

# “Herko – Från uppvakningen hem”

**En kvalitativ intervjustudie om sjukskötarens upplevelser  
och erfarenheter**

Katharina Sabel

Vilma Stenmark

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Katharina Sabel och Vilma Stenmark  
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Herko – Från uppvakningen hem"

- en kvalitativ intervjustudie om sjukskötarens upplevelser och erfarenheter

---

Datum 9.5.2018

Sidantal 41

Bilagor 6

---

### Abstrakt

Nya verksamhetsmodeller och vårdmetoder utvecklas hela tiden inom social- och hälsovården. Dessa ska förbättra kvaliteten på vården för patienterna. Herko-verksamheten är en modell som utvecklats som fördel för både organisationen och patienterna. Herko innebär att patienten åker hem från uppvakningen inom 23 timmar utan att bli inlagd på avdelning. Syftet med detta examensarbete är att få en uppfattning om hur operationsavdelningens sjukskötare på ett centralsjukhus upplever verksamhetsmodellen Herko – Från uppvakningen hem. För att besvara syftet har följande frågor ställts: Hur upplever sjuksköterna förändringarna som Herko-verksamheten medfört? Vilka fördelar och nackdelar finns det för patienten? Vilka utvecklingsmöjligheter finns det?

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Som teoretisk utgångspunkt användes Kurt Lewins förändringsmodell. Data samlades in genom att intervjua sex sjukskötare som arbetar på ett centralsjukhus och som har erfarenhet av Herko-verksamheten. Utgående från syfte och frågeställningarna utvecklades 13 intervjufrågor. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet delades upp i fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier.

I resultatet kom det fram att sjuksköterna inte var nöjda med hur snabbt förändringen kom. De hade lite fortbildning, dålig påverkningsmöjlighet och få diskussionstillfällen med stöd från både förman och ledning. Däremot var alla sjukskötare ense om att själva Herko-verksamheten var en fördel för både organisationen och patienterna. Resultatet visar att Herko minskar belastningen på avdelningar och patienterna spenderar mindre tid på sjukhuset samtidigt som återhämtning efter operation försnabbas.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Herko, från uppvakningen hem, upplevelser, erfarenheter, förändring

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Katharina Sabel ja Vilma Stenmark  
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa  
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: "Herko – Heräämöstä kotiin"

- laadullinen haastattelututkimus sairaanhoitajien kokemuksista

---

Päivämäärä 9.5.2018

Sivumäärä 41

Liitteet 6

---

## Tiivistelmä

Uusia toimintamalleja ja hoitomenetelmiä kehitetään koko ajan sosiaali- ja terveysalalla. Näiden tarkoitus on parantaa potilaan hoidon laatua. Herko-toimintamalli on kehitetty sekä organisaation että potilaan hyväksi. Herko tarkoittaa sitä, että potilas kotiutuu heräämöstä 23 tunnin kuluessa, ilman että hänet siirretään osastolle. Opinnäytetyön tavoite on saada käsitys, miten keskussairaalan leikkaussalin sairaanhoitajat kokevat toimintamallin Herko – Heräämöstä kotiin. Opinnäytetyön kysymykset ovat: Miten sairaanhoitajat kokevat Herko-toiminnan tuomat muutokset? Mitkä ovat hyödyt ja haitat potilaalle? Mitä kehittämismahdollisuuksia on?

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena haastattelututkimuksena. Teoreettisena lähtökohtana käytettiin Kurt Lewinin muutosmallia. Tiedot koottiin haastattelemalla kuutta sairaanhoitajaa jotka työskentelevät keskussairaalassa ja joilla on kokemusta Herko-toiminnasta. Tavoitteen ja kysymysten perusteella kehitettiin kolmetoista haastattelukysymystä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tulos jaettiin neljään pääluokkaan ja niihin liittyviin alaluokkiin.

Tulokset osoittavat sen, että sairaanhoitajat eivät olleet tyytyväisiä siihen kuinka nopeasti muutos tuli. Heillä oli vähäistä perehdytystä, huonot vaikuttamismahdollisuudet ja harvoja keskustelutilaisuuksia esimiehen ja johdon tuella. Sairanhoitajat olivat kuitenkin samaa mieltä siitä, että itse Herko-toiminta oli eduksi sekä organisaatiolle että potilaille. Tuloksien mukaan Herko vähentää osastojen kuormitusta ja potilaat viettävät vähemmän aikaa sairaalassa, samanaikaisesti leikkauksen jälkeinen toipuminen nopeutuu.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Herko, heräämöstä kotiin, kokemus, muutos

---

## BACHELOR'S THESIS

Authors: Katharina Sabel and Vilma Stenmark  
Degree Programme: Nursing, Vaasa  
Supervisor: Anita Wikberg

Title: "Extended day surgery"  
- a qualitative interview study of nurses' experiences

---

Date 9.5.2018

Number of pages 41

Appendices 6

---

### Abstract

New operational models and care methods are constantly developed in social- and healthcare. These are meant to improve the quality of patient care. Extended day surgery is a model which has been developed for the benefit of both the organization and the patients. Extended day surgery means that the patient will return home from the recovery room within 23 hours without being admitted to a ward. The purpose of this bachelor's thesis is to understand how hospital nurses experience extended day surgery. The bachelor's thesis questions are: How do nurses experience the changes Extended day surgery has brought? Which are the advantages and disadvantages for the patient? What development opportunities are there?

The study was completed as a qualitative interview study. Data was collected by interviewing six nurses working at a central hospital and that have experience about extended day surgery. Based on the purpose and the questions, 13 interview questions were developed. The data was analyzed by using qualitative content analysis. As a theoretical framework, Kurt Lewin's model of change was used. The result was divided into four main categories including subcategories.

The results show that the nurses were not satisfied with how quickly the change came. They had little to no schooling, poor opportunities to influence the change and few occasions to discuss it with the support from the boss and the management. However, all nurses agreed that extended day surgery contributed to positive results for both the organization and the patients. According to the results, extended day surgery decreases the workload on wards and the patients spend less time in hospital whilst post-surgery recovery speeds up.

---

Language: Swedish

Key words: Extended day surgery, change, experiences

---

# Innehållsförteckning

1 Inledning .....	1
2 Syfte och frågeställningar .....	2
3 Teoretisk utgångspunkt .....	2
3.1 Förändring .....	3
3.2 Kurt Lewins förändringsmodell .....	3
4 Bakgrund .....	5
4.1 Kirurgins historia .....	6
4.2 Kirurgi i Finland .....	7
4.3 Den perioperativa vårdprocessen .....	8
4.4 Kortvårdskirurgi och dagkirurgi .....	10
4.5 Leiko – Hemifrån till operation .....	11
4.6 Herko – från uppvakningen hem .....	12
5 Metod .....	16
5.1 Urval .....	16
5.3 Intervju som datainsamlingsmetod .....	17
5.4 Kvalitativ innehållsanalys .....	18
5.5 Etiska överväganden .....	21
6 Resultat .....	22
6.1 Bakgrundsfakta om Herko-verksamheten .....	23
6.2 Sjukskötarens upplevelser och erfarenheter av förändringen .....	24
6.2.1 Förhållningssättet till förändringen .....	24
6.2.2 Möjlighet att påverka .....	25
6.2.3 Stöd och gemensamma diskussionstillfällen .....	25
6.2.4 Fortbildning .....	26
6.3 Patientcentrerad vård .....	27
6.3.1 Kvaliteten på vården .....	27
6.3.2 Bristfälliga patientutrymmen .....	28
6.4 Verksamhetens funktionalitet .....	28
6.4.1 Fördel för avdelningar .....	29
6.4.2 Flexibilitet .....	29
6.4.3 Arbetets organisering .....	30
6.5 Verksamhetens utvecklingsmöjligheter .....	31
6.5.1 Förbättring av patientutrymmen .....	31
6.5.2 Noggrannare patientkriterier .....	31

7 Diskussion .....	32
7.1 Metoddiskussion.....	32
7.2 Resultatdiskussion .....	34
Källförteckning.....	38

## **Bilagor**

Bilaga 1. Informationsbrev om förverkligande av intervju

Bilaga 2. Blankett för samtycke

Bilaga 3. Intervjuguide

Bilaga 4. Tiedote haastattelun toteutuksesta

Bilaga 5. Suostumuslomake

Bilaga 6. Haastattelukysymykset

## 1 Inledning

Social- och hälsovården utvecklas konstant. Den åldrande befolkningen som ökar sjukligheten medför att nya verksamhetsmodeller utvecklas och tas i bruk. Sjukhusbesparingar medför en minskning av bäddavdelningsplatser och att vårdförloppen förkortas och därför strävar man till att skapa nya åtgärder och metoder som är fördelaktiga både för organisationen och patienten (Ruohoaho 2016).

Speciellt inom kirurgiverksamheten har man utvecklat och håller på att utveckla nya tillvägagångssätt. Kortvårdskirurgin började utvecklas i Finland i början av 2000-talet. Kortvårdskirurgi innebär att patienten hemförlovas inom 24–74 timmar. Efter detta började man utveckla dagkirurgin som innebär att åtgärden och hemförlovningen sker under samma dag. Hemifrån till operation (Leiko) är utvecklad utifrån samma princip och innebär att patienten kommer hemifrån till sjukhuset på operationsdagen. Utifrån dessa modeller har man utvecklat ytterligare en ny verksamhetsmodell - “Herko” som är en förkortning av “Heräämöstä kotiin”, och som på svenska betyder “från uppvakningen hem”. Detta innebär att patienten åker hem från uppvakningen inom 23 timmar utan att bli inlagd på avdelning. (Ruohoaho 2016).

Kortvårdskirurgin och Herko-verksamhetsmodellen är inte bara ur en ekonomisk synpunkt fördelaktigt, utan det är även en stor fördel för patienten. Det främsta är att sjukhusvistelsetiden blir kortare. Herko-verksamheten medför även säkerhet och en bättre vårdkvalité för patienten. Eftersom patienten åker hem inom kort tid blir den postoperativa återhämtningen snabbare, speciellt patientens postoperativa mobilisering. Det innebär även att komplikationer kan upptäckas tidigare på uppvakningen och att infektionsrisken blir mindre. (Ruohoaho 2016)

På Vasa centralsjukhus har man som mål att minska användningen av bäddavdelningar genom att öka dagkirurgin och snabb återhämtning med kortvårdskirurgi. I framtiden skall 4200 utav sjukhusets 9000 operationer per år göras dagkirurgiskt. Postoperativt mål är att förkorta återhämtning genom tidig hemgång och att aktivera vården med möjlighet att få stöd av hemsjukhuset och hemvården. Egenvård i hemmet kan även möjliggöras genom att ge stöd och information via telefon (VKS 2025, 2015, 57, 59, 62-63).

Skribenterna har valt att studera detta ämne, eftersom vi båda är intresserade av perioperativ vård och vill få mera kunskap om Herko-verksamheten. Vi anser även att det är lämpligt att göra en studie om detta, eftersom det är ett aktuellt ämne och en ny verksamhetsmodell i Finland. Studier om ämnet finns på finska men i Finland har det inte tidigare gjorts ett svenskspråkigt examensarbete om ämnet.

## **2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med examensarbetet är att få en uppfattning om hur operationsavdelningens sjukskötare på ett centralsjukhus upplever verksamhetsmodellen Herko – Från uppvakningen hem och förändringen den medfört. Skribenterna vill få mera kunskap och en bättre förståelse om verksamhetsmodellen samt ta reda på vilka utvecklingsmöjligheter som finns.

Examensarbetets frågeställningar är:

- Hur upplever sjukskötarna förändringarna som Herko-verksamheten medfört?
- Vilka fördelar och nackdelar finns det för patienten?
- Vilka utvecklingsmöjligheter finns det?

## **3 Teoretisk utgångspunkt**

Som teoretisk utgångspunkt har skribenterna valt Kurt Lewins förändringsmodell. Teorin handlar om förändring som sker hela tiden i alla organisationer, arbetsplatser och i privata livet. Teorin förklarar hur vi bemöter och skall hantera en förändring. En förändring är inte någonting som man kan nå med detsamma utan det är en process med olika faser som tar olika lång tid att gå igenom beroende på tidigare erfarenheter och bakgrund. Skribenterna beskriver i första stycket vad en förändring inom en arbetsplats eller organisation innebär.

### **3.1 Förändring**

Begreppen förändring och utveckling kan tolkas på olika sätt. Vid utveckling lär man sig någonting nytt. Utveckling kan betyda att man åstadkommer förbättring och stegvis ökande framsteg. En förändring är mer radikal där man tar till nya perspektiv och inställningar, d.v.s. man bör agera annorlunda jämfört med tidigare. Förbättringsarbete inom vården innebär att en fullständig förändring bör skapas i verksamhetens struktur och process för att uppnå ett bättre resultat (Kihlgren, Engström & Johansson 2009, 98).

