

samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

ANNA-LEENA PIHLAJAMÄKI & TIIA PUOLAKKA

# **Tarkistuslista ja toimintaohje sairaanhoitajalle: Vatsaleikatun potilaan osastoseuranta ja hoito**

Opinnäytetyö

HOITOTYÖN TUTKINTO-OHJELMA  
2024

## TIIVISTELMÄ

Pihlajamäki Anna-Leena & Puolakka Tiia: Tarkistuslista ja toimintaohje sairaanhoitajalle: Vatsaleikatun potilaan osastoseuranta  
Opinnäytetyö, AMK  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Joulukuu 2024  
Sivumäärä: 95

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda työkalu hoitajien päivittäisen työskentelyn tueksi ja kehittää sairaanhoitajien tietämystä uuden ajankohtaisen näyttöön perustuvasta tiedon pohjalta. Työkaluksi valikoitui tarkistuslistan ja toimintaohjeen tekeminen osastolle. Vatsakirurgisesti leikatun potilaan osastoseuranta ja hoito tulee toteuttaa potilasturvallisesti ja systemaattisesti eri hoitotyön menetelmiä käyttäen. Tavoitteena opinnäytetyön tekemisellä oli lisätä osaston hoitohenkilökunnan tietoutta, potilasturvallisuutta, parantaa hoidon laatua, lisätä kustannustehokkuutta ja kehittää opinnäytetyön tekijöiden ammatillisuutta sekä työelämätaitoja.

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat käsittelevät tarkemmin tarkistuslistaan ja toimintaohjeeseen liitetyt kohdat. Teoriaosassa käsitellään vatsaleikatun potilaan postoperatiivista seuranta ja hoitoa vuodeosastolla, siihen liittyviä tavoitteita ja osa-alueita. Osa-alueiksi valikoitui ABCDE-protokollan, News-pisteityksen ja ERAS-menetelmien käyttö sekä peruselintoimintojen seuranta ja tarkkailu, varhaisen ravitsemuksen ja mobilisoimisen aloittaminen, avanteen hoito ja seuranta sekä näihin osa-alueisiin liittyvä kirjaaminen.

Opinnäytetyön aihe tuli tilaajalta, koska heillä ei ole aiemmin ollut kyseisiä potilaita varten tarkistuslistaa tai toimintaohjetta ja osaston ylilääkäri halusi muutoksia etenkin varhaisen ravitsemuksen ja mobilisoitumisen aloitukseen liittyen. Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyössä Satakunnan hyvinvointialueen Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n kanssa.

Opinnäytetyön tekemisen apuna käytettiin avainhenkilöä ja mentorin asiantuntemusta. Tilaaja ja hoitohenkilökunta otettiin mukaan tarkistuslistan ja toimintaohjeen tekemiseen palautekyselyn avulla. Palautekyselyyn vastasi 22 henkilöä 51:stä hoitohenkilökunnan jäsenestä ja erikseen palautetta antoivat avainhenkilö, tilaaja ja opinnäytetyön mentorina toiminut sairaanhoitaja. Palautekysely tehtiin hoitohenkilökunnalle paperisena versiona, muille työ lähetettiin sähköpostilla arvioitavaksi.

Valmiin opinnäytetyön tuotoksena valmistui helppolukuinen, käytännöllinen ja laadukas tarkistuslista sekä toimintaohje operatiivisen hoito-osasto 2:n hoitohenkilökunnalle, jota osastolla voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Avainsanat: gastroenterologia, postoperatiivinen, tarkistuslista

## ABSTRACT

Pihlajamäki Anna-Leena & Puolakka Tiia: Checklist and action guide for the nurse: ward monitoring of a patient with abdominal pain

Bachelor's thesis AMK

Nursing program

December 2024

Number of pages: 95

The purpose of the thesis was to create a tool to support nurses in their daily work and to develop nurses' knowledge based on new evidence-based information. A checklist and action guidelines for the ward were chosen as the tool. The ward monitoring and care of patients undergoing abdominal surgery must be carried out in a patient-safe and systematic manner using different nursing methods. The aim of the thesis was to increase the knowledge of the nursing staff, patient safety, improve the quality of care, increase cost-effectiveness and develop the professionalism and working life skills of the thesis authors.

The theoretical basis of the thesis is discussed in more detail in the checklist and the points attached to the Code of Practice. The theoretical part deals with the postoperative follow-up and care of the abdominal dissection patient in the ward, the related objectives and aspects. The areas selected were the use of the ABCDE protocol, News scoring and ERAS, as well as the monitoring and observation of basic organ functions, the initiation of early nutrition and mobilisation, the management and monitoring of the avascular space and the recording related to these areas.

The topic of the thesis came from the client because they did not previously have a checklist or an intervention manual for the patients concerned and the head of the department wanted changes, particularly in relation to the initiation of early nutrition and mobilisation. The thesis was carried out as a functional thesis in collaboration with the Operative Care Unit 2 of the Satakunta Welfare Region Satas Hospital.

The expertise of a key person and a mentor was used to assist in the thesis. The client and the nursing staff were involved in the development of the checklist and action plan through a feedback survey. The feedback questionnaire was answered by 22 out of 51 members of the nursing staff, with separate feedback from the key person, the commissioner and the nurse who acted as mentor for the thesis. A paper version of the feedback questionnaire was sent to the nursing staff, while the others were sent an email to evaluate the work.

The output of the thesis was an easy-to-read, practical and high-quality checklist and action plan for the nursing staff of the operative care ward 2, which can also be used for the orientation of new staff and students.

Keywords: gastroenterology, postoperative care, check lists,

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 VATSALEIKATUN POTILAAN POSTOPERATIIVINEN SEURANTA VUODEOSASTOLLA.....	7
2.1 Leikkauksen jälkeisen seurannan tavoitteet ja osa-alueet.....	8
2.2 ABCDE-protokolla, News-pisteytys ja ERAS-menetelmä seurannan tukena.....	10
2.3 Peruselintoimintojen seuranta ja hoito.....	14
2.3.1 Hengityksen seuranta .....	15
2.3.2 Verenkierron seuranta .....	17
2.3.3 Tajunnan tason ja lihastoiminnan seuranta .....	20
2.3.4 Kivunhoito .....	21
2.3.5 Nestetasapainon ja erityksen seuranta .....	25
2.3.6 Haava-alueen ja dreerien hoito .....	29
2.3.7 Leikkauksen jälkeinen ravitsemus .....	31
2.3.8 Leikkauksen jälkeinen mobilisaatio ja tukivyön käyttö .....	33
2.4 Stooman eli avanteen hoito ja seuranta .....	34
2.5 Postoperatiivisen seurannan ja hoidon kirjaaminen .....	36
3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE .....	37
4 PROJEKTIMENETELMÄT .....	39
4.1 Kirjallisuushaku .....	39
4.2 Fokusryhmähaastattelu ja dialoginen keskustelu .....	41
4.3 Tarkistuslistan laatiminen .....	42
4.4 Palautekysely .....	43
4.5 Toimintaohje.....	44
5 PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	45
5.1 Aikataulu ja resurssit .....	46
5.2 Riskit ja resurssit .....	49
6 PROJEKTIN TOTEUTUS.....	51
6.1 Kirjallisuushaun toteuttaminen.....	52
6.2 Haastatteluiden ja keskusteluiden toteuttaminen .....	53
6.3 Tarkistuslistan ja toimintaohjeen laatiminen .....	54
6.4 Projektin tuotos.....	57
7 PROJEKTIN ARVIOINTI .....	59
7.1 Kohderyhmän arviointi tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta.....	60
7.2 Tilaajan, mentorin ja avainhenkilön arviointi tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta .....	61

7.2.1 Tilaajan arviointi.....	61
7.2.2 Mentorin arviointi .....	62
7.2.3 Avainhenkilön arviointi .....	63
7.3 Oma arviointi projektin toteutumisesta.....	63
8 POHDINTA .....	66
8.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	66
8.2 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset .....	69
LÄHTEET .....	71
LIITE 1: KESKEISET KÄSITTEET- TAULUKKO.....	78
LIITE 2: SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT- TAULUKKO .....	79
LIITE 3: KIRJALLISUUSHAKU-TAULUKKO.....	80
LIITE 4: OSALLISTUJILLE LÄHETETTY ENNAKKOKYSELY .....	82
LIITE 5: SUOSTUMUSLOMAKE.....	83
LIITE 6 TARKISTUSLISTA .....	84
LIITE 7 TOIMINTAOHJE.....	85
LIITE 8: TARKISTUSLISTAN JA TOIMINTAOHJEEN PALAUTEKYSELY..	92
LIITE 9: SAATEKIRJE .....	94

## 1 JOHDANTO

Vatsaleikatusta potilaasta puhuttaessa voidaan käyttää useita erilaisia viittauksia aiheen selittämiseksi. Gastrokirurgia tarkoittaa vatsaelinkirurgiaa, vatsakirurgiaa tai ruokatorven ja vatsan sairauksien kajoavaa hoitoa, joka on vahvasti liitetty vatsatautiopilliseen eli gastroenterologiseen erikoisalaan (Duodecim, n.d.). Gastrokirurgisella potilaalla viitataan potilaaseen, joka on hakeutunut ruoansulatuselinoireiden vuoksi hoitoon päivystyksellisesti tai polikliinisen arvioon perusteella. Reilusti yli puolet kirurgisista päivystyspotilaista kuuluvat gastrokirurgian erikoisalan vastuulle ja näistä potilasta merkittävää osaa hoidetaan konservatiivisesti eli säästävillä ja rajoitetuilla menetelmillä, kuten lääkehoidolla. (Louhimo & Salminen, 2024.)

Gastrokirurgia on hyvinkin laaja ja monipuolinen kokonaisuus sekä se luokitellaan korkean riskin kirurgiaksi, jonka aikana esiintyy merkittävästi edelleen komplikaatioita (Louhimo & Salminen, 2024). Potilasturvallisuuden ja laadukkaan hoidon takaamiseksi tulee hoitajilla olla yhtenevä ja parhain mahdollinen tieto, jotta leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuisi systemaattisesti eri hoitotyön menetelmiä käyttäen. Jatkuva osaamisen kehittäminen uuden tiedon pohjalta on hoitajille välttämätöntä, koska sillä on hyvinkin laaja vaikutus toiminnan sujuvuuteen ja tuloksien tekemiseen. (Karsikas ym., 2021.)

Tämä opinnäytetyö tehdään toiminnallisena kehittämisprojektina yhteistyössä Satakunnan hyvinvointialueen Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n kanssa (Vilkkä, 2021a, s. 20). Tarkoituksena on luoda tarkistuslista ja toimintaohje gastrokirurgisesti leikatun potilaan osastolla tapahtuvaa seurantaa ja hoitoa varten. Tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta, parantaa hoidon laatua ja lisätä kustannustehokkuutta sekä kehittää osastolla työskentelevien hoitajien tietoutta ja tuoda esille uutta näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla potilastyötä voidaan kehittää.

Satasairaalan operatiivinen hoito-osasto 2 on erikoistunut gastrokirurgiaan sekä muutaman muun kirurgisen erikoisalalan hoitoon. Osastolla hoidetaan elektiivisesti eli suunnitelmallisesti ja päivystyksellisesti leikkaukseen tulevia potilaita sekä tutkimuksellisia potilaita kuten tähystyksen tarvitsevia tai sairau- den selvittämistä tarvitsevia potilaita. (Satakunnan hyvinvointialue, 2024.)

Aihe on osastolla ajankohtainen, koska osaston ylilääkäri toivoo hoitajien toi- mintamallien muutosta, jonka avulla edistettäisiin potilaiden toipumista ja no- peutettaisiin kotiutumista. Toipumisen edistäminen ja nopeampi kotiutuminen olisi osastolle myös kustannustehokasta toimintaa, jotka tekevät aiheeseen liit- tyvän kehittämisprojektin merkitykselliseksi ja lisää sen käytön hyödyllisyyttä organisaatiotasolla.

## 2 VATSALEIKATUN POTILAAN POSTOPERATIIVINEN SEU- RANTA VUODEOSASTOLLA

Gastrokirurgia on yksi laajimmista kirurgian erikoisaloista, johon kuuluvat vat- san alueen sairauksien diagnostiikka eli tutkiminen sekä niiden konservatiivi- nen ja kirurginen leikkaushoito. Toimenpiteet vaihtelevat laidasta laitaan, pie- nistä toimenpiteistä ja leikkauksista, suuriin sekä monimutkaisiin syöpä- ja päi- vystysleikkauksiin. (Sallinen & Salminen, 2019, s. 1546.)

Leikkaukset ja toimenpiteet voidaan tehdä elektiivisesti eli ennalta sovitusti tai päivystyksellisesti. Yleensä toimenpiteet tehdään laparoskooppisesti eli tähys- tysleikkauksella, mutta mahdollisesti voidaan joutua suorittamaan leikkaus la- parotomisesti eli vatsaontelon avauksella. Gastrokirurgiaan kuuluu myös gastro- ja kolonoskopiat eli maha- ja paksusuolentähykset, endoskooppiset retrogradiset kolangio-pankretografiat (ERCP) eli sappi- ja haimatiehyeiden tä- hystykset sekä niihin liittyvät toimenpiteet. Kuviossa 1, on havainnollistettu gastrokirurgiaan liittyvät aihealueet, joita erikoisalalla hoidetaan. Tulee

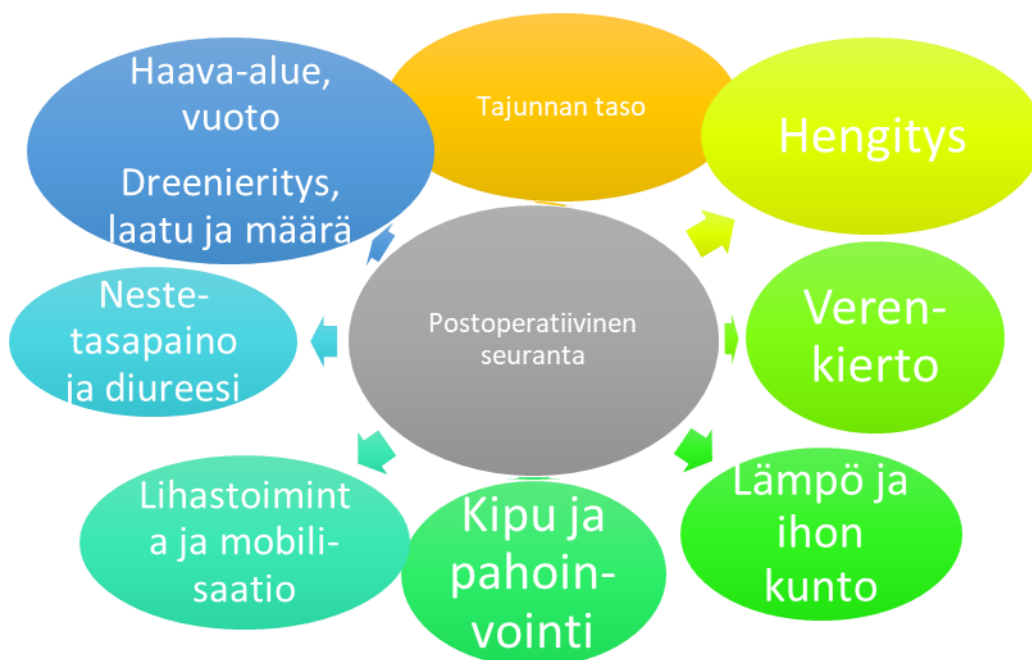
muistaa, että komplikaatioiden riski on merkittävä korkean riskin kirurgian vuoksi ja korkean stressinsietokyvyn omaaminen tulisi olla hallinnassa. (Sallinen & Salminen, 2024.)



Kuvio 1. Gastroenterologinen kirurgia

## 2.1 Leikkauksen jälkeisen seurannan tavoitteet ja osa-alueet

Postoperatiivisen hoitotyön eli leikkauksen jälkeisen hoidon tavoitteena on ehkäistä komplikaatioiden riskejä, vakauttaa peruselintoiminnot, ehkäistä ja hoitaa kipua sekä pahoinvointia, joiden avulla potilas toipuu leikkauksesta turvallisesti ja hallitusti kotikuntoiseksi mahdollisimman pian. Osastolla seurataan erilaisin menetelmin ja mittarein potilaan vointiin vaikuttavia asioita, joita on määriteltynä kuviossa 2. Jokaisella osa-alueella on omat toimintaohjeensa poikkeavuuksien varalta. (Särkijärvi ym., 2022b.)



Kuvio 2. Postoperatiivisen seurannan osa-alueet

Leikkauskomplikaatioiden ehkäisy ensimmäisten päivien aikana leikkauksen jälkeen on tärkeää. Tällä ehkäistään esimerkiksi verenvuotoa, haavainfektioiden syntyä tai haavan aukeamiseen vaikuttavia asioita. Tarkkailu on tiheää ja intensiivistä, joka riippuu potilaan yksilöllisestä yleiskunnosta, voinnista ja perussairauksista sekä operaation laajuudesta ja siihen liittyvistä seikoista. Potilasta tuetaan myös jatkuvasti omaehtoiseen kuntoutumiseen. Osastolla postoperatiivisen seurannan tukena vitalitoimintojen tarkkailussa käytetään ABCDE-protokollaa ja NEWS-pisteytystä, joka mahdollistaa komplikaatioiden varhaisen havaitsemisen. Varhainen havaitseminen on tärkeää, jotta tarvittavat hoitotoimenpiteet voidaan aloittaa ja voinnin romahtaminen ehkäistä. (Särkijärvi ym., 2022b.)

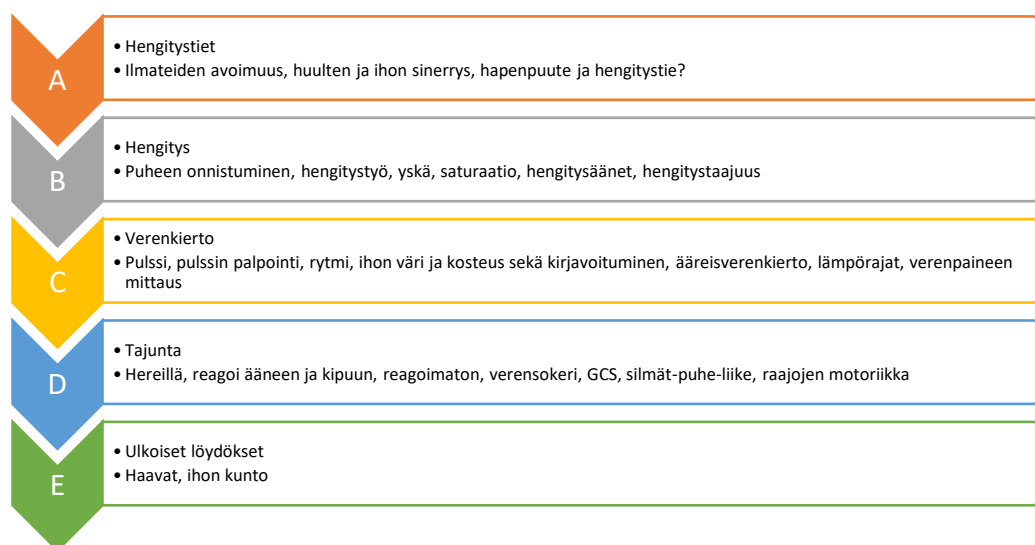
NEWS-pisteytyksen lisäksi tulee havainnoida potilasta tiheään silmämääräisesti eli niin sanotulla nenänpääindeksillä sekä kyselemällä potilaan vointia ja omia tuntemuksia. Apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita kuten NRS-as-teikkaa (numeric rating scale) kivunhoitoon liittyen. Kipua voidaan hoitaa usealla eri hoitotyön toiminnolla lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi ja jokaisen potilaan kohdalla kivun hoitoon liittyvät asiat ovat hyvin yksilöllisiä. Potilaan ollessa liikuntakyvytön, tulee huolehtia säännöllisestä asennonvaihdosta kivun

ja painehaavaumien ehkäisemiseksi sekä tarkkailla ihon kuntoa, lämpöä ja väriä. Hoitajan on tärkeä tietää, mitä kanyyleita, katetreja tai dreeneja potilaalle on asetettu sekä, mitä anestesiaa leikkauksessa on käytetty, jotta lihastoiminnan ja mobilisaation tarkkaileminen olisi turvallista ja laadukasta. Lääke- ja nestehoito ovat hyvin iso osa postoperatiivista hoitoa, johon kivun ja pahoinvoinnin lisäksi kuuluvat esimerkiksi antikoagulaation jatkuminen sekä dehydraation eli kuivumisen ja elektrolyyttihäiriöiden ehkäisy suonensisäisesti. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Kirurgi tai anestesia-ääkäri on voinut määrittää yksilölliset ohjeet osastolla tapahtuviin hoitotoimenpiteisiin tai rajauksiin liittyen. Määräykset tulee ottaa huomioon potilaan hoidossa ja ohjauksessa. (Terveyskylä, 2024.)

## 2.2 ABCDE-protokolla, News-pisteytys ja ERAS-menetelmä seurannan tukena

Hoitaja arvioi potilaan tilaa systemaattisesti ABCDE-protokollan mukaisesti, jotta jokainen kohta tulisi järjestelmällisesti huomioiduksi. Protokollan avulla hoitaja kykenee määrittelemään hoidon keskeiset ongelmat ja puuttumaan niihin nopeasti. Kuviossa 3 havainnollistetaan, mitä kirjaimet tarkoittavat ja missä järjestyksessä protokollaa viedään eteenpäin. (Alakare ym., 2023.)



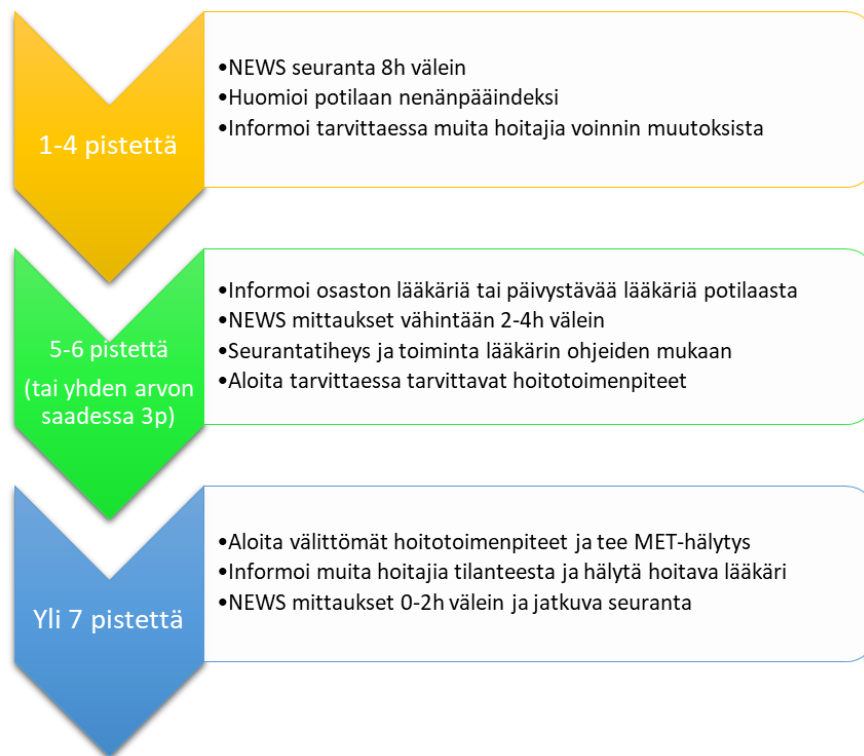
Kuvio 3. ABCDE-protokollan eteneminen ja määrittely

NEWS eli national early warning score on valtakunnallisesti standardoitu menetelmä, jolla arvioidaan ja seurataan aikuispotilaiden peruselintoimintoja. Tämän avulla voidaan puuttua varhain peruselintoimintoihin kehittyviin häiriöihin. NEWS-pisteytyksessä huomioidaan potilaan hengitystaaajuus, happisaturaatio, verenpaine, syketaajuus, tajunnan taso, lämpötila sekä mahdollisen lisähapen käyttö. Mittari on tutkitusti herkin, tarkin ja luotettavin, mutta myös yksinkertaisin peruselintoimintojen tilan kuvaaja. Mittaria tulisi käyttää osastolla päivittäin. (Karjalainen ym., 2018.)

Saatavat mittaukset pisteytetään asteikolla 0–3 ja mitä suuremman pistetuloksen mittaustuloksien yhteistuloksesta saadaan, sitä kauempana potilaan tila on normaalista. Korkeiden pisteiden saanti voi ennakoida potilaan sydämenpysähdystä, tehohoidon tarvetta tai jopa kuolemaa seuraavien päivien aikana, ellei arvoihin puututa. (Karjalainen ym., 2018.)

NEWS-pisteiden ollessa korkeat tulee huomioida mahdollisen epiduraalisen kivunhoidon tai suun kautta otetun kivunhoidon riittävyys ja tarpeen mukaan annoksia nostaa tai antaa lisäkipulääkettä. Potilaan ollessa silmin nähden huoventoinen ja NEWS-pisteet ovat normaalit, voi tilanne johtua myös kipulääkityksen toimimattomuudesta. (Haikonen, 2024.)

NEWS-mittarin käyttö tuo potilashoidossa jatkuvuutta ja se auttaa strukturoimaan potilaiden arviointia sekä antaa objektiivista tietoa peruselintoimintojen tilasta. Pisteytyksen mukaan hoitohenkilökunta voi fokusoida potilaan seurantaan tiheämmäksi ja puuttua tarvittaessa nopeasti muuttuviin arvoihin. Pisteytyksellä on selkeät ohjeistukset, miten toimia raja-arvojen ylittäessä normaali-tason. Kuviossa 4 on kerrottu, miten tiettyjen pisteiden perusteella tulee toimia. Pisteiden noustessa aloitetaan välittömästi tarvittavat hoitotoimenpiteet, kuten lisähapen anto tai nesteytys. Hoitajan tulee myös konsultoida lääkäriä potilaan tilan muutoksesta ja NEWS-pisteiden ollessa seitsemän tai sen yli tulee herkästi harkita lisäksi MET-ryhmän eli sairaalan sisäisen ensihoitoryhmän hälyttämistä paikalle. (Karjalainen ym., 2018.)



Kuvio 4. NEWS-pisteiden toimintaohjeet

Operatiivisella hoito-osasto 2:lla mitataan NEWS-pisteet vähintään kerran työvuorossa. Tämä tapahtuu yleensä työvuoron alussa, jolloin kierretään potilaat ensimmäisen kerran. Pisteytys antaa osviittaa potilaan voinnista ja sen muutoksista heti työvuoron alkaessa. Tarvittaessa NEWS-pisteitä mitataan tiheämmin tulosten mukaan ja puututaan arvoihin niiden noustessa. Satasairaalassa toimii sairaalan sisäinen ensihoitoryhmä eli MET-ryhmä, joka on osa sairaalan tehohoidon toimintaa. MET-ryhmä hälytetään paikalle soittamalla numeroon 2222.

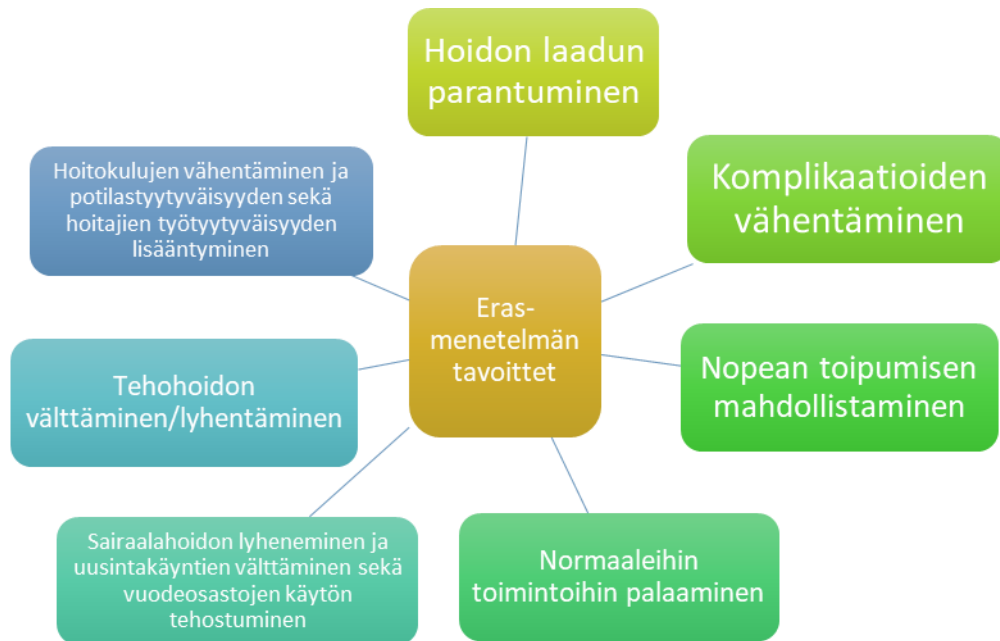
Enhanced recovery after surgery eli ERAS-menetelmä on strukturoitu, näyttöön perustuva toimintamalli, jonka tarkoituksena on koko leikkausprosessin ajan minimoida leikkauksen aiheuttamaa stressiä ja tukea potilaiden nopeaa toipumista. Toimintamallia käytetään pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa, jonka on osoitettu parantavan turvallisuustuloksia. (Williams & Laffamme, 2022.) Edellä mainitut vaiheet kulkevat yhtenevästi yhdessä parhaan tuloksen saavuttamiseksi. Yleisimmin menetelmää käytetään elektiivisten

potilaiden hoidossa, mutta on myös tutkittu, että korkean riskin kirurgiset potilaat hyötyvät menetelmän käytöstä. (Scott ym., 2023.)

