

Heli Anttila

POTILASOHJE -PROJEKTI

Potilasohjeet maha- ja ruokatorvisyöpäleikatuille potilaille

POTILASOHJE-PROJEKTI

Potilasohjeet maha- ja ruokatorvisyöpäleikatuille potilaille

Heli Anttila
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntija koulutusohjelma, Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tekijä: Heli Anttila

Opinnäytetyön nimi: Potilasohjeprojekti – Potilasohjeet maha- ja ruokatorvisyöpäleikatuille potilaille

Työn ohjaajat: Yliopettaja Eija Niemelä, Yliopettaja Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2011 Sivumäärä: 57 + 29 liitesivua

Potilasohjaus on yksi hoitamisen ydintehtävistä ja se kuuluu lain perusteella potilaan oikeuksiin. Hoitoaikojen lyhentyminen lisää potilasohjauksen kehittämisen tarvetta. Internetin käyttö on viime vuosina lisääntynyt tiedonhaussa ja sähköiset terveystalvet muodostavat tulevaisuudessa merkittävän osan terveystalvujen kokonaisuudesta. Tämän potilasohjeprojektin tarkoituksena oli tehdä näyttöön perustuvat potilasohjeet maha- ja ruokatorvisyöpäleikatuille potilaille Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiriin (PPSHP) Internet-sivuille laitettavaksi. Projektin toimeksiantaja oli PPSHP:n, Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) vuodeosasto 9. PPSHP:n strategiasuunnitelmassa vuosille 2010–2015 asiakkuudessa korostetaan väestön tarpeen ja tasavertaisuuden mukaista terveystalvujen järjestämistä ja tuottamista sekä hoidon korkeatasoisuutta. Hoidon saatavuutta ja tiedonvälitystä on tarkoitus parantaa ottamalla käyttöön potilaiden sähköistä asiointia ja etälääketiedettä tukevaa teknologiaa.

Tämän projektin tuotoksena olivat potilasohjeet ruokatorvi- sekä mahasyöpäpotilaille, jotka ovat olleet tai ovat tulossa leikkaukseen PPSHP:n, Oys:n vuodeosastolle yhdeksän. Projektini tulostavoitteena oli tuottaa Oys:n Internet-sivulle laadukkaat potilasohjeet ja laadullisena tavoitteena oli tuottaa potilasohjeet, joiden asiatieto perustuu ajantasaiseen tutkittuun tietoon. Potilasohjeiden laadutavoitteena oli tehdä niistä selkeät, ymmärrettävät ja laadukkaat. Projektin toiminnallisena tavoitteena oli, että osaston 9 potilasohjauksen laatu paranee entisestään. Oppimistavoitteena oli kehittyä uusimman, tutkitun tiedon hakemisessa sekä sen soveltamisessa potilasohjeisiin. Projekti toteutettiin hakemalla ensin tutkimustietoa maha- ja ruokatorvisyöpästä sekä hoitotyön kannalta niiden leikkauksiin liittyvistä osa-alueista. Seuraavaksi päivitettiin jo olemassa oleva leikattujen mahasyöpäpotilaiden ohje sekä tehtiin vastaavanlainen ohje leikatuille ruokatorvisyöpäpotilaille. Ohjeet arvioi osaston 9 hoitohenkilökunta. Palautteen perusteella ohjeita vielä muokattiin.

Potilasohjeita voidaan hyödyntää osastolla 9 potilasohjauksessa ja henkilökunnan perehdytyksessä. Potilaat voivat tutustua ohjeisiin jo ennen osastolle tuloa tai kotiutumisen jälkeen. Lisäksi Internetissä oleviin ohjeisiin voi tutustua kuka tahansa aiheesta kiinnostunut. Jatkossa potilasohjeita laaditaan kaikille Oys:n osastoilla hoidettaville potilasryhmille ja ne ovat luettavissa Internetissä.

Asiasanat: mahasyöpä, ruokatorvisyöpä, potilasohjaus, Internet

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Advanced Nursing Practice

Author: Heli Anttila

Title of thesis: Guidelines for Patients Having Undergone Operation for Stomach or Esophageal Cancer

Supervisors: Principal Lecturer Eija Niemelä, Principal Lecturer Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2011

Number of pages: 57 + 29 appendix pages

Patient education is one of the core tasks of nursing and by the law it belongs to the patient's rights. The time patients spend in hospital after surgery has decreased. Therefore there is a need to improve aftercare guidance which patients need to be able to recover from the operation as well as possible. In the last few years the use of the Internet has increased information retrieval. In the future, health services will be more and more in electronic form.

The aim of this master's thesis was to produce guidelines for the patients who had undergone surgery for esophageal or gastric cancer. The aim of this project was to get these guidelines onto the Internet where all the patients and nurses can find them easily.

The purpose of this thesis was to produce guidelines that have high quality and are evidence-based. The quality target of this thesis was to make clear, understandable and high-quality guidelines. The practical aim of this project was to improve the quality of guidance. My learning objective was to make progress in seeking the latest research information and applying that to guidelines.

First I searched research information about gastric cancer, esophagus cancer and facts related to the surgery of these illnesses. Then I updated the guidelines that existed for patients after gastric cancer surgery. After that I made guidelines for the patients who had undergone surgery for esophagus cancer. I gathered up feedback from nurses and patients. Then I made changes on the basis of the feedback.

The guidelines can be used in hospitals for patients' guidance but also in nursing orientation programmes. Patients can read the guidelines before they arrive at the surgery and after they go home from the hospital. Furthermore, the guidelines can be read by anyone who is interested in the matter since they are on the Internet. In the future there will be a need for guidelines for other patient groups on the Internet as well.

Keywords: gastric cancer, esophagus cancer, guidance, Internet

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | PROJEKTIN TEOREETTINEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET | 9 |
| 2.1 | Potilasohjaus | 9 |
| 2.1.1 | Sähköinen potilasohjaus | 10 |
| 2.1.2 | Kirjallinen potilasohje | 11 |
| 2.2 | Mahasyöpä..... | 14 |
| 2.2.1 | Mahasyövän ilmaantuvuus ja syyt..... | 14 |
| 2.2.2 | Mahasyövän diagnosointi ja hoito | 15 |
| 2.3 | Ruokatorvisyöpä | 17 |
| 2.3.1 | Ruokatorvisyövän ilmaantuvuus ja syyt | 17 |
| 2.3.2 | Ruokatorvisyövän diagnosointi ja hoito..... | 18 |
| 2.4 | Maha- ja ruokatorvisyöpäpotilaiden ravitseminen leikkauksen jälkeen..... | 20 |
| 2.5 | Potilaan kivun hoito leikkauksen jälkeen | 23 |
| 2.6 | Kirurgisen haavan hoito | 24 |
| 2.7 | Potilaan liikkuminen vatsan alueen leikkauksen jälkeen | 26 |
| 2.8 | Syöpäpotilaan tukipalvelut..... | 27 |
| 3 | POTILASOHJE - PROJEKTIN TOTEUTUS..... | 28 |
| 3.1 | Projektityön hyödyt..... | 29 |
| 3.2 | Potilasohje-projektin organisaatio | 30 |
| 3.3 | Potilasohje - projektin rajaus ja tavoitteet..... | 32 |
| 3.4 | Potilasohje-projektin toteutus eli potilasohjeiden laatiminen..... | 34 |
| 3.5 | Potilasohjeprojektin aikataulu | 38 |
| 3.6 | Potilasohjeprojektin budjetti | 39 |
| 4 | POTILASOHJEPROJEKTIN ARVIOINTI | 40 |
| 4.1 | Potilasohjeiden laadun arviointi..... | 40 |
| 4.2 | Potilasohjeprojektin jatkokehitykselle | 46 |
| 5 | POHDINTA | 47 |
| | LÄHTEET | 51 |
| | LIITTEET | 58 |

1 JOHDANTO

Hoitotieteen tavoitteena on lisätä tietoa terveydestä, hoitamisesta ja kärsimyksestä sekä auttaa ymmärtämään ihmisten erilaisuutta. Hoitotyön ja hoitamisen tulee perustua näyttöön, joten niiden perustana pyritään käyttämään tieteellisesti tutkittua tietoa ja sellaisia hoitotyön auttamismenetelmiä, joista on saatu positiivisia tuloksia. Päätöksenteossa, joka koskee hoidettavan, hoidettavan ryhmän ja väestön terveyttä ja hoitoa, tulee käyttää parasta, ajan tasalla olevaa tutkittua tietoa tai asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tietoa. (Eriksson & Isola & Kyngäs & Leino- Kilpi & Lindström & Paavilainen & Pietilä & Salanterä & Vehviläinen- Julkunen & Åstedt- Kurki 2007, 32.) Näyttöön perustuva hoitotyötä koskeva tieto on lisääntynyt viime vuosina. Näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin siirtymistä suositellaan sekä terveydenhuollon ammattilaisten puolelta että terveydenhuollon hallinnon puolelta. Terveydenhuollon eri organisaatioita ja toimijoita voidaan käyttää suuresti hyödyksi, jos halutaan tehostaa tutkimustiedon ja näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöä. (Schoonover 2009, 210.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla, Kaste-ohjelmalla ohjataan ja tuetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä vuosina 2008–2011 hallitusohjelman sosiaali- ja terveystieteiden linjauksen mukaisesti. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 -hanke (VeTe-hanke) on valtakunnallinen kahdeksan sairaanhoitopiiriin yhteinen terveydenhuollon vetovoimaisuutta ja terveyttä edistävä hankekokonaisuus, jonka tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kansallisen kehittämisohjelman tavoitteiden suunnassa. Hankkeessa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöjä näyttöön perustuen, tutkimustietoa hyödyntäen, käytäntöjä tulostutkimuksella arvioiden ja tulosten perusteella kehittämien pysyviksi toiminnoiksi. Hanke koostuu neljästä osakokonaisuudesta, joista yksi on Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen -hanke (VeTePO). (KASTE, Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto, hakupäivä 10.5.2010.)

Yksi hoitamisen ydintehtävistä on potilasohjaus, joka lain perusteella kuuluu potilaan oikeuksiin ja sen toteuttaminen hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen. Hoitoaikojen lyhentymisen lisäksi tarvetta potilasohjauksen kehittämiseen. Potilasohjaus vaatii henkilökunnalta taitoja toteuttaa potilasohjausta monipuolisilla ohjausmenetelmin. Huono tai laiminlyöty potilasohjaus voi tuhota hyvänkin primaarisen hoitotuloksen. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO) hankkeen tarkoituksena on potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen siten, että poti-

las kykenee hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. (Lipponen 2009, 1.)

Viime vuosina Internetin käyttö on lisääntynyt tiedonhaussa ja tiedon jakamisessa, kun niissä aiemmin käytettiin ensisijaisesti kirjoja, esitteitä, opetusaineistoja ym. paperimateriaaleja (Wantland & Portillo & Holzemer & Slaughter & McGhee 2004, hakupäivä 12.2.2010). 82 prosenttia 16–74 vuotiaista suomalaisista ilmoitti keväällä 2009 käyttäneensä Internetiä edellisten kolmen kuukauden aikana. Keväällä 2009 peräti 82 prosenttia Internetin käyttäjistä ilmoitti käyttävänsä sitä päivittäin tai lähes päivittäin. (Tilastokeskus, Internetin käytön yleistymisen pysähtyi, hakupäivä 4.5.2010.) Sähköiset terveyspalvelut muodostavat tulevaisuudessa merkittävän osan terveyspalvelujen kokonaisuudesta sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (Castrén 2008, 84–85).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Oulun seudun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa. Kliinisten asiantuntijoiden toiminta tähtää potilaan hoidon laadun parantamiseen ja henkilökunnan ammattitaidon kehittämiseen näyttöön perustuen. Kliinisen asiantuntijan työ on kehittää kliinistä toimintaa, koulutusta, tutkimusta ja moniammatillista yhteistyötä. (Arminen, Kallakorpi, Kotila, Martin, Nurminen, Rauta, Ritmala-Castrén & Savolainen, 2008.)

Terveyspalveluja tarvitsevat ihmiset osallistuvat lähivuosina entistä enemmän hoitonsa toteutukseen. Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiriin (PPSHP) strategiasuunnitelmassa vuosille 2010–2015 asiakkuudessa korostetaan väestön tarpeen ja tasavertaisuuden mukaista terveyspalvelujen järjestämistä ja tuottamista sekä hoidon korkeatasoisuutta. Toiminta suunnitellaan niin, että potilaat voivat itse osallistua voimavarojensa mukaan hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Hoidon saatavuutta ja siihen liittyvää tiedonvälitystä on tarkoitus parantaa ottamalla käyttöön potilaiden sähköistä asiointia ja etälääketiedettä tukevaa teknologiaa. Strategiassa painotetaan potilasta osallistavia ja potilaan omatoimisuutta tukevia ratkaisuja, nykyaikaiseen teknologiaan perustuvaa käytettävyyttä sekä moniammatillisuuden ja tiedon kertakirjauksen periaatteita. Samalla kansalaisen mahdollisuutta hoitaa sähköisesti omaan terveyteensä ja hoitoonsa liittyviä asioita vahvistetaan. (Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri, Strategia vuosille 2010–2015, hakupäivä 15.7.2011.)

