

**NOPEUTETUN HOIDON MALLIT
SAIRAAHOITAJIEN KOKEMANA**

Tiala Tatu

Pro gradu -tutkielma

Terveystieteiden laitos

Hoitotiede

Oulun yliopisto

Marraskuu 2013

Oulun yliopisto
LKT, Terveystieteiden laitos, hoitotiede ko.
TIIVISTELMÄ

Tiala Tatu: Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana

Pro gradu tutkielma: 41 sivua, 2 liitettä
Marraskuu 2013

Tämän laadullisen hoitotieteen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia nopeutetun hoidon malleista ja niiden tuomista muutoksista hoitotyöhön ja sen tavoitteisiin. Tutkimusaineisto koostuu kymmenen malleja käyttävän kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajan teemahaastatteluista. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä

Sairaanhoitajien kokemukset nopeutetun hoidon malleista koostuvat potilaiden hoidosta ja mallien tuomista muutoksista hoitotyöhön. Potilaiden hoidon tavoite on nopeampi kotiutuminen. Tavoitteen saavuttamiseksi kirurgisella vuodeosastolla käytetään hoitotyön toimintoina potilasohjausta, tiimityötä, mobilisaatiota, kivunhoitoa ja ravitsemuksen hoitoa. Mallien tuoma muutos hoitotyöhön mahdollistuu resursseilla ja yksilöllisyyden säilyttämisellä. Resursseihin kuuluu koulutus sekä henkilökuntamäärä. Sairaanhoitajat kokevat, että mallien toteutuminen edellyttää koulutusta niin käyttöönottovaiheessa kuin myöhemminkin. Mallien mukainen hoitotyö edellyttää myös riittävää hoitohenkilökunnan määrää. Yksilöllisyyden ja potilaslähtöisyyden toteutuminen voi vaaraantua, mikäli malleja ei sovelleta tapauskohtaisesti.

Tulevaisuudessa mallit tulevat laajenemaan kaikkiin potilasryhmiin ja eri erikoisaloille, kunhan potilaskohtaiset rajoitukset huomioidaan. Tutkimus antoi tietoa sairaanhoitajien kokemuksista malleista, ja sen tuloksia voidaan käyttää hyväksi mallien mukaisen hoitotyön kehittämisessä.

Avainsanat: sairaanhoitajat, hoitaminen, hoitosuositukset, hoitokäytännöt

University of Oulu
Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Nursing Science

ABSTRACT

Tiala Tatu: Fast Track Protocols Experienced by Nurses

Pro Gradu Thesis: 41 pages, 2 appendices
November 2013

The aim of this qualitative nursing science study was to describe nurses' experiences on fast track protocols and the changes they bring to nursing and nursing goals. The material consists of ten theme interviews with nurses from surgical wards where the protocols are in use. The material was analyzed using inductive content analysis.

Nurses' experiences on fast track protocols consist of patient care and the changes in nursing that the models bring. The aim of patient care is a faster discharge. To accomplish this aim, the surgical ward nurses use patient education, team work, mobilization, pain care and nutrition care as nursing interventions. The changes in nursing that the models bring are accomplished by sufficient resources and maintaining patient individuality. Resources consists of education and personnel quantity. Nurses experience that the actualization of the models require education in the implementation stage of the models, as well as later. Nursing according to the models also requires a sufficient personnel quantity. Patient individuality is at risk, if the models are followed too strictly.

In the future the models will expand to all patient groups and surgical specialties, as long as the patient limitations are noted. This study gave information on nurses' experiences on fast track protocols, and the results can be used to improve patient care according to these models.

Keywords: nurses, caring, practice guidelines, care protocols

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	NOPEUTETUN HOIDON MALLIT	3
2.1	Nopeutetun hoidon mallit hoitotyön näkökulmasta	5
2.1.1	Nopeutetun hoidon mallit preoperatiivisessa vaiheessa	5
2.1.2	Nopean toipumisen ohjelmat postoperatiivisessa vaiheessa	6
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA ETENEMISEN KUVAUS	8
4.1	Tutkimuksen lähestymistapa	8
4.2	Tutkimusaineiston hankinta	8
4.3	Aineiston analyysi	11
5	NOPEUTETUN HOIDON MALLIT SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA	13
5.1	Potilaiden hoito nopeutetun hoidon mallien mukaisesti sairaanhoitajien kokemana	14
5.2	Nopeutetun hoidon mallien tuomat muutokset hoitotyöhön sairaanhoitajien kokemana	21
5.2.1	Resurssien merkitys	22
5.2.2	Yksilöllisyys	24
5.3	Tutkimustulosten yhteenveto	26
6	POHDINTA	29
6.1	Pohdintaa tutkimustuloksista	29
6.1.1	Sairanhoitajien kokemukset	29
6.1.2	Muutokset hoitotyöhön	31
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	33
6.3	Tutkimuksen eettisyys	35
6.4	Jatkotutkimusmahdollisuudet	37
	LÄHTEET	39

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa tapahtuu jatkuvaa ja nopeutuvaa kehittymistä. Vakavatkin sairaudet ovat tänä päivänä hoidettavissa kehittyneiden diagnosointi- ja leikkausmenetelmien ansiosta. Ikäkään ei ole enää este suurelle leikkaukselle. Potilaamme ovat siis nyt ja tulevaisuudessa vanhempia ja sairaampia. Tämä näkyy leikkausmäärien lisääntymisessä. Vuonna 2009 Suomessa tehtiin pelkästään julkisella puolella yli 572 000 toimenpiteellistä hoitojaksoa, kun vuonna 2000 vastaava luku oli 474 000 (THL 2011a).

Tämä kehitys kasvattaa terveydenhuollon menoja. Viidessätoista vuodessa (1996 - 2009) erikoissairaanhoidon menot ovat tuplaantuneet lähes 5,2 miljardiin euroon vuodessa. Erikoissairaanhoidon käytetään kolmannes terveydenhuollon budjetistamme (THL 2011b). Alati kasvavat menot ovat yksi syy siihen, miksi leikkaustoimintaan on alettu viime vuosina kehittämään erilaisia nopean toipumisen ohjelmia, joiden pohjimmainen tarkoitus on potilaan nopeamman kotiutumisen kautta vapauttaa tehohoito- ja vuodeosastopaikkoja ja säästää rahaa.

Näitä leikkauksia varten kehitettyjä nopeutetun hoidon malleja kutsutaan esimerkiksi nimillä ”fast track”, ”rapid recovery” tai ”enhanced recovery”. Ensimmäisenä nuo mallit tulivat perä- ja paksusuolikirurgiaan, mistä ne ovat kehittyneet ja siirtyneet tai ovat siirtymässä muille kirurgian erikoisaloille. (Kehlet & Wilmore 2008, Spanjersberg ym. 2011.)

Itse Fast track –nimitys on peräisin Kehletiltä, mutta hän on itse sanonut ettei välitä millä nimellä malleja kutsutaan (Kehlet 2009). Fast track on sanakirjan mukaan substantiivina ”kurssi nopeaan etenemiseen tai menestykseen” ja verbinä ”nopeuttaa prosessointia, tuotantoa tai rakennusta maalin saavuttamiseksi” (Merriam-Webster 2011). Suomessa puhutaan yleisemmin ”fast track” –malleista. Suomessa ”fast track” –termin käyttö on kuitenkin villiä ja tarkoittaa yleensä paksu- ja peräsuolikirurgisten potilaiden hoitomallia. Suomen-kieliseksi termiksi on vakiintumassa nimitys nopeutetun hoidon

malli (Kellokumpu 2012). Tässä työssä nopeutetun hoidon malleista käytetään nimitystä malli.

Malleista tehty aiempi tutkimus on lähes pelkästään lääketieteellistä, vertaillen leikkaus- ja anestesiategniikoiden vaikutusta kotiutusaikoihin ja komplikaatioherkkyyteen (Wind 2006, Kehlet & Wilmore 2008, Varadhan ym. 2010, Spanjersberg ym. 2011). Potilastyytyväisyyttä ja potilaiden kokemuksia on tutkittu jonkin verran (Blazeby ym. 2010, Wennström 2010, Norlyk & Harder 2011, Taylor & Burch 2011). Hoitohenkilökunnan näkökulmasta aihetta on kuitenkin tutkittu erittäin vähän, vaikka ohjelmat painottavat esimerkiksi potilasohjauksen merkitystä joka vaiheessa, lisäten mahdollisesti hoitohenkilökunnan työmäärää (Jakobsen ym. 2006, Sjetne ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitohenkilökunnan kokemuksia nopeutetun hoidon malleista kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimus toteutetaan laadullisena, haastattelemalla kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajia. Hoitotyön näkökulma on valittu tutkijan oman mielenkiinnon lisäksi sen vuoksi, että tästä näkökulmasta ei aihetta ole aiemmin juuri-kaan tutkittu. Tutkimuksella saatua tietoa voidaan käyttää hyväksi näiden ohjelmien kehittämässä ja niiden jatkotutkimuksessa.

2 NOPEUTETUN HOIDON MALLIT

Nopeutetun hoidon malleista puhuttaessa ei voi olla mainitsematta Fast track -käsitteen isänä on yleisesti pidettyä tanskalaista kirurgia ja professoria Henrik Kehletia. Hän alkoi 90-luvulla arvostella sitä, että paksu- ja peräsuolikirurgian yleiset hoitokäytännöt eivät olleet näyttöön perustuvia ("evidence based medicine"). Kehlet ja hänen tutkijaryhmänsä julkaisi aineistoa niin nestehoidosta, paaston ja suolen tyhjennyksen merkityksestä, erilaisten dreeniin, laskuputkien ja nenä-maha-letkun tarpeettomuudesta sekä kivunhoidosta. He aloittivat "fast track" -mallinsa käyttöönoton vuonna 2000 tanskalaisessa Hvidovren sairaalassa. (Wilmore & Kehlet 2001, Kehlet & Wilmore 2008.)

Mallien perimmäinen ajatus oli nimenomaan jälkitautien eli komplikaatioiden vähentäminen ja kivuttomuus (Wilmore & Kehlet 2001). Komplikaatiot ovat kuitenkin hänen mukaansa estettävissä monitahoisella ja koko hoitoryhmän yhteistyöhön perustuvalla, näyttöön pohjautuvalla toiminnalla (Kehlet & Wilmore 2008). Mallien ideana oli jo lähtökohtaisesti se, että yksi tekijä ei ole ratkaiseva vaan potilaan toipuminen on monen tekijän summa (Fearon 2005, Kehlet & Wilmore 2008).

Malleissa leikkaustekniikat ovat pääsääntöisesti vähemmän kajoavia, eli leikkaukset tehdään joko pienemmistä viilloista tai jos mahdollista tähystystekniikalla (King ym. 2006, Faiz 2009, Wall & Mears 2009). Kivunhoitoon käytetään paljon erilaisia puudutuksia ja niihin yhdistettyä keskushermostoon vaikuttamatonta kipulääkehoitoa, jotta vahvojen kipulääkkeiden tarve ei viivästyttäisi kuntoutuksen aloittamista. Muutenkin anestesiategniikoissa kiinnitetään huomiota siihen, että palautuminen olisi mahdollisimman nopeaa. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi hoidetaan ennaltaehkäisevästi. (Fearon 2005, Kehlet & Wilmore 2008, Šerclová ym. 2009, Arsalani-Zadeh 2011.)

Potilaat lähtevät liikkeelle entistä nopeammin leikkauksen jälkeen, kun ennen leikkauksen jälkeen oltiin vuodepotilaina jopa vuorokausia. Nykyään isojenkin leikkausten jälkeen potilaat autetaan liikkeelle samana päivänä, jopa anestesian jälkivalvontayksiköissä. Ylösnousua helpottaa osaltaan se, että malleissa erilaisten lasku- ja imuputkien,

dreenien, merkitys on kyseenalaistettu. (Wilmore & Kehlet 2001, Kehlet & Wilmore 2008, Arsalani-Zadeh 2011.)

Mallien mukaisessa hoidossa pyritään säilyttämään ihmisen toimintakyky ja elimistön toiminta mahdollisimman normaalina (Wilmore & Kehlet 2001). Suolistoa ei tyhjennetä, vaikka sitä leikattaisiin – ennen tämä tehtiin lähinnä tekemään kirurgin työskentelystä miellyttävämpää. Suonensisäisessä nestehoidossa on siirrytty hillitympään linjaan entisaikojen runsaaseen leikkauksen aikaiseen nesteytykseen verrattuna. Ravintoa annetaan energiapitoisen juoman muodossa vielä leikkausaamuna, ja nesteiden ja ruuan nauttiminen alkaa leikkauspäivän iltana. Nenä-maha-letkua ei rutiinisti laiteta potilaalle edes vatsan alueen leikkauksissa. (Fearon 2005, King ym. 2006, Kehlet & Wilmore 2008, Arsalani-Zadeh 2011).