Förändring kan handla om olika saker, t.ex. förändringar av arbetsuppgifter eller omfattande förändringar av verksamheten och organisationen. En förändring kan ofta upplevas svår och känslös för de drabbade eftersom i en förändring ifrågasätts inlärd och trygga mönster. Känslor såsom hopp och nyordning eller ilska och frustration kan ofta associeras med förändringsarbete. Det är viktigt att diskutera med sina medarbetare och förman när en förändring sker och tillsammans försöka hantera oron som uppstår. Det är även viktigt att förstå vad förändringen innebär och veta vad som sker under en förändringsprocess. (Kihlgren, et.al. 2009, 98-99)

Med ordet process avses en dynamisk utveckling i ett visst händelseförlopp. Allt förändringsarbete är en dynamisk utveckling och består av olika aktiviteter som hänger ihop och som påverkas av omvärlden. Förändringsprocessen tar tid och kraft av alla de människor som mer eller mindre är motvilliga till förändring men som ändå måste involveras i processen. Det är viktigt att alla involverade tar till sig budskapet och aktivt medverkar i processen trots de olika inställningar som de har. För att en förändring skall lyckas måste alla involverade godkänna och förstå att en förändring är nödvändig. En planering av förändringsprocessen behövs och när det görs är det viktigt att konkretisera målen. Alla skall ha en gemensam uppfattning om hur förändringen skall uppnås. (Sandström 2000, 32-33)

### **3.2 Kurt Lewins förändringsmodell**

I Lewins modell beskriver han förändringsprocessen som han indelar i tre olika steg. Varje steg måste genomföras i tur och ordning för att uppnå en hållbar förändring (Lundin & Sandström, 2010, 133).



Figur 1. Förändringsmodellens faser

Den första fasen av Lewins förändringsprocess kallas *upptiningsfasen*. Nuvarande beteendemönster ska destabiliseras och man söker fram alla problem, processer och beteenden som stör en organisation. Betydelsen för varför en förändring är viktig ska diskuteras i grupp för att alla ska nå förståelse. Man bör även komma överens om visionen, diskutera mål och hur man ska nå dem (Lundin & Sandström 2010).

Enligt Angelöw (1991, 128) skall tidigare förändringsmetoder utvärderas och ifrågasättas och även ledningen börjar inse detta eftersom metoderna inte leder till önskvärda resultat med tanke på effektiviteten, engagemang och arbetsmotivation. För att kunna gå vidare måste de som ingår i organisationen ha motivation och öppenhet för att ge sig på nya förändringsmetoder. Det kan vara svårt och ta tid att släppa gamla attityder, normer och inställningar om hur en förändring ska genomföras men insikten att nya förändringsmetoder bör utvecklas stiger när man märker att de gamla sätten inte längre är hållbara och inte ger önskvärt resultat.

Den andra fasen kallas *förändringsfasen*. I denna fas har alla i organisationen kommit underfund med att en förändring är nödvändig och nu ska man besluta om förändringarna. Alla bör kunna delta i beslutsprocessen och efter att beslutet har fastställts ska de genomföras och användas i praktiken på både grupp- och individnivå med stöd från ledaren (Lundin & Sandström 2010, 134).

Enligt Angelöw (1991, 130) är det viktigt att utarbeta en struktur under förändringsfasen. Detta innebär att man inom organisationen skall föra diskussioner om förändringsarbetets utveckling. Under diskussionerna kan man stöda och motivera varandra och diskutera förändringsbehov med hänsyn till sina egna och andra anställdas intressen och behov samt att se vilka krav omgivningen ställer för organisationen. Det är viktigt att dessa möten ordnas regelbundet. Ett gott förändringsarbete sker genom att initiera, planera och genomföra förändringar samt att uppfölja dem.

Efter att man kommit överens om alla förändringar går man vidare till processens tredje och sista steg, *nedfrysningsfasen*. Nu ska man frysa förändringarna och se till att de stabiliseras. Detta innebär att man stänger alla möjligheter till motstånd för förändringen. (Lundin & Sandström 2010, 135).

Under förändringsprocessen växer medvetandet i organisationen. Medvetenhet om varför en förändring sker växer redan i början av processen och därefter följer förståelsen och acceptansen. En förändring är inte någonting som går att uppnås med detsamma, utan det är en process som tar en lång tid för att få alla inblandade med på det och den bör få ta så lång tid som behövs (Lundin & Sandström 2010, 135).

Enligt resultaten som Giaque (2015) har framkommit till i sin studie är det viktigt med socialt stöd från ledaren eller förmannen. Lika viktigt är det med stöd från organisationen, d.v.s. att de anställdas röst blir hörd och att de har möjlighet att delta i förändringsarbetet genom information och kommunikation. Alla dessa faktorer bidrar till att utveckla en positiv attityd till förändring. Studien visar även att stress påverkar attityden och arbetsresultaten negativt. Ifall arbetskraven överstiger arbetsresurserna i samband med förändringar påverkar det ofta attityden till förändring negativt.

## 4 Bakgrund

I bakgrunden beskriver skribenterna hur kirurgin har utvecklats i världen från den västerländska tiden till nutid. Skribenterna beskriver även hur kirurgin och den kirurgiska vårdprocessen ser ut i Finland samt lyfter fram vilka verksamhetsmodeller som används inom kirurgiska vården i finländska sjukhus. Dessa modeller beskrivs eftersom Herko har utvecklats utifrån dem. Till exempel tas det upp vad de olika modellerna innebär, varför de används och vilka fördelar det finns med dem.

Bakgrundsfakta hittades från litteratur i böcker angående ämnet. Även internet användes för att hitta relevant fakta från t.ex. olika artiklar och publikationer. Vetenskapliga artiklar söktes från databaserna CINAHL, EBSCO, Pubmed och SAGE Journals. Som sökord användes *extended day surgery*, *enhanced recovery program*, *enhanced recovery after surgery*, *23 hours observation*, *23-hour service*, *same day discharge*, *23-hour care*. Trots att Herko funnits i flera år har man undersökt denna modell rätt så lite, både i Finland och internationellt.

## 4.1 Kirurgins historia

Ordet kirurgi kommer från grekiskans "cheiros" och "ergon" som betyder hand och arbete. Kirurgin kan räknas till att vara över en halv miljon år gammal, från då javamänniskan existerade. Haeger skriver att vi kan anta att sårvård var den första kirurgin som utövades. Kirurgin har utvecklats genom tiderna på grund av den kontinuerliga medicinska forskningen och genom samhällets historia. (Haeger, 1988, 7-9)

I den grekiska kirurgin under Hippokrates era följde läkarna alltid samma mönster i sina arbeten. Först gjordes detaljerad beskrivning av symtom och undersökningsfynd. De använde sig av inspektion, auskultation och palpation och undersökte även kroppsvätskornas lukt och smak. Hippokrates beskrev påssjuka, tuberkulos och ledinflammationer och fynden för lunginflammation. Han rekommenderade måttlig motion, bad och massage, frisk luft och en sund diet som behandling före eventuella operationer. Många av Hippokrates kirurgiska metoder används ännu i dagens läge. Som exempel kan nämnas behandlingen av varansamling i lungsäcken var en liten öppning gjordes i bröstkorgsväggen och via denna fördes ett rör in för dränage, eller behandlingen för frakturer där benändarna lades i korrekt läge genom utdragning och sträckbehandling (Haeger, 1988, 42).

Under medeltidens mörka år föll medicinen till religionen. Sjukdomar ansågs som ett straff från ovan och man ingrep inte eftersom utgången berodde på guds vilja. Förbudet mot att utföra obduktion ledde till att läkare inte hade möjlighet att lära sig anatomin. De som led mest av detta var kirurgerna (Haeger, 1988, 69).

Anstalter för vård av sjuka uppkom redan under 500 f.kr medan de första sjukhusen uppkom under medeltiden. I Frankrike grundades år 542 Hotel-Dieu, som på svenska kan översättas till "Guds hotell". Detta var det första sjukhuset i västra Europa. Senare grundades sjukhus för de som hade drabbats av spetälska. I England byggdes de första sjukhusen år 1123. I Bagdad fanns det i mitten av 1100-talet redan över sextio sjukhus. Ett av de bästa sjukhusen under medeltiden grundades i Kairo år 1282. Sjukhuset hade enskilda avdelningar för patienter med olika sjukdomar och även så kallade konvalescent avdelningar där sjuka fick stanna så länge de ville för att tillfriskna (Haeger, 1988, 70-71).

Mitten av 1800-talet var en tid för framsteg inom kirurgin. Det är viktigt med goda förberedelser före operation och god vård efter. Före mitten av 1800-talet var detta dåligt ställt och okunnighet ledde ofta till att patienterna dog.

I takt med att man fick kunskap om mikroorganismernas natur kom man till att kunna utföra säker kirurgi. Mot slutet av 1800-talet och in på 1900-talet tog kirurgin ett till steg framåt i utvecklingen, nu med mer specialiserade områden för kirurgerna. Det blev ett framsteg för bukkirurgin, som exempelvis de kirurgiska metoderna för gallsten, cancer, tarminflammationer, magsår, sjukdomar i urinvägar, bukspottskörtel och levern. (Haeger, 1988, 199-206, 222).

I och med den tekniska och medicinska utvecklingen har vi idag den moderna kirurgin. Kunskapen inom olika specialiteter har ökat som lett till att patienter kan genomgå stora ingrepp med gott resultat. Werkö beskriver kirurgins utveckling under de senaste hundra åren på följande sätt:

*“Allt fler sjukliga tillstånd kan angripas kirurgiskt med gott resultat. Allt fler kirurger kan operera allt fler patienter i allt högre och även yngre åldrar. Resultaten har successivt blivit allt bättre och sjukhusvistelsen i samband med operation allt kortare. Denna utveckling har främjats av att fler operatörer utbildats och huvudspecialiteten kirurgi splittras upp i många specialiteter med egna kliniker”* (Werkö 2008, 175).

Nuförtiden är kirurgi ett av de stora delområdena inom medicin som omfattar dessa specialiteter: gastroenterologisk kirurgi (bukkirurgi), handkirurgi, barnkirurgi, neurokirurgi, ortopedi och traumatologi, plastikkirurgi, mun- och käkkirurgi, hjärt- och thoraxkirurgi, urologi, blodkärlskirurgi och allmänkirurgi. Även vid öron-, näs- och halssjukdomar, ögonsjukdomar och gynekologiska sjukdomar utförs kirurgiska ingrepp samt vid förlossning. (HNS, u.å.)

## **4.2 Kirurgi i Finland**

I Finland finns det 20 sjukvårdsdistrikt och varje kommun skall höra till något av dem. I varje sjukvårdsdistrikt skall det erbjudas tjänster inom specialiserad sjukvård. Med specialiserad sjukvård avses bland annat kirurgiska ingrepp. I varje sjukvårdsdistrikt finns det åtminstone ett centralsjukhus och varje sjukvårdsdistrikt skall höra till ett specialupptagningsområde d.v.s. ett universitetssjukhus där det utförs mer krävande vård och vård som centralsjukhusen inte kan erbjuda. I Finland finns det fem universitetssjukhus: Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Kuopio och Uleåborg (Social- och hälsovårdsministeriet u.å.).

I Finland utförs operationer på olika sätt. Operationer kan utföras elektivt, vilket innebär en planerad operation som inte behövs utföras med detsamma, eftersom tillståndet inte är livshotande. Motsatsen till elektiv operation är akut operation där patienten behöver omedelbar kirurgisk vård, eftersom tillståndet kan vara livshotande. Operationer kan även utföras dagkirurgiskt vilket innebär en planerad operation där operation och hemförlovnin g sker under samma dag. (Johns Hopkins Medicine; Rainio & Rät y 2015, 21)

År 2016 rapporterades det att det gjordes 364 841 operationer i Finland. Antalet elektiva operationer var 275 006, d.v.s. 75,4% av alla operationer. Antalet dagkirurgiska operationer var 143 755, d.v.s. 52,4% av alla elektiva operationer (Sjöholm 2017, 15).

Kirurgi är en stor del av sjukvården och enligt THL år 2016 var kirurgi det största specialområdet inom den somatiska specialistsjukvården och den största orsaken till varför människor blir vårdade på sjukhus i Finland. De vanligaste specialområden inom kirurgi år 2016, i förhållande till patientmängden, var ortopedi och traumatologi, sjukdomar och skador på benstomme och övrig bindväv samt gastrokirurgi (THL 2016, 2-3).

### **4.3 Den perioperativa vårdprocessen**

Perioperativ vård innebär vård i samband med en patients operation som utförs av operations- och anestesijukskötaren. Den perioperativa vårdprocessen indelas i tre faser: *preoperativ, intraoperativ och postoperativ*. För att uppnå ett lyckat vårdresultat behövs det under alla dessa faser kunnigt och professionellt samarbete mellan vårdpersonalen. Under den intraoperativa fasen är operations- och anestesijukskötarens arbetsinsats som störst, men nuförtiden fäster man även stor vikt på den pre- och postoperativa vården för att uppnå ett så gott vårdresultat som möjligt (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11, 20).

Den perioperativa patientens vårdprocess börjar med att patienten söker sig till vård som kräver kirurgisk behandling. Ifall patienten får akuta besvär kräver det akut operationsvård. Ifall besvären utvecklats långsamt med tiden söker sig patienten till sin egna hälsostation där undersökningar och utredningar görs. Efter det skrivs det remiss till specialistsjukvården, till kirurgiska polikliniken där läkaren gör ytterligare undersökningar och tillsammans med patienten ett operationsbeslut. Därefter läggs patienten i operationskö. Enligt vårdgarantin skall patienten få operationsvård inom sex månader (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 22-25).

