moniulotteista, koska tutkimukseen osallistujien tulkinnat ovat ainutlaatuisia. Tulkintojen taustalla on henkilön kokemat tunteet, ajatukset ja asenteet tutkittavasta ilmiöstä. Kyseessä on elämismaailma ja sen tutkiminen eli tutkittavana ilmiönä on ihminen ja hänen maailmansa. Merkitys syntyy ihmisten vaikutuksesta. Analyysi tehdään perusteellisesti, jolloin otannan ei tarvitse olla määrällisesti suuri. Saadut tulokset ovat merkityksellisiä. Laadullinen tutkimus soveltuu kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta paremmin tutkimukseen, jos kyseessä on pieni otanta. (Pitkäranta 2014,33; Puusa & Juuti 2020, 9–10.) Vilkan (2021, 101) mukaan laadullista tutkimusta voidaan ajatella emansipatorisena onnistuessaan, koska silloin tutkimuksen myötä myös tutkittavien tietoisuus lisääntyy tutkittavasta ilmiöstä ja sen vaikuttavuus heijastuu heidän toiminta- ja ajattelutapoihinsa.

6.3 Aineiston keruu ja analyysi

6.3.1 Aineiston keruu

Laadullisen opinnäytetyötutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin Webropol- sähköisellä kyselylomakkeella. Tutkimuksen otos valittiin harkinnanvaraisella otannalla opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden näkökulmasta tutkijan asettaman kriteerin mukaan. Otoksen valinnassa kriteerinä oli työskentely hoitajana leikkauspotilaiden kotiutusyksikössä Sairaala Novassa. Kyselyt lähetettiin 30 tutkittavalle, joista 21 vastasi kyselyyn. Tutkimuksen vastausprosentti oli 70 %. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Tilaaja organisaation Sairaala Novan kirurgian poliklinikan osastonhoitaja lähetti tutkittavien sähköpostiosoitteet tutkijalle organisaation sähköpostiin ennen kyselyn toteuttamista, joka lisäsi ne Webropol- ohjelmaan. Webropol- ohjelmaan syötettiin tutkimukseen osallistujien sähköpostit ja kyselyt lähetettiin ohjelman kautta.

Vastausvaiheessa tutkijalle ei tullut tietoon tutkittavan sähköpostiosoite vaan kysely oli Webropol- kyselynä anonyymina ja vastaukset käsiteltiin anonyymisti. Henkilötietoja (sähköpostiosoite) säilytettiin kyselyn toteuttamiseen asti Webropol- ohjelmassa. Tämän jälkeen tiedot hävitettiin. Kysely sisälsi itsessään tutkittavan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, kyselyn saatekirje toimi samalla tiedotteena tutkittavalle ja kyselyn liitteenä lähetettiin opinnäytetyön tietosuojailmoitus (ks. liite 1). Opinnäytetyön Webropol- kyselylomake oli suunniteltu opinnäytetyön tutkimuskysymysten teemojen mukaan. Strukturoitujen eli suljettujen kysymysten lisäksi tutkimuksen tuloksena haluttiin saada tarkentavia tietoja ilmiöistä avoimilla vastauksilla. (Kananen 2017, 79, 171; Vilkkä 2007, 28; Vilkkä 2021, 118–120.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä mahdollisti kyselyyn vastaajien yksilöllisten kokemusten ja tulkintojen pohjalta tulevia näkökulmia tutkimuksen tuloksiin. Avoimien kysymysten koettiin antavan tutkittavasta ilmiöstä syvällisempää tietoa, koska tutkimukseen osallistujien määrä oli suhteellisen pieni ja tutkittavista ilmiöistä haluttiin saada monipuolisesti tietoa tutkimusalueen ollessa laaja. Kyselylomake koettiin hyväksi vaihtoehdoksi, kun tutkimuksen kohteena olivat henkilöt, toiminta ja mielipiteet. (Kananen 2017, 79, 171; Vilkkä 2007, 28; Vilkkä 2021, 118–120.)

Kysymyslomake sisälsi kolme strukturoitua monivalintakysymystä, jotka ke-
räävät tutkittavasta henkilöstä tutkimuksen kannalta merkittävää taustatietoa:
ikä, työkokemus terveydenhuoltoalalta ja työkokemus leikkauspotilaan hoito-
työstä. Kyselyssä oli 14 avointa kysymystä (ks. liite 1), joilla haluttiin selvittää
kotiutusyksikön hoitajien kokemukset nykyisestä kotiutusprosessista, siihen
liittyvistä haasteista ja kehittämistarpeista. Kyselyyn käytettävä aika oli noin
15–20 minuuttia. Vastausaikaa oli kuusi vuorokautta. Kysely eteni loogisesti ja
kysymykset olivat selkeitä. Sähköinen kysely oli mahdollista järjestää aikaan
tai paikkaan sitomatta nopealla aikataululla, mikä lisäsi kyselyn vastauspro-
senttia. Kyselyn aikaan osa tutkimukseen osallistujista oli lomalla, siitä syystä
alkuperäistä vastausaikaa (6 pv.) pidennettiin viikolla. Kyselyyn sai vastata
työajalla. Sähköinen kysely oli kustannuksiltaan edullisempaa toteuttaa. Tutki-
mukseen osallistujille esitettiin samat kysymykset ja samassa järjestyksessä.

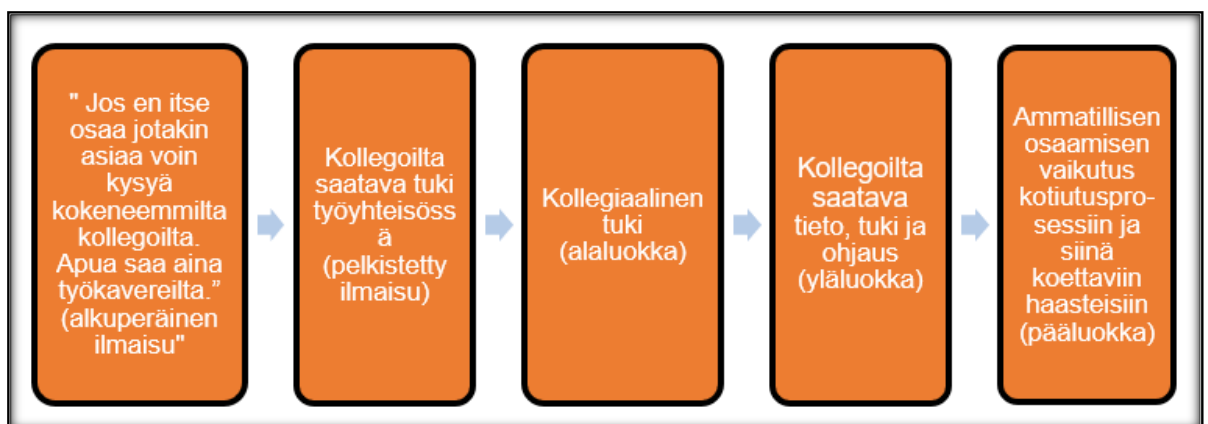
Testikyselyyn vastasi kaksi hoitajaa, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen tut-
kimukseen. Sähköinen kyselylomake toimii teknisesti ja testivastajaat kokivat
talvisen ulkoasun miellyttäväksi. Kysymykset koettiin selkeiksi ja vastaavan
tutkimuskysymyksiin. Avoimissa kysymyksissä vastaustilaa oli varattu riittä-
västi. Toimeksiantajan edustaja hyväksyi kyselylomakkeen ennen varsinaista
kyselyä. Kyselyyn oli mahdollista vastata mobiililaitteella tai tietokoneella inter-
netin välityksellä. Tutkimuslupa haettiin ennen kyselyn toteuttamista Xamk-
ammattikorkeakoulun ja Sairaala Novan tutkimuskäytänteiden mukaisesti,
mitkä sisälsivät tutkimussuunnitelman ja tietosuojailmoituksen. Ennen kyselyä
tutkimukseen osallistuville annettiin suullinen sekä kirjallinen ohjeistus sähkö-
postitse (ks. liite 1) ja työyksikön WhatsApp- sovelluksen kautta tutkijan toi-
mesta, mikä sisälsi ohjeen kyselyyn vastaamiseen.

6.3.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön kvalitatiivisen aineiston analyysi on induktiivista eli aineistoläh-
töistä, jolloin aiemmillä tiedoilla tai kokemuksilla ei ole tutkittavaan ilmiöön vai-
kutusta. Viikka (2021, 132). Opinnäytetyössäni käytin kvalitatiivisen aineiston
analyysin tukena Webropol- Text Mining- ohjelma- analyysia. Avoimien kysy-
mysten vastauksista ohjelma loi sanapilven, jonka jälkeen ohjelma näytti vas-
tauksissa usein esiintyvät sanat. Lisäksi se tuotti raportin vastausprosentista
ja tutkittavien taustatiedoista. (Webropol 2023.)

Analyysin vaiheet olivat: aineistolähtöinen analyysi, luokkien muodostaminen koko aineistosta ja raportointi. Kysymykohtaiset vastausprosentit laskettiin ja niistä esiin tulevat huomiot esimerkiksi, kuinka moni vastaajista koki työn kuormittavana. Webpropolin tuottama aineisto siirrettiin Word ohjelmaan vastausten analysointia varten. Aineiston käsittely oli aikaa vievää. (Elo ym. 2022, 219–220.)

Aineiston tarkastelu, analyysi ja tulosten raportointi tapahtui opinnäytetyön kolmen tutkimuskysymyksen mukaisesti kolmessa pääluokassa: ammatillisen osaamisen vaikutus leikkauspotilaan kotiutusprosessiin ja siinä koettaviin haasteisiin, leikkauspotilaan hoidon ja seurannan aikana esiin tulevat haasteet sekä tutkimuksesta esiin nousevat kehittämistarpeet. Opinnäytetyön analyysiyksikköinä olivat tutkimuskysymyksiä vastaavat ajatuskokonaisuudet, joilla tarkoitetaan Elo ym. (2022,219) mukaan lauseista koostuvaa ilmaisua. Analyysi eteni aineiston pelkistämisestä luokitteluun. Alkuperäisistä ilmaisuista muodostin pelkistetyt ilmaisut, kadottamatta alkuperäistä tarkoitusta. Alaluokat muodostuivat keräämällä samaa tarkoittavat ilmaisut niihin ja nimeämällä ne yksityiskohtaisesti sisältöä kuvaavasti. Yläluokat muodostuivat vertailemalla ja yhdistämällä samansisältöiset alaluokat. Abstrahointia eli yhdistelevää luokittelua jatkoin opinnäytetyössäni pääluokkaan kuvan 17 esimerkin mukaisesti, koska katsoin sen olevan relevanttia työssäni tulosten tarkastelun ja raportoinnin näkökulmasta. (Elo ym. 2022, 219–220.)



Kuva 17. Esimerkki opinnäytetyön sisällönanalyysin prosessista

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimusaineisto oli laaja, koska kysely piti sisällään 14 avointa kysymystä ja vastausprosentti ylitti 80 % jokaisessa kysymyksessä. Taustakysymyksillä selvitettiin vastaajien ikäjakauma ja työkokemus terveydenhuoltoalalta. Vastajista enemmistö oli 41–50- vuotiaita 33 % (n=7), 61–67- vuotiaita oli vastajista 10 % (n=2). Muuten vastaajien ikäryhmät jakautuivat tasaisesti kyselyssä (19 % (n=4)/ ikäryhmä). Vastajista enemmistö oli työskennellyt terveydenhuoltoalalla enemmän kuin 10- vuotta 60 % (n=13). Alle 2- vuotta alalla oli työskennellyt 10 % (n=2), vastajista 15 % (n=3) oli työskennellyt alalla 3–5 vuotta sekä 6–10 vuotta. Pääosalla vastajista oli työkokemusta leikkauspotilaan hoitotyöstä enemmän kuin 10- vuotta 38 % (n=8). 6–10- vuotta työkokemusta oli kertynyt 29 %:lle (n=6) vastajille, 3–5- vuotta 10 %:lle (n=2) ja alle 2- vuotta kokemusta oli 23 %: lla (n=5).

” Aina en koe osaamisen olevan riittävä. Näissä toimenpiteiden yhteydessä, joista ei ole niin paljon kokemusta, koen epävarmuutta. Toisaalta taas vuosien kokemus leikkauspotilaiden kanssa työskentelystä on etunsa, paljon jo tietää ja osaa ohjata potilasta, sillä ammattitaidolla mikä on kertynyt. Ehkä suurin epävarmuustekijä tässäkin on, että haluaisi itse ymmärtää ja tietää tarpeeksi potilaan kotiuttamiseksi, mutta erikoisaloja ja eri leikkauksia on niin paljon, ettei syvempi osaaminen kaikesta oikeasti ole edes mahdollista.”

” Jään vuoron jälkeen ajoittain miettimään antamani kotiutusohjeiden riittävyttä. Myös että onko muistanut kirjata kaiken mitä piti.”

” Keskustelua yhteistyökumppaneiden kanssa, lisää henkilökuntaa (ei tehdä tätä työtä liukuhihnalla), koulutusta/ kertausta”

7.1 Ammatillisen osaamisen vaikutus kotiutusprosessiin ja siinä esiintuleviin haasteisiin

Ammatillisen osaamisen vaikutus leikkauspotilaan kotiutusprosessiin ja siinä esiintuleviin haasteisiin- pääluokka muodostui neljästä seuraavasta yläluokasta esimerkin mukaisesti (ks. kuva 18): Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen ja työn hallintaan, Kollegoilta saatava tieto, tuki ja ohjaus, Koulutuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen sekä Hoitotyön käytänteet ja ohjeet päivitettyinä päivittäisen työn tukena.

Aineiston sisällönanalyysi: ammatillisen osaamisen vaikutus leikkauspotilaan kotiutusprosessiin ja siinä esiintuleviin haasteisiin				
ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p>" Kyllä. Vuosien kokemus kirurgisen potilaan hoidosta. Kokemusta gastron, - verisuoni. - yleiskirurgisten- ja ortopedisten potilaiden hoidosta. Kotisairaалassa, sairaalatasoisen hoidon toteuttaminen kotona tuonut näkemystä kotiutukseen. Siihen mitä potilaan ja omaisen tulee huomioida kotiutuessaan leikkauksesta. Miten ohjata ja tukea heitä selviytymään kotona."</p> <p>" Turvalliseen kotiutukseen ammatillinen osaaminen riittää ja laadulliseen kotiuttamiseen tähdätään aina resurssien mukaisesti."</p> <p>" Koen, vaikkakin koko ajan oppii lisää. Työvuosia on kuitenkin jo sen verran, että ammatillinen osaaminen takaa turvallisen ja laadullisen kotiuttamisen."</p> <p>" Koen, että ammatillisessa osaamisessa on kehitettävää. En ole ollut alalla kovinkaan pitkään, eikä minulla ole vielä juurikaan kokemusta leikkauspotilaiden hoidosta. En ole alunperin suuntautunut opinnoissa perioperatiiviseen hoitotyöhön."</p>	<p>Vähäiset työkokemusvuodet lisäävät epävarmuutta leikkauspotilaan kotiuttamisessa</p> <p>Työkokemuksen myötä perusosaaminen antaa varmuutta ja näkemystä uusienkin potilasryhmien turvalliseen hoitoon</p> <p>Useiden eri erikoisalojen potilaita, jolloin syväosaaminen on haastavaa</p> <p>Työkokemus antaa ammatillista osaamista turvalliseen ja laadukkaaseen leikkauspotilaan hoitotyöhön</p> <p>Työkokemuksen myötä työn ennakoitavuus ja itsenäisten päätösten tekeminen on helpompaa</p>	<p>Työkokemus tuo näkemystä ja turvallisuutta leikkauspotilaan kotiutusprosessiin</p> <p>Ammatillinen osaaminen ja sen riittävyys leikkauspotilaan kotiutusprosessissa</p> <p>Työn ennakoitavuus ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan voinnin ja hoidon suhteen</p>	<p>Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen ja työhallintaan</p>	<p>AMMATILLISEN OSAAMISEN VAIKUTUS LEIKKAUSPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSIIN JA SIINÄ KOETTAVIIN HAASTEISIIN</p>

Kuva 18. Aineiston analyysi: Ammatillisen osaamisen vaikutus leikkauspotilaan kotiutusprosessiin ja siinä esiintuleviin haasteisiin

7.1.1 Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen

Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen ja työn hallintaan yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Työkokemus tuo näkemystä ja turvallisuutta leikkauspotilaan kotiutusprosessiin, Ammatillinen osaaminen ja sen riittävyys leikkauspotilaan kotiutusprosessissa sekä Työn ennakoitavuus ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan voinnin ja hoidon suhteen. 81 % (n=17) vastaajista koki ammatillisen osaamisen olevan riittävää leikkauspotilaan kotiuttamiseen ja 19 % (n=4) koki sen riittävän osittain. Työkokemuksen myötä perusosaaminen antoi varmuutta ja näkemystä uusienkin potilasryhmien turvalliseen hoitoon. Työkokemus etenkin leikkauspotilaan hoitotyöstä antoi ammatillista osaamista leikkauspotilaan kokonaisvaltaiseen, laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon. Vähäinen työkokemus lisäsi epävarmuutta työssä, vaikeutti itsenäisten päätösten tekemistä potilaan hoitoon liittyen sekä vaikeutti valmiuksia toimia poikkeavissa tilanteissa. Useiden eri erikoisalojen potilasryhmät, isot potilasmäärät ja harvemmin hoidettavat potilasryhmät aiheuttivat haasteita syväosaamisen hankintaan.

” Turvalliseen kotiutukseen ammatillinen osaaminen riittää ja laadulliseen kotiuttamiseen tähdätään aina resurssien mukaisesti.”

” Aina en koe osaamisen olevan riittävää. Näissä toimenpiteiden yhteydessä, joista ei ole niin paljon kokemusta, koen epävarmuutta. Toisaalta taas vuosien kokemus leikkauspotilaiden kanssa työskentelystä on etunsa, paljon jo tietää ja osaa ohjata potilasta, sillä ammattitaidolla mikä on kertynyt. Ehkä suurin epävarmuustekijä tässäkin on, että haluaisi itse ymmärtää ja tietää tarpeeksi potilaan kotiuttamiseksi, mutta erikoisaloja ja eri leikkauksia on niin paljon, ettei syvempi osaaminen kaikesta oikeasti ole edes mahdollista.”

” Koen, vaikkakin koko ajan oppii lisää. Työvuosia on kuitenkin jo sen verran, että ammatillinen osaaminen takaa turvallisen ja laadullisen kotiuttamisen.”

” Osittain. Moniin asioihin osaaminen karttuu vasta niitä kohdattaessa työvuosien aikana, ja näitä tapauksia/leikkauspotilaita joita ei näe usein/ollenkaan oman työkokemuksen aikana, niiden suhteen puuttuu osaamista. Joka tapauksessa näin lyhyen aikaa alalla olleena tuntuu, että on aloittelijana vasta potilaita hoitamassa ja joutuu kysymään kollegoilta paljon apua.”

7.1.2 Kollegoilta saatava tieto, tuki ja ohjaus

Kollegoilta saatava tieto, tuki ja ohjaus yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Kollegiaalinen ohjaus, Kollegiaalinen tuki ja Hiljainen tieto työyhteisössä. Vastaajista 48 % (n=10) koko tarvitsevansa kollegoiden tukea työssään kotiutusyksikössä. Työvuosiltaan kokemattomille hoitajille kollegoiden tuki ja ohjaus oli tärkeää ammatillisen osaamisen ja työn kuormittavuuden näkökulmasta. Myös kokeneimmille hoitajille oli tärkeää saada kollegoilta tietoa ja tukea, mikäli kyseessä oli esimerkiksi vieras tai harvoin hoidettu potilasryhmä. Poikkeavissa tilanteissa kollegoiden tuki koettiin tärkeäksi. Vastaajat kokivat saavansa pääasiassa hyvin apua kollegoilta esimerkiksi useampaa hoitajaa vaativissa hoitotilanteissa, kuten steriilisidosten vaihto. Hiljaisen tiedon siirtyminen kokeneimmilta kollegoilta koettiin merkittäväksi ammatillisenosaamisen lisäämiseksi työyhteisössä.

” Kyllä koen, kotiuttamalla erilaisia potilasryhmiä, oppii jokaisesta kohtaamisesta lisää. Jos en itse osaa jotakin asiaa voin kysyä kokeneemmilta kollegoilta. Apua saa aina työkavereilta.”

” Tietyt erikoisalat ovat tutumpia kuin toiset ja näitä potilaita on helpompi ja turvallisempi kotiuttaa. Aina välillä tulee vastaan potilasryhmiä, joita ei ole joko koskaan kotiuttanut tai todella harvoin. Tällöin ei ole itsellä kovinkaan varma olo ja joutuu kollegalta neuvoa kysymään.”

” Koen ihan hyväksi. Kokemusta on karttunut ajan myötä. Jos olen epävarma tilanteesta, konsultoin kollegaa tai lääkäriä tarvittaessa, tarvittaessa esimiestä. Koen hyvänä keskustelevan tavan potilaiden tilanteesta, aina ei hoksaa itse kaikkea välttämättä”

” Kun tarvitsee tehdä steriili sidevaihto, melko hyvin on saanut siihen kaverin.”

7.1.3 Koulutuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen

Koulutuksen vaikutus ammatilliseen osaamiseen yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Pohjakoulutus (sairaanhoitaja/ lähihoitaja), Työnantajan tarjoamat täydennyskoulutukset, Eri erikoisalojen koulutukset, Yksikössä hoidettavien uusien potilasryhmien koulutukset, Koulutusten suunnittelu ja järjestäminen yksikön toiminnan mukaan ja Täydennyskoulutukset lisäävät tunnetta oman työn hallinnasta. Vastaajista 85 % (n=17) koki tarvitsevansa täydennyskoulutusta ammatillisen osaamisen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Uusien potilasryhmien kohdalla olisi tärkeää saada täydennyskoulutusta. Lisäksi toivottiin, että erikoisala kohtaista koulutusta järjestettäisiin asiantuntijahoitajien tai lääkäreiden toimesta. Koulutuksiin osallistuminen koettiin haastavaksi vuorotyön luonteen takia. Toivottiin, että koulutukset järjestettäisiin niin, että työyksikön kaikilla hoitajilla olisi mahdollisuus osallistua niihin. Tiedonsiirron kullussa koulutukseen osallistujalta muille koettiin haasteita eikä sen koettu olevan yhtä tehokasta kuin koulutukseen osallistuminen. Koulutuksia toivottiin enemmän. Kaiken kaikkiaan koulutuksen ja työkokemuksen koettiin lisäävän ammatillista osaamista. Osa vastaajista koki, että pelkkä pohjakoulutus ilman riittävää työkokemusta ei anna riittävää ammatillista osaamista leikkauspotilaan hoitotyöhön.

” Uusien potilasryhmien lisääntyessä koulutusta tulisi järjestää siten, että sitä tarjottaisiin useamman kerran, jolloin kaikilla hoitajilla olisi mahdollisuus osallistua koulutukseen. Valitettavan usein olen itse ollut toisessa työvuorossa ja jäänyt ilman alkuperäistä koulutusta, pelkän kollegan kertoman tiedon varaan/sähköpostitse koottuun tietoon koulutuksesta.”