Potilas on näissä malleissa entistä vastuullisempi osanottaja oman toipumisensa kannalta (Sjetne ym. 2009). Mallien ohjelinjat painottavat potilasohjauksen tärkeyttä sekä ennen että jälkeen leikkauksen (Kehlet & Wilmore 2008). Potilasta on ohjattava mahdollisista leikkauksen jälkeisistä oireista, kuntoutuksen merkityksestä ja kivunhoidon tärkeydestä (Bryan & Dukes 2010).

Vaikka nämä mallit ovat suunniteltu nopeuttamaan kotiutumista, vähentämään jälki-tauteja ja säästämään siten rahaa, niiden käyttöönotto on ollut hidas. Perinteinen byro-kraattinen sairaalamaailma on vaikea ympäristö kokonaan uuden hoitokulttuurin käyttöönotolle. Kulttuurierotkin ovat vaikuttaneet ohjelman leviämisessä: kotimaassa Tanskassa mallien mukainen hoito kukoistaa, mutta Keski- ja Etelä-Euroopassa käyttöönotto on ollut hidasta ja kohtaa paljon vastustusta (Nygren 2005, Maessen 2007, Sjetne ym. 2009). Käyttöönotto vaatii koulutautumista ja ohjeistamista, niin johtoportaalta kuin hoidon toteuttajilta (Maessen 2007, Bryan & Dukes 2010). Potilaan hoidon tulee olla moniammatillista ja kokonaisvaltaista. Tiimityö on tärkeää ja tiimin jäsenten tulee olla sitoutuneita yhteiseen tavoitteeseen (Bryan & Dukes 2010, Taylor & Burch 2011).

2.1 Nopeutetun hoidon mallit hoitotyön näkökulmasta

Sjetne ym. (2009) tutkimuksessa hoitajat tiedostivat malliin käyttöön alkuvaiheessa liittyvän lisätyötä (vrt. Jakobsen ym. 2006) ja että se muutti monia käytänteitä ja rutiineja. Kuitenkin alkuvaiheen skeptisyyden jälkeen hoitajat kokivat mallit hyvin toimiviksi. Toimivuutta lisäsivät valmiit ohjelmat, mutta toisaalta ne veivät hoitajien mukaan yksilöllisyyttä pois hoitotyöstä.

Mallit muuttavat myös työnjakoa. Taylorin ja Burchin (2011) mukaan potilasohjaus sisältyi hoitohenkilökunnan tehtäviin ennen leikkausta, mutta Sjetnen ym. (2009) tutkimuksessa sen teki lääkäri. Jälkisoitto potilaille kotiutumisen jälkeen oli hyvä tapa ohjata potilaita tavallisimpien jälkioireiden hoidossa (Wennström ym. 2010). Tällainen käytäntö oli Taylor ja Burch (2011) aineistossa, ja he korostivat sitä, kuinka hoitohenkilökunnan ohjaustaitoja tarvittiin leikkauksen jälkeen aikaista enemmän.

2.1.1 Nopeutetun hoidon mallit preoperatiivisessa vaiheessa

Nopeutetun hoidon mallit sisältävät sekä suullista että kirjallista potilasohjausta leikkausta ennen (Sjetne ym. 2009, Bryan & Dukes 2010, Norlyk & Harder 2010). Sellaisia potilasohjauksen osa-alueita, joita ennen mallien käyttöön ottoa oli annettu postoperatiivisesti, siirrettiin preoperatiiviseen vaiheeseen. Bryan ja Dukes (2010) mainitsevat avannehoidon esimerkkinä tällaisesta ohjauksesta. Myös vertaistukea käytettiin potilasohjaukseen ja se koettiin hyväksi. Etukäteistieto ennen leikkausta sitoutti potilaat enemmän vastuuseen omasta hoitoprosessistaan (Taylor & Burch 2011).

Potilasohjauksessa tulee huomioida leikkauksen, kivunhoidon ja odotetun sairaalassaoloajan lisäksi tieto leikkauksen mukanaan tuomista vaikutuksista elimistöön (Norlyk & Harder 2010). Potilaan etukäteisvalmisteluihin mallissa ei kuulu aiemmin suoli- tai ylipäätään vatsan alueen leikkauksissa ollutta paastoa tai suolen tyhjennystä (Wennström ym. 2010, Taylor & Burch 2011).

2.1.2 Nopean toipumisen ohjelmat postoperatiivisessa vaiheessa

Valvontayksikössä ei käytetä rutiinisti kivunlievitykseen opiaatteja, eli vahvoja keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä¹ (Wennström ym. 2010). Nesteitä ja ruokaa potilas saa suun kautta niin nopeasti kuin mahdollista ja leikkauksen jälkeinen kuntouttaminen ja fysioterapia aloitetaan jo anestesian valvontayksikössä (Sjetne ym. 2009, Bryan & Dukes 2010, Wennström ym. 2010). Vuoteesta ylös nousu tapahtuu leikkauspäivänä ja liikkumisen määrä lisääntyy seuraavana päivänä (Wennström ym. 2010). Kaikki vieraat letkut, kuten kivunhoitoa varten olevat katetrit ja virtsarakkokatetri, pyritään poistamaan viimeistään toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä (Wennström ym. 2010). Sjetnen ym. (2009) tutkimuksen kohdeyksikössä gynekologisilta potilailta poistettiin virtsarakkokatetreita ja laskimokanyyleita myöten kaikki vieraat esineet jo anestesian valvontayksikössä.

Valvontayksiköstä poistuminen ja kotiutuminen ovat malleissakin yksilöllisiä, mutta mallien myötä se on tapahtunut perinteistä nopeammin. Tärkeä asia mallien toteutumiselle on standardoitu hoitotyön ohjelma jokaiselle päivälle, ja tässä ohjelmassa potilas on pääroolissa. Nopea kotiutuminen leikkauksen jälkeen korostaa potilaan omaa osuutta toipumisessa, ja malli jatkuu myös kotiutumisen jälkeen. Tätä kuvataan muutoksena, jossa potilaan leikkauksesta selviytymisen huoli vaihtuu toipumisen kurssiksi. (Norlyk & Harder 2011.)

Tiukka ohjelma leikkauksen jälkeen aiheuttaa jännitettä potilaissa, kun esimerkiksi omia kehontoimintoja pitää tarkkailla tarkasti. Omaisten tuki koetaan tärkeäksi ja nopeampi kotiutuminen koetaan positiivisesti. (Norlyk & Harder 2011). Bryan ja Dukes (2010) tekivät määrämuotoisen arvioinnin paikalliselle mallille, ja käyttivät toipumista edistääkseen postoperatiivisia puhelinsoittoja potilaan jo kotiuduttua. Potilaita kannustettiin myös itse soittamaan, mikäli heillä oli kysyttävää. (Taylor & Burch 2011).

¹ Kivunlääkityksen tulee kuitenkin olla potilaslähtöisesti hoidettava asia. Esimerkiksi Wennströmin ym. (2010) tutkimuksessa osa potilaista tarvitsi puudutuksen ja suun kautta otettava parasetamoli-valmisteen lisäksi tramadolia, joka on mieto opiaatti. Lisäksi tutkimuksessa joka kolmannella potilaalla oli sivuvaikutuksia epiduraalipuudutuksesta, kuten jalkojen puutumista.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia nopeutetun hoidon malleista ja niiden tuomista muutoksista hoitotyöhön. Tutkimuksella saatua tietoa voidaan käyttää jatkotutkimusten rakentamisessa sekä käytännön hoitotyössä, hoitotyön johtamisessa, organisoinnissa ja alan koulutuksessa. Saatua tietoa voidaan käyttää myös resurssien kohdentamisessa sekä hoitohenkilökunnan jatkokoulutustarpeen arvioinnissa.

Tutkimuskysymyksenä ovat:

1. Millaisia kokemuksia kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajilla on nopeutetun hoidon malleista?
2. Miten kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat kokevat nopeutetun hoidon mallien muuttaneen hoitotyötä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA ETENEMISEN KUVAUS

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen lähestymistapa sekä kuinka aineisto tutkimukseen hankittiin. Sen jälkeen kuvataan yksityiskohtaisesti, kuinka aineisto analysoitiin.

4.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimuksen näkökulma on laadullinen, koska tutkimuksen kohteena ovat sairaanhoitajien kokemukset, eikä aiheesta ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Laadullista tutkimusotetta käytetään usein silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä on vain vähän tai ei ollenkaan aiempaa tutkimustietoa (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2008).

Laadullisella tutkimuksella saadaan kuvailevaa tietoa ilmiöstä. Päämääränä on löytää ja paljastaa tosiasioita, ei todentaa olemassa olevia väittämiä. Tutkimuksen tulkinnallinen lähtökohta on yksilöiden todellisuus, jota tulkitaan ymmärtääksemme tutkittavaa aihetta. Tutkittavat antavat tutkittavalle asialle merkityksiä kuvaamalla omia kokemuksiaan aiheesta. (Polit & Beck 2012.)

4.2 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimusmenetelmän valitsevat tutkimuskysymykset (Kylmä & Juvakka 2007). Koska tutkimuskysymyksessä halutaan hoitohenkilökunnan kokemuksista nopeutetun hoidon malleista, on tutkimukseen osallistujien oltava sellaisia, joilla on tietoa ja kokemusta näistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla helmi-maaliskuun 2013 aikana gastroenterologiskirurgisen² vuodeosaston sairaanhoitajia (n=10). Haastateltavat valittiin kahdelta erikoissairaanhoidon osastolta samasta sairaalasta. Näillä osastoilla on toteutet-

² vatsaelinten sairauksiin keskittyvä kirurgia

tu nopean toipumisen mallia vatsan alueen leikkausten hoidossa neljä vuotta. Haastateltavat valittiin siten, että he ovat osaston vakituista henkilökuntaa, jolla on kokemusta näiden potilaiden hoidosta vähintään vuoden ajan. Lyhyen aikaa osastolla työskennelleet sairaanhoitajat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkittavilla on kokemusta ja tietoa ilmiöstä mahdollisimman paljon (Polit & Beck 2012). Haastateltaviksi haluttiin sairaanhoitajia, joilla on kokemusta nopeutetun hoidon malleista vähintään vuosi ja jotka hoitavat potilaita kaikissa osastohoidon vaiheissa. Heidän tuli olla osastojen vakituista, vuorotyötä tekevää henkilökuntaa, eli muilla osastoilla kiertäviä sisäisiä sijaisia tai pelkästään yövuoroja tekeviä ei kelpuutettu joukkoon. Lähi- ja perushoitajia ei haluttu mukaan, koska haluttiin kokemuksia koko mallista kokonaisuudessaan, eikä heillä olisi ollut esimerkiksi lääke- ja nestehoidosta riittävää kokemusta.

Kymmenen haastattelua katsottiin riittäväksi määräksi. Määrää olisi kasvatettu, mikäli uutta tietoa olisi tullut. Samat asiat kuitenkin alkoivat toistua, eikä kymmenes haastattelu enää tuonut uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, Polit & Beck 2012). Laadullisessa tutkimuksessa ei etsitä tilastollisia säännönmukaisuuksia, vaan jo muutamaa henkilöä haastatteleamalla voidaan saada merkittävää tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2008).

Haastateltavien saamiseksi oltiin yhteydessä kyseisten osastojen lähiesimiehiin, jotta he voisivat ehdottaa mahdollisia haastateltavia. Lisäksi heidän kanssaan sovittiin pelisäännöistä haastattelujen toteuttamiseksi. Haastattelut tehtiin haastateltavien haluamassa paikassa siten, että siitä ei aiheutunut osaston toiminnalle haittaa, eli esimerkiksi haastateltava työvuoron päätteeksi tai heti sen alussa. Haastattelijoille kerrottiin tutkimuksesta saatekirjeen (liite 1) mukaisesti ja sovittiin heidän suostuessaan aika ja paikka. Lisäksi annettiin tutkijan yhteystiedot mahdollisten kysymysten tai peruutuksien vuoksi.

Esimiesten avulla löytyi viisi haastateltavaa. Loput kysyttiin henkilökohtaisesti mainittuja kriteerejä käyttäen. Kaikille selvitettiin tässä vaiheessa tutkimuksen tarkoitus ja osallistumisen vapaaehtoisuus. Haastateltavien ei tarvinnut valmistautua etukäteen haastatteluun. Haastateltaviksi löytyi kymmenen sairaanhoitajaa, joiden kokemus hoitotyös-

tä oli 5—28 vuotta. Kaikki olivat olleet osastolla töissä kun nopean toipumisen mallit olivat otettu käyttöön, joten kaikilla oli kokemusta ajasta ennen ja jälkeen mallien käyttöönoton.

Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja kullekin haastattelulle varattiin tunti aikaa. Teemat haastatteluun valittiin aiemman kirjallisuuden pohjalta, tutkijan kandidaatintutkielmana tekemästä mukaellusta kirjallisuuskatsauksesta. Kysymyksille ei ollut valmista tarkkaa muotoa tai esittämisyjärjestystä (Hirsjärvi & Hurme 1985, 36). Teemahaastattelussa haastattelija varmistaa, että ennaltamäärätyt aihealueet eli teemat käydään läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelujen kesken (Eskola & Vastamäki 2010).