Tässä projektina toteutetussa opinnäytetyössä tuotettiin potilasohjeet niille ruokatorvisyöpä- ja mahasyöpäpotilaille, jotka ovat joko tulleet tai tulevat syöpään liittyvään leikkaukseen ja siten myös hoidettavaksi PPSHP:n, Oulun yliopistollisen sairaalan (Oys) vuodeosastolle yhdeksän. Ohjeet tehtiin laitettavaksi PPSHP:n Internet-sivuille, mistä jokaisella potilaalla on mahdollisuus lukea ne. Oys on vastikään uudistanut Internet – sivustoaan, mutta sieltä ei löydy juurikaan sairauskohtaisia potilasohjeita. Projektin aihe on erittäin ajankohtainen ja sai alkunsa hoitotyön käytännössä havaitusta tarpeesta. Tässä projektissa tuotettujen potilasohjeiden avulla vastattiin potilaiden omaa sairauttaan koskevaan tiedon tarpeeseen ja kehitettiin osaltaan maha- ja ruokatorvisyöpäpotilaiden Internetissä tapahtuvaa ohjausta. Potilasohjeet tehtiin hyödyntäen ajantasaista tutkimustietoa. Tässä projektissa tuotetut potilasohjeet vahvistivat osaltaan näyttöön perustuvaa potilasohjausta. Projektin oli PPSHP:n strategian mukainen.

2 PROJEKTIN TEOREETTINEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

Projektin teoreettinen tausta ja keskeiset käsitteet luvussa käsittelen potilasohjauksen teoriaa, sähköistä potilasohjausta ja kirjallisia potilasohjeita. Luvussa kuvaan myös potilasohjeissa käsiteltävien asioiden taustalla olevaa lääketieteellistä tietoa tutkitun tiedon avulla.

2.1 Potilasohjaus

Potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet ja he osaavat myös vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa, joten potilasohjauksen kysymykset ovat muuttuneet tärkeiksi. Väestön koulutustaso on noussut ja informaatiotekniikka lisääntynyt, joten potilaat etsivät tietoa ja osaavat käyttää sitä hyväksi entistä paremmin. Tämä vahvistaa potilaiden asemaa oman hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. Potilasohjaus pyrkii edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa potilas on aktiivinen ongelman ratkaisija. Hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa ja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 12, 25.)

Nykyään potilaat haluavat tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidoista. Potilailta myös odotetaan entistä parempia itsehoitovaihtoehtoja. Hoitoajat ovat lyhentyneet muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi. Suulliseen, henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän aikaa. Henkilökunnan kiireen vuoksi potilaan henkilökohtainen ohjaus jää toisinaan niukaksi ja sitä täydennetään kirjallisilla ohjeilla. Kaikista edellä mainituista syistä johtuen ymmärrettävä ja potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjalliset ohjeet ovat tarpeen suullisen ohjauksen tukena myös silloin, kun aikaa on riittävästi henkilökohtaiseen ohjaukseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.)

Vähäinen tiedonsaanti on ollut yksi tyytymättömyyden kesto- ja potilastyytyväisyystutkimuksissa. Tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon ja itsensä hoitoon. Potilaan ja omaisen saama ohjaus ja opetus vähentävät sairauteen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Neuvonnan tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja tukea selviytymään sairauden kanssa. Parhaimmillaan onnistunut potilasohjaus voi lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja tarvetta. (Torkkola ym. 2002, 8, 24.)

2.1.1 Sähköinen potilasohjaus

Käsite sähköiset terveyspalvelut tarkoittaa kaikkia informaatio- ja viestintäteknologian sovelluksia, joilla on vaikutusta terveydenhuollon toimijoihin ja potilaisiin. Tämä määritelmä on suomennos Euroopan yhteisön eHealth-termin määritelmästä vuodelta 2007. (Castrén 2008, 9, hakupäivä 18.2.2010.) Sähköiselle potilasohjaukselle ei sen sijaan ole olemassa vielä virallista termiä, vaan se sisältyy laajemmin muihin sähköisiin terveyspalveluihin ja Internetissä olevaan potilasohjaukseen.

Internetin käyttäjät etsivät tietoa myös terveydestä ja terveydenhuoltopalveluista. 80 % amerikkalaisista (noin 93 miljoonaa ihmistä) on etsinyt tietoa ainakin yhdestä kuudestatoista tärkeästä terveyteen liittyvästä aiheesta Internetistä. Terveystiedon ja erilaisten potilasohjeiden lisäksi sähköinen tietojärjestelmä on avuksi esimerkiksi tutkimuksia tehdessä. Esimerkiksi tutkittaessa riskialtista seksuaalikäyttäytymistä, on saatu enemmän osallistujia, kun tutkimukseen on pystynyt osallistumaan nimettömänä Web-pohjaisella tiedonkeruumenetelmällä. (Wantland ym. 2004, hakupäivä 12.2.2010.)

Suurin osa terveydenhuollon organisaatioiden verkkopalvelujen Internet-palveluista on tiedottamista ja suurinta osaa verkkopalveluista käytetään anonymisti. Internet-palveluissa tiedottaminen on pääasiassa terveydenhuollon organisaatioiden omaa virallista tiedonvälitystä. Pääosin Internet-palveluissa tiedottaminen koetaan luotettavaksi, monipuoliseksi ja ajantasaiseksi. Tiedottaminen on suurimmaksi osaksi yhdellä kielellä toteutettu, hakupalveluilla saatavissa olevaa ja linkitetty tarpeellisille verkkopalveluihin liittyville www-sivuille. (Leskinen 2008, 59, hakupäivä 17.2.2010.)

Internet-palvelut täydentävät ja uudistavat organisaatioiden toimintaa, mutta eivät korvaa sitä. Internet-palvelujen tarpeet liittyvät pääasiassa organisaatioiden toiminnan kehittämiseen, palveluiden parantamiseen, toiminnan tehostamiseen, tietoyhteiskunnan muutokseen sekä potilaiden tarpeista syntyviin organisaatioiden toimintaa ohjaaviin tekijöihin. (Leskinen 2008, 67, hakupäivä 17.2.2010.) Sairaanhoidopiirit voivat esimerkiksi tehostaa toimintoja tiedottamalla henkilökuntaa Internetin välityksellä tai parantaa palveluita laittamalla Internetiin tietoa ja ohjeita potilaille. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin www-sivuilla on yleisiä ohjeita potilaille ja läheisille. Sairauskohtaisia potilasohjeita on vain yhteispäivystyksen kohdalla ja ne käsittelevät aivotärähdyksen hoitoa, ommellun haavan jatkohoitoa, laryngiitin eli äkillisen kurkunpään tulehduksen hoitoa, kip-

satun käden tai jalan hoitoa sekä tavallisia lasten oireita. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, hakupäivä 28.8.2011.) Sairauskohtaisia potilasohjeita kannattaa lisätä kaikkien erikoisalojen kohdalle.

Internetin suuresta tietomäärästä on asiaan perehtymättömän vaikea löytää tiedontarpeeseen liittyvää, olennaista ja luotettavaa tietoa. Myös lääketieteellisen sanaston ymmärtäminen vaatii perehtymistä asiaan. Tiedon etsiminen saattaa myös viedä huomattavasti aikaa, varsinkin jos saatavilla on ristiriitaista tietoa. Sekä potilaiden että henkilökunnan mielestä terveysneuvontapalvelut ovat hyödyllisiä. Silloin tiedon suodattajana toimii ammattilainen, tieto koetaan luotettavaksi, tieto on ajantasaista sekä tieto on helposti saatavilla. Suurin osa potilaista kokee neuvontapalvelut hyödylliseksi. (Jylhä 2007, 55, hakupäivä 12.2.2010.) Vaikka Internetin oletetaan olevan ensimmäinen vaihtoehto terveystiedon haussa, eivät kaikki ihmiset suinkaan käytä Internetiä. Potilaat pitävät edelleen tärkeimpänä terveystiedon lähteenä terveysalan ammattilaisia. (Tolbert & Johns 2009, 23.)

Tekstin lukutilanne vaikuttaa ohjeen tulkintaan. Sairaalassa ohjetta luetaan eri tavalla kuin kodin rauhassa. Tekstiin ei jaksata kipeänä ja väsyneenä paneutua samalla tavalla kuin terveenä. Hoito-ohjeet, jotka vielä sairaalassa tuntuvat selviltä, saattavatkin kotona herättää monenlaisia kysymyksiä ja ihmetystä. Näihin jälkeempään syntyneisiin kysymyksiin vastausten saaminen olisikin ihanteellista. (Torkkola ym. 2002, 18–19.) Kun ohje on Internetissä, potilas pääsee lukemaan sitä silloin, kun se hänelle sopii parhaiten ja hän on silloin enemmän vastaanottavainen tiedoille. Hän voi käydä ohjetta läpi jo ennakoon ja on paremmin valmistautunut tapahtuviin asioihin. Lukiesseen potilasohjetta Internetistä, lukemiseen tai asian ymmärtämiseen ei vaikuta myöskään kukaan ulkopuolinen. Potilas ei ole tällöin riippuvainen hoitajan kyvystä kuunnella tai havainnoida ja huomioida hänen tarpeitaan.

2.1.2 Kirjallinen potilasohje

On tärkeää, että potilaille, jotka läpikäyvät joko mahalaukun tai ruokatorven syövän leikkauksen, annetaan kirjalliset potilasohjeet ruokavalioista sekä oireista, joita saattaa ilmetä näiden suurten leikkausten jälkeen. Potilaat arvostavat tällaista ohjetta ja pitävät sitä tärkeänä sekä rauhoittavana. (Nicklin, Kirby & Blazeby 2009, 40.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan kenelle se on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Käsiteltävää asiaa voidaan selkiyttää konkreettisilla esimerkeillä ja kuvauksilla. Jos ohjeessa kuvataan konkreettisesti, miten potilaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi, ohjeen ymmärtäminen helpottuu. On myös tärkeää kuvata, miten hoidon onnistumista voidaan seurata, mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa ja mistä löytää lisätietoa. Jotta potilasohjeessa ei ole liikaa tietoa, opetettavan asian sisältö kannattaa selittää vain pääkohdittain. Ohjausmateriaalit voivat olla sisällöltään hyvin erilaisia potilaan terveydentilan mukaan. Kirjallisessa ohjeessa tulee huomioida potilas kokonaisuutena. Ohje, jossa käsitellään pelkästään potilaan fyysistä vaivaa ja sen hoitoa, ei ole riittävä. Ohjeessa tulee lisäksi huomioida, miten sairaus, tutkimus tai hoito vaikuttaa potilaan mielialaan tai sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Kirjallisessa ohjausmateriaalissa tulee olla kuvausta erilaisista tiedon ulottuvuuksista, jotta sen sisältö olisi mahdollisimman kattava. Potilaan kokemusta siitä, että hän hallitsee terveyttään ja siihen liittyviä ongelmia voidaan tukea näiden eri ulottuvuuksien mukaan. Näitä ulottuvuuksia ovat:

- biofysiologinen kuten oireet ja tunteet
- toiminnallinen kuten päivittäiset toiminnot
- sosiaalis-yhteisöllinen esimerkiksi läheisten mahdollisuus osallistua hoitoon liittyviin tilanteisiin
- kokemuksellinen esimerkiksi tunteet ja kokemukset
- eettinen esimerkiksi salassapito
- ekonominen kuten tuet ja kustannukset.

(Kyngäs ym. 2007, 126.) Potilasohjeessa on tärkeää, että se on kirjoitettu juuri potilaalle tai hänen omaiselleen, eikä esimerkiksi toiselle hoitajalle, lääkärille tai fysioterapeutille. Potilas haluaa tietää, kuinka toimia, jotta hänen oireensa lievittyisivät, eivätkä ainakaan pahenisi. (Hyvärinen 2005, hakupäivä 18.7.2011.)

Ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa on selkeästi luettava kirjasintyyppi. Tällaisia ovat esimerkiksi Arial tai Times New Roman. Tärkeää on myös riittävä kirjasinkoko, vähintään 12 sekä selkeä tekstin jaottelu ja asettelu. Sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvin, kuvioin, kaavioin ja taulukoin. Niiden on kuitenkin oltava objektiivisia, tarkkoja, mielenkiintoa herättäviä ja ymmärrettäviä. Tärkeitä asioita voidaan painottaa tekstissä alleviivauksilla tai muilla korostuskeinoilla, ja ohjeen värikykyyn ja kokoon kannattaa kiinnittää huomiota. Rakenteellisesti tekstikappaleissa esitetään vain yksi asia kappaletta kohden ja pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen. Po-

tilaan pitää saada yhdellä silmäyksellä käsitys, mitä teksti sisältää. Ohjeessa käytetyn kielen tulee olla selkeää ja termien ja sanojen yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. Sanojen ja virkkeiden on oltava melko lyhyitä. Jos käytetään lääketieteellisiä termejä, niiden sisältö pitää määritellä. Ohjeessa kannattaa käyttää aktiivimuotoa passiivimuodon sijaan. Jos ohjausmateriaalin sisältö on vaikeaselkoista, edes helpot ja lyhyet sanat eivät välttämättä paranna sen ymmärrettävyyttä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 68, hakupäivä 17.7.2011; Kyngäs ym 2007, 127.)

