

**Jenna Rantala & Anna Hautalahti**

**SAIRAAHOITAJIEN MIELIPITEITÄ FAST TRACK -  
HOITOMALLISTA**

**Opinnäytetyö**

**CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

**Helmikuu 2018**

**TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ**

<b>Centria-ammattikorkeakoulu</b>	<b>Aika</b> Helmikuu 2018	<b>Tekijä/tekijät</b> Jenna Rantala & Anna Hautalahti
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> Sairaanhoitajien mielipiteitä fast track -hoitomallista		
<b>Työn ohjaaja</b> Lehtori Timo Kinnunen		<b>Sivumäärä</b> 25 + 3
<b>Työelämäohjaaja</b> Osastonhoitaja Niina Parpala		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia fast track -hoitomallista Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kahdella kirurgisella osastolla 7 ja 10. Opinnäytetyön tavoitteena oli saattaa esimiesten ja hoitajien tietoon sairaanhoitajien mielipiteet fast track -hoitomallin toimivuudesta osastoilla.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen mukaisesti. Tutkimus toteutettiin sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen kysymykset käsittelivät hoitajien kokemuksia fast track -hoitomallin toimivuudesta omalla osastollaan. Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 16 sairaanhoitajaa kirurgisilta osastoilta 7 ja 10. Aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti.</p> <p>Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat resurssien riittämättömyyden, yhteisten käytänteiden puuttumisen ja työvuorojen kuormittavuuden olevan esteenä fast track -hoitomallin hyödyntämiseen osastoilla. Potilaan oma motivaatio ja sairaanhoitajien sitoutuminen olivat yhteydessä vahvasti toisiinsa. Lisäksi hyvä potilasohjaus koettiin merkittäväksi.</p>		
<b>Asiasanat</b> Fast track –hoitomalli, nopean toipumisen periaatteet, kirurgisen potilaan hoitotyö.		

## ABSTRACT

<b>Centria University of Applied Sciences</b>	<b>Date</b> February 2018	<b>Author/s</b> Jenna Rantala & Anna Hautalahti
<b>Degree programme</b> Nursing Degree Program		
<b>Name of thesis</b> Nurses' Opinions on the Fast Track Model		
<b>Instructor</b> Timo Kinunen	<b>Pages</b> 25 + 3	
<b>Supervisor</b> Niina Parpala		
<p>Thesis purpose was to find out opinions of nurses on the fast track model in the two surgical departments 7 and 10 of Central Ostrobothnia Central Hospital. The aim of the thesis was to inform supervisors and nurses of nurses' opinions on the functionality of the fast track model.</p> <p>The thesis was conducted as qualitative research. The study was carried out using an electronic questionnaire from Webropol. The questionnaire's questions addressed the nurses' experiences on the fast track model in their own departments. The questionnaire was answered by a total of 16 nurses from surgical departments 7 and 10. The material was analyzed inductively, that is to say, material-based.</p> <p>According to the results, nurses felt that the lack of resources, the lack of common practices and the heavy workload of shifts prevented the use of the fast track management model in departments. Patient's own motivation and nurses' commitment were strongly linked to each other. In addition, good patient guidance was considered significant.</p>		

<p><b>Key words</b> Fast track model, rapid recovery principles, surgical patient nursing</p>
---

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT**

**SISÄLLYS**

1	JOHDANTO .....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA .....	4
2.1	Fast track -hoitomalli .....	4
2.2	Ohjauksen merkitys fast track -hoitomallissa.....	6
2.3	Lääkehoito fast track -hoitomallissa.....	7
2.4	Nestehoito fast track -hoitomallissa .....	8
2.5	Postoperatiivinen kivunhoito .....	9
2.6	Ravitsemus.....	10
2.7	Mobilisaatio.....	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT .....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	13
4.1	Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	14
4.2	Lähestymistapa, aineistonkeruu ja analyysi.....	14
5	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA .....	17
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	18
6.1	Sairaanhoitajien kokemukset fast track -hoitomallista osastoilla 7 ja 10.....	19
6.2	Fast track -hoitomallin kehittäminen osastoilla 7 ja 10.....	21
7	POHDINTA.....	23
7.1	Menetelmien tarkastelu.....	23
7.2	Tulosten tarkastelu .....	23
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	24
7.4	Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu .....	25

8 LÄHTEET .....26

LIITTEET



## 1 JOHDANTO

Fast track -hoitomalli on tanskalaisen kirurgin Henrik Kehletin kehittämä hoitomalli. Sen tarkoituksena on nopeuttaa potilaan toipumista kirurgisista leikkauksista, vähentää postoperatiivista sairastavuutta, lyhentää hoitajaksoja sekä säästää kustannuksia erikoissairaanhoidossa. Tämän hoitomallin tärkeimmät osa-alueet ovat potilaan ohjaus ja motivointi pre- ja postoperatiivisesti, kivunlievitys, varhainen mobilisaatio ja ravitsemus sekä kirurgisen stressireaktion vähentäminen leikkausteknisin ja farmakologisin tavoin. (Kellokumpu 2012.)

Fast track -hoitomallissa tavoitteena on leikkausta edeltävällä ohjauksella, motivoinnilla, riittävällä kivunhoidolla, optimaalisella anestesiolla, mini-invasiivisella leikkaustavalla sekä potilaan motivoinnilla saavuttaa nopeampi toipuminen leikkauksen jälkeen. Fast track -hoitomallilla pyritään säilyttämään fysiologinen tasapaino ehkäisemällä kirurgista stressitilaa, ennaltaehkäisemällä kipua, lämpö- ja nestetasapainohäiriöitä, ruuansulatuskanavan lamaantumista sekä oksentamista. (Hinkkanen, Heiskanen, Homstedt, Hönninen, Kultti, Kuorelahti, Uusipaasto & Virtanen 2011, 5.)

Fast track -hoitomalli mahdollistaa potilaan mahdollisimman nopean paluun kotiin ja normaaliin elämään. Mitä isommassa leikkauksessa potilas on, sitä suurempi ”kirurginen trauma” on ja leikkauksesta toipuminen vaatii näin enemmän. Kun huomiota kiinnitetään pahoinvoinnin ja kivun ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon, mahdollistuu potilaan varhainen mobilisaatio. Nopea mobilisaatio taas ehkäisee suolilamaa ja potilas voi alkaa syömään aikaisemmin. Näin ollen aineenvaihdunnan katabolinen reaktio katkeaa, elimistön sokeritasapaino säilyy ja tarvittava energia säilyy lihaksissa. (Kokkonen, Parpala, Hartell, Herlevi & Kyösti 2014, 5-6.)

Kehittynyt kirurgisen hoidon laatu sekä organisaationrakenne luovat mahdollisuuden uusien hoitomallien kehittämiseen terveydenhuollossa. Tärkein tavoite fast track hoitomallissa on optimoida potilaiden toipumista mini-invasiivisia leikkausmenetelmiä sekä anestesiamenetelmiä, joita ei ennen ole käytetty. Tärkeää on myös tehostaa perioperatiivista hoitotyötä sekä estää komplikaatioiden syntymistä. Sairaalassaoloaikaa tulisi vähentää ja huomioida kustannukset suuren leikkauksen jälkeen. Jotta fast track -hoitomenetelmän

tavoitteet voidaan saavuttaa, tarvitaan sitoutunut, aktiivinen sekä asiantunteva hoitotiimi. Hoitotiimi koostuu kirurgeista, anestesia- ja lääkäreistä, hoitajista sekä fysioterapeuteista. Toiminnan resursointi sekä esimiesten tuki sairaanhoitopiirin osalta on tärkeää. Perioperatiivinen fast track -hoitomalli muodostuu osa-alueista, joita on viisi: Riittävä potilaan informointi ennen toimenpidettä, posttraumaattisen stressireaktion vähentäminen, tehokas kivunhoito, varhainen liikkeelle lähtö sekä suun kautta otettavan ravinnon aloittaminen. (Kellokumpu 2010, 13-14.)

Sata vuotta sitten naisten keskimääräiset hoitoajat kirurgisen toimenpiteen jälkeen olivat 74,4 vuorokautta ja miesten 53,9 vuorokautta. Tuolloin potilaat eivät osanneet vaatia laatua samaan tapaan kuin nykyisin. Hoidon tulosten lisäksi joudutaan yhä useammin toiminnassa ottamaan huomioon myös taloudellisuus. Nykyisin käytössä on hoitoaikoja lyhentäviä hoitoprosesseja, esimerkiksi lyhytkirurgia, päiväkirurgia, leikkaukseen kotoa -menetelmä (LEIKO) sekä avo- että tähystysleikkauksia varten oleva fast track -hoitomalli. (Scheinin 2006.)