” Toivoisin, että eri erikoisalojen lääkärit tulisivat pitämään esimerkiksi pienen infon omista yleisimmistä leikatuista potilastapauksista, kertoen mitä he toivovat potilailtaan seurattavan, mikä on normaalia ja mikä ei. Mitkä ovat yleisimmät komplikaatiot. Samalla voisi itsekin kysellä lisää asiaan liittyen ja tarkentaa ohjeistuksia.”

” Koulutukseen pitäisi päästä ja oman ammattitaidon kehittämiseen pitäisi saada korvamerkittyä työaika, jonka aikana ei tarvitse jakaa huomiota potilastyöhön. Osastotunneille olisi hyvä saada erilaisten potilasryhmien hoidosta koulutusta/tietoiskuja ja näistä materiaalit talteen myös heille, jotka eivät kyseiseen osastotuntiin pääse osallistumaan. Osastotunti pitäisi rauhoittaa täysin.”

7.1.4 Hoitotyön käytänteet ja ohjeet päivittäisen työn tukena

Hoitotyön käytänteet ja ohjeet päivitettyinä päivittäisen työn tukena yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Vakiintuneet käytänteet ja toimintatavat, Lääkäreiden selkeät määräykset leikkauspotilaiden hoidossa ja Ajan tasalla olevat potilasohjeet eri erikoisalojen potilaille. Vastaajista 57 % (n=12) koki ohjeiden ja nykyisten käytänteiden olevan riittäviä. 33 % (n=7) vastaajista koki niiden olevan osittain riittäviä.

Pääosin ohjeet ja käytänteet koettiin helposti saataviksi, kattaviksi ja päivittäistä työtä tukeviksi. Niiden koettiin ohjaavan myös kokematon hoitajaa työssään. Osa potilasohjeista koettiin sekaviksi ja asiasisällöltään vanhaksi. Päivitettyjen ohjeiden haku Sampo- potilasohje pankista koettiin haastavaksi, koska ohjeiden nimiä oli muutettu siitä informoimatta hoitajia. Sen lisäksi viimeisimmän ohjeiden päivitykseen aikana koettiin, että ohjeita ”hävisi” ja osa ohjeista muokattiin huonommaksi. Erikoisaloittain ohjeissa ja niiden riittävydessä eri potilasryhmille oli eroja. Niihin kaivattiin päivitystä. Ohjeisiin toivottiin lisäksi muokkausmahdollisuutta potilaan yksilöllisten jatkohoito- ohjeiden kirjaamiseksi. Pääosa vastaajista koki lääkäreiden määräykset ja jatkohoito- ohjeet puutteellisiksi ja niihin liittyvien selvittelyjen vievän paljon työaika.

” Koen että tarvitsisin enemmän tietoa siitä, mitä jatkohoito-ohjeita kannattaa antaa eri potilasryhmille. Erikoisalaa on monta ja ei pysty olemaan joka ikisien alan eri-koisasiantuntija. Lääkäreiden antamat jatkohoito- ohjeet lähtökohtaisesti hyvin suppeat.”

” Vakiintuneiden käytänteiden mukaiset kotiuttamiset sujuu turvallisesti mutta aika-ajoin tulee vastaan jokin uudenlainen/erilainen lääkärin ohje, jolloin on oltava tavallistakin tarkempuna.”

”Hyvänä, potilasohjeiden olemassaolo helpottaa työtä paljon. Toki osa ohjeista on päivittämättä/päivitetty viimeksi aikaa sitten, myös ohjeita puuttuu (mm. kilpirauhasleikkausohjeet). Kattavuudeltaan ohjeet ovat pääsääntöisesti hyviä, potilaalle on helppo kertoa kotihoito-ohjeet, kun samat asiat lukevat potilaalle annettavissa kotihoito-ohjeissa paperisena tai BUDDYssä.”

”Pääosa ohjeista hyvin laadittuja ja selkeitä. On tärkeää, että potilaat saa kunnan selkokiehiset ohjeet toimenpiteen jälkeen paperisena tai digiversiona. Leikkauspäivänä lääketokkurassa kaikki puhuttu asia ei jää muistiin. Joistakin harvinaisemmista toimenpiteistä ei ohjetta ole, ne olisikin hyvä laatia. Joissakin ohjeissa liikaa tekstiä, ei potilas jaksa lukea. Lyhyet napakat ohjeet parhaat. Ohjeet ohjaa myös uutta kokemantonta perehtyvää hoitajaa asioista mitä täytyy ottaa huomioon.”

7.2 Kotiutusprosessin aikana esiin tulevat haasteet

Leikkauspotilaan hoidossa esiin tulevat haasteet kotiutusprosessin aikana-pääluokka muodostui seitsemästä seuraavasta yläluokasta esimerkin mukaisesti (ks. kuva 19): Päiki- ja herkokirurgiaan soveltuva potilas, Lääkehoito ja siinä esiin tulevat haasteet kotiutusprosessin aikana, Leikkauspotilaan seuranta ja siinä esiin tulevat haasteet kotiutusyksikössä, Hoitotoimenpiteet ja niissä esiin tulevat haasteet, Tietojärjestelmät leikkauspotilaan hoidossa ja siinä esiin tulevat haasteet, Leikkauspotilaan jatkohoito ja siinä esiin tulevat haasteet ja Työnkuormittavuus ja siihen vaikuttavat tekijät hoitajien kokemana.

”Leikkauspotilaiden seuranta ja hoito on muuttunut paljon alkupe- räisestä. Uudet potilasryhmät tuovat mukanaan paljon haastetta jo aiemminkin hyvin monipuoliselle potilasaineistolle. Koska potilasryhmiä on hyvin paljon ja hoitajaresursseja on lisätty, monia potilasryhmiä tulee aiempaa harvemmin samalle hoitajalle.”

Aineiston sisällönanalyysi: Leikkauspotilaan hoidossa esiin tulevat haasteet kotiutusprosessin aikana				
ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p>" Suurimpana haasteena on potilaiden kunnan huonontuminen. Potilaat ovat ASA 3-4 luokkaa ja osa kunnoltaan sellaisia, ettei pysty huolehtimaan itsestään itsenäisesti. Seuranta ja hoito muuten onnistuu suhteellisen hyvin, potilas toki siirtyy satunnaisesti liian aikaisin heräämöstä, jolloin kunnoltaan ei ole esimerkiksi viireystilan tai puudutteen poistumisen vuoksi vielä kotiutuskuntoinen."</p> <p>" Tärkeätä on alustava valmistautuminen eli että potilaan perussairaudet olisivat mahdollisimman hyvin hoidossa/tasapainossa ennen leikkausta."</p> <p>" Asa 3-4 luokan potilas ei välttämättä ongelma, jos perussairaudet ovat hyvin hoidossa ja esim. toimenpide pienempi. Mutta jos isompi toimenpide ja ASA luokka 3-34 ilmaantuu hyvin usein myös ongelmia. Vuoto yms."</p> <p>" Haastavana. Potilaat ovat huonokuntoisia ja vaativat paljon hoitoa. Monelta lääkkeitä puuttuvat, eivät ole mukana. Yleissairauksien huomiointi (varsinkin, jos potilas ei pysty huolehtimaan itse niistä) vie paljon aikaa hoidosta. Monesti potilaat ovat kunnoltaan sellaisia, että joutuu miettimään, pystyvätkö esimerkiksi käymään vessassa ilman apuja, tai pärjäävätkö kotona kotiutumisen jälkeen."</p>	<p>Potilasryhmät lisääntyneet</p> <p>Potilaiden kunto- ja toimintakyky huonontunut</p> <p>Potilaiden hoidettavuus lisääntynyt</p> <p>Enenevässä määrin ASA 3-4 potilaita, joilla on paljon muita sairauksia/ rajoitteita taustalla</p> <p>Potilasmäärät lisääntyneet</p> <p>Huonokuntoisilla potilailla tulisi olla saattaja mukana kotiutusyksikössä</p> <p>Paljon hoitoa ja läsnäoloa vaativat potilaat eivät sovellu lyhytkirurgiaan</p> <p>Pelkkä korkea ASA- luokka ei ole este lyhytkirurgiaan. Vaatii kokonaisarviota potilaan voinnista.</p>	<p>Potilaan tausta, yleiskunto ja vointi</p> <p>Päivä- ja herkokirurgisen potilaan ASA-luokituksen huomioiminen</p> <p>Potilaan valmistelun onnistuminen preoperatiivisessa vaiheessa leikkaukseen tullessa</p> <p>Potilaan yksilöllisten tarpeiden ja sairauksien huomioiminen ennen leikkausta</p> <p>Potilaan omaisten osallistuminen leikkaushoidon eri vaiheissa</p>	<p>Päiki – ja herkokirurgiaan soveltuva potilas</p>	<p>LEIKKAUSPOTILAN HOIDOSSA ESIIN TULEVAT HAASTEET KOTIUTUSPROSESSIN AIKANA</p>

Kuva 19. Aineiston analyysi: Leikkauspotilaan hoidossa esiin tulevat haasteet kotiutusprosessin aikana

7.2.1 Päiki- ja herkokirurgiaan soveltuva potilas

Päiki- ja herkokirurgiaan soveltuva potilas- yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Potilaan tausta, yleiskunto ja vointi, Päivä- ja herkokirurgisen potilaan ASA-luokituksen huomioiminen, Potilaan valmistelun onnistuminen preoperatiivisissa vaiheissa leikkaukseen tullessa, Potilaan yksilöllisten tarpeiden ja sairauksien huomioiminen ennen leikkausta ja Potilaan omaisten osallistuminen leikkaushoidon eri vaiheissa. Vastaajista 95 % (n=20) koki potilasmateriaalin suhteen haasteita työssään.

Potilasmäärien koettiin lisääntyneen ja samaan aikaan potilaiden kunnon ja toimintakyvyn huonontuneen. Varsinaisesti ASA 3-4- luokan ei koettu olevan este, mikäli potilas oli muuten hyväkuntoinen ja toimintakykyinen. Huonokuntoiset potilaat vaativat enemmän hoitajan läsnäoloa ja seurantaa eli siitä syystä soveltuvuus lyhytkirurgiaan koettiin huonoksi. Huonokuntoisille ja toiminnoissaan tukea tarvitseville (muistamattomuus, kehitysvamma, kommunikation ongelmat ja liikuntarajoitteiset, ym.) potilaille koettiin saattajan mukana olo merkittävänä. Lisäksi koettiin tärkeänä, että arvio potilaan kokonaistilanteesta ja hoidon tarpeesta leikkauksen jälkeen tehtäisiin nykyistä paremmin preoperatiivisessa vaiheessa ennen leikkausta. Arvion päiki- ja herkokirurgisesta potilaasta tulisi olla kriittistä kotiutumisen (alle 23 h) kannalta. Kaikkien potilasryhmien ei koettu sopivan lyhytkirurgiaan.

” Suurimpana haasteena on potilaiden kunnon huonontuminen. Potilaat ovat ASA 3-4 luokkaa ja osa kunnoltaan sellaisia, ettei pysty huolehtimaan itsestään itsenäisesti. Seuranta ja hoito muuten onnistuu suhteellisen hyvin, potilas toki siirtyy satunnaisesti liian aikaisin heräämöstä, jolloin kunnoltaan ei ole esimerkiksi viireystilan tai puudutteen poistumisen vuoksi vielä kotiutuskuntoinen.”

” Tärkeätä on alustava valmistautuminen eli että potilaan perussairaudet olisivat mahdollisimman hyvin hoidossa/tasapainossa ennen leikkausta.”

” Asa 3–4 luokan potilas ei välttämättä ongelma, jos perussairaudet ovat hyvin hoidossa ja esim. toimenpide pienempi. Mutta jos isompi toimenpide ja ASA luokka 3–4 ilmaantuu hyvin usein myös ongelmia. Vuoto yms.”

” Riippuu täysin potilaasta. Jos liikuntakyky sekä muisti toimivat, menee hän muiden joukossa.”

”Herkossa on iso potilasvolyymi, joten se on erittäin haastavaa, jos jonkin potilaan perustilanne vaatii jo lähtökohtaisesti enemmän hoitajan aikaa, koska se ei vähennä sitä omaa potilastaakkaa, että sama aika mikä ennen riitti potilaille, niin siitä joutuu nipistämään, jos tulee monisairaita ja huonompikuntoisia potilaita, jotka oletetaan, että hoidetaan samalla tavalla kuin paljon terveempi potilas verrattain.”

”ASA 3-4 luokan potilaat eivät mielestäni kuulu kotiutusyksikköön. Potilaiden seurantaan ja hoitoon ei ole riittäviä resursseja. Nämä potilaat eivät kotiudu leikkauksen jälkeisenä aamuna.”

7.2.2 Lääkehoito kotiutusprosessin aikana

Lääkehoito ja siinä esiin tulevat haasteet kotiutusprosessin aikana - yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Leikkauspotilaan postoperatiivinen kivun lääkehoito, Leikkauspotilaan postoperatiivinen pahoinvoinnin lääkehoito, Leikkauspotilaan muu lääkehoito ja sen huomioiminen hoidossa, Riittämätön kivun- tai pahoinvoinnin postoperatiivinen hoito, Puuttuvat lääkemääräykset ja Sovitut käytänteet ja toimintatavat ja niistä poikkeavat käytännön toimet. Vastaaajista 81 % (n=17) kokee haasteita leikkauspotilaan lääkeshoidossa. Postoperatiivisen kipu- ja pahoinvointilääkityksen koki riittämättömäksi 76 % (n=16) vastaajista ja 24 % (n=5) riittäväksi.

Lääkehoitoon liittyvät käytänteet ja toimintamallit ovat tiedossa, mutta käytännön toteutuksessa eroja erityisesti lääkäreillä. Puutteellisia lääkemääräyksiä on paljon ja ne vievät paljon aikaa hoitajilta. Lääkehoidon suhteen koettiin kivunhoidossa enemmän puutteita ja haasteita kuin postoperatiivisen pahoinvoinnin hoidossa. Lääkemääräyksiä sekä kirjauksia on useissa tietojärjestelmissä tai niiden eri vaiheissa, mitkä vievät hoitajien aikaa ja vaarantaa samalla potilasturvallisuutta. Ristiriitoja esiintyy ajoittain kirurgien ja anestesiaalääkäreiden määräämissä lääkkeissä esimerkiksi samalle päivälle on määrätty kahta erilaista tulehduskipulääkettä. Lisäksi potilaan kotilääkitys jää ajoittain huomioimatta annetuissa lääkemääräyksissä. Muun leikkaushoidon lääkituksen suhteen esimerkiksi anticoagulaatiohoitoon liittyvissä määräyksissä ja ohjeistuksessa ilmeni hoitajien kokemana ajoittain puutteita.

Lääkehoidon toteutusta ei koettu haastavaksi. Lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen ja sen oikeellisuuden tarkistaminen koettiin olevan pääasiassa hoitajien vastuulla. Tilat lääkehoidon toteutukseen koettiin osittain epäkäytännölliseksi ja riittämättömäksi.

” Periaatteessahan kaikki toimii. Mutta käytäntö on toista luokkaa. Lääkärit eivät välttämättä määrää tarpeeksi kipulääkkeitä kotiin esimerkiksi, jos potilas on puudutettu, mutta kun puudutus loppuu aikanaan niin sen jälkeen usein potilas käy kipeäksi. Joudumme paljon soittamaan kipulääkereseptien perään.”

” Helpoksi. Tarkkana tietysti saa olla, koska kotiutuksessa ei toteuteta yhtenäisiä lääkkeenantoaikoja.”

” Olisi hyvä, jos lääkekaappi olisi isompi tai eri paikassa. Ahdasta on. Lääkkeiden selvittely voi viedä paljon aikaa, jos potilaalla ei ole mukana sovittusti omat vuorokauden lääkkeet tai se on muutenkin jonkun toisen ihmisen, kuten puolison hallinnassa kotioloissa.”

” Osin toimivat, toki soittoja joutuu vieläkin tekemään puutteellisista lääkemääräyksistä kotiutuvaiheeseen. osalle on hyvin anestesialääkäri lääkkeitä määrännyt, mutta osalta puuttuu täysin.”

” Lääkehoidon seuranta, oikeellisuus ja oikea toteutus on vahvasti hoitajien harteilla. Turhauttavan paljon työajasta menee lääkäreille soittamiseen puuttuvien ohjeistusten tai reseptien takia tai sen takia, että verenkiertolääkkeiden jatkosuunnitelma puuttuu. Kipulääkitys operaation jälkeen saattaa puuttua tai olla puutteellinen. Hoitajalle luo eettistä stressiä kotiuttaa potilas puutteellisella kipulääkityksellä, vaikka lääkäri näin olisi määrännyt. Potilaiden palaaminen kivun takia päivystykseen kuormittaa turhaan päivystystä.”

7.2.3 Leikkauspotilaan seuranta ja siinä esiin tulevat haasteet

Leikkauspotilaan seuranta ja siinä esiin tulevat haasteet kotiutusyksikössä -yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Ajoittainen henkilöstövaje, Potilasmäärien kasvu, Turvallinen ja laadukas seuranta, Puutteelliset tai puuttuvat lääkemääräykset, Poikkeavat tilanteet, Huonokuntoiset potilaat, Päiki- ja herkokirurgisen potilaat ja Heräämön siirtokriteerit potilaan siirtyessä kotiutusyksikköön. Vastaajista 90 % (n=18) koki haasteita leikkauspotilaan seurantaan liittyen työssään. Hoitajat kokivat haasteelliseksi: potilasmäärien ja uusien potilasryhmien (ilman lisäkoulutusta) lisääntyminen lisää haasteita leikkauspotilaan seurannassa, ajoittain liian vähäiset henkilöstöresurssit, seurannan lyhytkestoisen luonteen ja paineen kotiuttaa potilaita tulevien potilaiden edeltä, mikä aiheuttaa haasteita turvalliseen kotiuttamiseen.

Potilasturvallisuuteen ja työnkuormitukseen vaikuttavia haasteita koettiin: huonokuntoisten potilaiden hoidossa (vie hoitajan resursseja, riittämätön välineistö, ym.), lääkärien puutteelliset määräykset ja jatkohoito- ohjeet, poikkeavat tilanteet (muistamaton potilas, voinnin äkilliset muutokset, ym.). Haasteista huolimatta leikkauspotilaan seuranta koettiin tärkeäksi perustyöksi, joka on pääsääntöisesti turvallista ja laadukasta. Lisäksi toivottiin heräämön siirtokriteerien tarkastelua, koska ajoittain potilaat siirtyvät liian varhaisessa vaiheessa kotiutusyksikköön. Siinä tapauksessa potilas vaatii alkuvaiheessa enemmän hoitajan läsnäoloa ja seurantaa.

” Haasteena kotiuttaa pikaiseen tahtiin leikkauspotilaita seuraavien ”tieltä”. Tarvitaan vahvaa uskallusta, koska ei lääkärinkiertoa ja heidän päätöstänsä kotiuttamisesta. Koska kaikki kirurgia pitää olla hallussa, syvää osaamista eri erikoisaloihin ei synny.”

” Se kuuluu osana työtä, enkä koe sitä haasteelliseksi.”

” Haasteena on potilasmäärän räjähdysmäinen kasvu ja sen myötä eri erikoisalojen ja leikkausten suuri määrä. Pitää tietää ns. kaikesta kaikki. Koen myös paineena nopean kotiuttamisen, vaatii suurta ammattitaitoa arvioida potilaan oikea-aikainen kotiutus.”

” Potilaiden pitäisi olla kotiutusyksikköön siirtyessä ”kotikuntoisia”, jotta seurantalaitteita ei tarvita.”

7.2.4 Hoitotoimenpiteet ja niissä esiin tulevat haasteet

Hoitotoimenpiteet ja niissä esiin tulevat haasteet kotiutusyksikössä - yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Virtsaamisen seuranta yleisanestesian tai spinaalipuudutuksen jälkeen, Toistokatetrointi ja sen ohjaus potilaalle yksilöllisesti, Lääkärien konsultointi työn tukena, Työkokemuksen myötä syntyvät rutiineja hoitotoimenpiteisiin ja virtsaamisen seuranta on tärkeä osa leikkauspotilaan hoitotyötä, Leikkausalueen hoitotoimenpiteet ja niihin liittyvä ammatillinen osaaminen, Hoitotoimenpiteiden mielekkyys ja Leikkauspotilaan ohjaus ennen leikkausta virtsaamiseen liittyviin ongelmiin leikkauksen jälkeen. Pääosa vastaajista 95 % (n=19) ei kokenut haasteita hoitotoimenpiteiden suorittamisessa esimerkiksi steriilit sidosten vaihdot. Niiden koettiin vievän aikaa, mutta ammatillinen osaaminen koettiin riittäväksi.

Virtsaamisen seurannassa, katetroinnissa ja toistokatetroinnin ohjaamisessa potilaalle erilaisia haasteita koki 29 % (n=6) vastaajista. Hoitotoimenpiteet koettiin pääsääntöisesti mielekkäänä työnä ja ammatillisen osaamisen olevan niihin riittävää. Lisäksi niihin tarvittavat tilat ja tarvikkeet olivat helposti saatavilla. Lääkärien konsultointi leikkausalueen ongelmien suhteen oli pääasiassa sujuvaa ja lääkärit tulivat tarpeen mukaan katsomaan potilasta kotiutusyksikköön. Kollegoilta oli saatavilla hyvin apua/tukea hoitotoimenpiteisiin tarvittaessa. Kaiken kaikkiaan hoitotoimenpiteet koettiin perustyönä mikä oli hyvin toimivaa kotiutusyksikössä. Työkokemuksen koettiin antavan rutiineja niihin.

Haasteelliseksi koettiin toistokatetroinnin ohjaaminen iäkkäälle, liikuntarajoitteiselle tai esimerkiksi obeesille potilaalle, jonka kyky katetroida kotioloissa oli epävarmaa. Virtsaamisen seurannassa ja siihen liittyvissä katetroinnin ohjeistuksissa koettiin olevan jonkin verran eroja, etenkin erikoisaloittain. Lisäksi potilaiden tietoisuus mahdollisista virtsaamiseen liittyvistä ongelmista leikkauksen jälkeen koettiin olevan vähäistä. Siihen toivottiin enemmän potilaan informointia preoperatiivisessa vaiheessa.

Virtsaamisen seurannassa ja siihen liittyvissä katetroinnin ohjeistuksissa koettiin olevan jonkin verran eroja, etenkin erikoisaloittain. Hoitotoimenpiteet vievät aikaa ja sen koettiin vaikuttavan esimerkiksi potilaiden kotiuttamisaikaan. Kaiken kaikkiaan virtsaamiseen liittyvän seurannan, ongelmien ja katetroinnin koettiin pidentävän potilaan hoitoaikaan kotiutusyksikössä. Nykyisissä yksikön tiloissa tilat hoitotoimenpiteisiin koettiin olevan saatavilla paremmin.