Den elektiva perioperativa patientens vårdprocess börjar alltså med den *preoperativa fasen* som är tiden före operation. Den börjar när operationsbeslutet gjorts. Under denna fas träffar sjukskötaren sin patient för första gången. Det är idealiskt att mötet sker på en lugn och avskild plats. Oftast sker det på en poliklinik. Under mötet berättar patienten om sig själv, sin sjukdom och sina besvär. Sjuksköterskan skall samla in väsentlig fakta för hela vårdprocessen samt ge patienten muntlig och skriftlig information om operationen och anvisningar för preoperativa förberedelser. Patienten kan antingen förbereda sig själv där hemma eller komma på operationsmorgonen via en bäddavdelning. I vissa fall behöver patienten komma till avdelningen redan föregående kväll ifall det behövs göra undersökningar eller vårdåtgärder före operationen eller om patienten inte klarar av att förbereda sig själv. Nuförtiden kommer nästan alla elektiva operationspatienter på operationsmorgonen via en Leiko- enhet eller preoperativ poliklinik där förberedelserna och intervjuer görs. Patienten får själv gå till operationssalen från Leiko- enheten (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 25; Lindwall & von Post 2008, 87-88).

Den *intraoperativa fasen* börjar när patienten kommer till operationssalen och sjukskötaren gett rapport till operationsavdelningens sjukskötare. Längden på denna fas kan variera mycket beroende på hurdan operation det är frågan om. Fasen innehåller oftast en dialog mellan patienten och sjukskötare och det är viktigt att anesthesi- eller operationssjukskötaren är bredvid patienten och når under hela operationen. Under denna fas utförs den kirurgiska vården med någon form av anestesi eller bedövning enligt patientens behov. Målet med vården är att skydda patientens värdighet och integritet samt att anså kroppen väl och skydda den från skador. Den intraoperativa vårdteamet består av anestesiläkare, kirurg, anesthesisjukskötare, operationssjukskötare och närvårdare eller medikalvaktmästare. Under en operation skall vårdpersonalen bland annat stöda patienten mentalt, hitta trygg och säker operationsställning, övervaka, bedöma och dokumentera patientens tillstånd och vitala funktioner, behärska all vårdteknologi, ha ett aseptiskt arbetssätt samt att dokumentera och rapportera all utförd operations- och anestesivård (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20-21; Lindwall & von Post 2008, 90-91, 107).

Den *postoperativa fasen* börjar när patienten förflyttats till övervakningsenheten eller uppvakningen. Här övervakar sjukskötare patientens tillstånd och återhämtning efter operation och anestesi tills patientens vitala funktioner är stabila och patienten inte längre behöver intensiv övervakning. Oftast övervakas patienten i 1-3 timmar, beroende på operation, patientens mående och anestesiform. Sjukskötaren övervakar och dokumenterar bl.a. andningen, blodcirkulationen, medvetandegraden, smärtan, illamåendet,

muskelstyrkan och operationsområdet. Tillsammans med anestesiläkaren bedömer de patientens tillstånd och läkaren gör bestämmelser för eftervården. Efter övervakningen förflyttas patienten till en bäddavdelning eller annan enhet. Ifall patientens tillstånd kräver intensiv övervakning eller om operationen varit svår kan patienten föras till intensivvården. Innan patienten förflyttas till bäddavdelningen ser sjuksköterskan till att kriterierna för överflyttningen uppnåtts. På bäddavdelningen övervakas patienten och hemförlovas när tillståndet tillåter det. Oftast pågår den postoperativa vården till den första dagen efter operationen. Innan patienten hemförlovas får hen muntliga och skriftliga hemvårdsföreskrifter och vid behov bokas en tid till eftergranskning (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 21-22, 26, 360, 382).

#### **4.4 Kortvårdskirurgi och dagkirurgi**

Vid kortvårdskirurgin är hela vårdperioden så kort som möjligt. Utskrivningen av patienten sker inom 1–3 dygn efter åtgärden. Dagkirurgin ingår även i kortvårdskirurgin. Dagkirurgi innebär att patienten anländer till sjukhuset för en planerad operation och utskrivs samma dag. Patienter som kommer till dagkirurgin för operation stannar vid sjukhuset högst 12 timmar. Vid dagkirurgin utför man kirurgiska ingrepp som förutsätter lokalbedövningen, narkos eller intravenös tillförsel av läkemedel. (Rainio & Rätty 2015, 21; Scheinin 2008, 11)

I dagkirurgin utförs det nu för tiden flera olika ingrepp, varav de vanligaste är ögon- och öronoperationer, gastrokirurgi, ortopedi samt olika endoskopiska ingrepp. Polikliniska undersökningar och mindre ingrepp ingår inte i dagkirurgin. Längden av ingreppet måste alltid kunna förutses. Den maximala längden för ett dagkirurgiskt ingrepp är två timmar. Den dagkirurgiska vårdkedjan börjar med att skriva remiss och avslutas med att ge feedback åt läkaren och eventuellt bokas tid till eftergranskning (Hautakangas, et.al. 2003, 10; Scheinin 2008, 11)

Dagkirurgiska operationer har sedan 2000-talet stigit årligen. År 2013 gjordes 45% av alla operationer dagkirurgiskt och år 2017 från januari till augusti var andelen dagkirurgiska operationer 50,7% av de elektiva operationerna (Rainio & Rätty 2015, 15). Vasa centralsjukhus har som målsättning att över 70% av alla elektiva operationer skulle år 2025 göras dagkirurgiskt (Vasa Centralsjukhus 2015, 127/3).

Den främsta målsättningen inom dagkirurgin är att ge högklassig operativ vård samt snabb återhämtning efter ingrepp där risken med postoperativa blödningar, kraftig smärta och infektion är minimal. Andra fördelar med dagkirurgin är att väntetider till operationer minskar och tillgängligheten av vårdservice förbättras. När man avgör om patienten passar för dagkirurgin granskas patientens hälsotillstånd, där man observerar fysiska, psykiska, sociala, anesthesiologiska och operativa faktorer. Av dessa är det fysiska tillståndet, läkemedel, åldern och grundsjukdomarna de viktigaste. Efter detta bedöms operationens svårighetsgrad och risken för komplikationer. Hög ålder och grundsjukdomar är ändå inte ett hinder för dagkirurgin. Det viktigaste är att patientens allmäntillstånd är stabilt och att patienten har förmåga att klara av sin egenvård efter ingreppet. På detta sätt kan vårdprocessen förverkligas tryggt, effektivt och ekonomiskt (Hautakangas, et.al. 2003, 11-14; Scheinin 2008, 11)

#### **4.5 Leiko – Hemifrån till operation**

Verksamhetsmodellen Hemifrån till operation (Leikkaukseen kotoa – Leiko) började man utveckla i Finland på Hyvinges sjukhus på 2000-talet. Leiko-verksamhetsmodellen innebär att patienten kommer rakt till operation hemifrån via skild mottagning för detta, till exempel en preoperativ poliklinik. Via denna mottagning leds patienten till operationssalen. Detta innebär att patienten inte vistas vid en bäddavdelning före operation. De preoperativa förberedelserna gör patienten själv hemma, även de mer krävande förberedelserna. Anesthesiologisk bedömning görs före operation och patienten får träffa läkaren. Först efter operation förs patienten till bäddavdelning var postoperativ vård ges. Hela denna process är likadan oavsett operation eller eftervården. Leiko-verksamheten förutsätter stor förändring inom kirurgiska vården och organisationer. 90% av alla de elektiva operationspatienter kommer nuförtiden via Leiko-enheten. (Tohmo 2010; Keränen 2006).

Det har gjorts en hel del undersökningar om Leiko-processen, speciellt på Hyvinges sjukhus i Finland. Keränen, Keränen och Wäänänen (2006) utförde en studie där de jämförde Leiko-processen och den vanliga elektiva operationsprocessen. Enligt denna studie binder Leiko-modellen 73% mindre av sjukhuspersonalens tidsresurser. Den vanliga elektiva operationsprocessen kräver mycket tidsresurser av personalen på kirurgiska bäddavdelningar. I studien visade det sig att endast intervjun vid kirurgiska avdelningen tog mera tid än hela vårdtiden på Leiko-enheten.

Den vanliga processen är tidskrävande för patienten eftersom de måste komma till avdelningen dagen före operation. Det går även mycket tid åt att förbereda patienten på avdelningen och att föra patienten till operationsavdelningen. Tack vare Leiko-modellen kan personalen på avdelningarna koncentrera sig enbart på den postoperativa vården. Denna typ av vårdmodell är alltså fördelaktigt för både sjukhusets personal och patienter. Enligt studien var patienterna mycket nöjda med denna modell och de ville tillbringa så lite tid som möjligt på sjukhuset. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3604–3606).

Keränen och Keränen har även gjort en studie om hur Leiko - processen påverkar den kirurgiska patienten. År 2006 öppnades en ny Leiko-enhet på Hyvinges sjukhus och målsättningen med den var att de flesta kirurgiska patienter skulle komma till sjukhuset på operationsmorgonen. Syftet med studien var att få fram hur den påverkar patientens kirurgiska resultat. Data samlades in av alla patienter som genomgick en elektiv operation mellan maj och mars år 2006 och år 2007, sex månader före och efter den nya Leiko-enheten öppnades. I studien ingick det 1206 patienter varav ungefär hälften genomgick operation 2006 och andra hälften 2007. Sjuklighet, dödlighet och vistelsetiden på sjukhus jämfördes mellan dessa grupper. Data samlades från patientjournaler och analyserades. Efter en månad gjordes en postoperativ granskning. Resultatet visar att före den nya enheten öppnades kom ungefär hälften av patienterna på operationsmorgonen och andra hälften en dag före via en avdelning. Efter att den nya enheten öppnades kom 90% av alla patienter på operationsmorgonen. Det fanns inga andra statistiska skillnader mellan dessa två grupper. Studien visar att det finns ingen negativ effekt med tanke på kirurgiska resultat och Leiko - enheten kan förverkligas utan skadlig effekt på patienten. (Keränen & Keränen 2011, 136-137)

#### **4.6 Herko – från uppvakningen hem**

Herko-verksamheten är den nyaste kirurgiska modellen som innebär att patienten övernattar efter operation på operationsavdelningens övervakning eller i något annat utrymme och åker hem följande morgon, utan att gå via någon bäddavdelning. Inom 23 timmar bör patienten bli hemförlovad (Niskanen 2014, 431). Kirurgimodellen har flera olika benämningar såsom *23h kirurgi*, *23 hour service*, *extended day surgery* och *enhanced recovery program* men i Finland används begreppet “Herko” som är en förkortning av “Heräämöstä kotiin”.

Ur patientens synvinkel har denna typ av modell flera fördelar. Det främsta är att patienten blir hemförlovad tidigare. Den medför bland annat att risken för komplikationer minskar eftersom man kan upptäcka dem snabbare på uppvakningen där personalen finns nära till hands. Även infektionsrisken minskar om patienten blir hemförlovad tidigare. På sjukhusets avdelningar finns det mycket bakterier och virus, vilket innebär att patienter som genomgått operation drabbas lättare av dem. Också postoperativa smärtor och illamående går att eliminera och minska tack vare läkemedel som finns att ge åt patienten. (Niskanen 2014, 432; Ruohoaho 2016; Almark 2015).

En av de viktigaste delarna av tidig hemgång efter operation är att den postoperativa mobiliseringen blir snabbare eftersom patienterna inte förblir sängliggande på sjukhus utan får åka hem och röra på sig. Steenhagen (2015) har utfört en studie om förbättrat återhämtningsprogram (Enhanced Recovery After Surgery) som gjordes år 2015 i Nederländerna. Syftet med programmet är att optimera perioperativ vård d.v.s. uppnå tidig återhämtning och minska på kirurgisk stress efter operation. I studien skrivs det att sängvila ökar risken för flera oönskade effekter. Förutom ventrombos kan sängvila även leda till förlust av muskelstyrka, insulinresistens, nedsatt vävnadssyresättning och respiratorisk insufficiens (Steenhagen 2015, 18, 24).

Anledningen till att man har utvecklat denna typ av verksamhetsmodell är att den effektiviserar den kirurgiska vården och är ett bra vårdalternativ för patienter som inte är lämpliga för dagkirurgin. Denna typ av patienterna behöver övervakas efter ingreppet under ett dygn eller mindre. Patienten kommer till sjukhuset på operationsmorgonen och anmäler sig. Efter detta går patienten till mottagningsenheten där hon/han träffar skötaren och läkaren som utför operationen. Genast efter operationen planerar den kirurgiska läkaren de postoperativa ordinationerna, recept, sjukledighet och eftervården. Efter ingreppet förflyttas patienten till uppvakningen som vanligt. Det finns kriterier som måste uppfyllas innan patienten får lämna uppvakningen. Dessa kriterierna är att patienten har en stabil medvetandegrad, de vitala funktionerna har varit stabila i minst en timme, illamåendet och smärtan är under kontroll och att bedövningen har släppts. När dessa kriterier uppfylls behövs ingen monitorering längre och patienten får gå till ett skilt rum, som finns precis bredvid uppvakningen, där hon/han tillbringar natten. Patienten får gå hem följande morgon utan att träffa läkaren (Musialowicz & Martikainen, 2015, 120–121).