Perinteisen kirurgian ja fast track -hoitomallin eroina ovat optimoitu kivun hoito sekä koko hoitoryhmän suunnitelmallinen potilaan motivointi kuntoutukseen leikkauksen jälkeen. Yhdenmukaista toimintaa ja potilaan informointia ennen sekä leikkauksen jälkeen vaaditaan niin kirurgilta, anestesiologilta, fysioterapeutilta kuin sairaanhoitajaltakin. Potilaalla tulee olla realistinen käsitys toimenpiteen sujumisesta sekä kivuista, jotta pettymyksiltä vältytään. Suurin syy kotiutumisen esteenä on suolilama ja siitä seuraamuksena oleva pahoinvointi. Fast track -hoitomalli ei teknisesti eroa perinteisestä kirurgiasta. Fast track -hoitomallissa kuitenkin yritetään välttää potilaan liikkumista rajoittavia tekijöitä; kipua, pahoinvointia sekä erilaisia liikkumista haittaavia tekijöitä, kuten infuusioletkustoja tai virtsakatetreja. Tärkeintä fast track -hoitomallissa on siis hoitoryhmän motivaatio hoidon kehittämiseksi, ilman suuria ponnistuksia hoitoaikoja voidaan lyhentää laadusta tinkimättä. (Scheinin 2006.)

Fast track -hoitomalli on otettu käyttöön Keski-Pohjanmaan keskussairaalan operatiivisella tulosalueella vuoden 2014 aikana. (Kokkonen ym. 2014, 5). Tässä opinnäytetyössä keskitymme osastojen 7 ja 10 fast track -hoitomalliin. Näillä osastoilla nopean toipumisen mallia käytetään proteesi- ja suolistokirurgiassa. Aiheen valitsimme aihepankista. Koimme molemmat aiheen mielenkiintoiseksi ja valitsimme sen, koska fast track -hoitomallia on tutkittu vielä vähän eikä se ole monille tuttu. On kiinnostavaa tutkia asiaa, mistä on vähemmän tutkittua tietoa.



Meidän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia fast track -hoitomallista Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan kahdella kirurgisilla osastoilla 7 ja 10. Opinnäytetyömme tavoitteena on saattaa esimiesten ja hoitajien tietoon sairaanhoitajien mielipiteet fast track -hoitomallin toimivuudesta osastoilla. Opinnäytetyön tuloksista nousee esille fast track -hoitomallin mahdolliset kehittämishaasteet.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Fast track -hoitomallin ydinkohdat ovat suolilaman ehkäiseminen, opioidien käytön minimointi, kirurgisen trauman minimointi, tulehdusvasteen lieventäminen, aikainen enteraalinen ravitsemus, aikainen mobilisaatio, optimaalinen anestesia, nestehoito ja kivunhoito sekä potilaan riittävä motivointi. Nopean toipumisen kannalta on tärkeää, että koko hoitotiimi on sitoutunut näihin periaatteisiin. (Kairaluoma 2007, 3.)

### 2.1 Fast track -hoitomalli

Fast track -hoitomallin keskeisin ajatus on, että potilas palaa leikkauksen jälkeen normaaliin elämään mahdollisimman pian. Mallin noudattaminen alkaa huolellisella suunnittelulla ja potilaan aktiivisella ohjauksella. Turhista rajoitteista luovutaan, esimerkiksi virtsakatetria pyritään käyttämään mahdollisimman lyhyen aikaa. Hoitomallin ehdottomia etuja ovat muun muassa se, että potilaiden kipulääkkeiden käyttö vähenee huomattavasti, infektioriski pienenee, potilaiden sairauden tunne vähenee ja he ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. (Hyvärinen 2012).

Fast track -hoitomallia pidetään laparoskooppisen kirurgian jälkeen toisena vallankumouksena kirurgian alalla. Hoitomalli on pienentänyt merkittävästi leikkausten kokonaiskustannuksia, mutta ennen kaikkea nopeuttanut huomattavasti potilaiden kotiutumista ja toipumista leikkauksesta. (Eskola 2014.)

Stressireaktio ja kipu syntyvät leikkaustrauman aiheuttaman neurohormonaalisen vasteen, sympaattisen hermoston aktiivisuuden lisääntymisen sekä siihen liittyvän katabolian ja hemodynaamisten muutosten seurauksena. Jokainen kirurginen toimenpide aiheuttaa jonkinasteisen stressireaktion. Stressireaktio korreloi leikkauksen laajuuteen, ja se voi johtaa eri elinten toimintahäiriöihin ja komplikaatioihin sekä immuunivasteen heikkenemiseen, univaikeuksiin ja jopa viikkojen kestävään väsymykseen. (Eskola 2014.)

Postoperatiivista stressireaktiota seuraa usein suolilama, immobilisaatio, komplikaatiot sekä pidentynyt hoitajakso. Suolistoleikkaukset voivat aiheuttaa suolilaman. Suolilaman kesto vaihtelee leikkausalueesta riippuen: mahalaukussa 24 tuntia, ohutsuolessa 48 tuntia ja

paksusuolessa 72 tuntia. Kirurginen trauma ja kipu aiheuttavat hermostoperäistä ja hormonaalista suolilamaa. Näistä aiheutuu oliguriaa eli vähävirtaisuutta, nesteretentiota eli nesteen kertymistä elimistöön sekä reniini-angiotensiinin eritystä, joka aiheuttaa verenpaineen nousua. Epiduraalipuudutus estää hermostoperäistä ja hormonaalista stressiä. Laparoskooppinen kirurgia pienentää kirurgista stressiä. (Kairaluoma 2007, 34.)

Opioidien sijaan pyritään kipua hoitamaan parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä sekä puudutteilla. (Kairaluoma 2007, 34). Jo esilääkkeeksi annetaan parasetamolia ja tulehduskipulääkettä, ja niiden käyttöä jatketaan niin kauan, että potilas on kivuton. Oksikodonia voidaan käyttää kovaan kipuun, koska se vaikuttaa sisäelinkipuihin. (Kairaluoma 2007, 34.)

Laparoskooppinen kirurgia ja pienet poikkiviillot ovat vähemmän traumaattisia kuin isot keskiviillot. Dreenejä vältetään ja mahdolliset dreenit ja katetrit poistetaan mahdollisimman varhain. Paaston välttäminen ja aikainen enteraalinen ravitseminen estävät väsymystä sekä suolilamaa. Aikaisin aloitettu mobilisaatio ehkäisee keuhko- ja tromboembolisia komplikaatioita sekä parantavaa suolen toimintaa. (Kairaluoma 2007, 34-35.)

Anestesiassa käytetään lyhytvaikutteisia aineita, jotka estävät pahoinvointia. Propofoli-remifeniliini – anestesia estää pahoinvointia. Setronien eli tietynlaisten pahoinvointilääkkeiden käyttöä tulisi välttää, koska ne estävät parasetamolin kipua lievittävää vaikutusta. Anestesian alussa annetaan pahoinvointilääkettä, joka ehkäisee pahoinvointia ja tulehdusta. Leikkauksen aikana säilytetään normaali ruumiinlämpö, lievä hyperkarbia eli liika hiilidioksidi elimistössä sallitaan ja käytetään suurta happiprosenttia 80 prosenttiin saakka. Nukutuksen aikana happiprosentti on kuitenkin 32-35 prosentin välillä. Tällä tavoin vähennetään haavainfektioiden muodostumista ja vuotojen muodostumista puolella. Myös elektrolyytti- ja glukoositasapainon ylläpito on tärkeää ja ne pyritään pitämään normaaleina. (Kairaluoma 2007, 35.)

Hyvä nesteytys parantaa sydämen ja keuhkojen toimintaa, lyhentää suolilaman kestoa ja ehkäisee munuaisten toimintahäiriöitä. Leikkauspäivänä potilaan nesteytystä rajoitetaan 40 millilitraan kiloa kohti. Leikkauksen aikana potilasta nesteytetään vähintään yli 1,5 litraa. Suurissa leikkauksissa vaarana on ylinesteytys yli 5-6 litraa. (Kairaluoma 2007, 35.)

## 2.2 Ohjauksen merkitys fast track -hoitomallissa

Potilasohjaus perustuu hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuseen ylläpitää ja kehittää omia ohjaustaitojaan. Potilasohjauksessa tulee aina korostua potilaan omat tarpeet. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen tulisi olla aktiivista ja tavoitteellista. (Kääriäinen 2007, 25.)

Potilaan ohjaaminen kuuluu oleellisena osana hoitajan ammatilliseen osaamiseen ja on tärkeä osa myös kirurgisen potilaan hoitoa. Hyvä ohjaus edistää potilaan nopeaa toipumista. Lyhentyneet hoitoajat ja pienentyneet resurssit hoitoalalla ovat suurimpia haasteita potilaan ohjauksessa. Hoitajien on tärkeää lisätä osaamistaan niillä osa-alueilla, jotka auttavat potilasta vastaanottamaan uutta tietoa. Potilaan ohjaus nopean toipumisen mallissa on erityisen tärkeää siksi, että hoito perustuu potilaan omaan aktiivisuuteen itsehoidossa ja toipumisessa. (Korpi 2009, 6.)

Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja ja kannustetaan häntä ottamaan vastuuta omasta hoidosta. Hoitajan tehtävä on rohkaista potilasta tässä. Ohjauksessa tulee selvittää, millaista tietoa potilas tarvitsee. Kun sekä potilas että hoitaja ovat sitoutuneet ohjaukseen, kasvaa potilaan hoitomyönteisyys ja sitoutuminen sekä aktiivisuus omaan hoitoon ja toipumiseen. (Korpi 2009, 7.)

Potilasohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin muidenkin hoidon osa-alueiden. Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on potilaan ja hoitajan aktiivinen ja tavoitteellinen vuorovaikutus. Potilaat odottavat usein hoitajalta kattavaa tietoa sekä sairaudestaan että sosiaalieduista ja kuntoutusmahdollisuuksista. (Korpi 2009, 32-33.)