” Erialaisten pienten toimenpiteiden suorittaminen, kuten sidosten vaihto tai katetrointi, ovat mielekkäitä työtehtäviä ja vaativat asepiestystä työskentelyä. Ne ovat yksi tämän työn ”suola”.

” Koen hyvänä asiana sen, että sidosten vaihdot haavoihin pystytään tehdä kaksin. Haava alueen seurantaan on myös hyvät ohjeet.”

” En koe ongelmana. Pitkä työkokemus on tuonut ”rutiinin”. Selkeät ohjeet milloin vaihdetaan steriilisti ja esim. millaisen sidoksen valitsen.”

” Leikkausalueen seuranta vaihtelee helposta haastavaan. Esimerkiksi rintapotilaiden haavat ovat lähes aina samalaisia ulkoisesti paikan ja ompelumenetelmien suhteen. Myös tekonivelien haavat ovat samannäköisiä ulkoisesti. Sen sijaan jalkaterien, murtumien ja plastiikan muiden leikkausten haavat voivat olla hyvin vaihtelevan näköisiä, jolloin haavan hoito ja seuranta on haastavampaa. Myös näin ollen sidosten vaihto.”

” Tärkeä osa hoitoa ja seurantaa tiettyjen potilaiden kohdalla. Haasteena ajoittain se, että spontaani virtsaus ei onnistu, jolloin potilaan kotiutus viivästyy.”

7.2.5 Tietojärjestelmät ja siinä esiin tulevat haasteet

Tietojärjestelmät ja siinä esiin tulevat haasteet yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Potilastietojärjestelmät Sairaala Novassa, Tietojärjestelmien toimintahäiriöt, Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja päällekkäisyys potilasturvallisuusriskitekijöinä, Tietojärjestelmiin käytetty työaika ja Työn hektisyys virhekirjauksessa. Kaikki vastaajat (n=21) kokivat tietojärjestelmien aiheuttavan haasteita työskentelyyn. Haasteena koettiin päällekkäinen kirjaaminen eri tietojärjestelmissä, mikä vaatii tarkkavaisuutta potilasturvallisuuden näkökulmasta. Lääkäreiden määräykset oli tarkistettava useammasta eri tietojärjestelmästä sekä saman tietojärjestelmän eri vaiheista. Tietojärjestelmät olivat vanhat, kankeat ja työaikaa vieviä. Sen lisäksi ajoittain vaivaavat toimintahäiriöt tietojärjestelmissä veivät hoitajan aikaa ja vaaransivat potilasturvallisuuden. Yhtenäisten tietojärjestelmien puute hyvinvointialueilla ja jatkohoitopaikoissa koettiin haastavaksi leikkauspotilaan tiedonsiirtoa tehdessä jatkohoitoyksikköön. Kiire vaikutti virhekirjausten riskiin lisäävästi, koska kirjaaminen ajallaan ei onnistunut. Perioperatiivinen tietojärjestelmä koettiin tärkeäksi leikkauspotilaan hoidossa. Pääsääntöisesti toimiessaan tietojärjestelmät eivät aiheuttaneet vastaajille merkittäviä haasteita työskentelyyn.

” Tarkkana saa olla, että joka perioperatiivisen vaiheesta osaa poimia potilaan saamat lääkitykset, pitäisi olla yhdellä silmäyksellä löydyttävissä, ei kolmelta eri sivulta etsiessä.”

” Tietojärjestelmät ovat vanhoja ja murenevat alta. Asteri-hanke kaatui ja kieltämättä tietojärjestelmien osalta tulevaisuus huolettaa. Perioperatiivisen hoidon lääkekirjaaminen on alkeellista ja esim. osastosiirtojen, päivystysten ja hoitokeskuksesta siirtyvien (meiltä tai meille) tulee helposti väärinymmärryksiä, kun toisaalla käytössä Lifecaren lääkityssovellus. Tarpeen olisi saada yhtenäinen ohjelma ja yhtenäiset käytännöt. Lääkäreiden pitäisi kantaa oma osansa (lääkityksen oikeellisuus, kipulääkitysten lisääminen, lääketauotukset jne.)”

” Haasteena on hektinen työ. Potilaat hoidetaan kyllä hyvin ja oikea aikaisesti, mutta kirjaaminen jää usein myöhemmäksi, jolloin ei välttämättä enää muistakaan kaikkea mitä on tehnyt ja milloin.”

” Ongelmaksi muodostuu myös se, ettei esimerkiksi terveysasemalla käytetä samaa kirjaus systeemiä kuin kotiutusyksikössä.”

” Kirjausta tapahtuu todella moneen paikkaan. Ja päällekkäistä kirjausta tulee. Prosessium, kun sen käytön oppii, on selkeä ja hyvä.”

7.2.6 Leikkauspotilaan jatkohoito ja siinä esiin tulevat haasteet

Leikkauspotilaan jatkohoito ja siinä esiin tulevat haasteet - yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Jatkohoitopaikan järjestäminen ja siihen liittyvät toimintamallit, Yhteys- ja resurssihoitajat, Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon, Potilaan kotona pärjääminen ja Päiväkirurgisen potilaan valmistaminen preoperatiivisessa vaiheessa leikkauksesta kotiutumiseen. Vastaaajista 90 % (n=18) koki haasteita jatkohoitoon liittyvissä järjestelyissä. Haasteelliseksi koettiin leikkauspotilaan jatkohoitopaikan järjestämiseen liittyvät ongelmat (resurssipula/ paikat). Jatkohoitopaikan saanti ja siinä esiin tulevat viiveet pitkittävät leikkauspotilaan siirtymistä kotiutusyksiköstä kuormittaen resursseja (paikka ja hoitajat).

Yhteys- ja resurssihoitajat käytössä vain arkisin, mutta pääosin heidän tekemä järjestelyapu koettiin haasteita vähentäväksi. Potilaiden riittävä valmistautuminen leikkauksesta kotiutumiseen ennen leikkausta koettiin tärkeäksi (aikuista seuraa yön yli, olosuhteet kotona ym.). Vastajat toivoivat, että siihen kiinnitetäisiin enemmän huomioita preoperatiivisessa vaiheessa. Mikä osaltaan nopeuttaisi potilaiden kotiutumista tai siirtymistä jatkohoitoyksikköön. Lisäksi koettiin, että potilailla, joilla sairaus tai yleisvointi vaatii enemmän hoitajan läsnäoloa ja hoitoon osallistumista olisi omaiset/ hoitokodista saattaja mukana sovittu kotiutusvaiheessa (muistamattomuus, kehitysvamma ym.). Siihenkin tulisi kiinnittää preoperatiivisessa vaiheessa enemmän huomiota, koska se vie hoitajilta aikaa ja muidenkin potilaiden kotiutus viivästyy.

” Mielestäni leikkauspotilaan jatkohoitopaikan järjestely on selkeä prosessi, tiedän mihin numeroon soittaa ja mistä saan apua. Haasteiksi toisinaan muodostuu se, ettei osastolta voida sanoa aikaa potilaan siirtymiselle, joten potilas voi viipyä kauankin kotiutusyksikössä ennen siirtoa.”

” Haastavaksi. Potilaspaikkoja on vähän ja tuntuu monesti, että kotiutusyksiköstä lähtevät potilaat ovat ”jonon viimeisiä”. Resurssivastaava ja yhteyshoitaja ovat kiireisiä, eivätkä joskus ymmärrä, että esimerkiksi lauantaisin yksikkö menee kiinni klo 14.”

” Ei ole mikään salaisuus, että kaikki osastot ovat täynnä ja paikkoja ei ole. On äärimmäisen haastavaa löytää jatkohoitopaikkaa ja joka kerta kun pitäisi lähteä soittamaan niin jännittää että miten käy, saako potilas paikan vai ei. Sitten oman puolen tuo myös se, että lääkäri antaa painetta siitä, että potilas ei saisi olla enää meillä hoidossa, että miksi edelleen meillä: kun paikkaa ei missään muualla ole. Jos osastoilla ei ole paikkaa, niin potilaita ei sinne oteta, mutta herkoon on joka päivä silti tulossa uudet potilaat, vaikka edellisiä ei saataisi kotiin. Se luo ahdistusta.”

” Olen saanut aina asiat hoidettua yhteishoitajien, resurssivastavien ja omien esimiesten kanssa, toki tämä vaatii ajoittain useampaa puhelua”

7.2.7 Työnkuormittavuus ja siihen vaikuttavat tekijät

Työnkuormittavuus ja siihen vaikuttavat tekijät hoitajien kokemana - yläluokka muodostui seuraavista alaluokista: Potilasmäärät lisääntyvät, Henkilöstöresurssit ajoittain riittämättömät, Lääkärien puuttuvat määräykset ja dokumentit työllistävät paljon, Työskentelyrauha ja sen puuttuminen, Työnkeskeytyminen, Työn hektisyys, Seuranta vaativaa välineistöä liian vähän (esimerkiksi vitaali-toimintojen seurantaan), Kollegoiden tuki ja työilmapiiri auttaa jaksamaan työssä ja Toiminta kahdessa eri tilassa vähentää työnkuormitusta. Vastaajista 86 % (n=18) kokee työn kuormittavana, joista 28 % (n=5) kokee sen kuormittavan harvoin.

Työnkuormitusta vähentävinä tekijöinä koettiin kollegoilta ja esimiehiltä saatu tuki ja yksikön toiminta kahdessa eri tilassa. Toiminnan jakautuminen kahteen eri tilaan oli rauhoittanut työympäristöä ja siinä olevaa ”hälinää” sekä antanut lisää tilaa tehdä esimerkiksi hoitotoimenpiteitä potilaille. Päivittäinen potilasmäärien vaihtelu koettiin ajoittain suureksi. Kiireisimpinä päivinä työnkuormitusta esiintyi enemmän. Leikkaustoiminnan suunnittelu kuormituksen vähentämiseksi koettiin tärkeäksi. Varsinainen leikkauspotilaan hoitotyö koettiin pääsääntöisesti mielekkäänä. Työkuormittavuutta lisäävänä tekijänä aineistosta nousi esille kaikissa pääluokissa lääkärien puuttuvat, puutteelliset tai ristiriitaiset määräykset, jatkohoito- ohjeet, reseptit, sairauslomatodistukset ja leikkauskertomukset. Niiden koettiin työllistävän paljon hoitajia ja sitä tapahtui usein.

Työn kuormitusta lisäsivät merkittävästi myös tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat, potilasmäärien kasvu, ”ruuhkahuiput”, uudet potilasryhmät ilman asianmukaista koulutusta, riittämättömät hoitajaresurssit (etenkin äkilliset sairauspoissaolot), potilaiden huonokuntoisuuden lisääntyminen (hoidettavuus) ja siihen liittyvien seurantalaitteiden vähäisyys. Työn koettiin keskeytyvän puhelinliikenteen takia (kotiutuneet potilaat, omaiset ja lääkärit), kollegoiden auttamisen, tietojärjestelmien toimintahäiriöiden ja potilaiden lisääntyneen hoidettavuuden takia. Kaiken kaikkiaan kiireen koettiin vaikuttavan merkittävästi työnkuormittavuuteen lisääntymiseen, hoidon laadun sekä potilasturvallisuuden huonontumiseen.

” Hoito on hyvää ja laadukasta. Haasteita esiintyy silloin kun potilaita tulee kerralla ”liikaa” tai vuorossa on liian vähän henkilökuntaa.”

” Työ kuormittaa silloin kun on liian kiire tai liian tiukka tahti. Muuten nautin työstä suunnattoman paljon. Hyvässä työporukassa huonompikin päivä menee.”

” Nyt kun yksiköitä on kaksi, on tilanne rauhoittunut, samalla myös haasteet ovat ”pienentyneet”. ”

” Vaatii nopeaa reaktiokykyä ja joustamista ja on välillä hyvinkin raskasta.”

”Lääkitysten varmistaminen, reseptien puuttuminen, sairauslomatodistusten puuttuminen. Lähes päivittäin.” (lääkäreiltä)

*”Välillä kiire tuo omat haasteensa, ja jatkuva oman työn keskeytyminen (esim. puhelinliikenne, etenkin omaisten puhelut, työkave-
reiden auttaminen potilaiden kanssa, jotka vaativat useamman
hoitajan avun). Paljon myös lääkäreiden perään soittelua ja hoito-
tai kotiohjeiden varmistelua, sairauslomatodistusten pyytämistä tai
niiden metsästämistä. Kotiin riittävien kipulääkkeiden pyytämistä
anestesia- ja analgeetikkeiltä (salin oma anelääkäri ei ole huomioinut val-
miiksi).”*

”Haasteina koen sen, että resursseja ei ole tarpeeksi. Kotiutusyksikköön suunnitellaan potilaita, jotka eivät sinne kuulu. Ei meillä ole samanlaisia resursseja kuin esimerkiksi osastolla.”

7.3 Kehittämistarpeet kotiutusprosessin aikana

Kehittämistarpeet leikkauspotilaan hoidossa kotiutusprosessin aikana - pääluokka muodostui yläluokasta: Kehittämistarpeet kotiutusprosessissa. Yläluokka muodostui seuraavista alaluokista esimerkin mukaisesti (ks. kuva 20): Leikkauspotilaan kotihoito- ohjeiden ajantasaisuus ja toimenpidekohtaisuus, Lääkäreiden selkeät määräykset ja jatkohoito-ohjeet potilaskohtaisesti, Päiki- ja herkopotilaiden kriittinen valintapreoperatiivisessa vaiheessa, Kehittämistoiminta henkilökunta lähtöisesti, Tietojärjestelmien yhteen toimivuus, Yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa leikkauspotilaan hoidossa, Riittävät henkilöstöresurssit, Työn keskeytyminen, Työnkuormituksen vähentäminen, Suunnitelmallisuuden lisääminen päivittäiseen leikkaustoimintaan ja Erikoisalakohtaiset yhteistyöpalaverit. Tutkimuksen vastaajista 86 % (n=18) toi esille leikkauspotilaan kotiutusprosessiin liittyviä kehittämistarpeita.

Vastaajia pyydettiin mainitsemaan leikkauspotilaan kotiutusprosessiin liittyviä kehittämistarpeita. Sen lisäksi koko aineistosta poimittiin esiin tulleet kehittämistarpeet. Vastaajat kokivat tarvitsevansa ammatillisen osaamisen tueksi lisää koulutuksia. Erikoisalakohtaisesti sekä uusien potilasryhmien suhteen.

Yksikön kehittämistoiminnan toivottiin olevan työntekijälähtöistä. Preoperatiiviseen vaiheeseen toivottiin kriittisyyttä potilasvalinnan (potilaan päiki- ja herkokirurgiaan sopivuus) ja potilaiden taustojen selvittämisessä. Lisäksi potilaan valmistaminen nopeaan kotiutumiseen leikkauksen jälkeen jo preoperatiivisessa vaiheessa koettiin tärkeäksi.

Työn sujuvuuden, turvallisuuden ja kuormittavuuden näkökulmasta lääkärien toivottiin tekevän määräykset, jatkohoito- ohjeet ja leikkausdokumentit oikea-aikaisesti. Potilasohjeita tulisi lisätä uusien potilasryhmien mukaisesti ja niitä tulisi päivittää säännöllisesti. Lisäksi hakusanasto koettiin epäselväksi nykyisellään. Henkilöstöresursseja pitäisi tulla samassa suhteessa lisää potilaiden kanssa ja hoitajien pitäisi saada enemmän aikaa potilaan hoitotyöhön. Moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun toivottiin paranevan esimerkiksi säännöllisten yhteistyöpalaverien kautta. Työnkeskeytymiseen ja niihin vaikuttavien tekijöiden vähentäminen, potilasmäärien tasapainottaminen eri päiville ja tietojärjestelmien toiminta sekä ennen kaikkea yhteistoimivuuden parantaminen leikkaushoitopolun eri vaiheissa koettiin merkittävinä tekijöinä työnkuormittavuuden vähentämiseksi.

”Se, että lääkärit hoitaisivat hommansa, ettei tarvitsisi soitella perään, helpottaisi hoitajien työtä ja potilaiden kotiuttamista.”

”Kotiutusyksikön hoitajia tulisi kuunnella ja myös oikeasti tehdä toimia asioiden korjaamiseksi. Esim. Päikiksi suunniteltu on oikeasti päikikelpoinen (ei asu yksin). Usein jää kuva, että epäkohtiin ei voi puuttua, koska ei ole dataa. Dialogi ammattilaisten välillä puuttuu tai vanhat hierarkiat vaikuttavat liikaa. Ennen kaikkea pitäisi muistaa, että kotiutusyksikön toiminta on taloudellisesti tehokasta ja sellaisena se tulisi myös pitää, jos tuottavuudesta ja henkilökunnasta halutaan pitää kiinni. Tällöin kaiken aikaa sairaampien ja iäkkäämpien potilaiden lisääminen ei ole kestävä.”

”Sampo ohjepankkiin toivoisin jokaiseen leikkaukseen liittyviä kotiutusohjeita.”

” Hoitajille enemmän aikaa hoitaa kotiutuksen kunnolla alusta, loppuun asti. Mikäli ei ole ehditty hoitaa menee vain enemmän aikaa kaikilla, kun potilas joutuu soittamaan kotiutumisen jälkeen. Potilaan lääkehoitoa voisi mielestäni lääkäreiden puolesta myös yksilöidä paremmin, ja ottaa potilaan postoperatiiviset kivut kotiutuksen jälkeen huomioon.”

” Potilaan toimintakyvyn arviointiin tulisi kiinnittää huomiota jo hoidon suunnittelussa, tehostetusti. Omaiset mukaan tähän prosessiin, jos mahdollista. Päikiin suunniteltaisi potilaita, jotka sieltä voivat kotiutua päikinä/herkona. Turhia puheluja ja järjestelyjä jää pois. Potilaspuhelimeen nimettävä hoitaja, joka huolehtii puhelut tietyn ajan. Puheluja tulee paljon aamuisin.

Kotiutukseen oma lääkäri.”

Sisällön analyysi: Kehittämistarpeet leikkauspotilaan kotiutusprosessissa				
ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLALUOKKA	PAALUOKKA
<p>” Kotiutusohjeistus on ajan tasalla eli muutoksien jälkeen ohjeiden päivitys heti. Ajatus esim. kotiuttamisen kriteereistä, että kaikki ohjaavat kotiutusasiat samalla tavalla niin kuin mm. haavanhoidon, kipulääkityksen. Ja että näistä olisi osastotunteja kertauksen vuoksi.”</p> <p>” Lääkäreiltä huolellisuutta potilaan kotiutusohjeisiin, lääkitykseen ja SVA- ja lääkeresepteihin. Varsinkin harvemmin meillä hoidettavat potilasryhmät pitäisi huomioida niin, että ohjeet kotiutuksen hoitohenkilöstölle olisi selkeitä!”</p> <p>” Kotiutusyksikön hoitaja tulisi kuunnella ja myös oikeasti tehdä toimia asioiden korjaamiseksi. Esim. Päikiä suunniteltu on oikeasti päikelpoinen (ei asu yksin) Usein jää kuva, että epäkohtiin ei voi puuttua, koska ei ole dataa. Dialogi ammattilaisten välillä puuttuu tai vanhat hierarkiat vaikuttavat liikaa.”</p> <p>” Se, että lääkärit hoitaisivat hommansa, ettei tarvitsisi soittaa perään, helpottaisi hoitajien työtä ja potilaiden kotiuttamista.”</p>	<p>Leikkauspotilaan kotihoito- ohjeiden ajantasaisuus Sampo-ohjepankissa</p> <p>Kaikille potilasryhmille kotiutusohjeet</p> <p>Lääkärien puutteelliset määräykset ja jatkohoito- ohjeet vievät hoitajien työaika ja resursseja.</p> <p>Päiki- ja herkopotilaiden valintaa tulisi tehdä harkiten huomioiden potilaat ja hoidontarve yksilöllisesti jo ennen leikkausta</p> <p>Leikkauspotilaan kotiuttavaa työtä tekevien hoitajien mukana olo on tärkeää kotiutusyksikön toimintaa suunnitella ja kehittää Tietojärjestelmien toiminta ja ennen kaikkea yhteistoimivuuden parantaminen leikkaushoitopolun eri vaiheissa</p> <p>Leikkauspotilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten välinen yhteistyö ja sitä koskeva dialogi on vähäistä.</p> <p>Leikkauspotilaan hoitoon enemmän aikaa hoitajille</p> <p>Lisää henkilökuntaa suhteessa potilasmäärän lisääntymiseen</p>	<p>Leikkauspotilaan kotihoito- ohjeiden ajantasaisuus ja toimenpidekohtaisuus</p> <p>Lääkärien selkeät määräykset ja jatkohoito- ohjeet potilaskohtaisesti</p> <p>Päiki- ja herkopotilaiden kriittinen valintapreoperatiivisessa vaiheessa</p> <p>Kehittämistoiminta henkilökunta lähtöisesti</p> <p>Tietojärjestelmien yhteen toimivuus</p> <p>Yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa leikkauspotilaan hoidossa</p> <p>Riittävät henkilöstöresurssit</p> <p>Työn keskeytminen</p> <p>Työnkuormituksen vähentäminen</p> <p>Suunnitelmallisuuden lisääminen päivittäiseen leikkaustoimintaan</p> <p>Erikoisalakohtaiset yhteistyöpalaverit</p>	<p>Kehittämistarpeet kotiutusprosessissa</p>	<p>KEHITTÄMISTARPEET LEIKKAUSPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSISSA HOITAJIEN KOKEMANA</p>

Kuva 20. Aineiston analyysi: Kehittämistarpeet leikkauspotilaan hoidossa kotiutusprosessin aikana

8 POHDINTA

Vuodesta 2005 alkaen päiväkirurgisten potilaiden määrä elektiivisissä leikkauksissa on kasvanut, ja se on todettu turvalliseksi hoitomuodoksi Suomessa. Nykyisin päivä- ja herkokirurgisten potilaiden määrä on kauttaaltaan Suomessa noin 50–70 %. Sairaala Novan kotiutusyksikkö aloitti toimintansa vuonna 2018 ja sen jälkeen potilasmäärät ovat lisääntyneet vuosittain merkittävästi, vaikka kyseisiin vuosiin mahtuu sekä koronapandemia että Sairaala Novan muutto uusiin tiloihin. Opinnäytetyötä tehdessä vajaan vuoden aikana kotiutusyksikön potilasmäärät lisääntyivät noin tuhannella potilaalla. Kaiken kaikkiaan Sairaala Novan leikkauspotilaan hoitopolku on todettu tehokkaaksi ja toimivaksi. Leikkauspotilaista noin 80 % kotiutuu kotiutusyksikön kautta. (Raspanti ym. 2017,20; Ruohoaho 2021, 28–29; Sairaala Nova; Tilastokeskus 2024.)