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä tuo tutkittavien oman äänen kuuluviin ja heidän tulkinnat asioista ovat olennaisia. Haastattelun etuna on sen joustavuus: haastateltavat tulevat huomioitua, vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin ja haastateltavat voivat vastata omin sanoin. (Hirsjärvi ym. 2008, Hirsjärvi & Hurme 1985.)

Tutkimuksen ensimmäinen haastattelu ajoitettiin siten, että samana päivänä ei tehty muita haastatteluja. Se toimi esihaastatteluna, jonka jälkeen haastattelurunkoa olisi ollut vielä mahdollista tarkistaa (Hirsjärvi ym. 2008). Haastattelurunko toimi hyvin jo ensimmäisessä haastattelussa, joten siihen ei tehty muutoksia. Näin tämä esihaastattelukin voitiin ottaa mukaan analyysiin.

Vielä ennen haastattelun aloitusta haastateltaville annettiin tieto tutkimuksesta kirjallisena (liite 1) ja suullisesti. Vastaaminen tapahtui anonyymisti eikä yksittäistä haastateltavaa pysty lopullisesta työstä tunnistamaan. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, ja siitä pystyi jättäytymään pois missä tahansa vaiheessa (Mäkinen 2006, 95).

Haastattelut nauhoitettiin digitaalisella sanelukoneella, joita oli haastattelutilanteessa mukana kaksi vaihtoparistoineen. Haastatteluille oli varattu tunti aikaa, ja niiden kesto oli lopulta 18—49 minuuttia.

4.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan aineistoa mahdollisimman avoimesti, pohtien mitä se kertoo tutkimusilmioista. Lähtökohtana analyysissä on aineiston tiivistyminen eli abstraktiotason nouseminen. Analyysillä muutetaan aineisto tutkittavan asian teoreettiseksi kuvaukseksi (Kylmä & Juvakka 2007).

Ensimmäisenä haastattelut litteroitiin sanasta sanaan. Puhtaaksikirjoitettua aineistoa syntyi 68 sivua (A4, fontin koko 12, riviväli 1,5). Litterointi tehtiin kuuntelemalla aineisto kolmeen kertaan. Ensimmäisellä kerralla kirjoitettiin koko aineisto, toisella kuuntelukerralla korjattiin kirjoitusvirheitä ja kolmannella kerralla vielä kuunneltiin kerran koko aineisto läpi samalla tekstiä seuraten, varmistaen että haastattelut ja teksti ovat yhdenmukaisia (Kylmä & Juvakka 2007).

Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Siinä analysoidaan niin puhtaaksi kirjoitettua haastatteluaineistoa ja tarkastellaan asioiden merkityksiä, seuraamuksia ja yhteyksiä (Elo & Kyngäs 2008, Hirsjärvi ym. 2008). Aineistoista etsitään toistuvia ilmauksia, joita yhdistetään alakategorioihin ja näitä edelleen yläkategorioihin. Tarkoituksena on saada koko aineistoille yhdistävät pääluokat (Tuomi & Sarajärvi 2006, Elo & Kyngäs 2008, Karttunen & Vehviläinen–Julkunen 2009).

Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Se saattoi olla virke, lause tai osa lausetta. Aineistolähtöinen analyysiprosessi kuvataan pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointia. Pelkistettäessä koodattiin ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimuskysymykseen. Ryhmittelyvaiheessa näitä ilmaisuja ryhmiteltiin sisällön mukaan. Näille ryhmille eli kategorioille annettiin niitä kuvaavat nimet, eli aineistoa abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin jo tässä vaiheessa. Nämä alakategoriat yhdistettiin samasisältöisiksi yläkategorioik-

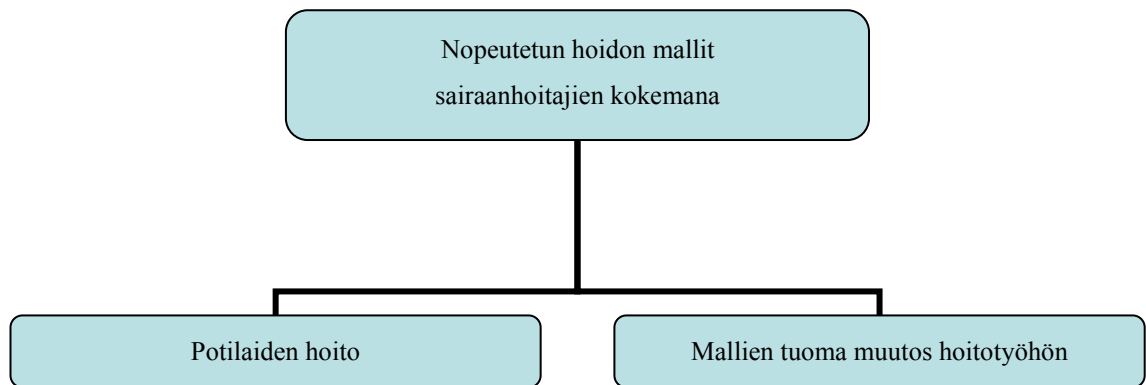
si, jotka edelleen nimettiin niiden sisällön mukaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Elo & Kyngäs 2008)

Lopuksi yläkategorioista muodostettiin pääkategoriat, joiden yhdistäväksi kategoriaksi muodostuu tutkimuskysymystä vastaava kategoria. Tulokset esitään kaavakuvana. Esimerkki analyysiprosessista löytyy liitteestä 2.

5 NOPEUTETUN HOIDON MALLIT SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia nopeutetun hoidon malleista ja niiden tuomista muutoksista hoitotyöhön. Tutkimustulokset esitetään aineistolähtöisellä sisällön analyysillä tehtyjen ylä- ja alakategorioihin ryhmittelyjen avulla. Ensimmäisessä osassa kuvaillaan sitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat potilaiden hoitamisen nopeutetun hoidon mallien mukaisesti ja millaisia hoitotyön toimintoja he nostavat esille. Toisessa osassa kuvaillaan sitä, millaisia muutoksia mallit ovat tuoneet hoitotyöhön. Siinä kerrotaan, kuinka hyvin mallit sairaanhoitajien kokemana toteutuvat, millaisia esteitä niiden toteutumiselle on ja kuinka he näkevät niiden tulevaisuuden.

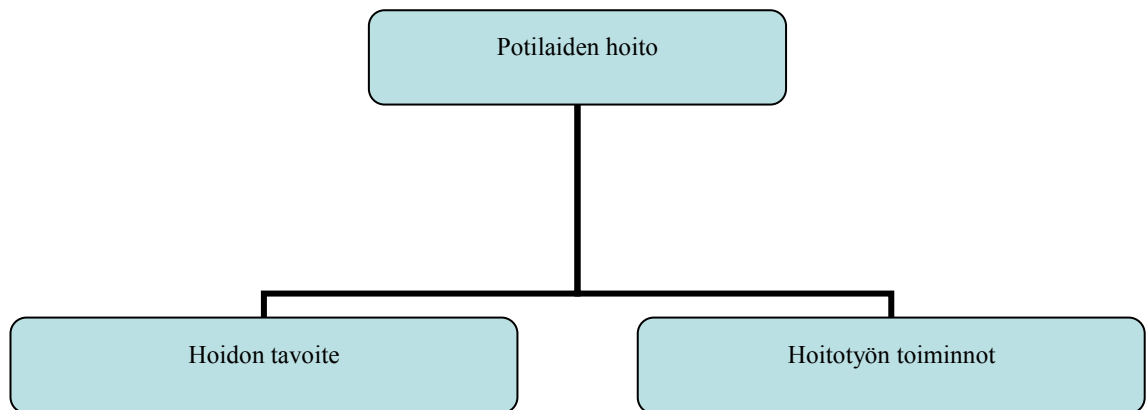
Sairanhoitajien kokemukset malleista jakautuivat kahteen pääkategoriaan, potilaiden hoitoon ja mallien tuomaan muutokseen hoitotyöhön. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Sairanhoitajien kokemusten jakautuminen pääkategorioihin.

5.1 Potilaiden hoito nopeutetun hoidon mallien mukaisesti sairaanhoitajien kokemana

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on nopeutetun hoidon malleista. Kokemuksien pääkategorian kuvaavaksi nimeksi muodostui *potilaiden hoito*. Potilaiden hoito jakautuu *tavoitteeseen* ja *hoitotyön toimintoihin* (Kuvio 2). Toiminnot ovat keinoja päästä tavoitteeseen.



Kuvio 2. Potilaiden hoito jakautuu tavoitteeseen ja hoitotyön toimintoihin.

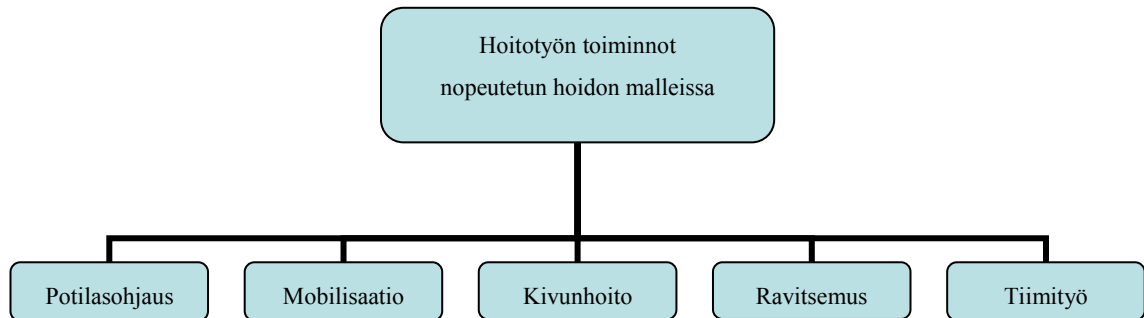
Nopeutetun hoidon tavoitteena on nopeampi toipuminen ja nopeampi kotiutuminen. Potilaat ovat lyhyen aikaa anestesian jälkivalvonnassa eli heräämössä sekä lyhyemmän aikaa osastolla. Siellä ”tehdään semmosia asioita että se potilas kotiutus mahdollisimman nopeesti.” Koti on potilaan paras paikka toipua leikkauksesta.

Sairanhoitajien mukaan nopeutetun hoidon mallit ovat kokonaisvaltaisia ja moniammatillisia. Hoitoon osallistuvilla pitää olla yhteinen päämäärä, jossa kaikki ovat sitoutuneita noudattamaan mallia. Sairanhoitajilla pitää olla järjestelmällisyyttä, joka auttaa hoidon kokonaisvaltaisuuden hallinnassa.

Hoitajan täytyy olla tietonen, että ei silleen että toinen tekee toista ja toinen toista, eli tietoisuus koko osastolla, yhteinen päämäärä.

Viimesen päälle jos haluaa vetää ni tietynlainen järjestelmällisyys on hyvä ominaisuus.

Hoitotyön toimintoja ovat hoitajien mukaan *potilasohjaus* ennen ja jälkeen leikkauksen, *mobilisaatio* ja fysioterapia, *kivunhoito* ja sen tarkkailu, *ravitsemus* ja sen tarkkailu sekä *tiimityö* niin kollegiaalisesti kuin moniammatillisestikin (Kuvio 3).



Kuvio 3. Hoitotyön toiminnot malleissa sairaanhoitajien kokemana.

Potilasohjaus

Potilasohjausta pidetään tärkeänä. Haastatellut kokevat, että ”kaikki aloitetaan aikaisemmin.” Potilasohjaus painottuu etukäteisohjaukseen. Sitä kuitenkin tehdään hoidon joka vaiheessa, mutta sen luonne on muuttunut. Leikkauksen jälkeinen potilasohjaus koetaan nykyisin kannustavammaksi aikaisempaan potilasohjaukseen verrattuna. Potilasohjaus tapahtuu vastavuoroisesti, eli siinä potilas aktivoi sairaanhoitajaa mukaan kuntoutukseen.

Potilaat käyvät erillisillä ohjauksikäynnillä kirurgin, anestesia lääkäriin ja fysioterapeutin luona. Sairaanhoitajat kokevat, että heidän antamansa potilasohjauksen määrä leikkauksen jälkeen on vähentynyt mallien käyttöönoton jälkeen. Suullisen potilasohjauksen lisäksi annetaan kirjalliset hoito-ohjeet. Muitakin leikkauspotilasryhmiä käy tällaisella etukäteiskäynnillä, mutta nopeutetun hoidon malleissa etukäteisohjaus on räätälöity jo valmiiksi nopeampaa hoidon etenemistä ajatellen. Sairaanhoitajien mukaan potilaat sisäistävät ohjeet melko hyvin, ja osaavat odottaa hoidon edetessä siihen kuuluvia asioita.

He on saanu sitä ohjausta ennen leikkausta, hyvällä ajalla. Käyny sen pre-polikäynnin jonka minä nään niinku tärkeenä, jossa ne on saanu ne eri erikoisalainformaatiot, lääkärit ja fysioterapeutit, ni ne on jotenkin niinku valmistautuneempi ja sitten ne tietävät mitä heiltä kuuluu odottaa ja mitä kuuluu siihen nopeaan toipumiseen.