Preoperatiivisen eli leikkausta edeltävän ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa leikkauksesta, hoidon osa-alueista sekä sen tavoitteista. Hyvä suullinen ja kirjallinen ohjeistus motivoivat potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa leikkauksen jälkeenkin. Se myös poistaa turhaa pelkoa toimenpidettä kohtaan. Tällöin potilaalla on myös mahdollisuus keskustella leikkaavan kirurgin ja anestesia-ääkärin kanssa leikkaukseen ja nukutukseen tai puudutukseen liittyvistä asioista. Potilasvalinta on keskeistä fast track -hoitomallissa onnistumiselle. Ikä ei välttämättä ole este, mikäli potilaalla on riittävä psyykinen ja fyysinen suorituskyky ja kotona omainen tai muu läheinen henkilö leikkauksen jälkeen. Iän myötä kuitenkin erilaiset liitännäissairaudet ja riskitekijät, jotka vaativat tehostettua hoitoa leikkauksen jälkeen lisääntyvät. Ikää tärkeämpää on kuitenkin potilaan oma motivaatio toipumiselle. (Eskola 2014.)

Hoitajan rooli preoperatiivisesti on haastatella joko suullisesti tai puhelimitse potilasta. Haastattelussa käydään läpi potilaan perussairaudet sekä fyysistä kuntoa ja hoitaja ohjeistaa millä tasolla näiden kuuluisi olla ennen leikkaukseen tuloa, jotta komplikaatoriski olisi mahdollisimman alhainen (esimerkiksi ylipainon hoito tai hoitotasoinen diabetes). Haastattelussa hoitaja kertoo myös postoperatiivisen kuntoutumisen kannalta tärkeistä asioista, kuten hengittämisestä, yskimisestä, liikkumisesta ja apuvälineiden käyttämisestä. Yleisesti ottaen haastattelun jälkeen potilaan on oltava tietoinen leikkauksen luonteesta ja vaikutuksista, tietää leikkausohjelmaan suunniteltu leikkausajankohta ja leikkauksen jälkeinen hoitoyksikkö. Potilaalla tulee olla mahdollisuus kysyä mitä tahansa tulevaan toimenpiteeseen liittyen. Hoitajan rooliksi jää myös potilaan motivointi huolehtia omalta osaltaan ravinnosta, tupakoimattomuudesta ja riittävästä hygieniasta ennen leikkausta. (Eskola 2014.)

Potilaalle leikkaus tai toimenpide on usein pelottava ja fyysisesti rasittava kokemus. Sairaanhoidajan tehtävä on saada toimenpide tuntumaan mahdollisimman miellyttävältä potilaan kannalta. Itsensä vahvaksi tuntevat potilaat tarvitsevat tietoa, kun taas heikommaksi itsensä tuntevat tarvitsevat enemmän emotionaalista tukea. Sairaanhoidajan haasteena onkin tunnistaa potilaista heikoksi itsensä tuntevat sekä pelkäävät potilaat. Potilaan aikaisemmat toimenpiteet vaikuttavat myös hänen tiedontarpeeseensa. Potilaiden ohjauksen ja tuen tarve tulisi tunnistaa hyvissä ajoin siitä alkaen, kun leikkauspäätös tehdään. Tieto potilaalle tulee antaa selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä, jotta potilas ymmärtää tiedon sisällön ja merkityksen. Sairaanhoidajan tulee antaa tietoa oma-aloitteisesti, vaikka potilas itse ei osaisi esittää kysymyksiä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2009, 32.)

Perheenjäsenten ja läheisten mukaan ottaminen ohjaustilanteisiin on tärkeää, koska jälkihoidossa läheisillä on merkittävä vastuu. Lisäksi perheen ja läheisten tuki parantaa hoitomotivaatiota. Ohjauksen jälkeen sairaanhoidajan tulee arvioida, ymmärsikö potilas ohjauksen ja tuleeko hän toimimaan ohjeiden mukaan. Jotta potilas voi selviytyä kotona, tulee hänen olla sitoutunut ohjaukseen ja itsehoitoon. Tarvittaessa potilaalle tulee antaa lisäohjausta. Yleisimmin ohjaus on suullista, mutta myös kirjalliset ohjeet ovat hyväksi. (Lukkari ym. 2009, 32-33.)

## **2.3 Lääkehoito fast track -hoitomallissa**

Esilääkityksessä vältetään pitkävaikutteisia rauhoittavia lääkkeitä, jotta toipuminen ja mobilisaatio eivät viivästyisi tarpeettomasti. Anestesiassa suositaan lyhytvaikutteisia lääkkeitä. Suonensisäinen propofol-anesteetti estää pahoinvointia ja endogeenisen opioidin tuotantoa. Näin potilaat toipuvat nukutuksesta nopeammin. (Konttinen & Hamunen 2015.)

Setronien rutiinikäyttöä on hyvä välttää, sillä setronit voivat estää parasetamolin analgeettista vaikutusta. Anestesian alussa annettu 10 mg:n kerta-annos deksametasonia ehkäisee pahoinvointia ja tulehdusvastetta. Remifentaniilin jälkeinen heräämisvaiheen hyperalgesia voidaan välttää käyttämällä epiduraalianalgesiaa. Epiduraalianalgesiapuudute ja pieni epiduraarinen opioidilisä ovat osoittautuneet hyväksi perioperatiiviseksi analgesiaksi fast track- ja avokolonkirurgiassa. Leikkauksen aikana pyritään säilyttämään normotermia, sallimaan lievä hyperkarbia ja käyttämään suurta happiprosenttia (maksimissaan 80 % happea). Näin vältetään haavainfektioiden ja lekaasien syntyä puolella. Lisäksi pyritään pitämään elektrolyytti- ja glukoosipitoisuudet normaaleina. (Kairaluoma 2007, 34-35.)

## **2.4 Nestehoito fast track -hoitomallissa**

Liiallinen nesteytys vaikuttaa haitallisesti sydämen ja keuhkojen toimintaan ja lisää mahdollisesti leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Liian vähäinen nesteytys voi puolestaan aiheuttaa elinten hypoperfuusiota. Nesteytyksen tarpeeseen vaikuttaa kirurgisen trauman suuruus, leikkausta edeltävä nestetasapaino, anestesiategniikka, liitännäissairaudet ja potilaan ikä. Yksilöllinen nesteytys optimoi sydämen ja keuhkojen toiminnan, lyhentää suolilaman kestoa ja ehkäisee munuaisten toimintahäiriöitä. Suositeltavin nestehoito perustuu iskuilavuuden maksimointiin tähtäävään ohjattuun nesteytykseen. Lisäksi nopean toipumisen kirurgiassa on huomioitava, että potilas alkaa nauttia nesteitä suun kautta jo leikkauspäivänä. Suun kautta otettava osuus nesteytyksestä on siis huomattavan suuri. (Kellokumpu 2012).

Nukutuksen aikana noudatetaan perinteisiä nestehoidon periaatteita. Potilasta tarkkailtaessa huolehditaan nesteen saannin perustarpeesta sekä korvataan ylimääräinen nesteenmenetykset, kuten haihtuminen ja leikkausvuoto. Huomioitavaa on myös nestevajaukset, kuten elimistön kuivuminen. Elimistöstä leikkauksen aikana nestettä poistuu haihtumalla leikkaushaavasta sekä suurista kudosisvammoista verenvuotona. Aikuisilla potilailla, joiden nestetasapaino ja ravitsemus ovat kunnossa leikkausta ennen aloitusnesteenä, käytetään fysiologista

keittosuolaliuosta tai Ringer-tyyppistä liuosta. Jos potilaalla ei ole tarvetta lääkityksiin tai suuriin nesteytyksiin, aloitusliuosta pidetään hitaana aukiolonesteinä. Tuolloin kanyyli pysyy toimivana. Useimmin kuitenkin aloitusnestettä infusoidaan nopeasti, jotta kompensoidaan leikkauksen alkuvaiheen anestesiamenetelmien aiheuttamaa hypotensiota. Nestehoidon perustarpeen sekä leikkauksen aiheuttaman lisätarpeen aikuisilla korvataan nesteellä noin 500 ml/tunti. Perustarve nesteelle on noin 2 ml/kg/tunti. (Lukkarila ym. 2009, 316-317.)

## 2.5 Postoperatiivinen kivunhoito

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito vähentää kivun aiheuttamia stressivasteita ja elintoimintojen häiriöitä sekä sallii potilaan varhaisen mobilisaation. Käytetyimpiä menetelmiä ovat epiduraalinen ja potilaan itsensä ohjaama kipulääkkeen annostelu. Opiaatteja vältetään niiden huonovointisuutta ja suolilamaa aiheuttavan vaikutuksen vuoksi. Epiduraalisesta kivunhoidosta siirrytään suun kautta otettaviin lääkkeisiin yleensä toisena postoperatiivisena päivänä. (Kellokumpu 2012).