ERAS-periaatteen on kehittänyt alun perin tanskalainen tohtori Henrik Kehlet vuonna 1995 ja vuonna 2010 perustettiin monialainen ERAS® Society-yhdistys, jonka tarkoituksena on ERAS-tutkimuksien ja -koulutuksien koordinointi sekä hoitosuosituksen julkaiseminen (Pere, 2017; Williams & Laflamme, 2022).

ERAS-periaatetta on lähdetty alun perin kehittämään koska huomattiin, että leikkauksen aiheuttama kudonvaurio yhdessä intra- ja postoperatiivisen kivun kanssa aiheuttivat elimistössä hormonaalista sekä neurologista stressivastetta. Näiden seurauksena potilaiden toimintakyky aleni, potilaiden toipuminen hidastui ja sairaalassaolo aika piteni. Myös aiemmin käytetyt toimintamallit osoittautuivat tieteellisen vertailun pohjalta potilaille haitallisiksi menetelmiksi. (Pere, 2017.)

ERAS-yhdistys on optimoinut periaatteen käytön eri erikoisala- tai toimenpidekohtaisiin hoitokomponentteihin tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. ERAS painottaa kannustavaa ja osallistavaa otetta, leikkausstressiä vähentäviä toimintoja ja toimintakyvyn tukemista. Erikoisalasta tai toimenpiteestä riippumatta periaatteen käytölle on luotu yleiset päätavoitteet, joita on havainnollistettu kuviolla 5. Potilashoidolle on menetelmässä luokiteltu käytännön tavoitteita ja niihin liittyen hankittu näyttöön perustuvaa tietoa keinoista, joilla tavoitteisiin pääseminen olisi mahdollista. (Mallat & Mosorin, 2024.)



Kuvio 5. ERAS-menetelmän yleiset päätavoitteet (Mallat & Mosorin, 2024).

Gastrokirurgisen potilaan postoperatiivinen hoito olisi hyvä edetä ERAS-menetelmän mukaisesti, jolloin vakavia komplikaatioita kuten suolilamaa ja leikkauksen jälkeistä pahoinvointia voidaan ehkäistä (Malmi & Rasilainen, 2024, s. 1177–1182). Heräämöstä osastolle siirtyessä potilaan hoidossa korostuu varhaisen ravitsemuksen aloittaminen suun kautta, kivun hoito sekä varhainen mobilisointi. Tärkeää hoidossa on myös tarpeettomien dreerien, katetrien ja kanyyleiden poistaminen, pahoinvoinnin ehkäisy, suolen toiminnan tukeminen, potilaiden ohjaus sekä glukoositasapainon hallinta. (Savikko ym., 2016.)

### 2.3 Peruselintoimintojen seuranta ja hoito

Leikkauksen jälkeisessä hoidossa osastolla on tärkeää seurata hengitystä, happisaturaatiota, hengitysfrekvenssiä sekä verenkiertoa eli verenpainetta, sykettä ja lämpöä. Osaston postoperatiivisessa seurannassa seurataan myös potilaan tajunnantaso ja lihastoimintaa, kipua ja sen hoitoa eri menetelmin, nestetasapainoa, eritystä, haava-aluetta ja mahdollisten dreerien ja katetrien toimintaa. Leikkauksen jälkeen on myös tärkeää huomioida varhainen ravitsemuksen ja mobilisoimisen aloitus. (Hoikka & Salomäki, 2024.)

### 2.3.1 Hengityksen seuranta

Potilaan hengitystä tulee seurata ja huomioida hengitystä tarkkailtaessa happisaturaatio, hengitysfrekvenssi, hengitystyö, sisään- ja uloshengitysäänet sekä potilaan ihon, huulten ja kynsien väri (Särkijärvi ym., 2022b). Happisaturaatiota eli valtimoveren hemoglobiinin happikyllästyneisyyttä mitataan käyttämällä pulssioksimetrilaitetta. Tällä saadaan tietoa potilaan hapen tarpeesta ja hengitysvaikeudesta. Happisaturaation ollessa normaali arvo on tavallisesti yli 94 %, kun taas alle 90 % viittaa akuuttiin hapen puutteeseen. (Kinnunen, 2023.) Potilaan arvon ollessa 89–94 % puhutaan lievästä hypoksemiasta eli lievästä veren vähähappisuudesta ja vaikeasta hypoksemiasta arvon ollessa alle 80 % (Särkijärvi ym., 2022b).

Hapenpuutetta hoidetaan ensisijaisesti lisähapen annolla happiviiksien avulla. Jos happiviiksillä ei saavuteta riittävää hapettumista, voidaan käyttää venturimaskia, jolla voidaan säädellä eri happipitoisuuksia venttiiliä vaihtaen. Lisähapen antamisessa täytyy kuitenkin huomioida krooniset keuhkopotilaat, joiden kohdalla tulee tarkistaa happilisämääräys ja COPD-potilaalle tulee antaa varoen lisähapetta eli aloittaa pienillä lisähappipitoisuuksilla saturaation tavoitearvoja seuraten. (Varpula, 2022). Hapen liiallista antoa tulee välttää ja saturaatiota seurata intensiivisesti, koska tämä voi aiheuttaa perusterveellekin potilaalle hiilidioksidin poistumisen estämistä elimistöstä sekä lisätä atelektaasien eli keuhkorakkuloiden kasaan painumisien syntyä. Saturaatiotavoite on yleisesti lisähapella 94–98 % ja kroonista keuhkosairautta sairastavilla noin 88–90 %. (Kinnunen, 2023.)

Aikuisella normaali hengitysfrekvenssi on 12–20 kertaa minuutissa. Hengitystyötä voivat heikentää anestesia, kipulääkkeet, kipu ja virtsarakon venytys. Hengitysvajeesta on kyse, kun potilas hengittää alle 6 kertaa minuutissa ja ylihengityksestä eli hyperventilaatiosta potilaan hengittäessä yli 30 kertaa minuutissa. Jos potilaalla on hengitysvajetta, hän voi olla sekava tai levoton. Tällöin tulee nostaa vuoteenlaidat ylös ja löysätä tarvittaessa kireät siteet. Potilaan hengitysvaje voi myös johtua hengitysteihin kertyvästä limasta, jolloin ne

tulisi puhdistaa, joko imemällä tai yskimis- ja hengitysharjoituksilla. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Hyperventilaatio aiheuttaa pitkään jatkuessaan huulien tai sormien puutumista ja pistelyä, korvien tinnitusta, huimaavaa tunnetta ja ranteiden flektiota. Potilasta tulee rauhoitella suuntaamalla ajatuksia muualle, tarvittaessa käyttäen happimaskia ilman lisähapetta, huolehtia riittävästä kipulääkityksestä ja tarvittaessa informoida lääkäriä sekä toimia tämän määräystensä mukaisesti. (Silfvast, 2023.)

Hengitysfysioterapia ehkäisee postoperatiivisen hypoksemian riskiä, atelektasien syntyä, aspiraatiota, kipua ja eritteiden jäämistä hengitysteihin. Leikkauksen jälkeen on hoitajan tärkeä ohjata ja motivoida potilasta hengitysfysioterapiaan liittyen. Hengitysfysioterapiaan kuuluvat liman irrottaminen, hengityslihasten voiman kehittäminen ja syvähengitysharjoitteet. (Scott, 2023.) Kaasujenvaihtoa ja liman irtoamista auttavat edellä mainittujen keinojen lisäksi asentohoidosta huolehtiminen. Vuoteenpäätty tulisi pitää koholla hengityksen helpottamiseksi, ellei siihen ole vasta-aiheita. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Vatsan alueen leikkauksen jälkeen hengittäminen voi olla usein tehotonta ja pinnallista, jonka vuoksi juuri hengitysharjoitukset ja varhainen mobilisoituminen sekä pystyssä oleminen on hyvin tärkeää. Potilaan hengittäessä rauhallisesti ja luonnollisesti keho rentoutuu ja kipu lievittyy. Liman yskiminen ehkäisee keuhkojen tulehtumista ja yskiessä tulisi huomioida leikkaushaavan alueen tukeminen käsien tai tyynyn avulla. (Terveyskylä, 2024.)

Hengitysfysioterapiaa voidaan toteuttaa fysioterapeutin tai hoitajien ohjauksella ja kannustamisella erilaisia harjoittelulaitteita käyttäen. Keuhkojen tyhjenyshoidossa käytetään Acapellaa, johon puhalletaan ja siitä syntyvä värinä edistää keuhkoeritteiden ulossaannissa. Puhallukset tapahtuvat joko istuen tai makuuasennossa. (Lihastautiliitto, n.d.)

Mittauksia tehdessä tulee lisäksi huomioida, että mittaustulokset eivät anna täysin kokonaisvaltaista kuvaa ja luotettavaa tulosta yksittäin potilaan

voinnista. Potilasta tuleekin havainnoida kokonaisvaltaisesti voinnin perusteella. (Kinnunen, 2023.) Lääkäriin otetaan yhteyttä, jos potilaan saturaatio laskee lisähapesta huolimatta, potilaan hengitystyö on vaikeaa tai potilaan hengitysfrekvenssi laskee alle normaalitason (Särkijärvi ym., 2022b).

### 2.3.2 Verenkierron seuranta

Verenkiertoa tulee seurata intensiivisesti. Verenkierron seurantaan kuuluvat verenpaineen, sykkeen ja ihon värin, lämmön, lämpörajojen sekä kosteuden ja turvotusten seuraaminen. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Verenpainetta ja sykettä tulee mitata tehostetusti. Verenpainetta mitataan yleisesti digitaalisella verenpainemittarilla ja sykkeen mittauksessa käytetään saturaatiomittaria eli pulssioksimetrialaitetta. On hyvä muistaa, että kun ranteesta tunnustellessa syke tuntuu, on silloin systolinen paine yli 70mmHg. (Wilkman & Liukas, 2024.) Jos potilaan yleisvointi on hyvä, ei sykettä tarvitse kuitenkaan tunnustella ranteesta. Potilaan ollessa kylmähikinen ja heikkovointinen, on hyvä tarkistaa rytmi rannepulssin palpoimisella. (Haikonen, 2024.)

Poikkeaviin mittaustuloksiin tulee reagoida nopeasti ja herkästi sekä huomioida erityisesti potilaat, joilla on kohonnut riski kardiovaskulaarisiin ongelmiin (Varpula, 2022). Verenpaineen ja sykkeen vertailuarvoina käytetään aina ennen leikkausta mitattuja arvoja. Lääkäriin otetaan yhteyttä, jos potilaan arvot muuttuvat äkillisesti, potilaalla ilmaantuu uutena vaivana selkeää hypo- tai hypertensiota, taky- tai bradykardiaa tai muita rytmihäiriöitä kuten flimmerirytmia. (Särkijärvi ym., 2022b.) Perusterveellä potilaalla, jolla ennen leikkausta verenpaine ja syketaaso ovat olleet viitearvojen sisällä ja osastolla äkisti levossa verenpaineen yläpaine muuttuu alle 90 mmHg tai yli 140mmHg ja syketaajuus muuttuu alle 50 tai yli 110 lyöntiin minuutissa, on hyvä tihentää mittauksien ottoa ja miettiä mahdollisia syitä muutoksille, jotta tarvittavat hoitotoimet voitaisiin aloittaa. (Peltomaa ym., 2024).

Leikkauksen jälkeen on normaalia, että potilaalla esiintyy alhaista verenpainetta eli hypotensiota. Korkeaa verenpainetta eli hypertensiota voi esiintyä potilaan ollessa kivulias. (Wilkman & Liukas, 2024.) Hypertentio voi johtua leikkauksen aikaisista tekijöistä, potilaasta itsestään johtuvista tekijöistä sekä ulkoisista häiriötekijöistä. Potilas voi olla jännittynyt ja hänestä tulisi kokonaisvaltaisesti huomioida lisäksi yleiskunto, tajunnantaso, kiputilanne, perussairaudet, lääkitys ja syke. (Siirala ym., 2024, s. 15–17.)

Potilaan ollessa perusterve, hän voi sietää hypotensiota paremmin, kun taas monisairaalla potilaalla hypotensio voi ennakoida voinnin heikentymistä. Arviointi perustuu yksilölliseen arviointiin löydöksien perusteella. Verenpaineen ja sykkeen laskiessa tulisi ottaa huomioon potilaan tajunnan taso, onko se mahdollisesti laskenut, onko virtsan tulo vähentynyt ja esiintyykö potilaalla iskemian merkkejä, jolloin voi kyseessä olla voinnin romahtaminen. (Wilkman & Liukas, 2024.)

Jos potilaalla ilmenee takykardiaa ja matalaa verenpainetta, voi syynä olla verenvuoto (Särkijärvi ym., 2022b). Verenvuoto voi olla leikkauksen aikaista tai leikkauksen jälkeistä ja potilasta tulee hoitaa nesteyttämällä ja vuotoa korvata. Hypotensiota voi myös esiintyä sepsiksen tai sydämen hapenpuutteen vuoksi. Septistä potilasta tulee nesteyttää ja ottaa hänestä veriviljelyt sekä konsultoida lääkäriä mikrobilääkityksen aloituksesta. Iskemiaa hoidetaan happensaannin tehostamisella ja lääkärin määräämillä lääkkeillä. (Wilkman & Liukas, 2024.)

Hypertensio voi aiheutua riittämättömästä kipulääkityksestä, tärinästä, hyperventilaatiosta, hypotermiasta tai virtsarakon venytyksestä. Kipua hoidetaan kipulääkkein, tärinää lämmittäen potilasta ja lääkehoidon avulla, hyperventilaatiota kohdan hengitys ohjeiden mukaisesti, hypotermiaa lämmittämällä potilasta ja virtsarakon venytystä katetroimalla. (Siirala ym., 2024, s.15–17; Wilkman & Liukas, 2024.)

Potilaan lämpö mitataan osaston ohjeiden mukaisesti ja tarpeen mukaan useammin. Normaali lämpö on korvasta mitattuna 36–38 (ydinlämpö). Infektion

kehittymisen merkinä on, jos ydinlämpö on yli 38. Kuume voi viitata haavainfektioon ja silloin tulee konsultoida lääkäriä. Leikkauksen jälkeen suurin osa potilaista ovat alilämpöisiä, koska pitkä leikkaus jäähdyttää potilasta. Alilämpöisellä potilaalla käytetään lisäpeittoa tai lämmitettyä peitettä. Alilämpö aiheuttaa lihasvärinää, joka lisää hapenkulutusta. (Jokinen & Virtanen, 2024; Särkijärvi ym., 2022b.)

Ihoa tulee seurata osana verenkierron seuranta. Ihosta seurataan sen väriä, raajojen lämpöä, ihon kuivuutta tai kosteutta ja turvotuksia. Ääreisverenkiertoa seurataan raajojen lämpörajoiden ja värin perusteella. Normaalisti iho on lämmin ja kuiva. Potilaan ihon muuttuessa kalpeaksi, syanoottiseksi eli ihon alkaessa sinertää, ääreisverenkierto on viileä tai iho muuten nihkeä, kostea ja hiikoileva tulee miettiä niiden syitä. Nestetasapainon ollessa normaali ihossa ei ole havaittavissa olevaa turvotusta. Turvotuksia tulee seurata laajuuden ja sijainnin mukaan. (Peltomaa ym., 2024.)

Ihon seurannassa tulee myös jokaisessa työvuorossa seurata kanyyliä ja sen ympäröivää ihoa sekä arvioida sen tarvetta, jos potilaalla sellainen on. Myös lääke- ja nestehoidon aloituksen ja lopetuksen aikana on hyvä havainnoida kanyylin toiminta ja sen ympäristö. Hoitajan tulee muistaa hyvä käsihygienia ja aseptiikka kanyyliä tarkkaillessa. Sidoksien tulee olla kiinni, siistit ja puhtaat infektioiden ehkäisemiseksi. Pistokohtaa palpoidaan siteiden päältä ja siinä ei kuulu olla oireita. Kosteat, irronneet tai likaantuneet sidokset tulee vaihtaa ja infektoituneet tai tarpeettomat kanyylit tulee poistaa. Potilaan mennessä suihkuun, tulee kanyylisidokset suojata kastumiselta. Hoitajan on suositeltava käyttää apunaan kansainvälistä Visual infusion phlebitis eli VIP-mittaria, jolloin mahdolliset kanyyleihin liittyvät ongelmat voitaisiin ehkäistä. (Heikkinen, 2016.)

Jos potilaalle on laitettu keskuslaskimokatetri, tulee sen pistokohtaa ja ympäröivää ihoa seurata. Pistokohta tulee tarkastaa jokaisessa työvuorossa, katetrin käytön yhteydessä ja aina kun sidoksia vaihdetaan. Tarkastuksen yhteydessä tulee huomioida kiinnitys ja ompeleet sekä sidosten kunto. Näiden lisäksi pistokohtaa tulee tunnustella kalvon päältä desinfioiduin käsin. Jos

pistokohdassa tai sitä ympäröivässä ihossa havaitaan infektion merkkejä (punoitusta, turvotusta, kuumotusta, eritystä, arkuutta tai kipua), tulee sidos poistaa ja pistokohta tutkia. Keskuslaskimokatetrin hoidossa käytetään aina steriilejä tarvikkeita sekä käsien desinfiointi suoritetaan aina sekä ennen keskuslaskimokatetrin, nesteensiirtolaitteiston tai sidosten käsittelyä sekä näiden jälkeen. Keskuslaskimokatetrissa käytetään usein läpinäkyvää puoliläpäisevää kalvoa, jonka vaihto tehdään viikon (7vrk) välein ja siihen merkitään laittopäivä. Kalvo tai sidokset tulee vaihtaa aina kun ne ovat kostuneet, likaantuneet, irronneet tai katetrin juuressa on verta. Tämä tehdään tehdaspuhtailla suojäkäsineillä, kun taas steriilejä suojäkäsineitä käytetään kosketettaessa joko katetrinjuurta tai pistokohtaa. Keskuslaskimokatetrissa on luumeneita, jotka huuhdellaan joka päivä pulsoivalla tekniikalla. Katetri tulee muistaa huuhdella myös aina ennen ja jälkeen lääkkeen, ravitsemusliuoksen tai verituotteiden siirron. Keskuslaskimokatetrin injektioletkujen ja –porttien määrä pidetään vähäisenä ja niiden vaihto suoritetaan ohjeiden mukaisesti. Keskuslaskimokatetrin tarvetta tulee arvioida päivittäin ja tarpeettomana se poistetaan. Poisto tapahtuu myös, jos katetri on mennyt tukkoon, rikkunut tai ei toimi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, n.d.)

### 2.3.3 Tajunnan tason ja lihastoiminnan seuranta

Tajunnan tasoa seurattaessa tulee huomioida potilaan mahdollinen uneliaisuus, sekavuus tai levottomuus. (Särkijärvi ym., 2022b). Normaalisti potilas vastaa ja noudattaa kehotuksia. Tajunnan laskiessa potilas vastaa hitaasti tai ei lainkaan, ei noudata annettuja ohjeistuksia, muuttuu uneliaaksi ja poissaolevaksi sekä puheen tuottamisessa on vaikeuksia . (Peltomaa ym., 2024.)

Leikkauksessa käytetyn spinaali- ja epiduraalipuudutuksen jälkeen potilaan lihastoiminta ja ihon tunto testataan aina, koska annetut anestesia- ja puudutuslääkkeet vaikuttavat motoriikkaan. Lihastoiminta ja tunto yleensä palautuvat 2–4 tunnin kuluessa leikkauksesta, mutta palautumista tulee kuitenkin seurata. (Särkijärvi ym., 2022b.) Potilaan lihastoiminta on normaalia, kun potilas kykenee liikuttamaan kaikkia raajojaan normaalisti, lihasvoima on symmetristä ja tunto

normaali. Puolierot ja vajaus raajojen liikkeessä, kertovat voinnin muutoksen heikkenemisestä. (Peltomaa ym., 2024.)

Yli 65-vuotiailla ja riskipotilailla on suuri riski sairastua leikkauksen jälkeiseen deliriumiin tai neurokognitiivisiin häiriöihin. Riskiä kasvattavat myös päivystykselliset leikkaukset ja tietyt lääkkeet kuten bentsodiatsepiinit ja antikolinergiset lääkkeet. Deliriumia ja neurokognitiivisia häiriöitä voidaan ehkäistä lääkkeettömillä toimenpiteillä, kuten ohjauksella, kognitiivisella stimulaatiolla ja unihygienialla sekä minimoimalla lääkitykseen liittyviä laukaisevia tekijöitä. (Scott, 2023.)

#### 2.3.4 Kivunhoito

Kivun hoito suunnitellaan leikkauksen jälkeen aina yksilöllisesti ja siinä otetaan huomioon potilaan toimenpide, allergiat, lääkitykset ja mahdolliset muut sairaudet. Potilaalle tulee kertoa oireenmukaisesta kivun hoidosta ja korostaa säännöllistä, ennakoivaa kipulääkitystä ja sen vaikuttavuutta. Kipua voidaan arvioida NRS-mittarin avulla asteikolla 0–10, jolloin 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 kaikista pahinta mahdollista kiputuntemusta. Lisäksi kipua voidaan arvioida eri menetelmin kuten seuraamalla ulkoisia merkkejä, muun muassa kasvojen ilmeitä, jännittämistä, hitaita ja rajoittuneita liikkeitä tai tuskaisuutta. Myös hypertensio, takykardia tai hengitysvaje voivat olla merkkejä kivusta. Kivun hoidossa käytetään aina potilaalle sopivinta menetelmää ja hoitoa. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Leikkauksen jälkeen normaalisti kivun hoidossa käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Jos potilaalla on kuitenkin voimakasta kipua, voidaan hänelle antaa vahvoja kipulääkkeitä eli opioideja. (Särkijärvi ym., 2022b.) Multimodaalista kipulääkitystä, eli yhdistelemällä eri kivunlievitysmenetelmiä turvallisesti ja tehokkaasti, käytetään leikkauksen jälkeen ja sen tavoitteena on mahdollistaa potilaan varhainen mobilisointi sekä edistää ruoansulatuskanavan toiminnan varhaista palautumista (Cavallaro & Bordeianou, 2019). Kivunhoito on olennainen osa ERAS-menetelmää. Opioidien käyttö leikkauksen jälkeiseen

kivun hoitoon on tehokasta ja toimii pääasiallisena kivunhoitona, mutta siihen liittyy paljon sivuvaikutuksia kuten suolilamaa, hengityslamaa, pahoinvointia ja oksentelua. Useiden ei-opioidisten lääkkeiden sekä paikallisesti ja neuraksi-aalisesti eli spinaali- ja epiduraalipuudutuksella vaikuttavien lääkkeiden on kuvattu parantavan kivunhallintaa ja vähentäen samalla opioidien käyttöä (Simpson ym., 2019.)

Kipua voidaan lievittää monin eri tavoin leikkauksen jälkeen osastolla. Hoitajan tulee ohjata ja kannustaa potilasta pyytämään tarvittaessa kipulääkettä sekä ohjata lääkkeettömiin keinoihin kivun lievittämiseksi. Kivun lievittäminen helpottaa liikkumista, tehostaa potilaan hengitystä ja helpottaa yskimistä. Kipulääkityksen lisäksi kipua lievittää liikkuminen, oikea nousutekniikka, hengitysharjoitukset, erilaiset rentoutumistekniikat, asentohoito ja kylmähoito. (Terveyskylä, 2024.)

Epiduraalista kivunhoitoa/puudutusta käytetään vatsan alueen leikkausten jälkeen. Tällöin puudute-kipulääkeseos annostellaan kipupumpulla katetrin kautta epiduraalitilaan, joka asetetaan leikkauksen aikana. (Särkijärvi ym., 2022b.) Osastolla on käytössä PCA-kipupumppu ja niiden ollessa käytössä muualla, käytetään ruiskupumppua eli perfuusoria puudute-kipulääkeseoksen annostelussa (Vestu, 2024). Tutkimukset ovat osoittaneet tämän olevan parempi kipua lievittävä vaihtoehto kuin yksittäisten opioidien käyttö ja se on tehokas keino toipumisen edistämiseksi, koska se edistää suolen toiminnan aikaisempaa palautumista ja enteraalisen ravitsemuksen parempaa sietokykyä (Cavallaro & Bordeianou, 2019).

Epiduraalinen kivunhoito on todettu tehokkaaksi sekä avoimessa että laparoskopisessa vatsakirurgiassa. Se on myös ERAS-ryhmän suosituksissa määritelty keskeiseksi osaksi postoperatiivista kivunhallintaa paksu- ja peräsuolileikkauksissa. Se tarjoaa erinomaisen kivunhoidon ja samalla se minimoi narkoottisten lääkkeiden käyttöä, muiden toipumista edistävien osa-alueiden lisäksi. (Simpson ym., 2019.)

Kipupumppua käytävillä esiintyy haittavaikutuksina verenpaineen laskua, pahoinvointia, hengityslamaa, sedaatiota, suolen toiminnan hidastumista, kutinaa, postspinaalipäänsärkyä ja virtsaretentiota. (Galligan, 2020.) Suurin osa puudute-kipulääkepumpun käyttöön liittyvistä haittavaikutuksista johtuvat opioideista. Hengityslaman esiintyessä tulee ottaa lääkäriin yhteyttä, jotta voidaan määräyksestä antaa potilaalle vasta-ainetta eli antidoottia. Opioidien antidootti on Naloksoni. Kutinan helpottamiseksi voidaan tarvittaessa käyttää antihistamiinia ja/tai PCA-annoksen laskua. Pahoinvointia voidaan lievittää myös pahoinvointilääkkeillä, mutta tästä ei välttämättä ole hyötyä. Verenpaineen ja sykkeen laskua voidaan ehkäistä nestehoidolla. (Kuusisto, 2017.)

Jos potilaalla esiintyy verenpaineen ja pulssin laskua, hengityslamaa, tajuttomuutta, selkäkipua tai alaraajaoireita, kuten kipua, heikkoutta tai laaja-alaista puutumista, on otettava välittömästi yhteyttä lääkäriin ja reagoitava nopeasti. Kyseessä voi olla spinaalihematooma. Näiden oireiden ilmaantuessa tulee lääkineinfuusio lopettaa, varmistaa hengitystiet ja avata suoniyhteys sekä nesteyttää potilasta. Infektiomerkkien ilmaantuessa tulee katetri poistaa ja kärjestä tulee ottaa bakteeriviljely. (Kuusisto, 2017.) Potilaalla voi myös esiintyä päänsärkyä, josta tulisi kysyä joka työvuorossa. Kovan päänsäryn ilmentyessä se on luultavimmin postspinaalipäänsärkyä, joka tuntuu ja pahenee pystyasennossa. Postspinaalisen päänsäryn hoitona on nesteyttäminen, kofeiini ja Panadol Burana- yhdistelmä. Ennen kipulääkkeiden antoa tulee kuitenkin konsultoida lääkäriä. Yleisesti päänsärky on muutaman päivän kestoinen, erittäin ikävä vaiva potilaalle. Ellei päänsärky mene ohi edeltävillä hoito-ohjeilla voidaan potilaalle laittaa veripaikka lääkärin määräyksestä. (Vestu, 2024.)

Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat alkuvaiheessa seuranta ja tarkka dokumentointi sekä nopea reagoiminen voinnin muutoksiin. Lääkeseos, infuusionopeus ja infusoidun tilavuuden määrä tulee kirjata. Myös lisäannoksien määrää ja mahdollisia yrityksiä tulee seurata PCA-pumpusta. Muiden säännöllisesti tarkkailtavien vitaalien lisäksi tulee tarkkailla pistoskohtaa ja sidoksia sekä aisti- ja liikeratoja. Sidoksien ollessa likaiset tai rullalla tulee ne vaihtaa aseptisesti, mutta varoen katetrin irtoamista. (Galligan, 2020.) Etenkin pistoskohdasta tulee huomioida, onko tämä kuiva tai märkä. Kipua arvioidessa ja kysyttäessä

potilaalta tulisi selvittää, missä kipu tuntuu ja minkälaista kipu on. Kivun määrittely on myös tärkeä kirjata potilastietoihin. (Vestu, 2024.)

Epiduraalin toiminnan tarkkailussa on tärkeää havainnoida potilaan omat tuntemukset kipuun liittyen, tunteeko kipua ja auttaako kipulääkitys. Jos potilaalla on toispuoleista puutumista alaraajoissa ja puutumista on väärissä kohdissa, ei epiduraalinen kivunlievitys todennäköisesti toimi. Jos tulee epäily kivunlievityksen toimimattomuudesta, tulisi tarkastaa potilaan verenpaine ja sen ollessa aiempaa verrattuna korkeammalla, todennäköisesti kivunlievitys ei toimi tai on riittämätön. Leikkauksen ollessa tuore ja potilas kärsii kivusta, eikä epiduraalinen kivunlievitys toimi tai on epäselvää, toimiiko se, tulee ottaa virka-aikana yhteyttä osaston kipuhoitajaan tai virka-ajan ulkopuolella anestesiaalääkärille. (Vestu, 2024.)

Kipupumpulla potilas saa itse otettua myös boluksia eli lisäännoksia nappia painamalla ja tämä toiminto tulee ohjata leikkauksen jälkeen potilaalle. Yleisesti epiduraalisen katetrin asettamisen yhteydessä laitetaan virtsakatetri, joka edesauttaa rakon tyhjenemistä. Lääkitystä alennetaan vähenevin annoksin potilaan kiputilanne huomioiden ja lopetetaan heti kun mahdollista eli potilas pärjää muilla kipulääkkeillä. (Kuusisto, 2017.) Oli kyseessä epiduraalisen kivunlievityksen nosto tai lasku, suun kautta otettava kipulääke tai lääkkeettömien kivunlievityskeinojen käyttö tulisi vastetta arvioida tunnin kuluttua uudelleen sekä kirjata tämä hyvin (Vestu, 2024).