Potilasohjeissa on olennaista se, mitä sanotaan, mutta myös se, miten sanotaan. Ohjeiden ymmärrettävyys selviää todella vasta potilaiden käyttäessä niitä ja antaessa niistä palautetta. Potilasohjeiden käytöstä ja niiden vaikuttavuudesta voidaan myös tehdä tutkimuksia. Potilasohjeiden ymmärrettävyyttä voi testata ennen käyttöönottoa esimerkiksi sukulaisilla tai ystävillä, joille asiat eivät ole tuttuja ja jotka eivät ole hoitoalan ammattilaisia. Potilasohjeiden ensisijainen tarkoitus on vastata potilaan kysymyksiin. Vasta toisena tulevat osaston valmistautumisohjeet ja muut neuvot. Sairaalaan tai muuhun organisaatioon liittyvät muut neuvot, jotka potilaan kannalta ovat vähäpätöisiä, voidaan jopa jättää kokonaan pois. (Torkkola ym. 2002, 11, 14–16.) Ohjeet pitää muistaa aina perustella. Potilas mieluummin toimii ohjeen mukaan, jos siinä on perusteltu, mitä hyvää siitä seuraa. Perusteluja kannattaa käyttää pitkissä ohjeissa enemmän, sillä alun kannustus unohtuu ja eri ohjeet tarvitsevat omat perustelunsa. (Hyvärinen 2005, hakupäivä 18.7.2011.) Omissa potilasohjeissani pyrin juuri siihen, että kaikki ohjeet on perusteltu.

Kirjallinen ohje suullisen ohjeen tukena on usein välttämätön, jotta potilas voi palauttaa mieleen saamansa ohjauksen ja kerrata asioita. Suullinen ohjaus ei saa olla ristiriidassa kirjallisen ohjeen kanssa. Eri asiantuntijoiden ohjauksen tulee olla samansuuntaista ja toisiaan täydentävää. Kirjallisten ohjeiden etuna on myös se, että omaisetkin saavat tietoa kotihoidosta. (Torkkola ym. 2002, 29.) Tekemäni potilasohjeet toimivat suullisen ohjauksen tukimateriaalina hoitajille ja opiskelijoille. Samalla ne yhdenmukaistavat osaston ohjauskäytäntöä, eikä eri hoitajien antamat ohjeet ole ristiriidassa keskenään.

Ohjeiden kirjoittamiseen on kaksi lähtökohtaa: organisaation tarpeet ohjata potilasta toimimaan oikein sekä potilaan tarpeet saada olennaista tietoa. Hyvä ohje sisältää muun muassa seuraavia asioita tai ominaisuuksia: se puhuttelee potilasta, eikä ole passiivissa kirjoitettu, menettelyohjeet on perusteltu ja selitetty, tärkein asia on kerrottu ensin, ohjeessa on pääotsikoita ja väliotsikoita, sillä ne jakavat tekstin sopiviin lukupaloihin. Potilasohjeessa on hyvin valittuja, tekstiä täydentäviä ja selittäviä kuvia sekä piirroksia, mutta ei kuvituskuvia tyhjän tilan täyteenä, sillä ne ovat turhia.

Ohje on kirjoitettu havainnollisella yleiskielellä, siinä on looginen esitysjärjestys (esim. tapahtumajärjestys) ja selkeä kappalejako, siinä on yhteystiedot lisäkysymysten varalta sekä linkkejä lisätietojen hakemista varten. Ohjeen päivitys- ja tekijätiedot ovat näkyvissä, ohje on kirjoitettu hyvällä ja ymmärrettävällä suomenkielellä sekä vierasperäiset ammattisanat on suomennettu tai selitetty. (Torkkola ym. 2002, 35–46, 51; Hyvärinen 2005, hakupäivä 18.7.2011.)

Potilasohjeet ovat hallittavissa ja päivitettävissä helpommin, jos ne ovat sähköisessä muodossa. Kuitenkin ohjeesta on hyvä olla paperinen versio, jotta siitä voidaan tarvittaessa ottaa kopio potilaalle, jos tietojärjestelmä ei toimi. Tietoverkot ovat tehokas julkaisukanava potilasohjeille. Uusin versio on siellä kaikkien heti saatavilla ja niitä voidaan käyttää työyksikkökohtaisesti, intranetissä, ekstranetissä ja Internetissä. (Torkkola ym. 2002, 60–61.) Vaikka potilasohje on sähköisessä muodossa, on se kuitenkin kirjallinen potilasohje. Siihen pätevät siis kirjallisten potilasohjeiden kriteerit ja arviointiperusteet. Tekemäni potilasohjeet tein kirjallisten potilasohjeiden kriteerien mukaisesti. Ne ovat sähköisessä muodossa ja niistä on osastolla 9 paperiversio. Tekemäni potilasohjeet ovat liitteenä 2 ja 3.

2.2 Mahasyöpä

Kuvaan mahasyöpää käsittelevissä luvuissa sen taustaa, syövän ilmaantuvuutta, diagnosointia ja hoitoa. Itse potilasohjeeseen laitoin asiat selkeämmin, tiivistetyksi ja sellaisella kielellä, että maallikkokin ne helposti ymmärtää.

2.2.1 Mahasyövän ilmaantuvuus ja syyt

Mahalaukulla on kolme erilaista tehtävää. Tehtävät ovat ruoan varastointi, ruoan mekaaninen hienontaminen ja annostelu pohjukaissuoleen eli motoriikka sekä ruoan sulattamisen aloittaminen. (Kiviluoto & Kivilaakso 2010, 393.) Mahalaukun adenokarsinooman ilmaantuvuus on länsimaissa vähentynyt voimakkaasti viime vuosikymmenten aikana, mutta siitä huolimatta se on maailmanlaajuisesti toiseksi yleisin ja Euroopan unionin alueella viidenneksi yleisin syöpäkuolleisuuden aiheuttaja. (Halttunen, Kiviluoto, Kokkola, Puolakkainen & Siren 2005, 2583.) Vuonna 2009 siihen sairastui Suomessa 389 miestä ja 281 naista (Suomen syöpärekisteri, hakupäivä 22.5.2011) ja tauti on miesten viidenneksi ja naisten kuudenneksi yleisin syöpäkuolleisuuden aiheuttaja maassamme. Mahasyövän ennuste on viime vuosikymmenten aikana parantunut, mutta viisivuotisennuste on edelleen huono, alle 30 % (Kokkola, Ristamäki, Ristimäki & Salminen 2010,

2363). EU-maissa mahasyöpä on neljänneksi yleisin kaikista syöpäkuolemista (Kiviluoto & Kivilaakso 2010, 408).

Mahasyövän ilmaantuvuuden huippu on ikävuosien 50–70 välillä. Miehillä tautia esiintyy enemmän kuin naisilla ja alemmassa sosiaaliluokassa enemmän kuin ylemmässä. Teollisuusmaissa on huomattu mahasyövän sijainnin olevan siirtymässä mahan distaaliosista (kaukana keskustasta sijaitseva) proksimaalisemmaksi (lähellä keskustaa sijaitseva). Joissakin suvuissa on keskimääräistä suurempi riski sairastua mahasyöpään. Mahasyövän periytyvyyden syistä suurin osa on kuitenkin vielä selvittämättä. (Kiviluoto & Kivilaakso 2010, 408–409.)

Ympäristötekijöillä on keskeinen rooli mahasyövän synnyssä (Kiviluoto & Kivilaakso 2010, 408). Mahasyöpää esiintyy enemmän kehittyvissä kuin kehittyneissä maissa. Ruokavaliolla näyttää olevan suuri merkitys mahasyövän syntyyn. Mahasyövältä suojaavat mm. tuoreet hedelmät ja vihannekset. Riskiä puolestaan lisäävät esimerkiksi suolan, savustetun lihan ja kalan sekä proteiinipitoisen ruoan runsas käyttö. Helikobakteerin aiheuttaman tulehduksen katsotaan olevan yleisin yksittäinen tekijä mahasyövän synnyssä. Muita epäiltyjä mahasyövän aiheuttajia ovat alkoholi, tupakointi, juomaveden kohonnut sinkki- ja lyijypitoisuus sekä asbestoosi ja talkki. Tärkeä syy mahasyövän ilmaantuvuuden pienenemiseen on helikobakteerin aiheuttamien tulehdusten määrän väheneminen. Helikobakteeri aiheuttaa mahalaukun limakalvon tulehduksen, joka johtaa osalla potilaista pitkittyneeseen limakalvotulehdukseen, atrofiseen gastriittiin. Atrofinen limakalvo on tervettä kudosta alttiimpi syöpään johtaville muutoksille. Miksi atrofia syntyy vain osalle infektioituneista potilaista, on edelleen epäselvää, mutta sekä helikobakteerikanta että tulehduksesta kärsivän potilaan perimä vaikuttavat riskiin. (Kiviluoto & Kivilaakso 2010, 409; Kokkola ym. 2010, 2363.)

2.2.2 Mahasyövän diagnosointi ja hoito

Mahasyövän aiheuttamat oireet ovat epämääräisiä ja epäspesifisiä eli mahasyöväälle ei ole tiettyjä ominaisia oireita. Ruokailu saattaa jossain määrin aiheuttaa tai lisätä ylävatsan oireilua. Ylävatsakivut, varhainen täyttymisen tunne, painon putoaminen, pahoinvointi ja (veri)öksentelu ovat mahasyövän myöhäisvaiheen oireita. Kipu saattaa vaikuttaa rasisrintakivun tyyppiseltä. Varhaisessa vaiheessa löydetyn syövän oireena saattaa olla pelkästään lievä ja ohimenevä närästysvaiva. Yli neljäkymmentävuotiaalla potilaalla haposalpaajaan reagoimattomat ylävatsavaivat tulisi johtaa mahalaukun tähytykseen. (Kiviluoto & Kivilaakso 2010, 412.)

Mahasyövän diagnosointi perustuu nykyisin lähes yksinomaan tähystystutkimuksiin ja kudostutkimuksiin (Halttunen ym. 2005, 2583). Kudosnäytteiden huolellinen makroskooppinen ja mikroskooppinen tutkiminen ovat luotettavan levinneisyysluokituksen ennusteen määrittämisen perusta. Mikäli laparoskopiassa todetaan, että tauti on levinnyt, vältetään turha avoleikkaus ja siihen liittyvä sairastavuus. Muut kuin kirurgiset syöpähoidot päästään aloittamaan nopeammin. Jos diagnoosin perusteella päädytään avoleikkaukseen, siinä poistetaan yhdessä kasvaimen kanssa myös imukudos. Imusolmukkeita pyritään löytämään vähintään 16. Kaikista diagnosoiduista mahasyöpäpotilaista pystytään parantavasti leikkaamaan vain 30–50%. Leikkausta edeltävät tarkat levinneisyystutkimukset ovat olennainen osa hoidon suunnittelua ja toteutusta. Kuvantamistutkimuksina käytetään tietokonetomografiaa (TT) tai positroniemissiotomografiaa (PET-TT). (Kokkola ym. 2010, 2365.)

Tärkein ennusteeseen vaikuttava tekijä on taudin levinneisyys diagnoosin tekemisen aikaan (Kokkola ym. 2010, 2363), ja mahasyövän ainoa parantava hoito on kasvainkudoksen täydellinen poistaminen joko kirurgisesti tai endoskooppisesti (Halttunen ym. 2005, 2583; Kokkola ym. 2010, 2363). Mahasyöpäpotilaan ennustetta on pyritty parantamaan ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen tai molempina ajankohtina annettavalla solunsalpaajahoidolla. Ennen leikkausta annetun solunsalpaajahoidon tarkoituksena on pienentää kasvainmassaa, lisätä radikaalien leikkausten määrää ja parantaa ennustetta. (Kokkola ym. 2010, 2366.)

Ilman syöpähoitoja levinnyttä mahasyöpää sairastavan kokonaiselinaika on keskimäärin vain 3-6 kuukautta. Potilaan elinaika pitenee keskimäärin kuusi kuukautta solunsalpaajahoidolla. Levinnyttä mahasyöpää sairastavien ennusteeseen on pyritty saamaan parannusta uusilla biologisilla hoidoilla. Biologiset lääkkeet ovat lääkevalmisteita, jotka tuotetaan elävissä soluissa useimmiten geenitekniikan avulla. Ensimmäinen täsmälääke mahasyövän hoitoon on löydetty ja myös muita biologisia hoitoja tutkitaan aktiivisesti. (Kokkola ym. 2010, 2368–69.)