Enligt en studie visade det sig att patienterna var mer nöjda med att gå hem tidigare än att behöva stanna på sjukhuset. Syftet med studien var att undersöka patienternas egna förväntningar och erfarenheter av återhämtningen hemma med ett förbättrat återhämtningsprogram (enhanced recovery program). I studien deltog det 20 patienter varav alla hade genomgått leverresektion. Generellt sett upplevde patienterna den tidiga hemgången positiv. De tyckte att den riktiga återhämtningen började hemma eftersom omgivningen där hemma möjliggjorde för dem att inte tänka sig själv som en sjuk patient. De tyckte även att det var lättare att slappna av och vila i hemmiljön än i sjukhusmiljön och således kunde de återhämta sig snabbare. Det fanns ändå några bekymmer som patienterna rapporterade med den tidiga hemgången. Några tyckte att de skulle ha behövt ytterligare stöd av vårdpersonal. De kände sig osäkra där hemma och funderade vad de skulle göra ifall problem skulle uppstå och att inte då ha någon professionell hjälp nära till hands. Det fanns även några patienter som blev intagna till sjukhuset på nytt på grund av postoperativa komplikationer och upplevde detta som ett misslyckande. (Vandrevala, et.al. 2016, 3447-3448)

Däremot finns det även patienter som anser det bättre och säkrare att övernatta på sjukhus än att gå hem tidigt. Enligt en studie där man undersökte patientsäkerheten genom att jämföra patienter som övernattat på sjukhus och de som gått hem på operationsdagen var patienter som fått övernatta på sjukhuset mer nöjda än de som gått hem på operationsdagen. Detta har de undersökt ur patientens synvinkel, med enkäter som patienterna själva fyllt i och genom telefonsamtal efter operationen. Det fanns inga andra större olikheter mellan dessa två grupper med tanke på återhämtningen och komplikationer. (Falcone, et.al. 2011, 192)

Jeff och Taylor (2014) beskriver sjukskötarens erfarenheter om det förbättrade återhämtnings programmet. Implementering av programmet kan upplevas som något stort och dramatiskt. Flera sjukskötare upplever det svårt att utföra en ändring, eftersom de känner en viss bekvämlighet med gamla vanor. Det krävs bra information om programmet och ett fungerande samarbete för att kunna känna sig säkra. Programmets syfte är att försnabba den postoperativa återhämtningen och att minska postoperativa komplikationer. Dessa huvudpunkter upplevs av en del sjukskötare som sanna medan andra är skeptiska om att en del patienter skulle passa in i tidsramen av snabb återhämtning. Programmet följer även vissa protokoll. Dessa protokoll beskrivs som riktlinjer, metoder och vårdlinjer. Dessa används för att förbättra kvaliteten på patientens vård.

Enligt det som Jeff och Taylor skriver är det omöjligt att implementera dessa protokoll på varje enskild patient eftersom den postoperativa återhämtningen skiljer sig från patient till patient. Det krävs inte bara ett samarbete mellan patient och sjukskötare för en snabb återhämtning men även ett samarbete mellan hela teamet. Sjukskötarna upplever dock att själva programmet fungerar bra även om det är svårt att acceptera det nya protokollet. Programmet har en positiv uppfattning på hur man ser patienten. De anses inte längre vara i återhämtning från en stor kirurgisk procedur och en förkortad tid för postoperativ återhämtning ger en minskad effekt av operationens allvarlighet (Jeff & Taylor, 2014, 24-30).

Herko-verksamheten har potential att skapa märkbara besparingar i kostnader för en organisation genom förkortade vårdtider, effektiviserad hemförlovnings och mer effektiv användning av personal och sjukhusets fastigheter. Samtidigt erbjuder det möjlighet för sjukskötare att utforska en ny specialitet och kultur inom omvårdnad. Den huvudsakliga principen för Herko-verksamheten är att patienten åker hem senast ett dygn efter operation. (Ryan, Davoren, Grant & Delbridge, 2005, 2).

Herko-verksamheten används redan på flera olika sjukhus i Finland. Herko-verksamheten på Tammerfors universitetssjukhus i Hatanpää går under namnet Leiko 24. Denna enhet med 12 patientplatser öppnades redan i augusti 2012. Patienten anländer till sjukhuset via enheten på operationsmorgonen och går tillsammans med sjukskötaren till operationssalen. Efter operationen förflyttas patienten tillbaka till Leiko 24 enheten där hen hemförlovas inom 24 timmar. Enheten grundades eftersom patienternas återhämtning blivit snabbare tack vare nya kirurgiska metoder. Verksamheten medför även att informationsflödet och patientsäkerheten förbättras. (Tays, u.å.; Pajula 2012)

På Västra Nylands sjukhus öppnades 23-kirurgi avdelningen i augusti 2015. Syftet var att effektivisera och slimsa verksamheten samt minska pressen på kirurgiska avdelningar. Alla patienter som kommer till avdelningen efter operation åker hem inom 23 timmar. På avdelningen vårdas både barn och vuxna som genomgått en hel del olika operationer, t.ex. öron-, näs- och halsoperationer, ortopediska, urologiska och gynekologiska ingrepp. (Almark, 2015)

Även på Södra Österbottens centralsjukhus i Seinäjoki används Herko-verksamheten som där går under namnet 23h-uppvakning. Tanken bakom verksamheten är att få en vårdprocess som är effektiv och som möjliggör snabb återhämtning åt patienten. I 23h-uppvakningen finns det fem patientplatser.

Patienterna anländer till sjukhuset via Leiko- eller dagkirurgiska enheten och efter operationen förflyttas patienten till 23h-uppvakningen där hen åker hem antingen på kvällen eller natten ifall patientens tillstånd är stabilt och hen själv önskar det. Vanligtvis åker patienten hem följande morgon (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, u.å.). Utöver ovan nämnda sjukhus används Herko-verksamheten även av vissa andra finländska sjukhus t.ex. Satakunta centralsjukhus och Kuopio universitetssjukhus.

## 5 Metod

I detta kapitel beskrivs det hur genomförandet av studien gått till. Skribenterna beskriver vad en kvalitativ studie innebär, vilken datainsamlingsmetod som använts i studien och hur urvalet av informanterna gjorts samt hur innehållsanalysen genomförts. Skribenterna tar även upp de etiska principerna som man bör tänka på då man genomför en kvalitativ intervjustudie.

Syftet med studien är att få fram upplevelser och erfarenheter om Herko-verksamheten, därför har skribenterna valt att använda sig av kvalitativ metod i denna studie. Kvalitativ metod innebär att forskaren studerar erfarenheter av ett fenomen. Syftet är att beskriva, förstå och tolka upplevelser. Som datainsamlingsmetod kan man använda sig av intervjuer. (Henricson 2012, 130, 132).

När forskaren planerar en kvalitativ studie ska man reflektera över egna livs- och yrkeserfarenheter och den kunskap man har om det som ska studeras. Man bör även vara medveten om vad ens egen uppgift är vid genomförandet av studien. Forskaren använder sig själv som instrument i forskningen. Forskaren ska vara flexibel, anpassningsbar och förhålla sig öppet till forskningsfältet. (Henricson 2012, 132).

### 5.1 Urval

I en kvalitativ intervjustudie är det viktigt att deltagarna inte väljs ut slumpmässigt. Deltagarna väljs ut förutsatt att de har kunskap, upplevelser och erfarenheter inom området. Skribenterna har gjort ett riktat urval, det vill säga skribenterna har valt ut informanter som kan ge svar på frågeställningarna och syftet (Henricson 2017, 115).

I det här fallet valdes det ut sex sjukskötare, varav alla var kvinnor i åldern 28-50 som jobbar på operationsavdelningen och dagkirurgin på ett centralsjukhus och som har kunskap och erfarenhet av Herko-verksamheten. Alla dessa sjukskötare hade finska som modersmål. En av sjukskötarna hade tidigare jobbat på en kirurgisk avdelning och förflyttats till uppvakningen när Herko-verksamheten börjat. En annan hade tidigare arbetet på dagkirurgin men nu arbetade hon mera på uppvakningen samt skötte om preoperativa fasen för Leiko-patienter. Två av sjukskötarna var från grunden anestesijukskötare på operationsavdelningen som nu jobbade mer eller mindre på uppvakningen. Två andra hade tidigare arbetat som instrumentsjukskötare på dagkirurgin och nu arbetar de även som uppvakningsskötare.

Skribenterna kontaktade centralsjukhusets operationsavdelning genom att skicka e-post till avdelningsskötaren där vi presenterade oss och ansökte om tillstånd. I samma e-post bifogades även informationsbrevet (se bilaga 1), intervjufrågorna (se bilaga 3) och blankett för samtycke (se bilaga 2). Efter att vi fick ansökan beviljad hjälpte avdelningsskötaren oss och valde ut sex sjukskötare som jobbar med Herko-verksamheten på operationsavdelningen. Avsikten var att avdelningsskötaren skulle vidarebefordra intervjuguiden och informationsbrevet där vi beskrev syftet med studien, till sjukskötarna.

### **5.3 Intervju som datainsamlingsmetod**

Att använda sig av intervju som datainsamlingsmetod passar för forskning som har som syfte att förstå fenomen eller situationer. Genom intervjuer får man en förståelse för deltagarnas erfarenheter genom att de med egna ord får berätta. Livssynen är annorlunda från person till person beroende av sammanhanget. Tillräckligt med tid ska sättas ner för intervjun så att bästa möjliga resultat kan fås. Man bör vara inläst på området, ha syfte och frågeställning, välja intervjumetod och deltagare, vara medveten om de etiska principerna och ha godkännande för studien (Henricson 2012, 163-165).

En kvalitativ intervju kan vara strukturerad, ostrukturerad eller semistrukturerad. I detta arbete har skribenterna använt sig av en semistrukturerad intervju med öppna frågor. En intervjuguide med 13 frågor användes som stöd för själva intervjun. Intervjuguidens frågor utvecklades utifrån syftet och frågeställningarna. Vi ville få fram hur sjukskötarna upplever förändringarna som Herko-verksamheten har medfört och hur verksamheten har fungerat samt hur den har påverkat deras arbete. Samtidigt ville vi få fram vad de ansågs finnas för fördelar och nackdelar för patienterna.

De sista frågorna utvecklades från intresset att få veta hur man kunde utveckla Herko-  
verksamheten. Innan intervjuerna genomfördes godkände handledaren frågorna. Frågorna  
visades även för en utomstående sjukskötare som hade kunskap om ämnet men inga  
väsentliga ändringar gjordes.

Vi valde att använda oss av semistrukturerad intervju eftersom man då kan vara flexibel  
under intervjun och inte nödvändigtvis ta frågorna i den ordningsföljd som i  
intervjuguiden. Följdfrågor kan även ställas under intervjun (Henricsson 2012, 165-168).

Intervjuerna utfördes i februari 2018 på operationsavdelningen vid ett centralsjukhus. Vi  
intervjuade sex sjukskötare. Intervjuerna gjordes under sjukskötarnas arbetsdag, då när det  
passade för dem och så att det inte störde avdelningens verksamhet. Varje intervju gjordes  
enskilt på dagkirurgin antingen i ett arbetsrum för sjukskötare eller i ett ledigt  
mottagningsrum. På detta sätt var det möjligt för oss att genomföra intervjuerna ostört.  
Före genomförandet av intervjuerna kom det fram att sjukskötarna inte hade fått  
informationsbrevet av avdelningsskötaren och därför gav vi information om  
examensarbetet före varje enskild intervju och sjukskötarna hade möjlighet att fråga frågor  
om arbetet. Före varje intervju läste sjukskötarna igenom frågorna och skrev under  
blanketten för samtycke. För intervjuerna reserverades det 60 minuter tid. Intervjuerna  
varade mellan 20 och 40 minuter. Under varje intervju använde vi intervjuguiden som stöd  
och vi ställde varannan fråga tur och vis samt följdfrågor baserat på vad de berättade. Även  
i slutet av intervjuerna frågade vi frågor ifall vi kom på något. Intervjuerna bandades in på  
mobiltelefon med sjukskötarnas godkännande.

## **5.4 Kvalitativ innehållsanalys**

Kvalitativ innehållsanalys innebär att beskriva, tolka och analysera texter och baserar sig  
således på erfarenhetskunskap. Syftet med innehållsanalysen är att identifiera variationer  
med att lägga vikt vid likheter och skillnader i materialet som ska analyseras. I texter finns  
det både manifest och latent innehåll. Innehåll som är manifest innebär att det är uppenbart  
och formuleras på beskrivande nivå medan det latent innehåll innebär ett underliggande  
budskap och formuleras på tolkande nivå. Detta kräver tolkning på olika nivåer. (Höglund-  
Nielsen & Granskär 2017, 220-222, 227).

Vid dataanalys av kvalitativ data följer man tre olika steg. Först skall man läsa det insamlade materialet i sin helhet ett par gånger, sedan skall man plocka ut den text som svarar på frågeställningarna man lagt upp. Här är det viktigt att alltid ha syfte i minnet. Den text som valts ut kodas och man strukturerar upp kategorier eller teman. I det tredje och sista steget skapar man en ny helhet (Henricson 2012, 135).

Henricson (2012) nämner att en analys kan göras både induktivt och deduktivt. Vid den induktiva metoden utgår man från textens innehåll och vid den deduktiva metoden utgår man från en bestämd teori eller modell (Henricson, 2012, s. 335). I detta arbete har vi valt att använda oss av den induktiva metoden för analysering av materialet som samlats av intervjuer eftersom att denna metod utgår från textens innehåll och drar slutsatser från erfarenheter. Efter att alla intervjuer genomförts gick vi igenom anteckningar och sedan lyssnade vi på inspelat material samtidigt som vi transkriberade ordagrant allt i ett texthanteringsprogram på datorn. Vi fick sammanlagt 28 sidor text att analysera. Från transkriberat material togs det bort fyllnadsord och upprepningar. Därefter påbörjades analysering genom att läsa igenom transkriberat material i flera omgångar. En tabell gjordes för själva innehållsanalysen till vilken vi plockade ut information i form av citat som sjukskötarna hade berättat och som besvarade syftet och frågeställningarna. Därefter plockade vi ut från citaten det som vi ansåg vara det viktigaste och mest intressanta och beskrev detta kort med olika koder. Därefter sammanställde vi likheter i olika underkategorier. Vissa underkategorier kom tydligt fram då vi gick igenom transkriberat material och vissa hamnade vi fundera på längre. Till sist sammanfattade vi underkategorierna i lämpliga huvudkategorier. Ett exempel på hur innehållsanalysen såg ut sammanställs i tabellen nedan (tabell 1).