Potilaan kiputilanteen salliessa voidaan myös epiduraalinen kivunlievitys lopettaa ja aloittaa anestesiaalääkärin määräämät, suun kautta otettavat, opiaatit. (Vestu, 2024.) Yleensä epiduraalikatetri poistetaan leikkauksen jälkeen 2. päivään mennessä tai jo aikaisemmin, jos potilas pystyy ruokailemaan suun kautta. Epiduraalikatetrin poiston jälkeen kivunhoitoon käytetään yleisesti tulehduskipulääkkeitä, munuaistoiminnan ollessa normaalia. Opiaatit käytetään tällöin vain äkilliseen läpimenevään kipuun. (Cavallaro & Bordeianou, 2019.)

Kivun hoidossa käytetään myös lääkkeettömiä menetelmiä, joita voivat olla kylmähoito ja asennon muuttaminen. Kylmähoidolla alennetaan hermojen johtumisnopeutta, joka lievittää kipua. Kylmäpakkaus kääritään aina tyynyliinaan tai pyyhkeeseen, jotta potilaalle ei tule ihovammoja. Kylmäpakkausta ei kuitenkaan koskaan käytetä tunnottomalle tai huonosta verenkierrosta kärsivälle alueelle. Kylmähoitoa voidaan antaa 10–30 minuutin jaksoissa useita kertoja vuorokaudessa. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Asennon muutoksella lievitetään kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä ja vähennetään kudosturvotusta. Vatsaleikatun potilaan asennoksi suositellaan kylkiasentoa, jotta vatsaan kohdistuva paine oli vähäisempää. Jos vatsaleikattu potilas on selinmakuulla, tulee hänelle laittaa tyyny polvien alle. Potilaan yskiessä tai aivastaessa voidaan haava-alueeseen kohdistuvaa painetta vähentää pitämällä tyynyä tai kättä vatsaa vasten. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Operatiivisen hoito-osasto 2:n kipuhoitaja pyrkii käymään päivittäin osastolla tapaamassa potilaita ensimmäisten päivien aikana leikkauksen jälkeen. Hän myös tarkkailee potilaiden kirjauksia päivittäin, jotta on selvillä, onko potilaiden kivut hallinnassa epiduraalisen kivunlievityksen aikana tai sen jälkeen. (Vestu, 2024.)

### 2.3.5 Nestetasapainon ja erityksen seuranta

Potilaan nestetasapainoa seurataan kirjaamalla annetut nesteet suonensisäisesti ja tarvittaessa myös suun kautta otettuna sekä pahoinvointi ja oksentelut. Nestetasapainon seurannassa huomioidaan myös mahdolliset haavavuodot ja haihtumiset, dreeni ja nenämahaletku eritykset, avanne erityys ja diureesi. (Jokinen & Virtanen, 2024a; Särkijärvi, 2022b.) Tärkeä on huomioida, mitä potilaaseen menee sisälle ja mitä tulee ulos, jonka avulla voidaan seurata ja laskea nestetasapaino. Lisäksi seurataan laboratoriokokein elektrolyyttejä ja perusverenkuva. Potilaassa voi olla ulkoisia merkkejä kuivumiseen liittyen, josta kertovat janon tunne, kuiva suu ja virtsanerityksen vähäisyys. Potilaan

tilannearviota tehdessä auttaa myös verenpaineen ja syketaajuuden seuranta. (Hentula ym., 2024.)

Potilaan tila ja perussairaudet määrittelevät, minkälaista nestetasapainoa eli nestebalanssia halutaan tavoitella. Kuivuneella potilaalla balanssi voi olla plus-san puolella, eli nestettä menee enemmän kuin tulee ulos, kun taas sydämen vajaatoimintaa sairastaneella potilaalla balanssi on negatiivinen eli ulostulo on suurempaa kuin sisäänmeno. (Saarinen, 2024.) Nestehoidon aloituksen määrää lääkäri, mutta hoitaja voi tarvittaessa antaa lisä tippaa, jos katsoo sen olevan tarpeellinen. Pääsääntöisesti kuitenkin nestehoidosta päättää lääkäri. (Haikonen, 2024.)

Jos potilaalla on normaalit sydämen- ja/tai munuaisten toiminnat, hänen vuorokauden nestetarpeensa on 25–35 ml/kg. Hypovolemiaan voi johtaa suuri leikkauksen aikainen vuoto, riittämätön nestekorvaus sekä liiallinen diureettien anto. Dehydraatiota eli kuivumista ja elektrolyyttihäiriöitä ehkäistään leikkauksen jälkeen aluksi suonensisäisesti. Tämän jälkeen potilas voi vähitellen siirtyä nestemäiseen ja kevyeen ruokaan. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Potilaan tarkkailussa tulee ottaa huomioon verenvuodon merkit. Tavallisimmin vuoto voidaan havaita melenan eli tumman verisen ulosteen tai verioksennuksen avulla. Vuodosta kertovat myös hemoglobiinin lasku ja anemisoituminen, alhainen verenpaine ja takykardia, huimaus, tajunnan menetys, potilaan väsymys tai kalpeus. (Tirkkonen ym., 2024.)

Diureesin eli virtsanerityksen seurannassa huomioidaan potilaan virtsaaminen, sen onnistuminen ja määrä. Jos potilaan edellisestä virtsaamisesta on kulunut yli 6 tuntia tai potilaalla on virtsaamisen tarve, mutta virtsaaminen ei kuitenkaan onnistu rohkaisuista tai kipulääkityksestä huolimatta, tehdään kertakatetrointi. (Särkijärvi ym., 2022b.) Potilaalta voidaan myös tutkia jäännösvirtsa eli residuaali tähän tarkoitettulla ultraäänilaitteella. Mittaustulos kertoo, paljonko virtsaa rakossa on ja tällöin voidaan miettiä, mistä virtsaamattomuus johtuu, jos rakossa on runsaasti residuaalia. (Seppälä, 2023.) Myös virtsan väristä voidaan päätellä paljon. Jos virtsa on tummaa, viittaa se dehydraatioon,

kun taas vaalea väri tai tuntidiureesin ollessa 2 ml/kg voi olla kyseessä elektrolyyttitasapainohäiriö. Tällöin tarkistetaan erityisesti natrium ja kalium arvot laboratorionkokein. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Yleensä suurten vatsaleikkausten yhteydessä on diureesin seurannan, virtsarakon dekompression, virtsanpidätyksen estämiseksi ja mahdollisen epiduraalikatetrin asentamisen vuoksi voitu asettaa virtsakatetri. Se on tarpeen silloin, kun potilaan nestetasapainoa tulee seurata leikkauksen jälkeen, esimerkiksi sepsiksen tai muun akuutin fysiologisen häiriön vuoksi. Virtsakatetrin tarvetta arvioidaan päivittäin ja katetrin poistoa tulisi leikkauksen jälkeen harkita mahdollisimman nopeasti potilaan voinnin salliessa. Virtsakatetrin poisto edistää potilaan liikkuvuutta ja parantaa mukavuutta sekä ehkäisee virtsakatetriin liittyvien infektioiden syntyä. Virtsakatetri iäkkäämmillä potilailla voi myös lisätä deliriumiin sairastumisen riskiä. (Scott, 2023.)

Gastrokirurgiselle potilaalle on voitu asettaa nenämahaletku ennen leikkausta tai sen aikana. Indikaatioita nenämahaletkun laitolle voivat olla paineen vähentäminen mahalaukun tyhjentämisellä, enteraalisen ravitsemuksen antaminen, aspiraatoriskin vähentäminen, nesteyttäminen ja nielemisvaikeus. Nenämahaletkua käytetään etenkin potilailla, joilla on suolilama tai kova suolen turvotus toimenpiteen lopuksi. Nenämahaletkua on myös käytetty postoperatiivisten komplikaatioiden ehkäisemiseksi, kuten pahoinvoinnin ja oksentelun esiintyessä. (Scott, 2023.) Nenämahaletkua tarkkailtaessa tulee ottaa huomioon sen erityksen määrä ja laatu, paikallaan pysyminen ja toiminta sekä ihon ja suun kunto (Jokinen & Virtanen, 2024b).

Postoperatiivisen ehkäisyn kannalta nenämahaletkun käytölle ei ole tutkitusti näyttöä komplikaatioiden vähenemiseen. Nenämahaletku aiheuttaa potilaalle enemmänkin epämukavuutta, viivästyttää ravitsemuksen aloitusta ja ilmavai-vojen poistumista. (Scott, 2023.) Peritoniittisen potilaan kohdalla nenämahaletkun saa leikkauksen jälkeen poistaa vasta, kun sen erityks selkeästi on vähentynyt (Sallinen & Tolonen, 2024). Vasta-aiheita nenämahaletkun käytölle ovat suolistoverenvuoto, ruuansulatuskanavan vuoto sekä vatsanalueen tulehdukset. Ihon kuntoa tulee tarkkailla mahdollisten painehaavojen

ehkäisemiseksi. Enteraalisen ravitsemuksen jälkeen tai nenämahaletkun tukkeutuessa tulisi sitä huuhdella 10–20 ml vettä. (Koskinen, 2021.) Nenämahaletkun tarvetta on arvioitava päivittäin ja se tulisi poistaa varhaisessa vaiheessa, jos siihen ei ole tarvittavaa indikaatiota, kuten suolilama tai aspiraattioriski. (Scott, 2023.)

Vatsaa ja suolentoimintaa tulee seurata päivittäin. Normaalisti vatsa on kivuton, pehmeä ja palpoidessa myötävä. Jos vatsanpeitteet ovat defanttiset eli palpoidessa jännittyneet tai virtsaneritys lakkaa, tulee seurata tilannetta useammin ja tarvittaessa konsultoida lääkäriä. Vatsan pingottuessa ja ollessa defanttinen voi kyseessä olla vakava vatsaontelon aitio-paineoireyhtymä, joka uhkaa suoliston verenkiertoa ja munuaisia. (Jokinen & Virtanen, 2024.) Vatsan ulkomuodon lisäksi seurataan suolentoimintaa. Opioidien käyttö, liikkumattomuus ja syömättömyys sekä kajoavat toimenpiteet hidastavat suolentoimintaa. Potilaalta tulee kysyä, onko ilmaa tullut perästä tai onko suoli lähtenyt toimimaan. Jo ilman tuleminen on positiivinen asia ja kertoo suolen toiminnan käynnistymisestä. (Malmi & Rasilainen, 2024.)

Leikkauksen jälkeen voi esiintyä pahoinvointia ja oksentelua. Pahoinvointi ilmenee yleensä kahden ensimmäisen tunnin aikana ja pahoinvoinnin seuraava huippu on, kun leikkauksesta on kulunut 7–8 tuntia. Puudutusleikkauksessa ollut potilas saa yleensä syödä sen jälkeen, mutta kuitenkin alkuun varovaisesti pahoinvoinnin ehkäisemiseksi. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Pahoinvointi ja oksentelu ovat merkittäviä syitä potilaiden tyytymättömyyteen ja viivästyttävät potilaiden varhaista palaamista enteraaliseen ravitsemukseen leikkauksen jälkeen. Usein myös potilaat pitävät pahoinvointia ja oksentelua pahempana kuin leikkauksen jälkeistä kipua. Kaikilla hätälaparotomiassa olleilla potilailla on suuri riski pahoinvoinnille ja oksentelulle, koska leikkauksen aikana kajotaan ruoansulatuskanavaan ja elimistöön muodostuu siten fysiologinen häiriö. Myös opioidien käyttö lisää pahoinvointia ja oksentelua. Oksenteluun yhdistetään myös aspiraatiovaara, leikkaushaavan mahdollinen aukeaminen, ruokatorven mahdollinen repeäminen ja ilmarinta. Muiden kuin opioidipohjaisten kipulääkkeiden käytön on osoitettu vähentävän pahoinvointia ja

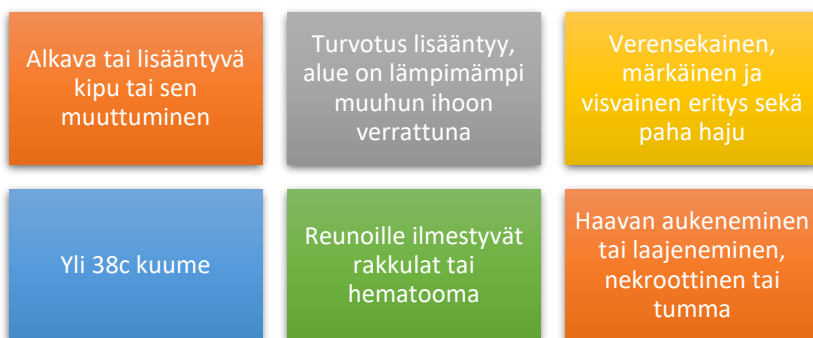
oksentelua. Multimodaalisella kivunhoidolla sekä pahoinvoinnin ja oksentelun laukaisevien tekijöiden minimoimisella pystytään ehkäisemään postoperatiivista pahoinvointia ja oksentelua. (Simpson ym., 2019; Scott ym., 2023.)

### 2.3.6 Haava-alueen ja dreerien hoito

Haava-alueen vuotoa, hajua, punoitusta, turvotusta, kipua ja sen ympäröivän ihon kuntoa huomioidaan sekä dreerivuotoa seurataan. Jos potilaalla on jatkuvaa tai lisääntyvää vuotoa haavalla tai dreenissä, ilmoitetaan asiasta lääkärille. (Särkijärvi ym., 2022b.)

Leikkaushaavan sidokset tulee antaa olla paikoillaan 24 tuntia leikkauksen jälkeen ja niitä tulee käsitellä mahdollisimman vähän. Jos kuitenkin ennen ajan täyttymistä haava vuotaa runsaasti tai sidokset kastuvat tulee ne vaihtaa steriilisti. Haavahoidossa on huomioitava aseptinen työjärjestys infektioiden välttämiseksi. Aluetta seurataan jokaisen työvuoron aikana. Leikkaushaavasta havainnoidaan verenkiertoa eli sen väritystä ja lämpöä, verenvuotoa, turvotusta, kipua, kudoseritteen määrää ja ompeleiden tai hakasten aiheuttamaa kireyttä. (Isosomppi, 2024.)

Paranemisprosessiin kuuluu normaalisti tulehdusvaihe, jolloin lieviä tulehduksen merkkejä haavalla on havaittavissa. Kuitenkin märkäinen erityis haavalta tai sen ollessa punoittava, kuuma, kipeä eikä haavalla ole nähtävissä paranemisen tai umpeutumisen merkkejä, voi kyseessä olla infektio ja tulee huomioida konsultoida lääkärinä. (Särkijärvi ym., 2022a.) Infektion merkkejä, joita tulee seurata, on havainnollistettu kuviossa 6 tarkemmin.



Kuvio 6. Leikkaushaavan infektoitumisen merkit (Lehtinen, 2024).

Haavalle voidaan leikkauksen yhteydessä asettaa dreeni eli laskuputki, joka estää ilman kertymisen leikkausalueelle ja ehkäisee sisäisen paineen nousua sekä sen avulla voidaan havaita leikkausalueen verenvuoto ja ehkäistä hematoomien eli mustelmien ja ihonalaisten verenpurkaumien syntyä. Sen tarkoitus on poistaa leikkausalueelta verta ja kudostenestettä tai infektoituneen haavan märkäeritystä. Dreenistä voidaan ottaa erilaisia laboratoriotutkimuksia erityksen määrittämiseksi. (Sainio & Seppänen, 2023.) Dreenejä pyritään nykyään kuitenkin välttämään etenkin rectumkirurgian yhteydessä ja päivystysleikkauksien aikana (Haikonen, 2024).

Hoitaja poistaa dreenin, mutta aina lääkärin määräyksestä. Dreenin erityksen määrää ja laatua sekä paikoillaan pysymistä tulee seurata. Dreeniaukko tulee suojata paksulla ja eritteitä imevällä sidoksella. (Särkijärvi ym., 2022b.) Dreenin vähäinen erityks ei poissulje runsaan vuodon mahdollisuutta vatsaonteloon, joten hemoglobiinia tulee kontrolloida tarpeen mukaan laboratoriotutkimuksella (Jokinen & Virtanen, 2024). Kuitenkin, jos eritystä ei tule tai se on vähäistä, tulisi dreeni poistaa (Sainio & Seppänen, 2023).

Hoitajan tulee olla tietoinen erilaisten dreenien indikaatioista ja niiden tarkkailun sekä hoidon erityisperiaatteista. Abskessidreenit erittävät normaalisti märkäistä eritystä ja näitä yleensä huuhdellaan auki pysymisen varmistamiseksi. (Leppäniemi, 2018.) T-dreeni voidaan asettaa sappiteihin mahdollisen sappivuodon poistamiseksi. T-dreeni asetetaan yleensä toimenpiteen aikana, jos sappirakon tiehyen sulku jää epävarmaksi. T-dreenin erityks on sappea. (Laine ym., 2018.) Ascites-dreenejä ei huuhdella ja se asetetaan vatsaonteloon, poistamaan vatsaonteloon kerääntyvää nestettä (Operatiivinen hoito-osasto 2, 2024). Penrose-dreenejä käytetään tapauksissa, joissa halutaan poistaa nestettä vatsaontelosta tai halutaan tarkkailla poikkeavan vuodon ja erityksen esiintymistä. Erityks voi olla ascitestä, verta, suolen sisältöä, sappea tai haimanestettä. PTD-dreeni on perkutaaninen transduodenaalinen dreeni, joka laitetaan radio-ohjatusti iholta maksan sappiteihin ja sieltä sappiteitä pitkin pohjukkaissuoleen. PTD-dreeni on aiheellinen, kun potilaalla on sappistaassi ja ERCP:n yhteydessä ei ole reittiä saatu avatuksi. (Haikonen, 2024.)

Leikkauksessa on voitu asettaa haavan sisälle haavadreeni, jonka avulla alueelta erittyvä veri ja kudosteneste pääsevät poistumaan ja näin edistetään haava-alueen paranemista ja ehkäistään turvotuksia (Turun yliopistollinen keskussairaala, n.d.).

Dreenin hoidossa tulee huomioida aseptiikka. Sidoksien tulee olla kuivat ja siistit. Dreenieritys voi olla kirkasta, veristä, märkäistä tai pahanhajuista vuotoa. Eritystä voi myös tulla dreenin juurelta, jolloin se ei välttämättä ole oikeassa paikassa. Poikkeavasta erityksen laadusta ja paikasta, lämmön noususta, lisääntyneestä kivusta, turvotuksesta ja juuren punoituksesta tulee tarpeen mukaan konsultoida lääkäriä. Jos vuotoa on normaalisti tullut runsaasti ja se loppuu äkisti, on luultavasti dreeni tukossa. (Sainio & Seppänen, 2023.)

### 2.3.7 Leikkauksen jälkeinen ravitsemus

Varhaisen ravitsemuksen aloitus parantaa suolen toiminnan käynnistymistä, edistää suolistoleikkauksessa olleiden potilaiden suolisaumojen paranemista, ehkäisee komplikaatioiden syntyä ja lyhentää hoitojaksoa sekä tukee muita annettuja hoitomuotoja merkittävästi. Jos ravitsemuksen aloittaminen viivästyy, voi se aiheuttaa potilaalle komplikaatioita, hoitojakson pidentymistä ja kustannukset osastolla saattavat nousta. (Cavallaro & Bordeianou, 2019; Saarnio ym., 2014.)

Enteraalinen ravitsemus on ensisijainen vaihtoehto, jos potilaalla on toimiva ohutsuoli. Enteraalista ravitsemusta voidaan antaa suun kautta, nenämahaletkulla, joko mahalaukkuun tai ohutsuoleen. Tarvittaessa voidaan myös potilaan voinnin helpottamiseksi asettaa lääkärin toimesta vatsanpeitteiden läpi gastrostomia- tai jejunostomialetku. Leikkauksen jälkeen voidaan toteuttaa enteraalista ravitsemusta varoen suun kautta tai nenämahaletkulla välittömästi jo leikkauksen jälkeen, ellei siihen ole vasta-aiheita (Saarnio ym., 2014).

Jos potilaalle on tehty elektiivinen eli suunniteltu leikkaus, saa potilas syödä, ellei sitä lääkäri erikseen kiellä. Tässä tulee kuitenkin huomioida vasta-aiheet

enteraalisen ravitsemuksen aloitukselle, jolloin vain lääkäri määrää ravitsemuksen aloituksesta. (Haikonen, 2024.) Vasta-aiheita varhaiselle ravitsemuksen aloitukselle ovat suolitukos, suolilama, sepsis, suoliston iskemia, suoliston fisteli tai ruuansulatuskanavan vaikea suolistoverenvuoto (Scott ym., 2023). Näiden lisäksi, jos potilaalla on nenämahaletku tai hänelle on tehty ruokatorven tai mahalaukun leikkaus, määrää lääkäri ravitsemuksen aloituksesta (Haikonen, 2024). Vasta-aiheiden esiintyessä tulisi turvautua parenteraaliseen ravitsemukseen potilaan kalori- ja energia tarpeen takaamiseksi. Ruuansulatuskanavan toiminnan parantuessa ja vasta-aiheiden poistuessa tulisi korvata parenteraalinen ravitsemus enteraalisella ravitsemuksella, joko kokonaan tai osittain. (Scott ym., 2023.)

Jos vasta-aiheita tai muita määräyksiä ei ole, voi jo leikkauspäivänä aloittaa enteraalisen ravitsemuksen ilman lääkärin ohjeistusta. Tämä edellyttää, että potilas on hereillä ja nesteiden nauttiminen on turvallista. Leikkauksen jälkeen saman päivän aikana tulisi antaa kirkkaita nesteitä tai juotavaa. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä tulisi antaa nestemäistä ruokaa. Jos tästä ei synny oireita, voidaan siirtyä varoen perusruokaan. Pahoinvoinnin ja oksentelun ilmaantuessa jatketaan ravitsemusta vasta, kunnes oireet ovat hävinneet (Cavallaro & Bordeianou, 2019).

Ravitsemustilaa tulee arvioida säännöllisesti. Ellei potilas saa enteraalisella ravitsemuksella tarpeeksi energia- ja ravintoaineita, voidaan käyttää enteraalisen ja parenteraalisen ravitsemuksen yhdistelmää. (Scott ym., 2023.) Vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden tunnistaminen varhain on tärkeää ja tarvittaessa näille potilaille tulisi ohjelmoida tehostettu ruokavalio ja käyttää ravitsemuksen tukena täydennysravintovalmisteita. Tutkitusti täydennysravintovalmisteiden käyttö nopeuttaa toipumista ja lisää kustannustehokkuutta. (Saarnio yms., 2024.)

### 2.3.8 Leikkauksen jälkeinen mobilisaatio ja tukivyön käyttö

Aina ennen potilaan liikkumista ja mobilisoimisen aloitusta tulee huolehtia riittävästä kivunlievityksestä. Kun potilas nousee ensimmäisen kerran vuoteesta, tulee hoitajan olla aina mukana. Liikkumisen turvallisuudesta huolehditaan tarvittavilla apuvälineillä ja kaatumisriskin omaavalla potilaalla tulee olla saattaja liikkumisessa. (Särkijärvi ym., 2022b.) Perustoimintojen aktiivisuus, liikkuminen ja ylösnousu tehostavat verenkiertoa ja hengittämistä. Liikkeelle tulee lähteä varoen ja rauhallisesti, koska pitkä vuodelepo ja kipulääkkeet sekä aiempi anestesia voivat aiheuttaa huimausta. (Terveyskylä, 2024.)

Varhainen mobilisoituminen lisää lihasvoimaa, vähentää keuhkokomplikaatioita, ehkäisee laskimotukoksien syntyä ja nopeuttaa suolen toiminnan palautumista sekä ehkäisee suolilaman syntyä. Mobilisaatiota yleisimmin hidastavia tekijöitä ovat leikkauksen jälkeinen kipu, pahoinvointi sekä erilaiset dreenit, katetrit ja letkut. Hyvä kivun hoito onkin erityisen tärkeää mobilisoitumisen kannalta. (Cavallaro & Bordeianou, 2019.)

Potilaan siirtyessä leikkauspäivänä osastolle häntä tulisi heti kehottaa liikkeelle vähintään kerran voinnin salliessa. Mobilisoiminen postoperatiivisena päivänä 0 voi olla istumaan ja pystyyn nousemista. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä tulisi potilasta pyytää kävelemään käytävällä vähintään kolme kertaa päivässä ja tarvittaessa avustaa liikkumisessa. Vatsan alueen resektion eli peräaukon, peräsuolen ja sigmoidisen paksusuolen kirurgisen poiston jälkeen on istuminen sallittua vasta toisena postoperatiivisena päivänä, jolloin tulisi istua pehmeällä alustalla kuten tyynyllä. (Cavallaro & Bordeianou, 2019.)

Osastolle tultaessa hoitohenkilökunnan tulee avustaa potilasta oikeaoppiseen tapaan nousta vuoteesta ylös ja makuulle meno takaisin vuoteeseen. Leikkauksen jälkeen ylösnouseminen tapahtuu kyljen kautta, joka ehkäisee leikkauksialueelle syntyvää kuormitusta. Huomioon tulee ottaa oikeanlainen hengitystapa, eikä hengitystä tulisi pidättää. Hengitys tulee olla rauhallista ja nousu voi tapahtua helpommin pitkän ja rauhallisen uloshengityksen aikana.

Mobilisoituminen voi tapahtua myös vuoteessa ja hoitajan tulee ohjata potilasta tekemään liikeharjoitteluja vuoteessa ollessaan verenkierron tehostamiseksi ja tukosten välttämiseksi. Liikeharjoitukset vuoteessa myös helpottavat liikkeelle lähtemistä ja ylösnousua myöhemmin. (Terveyskylä, 2024.) Potilaan liikkuaessa huomioidaan, ettei hoitovälineistö ole hänen kulkureitillään. (Särkijärvi ym., 2022b).

Potilaille valitaan oikeankokoinen tukivyö, jota tulisi käyttää liikkuaessa. Tämä lievittää kipua ja helpottaa liikkumista sekä tukee leikkausalueen haavaa. Vuoteessa tukivyö on hyvä pitää auki, jotta hengittäminen helpottuu, eikä tukivyö paina keuhkoja. Tukivyön käyttöön potilas saa yksilölliset ohjeet ja tukivyön käytössä tulee ottaa huomioon lääkärin määräykset. (Terveyskylä, 2024.) Laparotomisesti tehtyjen leikkauksien jälkeen on hyvä käyttää tukivyötä, mutta pienempien leikkausten eli laparoskopisesti tehtyjen leikkauksien jälkeen se ei ole välttämätöntä. Nivustyräleikkauksien jälkeen tukivyötä ei käytetä. (Haikonen, 2024.)

#### 2.4 Stooman eli avanteen hoito ja seuranta

Gastrokirurgisille potilaille on leikkauksessa voitu tehdä sairauden mukaan pysyvä tai tilapäinen stooma eli avanne. Indikaatiot pysyvälle stoomalle ovat esimerkiksi peräsuolisyövän vuoksi tehtävä peräaukon poisto ja tulehduksellisen suolistosairauden vuoksi tehtävä paksusuolen poisto. Tilapäisen stooman indikaatioita ovat suojaava stooma ehkäisemään saumavuodon aiheuttamaa vaikeaa tulehdusta peräsuolisyövän leikkauksen yhteydessä tai peräaukon viereisen kudoksen tai fistelien vuoksi tehtävä suojaava stooma ohjaamaan uloste pois tulehdusalueelta. Stooma voidaan tehdä leikkauksen yhteydessä nostamalla suolen mutka (lenkkiavanne) tai pää (pääteavanne) ihon pinnalle. (Rautio & Mäkäräinen, 2024a.)

Stooman hoidossa avannehoitajalla on iso rooli potilaan hoitoon liittyen ennen ja jälkeen leikkauksen. Hän ohjaa ja informoi potilasta stooman hoitoon liittyen sekä valitsee sopivat avannetuotteet yksilöllisesti potilaalle. Stooma

kiinnitetään ihoon sulavien ompeleiden avulla ja ympärillä olevaa ihoa suojataan avannesidoksien avulla. (Rautio & Mäkäräinen, 2024c.)

Lenkkiavannetta voidaan tukea leikkauksessa laitettavan sauvan avulla väliaikaisesti. Sauva laitetaan yleensä suojaavan avanteen teon yhteydessä päivystyksellisesti, jolloin vatsa on pinkeä. Sauvaa käytetään myös runsaasti ylipainoisten ihmisten kohdalla. Sauva poistetaan yleensä noin viikon kuluttua leikkauksesta tai kunnes avanne on löysä siitä kiinni otettaessa eikä kiristä. (Häkkinen, 2024.)

Kuten jokaisella leikkauksella ja toimenpiteellä, myös stooman teon jälkeen voi esiintyä komplikaatioita. Ohutsuoliavanteen komplikaatioina yleisimmin ovat sen runsaan suolierityksen tuotto ja sitä kautta potilaan kuivuminen. Aluksi tulee myös hakea oikeanlaisia avannesidoksia, jotka sopivat potilaalle, jotta löysää ohutsuolieritystä ei valuisi iholle. Ohutsuolieritys ärsyttää ihoa ja aiheuttaa herkästi kipeitä haavaumia stooman ympärille. Paksusuoliavanteen komplikaatioita yleisimmin ovat alueen iho-ongelmat, avannetyrän synty, avanneprolapsi eli esiinluiskahdus ja striktuura eli kurouma tai ahtauma. Stooman komplikaatiot voivat esiintyä pidemmällä tai lyhyellä aikavälillä. Lyhyellä aikavälillä voi esiintyä edellä mainittujen komplikaatioiden lisäksi suolen toimimattomuutta tai liikatoimintaa, stooman nekroosia, reunan verenvuotoa, ihosta irtoamista tai ympärillä olevan ihon infektioita ärsytyksen ja erityksen vuoksi. (Rautio & Mäkäräinen, 2024b.)