Potilaan mahalaukun poistoon liittyy sivuvaikutuksia. Näitä ovat esimerkiksi laihtuminen, ruokahalun väheneminen, dumping-oireet ja ripuli sekä erilaiset aineenvaihdunnalliset ja ravitsemukselliset muutokset. Monet potilaat laihtuvat mahalaukun poiston jälkeen yli 10 prosenttia ennen leikkausta punnitusta painostaan. Potilaiden B12-vitamiinikorvaushoidosta pitää huolehtia mahalaukun täydellisen poiston jälkeen. Potilaille voi kehittyä myös raudanpuuteanemia tai osteoporoosi. (Halttunen ym. 2005, 2587.) Ravitsemus – osiossa kerron tarkemmin näistä oireista.

2.3 Ruokatorvisyöpä

Kerron ruokatorvisyöpää käsittelevissä kappaleissa syövän taustoista, ilmaantuvuutta, diagnosointia ja hoitoa. Itse potilasohjeeseen laitoin asiat selkeämmin, tiivistetysti ja sellaisella kielellä, että maallikkokin ne helposti ymmärtää.

2.3.1 Ruokatorvisyövän ilmaantuvuus ja syyt

Ruokatorven tärkein tehtävä on kuljettaa ruoka ja juoma suusta mahalaukuun. Toisena tehtävänä on estää mahanesteen takaisinvirtaus, mutta samalla sallia riittävä röyhtäily paineen tasaamiseksi. Ruokatorvisyöpä on maailmanlaajuisesti kymmenen yleisimmän syöpätyypin ja syöpäkuoleman syyn joukossa. Suomessa ruokatorvisyöpä on vasta 15. yleisin syöpä miehillä ja naisilla se ei ole edes 20 yleisimmän syöpätyypin joukossa. Suomessa todetaan tällä hetkellä noin 200 ruokatorvisyöpää vuodessa. (Luostarinen 2010, 366, 382.) Suomen syöpärekisterin (hakupäivä 22.5.2011) mukaan vuonna 2009 ruokatorvisyöpään sairastui Suomessa 194 miestä ja 86 naista. Ruokatorvisyövän diagnoosihetkellä potilaiden keski-ikä on noin 70 vuotta. Se on siis iäkkäiden ihmisten tauti ja tavallisempi miehillä kuin naisilla. (Verschuur, Steyerberg, Kuipers, Essink-bot, Tran, Van Der Gaast, Tilanus & Sersema 2006, 326; Luostarinen 2010, 382.)

Ruokatorvessa esiintyy monia solutyypiltään erilaisia pahanlaatuisia kasvaimia. Tavallisimmat ovat levyepiteeli- ja adenokarsinooma. Levyepiteelikarsinooman yleisyys vaihtelee maailmassa suuresti. Suuressa osassa länsimaita, myös Suomessa, ruokatorven levyepiteelikarsinooma on harvinainen. Sen suurimmat riskitekijät ovat tupakka ja alkoholi. Voimakkaan alueellisen vaihtelun kaikkia syitä ei tunneta, mutta korkean riskin alueilla on ilmeisesti muitakin ympäristöön ja ravitsemukseen liittyviä tekijöitä. Näitä karsinogeenisiksi epäiltyjä tekijöitä ovat esimerkiksi A-, B-, C- ja E-vitamiinien sekä joidenkin hivenaineiden puutokset sekä ravinnosta saatavien nitraattien ja nitrosamiinien runsaus. (Luostarinen 2010, 382-3.)

Yksi adenokarsinooman riskitekijä on Barretin ruokatorvi, jossa ruokatorveen on syntynyt alueita, joita peittää mahalaukun kaltainen limakalvo; levyepiteeli on korvautunut lieriöepiteelillä. Muita riskitekijöitä ovat refluksitauti, jossa mahan sisältöä nousee toistuvasti takaisin ruokatorveen ja yleensä se aiheuttaa närästystä, ylipaino, tupakointi sekä alasulkijaa rentouttavat lääkkeet (Gastrolab 2010, hakupäivä 3.6.2011; Voutilainen 2010, 507; Mustajoki 2011, hakupäivä 3.6.2011). Tavalla tai toisella kaikki tekijät liittyvät refluksiin eli takaisinvirtaukseen. Refluksitaudin hoito ei

kuitenkaan vähennä ruokatorven adenokarsinooman riskiä. Jotkut harvinaiset sairaudet kuten akalasia ja Plummer-Vinsonin oireyhtymä sekä syöpymisvammat lisäävät ruokatorvisyövän riskiä, mutta helikobakteeritulehdus näyttää pienentävän sitä. Ruokatorven adenokarsinoomat ovat yksittäisiä tapauksia, mutta on kuvattu sukuja, joissa riski on suurentunut (Luostarinen 2010, 382-3; Voutilainen 2010, 509).

2.3.2 Ruokatorvisyövän diagnosointi ja hoito

Ruokatorvisyövästä suurin osa painottuu ruokatorven alaosiin. Potilaan nielemisvaikeus on ruokatorvisyövän tavallisin oire. Erityisesti kiinteän ruoan kulku vaikeutuu. Nielemisvaikeus ilmenee usein vasta, kun yli puolet potilaan ruokatorven luumenista eli aukosta on ahtautunut. Muita oireita ovat äänenkäheys, rinta- ja ylävatsakipu, nielemiskipu, verenvuoto, laihtuminen ja yleiskunnon lasku. Oireiden ilmaannuttua tauti on yleensä jo levinnyt. Varhaisvaiheen ruokatorvisyöpä ei aiheuta mitään tyypillistä oiretta. (Luostarinen 2010, 383; Ancona, Kaiser & Lordick 2011, hakupäivä 5.6.2011.)

Ruokatorvisyövän paikannus ja syöpäkasvaimen solutyypin saadaan tähyttämällä. Syövän levinneisyyden selvittelyssä tärkein tutkimus on vartalon tietokonetomografia. Sen avulla voidaan arvioida syövän tilanne ruokatorvessa sekä myös mahdolliset etäpesäkkeet. Tietokonetomografiaa tarkempi kasvaimen kasvusyvyyden ja paikallislevinneisyyden arvioinnissa on endoskooppinen ultraäänitutkimus (EUS). (Luostarinen 2010, 368, 384; Ancona ym. 2011, hakupäivä 5.6.2011). EUS ei ole käytössä Oys:ssa.

Parhaimman ennusteen ruokatorvisyövän hoitamiseksi antaa leikkaushoito. Leikkaukseen voidaan tarvittaessa yhdistää ennen leikkausta annettava solunsalpaajahoito tai solunsalpaajahoidon ja sädehoidon yhdistelmä. Jos tauti on levinnyt, ei leikkausta tehdä. Vain pieni osa ruokatorvisyöpäpotilaista päätyy leikkaushoitoon. (Luostarinen 2010, 384.) 50–60% ruokatorven syöpäkasvaimista on levinneisyyden takia leikkaushoitoon soveltumattomia. 10–15%:ssa tapauksista leikkauksen estää potilaan huono yleistila. (Huhtinen & Salminen 2008, 1412.) Jos kasvain aiheuttaa potilaalle nielemisvaikeuksia ja sitä kautta ravitsemustilan huononemista, voidaan ahtauma-kohtaan laittaa laajentava stentti eli metalliverkkoputki potilaan elämänlaadun parantamiseksi. (Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 126).

Jos potilaan hoidossa päädytään leikkaukseen, on leikkausvaihtoehtoja erilaisia. **Endoskooppinen mukosaresektio** eli tähystimen kautta tehtävä ruokatorven pintakerroksen poisto soveltuu pinnallisiin kasvaimiin tai kunnollisen kudoksen saamiseksi, jonka jälkeen voidaan tarvittaessa edetä laajempaan leikkaukseen. Mukosaresektio on hyvä vaihtoehto ensimmäisenä tehtäväksi hoidoksi, erityisesti kohonneen leikkaurisriskin potilaille. Ruokatorvisyövän **radikaalileikkaus**, joka tarkoittaa syöpäkudoksen perusteellista poistoa, käsittää ruokatorven osa- tai kokopoiston kasvaimen sijainnista riippuen transtorakalisesti eli rintakehän läpi. Lisäksi poistetaan imusolmukkeita rintakehän ja ylävatsan alueelta. Jäljelle jäänyt ruokatorven pää yhdistetään tavallisesti rintaonteloon tai kaulalle vedettyyn mahalaukuun. Tavoitteena on mahdollisimman hyvän toiminnallisen tuloksen antava korjausleikkaus. Liitos voidaan tehdä rintakehän sisäisesti tai kaula-avauksesta. Jos mahalaukku ei voida liittää suoraan, on mahdollista siirtää paksusuolta korvaamaan ruokatorvi. Potilaalle jää tällöin kaulalle aukko, jonka kautta ohjataan suussa erittyvä sylki erilliseen pussiin muutaman päivän ajan. Aukko suljetaan, kunhan on todettu, että paksusuolesta rakennetussa ruokatorvessa on toimiva verenkierto. (Luostarinen 2010, 385–386.)

Transhiataalisessa leikkauksessa ruokatorvi poistetaan ilman rintaontelon avausta palleen aukon ja erillisen kaula-avauksen kautta. Tämä leikkaus on joissakin tapauksissa riskipotilaille sopiva vaihtoehto, koska siihen liittyy vähemmän uusia liitännäishäiriöitä keuhkojen toimintaan. Tällä leikkaustavalla ei saada välikarsinan alueelta poistettua yhtä hyvin imusolmukkeita ja satunnais-tutkimuksissa syövänhoitotulokset ovat tällä leikkaustavalla olleet huonommat kuin transtorakalisen. (Luostarinen 2010, 386.)

Ruokatorvisyövässä **tähystystekniikka** ei ole vielä samalla tavalla rutiinikäytössä kuin monissa muissa leikkauksissa. Jonkin verran niitä on tutkimuksissa kuvattu ja todennäköisesti leikkaustekniikat tulevat tulevaisuudessa kehittymään ja lisääntymään myös ruokatorvisyövän leikkauksenhoidossa. (Luostarinen 2010, 386.)

Ruokatorvisyöpäpotilaan ennuste on väestötasolla edelleen huono. Tämä johtuu erityisesti potilaiden ikärakenteesta sekä taudin levinneisyydestä diagnosointihetkellä. (Luostarinen 2010, 387.) Ruokatorvisyövän viisivuotisenennuste on miehillä 9 % ja naisilla 18 % (Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti, hakupäivä 22.5.2011). Kaikkien ruokatorvisyöpäpotilaiden kohdalla viisivuotisenennuste on 10–12 %, ruokatorveen rajoittuneiden kasvainten kohdalla 20 %, mutta levinneissä tapauksissa vain 0–4 %. Leikattujen potilaiden ennuste on parantunut ja radikaalileikattujen keskimääräiset viisivuotisenennusteet ovat nykyään 40–50 % luokkaa. (Luostarinen 2010, 387.)

Potilas toipuu leikkauksesta kotikuntoiseksi yleensä 6-8 vuorokaudessa. Lääkäri kirjoittaa potilaalle sairauslomaa noin kaksi kuukautta ja tarvittaessa sitä jatketaan. 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta potilas kutsutaan kontrolliin kirurgian poliklinikalle. Kontrollikäynnillä potilaalta tutkitaan verikokeita ja potilas käy sekä kirurgin että ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Jatkokontrollit toteutetaan tilanteesta riippuen joko terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Kudosnäytevastaus valmistuu noin kolmen viikon kuluessa leikkauksesta. Potilaan terveydentilan jatko seuranta toteutetaan yleensä ensimmäisen kontrollin jälkeen terveyskeskuksessa 4 kuukauden välein kahteen vuoteen saakka ja sen jälkeen puolen vuoden välein viiteen vuoteen saakka leikkauksesta. Jos potilaalla ilmenee terveyskeskuseurannassa poikkeavia oireita, lääkäri voi konsultoida mahakirurgia tai tehdä lähetteen erikoissairaanhoidon. (Saarnio 4.5.2011, keskustelu.)

Potilaiden mielestä jatkohoidossa on hyvä olla sairaanhoitaja osana hoitotiimiä. Hoitajaa on usein helpompi lähestyä ja toisaalta lääkärit vaihtuvat usein. Hoitajan läsnäolo parantaa hoidon jatkuvuutta. (Verschuur ym. 2006, 329.) Useissa terveyskeskuksissa on nykyään syöpäsairaanhoitaja, joka pystyy vastamaan potilaita askarruttaviin kysymyksiin ja on usein potilaiden saavutettavissa.

2.4 Maha- ja ruokatorvisyöpöpotilaiden ravitsemus leikkauksen jälkeen

Vatsan alueen syöpäleikkauksen jälkeen potilailla on useita psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, mutta eniten he kärsivät fyysisistä vaivoista. Fyysisistä ongelmista suuri osa liittyy ravitsemukseen ja ruoansulatukseen. Tavallisimmin ruokatorvisyöpöleikkauksen jälkeen koettuja ongelmia olivat varhainen kylläisyyden tunne, syömisvaikeudet, väsymys, ummetus tai ripuli, kipu ja laihtuminen. (Verschuur ym. 2006, 326-327; Jaromahum & Fowler 2010, 98.) Maha- ja ruokatorvisyöpöleikkausten jälkeen on tavallista, että potilaan paino laskee (Nakamura, Kido & Egawa 2008, 1443).