Akuutin postoperatiivisen kivun laatu ja voimakkuus vaihtelevat toimenpiteen ja yksilöllisten tekijöiden mukaan, ja siksi hoidon lähtökohta on kivun mittaaminen. Tulevaisuudessa tavoitteena on voimakkaalle leikkauksenjälkeiselle kivulle ja kivun kroonistumiselle alttiiden potilaiden systemaattinen tunnistaminen jo ennen leikkausta ja tehdä yksilöllinen, tutkimusnäyttöön perustuva potilaskohtainen kivun hoidon suunnitelma. (Kontinen & Hamunen 2015).

Koska kivun kokeminen on yksilöllistä, kivun järjestelmällisen mittaamisen tulee ohjata hoitoa. Kipua mitataan ja tulos kirjataan säännöllisesti kaikilta potilailta. Jos potilas pystyy puhumaan, subjektiivisen kokemuksen arvioiminen onnistuu parhaiten kysymällä (esimerkiksi VAS-asteikon avulla). Myös lapset ja dementoituneet vanhukset pystyvät usein itse arvioimaan kipuaan sanallisella asteikolla. Leikkauksenjälkeisessä kivunarvioinnissa on tärkeää arvioida sekä lepo- että liikekivun voimakkuus. Vaikka potilaan kivut olisivatkin levossa hallinnassa, voi liikkeeseen liittyvä kipu vaikeuttaa syvään hengittämistä ja yskimistä, leikatun raajan kuntouttamista ja vuoteesta liikkeelle lähtemistä. Täydellinen kivuttomuus ei ole tavoite postoperatiivisessa kivunhoidossa vaan yksilöllinen ja riittävä kivunhoito. Kipulääkkeen annon jälkeen kipu tulee mitata ja arvioida uudestaan ja kirjata onko kipulääkkeellä vastetta ja tarvittaessa tehostaa kipulääkitystä tai myös mahdollisesti vähentää sitä. (Eskola 2014).

Multimodaalisen kivunhoidon ajatuksena on tehostaa kivun lievitystä ja vähentää hoidon haittavaikutuksia yhdistämällä eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä, jolloin yksittäisen lääkkeen annosta voidaan pienentää. Hoidon tehoa voidaan tutkia mittaamalla potilaan tarvitsevan opioidikipulääkkeen määrää. Opioidin ”säästäminen” tuottaa potilaalle hyötyä sen aiheuttamien haittavaikutusten vähenemisenä. Useimmiten lisälääkkeet tai esimerkiksi puudutukset parantavat kivun lievitystä, vaikka opioidin tarve samalla pienenee. (Konttinen & Hamunen 2015.)

Opioideja tarvitaan useimpien suurten leikkausten jälkeisen kivun hoidossa. Leikkauksenjälkeisessä kivunhoidossa eniten käytetty on oksikodoni. Opioidien haittavaikutukset ovat akuutin kivun hoidossa yleisiä. Haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, väsymys ja ummetus. Hengityslama on harvinainen mutta vakava haittavaikutus. (Konttinen & Hamunen 2015.)

Tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia käytetään kivun peruslääkkeinä kaikilla potilailla, joilla ei ole vasta-aihetta siihen. Tulehduskipulääkkeiden käyttö vähentää opioidien tarvetta noin 30-40 % ja parasetamolin käyttö 20 %. Vasta-aiheena tulehduskipulääkkeillä on munuaisten vajaatoiminta tai sen uhka, sydän- ja verisuonitaudit, ulkustauti merkittävä vuotoriski ja veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys. (Konttinen & Hamunen 2015.)

Puudutustekniikoilla voidaan saavuttaa erittäin hyvä kivunlievitys ja vähentää opioidien tarvetta jopa 100 %. Epiduraalipuudutus on edelleen tehokkain leikkauksenjälkeisen kivun hoitomuoto erityisesti vartalon alueen suurissa leikkauksissa. (Konttinen & Hamunen 2015.)

## **2.6 Ravitseminen**

Paaston välttäminen ja varhain aloitettu enteraalinen ravitseminen ehkäisevät kataboliaa ja väsymystä ja nopeuttavat suolen toipumista. Usein potilas voi nauttia ruokaa jo leikkauksen jälkeen. Pahoinvointi voi estää ravitsemuksen, minkä vuoksi riittävä kivunhoito ja ylinesteytyksen välttäminen. On tärkeää, että potilas nauttisi ensimmäisenä preoperatiivisena päivänä 1500ml nestemäistä ravintoa, toisena päivänä liemiruokaa ja seuraavana päivänä siirryttäisiin normaaliin ruokaan. (Konttinen & Hamunen 2015.)

Potilaan kokonaihoitoon ja elämään vaikuttava tekijä on ravitseminen. Jokaisella potilaalla on oikeus saada yksilöllisiin tarpeisiin ja sairauteensa sopivaa ravintoa. Ravitsemuksella on tärkeä



osa potilaan terveyteen ja paranemisen edistymiseen. Hoitajien tulee seurata ja kirjata ylös potilaan ruokahalua sekä ruuankäyttöä. Huonosti syövien nesteidensaantia voidaan seurata nestelistojen avulla. Ennen leikkausta potilas voi juoda hiilihydraattipitoisen juoman pari tuntia ennen leikkausta. Tällä estetään insuliiniresistenssiä sekä hiilihydraattivarastojen ehtymistä. Noin 90 minuutissa mahalaukku ehtii tyhjentyä nesteestä. Hiilihydraattijuoman avulla voidaan vähentää janon tunnetta, pahoinvointia sekä voimattomuutta. Diabeetikoille juomaa ei kuitenkaan voida leikkausta ennen antaa, koska heidän mahalaukkunsa tyhjentyy hitaammin. (Hönninen, Kuorelahti, Holmsted, Heiskanen, Hinkkanen, Kultti, Uusipaasto & Virtanen 2011, 16-17, 27-28.)

Leikkauksen jälkeen varhainen ravitseminen on mahdollista, koska fast track -hoitomallin mukainen anestesia ehkäisee leikkauksen jälkeistä pahoinvointia. Potilaan siirtyessä karkeampaan ruokaan tulisi ainoastaan välttää karkeaa tuoreraastetta, koska se voi altistaa suolen tukkeutumiselle. Ravitsemuksen tueksi voidaan tarjota täydennysravintovalmisteita. Jos potilaan paino on laskenut ennen leikkausta tai leikkauksen aikana tulisi täydennysravintovalmisteita käyttää myös sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Muuten kotona potilas voi syödä normaalia ruokaa. (Hönninen ym. 2011, 27-28.)

## **2.7 Mobilisaatio**

Varhainen mobilisaatio aloitetaan jo leikkauspäivänä. Virtsakatetri pyritään poistamaan leikkausta seuraavana aamuna. Leikkauksen jälkeisinä päivinä potilaan tulisi olla mobilisoituna kahdeksan tuntia päivässä. Myös hengitysharjoitukset eli pulloon puhallukset aloitetaan leikkauspäivänä. Aikainen mobilisaatio parantaa keuhkojen toimintaa ja happeutumista ja ehkäisee keuhkokomplikaatioita. (Kairaluoma 2007.)

Mobilisaatiota vaikeuttaa potilaiden huonovointisuus ja motivaation puute. Pahoinvointia hoidetaan luonnollisesti lääkehoidolla. Jos potilas jostain syystä ei kykene nousemaan vielä leikkauspäivänä ylös, voidaan esimerkiksi potilaan sängyn päätyä kohottaa istuma-asentoon tai potilas avustaa istumaan vuoteen reunalla. Tämäkin on askel eteenpäin kuntoutumisessa. Mobilisaatio vaatii hyvää yhteistyötä potilaan, sairaanhoitajan ja fysioterapeuttien välillä. Fysioterapeutit työskentelevät aamuvuoroissa, joten iltavuorojen mobilisaation mahdollistaminen jää pitkälti sairaanhoitajien vastuulle. Tässä tulee vastaan resurssit, jotka

eivät useinkaan riitä riittävän mobilisaation saavuttamiseen, varsinkaan iltavuorojen aikana. (Tiala, 2013).

Varhaisella liikkeellä lähdöllä parannetaan lihastoimintoja, hengitystä sekä kudosten hapettumista. Samalla ehkäistään keuhko- ja tromboembolisia komplikaatioita. Heräämöstä vuodeosastolle potilas tulisi siirtää mahdollisimman nopeasti, jotta liikkumisen aloitus ei viivästyisi turhaan. Potilaan tulisi olla poissa vuoteesta noin pari tuntia leikkauspäivänä. Potilaan aikainen liikkuminen on hoitajien vastuulla, ja heidän tulisikin tukea potilasta riittävästi. Leikkauksen jälkeen potilaan tulisi liikkua ja istua riittävästi. Riittävä määrä on noin 6-8 tuntia vuorokaudessa. Riittävä kipulääkitys tulee huomioida potilaan varhaisessa liikkumisessa. Tärkeä osa potilaan liikkumista ja kuntoutumista ovat päivittäiset toiminnot, esimerkiksi ruokailu istuen ja wc:ssä tehdyt pesut. Potilaan omavastuu kuntoutumisessa korostuu tässä vaiheessa. Hoitajien tuesta huolimatta tulee hänen myöskin omatoimisesti ja säännöllisesti tehdä hänelle annettuja harjoituksia. (Kellokumpu 2012.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia fast track -hoitomallista Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kahdella kirurgisella osastolla 7 ja 10.