8.1 Tulosten tarkastelu

8.1.1 Ammatillinen osaaminen työyhteisössä

Terveydenhuollon toiminta perustuu tutkittuun tietoon, näyttöön ja niihin perustuviin hoitokäytänteisiin. Terveydenhuoltolaki (1326/2010 8. §) ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994 18. §) ohjaa Suomessa terveydenhuollon toimintaa ja velvoittaa siinä toimivia ammattilaisia vastaamaan omasta ammatillisesta osaamisesta ylläpitämällä ja kehittämällä tietoja sekä taitoja. Rangacharin ym. (2015) mukaan näyttöön perustuvalla hoitotyöllä hoidon vaikuttavuus lisääntyy ja sillä luodaan yhteiskunnallisesti merkittäviä säästöjä. Väestön ikääntyessä myös terveydenhuollon ammattilaisten eläköityminen on lisääntynyt ja lisääntyy merkittävästi tulevaisuudessa. Organisaatioilla ja työnantajilla tulee olla keinoja siirtää tieto ja osaaminen eläköityviltä terveydenhuollon ammattilaisilta nuoremmille työntekijöille. (Saunders 2016,1.)

Hiljaisesta tiedosta on puhuttu viime vuosien aikana entistä enemmän, koska suurten ikäluokkien siirtyessä pois työelämästä, heidän mukanaan katoaa myös valtavasti organisaatioiden käytössä olevista tietoresursseista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 23; Rautava-Nurmi ym. 2014, 14–16; Saunders 2016,1.)

Hoitotyössä esimerkiksi äkillisissä tilanteissa hyvään lopputulokseen pääseminen ei perustu pelkästään teoreettiseen tietoon vaan sisältää myös yksilön kykyä hyödyntää tilanteessa aikaisempia kokemuksiaan, hiljaista tietoa, reflektointia ja nähdä tekemänsä päätösten vaikutukset tulevaisuuteen. Yksilön osaaminen karttuu vuosien saatossa opinnoissa, arkielämässä ja työssä koettua kautta. Organisaatioiden ja siellä työskentelevien työyhteisöjen tulisi hyödyntää osaajien tietämystä käsittelemällä sekä jakamalla sitä. Hiljainen tieto (ajatusmallit/ uskomukset/ mielikuvat) ja siihen liittyvä potentiaali tukee sekä yksilön että organisaation menestystä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 23; Rautava-Nurmi ym. 2014, 14–16; Saunders 2016,1.)

Opinnäytetyön tutkimusaineistosta kävi ilmi, että kollegoilta saatavilla oleva ”hiljainen tieto”, tuki ja ohjaus koettiin työyhteisössä merkittäväksi. Vastaajat, joilla työkokemusta oli kertynyt leikkauspotilaan hoitotyöstä vähemmän, kokivat kokeneimmilta kollegoilta saatava hiljaisen tiedon lisäävän ammatillista osaamista. Työkokemuksen ja ammatillisen osaamisen koettiin antavan työhön rutiineja ja valmiuksia toimia itsenäisesti poikkeavissakin tilanteissa. Kokiutusprosessin aikaiset haasteet koettiin eri tavalla, mikäli työkokemusta ja osaamista oli enemmän. Silloin haasteet liittyivät enemmän esimerkiksi työn hektisyyteen ja ajanpuutteeseen kuin tietämyksen puutteeseen annettavasta hoitotyöstä. Casey ym. (2017) ja Feldackerin ym. (2017) mukaan ammatillinen osaaminen lisääntyy vuorovaikutuksessa työyhteisössä ja työkokemuksen kautta. Lain antamat velvoitteet työntekijälle ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista osaamista edellyttävät myös organisaatiot järjestämään sitä edistäviä koulutuksia ja mahdollistamaan niihin osallistuminen työajan puitteissa.

Kangasniemen ym. (2019,68, 71, 78) mukaan potilaiden oikean aikaisen laadukkaan ja turvallisen hoidon edellytyksenä on näyttöön perustuva tieto ja substanssiosaaminen. Tietoa tuotetaan yhdessä asiantuntijoiden kanssa. Tiedon tulisi olla nykyistä helpommin saatavilla, jotta sen siirtäminen käytännön-työhön olisi tehokkaampaa. Substanssiosaamista edistävää koulutustoimintaa suunnitellessa on tärkeää huomioida kohderyhmä, sen osaamisen taso ja koulutuksen sisältö. Kytkeytyminen työelämään on merkittävää osaamisen kehittämiseksi. (Kangasniemi ym. 2018 sivu 68,71,78.)

Labrague ja McEnroe-Petitteen (2018) sekä Blomberg ja Welander (2019) tuovat esille, että uusien työntekijöiden hyvän perehdytyksen avulla voidaan vähentää kokemusta uuden työn tuomasta stressistä, helpottaa omaksumaan uutta tietoa ja keskittymään tärkeisiin asioihin työn kannalta. Työyhteisöissä ei odoteta uusien työntekijöiden hallitsevan heti työnkuvaa täydellisesti, vaan oikeanlainen asenne koetaan tärkeäksi. Dionysoopouloksen & Katsaragakisin (2019, 172,180) tutkimuksen *Evaluating Nurses' Knowledge and Skills for Dealing With Pain* mukaan esimerkiksi kivunhoidon suhteen organisaatioiden tulisi järjestää lisää koulutuksia hoitajille, koska sen mukaan hoitajilla ei ollut riittävää osaamista leikkauspotilaan kivunhoidon arviointiin ja hoidon toteutukseen. Opinnäytetyön tutkimusaineiston mukaan pääosa vastaajista kokivat tarvitsevansa säännöllistä lisäkoulutusta, etenkin uusien potilasryhmien kohdalla. Koulutuksia koettiin olevan vähän ja niihin osallistuminen koettiin haastavaksi vuorotyön luonteen vuoksi. Tiedonsiirron koulutuksista kollegalta ei koettu olevan yhtä tehokasta kuin koulutuksiin osallistuminen. Koulutukset koettiin merkittäväksi osaksi ammatillista osaamista ja sen kehittämistä sekä työn hallintaa.

Leikkauspotilaan hoito toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä ja vaatii tiimityöskentelytaitoja. Kangasniemen ym. (2018, 76) mukaan potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa edistää hoitoketjuun osallistuvien ammattilaisten ymmärrys toisen ammattikunnan tai yksikön työtehtävistä ja niiden tavoitteista. Monialaiset täydennyskoulutukset ovat parantaneet sekä tiimityötä että käytäntöön liittyvää osaamista. Opinnäytetyön tutkimuksesta kävi ilmi, että vastaajat kokivat moniammatillisessa yhteistyössä ajoittain haasteita esimerkiksi heräämön kirjauksiin potilaan voinnista, toivottiin lisää informaatiota. Sen lisäksi koettiin, että potilaat siirrettiin ajoittain liian aikaisessa vaiheessa kotiutusyksikköön. Niissä tapauksissa potilaat tarvitsivat enemmän hoitajan läsnäoloa ja seurantaa kotiutusyksikössä, mikä viivästytti ajoittain muiden potilaiden kotiuttamista. Säännölliset yhteistyöpalaverit koettiin tarpeelliseksi myös esimerkiksi eri erikoisalojen lääkäreiden kanssa sekä leikkausvaiheen eri vaiheiden hoitajien kanssa potilaan hoidon laadun ja turvallisuuden sekä työn kuormittavuuden näkökulmasta. Nykyisistä käytännöistä nämä puuttuivat. (Kangasniemi ym. 2018,76.)

Moniammatillisessa yhteistyössä merkittävä osa koostuu viestinnästä ja tiedonkulusta. Kirurgisen potilaan hoidossa viestintä hoitajien ja lääkäreiden välillä toteutuu usein puhelimitse. Erilaisten viestintätyylien on todettu aiheuttavan myös turhautumista. Hoitajien tyyli on usein yksityiskohtaisempaa ja kuvailevaa, kun lääkäreillä se on tiiviimpää. Terveystieteiden haastattavista merkittävä osa (n. 65 %) koskee tiedonkulkua. Potilassiirtoihin liittyvät vaaratapahtumat liittyvät yleensä puutteelliseen tietoon potilaan sen hetkestä voinnista, lääkitystiedoista ja seurantaan koskevista ohjeista. Tiedonkulku (huomioimatta jättäminen) leikkauspotilaan postoperatiivisesta kivunhoidosta ja siihen liittyvästä suunnitelmasta, nestehoidosta sekä antibiootihoidosta oli usein puutteellista. Tiedonkulun ongelmat aiheuttavat muun muassa viivästyksiä ja virheitä hoidossa, tehottomuutta ja resurssien tuhlaamista. Vastuun siirtämiseen potilassiirtojen aikana puutteellisella tiedonsiirrolla liittyy usein potilasturvallisuusriskejä, mutta toisaalta se voi toimia myös ns. puutteen esiintyvänä hetkenä. Potilaan tilanne voidaan arvioida siinä tilanteessa uudestaan. (Tamminen & Metsävainio 2015, 339–342.)

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset olivat samankaltaiset kappaleessa aiemmin mainittujen tutkimusten kanssa. Pääosa vastaajista koki lääkäreiden määräykset ja jatkohoitoon liittyvät ohjeet puutteelliseksi usein. Leikkaukseen liittyviä dokumentteja (sairauslomatodistus, leikkauskertomus ja reseptit) puuttui melko usein. Tämän koettiin lisäävän merkittävästi hoitajien töitä, koska määräyksiä piti soittaa lääkäreiltä. Sen lisäksi tiedonkulun koettiin olevan ajoittain puutteellista myös leikkauspotilaan eri vaiheiden aikana esimerkiksi pre- tai intraoperatiivisesta vaiheesta merkittävä tieto ei saavuttanut kotiuttavaa hoitajaa oikea-aikaisesti. Tamminen ja Metsävainio (2015, 342) mukaan kirurgisen potilaan potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää tiedonkulun suunnitelmallista seurantaan ja siihen liittyvää koulutusta. (Tamminen & Metsävainio 2015, 339–342.)

8.1.2 Leikkauspotilaan seuranta ja hoito kotiutusyksikössä

Päivä- ja herkokirurgisen leikkauspotilaan valinnassa tulee olla kriittinen hoidon onnistumisen ja tarkoituksenmukaisuuden näkökulmasta. Se tulisi tehdä moniammatillisessa yhteistyössä eri erikoisalojen lääkäreiden kanssa, jotka liittyvät potilaan leikkaushoitoon (kirurgi, anestesia lääkäri, lisäkonsultaatio esimerkiksi sisätautien lääkäreiltä). Sen lisäksi toimenpidesuunnittelua tekevän hoitajan tulisi selvittää potilaan taustat ja arvio kotona pärjäämisestä leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgisen potilaan tulisi huolehtia, että kotona on yön yli aikuista seuraa, mikäli niin vaaditaan. Leikkauksen odotusaikana muuttuvien tietojen tulisi päivittyä potilaan tietoihin ennen leikkauspäivää, ja tarvittaessa lääkärin tai toimenpidesuunnittelun tulee tehdä uusi arvio valitun hoitomuodon suhteen. (Extended day surgery, 2011; Rockwood ym., 2005; Turunen, 2018, 2.)

Pääasiallisesti päivä- herkokirurgiseksi potilaaksi ei sovellu paljon hoitajan läsnä olemista tai hoitoa ja seuranta vaativat potilaat, kuten muistisairaat, monisairaat, kehitysvammaiset, vakavista mielenterveyshäiriöstä tai päihteiden käytöstä kärsivät potilaat. Nykyään korkea ASA- luokka, ikä, ylipaino tai tietyt perussairaudet esimerkiksi diabetes eivät ole este lyhytkirurgian toteutumiselle. Potilaan tulee olla toimintakyvyltään itsenäinen, ymmärtää kotiutusprosessin aikana annettava ohjeistus ja sitoutua hoitoon. Mikäli toimenpide on pieni eikä vaadi sairaalassa pitkää seuranta niin leikkauspotilaalla tulisi olla mukana omainen tai hoitokodin saattaja mukana. Leikkauksen aikaisessa anestesiahoiossa tulee huomioida ennaltaehkäisevästi potilaan olemassa olevat tiedot esimerkiksi aikaisempien leikkauksien aikaiset pahoinvoinnit, kivut ja muut ongelmat. Tutkimuksista käy ilmi, että huolellisesti ja kriittisesti tehty potilasvalinta ja preoperatiivinen hoito johtaa onnistuneeseen hoitoon lyhytkirurgiassa ja edistää potilaan toipumista leikkauksesta. (Extended day surgery, 2011; Rockwood ym., 2005; Turunen, 2018, 2.)

Opinnäytetyöni tutkimusaineistossa pääosa vastaajista kokivat, että potilasmäärät ja eri potilasryhmät olivat lisääntyneet merkittävästi viime vuosien aikana Sairaala Novan kotiutusyksikössä. Noin puolet vastaajista koki, että samanaikaisesti potilasmateriaali oli huonokuntoisempaa ja vaativat enemmän hoitajan läsnäoloa sekä seuranta.

Sen koettiin aiheuttavan haasteita hoidon toteutuksessa, vievän enemmän aikaa ja pitkittävän kotiutukseen menevää aikaa. Lisäksi sillä oli vaikutusta myös saman aikaisesti hoidettavien potilaiden kotiuttamisen viivästyymiseen sekä työn kuormittavuuden lisääntymiseen. Extended day surgeryn (2011), Rockwoodin ym. (2005) ja Turusen (2018) tutkimusten tulokset tukivat tutkimukseni tuloksia siitä, että potilasvalinnan tulee olla kriittistä ja huolellista lyhytkirurgiassa hoidon onnistumisen ja sen työn kuormittavuuden näkökulmasta. (Extended day surgery, 2011; Rockwood ym., 2005; Turunen, 2018, 2.)

Leikkauspotilaan kotiuttavaa hoitotyötä tekevän hoitajan työnkuva ja siihen liittyvän ammatillinen osaaminen on laaja. Tutkimusten mukaan turvallisen ja laadukkaan hoidon edellytyksenä on eri erikoisalojen kirurgiseen potilaan tuntemus, mikä pitää sisällään hoidon seurannan, hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon toteutuksen. Tämä edellyttää hoitajilta laajamittaista tietoa ja käytännön hoitotyön taitoja. Aikaisempien tutkimusten mukaan kirurgisen potilaan voinnin seurannassa tulee huomioida, että potilaan vointi voi muuttua nopeasti ja vaati välitöntä reagoitua. Kotiutusprosessin aikana tulee seurata leikkausaluetta, vointia (vitaalinelintoiminnot), postoperatiivista kipua ja pahoinvointia sekä muuta siihen liittyvää lääkehoitoa. Sen lisäksi potilaan mobilisointi ja virtsaamisen seuranta sekä niihin liittyvät hoitotoimenpiteet (katetrointi ja toistokatetroinnin ohjaus) ovat merkityksellisiä leikkauksesta toipumisen näkökulmasta. Myös lyhyt kirurgisen potilaan hoitoon (lyhyt seuranta-aika) liittyy erilaisten hoitotoimenpiteiden suorittaminen esimerkiksi leikkausalueen vuodon tarkkailu ja siihen liittyvät toimenpiteet (steriilit sidosten vaihdot). (Hahl ym. 2016: 64–66; Hørdam & Boolsen 2017; Nascimento ym. 2017, 4457–4459; Tervo-Heikkinen ym. 2018, 184–188; Wikström ym. 2016, 804–808.)

Leikkauspotilaan hoito on kokonaisvaltaista ja yksilöllistä, ja sen aikana pitää huomioida potilaan taustat ja vointi. Opinnäytetyön tutkimuksen vastaajista pääosa koki ammatillisen osaamisen olevan riittävää leikkauspotilaan hoitoon ja seurantaan. Hoitotoimenpiteet koettiin mielekkäänä työnä, ne olivat työn ”suola”. (Hahl ym. 2016: 64–66; Hørdam & Boolsen 2017; Nascimento ym. 2017, 4457–4459; Tervo-Heikkinen ym. 2018, 184–188; Wikström ym. 2016, 804–808.)

Haasteita koettiin seurannan ja hoitotoimenpiteiden (steriilit sidosten vaihdot, katetrointi ym.) osalta harvakseltaan, ja ne liittyivät yleensä ajanpuutteeseen. Hoitotoimenpiteet veivät aikaa muulta työltä ja viivästyttivät ajoittain kotiutusta. Hoitotoimenpiteisiin tarvikkeita ja tiloja arvioitiin olevan riittävästi. Aikaisempien tutkimusten mukaisesti leikkauspotilaan seuranta ja siihen liittyvät hoidot koettiin merkittäväksi hoidon onnistumisen kannalta. Työkokemuksen koettiin antavan rutiineja toteutettavaan hoitotyöhön, kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan hoidosta ja ennakoitavuutta. Osa vastaajista koki tarvitsevansa kollegoiden apua ja saavansa sitä helposti. (Hahl ym. 2016: 64–66; Hørdam & Boolsen 2017; Nascimento ym. 2017, 4457–4459; Tervo-Heikkinen ym. 2018, 184–188; Wikström ym. 2016, 804–808.)

Scholten ym. (2018) sekä Simsekin ja Karaozin (2017) tutkimuksissa (elektiiviset ortopediset potilaat) kävi ilmi, että leikkauksen jälkeinen virtsaumpi on yleistä. Simsekin ja Karaozin (2017) tutkimusryhmän potilaista 77 % kärsi virtsaummesta. Scholten ym. (2018) tutkimuksessa (n 307) 46 % potilaista jouduttiin katetroimaan, syynä tähän oli virtsaumpi. Katetroiduista potilaista 21 % jouduttiin katetroimaan useammin kuin kerran. Noin 3 % potilaista kotiutui katetrihoidon kanssa. Preoperatiivisesti riskitekijöinä oli yli 250 ml residuaali. Silloin suosituksena olisi käyttää katetria leikkauksen aikana. Virtsan määrän seuraaminen heräämöhoidon aikana oli myös merkittävää, koska yli 200 ml virtsamäärä nosti potilaan riskiä saada virtsaumpi. Virtsaumpea esiintyi enemmän spinaalianestesian jälkeen. Potilaan paino, ikä, sukupuoli tai ASA-luokka ei vaikuttanut virtsaummen syntyyn. Scholten ym. (2018) tutkimuksen mukaan preoperatiivisella residuaalilla eikä potilaan nestetasapainolla ollut merkitystä virtsaummen esiintyvyyteen. Kaiken kaikkiaan virtsaumpi vaikutti potilaiden spontaanivirtsauksen alkamiseen. Virtsaumpesta kärsineet potilaat virtsasivat spontaanisti keskimäärin n. 11 tuntia leikkauksen loppumisesta. (Scholten ym. 2018, 1548–1550; Simsek & Karaoz 2017: 526.)

Pääosa opinnäytetyön tutkimukseen vastaajista kokivat leikkausten jälkeisen virtsaamisongelmat yleiseksi. Siihen liittyviä toimenpiteitä kuten katetrointia tai ultraääniseurantaa ei pidetty juurikaan haastavana vaan yleisesti virtsaamisen ongelmien esiintyvyyttä pidettiin yleisenä ja sen koettiin viivästyttävän potilaan kotiutumista sekä vievän hoitajien aikaa. Toistokaterointi- ohjaukseen ammatillisen osaamisen koettiin riittävän pääosin hyvin.

Haasteet siinä olivat lähinnä potilaslähtöisiä eli esimerkiksi potilaan ikä tai muu rajoite ohjauksen vastaanottamiseen ja katetroinnin itsenäiseen toteuttamiseen kotioloissa. Yhteistyö uroterapeuttien kanssa koettiin tärkeänä ja omaa työtä tukevana. Scholten ym. (2018) ja Simsek & Karaozin (2017) tutkimusten tulokset ovat samankaltaiset opinnäytetyön tutkimuksen kanssa virtsaummen yleisyydestä ja sen vaikutuksesta potilaan kotiutusprosessiin.

Tutkimusten mukaan sairaalan lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkehoidon toteuttamista ja siihen liittyvän prosessin turvallisuutta. Vuosina 2007–2009 vaaratapahtumajärjestelmän aineiston pohjalta tehdyn tutkimuksen mukaan Suomessa tuli lääkehoidossa esille lääkityspoikkeamia 32 706. Vuonna 2018 Helsingin yliopistollisessa sairaalassa tapahtui 6882 lääkehoitoon liittyvää poikkeamaa. Näistä 13 % liittyivät lääkkeen määräämiseen, 16 % kirjaamiseen ja 39 % lääkkeen antamiseen potilaille. Lääkehoidon riskin paikkoina tiedetään olevan potilassiirrot, potilaiden monilääkitys, ajan tasalla olemattomat lääkitystiedot ja lääkkeet, mitkä luokitellaan suuren riskin lääkkeiksi (esimerkiksi anti-koagulantti). Lääkemääräysten suhteen riskitekijöitä lisäävät puutteelliset, suullisesti ja käsin tehdyt määräykset sekä eri tietojärjestelmiin tehdyt määräykset. Hoitaja voi tarkistaa potilaan lääkityksen, mutta lääkelistan vahvistamisen voi tehdä vain lääkäri. Kaiken kaikkiaan lääkemääräysten tulee olla selkeitä, että lääkehoito toteutuu tarkoituksen mukaisesti ja oikein. Potilaan kotiutuessa lääkelistan tulee olla aina ajan tasalla. Lääkitysturvallisuutta voidaan parantaa standardoiduilla ohjeilla ja toiminatavoilla. (Schepel & Kuitunen 2020.)

Mahaman & Ninnon (2019, 5–6) *Assessment and Management of Postoperative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana* ja Dionysoopouloksen & Katsaragakisin (2019, 172,180) tutkimuksen *Evaluating Nurses' Knowledge and Skills for Dealing With Pain* tutkimuksista kävi ilmi, että sairaanhoitajien rooli oli suuri leikkauspotilaan kivunhoidon arvioinnissa, toteutuksessa ja hallinnassa. Hoidon toteuttamiseen vaikuttivat kuitenkin hoitajien kliiniset kokemukset enemmän kuin sovitut käytänteet. Wikströmin ym. (2016, 807–808) mukaan sairaanhoitajien viettämä aika potilaiden kanssa auttaa hoitajia tekemään lääkäriä paremmin arvion kivunhoidosta ja sen vaikuttavuudesta.

Moniammatillinen yhteistyö ja kollegoiden tuki auttaa ratkomaan leikkauspotilaan lääkehoitoon liittyviä ongelmia. Leikkauspotilaan turvallinen ja tehokas lääkehoito vaatii toimivaa moniammatillista yhteistyötä. (Wikström ym. 2016, 807–808.)

Tammisen & Metsävainion (2015, 339–342) mukaan kirurgisen potilaan turvallisuuteen ja hoidon latuun vaikuttivat usein lääkehoitoon liittyvät puutteet tiedonsiirrossa. Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset olivat edellä mainittujen tulosten mukaiset. Enemmistö vastaajista koki lääkehoidon ja sen onnistuneen toteutuksen olevan pääasiallisesti hoitajan vastuulla. Moniammatillinen yhteistyö koettiin merkittäväksi osaksi onnistunutta lääkehoitoa. Tiedonkulun ongelmat aiheuttivat hoitajille usein haasteita lääkehoidon toteuttamiseksi, lähinnä puutteelliset määräykset ja niiden oikea-aikaisuus. Lisäksi anestesia- ja kipulääkäreiden ristiriitaiset määräykset kirurgien tekemien määräysten kanssa esimerkiksi päällekkäisyydet kipulääkityksissä.