Paaston välttäminen ja aikainen mahasuolikanavan kautta tapahtuva ravitsemus eli syöminen ehkäisevät potilaan elimistön nestetasapainon häiriöitä, laihtumista ja väsymystä sekä parantavat toipumista (Kairaluoma 2007, 34, hakupäivä 17.7.2011). Vatsan alueen leikkauksen jälkeen potilaan ravitsemus toteutetaan sairaalassa aluksi suoneen annettavalla nestehoidolla. Leikkauksen jälkeinen toipuminen on aina yksilöllistä. Potilaan on tärkeää syödä hyvin, sillä sen avulla hän saa tarpeeksi voimaa toipumiseen ja ehkäisee laihtumista. Potilas voi näin itse nopeuttaa toipumistaan leikkauksesta. (Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti.)

Mahalaukun tai sen osan poisto nopeuttaa ruoan kulkua ruoansulatuskanavassa. Sen johdosta kaikki ravintoaineet eivät ehdi imeytyä kunnolla suolistosta verenkiertoon. Rauta, vitamiinit ja kalsium imeytyvät osittain leikkauksen jälkeen. Jäljelle jäävä mahalaukun osa ja ohutsuoli sopeutuvat vähitellen leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen ja nopeampaan ruoan kulkuun. Ruokavalion noudattamisen tavoitteena on turvata riittävä energian ja ravintoaineiden saanti, ehkäistä laihtumista ja dumping-oireita. Dumping-oireet johtuvat ruoan nopeasta kulkeutumisesta ohutsuoleen. Se voi aiheuttaa potilaalle täyden olon tunnetta, hikoilua, heikotusta, huimausta, sydämentykytystä, pahoinvointia, röyhtäilyä tai ripulointia. Oireilu johtuu osittain verenkierron tapahtuvista muutoksista ja osittain verensokerin nopeista vaihteluista. Dumping ilmenee tavallisimmin aamun aterian jälkeen. Mikäli oireet tulevat 15 - 30 minuuttia aterian jälkeen, on kyseessä varhaisdumping. Myöhäsdumping ilmenee 2-3 tuntia syömisestä. (Erytisyruokavaliot, opas ammattilaisille 2009, 127; Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti.)

Mahasyöpäleikkauksen jälkeen potilas saa aloittaa syömisen varovasti pienillä annoksilla nestemäistä ravintoa yleensä ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksesta lääkärin ohjeen mukaan. Ruokavaliota monipuolistetaan vähitellen toipumisen edetessä. Lääkäri kirjoittaa potilaalle B-todistuksen täydennysravintovalmisteita sekä B12-vitamiinipistoksesta. B-todistuksella potilas saa merkinnän Kela-korttiinsa, jolloin hän saa erityiskorvauksen täydennysravintovalmisteista apteekissa. Ruokailuun liittyvät ongelmat helpottavat yleensä muutaman kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Erytisyruokavaliot, opas ammattilaisille 2009, 127; Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti; Saarnio 4.5.2011, keskustelu.)

Ruokatorven leikkauksen yhteydessä potilaille usein asennetaan jejunostooma eli iholta vatsanpeitteiden läpi ohutsuoleen menevä avanne. Avanteeseen asennetaan letku, jonka kautta potilaalle annetaan nestemäistä ravintoliuosta. Letku poistetaan kotiinlähtöpäivänä tai jatkohoitopaikassa, jos potilaan ruokailu onnistuu jo hyvin. Avanne umpeutuu letkun poiston jälkeen itsestään. Potilas saa aloittaa syömisen varovasti pienillä annoksilla nestemäistä ravintoa yleensä toisena tai kolmantena päivänä leikkauksesta lääkärin ohjeen mukaan. Potilas saa osastolla liemiruokaa noin viikon ajan, jonka jälkeen vähitellen siirrytään pehmeään ruokavalioon potilaan sietokyvyn mukaan. Yleensä noin 2 viikon kuluttua leikkauksesta potilas voi aloittaa normaalin kiinteän ruoan syömisen. Potilaan täytyy jauhaa lääkkeet tai ottaa ne mikstuurana eli nestemäisessä muodossa kahden viikon ajan leikkauksen jälkeen. (Saarnio 4.5.2011, keskustelu; Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti.)

Helposti nieltävät ruoat ovat hyytelömäisiä, sosemaisii tai sakearakenteisia nesteitää kuten esimerkiksi sosekeitto, jogurtti, piimää, pirtelö, kiisseli, rahka ja vanukas. Kokkareet, kuivat, tahmeat tai sitkeät ruoka hankaloittavat nielemistä. Kiinteät ruokapalat pureskellaan huolellisesti, sillä se lisää syljeneritystä helpottaen näin nielemistä. Kylmä tai huoneenlämpöinen ruoka on helpointa niellä. Kokeilemalla selviää, minkälainen ruoka on potilaalle helpointa niellä. Potilaan tulisi syödä pieniä aterioita useita kertoja päivässä ja varata ruokailuun riittävästi aikaa. (Erityisruokavaliot, opas ammattilaisille 2009, 32–34; Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti.)

Jos potilaalla on huono ruokahalu, on tärkeää syödä silti jotakin. Nälän tunnetta ei kannata jäädä odottamaan, se ei välttämättä tule koko päivänä. Syömättömyys lisää huonoa oloa. Potilas voi unohtaa ruoan terveellisyysnäkökohdat ja syödä mitä tekee mieli ja milloin tekee mieli. Ruokiin voi toipumisvaiheessa lisätä reilummin kermää, rasvaa ja sokeria. Täydennysravintovalmisteita kannattaa käyttää useammalla aterialla päivässä, pieninä annoksina kerrallaan. Apteekista saatavista ruokahalulääkkeistä ja ulkoilusta on usein apua huonoon ruokahuuluun. (Jäntti 31.7.2011.) Potilaita tulisi ohjata niin, että pääasia on se, mitä he voivat syödä ja mistä voivat nauttia sen sijaan, että annettaisiin listoja vältettävistä ruoista. Tämä saattaa parantaa potilaiden ruokailutottumuksia ja itsenäistä ratkaisuntenkoa. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta löytämään sisäiset voimavaransa ja ylläpitää heidän selviytymiskeinojaan. (Jaromahum & Fowler 2010, 100.)

Jos potilaalle on laitettu stentti eli metalliverkkopotki ruokatorveen, hän voi syödä pehmeärakenteista, kiinteää ruokaa, mutta karkeita ja sitkeärakenteisia ruoka-aineita tulee välttää. Ruoka kannattaa pureskella hyvin ja huuhdella suupalat pienellä nestemäärällä, sillä ruokatorven aaltomainen liike, joka ohjaa ruokaa eteenpäin kanavassa, on huonontunut stentistä johtuen. Ruoan takaisinvirtauksen ehkäisemiseksi potilaan on hyvä levätä aterian jälkeen noin 15 minuuttia pääpuoli kohoasennossa. (Erityisruokavaliot, opas ammattilaisille 2009, 126; Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti.)

Mahasyöpäleikatuille potilaille oli jo olemassa ravitsemusterapeutin tekemä ohje. Tästä syystä arvioin tätä aihetta koskevan uuden tiedon hakemisen tarpeettomaksi. Alkuperäisessä mahasyöpäpotilaan ohjeessa oli pitkä osio ravitsemuksesta. Ohje päivitettiin ajan tasalle yhteistyössä ravitsemusterapeutin kanssa. Ravitsemusterapeutti käy jokaisen maha- tai ruokatorvisyöpäpotilaan luona henkilökohtaisesti leikkauksen jälkeen ennen kotiutumista. Tällöin hän ohjaa potilasta yksilöllisesti ja antaa kirjallisia ohjeita. Toisen kerran hän tapaa potilaat kontrollikäynnillä 4-6 viikon

kuluttua leikkauksesta. (Jäntti 31.7.2011, sähköpostiviesti.) Tämä toinen käynti on erittäin tärkeä potilaiden kannalta, sillä ravitsemusterapeutin tapaaminen vain kerran sairaalajakson aikana ei ole riittävä kotona selviytymisen avuksi (Verschuur ym. 2006, 326).

Muokkasin alkuperäisen mahasyöpäpotilaan ohjeen ravitsemuksen osalta selkeämmäksi ja tiivistin tekstejä jonkin verran. Muokkasin myös ohjeiden ulkoasua jonkin verran. Päädyin laittamaan dosentti Juha Saarnion ehdotuksesta itse ohjeeseen perusasiat ja sitten koko ravitsemusosion ohjeen liitteeksi. Lopulta kuitenkin vakituinen ravitsemusterapeutti oli samaa mieltä kanssani siitä, että tässä ohjeessa voi olla tiiviisti perusasiat ravitsemuksesta leikkauksen jälkeen. Otin ohjeesta liitteen pois. Ravitsemusosion muokkasin samantyylliseksi kuin ruokatorvisyöpäpotilaan ohjeessa.

Projektin tuotoksena olevan leikatun ruokatorvisyöpäpotilaan ohjeen tein alusta loppuun itsenäisesti. Ruokatorvisyöpäpotilaan ravitsemusta käsittelevää tietoa hain Internetin avulla. Kerron ohjeessa perusasioita ravitsemuksen toteutuksesta. Ravitsemusterapeutti antaa jokaiselle potilaalle yksilöllisen ohjauksen leikkauksen jälkeen suullisesti sekä kirjallista materiaalia.

2.5 Potilaan kivun hoito leikkauksen jälkeen

Kipua aistivat siihen erikoituneet hermot. Hermopäätteitä, jotka ovat herkkiä kudოსvauriossa vapautuville aineille, on kaikkialla ihmiskehon ääreiskudoksissa. Kipuaistilla on yhteyksiä lähes kaikkiin potilaan elintoimintoihin kuten hengitykseen, verenkiertoon ja sisäelintoimintoihin. Kipu aisti on primitiivinen ja välttämätön elämän säilymisen kannalta. (Vuorinen 2008, 8-9.) Kipu luokitellaan yleisimmin akuuttiin ja krooniseen kipuun. Leikkauksesta johtuva kipu on akuuttia, kudოსvaurioista johtuvaa kipua. (Salo 26.3.2007, luento.)

Pitkäkestoinen kipu aiheuttaa keskushermostossa muutoksia, jotka ylläpitävät kipua, vaikka alkuperäinen syy olisi hävinnyt. Elimistön kipua estävät mekanismit saattavat pettää ja hermojärjestelmä voi herkistyä. Tällöin kivusta tulee itsenäinen sairaus ja se menettää suojaavan merkityksensä. Mitä kauemmin ja mitä voimakkaampana akuutti kipu jatkuu, sitä suurempi riski on kivun kroonistumiseen. (Vuorinen 2008, 8-9.) Jotta kipu ei pääse kroonistumaan, akuutin kivun hoito on erittäin tärkeää.

Hoitamaton kipu lisää stressihormonien tuotantoa, heikentää kudosten paranemista, altistaa infektioille ja heikentää vastustuskykyä. Potilaan kivun mittaaminen on yhtä tärkeää kuin verenpai-

neen, pulssin, lämmön tai virtsamäärien mittaaminenkin. Kivun voimakkuutta mitataan kipumittarilla. Sillä saadaan potilaan oma kokemus kivun voimakkuudesta näkyväksi. Leikkauksen jälkeisen kivun syy tiedetään ja se loppuu yleensä aikanaan, joten tavoitteena on aina kivuttomuus. (Kauppila 2008, 10–11.) Osastolla 9 kivun arvioinnissa mittarina käytetään visual analogue scale (VAS) -asteikkoa. VAS- kipuasteikolla arvioidaan kipua nolasta kymmeneen. Nolla tarkoittaa, ettei potilaalla ole kipua ollenkaan. Lukemat yhdestä kolmeen (1-3) tarkoittavat, että hänellä on lievää kipua, neljästä kuuteen (4-6) kohtalaista kipua ja seitsemästä yhdeksään (7-9) voimakasta kipua. Lukema kymmenen (10) tarkoittaa, että potilaalla on kovin mahdollinen kipu.

Anestesia- ja kivunlääkäri suunnittelee potilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoidon. Mahdollisuuksien mukaan hän keskustelee potilaan kanssa eri kivunhoitovaihtoehdoista jo leikkausta edeltävänä päivänä. (Akuutin kivun hoito 2011, hakupäivä 17.7.2011.) Tehokas kivun hoito auttaa potilasta pääsemään ylös vuoteesta ja liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Tämä vähentää riskiä saada leikkauksen jälkeinen komplikaatio kuten keuhkoveritulppa, hengitysteiden tulehdus, alaraajojen laskimotukos tai suolitukos (Laskimotukos ja keuhkoembolia 2010, hakupäivä 15.5.2011.)

Mahasyöpäpotilaan ohjeessa ei ollut erikseen osiota kivun hoidosta ollenkaan. Kipu ja sen hoito mainittiin haavanhoito-osion yhteydessä. Tein kivunhoidosta oman osionsa. Hain tietoa kirjallisuudesta sekä PPSHP:n käytännöistä. Kuten edellä olevista kappaleista selviää, kivunhoito on erittäin tärkeää, koska se vaikuttaa potilaan toipumiseen. Sen takia pidin tärkeänä laittaa potilasohjeisiin oman osionsa kivun hoidosta. Ohjeessa on malliesimerkki kipumittarista, joten ohjeen etukäteen lukeva potilas osaa valmistautua kivun ilmaisemiseen sen avulla.