Opinnäytetyömme tavoitteena on saattaa esimiesten ja hoitajien tietoon sairaanhoitajien mielipiteet fast track -hoitomallin toimivuudesta osastoilla.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on fast track –hoitomallista?
2. Millaisia kehittämishaasteita sairaanhoitajat näkevät fast track -hoitomallissa?

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

Tässä kappaleessa kerromme opinnäytetyömme kohderyhmästä ja sen valinnasta sekä lähestymistavasta, aineistokeruusta ja analyysistä.

#### **4.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä**

Opinnäytetyössä toimintaympäristönä on Kokkolan keskussairaalan kirurgiset osastot 7 ja 10. Kohderyhmä on osastojen 7 ja 10 vakituiset sairaanhoitajat. Osastolla 7 on sairaanhoitajia 17 ja osastolla 10 myös 17. Lähetimme kyselyn kaikille 34 sairaanhoitajalle, koska emme voi etukäteen tietää, kuinka moni heistä tulee vastaamaan kyselyymme. Rajasimme kohderyhmän sairaanhoitajiin, jotta saamme tietoa omasta ammatillisesta näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat henkilöt tietävät tutkittavasta asiasta paljon tai heillä on siitä kokemusta (Järvenpää 2006). Kirurgisilla osastoilla 7 ja 10 on käytössä fast track -hoitomalli ja siksi jokaisella sairaanhoitajalla on jotakin kokemusta aiheesta. Tutkittujen henkilöiden valinta on siis harkittua ja tarkoitukseen sopivaa.

#### **4.2 Lähestymistapa, aineistonkeruu ja analyysi**

Valitsimme lähestymistavaksemme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen, koska aiheestamme on vähän aiempia tutkimuksia ja vastaajamäärä on rajallinen. Lisäksi tutkimme hoitajien omia kokemuksia fast track -hoitomallista. Opinnäytetyöpalaverissa osastonhoitajat ilmaisivat toiveensa laadullisesta tutkimuksesta, koska he tarvitsevat itsekkin mahdollisimman rikasta tietoa aiheestamme. Tutkimusluvan saimme elokuussa 2016 (LIITE 3).

Laadullisen lähestymistavan aiheiksi on hyvä valita uusia tutkimusalueita, joista tietoa ei ole kovin paljoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään. Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat muun muassa naturalistisuus, yksilöllisyys, dynaamisuus, kontekstipesifisyys, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Naturalistisuus tarkoittaa luonnollisia olosuhteita ja tilanteiden autenttisuutta. Yksilöllisyys tulee esiin yksilön toiveiden ja tunteiden kuuntelemisena. Dynaamisuus tarkoittaa, että tutkimuksen edetessä tutkimustehtävät täsmentyvät. Kun aineistonkeruupaikka, tilanteet tai hoitoyhteisö kuvaillaan riittävät hyvin, voidaan tutkimus liittää tiettyyn tilanteeseen, kontekstipesifisyys. Induktiivinen lähestymistapa vapauttaa teoriapohjan aiheuttamasta ohjautuvuudesta. Tutkimusasetelmien joustavuus tarkoittaa, että tietoa haetaan mahdollisimman useasta eri lähteestä ja

aineistonhaku ja -keruu muokkautuvat tutkimuksen edetessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-67.)

Toteutamme aineistonkeruun avoimella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeessa on normaalisti lyhyitä kysymyksiä ja niille on varattu tyhjää tilaa vastausta varten. Kyselylomaketta laadittaessa on huomioitava riittävä vastaustila. Tämä menetelmä sallii vapaan vastaamisen ja siitä johtuen aineisto on merkityksellistä ja antaa laadukasta tietoa. (Field & Morse 1985, 88.) Avoin kyselylomake voidaan antaa vastaajille paperiversiona tai sähköisessä muodossa. Sähköisen kyselyn etuja ovat ympäristön säästäminen, helppous, joustavuus, nopeus ja taloudellisuus. Internetin välillä laajatin vastaajaryhmät tulevat saavutetuiksi, myös eri puolilta maailmaa. Sähköisen kyselyn haasteita ovat riittävän vastaajamäärän saaminen, tekniset ongelmat ja tietoturvallisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 120.)

Kyselylomakkeemme kysymykset perustuvat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen, koska opinnäytetyö aloituspalaverissa osastonhoitajat ilmaisivat toiveensa tästä. Avoimeen kyselylomakkeeseen vastaajat saavat tuoda esille omat mielipiteensä itse kirjoittaen, jolloin valmiit vastausvaihtoehdot eivät muokkaa heidän vastauksiaan. Näin ollen saamme kerättyä mahdollisimman rikasta tietoa. Ennen varsinaisen kyselylomakkeen lähettämistä esitestasimme kyselyn kahdella sairaanhoitajalla. Toinen heistä oli pian valmistuva sairaanhoitaja, ja hänelle oli tietoa fast track -hoitomallista sekä koulusta että sijaisuuksien tekemisestä osastoilla, joissa käytössä on ollut fast track -hoitomalli. Toinen sairaanhoitaja oli työskennellyt kymmenen vuotta pienen kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hänellä ei ollut tietoa, eikä kokemusta fast track -hoitomallista. Heidän kommenttinsa perusteella muokkasimme kysymyksiä sujuvimmiksi sekä helpommin ymmärrettäviksi.

Keräsimme aineiston Webropol-kyselyllä sähköisesti. Lähetimme kyselylomakkeen (LIITE 1) ja saatekirjeen (LIITE 2) sairaanhoitajien sähköpostiin. Sairaanhoitajat vastasivat kyselylomakkeeseen sähköisesti ja lomakkeet tallentuivat anonymisti Webropol-ohjelmaan. Saatekirjeessä kerroimme opinnäytetyöstämme, vastaamisen anonymiteetistä, vapaaehtoisuudesta sekä vastaamisajasta. Lähetimme lomakkeen sairaanhoitajille ja he saivat viikon aikaa vastata lomakkeeseen. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Analysointia varten tulostimme tarvittavat kyselylomakkeet, jotta niiden analysointi olisi helpompaa. Aineiston riittävyys selviää saturaation eli aineiston kylläntymisen avulla. Saturaation täytyessä vastaukset alkavat toistamaan itseään eikä niistä selviä enää mitään

uutta tietoa, koska tietty määrä vastauksia riittää antamaan teoreettisen peruskuvion mikä on tutkimuksesta mahdollista saada. (Pitkäranta 2010, 115.)

Opinnäytetyömme sisällönanalyysi noudattaa induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa. Sisältö analysoidaan luokittelemalla sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Näin pyritään luomaan tutkimusaineiston perusteella teoreettinen kokonaisuus. Kuitenkin niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoria ohjaa analyysia. Aloitamme analysoinnin lukemalla jokaisen kyselylomakkeen vastaukset. Tämän jälkeen analysointi jatkuu pelkistämällä, ryhmittelyllä ja abstrahoinnilla, laadullisen tutkimusmenetelmän mukaan, vaiheittain. Pelkistämällä tarkoitetaan alkuperäisen ilmauksen yksinkertaistamista. Ryhmittely puolestaan tarkoittaa sitä, että samanlaiset lainaukset laitetaan samaan ryhmään. Abstrahointi on yleiskäsitteen muodostaminen pelkistämällä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-171.)

Käytimme työssämme induktiivista aineiston analyysimenetelmää eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tämä on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tutkimusaineistoista teimme siis teoreettisen kokonaisuuden. Aluksi tarkoituksena ei siis ollut saada analyysissä tuloksia, vaan järjestellä tutkimusaineisto, että se on tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Järjestelimme aineiston pohdintaa varten. Aineistopohjaisessa analyysissä minkään aikaisemman tiedon ei pitäisi vaikuttaa lopputulokseen. Tutkittavien oma näkökulma tulee näkyä analyysin kaikissa vaiheissa. Teimme opinnäytetyön nopean toipumisen kirurgiasta, mistä ei ole juurikaan aikaisempaa tutkittua tietoa, joka voisi vaikuttaa lopputulokseen, siksi tämä analyysimenetelmä sopi meille hyvin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-123).

Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan, että analysoitavasta aineistosta karsittiin kaikki epäolennainen pois. Aineiston ryhmittelyllä tarkoitetaan sitä, että aineiston vastaukset käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisia ja eriäviä vastauksia. Samaa asiaa käsittelevät vastaukset ryhmittelimme alaluokiksi ja nimesimme jokaisen alaluokan. Teoreettisten käsitteiden luomisella tarkoitetaan, että samaa asiaa käsittelevät alaluokat yhdistetään ryhmiksi ja jokaisesta ryhmästä muodostetaan pääluokka. Pääluokkia yhdistämällä saatiin yhdistävät tekijät ja vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-123).

## 5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että aineisto ja tulokset kuvataan mahdollisimman hyvin ja tarkasti. Taulukointia ja liitteitä on hyvä käyttää, jotta analyysin etenemistä voidaan kuvailla mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksessa esitetyt suorat, autenttiset lainaukset antavat lukijalle mahdollisuuden pohtia aihetta syvällisemmin ja lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Jotta tutkimus olisi uskottava, tulisi se kuvata selkeästi, jotta selviää, miten analyysi on tehty sekä sen vahvuuden ja rajoitteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Opinnäytetyössä olemme tarkkoja ja selitämme saamamme tulokset mahdollisimman tarkasti. Kerromme opinnäytetyöprosessista tarkasti ja selkeästi. Käyttämämme kyselylomake on liitteenä opinnäytetyössämme. (LIITE 1.)