Mahaman & Ninnon (2019, 5–6) ja Xavierin ym. (2018, 2438–2439) tutkimuksissa todetaan, että leikkauspotilaan kipua hoidetaan ensimmäisen vuorokauden aikana pääasiassa lääkityksellä. Simsekin (2019, 529) mukaan leikkauspotilaan kivunhoidossa tulee huomioida lääkehoidon tueksi myös lääkkeettömän kivunhoidon muodot. Huonosti hoidettu postoperatiivinen kipu lisää potilaan sairaalassa vietettyä aikaa ja leikkauskomplikaatioiden riskiä sekä huonontaa potilaan elämänlaatua. Tutkimuksista kävi ilmi, että riittämättömän kivunhoidon taustatekijöinä ovat muun muassa hoitajien tiedon puute, hoitajien negatiiviset asenteet ja tiedonkulun ongelmat. (Mahaman & Ninnon 2019, 5–6; Simsekin 2019, 529; Tiippanan 2015, 52; Xavierin ym. 2018, 2438–2439.)

Työkokemus ja säännölliset lääkehoidon koulutukset lisäsivät hoitajien tietoja ja taitoja toteuttaa turvallista ja laadukasta lääkehoitoa. Tutkimusten mukaan lääkehoidon lisäkoulutus on tarpeellista. (Mahaman & Ninnon 2019, 5–6; Simsekin 2019, 529; Tiippanan 2015, 52; Xavierin ym. 2018, 2438–2439.) Tiippanan (2015, 52) mukaan leikkauskivun kroonistumisen ennalta ehkäisemiseksi riskipotilaat tulee huomioida preoperatiivisessa vaiheessa ja suunnitella heille tehokas ja yksilöllinen kipulääkitys. Opinnäytetyön tulokset olivat tietyiltä osin samankaltaisia kappaleessa aiemmin mainittuihin tutkimuksiin verrattuna.

Vastaajat kokivat oman ammatillisen osaamisen olevan pääosin riittävää turvallisen ja riittävän lääkehoidon toteuttamiseen leikkauspotilaalle. Lähinnä haasteita lääkehoidon toteuttamiseen aiheuttivat lääkärin puutteelliset määräykset eikä puutteet hoitajan ammatillisen osaamisen riittävydestä lääkehoidon toteuttamiseen.

Kokki ja Tamminen (2024) toteaa tutkimuksessaan, että noin 37 % päiväkirurgian leikkauspotilaista kärsii postoperatiivisesta pahoinvoinnista (PONV) 48 tunnin aikana leikkauksesta. Oireet voivat alkaa kotiutumisen jälkeenkin. Ilman profylaktista estolääkitystä herkkien potilaiden riski saada PONV kasvaa n. 80 %:iin. Riittämätön pahoinvoinnin hoito voi lisätä potilaan sairaalassa vietettyä aikaa (yön yli seurannan tarve) ja lisätä muiden leikkauskomplikaatioiden riskiä (leikkaushaavan ruptuura, aspiraatio ym.). PONV- hoitoon tulee kiinnittää preoperatiivisessa vaiheessa ja arvioida potilaan riskitekijät yksilöllisesti. Lääkehoidon lisäksi leikkauspotilaalla tulee huomioida paaston ja leikkauksen aiheuttama nestevajaus. (Kokki & Tamminen 2024, 125–128.) Opinnäytetyön tutkimukseen vastaajista enemmistö koki leikkauspotilaan kipu- tai pahoinvoinnin lääkehoidon riittämättömäksi. Kipulääkityksen suhteen koettiin enemmän riittämättömyyttä kuin postoperatiivisen pahoinvoinnin hoidossa. Olemassa olevat lääkehoidon käytänteet koettiin hyväksi, mutta esille tuli käytännön toteutuksen kirjavuus ennen kaikkea lääkärin toimesta. Pieni osa vastaajista koki lääkehoidon toteuttamiseen käytettävät tilat riittämättömiksi tai epäkäytännöllisiksi. (Clarke ym. 2021; Kumar ym. 2020.)

Hoitajat kokivat saavansa kokeneimmilta kollegoilta ja lääkäreiltä tarvittaessa ohjausta ja tukea lääkehoidon toteuttamiseen hyvin. Leikkauspotilaiden tulee saada ennen kotiutusta riittävästi tietoa leikkauksesta toipumisesta lääkehoidon, leikkausalueen hoidon suhteen ja mahdollisista komplikaatioista. Ohjauksen tulisi olla selkeää, motivoivaa ja potilasta sitouttavaa. Potilas ohjeiden tulee olla selkeitä, sisällöltään riittävästi toipumisesta informaatiota antava ja toimenpidekohtainen. Kotiuttavan hoitajan pitää tehdä arvio leikkauspotilaan kyvystä kotiutua ja toipua leikkauksesta ennen kotiutusta. Tarvittaessa pitää osata kyseenalaistaa aikaisemmat määräykset hoitoon liittyen. Etenkin sairauksien tai muusta syystä rajoittuneiden potilaiden hoidossa tulee huomioida myös omaisten tai muiden saattajien osallisuus. (Clarke ym. 2021; Kumar ym. 2020.)

Opinnäytetyön tutkimuksessa vastaajat kokivat ammatillisen osaamisen olevan pääosin riittävää leikkauspotilaan turvalliseen kotiuttamiseen. Nykyiset leikkauspotilaan kotihoito- ohjeet pääosin riittäväksi. Kaikkiin toimenpiteisiin ei ollut ohjeita ja se koettiin ajoittain haastavaksi. Haasteeksi koettiin myös ajoittain ohjeiden löytäminen oikeilla hakusanoilla Sampo- potilasohjepankista. Sen lisäksi ohjeiden päivityksistä (sisältö ja nimi) toivottiin saavan paremmin informaatiota. Kaiken kaikkiaan potilasohjeiden koettiin olevan kotiuttavan hoitotyön tukena. Aikaisempien tutkimusten mukaisesti vastaajat kokivat, että leikkauspotilaan ohjauksen tulee olla selkää, sisällöltään kattavaa, toimenpidekohtaista ja sen aikana tulee huomioida potilaan vointi ja tarpeet yksilöllisesti. Leikkaushoidon aikaisesta lääkehoidosta johtuvasta ”tokkurasta” johtuen koettiin, ettei pelkkä suullinen ohjeistus ole riittävä. (Clarke ym. 2021; Kumar ym. 2020.)

8.1.3 Työn kuormittavuus

Vänskän (2022, 129, 153) tutkimuksesta Työhyvinvointi ja sen kehittäminen julkisessa organisaatiossa kävi ilmi, että noin 70 % vastaajista piti nykyistä työmäärää kohtuuttomana. Pääosa vastaajista koki, että työkyky oli kuitenkin hyvä. Työn ylikuormitus lisää terveydenhuollon ammattilaisten uupumusta, työyhteisön pahoinvointia, stressiä sekä vaikuttaa sairaspotilaiden lisääntymiseen ja vähentää työmotivaatiota. Työhyvinvointiin liittyvät laiminlyönnit aiheuttavat vuositasolla noin 24 mrd. euroa kustannuksia kansantalouteen. Dionysopoulos ja Katsaragakisen (2019, 172) mukaan sairaanhoitajien työ on nykyään vaativaa, henkilöstöresurssit ovat tiukat ja alaa vaivaa työvoimapula. Nämä tekijät ovat lisänneet hoitajien kärsimää väsymystä, stressiä ja psykologista ahdinkoa. Tiedetään, että terveydenhuollon nykytilanteessa potilas- ja hoitomäärät ovat nousseet ja julkisessa terveydenhuollossa potilaspaikat ovat olleet kuormituksen alla. (Dionysopoulos & Katsaragakis 2019, 172; Vänskä 2022, 129, 153.)

Müller ym. (2017,5) tutkimuksessa Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes kävi ilmi, että potilasmäärän ollessa suurempi hoitajakohtaisesti myös potilaiden hoitoaika pidentyi. Potilasmäärän ollessa vähemmän kuin kuusi/ hoitaja potilaskuolleisuus väheni 20 % verraten, jos potilasmäärä oli enemmän kuin yhdeksän/ hoitaja.

Kangasniemen ym. (2018, 78) mukaan terveydenhuollon alalla työntekijöiden käyttämä aika välittömään potilastyöhön on vain murto-osa kokonaistyöajasta. Työaika kuluu paljon esimerkiksi kirjaamiseen. Vehkon ym. (2018) tutkimuksessa Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi-terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä todetaan, että tietojärjestelmissä esiintyvät käyttöön liittyvät katkokset, hitaus ja useiden järjestelmien yhtäaikainen käyttö sekä niihin kirjautuminen aiheuttivat työntekijöille stressiä. Työn keskeytymisten ja lääkitysmerkinnöissä olevien puutteiden takia huoli potilasturvallisuudesta lisääntyi. Oikea-aikaiseen kirjaamiseen ei koettu olevan riittävästi aikaa ja se jäi siitä syystä lyhyeksi tai työvuoron loppuun. Eri organisaatioiden välinen yhteistyö koettiin haastavaksi ja hitaaksi, koska yhteisiä järjestelmiä ei ollut. Tästä kaikesta huolimatta ajoittaiset kiirehuiput ja potilastyö koettiin isompana stressitekijänä. (Vehko ym. 2018, 158–160.)

Terveydenhuoltoalalle on ollut tyypillistä kautta aikojen, että henkilöstö on sitoutunut hoitamaan työnsä hyvin. Tunnollisuuden ja sitoutumisen tiedetään olevan positiivinen voimavara, mutta ne voivat johtaa myös uupumukseen. Psykososiaalisen kuormittavuuden kannalta on tärkeää tukea työntekijän positiivisia voimavaroja. Esihenkilöiden tulee tehdä ennaltaehkäisevää työtä työkuormittavuuden näkökulmasta yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa. Seurannan tulee olla aktiivista ja tilanteisiin tulee puuttua ajallaan. Työntekijöiden tulee tuoda aktiivisesti työtä kuormittavat tekijät esimiesten tietoon, jotta työolojen kehittäminen on mahdollista. Nykyisellään työhyvinvointiin kiinnitetään liian vähän huomiota. Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Pääosa vastaajista koki työkuormittavana ajoittain, osa vastaajista usein ja kaksi ei kokenut työtä kuormittavaksi. Työtä kuormittavina tekijöinä koettiin ajoittainen kiire (potilaiden jakautuminen epätasapainoisesti eri päivinä, ajan puute), ”ruuhkahuiput”, lisääntyneet potilasmäärät, uudet potilasryhmät ja niihin liittyvä koulutuksen vähäisyys, huonokuntoiset potilaat, lääkärien puuttuvat määräykset ja jatkohoito-ohjeet, tiedonkulkuaan liittyvät ongelmat, toimimattomat ja useat eri potilastietojärjestelmät ja potilaan jatkohoitopaikan järjestelyyn liittyvät ongelmat (jatkohoitopaikkojen niukkuus sekä yhteisten tietojärjestelmien puute). (Dionysopoulos & Katsarakisen 2019, 172; Työturvallisuuskeskus 2024.)

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä noudatin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimia eettisiä ohjeita, lainsäädäntöä sekä ammattikorkeakoulujen eettisiä ohjeita. Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy paljon periaatteita, jotka tuli huomioida opinnäytetyön suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheessa. Toimimalla kunnioittavasti, avoimesti ja rehellisesti toiminta on ollut koko prosessin ajan eettisesti kestävä. Opinnäytetyön tilaajaorganisaation kanssa tehtiin sopimus opinnäytetyön toteuttamisesta ja aihe valikoitui tilaaja organisaation tarpeen mukaisesti. Lisäksi tilaaja organisaatiolta kysyttiin lupa tilastotietojen julkaisuun. Teoriaviitekehystä tehdessä olen kunnioittanut alkuperäislähteiden tekijöitä merkitsemällä lähdemerkinnät asianmukaisesti opinnäytetyöhöni. Valikoituneet lähteet ovat perustuneet tutkimukseen ja tieteelliseen näyttöön, mikä lisäsi työn laatua ja luotettavuutta. Opinnäytetyön tutkimusaiheesta piti tuoda esille laajasti tietoa myös leikkauspotilaan peri- ja intraoperatiivisesta vaiheesta sekä leikkauspotilaan hoidon aikana käytettävistä tietojärjestelmistä ja hoitomenetelmistä, koska ne vaikuttivat leikkauspotilaan kotiutusprosessiin ja siinä esiin tuleviin haasteisiin. Lääketieteellisiin käytäntöihin pohjautuva aineisto on edelleen relevanttia, koska hoitokäytänteet Sairaala Novassa perustuvat niihin tälläkin hetkellä. (Arene 2023; Heikkilä 2014; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkijana perehdyin tutkittavaan ilmiöön edeltävästi huolellisesti ja laajamittaisesti. Tutkijana irrottauduin työntekijän roolista, koska omat kokemukset eivät saaneet vaikuttaa aineiston käsittelyyn ja tulosten raportointiin. Se oli ajoittain haastavaa, koska työskentelen kyseisessä yksikössä. Tiedonkeruun tapa valittiin niin, että kysely oli mahdollista toteuttaa pienehkön otantajoukon ja arkaluontoista tietoa sisältävien kysymysten takia anonyymina luotettavuuden ja vastausprosentin lisäämiseksi. Kysely suunniteltiin tilaaja organisaation edustajan kanssa vastaamaan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysely toteutettiin sähköisesti anonyymina Webropol- kyselynä, eikä vastaajien henkilötiedot tulleet tutkijan tietoon. (Kananen 2017, 178; Vilka 2021a, 94, 106). Vilkan (2021a, 94, 106) mukaan tutkimuksen kannalta on hyödyllistä toteuttaa tutkimus anonyymina, kun kyseessä on pieni otanta ja käsitellään arkaluontoisia asioita. Silloin kyselyyn osallistuminen ja vastaaminen rehellisesti on todennäköisempää. (Vilka 2021a, 94, 106.)

Avoimilla kysymyksillä varmistettiin, että tutkittavasta ilmiöstä saatiin kattavasti syvällistä tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden näkökulmasta vastaajien määrällä ei ole samanlaista merkitystä kuin määrällisessä tutkimuksessa vaan vastauksista saaduilla tiedoilla ja niiden syvyydellä on suurempi merkitys. Laadullisessa tutkimuksessa tulee saada aineistoa tutkittavan ilmiön kannalta oleellinen määrä. Tutkimuksen aineisto oli kattava tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen saturaation näkökulmasta, tutkittavasta ilmiöstä olisi voinut olla saatavilla vielä lisätietoa, mikäli vastaajia olisi ollut enemmän eli ns. kylläntymispistettä ei tavoitettu. Sen sijaan luotettavuutta lisäsivät aikaisempien tutkimusten samankaltaiset tulokset opinnäytetyön tutkimuksen kanssa, jotka mainittiin opinnäytetyössä. (Kananen 2017, 178; Vilka 2021a, 94, 106).

Tutkimuksen pienehkön otantakoon takia taustakysymyksistä jätettiin pois ammatti (sairaanhoitaja/lähihoitaja) ja vastausvaihtoehdoissa ikäväli oli riittävän suuri, koska anonymiys ei silloin todennäköisesti toteutuisi tutkittavien tunnistettavuuden takia. Ammattitaustalla olisi voinut olla merkitystä tutkimustulosten tulkintaan, koska koulutuksen sisältö voi vaikuttaa miten esimerkiksi kotiutusprosessin aikaiset haasteet koetaan. Kysely lähetettiin Webropol- ohjelmiston kautta suojatussa sähköpostissa tutkijan toimesta ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaukset palautuivat Webropol- ohjelmaan anonymiina. Aineiston säilytys tapahtui Webropol- ohjelman sisällä suojatussa yhteydessä sekä Xamk- ammattikorkeakoulun ja Sairaala Novan tietoturvasuunnitelman mukaisesti. (Kananen 2017, 178; Vilka 2021a, 94, 106.)

Tutkimukseen osallistuminen vapaaehtoisesti ja kyselyn anonymiys noudattivat laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Ennen kyselyn toteuttamista haettiin asianmukaiset tutkimusluvut sekä Keski- Suomen hyvinvointialueelta, että Kaakkois-Suomen- ammattikorkeakoulusta noudattaen annettua ohjeistusta. Tutkimukseen osallistujille annettiin asianmukainen tiedote ja ohjeistus ennen kyselyä (ks. liite 1). Kyselyn tulokset poistettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen Webropol- ohjelmasta. (Arene 2023; Sairaala Nova; Xamk- amk 2023.)

Aineiston analyysi, luokittelu ja tulokset sekä siihen vaikuttavat olosuhteet ja ilmiöt esitettiin lukijalle avoimesti tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös suorien sitaattien käyttö, koska se lisää lukijan ymmärrystä tehdyistä tulkinnoista ja antaa tulkintaan syvyyttä. Tutkimustulokset esiteltiin toimeksiantajaorganisaatiossa ja niiden pohjalta on tavoitteena kehittää leikkauspotilaan kotiutusprosessia Sairaala Novassa. Opinnäytetyön tutkimus on toistettavissa muiden hyvinvointialueiden ja yksityisissä leikkaushoitoyksiköissä, joissa toteutetaan päivä- herkokirurgisten leikkauspotilaiden kotiuttamista. Tutkimuksen tulokset vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja opinnäytetyötä tutkimustuloksineen voidaan hyödyntää valtakunnallisesti leikkauspotilaan kotiutusprosessin kehittämistyössä. (Kananen 2017, 178; Kankkunen ja Vehviläinen & Julkunen 2017, 169.)

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, koska Suomen väestörakennemuutosten mukaan vuoteen 2070 mennessä yli 60-vuotiaiden osuus kasvaa merkittävästi. Samaan aikaan syntyvyys on laskussa ja sekä miesten (79 v.) että naisten (84,5 v.) elinajanodote on noussut. Nykyisen hallituksen ohjelman mukaisesti tarve vähentää julkisen terveydenhuollon kuluja on merkittävä. Samaan aikaan, kun väestön hoidon tarve lisääntyy, tulee terveydenhuollon löytää tehokkaampia ja edullisempia ratkaisuja väestön hoitamiseksi. Päivä- ja herkokirurgian tiedetään laskevan leikkauspotilaan kokonaiskustannuksia sekä vapauttavan vähissä olevia vuodeosastopaikkoja muille potilasryhmille. (Raspanti ym. 2017,20; Ruohoaho 2021, 28–29; mukailen Sairaala Nova; Tilastokeskus 2024.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tuloksista voidaan todeta, että leikkauspotilaan kotiutusprosessi vaatii kotiutusyksikön hoitajilta laaja-alaista ammatillista osaamista ja sen koettiin olevan pääasiassa riittävää turvalliseen ja laadukkaaseen potilaan kotiuttamiseen. Työkokemuksen, koulutusten ja työyhteisön kollegoiden tuen koettiin lisäävän ammatillista osaamista, kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä ja valmiutta toimia poikkeavissakin tilanteissa. Potilasmäärien toivottiin jakautuvan eri päiville tasaisemmin ja kriittisyyttä päivä- ja herkokirurgisten potilaiden valintaan preoperatiivisessa vaiheessa.

Potilashoitotyö koettiin mielekkäänä, mutta ajoittaiset olosuhte tekijät (kiire, resurssit, potilasmäärät), tiedonkulkuun (informaationkulku, puutteelliset lääkärin määräykset ja jatkohoito- ohjeet) ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat lisäsivät työssä koettavia haasteita ja kuormitusta. Leikkauspotilaan lääkehoidossa kotiutusprosessin aikana yleisimmin esiin nousseita haasteita olivat riittämätön kipulääkitys, lääkemääräysten puutteellisuus ja niiden ristiriitaisuus.

Moniammatilliseen yhteistyöhön toivottiin parannusta leikkauspotilaan eri vaiheisiin osallistuvien ammattilaisten kanssa. Käytänteet ja ohjeet koettiin tärkeäksi, omaa työtä tukevaksi ja pääosin toimiviksi. Niihin liittyvät haasteet tulivat aineistosta esille lähinnä niiden noudattamisen kirjavana käytäntöinä ja potilasohjeita toivottiin olevan kaikkiin toimenpiteisiin. Jatkohoitoon liittyviä haasteita olivat jatkohoitopaikan järjestyminen hitaasti, niiden niukkuus sekä eri tietojärjestelmien käyttö. Työnkuormitusta lisäävänä tekijänä koettiin ajoittaisena vähäiset hoitaja resurssit, lähinnä äkillisten sairauspoissaolojen aikana. Nykyiset tilat koettiin toimivina ja riittävinä.

8.3.1 Tutkimuksesta esiin nousseet kehittämistarpeet

Opinnäytetyön tutkimuksessa nousi esille kehittämistarpeita kaikista kolmesta pääluokasta. Leikkauspotilaan kotiutusprosessin aikaista ammatillisuutta tukevana koettiin olemassa olevien ja uusien käytänteiden ja ohjeiden (protokollien) kehittäminen ja säännöllinen päivittäminen, uusien työntekijöiden riittävä alkuperäytyys, täydennyskoulutukset, eri ammattiryhmien koulutukset yhteisiin käytänteisiin ja riittävä perehdytys uusiin potilasryhmiin. Moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun ongelmiin ratkaisuna olisi esimerkiksi säännölliset yhteistyöpalaverit (ns. tilannekatsaus leikkaushoidon eri vaiheista ja sen kehittäminen) ja eri leikkausvaiheiden kirjaamisen tehostaminen. Leikkauspotilaan hoidon, seurannan ja hoitajien työnkuormittavuuden näkökulmasta merkittäväksi kehittämistarpeeksi koettiin muun muassa lääkärin riittävät ja ajantasaiset määräykset ja jatkohoito- ohjeet. Yhtenäiset toiminta- ohjeet eri ammattiryhmille ja niiden noudattaminen sekä päiki- ja herkopotilaiden (hoitoisuus, kotona pärjääminen leikkauksen jälkeen ym.) kriittinen valinta preoperatiivisessa vaiheessa.

Leikkaustyyppien valintaan osallistuvien ammattilaisten perehdytys ja koulutukset potilasvalinnan tekemiseen esimerkiksi vasta aloittaneilla kirurgeilla olisi merkittävää virheellisten arvioiden ennaltaehkäisyssä. Leikkaustoiminnan suunnitelmallisuuden lisääminen päivittäiseen toimintaan (potilaiden jakautuminen tasaisemmin eri päivinä) vähentäisi ns. ”ruuhkahuippuja”. Leikkauspotilaan kotihoito- ohjeiden ajantasaisuus ja toimenpidekohtaisuus sekä niihin liittyvät selkeät hakusanat Sampo- potilasohjepankkiin. Nykyisellään se vie hoitajan aikaa liikaa. Työnkuormituksen vähentämiseksi henkilöstöressurssien pitäisi olla riittävät, potilasmateriaalin hoidettavuudeltaan päiki- ja herkokirurgian kriteerit täyttävää, tietojärjestelmien sekä tiedonkulun toimivaa ja jatkohoitoon siirtyvien potilaiden paikat saatavilla nopeammin. Suurimpana kehittämistarpeena tutkimuksessa kaikissa pääluokissa koettiin lääkäreiden määräysten, jatkohoito- ohjeiden ja leikkaus dokumenttien oikea- aikainen ja riittävä toteuttaminen. Yhteiset toimintatavat, yhteispalaverit ja koulutukset vähentäisivät tästä aiheutuvia haasteita kotiutusyksikön hoitajien työssä ja lisäisi leikkauspotilaan hoidon laatua sekä turvallisuutta.