Leikkauksen jälkeen potilasohjaus sisältyy hoidon jokaiseen vaiheeseen ja osaluueeseen. Potilasohjaus sisältää myös *mobilisaatioon* ohjausta, kuten ylösnousemisen ohjausta, pulloon puhallusta ja muuta fysioterapiaa. Päivän tavoitteet ja ohjelmat ohjataan potilaille. *Kivunhoidosta*, kivun seurannasta, muusta lääkehoidosta sekä haavanhoidosta tarvitaan etukäteen annetusta potilasohjauksesta huolimatta kertausta osastolla. Myös *ravitsemukseen* liittyvissä asioissa tarvitaan potilasohjausta. Potilasohjauksen kattavuudessa painottuu *tiimityön* merkitys.

Ei ole tarvis niin paljon ohjata. Mutta kyllä me tehhään varmaan ne ohjaukset mutta jos sillä potilaalla on jo se valmius, niinku hän jo tietää että 'niinhän me lähetäänki liikkeelle' Jollailailla niinku helpompaa ois se ohjaus. Mutta kyllähän sitä tehhää kuitenkin kokoaja. Puhutaanhan sitä, katetri pois, että jos on lukenu ne ni tietää että näin tapahtuu.

Etukäteen annettun potilasohjauksen myötä potilaista on tullut aktiivisempia. Aiemmin potilas oli passiivinen ja vastaanottava, kun nyt etukäteisohjauksen myötä he tietävät mitä on ohjelmassa, mitä tavoitteisiin kuuluu ja kuinka niihin päästään. Etukäteen annettu ohjaus motivoi sairaanhoitajien mukaan potilaita. Aiemmin potilaat ovat olleet arkoja lähtemään liikkeelle, eivätkä ole tienneet mikä on sallittua ja mikä ei.

Itse nään sen että jotenki se potilaan mukaan ottaminen siihe ja sen, että sitä on ohjattu ennen leikkausta esimerkiksi siitä pulloon puhalluksista, ni se tietää niistä ja se osaa niistä kysyä. Nään että se potilas ei oo se vastaanottaja sillo passiivisesti vaan se potilas on siinä aktiivinen. Hoitaja on siellai vuorovaikutteinen siinä. Välillä on sellane että potilas voi aktivoida hoitajaakin siinä.

Potilasohjauksen runsaan määrän vuoksi muistisairaat potilaat eivät sovellu nopeutettuun malliin. Päivystyspotilailla etukäteen annettu potilasohjaus jää pois, sitä ”ei oo päivystyspotilaille annettu.”

Mobilisaatio

Mobilisaatio on tärkeä nopean toipumisen mallien hoitotyön toiminto. Jo ennen mallien käyttöönottoa potilaita on pyritty mobilisoimaan mahdollisimman varhain. Mallien myötä ”suurinpiirtein kun tulee leikkaussalista, jos on vähänki sen vointinen ni on nostettu ylös.” Potilaat ovat olleet (tai heitä on ”makuutettu”) aiemmin vuoteessa ainakin toiseen leikkauksen jälkeiseen päivään asti. Nopeutetun hoidon mallien myötä mobilisaation merkitys on korostunut. Potilaatkin ovat entistä aktiivisempia ylös nousemisen ja liikkumisen suhteen. Mobilisaatiota aloitetaan jo heräämövaiheessa ja tämä auttaa potilaan jatkohoidossa osastolla – ”heräämössä pohjustettu työ auttaa osastolla.” Myös ennen leikkausta saatu etukäteisohjaus helpottaa mobilisointia ja motivoi potilaita liikkumaan aktiivisemmin.

Jos aattelee sitä aikaa ku tuota fast trackia ei vielä ollu, niin ei niitä nostettu ylös sillon leikkauspäivän iltana. mobilisointi lähti paljon hitaammin käyntiin. Ne makas seuraavaan päivään.

Mobilisaatiota ja muuta fysioterapiaa helpottaa nopeutetun hoidon mallien ajatus erilaisien katetrien, kuten virtsakatetrien ja leikkausalueen laskuputkien vähentynyt käyttö ja nopeampi poistaminen. Viimeistään siinä vaiheessa, kun potilaan on päästävä vessaan, on ylösnousu välttämätöntä. Ennen nopeutetun hoidon malleja lähes kaikilla leikkauspotilailla oli virtsakatetri, nykyisin vain yksilöllisen tarpeen mukaan. Epiduraalipuudutukseen³ ei ole este virtsakatetrin pois jättämiselle, kuten ennen ajateltiin. Katetreja ei siis nykyisin välttämättä laiteta ollenkaan tai ne poistetaan potilaalta mahdollisimman varhain, esimerkiksi jo heräämössä.

Potilaat jalkeille mahdollisimman nopeesti! Jos on potilaalla vielä katetri, niin katetri pois että potilas käy virtsaamassa ihan normaalisti.

³ Potilaan selkään epiduraalitalaan viedään neulan avulla ennen leikkausta ohut muovinen katetri, jonka kautta annostellaan leikkauksen jälkeen ruiskupumpulla puudutetta tai puudutteen ja kipulääkkeen seosta. Se aiheuttaa vyöhykemäisen puutumisen leikkausalueelle, vähentäen merkittävästi muun kipulääkityksen tarvetta ja sivuvaikutuksia. (Tunturi 2013.)

Mobilisaatiota vaikeuttaa sairaanhoitajien mukaan potilaiden huonovointisuus tai motivaation puute. Potilaan huonovointisuutta helpotetaan esimerkiksi pahoinvointilääkkeillä. Mikäli potilas on leikkauksesta ja siihen liittyvästä anestesiasta niin väsynyt ja voimaton, että mobilisaatio ei onnistu, myös sängyn päädyn nostaminen tai vain sängyn laidalla istuminen on sairaanhoitajien mielestä askel eteenpäin. Lisäksi potilaita ohjataan tekemään erilaisia verenkiertoa parantavia periferialiikkeitä sängyssä, eli jalkojen ja käsien liikuttelua.

Potilaan ja fysioterapeuttien yhteistyö ohjauksen ja kuntoutuksen muodossa on tärkeää mallien toteutumisen kannalta. Yhteistyö sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien välillä on tärkeää ja fysioterapeutteja kaivataan myös iltavuoroon, sillä he ovat nykyisin haastateltujen yksikössä töissä vain aamuvuoron. Iltavuorossa kuntoutuksen toteuttaminen ja fysioterapian potilasohjaus on pelkästään sairaanhoitajien (ja myös nimikesuojattujen hoitajien) vastuulla. Sairaanhoitajien ohjaama ja toteuttama fysioterapia näkyy myös siinä, että pulloonpuhallusharjoituksia keuhkojen toiminnan palauttamiseksi toteutetaan nyt kaikille potilaille. Ennen malleja, hengitysharjoitukset olivat vain tiettyjen potilasryhmien ohjelmassa. Mallien myötä hengitysharjoitusten potilasohjaus on tehostunut.

Se ilta on semmonen taas, semmonen kysymysmerkki. Että kyllähän niitä mobilisois ja tekis vaikka mitä fast track –periaatteitten mukaan jos vaan ois niitä resursseja ja potilaat tulis ajoissa osastolle ja ois henkilökuntaa. Ja potilaat ois siinä kunnossa että pystys tekemään.

Mallien vaatima mobilisaatio ja potilaiden runsas liikuntaan käytettävä aika askarrutti sairaanhoitajia mallin käyttöönotossa. Malleissa on määritelty tuntimäärät, joka potilaiden pitäisi olla liikkeellä leikkauksen jälkeen päivittäin. Vanhan mallin pois oppiminen koettiin haasteellisena: Oli totuttu siihen, että leikkauspäivän iltana potilaita ei tarvitsisi mobilisoida. Sairaanhoitajat kokevat, että vanhan tavan pois oppimisessa ja uuden mallin omaksumisessa oli paljon tehtävää. Nyt mobilisaatiosta on tullut osa normaalia työtä.

Kivunhoito

Kivunhoito on muuttunut mallien käyttöönoton myötä. Sairaanhoidtajien rooli potilaiden ”puolesta puhujia” kivun hoidossa korostuu. Mallien ennalta määritelty lääkehoitoprotokolla aiheuttaa sairaanhoidtajien mielestä sen, että potilaiden yksilöllisten vaihteluiden kanssa pitää olla aiempaa tarkempana.

Nykyisin kivunhoidon seuranta on aiempaa aktiivisempaa. Erilaisia kipumittareita käytetään potilaan kivunhoidon arvioinnissa ja vaikutusten seurannassa. Sairaanhoidtajien täytyy olla aktiivisia lääkityksen sivu- ja haittavaikutusten havainnoinnissa, sillä liian voimakas kipulääkitys väsyttää ja siten hidastuttaa kuntoutumista. Liian pieni kipulääkitys ei myöskään mahdollista tehokasta kuntoutumista. Ennen malleja, kun osastolla olo aika oli pidempi, ei kivunhoidon tarkkailu korostunut samalla tapaa.

Sillee iät ajathan me tietysti potilaan puolestapuhujia ollaan oltu, mutta kyllä minusta se nykyään on se kivun mittaus tulossa vaikka on siitä kymmeniä vuosia puhuttu. Kyllä me viestitetään jos se potilas ei silloin sitä saa että nyt tässä on riittämätön se kivunhoito, että pitäis saaha apua. Se on sitä ammattitaitoa se että kyllä se kivunhoito pitää olla kunnossa, kyllä se on niinku sen sairaanhoidajan ammattitaitoa kysyä sitä kivunhoidon apua potilaan puolesta. Siinä mielessä se on muuttunu. Ennen todettiin että teillä on tämä lista.

Potilailta poistetaan nykyisin kivun hoitoa varten, leikkausta ennen asetettu epiduraalikatetri aiemmin kuin ennen. Vaikka itse katetri tai siihen liitetty ruiskupumppu kulkisivat mukana, jokainen letku tai katetri potilaassa lisää kynnyistä liikkeelle lähtöön. Epiduraalipuudutuksen sivuvaikutuksena voi tulla myös alaraajojen voimattomuutta, varsinkin suurilla puudutusannoksilla. Tällöin mobilisaatio on vaikeampaa, koska sairaanhoidtajien tulee olla varmistamassa potilaan liikkumista koko ajan.

Ravitsemus

Ruokailun ja ravinnon merkitys on mallien myötä korostunut. Mallin tarkistuslistoissa on ohjeistettu potilaan ruokailuun liittyvät asiat, eikä liemi- tai normaaliruokien aloittamiseen potilaille tarvitse erikseen kysyä ohjeistusta lääkäriltä: ”Ne alottaa ruokailut ihan eri tahtiin ku ennen, ennen ootettiin lääkärin lupa sille ruokailulle.”

Suolen normaalia toimintaa ylläpidetään koko hoidon ajan, tai ainakin palautetaan normaaliksi mahdollisimman pian. Myös kaikki muu hoito tähtää sairaanhoitajien mukaan suolen normaaliin toimintaan: varhainen liikkeelle lähteminen, runsas liikkuminen leikkauksen jälkeen sekä suolen toimintaa tukevat lääkkeet. Malliin liittyvän purukumin pureskelu on joillekin potilaille vierasta⁴. Vanhemmat potilaat eivät ole tottuneet purukumin pureskeluun.

Tiimityö

Tiimityön merkitys on kasvanut nopeutetun hoidon mallien käyttöönoton myötä. Sairaanhoitajien mukaan yhteistyötä on aiemminkin tehty fysioterapeuttien kanssa, mutta nyt se korostuu aiempaa enemmän varhaisen mobilisaation vuoksi.

Sairaanhoitajat kokevat, että mallien mukainen hoito ei voi toimia, ellei koko hoitohenkilökunnalla ole yhteinen päämäärä. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla sitoutuneita mallin mukaiseen hoitoon. Mallien mukaisessa hoidossa ollaan ”yhteisellä asialla”, joka on lähdettävä käyntiin jo heräämövaiheessa. Siellä aloitettu mallin mukainen hoito lääkityksineen ja kuntoutuksineen antaa pohjan osastolla tehtävälle työlle. Sairaanhoitajien mukaan myös lääkäreillä on oltava samat tavoitteet kuin muulla tiimillä.

⁴ Purukumin tarkoitus on lisätä syljen eritystä ja siten parantaa suolen toimintaa.

Kaikkien osapuolien siihen tulee olla sitoutuneita. Se on tärkeää tässä. Ne prepolikäynnit, leikkaussali ja heräämö ennen kaikkea. Mutta sitte täällä osastollakin on fysioterapeutti ja lääkärit ja hoitohenkilökunta, just tää yhteinen että ollaan yhteisellä asialla. Se on niinku se tae jatkossakin että se onnistuu.

5.2 Nopeutetun hoidon mallien tuomat muutokset hoitotyöhön sairaanhoitajien kokemana

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, millaisia muutoksia sairaanhoitajat kokevat mallien tuoneen hoitotyöhön. Se nousi luontevasti toiseksi pääkategoriaksi.