Stoomaa tulee tarkkailla päivittäin. Stooma on vitaali, kun se on pyöreä tai soikea, terveen punainen ja pinta on kostea. Tuottoa eli eritystä tulee tarkkailla ja ottaa huomioon tuoton määrä ja laatu. Stooman vuotaessa tai sen väri on poikkeava, tulee asiasta informoida kirurgia. Heikosta verenkierrosta kertoo tumma tai sinertävä väri. Jos stooma on nekroottinen eli se muuttuu tummaksi kuolleeksi kudokseksi, tulee siitä konsultoida lääkäriä, koska se saattaa vaatia nekroosin poistoa kirurgisesti. Suurin osa ongelmista voidaan kuitenkin hoitaa konservatiivisesti avannehoitajan konsultaatiolla, mutta välillä komplikaatioiden hoidossa joudutaan turvautumaan kirurgiaan. (Jokinen & Virtanen, 2024; Koskensalo ym., 2023.)

Potilaasta tulee arvioida silmämääräisesti kuivumisen merkkejä ja ottaa huomioon nestetasapainosta kertovat laboratoriotulokset. Hoitajan tulee tietää suun kautta nautittavan nesteen määrä ja stooman tuottama erityisyydet sekä arvioida nestetasapainoa näiden määreiden kautta. Tarvittaessa tulee aloittaa suonensisäinen nesteytys ja nesteen valinnassa huomioida natrium-, kalium- ja kreatiinipitoisuudet. (Koskensalo ym., 2023.)

Stooman ympärystä tulee myös tarkkailla infektioiden ja mahdollisten paineiden varalta. Jos stooman reunoilla esiintyy verenvuotoa, käytetään kompressiota ja kylmäpakkausta sen tyrehdyttämiseksi. Jos nämä eivät tyrehdytä, tulee konsultoida lääkäriä mahdollisten lisä toimenpiteiden asettamiseksi. (Koskensalo ym., 2023; Kulmala ym., 2024.)

## 2.5 Postoperatiivisen seurannan ja hoidon kirjaaminen

Kirjaaminen on erityisen tärkeää postoperatiivisessa seurannassa ja havaintojen raportoinnissa. Kirjauksessa ja raportoinnissa tulee huomioida postoperatiivisen hoidon seuranta, havainnot ja toimenpiteet sekä mahdolliset määräykset ja suunnitelmat jatkoa ajatellen. Dokumentointi on ajantasaista ja selkeää. Kirjaukset tulisi tehdä niin, ettei seuraavan työvuoron hoitajalle jää potilaan hoitoon liittyen epäselvyyksiä ja jatkohoito onnistuu ongelmitta sekä potilasturvallisuus ja jatkuvuus hoidossa säilyy. Kuviossa 7 on havainnollistettu, mitä kirjauksessa erityisesti tulee ottaa huomioon potilaan hoitoon liittyen. (Hoikka & Salomäki, 2024.)



Kuvio 7. Postoperatiivisen dokumentoinnin sisältö

### 3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Aihe opinnäytetyölle tuli elokuun 2024 alussa Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n osastonhoitajalta. Aihe ja kehittämisen tarve valikoitui osaston ylilääkäri Haikosen toiveesta kehittää hoitajien toimintaa gastrokirurgisesti leikatuiden potilaiden hoitoon liittyen. Kehitystä hänen mielestään tulisi tapahtua etenkin varhaisemman ravitsemuksen ja mobilisoitumisen aloituksessa, jotka edistäisivät potilaiden nopeampaa toipumista sekä kotiutumista. Ajatuksissaan hän toi esille, että hoitajat ovat turhankin arkoja esimerkiksi ruuan antamisen sekä nopean mobilisoitumisen suhteen leikkauksen jälkeen, jonka vuoksi potilaiden toipuminen leikkauksesta pitkittyy sekä suolen toiminta saattaa lamaantua. Osa osastolla toimivista hoitajista ovat olleet samalla osastolla töissä useita vuosia ja toimintatapa on pysynyt samanlaisena, vaikka näyttöön perustuva tieto gastrokirurgisesti leikattujen potilaiden hoidosta osastolla on lisääntynyt ja muuttunut. Hoitajilla ei myöskään aina ole uskallusta mobilisoida yleisanestesiassa hoidettua potilasta tämän osastolle saapuessa tai antaa

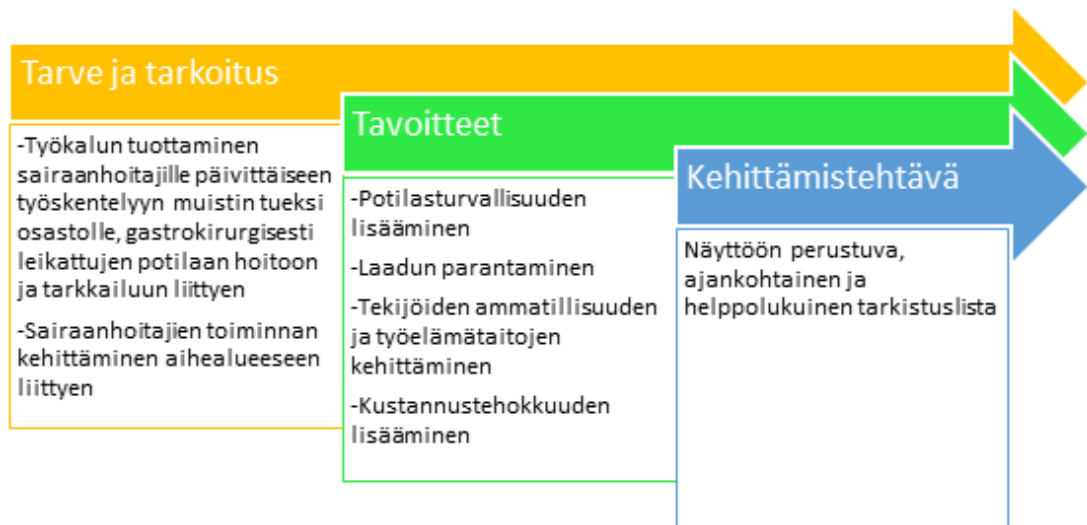
suun kautta heti juotavia, koska leikkauksesta ja anestesia- lääkkeistä on vasta niin vähän aikaa.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tarkistuslista ja toiminta- ohje työkaluksi jokapäiväiseen käyttöön osaston hoitajille. Projektina tuotettu tarkistuslista on tarpeellinen työkalu päivittäiseen hoitotyöhön sairaanhoitajien muistin tukemiseksi sekä toiminnan tarkistamiseksi, jotta jokainen asia tulee varmasti huomioitua hoitoon liittyen. Opinnäytetyö kokonaisuudessaan toimii myös hoitajien ammatillisen osaamisen kehittäjänä ja uuden teoria- sekä tutkimustieteen opetusmateriaalina.

Päätavoitteena on saada rakennettua tuotetusta tarkistuslistasta ja toiminta- ohjeesta laadukas, helppolukuinen ja käytännöllinen työkalu päivittäiseen käyttöön osaston hoitajille sekä uusille työntekijöille ja opiskelijoille perehdy- tyksen tueksi. Osatavoitteita ovat hoitajien tietoisuuden ja potilasturvallisuuden lisääminen, hoidon laadun parantaminen, potilaan voinnin etenemisen enna- kointi ja leikkauksesta toipumisen nopeuttaminen.

Osatavoitteina ovat myös prosessin edetessä itse kehittyä ammatillisesti ja ke- hittää omia työelämätaitoja. Opinnäytetyön tekeminen on merkityksellinen te- kijöille oman koulutusalan eli hoitotyön opiskelemisen ja oman ammatillisen kasvun kehittämisen vuoksi. Projektin ajankohtaisuudessa ja merkityksellisyy- dessä korostuvat myös positiiviset vaikutukset osastolle sen kustannustehok- kuuden lisäämisen ja hoitajien ammatillisten kehittämisten myötä. Opinnäyte- työn tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävää on havainnollistettu kuviolla 8.

Tilaaajalle tarkistuslistan käyttöön ottaminen osaksi jokapäiväistä toimintaa li- sää osaston kustannustehokkuutta, hoidon ennakoitavuutta ja nopeaa puuttu- mista potilaan vointia heikentäviin tekijöihin, jolloin niistä ei kasvaisi suurem- paa ongelmaa. Tämä myös saattaa vähentää potilaiden sairaalassaoloaikaa potilaan nopean toipumisen ansioista. Toimintamallien kehittäminen ja ajatus- mallien muutos uuden tiedon pohjalta ovat osaston toiminnan edistämisen kannalta ajankohtainen ja merkityksellinen asia.



Kuvio 8. Tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävä

Kun opinnäytetyö on valmis, olemme tuottaneet laadukkaan, ajankohtaiseen näyttöön perustuvan, helppolukuisen ja helposti käytettävän sekä osastolla toimivien sairaanhoitajien hyväksymän tarkistuslistan työkaluksi sairaanhoitajien päivittäisen työskentelyn tueksi.

## 4 PROJEKTIMENETELMÄT

Kehittämistyön menetelmä valitaan vasta kun kehittämisen tavoite on selvillä, kehittämistehtävän tarkempi määrittely on tehty ja kehittämistyön lähestymistapaa on mietitty. Kehittämistyössä voidaan käyttää monia menetelmiä, myös sellaisia, joita ei tieteellisessä tutkimuksessa yleensä käytetä. (Ojasalo ym., 2015, s. 104.)

### 4.1 Kirjallisuushaku

Kirjallisuuskatsauksia tehdään eri tarkoituksiin, jonka vuoksi on olemassa erityyppisiä katsauksia. Yleensä katsaustyyppit jaetaan kolmeen päätyyppiin, joita

ovat kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-analyysi. Nimensä mukaisesti narratiivisten katsausten tarkoituksena on kuvata tai kertoa aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta, sen syvyyttä, laajuutta ja määrää. Tähän kategoriaan kuuluvia katsaustyyppisiä tunnustetaan useita. (Stolt ym., 2016, s. 8–9.)

Kirjallisuushaku ja aineiston valinta sisältää sekä varsinaiset haut että relevantin kirjallisuuden valinnan. Koska hakuprosessi on opinnäytetyön luotettavuuden kannalta keskeinen vaihe, tarvitaan systemaattiseen hakuun strategia. Tässä vaiheessa tehdyt virheet voivat johtaa vääristyneisiin johtopäätöksiin. Hakuprosessia tehdessä ja tutkimuksia valittaessa on myös mietittävä millaisella asetelmalla toteutetut tutkimukset vastaavat esitettyyn tutkimuskysymykseen. Systemaattisen kirjallisuushaun tarkoitus on tunnistaa ja löytää esitettyyn tutkimuskysymykseen vastaavat materiaalit. (Stolt ym., 2016, s. 25–28.)

Systemaattisessa kirjallisuushaussa on hyvä käyttää sekä sähköisiä tietokantoja että manuaalista hakua. Tietokantahakua varten tulee määrittää keskeiset käsitteet, joita voidaan käyttää hakusanoina ja näin muodostaa myös hakulausekkeita. Tietokantahakuun kuuluu myös keskeisesti mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Kun kriteerit ovat päteviä ja kattavia, helpottaa se asianmukaisen kirjallisuuden tunnistamisen ja vähentää samalla myös virheellisen tai puutteellisen opinnäytetyön mahdollisuutta. Nämä kriteerit myös varmistavat sen, että opinnäytetyö pysyy suunnittelussa päämäärässä. Osa asetetuista kriteereistä, kuten julkaisuvuoden rajaaminen voi olla myös apuna tutkimuksessa käytännön syistä. (Stolt ym., 2016, s. 25–28.)

Valitsimme opinnäytetyöhömmme kirjallisuushakuprosessin avuksi perinteisen narratiivisen kirjallisuuskatsauksen, jota käytämme teoreettisen tiedon haussa omaan aiheeseemme liittyen ja sovellamme tätä menetelmää omaan opinnäytetyöhömmme sopivaksi. Tämän avulla saamme hahmoteltua aihealueemme kokonaisuutta ja käytämme sitä teoreettisen viitekehyksen käsitteellisten taustojen tarkastelussa ja menetelmällisenä ratkaisuna. Perinteistä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan soveltaa juuri omaan käyttöön sopivaksi, koska sen käyttö ei ole liian rajattua. Menetelmän avulla voidaan myös käsitellä hankittua

aineistoa niin, että opinnäytetyöstä tulisi mahdollisimman luotettava ja laadukas.

#### 4.2 Fokusryhmähaastattelu ja dialoginen keskustelu

Opinnäytetyössämme käytetään laadullista tutkimusmenetelmää, koska käytämme haastattelua yhtenä tiedonkeruunmenetelmänä. Haastattelua voidaan kuitenkin käyttää monella tavalla ja haastattelumenetelmät voidaan luokitella haastatteluun osallistuvien mukaan, jolloin katsotaan, onko haastattelu yksilö-, pari- vai ryhmähaastattelu tai strukturoinnin mukaan, jolloin haastattelu voi olla strukturoitu, teemahaastattelu tai avoin haastattelu. Yksilöhaastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi parhaiten, kun tutkimuksen aihe on sensitiivinen tai haastateltava ei halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. Ryhmähaastattelu taas sopii hyvin aineistonkeruumenetelmäksi, kun osallistujat ovat samasta ryhmästä esimerkiksi ammattinsa tai sairautensa puolesta. (Kankkunen ym., 2017, s. 123–124.)

Kehittämistyössä voidaan käyttää monia menetelmiä, myös sellaisia, joita ei tieteellisessä tutkimuksessa yleensä käytetä (Ojasalo ym., 2015, s. 104). Fokusryhmähaastattelu on hyvä avoimen keskustelun menetelmämuoto, jolla saadaan jaettava omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä. Tavoitteena on hoitohenkilökunnan kuunteleminen, jolla saadaan esille uusia ideoita ja syvennetään omaa tietoa. Toisena kehittämistyön menetelmänä voidaan käyttää myös dialogista keskustelua eli avointa ja suoraa keskustelua, jolla saadaan käyttöön hoitohenkilökunnan oma kokemus ja osaaminen aiheeseen liittyen. (Salonen ym., 2017, s. 55–60.)

Opinnäytetyöhömmme valitsimme menetelmiksi fokusryhmähaastattelun, dialogisen keskustelun ja avoimen haastattelun. Kehittämistyön menetelmät valikoituivat, koska ne toimivat keskustelua edistävästi, osallistavasti ja esittävästi. Näitä voimme käyttää työkaluina fokusryhmähaastattelua ja dialogista keskustelua käydessä, niitä edistäen. Haluamme osallistaa vapaaehtoisia hoitajia osaston kehittämisessä ja varmistaa, että heidän mielipiteensä ja toiveet tulisi

kuulluksi. Tämä auttaa myös kokeneempien hoitajien omakohtaisten kokemusten esille nostamisessa ja näkemyksien ideoinnissa. Avainhenkilöhaastattelu on yksi isoin osa työmme onnistumisen kannalta, jonka toteutamme avoimena yksilöhaastatteluna. Tämä auttaa meitä saamaan parhaiten sellaista tietoa ja aineistoa, kun avainhenkilön mielestä itsestään on tärkeää.

#### 4.3 Tarkistuslistan laatiminen

Tarkistuslistat on alun perin otettu käyttöön ilmailunalalla vuonna 1935 tapahtuneen lentokoneonnettomuuden takia. Terveystarkistukseen tarkistuslistat ovat tulleet myöhemmin ja niitä on kehitetty eri toimintoihin terveydenhuoltoon. Erilaisia tarkistuslistoja on siis jo käytössä terveydenhuollossa, mutta niiden käyttäminen on ollut kirjavaa ja sairaalakohtaista. Tarkistuslistaa käytetään muistin tukena virheiden ja läheltä piti-tilanteiden ehkäisemiseen mutta sen tarkoitus ei kuitenkaan ole vain auttaa muistamaan tärkeitä yksityiskohtia vaan se tukee myös tarkistuslistan käyttäjän ei-teknisiä taitoja kuten kuuntelemista, tiedon jakamista, valppautta ja ryhmähengen luomista. Tarkistuslistalla luodaan turvallisuutta ja tuodaan toimintaan järjestelmällisyyttä ja kurinalaisuutta. Tarkistuslistan avulla standardisoidaan erilaisia toimenpiteitä ja se rakentaa suojan ihmisten virheiden ja hoidon haittojen välille. Tarkistuslistaa käyttämällä pystytään varmistamaan kaikkien yksityiskohtien läpikäyminen, myös niiden, jotka voivat työpaineiden alla tai työntekijään kohdistuvien asioiden kuten huonosti nukutun jälkeen unohtua. Varsinkin yksiköissä, joissa on nopea työtahti tai siellä tarvitaan monien asioiden yhtäaikaista hallintaa sekä suurta tarkkuutta vaativia toimintoja, on tarkistuslistoista todettu olevan hyötyä. Tarkistuslistoilla on myös myönteinen vaikutus potilasturvallisuuteen, mutta sen teho on kuitenkin monen tekijän summa. (Blomgren ym. 2014.)

Tarkistuslista tehdään niistä työtehtävistä, jotka ovat alttiita virheille ja tarkistuslistan kohdiksi tulee asiat, joiden laiminlyönnillä on vaikutus potilaan turvallisuuteen. Tarkistuslistaa suunniteltaessa on tärkeää huomioida, milloin sitä käytetään, kenen käyttöön se tulee ja onko se paperinen vai elektroninen versio. Hyvän tarkistuslistan ominaisuuksiin kuuluu sen helppolukuisuus, sen

tulee olla lyhyt, sen läpikäyminen on nopeaa, tarkistuslistalla olevat tarkistettavat kohdat olisi hyvä olla kronologisessa järjestyksessä ja kaikki sitä käyttävät ymmärtävät siinä käytettävät termit. Kun tarkistuslista on onnistunut, on sen käyttö helppoa ja tehokasta. Tällöin se ei hankaloita työntekijöiden työn tekemistä vaan auttaa vanhojen töiden paremmin tekemisessä. Tarkistuslista ei saisi olla liian moninainen tai pikkutarkka, koska tällaiset listat voivat aiheuttaa muun muassa turhautumista. (Blomgren ym. 2014.)

Valitsimme opinnäytetyömme tarpeeseen liittyen käytettäväksi työkaluksi tarkistuslistan, joka toimii henkilökohtaisena muistivälineenä ja kulkee tarvittaessa helposti mukana. Tarkistuslista on käytännöllinen ja nopea apuväline hoitajien työskentelyn tukena ja sitä voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksen apuvälineenä. Mielestämme tarkistuslistan valinta projektin tarpeen ja kehittämisen edistämiseksi on sopiva, koska tarkistuslistan avulla osaston hoitajat pystyvät varmistamaan oman työvuoronsa aikana, että kaikki asiat tulee hoidetuiksi ja seuratuiksi.

#### 4.4 Palautekysely

Tyypillisin määrällinen tutkimusmenetelmä on lomakekysely tai strukturoitu lomakehaastattelu. Näissä kummassakin kysytään isolta vastaajajoukolta samoja asioita samassa muodossa. Kun käytetään määrällisiä menetelmiä, tulee aihepiiriin liittyvä teoria tuntea niin hyvin, että sitä voidaan mitata kontrollidusti. Tällöin lomakkeen kysymyksiä ei siis voi keksiä päästään, koska kysymyksien avulla mitataan teorian paikkansapitävyyttä. Kun halutaan testata pitääkö jokin teoria paikkaansa, sopii määrällinen menetelmä tällaiseen tutkimukseen hyvin. Teoriasta tehdään väittämiä ja oletuksia eli hypoteeseja, joita kyselyllä testataan. Kun kysely on tehty, todetaan hypoteesit, joko paikkansa pitäväksi eli verifioituiksi tai epätosiksi eli falsifioituiksi. Kyselyn tekemisen jälkeen myös kerätty materiaali (data) analysoidaan tilastollisin menetelmin ja nämä tiedot yleistetään koskemaan koko perusjoukkoa. Määrällistä menetelmää käyttävä tutkija ei siis vaikuta tutkimuksen kohteeseen, koska hän on siitä erillään eikä useimmiten edes kohtaa tutkittavia. Määrällisen tutkimuksen

luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin eli mittauksen luotettavuuden ja validiteetin eli mittarin tarkkuuden avulla. (Ojasalo ym., 2015, s. 104–105.)

Palautekyselyn muodossa saatava osaston hoitajien mielipide on tärkeää, koska tarkistuslista ja toimintaohje tulee heidän käyttöönsä. Palautekyselyn olimme suunnitelleet jo osittain opinnäytetyösuunnitelmaa tehdessä ja siihen valikoitu tällöin sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä liittyen tarkistuslistaan. Palautekysely on tarkoitettu antaa hoitajille heti kun tarkistuslista on valmis heidän arviointiaan varten sekä antaa heille tarpeeksi aikaa arvioinnin tekemiseen. Palautekyselyiden vastaukset analysoidaan tilastollisesti, jolloin saamme tiedon siitä, mitä mieltä suurin osa palautteenantajista on tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta.

#### 4.5 Toimintaohje

Toimintaohjeiden käyttäminen ja yhtenäiset ohjeistukset turvaavat yhteistyön sekä toiminnan sujuvuutta. Toimintatapojen ollessa yhtenäiset työn sujuvuus ja sen myötä myös työilmapiiri parantuu. Toimintaohje tehdään esihenkilön tai ulkopuolisen tekijän johdolla, mutta sen tekemiseen tulisi osallistua mahdollisimman moni työyhteisön jäsen ja kuulla heidän näkökulmiaan tai mielipiteitään toimintaohjeeseen liittyen. Toimintaohjeen tekemisessä otetaan huomioon, miksi ja mihin sitä ollaan tekemässä sekä otetaan kyseisen paikan tarkoitus, tavoitteet ja toimintamallit huomioon. (Opintokeskus, 2022.)

Toimintaohjeen rakenne tulee olla selkeä, johdonmukaisesti etenevä ja käsky muodossa. Sen sisältö tulee olla ytimekäs ja kaikki tärkeät asiat sisältävä, muttei se saa sisältää mitään ylimääräistä. Toimintaohjetta tehdessä tulee ottaa huomioon kohderyhmä, joka toimintaohjetta käyttää. Kohderyhmälle tieto voi olla vanhaa tai uutta, jolloin tulee miettiä sisällön rakentamista, onko sisältö lyhennettyä vai yksityiskohtaisempaa informaatiota. Sisällöstä tulee selvittää tehtävien tekeminen alusta loppuun saattamiseen asti. (Sarkinen, 2021.)

Opinnäytetyön tekemisen aikana huomasimme aiheen olevan laajempi kuin aluksi kuvittelimme. Tämän vuoksi halusimme luoda tuottamamme tarkistuslistan tueksi toimintaohjeen, jossa tarkistuslistan sisältöä käydään tarkemmin läpi ohjeistuksen muodossa. Tarkistuslista yksin on lyhyt ja ytimekäs muistilista potilastyötä tehdessä, joka mielestämme tarvitsi rinnalleen tarkemman ja syventävän ohjeen tarkistuslistan käytön tueksi ja sairaanhoitajien toiminnan kehittämiseksi. Toimintaohje yhtenäistää hoitajien toimintaa, jolloin toiminnasta tulee sujuvaa ja potilasturvallisuus sekä hoidon jatkuvuus säilyvät. Omaan opinnäytetyöhön toimintaohjeen lisääminen vaikuttaa edistävästi tavoitteisiimme pääsemiseen ja toimintaohjeistuksen käyttö on hyvä keino kehittää sairaanhoitajien osaamista ja uusine näkökulmien huomiointia seurantaan tai hoitoon liittyen.

## 5 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projektin ideointi- ja konseptointivaihe on projektin suunnittelua. Tällä voidaan tarkoittaa projektin ideointia eli luovaa työtä projektin aloittamiseksi, projektin sisältöjen määrittelyä ja ratkaistavina olevien ongelmien analysointia tai projektin toteutusta edeltävää vaihetta. Suunnitteluvaiheessa on olennaista kirjata projektin tavoite ja mahdolliset aikataulut. Projektin suunnitteluun liittyy paljon keskeisiä tehtäviä ja ne voidaan aikataulun mukaan järjestää. Näihin kuuluu projektin ideointi, alustavien tavoitteiden ja päämäärien hahmottelu, projektin tehtävien suunnittelu, mahdollisen projektiorganisaation hahmon ja kokoonpanon suunnittelu, projektisuunnitelman alustava hahmotelma sekä projektiorganisaation kokoaminen ja suunnitelman tekeminen lopulliseen muotoon. (Paasivaara ym., 2013, s. 81–83.)

Opinnäytetyön ideaa hahmoteltiin kesän 2024 aikana tilaajan kanssa yhdessä toisen tekijän ollessa töissä kyseisellä osastolla. Aihe lähti yllääkärin ajatusten perusteella kehittämisideasta parantaa gastrokirurgisten potilaiden leikkauksen jälkeistä hoitoa ja seuranta osastolla. Osastonhoitaja otti ideasta kiinni ja

lähti kehittämään ylilääkärin ajatusta eteenpäin, jonka pohjalta opinnäytetyön tarkoituksiksi valikoitui työkalun tekeminen aiheeseen liittyvien potilaiden hoitoon ja seurantaan liittyen. Hoitajien toiminnan kehittäminen ja uuden näyttöön perustuvan tiedon soveltaminen osastolle sopivaksi nousivat tarkistuslistan tekemisen tavoitteiksi. Valmiin tarkistuslista käyttöönoton tavoitteiksi pidemmällä aikavälillä nousivat potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen sekä uusien ajatusmallien istuttaminen käytäntöön. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Satakunnan hyvinvointialueella toimivan Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n kanssa.

### 5.1 Aikataulu ja resurssit

Suunnitteleminen alkoi tilaajalta saadun aiheen jälkeen. Lähdimme työstämään opinnäytetyösuunnitelmaa tarkemmin ja siihen liittyviä asioita ohjaavan opettajan hyväksyttäväksi. Opinnäytetyösuunnitelman oli tarkoitus olla valmiina 21.10.2024, mutta suunnitelmasta puuttui tarkennuksia, jotka korjasimme mahdollisimman pian. Suunnitelmaan loimme aikajanan työn etenemiselle ja sen toteutukseen liittyville vaiheille, joka on havainnollistettu kuviolla 9.

Opinnäytetyösuunnitelman tekemisen aikana toinen tekijöistä oli jo ennalta yhteydessä osaston ylilääkäri Haikoseen haastattelupäivään liittyen. Haastattelupäiväksi sovittiin 25.10., mutta kommunikaatiokatkoksen vuoksi Haikonen ei ollut paikalla kyseisenä päivänä. Olimme yhteydessä Haikoseen sähköpostitse ja uusi tapaaminen sovittiin toteutettavaksi 25.11.2024.

24.10.2024 ohjaava opettaja hyväksyi opinnäytetyösuunnitelman ja tämä lisättiin Wihiin. Suunnitelman mukaan opinnäytetyön oli tarkoitus valmistua joulukuun puolessa välissä 2024. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen hahmotelimme tarkemmin käytössä olevat resurssit, työnjaon, riskit ja tarkemman aikataulutuksen opinnäytetyön lopullista tuottamista varten.



Kuvio 9. Opinnäytetyön eteneminen

Aihe rajautui yleisesti gastrokirurgisesti leikatuiden potilaiden osastoseurantaan ja hoitoon liittyen, koska gastrokirurgia käsittää useita eri sairauksia ja niiden yksityiskohtainen läpikäyminen tekisi työstä kahdelle tekijälle liian laajan kokonaisuuden. Valitsimme aiheen rajauksen ja tavoitteiden pohjalta haluamme pääkäsitteet, joista lähtisimme tietoa etsimään ja mietimme, mitä tarvitsee tehdä ennen, kuin voidaan aloittaa konkreettisen tarkistuslistan tekeminen. Aloitimme tekemään yhdessä kirjallisuushakuprosessia sekä etsimään manuaalisella haulla tietoa aiheeseen liittyen, jonka jälkeen jaoimme pääkäsitteet toistemme kesken tasapuolisesti, jotta kummallekin tekijälle tulisi saman verran työtä ja kirjoitettavaa. Aiheen jaon yhteydessä suunnittelimme

välitavoitteita, jolloin meidän oli tarkoitus tarkastella jo saatua materiaalia yhdessä sekä tehdä tarpeen mukaan muutoksia työnjakoon ja mahdollisesti ilmenneisiin ongelmiin liittyen.

Projektin eli tarkistuslistan tarve on lähtöisin tilaajalta, jolloin myös tilaajalta tuli toive, millaisen lopullisen tarkistuslistan tulisi olla. Suunnitteluvaiheessa teimme osastolle lähetettävän toive- ja mielipidekysymyslomakkeen, jonka tarkoituksena oli hankkia hoitajilta toiveita tarkistuslistaa ja sen sisältöä varten, jotta voisimme luoda heille mahdollisimman hyvän lopputuloksen ottamalla kohderyhmän mielipiteet ja ideat huomioon.

Lähetimme ennakkoon toive- ja mielipidekyselyn osastonhoitajalle sekä pyysimme tulostamaan ne kahvihuoneeseen kaikkien nähtäville. Toisen tekijän ollessa töissä osastolla, hän kyseli ja kävi keskustelua hoitajien kanssa niin sanotun kahvipöytäkeskustelun merkeissä eli fokusryhmähaastattelun menetelmää käyttäen. Kahvipöytäkeskustelun tarkoituksena oli kuulla hoitajien mielipiteitä siitä, millaisen tuotoksen hoitajat haluaisivat omaan käyttöönsä. Tekijä myös pyysi, jos hoitajat voisivat yksittäisillä sanoilla kertoa listaan omia ehdotuksia tarkistuslistaan liittyen. Hoitajien mielestä tarkistuslistan tulisi olla lyhyt, ytimekäs, selkeä ja selkokielineen, taskukokoinen ja laminoitu. Sen tulisi sisältää seuraavat kohdat: vuoto, vointi, virtsaus, ihon kunto, potilaan omat tunteukset, haavavuoto, vitaalit, nestetasapaino ja avanteen sekä dreerien huomioiminen.