2.6 Kirurgisen haavan hoito

Leikkaushaava on tarkoituksellisesti aseptisissä olosuhteissa tehty siisti haava. Haava voi olla pinnallinen tai syvä. Eitelisaatio eli uudisihon kasvaminen tapahtuu 24–48 tunnin kuluessa leikkauksesta, jonka jälkeen haava on steriili. (Kääriäinen 2007, 8.) Suljettu leikkaushaava pidetään peitettynä steriileillä taitoksilla 24–48 tuntia. Tämän jälkeen ulkoisen kontaminaation riski on vähäinen. Normaalin haavan paranemiseen liittyvä tulehdusreaktio alkaa pian leikkauksen jälkeen. Se on voimakkaimmillaan heti ensimmäisinä päivinä leikkauksen jälkeen, ja rauhoittuu noin viikon kuluessa leikkauksesta. (Juutilainen 2007, 26, 29.)

Tavallisen immuunipuolustuksen omaavalla ihmisellä haavan saaminen aiheuttaa tulehdusreaktion. Haavan tyypillisiä oireita ovat kipu, punoitus, turvotus ja kuumotus haavassa sekä sen ympärivällä iholla. Jos haava infektoituu, siinä ilmenee edellä mainitut oireet voimakkaampana. Leikkaushaavan tulehduksen muita tyypillisiä oireita ovat kudoksen erityksen muuttuminen, lisääntynyt haju ja kipu, haavan koon suureneminen sekä paranemisen hidastuminen tai pysähtyminen. (Hjerppe & Seppänen 2007, 34–35; Juutilainen 2007, 26.) Haavan seutu saattaa pingottaa ja potilaalla voi olla kuumetta. Jos epäilee leikkauksen jälkeistä haavatulehdusta, on aina syytä käydä näyttämässä tilannetta hoitajalle tai lääkärille. (Saarelma 2010, hakupäivä 15.5.2011.) Haavainfektio voi vaikeimmillaan johtaa kudoksen nekroosiin eli kuolioon, septiseen yleisinfektioon ja potilaan menehtymiseen. Haavaa hoidettaessa onkin oltava tarkkana, jotta mahdolliset haavainfektion merkit tulevat huomioiduksi. (Hjerppe & Seppänen 2007, 34–35.)

Suurin osa leikkaushaavoista paranee ilman mitään erityisiä hoitotoimia (Pukki 2007, 30). Haavan paraneminen etenee tavallisesti ennustettavissa olevien vaiheiden kautta ja vaurio korjaantuu sidekudoksella. Sidekudos täyttää kudospuutosalueen ja antaa kudokselle vetolujuuden. Lopputuloksena iholla on arpikudos. Kirurginen haava suljetaan siten, ettei siihen jää onkaloita. Haavan ompelulla pyritään saamaan haavan reunat yhteen, jotta tarvitsisi muodostaa mahdollisimman vähän uutta kudosta paranemisen aikana. Haavan syvät kerrokset ommellaan itsestään sulavalla materiaalilla ja iho sulamattomalla ommellangalla. Yhä enemmän käytetään myös iholla itsestään sulavia materiaaleja. Liian kireälle vedetyt ompeleet huonontavat haavan reunojen verenkiertoa. Vatsan alueella ompeleita pidetään 7-10(-14) päivää. (Laato & Kössi 2010, 48.)

Erilaisten haavanhoitotuotteiden paremmuudesta toisiinsa nähden haavan paranemisen edistäjänä ei ole näyttöä (Krooninen alaraajahaava 2007, hakupäivä 15.5.2011). Rungas tupakointi heikentää tutkimusten mukaan leikkauksen jälkeistä haavan paranemista (Jalonen 2008, hakupäivä 15.5.2011). Tupakointi lisää infektoriskin noin viisinkertaiseksi tupakoimattomaan nähden (Tuuliranta 2007, 25). Tupakoinnin lisäksi muita haavan paranemista haittaavia tekijöitä ovat ikääntyminen, vajaaravitsemus, diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinsairaudet, munuais- ja maksasairaudet ja eräät lääkkeaineet (Pukki 2007, 30; Tuuliranta 2007, 25).

Leikkauksessa noudatetaan tekniikoita, joilla minimoidaan bakteerien pääsy leikkausalueelle. Tällä ehkäistään leikkauksen jälkeistä haavatulehdusta. Leikkauksen jälkeen potilas itse voi huolehtia haavan puhtaana pysymisestä. Vaikka leikkaus olisi pinnallinenkin, on syytä välttää kovaa rasitusta sekä ammekylpyä, saunomista ja uimista ainakin tikkien poistoon saakka. (Saarelma

2010, hakupäivä 15.5.2011.) Potilaat kaipaavat tietoa haavanhoidosta ja huomaavat sen usein vasta kotona (Palokoski 2007, 62). Potilasohjeessa on tärkeää olla tietoa haavanhoidosta kotona.

Alkuperäisessä mahasyöpäpotilaan ohjeessa oli kerrottu haavan hoidosta. Päivitin tiedot ajan tasalle ja varmistin, että ohje ei ole ristiriidassa Oys:n yleisten haavanhoito-ohjeiden kanssa. Lisäsin ohjeeseen esimerkiksi tietoa tupakoinnin haittavaikutuksesta haavan paranemiseen. Haava suihkutellaan nykyisin kahden vuorokauden kuluttua leikkauksesta, kun alkuperäisessä ohjeessa oli tieto kolmen vuorokauden ajasta. Jos potilaan haava täytyy jostakin syystä avata alle vuorokauden kuluttua leikkauksesta, hoitaja tekee sen steriilisti ja steriileillä välineillä. Haavanhoito toteutetaan samalla tavalla sekä maha- että ruokatorvisyöpäleikkauksen jälkeen.

2.7 Potilaan liikkuminen vatsan alueen leikkauksen jälkeen

Leikkaus altistaa syvälle laskimotukokselle. Syvä laskimotukos saattaa aiheuttaa keuhkoveritulpan. Suuren vaaran potilaista jopa yli 60 % saa oireettoman syvän laskimotukoksen ilman asianmukaista tukoksen estohoitoa. Varhainen mobilisaatio leikkauksen jälkeen pienentää tukosalttiutta, mutta ei poista sitä kokonaan. Tukoksen estohoitona käytetään lääkkeellistä profylaksia, mekaanista alaraajojen pumppuhoitoa, lääkinnällistä hoitosukkaa tai näiden yhdistelmää. Lääkkeellisessä profylaksissa käytetään pienimolekyylisiä ihon alle annettavaa hepariinia. Vatsan alueen syöpäkirurgia aiheuttaa erityisen riskin ja se edellyttää vähintään kuukauden kestävä profylaksia. Hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi potilasohjaus on avainasemassa. (Laskimotukos ja keuhkoembolia 2010, hakupäivä 15.5.2011.)

Varhainen mobilisaatio parantaa potilaan hapensaantia ja keuhkojen toimintaa sekä ehkäisee keuhkokomplikaatioita (Kairaluoma 2007, 35, hakupäivä 17.7.2011). Ns. fast track – kirurgia, jossa leikkauksen jälkeen pyritään mahdollisimman nopeaan toipumiseen leikkausta edeltävälle tasolle, voi vähentää leikkauksen jälkeisiä stressireaktioita ja nopeuttaa toipumista mahasyöpäpotilailla (Wang, Kong, Zhong, Zhou & Zhou 2011, hakupäivä 17.7.2011). Fysioterapeutin ja hoitajien tehtävänä on ohjata, motivoida ja harjoitella potilaan kanssa yhdessä vuoteesta liikkeelle lähtöä. Nykyään osastolla 9 pyritään siihen, että potilas lähtee liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen ja on vuodepotilaana korkeintaan leikkauspäivän. Sama ohje pätee sekä mahasyöpä- että ruokatorvisyöpäpotilaalle. Fysioterapeutti käy tapaamassa jokaista leikattua potilasta osastolla leikkauksen jälkeen ja mahdollisuuksien mukaan antaa ohjausta ja neuvontaa jo ennen leikkausta.

Alkuperäisessä mahasyöpäpotilaan ohjeessa oli fysioterapeutin tekemä ohjausosio liikkumisesta ja kuntoutumisesta leikkauksen jälkeen. Osasto 9:n fysioterapeutti tarkasti ohjeessa olleet tiedot, että ne ovat ajan tasalla ja ohjasi tekemään siihen pieniä lisäyksiä. Ohjeessa kerrotaan lyhyesti hengityksen tehostamisesta, yskimisestä, verenkiertoa vilkastuttavista liikkeistä, vuoteesta nousemisen ja takaisin menon tekniikasta sekä kuntoutumisvaiheessa huomioitavista asioista. Lisäksi ohjeeseen tietoa lääkkeellisestä tukoksen estohoidosta. Sen jälkeen ohje oli käytettävissä sekä maha- että ruokatorvisyöpäpotilaan ohjeeseen. Kummassakin on kyseessä mahan alueen leikkaus.

2.8 Syöpäpotilaan tukipalvelut

Tukipalvelut ovat tärkeitä varsinkin syöpää sairastaville potilaille. Osassa terveyskeskuksista toimii nykyään erikseen nimetty syöpäsairaanhoitaja, jonka puoleen voi kääntyä monissa eri asioissa. Syöpäpotilaat tarvitsevat tällaista heidän asioihinsa erikoistunutta sairaanhoitajaa, koska se parantaa potilaan hoidon jatkuvuutta ja lisää potilaan turvallisuuden tunnetta, sillä hoitajalta saatu tuki ja tieto on usein helpommin saatavissa (Viklund & Lagergren 2007, 537–538).

Osastolla ollessaan potilas voi saada henkistä tukea osaston henkilökunnalta tai jos potilas kokee tarvitsevansa ns. ammattiapua, hänelle järjestetään mahdollisuus tavata psykiatri tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Ajanvaraus tapahtuu osaston henkilökunnan välityksellä. Hengellistä tukea voi saada sairaalapastorilta, johon potilas voi olla yhteydessä itse tai osaston henkilökunnan välityksellä. Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys antaa monenlaista tietoa, ohjausta ja neuvontaa. Sen kautta potilas voi saada myös tukihenkilön. Syöpäyhdistyksen jäsen saa myös pientä taloudellista korvausta, jos hän on hoidettava sairaalassa tai terveyskeskuksessa vuodeosastolla (Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry, hakupäivä 6.8.2011.) Psykkisistä vaivoista etäpesäkkeiden pelko on yleisin ruokatorvisyöpäleikatuilla potilailla (Verschuur ym. 2006, 326).

Potilaalla on mahdollisuus saada monenlaista sosiaalista tukea kansaneläkelaitokselta (KELA). Näistä tukipalveluista voivat sairaalan sosiaalihoitajat kertoa potilaalle ja auttaa myös hakemuksen teossa. Osastolla 9 on tapana kutsua sosiaalihoitaja tapaamaan jokaista syöpäpotilasta leikkauksen jälkeen ennen kotiin pääsyä. Kaikista edellä mainituista tukipalveluista on lyhyesti kerrottu mahasyöpä- ja ruokatorvisyöpäleikatun potilaan ohjeissa.

3 POTILASOHJE - PROJEKTIN TOTEUTUS

Terveydenhuollossa tutkivassa kehittämisessä käytetään hyvin usein määräaikaista hankkeita. Laadukkaan tutkivan kehittämisen ominaispiirteitä ovat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, järjestelmällisyys, toiminnan ja menetelmien kriittinen arviointi sekä aikaisemman kokemus- ja tutkimustiedon hyödyntäminen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 57.) Tämä projekti kuului ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opinnäytetyöhön. Sen suunnitteleminen alkoi hyvin pian koulutuksen alettua ja projekti kesti noin puolitoista vuotta.

Terveydenhuollossa tutkivalla kehittämisellä on useita nimityksiä. Käytetään esimerkiksi uudistus, muutos, toimintatutkimus, kehittävä työntutkimus, kehittämisprojekti tai kehittämishanke – nimityksiä. Terveydenhuollossa kehittämisessä voidaan käyttää hyvin monenlaisia eri tapoja ja sen takia myös nimityksiä voi olla monia. Kulloiseenkin kehittämiskohteeseen ja tilanteeseen valitaan siihen parhaiten soveltuva tapa edetä, eikä siis mikään menetelmä tai tapa ole paras tai ainoa oikea. (Heikkilä ym. 2008, 56.) Tässä opinnäytetyössäni käytän sanaa projekti kuvaamaan kehittämistehtävääni. Projekti on tilaustyö, jolla on selkeä tavoite ja rajaus, oma organisaatio, aikataulu ja budjetti. Projektilla on tietyt resurssit ja se on aina ainutlaatuinen. Projektilla on alku ja loppu ja se on kertaluonteinen. (Ruuska 2006, 21–22; Silfverberg 2007, 21.) Nämä määritelmät projektityöstä kuvaavat hyvin tätä opinnäytetyötäni.