Hoitotieteen tutkimuksen eettisiä ohjeita kuvataan American Nurses Association [1995] julkaisemassa ohjeessa, jossa on yhdeksän periaatetta: Tutkijan tulee kunnioittaa vapaaehtoista osallistumista tutkimukseen. Tutkijan tehtävä on estää mahdolliset haitat ja hänen tulee edistää kaikkien tutkittavien hyvää. Tutkija ymmärtää tutkittavien yksilöllisyyden ja kunnioittaa sitä. Tutkijan tulee varmistaa tutkittavien tasa-arvoisuus suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin. Tutkittavien anonymiteettiä tulee suojella mahdollisimman hyvin. Tutkija huomioi eettisyyden tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Mahdolliset tieteelliset virheet tulee raportoida tutkimustoiminnanvalvojalle. Tutkija säilyttää ammatillisen roolin suhteessa tutkimusaiheeseen ja toisiin ammattilaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217-218.)

Opinnäytetyössä käytämme suoria lainauksia vastauksista. Tällöin tulee varmistaa, että vastaajaa ei voida tunnistaa niiden perusteella. Erimerkiksi mahdolliset murre sanat tulee käänntää yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Säilytämme tulostetut vastauslomakkeet suljetussa paikassa, joten ulkopuoliset eivät pääse niitä tarkastelemaan. Aineiston analyysin jälkeen hävitämme kyselylomakkeet silppurissa. Anonymiteetti toteutuu opinnäytetyössämme siten että vastauksiin ei laiteta nimiä, eikä kyselylomakkeessa ole kysymyksiä joilla voisi kohdistaa vastauksen tiettyyn henkilöön. Vastaamisen vapaaehtoisuus toteutuu, kun lähetämme kyselylomakkeet sähköposteihin ja kerromme saatekirjeessä, että vastaaminen ei ole pakollista.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimustuloksissa analysoimme vastauksia siten, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on fast track -hoitomallista kirurgisilla potilailla. Kuvaamme myös tekijöitä, jotka edistävät ja jotka puolestaan estävät fast track -hoitomallin toteutumista sekä kehitysideoita tulevaisuudessa. Webropol-kyselyymme eli sähköiseen kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 16 sairaanhoitajaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan osastoilta 7 ja 10. Vastaajilla on kokemusta nopeasta toipumisesta 1½ - 3 vuotta.

Vastausten perusteella analyysi jakautui kahteen yhdistävään tekijään: edesauttavat tekijät fast track -hoitomallin hyödyntämiseen osastoilla ja estävät tekijät fast track -hoitomallin hyödyntämiseen osastoilla. Fast track -hoitomallia edistävät tekijät sisältävät pääluokat: potilaan panos fast track -hoitomallin toteutumiseen ja hoitajien panos fast track -hoitomallin toteutumiseen. Fast track -hoitomallia estävät tekijät sisältää pääluokan: organisaatiosta riippuvat tekijät. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysi

ALALUOKAT	PÄÄLUOKAT	Yhdistävät tekijät
Resurssit	Organisaatiosta riippuvat tekijät	Estävät tekijät fast track -hoitomallin hyödyntämiseen osastoilla
Työvuorojen kuormittavuus		
Koulutus		
Yhteiset käytänteet		
Potilaan oma motivaatio	Potilaan panos fast track -hoitomallin toteutumiseen	Edesauttavat tekijät fast track -hoitomallin hyödyntämiseen osastoilla
Potilasohjaus		
Hyvä kivunhoito		
Varhainen mobilisaatio		
Hoitajien oma sitoutuminen	Hoitajien panos fast track -hoitomallin toteutumiseen	
Potilastyytyväisyys		



## 6.1 Sairaanhoidajien kokemukset fast track -hoitomallista osastoilla 7 ja 10

Tutkimuskyselyymme vastanneilla sairaanhoidajilla oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia fast track -hoitomalliin liittyvästä potilasohjauksesta. Vastauksista käy ilmi, että nuoria, jotka ovat motivoituneita toipumiseen, on helppo ohjata. Ongelmia syntyy muistihäiriöisten ja psyykkisesti sairaiden ohjauksessa sekä heidän, jotka eivät ole lainkaan motivoituneita hoitoonsa. Huonokuntoisten potilaiden kanssa fast track -hoitomallin toteuttaminen ei ole mahdollista. Kyselystä esille nousseita esteitä hoitomallin toteutukselle olivat huono yleiskunto, väsymys sekä pahoinvointi.

Helppo ohjata nuoria, hyväkuntoisia potilaita, jotka ovat motivoituneita toipumaan. Todella vaikea ohjata muistihäiriöisiä, psyykkisesti sairaita tai niitä, joilla ei syystä tai toisesta ole innostusta toipumiseen.

Koska hoitoaika on niin lyhyt, ohjausta tulee antaa lähes koko ajan esimerkiksi haavanhoidon ja pesujen ja kävelyn yhteydessä. Toki ohjaus alkaa jo preoperatiivisesti polikäynnillä, mutta koska tietoa tulee lyhyen ajan sisällä niin paljon, sitä on vaikea sisäistää. Lisäksi potilaat eivät aina ymmärrä fast track -hoitomallin ajatusta ja ovat asennoituneet itse olemaan sairaalassa viikkoja leikkauksen jälkeen.

Huonokuntoisilla potilailla Fast track periaatetta ei voi aina toteuttaa. Esim. väsymys, heikko yleiskunto, voimakas pahoinvointi voivat estää esim. varhaisen ylösnostamisen /kävelyn leikkauksen jälkeen.

Potilaan ohjaaminen alkaa jo prepolikiniselläkäynnillä ennen leikkausta, ja se jatkuu potilaan kotiutumiseen saakka. Tärkeää on antaa ohjausta jokaisessa potilaan ja hoitajan kohtaamistilanteessa, eikä pelkästään potilaan tullessa ja lähtiessä osastolta. Ennen sairaalaan tuloa ja sen aikana potilas saa paljon informaatiota. Tiedon sisäistäminen voi sen vuoksi olla haastavaa. Ohjeiden tulee olla selkeitä ja ohjeita tulee antaa sen vuoksi koko hoitajakson ajan.

*Kun on lyhyet hoitoajat, tämä pitää potilasohjauksessa huomioida. Potilaan pitää sisäistää paljon tietoa hoitajaksollaan. Potilasta on syytä ohjata koko hoitoprosessin ajan, ei vain hänen tullessaan osastolle ja kotiutuessa vaan kaikissa tilanteissa esim. pesujen yhteydessä haavahoito, liikkuesssa ohjataan ns. vältettäviä liikkeitä jne.*

*Ohjaus lähtee jo kirurgian poliklinikalta ja jatkuu koko prosessin ajan.*

*Ohjauksen antaminen potilaalle tulee olla selkeää ja yksinkertaista, että potilas ymmärtää. Liian vaikeaselkoisesti esitetty ohjaus ei anna potilaalle tarvittavaa*

*informaatiota. Toki ohjausta ja tietoa tulee potilaalle paljon kerralla, joten ohjeiden sisäistäminen voi olla vaikeaa.*

Fast track -hoitomalli on varmasti monelle potilaalle outo prosessi, ja siksi sitoutuminen sekä motivoituminen nopeaan kotiutumiseen voi olla potilaille haastavaa. Tämä lisää haasteita sairaanhoitajille, kun potilaan ohjaukseen ja motivoimiseen menee enemmän aikaa.

*Potilaat eivät aina ymmärrä nopean toipumisen prosessia, jolloin kokemukset eivät aina ole niin positiivisia. Pääsääntöisesti kuin potilaalle jo pidemmältä ajalta kerrottu toimintamallista he ovat sitä jo hyvin sisäistäneet ennen osastolle tuloa, monet potilaat ovat hyvin motivoituneista ja sitoutuneista myös yhtäläillä prosessiin.*

Sairaanhoitajat kokevat, että fast track -hoitomallissa on selvät ohjeet kivun hoidon osalta ja siihen kiinnitetään hyvin huomiota. Potilaan kipujen ollessa hallinnassa hyvän kivunhoidon avulla edistää se potilaan mahdollista nopeaa liikkeelle lähtöä leikkauksen jälkeen.

*Fast track -hoitomallissa kivunhoidon ohjeet ovat selkeästi ja tarkasti määritellyt. Oikein toteutettu kivunhoito edistää potilaan varhaista liikkeellelähtöä ja tätä kautta nopeampaa toipumista leikkauksesta.*

*Mielestäni kivunhoitoon on kiinnitetty paljon huomiota ja se toteutuu tällä hetkellä hyvin. Hoitajan rooli korostuu potilaalle ohjatessa kivunhoidon tärkeydestä.*

*Opiaattien käyttö ei ole leikkauspotilaiden kohdalla juurikaan vähentynyt. Ainoastaan ennen leikkausta annettavissa esilääkkeissä ei enää anneta rauhoittavaa lääkettä rutiininomaisesti. Kipulääkkeitä annetaan suurin piirtein samalla tavalla kuin ennenkin.*

Vastauksista käy ilmi ristiriitaa epiduraali-tilaan menevän PDA-infuusion osalta. Osa vastanneista on sitä mieltä, että PDA menee turhan pitkään, varsinkin tähystyspotilailla. Toiset vastanneet ovat taas sitä mieltä, että potilailla ei juurikaan enää ole PDA-infuusioita.