8.3.2 Jatkotutkimusaiheet

Lyhytkirurgisten leikkauspotilaiden omista kokemuksista kotiutusprosessista ja toipumisesta on verrattaen vähän tutkimustietoa saatavilla. Sairaala Novassa leikataan useilla eri erikoisaloilla ja leikkaavia lääkäreitä on paljon. Erikoisala- ja lääkärikohtaisia eroja on toimintatavoissa ja käytännön toimissa.

Johtuvatko ne esimerkiksi kotiutusprosessin ja kotiutusyksikön toiminnan ymmärtämättömyydestä ja yhteisten käytänteiden puuttumisesta? Saavatko uudet lääkärit perehdytyksen ja koulutusta siihen? Mielestäni olisi tärkeää selvittää, miten lääkärit kokevat päivä- herkokirurgisten kotiutusprosessin nykyisellään ja siihen liittyvät käytänteet. Lisäksi olisi tärkeää selvittää miksi leikkauspotilaat hakeutuvat päivystykseen tai hoitavaan yksikköön leikkauksen jälkeen. Selvittämällä yleisimmät syyt, voitaisiin kehittää kotiuttamiseen liittyviä toimia (kotihoito-ohjaus, kipulääkitys, ym.) esimerkiksi potilasryhmäkohtaisesti. Opinnäytetyöni jatkotutkimusaiheena koen tarpeelliseksi selvittää leikkauspotilaan kotiutusprosessista hoidon turvallisuuden ja laadun lisäämiseksi:

- Kotiutusprosessi potilaan kokemana
- Leikkauspotilaiden kokemuksen postoperatiivisesta lääkehoidosta

- Leikkauspotilaan hoitoon osallistuvien lääkäreiden kokemuksia päivä- ja herkokirurgisen potilaan kotiutusprosessista sekä niistä esiin tulevat kehittämistarpeet
- Päivystykseen palautuvien leikkauspotilaiden syyt ja niiden huomioiminen jatkossa kotiutusprosessissa.

LÄHTEET

Ahlmén-Laiho, U. 2023. Miten puhua riskeistä leikkauspotilaiden kanssa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2023;139(4):288–9. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo17559> [Viitattu 18.5.2024]

Ahonen, J. 2009. Tromboemboliset komplikaatiot päiväkirurgiassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009;125(5):514–20. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo97910> [Viitattu 18.5.2024]

Ammatinpätevyysdirektiivi 2005/36/EY. Saatavilla: [Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU, annettu 20 päivänä marraskuuta 2013, ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen \(EU\) N:o 1024/2012 \(IMI-asetus\) muuttamisesta ETA:n kannalta merkityksellinen teksti \(europa.eu\)](#) [Viitattu 3.9.2023]

Anttila, V.-J., Kanerva, M., Kuronen, M., Kurvinen, T., Lyytikäinen, O., Rantala, A., Vuento, R. & Ylipallosari, P. 2018. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Arene 2023. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 12.9.2019. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry. Saatavilla: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%20C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382> [Viitattu 20.10.2023]

ASA-riskiluokitus. Suomen anesthesiologiyhdistys 2023. Saatavilla: https://say.fi/files/asa_luokitus.pdf [Viitattu 13.9.2023]

Blomberg, H. & Welander, J. 2019. A narrative study of newly graduated registered Swedish nurses' establishment in the profession and the portrayal of a healthcare organization. Journal of Health Organization and Management (33) 4, 413–425. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31282811/> [Viitattu 7.5.2024]

BuddyCare 2023. Saatavilla: [Buddy Healthcare - Hoitopolkujen muuttaminen](#). [Viitattu 1.9.2023]

Casey, M., Cooney, A., O'Connell, R., Hegarty, J., Brady, A., O'Reilly, P., Kennedy, C., Heffernan, E., Fealy, G., McNamara, M. & O'Connor, M. 2017. Nurses', midwives' and key stakeholders' experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. Journal of advanced nursing 73(3): 653–664. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27683071/> [Viitattu 7.5.2024]

Chand, N., Aertssen, A. M. & Royle, G. T. 2013. Axillary “Exclusion” – A Successful Technique for Reducing Seroma Formation after Mastectomy and Axillary Dissection. Advances in Breast Cancer Research 1 (2), 1–6. Saatavilla: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=27248> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 14.10.2023]

Dionysopoulos, K., & Katsaragakis, S. 2019. Evaluating Nurses' Knowledge and Skills for Dealing with Pain, *Hellenic Journal of Nursing*, 58(2), 172–182. <https://www.coursehero.com/file/224324849/R-ARTICLE-1pdf/> [Viitattu 7.5.2024]

ECDC 2023. European Centre for Disease Prevention and Control, An agency of the European Union. 5/ 2023. Nearly 20 000 surgical site infections reported during 2018-2020. Saatavilla: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Healthcare-associated%20infections%20-%20surgical%20site%20infections%202018-2020.pdf> [Viitattu 14.10.2023]

Eichler, C., Dahdouh, F., Sauerwald, A. & Warm, M. 2013. Seroma suppression using TissuGlu in high-risk patient post mastectomy: a case report 138 (7),1. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668277/> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 14.10.2023]

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34 (4), 215–225. Verkkolehti. Saatavilla: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/789349/Laadullisen_sisallanalyysin_vaiheet_ja_eteneminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Viitattu 15.4.2024]

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. *Hoitotiede* 1, 63–73. Saatavilla: <https://www.proquest.com/docview/1509762844> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 13.10.2023]

Erämies, T. 2017. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01720/search/Er%C3%A4mies,%20T.%202017.%20Postoperatiivinen%20hoito%20osastolla.%20Kustannus%20Oy%20Duodecim> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 10.10.2023]

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Extended day surgery. 2011. Guidelines for the implementation and evaluation of 23-hour service models in Victoria. 2007. State of Victoria, Department of Human Services. Melbourne. Saatavilla: <https://www.health.vic.gov.au/publications/extended-day-surgery-guidelines-for-the-implementation-and-evaluation-of-23-hour> [Viitattu 7.5.2024]

Feldacker, C., Jacob, S., Chung, M-H., Nartker, A. & Kim, H-N. 2017. Experiences and perceptions of online continuing professional development among clinicians in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health* 15(1). Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284492/> [Viitattu 7.5.2024]

Fernandez-Bustamante, A., Frendl, G., Sprung, J., Kor, D., Subramaniam, B., Ruiz, R-M., Lee, J-W., Henderson, W., Moss, A., Mehdiratta, N., Colwell, M., Bartels, K., Kolodzie, K., Giquel, J. & Melo, M. 2017. Postoperative Pulmonary Complications, Early Mortality, and Hospital Stay Following Noncardiothoracic Surgery: A Multicenter Study by the Perioperative Research Network Investigators. 2017 Feb 1;152(2):157–166. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4065. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27829093/> [Viitattu 18.5.2024]

Fimlab 2023. Saatavilla: [Yritys - Fimlab](#) [Viitattu 1.9.2023]

Forsante esitiedot 2023. Saatavilla: [Forsante Esitieto - Forsante](#) [Viitattu 1.9.2023]

Färkkilä, M. & Kivilaakso, E. 2010. Pahoinvointi ja oksennukset. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2. painos. Helsinki. Duodecim.

Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. 2010;126(24):2873–6. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Saatavilla: [Krooninen kipu \(duodecimlehti.fi\)](#) [Viitattu 12.10.2023]

Hahl, T., Peromaa-Haavisto, P., Tarkiainen, P., Knutar, O. & Victorzon, M. 2016. Lihavuuskirurgia nopean toipumisen ohjelmalla. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 132 (1). 63–70. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12926> [Viitattu 7.5.2024]

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Saatavilla: <https://www.paivakirurginenyhdistys.org/wp-content/uploads/2018/01/Paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf> [Viitattu 5.10.2023]

Hamlin, L., Davies, M., Richardson-Tench, M. & Sutherland-Fraser, S. Perioperative nursing: an introduction. Elsevier 2016. 2nd edition.

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Saatavilla: <http://www.tilastollinen-tutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> [Viitattu 20.10.2023]

Honkanen, A. 2022. Pulloon puhallus (vastapainepuhallus). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01179> [Viitattu 16.10.2023]

Hørdam, B. & Boolsen, M. 2017. Patient involvement in own rehabilitation after early discharge. Scandinavian Journal of Caring Sciences 31. 859–866. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928825/> [Viitattu 7.5.2024]

Hynynen, M. 2015. Perioperatiivinen lääketiede. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2015;131(20):1913-4. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12489> [Viitattu 18.5.2024]

Hyun, J., Seung, H., Darhae E. & Seung, H. (2019) Is perioperative colloid infusion more effective than crystalloid in preventing postoperative nausea and vomiting? A systematic review and meta-analysis. *Medicine* Baltimore 98(7). Saatavilla: [Is perioperative colloid infusion more effective than crystalloid in preventing postoperative nausea and vomiting?: A systematic review and meta-analysis - PubMed \(nih.gov\)](#) Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 13.10.2023]

International Association for the Study of Pain (IASP). Pain After Surgery. 2018. Saatavilla: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/pain-after-surgery/> [Viitattu 18.5.2024]

Irita, K. 2011. Risk and Crisis Management in Intraoperative Hemorrhage: Human Factors in Hemorrhagic Critical Events. *Korean Journal of Anesthesiology* 60 (3), 151–160. Saatavilla: [Risk and crisis management in intraoperative hemorrhage: Human factors in hemorrhagic critical events - PubMed \(nih.gov\)](#) [Viitattu 3.11.2023]

Jalonen, J. 2012. Verenvuodon hoitoperiaatteet eri tilanteissa. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhkä, R. (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 129–130

Jemebere, W., Bekele, G., Tsegaye, B., & Yohannis, Z. (2020). Knowledge and Attitudes of Nurses towards Postoperative Pain Management in Southern Ethiopia. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 909–920. Saatavilla: https://www.researchgate.net/publication/344205677_Knowledge_and_Attitudes_of_Nurses_towards_Postoperative_Pain_Management_in_Southern_Ethiopia [Viitattu 9.5.2024]

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, A., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi/> [Viitattu 15.4.2024]

Karinen, J., & Kiviluoma, K. 2020. Leikkausta edeltävä valmistelu. Teoksessa Olkkola, K., Kiviluoma, K., Saari, T., Tallgren, M., Uusaro, A. & Yli-Hankala, A. (toim.), *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim.

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. *Lääkärilehti*. Lehti 12–13: Raportit ja käytännöt 23.3.2018. 12–13/2018 vsk 73 s. 786–788. Saatavilla: [Lääkärilehti - Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta \(laakarilehti.fi\)](#) [Viitattu 10.10.2023]

- Kokki, M & Tamminen, J. 2024. Postoperatiivisen pahoinvoinnin esto ja hoito. 2024; 57 (1). Finnanest. Saatavilla: https://say.fi/wpcontent/uploads/2024/04/125_tamminen_postoperatiivisen_pahoinvoinnin_2_2024.pdf [Viitattu 9.5.2024]
- Konttinen, V. & Hamunen, K. 2015;131(20):1921–8. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12492#s8> [Viitattu 20.10.2023]
- Koskivuo, I., Brück, N. & Veräjänkorva, E. 2019;135(19):1847. Kun leikkaushaava ei parane. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15112> [Viitattu 14.10.2023]
- Käypähoitosuositus- leikkausta edeltävä arviointi (arkisto). 2014. Saatavilla: [hoi50066.pdf \(kaypahoito.fi\)](https://www.kaypahoito.fi/hoi50066.pdf) [Viitattu 13.9.2023]
- Käypähoitosuositus kipu 2017. Saatavilla: [Kipu \(kaypahoito.fi\)](https://www.kaypahoito.fi/hoi50058) [Viitattu 12.10.2023]
- Käypähoitosuositus 2021. Krooninen alaraajahaava. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50058> [Viitattu 16.10.2023]
- Käypähoitosuositus 2022. Keuhkokuume (pneumonia) aikuisilla. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00273/keuhkokuume-pneumonia-aikuisilla?q=keuhkokuume> [Viitattu 16.10.2023]
- Labrague, L- J. & McEnroe-Petitte, D-M. 2017. Job stress in new nurses during the transition period: an integrative review. International Nursing Review (65), 491–504. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266201/> [Viitattu 7.5.2024]
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). Saatavilla: [Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](https://www.finlex.fi/ajantasainen-lainsaadanto). [Viitattu 3.9.2023]
- Lehtomäki, P. & Hoikka, A. 2013. Anestesia hoitotyön käsikirja. Helsinki: Oy Duodecim.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Leppikangas, H., Puolakka, P., Korppi, A. & Laine, H-J. 2015. Leikkaussali-työn optimointi - hukkaa minimoimalla ja virtausta parantamalla. Saatavilla: [Leikkaussali-työn optimointi - hukkaa minimoimalla ja virtausta parantamalla \(duodecimlehti.fi\)](https://www.duodecimlehti.fi/duo15112) [Viitattu 13.9.2023]
- Lipp, A. 2015. Surgical training should specifically include training in day case surgery. British Medical Journal 315, 2017. Saatavilla: Sairaala Nova kirjasto-palvelut. Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 1.10.2023]

Loo, W.T. & Chow, L.W. 2007. Factors predicting seroma formation after mastectomy for Chinese breast cancer patients. *The Indian journal of cancer* 3 (44), 99–103. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18250530/> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 14.10.2023]

Louhimo, J. 2023. Suolitukos (suolen tukkeuma). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00330> [Viitattu 18.5.2024]

Lönn, M. & Ritmala-Castrén, M. 2017. Potilaan voinnin perusarviointi. Teoksessa Ritmala-Castrén, M (toim.), Lönn, M (toim.), Lundgren-Laine, H (toim.), Meriläinen, M (toim.) & Peltomaa, M (toim.). Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–13.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesti siirrosta vuodeosastolle. Julkaistu 12.6.2012. © Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Käsikirjan kirjoittajat. Saatavilla: [Lukkarinen Hannele, Virsiheimo Tuula, Hiivala Kaisa, Savo Mari ja Salomäki Timo \(hotus.fi\)](http://LukkarinenHannele.VirsiheimoTuula.HiivalaKaisa.SavoMarijaSalomäkiTimo(hotus.fi)) [Viitattu 20.9.2023]

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., Salomäki, T. & Hoikka, A. 2013. Postoperatiivisen hoidon yleisperiaatteet. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. 206–210.

Mahama, F., & Ninnoni, J.P.K. (2019). Assessment and Management of Post-operative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana. *Nursing research and practice*, 2019, 1–7. Saatavilla: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2019/9091467/> [Viitattu 9.5.2024]

Manian, F.A. 2014. The Role of Postoperative Factors in Surgical Site Infections: Time to Take Notice. *Clinical infectious Diseases*, 59(9); 1272–1276. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25028464/> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 13.10.2023]

Mattila, K. 2010. Day surgery in Finland. Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Helsingin yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavilla: [Day Surgery in Finland : randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome \(helsinki.fi\)](http://DaySurgeryinFinland:randomizedandcross-sectionalstudiesontreatment,quality,andoutcome(helsinki.fi)) [Viitattu 3.10.2023]

Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128. Saatavilla: [Päiväkirurgiaa voidaan lisätä \(duodecimlehti.fi\)](http://Päiväkirurgiaavoidaanlisätä(duodecimlehti.fi)) [Viitattu 3.10.2023]

Martikainen, T. & Musialowicz, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa. *Finnanest verkkojulkaisu* 48. Saatavilla: [musialowicz martikainen leikkauspotilaan hoitopolku.pdf \(say.fi\)](http://musialowiczmartikainenleikkauspotilaanhoitopolku.pdf(say.fi)) [Viitattu 23.10.2023]

Mottram, A. 2010. Patients' experiences of day surgery: a parsonian analysis. *Journal of advanced nursing*. 140–148. Julkaistu: 28.8.2010. Saatavilla: [Patients' experiences of day surgery: a Parsonian analysis - PubMed \(nih.gov\)](http://Patients'experiencesofdayurgery:aParsoniananalysis-PubMed(nih.gov)) . Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu: 3.10.2023]

MET- toiminta Sairaala Nova 2023. Saatavilla: [MET-/Elvytysryhmä | www.sairaanova.fi](http://MET-/Elvytysryhmä|www.sairaanova.fi) [Viitattu 10.10.2023]

Metsämuuronen, Jari 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mustajoki, P. 2019. Tyrä. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00089> [Viitattu 13.10.2023]

Mustajoki, P. 2022. Pyörtyminen (synkopee). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: [Pyörtyminen \(synkopee\) - Terveyskirjasto](#) [Viitattu 13.10.2023]

Müller, A., Ghignatti, D., Oliveira, C., Mergen, T., Silveira, A. & Souto, G. 2017. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. Rev Esc Enferm USP 51, e03255. Verkkolehti. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211232/> [Viitattu 9.5.2024]

Nascimento, O., Danielle, M., Nóbrega da, M., Andrade de, L., Silva da, A., Lopes Costa, M. & Carvalho de, M. 2017. Diagnoses, results and nursing interventions for the prostatectomized patient. Clinical case report article. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE 11 (11). 4455–4462. Saatavilla: <file:///C:/Users/Merja/Downloads/wandenf,+Art+23.+23493-45920-4-SM+RCC+EN+ok.pdf> [Viitattu 7.5.2024]

Niemi-Murola, L., & Ahlmén-Laiho, U. 6.5.2021a. Esilääkitys. Teoksessa L. Niemi-Murola, U. Ahlmén-Laiho, T. Huttunen, K. Metsävainio, & M. Vakkala (toim.), Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Duodecim.

Nuutinen, M. (2017). Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Duodecim. Saatavilla: <duo13795.pdf> ([terveysportti.fi](https://www.terveysportti.fi)) [Viitattu 13.9.2023]

Orth, K. 2018. Preventing Surgical Site Infections Related to Abdominal Drains in the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse, 38 (4), 20–26. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30068717/> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 13.10.2023]

Pierre, S. & Whelan, R. 2013. Nausea and vomiting after surgery. Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain 13(1), 28–32. Saatavilla: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743181617300641?via%3Dihub> [Viitattu 13.10.2023]

Pihlajamäki, S. 2014. Potilaiden postoperatiivinen vointi ja tyytyväisyys. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98444/SYVENTAVA-1453377214.pdf;jsessionid=49483F409E7A2A3504BABD2A38548468?sequence=1> [Viitattu 13.10.2023]

Pitkäranta, A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä, työkirja ammattikorkeakouluun. Jokioinen: e-Oppi Oy. Saatavilla: [Pitkäranta, Ari : Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä : työkirja ammattikorkeakouluun Lataa ja lue heti. | eKirjasto \(kirjastot.fi\)](#) [Viitattu 20.11.2023]

Poikajärvi, S. 2013a. Verenvuodon arviointi. Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Saarijärvi: Duodecim, 162.

Poikajärvi, S. 2013b. Massiivinen verenvuoto. Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Saarijärvi: Duodecim, 310–312.

Polanco-Garcia M, Garcia-Lopez J, Fabregas N, Meissner W, Puig MM. 2017. Postoperative Pain Management in Spanish Hospitals: A Cohort Study Using the PAIN-OUT Registry. *The Journal of Pain*. 2017;18(10): 1237-1252. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28619696/> [Viitattu 18.5.2024]

Purhonen, S. 2006. Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. With Special Reference to Supplemental Oxygen, Different Antiemetics and Anesthesia Regimens. Kuopion yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja. Saatavilla: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9105/urn_isbn_951-27-0394-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Viitattu 13.10.2023]

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. Saatavissa: [Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät | 3AMK-kirjastot | Finna.fi](#) Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 20.11.2023]

Rangachari, P., Madaio, M., Rethemeyer, RK., Wagner, P., Hall, L., Roy, S. 2015. The evolution of knowledge exchanges enabling successful practice change in two intensive care units. *Health care management review* 40(1): 65–78. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24153028/> [Viitattu 7.5.2024]

Raspanti, C., Porrello, C., Augello, G., Dafnomili, A., Rotolo, G., Randazzo, A., Falco, N., Fontana, T., Tutino, R. & Gulotta, G. 2017. 23-hour observation endocrine neck surgery: lessons learned from a case series of over 1700 patients. *Il Giornale di Chirurgia* 38, 15–22. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28460198/> [Viitattu 7.5.2024]

Rauta, S. 2013. Päiväkirurgian tavoitteet ja potilasvalinta. Julkaistu: Anestesiahoitotyön käsikirja 17.9.2013. Terveysportti 2013. Saatavilla: [Anestesiakäsikirja \(duodecim.fi\)](#) .Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 3.10.2023]

Rauta, S., Salanterä, S., Nivalainen, J. & Junttila, K. 2013. Validation of the core elements of perioperative nursing. 2013 May;22(9–10):1391-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04220.x. Epub 2012 Nov 27. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23186365/> [Viitattu 18.5.2024]

Rauta, S., & Reponen, E. 2021. Päiväkirurgian tavoitteet ja potilasvalinta. Teoksessa U. Ahlmén-Laiho, J. Katomaa, M-L. Kalliomäki, H. Laine, K. Olkkola, S. Soljanlahti, T. Tiala, & M. Väyrynen (toim.), *Anestesiakäsikirja*. Duodecim.

Reijula, J., Ruohomäki, V., Lahtinen, M., Reijula, E. & Reijula K. 2017. Terveysthuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean -ajattelun avulla (TeLean). Tutkimushankkeen loppuraportti. Saatavilla: [Terveysthuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla \(TeLean\) \(julkari.fi\)](#) [Viitattu 13.9.2023]

Reinikainen, M. 2011. Veririnta vai atelektaasi? 2011;127(12):1255. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Saatavilla: [Veririnta vai atelektaasi? \(duodecimlehti.fi\)](#) [Viitattu 16.10.2023]

Reponen, J., Keränen, N., Ruotanen, R., Tuovinen, T., Haverinen, J. & Kangas, M. 2021. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2020- Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 11/2021. Saatavilla: [Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2020 \(julkari.fi\)](#) [Viitattu 3.10.2023]

Reponen, E. & Korja, M. 2017. Leikkausta edeltävien riskipisteytysten riskit. lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2017;133(1):7–8. Saatavilla: [Leikkausta edeltävien riskipisteytysten riskit \(duodecimlehti.fi\)](#) [Viitattu 13.9.2023]

Ritmala-Castrén, M., Lönn, M. & Lundgren-Laine, H. 2017. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim [2017] 2., uudistettu painos.