Tabell 1 Exempel ur innehållsanalysen

Huvud-kategori	Under-kategori	Kod	Citat
Patient-centrerad vård	1. Kvaliteten på vården  2. Bristfälliga patient-utrymmen	Säkrare, lugnare, vården försnabbas, snabb hemgång, snabb återhämtning.  Dåligt utrymme, oväsen, oroligt, inget avskilt rum.	<p><i>"Här är patienterna mer "under ögonen" än i ett rum på ändan av någon avdelning. Jag tror att patienterna är nöjda över det, det ger en tryggare känsla."</i></p> <p><i>"...fördelen är den att patienten inte måste fara till flera ställen, patienten kommer på morgonen till operationsavdelningen, blir opererad här, är på uppvakningen och sedan åker hen hem från samma ställe."</i></p> <p><i>"Kanske smärtbehandlingen är mer effektiv och vi kan ägna mer uppmärksamhet till återhämtningen när en sjukskötare inte har tio andra patienter att ansvara för."</i></p> <p><i>"Kanske de återhämtar sig snabbare, de får rehabilitering och här strävar vi till att genast åka framåt och att patienten är i skick att åka hem klockan åtta på morgonen."</i></p> <p><i>"Patienten hamnar att vara i oväsen och vi kan inte ha det väldigt mörkt...det kan hända patienten lider av omgivningen..."</i></p> <p><i>"de fysiska utrymmena är inte menade för Herko-verksamheten. Om det har opererats en patient på natten som kommer till uppvakningen för övervakning så gör det genast uppvakningen orolig. Vi strävar efter att dela upp det på det sättet att exempelvis på barnens uppvakning sover männen och kvinnorna sover i ett skilt utrymme, så att män och kvinnor inte är ihopblandade."</i></p> <p><i>"Jag funderar om det är lite oroligt. Vi har på det sättet inte utrymmen planerade hit, speciellt då det på morgonen kommer nya patienter...det blir till en viss del ganska trångt i uppvakningen då."</i></p>

## 5.5 Etiska överväganden

När man genomför en intervjustudie bör man tänka på forskningsetiken. Detta bidrar till att skydda människan, respektera människovärdet, integriteten och självbestämmandet. Människorna skall alltså få ha egna val och åsikter och detta skall respekteras (Kjellström 2017, 57-58, 61-62).

Personerna som blir tillfrågade att medverka i studien skall få information om arbetets syfte, hur man samlar in data och vad det innebär att vara med i studien. Det skall vara frivilligt att delta och de skall kunna noggrant överväga och med betänketid välja ifall de deltar eller inte. Deltagarna skall informeras att de också i ett senare skede kan avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara sig (Kjellström 2017, s. 69-70).

I en kvalitativ studie där man använder sig av intervjuer kommer man nära informanterna. Detta kan medföra vissa risker, till exempel att man påverkar personen man intervjuar. Det kan hända att den som man intervjuar anpassar sina svar och säger det som hen tror att man vill höra. Det är viktigt att informanten svarar det vad hen vill svara (Kjellström 2017, 72).

Lov för studiens ansöks från sjukhuset tillsammans med informationsbrev, samtycke och intervjufrågor. Skribenterna ger deltagarna information om arbetet både muntligt och skriftligt på deras eget modersmål, i det här fallet på finska. I det skriftliga brevet kommer det fram att det är frivilligt att delta och att det går att avbryta när som helst. All data som samlas behandlas konfidentiellt. Skribenterna bandar in intervjuerna och ser till att allt intervjumaterial förvaras på ett säkert sätt så att det inte sprids till utomstående och efter att arbetet är färdigt och godkänt förstörs allt material. Skribenterna säkerställer även att identiteten skyddas genom att exempelvis inte nämna på vilket sjukhus vi utfört intervjuerna. På detta sätt kan ingen utomstående identifiera personerna som medverkat i studien. (Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012, 18–19)

## 6 Resultat

I detta kapitel beskriver skribenterna först bakgrundsfakta om Herko-verksamheten på det centralsjukhus som intervjuerna genomfördes och därefter redovisas resultatet av intervjuerna utgående från studiens syfte och frågeställningar. Resultatet är uppdelat i fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier (figur 2).



Figur 2. Sammanställning av huvud- och underkategorier

## 6.1 Bakgrundsfakta om Herko-verksamheten

På centralsjukhuset fanns det tidigare en uppvakning för dagkirurgiska patienter och en för elektiva patienter men nu har sjukhuset kombinerat dessa, d.v.s. övervakningen av alla patientgrupper sker i samma utrymmen. Denna förändring har medfört att sjukskötare från både operationsavdelningen och dagkirurgin arbetar på uppvakningen.

Det finns anestesijsjukskötare och operationssjukskötare som utsetts som uppvakningsskötare och som mer eller mindre arbetar på uppvakningen och sköter om Herko-patienter och ibland arbetar de även i operationssalen. Sjukhuset har även anställt sjukskötare från kirurgiska avdelningar som nu enbart arbetar på uppvakningen. Kombineringen av uppvakningen har medfört att sjukskötarna sköter om olika patientgrupper: dagkirurgiska, elektiva och Herko-patienter. Men eftersom det för tillfället är svårt för alla sjukskötare att kunna sköta om alla olika patientgrupper har de delat upp arbetet. Exempelvis sjukskötare från dagkirurgin sköter om dagkirurgiska patienter samt hemförlovnings och sjukskötare från operationsavdelningen sköter om patienter som undergått större och mer krävande operationer. Dock är målet i framtiden att alla sjukskötare skall sköta om alla olika patientgrupper.

Efter att uppvakningarna kombinerades utfördes en försöksperiod för Herko-verksamheten i maj 2017. Under sommaren var den på uppehåll och i september fortsatte sjukhuset med verksamheten. Under åren 2018-2020 permanentas verksamhetsmodellen. Herko-enheten på centralsjukhuset har sex patientplatser som finns i samma utrymme där uppvakningen för operationsavdelningen och dagkirurgin finns. Herko-enheten är öppen från måndag morgon till fredag morgon.

Som Herko-patient passar en person som har möjlighet att gå hem senast följande morgon efter operationen. Patienterna kan även gå hem samma kväll som operationen utförts, alternativt på natten ifall de så önskar. De som inte passar som Herko-patient är bland annat minnessjuka, patienter under 18 år, patienter med betydande begränsningar i funktions- och rörelseförmåga, våldsamma patienter, patienter i behov av tolk, isolerade, alkohol- och drogmissbrukare, psykiskt sjuka och patienter som är i behov av egenvårdare. På centralsjukhuset utförs det ett antal olika operationer med Herko-verksamheten, bland annat bröstcancer-, gall-, sköldkörtel-, plastikk-, gynekologiska- och urologiska operationer.

## 6.2 Sjukskötarens upplevelser och erfarenheter av förändringen

Sjukskötarens upplevelser och erfarenheter som förändringen medförde varierade mycket. Enligt sjukskötarens påbörjades verksamheten allt för snabbt och det var svårt att hinna med i förändringen. En del sjukskötare ansåg förändringen negativ och motsatte sig den till en början. Andra var osäkra på vad de egentligen tyckte om förändringen. Sjukskötarens betonade bristen på fortbildning och möjligheten att påverka förändringen samt de ansåg att det ordnades få diskussionstillfällen.

### 6.2.1 Förhållningssättet till förändringen

Förhållningssättet till förändringen var delad. Vissa sjukskötare ansåg den negativ och var inte förberedda för en förändring men detta kunde delvis bero på det att de inte ännu hade fått tillräckligt med information om förändringen. När de senare hade fått mera kunskap och erfarenhet om verksamheten ändrades inställningen och de ansåg förändringen som en bra sak. Vissa sjukskötare hade en ambivalent inställning till förändringen, d.v.s. de tyckte att den hade både fördelar och nackdelar.

*"Jag åtminstone hade ett motstånd. Men man bör alltid vara kritisk till någonting nytt och inte genast godkänna alla verksamhetsmodeller..."*

*"...det är en tvådelad sak, den har både bra och dåliga sidor"*

*"Till en början hade säkert flera av oss, som man ofta har till en förändring, en negativ attityd, att vad man kommer det här att bli."*

Sjukskötarens tyckte att igångsättningen av verksamheten skedde allt för snabbt och de var tvungna att gå med i det med full fart och detta kunde orsaka stress för dem. På grund av detta ansåg sjukskötarens förändringen vara till en början svår men med tiden har det börjat kännas lättare. Förändringen hade även medfört nya utmaningar i arbetet eftersom sjukskötarens har varit tvungna att lära sig om vården av postoperativa patienter som tidigare vårdats på kirurgiska avdelningar. Detta ansågs vara en gynnsam variation i arbetet och de tyckte att det är viktigt att de nu kan se helheten i vårdprocessen.

*"...förändringen kom alltför snabbt enligt mig och vi var tvungna att gå med på den med full fart och intensitet... Man borde ha börjat lugnare med den här verksamheten."*

*"...snabbt kom den och med för snabb hastighet. Och det ökade då också på stressen."*

*"Kanske början var besvärlig när vi började med denna grej... men sen när vi kom in i det så blev allting tydligare och det har gått smidigt."*

*"Det är en slags utmaning, jag tycker det är kul att jag vet mer än bara "tricket" i operationssalen."*

*"jag ser vårdprocessen mer som en helhet nu än tidigare."*

### **6.2.2 Möjlighet att påverka**

Sjukskötarna ansåg att de inte hade möjlighet att delta i planeringen av den nya verksamheten. Planeringen, beslutet och hur verksamheten i sin helhet skulle se ut hade ledningen bestämt men sjukskötarna kunde komma med egna önskemål om till exempel arbetstider samt idéer på hur det lönar sig att förverkliga vissa saker i praktiken. Sjukskötarna skulle ha velat ha bättre möjligheter att delta i planeringen av förändringen och påverka en del aspekter mera, eftersom det är de som utför förändringen och den nya verksamheten i praktiken.

*"...nog lyssnade de på önskemål men på något sätt känns det som att vi styrdes för mycket uppifrån."*

*"Små aspekter kan man påverka men sådana här stora linjer så kan man inte."*

*"I viss mån fick vi delta i planeringen, hur vi i praktiken skulle genomföra och till en viss del har våra åsikter frågats efter"*

*"Jag anser att vi inte fick vara med så mycket i att planera och fundera...Vi, anställda, skulle ha velat det mer"*

*"... det är ju vi som utför arbetet och vi ser och vet bäst hur patienten återhämtar sig."*

### **6.2.3 Stöd och gemensamma diskussionstillfällen**

Sjukskötarna tyckte att det har varit lätt att närma sig förmannen ifall de till exempel har haft idéer till förbättring eller ifall de velat ändra på arbetsskift- och tider. Sjukskötarna ansåg det som ett problem att förmannen inte hade deltagit i det praktiska arbetet på uppvakningen. De önskade att förmannen skulle ha varit mera insatt i vad Herko-verksamheten i praktiken går ut på och skulle ha varit mera intresserad av sjukskötarens egna åsikter om hur den fungerar på uppvakningen.

*"Nog har det varit lätt att närma sig dem och man har kunnat fråga ifall någonting är på tok eller om man skulle kunna förbättra något."*

*"Visst frågar de ibland om arbetsskiften har upplevts bra och dessa har ändrats enligt vad vi önskat och genomfört."*

*"...vår chef vet inte ens vad vi gör här. Vi har ofta uppmanat vår chef att komma och följa med vad vi gör men jag tycker att hen inte har deltagit."*

Det var väldigt mycket nytt som sjukskötarna skulle lära sig och därför skulle de även ha önskat mera gemensamma diskussionstillfällen där alla sjukskötare och avdelningsskötare tillsammans skulle ha diskuterat om hur förändringen har fortskridit och tagit i beaktande sjuksköternas egna åsikter om verksamheten. Under dessa möten skulle de ha även kunnat gå igenom sådant som har verkat svårt eller som inte har fungerat och sedan försökt utveckla verksamheten.

*"...man borde lyssna mer på hur vi känner oss. Vi har varit tvungna att kräva, att nu vill vi ha ett möte, nu måste vi samlas..."*

*"Man skulle ha kunnat ha möten för feedback varje vecka i början så att förmannen skulle ha fått en rätt bild av hurdant arbetet har varit..."*

*"Under en förändring är det alltid bra att reagera på sådant som inte fungerar..."*

*"...det skulle vara bra om vi ibland skulle sitta ner och diskutera om vilka förbättringar som kan göras och vad som är bra för patienten..."*

#### **6.2.4 Fortbildning**

Kombineringen av den nya uppvakningen och igångsättningen av Herko-verksamheten medförde nya operationer och patientgrupper för alla sjukskötare. Därför skulle fortbildning ha varit önskvärt och nödvändigt enligt sjukskötarna. Sjukskötarna hade frågat efter fortbildning men eftersom det antagligen var brist på tid och resurser ordnades ingen. Bland uppvakningssköterna fanns det flera som till exempel inte visste hur man ger hemföreskrifter och hemförlovar patienter. Istället har de varit tvungna att lära sig nya saker på egen hand och fråga sina arbetskolligor.