Ennakkokyselyn lisäksi teimme suunnitteluvaiheessa alustavan saatekirjeen ja palautekyselyn sekä haastatteluista saadun tiedon käyttöön liittyvän suostumuslomakkeen. Alustavan suunnitelman mukaan palautekysely ja saatekirje oli tarkoitus lähettää osastolle marraskuun puolessa välissä ja antaa kyselyyn vastaamiseen aikaa kaksi viikkoa, jolloin jokainen halukas pystyisi palautteen antamaan.

## 5.2 Riskit ja resurssit

Kaikkiin projekteihin liittyy aina riskejä, jotka tulisi tunnistaa, jotta niihin pystytään varautumaan. Riskienhallintasuunnitelmalla otetaan kantaa projektiin liittyvien riskien tunnistamiseen, niiden vakavuuteen ja esiintymisen todennäköisyyteen, riskien seuraamiseen ja hallitsemiseen projektin aikana, tunnistettujen riskien dokumentointiin ja projektin sidosryhmien informoimiseen. Projektin riskien tunnistaminen varhaisessa vaiheessa ja niihin ennalta suunnitellut varotoimet auttavat projektin jatkumisessa. Vastoinkäymiset ja riskit sekä mahdolliset ongelmat tulee tunnistaa jo etukäteen ja varautua niihin, jos se on mahdollista. Jos projektin tavoitteet ovat epäselvät, resursointi ja rahoitus ovat riittämättömiä, tekijöillä ei ole riittävää tietoa tai taitoa, teknologia on epäsopiva projektin tarpeisiin tai projektin aikataulu venyy, voivat nämä vaikeuttaa projektin toteutusta ja onnistumista. Tästä syystä projektin aikatauluun tulisi jo suunnittelussa miettiä tarpeeksi väljyyttä. (Mäntyneva, 2016, s. 131–132.)

Tunnistimme varhain suunnitteluvaiheessa opinnäytetyöhömmme liittyvät edut ja riskit. Mielestämme työn etuja oli, että meitä oli kaksi saman ajatusmaailman ja mielipiteiden omaavaa tekijää työtä tekemässä. Eduksi koimme myös toisen tekijän työskentelyn osastolla, joka voisi toisaalta olla myös riski opinnäytetyön tekemiselle. Osastonhoitaja oli myös nimennyt osastolla työskentelevän sairaanhoitajan mentoriksemme, jolla oli vahva halu auttaa ja neuvoa koko prosessin ajan. Havaittuihin riskeihin pyrimme vaikuttamaan jo alkuvaiheissa hyvällä suunnittelulla ja tiiviillä yhteistyöllä.

Mielestämme työn tekemisen riskeiksi nousivat etenkin tiukka aikataulu ja muut ulkoiset tekijät. Aikataulun suhteen meidän tuli ottaa huomioon toistemme yksityiselämät ja mahdolliset muut aikatauluihin liittyvät asiat, kuten Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston aukioloajat ja saman aikaisen harjoittelujakson kuormittavuus sekä työajat. Aikataulun tiukkuuteen vaikutti suurimmaksi osaksi se, että toisen meistä olisi tarkoitus valmistua vielä joulukuussa 2024, jonka vuoksi tulisi koko projektin olla valmis alle kahdessa kuukaudessa suunnittelun hyväksymisestä. Aikataulullisesti kaiken tekeminen vaati tarkkaa

työnjakoa ja toisen tekijän informoimista mahdollisista ongelmista tai vastoinkäymisistä.

Swot-analyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää tarkastellessa opinnäytetyötä sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta, jonka avulla saadaan havainnollistettua työhön vaikuttavia tekijöitä prosessin aikana. Analyysistä voidaan luoda nelikenttäanalyysi, jonka avulla tarkastellaan sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia. Sisäisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa ja yleensä ulkoisiin tekijöihin ei. Sisäisten tekijöiden vahvuudet ovat positiivisia, jotka edistävät onnistumista ja tavoitteiden saavuttamista, kun taas heikkoudet vaikeuttavat lopputulokseen pääsyä. Ulkoiset tekijät jaetaan ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin sekä ympäristöön vaikuttaviin uhkiin. (Vuorinen & Huikkola, 2023, s.97.)

Käytimme opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa Swot-analyysia sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvuuksien sekä heikkouksien tunnistamiseksi. Havainnollistamiseksi loimme taulukko 1:n mukaisen nelikenttäanalyysin, jonka avulla pystyimme tarkastelemaan työhömmme liittyviä tekijöitä tarkemmin, jotta riskit ja heikkoudet tulisi huomioitua mahdollisimman hyvin. Sisäisiä vahvuuksia työskentelyymme liittyen olivat tiivis yhteistyö tilaajan kanssa, tekijöiden yhteistyön toimiminen ja aiempien kirjallisten tuotosten tekeminen sekä niiden osaaminen. Heikkoutena työskentelyssämme on aikataulujen yhteensovittamisen hankaluus. Ulkoisia vahvuuksia olivat toisen tekijän työskentely osastolla ja osastonhoitajan antamat resurssit sekä uhkia olivat rajallinen aika työn tekemiselle, hoitajien muutosvastaisuus ja avainhenkilön aikataulujen yhteensovittaminen tekijöiden kanssa.

Taulukko 1. Swot-analyysi

<b><u>Sisäiset tekijät</u></b>	<b><u>Vahvuudet</u></b> -Tiivis yhteistyö tilaajan kanssa -Kirjallisten tuotosten aiempi tekeminen ja osaaminen -Tehtävien jakaminen ja toisen auttaminen -Mielenkiinto ja kokemus	<b><u>Heikkoudet</u></b> -Aikataulujen yhteensovittaminen
<b><u>Ulkoiset tekijät</u></b>	<b><u>Mahdollisuudet</u></b> -Toinen tekijä töissä osastolla -Osastonhoitajan luoma mahdollisuus tehdä työn ohessa opinnäytetyötä	<b><u>Uhat</u></b> -Rajallinen aika työhön -Hoitajien muutosvastaisuus -Haastateltavan aikataulun rajallisuus

## 6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Hyväksytyn opinnäytesuunnitelman jälkeen haimme yhdessä tutkimuslupaa 24.10.2024 Satakunnan hyvinvointialueen tutkimuspalveluista. Tämä kuitenkin palautui meille muutettavaksi 28.10.2024. Tutkimuslupahakemuksessa oli muutama päivämäärä ja rastitettu kohta väärin, jonka korjasimme saman päivän aikana ja lähetimme uudelleen tarkistettavaksi. Tutkimuslupa hyväksyttiin 7.11.2024 ja myönnettiin ajalle 24.10.2024-30.06.2025. Hyväksytyn tutkimusluvan myöntämisen jälkeen jatkoimme suunnitelman mukaisesti opinnäytetyöhön kuuluvan teorian hakemista ja kirjoittamista kirjallisuushakuprosessin

sekä manuaalisen tiedonhaun menetelmiä käyttäen. Tässä vaiheessa aloimme myös miettimään omien aikataulujen yhteensovittamista ja helpointa tapaa jatkaa työskentelyä yhdessä kummankin sen hetkiseen tilanteeseen sopien. Päätimme jatkaa yhteistä työskentelyämme Webex-sovelluksen, WhatsAppin ja puheluiden välityksellä.

Toisen tekijän ollessa yhteydessä ohjaavaan opettajaan muihin asioihin liittyen tuli ilmi, ettei opinnäytetyön sopimusta ole huomioitu lainkaan ja sopimus tulisi kuitenkin tehdä ennen opinnäytetyön jatkamista. Sopimus saatiin nopeasti tehtyä sähköisen asioinnin kautta, jonka jälkeen koulun sihteeri lähetti sopimuksen allekirjoituskierrökselle, joka tehtiin vahvan tunnistautumisen kautta Visma sign sovelluksessa. Muutamassa päivässä jokainen osapuoli allekirjoitti opinnäytetyösopimuksen ja sopimus lähetettiin opinnäytetyön tekijöille 18.11.2024.

## 6.1 Kirjallisuushaun toteuttaminen

Kirjallisuutta lähdimme hakemaan opinnäytetyön nimen perusteella, pääkäsitteiksi määrittelemien käsitteiden ja osaston potilaiden toimenpiteisiin liittyvien käsitteiden avulla. Opinnäytetyössä tarkoituksenamme oli löytää keskeiset tiedot juuri niistä asioista, jotka liittyvät opinnäytetyön projektina olevaan tarkistuslistaan ja toimintaohjeeseen. Kirjallisuushaun keskeisinä käsitteinä käytimme sanoja vatsaelin, leikkauspotilas, osastoseuranta ja tarkistuslista. Lisäksi käytimme hakusanoina ruuansulatuselin, ruuansulatuselimistö, leikattu, operoitu, potilas, kirurgia, postoperatiivinen, seuranta ja työlista. Näihin liittyen kirjallisuushaussa käytimme englanninkielisiä hakusanoja digestive organ, digestive system, surgery patient, patient, postoperative ja check list. Kirjallisuushakuun liitimme opinnäytetyöhön valitut pääkäsitteet: gastrokirurginen toimenpide, gastrokirurginen potilas, postoperatiivinen seuranta ja tarkistuslista. Kirjallisuushakuihin liittyvät taulukot löytyvät tämän opinnäytetyn liitteistä 1–3.

Kirjallisuushakua tehdessä suomenkielisiä teoksia ja aineistoja löytyi vain yksi hakusanojen ja -lausekkeiden avulla. Aiheeseen liittyviä englanninkielisiä

tuotoksia oli runsaasti, mutta mielestämme nämä eivät sopineet omaan työhömme täysin. Kirjallisuushaussa käytimme luomaamme sisään- ja poissulkukriteeristöä, joka on esitetty liitteessä 2.

Manuaalisella haulla löysimme muutamiaakin YAMK-pohjaisia tutkimuksia aiheisiin liittyen sekä muuta aiheeseen liittyvää aineistoa, esimerkiksi Terveystieteen ja Duodecim oppiportin kautta. Kysyimme ylilääkäri Haikoselta olisiko hänellä aiheeseen liittyvää hyvää materiaalia tiedossa, joita hän toivoisi meidän käyttävän opinnäytetyössä ja hän lähettikin meille neljä englanninkielistä artikkelia sähköpostitse. Haikosen lähettämistä artikkeleista jokainen valikoitui työhön. Käytimme DeepL-sivustoa englanninkielisten aineistojen suomeksi kääntämisen apuna.

## 6.2 Haastatteluiden ja keskusteluiden toteuttaminen

Ennen tarkistuslistan tekemisen aloittamista haastattelimme sovitusti opinnäytetyön avainhenkilöä, osaston ylilääkäri Haikosta, jolta saimme kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Suostumuslomake löytyy liitteenä 5. Ylilääkärin avainhenkilöhaastattelu toteutettiin avoimena yksilöhaastatteluna, jolloin hankimme tietoa Haikoselta siitä, mitä hänen mielestään tarkistuslista tulee sisältää ja mitä hän toivoisi potilaiden osastoseurannan tai toimien sisältävän aiheeseen liittyvien potilaiden hoidossa. Haastattelun aikana saimme myös vinkkejä aineiston hankintaa varten sekä tarkennuksia jo hankkimaamme aineistoon liittyen. Haastattelun aikana Haikonen nosti esille epiduraalisen kivunhoidon ja sen toimivuuden tärkeyden osana potilaan toipumista. Hän ehdotti, että olisi hyvä kysyä tähän liittyen osaston kipuvastaavalta kivunhoitoon liittyviä asioita.

Haikosen ehdottamana otimme yhteyttä sähköpostitse osastolla kiertävään kipuhuoltaja Vestuun. Kysyimme hänen halukkuuttaan vastata muutama kysymykseen ja suostumusta käyttää tietoa opinnäytetyössämme, johon hän oli halukas osallistumaan. Avoin haastattelu toteutettiin sähköpostitse, jossa kysyimme, miten epiduraalisen kivunlievityksen toimivuutta tarkkaillaan, mitä

potilaasta tulisi huomioida, mikä hänen toimenkuvansa kivunhoitoon liittyen on ja tulisiko hänelle itselle mieleen asioita, jotka tulisi kivunhoitoon liittyen ottaa huomioon potilaan hoidossa. Samaan sähköpostiin liitimme suostumuslomakkeen, jonka pohja löytyy liitteestä 5. Vestu allekirjoitti sopimuksen ja toimittsen pyynnöstämme osastolle. Kipuhoitajalta saimme hyvää tietoa sekä opinäytetyön teoreettiseen osioon, että toimintaohjeeseen liittyen.

Koko opinäytetyön teon ajan osastolla työskentelevä työn tekijä kävi keskustelua osaston hoitajien kanssa käyttämällä fokusryhmähaastattelua ja dialogista keskustelua tiedon saantiin heidän toiveistaan tarkistuslistan suhteen, ja mihin he haluavat erityisesti kiinnitettävän huomioita. Näitä keskusteluja käytiin työn ohessa avoimesti ammatillisena keskusteluna, jolloin tämä ei vienyt hoitohenkilökunnalta aikaa itse hoitotyöstä.

### 6.3 Tarkistuslistan ja toimintaohjeen laatiminen

Tarkistuslistat jaetaan neljään eri tasoon. Ensimmäisen tason listaa (static parallel) käyttää vain yksi henkilö ja hän käy läpi kaikki listan tarkistettavat kohdat järjestyksessä. Toisen tason listassa (static sequential checklist with verification) on käyttäjiä kaksi. Näistä ensimmäinen lukee tehtävän ja toinen varmistaa suorittamisen. Kolmannen tason listaa (static sequential checklist with verification and confirmation) käytetään erilaisissa isoissa tiimeissä. Tässä lista usein on pilkottuna useampaan osaan ja ne käydään vaiheittain läpi, niin että joku lukee tehtävän ja tehtävää suorittava henkilö vastaa hänelle. Neljännen tason lista (dynamic checklist) on enemmänkin vuokaavio kuin varsinainen tarkistuslista ja se ohjaa hankalassa tilanteessa oikeanlaiseen päätökseen. Tässä listan tarkoitus on rauhoittaa tilanne tarjoamalla selkeät vaihtoehdot ja ohjeet. Neljännen tason listan avulla kokematonkin työntekijä tai tiimi päätyvät parhaimpaan mahdolliseen ratkaisuun. (Blomgren ym. 2014.)

Lopputuloksen tarkoitus on tuotettu tarkistuslista, joka tulisi olemaan ensimmäisen tason tarkistuslista, koska tämä on tarkoitus antaa jokaisen hoitajan henkilökohtaiseen käyttöön. Tarkistuslistamme voidaan myös käyttää

parityöskentelyssä eli toisen tason tarkistuslistan mukaisesti, jos sille nähdään tarvetta tai opiskelijan ohjauksen tukena.

Kun mielestämme jokainen aiheeseen kuuluva pääkäsite ja niihin kuuluvat osa-alueet olivat kirjoitettuna kirjallisuushakuprosessin ja manuaalisen kirjallisuushaun pohjalta opinnäytetyöhömmä, sovimme yhteisen sopivan ajankohdan ja menimme koululle alustamaan tarkistuslistaa. Kirjasimme ensin paperille, mitä tarkistuslistassa tulisi olla ja missäkin järjestyksessä. Lähdimme työstämään tarkistuslistaa eri sovelluksien ja alustojen avulla, mutta sopivimmaksi työskentelypohjaksi valikoitui Word alusta. Ajatuksena tarkistuslistan koosta oli taskuun sopiva, jonka mittasimme omien työvaatteiden avulla. Sopivan kokoinen lista olisi A6 kokoinen, johon tieto tulisi mahtua. Fontin tulisi olla selkeä ja helppolukuinen ja värityksen havainnollinen.

Tarkistuslistaa tehdessä huomasimme, että aihe rajauksesta huolimatta on hyvinkin laaja emmekä saaneet sitä aluksi tiivistettyä sopivaan muotoon ilman, että jokin oleellinen kohta olisi jäänyt pois. Ohjaavan opettajan kanssa 25.11.2024 käydyn ohjauskeskustelun aikana saimme kuitenkin idean, miten saisimme tehtyä tarkistuslistasta tilaajalle sopivamman. Olimme myös yhteydessä tilaajaan ja pyysimme tarkennusta, millainen tarkistuslistan tulisi olla ja mitä sen kuuluisi sisältää. Tilaaja kertoi, että he haluavat tarkistuslistan osaston toimintaohjeita sisältävään kansioon kaikkien nähtäville, kun taas osaston työntekijät halusivat nimenomaan taskuun sopivan ja mukana kuljetettavan tarkistuslistan. Päätimme tästä syystä tehdä A6 kokoisen laminoituneen tarkistuslistan hoitajille sekä hieman laajemman toimintaohjeen osaston ohjekansioon laitettavaksi. Tämä sopi myös ohjaavalle opettajalle. Toimintaohje sisältäisi yksityiskohtaisempaa tietoa opinnäytetyön aiheeseen liittyen ja tarkistuslista olisi tästä hyvinkin pelkistetty ja tiivistetympi versio.

Tarkistuslistan ja toimintaohjeen tekeminen vaati paljon aikaa tiivistyksen ja ulkonäöllisten seikkojen vuoksi. Olimme useasti yhteydessä WhatsAppin kautta ja puhelimitse nimettyyn mentoriin, jolta saimme hyviä vinkkejä ja uusia näkökulmia työn tekemiseen. Tämä auttoi paljon laajan tiedon tiivistämisessä ja oikeiden asioiden huomioimisessa.

Ensimmäinen versio tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta tuli valmiiksi 29.11.2024, joka oli pari viikkoa myöhemmin kuin olimme suunnitelleet. Tarkistuslista sisälsi työvuorokohtaisen toimintaohjeen käskymuodossa, mitä hoitajan tulisi seurata ja tarkkailla. Seurannassa ja tarkkailussa oli huomioituna peruselintoimintojen mittaukset, kivun arviointi, haava-alueen ja dreerien tarkkailu, vatsantoiminnan ja vatsan huomioiminen, nestetasapainoon ja diureesiin liittyvä tarkkailu sekä avanteeseen liittyvät seikat. Lisäksi ohjeessa oli maininta liikkumiseen ohjaamisesta ja kannustamisesta sekä ravitsemuksen aloituksesta. Toisella puolella tarkistuslistaa oli kirjattuna peruselintoimintojen tavoitearvot sekä erityiset huomiot, mitä tulisi tarkastaa tai tehdä.

Tarkistuslista, toimintaohje ja palautekysely saatekirjeineen lähetettiin samana päivänä ensimmäisen version valmistuttua osastonhoitajalle sähköpostitse. Toinen tekijöistä kävi osastonhoitajan kanssa tulostamassa tuotokset ja viemässä ne osaston kahvihuoneeseen. Osastonhoitaja lähetti myös saatekirjeen sähköpostitse jokaiselle osaston työntekijälle tiedoksi. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyöstä ja ohjeistettiin palautekyselyn vastaamiseen. Aika oli rajallinen ja hoitajille annettiin viikko aikaa vastata palautekyselyyn, jotta niiden läpikäyminen ja mahdollisten muutosten tekeminen tapahtuisi ajallaan. Mentori ja osastonhoitaja lähettivät kehotuksen palautekyselyyn vastaamisesta osaston WhatsApp ryhmän kautta viikon puolessavälissä.

Palautekyselyajan umpeutuessa haimme lomakkeet osastolta, jonka jälkeen kävimme ne yhdessä läpi ja pidimme kirjanpitoa jokaisen suljetun kysymyksen vastauksista. Palautteiden läpikäymisessä käytimme laadullisen ja määrällisen tutkimuksen menetelmiä soveltaen omaan työhömmme soveltuviksi. Laskimme suljettujen kysymysten vastaukset vastauksien perusteella sekä avoimien kysymysten vastaukset kirjoitimme yhdellä oleellisella sanalla tai yhdellä avainsanalla paperille ja teimme kirjanpitoa siitä, kuinka moni oli tuonut palautteessaan samoja asioita esille. Näin saimme parhaiten kokonaiskuvat tarvittavista muutoksista ja mitä asioita heidän mielestään tulisi poistaa. Määrällisen tutkimuksen menetelmää käytimme keskiarvojen laskemisessa numeerisesti. Hoitajien, avainhenkilön, mentorin ja tilaajan palautteiden analysoimisen

jälkeen aloimme tekemään muutoksia tarkistuslistaan ja toimintaohjeeseen liittyen.

Muutoksia tarkistuslistaan ja toimintaohjeeseen piti tehdä ulkonäköön, selkeyteen, jäsentelyyn ja osaan aihealueista. Päätimme palautteiden pohjalta, että News-pisteityksen aukaiseminen, ranteesta sykkeen palpoaminen, deliriumtestit ja GCS-mittarin käyttö jäisivät kokonaan pois. Myös väritykseen, jäsentelyyn ja fonttiin teimme muutoksia. Tarkistuslistaan ja toimintaohjeeseen tilaajan palautteen pohjalta toimimme enemmän esille voinnin, vuodon ja virtsauksen tarkkailua ja hoitoa sekä avannehoitajan konsultoimista ja hänen ohjeistuksiansa käyttöä. Loppuun lisäsimme maininnan tuotoksien syntyneen tämän opinnäytetyön pohjalta, jolloin lukija olisi tietoinen, mistä tarvittavia lähteitä voisi etsiä. Tuotoksia muokkaamalla pyrimme myös painottamaan ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyviä kohtia paremmaksi ja vasta-aiheita niiden toteutumiselle.

#### 6.4 Projektin tuotos

Projektin tuotokseksi tuli A6-kokoinen kaksipuoleinen tarkistuslista (liite 6) ja A4-kokoinen toimintaohje (liite 7). Tarkistuslistassa on tiivistetysti jokaisessa työvuorossa tehtävät ja tarkkailtavat asiat. Tarkistuslistan alkuun valitsimme raportin aikana potilaaseen perehtymisen, joka sisältää potilaaseen liittyvien asioiden läpikäymistä. Hoitajan tulee perehtyä potilaan perussairauksiin ja niiden vaikutukseen kokonaistilanteessa, potilaan tulosityhyn ja suunnitelmaan sekä potilaan peruslääkitykseen sekä lääketuotuksiin ja määräyksiin. Potilaan kokonaisuhoito alkaa aina potilaaseen perehtymisestä, jonka jälkeen potilasta voidaan seurata ja hoitaa.

Laitoimme erilaisten käskymuotoisten verbien (mittaa, arvioi, tarkista, haastattele, tarkkaile, toimi) alle toimintoja, jotka tulee tehdä jokaisen työvuoron aikana. Mittaa-verbien alla on News-pisteiden mittaaminen ja mittauksien mukaisen toimintojen aloittaminen osaston ohjeiden mukaisesti. Arvioi-verbien alla on kivun ja kipulääkkeen arvioiminen eri menetelmien avulla. Tarkista-verbien alle

laitoimme haavaan, avanteeseen, nenämahaletkuun ja kanyylin liittyvät asiat, jotka tulee tarkistaa ja mitä niissä tulee ottaa huomioon. Tarkista-verbin vie-reen painotimme vuodon, voinnin ja virtsauksen tarkistamista.

Potilaalta tulee myös haastattelun avulla selvittää kivun paikantuminen ja sen määrittäminen sekä suolentoimintaan liittyvät asiat. Potilaasta tulee tarkkailla nestetasapainoa ja diureesia sekä tajunnantaso, orientoitumista ja seka- vuutta. Toimi-verbiin liitimme muun muassa potilaan virtsaamisen onnistumi- sen ja mitä tehdä, jos tämä ei onnistu. Lisäksi laitoimme toiminnan kohdalle lääkärin määräysten mukaisesti toimimisen ja potilaan ohjaamisen sekä kan- nustamisen ylösnousemiseen, hengitysharjoitusten tekemiseen ja tukivyön käyttöön. Loppuun lisäsimme muuta huomioitavaa-kohdan, johon avasimme tietoa ravitsemuksen aloitukseen liittyvistä asioista, potilaan huomioimisesta kokonaisvaltaisesti, kirjaamisen ja raportoinnin tärkeyden sekä avannehoita- jan konsultoinnin ja hänen ohjeidensa mukaisen toiminnan. Myöhemmin li- säsimme vielä turvallisen lääkehoidon toteuttamisen.

Koska tarkistuslistan tuli olla lyhyt ja ytimekäs sekä sisältää vain tärkeimmät kohdat lyhyesti, tuli toimintaohjeeseen tarkistuslistasta löytyvien asioiden li- säksi paljon tietoa, jotka auttavat potilaan osastoseurassa ja voinnin tarkkai- lussa. Jokaisen otsikon alle avasimme tarkemmin erilaisia asioita, jotka liittyvät juuri siihen kyseiseen otsikkoon. Otsikoiden alle rakentui normaalien tilantei- den ja niissä esiintyvien poikkeuksien selittäminen, miten niihin tulisi puuttua tai mitä tulisi ottaa huomioon. Toimintaohjeessa käydään tarkemmin läpi myös sairaanhoitajan työvuorossa aikana tehtäviä asioita potilashoidon ja seurana- nan lisäksi, kuten turvallisen lääkehoidon toteutumista ja potilastietoihin kirjaa- mista. Toimintaohjeen ensimmäinen sivu koostuu täysin tarkistuslistasta, jonka jälkeen on avattu taulukon 2 mukaiset otsikot.

Taulukko 2. Toimintaohjeen otsikot

Hengitys
Verenpaine ja syke
Tajunnan taso
Verensokeri
Lihastoiminta ja motoriikka
Iho ja painehaavojen ehkäisy
Kanyyli ja keskuslaskimokatetri
Lämpötila
Kivun hoito
Suolentoiminta ja vatsanalueen huomioiminen
Leikkaushaava
Dreeni
Nestetasapaino ja diureesi
Varhainen mobilisointi
Varhainen ravitseminen
Muuta huomioitavaa
Kirjaaminen ja dokumentointi

Toimintaohje on käytettävissä osastolla ja saatavissa osaston koulutuskansiossa. Tarkistuslista tulee olemaan jokaiselle sairaanhoitajalle henkilökohtainen ja mukana kulkeva työkalu, jotta työstä tulee joustavaa ja jokainen asia tulisi tehdyksi.

## 7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektia arvioidaan koko sen tekemisen ajan ja se tuotetaan kirjallisena avovastauksin, jossa käydään läpi projektin toimintaa ja tavoitteiden saavuttamista, tasa-arvovaikutuksia ja vaikutuksia kestävään kehitykseen. Lisäksi arvioidaan toteutuksen ja yhteistyön onnistumista, tiedottamista, innovatiivisuutta, hyvien käytäntöjen toteutumista, ongelmia ja suosituksia sekä

toiminnan jatkuvuutta. Arviointia tehdessä pääkohtina toimivat sen systemaattisuus, läpinäkyvyys ja kriittisyys. Se on myös luonteeltaan soveltavaa ja käytännönläheistä tiedon keruuta sekä analysoimista. (Suopajärvi, 2013, s. 7–9.)

Arvioinnin aikana selvitetään projektin toimintaa ja aikaansaamia tuloksia, vaikutuksia ja vaikuttavuuksia. Arviointia pitää pystyä toteuttamaan tavoitteisiin nähden koko projektin aikana sekä sen päätyttyä tuotoksen, tulosten, vaikutuksen ja vaikuttavuuden suhteen. Toteutus tulee kuvata tarkasti ja tulosten julkistaessa tulee tuoda esille erilaiset tulkintamahdollisuudet. Itsearviointi on näyttöön perustuvaa, reflektiivistä, systemaattista ja monipuolista arviointia omasta toiminnasta sekä sen tuomista mahdollisuuksista, uhista, vahvuuksista ja heikkouksista. Itsearvioinnin tekeminen on myös oppimista ja kehittämisen ideoimista. (Suopajärvi, 2013, s.10–19.)

### 7.1 Kohderyhmän arviointi tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta

Ensimmäisestä tarkistuslistan ja toimintaohjeen versiosta pyysimme palautetta osastolta palautelomakkeella, (liite 8) johon liitimme saatekirjeen (liite 9). Osaston hoitohenkilökunnalla oli vain yksi viikko arvioida tarkistuslistaa ja toimintaohjetta, joka ehkä vaikutti saatujen palautteiden määrään. Palautekyselyyn vastasi 22 henkilöä 51:stä eli alle puolet hoitohenkilökunnasta. Palautekyselyn perusteella suunnitellut tarkistuslista ja toimintaohje olivat suurimmaksi osaksi hyvin tehtyjä ja sisälsivät tarvittavat asiat, vaikka niissä olikin joidenkin vastanneiden mielestä liikaa tekstiä. Tarkistuslistan ja toimintaohjeen väreistä ja fonteista oli useammassa palautteessa maininta ja toivomus, että ne muutettaisiin helppolukuisemmiksi. Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että pystyisivät toimimaan tarkistuslistan ja toimintaohjeen mukaisesti, kun ne otetaan käyttöön. Palautekyselyissä tuli myös paljon esille ravitsemuksen aloitukseen liittyviä kommentteja ja se, että ravitsemus aloitetaan aina lääkärin määräyksestä. Heille kuitenkin oli aiemmin kerrottu tarkistuslistan tarkoituksen olevan juuri, se että he aloittaisivat ravitsemuksen aiemmin eivätkä odottaisi jokaisen potilaan kohdalla lääkärin määräystä.