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D-B., McDowell, I. & Mitnitski, A. 2005. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173(5):489–95. Saatavilla: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/16129869/> [Viitattu 7.5.2024]

Ruohoaho, U. 2016; 132 (12): 1098–100. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa- LYHKI, HERKO, SEUKO? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Saatavilla: [Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa - LYHKI, HERKO, SEUKO? \(duodecimlehti.fi\)](#) [Viitattu 21.9.2023]

Ruohoaho, U. 2021. 23 tunnin kirurgia (23 h-kirurgia): käyttöönotto yliopistollisessa sairaalassa Kuopio. Väitöskirjatutkimus, Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences 661. 2021, 173 s. Saatavilla: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/26476/urn_isbn_978-952-61-4381-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Viitattu 28.10.2023]

Saarelma, O. 2022. Virtsaumpi. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00346/virtsaumpi?q=virtsaumpi> [Viitattu 20.10.2023]

Sairaalainfektio-ohjelma (SIRO) THL 2023. Leikkausalueen infektiot - julkinen raporttitiivistelmä 2021. Saatavilla: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/siro/leikkpublic/summary_siroleikk [Viitattu 14.10.2023]

Sairaala Nova Hoitotakuu. 2023. Saatavilla: [Hoitotakuu | www.sairalanova.fi](#) [Viitattu 13.9.2023]

Sairaala Nova kotiutusyksikkö 2023. Saatavilla: [Toimenpiteestä kotiin herko | www.sairalanova.fi](#) [Viitattu 1.9.2023]

Sairaala Nova Strategia 2030. Saatavilla: <https://www.hyvaks.fi/hyvinvointi-alue/strategia> [Viitattu 18.11.2023]

Sampo- ohjepankki Sairaala Nova 2023. Saatavilla: [Potilasohjeet | www.sairaanova.fi](https://www.potilasohjeet.fi) [Viitattu 1.9.2023]

Saunders, H. 2016. Nurses' readiness for evidence-based practice: Implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. Väitöskirja. University of Eastern Finland, Kuopio. Saatavilla: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16986/urn_isbn_978-952-61-2167-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Viitattu 7.5.2024]

Savikko, J.; Kössi, J. & Scheinin, T. 2016. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. 2016;132(19):1805–9. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13324> [Viitattu 13.10.2023]

SAY 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. Suomen Anestesiologiyhdistys; Kivun hoidon jaos, 2014; 47 (3). Saatavilla: [Suositus leikkauksenjalkeisen akuutin.pdf \(say.fi\)](https://www.suomenanestesiologiyhdistys.fi/leikkauksen_jalkeisen_akuutin_kivun_hoidon_jarjestamisesta) [Viitattu 12.10.2023]

Schepel, L. & Kuitunen, S. 2020. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2020;136(2):212-22S. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15348> [viitattu 8.5.2024]

Scholten, R., Kremers, K., Groes, S., Somford, D. & Koeter, S. 2018. Incidence and risk factors of postoperative urinary retention and bladder catheterization in patients undergoing fast-track total joint arthroplasty: a prospective observational study on 371 patients. The Journal of Arthroplasty 33 (5). 1546–1551. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29306574/> [Viitattu 7.5.2024]

Simsek, Z. & Karaoz, S. 2017. Effect of nursing interventions on prevention and management of postoperative urinary retention for patients with orthopedic surgery under spinal anaesthesia. International Journal of Caring Sciences 1 (10). 522–531. Saatavilla: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/56_simsek_original_10_1.pdf [Viitattu 7.5.2024]

Simsek, Y. (2019). Usage of non-pharmacologic methods on postoperative pain management by nurses: Sample of Turkey International Journal of Caring Sciences, 12(1): 529–541. Saatavilla: <https://www.proquest.com/docview/2236692900?sourcetype=Scholarly%20Journals> [Viitattu 9.5.2024]

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Saatavilla: [Sosiaali- ja terveysministeriön asetus... 298/2009 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](https://www.finlex.fi/asiakirjat/asetukset/298/2009) [Viitattu 1.9.2023]

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Saatavilla: [URN:NBN:fi-fe201504225719.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.finlex.fi/asiakirjat/asetukset/298/2009) [Viitattu 1.9.2023]

Srivastava, V., Basu, S. & Shukla, V.K. 2012. Seroma Formation after Breast Cancer Surgery: What We Have Learned in the Last Two Decades. *Journal of breast cancer* 15 (4), 373–380. Saatavilla: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/23346164/> Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 14.10.2023]

Suomen Anestesiologiyhdistys. 2023. ASA- luokitus. Saatavilla: [asa_luokitus.pdf \(say.fi\)](asa_luokitus.pdf(say.fi)) [Viitattu 13.9.2023]

Tamminen, J.& Metsävainio, M-L. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta- Kirurgisen potilaan hoidossa hyvä tiedon kulku on oleellinen osa hoidon onnistumista. Hoitovastuun siirtyessä tiedonkulkuun on kiinnitettävä erityistä huomiota. 2015; 48 (4); 338–343. *Finnanest.* Saatavilla: https://say.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf [Viitattu 5.5.2024]

Tarnanen, K., Mäntyselkä, P. & Komulainen, J. 2016. Auts– nyt sattuu! (kipusuositus). Saatavilla: [Auts - nyt sattuu! \(Kipu-suositus\) \(kaypahoito.fi\)](Auts_-_nyt_sattuu!(Kipu-suositus)(kaypahoito.fi)) [Viitattu 12.10.2023]

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Huurre, T. & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan. *Hoitotiede* 30 (3). 179–190. Saatavilla: <file:///C:/Users/Merja/Downloads/128421-Artikkelin%20teksti-273963-1-10-20230330.pdf> [Viitattu 7.5.2024]

TietoEVRY 2023. Saatavilla: [Lifecare potilastietojärjestelmä \(tietoevry.com\)](Lifecare_potilastietojarjestelmä(tietoevry.com)) [Viitattu 1.9.2023]

Tunturi, P. 2013. Traneksaamihappo. Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. (toim.) *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Saarijärvi: Duodecim, 130.

THL- Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. 2023. Saatavilla: [Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa - THL](Hoitoonpääsy_erikoissairaanhoidossa_-_THL) [Viitattu 13.9.2023]

THL- Jonot kiireettömään erikoissairaanhoidon kasvoivat edelleen huhtikuussa. 2023. Saatavilla: [Jonot kiireettömään erikoissairaanhoidon kasvoivat edelleen huhtikuussa 2023 | Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL \(sttinfo.fi\)](Jonot_kiireettömään_erikoissairaanhoidon_kasvoivat_edelleen_huhtikuussa_2023_|_Terveiden_ ja_hyvinvoinnin_laitos_THL_(sttinfo.fi)) [Viitattu 13.9.2023]

Tiippana, E. (2015). Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? *Suomen lääkärilehti*, 70(1–2), 48–53. Saatavilla: <https://jyu.finna.fi/Record/arto.013873276> [Viitattu 9.5.2024]

Tilastokeskus 2024. Syntyvyys ei ole Suomessa ikärakenteen kannalta riittäväällä tasolla. Saatavilla: https://stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html [Viitattu 16.4.2024]

Terveystieteiden laitos (30.12.2010/1326, § 6). Saatavilla: [Terveystieteiden laitos 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](Terveystieteiden_laitos_1326/2010_-_Ajantasainen_lainsaadanto_-_FINLEX_®) [Viitattu 13.9.2023]

Turunen E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektivisten leikkausten peruuntumisiin. Itä-Suomen yliopisto Kuopio, 2018. Saatavilla: <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/20233> [Viitattu 7.5.2024]

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Toimituskunta: Krista Varantola (pj.), Veikko Launis, Markku Helin, Sanna Kaisa Spoof & Sanna Jäppinen (siht.). Helsinki 2013. Saatavilla: <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012> [Viitattu 12.10.2023]

Tutkimuslupamenettely Sairaala Nova 2023. Saatavilla: [https://www.sairaala-nova.fi/fi-FI/Tutkimus/Tutkimuspalvelut/Tutkimusohjeet_ja_lomakkeet/Tutkimuksen_valmistelu_ja_aloittaminen/Tutkimusluvut_ja_lausunnot\(44354\)](https://www.sairaala-nova.fi/fi-FI/Tutkimus/Tutkimuspalvelut/Tutkimusohjeet_ja_lomakkeet/Tutkimuksen_valmistelu_ja_aloittaminen/Tutkimusluvut_ja_lausunnot(44354)) [Viitattu 20.10.2023]

Tutkimuslupamenettely Xamk- ammatikorkeakoulu 2023. Saatavilla: <https://libguides.xamk.fi/avoinTKItoiminta/luvat> [Viitattu 20.10.2023]

Työturvallisuuskeskus 2024. Psykososiaalinen työkuormitus. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvaluisuus/toimialakohtaista-tietoa/terveydenhuoltoala/tyokuormituksen-hallinta/psykososiaalinen-tyokuormitus/> [Viitattu 5.5.2024]

Vad, V. 2012. Eron kivusta. Jyväskylä: Sanoma Pro Oy

Valvira 2023. Saatavilla: [Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät | Valvira](#) [Viitattu 1.9.2023]

Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M., Tuukkanen, J., Ketola, E., & Hepo-niemi, T. 2018. Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi – terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 10(1), 143–163. Saatavilla: <https://doi.org/10.23996/fjhw.65387> [Viitattu 9.5.2024]

Verma, R., Alladi, I., Jackson, I., Johnston, C., Kumar, R., Page, I., Smith, M., Stocker, C., Tickner, S., Williams, R. & Young, R. 2011. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2, 417–434. Saatavilla: [Day case and short stay surgery: 2 - 2011 - Anaesthesia - Wiley Online Library](#) . Vaatii käyttöoikeuden. [Viitattu 13.9.2023]

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Vilkka, H. 2021. Tutki ja Kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus

Vuento, R. 2020. Virtsatietulehdus (virtsatieinfektio) aikuisilla. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00615/virtsatietulehdus-virtsatieinfektio-aikuisilla?q=vti> [Viitattu 20.10.2023]

Vänskä, M. 2022. Työhyvinvointi ja sen kehittäminen julkisessa organisaatiossa. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Saatavilla: <https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/13779/978-952-395-018-4.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [Viitattu 5.5.2024]

Welling, M. & Takala, A. 2023. Patterns of malpractice claims and compensation after surgical procedures: a retrospective analysis of 8,901 claims from the Finnish patient insurance registry. Saatavilla: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-023-00353-0> [Viitattu 16.10.2023]

Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Arestedt, K., & Brostrom, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 802–812. Saatavilla: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12308> [Viitattu 7.5.2024]

Webropol 2023. Text Mining. Saatavilla: [Webropol Analytics - Webropol](#) [Viitattu 20.11.2023]

Xavier, A. T., de Lima, M. K., Rodrigues, B., Tâmara, M., Cavalcanti de Lira, M. d. C., & Queiroga Serrano, S. (2018). Evaluation of postoperative pain under nurse's point of view. *Journal of Nursing UFPE*, 12(9). 2436–2441. Saatavilla: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/234730/29970> [Viitattu 9.5.2024]

Webropol- kyselylomake ja saatekirje

Sähköinen kyselylomake (taustakysymykset 1–4):

1. Annan suostumukseni tutkimukseen osallistumiseen ja olen lukenut saatekirjeen sekä tietosuojaselosteen? Kyllä Ei
2. Ikä?
(18–30 v., 31–40 v., 41–50 v., 51–60 v., 61–67 v.)
3. Työkokemus terveydenhoitoalalta?
(alle 2 v, 3–5 v., 6–10 v., enemmän kuin 10 v.)
4. Työkokemus leikkauspotilaan hoitotyöstä?
(alle 2 v, 3–5 v., 6–10 v., enemmän kuin 10 v.)
5. Koetko ammatillisen osaamisen olevan riittävä leikkauspotilaan turvalliseen ja laadulliseen kotiuttamiseen? (miksi)
6. Millaisena koet nykyiset Sampo- potilasohjeet ja niiden kattavuuden leikkauspotilaan kotihoito-ohjauksessa?
7. Millaisena koet leikkauspotilaan seurannan ja hoidon sekä siinä esiintyvät haasteet kotiutusyksikössä? (miksi)
8. Millaisena koet ASA 3-4- luokan leikkauspotilaan hoidon kotiutusyksikössä? (Miksi)
("ASA 1=Terve, ASA 2=Lievä yleissairaus, ASA 3=Vakava yleissairaus, ASA 4=Jatkuvasti henkeä uhkaava vakava yleissairaus, ASA 5=Kuolemansairas potilas, jonka ei odoteta jäävän henkiin ilman leikkausta, ASA 6=Aivokuollut elinluovuttaja". (Aineistokatalogi 2023).
9. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta leikkauspotilaan seurantaan, hoitoon tai kotiuttamiseen? (miksi)
10. Millaiseksi koet nykyiset käytännöt leikkauspotilaan lääkehoidon toteuttamisessa työssäsi?
11. Millaisena koet leikkauspotilaan postoperatiivisen kivun- ja pahoinvoinnihoidon ja sen riittävyden? (miksi)
12. Millaiseksi koet työssäsi leikkausalueen seurannan ja siihen liittyvien toimenpiteiden suorittamisen (esimerkiksi sidosten vaihto)?
13. Millaisena koet leikkauspotilaan virtsaamisen seurannan ja siihen liittyvät toimenpiteet (jäännösvirtsan tarkastus, katetrointi, toistokatetrointiohjaus) ja siinä esiintyvät haasteet kotiutusyksikössä?

14. Millaiseksi koet leikkauspotilaan hoidossa ja dokumentoinnissa käytettävät tietojärjestelmät työssäsi?
15. Oletko joutunut ottamaan yhteyttä leikkaavaan lääkäriin, anestesia­lääkäriin tai päivystävään lääkäriin leikkauspotilaan hoitoon liittyen kotiutusvaiheen aikana? (miksi ja kuinka usein)
16. Millaiseksi koet leikkauspotilaan jatkohoitopaikan järjestelemisen ja siinä esiin tulevat haasteet?
17. Koetko työn kotiutusyksikössä kuormittavaksi? (miksi ja kuinka usein)
18. Millaisia kehittämissuunnitelmia sinulla on leikkauspotilaan kotiutusprosessiin liittyen?

Saatekirje

Hei,

Toivoisin, että käytätte hetken aikaa vastataksenne online-kyselyyn, joka käsittelee leikkauspotilaan kotiutusprosessia ja siihen liittyviä haasteita kotiutusyksikön hoitajien näkökulmasta. Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni, ja vastauksenne auttaisivat minua saamaan arvokasta tietoa aiheesta. Tavoitteena on saada selville leikkauspotilaan kotiutusprosessista esiin tulevat haasteet kotiutusyksikön hoitajien näkökulmasta ja kehittää tutkimuksen tulosten avulla kotiutusprosessin laatua sekä potilasturvallisuutta.

Opiskelen Mikkelin Xamk- ammattikorkeakoulussa dataperusteisten hyvinvointipalveluiden kehittämistä (yamk). Opinnäytetyön tilaaja on Sairaala Novan kirurgian poliklinikka operatiiviselta palvelualueelta. Sairaalan toiminta on kuulunut osaksi Keski- Suomen hyvinvointialuetta 1.1.2023 alkaen. Tutkimukseen on haettu asianmukaiset tutkimusluvut (Sairaala Nova Keski- Suomen hyvinvointialue ja Xamk- amk Mikkelä) ennen kyselyn toteuttamista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit peruuttaa tutkimukseen osallistumisen tutkimuksen aikana. Sähköpostiosoitteet kerätään opinnäytetyöhön liittyvää kyselyä varten tilaaja organisaation eli Sairaala Novan kirurgian poliklinikan toimesta ennen kyselyn toteuttamista. Tilaaja organisaation Sairaala Novan kirurgian poliklinikan osastonhoitaja lähettää tutkittavien sähköpostiosoitteet tutkijalle organisaation sähköpostiin, joka lisää ne webropol- ohjelmaan. Kysely lähetetään webropol- ohjelmasta tutkimukseen osallistujille. Vastausvaiheessa tutkijalle ei tule tietoon tutkittavan sähköpostiosoite vaan kysely toteutetaan Webropol- kyselynä anonymina ja vastaukset käsitellään anonymisti. Henkilötietoja (sähköpostiosoite) säilytetään opinnäytetyön julkaisemiseen asti. Tämän jälkeen tiedot hävitetään. Kysely sisältää itsessään tutkittavan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, kyselyn saatekirje toimii samalla tiedotteena tutkittavalle ja kyselyn liitteenä lähetetään opinnäytetyön tietosuojailmoitus.

Voitte vastata kyselyyn [SurveyLink]. Se vie vain noin 15–20 minuuttia ajastanne. Pyydän vastamaan kyselyyn kahden vuorokauden sisällä kyselyn saapumisesta.

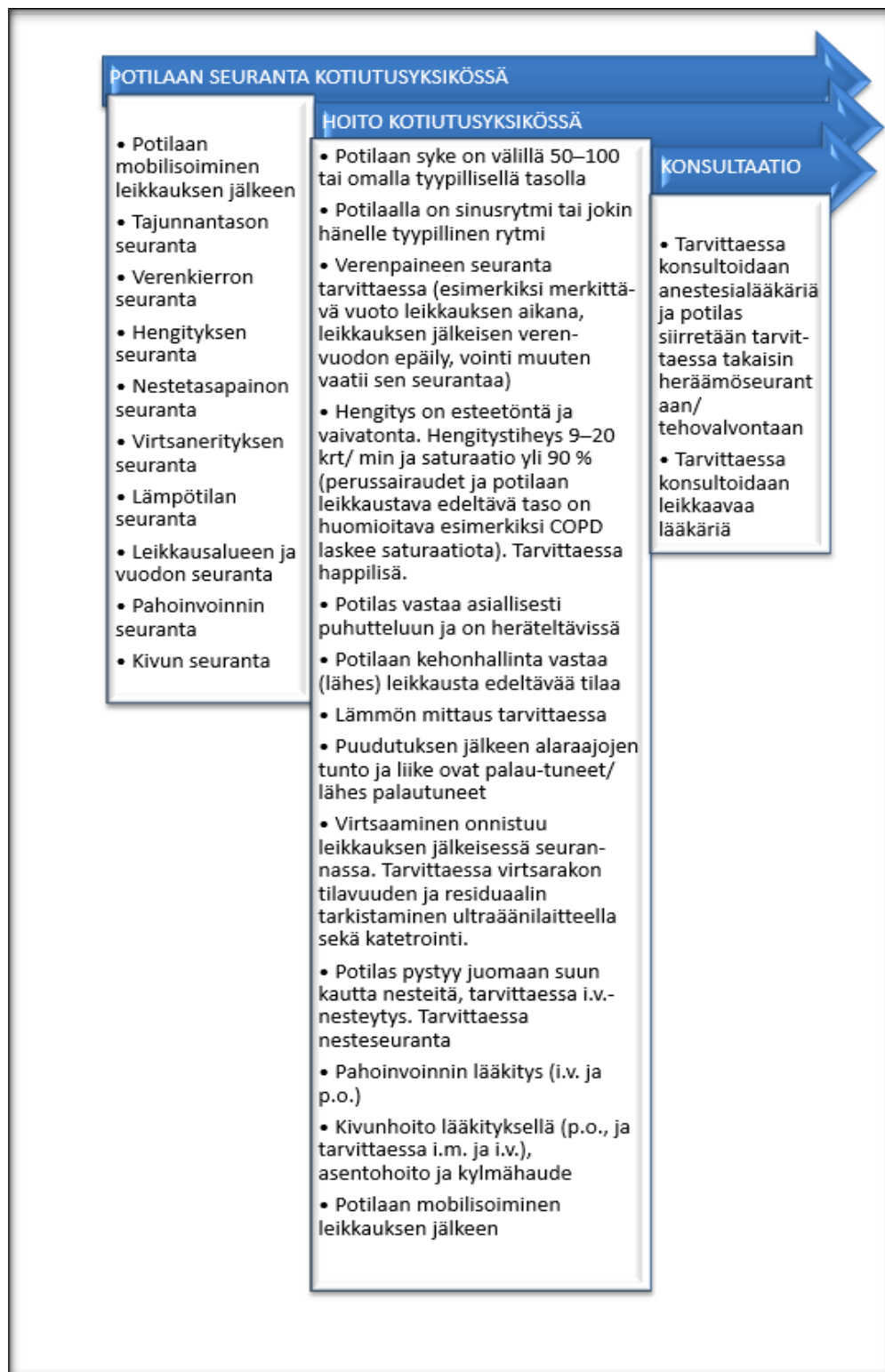
Kyselyn tulokset tuodaan koko henkilöstölle tietoon tammikuun 2024 aikana.

Kiitos jo etukäteen avustanne!

Ystävällisin terveisin, Merja Kuosmanen

Tarvittaessa lisätietoa kyselystä antaa:
bmeku004@edu.xamk.fi (Merja Kuosmanen)
Opinnäytetyön ohjaaja Pirjo.Oikarinen@xamk.fi

Leikkauspotilaan postoperatiivinen seuranta



Kuva 9. Leikkauspotilaan postoperatiivinen seuranta (Lukkarinen ym. 2012, 7–29).

Leikkauspotilaan kivunhoito

<p>Parasetamolilla on kipua lievittävä ja kuumetta alentava vaikutus. Plasmapitoisuuden huippu saavutetaan 30–60 minuutissa. Kipua lievittävä vaikutus alkaa noin puolessa tunnissa ja on huipussaan 1–2 tunnin kuluttua ja kestää noin 4–5 tuntia.</p>		
<p>Annostus:</p> <p>itsehoidossa: aikuisille 1-2 tablettia korkeintaan 3 kertaa päivässä.</p> <p>lääkemääräyksellä: aikuisille parasetamoli 500 mg 1-2 tablettia 4 kertaa vuorokaudessa. Maksimiansi on 4 g vuorokaudessa.</p> <p>Haittavaikutukset</p> <p>Parasetamoli aiheuttaa harvoin vakavia haittavaikutuksia. Se ei ärsytä ruoansulatuskanavaa, ja myös maha- ja pohjukaissuolihaavapotilaat voivat käyttää parasetamolia.</p> <p>HUOMIOITAVAA</p> <p>Parasetamoli on erittäin maksatoksinen yliannosteltuna!! (kapea terapeuttinen leveys)</p>	<p>Vaikuttava aine Kauppanimet</p> <p>parasetamoli</p> <p>Pamol Pamol-F Panadol Para-Tabs Paraceon Paracetamol- ratiopharm Paramax Perfalgan</p>	<p>Muodot/antotavat</p> <p>peräpuikko tabletti poretabletti oraalisuspensio 24 mg/ml iv-liuos suussa sulava</p>

Kuva 18. Parasetamoli- lääkitys (Hakala 2012, 29).