Lähtökohtana projektin käynnistämiseen pidetään yleisesti terveydenhuollossa jonkin asian kehittämistä, uusien asioiden esille saamista tai uusien ratkaisujen löytymistä johonkin olemassa olevaan ongelmaan. Terveydenhuollon projektien tarkoituksena on usein ratkaista jokin käytännön ongelma. Niissä etsitään uusia ja entistä kehittyneempiä työkäytäntöjä. Projektit saattavat saada alkunsa valtakunnallisista ohjelmista, alueellisista tai paikallisista terveydenhuollon strategioista, käytännössä todetusta ongelmasta tai vaikka yksittäisen työntekijän ehdotuksesta. Projektin ideointiin ja kypsyttelyyn kannattaa käyttää aikaa ja resursseja. Teknisesti hyvinkin toteutettu projekti saattaa osoittautua merkityksettömäksi, ellei se perustu todelliseen ongelmaan ja tarpeeseen tai ei ratkaise sitä. (Heikkilä ym. 2008, 60–61.)

Kun jokin tuote tai suoritesarja tehdään ensimmäistä kertaa tai kun jo käytössä olevia järjestelmiä työmenetelmiä halutaan muuttaa, perustetaan projekti. Toiminnalliset kehittämishankkeet lähtevät tavallisesti tarpeesta tehdä muutoksia. Sana projekti tarkoittaa ehdotusta tai suunnitelmaa. Yksit-

täiseen projektiin voi kuulua henkilöitä useista eri yksiköistä tai organisaatioista. Projekti sanan synonyyminä käytetään suomen kielessä sanaa hanke, mutta hankkeella viitataan monesti projektia laajempaan työkokonaisuuteen. Hanke voi koostua useista eri projekteista. (Ruuska 2006, 21–22; Silfverberg 2007, 21–23.)

Tämän potilasohjeprojektin tarkoituksena oli tehdä näyttöön perustuvat potilasohjeet mahasyöpä- ja ruokatorvisyöpäleikatuille potilaille Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin Internet-sivuille laittavaksi. Hoitajia on paljon ja näin ohjaukseen saattavat erota suurestikin eri hoitajien kesken. Kun kaikilla on käytössään yksi näyttöön perustuva ohje, potilasohjaus on yhtenäisempää ja tiedoiltaan toisiaan vastaavaa. Tämä lisää potilasohjauksen luotettavuutta. Tämän projektin tuotokset ovat hyödyksi monelle käyttäjäryhmälle, esimerkiksi potilaille, hoitajille ja omaisille. Potilasohjeet laadittiin mahasyöpäpotilaille sekä ruokatorvisyöpäpotilaille, jotka tulevat osastolle leikkaushoitoa varten.

3.1 Projektityön hyödyt

Erillinen projekti perustetaan usein hoitamaan jotain työkokonaisuutta sen sijaan, että projektitehtävät hoidettaisiin linjaorganisaatiossa muun työn tapaisesti. Tällöin muodostuu organisaatio, joka on tilapäinen ja tavoiteorientoitunut. Projektityöllä voidaan saavuttaa monia etuja. Voimavarat ja asiantuntemus voidaan kohdentaa selkeiden tavoitteiden mukaisesti. Organisaatiosuhteet ovat mutkattomat ja yksikäsitteiset, eikä tällöin ole monia eri johtajia. Valtaa ja vastuuta voidaan jakaa normaalista käytännöstä poiketen. Esimerkiksi jos jollekin annetaan vastuulle tietty tehtävä, hän saa sen toteuttaa omalla tavallaan. Hänen ei tarvitse kysyä kaikkiin asioihin erikseen lupaa projektinjohtajalta. Projektissa työmotivaatio lisääntyy uusien ja haasteellisten tehtävien myötä. Tiedonkulku yksinkertaistuu ja tehostuu ja huomio kiinnitetään tuloksiin eikä sääntöihin ja työrutiineihin. (Projectmanagement, hakupäivä 16.9.2010.)

Projektinhallinnan pitää alkaa jo hankkeen perustamis- ja suunnitteluvaiheessa. Projektiin valitut asiantuntijat ovat useimmiten tehtäviensä tasalla, ja hankaluudet johtuvat huonosti asetetuista tavoitteista, huonosta organisoinnista tai suunnitteluvirheistä. (Ruuska 2006, 31–32.) Olin itse oman projektini ainut pääasiallinen työntekijä, joten vastasin itse projektinhallinnasta, olin aina ajan tasalla omista tehtävistäni.

Projekti on kertaluonteinen. Sen lopputulos on kuitenkin yleensä jotakin pysyvää. Projektia ei voi toistaa, vaan asialla ollaan aina ensimmäistä kertaa. Parhaiten toimii projektiryhmä, joka on selkeästi organisoitu ja tavoitteisiin sitoutunut. Projektilla ei ole onnistumisen edellytyksiä, jos vaatimukset, aikataulut ja voimavarat eivät ole järkevässä suhteessa toisiinsa. Suunnitteluun, hallintaan ja johtamiseen kannattaa panostaa jo heti projektin alkuvaiheessa. Tällä todennäköisesti vältetään terveydenhuollon kehittämisessä mahdolliset ongelmatilanteet tai ainakin ne pystytään paremmin ratkomaan. Projektin ohjaus perustuu projektisuunnitelmaan. Jos projekti epäonnistuu, se ei yleensä johdu toteutusteknisistä syistä tai toimialaosaamisten puutteesta, vaan hallinnan riittämättömyydestä. (Ruuska 2006, 48–49; Heikkilä ym. 2008, 57.) Oma opinnäytetyöni onnistui, koska siihen oli tilaus, olin motivoitunut sen tekemiseen ja rajasin sen niin, että omat resurssini riittivät sen tekemiseen. Projekti oli yksin minun hallinnassani ja se helpotti työskentelyä omaan tahtiin.

Projektinhallinta sisältää projektin suunnittelun, tavoitteiden ja lopputuloksen määrittelyn, tehtävien toteutuksen, tarvittavien resurssien määrittäminen sekä budjetin ja aikataulun suunnittelemisen. Se sisältää myös projektisuunnitelman toteutuksen, tiedonkulun ja dokumentoinnin sekä riskien hallinnan. Projektin elinkaari jaetaan yleensä vaiheisiin (jotka vaihtelevat projektikirjallisuudessa), joihin kuuluu esimerkiksi ideointi, suunnittelu, toteutus, arviointi ja ylläpito/seuranta. Projektin vaiheet muodostavat ketjuuntuneena toimintakokonaisuuden, joka on suunnattu saavuttamaan tavoiteltu tulos. (Heikkilä ym. 2008, 57–58; Projectmanagement, hakupäivä 16.9.2010.)

3.2 Potilasohje-projektin organisaatio

Parhaiten toimii projektiryhmä, joka on selkeästi organisoitu ja tavoitteisiin sitoutunut. Projektilla ei ole onnistumisen edellytyksiä, jos vaatimukset, aikataulut ja voimavarat eivät ole järkevässä suhteessa toisiinsa. Projektin ohjaus perustuu projektisuunnitelmaan. Projektin hallinta alkaa heti perustamis- ja suunnitteluvaiheessa. Jos projekti epäonnistuu, se ei yleensä johdu toteutusteknisistä syistä tai toimialaosaamisten puutteesta, vaan hallinnan riittämättömyydestä. (Ruuska 2006, 48–49.) Oma projektini eteni koulutuksen ohessa ja opintoihin liittyen tein siitä tarkan projektisuunnitelman.

Projektilla on selkeä organisaatio, jossa osapuolten roolit ja vastuut on selkeästi määritelty. Projektioorganisaatio koostuu yleensä ohjausryhmästä, projektiorganisaatiosta ja yhteistyökumppaneista. (Ruuska 2006, 26; Silfverberg 2007, 98.) Jos projektin toteutus vaatii yhteistyötä eri taho-

jen välillä, on tärkeää, että yhteistyökumppanit ovat aktiivisesti mukana jo suunnitteluvaiheessa. Jälkikäteen oleellisten sidosryhmien sitouttaminen mukaan on hankalaa tai jopa mahdotonta. Osallistuva prosessi varmistaa senkin, että hanke perustuu niiden tarpeisiin ja vaatimuksiin, jotka ovat hyödynsaajia. (Silfverberg 2007, 29.) Omassa projektissani oli piirteitä osallistavasta prosessista, sillä osaston 9 hoitajat tutustuivat potilasohjeisiin ja antoivat niistä palautetta, jonka mukaan niihin tehtiin parannuksia.

Projektiorganisaatio on tilapäinen ja tarkoitettu kertakäyttöiseksi. Kun projektin tehtävä on suoritettu, organisaatio puretaan. (Ruuska 2006, 25–26.) Tämän kehittämistehtävän varsinaiseen projektiryhmään kuului minä. Projektin ohjaajina toimivat Oulun seudun ammattikorkeakoulusta yliopettaja TtT Eija Niemelä ja yliopettaja TtT Pirkko Sandelin. Projektin tukiryhmään kuuluivat Oulun Yliopistollisesta sairaalasta Erikoissuunnittelija Pia Liljamo, joka toimii laadunvalvojana Oys:an Internet-asetusten suhteen, Osastonhoitaja Mervi Ollikainen avusti minua esimerkiksi aiheen rajauksessa sekä osaston käytäntöjen kertomisessa. Osastonylilääkäri Juha Saarnio, joka toimi potilasohjeiden tarkastajana sekä hyväksyjänä. Tukihenkilöinä toimivat myös opiskelijatoverit ja työkaverit osastolta 9 sekä ohjaavat opettajat. Projektiorganisaatio on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. PROJEKTIORGANISAATIO

| PROJEKTIN VETÄJÄ | PROJEKTIN OHJAAJAT | PROJEKTIN TUKIRYHMÄ |
|------------------|-------------------------------------|---|
| Heli Anttila | Eija Niemelä (Yliopettaja, OAMK) | Pia Liljamo (Erikoissuunnittelija, Oys) |
| | Pirkko Sandelin (Yliopettaja, OAMK) | Mervi Ollikainen (Osastonhoitaja, Oys) |
| | | Juha Saarnio (Osastonylilääkäri, Oys) |
| | | YAMK-Opiskelijat (Kli9sy, OAMK) |
| | | Hoitajat (Osasto 9, Oys) |

3.3 Potilasohje - projektin rajaus ja tavoitteet

Projektilla on selkeä tavoite tai joukko tavoitteita. Rajaus on projektin tavoitteiden ja annettujen reunaehtojen perusteella johdettu työkokonaisuus. Kokonaisuuden on oltava oikeassa suhteessa käytettävissä olevaan aikaan ja voimavaroihin. Töiden edetessä rajaus tarkentuu, mutta sitä ei saa muuttaa, ellei samalla arvioida miten muutos vaikuttaa projektin aikatauluun ja resurssien tarpeeseen. Projektin tavoitteista ja toimeksiannon rajauksesta on sovittava ennen kuin projektilta voi vaatia sitovia suunnitelmia. Kun voimassa olevan rajauksen mukainen lopputulos on valmis, projekti päättyy. Rajaukseen kuulumattomista lisä- ja jatkokehitystehtävistä sovitaan erikseen. (Ruuska 2006, 25.)

Rajauksessa määritellään, mitä tuloksia projekti tuottaa, mistä tehtävistä ja toiminnallisista osuuksista tulokset muodostuvat sekä millaisia liittymiä ja rajapintoja hankkeen ja sen ympäristön välillä on. Tarvittaessa rajauksessa on syytä mainita sekin, mitä projektiin ei kuulu. Kehittämishankkeille on luonteenomaista, että rajaus tarkentuu yksityiskohtien kohdalta vielä lopputuloksen suunnittelun edetessä. (Ruuska 2006, 73.) Rajasin oman projektini tuotteeksi vain kolme potilasohjetta, kun alun perin tilaaja olisi halunnut kaikki kirurgisten potilaiden ohjeet päivitettävän Internetiin. Halusin ohjeista näyttöön perustuvia ja laadukkaita. Tähän ohjeisti myös ohjaava opettajani sekä opintosuunnitelma. Minun täytyi rajata aihetta, jotta resurssini riittivät ajallisesti. Fundoplikaation eli laparoskooppisen palleatyräleikkauksen potilasohje oli alun perin projektisuunnitelmassa lisänä, mutta se jäi pois projektista, koska kyseinen potilasryhmä siirtyi pois osastolta 9. Tähän projektiin jäi siis lopulta kaksi potilasohjetta.

Kehityshankkeille määritellään aina pitkän ajan kehitystavoite, jonka toteutumista hankkeella pyritään edistämään. Kehitystavoite kuvaa hankkeella tavoiteltavaa muutosta tärkeimmän hyödynsaajaryhmän kannalta. Kehitystavoitteen on oltava selkeä, saavutettavissa oleva ja se on pystyttävä konkretisoimaan niin hyvin, että projektin vaikuttavuus tavoitteen saavuttamiseen on arvioitavissa ja merkittävä. (Silfverberg 2007, 83.) Projektini pitkän ajan tavoite on kehittää potilasohjauksen laatua yhtenäistämällä ohjausta sekä saattamalla ohjeet mahdollisimman monen saataville Internetiin. Projektini tärkein hyödynsaajaryhmä on potilaat.