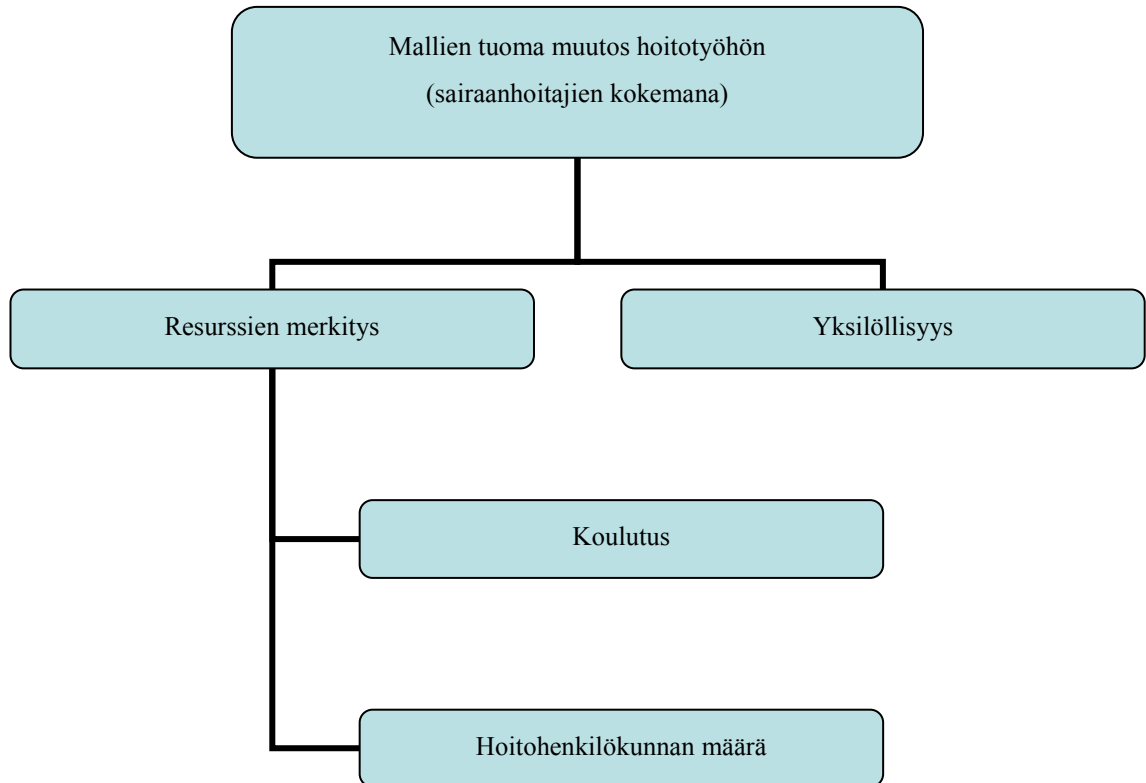
Haastatellut sairaanhoitajat kokevat, että nopeutetun hoidon mallien tuomat muutokset hoitotyöhön eivät ole suuria. Kaikkia potilaita pitää sairaanhoitajien mukaan hoitaa mallien periaatteiden mukaan, ja samoja periaatteita on kirurgisessa hoitotyössä toteutettu jo ennen mallien käyttöönottoa. Mallien käyttöönotto on kuitenkin kiinnittänyt sairaanhoitajien huomion mallien pääperiaatteisiin.

Kaikkihan ne (potilaat) periaatteessa sillä periaatteella hoidetaan, mutta varsinkin jos sinne on mainittu se että fast track -periaatteet, niin kyllä siinä sitte terästäydään.

Se saattaa olla että se fast track -sana meitä ohjeistaa jotenki vielä niinku aktiivisempaan toimintaan.

Potilaat valikoidaan nopeutetun hoidon mallien mukaan hoidettavaksi. Kirurgi on etukäteen valikoinut potilaista ne, jotka hän arvioi soveltuvan malleihin. Potilasasiakirjoista on löydyttävä merkintä siitä, että potilas on hoidettava mallin mukaisesti.

Mallien toteutumisen edellyttää hoitajien mukaan riittäviä *resursseja* sekä *yksilöllistä*, potilaslähtöistä hoitamista. Resurssit jakaantuvat *koulutuksen tarpeeseen* sekä *henkilökunnan määrään*. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Edellytyksen mallien toteutumiseksi sairaanhoitajien kokemana

5.2.1 Resurssien merkitys

Riittämättömät resurssit, eli liian vähäinen *koulutus* malleista ja liian vähäinen *henkilökunnan määrä* osastolla ovat esteitä niiden toteutumiseksi. Riittämättömillä resursseilla malleja toteutetaan vain osittain, sillä asioita on laitettava tärkeysjärjestykseen. Tällöin ensimmäisenä jäävät pois mobilisaatio ja muu kuntoutus.

Hoitotyö on nykyisin nopeatahtista: ”Potilaita tulee ja menee.” Lyhentyneet hoitoajat mahdollistavat leikkauksen tulevien potilaiden määrän lisäämisen. Lisäksi potilaat ovat entistä sairaampia.

Kyllähän ne välttämättömyydet ensin tehdään ja sitten kuntoutukset. Mutta kyllähän se on tärkeä asia, kyllähän mää sen koen että se on todella tärkeä.

Koulutus

Koulutusta malleista pidetään tärkeänä. Mallien käyttöönottovaiheessa niistä oli haasteltujen osastoilla hyvin vähän koulutusta, eikä se ollut kaikkien saatavilla. Koulutus toteutettiin iltapäiväkoulutusten tai osastotuntien yhteydessä. Lisäksi käyttöön otettiin kirjalliset ohjeet ja erilliset tarkistuslistat. Sairaanhoitajat kaipaavat koulutusta myös myöhemmässä vaiheessa. He kaipaavat myös arviointia mallien toteutumisesta ja toimivuudesta. Uudet sairaan-, perus- ja lähihoitajat ja opiskelijat on myös koulutettava mallien mukaiseen hoitotyöhön. Sairaanhoidajien mielestä uusia työntekijöitä ei kouluteta tarpeeksi, vaan vastuu mallien omaksumisesta jää perehdyttäjälle ja uudelle työntekijälle.

Meillä oli silloin ku tätä sissään ajettiin silloin oli sitä koulutusta. mutta ei sitä sen jälkeen oo ollu minkään näköstä. Ehkä varsinkin noille meidän uusille hoitajille pitäis olla.

Semmonen kertaus ja koottu yhteen niitä kokemuksia että miten on pärjätty ja mitä vois kehittää vielä, semmosta ois ollu kiva saada.

Osastoilla olevat nopeutetun hoidon malli -ryhmät, eli nimetyt vastuuhoidajat pidetään tarpeellisena, mutta sairaanhoitajat muistuttavat myös siitä, että tieto ei voi olla vain yksittäisten ihmisten hallussa. Koko henkilökunta on saatava yhtäläillä koulutettua ja tietoiseksi, sillä malleissa korostuu yhteinen päämäärä: potilaan nopeampi kotiutuminen.

Hoitohenkilökunnan määrä

Mallien toteutuminen vaatii riittävästi henkilökuntaa. Mallien käyttöönottovaiheessa sairaanhoitajat olivat keskustelleet resurssien lisäämisen tarpeesta. Mobilisaatio eli varhainen ylös nouseminen ja runsas liikkuminen ovat vaikea toteuttaa normaaleja kirurgisen vuodeosaston resursseja lisäämättä. Sairaanhoitajat olivat ehdottaneet käytännön ratkaisuksi fysioterapeuttipalveluiden saamista myös iltavuoroihin, koska suurin osa päivän leikkauspotilaista tulee osastolle illalla ja heidän mobilisaationsa aloitetaan tuol-

loin. Sairaanhoitajien mielestä henkilökuntaresursseja ei ole lisätty haastateltujen yksiköihin.

Monet meidän potilaat on huonovointisia, pahoinvoivia, silloin leikkausiltaan, ja monet tulee niin myöhään ettei siinä oo enää resursseja mobilisoida heitä. Silloin ku tästä fast track –ajatukselta puhuttiin ja sen tarkoituksesta, ni puhuttiin myös näistä resursseista mitä osastolla on. Me hoitajat puhuttiin siitä että oisko mahdollista saada fysioterapeuttia illaksi kans. Mutta ei sitä vaan oo näkyne.

Alkuun kun tämä tuli niin sitä ajatteli että ei riitä resurssit ja ettei se oo välttämättä mahdollistakaan jos joka potilaalla tätä tehdä. Mutta sitte ajan kuluessa ni huomaamatta menee kun vaan ottaa että se kuuluu siihen hoitoprosessiin tällä potilaalla... niin emmää ois huomannu että se multa veis enempi.

Aika ei riitä kaikkeen mitä sairaanhoitajat haluaisivat tehdä. Sairaanhoitajat ovat sitoutuneet malliin, mutta henkilökunta ei aina riitä sen täydelliseen toteuttamiseen. Sairaanhoitajat kuitenkin tiedostavat, että ”asiat eivät ole aina niin minuutillien.”

No eihän aika taho riittää. Mutta kyllä sen huomaa että jos niihin pariin postoperatiiviseen päivään panostaa ni ne potilaat sitte itekseen liikkuvat käytävillä ja nopeammin kuntoutuvat jos niihin pariin päivään on panostanut.

5.2.2. Yksilöllisyys

Potilaiden kuntoutuminen leikkauksesta on yksilöllistä. Nuoremmat ja paremmassa peruskunnossa olevat potilaat toipuvat nopeammin. Myös iäkkäimmistä ne potilaat, joilla ei ole vakavia perussairauksia, toipuvat leikkauksista nopeammin.

Potilaat voivat olla väsyneitä, pahoinvoivia tai kivuliaita leikkauksen jälkeen. Tällöin mallin mukaista hoitoa ei voida toteuttaa. Myös potilaan oma motivaatio on tärkeää. Sairaanhoitajan rooli potilaan kuntoutuksessa on kannustava, mutta ”jos joku ei halua nousta niin eihän sitä sieltä ylös saa.”

Lääkehoidon rutiinimaisuus ja ruokailujen ohjeistus on yksilöllisyyttä vähentävä tekijä malleissa. Potilaiden yksilöllisten erojen huomioiminen kipulääkityksessä on tärkeää. Suolen toiminnassa on yksilöllisiä eroja, eritoten vanhemmilla potilailla. Osalle potilasta tulee kiinnikkeitä⁵ helpommin kuin toisille. Osa potilaista ei pidä liian kiinteistä ruuista, vaan haluavat syödä liemiruokia myös sen jälkeen, kun he ovat saaneet luvan syödä myös niin sanottua normaalia ruokaa.

Tietenki yksilöllisesti piti katkoa ne asiat, ettei kaikilta potilailta voi ottaa kestopatenttia kaikilta toisena päivänä pois.

Sairaanhoitajien mukaan osastolla potilaat hoidetaan yksilöllisesti, vaikka mallin ohjeistukset ovat taustalla. Jos potilaan tarpeet poikkeavat mallin ohjeistuksista, toimitaan potilaan ehdoilla. Mallia kuitenkin tarjotaan kaikille, perustellen ja ohjaten.

Kriteerit on niin tarkat siinä, että tulee ehkä semmonen liiallinen kokonaisuusharha. Ehkä yksilöllisyyttä siinä toipumisessa kaipais kuitenkin lisää. Mutta se on sen fast trackin tarkoituskin varmaan että siinä on luotu niinku se tietty karsina miten tässä mennään yksilöllisesti.

Nopeutetun hoidon mallit koetaan positiiviseksi asiaksi ja ne ovat tulleet jäädäkseen. Niiden käyttö lisääntyy tulevaisuudessa. Sairaanhoitajat arvelevat kuitenkin, että kaikki potilaat eivät tulevaisuudessakaan sovellu hoidettavaksi nopeutetulla tahdilla. Myös leikkauksen laajuudella on merkitystä. Isot leikkaukset eivät sovellu nopeutetun hoidon mallien kaavaan.

Valoisa tulevaisuus. Mahdollisimman potilaidenhan pitäis päästä pois täältä. Ei varmaan kaikille potilasryhmille kuitenkaan sovellu.

Meilläkin on kauheen isoja leikkauksia, niin en tiedä että ei sovellu kaikille potilaille mutta meidän potilailla ei kuitenkaan ihan kaikilla toimi. Just nää isot avomahat mitä täällä on ni niillä ei toimi. Monisairaita potilaita,

⁵ Leikkauksen jälkeen vatsaonteloon syntyvät kiinnikkeet, joiden seurauksena vatsassa supisteleva ja venyilevä suoli voi ajautua tukkoon.

tu keski-ikä on jo niin korkea, ettei siinä oikein kannataakaan. Eikä ne oo sen kuntosia että se onnistus millään lailla.

Mallien kriteerit ovat hoitajien mielestä tiukat. Siksi ne ovat helposti omaksuttava ohjeistus, jota pystyy soveltamaan käytännön hoitotyöhön. Mallin kriteereitä voisi ottaa käyttöön myös huonompikuntoisilla potilailla ja isommissa leikkauksissa. Edellytyksenä tälle on, että otettaisiin huomioon potilaskohtaiset erot. Mallien mukaan hoitamisesta on ajan myötä tullut osa osastojen normaalia toimintaa.