*Kipulääkitystä ei juurikaan muutettu. PDA menee turhan pitkään tähystyspotilailla. Ja silloin ei kotiutumisenkaan voi tapahtua niin nopeasti kuin olisi tarkoitus.*

*Osastolle kivunhoito toteutetaan hyvin. Kipupumput on vaihdettu suun kautta otettaviin kipulääkkeisiin jolloin liikkuminen on helpompaa.*

*Vaihtelevaksi aina se ei onnistu, potilaan saattavat pari ensimmäistä post op päivää olla erittäin kivuliaita ja kipulääkkeiden oikea annostus/ajankohta ovat vaikeita potilaan kanssa tulee käydä läpi ja selittää kipulääkityksen merkitys. Osa pinnistelee ja on pyytämättä kipulääkkeitä liian pitkään jolloin potilaan kipu nousee liian kovaksi-toiset pyytävät kipulääkettä vaikkei kipua olisikaan. Paljon helpottaa kun potilailla ei enää juurikaan ole epid. PDA -infuusioita.*

Varhaisen mobilisoinnin osalta vastauksista käy ilmi, että potilaat nostetaan jo leikkauspäivän iltana lähes 100 % ylös. Kun potilas nostetaan ylös jo leikkauspäivänä, myös kuntoutuminen

käynnistyy nopeammin. Tämä on selkeästi nähtävissä potilaissa myös fysioterapeuttien mielestä. Sairaanhoitajat kaipaavat kuitenkin fysioterapeuttien apua kuntouttamisessa myös iltavuorojen aikana.

Jälleen vastauksista käy ilmi, että resursseja on toisinaan liian vähän varhaisen mobilisoinnin toteuttamiseen. Lisäksi ongelmia tuottavat vanhukset, muistisairaavat ja ylipainoiset potilaat ja juuri näiden potilasryhmien kohdalla myös aikaa kuluu enemmän varhaisen mobilisoinnin toteuttamiseen.

*Kuntouttava hoitotyö on jo vuorisa kuulunut osastomme hoitofilosofiaan ja potilaan pyritään joka tapauksessa mobilisoimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa leikkauksen jälkeen.*

*Pyritään auttamaan ylös vuoteenreunalle istumaan jo leikkausiltana juomaan esim. lisäraviteen (jos kirurgi antanut luvan). Seuraavana aamuna autetaan liikkeelle.*

*Hyvin. Auttaisi kuitenkin jos fysioterapeutti olisi koko päivän käytettävissä.*

*Osastollamme pyritään mobilisoimaan kaikki leikkauspotilaat jo leikkauspäivän iltana ja se toteutuu pääasiassa hyvin. Joskus mobilisointi ei onnistu suunnitelmien mukaan, koska potilas leikataan yöllä päivystysaikaan, potilas on liian voipunut ja huonovointinen, tai osaston resurssit ovat riittämättömät mobilisoinnin mahdollistamiseksi.*

## **6.2 Fast track -hoitomallin kehittäminen osastoilla 7 ja 10**

Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat näkivät resurssipulan ja yhteisten käytänteiden puuttumisen olevan suurimmat syyt, miksi fast track -hoitomalli ei toteudu osastoilla. Varsinkin viikonloppuisin, kun fysioterapeutit eivät ole töissä, hoitajilla ei riitä aika kuntouttamiselle ja työtehtäviä on pakko priorisoida.

*Jos resurssit olisivat paremmat, potilaan kuntouttamiseen voitaisiin käyttää tehokkaammin aikaa esim. iltavuoroissa ja viikonloppuisin, jolloin fysioterapeutit eivät ole töissä.*

Lisäksi eri kirurgeilla, sairaanhoitajilla ja fysioterapeuteilla on erilaiset käytänteet, kuinka hyödyntävää fast track -hoitomallia. Vastauksista käy ilmi, että esimerkiksi fast track -hoitomallin lisääminen omaksi fraasiksi kirjausjärjestelmään ja yksilöllisen toipumisen osa-alueet huomioonottavat käytänteet lisäisivät fast track -hoitomallin toteutumista osastoilla.

*Vieläkin yhtenäisemmät käytännöt pitäisi olla miten toimitaan. Nyt erilaisia tapoja riippuen kirurgista ja päivästä. Pitäisi olla selkeämmät toimintatavat.*

*Yhtenäiset, selkeät käytännöt, jotka voisivat olla esim. fraaseina hoitokertomuksessa. Fast track -malliin voisi laatia käytännöt jotka ottavat huomioon jokaisen toipumisen osa-alueen.*

Sairaanhoitajien sitoutuminen ja lisäkoulutuksen tarve nähtiin myös oleellisina kehittämismahdollisuuksina. Vastausten mukaan kaikki sairaanhoitajat eivät ole yhtä motivoituneita toteuttamaan fast track -hoitomallia kuin toiset sairaanhoitajat. Tämän ongelman ratkaisisi juuri se, että fast track -hoitomallista pitäisi kirjata omat fraasit kirjausjärjestelmään. Lisäkoulutuksen tarve nähtiin erityisesti uusille hoitajille.

*Aina on joitain hoitajia, jotka eivät ole sitoutuneita hoitomalliin, niin heidän motivoimista kaipaisin enemmän.*

*Jokaisen hoitajan tulisi sitoutua nopan toipumisen malliin!*

*Lisää resursseja ja kaikkien yhtäläinen sitoutuminen toimimaan noudattaen nopean toipumisen mallia, myös lääkäreiden yhtenäisen hoitolinjaukset potilaan hoidossa nopeuttavat potilaiden hoitoa.*

*Jatkuvaa lisäkoulutusta kaivattaisiin lisää (huom uudet työntekijät).*

## **7 POHDINTA**

Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyön tuloksia, omaa oppimistamme sekä ammatillista kasvuamme. Lisäksi pohdimme tulosten hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimuskohteita.

### **7.1 Menetelmien tarkastelu**

Keräsimme aineiston sähköisellä Webropol-kyselyllä, mikä toimi todella hienosti ja aineisto oli helppo tulkita ohjelman avulla. Uskomme, että myös sairaanhoitajien oli vaivatonta vastata kyselyymme sähköpostitse tulleen kyselylomakkeen avulla. Pelkistimme vastaukset, ryhmittelimme ja muodostimme alaluokkien ja pääluokkien avulla yhdistävät tekijät ja sitä kautta analysoimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Koimme itsekin webropol-kyselyn helpoksi. Ohjelma oli yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Vastaukset olivat turvassa tietokoneella salasanan takana. Näin ollen ei tarvinnut miettiä ulkopuolisten pääsyä käsiksi vastauksiin.

Vastauksia tuli yhteensä 16 ja vastausten perusteella aukikirjoitettua materiaalia saimme noin kolme A4-kokoista paperia. Kyselyymme saimme mielestämme lukumäärällisesti hyvin vastauksia, mutta vastauksien sisältö oli osin melko yleismaallista ja melko samankaltaista. Saatu aineisto kuitenkin vastasi tutkimuskysymyksiimme ja saimme kuitenkin kattavan näkemyksen kirurgisten osastoiden 7 ja 10 hoitajien kokemukset fast track -hoitomallin toteutumisesta.

### **7.2 Tulosten tarkastelu**

Tässä luvussa tuomme esiin tutkimuksemme keskeisimpiä tuloksia fast track -hoitomallin toteutumisesta kirurgisilla osastoilla. Käsittelemme toteutumista nimenomaan sairaanhoitajan näkökulmasta. Vertaamme tutkimustuloksia Tialan (2013) pro gradu -tutkielmaan, joka käsittelee nopeutetun hoidon mallia sairaanhoitajien kokemana.

Tulosten mukaan onnistuessaan fast track -hoitomallilla on todella paljon myönteisiä vaikutuksia niin sairaanhoitajien kuin potilaidenkin näkökulmasta. Sairaanhoitajat niin meidän omassa tutkimuksessamme kuin Tialan (2013) tutkimuksessa korostivat hyvää ja riittävää kivunhoitoa, joka automaattisesti johtaa varhaisempaan mobilisaatioon. Varhaista

mobilisaatiota puolestaan tukivat kipulääkityksen vaihtaminen suonensisäisistä suun kautta otettaviin ja virtsakatetrin varhainen poistaminen. Myös Tialan (2013) tutkimustulokset osoittivat samaa. Varhainen mobilisaatio puolestaan johti omatoimisuuteen ja tätä kautta melkein aina lyhyempiin hoitojaksoihin.

Sairaanhoitajat kokivat resurssipulaa erityisesti iltavuorojen ja viikonloppuvuorojen aikana. Suurin selittävä syy tähän on, että fysioterapeutit työskentelevät vain arkisin aamuvuorossa. Iltavuoroissa ja viikonloppuisin potilaiden mobilisointi on yksistään sairaanhoitajien vastuulla. Resurssipulaa koettiin enemmän ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä, mutta fast track -hoitomallin onnistuessa potilaiden omatoimisuus kasvoi toisena postoperatiivisena päivänä niin paljon, että hoitajat kokivat selvästi työtaakkaansa helpottavat tällöin. Tialan (2013) tutkimuksessa kokemukset resurssien riittävydestä ovat täysin samat.