Tarkistuslistan numeeriseksi keskiarvoksi asteikolla 1–5 saimme 3,95 ja toimintaohjeen keskiarvoksi saimme samalla asteikolla 3,88. Eli keskiarvo kummallekin oli hyvin lähellä onnistunutta.

Taulukko 3. Palautekyselyn suljetut kysymykset

Vastaukset	Kyllä	Ei	Osittain	Vastaa-matta
Kysymys 1	14	0	8	0
Kysymys 2	0	19	2	1
Kysymys 4	10	4	6	2
Kysymys 6	14	0	7	1

Taulukko 4. Arvosana asteikolla 1–5

Arvosana	1	2	3	4	5
Kohta 8	0	0	7	13	2
Kohta 9	0	0	8	12,5	1,5

## 7.2 Tilaajan, mentorin ja avainhenkilön arviointi tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta

Palautetta pyysimme tilaajalta koko tekemisen ajan, jotta saimme tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta juuri heille sopivan. Laitoimme tarkistuslistan eri vaiheista myös kuvia osastolta saamalle mentorillemme, jonka neuvoilla ja vinkeillä pääsimme aina jatkamaan ongelmakohtissa.

### 7.2.1 Tilaajan arviointi

Saimme tilaajalta arvioinnin ensimmäisestä tarkistuslistan ja toimintaohjeen versiosta sähköpostitse joulukuun puolessa välissä. Arviointi lähetettiin sähköpostitse ja tilaaja oli hyödyntänyt arvioinnissa luomaamme palautekyselyä. Tilaajan mielestä tarkistuslistan ja toimintaohjeen sisältämät asiat olivat aiheellisia ja heidän antamaan aiheeseen liittyviä. Tilaaja toi myös esille toiveensa

saada näihin tuotoksiin selkeämmin ja enemmän esille vointiin, virtsaukseen ja vuotoon liittyviä osa-alueita.

Arvioinnissa tilaaja pohti tiivistämistä ja toi esille, ettei kaikkia siihen valitsemiamme asioita ole osastolla käytössä ja ne olisi hyvä poistaa. Poistettaviksi kohdiksi esitettiin News-pisteytyksen avaamista, ranteen rytmin palpoimista ja GCS-mittarin käyttöä. Tarkistuslistan ja toimintaohjeen ulkonäköön liittyen toivottiin vaaleampaa väritystä ja asioiden selkeyttämistä sekä parempaa jäsentelyä. Lisäksi toivottiin maininnan lisäämistä avannehoitajan konsultoimisesta ja hänen ohjeidensa noudattamisesta avannepotilailla. Avannepotilaiden hoitoon liittyen tuotiin esille, että erityisesti pitäisi korostaa jokaisen hoitajan antamaa ohjausta potilaalle avannehoitoon liittyen sekä miten avannetta tulisi tarkkailla tai mitä ohjauksen sisältöön kuuluu.

Tilaajan mielestä tarkistuslista ja toimintaohje on pientä viimeistelyä vaille oleva, kirurgisen hoitajan tyyliin sopiva kokonaisuus, johon on löydetty todella paljon tärkeitä asioita. Tilaaja pohti palautelomakkeen viimeisessä kohdassa vielä termistön oikeellisuutta siitä, onko tuotos tarkistuslista vai toimintaohje. Arvosanaksi asteikolla 1–5, tilaaja antoi tarkistuslistalle 4 ja toimintaohjeelle 3.

### 7.2.2 Mentorin arviointi

Mentoriltamme pyysimme sähköpostitse arvioinnin tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta. Saimme häneltä tarkistuslistasta ja toimintaohjeesta yksityiskohdallisen arvioinnin jokaisesta kohdasta, jossa hän toi oman mielipiteensä niistä ilmi. Hän toi hyvin ehdotuksia esille siitä mitä kaikkea voisi jättää pois, mitä voisi lisätä, mitä voisi tarkentaa tai siirtää eri kohtaan. Hänen mielestään tarkistuslistan kohdista useampi oli ok, mutta oli kuitenkin lisännyt vielä, miten niitä voisi muuttaa jollakin muulla sanamuodolla tai vaihtamalla niiden paikkaa tarkistuslistassa. Hän oli myös pohtinut, onko jotkin asiat toistoa, jo aiemmasta kohdasta ja joihinkin kohtiin hän oli kirjoittanut, että toisto taas on hyvä, koska asia on tärkeä. Arvioinnin lopussa hän on tuonut esiin, että on paljon asioita, jotka toimivat osastolla tietyllä tavalla ja tarkistuslista sekä toimintaohje

tehdään osaston toiveiden ja toimintojen mukaisesti, vaikka niissä teoriaan verrattuna onkin ristiriitoja. Sähköpostitse annetun arvioinnin lisäksi saimme mentorilta myös Whatsappilla ääniviestejä, joissa hän pohti miten tekstistä saisi selkeän ja lyhyen, mutta se sisältää kaikki asiat. Hän myös toi ilmi ääniviesteissä mahdollisen osastolla toteutuvan vastarinnan, kun tarkistuslista ja toimintaohje otetaan käyttöön.

### 7.2.3 Avainhenkilön arviointi

Avainhenkilönä toimivan Haikosen palautetta pyydettiin sähköpostitse kirjallisena. Hän kommentoi tarkistuslistan olevan liian suuri ja vaikea. Hän pohti, pitäisikö tekijöiden miettiä vain tarpeellisten asioiden maininta käytännön työhön ja lähetti samalla oman esimerkkinsä tarkistuslistasta poistettavista kohdista. Toimintaohjetta hän arvioi täydelliseksi tenttivastaukseksi gastrokirurgisen potilaan hoitoon liittyen, eikä muuttaisi siitä mitään. Toimintaohje sisälsi tarvittavat asiat, joiden mukaan hänen mielestään tulisi hoitajien osata riittäväällä tavalla toimia.

Haikoselta saadun arvioinnin jälkeen kysyimme vielä sähköpostitse häneltä muutamia tarkennuksia, jotka nousivat esille hoitajilta saatujen palautteiden pohjalta. Tarkennuksen halusimme vielä varhaisen ravitsemuksen aloittamisesta ilman lääkärin määräystä, tajunnan tason tarkkailuun osastolla ja sykkeen palpoimisen tarpeellisuudesta. Saimme näihin nopeasti vastauksen ja ranteen palpoimiseen liittyvät asiat valikoituivat työstämme pois.

### 7.3 Oma arviointi projektin toteutumisesta

Opinnäytetyöprosessimme on toteutunut muutamaa aikataulullista seikkaa lukuun ottamatta suunnitellusti. Opinnäytetyösuunnitelmaa tehtäessä arvioimme alkuarvioinnin pohjalta käytettävissä olevat resurssimme, riskienhallinnan ja työnjakamisen tasapuolisesti. Alkuarvioinnin aikana saimme hyvin ennakoitua opinnäytetyöhömmä liittyvät riskit ja osasimme varautua niihin koko prosessin ajan. Kävimme tilaajan kanssa yhdessä läpi useaan otteeseen, mitä he

tarkistuslistalta odottavat ja millaisen he siitä haluavat. Otimme huomioon niin osaston hoitajien, mentorin kuin tilaajankin toiveet ja suunnittelimme projektia eteenpäin saatujen mielipiteiden ja asetettujen tavoitteiden yhteensovittamiseksi.

Väliarvioita teimme opinnäytetyön kirjallisuushakuprosessin ja kirjoittamisen sekä tarkistuslistan tekemisen yhteydessä. Muokkasimme useaan otteeseen kirjoitettua aineistoa ja sovelsimme sitä osastolle sopivammaksi. Pyrimme löytämään tarkistuslistaan liitettävät asiat lyhyesti ja ytimekkäästi, kuitenkin mitään tärkeää asiaa poistamatta. Teoriatiedon tiivistäminen tarkoituksen mukaiseksi tarkistuslistaksi osoittautui hankalaksi monivaiheiseksi prosessiksi. Kävimme ohjaavan opettajan kanssa ohjauskeskusteluita sekä mentorilta ja tilaajalta pyysimme palautetta keskeneräisestä tarkistuslistasta, jotka auttoivat meitä jäsentämään asiakokonaisuudet paremmin ja lisäsimme näiden keskusteluiden pohjalta toimintaohjeen tekemisen työhömmе tarkistuslistan tueksi. Poistimme tässä vaiheessa turhia kappaleita, jotka eivät tarkistuslistaan tai toimintaohjeeseen päätyneetkään. Tämä prosessin vaihe vei suurimman osan ajasta. Opinnäytetyötä kirjoittaessa omalle tekstille helposti sokeutuu, joten oikolukemista tehtiin koko projektin ajan.

Alkuperäinen aikataulu ei edennyt suunnitellusti, koska tarkistuslistan ja toimintaohjeen ensimmäisen version valmiiksi saattamisessa kuluikin reilusti enemmän aikaa, kuin osasimme odottaa. Projektin aikataulu oli tiivis, koska tarkoituksenamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi joulukuussa 2024, koska toisen tekijöistä oli tarkoitus valmistua vielä vuoden 2024 aikana. Kaikkien muiden opintojen ja harjoittelujen tehtävät vaikuttivat projektin etenemiseen ja työn tekijöiden jaksamiseen. Vaikka olimme suunnitelleet opinnäytetyön kirjoittamisen ja muun työn jaon jo suunnitteluvaiheessa, huomasimme projektin edetessä kirjoittavamme asioita kumpikin sinne, mistä tietoa vielä puuttui. Tämä ei kuitenkaan tuottanut ongelmaa, koska yhteistyö ja kommunikointi välillämme toimi.

Tarkistuslistan ja toimintaohjeen valmistuttua olimme itse tyytyväisiä tuotoksiimme. Osaston hoitajien, avainhenkilön ja tilaajan palautteiden sekä

arviointien pohjalta lähdimme kuitenkin muuttamaan tarkistuslistaa vieläkin tiiviimmäksi ja poistamaan asioita, joita ei osastolla ole käytössä. Palautteet auttoivat meitä jäsentämään tietoa paremmin sekä saimme uusia näkökulmia työmme tuotoksiin liittyen. Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme loppuvaiheessa, miten omalle työlle ja kirjoitukselleen sokeutuu, mikä vaikuttaa myös työn laatuun heikentävästi. Siksi oli erityisen tärkeää saada yhteistyöjäseniltä palautetta koko työn ajan, jonka avulla osasimme tehdä parempia muutoksia ja parannuksia työhömmе.

Vaikka aikataulullisesti emme edenneet suunnitelmien mukaisesti täysin ja tarkoitus työkaluksi tehtävästä tarkistuslistasta laajentui lisäksi myös toimintaohjeen tekemiseksi, olemme itse tyytyväisiä lopputulokseen. Saimme tiiviillä ja hyvällä yhteistyöllä opinnäytetyötä koko ajan eteenpäin toinen toistamme tukien. Mentorista oli meille myös suuri apu työtä tehdessä, koska hän toi työhön paljon uudenlaista ja kokenutta asiantuntijuutta sekä näkökulmia. Tarkoituksena oli tuottaa työkalu sairaanhoitajien työn tueksi ja tämän opinnäytetyön pohjalta saimme luotua tavoitteiden mukaisen tarkistuslistan ja toimintaohjeen operatiivisen hoito-osasto 2:n sairaanhoitajille.

Osa tavoitteiden toteutumisesta ei voida täysin arvioida tässä kohtaa, koska tarkistuslistaa ja toimintaohjetta ei osastolla olla päästy käyttämään konkreettisesti. Pidämme opinnäytetyön valmistuttua osastolla opinnäyteraportista esityksen ja sen avulla kehitämme sairaanhoitajien tietoa aihepiiriin liittyen. Kustannustehokkuuden arviointi jää ajallisesti myöhemmäksi.

Opinnäytetyön osatavoitteet tekijöiden ammatillisuuden ja työelämätaitojen kehittymisestä saavutettiin. Tekijöiden ammatillinen kasvu ja osaaminen kehittivät runsaasti monin eri tavoin sekä opinnäytetyön tuoma teoreettinen pohja toi uusia näkökulmia oman ammatillisen minän rakentumisessa. Yhteistyö eri asiantuntijoiden ja osaston sairaanhoitajien kanssa kehittivät työelämätaitoja sekä moniammatillisessa tiimissä toimimista.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisessa on ensisijaisesti opinnäytetyön tekijällä, mutta myös ohjaajalla ja korkeakoulun johdolla. Työn eettisyydestä ovat vastuussa työn tekijät. Opinnäytetyötä tehdessä tulee olla rehellinen, huolellinen, avoin ja kunnioitettava muiden tutkijoiden töitä. Tekijöiden tulee hallita hyvä tieteellinen käytäntö opinnäytetyöprosessissaan, tieteellisen käytännön vastuut ja eettisen ennakoarvioinnin lähtökohdat, tarpeellisuus ja sen menettelytavat. Hyvän tutkimustavan mukaista on pyytää tutkimuslupa tilaajalta tai tilaajan organisaatiolta. Tutkimuslupien hakemisen ohjeistukset riippuvat organisaatiokohtaisesti. Tutkimusluvan myöntäminen ei tarkoita, että tutkittavia saa tutkia ilman heidän lupaansa, vaan jokaiselta tarvitaan myös erillinen suostumus. (Arene, 2019, s.17–18, 19.)

Olemme tutustuneet tutkimuseettisiin ohjeisiin, normeihin, säädöksiin ja julkaisuihin, liittyen oman opinnäytetyön eettisiin lähtökohtiin haetun teorian pohjalta sekä osallistuneet opetussuunnitelmaan kuuluviin opinnäytetyöprosessia tukeviin opintoihin. Kehittämiprojektimme ei tarvinnut eettisen ennakoarvioinnin tekoa, koska emme tutkineet henkilöitä tai heihin liittyvää materiaalia

Koska opinnäytetyömme aihe tuli toisen opinnäytetyön tekijän työpaikalta, oli meillä aito kiinnostus tehdä tätä projektia ja halusimme paneutua saatavilla olevaan tietoon, jotta työstämme tulisi mahdollisimman luotettava ja tarkistuslistasta mahdollisimman käyttökelpoinen. Toinen tekijöistä oli osittain esteellinen tästä syystä tekemään opinnäytetyötä omalle työpaikalleen, mutta tarkoituksenamme ei ollut kuitenkaan tutkia ihmisiä vaan luoda teoreettisen tiedon pohjalta työkalu osastolle ja tästä syystä toimintamme oli täysin puolueetonta työtä tehtäessä. Sovelsimme myös hallintolain esteellisyyssäännöksiä työsämme.

Opinnäytetöitä on erilaisia ja eri tarpeista lähtöisin olevia. Kuitenkin AMK-opinnäytetyön tulisi olla oman koulutusalan osa-alueelta, mutta se voi olla myös moninainen eli koulutusalojen ylittävä. Tekijöillä tulee olla riittävä osaaminen opinnäytetyön aloittamiseen ja sen tekeminen on oppimisprosessi, joka edistää tekijöiden asiantuntijuutta, ammatillista kehittymistä ja työelämätaitoja. Itse aihe tulisi olla mielekäs, kiinnostava ja hyvin rajattu. (Arene, 2019, s.16.) Opinnäytetyön uskottavuutta, luotettavuutta ja todennettavuutta lisää opinnäytetyön aineiston elinkaaren suunnitelmallisuus, joka osoittaa sen, että opinnäytetyön tekijä hallitsee sen mitä tekee. Tähän suunnitelmalliseen aineistonkeruuseen kuuluu aineiston kokoamisen suunnittelemisen lisäksi aineiston koaminen, sen käsittely ja säilyttäminen. (Vilkka, 2021a, s. 81.)

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen kehittämisprojekti oman koulutusalamme osa-alueelta. Olimme perehtyneet opinnäytetyön aiheeseen jo ennen opinnäytetyösuunnitelman tekoa, sen aikana ja tämän jälkeen. Työmme rajattiin gastrokirurgisten leikkauspotilaiden hoitoon yleisesti ja haettu tieto on näyttöön perustuvaa, ajankohtaista ja tutkittua. Teoreettisen tiedon hankkimisessa käytimme mahdollisimman uutta tietoa, jotta työn luotettavuus säilyy. Kuitenkaan emme kopioineet jo kirjoitettua teoriaa, vaan kirjoitimme sen omin sanoin, jolloin teorianne pysyy rehellisenä. Tiedämme, että opinnäytetyömme tarkistetaan plagiaatintunnistusjärjestelmässä. Ymmärrämme myös, että valmis opinnäytetyömme on julkinen asiakirja, joka julkaistaan Theseuksessa.

Tekijänoikeudet ovat tekijöillä. Opinnäytetyön käyttöoikeuksista tulisi sopia yhteistyötahon kanssa yhteistyösopimuksessa. Yhteistyötahon käyttäessä tai julkaistaessa opinnäytetyöhön liittyviä tuloksia, tulee tekijöiden ja ohjaajien nimet mainita tekijänoikeuslain mukaisesti. (Arene, 2019, s. 21–22.) Opinnäytetyömme on tarkoitettu ainoastaan Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n käyttöön ja heillä on lupa muokata sitä uuden näyttöön perustuvan tiedon muuttuessa sekä omien tarpeidensa mukaisesti ja omaan käyttöönsä paremmin sopivammaksi.

Tutkimuksen eettisiä vaatimuksia voidaan pohtia kahdeksasta eri näkökulmasta. Näitä ovat älyllinen kiinnostuksen vaatimus (tutkija on aidosti

kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta), tunnollisuuden vaatimus (tutkijan tulee paneutua tutkimukseen, jotta hänen hankkima ja välittämä tieto olisi mahdollisimman luotettavaa), rehellisyyden vaatimus (tutkija ei saa syyllistyä vilppiin), vaaran eliminoiminen (vahinkoa aiheuttavia tutkimuksia ei tehdä), ihmisarvon kunnioittaminen (kenenkään ihmisarvoa tai moraalista arvoa ei loukata tutkimuksen tekemisellä), sosiaalisen vastuun vaatimus (tutkijan pitää huomioida, että tieteellistä tietoa käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti) ammatinharjoituksen edistäminen (tutkija toimii niin, että toiminta edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia) sekä kollegiaalinen arvostus (tutkijat suhtautuvat toisiinsa arvostavasti). (Kankkunen ym., 2017, s. 211–212.)

Kunnioitimme ihmisarvoa haastatteluja ja palautekyselyä tehdessä, eikä kenenkään tarvinnut osallistua haastatteluun tai palautekyselyn tekemiseen, jos eivät halunneet. Pyysimme haastateltavalta suostumuksen kirjallisena haastatteluun osallistumisesta ja kävimme suullisesti myös läpi hänen kanssaan, mitä haastattelu koskee ja miten hän olisi opinnäytetyöhön osallisena.

Kollegiaalinen arvostus eli meidän arvostuksemme toisiamme kohtaan on tullut jo aiemmin hyvin esille muita tehtäviä tehdessä. Meillä kummallakin on omat vahvuutemme ja heikkoutemme kirjallisen työn tekemisessä, mutta arvostamme toinen toistamme ja yhteistyömme sujuu hyvin.

Opinnäytetyön tekeminen on suunnitelmallista ja mahdolliset resurssit sekä rahoittajat tulee ilmoittaa. Opinnäytetyön prosessia ohjaavat lait ja normit. Opinnäytetyösuunnitelmassa ja aiheen rajauksessa tulee olla arvioituna tarvittavat resurssit ja aikataulu sekä varmistaa niiden saatavuus. Tekijöille tulee nimetä mentori, joka tukee ja antaa työelämänäkökulmaa työssä. Mentorin nimeää yhteistyökumppani tai tilaaja. (Arene, 2019, s.17.)

Mietimme ennalta ohjaavan opettajan ja itse tilaajan kanssa käytettävissä olevia resursseja ja riskejä. Olimme säännöllisesti yhteydessä ohjaavaan opettajaan ja pidämme hänen kanssaan palaverieita. Rahoittajia ei opinnäytetyöllä ole, vaan se tuotetaan omakustanteisesti. Operatiivisen hoito-osasto 2:sen osastonhoitaja auttoi resurssien järjestelyssä, esimerkiksi toiselle tekijälle

oli suunniteltu työaikaa opinnäytetyön tekemisen mahdollistamiseksi sekä osastonhoitaja nimesi osastolta vapaaehtoisen mentorin työlle.

## 8.2 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset

Tutkimukset ja selvitykset ovat aina osa tutkimusten jatkumoa. Yhdellä tutkimuksella ei pystytä välttämättä vastaamaan tutkimusongelmaan kuin kapeasti. Tästä syystä tutkimuksen tulisi aina herätellä aiheesta laajempaa keskustelua ja jatkotutkimusideoita. Nämä ideat tulisi esitellä tutkimuksen julkaisun yhteydessä. (Vilkka, 2021b, s.69.)

Pohdinta-osiossa tehdään opinnäytetyöhön liittyen johtopäätöksiä ja esitetään jatkotutkimusaiheita aiheen tiimoilta. Johtopäätökset- ja jatkotutkimusehdotukset sisältävät vertailua myös muihin tuloksiin nähden. Tarkoituksena on käsitellä uutta tutkittua ja saatua tietoa, joka on tarkoitus tuoda esille keskusteluihin ja uusien kehittämissuositusten lähtökohdiksi. (Kostamo ym., 2022, kohta 4.2. Raportin kokonaisrakenne.)

Gastrokirurgia on hyvin monipuolinen ja laaja-alainen erikoisala. Gastrokirurgisia potilaita on paljon ja heidän hoitamisensa korkean riskin kirurgialla aiheuttaa myös paljon erilaisia komplikaatioita. Komplikaatioiden syntyyn voidaan vaikuttaa ehkäisevästi potilasturvallisella ja laadukkaalla postoperatiivisella hoitotyöllä ja eri menetelmien yhteiskäytöllä. Siksi onkin hyvin tärkeää käyttää uusinta ja ajankohtaisinta näyttöön perustuvaa tietoa käytännössä. Komplikaatioita voidaan ennaltaehkäistä monin eri tavoin, josta varhainen ravitsemuksen aloitus ja mobilisoituminen ovat tärkeä osa gastrokirurgisen potilaan postoperatiivista seuranta- ja hoitoa.

Tarkistuslistan käyttö soveltuu monenlaiseen työskentelyyn, ei vain terveydenhuoltoon, koska se auttaa muistamaan asioita eri tavalla kuin toimiminen vain pelkän työmuistin avulla. Koska laadimme opinnäytetyömme tuotoksena tulleet tarkistuslistan ja toimintaohjeen vain Satasairaalan operatiivisen hoito-

osasto 2:n käyttöön, voisi samantyyppiselle tarkistuslistalle olla käyttöä muuallakin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää sairaanhoitajien työkaluksi tarkistuslista, jonka mukaisesti jokainen osa-alue tulisi tehtyä ja huomioitua potilaan hoidossa. Aiempaa tarkistuslistaa ei ole ollut osastolla kyseisten potilaiden hoitoon liittyen, vaikka kyseiset potilaat ovatkin isossa osassa osaston potilasmaateriaalia. Aiempaa tarkkaa tutkimusta ja tietoa ei myöskään kirjallisuushakujen mukaan aiheeseen liittyen ole tehty.

Leikkauksen jälkeen komplikaatioita voi ilmetä useista eri syistä, joihin suurimpaan osaan voidaan vaikuttaa laadukkaalla ja turvallisesti toteutetulla hoitotyöllä. Tämä vaatii kuitenkin ammattilaisten vahvaa osaamista ja jatkuvan uuden tiedon käyttöön ottamista. Tarkistuslista ja toimintaohje on toteutettu vahvaan ja luotettavaan näyttöön perustuen, joka toimii työvälineenä jokapäiväisen työskentelyn tukena ja uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdyttämisen apuna. Jatkotutkimus- ja kehittämideoina esitämme tilaajan näkökulmasta ajatellen, että tämän opinnäytetyön pohjalta tuotettua tarkistuslistaa ja toimintaohjetta voisi tarkkailla sen toimivuuden kannalta muun muassa seuraamalla potilaiden sairaalassaoloaikoja ja kuntoutumisen edistymistä.

Tarkistuslistaa ja toimintaohjetta voisi myös uudelleen arvioida sen toimivuuden ja käytännöllisyyden osilta. Arvioinnissa tulisi ottaa huomioon osaston hoitohenkilökunnan mielipiteet sen käytöstä, kun tarkistuslistaa ja toimintaohjetta on jonkin aikaa käytetty ja pohtia sitä, onko se muuttanut heidän toimintatapaan.

Uusien toimintamenetelmien käyttöönottoa parantaisi, jos osastolla käytäisiin enemmän keskustelua niiden hyödyllisyydestä. Osaston ylilääkäri tai jokin muu taho voisi pitää osaston henkilökunnalle koulutustilaisuuden tai osastotunnin varhaiseen ravitsemukseen liittyen. Tarkoituksena olisi tuoda julki paremmin tutkittua näyttöä ravitsemukseen liittyvistä asioista, jolloin hoitajat osastolla voisivat rohkaistua toteuttamaan varhaista ravitsemusta oma-aloitteisesti.

## LÄHTEET

Alakare, J., Stenman, T. & Turunen, H. (2023). Peruselintoimintojen systemaattinen arviointi ABCDE-periaatteella. Duodecim oppiportti. Haettu 24.11.2024 osoitteesta <https://www.oppiportti.fi/dvk00217>

Arene. (2019). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Haettu 9.11.2024 osoitteesta <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Blomgren, K & Pauniahho S-L. (2014). Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.), Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Haettu 21.10.2024 osoitteesta <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/ptp00304#q=tarkistuslista>

Cavallaro, P. & Bordeianou, L. (2019). Implementation of an ERAS pathway in colorectal surgery. Clinics in colon and rectal surgery, 32(2), 102–108. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6395097/pdf/10-1055-s-0038-1676474.pdf>

Duodecim. (n.d.). Gastroenterologia. Lääketieteen termit. Haettu 15.10.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/sanakirjat/0/gastroenterologia>

Galligan, M. (2020). Care and management of patients receiving epidural analgesia. Nursing Standard. 35 (12), 77–82. <https://research.ebsco.com/c/egituz/viewer/pdf/7265yaj3j?route=details>

Haikonen, J. (21.11.2024). Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n ylläpidon, Jyrki Haikosen, haastattelu.

Heikkinen, H. (2016). Verisuonikanyylin hoito ja toteutuuko se? Suomen infektioidentorjuntayhdistys ry. Haettu 11.12.2024 osoitteesta [https://infektioidentorjunta.fi/wp-content/uploads/2020/03/Heikkinen-Heli\\_Verisuonikanyylin-hoito-ja-toteutuuko-se.pdf](https://infektioidentorjunta.fi/wp-content/uploads/2020/03/Heikkinen-Heli_Verisuonikanyylin-hoito-ja-toteutuuko-se.pdf)

Hentula, T., Peltoniemi, M., Rantanen, M. & Tunturi, P. (2024). Leikkauspotilaan nestetasapainon arviointi. Anestesiakäsikirja. Haettu 30.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00099/search/potilaan%20nestetasapainon%20arviointi>

Hoikka, A. & Salomäki, T. (2024). Leikkauksen jälkeisen hoidon yleisperiaatteet. Anestesiakäsikirja. Haettu 20.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00243>

Isosomppi, A. (2024). Kirurgisen suljetun haavan hoito. Akuuttihoitotyön opas. Haettu 6.12.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/akt00155/search/leikkaushaava>

Jokinen, S & Virtanen, M. (2024a). Leikkauksen aikaiset erityispiirteet maha-suolikanavan kirurgiassa. Teoksessa U. Ahlmén-Laiho, J. Katomaa, M. Kalliomäki, H. Laine, K. Olkkola, S. Soljanlahti, T. Tiala & M. Väyrynen (toim.), Anestesiakäsikirja. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/aop00260>

Jokinen, S. & Virtanen, M. (2024). Leikkauksen jälkeinen hoito maha-suolikanavan toimenpiteissä. Anestesiakäsikirja. Haettu 20.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00261>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Tutkimus hoitotieteessä (3.–5. uudistettu painos). WSOYpro Oy.