Mallien kirjalliset ohjeet sekä erilliset tarkistuslistat koetaan hyväksi. Varsinkin mallien käyttöönottovaiheessa niihin oli turvauduttu usein. Tarkistuslista toimii yleisohjeena kaikkien potilaiden hoidossa. Lääkehoito on jokaisen potilaan kohdalla varmistettava lääkäriltä erikseen. Tämä varmistuskäytäntö on tullut hoitajien aloitteesta ja käytäntö koetaan hyväksi.

Kun malleja otettiin käyttöön haastateltujen hoitajien osastoilla, sairaanhoitajat kokivat vastustusta niitä kohtaan tulevan niin omasta kuin myös muistakin ammattiryhmistä. Ajan myötä tämä vastustus on kuitenkin hävinnyt.

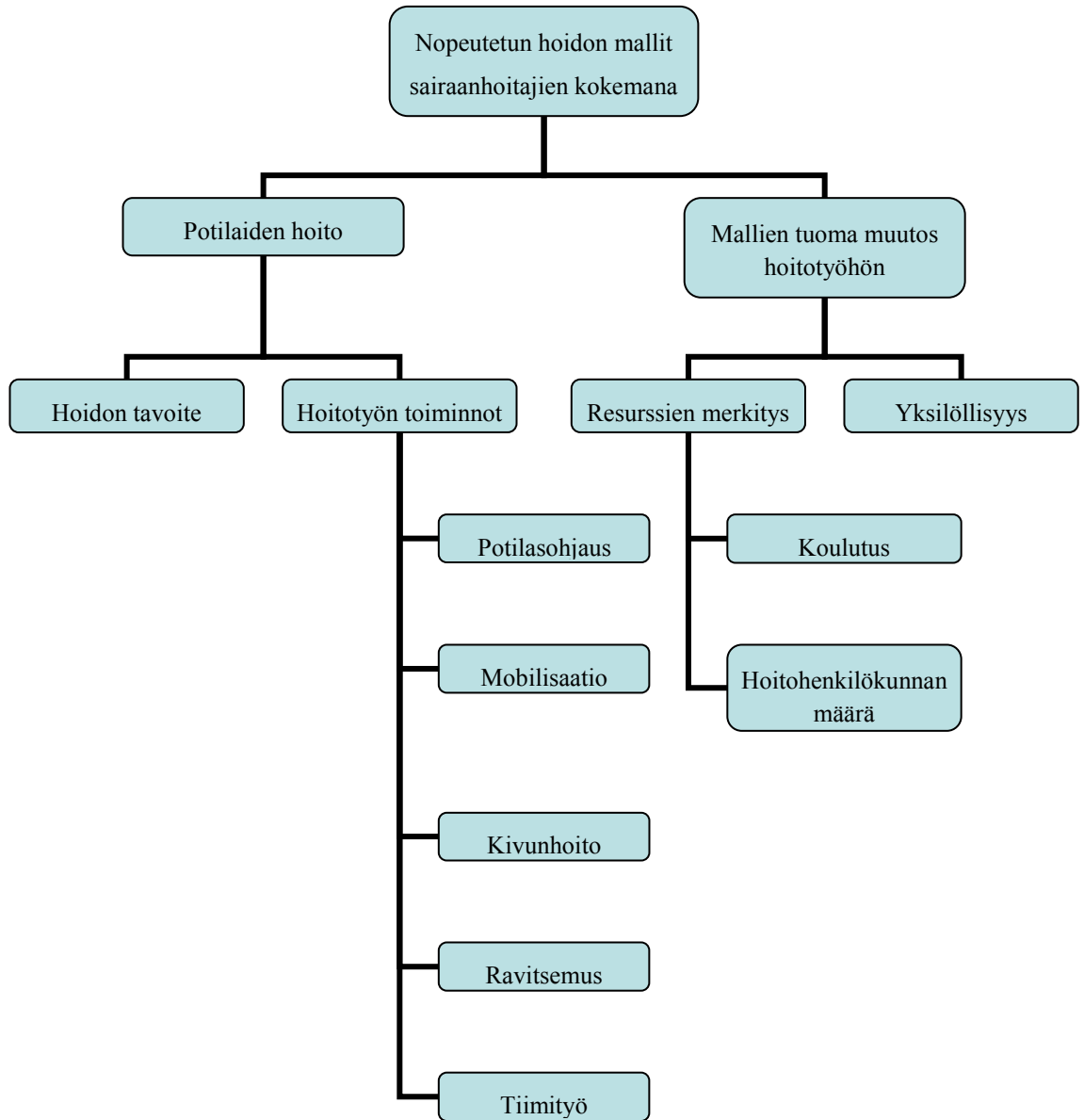
Alku oli tosi takkunen. Se otti aikaa että se tänne sisälle saatiin. Se oli varmaan sitä että uus asia ja vaatis jokaisen panosta, koska ei se muuten onnistu. Jokaiselta se vaatii että sitä ajetaan sisään. Siinä ei tarvi olla ku yks vastarannan kiiski ni se on sitte siinä. Se oli vaan yleistä vastustusta silloin alkaen, myöskin lääkäreiltä. Nyt se on ihan ok.

5.3 Tutkimustulosten yhteenveto

Sairaanhoitajat pitivät malleja positiivisina ja niiden tavoitetta nopeammasta kotiutumisesta hyvänä asiana. Alun vastustuksen jälkeen malleista on tullut osa normaalia osaston toimintaa. Alkuvaiheen potilaan mobilisointi vaatii resursseja ja tekee hoitotyöstä kuormittavaa. Alkuvaiheeseen panostus näkyy hoidon edetessä omatoimisempina poti-

laina ja kevyempänä hoitotyönä. Hoidossa korostuvat mobilisaation lisäksi potilasohjaus, eritoten etukäteen annettu potilasohjaus, sekä kivunhoito, ravitseminen ja tiimityö. Esteinä mallien toteutumiseksi hoitajat kokevat koulutuksen ja resurssien puutteen sekä yksilöllisyyden häviämisen hoitotyöstä. Hoitotyö on muuttunut mallien myötä aktiivisemmaksi ja nopeammin eteneväksi. Potilaita ohjataan etukäteispainotteisemmin. Kivunhoidon seuranta on lisääntynyt, samoin tiimityön merkitys.

Nopeutetun hoidon mallit koostuvat sairaanhoitajien mukaan potilaiden hoidosta ja mallien tuomista muutoksista hoitotyöhön. Potilaiden hoito koostuu tavoitteista ja hoitotyön toiminnoista, joita ovat potilasohjaus, mobilisaatio, kivunhoito, ravitseminen ja tiimityö. Mallien tuomien muutosten edellytykset ovat resurssit ja yksilöllisyys. Resurssit koostuvat koulutuksesta ja henkilökuntamäärästä. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana.

6 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tutkimustuloksia tutkimuskysymysten kautta, sekä tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi pohditaan aiheita mahdollisille jatkotutkimuksille, jotka nousevat tämän tutkimuksen tuloksista.

6.1 Pohdintaa tutkimustuloksista

Tutkimuskysymyksinä oli, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on nopeutetun hoidon malleista ja miten sairaanhoitajat kokevat mallien muuttaneen hoitotyötä. Seuraavassa pohditaan näitä kahta tutkimuskysymystä erikseen.

6.1.1 Sairaanhoitajien kokemukset

Sairaanhoitajien kokemukset nopeutetun hoidon malleista ovat enimmäkseen positiivisia. Positiivisuutta tuodaan esille sen kautta, että kyseessä on nimenomaan potilaiden etu. Tavoitteena nähdään nopeampi kotiutuminen ja sitä perustellaan nimenomaan sillä, että siellä on ihmisen paras olla – eli se on kaikkein paras paikka toipua. Norlyk & Harder (2009) mukaan potilaat ovat tyytyväisiä nopeampaan kotiutumiseen.

Aiemman tutkimustiedon mukaan nopeutetun hoidon mallien tavoitteita ovat nopeampi toipuminen, vähemmän komplikaatiota, lyhyempi sairaalassaoloaika ja näiden kaikkien seurauksena rahan säästäminen (Wihlmore & Kehlet 2001). Näistä tavoitteista haastatellut sairaanhoitajat puhuivat hoidon nopeutumisesta eli lyhyemmästä sairaalassaoloajasta. Sairaanhoitajat eivät nostaneet komplikaation vähenemistä tavoitteeksi, tai että komplikaatiot tai niiden väheneminen olisivat osa nopeutetun hoidon malleja. Sen sijaan he puhuvat komplikaatioista osana vatsaleikkattujen potilaiden hoitoa: ”Osalle tulee kiinnikkeitä helpommin kuin toisille.”

Terveydenhuollon säästöjä tai sairaalahoidon kallista hintaa kotihoitoon verrattuna ei tullut esille. Koettiin, että mallien vaikuttavuutta tai tuloksia ei ole tutkittu, tai ainaakaan hoitohenkilökunnalle ei tätä tietoa ole tullut. Asioita tehtiin ilman tutkittua vaikuttavuutta. Voisi tulkita, että sairaanhoitajat kokevat itsensä täysin suorittavaksi osapuoleksi organisaatiossa ja säästöjen tekeminen ja kustannustehokkuus on toisten vastuulla.

Sairanhoitajat nostavat esille hoitotyön toiminnoista erityisesti potilasohjauksen, tiimityön, mobilisaation, kivunhoidon ja ravitsemuksen. Nämä ovat myös aiempien tutkimusten mukaan malleissa tärkeitä osa-alueita (Fearon 2005, Kehlet & Wihlmore 2008, Šerclová ym. 2009, Arsalani-Zadeh 2011). Kirurgisen osaston sairaanhoitajat nostavat esille niitä hoitotyön toimintoja, mitä tällaisilla osastolla tyypillisesti on käytössä. Esimerkiksi leikkaustekniikat, anestesia muodot tai muu leikkauksen aikainen toiminta ei nouse esille hoitajien kokemuksissa. Heräämöhoidon merkitys kuitenkin mainitaan, eli mobilisaation ja kuntoutuksen varhainen aloitus jo siellä helpottaa nopeampaa toipumista vuodeosastolla (Sjetne ym. 2009, Brian & Dukes 2010, Wennström 2010).

Aiemmat tutkimukset tukevat myös tämän tutkimuksen sairaanhoitajien kokemusta siitä, että potilasohjaus on siirtynyt etukäteispainotteisemmaksi. Sairanhoitajat kertovat, että potilaat saavat etukäteisohjauksen ennen leikkausta. Bryan ja Dukes (2010) tutkimuksessa todetaan, että leikkauksen jälkeistä potilasohjausta on siirretty toteutettavaksi leikkausta ennen. Potilasohjaus sisältää ennen kaikkea ohjaustaobilisaatiosta, kivunhoidosta ja ravitsemuksesta. Aiemmissa tutkimuksissa (Norlyk & Harder 2011, Taylor & Burch 2011) esille tulleet vertaistuki ja omaisten tuki eivät tulleet esille tässä tutkimuksessa.

Bryan & Dukes (2010) ja Taylor & Burch (2011) muistuttavat tiimityön tärkeydestä. Sen tämän tutkimuksen sairaanhoitajat nostavat esille. Kaikkien pitää olla sitoutuneita yhteiseen tavoitteeseen, nopeampaan kotiutumiseen. Mallien käyttöönoton vaiheessa koettu vastustus tuli esille aiemmissakin tutkimuksissa (Nygren 2005, Messen 2007, Sjetne ym. 2007). Tämän tutkimuksen sairaanhoitajat olivat hekin joko olleet itse mallien vastustajia tai havainneet vastustusta kolleegoissaan tai toisissa ammattiryhmissä.

6.1.2 Muutokset hoitotyöhön

Sairaanhoitajat kokevat, että mallien tuomat muutokset hoitotyöhön mahdollistuvat säilyttämällä yksilöllisyys hoitotyössä sekä riittäväillä resursseilla, joita ovat henkilökunnan määrä ja koulutus. Yksilöllisyyden katoaminen koettiin uhkana myös Sjetne ym. (2009) tutkimuksessa. Koulutuksen merkitys nousee esille aiemmissakin tutkimuksissa (Maessen 2007, Bryan & Dukes 2010). Henkilökuntaresurssien tarvetta on tutkittu Jakobssen ym. (2006) tutkimuksessa, jossa hoitajien työmäärä kasvoi mallien käyttöönoton myötä.

Resurssien puute nousee vahvasti esille sairaanhoitajien kokemuksissa. Aiemmin potilasta hoidettiin osastolla pidemmän ajan, jolloin hoito ei ollut niin intensiivistä. Nyt leikkauksen jälkeinen lepoaika on vähäisempi, niin potilailla kuin tietyllä tapaa hoitajillakin. Mallissa mobilisaatio on tärkeää, mutta potilaita ei voi päästää yksin nousemaan vuoteestaan heti leikkauksen jälkeen. Potilaan ollessa isokokoinen, huonovointinen, hänellä on iso leikkaushaava tai muita rajoitteita, ensimmäisissä ylösnousuissa tarvitaan kaksi hoitajaa, tai hoitaja ja fysioterapeutti. Sjetne ym. (2009) tutkimuksessa hoitajilla oli samanlainen kokemus resurssien tarpeesta. Siinä resursseja tarvittiin nimenomaan mallien käyttöönottovaiheessa.