*"...fortbildning kunde ha ordnats. Det känns som att vi frågade efter det men då var det så att det inte fanns resurser att ordna, att man måste lära sig vid sidan av arbetet..."*

*"Hemförlovnin av dagkirurgiska patienter har man varit tvungen att lära sig själv och fråga kompisen på uppvakningen, exempelvis vilka papper måste ges. Med det hade man hoppats få lite mer skolning."*

*"...väldigt mycket har man själv hamnat att gå med i, studera och lära sig. Det har ledningen inte hjälpt till så bra med..."*

### **6.3 Patientcentrerad vård**

Vården av Herko-patienterna ansågs vara mer effektiv och säker. Fördelar med verksamhetsmodellen är snabbare återhämtning, bättre smärtbehandling och övervakning. Uppvakningens utrymmen ansågs inte vara optimala för att sköta en större grupp patienter och detta upplevdes av sjukskötarna ibland väldigt stressigt.

#### **6.3.1 Kvaliteten på vården**

Vårdkvaliteten på uppvakningen ansågs vara god och framförallt att det var lätt att ta hänsyn till patienternas vårdbehov. Detta på grund av att sjukskötarna konstant kunde övervaka patienterna och vara i nära kontakt med dem. Detta ansågs vara mer säkert för patienterna än om de skulle ha varit på en vanlig avdelning. Herko-verksamheten var även positivt för patienterna eftersom de inte behövde förflytta sig mellan olika avdelningar utan de fick vara på ett och samma ställe under hela sin sjukhusvistelse, d.v.s. på operationsavdelningen eller dagkirurgin.

*"Här är patienterna mer "under ögonen" än i ett rum på ändan av någon avdelning. Jag tror att patienterna är nöjda över det, det ger en tryggare känsla."*

*"...fördelen är den att patienten inte måste fara till flera ställen, patienten kommer på morgonen till operationsavdelningen, blir opererad här, är på uppvakningen och sedan åker hen hem från samma ställe."*

*"Säkerheten har ökat när vi även övervakar dem som blir opererade på natten. Även om de skulle åka till en avdelning så utförs ändå uppvakningsarbetet under natten. Det är en faktor som starkt förbättrar säkerheten"*

Enligt sjukskötarna har patienterna varit nöjda med Herko-verksamheten och vården de har fått på uppvakningen. Snabb återhämtning efter operation och snabb hemgång sågs som en fördel för patienten. Återhämtningen försnabbas eftersom man strävar efter att få patienten hemförlovd inom 24 timmar genom god rehabilitering och smärtbehandling. Enligt sjukskötarna kunde detta även medföra att Herko-patienterna hade minskad eller ingen sjukdomskänsla.

*"Vi får bra feedback, exempelvis att det är roligt att vara här och att det är en så tät vård."*

*"Kanske smärtbehandlingen är mer effektiv och vi kan ägna mer uppmärksamhet till återhämtningen när en sjukskötare inte har tio andra patienter att ansvara för."*

*"Kanske de återhämtar sig snabbare, de får rehabilitering och här strävar vi till att genast åka framåt och att patienten är i skick att åka hem klockan åtta på morgonen."*

*"...de kanske inte anser sig vara så sjuka när de snabbt slipper hem"*

### **6.3.2 Bristfälliga patientutrymmen**

Alla de olika patientgrupperna, det vill säga de från operationsavdelningen, dagkirurgin samt Herko-patienterna var i samma utrymmen på uppvakningen vilket orsakade oreda. Män och kvinnor var i samma utrymmen vilket inte kanske var det mest optimala. Uppvakningen kunde vara väldigt orolig, speciellt nattetid om det kom akuta patienter. Sjukskötarna ansåg även att det kunde vara mycket oväsen på uppvakningen och det sågs som negativt för patienten att det inte kunde vara mörkt på uppvakningen då patienten skulle sova. Själva uppvakningens utrymmen var väldigt opraktiska och det var ofta fullt vilket gjorde det trångt och svårt att hitta plats för alla.

*"Patienten hamnar att vara i oväsen och vi kan inte ha det väldigt mörkt...det kan hända patienten lider av omgivningen..."*

*"de fysiska utrymmena är inte menade för Herko-verksamheten. Om det har opererats en patient på natten som kommer till uppvakningen för övervakning så gör det genast uppvakningen orolig. Vi strävar efter att dela upp det på det sättet att exempelvis på barnens uppvakning sover männen och kvinnorna sover i ett skilt utrymme, så att män och kvinnor inte är ihopblandade."*

*"Jag funderar om det är lite oroligt. Vi har på det sättet inte utrymmen planerade hit, speciellt då det på morgonen kommer nya patienter...det blir till en viss del ganska trångt i uppvakningen då."*

### **6.4 Verksamhetens funktionalitet**

Herko-verksamheten har påverkat hela organisationen och ansågs ha både fördelar och nackdelar. Verksamheten ansågs vara till stor nytta och hjälp för kirurgiska avdelningar och detta var även en av orsakerna till varför man ursprungligen började med denna verksamhetsmodell. Verksamheten medförde även mer flexibilitet för patienterna och personalen.

### 6.4.1 Fördel för avdelningar

Verksamhetsmodellen har varit till stor nytta för kirurgiska avdelningar som tidigare skött om postoperativa vården av patientgrupper som nuförtiden är Herko-patienter. Vissa avdelningar på centralsjukhuset har man stängt helt och hållet och detta har orsakat att andra avdelningar har varit överbelastade. Därför är Herko-verksamheten till stor hjälp och medför en avsevärd minskad belastning för avdelningarna. Det sparar även tid för personalen på avdelningarna eftersom de inte behöver föra och hämta patienterna till och från operationsavdelningen.

*"...det minskar på avdelningarnas arbete och belastning då de inte behöver ta emot patienten. När operationen är slut och patienten är färdig från uppvakningen så behöver de inte komma och hämta, sköta och hemförlova patienten, det sköts via oss."*

*"Det har definitivt fungerat för avdelningarna, arbetsbelastningen har säkert minskat..."*

*"...det är lättare för avdelningarna när patienterna övervakas här..."*

### 6.4.2 Flexibilitet

Tidigare har uppvakningen stängt klockan sex på kvällen men nu när Herko-verksamheten påbörjats har man förlängt öppettiden till klocka åtta på kvällen. Enligt sjuksköterna har detta medfört mera flexibilitet i arbetstakten och tiden eftersom övriga patienter, d.v.s. elektiva och dagkirurgiska patienter kan stanna längre på uppvakningen ifall tillståndet kräver det. De behöver alltså inte nödvändigtvis vara hemfärdiga eller gå vidare till avdelningen en viss tid. Detta minskar på brådskan och stressen för sjuksköterna.

*"...dagkirurgiska patienter behöver inte heller fara hem från uppvakningen före klockan sex, de kan också hemförlovas lite senare. Det minskar på brådskan och stressen när det finns flexibilitet i tiden."*

*"...det ger oss spelrum, vi har inte så bråttom att nödvändigtvis tömma uppvakningen, sådan stress är borta."*

Flexibilitet kunde även ses i arbetsskiften och tiderna i och med att de sjukskötare som vårdade Herko-patienter nu även hade kvällsskift och nattskift. Vissa sjukskötare ansåg detta vara en stor förändring från gamla arbetsvanor då de enbart hade dagsarbete. De flesta sjukskötare tyckte att speciellt nattskiften var jobbiga och att det var svårt att återhämta sig efter dem och detta kunde belasta resten av arbetsveckan. Men å andra sidan tyckte sjukskötarna att de olika arbetsskiften medförde en gynnsam variation i vardagen och arbetsbilden.

*"...vi har så många olika arbetsskift...det påverkar ju väldigt mycket på orken och arbetsbilden, det är helt annorlunda nu"*

*"...däremot är det väldigt tungt ibland att göra nattskift då man inte har haft dem på länge, men ibland bryter det passligt vardagliga rutiner och ger variation i arbetet."*

*"...det kan vara påfrestande när man har långa nattskift, de är 12 timmar... Så nog är det ju svårt att återhämta sig från dem."*

*"Själva nattskiften går bra men sen då man inte kan sova efteråt, det tröttar ut en och belastar arbetsveckan."*

### **6.4.3 Arbetets organisering**

Det som fungerade sämre i början av förändringen var organiseringen av arbetet och arbetsuppgifterna bland sjukskötarna på uppvakningen. Enligt sjukskötarna var arbetsfördelningen till en början oklar. Problemet var att alla sjukskötare inte kunde sköta om alla olika patientgrupper, eftersom de inte hade kunskap och erfarenhet om allt. Detta ledde till att de sjukskötare som tidigare arbetat på operationsavdelningen vårdade enbart sina egna patienter och de som arbetat på dagkirurgin vårdade sina. Meningen var att alla nog skulle sköta om alla olika patientgrupper men detta var till en början svårt. Men med tiden ansåg de att situationen hade blivit bättre i och med att de nu var mera erfarna med vården av olika operationer och det var lättare att övervaka alla.

*"...de som kom från operationsavdelningen skötte om elektiva patienter och de som kom från dagkirurgin skötte om dagkirurgiska patienter."*

*"Det var ju till en början svårt när ingen visste riktigt vad de skulle göra..."*

*"...nu har det fördelats bättre, att alla kan övervaka alla patienter..."*

*"Jag tycker att det värsta nu är bakom oss, vi har gjort framsteg och lärt oss att arbeta på ett annorlunda sätt."*

## 6.5 Verksamhetens utvecklingsmöjligheter

Herko-verksamheten var en relativt stor förändring för operationssalen. Även om det fungerat bra och var stort sett positivt kom det trots allt fram en del utvecklingsmöjligheter. Dessa utvecklingsmöjligheter var alla sjukskötare ense om.

### 6.5.1 Förbättring av patientutrymmen

Det största och huvudsakliga utvecklingsbehovet fanns i uppvakningens utrymmen. Utrymmet är inte planerat på ett optimalt sätt och var som tidigare nämnt ofta väldigt fullt. På grund av detta fanns det svårigheter att hitta plats på uppvakningen för alla. Sjukskötarna ansåg att Herko-patienterna skulle kunna ha ett eget avskilt utrymme på uppvakningen utrustat med patient wc. På detta sätt skulle verksamhetens patienter i lugn och ro få återhämta sig utan allt oväsen och orolighet.

*"Utrymmen kunde vara bättre och jag hoppas att de kommer med renoveringen, att vi skulle ha ett skilt, lugnare utrymme på uppvakningen åt Herko-patienterna."*

*"Om verksamheten i framtiden fortsätter...skulle det borde planeras på ett annat sätt så det skulle finnas patientrum och wc..."*

*"Det skulle kunna vara smartare ordnat, vid det stället där Herko-patienterna är skulle det exempelvis kunna finnas wc och bättre intimitetskydd. Man borde mer förnuftigt kunna placera patienterna på uppvakningen."*

### 6.5.2 Noggrannare patientkriterier

Det skulle enligt sjukskötarna krävas bättre planering för vilka operationer som passar för Herko-verksamhetsmodellen. Patientkriterierna tycktes ibland vara varierande och det fanns inga bestämda gränser för dem, samtidigt kände personalen att de kanske inte ännu har tillräckligt med erfarenhet och kunskap för att veta vilka alla som är lämpliga som Herko-patient eftersom verksamheten fortfarande är så ny. Önskan var att läkarna kunde fastställa vilka operationer som passar att utföras med Herko-verksamheten.

*"...jag skulle önska vissa specificeringar, ibland kommer det från andra håll att är det här verkligen en Herko-patient, det finns ändå vissa kriterier med det. Herko fungerar inte med alla...ibland känns det som att den gränsen är ostabil."*

*"...om vi bara skulle veta vilka som är de passande patienterna, vi har nödvändigtvis inte alla här som skulle passa hit."*

*"att kirurgerna skulle fastställa Herko-patienterna bättre."*

*"...man borde fundera hurudana patienter och placera och planera bättre."*

## 7 Diskussion

I detta kapitel redovisas metod- och resultatdiskussion. Syftet med denna studie var att få en uppfattning om hur operationsavdelningens sjukskötare på ett centralsjukhus upplever verksamhetsmodellen Herko – Från uppvakningen hem och förändringen den medfört. Vid metoddiskussionen granskar vi kritiskt hur genomförandet av studien gick till genom att beskriva vilka styrkor och svagheter det genomförda arbetet har. Vid resultatdiskussionen beskriver vi de viktigaste huvudfynden i resultaten och jämför dessa till tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten.

### 7.1 Metoddiskussion

Användning av kvalitativ metod med induktiv innehållsanalys var lämplig eftersom vi ville få fram sjuksköternas upplevelser och erfarenheter. Som datainsamlingsmetod användes intervju eftersom vi med denna metod kunde få fram sjuksköternas egna åsikter, känslor och tankar och därmed kunde vi säkerställa att svaren var pålitliga. Med det material som vi hade lyckades vi besvara syftet och frågeställningarna. Genom att vi använde oss av en semistrukturerad intervju fick vi utöver den information vi förväntade oss få, även annan information om uppvakningsverksamheten eftersom sjuksköterna kunde berätta mera fritt och vi kunde även ställa följdfrågor. Själva intervjufrågorna i intervjuguiden var noggrant uttänkta och tillräckligt omfattande för att besvara vårt syfte och våra frågeställningar. Vi anser att studien inte skulle ha kunnat genomföras med kvantitativ metod och som en enkätstudie eftersom tankar och känslor inte skulle ha kommit fram på samma sätt och därmed skulle syftet inte ha blivit besvarat lika genomgripande.