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. (2018). Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Lääkärinlehti, 73(12–13), 786–788. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8>

Karsikas, E., Tuomikoski, A., Jarva, E., Oikarinen, A., Mikkonen, K., Kääriäinen, M., Koivunen, K., Jounila-Ilola, P. & Meriläinen, M. (2021). Sairaanhoidajan osaamisen kehittymistä tulisi tukea läpi työuran. Oamk Journal. Haettu 11.12.2024 osoitteesta <https://oamkjournal.oamk.fi/2021/sairanhoidajan-osaamisen-kehittymista-tulisi-tukea-lapi-tyouran/>

Kinnunen, A. (2023). Happisaturaation mittaus ja tulkinta. Hoitotyön toiminnot. Haettu 29.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/hnt00022/search/kinnunen>

Koskensalo, V., Karjalainen, E., Mäkelä, I. & Koskenvuori, L. (2023). Suoliavanteen ongelmat. Aikakauskirja Duodecim, 139(20), 1644–1650. <https://www.duodecimlehti.fi/duo17889>

Koskinen, J. (2021). Nenä-mahaletkun laittaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Haettu 30.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00852/search/nen%C3%A4mahaletku>

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilka, H. (2022). Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Art House Oy. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789518849110>

Kulmala, S., Karapuu, A. & Elfving, H. (2024). Suoliavanteen tarkkailu ja komplikaatiot leikkauksen jälkeen. Akuuttihoitotyön opas. Haettu 6.12.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/akt00114/search/avanne>

Kuusisto, P. (2017). Anestesiologiset erikoistekniikat akuutin kivun hoidossa. Sairaanhoitajan käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk04661/search/kuusisto%20>

Laine, M., Mentula, P., Koskenvuo, L., Nordin, A. & Sallinen, V. (2017). Milloin vatsaonteloon jätetään dreeni leikkauksessa? Aikakauskirja Duodecim, 133(11), 1063–1068. Haettu 17.12.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo13744>

Leppäniemi, A. (2018). Intra-abdominaaliset absessit. Teoksessa M. Färkkilä, H. Isoniemi, M. Heikkinen & P. Puolakkainen (toim.), Gastroenterologia ja hepatologia, Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/gjh01502?q=dreenaus>

Lihastautiliitto ry. (n.d.). Hengitysfysioterapia. Haettu 17.11.2024 osoitteesta <https://lihastautiliitto.fi/tietoa-ja-tukea/fysioterapia-3/hengitysfysioterapia-2/>

Lehtinen, T. (2024). Infektoituneen leikkaushaavan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01726/search/leikkaushaava>

Louhimo, J. & Salminen, P. (2024). Gastrokirurgisen potilaan tutkiminen. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), Kirurgia. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00506?toc=1132725>

Mallat, N. & Mosorin, M. (2024). Kuntoutumista edistävä työote (ERAS) perioperatiivisessa hoidossa. Sairaanhoitajan käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00509/search/ERAS#T1>

Malmi, H. & Rasilainen, S. (2024). Leikkauksen jälkeinen suolilama. Aikakauskirja Duodecim, 140(13), 1177–1182. Haettu 15.10.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo18332>

Mäntyneva, M. (2016). Hallittu projekti: jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Kauppakamari.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2015). Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. (3.–4. painos). Sanoma Pro Oy

Opintokeskus. (2022). Pelisääntöjen/toimintaohjeiden laadinta. Haettu 17.12.2024 osoitteesta [https://tjs-opintokeskus.fi/wp-content/uploads/2022/12/pelisaantojen\\_laatiminen.pdf](https://tjs-opintokeskus.fi/wp-content/uploads/2022/12/pelisaantojen_laatiminen.pdf)

Operatiivinen hoito-osasto 2. (2024). Ascitesdreenin hoito. Satakunnan hyvinvointialue. Hoito-ohjeet. Haettu 17.12.2024 osoitteesta <https://hoito-ohjeet.fi/fi/Ohjepankki/SATSHP/Ascitesdreenin%20hoito>

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. (2013). Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. (2. painos). Tietosalama Oy.

Peltomaa, M., Siippainen, H., Makkonen, P., Lönn, M. & Ritmala, M. (2024). Potilaan voinnin arviointi ja seuranta. Akuuttihoitotyön opas. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/akt00003?toc=797599>

Pere, P. (2017). Standardoidut toimintatavat ja yhteistyö edistävät gastrokirurgisen potilaan toipumista. *Finnanest*, 50(1), 8–12. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/5d574296-0824-4fc5-a7af-8f104e76e630/content>

Rautio, T. & Mäkräinen, E. (2024a). Suoliavanteet. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), *Kirurgia*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00506?toc=1132629>

Rautio, T. & Mäkräinen, E. (2024b). Suoliavanteen komplikaatiot. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), *Kirurgia*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00508>

Rautio, T. & Mäkräinen, E. (2024c). Suoliavanteen teko. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), *Kirurgia*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00507>

Saarinen, M. (2024). Nestetasapainon laskeminen (balanssilaskenta, NTP). Hoitotyön toiminnot. Haettu 30.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/hnt00071/search/potilaan%20nestetasapainon%20arviointi>

Saarnio, J., Pohju, A. & Ahtola, H. (2014). Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Aikakauskirja Duodecim*, 130(21), 2239–2244. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11943>

Sainio, T. & Seppänen, M. (2023). Haavadreenin hoito ja poisto. Hoitotyön toiminnot. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/hnt00057/search/dreeni>

Sallinen, V. & Salminen, P. (2019). Gastroenterologinen kirurgia- kandin tietolaatikko. *Aikakauskirja Duodecim*, 135(16), 1546. Haettu 15.10.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15069.pdf>

Sallinen, V. & Salminen, P. (2024). Gastrokirurgia erikoisalana. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), *Kirurgia*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00488>

Sallinen, V. & Tolonen, M. (2024). Peritoniitin diagnostiikka ja hoitolinjat. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), *Kirurgia*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00524>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. (2017). Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Juvenes Print.

Sarkinen, M. (2021). Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla. Verkko-lehti työpiste. <https://www.ttl.fi/tyopiste/millainen-on-hyva-ohje-kahdeksan-vinkkia-ohjeiden-tekemiseen-tyopaikalla>

Satakunnan hyvinvointialue. (2024). Kirurgian osasto 3, Satasairaala. Haettu 15.10.2024 osoitteesta <https://satakunnanhyvinvointialue.fi/palvelut/sairaala/kirurgia/kirurgian-osasto-3/>

Savikko, J., Kössi, J. & Scheinin, T. (2016). Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Aikakausikirja Duodecim 132(19), 1805–1809. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13324>

Scott, M., Aggarwal, G., Aitken, R., Anderson, I., Balfour, A., Foss, N., Cooper, N., Dhesi, J., French, W., Grant, M., Hammarqvist, F., Hare, S., Havens, J., Holena, D., Hübner, M., Johnston, C., Kim, J., Lees, N., Ljungqvist, O., Lobo, D., Mohseni, S., Ordoñez, C., Quiney, N., Sharoky, C., Urman, R., Wick, E., Wu, C., Young-Fadok, T. & Peden, C. (2023). Consensus Guidelines for Perioperative Care for Emergency Laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations Part 2—Emergency Laparotomy: Intra- and Postoperative Care. World journal of surgery, 47(8), 1850–1880. <https://doi.org/10.1007/s00268-023-07020-6>

Seppälä, A. (2023). Jäännösvirtsan eli residuaalin mittaaminen ultraäänellä. Hoitotyön toiminnot. Haettu 30.11.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/hnt00024/search/residuaali>

Siirala, E., Helenius, M., Kauppi, O., Liukas, T., Smeds, E., Tuominen, J. & Ukonsaari, P. (2024). Käsikirja potilaan heräämövaiheen hoidosta ja turvallisesta siirrosta jatkohoitoon. Hotus-käsikirja 1, 15–17. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2024/11/heraamokasikirja-11-2024.pdf>

Silfvast, T. (2023). Hyperventilaatio. Ensi-hoito opas. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/eho00005/search/silfvast>

Simpson, J., Bao, X. & Agarwala, A. (2019). Pain management in enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols. Clinics in colon and rectal surgery, 32(2), 121–128. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6395101/pdf/10-1055-s-0038-1676477.pdf>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). (2016). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (2. painos). Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73, Turun yliopisto.

Suopajarvi, L. 2013. Opas projektiarviointiin. Haettu 20.10.2024 osoitteesta <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Särkijärvi, S., Erämies, T., Koivula, A. & Kuurne, S. (2022a). Leikkaushaavan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01725/search/leikkaushaava#duo-references>

Särkijärvi, S., Erämies, T., Kuurne, S. & Koivula, A. (2022b). Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoitajan käsikirja. Haettu 15.10.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01720?toc=4089>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (n.d.) Keskuslaskimokatetrin käsittely ja hoito. Haettu 17.12.2024 osoitteesta <https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/infektioiden-ehkaisy-ja-torjuntaohjeita/infektioiden-ehkaisy-eri-hoitotoimenpiteissa/keskuslaskimokatetrin-kasittely-ja-hoito>

Terveyskylä. (2024). Liikkuminen vatsan alueen leikkauksen jälkeen sairaalassa. Kuntoutumistalo. Haettu 20.11.2024 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/leikkaukset-ja-kuntoutuminen/liikkuminen-vatsan-alueen-leikkauksesta-kuntoutumisen-tukena/liikkuminen-vatsan-alueen-leikkauksen-jalkeen-sairaalassa>

Tirkkonen, J., Salminen, P., Tolonen, M. & Reinikainen, M. (2024). Kriittisesti sairaan tai vaikeasti vammautuneen kirurgisen potilaan tunnistaminen ja hoito. Teoksessa P. Salminen, V. Koljonen, M. Pakarinen & V. Sallinen (toim.), Kirurgia. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/opk04494>

Turun yliopistollinen keskussairaala. (n.d.). Kotiutuminen haavadreenin kanssa. Hoito-ohjeet. Haettu 17.12.2024 osoitteesta <https://hoito-ohjeet.fi/fi/Ohjepankki/VSSHP/Kotiutuminen%20haavadreenin%20kanssa.pdf>

Valvira. (n.d.). Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haettu 24.11.2024 osoitteesta <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/itsemaaraamisoikeuden-rajoittaminen#:~:text=Kun%20asiakkaan%20tai%20potilaan%20itsemaaraamisoikeutta%20joudutaan%20rajoittamaan%20puututaan,voi%20my%20B6sk%20A4%20A4n%20yksin%20johtua%20potilaan%20tai%20asiakkaan%20sairaudesta>.

Varpula, M. (2022). Verenkiertovajauksen tunnistaminen. Teoksessa T. Ala-Kokko, S. Alahuhta, H. Hyppölä, J. Kaartinen & T. Savolainen (toim.), Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/phh00248>

Varpula, T. (2022). Hengitysvajauksen hoito. Teoksessa T. Ala-Kokko, S. Alahuhta, H. Hyppölä, J. Kaartinen & T. Savolainen (toim.), Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/phh00132>

Vestu, J. (26.11.2024). Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n kipuhoitaja, Janina Vestun, sähköpostihaastattelu.

Vilka, H. (2021a). Näin onnistut opinnäytetyössä. Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. (2021b). Tutki ja kehitä. PS- kustannus.

Vuorinen, T. & Huikkola, T. (2023). Strategiakirja. Alma Talent Oy. Haettu 11.12.2024 osoitteesta <https://bisneskirjasto-almatalent-fi.lil-lukka.samk.fi/teos/GAJBIXETEB#/kohta:Strategiakirja/piste:t23h>

Wilkman, E. & Liukas, T. (2024). Kajoamaton verenpaineen seuranta. Anestesiakäsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00479/search/hypotensio>

Williams, C. & Laflamme, C. (2022). Enhanced recovery after surgery: a new approach to optimize surgical outcomes and reduce costs. Canadian operating room nursing journal, 40(3), 15–29. <https://research.ebsco.com/c/egituz/viewer/pdf/5hx7yblo5j?route=details>

## LIITE 1: KESKEISET KÄSITTEET- TAULUKKO

<b>Keskeiset käsitteet</b>	<b>Vatsaelin</b>	<b>Leikkauspotilas</b>	<b>Osastoseuranta</b>	<b>Tarkistuslista</b>
Muita hakusanoja suomeksi	ruuansulatuselin, ruuansulatuselimistö, gastroenterologia, gastro	leikattu, ope- roitu, potilas, ki- rurgia, leikkauk- set, kirurgiset toimenpiteet	postoperatiivi- nen, seuranta, havainnointi, kontrolli, moni- torointi, val- vonta	työlista, muisti- lista, luet- telot
Hakusanoja englanniksi	digestive or- gan, diges- tive system	surgery patient, patient	postopera- tive,postopera- tive care sur- veillance	check list

## LIITE 2: SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT- TAULUKKO

<b>Sisäänottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Julkaistu 2014–2024	Yli 10 vuotta vanha
Suomen- tai englanninkielinen	Muun kieliset
Aiheeseen liittyvä	Ei aiheeseen liittyvä
Luotettava lähde	Lähteen luotettavuus kyseenalainen
Alkuperäinen lähde	Toisen käden lähde
YAMK, Pro gradu työt ja muut tieteelliset artikkelit	Amk-opinnäytetyö
Koko julkaisu	Pelkkä tiivistelmä
Maksuton	Maksullinen

## LIITE 3: KIRJALLISUUSHAKU-TAULUKKO

Tietokanta	Hakusanat ja hakutyyppi	Tu- lok- set	Hy- väk- sytyt
Google Scholar	vatsaelin AND leikkauspotilas AND osasto- seuranta	0	0
	(ruoansulatuselimistö OR gastroenterologia) AND (kirurginen toimenpide OR kirurgia) AND (postoperatiivinen OR seuranta)	152	0
	(ruoansulatuselin OR ruoansulatuselimistö) AND (kirurgia OR leikkaus OR kirurginen toi- menpide) AND (osastoseuranta OR valvonta OR postoperatiivinen) AND (työlista OR muis- tilista OR tarkistuslista OR luettelo)	0	0
SAMK- Finna	vatsaelin AND leikkauspotilas AND osasto- seuranta	1	0
	(ruoansulatuselimistö OR gastroenterologia) AND (kirurginen toimenpide OR kirurgia) AND (postoperatiivinen OR seuranta)	2	0
Medic	vatsa* gastro* ruoansulatus* AND leikka* operaatio* kirurgi* opera* AND seuranta* pos- topera*	31	1
PubMed	(digestive organ OR digestive system) AND (surgery patient OR patient) AND postopera- tive care	893	0

	(digestive system OR digestive organ) AND surgery patient AND postoperative care AND check list	0	0
Cinahl	(digestive organ OR digestive system) AND (surgery patient OR patient) AND postoperative care  (digestive system OR digestive organ) AND surgery patient AND postoperative care AND check list	137  0	0  0
Finna.fi	(ruoansulatuselimistö OR gastroenterologia) AND (kirurginen toimenpide OR kirurgia) AND (postoperatiivinen OR seuranta)	8	1
SAMK- Finna kansainväliset artikkelit	(digestive system OR digestive organ) AND surgery patient AND postoperative care AND check list	594	0

## LIITE 4: OSALLISTUJILLE LÄHETETTY ENNAKKOKYSELY

Tämä kysely on Tiian ja Anna-Leenan opinnäytetyöhön liittyvä, joka tehdään osastolle. Aiheena gastrokirurgisesti leikattujen potilaiden osastoseuranta, tarkoituksena rakentaa aiheesta hoitajille käytännöllinen tarkistuslista aiheeseen liittyen.

### MILLAINEN ON HYVÄ TARKISTUSLISTA SINUN MIELESTÄSI?

Kertoisitko yksittäisillä sanoilla, millainen sinun mielestäsi on hyvä ja käytännöllinen tarkistuslista liittyen ulkonäköön, kokoon, visuaaliseen ilmeeseen, kirjoitusasuun yms.? Ystävällisin terveisin Tiia Puolakka ja Anna-Leena Pihlajamäki

## LIITE 5: SUOSTUMUSLOMAKE

### SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

**Osallistun** Anna-Leena Pihlajamäen ja Tiia Puolakan opinnäytetyön tekemiseen antamalla haastattelun minulle sopivana ajankohtana. Avoin haastattelu tapahtuu henkilökohtaisena haastatteluna.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tarkistuslista Satasairaalan operatiivisen hoito-osasto 2:n hoitohenkilökunnan käyttöön gastrokirurgisen potilaan osastoseuranta varten.

Opinnäytetyö julkaistaan opinnäytetöiden Theseus -tietokannassa sekä valmis tarkistuslista tulee operatiivisen hoito-osasto 2:n käyttöön.

**Minulle on selvitetty yllä mainitun opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että opinnäytetyöhön osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia. Opinnäytetöiden tekijät saavat mainita nimeni työssä julkisesti ja annan siihen suostumukseni. Halutessani voin pyytää oikaisua opinnäytetyön kohtiin, jotka käsittelevät antamaani haastattelua.**

Aineistoa käsitellään vain Suomessa, eikä sitä siirretä ulkomaille. Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamani tietoja käytetään kyseiseen opinnäytetyöhön sekä aineiston hankintaan varten.

**Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen. Minulla on oikeus tarkastaa tai oikaista antamani tiedot, voin myös ilmoittaa, että en halua tietojani käsiteltävän ja tehdä valituksen henkilötietojeni käsittelystä.**

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus

ja

nimenselvennys

---

## LIITE 6 TARKISTUSLISTA

### Tarkistuslista jokaiseen työvuoroon tehtäväksi: Gastrokirurgisesti leikatun potilaan osastoseuranta ja hoito

**Perehdy raportin aikana** potilaan perussairauksiin ja näiden vaikutukseen kokonaisvoinnissa, tulosyhyhyn ja suunnitelmaan sekä potilaan perustilanteeseen, lääketautuksiin ja määräyksiin. Huomioi myös potilaan laboratoriotulosten vastaukset työvuoron aikana.

**Mittaa News-pisteet** ja tarvittaessa aloita tarvittavat toiminnot osaston news-ohjeistuksen mukaisesti.

**Arvioi** kipua ja kipulääkkeen tarvetta NRS-mittaria käyttäen asteikolla 0–10 sekä ulkoisten havaintojen perusteella.

**Huomioi** aseptinen työjärjestys ja oikeanlaisen käsihygienian toteutuminen.

**Tarkista:** Vuoto, vointi ja virtsaus!

- Leikkaushaavan sidokset, ympäröivän ihon kunto ja vuoto.
- Avanteen ulkonäkö, tuotto, vuoto, sidokset ja ympäröivän ihon kunto sekä sauvan paikallaan olo.
- Dreenin erityksen määrä ja laatu sekä sidokset.
- Nenämahaletkun toiminta ja erity.
- Kanyylin ja keskustaskimokatetrin toimivuus ja ihon kunto.

**Haastattele:**

- Kivun paikantuminen ja sen määrittäminen
- Suolentoiminta (ilma, uloste)

**Tarkkaile:**

- Nestetasapainoa ja diureesia
- Tajunnantaso: potilas reagoi, puhuu ja noudattaa kehotuksia, tunto normaali ja liikkeet symmetriset.
- Potilaan orientoitumista aikaan ja paikkaan sekä sekavuuden esiintymistä. Huomioidaan muistiin liittyvät sairaudet sekavuuden esiintyessä ja potilaan ollessa orientoitumaton.

**Toimi:**

- Jos potilaan virtsaaminen ei onnistu, tarkistetaan potilaan residuaali ja katetroidaan tarvittaessa.
- Toimitaan lääkärin määräysten mukaisesti ja informoidaan lääkäriä tarvittaessa voimien äkillisistä muutoksista.
- Ohjataan ja kannustetaan potilasta hengitysharjoitteiden tekemisessä ja tukivyön käytössä.
- Mobilisoinnin tulisi alkaa mahdollisimman nopeasti, mielellään jo leikkauspäivänä, jos potilaan vointi sen salli. Ensimmäisellä kerralla potilasta ohjataan nousemaan kyljen kautta ylös. Hoitajan tulee olla varmistamassa potilaan liikkuminen ja tarkkailla liikkumisesta aiheutuvia oireita.
  - Kun potilaan liikkumisen turvallisuus on varmistettu eikä potilaalle ei ilmaannu tästä oireita, voi potilas liikkua omatoimisesti.
  - Hoitajan tulee ohjata ja kannustaa potilasta liikkumiseen sekä tukea tässä tarvittaessa.
- Ohjataan avanteen hoitoon liittyvissä asioissa potilasta ja kannustetaan avanteen omatoimiseen hoitamiseen.

**Muuta huomioitavaa:**

- Ravitus aloitetaan elektriivisten ja suunnitellusti edenneiden pienten leikkauksien jälkeen leikkauspäivänä juotavilla, jos vasta-aiheita ei ole. Kts. toimintaohjeen kohta ravitus.
- Jokaisen toiminnon ja mittauksen kohdalla huomioidaan potilasta kokonaisvaltaisesti eikä vaan yhtä arvoa seuraamalla.
- Jokainen havainto ja määrä kirjataan tarkasti potilastietoihin sekä informoidaan tarvittaessa kollegoita potilaan vointiin liittyen.
- Avannehoitajaa konsultoidaan tarvittaessa ja toimitaan avannehoitajan antamien ohjeiden mukaisesti.
- Lääkelistat tarkistetaan kahden hoitajan toimesta
- Lääkkeen antamisen yhteydessä tarkistetaan: oikea potilas, oikeat lääkkeet, oikeaan aikaan, oikeaan vaivaan ja oikein annosteltuna.
- Jokainen lääke antokirjataan medanetsillä tai terveys Lifecaressa.

## LIITE 7 TOIMINTAOHJE

## Toimintaohje: Gastrokirurgisesti leikatun potilaan osastoseuranta ja hoito

Sairaanhoidajan tehtävät jokaisessa työvuorossa:

**Perehdy raportin aikana** potilaan perussairauksiin ja näiden vaikutukseen kokonaisvoinnissa, tulosityhyn ja suunnitelmaan sekä potilaan perustilakäytökseen, lääketuotuksiin ja määräyksiin. Huomioi myös potilaan laboratoriotulosten vastaukset työvuoron aikana.

**Mittaa** News-pisteet ja tarvittaessa aloita tarvittavat toiminnot osaston news-ohjeistuksien mukaisesti.

**Arvioi** kipua ja kipulääkkeen tarvetta NRS-mittaria käyttäen asteikolla 0–10 sekä ulkoisten havaintojen perusteella.

**Tarkista:** Vuoto, vointi ja virtsaus!

- Leikkaushaavan sidokset, ympäröivän ihon kunto ja vuoto.
- Avanteen ulkonäkö, tuotto, vuoto, sidokset ja ympäröivän ihon kunto sekä sauvan paikallaan olo.
- Dreenin erityksen määrä ja laatu sekä sidokset.
- Nenämahaletkun toiminta ja erityys.
- Kanyylin toimivuus ja ihon kunto.

**Haastattele:**

- Kivun paikantuminen ja sen määrittäminen
- Suolentoiminta (ilma, uloste)

**Tarkkaile:**

- Nestetasapainoa ja diureesia
- Tajunnantaso: potilas reagoi, puhuu ja noudattaa kehotuksia, tunto normaali ja liikkeet symmetriset.
- Potilaan orientoitumista aikaan ja paikkaan sekä sekavuuden esiintymistä. Huomioidaan muistiin liittyvät sairaudet sekavuuden esiintyessä ja potilaan ollessa orientoitumaton.

**Toimi:**

- Jos potilaan virtsaaminen ei onnistu, tarkistetaan potilaan residuaali ja katetroidaan tarvittaessa.
- Toimitaan lääkärin määräysten mukaisesti ja informoidaan lääkäreitä tarvittaessa voinnin äkillisistä muutoksista.
- Ohjataan ja kannustetaan potilasta hengitysharjoitteiden tekemisessä ja tukivyön käytössä.
- Mobilisoinnin tulisi alkaa mahdollisimman nopeasti, mielellään jo leikkauspäivänä, jos potilaan vointi sen sallii. Ensimmäisellä kerralla potilasta ohjataan nousemaan kyljen kautta ylös. Hoitajan tulee olla varmistamassa potilaan liikkuminen ja tarkkailla liikkumisesta aiheutuvia oireita.
  - Kun potilaan liikkumisen turvallisuus on varmistettu eikä potilaalle ei ilmaannu tästä oireita, voi potilas liikkua omatoimisesti.
  - Hoitajan tulee ohjata ja kannustaa potilasta liikkumiseen sekä tukea tässä tarvittaessa.
- Ohjataan avanteen hoitoon liittyvissä asioissa potilasta ja kannustetaan avanteen omatoimiseen hoitamiseen.

**Muuta huomioitavaa:**

- Ravitsemus aloitetaan elektriivisten ja suunnitellusti edenneiden pienten leikkauksien jälkeen leikkauspäivänä juotavilla, jos vasta-aiheita ei ole. Kts. tämän toimintaohjeen kohta ravitsemus.
- Jokaisen toiminnon ja mittauksen kohdalla huomioidaan potilasta kokonaisvaltaisesti eikä vaan yhtä arvoa seuraamalla.
- Jokainen havainto ja määrä kirjataan tarkasti potilastietoihin sekä informoidaan tarvittaessa kollegoita potilaan vointiin liittyen.
- Avannehoitajaa konsultoidaan tarvittaessa ja toimitaan avannehoitajan antamien ohjeiden mukaisesti.
- Lääkelistat tarkistetaan kahden hoitajan toimesta.
- Lääkkeen antamisen yhteydessä tarkistetaan: oikea potilas, oikeat lääkkeet, oikeaan aikaan, oikeaan vaivaan ja oikein annosteltuna. Jokainen lääke antokirjataan medanetsillä tai terveys Lifecaren kautta.
- Aseptiikan huomioiminen jokaisen toiminnan aikana!

## Hengitys:

Potilaan ollessa perusterve SpO2 tavoite on yleisesti >94 % ja keuhkosairautta sairastavilla 88–92 %.

- Hypoksia perusterveellä - SpO2 <94 % ja hf <6x/min
- Hyperventilaatio perusterveellä - hf >30x/min
- Happivajeen oireet: hengitys ei ole normaalia, hengitys muuttuu äänekkääksi, pinnalliseksi tai haukkovaksi sekä hidastuu tai nopeutuu, potilaan on vaikea puhua ja on hätäinen tai tuskainen ja ihon väri muuttuu sinertäväksi tai harmahtavaksi.

## Ensihoito ongelmien ilmetessä

- Huomioidaan potilaan asentohoito --> sängyn pääty kohotettuna ja puoli-istuva asento
- Annetaan tarvittaessa potilaalle listan mukaiset avaavat hengityslääkkeet tai konsultoidaan lääkäriä tarvittavien hengityslääkkeiden aloituksesta, jos sellaisia ei ole.
- Hypokseemista potilasta ohjataan tekemään hengitysharjoituksia voimien sallissa.
- Hyperventilaatiosta kärsivää potilasta rauhoitellaan potilasta ja ohjataan syvään hengitysharjoitusten tekemisessä, annetaan tarvittaessa kipulääkettä ja asetetaan maski potilaan kasvoille ilman lisähappea.

## Lisähapen antaminen ja siihen liittyvät huomiot

- Huomioidaan potilaan keuhkosairaudet ja yksilölliset tai yleiset happeutumiseen liittyvät tavoitearvot.
- Aloitetaan lisähappi mahdollisimman pienillä virtauksilla saturaatiota seuraten. Happivajeessa lisähappea annetaan kontrolloidusti saturaatiota ja potilasta seuraamalla: tavoitteena happivajeuksen riittävä, muttei liiallinen korjaaminen.
- Lisähappea annetaan viiksillä 1–3 l/min
- Jos viiksillä ei saada haluttua SpO2 arvoa --> aloitetaan venturimaskin käyttö kts. huoneiden sivupöydillä olevat ohjeistukset.
- Hapenantoa pyritään vähentämään saturaation noustessa tavoitearvoihin.
  - Riittämätön hapenanto --> kudosten happivajeuksen pitkittäminen
  - Liiallinen hapenanto --> ventilaation vaimeneminen ja hiilidioksidin kertyminen elimistöön

## Verenpaine ja syke:

Verenpaineen ja sykkeen vertailuarvoina käytetään aina ennen leikkausta mitattuja arvoja sekä verrataan sen nykyhetken mittaustuloksia niihin sekä arvioidaan tuloksia yhdessä potilaan kokonaistilanteen kanssa.

- Äkillisesti muuttuneisiin mittaustuloksiin tai uutena ilmaantuihin oireisiin reagoidaan nopeasti ja herkästi.
- Huomioidaan potilaan verenkiertoon vaikuttavat sairaudet ja erityisesti potilaat, joilla on kohonnut riski kardiovaskulaarisiin ongelmiin.
- Leikkauksen jälkeen ja epiduraalisen kivunhoidon aikana esiintyy normaalisti lievää hypotensiota.
- Potilaan ollessa kylmähikinen ja heikkovointinen, tarkistetaan myös rytmi ranteesta palpoimalla.
- Potilaan sykkeen nousu (=takykardia) voi johtua kivuliaisuudesta, infektiosta tai kuumeesta.

## Hypotensio eli alhainen verenpaine ja bradykardia eli alhainen syke

- Jos potilas on hyvinvoiva eikä hänellä ole oireita kuten huimausta, tajunnan taso on normaali ja virtsaa erittyy hyvin, ei hypotensiivisyyttä tai bradykardisuutta tarvitse huomioida.
- Jos potilaan vointi heikentyy ja potilas on hypotensiivinen tai/ta bradykardinen, konsultoidaan lääkäriä muutoksista.
  - Oireet voivat johtua sisäisestä vuodosta tai voimien romahtamisen ennakoinnista.
- Aloitetaan tarpeen mukaan lisätippana Ringer, paineiden ja sykkeen nostamiseksi.
- Jos potilaalla on käytössä verenpaine- tai sykettä alentava lääke, tulee lääkäriä konsultoida lääkkeiden tauottamisen tarpeellisuudesta.

## Hypertensio eli kohonnut verenpaine ja takykardia eli tiheälyöntisyys

- Paineiden nousu äkillisesti voi kertoa potilaan kivuliaisuudesta, virtsarakon venyttymisestä tai ailiämmöstä aiheutuvasta tärinästä.
  - Edeltävien oireiden ilmaantuessa aloitetaan oireen mukaiset hoitotoimenpiteet ja tarvittaessa tehdään mittaukset uudelleen.
- Hypertensio ja takykardia voivat johtua potilaan perussairauksista.
- Hypertensiota ja takykardisuutta voi ilmetä potilaan jännittyneisyyden, ahdistuneisuuden ja pelokkuuden vuoksi, jolloin rauhoitellaan potilasta mahdollisuuksien mukaisesti ja selitetään tarkkaan potilaalle hänen hoitoonsa liittyvät suunnitelmat ja toimenpiteet.

## Tajunnan taso:

- Potilaan normaalin tajunnan tason aikana potilas reagoi, puhuu ja noudattaa kehoituksia, tunto on normaali ja liikkeet symmetriset.
- Potilaan poikkeava tajunnan tason aikana potilas on unelias, ei noudata kehoituksia eikä reagoi tai vastaa puhuteltaessa.
  - Jos potilaalla on tajunnan tasossa poikkeavuutta, tehdään karkea neurologinen arviointi eli tutkitaan mahdolliset puolierot sekä pupillien valovaste, koko ja niiden symmetrisyys sekä konsultoidaan lääkäriä ja/tai otetaan yhteys MET-ryhmään.
- Potilaan tajunnan tason lievä alentuminen, orientoimattomuus ja sekavuus voivat johtua leikkauksen jälkeisestä deliriumista.