Resursseja ei ole saatu sairaanhoitajien mukaan lisää. Resurssien puuttuessa potilaan kuntoutus ei toteudu esimerkiksi iltavuoron aikana. Aina aika ei riitä kaikkeen, mitä malli vaatisi. Sairaanhoitajat ovat pyrkineet sopeutumaan niihin resursseihin, mitä käytössä on. Mallien käyttöönottovaiheessa sairaanhoitajat ottivat resurssikysymyksen esiin, mutta myöhemmin on tyydytty sopeutumaan. Sairanhoitajien mielestä tarvittaisiin lisää henkilökuntaa, jotta mallien mukainen mobilisaatio ja muu fysioterapia pyörisi ohjeiden mukaan.

Koulutusta kaivataan lisää. Jo mallien käyttöönottovaiheessa annettavaa koulutusta pidetään liian vähäisenä. Mallien käyttöönottovaiheessa oli ollut jonkin verran luentoja aiheesta, mutta myöhemmin mitään kertauskoulutuksia ei ole tarjottu. Maessenin (2007)

tutkimuksessa sanotaan, että pelkkä malli tai protokolla ei riitä, vaan koulutusta pitää olla. Bryan & Dukes (2010) muistuttavat myös johtoportaalta tulevan tuen tärkeydestä mallien käyttöönottoaiheessa. Myöskään mitään arviointia niiden toteutumisesta tai toimivuudesta ei ole ollut. Mallit kuitenkin myös elävät ja muuttuvat, joten niiden muutoksista ja hienosäädöstä tarvitaan koulutusta jatkuvasti. Säännöllinen tiedottaminen hoidon tuloksista, esimerkiksi hoitoajoista, komplikaatioista ja potilastyytyväisyydestä lisäksi hoitohenkilökunnan motivaatiota tai voisi parantaa tehokkuuttakin (Bryan & Dukes 2010).

Sairaanhoitajat kokevat mallien tulevaisuuden ”valoisana” ja ”hyvänä”. Heidän mielestään mallit tulevat lisääntymään ja niiden käyttö laajentuu tulevaisuudella. Mallien tulevaisuuden näkymiä voidaan pitää hyvänä, sillä sairaanhoitajat kokivat mallien käyttöönoton hankalana, mutta kokemuksen myötä kokivat mallien mukaisen hoidon normaaliksi hoitotyöksi.

Sairaanhoitajat suhtautuvat skeptisesti siihen, että sopivatko mallit kaikille, kuten esimerkiksi Kehlet ja Wilmore (2008) esittävät. Sairaanhoitajat kokevat, että mallien mukaan ei pysty ”eikä kannatakaan” hoitaa kaikkein iäkkäimpiä potilaita tai muistisairaita. Myös isompien leikkauksien soveltuvuudesta malleihin sairaanhoitajat eivät ole vakuuttuneita. Toisaalta sairaanhoitajat kuitenkin vakuuttavat, että kaikkia potilaita pitäisi hoitaa mallien mukaisesti, mutta yksilöllisesti. Mikäli malleja sovellettaisiin päivystyksellisten potilaiden hoitoon, jälkikäteen annettu ohjaus tulisi siis olla laajempaa kuin suunnitellusti leikatuilla, koska heille ei ole annettu potilasohjausta ennen leikkausta samassa laajuudessa.

Sairaanhoitajat pelkäävät ”kokonaisuusharhaa” eli yksilöllisyyden häviämistä. He kuitenkin tiedostavat asian, joten yksilöllistä hoitoa voidaan toteuttaa. Täytyy hyväksyä se, että kaikkia potilaita ei voi laittaa samaan muottiin. Mallien ohjeistusta voi laajentaa siten, että siinä on selkeämmät ohjelinjat potilaiden perussairauksien, fyysisten ja psyykkisten rajoitteiden varalle. Nykyisellään malli ei anna tällaiseen poikkeamiseen ohjeita, vaan yksilöllinen hoito on suunniteltava tapauskohtaisesti. Tällöin samankal-

taisten potilaiden hoidossa saattaa olla suuriakin hoitajakohtaisia eroja, mikä taas on huono asia tiimityön kannalta (vrt. Bryan & Dukes 2010, Taylor & Burch 2011).

Eli onko siis turhaa väittää että mallit laajentuvat? Sen sijaan voi tulkita, että jos mallia voidaan laajentaa yksilölliset tarpeet huomioiden kaikille potilaille, se on normaalia hoitotyötä. Eli jonain päivänä meillä ei ole enää mitään ”nopeutetun hoidon mallia”, sillä hoito on jo nopeutettu. Hoitajasukupolven vaihtuessa, uudet hoitajat eivät opi enää mitään ”vanhaa tapaa” hoitaa potilaita, vaan kaikki hoidetaan, kuten näissä malleissa on ohjeistettu ja opetettu.

Mallien tulevaisuus voi olla siis se, että tulevaisuudessa ei ole nopeutetun hoidon malleja, ei fast trackia, ei rapid recoverya, ei enhanced recovery after surgeryä. On vain kirurgisen potilaan hoidon malli, recovery after surgery. Enhanced muuttuukin normaaliksi.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa nopeutetun hoidon malleista sairaanhoitajien kokemana. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erityisillä laadullisen tutkimuksen arviointikriteereillä, jotka jaotellaan *uskottavuuteen, siirrettävyyteen, vahvistettavuuteen ja merkittävyyteen* (Tuomi & Sarajärvi, 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Arvioinnissa olennainen kysymys on, kuinka tulokset ovat muodostuneet (Eskola & Suoranta 2005).

Uskottavuus on käsitteellistämisen ja tulkinnan vastaavuutta. Luotettavuutta parantaa aiheen valinta tutkijan omasta aidosta mielenkiinnosta (Boyd & Munhall 2001, 632). Tutkimustehtävän kuvaus sekä perustelut aiheenvalinnalle ja aineistonkeruumenetelmälle lisäävät luotettavuutta. Analyysiprosessi ja sen tulokset on kuvattu tarkasti ja tosiaan sekoittamatta. Lukijan on ymmärrettävä, kuinka analyysi on tehty ja kuinka aineisto on kerätty.

Tutkimuksen lähtökohta oli induktiivinen eikä aiempaa tutkimustietoa juuri ollut. Siksi liian ohjailevia tutkimuskysymyksiä ei asetettu. Eskola ja Suoranta (2005) mukaan tutkija ei koskaan pääse irti omista taustoistaan. Tutkija työskentelee itse samassa sairaalassa leikkausosastolla ja on siis sidoksissa yhteistyön kautta kirurgisiin vuodeosastoihin. Tutkijalla on siis ennakkokäsitys mallien mukaisesta hoitotyöstä. Vastausten lisäksi tämä voi vaikuttaa vastaajien asenteisiin itse vastaamisen suhteen joko myönteisesti tai kielteisesti. Laadullisen osion tulkinnassa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että tutkija pysyy objektiivisena. (Tuomi & Sarajärvi 2006, Kylmä & Juvakka 2007.)

Vahvistettavuutta tarkastellessa arvioidaan tutkimustilannetta. Näin ollen, mikäli uskottavuus on esitetty pätevästi, vahvistettavuus toteutuu samalla. Tutkimustulosten on perustuttava aineistoon ja tarkasti kuvattuun analyysiin. Tekstiaineistosta ei nouse tuloksia itsestään, vaan ne on analysoitava ja tulkittava. Aineistoa tutkittaessa se abstrahoituu, mutta alkuperäistekstin kautta siinä on yhteys tutkittavaan ilmiöön. Vahvistettavuutta tukemaan on käytetty alkuperäisilmauksia raportissa. (Tuomi & Sarajärvi 2006.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää sen *siirrettävyys* eli yleistettävyyys (Tuomi & Sarajärvi 2006). Haastateltavien sairaanhoitajien pitkä kokemus ja laaja tieto nopeutetun hoidon malleista lisää tutkimuksen luotettavuutta ja sen yleistettävyyttä samankaltaisiin tutkimuksiin. Kymmenen haastattelua osoittautui riittäväksi. Haastatteluissa alkoivat toistua samat asiat, eikä kymmenes haastattelu enää tuonut uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, Polit & Beck 2012). Laadullisessa tutkimuksessa ei haeta yleistettävyyttä sen tilastollisessa merkityksessä, vaan siirrettävyys on tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Siirrettävyyttä lisää tutkimuksen etenemisen tarkka kuvaaminen (Hirsjärvi & Hurme 2008). Samaa analyysipolkua seuraamalla toinen analysoija ei välttämättä kuitenkaan päädy täysin samoihin tuloksiin.

Merkityksellisyys on tutkimusaineiston vahvistettavuutta. Siihen päästään, kun varmistetaan tutkimuksen totuusarvo ja sovellettavuus (Tuomi & Sarajärvi 2006). Tutkimustulosten luotettavuutta voivat vähentää tilannetekijät, tutkittavien valikoituminen tutki-

mukseen ja tutkijan vaikutus tutkimukseen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006). Haastattelu tutkimusmuotona on aina sidoksissa ympäristöön ja tilanteeseen. Tilannetekijänä tässä tutkimuksessa voi olla se, pystyivätkö haastateltavat vastaamaan subjektiivisesti työasioita koskeviin kysymyksiin, varsinkin jos haastattelut tehdään työaikana (Hirsjärvi & Hurme 2008). Haastattelut tehtiin kahta lukuunottamatta osaston omissa tiloissa, ja osassa haastatteluja oli välillä häiriötekijöitä kun puhelimet soivat tai ovella kävi joku. Kaksi haastattelua tehtiin koulutustilassa joka oli poissa osastolta, mutta samat häiriötekijät toistuivat sielläkin (Tuomi & Sarajärvi 2006).

Haastateltavat valittiin vuodeosastoilta joilla hoidetaan potilaita nopeutetun hoidon mallin mukaan. Näillä osastoilla on myös muita potilaita, joko saman erikoisalan potilaita, joita hoidetaan ilman tätä mallia, tai toisten erikoisalojen potilaita joko suunnitellusti tai kotiosaston paikkapulan vuoksi. Tämä voi vaikuttaa vastauksiin, mikäli vastaaja ei miellä tiettyjä potilaita nopeutetun hoidon mallin mukaisiksi tai toisinpäin. Toisaalta mallin paremmassa tunnistamisessa voi olla etuna, että hoitaa muitakin potilaita. (Hirsjärvi & Hurme 2008.)

Kirjeitse lähestyminen ja sitä kautta vapaaehtoisten haastateltavien saaminen ei tuottanut tulosta, joten haastateltavat piti käydä värväämässä osastoilta henkilökohtaisen kontaktin avulla. Tällä saattaa olla merkitystä luotettavuuden kannalta, joten näissä tilanteissa oli oltava erityisen tarkkana, että haastateltavia ei painosteta tai muuten ohjailta. Henkilökohtaista yhteydenottoa tarvittiin myös, koska haastatteluille alun perin suunniteltu aikahaarukka venyi peruutusten vuoksi. (Hirsjärvi & Hurme 2008.)

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002) tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista eikä siihen osallistumisesta tai osallistumatta jättämisestä ollut tutkittaville mitään seuraamuksia. Tutkimukseen osallistuvien antamat tiedot ovat luottamuksellisia ja ne käsiteltiin koko tutkimusprosessin ajan siten, että yksittäistä haastateltavaa ei

voi tunnistaa lopullisesta työstä (Kuula 2006, 108). Lopullisessa työssä tutkittava joukko on kuvattu vain kokemuksen osalta, esimerkiksi ammattinimikkeitä, vastaajien ikää, sukupuolta tai tarkkaa työkokemuksen määrää ei mainita. Tutkimuksen valmistuttua haastatteluäänitteet ja litterointipaperit hävitetään (Kuula 2006, 129).

Haastattelut tehtiin haastateltavien työajalla siten, että siitä ei koitunut haittaa potilashoidolle tai muulle työnteolle. Työnantaja kuitenkin loppukädessä hyötyy tutkimuksen teosta, joten haastattelujen tekoon työajalla saatiin lupa. Tällä menettelyllä haastateltavien ei tarvinnut käyttää omaa aikaansa, tai haastattelijan tarvinnut maksaa erillispalkkioita. Toisaalta se saatettiin kokea siten, että se on työvelvoite. Vapaaehtoisuuden painotuksen merkitys siis korostui.

Koska haastateltavien valikointiin ja saavuttamiseen tarvittiin apua osastojen lähiesimiehiltä, heille jäi tieto siitä ketkä mahdollisesti ovat osallistuneet haastatteluun. Lisäksi jos haastateltava halusi haastattelun tapahtuvan työpaikalla työaikana, hänen osallistumisestaan ei välttämättä voida pitää salassa. Tämä mielessä pitäen yksittäisen vastaajan häivyttäminen tehtiin raportoinnissa huolella. Lisäksi aika ja paikka valittiin haastateltavan ehdoilla, jotta hän tuntisi olonsa mahdollisimman luonnolliseksi tilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 1985).