Målet med urvalet var att få sjukskötare i olika åldrar och med olik lång yrkeserfarenhet. De enda kriterierna som vi hade till urvalet var att sjuksköterna skulle ha arbetserfarenhet av Herko-verksamheten. Detta lyckades vi uppnå i och med att avdelningsskötaren valde ut lämpliga sjukskötare som vi fick intervjua. Vi har även uppnått våra mål med urvalet med tanke på att vi har intervjuat både unga och äldre sjukskötare med olika arbetsbakgrunder och därmed har vi fått variationer i upplevelser och erfarenheter av Herko-verksamheten. Detta ökar på resultatens trovärdighet. Vi skulle kanske ha kunnat få ännu mer variationer i resultaten ifall vi även intervjuat män. Detta var dock inte möjligt eftersom det till största delen arbetar kvinnor på uppvakningen.

Vi intervjuade sex sjukskötare och detta anser vi var en lämplig mängd med tanke på att vi fick mycket material att tolka och analysera. Vid analysen märkte vi att flera sjukskötare var av samma åsikt om vissa saker och detta ökar på studiens trovärdighet.

Information om studien och insamlingsmetoden skickades via e-post till operationsavdelningens avdelningsskötare ungefär en månad före genomförandet av intervjuerna. Denna information kom aldrig fram till de som skulle bli intervjuade. Istället informerade vi på plats till dessa personer innan varje intervju genomfördes. De intervjuade var inte i förväg tillräckligt informerade och det skulle ha underlättat våra intervjuer om de hade fått se över intervjufrågorna på förhand. Intervjuerna gick trots det bra och de flesta sjukskötare hade mycket att berätta och förde fram sina åsikter, upplevelser och erfarenheter tydligt. Det kan ha hänt att vissa inte kom på allt vad de skulle ha velat berätta på grund av att de inte hade sett intervjufrågorna på förhand eller så valde de att inte uttala sig, kanske på grund av att de inte hade fått information om vår studie tillräckligt på förhand. Eftersom vi använt oss av intervjuer som insamlingsmetod är inte alla egna tankar och åsikter exkluderade, på grund av att informanterna kan ha blivit påverkade av de frågor vi frågade. För att försäkra oss om att informationen skulle ha gått fram kunde vi ha åkt till sjukhuset för att själva informera de medverkande. Detta var dock inte möjligt eftersom avståndet till sjukhuset var för långt för oss. Även om detta inte helt uppfyllde den etiska delen, uppfylls ändå hur vi tänkt och planerat informera med både skriftlig och muntlig information. Dessutom var informationen vi gav till de medverkande på deras eget modersmål. Vi har även säkerställt att allt intervjumaterial har förvarats konfidentiellt och de medverkandes identitet har skyddats.

Eftersom vi var två som gjorde innehållsanalysen ökar det på resultatens trovärdighet. Innehållsanalysen kändes till en början svår att göra eftersom vi hade mycket material att analysera. Det var svårt att begränsa materialet samt att sammanställa resultatet i en lämplig mängd huvud- och underkategorier. Genom noggranna inkluderings- och exkluderingskriterier lyckades vi få lämpliga kategorier. Efter att innehållsanalysen var färdig märkte vi att vi hade en del upprepningar och liknande underrubriker och därför hamnade vi att göra kompromisser genom att kombinera och ta bort några underrubriker så att vi enbart hade med det som var väsentligt och besvarade syftet. Intervjuerna genomfördes på finska vilket betydde att vi hamnade att översätta materialet till svenska vid innehållsanalysen och resultatredovisningen. Detta kunde vara utmanande eftersom vissa ord inte hade samma innebörd på svenska och därmed kunde tolkningen bli annorlunda.

Det är svårt att säga ifall studiens resultat är överförbara eftersom resultaten i denna intervjustudie berör en så liten grupp personer. Herko-förändringar kommer troligen ändå att ske i framtiden på andra sjukhus och därför tror vi att resultaten i denna studie inte är exklusiva utan de torde vara överförbara och gälla även i andra fall.

## 7.2 Resultatdiskussion

För att besvara syftet med studien utvecklades tre frågeställningar. Dessa frågeställningar var: hur upplever sjukskötarna förändringarna som Herko-verksamheten medfört? Vilka nackdelar och fördelar finns det för patienten? Och vilka utvecklingsmöjligheter finns det? Dessa frågor blev alla besvarade i resultatet.

Angående sjukskötarnas upplevelser och erfarenheter framkom det i resultatet tydligt att implementeringen av Herko-verksamheten skedde för snabbt och därför var flera sjukskötare emot förändringen till en början. Detta kunde delvis även bero på otillräcklig information om den nya verksamheten. Vi kan se likheter i Jeff och Taylors (2014) studie där de skrev om hur sjukskötarna såg en förändring som något stort och dramatiskt. Studiens sjukskötare motsatte sig även till först att utföra förändringen eftersom de var vana med sina gamla vanor.

Det framkom även tydligt att de små möjligheterna att påverka förändringen samt bristfälligt stöd av ledningen och förmannen orsakade osäkerhet bland sjukskötarna. Önskan var att de skulle ha kunnat påverka planeringen av verksamheten mera, speciellt i hur den skulle genomföras i praktiken. Mer regelbundna diskussionstillfällen med hela enheten var också önskvärt och skulle ha varit nödvändigt. I Giauques (2015) studie visar det sig att otillräckligt stöd av ledaren och organisationen i form av kommunikation och de anställdas delaktighet i förändringsarbetet bidrar till en negativ attityd till förändring.

För patienten ansåg sjukskötarna det fanns mer fördelar än nackdelar. Herko bidrar till att patientens återhämtning försnabbas eftersom en god smärtbehandling, god rehabilitering och närhet till sjukskötarna är en väsentlig del. Även snabb hemgång bidrar till snabbare återhämtning och detta ansågs vara en fördel för patienterna. Enligt sjukskötarna bidrog alla dessa faktorer till nöjdare patienter. Detta kan vi jämföra med tidigare forskning. Enligt Vandrevalla et.al. (2016, 3447–3448) är de patienter som fått gå hem tidigt efter operation nöjdare än de som övernattat på sjukhuset.

Patienterna ansåg att den riktiga postoperativa återhämtningen påbörjas hemma där de har lättare att slappna av och en minskad sjukdomskänsla. Enligt Keränen et.al. (2006, 3604–3606) var även Leiko-patienterna mer nöjda med att tillbringa så lite tid som möjligt på sjukhuset.

I resultaten framkom det tydligt att den främsta fördelen med Herko-verksamheten var att den medför en avsevärd mindre belastning för kirurgiska avdelningar och sparar på avdelningspersonalens tid. Detta kan vi jämföra med studien som Keränen et.al. (2006, 3604–3606) utförde där det framkom att Leiko-verksamhetsmodellen sparar på avdelningspersonalens tidsresurser eftersom de inte behöver göra preoperativa förberedelser på avdelningen och inte heller föra patienten till operationsavdelningen.

Nackdelen med Herko-verksamheten var att det ofta var väldigt trångt, oroligt och högljutt på uppvakningen eftersom alla patienter var i ett och samma utrymme, vilket i sin tur orsakade sämre sömmöjligheter och avslappning för den nyopererade Herko-patienten. Det huvudsakliga utvecklingsbehovet med Herko-verksamheten var att utveckla en mer fungerande uppvakning med passande utrymmen. I fortsättningen ifall uppvakningen renoveras och utrymmen förbättras vore det bra att sjuksköterna skulle få vara med i planeringen och föra fram egna förslag och idéer om hur uppvakningen skulle se ut eftersom det är de som har kunskap och erfarenhet om vad som är lönsamt och vad som fungerar bäst. Detta hade vissa av de intervjuade önskat. En ledning för renoveringsarbeten skulle kunna ta förslag från sjukskötare för att utveckla fungerande utrymmen.

I relation till Lewins förändringsmodell kan vi i resultatet se likhet med vad de intervjuade sjuksköterna ansåg om förändringen. Sjuksköterna var alla medvetna om varför Herko-verksamheten skulle påbörjas eftersom det var nödvändigt för organisationen, bland annat för att minska på avdelningarnas belastning. Gamla vanor, arbetssätt och inställningar var till en början svåra att lossa greppet om med tanke på att uppvakningsverksamheten förändrades så drastiskt. Detta kan vi jämföra med *upptiningsfasen* i Lewins teori.

I jämförelse med *förändringsfasen* kan vi se att sjuksköterna inte fick tillräckligt med stöd från förman eller ledning. Önskan var att förmannen skulle ha haft mer intresse för sjuksköternas praktiska arbete på uppvakningen. Stöd och motivation var knappa under de få diskussionstillfällen som ordnades. Eftersom detta är en viktig del av denna fas borde det ha ordnats mer regelbundet.

Det går inte att fullt relatera resultatet till Lewins sista fas, *nedfrysningsfasen*, eftersom förändringen ännu inte var fullt etablerad. Själva förändringsprocessen var relativt lång för att få verksamheten att fungera medan påbörjandet av verksamheten skedde alltför snabbt. Sjukskötarna ansåg de var tvungna att gå med i fullt ös och med intensitet. Lewin skriver att en förändringsprocess borde få ta så lång tid som möjligt för att uppnå en optimal förändring.

Innan en förändring inom en organisation påbörjas vore det viktigt att personalen är väl informerade och förvarnade samt har både teoretisk och praktisk kunskap om den nya verksamheten. Det mest optimala är att fortbildning skulle ordnas för alla involverade, speciellt när det gäller en stor grupp personer och när det finns flera som inte har erfarenhet om vissa patientgrupper och operationer. Alltid när det sker en förändring inom en organisation bör man ta hänsyn till alla involverade och fråga ifall fortbildning vore önskvärt och nödvändigt.

Sjuksköternas delaktighet i detta förändringsarbete var bristfällig. Vi anser att det är viktigt att möjliggöra delaktighet i förändringsarbete inom organisationer genom att ta i beaktande personalen och deras åsikter. Tillräcklig stöd av ledningen eller förmannen är även viktigt i förändringsarbetet. Även om inte stora linjer i förändringen går att påverka vore det bra att dra till nytta personalens kunskaper och erfarenheter om praktiska aspekter av vårdarbetet. Personalens delaktighet och stöd av förmannen kunde möjliggöras genom att ordna regelbundet diskussionstillfällen där man tillsammans kunde diskutera och reflektera samt föra fram åsikter och utvecklingsmöjligheter om förändringen. Detta skulle öka på förståelse, engagemang och motivation för förändringsarbetet vilket i sin tur skulle leda till en positiv attityd till förändring.

Ifall vi skulle forska vidare kring detta ämne vore det intressant att göra en undersökning om Herko-verksamheten ur patientens synvinkel och se hurdana upplevelser och erfarenheter de har av denna verksamhetsmodell och vad de tycker skulle kunna förbättras. Vi anser att det behövs mera forskning inom Herko-verksamheten, både ur patientens synvinkel och sjuksköternas synvinkel. Det finns lite studier om detta ämne eftersom verksamhetsmodellen inte används i alla sjukhus i världen och i Finland och därför är det svårt att säga med all säkerhet att denna typ av verksamhetsmodell faktiskt är lönsam och någonting som man skall satsa på i framtiden. Det skulle behövas mera forskning om hur sjukskötare allmänt upplever en förändring inom sin organisation och hur de tycker att en förändringsprocess skall genomföras på bästa möjliga sätt.

Det skulle vara till stor nytta för sjukskötare men också för övrig vårdpersonal att utifrån tidigare erfarenheter kunna ta modell eftersom det i dagens samhälle ständigt sker stora förändringar inom social- och hälsovården. Med det sagt kan detta examensarbete ge en inblick i hur man kunde gå tillväga i ett eventuellt framtida Herko-projekt.

## Källförteckning

Almark, M., 2015. *Kirurgiska patienter vårdas snabbare på VNS*. [online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/09/29/kirurgiska-patienter-vardas-snabbare-pa-vns>

[hämtat 1.11.2017]

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, u.å. *23H-heräämö*. [online] [http://www.epshp.fi/yksikoiden\\_sivut/operatiivinen\\_toiminta/leikkaus-ja\\_anestesiayksikko/anestesia/heraamo](http://www.epshp.fi/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/leikkaus-ja_anestesiayksikko/anestesia/heraamo) [hämtat 29.1.2018]

Falcone, A., Bose, R., Stoler, R., Kim, M., Laible, E., Kang, L., Waters, K., Dunkerley, J & Choi, J. 2011. The AmBulatory Closure Device Percutaneous Intervention (ABCD-PCI) study: a single-center experience. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 24(3), s.192-194.

Forskningsetiska delegationens anvisningar., 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [online] [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [hämtat 7.5.2018]

Giauque, D., 2015. Attitudes towards organizational change among public middle managers. *Public Personnel Management*, 44(1), s.70-98.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2017. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur AB.

Haeger K., 1988. *Kirurgins historia*. Göteborg: AB Nordbok.