**Verensokeri:**

- Verensokeri mitataan potilaalta joko sormenpäästä tai potilaan omalla librellä.
  - Potilaan hoitaessa itse mittauksien tekemisen, kysytään arvoja potilaalta säännöllisesti.
- Verensokerin seuranta toteutetaan potilaskohtaisesti tai osaston yleisohjeiden mukaisesti.
- Diabeteksen hoidon päätavoite on pitää verensokeri mahdollisimman lähellä normaalia tasoa eli pysymään pääsääntöisesti ennen syömistä välillä 4–7 mmol/L.
- Aterioiden yhteydessä korjataan tarvittaessa verensokeria insuliinilla osaston ohjeiden mukaisesti.

**Lihastoiminta ja motoriikka:**

- Potilaan lihastoiminta on normaalia, kun hän kykenee liikuttelevaan kaikkia raajojaan normaalisti, lihasvoima on symmetristä ja tunto on normaali.
- Lihastoiminnan ja motoriikan heikentyessä esiintyy puolieroja ja raajojen liikkeessä ilmaantuu vajausta.
- Potilaan lihastoiminta voi olla heikentynyt leikkauksessa käytetyn spinaali- ja/tai epiduraalipuudutuksen tai kivunlievitykseen asennetun epiduraalisen kipupumpun vuoksi. Yleensä lihastoiminta palautuu normaaliksi 2–4 tunnin kuluttua leikkauksesta.
- Lihastoiminnan ja motoriikan palautumista sekä muutoksia seurataan jokaisen työvuoron aikana.

**Iho ja painehaavojen ehkäisy:**

Seurataan ihon kuntoa, väriä, kuivuutta ja kosteutta. Näiden lisäksi seurataan raajojen lämpörajoja ja turvotuksia.

- Normaalisti iho on lämmin ja kuiva eikä turvotuksia ole havaittavissa.
- Ihoa ja turvotuksia tarkkailaan joka työvuoron aikana silmämääräisesti.
  - Jos iho muuttuu kalpeaksi, syanoottiseksi eli sinertäväksi, tuntuu nihkeältä tai potilas hikoilee normaalia enemmän, havainnoidaan potilaan vointia kokonaisvaltaisemmin. Ihon äkilliset muutokset voivat johtua useista eri asioista kuten hapenpuutteesta, kiristävistä vaatteista, kivusta tai vuodosta. Äkillisten muutoksien syyt selvitetään ja hoidetaan aiheuttajan mukaisesti.
- Päivittäin tarkastetaan ihon kuntoa tarkemmin ja huomioidaan erityisesti alueet, jotka ovat alttiina paineelle.
  - Ihon ollessa punoittava, turvonnut tai ihossa on haavaumia, vähennetään painetta asentohoidon ja ennaltaehkäisevien sidosten avulla, huolehditaan ihon kosteustasapainosta perusvoiteilla ja hoidetaan haavaumat haavahoito-ohjeiden mukaisesti.
- Ääreisverenkiertoa seurataan raajojen lämpörajojen ja värin perusteella.
  - Poikkeavaa on raajojen kylmyys tai muuttuminen viileäksi sekä ihon kuumotus ja punoitus.
  - Uusien oireiden ilmaantuessa konsultoidaan lääkäreitä hoidosta.
- Seurataan potilaan turvotuksien laajuutta ja sen sijaintia. Informoidaan lääkäreitä turvotuksien ilmaantumisesta tarpeellisten hoitomääräysten saamiseksi.
  - Potilaan nestetasapainon ollessa balanssissa ihossa ei ole havaittavaa turvotusta. Turvotuksia saattaa esiintyä tästä huolimatta, joidenkin perussairauksien, kuten sydämen tai laskimoiden vajaatoiminnan vuoksi.
  - Jos potilaalla esiintyy laajasti turvotusta, huomioidaan tämä nesteiden antamisessa ja konsultoidaan lääkäreitä nesterajoituksista.

**Kanyyli ja keskuslaskimokateri:**

Kanyylin ja keskuslaskimokaterin toimivuus ja ihon kunto tarkistetaan, joka työvuoron aikana VIP-scoren avulla, visuaalisesti sekä palpoidamalla aseptisesti. Tarkistuksen yhteydessä seurataan lisäksi sidoksen kuntoa ja kiinnitystä.

- Seurataan mahdollisia tulehduksen merkkejä, kuten kuumotusta, punoitusta, turvotusta, kipua ja juuren eritystä.
  - Keskuslaskimokaterin punktointikohdan verenvuoto voi johtua hyytymishäiriöstä.
  - Ihon muutoksien ja infektionmerkkien ilmaantuessa, poistetaan kanyyli tai katetri. Huomioi katetrin poistossa käytettävä oma osaston ohje!
- Keskuslaskimokateri ja kanyyli huuhdellaan pulsoivalla tekniikalla, esitetyllä huuhteluun tarkoitetulla keittosuolaruiskulla, aina ennen ja jälkeen lääkkeen, ravitsemusliuoksen tai verituotteiden antamisen.
  - Keskuslaskimokateri pidetään auki yleensä aukiotipan avulla
- Kanyylin ja keskuslaskimokaterin tarvetta arvioidaan jokaisen työvuoron aikana ja tarpeeton kanyyli poistetaan
- Keskuslaskimokaterin kalvo vaihdetaan viikon (7vrk) välein ja kalvoon merkitään sen asettamispäivä

**Lämpötila:**

- Potilaan lämpö mitataan osaston ohjeiden mukaisesti.
- Alilämpöistä potilasta hoidetaan lämpöpeittojen ja lämpöpeiton avulla.
- Kuumeista potilasta hoidetaan viilennyksen, lääkityksen ja nesteytyksen avulla.
  - Annetaan kuumetta alentavaa lääkettä, joka yleensä on potilaalle jo määrätty. Tarvittaessa konsultoidaan lääkityksestä lääkäreitä ja huomioidaan erityisesti maksan vajaatoimintaa sairastavat potilaat.
  - Huolehditaan riittävästä nesteytyksestä (po tai iv) ja viilennetään potilasta kylmävessien ja vaatteiden vähentämisen avulla.

### Kivun hoito:

Kipu arvioidaan jokaisen työvuoron aikana, NRS-mittarin avulla asteikolla 0–10 sekä ulkoisten merkkien kuten kasvojen ilmeiden ja tuskaisuuden havainnoimisella. Potilaalta kysytään, missä kipu tuntuu ja pyydetään määrittelemään, millaista kipu on.

- Huomioidaan potilaan peruslääkitys, lääkkeiden tautotus, lääkemääräykset ja kipulääkityksen riittävyys.
- Kirjataan kipulääkkeen antaminen ja kysytään vasteesta potilaalta tunnin kuluttua.
- Ohjataan ja kannustetaan potilasta säännölliseen ja ennakoiwaan kivunhoitoon liittyen kuten kipulääkkeen pyytämiseen ja lääkkeettömien kivunlievityskäytösten käyttämiseen muun kipulääkityksen lisäksi.
- Lääkkeettöminä kivunhoitomenetelminä käytetään:
  - Kylmähoitoa: 10-30min jaksoissa (ei suoraan iholle).
  - Asentohoitoa: Kytkiasennossa paine vatsalla on vähäisempää. Selinmakuulla ollessa käytetään tyyntyä jalkojen alla paineen lievittämiseksi.
  - Ohjataan yskissä tai aivastaessa samanaikaisesti painamaan tyyntyä tai kättä vatsalle, jolloin kivun kokeminen on lievempää.

### Epiduraalinen kivunlievitys

Seurataan osaston ohjeiden mukaisesti.

- Potilaalle on voitu leikkauksen aikana asettaa epiduraalinen kivunlievitys menetelmä, joka annostellaan PCA-kipupumpulla tai ruiskupumpulla epiduraalitiilään. Verenpaineen ja sykkeen lasku on täysin normaalia tätä kivunlievitystä käyttävillä potilailla.
  - Lääkeseos, infuusionopeus ja infusoidun tilavuuden määrä kirjataan tarkasti potilastietoihin.
  - Tarkkaillaan sidoksia. Likaiset ja irronneet sidokset vaihdetaan aseptisesti uusiin.
  - Ohjataan potilasta boluksien omatoimisessa ottamisessa ja katsotaan päivittäin lääkkeen otetut bolukset ja niiden yritykset.
  - Huomioidaan virtsaamisen onnistuminen ja katetroidaan tarvittaessa.
  - Havainnoidaan epiduraalisen kivunlievityksen toimintaa. Potilaan ollessa kivuton, kipulääkitys on riittävä, RR taso on normaali tai lievästi alentunut ja puutuminen esiintyy oikeassa paikassa, on kivunlievitys toimiva.
  - Jos epäillään epiduraalisen kivunlievityksen toimimattomuutta, otetaan virka-aikana yhteys kipuhoitajaan ja virka-ajan ulkopuolella anestesia lääkäriin sekä informoidaan epäilyksestä.
  - Tarkkaillaan potilaan verenpainetta, hengitystajajuuttua, tajuntaa ja motorikka sekä kysytään puutumisen ilmaantumisesta, kutinasta sekä mahdollisesta selkävivusta.
  - Jos potilaalla ilmenee verenpaineen ja pulssin voimakasta laskua, hengityslamaa, tajuttomuutta, selkäkipua tai raajoireita (heikkous, kipu, laaja-alainen puutuminen), lopetetaan infuusio heti, varmistetaan hengitysteiden avoimuus, aloitetaan nesteytys ja konsultoidaan lääkäriä.
  - Kysytään potilaalta, onko hänellä päänsärkyä: Postspinaalinen päänsärky pahenee ja tuntuu etenkin pystyasennossa. Postspinaalista päänsärkyä hoidetaan lääkäriin määräysten mukaisesti ja yleensä käytetään nesteytystä, kofeiinia ja panadol+burana yhdistelmää.
  - Potilaan kiputilan salliessa lasketaan annosta hallitusti ja pyritään poistamaan se mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Annoksen ollessa alhainen ja kivut ovat lieventyneet, poistetaan epiduraalikatetri ja aloitetaan suun kautta otettava kipulääkitys anestesia lääkäriin määräyksen mukaisesti. Ennen poistamista huomioidaan verenohennuslääkkeen tauottaminen tai antoajankohta (välissä tulee olla 12 h).
  - Kutinaa hoidetaan tarvittaessa antihistamiinien avulla ja pahoinvointia pahoinvointilääkkeillä. Apua oireisiin saadaan myös annoslaskulla.

### Suolentoiminta ja vatsan alueen huomioiminen:

- Kysytään potilaalta suolentoiminnasta ja sen laadusta sekä ilman tuotosta.
- Suolen toimintaa edistetään ravitsemuksen, liikkumisen ja nesteytyksen avulla.
- Hoitaja tietää ummetuksen ja suolilaman erotusdiagnoistiikan.
- Palpoidaan vatsan seutua ja havainnoidaan poikkeavuuksista.
  - Normaalisti vatsa on pehmeä ja myötäävä.
  - Pinkeästä, pömpöstä, kovasta tai kauttaaltaan/ositain arstavasta vatsasta yhdessä heikentyneen kokonaisvoinnin kanssa, konsultoidaan lääkäriä.

### Leikkaushaava:

Paranemisprosessiin kuuluu normaalisti tulehdusvaihe, jolloin lieviä tulehduksen merkkejä haavalla on havaittavissa.

- Tarkistetaan leikkaushaavan vuoto ja sen laatu (verensekainen, kudosneste, märkä tai visvainen), haavan kiinni pysyminen sekä ompeloiden/hakasten mahdollisesti aiheuttava ihon kiristyminen.
- Leikkaushaavan sidokset pidetään paikoillaan 24 h leikkauksen jälkeen.
  - Jos runsasta vuotoa erittyä aiemmin, vaihdetaan sidokset steriilisti.
  - 24 h jälkeen sidokset vaihdetaan tarvittaessa eli runsaan vuodon, kastumisen tai irronneiden sidosten vuoksi.
- Tarkkaillaan haavan infektion merkkejä eli kipua, kuumotusta, turvotusta, punoitusta ja poikkeavaa eritystä
- Konsultoidaan lääkäriä infektion merkeistä, runsaasta vuodosta, nekroosista/tummumisesta tai haavan aukeamisesta.
- Jos haava vuotaa keskimääräistä enemmän tyrehdytetään vuotoa haulipussilla/kompressiolla ja kylmällä.

### Dreeni:

- Sidokset pidetään kuivina ja siisteinä sekä tarvittaessa vaihdetaan sidokset aseptisesti. Huomioidaan sidoksissa oleva erite ja ympäröivän ihon kunto.
- Hoitajan tulee tietää, minkälainen dreeni potilaalle on asetettu, dreenien indikaatiot eli käyttöaiheet sekä niiden tarkkailuun liittyvät erityisyydet.
  - Haava-dreeneja kuten Penrose-dreenia ei huuhdella.
  - Saparodreenit abskessissa tai sappiteissä (PTD-dreeni) yleensä huuhdellaan.
  - Interni PTD-dreeni ei eritä ulospäin.
  - Abskessidreenin erityis on yleensä märkäistä ja tämä on normaalia.
  - T-deenin erityis on sapekasta.
- Seurataan erityksen määrää ja laatua (kirkas, verinen, märkäinen, pahanhajuinen), paikoillaan pysymistä ja dreenin juuresta tulevaa ohivuotoa sekä infektion merkkejä juurella.
  - Jos dreenin juurelta erittyy ohivuotoa, laitetaan päälle enemmän imevää sidosta ja informoidaan tästä seuraavan kierron yhteydessä lääkärää.
- Huomioidaan poikkeava vuoto, lämmön nousu, lisääntynyt kipu, turvotus ja juuren punoitus.
  - Poikkeavasta vuodosta informoidaan lääkärää. Poikkeavaa on puhtaan veren ja ulosteen erityis sekä sapan erityis dreenistä, josta sapetta ei kuulu erittyä.
- Dreeni erityksen loppuminen äkisti voi kertoa sen tukkeutumisesta ja huomioidaan, että dreenin vähäinen erityis ei poissulje runsaan vuodon mahdollisuutta vatsaonteloon. Seurataan verikokeista hemoglobiini arvon muutoksia ja potilaan kokonaisvaltaista vointia.
- Toteutetaan määräysten mukaiset huuhdelut ohjeiden mukaisesti.

### Avanne:

- Ilmoitetaan avannehoitajalle uusista päivystyksellisistä avannepotilaista ja konsultoidaan häntä tarvittaessa avannehoitoon liittyvissä asioissa kuten sidoksien sopimattomuuden vuoksi.
- Sidokset valitaan avannehoitajalta saatujen ohjeiden mukaisesti.
- Avannehoitajalle ilmoitetaan hyvissä ajoin potilaan mahdollinen kotiutuminen.
- Avannehoitaja ohjaa potilasta avannehoituksen aikana omahoitoon liittyen. Kannustetaan ja ohjataan potilasta päivittäin avanteen omahoitoon liittyen.
- Avannetta tarkkaillaan jokaisessa työvuorossa: tuottoa ja sen määrää sekä laatua, väriä, vuotoa, turvotusta, kireyttä, sidoksien pysyvyyttä ja siisteyttä sekä mahdollisen sauvan paikoillaan pysymistä.
  - Avanne on normaalisti kirkkaan punainen, kostea ja pyöreä tai soikea.
  - Normaalisti ohutsuoliavanne sijaitsee oikealla ja paksusuoli vasemmalla puolella vatsaa.
  - Leikkauksen jälkeinen on normaalia sen turvotus sekä avannepussiin tihkuva veri.
- Sidoksien vuotessa tai ollessa irti vaihdetaan avannesidokset ja suojataan avannetta ympäröivää ihoa mm. Secura-suihkeella.
- Tarkkaillaan potilaan nestetasapainoa ja aloitetaan tarvittaessa nesteytys huomioiden natrium-, kalium- ja kreatiiniipitoisuudet.
- Avanne reunan vuodon tyrehdytykseen käytetään kompressiota ja kylmäpakkauksia, jos näistä ei ole apua, konsultoidaan lääkärää, jolloin lääkäri voi laittaa muutaman lisäompeleen vuotokohtaan.
- Konsultoidaan lääkärää, jos avanne tummuu ja muuttuu nekroottiseksi tai siinä esiintyy infektion merkkejä.

### Nestetasapaino ja diureesi:

- Diureesia seurataan anestesiaalääkärin antamien ohjeiden mukaisesti tai yleisen määritelmän mukaisesti, jolloin diureesi on > 150 ml/3h.
- Kysytään potilaalta virtsan erittymisestä. Jos potilaan edellisestä virtsaamisesta on kulunut yli 6 tuntia tai potilaalla on virtsaamisen tarve, mutta virtsaaminen ei kuitenkaan onnistu rohkaisuista tai kipulääkityksestä huolimatta, mitataan jäännösvirta residuaali ultraäänilaitteella ja tarvittaessa katetroidaan potilas.
- Kirjataan ylös erityksien määrät - oksennus, dreenieritys, nenämahaletkun erityis, haavavuoto ja avanne erityis.
- Huomioidaan kuumeisen potilaan lisääntynyt nestetarve.
- Toteutetaan lääkärin määräysten mukaisesti nesteohjelmia ja totaalinestemääriä, osaston ohjeistuksien mukaisesti.
- Hypovolemiaa eli veren tai kokonaisnestetilavuuden määrään vaikuttavat aiheuttajat ovat leikkauksen aikainen vuoto, riittämätön nesteytys tai liiallinen diureettien saaminen.
- Elektrolyyttitasapainohäiriössä virtsa on vaaleaa. Häiriön ilmaantuessa huomioidaan elektrolyyttiarvot (kalium/natrium) ja valitaan nesteohjelmien toteutus arvoja nostattavilla nesteillä.
  - Jos kalium tai natrium arvot ovat yli viitearvojen ja potilaalla on tästä aiheutuvia oireita, konsultoidaan lääkärää hoidosta.
- Dehydraatio eli kuivuminen aiheuttaa virtsan tummumista, jolloin tarkistetaan nestetasapaino ja diureettien käyttö.
- Verenvuoto melenan tai verioksenuksen muodossa aiheuttaa hemoglobiiniin laskua sekä anemisoitumista, alhaista verenpainetta tai sykkettä sekä huimausta, tajunnan menetystä, väsymystä ja kalpeutta.
- Jos potilaalla on nenämahaletku, huomioidaan sen erityksen määrää ja laatua sekä toimintaa. Korvikukset ja poisto tehdään lääkärin määräyksellä. Tarvetta tulee arvioida päivittäin.
- Jos potilas ei syö tai on määrätty olemaan ravinnotta, harkitaan nestehoidon aloituksen tarpeellisuutta ja huomioidaan elektrolyyttiarvot. Varmistetaan aina ennen nesteytystä potilaan mahdolliset nesterajoitukset ja konsultoidaan niistä lääkärää.

### Varhainen mobilisointi:

- Tarkastetaan kirjauksista jo tehdyt asiat ja jatketaan hoitoa sen mukaisesti.
- Ohjataan ylösnousu ja makuulle meno kyljen kautta sekä oikeanlainen hengitystapa liikkeessä, jolloin tulee hengityksen pidättämistä välttää.
- Ohjataan mahdollisen tukivyön käytössä (ei pidetä kiinni / kireällä vuoteessa).
- Ennen liikkumista, annetaan tarvittaessa kipulääkettä ja odotetaan sen vaikutusta.
- Mobilisoinnin tulisi alkaa mahdollisimman nopeasti, mielellään jo leikkauspäivänä, jos potilaan vointi sen sallii.
  - Hoitajan tulee ohjata ja kannustaa potilasta liikkumiseen sekä tukea tässä tarvittaessa.
  - Pop 0 (vuorokaudenaika huomioiden): Ensimmäisellä kerralla potilasta ohjataan nousemaan kyljen kautta ylös. Hoitajan tulee olla varmistamassa potilaan liikkuminen ja tarkkailla liikkumisesta aiheutuvia oireita. Kun potilaan liikkumisen turvallisuus on varmistettu eikä potilaalle ei ilmaannu tästä oireita, voi potilas liikkua omatoimisesti.
  - Pop 1: Kävelyä vähintään 3x/pv, tarvittaessa apuvälineiden käyttö ja hoitajan avustus.
- Kuntoutusta jatketaan koko sairaalassaolon ajan ja liikkumisen jatkamiseen kannustetaan myös kotiutuskeskustelun aikana.
- Jos potilaan vointi on heikko ja hän makaa paljon sängyssä, ohjataan potilasta tekemään harjoitteita sängyssä: Eli polvien ja nilkkojen koukistusta/ojennusta ja nilkkojen pyörittelmistä sekä käsien liikuttelusta. Potilas ei saa nostaa jalkojaan ylös eikä käyttää vatsalihaksiaan, kurotella tai vetää itseään päädyistä vetäen ylöspäin.

### Varhainen ravitsemus:

Ravitsemus aloitetaan elekttiivisten ja suunnitellusti edenneiden pienten leikkauksien jälkeen leikkauspäivänä juotavilla, jos vasta-aiheita ei ole tai lääkäri tätä erikseen ei ole kieltänyt. Enteraalista ravitsemusta voidaan antaa suun kautta, nenämahaletkulla, joko mahalaukuun tai ohutsuoleen. Tämä edellyttää, että potilas on hereillä ja nesteiden nauttiminen on turvallista.

- Pop 0: Annetaan kirkkaita juotavia ja nesteitä, tarkkaillaan ja kysytään mahdollisten oireiden ilmaantumisesta.
- Pop 1: Annetaan nestemäistä ruokaa ja jos tästä ei potilaalle ilmaannu oireita siirrytään peruseruokaan.
- Pahoinvoinnin ja oksentelun ilmetessä jatketaan ravitsemusta vasta oireiden hävittyä.
- Vasta-aiheet ravitsemuksen aloitukselle ovat nenämahaletku, suolitukos, ileus, sepsis, suoliston iskemia, suoliston fisteli, tai vaikea verenvuoto suolistossa.
- Ruokatorven ja mahalaukun leikkauksien jälkeen ravitsemuksen aloituksesta määrää lääkäri.
- Huomioidaan vajaaravitsemustilat ja lisätään potilaan ravitsemukseen tehostettu ruoka ja täydennysravintovalmisteet
- Jos enteraalinen ravitsemus on riittämätön, konsultoidaan lääkäriä parenteraalisen ravitsemuksen aloittamisesta energiasaannin tukemiseksi.

### Muuta huomioitavaa:

- Potilaiden lääkelistat tarkistetaan aamuvuoron aikana kahden hoitajan toimesta.
- Lääkehuoneesta lääkkeiden hakemisen yhteydessä:
  - Eri vuorokauden aikoina annettavat huumelääkkeet lisätään dosetteihin vasta juuri ennen vientiä.
  - Huumekorttiin kirjataan tarkasti päivä, aika, potilaan nimi, määrä, menetys, lääkkeen määrääjä ja oma allekirjoitus.
  - Tarkistetaan lääkkeet, jolloin lääkkeet tulee kaksoistarkistetuksi.
- Aina ennen lääkkeen antoa, tarkistetaan lääkkeen antoon liittyvät asiat: oikea potilas, oikeat lääkkeet, oikeaan aikaan, oikeaan väiän ja oikein annosteltuna.

### Kirjaus ja dokumentointi:

- Kirjataan ja raportoidaan potilastietoihin: hoidon seuranta, havainnot ja tehdyt toimenpiteet sekä mahdolliset suulliset määräykset ja suunnitelmat.
- Kirjataan nestehoitoon ja lääkehoitoon liittyvät asiat.
  - Antokirjataan lääkkeet niitä antaessa.
  - Nestealoitus ja lopetusaika merkitään.
- Kirjataan kanyylien, dreenien ja muiden katetrien laittaminen tai poistaminen.
- Arvioidaan toimintojen vastetta ja kirjataan nämä arviointikohtaan.

Toimintaohje on tehty toiminnallisen oppinäytetyön tuotoksena Satasairaan operatiivisen hoito-osasto 2:n sairaanhoitajille. Kts. lähteet ja teoreettinen viitekehys: Tarkistuslista ja toimintaohjeistus sairaanhoitajalle: Vatsaleikatun potilaan osastoseuranta ja hoito- kirjallisesta tuotoksesta.

## LIITE 8: TARKISTUSLISTAN JA TOIMINTAOHJEEN PALAUTEKYSELY

### Tarkistuslistan ja toimintaohjeistuksen palautekysely

*Palautekysely tarkistuslistan ja toimintaohjeistuksen helppolukuisuudesta, ymmärrettävyydestä, käytännöllisyydestä ja oikeiden asioiden sisältämisestä gastrokirurgisen leikkauspotilaan osastoseurantaan ja hoitoon liittyen hoitohenkilökunnalle.*

Kysymyksiä kyselyssä on 9, joihin voit vastata oman mielipiteesi mukaisesti. Osa kysymyksistä on avoimia kysymyksiä, joihin voit halutessasi tarkentaa antamiasi vastauksia. Kahdessa viimeisessä kysymyksessä voit arvostella numeerisesti tarkistuslistan ja toimintaohjeistuksen onnistumista.

Vastaamiseen menee aikaa noin 5–10 minuuttia.

1. Ovatko tarkistuslistan ja toimintaohjeistuksen sisältämät asiat aiheellisia ja asiaan liittyviä?

KYLLÄ  EI  OSITTAIN

2. Puuttuuko tarkistuslistasta tai toimintaohjeistuksesta mielestäsi joku oleellinen asia?

KYLLÄ  EI  OSITTAIN

3. Jos vastasit kohtaan 2: KYLLÄ tai OSITTAIN, mikä mielestäsi tarkistuslistasta tai toimintaohjeistuksesta puuttuu?

4. Muuttaisitko jotain kohtaa tarkistuslistassa tai toimintaohjeistuksessa?

KYLLÄ

EN

OSITTAIN

5. Jos vastasit kohtaan 4: KYLLÄ tai OSITTAIN, mitä kohtaa muuttaisit ja miten?

6. Kun tarkistuslista ja toimintaohjeistus otetaan käyttöön, osaisitko uutena työntekijänä tai opiskelijana tarkkailla ja toimia liitteenä olevan tarkistuslistan tai toimintaohjeistuksen mukaisesti?

KYLLÄ

EN

OSITTAIN

7. Tähän voit halutessasi kommentoida ja perustella tarkistuslistaa ja toimintaohjeistusta omin sanoin:

8. Asteikolla 1-5 (1=täysin epäonnistunut, 5=todella onnistunut), kuinka onnistunut tarkistuslista sinusta kokonaisuudessaan on? Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto.

1

2

3

4

5

9. Asteikolla 1-5 (1=täysin epäonnistunut, 5=todella onnistunut), kuinka onnistunut toimintaohje sinusta kokonaisuudessaan on? Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto.

1

2

3

4

5

*Lämmin kiitos palautteestasi!*

## LIITE 9: SAATEKIRJE

### **Arvoisat operatiivisen hoito-osasto 2:n sairaanhoitajat!**

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porin kampuksella sairaanhoitajiksi ja olemme nyt tutkinnossamme siinä vaiheessa, että teemme opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme aiheena on tarkistuslistan tekeminen osastollenne gastrokirurgisesti leikatun potilaan osastoseurantaa ja hoitoa varten. Lopullisen tarkistuslistan tulisi olla laadukas, helppokäyttöinen ja sopiva päivittäiseen käyttöön sekä hoitajien muistin tueksi että toiminnan tarkistamiseksi. Tarkistuslistan tueksi tuotimme toimintaohjeistuksen päivittäisen työskentelyn tueksi sekä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisen apuvälineeksi.

**Pyydämme teitä ystävällisesti ottamaan osaa opinnäytetyöhömmе ja osallistumaan siihen liittyvään informaation keräämiseen palautekyselyyn vastaamalla. Palautekysely on paperinen tuloste, jonka löydätte kahvihuoneesta palautuskuorineen ja sen vastaamiseen menee noin 5–10 minuuttia.**

Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta jokaisen osallistuminen on toivottavaa, jotta saamme teille parhaan mahdollisen tarkistuslistan ja toimintaohjeistuksen tuotettua. Palautekysely tehdään anonymisti, joten palautteenantajaa ei siitä tunnisteta. Palautekyselyllä saatua aineistoa käytetään vain kyseiseen opinnäytetyöhön ja aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Palautekyselyt tuodaan osaston kahvihuoneeseen 29.11.2024 ja ne kerätään analysoitavaksi noin viikon päästä niiden tuonnista. Olisimme kiitollisia palautekyselyyn vastaamisesta, vaikka aika onkin hyvin rajallinen.

Osallistumalla opinnäytetyöhön osallistutte myös oman osastonne toiminnan kehittämiseen ja parantamiseen. Mikäli teillä on kysyttävää liittyen tähän opinnäytetyöhön, olkaa hyvä ja ottakaa meihin yhteyttä. Vastaamme kysymyksiinne mielellämme.

Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua joulukuussa 2024 ja se on luettavissa Theseuksesta ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii Kirsti Santamäki ([kirsti.santamaki@samk.fi](mailto:kirsti.santamaki@samk.fi)).

**Kiitos etukäteen vastauksistasi!**

Ystävällisin terveisin

Anna-Leena Pihlajamäki  
Sairaanhoitajaopiskelija, SAMK  
[anna-leena.pihlajamaki@student.samk.fi](mailto:anna-leena.pihlajamaki@student.samk.fi)

Tiia Puolakka  
Sairaanhoitajaopiskelija, SAMK  
[tiia.j.puolakka@student.samk.fi](mailto:tiia.j.puolakka@student.samk.fi)