Eettisyys korostuu erityisesti objektiivisuutta säilyttäessä. Tutkijalla on etukäteistietoa tutkittavasta aiheesta sekä kosketuspintaa tutkimusympäristöön. Sekä haastattelu- että analyysivaiheessa oli unohdettava monet ennakko-oletukset ja suhtauduttava avoimesti aiheeseen (Kylmä & Juvakka 2007).

Tutkimukselle ei haettu ulkopuolista rahoitusta. Tutkija hankki tai oli hankkinut kaikki tutkimuksessa tarvittavan muun materiaalin, ohjelmistot ja vaadittavat lisenssit. Varsinaiset kustannukset tutkijalle jäivät alle sadan euron, koostuen lähinnä matkakuluista ja toimistovälineistä.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan tässä kirjallisesti sekä suullisesti haastateltavien työnantajan niin halutessa. Tähän sitouduttiin myös hakiessa tutkimuslupa paikallisen käytännön mukaisesti. Kohdesairaala ei vaatinut eettisen toimikunnan lausuntoa, koska tutkimuksen kohteena on henkilökunta.

6.4 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Koska aihe oli aiemmin vähän tutkittu, antaa tämän tutkimuksen laadullinen näkökulma hyvän lähtökohdan jatkotutkimuksille. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa jatkotutkimuksia aiheesta ja rakentaa niiden pohjalta myös määrällisiä, otannaltaan suurempia tutkimuksia.

Koska tässä haastattelututkimuksessa on haastateltu vain yhden sairaalan ja yhden erikoisalalan sairaanhoitajia, olisi luonnollinen jatke tehdä laajempi, mahdollisesti määrällinen tutkimus, joka kohdistettaisiin kaikkiin erikoisaloihin ja useisiin sairaaloihin. Myös lähi- ja perushoitajien kokemuksia pitäisi tutkia, samoin potilaita hoitavien fysioterapeuttien. Nopeutetun hoidon mallien toteutumista anestesian jälkivalvontayksiköissä tulisi tutkia. Tällainen tutkimus antaisi meille tietoa valtakunnan tasolla, ja selvittäisi onko mallien toteutuminen samanlaista, ja onko muualla samanlaisia uhkia toteutumiselle kuin tämän tutkimuksen osastoilla.

Toinen mahdollinen lähestymistapa olisi lähteä tutkimaan jotain tässä tutkimuksessa ilmennyttä asiaa tarkemmin. Esimerkiksi voisi ottaa yksillöllisyyden toteutumisen näissä malleissa. Onko se todellinen uhka vai mahdollisuus? Eli pystytäänkö kaikki potilaat hoitaa tietyn raamin mukaan, voiko niin yleispätevää ohjetta olla? Ja jos voidaan, voiko tällainen hoito olla potilaslähtöistä?

Tutkimus nostaa myös pienemmiksi tutkimusaiheiksi paikallisia kysymyksiä. Koska resurssien puute nousi sairaanhoitajien kokemuksista esille, tulisi tutkia miten tämä ongelma voidaan ratkaista. Onko hoitajamitoitus asianmukainen vai ei, ja toteutuuko hoito ohjeiden mukaan nykyisellä miehityksellä?

LÄHTEET

- Arsalani-Zadeh R, Elfadll D, Yassin N & MacFie J (2010) Evidence-based review of enhancing postoperative recovery after breast surgery. *British Journal of Surgery* 98: 181—196.
- Blazeby J, Soulsby M, Winstone K, King P, Bulley S & Kennedy R (2010) A qualitative evaluation of patients' experiences of an enhanced recovery programme for colorectal cancer. *Colorectal Disease* 12: 236—242.
- Boyd C & Munhall P (2001) *Qualitative Research Proposals and Report*. Teoksessa Munhall P (toim) *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. Jones & Bartlett, Boston.
- Bryan S & Dukes S (2010) The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. *British Journal of Nursing* 19: 831—834.
- Elo S & Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62: 107—115.
- Eskola J & Suoranta J (2005) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7. p. Gummerus, Jyväskylä.
- Eskola J & Vastamäki J (2001) *Teemahaastattelu. Opit ja opetukset*. Teoksessa Aaltola J & Valli R (toim) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1: Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. PS-Kustannus, Jyväskylä.
- Faiz O, Brown T, Colucci G & Kennedy R (2009) A cohort study of results following elective colonic and rectal resection within an enhanced recovery programme. *Colorectal Disease* 11: 366—372.
- Fearon K, Ljungqvist O, von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong C, Lassen K, Nygren J, Hausel J, Soop M, Andersen J & Kehlet H (2005) Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition* 24, 466—477.
- Hendry P, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Dejong C, Ljungqvist O & Fearon K (2009) Determinants of outcome after colorectal resection within an enhanced recovery programme. *British Journal of Surgery* 96: 197—205.
- Hirsjärvi S & Hurme H (1985) *Teemahaastattelu*. Kyriiri Oy, Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P (2008) *Tutki ja kirjoita*. Osin uudistettu p. Tammi, Helsinki.
- Jakobsen D, Sonne E & Kehlet H (2006) Nursing workload and fast track colonic surgery. *Journal of Advanced Perioperative Care* 2(4): 177—181.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K (2009) *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOY, Helsinki.
- Kehlet H & Wilmore D (2008) Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery* 248: 189—198.
- Kehlet H (2009) Interview to Prof. Kehlet. *Verkkojulkaisu*. <http://www.ftsurgery.com/index.php/en/experts-corner/91-interview-to-prof-kehlet.html> Päivitetty 10.8.2009. Luettu 27.10.2012.
- Kellokumpu I (2012) Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. *Duodecim* 128(14), 1465—1470.
- King P, Blazeby J, Ewings P, Longman R, Kendrick A, Kipling R & Kennedy R (2006)

- Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme. *British Journal of Surgery* 93: 300—308.
- Kuula A (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus, Jyväskylä.
- Kylmä J & Juvakka T (2007) Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Lovely J, Masson P, Jacob A, Cima R, Horlocker T, Hebl J, Harmsen W, Huebner M. & Larson D (2012) Case-matched series of enhanced versus standard recovery pathway in minimally invasive colorectal surgery. *British Journal of Surgery* 99: 120—126.
- Norlyk A & Harder I (2011) Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery program. *Nursing Inquiry* 18: 165—173.
- Maessen J, Dejong C, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Andersen J, Kessels A, Revhaug A, Kehlet H, Lungqvist O, Fearon K & von Meyenfeldt M (2007). A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. *British Journal of Surgery* 94: 224—231.
- Merriam-Webster (2011) Dictionary and Thesaurus – Merriam-Webster Online. Verkkodokumentti. <http://www.merriamwebster.com/dictionary/perioperative> Luettu 27.10.2012.
- Mäkinen O (2006) Tutkimusetiikan ABC. Tammi, Helsinki.
- Nygren J, Hausel J, Kehlet H, Revhaug A, Lassen K, Dejong C, Andersen J, von Meyenfeldt M, Ljungqvist O, Fearon K (2005) A comparison in five European Centres of case mix, clinical management and outcomes following either conventional or fast-track perioperative care in colorectal surgery. *Clinical Nutrition* 24: 455—461.
- Šerclová Z, Dytrych P, Marvan J, Nová K, Hankeová Z, Ryska O, Šlégrová Z, Burešová L, Trávníková L & Antoš F (2009) Fast-track in open intestinal surgery: Prospective randomized study. *Clinical Nutrition* 28: 618—624.
- Sjetne I, Krogstad U, Ødegård S & Engh M (2009) Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: consequences for ward nursing practice. *British Medical Journal Quality & Safety* 18: 236—240.
- Spanjersberg W, Reurings J, Keus F & van Laarhoven C (2011) Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Library* 2.
- Taylor C & Burch J (2011) Feedback on an enhanced recovery programme for colorectal surgery. *British Journal of Nursing* 20: 286—290.
- THL (2011a) Toimenpiteelliset hoitajaksot 2009. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. Helsinki, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2011b) Terveystilaston menet ja rahoitus 2009. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. Helsinki, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Tunturi P (2013) Epiduraalipuudutus. Teoksessa Ilola T, Heikkinen K, Hoikka A, Honkanen R & Katomaa J (toim) Anestesiahoitoyn käsikirja. Duodecim, Helsinki.
- Tuomi J & Sarajärvi A (2006) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Verkkodokumentti. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html Luettu 3.11.2012.

- Varadhan K, Neal K, Dejong C, Fearon K, Ljungqvist O & Lobo D (2010) The enhanced recovery after surgery pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition* 29: 434—440.
- Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M (2006) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva, WSOY.
- Wennström B, Stomberg M, Modin M & Skullman S (2010) Patient symptoms after colonic surgery in the era of enhanced recovery - a long-term follow-up. *Journal of Clinical Nursing* 19: 666—672.
- Wilmore D & Kehlet H (2001) Management of patients in fast track surgery. *British Medical Journal* 322: 473—476.
- Wind J, Polle S, Fung Kon Jin P, Dejong C, von Meyenfeldt M, Ubbink D, Gouma D & Bemelman W (2006) Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *British Journal of Surgery* 93: 800—809.

LIITE 1. Kirjallinen tieto haastateltavalle

Hyvä sairaanhoitaja,

Olen hoitotieteen opiskelija Oulun yliopistosta ja teen pro gradu -tutkielmaani kirurgisten potilaiden hoidossa käytettävistä nopeutetun hoidon malleista (fast track, rapid recovery, enhanced recovery after surgery jne.).

Aiempi tutkimus aiheesta on lääketieteellistä keskittyen leikkaus- ja anestesiamenetelmien vaikuttavuuteen (sairaalassaoloaika, komplikaatiot, taloudellisuus). Potilasnäkökulmaa on tutkittu jonkin verran, mutta hoitohenkilökunnan mielipiteitä tai kokemuksia erittäin vähän. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnan kokemuksia nopeutetun hoidon malleista sekä siitä, miten hoitohenkilökunta kokee mallien muuttaneen hoitotyötä. Tutkimuksella saatua tietoa voidaan käyttää jatkotutkimusten rakentamisessa sekä käytännön hoitotyössä, hoitotyön johtamisessa, organisoinnissa ja alan koulutuksessa. Saatua tietoa voidaan käyttää myös resurssien kohdentamisessa sekä hoitohenkilökunnan jatkokoulutustarpeen arvioinnissa.

Haastattelen Sinua kokemuksista koskien nopeutetun hoidon malleja. Haastattelulle on varattu aikaa noin tunti. Haastattelu nauhoitetaan. Vastaaminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi keskeyttää milloin vain. Vastaamisesta tai vastaamatta jättämisestä ei ole sinulle mitään seuraamuksia. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja valmiista raportoidusta työstä ei pysty tunnistamaan yksittäistä haastateltavaa.

Mikäli sinulla on kysyttävää haastattelusta tai tutkimuksesta, voit ottaa yhteyttä minuun sähköpostitse: ttiala@mail.student oulu.fi tai puhelimitse: 0503XXXXXX.

Yhteistyöterveisin,

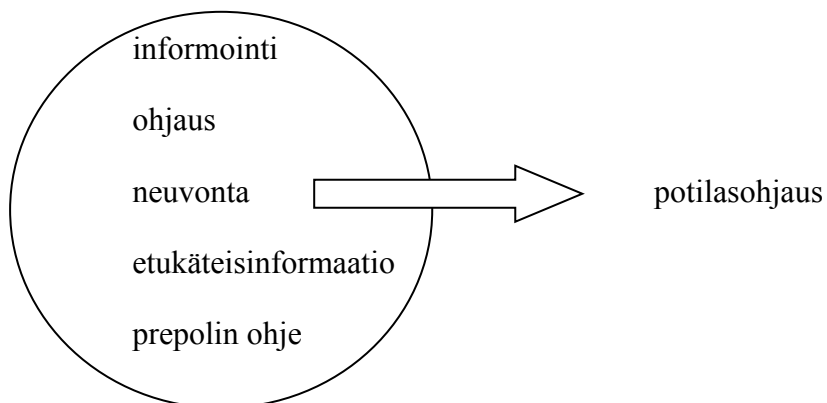
Tatu Tiala

TtM-opiskelija, Oulun yliopisto

LIITE 2. Esimerkki analyysin etenemisestä**Alkuperäisilmaisu****Pelkistetty ilmaisu/käsite**

”siihenhän kuulu, ainaki mä sen nyt miellän
 että se informoinnin ohjauksen neuvonnan
 ja etukäisinformaation jo tästä
 että mitä tämä tarkoittaa
 näinhän on että tuolla prepolilla
 pitäis antaa se ohjekin jo joo”

informointi, ohjaus, neuvonta
 etukäteisinformaatio
 prepolilla pitäis antaa ohje

Pelkistetty ilmaisu**Alakategoria****Alakategoriat****Yläkategoria**