Hautakangas, A-L, Makkonen, H, Lukkarinen, I, Horn, T, Pyhälä-Liljeström, P & Raappana, M., 2003. *Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla*. Helsinki: WSOY.

Henricson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

HNS, u.å. *Kirurgi*. [Online] <http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/kirurgi/Sidor/default.aspx> [hämtat 14.2.2018]

Jeff, A & Taylor C., 2014. Ward nurses experiences of enhanced recovery after surgery - A grounded theory approach. *Gastrointestinal Nursing*, 12(4), s. 33-40.

Johns Hopkins Medicine., u.å. *Types of surgery.* [online]  
[https://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/surgical\\_care/types\\_of\\_surgery\\_85,P01416](https://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/surgical_care/types_of_surgery_85,P01416) [hämtat 17.2.2018]

Keränen, U., Keränen, J & Wäänänen, J., 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen Lääkärilehti*, 61(36), s. 3606-3607.

Keränen, U., 2006. *Leikkaukseen kotoa - potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy.* [Online] <http://duodecimlehti.fi/duo95807> [Hämtat 24.10.2017]

Keränen, U & Keränen, J., 2011. From home to operation (FHTO) - a new surgical admission centre. Does the comprehensive initialisation of a new process harm the surgery outcome? *Scandinavian Journal of Surgery*, 100, s. 136–140.

Kihlgren, M, Engström, B & Johansson, G., 2009. *Sjuksköterska med uppdrag att leda.* Lund: Studentlitteratur AB.

Lindwall, L & von Post, I., 2008. *Perioperativ vård - att förena teori och praxis.* Lund: Studentlitteratur AB.

Lundin, K & Sandström, B. 2010. *Ledarskap inom vård & omsorg.* Lund: Studentlitteratur Ab.

Musialowicz, T & Martikainen, T., 2015. *Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa.* [online]  
[http://www.finnanest.fi/files/musialowicz\\_martikainen\\_leikkauspotilaan\\_hoitopolku.pdf](http://www.finnanest.fi/files/musialowicz_martikainen_leikkauspotilaan_hoitopolku.pdf)  
 [hämtat 31.10.2017]

Niskanen, M., 2014. *Johtamisella vaikutetaan hoitotulokseen.* [online]  
[http://www.finnanest.fi/files/niskanen\\_johtamisella\\_vaikutetaan\\_hoitotulokseen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/niskanen_johtamisella_vaikutetaan_hoitotulokseen.pdf)  
 [hämtat 31.10.2017]

Pajula, P., 2012. *Leikkauspotilaille avataan uusi yksikkö Hatanpään sairaalassa.* [online]  
[https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2012/08/31082015\\_41.html](https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2012/08/31082015_41.html) [hämtat 29.1.2018]

Rainio, J & Rätty, T., 2015. *Somaattinen erikoissairaanhoito 2013.* [Online]  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01\\_15\\_raportti\\_fi\\_sv\\_en.pdf?sequence=4](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=4) [hämtat 30.11.2017]

Ruohoaho, U-M., 2016. *Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa - LYHKI, HERKO, SEUKO?*. [Online] <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo13196> [hämtat 24.10.2017]

Ryan, R., Grant, H., Davoren, J. och Delbridge L., 2005. 23-hour care center: Changing the culture of care. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 22(4) s. 8-13.

Sandström, B., 2000. Att lyckas som förändringsledare. Stockholm: Industrilitteratur AB.

Scheinin, T., 2008. *Kortvårdskirurgi*. [online] <http://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Scheinin.pdf> [hämtat 24.10.2017]

Social- och hälsovårdsministeriet, u.å. *Sjukvårdsdistrikt och specialupptagningsområden*. [online] [http://stm.fi/sairaanhoitopiiriteerityisvastuualueet?p\\_p\\_id=56\\_INSTANCE\\_7SjjYVdYeJHp&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=3&\\_56\\_INSTANCE\\_7SjjYVdYeJHp\\_languageId=sv\\_SE](http://stm.fi/sairaanhoitopiiriteerityisvastuualueet?p_p_id=56_INSTANCE_7SjjYVdYeJHp&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_7SjjYVdYeJHp_languageId=sv_SE) [hämtat 14.2.2018]

Social- och hälsovårdsministeriet, u.å. *Sjukhus och specialiserad sjukvård*. [online] [http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito?p\\_p\\_id=56\\_INSTANCE\\_7SjjYVdYeJHp&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=3&\\_56\\_INSTANCE\\_7SjjYVdYeJHp\\_languageId=sv\\_SE](http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito?p_p_id=56_INSTANCE_7SjjYVdYeJHp&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_7SjjYVdYeJHp_languageId=sv_SE) [hämtat 14.2.2018]

Sjöholm, M., 2017. *Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2017*. [Online] [https://www.kommunforbundet.fi/sites/default/files/media/file/1710217\\_tiedoteliite\\_Sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-elokuu-2017.pdf](https://www.kommunforbundet.fi/sites/default/files/media/file/1710217_tiedoteliite_Sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-elokuu-2017.pdf) [hämtat 31.10.2017]

Sjöholm, M., 2017. *Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2016*. [online] [https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-joulukuu-2016\\_0.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-joulukuu-2016_0.pdf) [hämtat 14.2.2018]

Steenhagen, E., 2015. Enhanced recovery after surgery: It's time to change practice! *Nutrition in Clinical Practice*, 31(1) s. 18-29. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0884533615622640>

Tays, u.å. *Leikkausosasto ja Leiko 24*. [online] [http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Hatanpaa/Hoitoyksikot/Leikkausosasto\\_ja\\_Leiko\\_24](http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Hatanpaa/Hoitoyksikot/Leikkausosasto_ja_Leiko_24) [hämtat 29.1.2018]

THL, 2017. *Somaattinen erikoissairaanhoido 2016.* [online] [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135642/Tr45\\_17.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135642/Tr45_17.pdf?sequence=1) [hämtat 14.2.2018]

Tohmo, H., 2010. *Miten leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa?*. [Online] [http://www.finnanest.fi/files/tohmo\\_miten.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf) [Hämtat 24.10.2017]

Vandrevala, T., Senior, V., Spring, L., Kelliher, L & Jones, C. 2016. 'Am I really ready to go home?': a qualitative study of patients' experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery. *Support Care Cancer*, 24(8) s. 3447–3454

Vaasan keskussairaala, 2015. *Vaasan keskussairaala 2025 toiminnallinen suunnitelma.* [online] [https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/forvaltning\\_hallinto/styrelseprotokoll/2016/st10\\_1011\\_bilaga--127\\_3verksamhetsmassig-plan.pdf](https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/forvaltning_hallinto/styrelseprotokoll/2016/st10_1011_bilaga--127_3verksamhetsmassig-plan.pdf) [hämtat 30.10.2017]

Werkö, L., 2008. *Från blodhosta till vardagsstress. Sjukvård och medicinare i 1900-talets Sverige.* Stockholm: Sellin & Partner Bok och Idé AB.

## Bilaga 1

### Informationsbrev om förverkligande av intervju

Hej!

Vi är två sjukskötarestuderande som studerar tredje året på Yrkeshögskolan Novia. Vi skriver vårt examensarbete om verksamhetsmodellen Herko - Från uppvakningen hem. Syftet med denna studie är att få en uppfattning om hur sjukskötarna upplever Herko-verksamheten och förändringen den medfört. Vi söker sjukskötare som arbetar på operationsavdelningen och har erfarenhet om Herko-verksamheten. Vi skulle vara tacksamma ifall du som har kunskap och erfarenhet om ämnet skulle kunna delta i en intervju.

Deltagandet är frivilligt och du har rätt till att avbryta ditt deltagande när som helst utan förklaring. Intervjuerna genomförs under februari 2018 och du bör reservera cirka en timme tid för intervjun. Intervjuerna görs enskilt och de bandas in med din tillåtelse. Materialet behandlas konfidentiellt men eventuella citat kommer att användas. Endast skribenterna och handledaren har tillgång till materialet och det förstörs när examensarbetet är klart. Du bes skriva under en blankett för samtycke av deltagande.

Vänligen ta kontakt vid intresse.

Examensarbetet publiceras på [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi) våren 2018.

Tack för din tid!

Med vänliga hälsningar

Katharina Sabel

[katharinasabel@edu.novia.fi](mailto:katharinasabel@edu.novia.fi)

Vilma Stenmark

[vilmastenmark@edu.novia.fi](mailto:vilmastenmark@edu.novia.fi)

Handledare: Anita Wikberg [anita.wikberg@novia.fi](mailto:anita.wikberg@novia.fi)

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

## Bilaga 2

## Blankett för samtycke

Jag har fått information om studien Herko – från uppvakningen hem och förstår att mitt deltagande i intervjun är frivilligt samt att jag har rätt att avbryta mitt deltagande när som helst utan förklaring. Jag godkänner att informationen som jag ger under intervjun får användas i studien. Jag förstår även att materialet behandlas konfidentiellt.

Jag ger mitt samtycke och deltar i intervjun:

---

Plats och datum

---

Deltagarens namn och underskrift

---

Skribentens namn och underskrift

---

Skribentens namn och underskrift

## Bilaga 3

### Intervjuguide

#### Bakgrundsinformation

- Ålder
- Yrke
- Arbetserfarenhet på operationsavdelningen

Beskriv/berätta om dina egna upplevelser och erfarenheter om:

1. Inställningen du hade/har till “23 timmars kirurgi” förändringen.
2. Informationens tillräcklighet om förändringen (orsak, förverkligande).
3. Inskolningens tillräcklighet.
4. Möjligheterna att påverka förändringen.
5. Planeringen och förändringen av ditt eget arbete.
6. Stödet du fick från ledningen/förmannen.
7. Förändringens påverkan på arbetsgemenskapen.
8. Samarbetet mellan dina medarbetare.
9. Fördelar och nackdelar för patienten.
10. Fördelar och nackdelar för ditt eget arbete.
11. Verksamhetsmodellens funktionsduglighet/användbarhet (för avdelningen, organisation, eget arbete)
12. Ifall det finns utvecklingsmöjligheter (för patienten, avdelningen, eget arbete).
13. Något annat att tillägga?

## Bilaga 4

### Tiedote haastattelun toteutuksesta

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa jotka opiskelevat kolmatta vuotta Ammattikorkeakoulu Noviassa. Kirjoitamme opinnäytetyötä Heräämöstä kotiin -toimintamallista. Opinnäytetyön tavoitteena on saada käsitys siitä, miten sairaanhoitajat kokevat Herko-toiminnan ja sen tuomat muutokset. Etsimme sairaanhoitajia jotka työskentelevät leikkausosastolla ja jotka ovat hoitaneet Herko-potilaita. Olisimme kiitollisia, mikäli teillä, joilla on tietoa ja kokemusta aiheesta voisi osallistua haastatteluun.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja sinulla on oikeus keskeyttää osallistuminen milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Haastattelut suoritetaan helmikuussa 2018 ja sinun tulee varata yksi tunti haastattelua varten. Haastattelut tehdään yksilö haastatteluina ja ne nauhoitetaan luvallasi. Haastatteluaineistoa käsitellään luottamuksellisesti mutta mahdollisia lainauksia käytetään. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaajan käytössä ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Sinua pyydetään allekirjoittamaan suostumuslomake osallistumisesta.

Ota yhteyttä, mikäli kiinnostuit.

Opinnäytetyö julkaistaan sivulle [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi) keväällä 2018.

Kiitämme ajastanne!

Ystävällisin terveisin

Katharina Sabel

[katharinasabel@edu.novia.fi](mailto:katharinasabel@edu.novia.fi)

Vilma Stenmark

[vilmastenmark@edu.novia.fi](mailto:vilmastenmark@edu.novia.fi)

Ohjaaja: Anita Wikberg [anita.wikberg@novia.fi](mailto:anita.wikberg@novia.fi)

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

## Bilaga 5

## Suostumuslomake

Olen saanut tietoa opinnäytetyöstä joka käsittelee Heräämöstä kotiin -toimintamallia ja ymmärrän että osallistuminen opinnäytetyön haastatteluun on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus keskeyttää osallistuminen milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Hyväksyn, että haastatteluaineistoa saa käyttää opinnäytetyöhön. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan opinnäytetyön haastattelun:

---

Paikka ja aika

---

Osallistujan nimi ja allekirjoitus

---

Opinnäytetyön tekijän nimi ja  
allekirjoitus

---

Opinnäytetyön tekijän nimi ja allekirjoitus

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

## Bilaga 6

### Haastattelukysymykset

#### Taustatieto

- Ikä
- Ammatti
- Työkokemus leikkausosastolla

Kerro ja kuvaile omia kokemuksia:

1. Suhtautumisesta Heräämöstä kotiin- toimintamallin tuomiin muutoksiin.
2. Tiedon riittävydestä (syy muutokseen, toteutus).
3. Koulutuksen riittävydestä.
4. Mahdollisuuksista vaikuttaa muutokseen.
5. Oman työn suunnittelusta ja muutoksesta omaan työhösi.
6. Tuesta jota sait johdolta/esimieheltäsi.
7. Muutoksen vaikutuksesta työyhteisöön.
8. Yhteistyöstä työntekijöiden kesken.
9. Hyödyistä ja haitoista potilaalle.
10. Hyödyistä ja haitoista omalle työlle.
11. Toimintamallin toimivuudesta (osastolle, organisaatiolle, omalle työlle).
12. Kehittämismahdollisuuksista (potilaalle, osastolle, omalle työlle).
13. Muuta lisättävää?