Kolmas vastauksista esille nouseva asia on potilaan motivaatio, joka kulkee myös osittain käsi kädessä hoitajan sitoutumisen ja potilasohjauksen kanssa. Potilaalta tarvitaan omaa itsestään tulevaa motivaatiota, jota voidaan huomattavasti lisätä ja vahvistaa hyvällä potilasohjauksella, joka puolestaan vaatii sitoutunutta hoitajaa. Sairaanhoitajat kokivat yhteisten käytänteiden puuttumisen hankaloittavan omalta osaltaan fast track -hoitomalliin sitoutumista ja myös potilasohjauksen laadun kärsivän näin.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Sairaanhoitajat kokivat fast track -hoitomallin tuoman hyödyn merkittävänä molemmilla kirurgisilla osastoilla 7 ja 10.

Vastanneiden mukaan fast track -hoitomalli toteutuu melko hyvin osastoilla, mutta yhtenäiset käytänteet ja lisäkoulutus edesauttaisivat, sitä että jokainen hoitaja osaisi hyödyntää mallia oikealla tavalla. Kehitysideoiksi nousikin näiden yhtenäisten käytänteiden laatiminen, fast track -hoitomallin kirjaamiseen laadittavat omat fraasit sekä koulutuksen mahdollistaminen, joka tietenkin on suurin resurssikysymys.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla potilaan näkemys fast track -hoitomallin toteutumisesta ja miten potilas itse kokee hyötyvänsä tästä hoitomallista. Tällä tavoin voitaisiin verrata nyt esille saatua sairaanhoitajan näkökulmaa potilaiden näkökulmaan ja löytää yhdistäviä ja erottavia tekijöitä ja kehittää siltä pohjalta toimintaa yhdenmukaisempaan suuntaan.

## 7.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme tekeminen on ollut haastava ja pitkä prosessi, joka on kestänyt melkein kolme vuotta. Opinnäytetyömme eteni hyvin aikataulussa suunnitteluvaiheeseen saakka, mutta molempien erilainen ja muuttuva elämäntilanne pakotti meidät pitämään taukoa opinnäytetyömme prosessista. Kun taas pääsimme työstämään opinnäytetyötämme, ei ollutkaan niin helppo aloittaa ja alku kangerteli melko pahasti. Oikeanlaisen motivaation ja sen niin sanotun punaisen langan löydettyämme aloimme hahmottaa työtämme ja aineistoamme aivan uudella tapaa.

Opinnäytetyöprosessimme aikana olemme oppineet paljon, ja prosessi on ollut antoisa. Opinnäytetyömme tekeminen on opettanut meille aikataulujen hallitsemista, niissä pysymistä ja omien voimavarojen tuntemista sekä priorisointia. Lisäksi olemme oppineet paljon työn suunnittelusta ja yhteistyöstä sekä tutkimuksen tekemisestä ja lähdekritiikistä. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien vastauksista olemme lisäksi saaneet paljon sellaista tietoa, joka ei päälle päin osastoilla näy mutta joka auttaa meitä myöhemmin matkalla työelämässä.

## 8 LÄHTEET

- American Nurses Association. 1995. Saatavissa: <http://www.nursingworld.org/>. Viitattu 6.2.2018.
- Eskola, N. 2014. Kirurgisen potilaan hoito, 2014 – perioperatiivinen hoitotyö. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/NinaEskola/kirurgisen-potilaan-hoito>. Viitattu 6.2.2018.
- Field, P. & Morse, J. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hyvärinen, H. 2012. Nopea toipuminen alkaa huolellisella suunnittelulla. Saatavissa: <https://www.mylab.fi/nopea-toipuminen-alkaa-huolellisella-suunnittelulla/>. Viitattu 16.4.2016.
- Hönninen, H., Kuorelahti, R. Holmsted, A., Heiskanen, M., Hinkkanen, S-M., Kultti, V., Uusipaasto, K. & Virtanen, A-M. 2011. Fast track -hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen Keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla 22. Saatavissa: <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B6312003A-83E4-4824-9A43-2EB50BA33AEB%7D/32702>. Viitattu 29.1.2018.
- Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Saatavissa: <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>. Viitattu 4.4.2016.
- Kairaluoma, P. 2007. Fast track -kirurgian anestesiologiset periaatteet. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/fasttrack\\_pka.pdf](http://www.finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf). Viitattu 2.3.2015.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli - kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo10403&p\\_haku=fast track](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10403&p_haku=fast%20track). Viitattu 2.3.2015.
- Kellokumpu, S. 2010. Fast track -hoitomallin taloudellinen arviointi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25485/URN:NBN:fi:jyu-201010152987.pdf?sequence=1>. Viitattu 25.9.2017.
- Kokkonen, M. Parpala, N. Hartell, A. Herlevi, H. & Kyösti, M. 2014. Fast track eli nopean toipumisen toimintamalli kirurgiassa. Medi, Kuntayhtymä Kiurun tiedotuslehti.
- Konttinen, V. & Hamunen, K. 2014. Tavoitteena on tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/konttinen\\_hamunen\\_tavoitteena\\_tehokas\\_ja\\_turvallinen\\_yksilollinen\\_leikkauksen\\_jalkeisen\\_kivun\\_hoito.pdf](http://www.finnanest.fi/files/konttinen_hamunen_tavoitteena_tehokas_ja_turvallinen_yksilollinen_leikkauksen_jalkeisen_kivun_hoito.pdf). Viitattu 6.2.2018.
- Konttinen, V & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivunhoito. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo12492>. Viitattu 12.2.2018.
- Korpi, L. 2009. Kirurgisen potilaan ohjaus nopean toipumisen ohjelmassa (Fast Track) Esimerkkinä suolipotilaan prosessikaavio. Saatavissa: <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAAahUKEwi6->



Mu8tNHHAhXJICwKHTDbBbk&url=http%3A%2F%2Ftheseus.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F6987%2FKorpi\_Liisa.pdf%3Fsequence%3D1&ei=4UfjVfqDKMmpsgGwtpfICw&usg=AFQjCNE8JnABgLWsYYYBUoBb-r0jqbSLEg. Viitattu 30.7.2015.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>. Luettu 12.2.2018.

Lukkarila, M., Kinnunen, T. & Korte, R. Perioperatiivinen hoitotyö. 2009. Sanoma Pro Oy.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Saatavissa: [https://www.samk.fi/download/13153\\_Laadullisen\\_tutkimuksen\\_tyokirja\\_APitkaranta.pdf](https://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf). Viitattu 21.3.2016.

Scheinin, T. 2006. Fast track kirurgiaa laadusta tinkimättä. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/fast-track-kirurgiaa-laadusta-tinkimatta/>. Viitattu 8.2.2018.

Tiala, T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201312062023.pdf>. Viitattu 21.3.2016.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2009. Tammi



Jenna Rantala & Anna Hautalahti

Centria-ammattikorkeakoulu

## KYSELYLOMAKE

1. Kuinka kauan olette työskennelleet tällä kyseisellä osastolla?
2. Kuinka kauan olette työskennelleet nopean toipumisen periaatteiden parissa?
3. Oletteko saanut lisäkoulutusta nopean toipumisen periaatteiden osalta?
4. Millaisia kokemuksia teillä on ohjauksesta nopeaan toipumiseen liittyen?
5. Miten koet nopeaan toipumiseen liittyvän kivunhoidon toteutumisen osastollanne?
6. Miten mielestänne nopean toipumiseen liittyvä varhainen mobilisaatio toteutuu osastollanne?



Jenna Rantala & Anna Hautalahti

Centria-ammattikorkeakoulu

## HYVÄ VASTAAJA

Opiskelemme Centria-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkintoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia fast track –hoitomallista Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kirurgisilla osastoilla 7 ja 10. Tutkimuksen tavoitteena on saattaa esimiesten ja hoitajien tietoon sairaanhoitajien kokemukset fast track –hoitomallin toimivuudesta osastoilla. Lisäksi opinnäytetyössämme tulee esille fast track –hoitomallin mahdolliset kehittämishaasteet.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan. Tutkimukseen on saatu lupa. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään anonymiteettiä noudattaen ja ehdottoman luottamuksellisesti. Ketään vastaajista ei pystytä tunnistamaan vastauksista. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa. Viimeinen vastauspäivä on 2.10.2016.

Kysely löytyy alta.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii lehtori Timo Kinnunen Centria-ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö julkaistaan internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Jos teillä tulee kysyttävää voitte laittaa sähköpostia [anna.hautalahti@cou.fi](mailto:anna.hautalahti@cou.fi)

Ystävällisin terveisin

Anna Hautalahti & Jenna Rantala



KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS  
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Tutkimuslupapäätös

Hallintoylihoitaja

19.8.2016

10 S

ASIA Tutkimuslupa, Anna Hautalahti ja Jenna Akolahti. Sairaanhoitajien kokemuksia  
fast track -hoitomallista.

PAATÖS

Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ



Pirjo-Liisa Hautala-Jy

Hallintoylihoitaja