<p>Annostus:</p> <p>Eri lääkkeiden annostus vaihtelee:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ibuprofeeni 400–800 mg x 1-3 p.o. • ketoprofeeni 100mg x 1-2 i.v. 50 mg x 1-3p.o. • diflofenaakki 75 mg x2 i.v. 50 mg x 1-3 p.o. • etorikoksibi 120 mg x1 p.o. <p>(suositus Anestesia- ja tehohoito-kirja, s.841.)</p> <p>Haittavaikutukset</p> <p>Huimaus ja päänsärky</p> <p>Mahasuolikanavan ärsytys</p> <p>HUOMIOITAVAA</p> <p>Tulehduskipulääkkeitä ei tule käyttää, jos potilaalla on</p> <ul style="list-style-type: none"> • mahahaava • vuototaipumus (Marevan-lääkitys) • yliherkkyys tulehduskipulääkkeille • astma (osalle potilaista käy) • munuaisten vajaatoiminta • sydämen vajaatoiminta • hypotensio • hypovolemia <p>Usean eri tulehduskipulääkkeen käyttö samanaikaisesti ei ole suositeltavaa, haittavaikutukset voivat lisääntyä.</p> <p>Vanhuksille tulisi annoksia pienentää.</p>	<p>Vaikuttava aine Kauppanimet</p> <p>Ibuprofeeni Burana Burana -C Ibusal Ibumax Ibuprofen –ratiopharm Ibutabs</p> <p>Naprokseeni Alpoxen Eox Miranax Naprometin Napromex Pronaxen</p> <p>Ketoprofeeni Keto Ketomex Ketorin Orudis</p> <p>Diklofenaakkinaatrium Diflofenac Diclomex Motifene Dual Voltaren</p> <p>Diklofenaakkikalium Voltaren rapid</p> <p>Diklofenaakkinaatrium+ misoprostoli Arhrotec Forte</p> <p>Yhdistelmävalmiste ibuprofeeni;+kodeiinifosfaattihemihydraatti Ardinex</p> <p>Koksibit Etorikoksibi Arcoxia Turox Selekoksibi Celebra Parekoksibi Dynastat</p>	<p>Muodot/antotavat</p> <p>peräpuikko 500 mg 1g oraalisuspensio 20 mg / ml poretabletti tabletti kapseli tabletti oraali-suspensio 25 mg/ml injektio-liuos 50 mg/ml kapseli peräpuikko tabletti peräpuikko tabletti injektio 25 mg/ml iv / im tabletti tabletti tabletti tabletti infusio</p>
--	--	--

Tulehduskipulääkkeet (Hakala 2012, 30)

<p>Kodeiini on keskushermostoon vaikuttava opioi-dianalgeetti</p> <p>Annostus: 1-2 tablettia 1-4 kertaa päivässä.</p> <p>Haittavaikutukset: Väsytys, allergiset reaktiot Pahoinvointi Ummetus</p> <p>HUOMIOITAVAA Parasetamoli on erittäin maksatoksinen yliannosteltuna!! Ei sappipotilaille, saattaa aiheuttaa sappikohtauksen. Kodeiini voi aiheuttaa riippuvuutta.</p>	<p>Yhdistelmävalmisteet parasetamoli+kodeiini faattihemihydraatti Codaxol Panacod parasetamoli + orfenadriini Dolan Norgesic</p>	<p>poretabletti</p> <p>tabletti</p>
<p>Tramadoli on keskushermostoon vaikuttava opiaat-tialgeetti.</p> <p>Annostus: Vaihtelee, esim. 50-100 mg x 3-4. Maksimiannos vuorokaudessa on 400 mg vaikuttavaa ainetta.</p> <p>Haittavaikutukset: Huimaus, päänsärky Tokkuraisuus Pahoinvointi, oksentelu Hikoilu</p> <p>HUOMIOITAVAA MAO:n estäjien kanssa yhteisvaikutus</p>	<p>Tramadoli Tradolan Tramadin Tramadol Tramagetic Tramal Trambo Tramium</p>	<p>kapseli tipat 100mg/ml injektio liuos iv/im Varovasti!! peräpuikko liukeneva tabletti</p>

Keskivahvat opiaatit lääkehoidossa (Hakala 2012, 32)

Opioidit estävät kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostossa. Opioidit ovat tehokkaimpia akuuteissa kiputiloissa, joissa kipu johtuu lähinnä kudonvauriosta ja tulehduksesta.

<p>Opioidit</p> <p>Annostus: Oksikodoni 2-3 mg i.v., voi toistaa muutaman minuutin välein kunnes kivun saa hallintaan Petidiini, käytetään yleensä lasten kipulääkityksessä määräyksen mukaan Fentanyl määräyksen mukaan</p> <p>Hengityslamariski!!</p> <p>Haittavaikutukset: Sekavuus Huimaus, uneliaisuus Hengityslama Verenkierron lama Pahoinvointi, päänsärky, oksentelu Ummetus ja suolistospasmit Kutina</p> <p>HUOMIOITAVAA Saattaa lamata yskänrefleksin.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Vahvat opioidit</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oksikodoni</td> <td>tabletti pitkävaik.(12h)</td> </tr> <tr> <td>Oxycontin</td> <td>kapseli lyhytvaik.(4h)</td> </tr> <tr> <td>Oxynorm</td> <td>injektio 10 mg/ml</td> </tr> <tr> <td>Oksikodoni+ naloksoni</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Targiniq</td> <td>liuos 10 mg/ml</td> </tr> <tr> <td>Fentanyyli</td> <td>injektioeste 0,05mg/ml</td> </tr> <tr> <td>Fentanyl</td> <td>laastari</td> </tr> <tr> <td>Durogesic</td> <td>nenäsumute</td> </tr> <tr> <td>Instanyl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Matrifen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Petidiini 50mg/ml</td> <td>injektioeste im</td> </tr> <tr> <td>Petidin</td> <td>iv</td> </tr> <tr> <td>Morfiini</td> <td>injektioeste im</td> </tr> <tr> <td>Dolcontin</td> <td>iv</td> </tr> <tr> <td>Morphin</td> <td>epiduraali</td> </tr> <tr> <td>Depolan</td> <td>spinaali</td> </tr> <tr> <td>Oramorph</td> <td>oraaliliuos</td> </tr> <tr> <td></td> <td>depottabletti</td> </tr> <tr> <td></td> <td>depotkapseli</td> </tr> </table>	Vahvat opioidit		Oksikodoni	tabletti pitkävaik.(12h)	Oxycontin	kapseli lyhytvaik.(4h)	Oxynorm	injektio 10 mg/ml	Oksikodoni+ naloksoni		Targiniq	liuos 10 mg/ml	Fentanyyli	injektioeste 0,05mg/ml	Fentanyl	laastari	Durogesic	nenäsumute	Instanyl		Matrifen		Petidiini 50mg/ml	injektioeste im	Petidin	iv	Morfiini	injektioeste im	Dolcontin	iv	Morphin	epiduraali	Depolan	spinaali	Oramorph	oraaliliuos		depottabletti		depotkapseli
Vahvat opioidit																																									
Oksikodoni	tabletti pitkävaik.(12h)																																								
Oxycontin	kapseli lyhytvaik.(4h)																																								
Oxynorm	injektio 10 mg/ml																																								
Oksikodoni+ naloksoni																																									
Targiniq	liuos 10 mg/ml																																								
Fentanyyli	injektioeste 0,05mg/ml																																								
Fentanyl	laastari																																								
Durogesic	nenäsumute																																								
Instanyl																																									
Matrifen																																									
Petidiini 50mg/ml	injektioeste im																																								
Petidin	iv																																								
Morfiini	injektioeste im																																								
Dolcontin	iv																																								
Morphin	epiduraali																																								
Depolan	spinaali																																								
Oramorph	oraaliliuos																																								
	depottabletti																																								
	depotkapseli																																								

Opioidien vasta-aine on naloksoni (Naloxon)!

Litalgin

<p>Ruoansulatuskanavan sekä sappi- ja virtsateiden koliikkikivut. Rakkokouristukset.</p> <p>Annostus: Aikuisille 2-5 ml lihakseen tai hitaasti (< 1 ml/min) laskimoon. Annos voidaan tarvittaessa toistaa 6-8 tunnin välein.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Metamitsolinatrium; pitofenonihydrokloridi</td> <td>injektio liuos im</td> </tr> <tr> <td>Litalgin</td> <td>iv → Hitaasti!</td> </tr> <tr> <td></td> <td>tabletti</td> </tr> <tr> <td></td> <td>peräpuikko</td> </tr> </table>	Metamitsolinatrium; pitofenonihydrokloridi	injektio liuos im	Litalgin	iv → Hitaasti!		tabletti		peräpuikko
Metamitsolinatrium; pitofenonihydrokloridi	injektio liuos im								
Litalgin	iv → Hitaasti!								
	tabletti								
	peräpuikko								

Opiatit lääkehoidossa (Hakala 2012, 32)

Leikkauspotilaan verenkierron seuranta ja hoito

Taulukko 2. Normaalit sykearvot eri-ikäisillä. (Lähde: /28/ Sairaanhoidajan käsikirja s.572)		Taulukko 5. Verenpainearvot aikuisella. (Lähde /23/ Käypä hoito-suositus)	
ikä	x/ min.	Verenpainearvot aikuisella	syst./ diast.
aikuinen tai nuori	60–80	optimaalinen	120/80
10-vuotias	70–100	normaali	130/ 85
5-vuotias	90–110	tydyttävä	130–139 / 85–89
1 -vuotias	100–120	lievästi kohonnut	140–159 / 90–99
vastasyntynyt	120–140	kohtalaisesti kohonnut	160–179/ 100–109
		huomattavasti kohonnut	>180 / > 110

Kuva 11. Verenpaine ja syke- arvot (Hakala 2012, 17–18)

Korkean verenpaineen (hypertensio) mahdolliset syyt	Auttamismenetelmät
<ul style="list-style-type: none"> kipu verenpainetauti sympaattisen hermoston liiallinen aktiivisuus hypoksemia eli hapenpuute ventilaatiovajaus liiallinen nesteytys virtsarakon täyteys hypotermia potilaan kokema ahdistuneisuus, pelko, sekavuus tilanne saattaa johtaa hoitamattomana rytmihäiriöihin, sydämen akuuttiin pumppausvajeeseen tai aivoverenkierron häiriöihin -> syy on selvitettävä ja hoidettava 	<ul style="list-style-type: none"> Tarkkailu Potilaan rauhoittaminen, läsnäolo Riittävä kipulääkitys Potilaan lämmitys Hapetus Rohkaisu virtsaamaan, tarvittaessa kertakatetrointi Verenpainetta alentava lääkitys

Kuva 12. Korkean verenpaineen syyt ja hoito (Hakala 2012, 19)

Matalan verenpaineen (Hypotensio) mahdolliset syyt	Auttamismenetelmät
<ul style="list-style-type: none"> verenvuoto → vuotosokki nestehukka anestesian jälkivaikutuksena liiallinen sympaattinen salpaus rytmihäiriö sydämen vajaatoiminta sydänlihaksen hapenpuute (uhkaava infarkti) paineilmarinta embolia septinen shokki 	<ul style="list-style-type: none"> Tarkkailu ja seuranta <ul style="list-style-type: none"> Pulssi SaO₂ Verenpaine Ekg Potilaan levottomuus, kalpeus, janoisuus Periferian lämpö Lisähappi Jalat koholle, Trendelenburgin asento, ellei siihen ole kirurgista tai anestesiologista estettä Nesteytys, hypovolemian korjaaminen, mahdollisten vuotojen korvaaminen Leikkausalueen tarkkailu, vatsan ympäröityminen seuraaminen, haavasidos, laskuputket Hematokriitin ja hemoglobiinin tarkistus

Kuva 13. Matalan verenpaineen syyt ja hoito (Hakala 2012, 20)

Leikkauspotilaan kotiutuskriteerit

Taulukko 12. Kotiutuskriteerit ja niiden täytyminen

Kriteeri	Kriteerin täytyminen
Vitaalielintoiminnot eli verenkierto, hengitys, tajunnantaso	Potilaan vitaalielintoimintojen tulee olla vakaat (leikkausta edeltävällä tasolla) tunnin ajan ennen kotiutusta. <ul style="list-style-type: none"> • verenkierto (pulssi, verenpaine) • hengitys (SaO₂, hengitys on vaivatonta) • tajunnantaso
Tajunnantaso	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan tulee olla orientoitunut aikaan ja paikkaan • Potilaan tulee kyetä vastaanottamaan kotihoidonohjaus
Kipu	<ul style="list-style-type: none"> • Kivun tulee olla hallinnassa ja hoidettavissa kotona otettavilla kipulääkkeillä (ei tarvetta injisoitaviin kipulääkkeisiin) VAS >3
Haava	<ul style="list-style-type: none"> • Haava ei vuoda tai tihkuta
Syöminen ja juominen	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas pystyy juomaan nesteitä ja mahdollisesti syömään
Pahoinvointi	<ul style="list-style-type: none"> • Ei ole liiallista pahoinvointia, johon lääkitys ei auta
Liikkuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas pystyy kävelemään tuetta tai keppien avulla
Virtsaaminen	<p>Potilaan tulisi kyetä virtsaamaan ennen kotiinlähtöä</p> <ul style="list-style-type: none"> • spinaalipuudutuksen • virtsateihin kohdistuvan leikkauksen jälkeen (urologinen, gynekologinen) <p>Muille potilaille tämän kriteerin täytyminen ei ole niin välttämätöntä. Potilas ohjataan hakeutumaan hoitoon leikkauspäivän iltaan mennessä, jollei hän saa virtsattua ennen sitä.</p>
Hakija ja seuralainen	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaalla tulee olla hakija joka hakee hänet yksiköstä tai vastaanottaja kotona jos hän menee taksilla • Potilaalla tulee olla seuralainen leikkauspäivää seuraavaan aamuun. Seuralaisen tehtävän on auttaa potilasta ja esim. soittaa apua tarvittaessa.

Kuva 19. Päiväkirurgisen potilaan kotiutuskriteerit (Hakala 2012, 55)

Tiedonhaku opinnäytetyöhön

Tietokanta	Hakusana(t)	Rajaukset	Osumat	Opinnäytetyössä käytetyt artikkelit
PubMed	short surgery	10 vuotta	< 87000	1
	day surgery (* haun tarkennus day surgery nursing)	10 vuotta	< 108000 < 3096	2
	postoperative surgical complication (* haun lisärajausta rajausta työn yksittäisillä ilmiöillä esimerkiksi infektio, seeroma, verenvuoto)	10 vuotta	< 102000	4
	intraoperative (tarkentavia hakusanoja pahoinvointi, kipu, verenvuoto)	10 vuotta	< 105000	1
Julkari	leikkauskomplikaatio,	v. 2010–2023	16	4

	lyhytkirurgia perioperatiivinen, pre, -intra- ja postoperatiivinen,			
Duodecim	leikkaus- komplikaatio, lyhytkirurgia perioperatiivinen, pre, -intra- ja postoperatiivinen, kotihoito- oh- jaus,	-		32
Finna, Jyväskylän- ja Sairaala Novan kirjastopalvelut (kirjat)	leikkaus- komplikaatio, lyhytkirurgia perioperatiivinen, pre, -intra- ja postoperatiivinen, kotihoito- oh- jaus,	146	v. 2010– 2023	22
Muista julkaisuista saadut lähteet	leikkaus- komplikaatio, lyhytkirurgia perioperatiivinen, pre, - intra- ja postoperatiivinen			8

Tiedonhaku/ tutkimukset

Tutki- mus ja tekijä(t)	Jul- kaisu- vuosi ja paikk a	Tutkimuk- sen tarkoi- tus	Tutki- musme- netelmä	Otos	Tulokset
Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotiede	2014 Hoitotiede; Kuopio	" Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana"	Kyselytutkimus	"Vuonna 2001 kyselyyn vastasi 623 hoitotyöntekijää ja vuonna 2010 756 hoitotyöntekijää."	" Hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjaustaitonsa kokonaisuutena paremmiksi vuonna 2010 kuin vuonna 2001. Myönteistä kehitystä oli havaittavissa ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa tarkasteltuna ajanjaksona. Sen sijaan, potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen, ohjauksen tuloksellisuuden arviointi sekä ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen oli heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona. Tulokset antavat selkeitä kehittämiskohteita potilasohjaukseen."
Fernandez-Bustamante, A., Frendl, G., Sprung, J., Kor, D., Subramaniam, B., Ruiz, R-M., Lee, J-W., Henderson, W., Moss, A., Mehdiratta, N., Colwell, M., Bartels, K., Kolodzie, K., Giquel, J. &	2017	" Tutkia prospektiivisesti kliinisiä ja radiologisia PPC:itä sekä hengitysvajaushoitoja korkean riskin kirurgisessa populaatiossa"	Monikeskusprospektiivinen havainnointitutkimus	Tutkimukseen osallistui 1202 potilasta	" Postoperatiiviset keuhkokuomplikaatiot ovat yleisiä potilailla, joilla on American Society of Anesthesiologists fyysinen tila 3, huolimatta nykyisistä suojaavista ventilaatioskäytännöistä. Jopa lievät PPC:t liittyvät lisääntyneeseen varhaiseen leikkauksen jälkeiseen kuolleisuuteen, ICU-hoitoon pääsyyn ja oleskelun pituuteen (ICU ja sairaala). Lievät toistuvat PPC:t (esim. atelektaasi ja

Melo, M. 2017. Post-operative Pulmonary Complications, Early Mortality, and Hospital Stay Following Noncardiothoracic Surgery: A Multicenter Study by the Perioperative Research Network Investigators.					pitkäaikainen happihoidon tarve) ansaitsevat enemmän huomiota ja toimenpiteitä perioperatiivisten tulosten parantamiseksi.”
Mattila, K. Day surgery in Finland. Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome.	2010 Hoitotiede Helsinki	” Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata suomalaista päiväkirurgian nykyistä käytäntöä ja arvioida hoidon laatua arvioimalla kotiutumisen jälkeisiä lieviä sairastumis- ja laatuindikaattoreita. Mahdollisia hoitovaihtoehtoja lähestyttiin tutkimalla suun kautta otettavan deksametasonin roolia osana	”Tutkimukset I ja II ovat prospektiivisiä poikkileikkauskohorttitutkimuksia.” ”Tutkimus III on satunnaisesti, kaksoissokkoutettu ja lumekontrolloitu tutkimus. Tutkimus IV on satunnaisesti kliininen tutkimus, jossa on vertailuryhmä.”	Vaihe 1: 7915 Vaihe 2: 2732 Vaihe 3: 60 Vaihe 4: 89	”Tutkimus osoittaa päiväkirurgian olevan Suomessa korkealaatuista ja turvallista ja sen osuutta on mahdollista edelleen lisätä. Päiväkirurgiset potilaat ovat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Toimenpidettä seuraavina päivinä useilla potilailla esiintyy erilaisia lieviä oireita, joista kipua on yleisin. Vaivaisenluuleikkauksen yhteydessä lyhykestoinen deksametasonihoito parasetamoliin yhdistettynä tehostaa kivunlievitystä ja vähentää vahvan kipulääkkeen tarvetta. Päiväkirurginen nivus-tyräleikkaus soveltuu hyvin 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille potilaille, joiden perussairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa.”

		multimodaalista analgesiaa ja päiväkirurgian toteutettavuutta 65-vuotiailla ja sitä vanhemmilla potilailla.”			
Pihlajamäki, S. Potilaiden postoperatiivinen vointi ja tyytyväisyys.	2014 Tampere-lääketieteellinen yksikkö	”Tutkimuksen tarkoituksena oli mitata potilaiden leikkauksen jälkeistä toipumista, postoperatiivisten komplikaatioiden ilmaantuvuutta ja esiintyvyyttä sekä potilaiden omaa kokemusta leikkauksen jälkeisistä ongelmista.”	Kvantitatiivinen haastattelututkimus	263, joista 100 vastasi	”Yleisimmät ongelmat olivat kipu: 85 % potilaista koki jonkinasteista kipua 1. postoperatiivisena päivänä (46 %:lla kipu oli kovaa tai sietämätöntä) sekä pahoinvointi: 39 %:lla jonkinasteista pahoinvointia (15 %:lla kovaa tai sietämätöntä). Seuraavaksi yleisimmät ongelmat olivat happeutumisongelmat (POP 1: esiintyvyyttä 26 %) ja diureesin häiriöt (POP 1: lisänesteytystä tarvitsi 19 %). Uusintaleikkaukseen joutui 8 % potilaista. 92 % koki leikkauksen jälkeen ongelmia ja heistä 44 %:lla ongelmat olivat kohtalaisia tai pahoja. Kipu ja pahoinvointi olivat tässä tutkimuksessa suurimmat leikkauksenjälkeiset ongelmat, joiden hoitoa tulee edelleen tehostaa. Erityisesti pahoinvoinnin hoidossa käytetään usein lääkitystä, joka on monissa tutkimuksissa todettu tehottomaksi.”

<p>Purhonen, S. Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. With Special Reference to Supplemental Oxygen, Different Antiemetics and Anesthesia Regimens.</p>	<p>2006 Kuopio Lääketieteen laitos</p>	<p>Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun (PONV) ehkäisystä aikuisilla.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>”Kaikki englannin kielellä julkaistut tutkimukset arvioitiin. Katsaukseen otettiin mukaan aikuisten PONV:n ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä henkilöitä”</p>	<p>”Ensimmäinen askel PONV:n ehkäisyssä on riskitekijöiden arviointi ja vähentäminen. Vaikka ei-farmakologisilla hoidoilla voi olla rooli PONV:n hoidossa, PONV:n hoidon pääasiallinen muoto on farmakologiset menetelmät. Potilaat, joilla on kohtalainen tai suuri riski saada PONV, tarvitsevat profylaktista antiemeettistä hoitoa. Suuren riskin potilaat saattavat tarvita yhdistelmähoitoa kahdella tai kolmella eri antiemeettiluokista kuuluvalla lääkkeellä. Potilaat, joille todella kehittyi PONV, tarvitsevat pelastavaa antiemeettistä hoitoa. Tällaisissa tapauksissa valittujen aineiden tulisi kuulua eri antiemeettisten luokkien kuin PONV:n ennaltaehkäisyyn käytetyt aineet.”</p>
<p>Ruohoaho, U. 23 tunnin kirurgia (23 h-kirurgia): käyttöönotto yliopistollisessa sairaalassa</p>	<p>2021 Kuopio Terveystiede</p>	<p>”Tutkimuksen tavoite oli arvioida uutta 23 h-kirurgista hoitomallia, sen käyttöönottoa ja soveltuvuutta KYS:ssä sekä malliin liittyen potilastyytyvyyttä, leikkauksen jälkeistä toipumista ja potilasturvallisuutta.”</p>	<p>Kvantitatiivinen s</p>	<p>1328</p>	<p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että uusi 23 h-kirurgia on käyttökelpoinen, toimiva ja turvallinen hoitomuoto. Päiväkirurgian osuus oli ennen 23 h-kirurgian käyttöönottoa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) 39 %. Uuden toiminnan myötä lyhytjälkihoitoisesti hoidettujen potilaiden osuus nousi 10</p>

					prosenttiyksikköä. Nykyisin 23 h-kirurgia ja päiväkirurgia yhdessä kattavat noin puolet (48 %) elektiivisistä leikkauksista, ja alle kolme vuorokautta kestäneiden leikkaushoitajaksojen osuus on 80 %.”
--	--	--	--	--	--