Gastroenterologisista kirurgisista potilaista osastolla 9 hoidetaan ruokatorven ja mahalaukun sairauksia sairastavia, laihdutuskirurgisia, maksan, haiman, sappiteiden ja sappirakon sekä lisämunuaisen sairauksia. Erityisosaamista vaativia leikkauksia ja toimenpiteitä tehdään koko Poh-

jois-Suomen alueen potilaille. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Gastroenterologinen ja endokrinologinen kirurginen osasto 9, Hakupäivä 10.7.2011.) Kehittämistehtävän tilaaja olisi alun perin halunnut tehtävän potilasohjeet sekä yleisemminkin Internet-sivujen kehittämistä. Potilasohjeita tarvitsevat kaikki gastroenterologiset kirurgiset potilaat sekä myös yleiskirurgiset potilaat. Tämän projektin aihe on rajattu käsittelemään vain osastolla 9 hoidettavia mahasyöpä- ja ruokatorvisyöpä leikattuja potilaita. Neuvottelin osastonhoitaja Mervi Ollikaisen kanssa ja päädyimme juuri näihin ohjeisiin, sillä ruokatorvisyöpäpotilaalle ei ollut ohjetta ollenkaan ja mahasyöpäpotilaan ohje oli vanha, joten se täytyi päivittää.

Projektini **tulostavoitteena** oli tuottaa Oulun yliopistollisen sairaalan Internet-sivuille laadukkaat potilasohjeet. Ohjeita voi hyödyntää muutkin saman erikoisalalan potilaat, hoitajat, opiskelijat, perusterveydenhuolto sekä kaikki asioista kiinnostuneet. Potilasohjeet on tarkoitettu toipumisen tueksi leikkaushoidon jälkeen. Potilas löytää ohjeesta toipumista tukevia ohjeita, joihin hän voi kotona tutustua jo ennen leikkausta sekä palata niihin kotiutumisen jälkeen. Näin potilas on valmistunut siihen, mitä mahdollisesti tapahtuu leikkauksen jälkeen.

Laadullisena tavoitteena oli tuottaa potilasohjeet, joiden asiatieto perustuu ajantasaiseen tutkittuun tietoon. Potilasohjeiden laatutavoitteena oli tehdä niistä selkeät, ymmärrettävät ja laadukkaat, niin että sekä hoitajien, että potilaiden on niitä helppo käyttää. Potilasohjeita koskevien kriteerien mukaan ohjeiden on oltava aukottomia ja täsmällisiä sillä tavoin, ettei niitä voi ymmärtää monella eri tavalla. Ohjeiden ulkoasu muokattiin Oys:an yleisten kriteerien mukaan, esimerkiksi fontti, kirjaskoko ja asettelu. Potilasohjeissa käytettiin selkeää, yksiselitteistä ja helppolukuista yleiskieltä. Potilasohjeiden laadullisten tavoitteiden toteutumista arvioivat osaston 9 hoitajat ja potilaat palautelomakkeiden avulla.

Projektin **toiminnallisena tavoitteena** oli, että osaston 9 potilasohjauksen laatu paranee entisestään. Tavoitteen toteutumiseksi osaston hoitajat tutustuivat tuotettuihin potilasohjeisiin. Jokainen hoitaja voi jatkossa ohjata ja neuvoa potilaita käyttämään Internetistä löytyviä potilasohjeita. Internetin potilasohjeet yhdenmukaistavat osaston 9 ohjauksen käytäntöä ja varmistavat osaltaan laadukkaan ohjauksen. Internetistä löytyvät ohjeet parantavat myös potilasohjauksen tuloksellisuutta. Jos joku potilas haluaa tutustua ohjeisiin jo ennen toimenpidettä tai leikkausta, hänellä on siihen mahdollisuus kotoa käsin. Tai jos potilas ei muista saamiaan ohjeita, hän voi tarkistaa ohjeen Internetistä. Kynnys hakea tietoa anonymisti Internetistä voi olla pienempi kuin esimerkiksi soit-

taa osastolle. Potilaat hakevat nykyään aktiivisesti tietoa Internetistä ja löytävät projektin valmistuttua oman alueen käytäntöjen kanssa yhtenevät ohjeet.

Omana **oppimistavoitteenani** oli kehittyä uusimman, tutkitun tiedon hakemisessa sekä sen soveltamisessa potilasohjeisiin. Lisäksi oppimistavoitteenani oli oppia tekemään laadukkaat, helpotajaiset ja selkeät potilasohjeet. Tavoitteenani oli myös oppia potilasohjeen laadunarviointia. Yhtenä oppimistavoitteena oli syventää tietoa projektityön teoriasta sekä projektissa toimimisesta.

Projektini perustui selkeään tilaukseen ja sen avulla oli tarkoitus kehittää potilasohjausta Oys:ssa. Projektin voidaan katsoa noudattavan valtakunnallisia suosituksia potilasohjauksen ja Internetin lisääntyvän hyödyntämisen näkökulmasta arvioiden. Tiedustellessani opiskelijakoordinaattori Pia Liljamolta ideoita opinnäytetyön aiheeksi, hän ehdotti Oys:an Internet-sivujen kehittämistä. Lähes kaikki Oys:an potilasohjeet ovat tällä hetkellä vain Intranetissä, josta henkilökunta voi avata ja tulostaa myös potilaille oman kappaleen. Opiskelijakoordinaattori kertoi, että sekä gastrokirurgisten että yleiskirurgisten ohjeiden päivitys Internet-sivuille on tarpeellista. Tästä ideasta opinnäytetyöni projekti käynnistyi.

3.4 Potilasohje-projektin toteutus eli potilasohjeiden laatiminen

Projektin toteutusvaihe on varsinainen työskentelyvaihe. Toteutusvaiheessa suunnitelmat laiteetaan täytäntöön, haetaan ongelmiin ratkaisuja ja testataan ratkaisuja käytännössä eli luodaan hankkeen tulokset. Tässä vaiheessa on kerroksittain eteneviä vaiheita, jotka sisältävät monenlaisia tehtäviä. Esimerkiksi projektin organisoituminen, projektityöntekijöiden ja muiden osallistujien sitouttaminen, olemassa olevan tiedon kerääminen eri lähteistä, uuden tiedon tai tuloksen tuottaminen, seuranta, valvonta ja arviointi sekä dokumentointi ja viestintä ovat näitä tehtäviä. (Heikkilä ym. 2008, 99.)

Suomessa todetaan noin 25 000 uutta syöpätapausta joka vuosi. Arviolta joka neljäs suomalainen sairastuu syöpään jossakin elämänsä vaiheessa. Syöpäriski kasvaa väestön ikääntyessä, ja uusien vuosittaisten tapausten määrän ennustetaan kasvavan 30 000 vuoteen 2015 mennessä. (Syöpätaudit, hakupäivä 12.12.2010; Tietoa syövästä, hakupäivä 12.12.2010.) Syöpäsairauteen liitetään yhä vanhentuneita pelkoja ja uskomuksia. Reagointi on voimakasta, koska syöpä oli pitkään sairaus, jota oli vaikea hoitaa. Monelle meistä jo sana syöpä aiheuttaa pelkoa. Ihmisillä on voimakkaana uskomus, että syöpäsairaus päättyy aina kipuun, kärsimykseen ja kuolemaan. Näin

ei suinkaan ole, vaan puolet syöpäpotilaista paranee. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 22, 130; Hänninen & Pajunen 2006, 75; Syöpätaudit, hakupäivä 12.12.2010.) Koin näiden potilasohjeiden tekemisen erittäin tärkeäksi, koska syöpä edelleen aiheuttaa suurta pelkoa ja ahdistusta ja hyvällä ohjauksella näitä tuntemuksia on mahdollista helpottaa.

Potilasohjeiden tekeminen oli pitkä prosessi. Etsin aluksi tietoa potilasohjauksesta sekä kävin läpi erilaisia potilasohjeita. Arvioin, mikä niissä oli mielestäni hyvää ja mikä kehitettävää. Tutkimus- ja kehittämismenetelmien oppimistehtävänä tein systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sähköisestä potilasohjauksesta. Kun opinnäytetyöni aihe oli rajautunut ja selventynyt aloin hakemaan tietoa myös ruokatorvisyövästä ja mahasyövästä. Tämä tiedon hankinta tapahtui yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan yksikön kirjaston informaatikon kanssa. Kävin ensin läpi mahasyöpäpotilaan jo olemassa olevan ohjeen. Kävin sen läpi hyvin yksityiskohtaisesti ja muokkasin siinä jo olevia asioita ymmärrettävimmiksi ja selkeimmiksi. Päivitin siinä olevat tiedot ajan tasalle tutkitun tiedon avulla. Leikatun mahasyöpäpotilaan ohje on lopulta muuttunut huomattavasti alkuperäisestä ohjeesta.

Pyysin osaston 9 fysioterapeutilta sekä ravitsemusterapeutilta kannanotot ohjeeseen, mitä päivitettävää heidän osa-alueillaan oli. Tein muutokset ohjeeseen heidän palautteensa perusteella. Lisäsin ohjeeseen tietoa kivun hoidosta, haavan hoidosta sekä jatkokontrolleista. Poistin ohjeesta vanhentuneet tiedot Kelan korvauksien euromääristä ja päätin jättää hinnat kokonaan pois, koska tiedot muuttuvat lähes vuosittain. Lisäsin ohjeen loppuun linkkejä lisätietojen hakua varten. Ohje arvioitiin myös yksityiskohtaisesti sosiaali- ja terveysalan yksikössä oppitunnilla, ja opettaja sekä opiskelijatoverit antoivat siitä arvokasta palautetta ja korjausehdotuksia. Kävin palaverissa osastonylilääkäri Juha Saarnion kanssa ja kysyin häneltä epäselvistä asioista ja sain häneltä palautetta ohjeesta. Näiden muutosten jälkeen tein ohjeesta palautekyselylomakkeen ja vein sen sekä ohjeen henkilökunnan ja potilaiden arvioitavaksi osastolle 9. Kerron saamastani palautteesta tarkemmin kappaleessa potilasohjeen arviointi.

Kun olin saanut palautteet, tein niiden perusteella muutoksia ohjeeseen. Käytin tätä palautetta hyväksi myös tehdessäni ruokatorvisyöpäpotilaan ohjetta. Kun mahasyöpäpotilaan ohje oli mielestäni valmis, lähetin sen hyväksyntää varten osastonylilääkärille Juha Saarniolle. Virassa oleva ravitsemusterapeutti oli ollut virkavapaalla pyytäessäni ravitsemusterapeutin kommenttia ohjeesta ja hänen sijaisensa antoi arvion ohjeesta. Palattuaan virkavapaalta virassa oleva ravitsemusterapeutti otti yhteyttä sähköpostitse ja antoi vielä oman arvionsa ohjeesta.

Seuraavaksi tein ruokatorvisyöpöpotilaan ohjeen. Käytin samaa runkoa kuin mahasyöpöpotilaan ohjeessa. Työstin ohjetta ja samanaikaisesti hain tietokannoista tietoa ruokatorvisyövästä ja leikkauksen jälkeisestä terveydenhoidosta. Osiot sairaudesta ja ravitsemuksesta tein samanlaisella formaatilla kuin mahasyöpöpotilaan ohjeessa. Osiot kivun hoidosta, leikkaushaavan hoidosta, liikkumisesta leikkauksen jälkeen ja tukipalveluista ovat soveltuvia kummankin sairausryhmän hoidossa, sillä molemmilla potilasryhmillä on kyseessä vatsan alueen leikkaus. Tämän jälkeen pyysin osaston ylilääkäri Juha Saarniolta tietoja ruokatorvisyöpöpotilaan jatkohoidosta ja lähetin ohjeen myös ravitsemusterapeutille arvioitavaksi. Ohjeen ollessa lähes valmis, tein palautekyselyn siitä. Pyysin palautetta samanlaisella palautelomakkeella kuin mahasyöpöpotilaan hoito-ohjeesta, mutta muutin saatteeseen sairauden nimen ja päivämäärät. Vein osaston 9 henkilökunnalle tiedotteen ohjeen arvioinnista ja palautelomakkeet, osastonhoitaja Mervi Ollikainen tiedotti palautepyynnöstäni henkilökunnalle osatotunnilla. Palautetta tuli jälleen vähän. Palautteen perusteella tein tarvittavat muutokset ohjeeseen. Sen jälkeen lähetin potilasohjeen osastonylilääkäri Juha Saarniolle hyväksyttäväksi.

Näyttöön perustuva hoitotyö on parhaan ajan tasalla olevan tiedon huolellista arviointia ja harkittua käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmien tai koko väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa. Päätökset perustuvat näyttöön perustuvassa toiminnassa tieteellisten tutkimusten tuottamaan näyttöön, hoitotyön asiantuntijuuteen ja asiakkaan/potilaan tietoon ja taitoon sekä käytettävissä oleviin resursseihin. Hoitotieteellisen tutkimustiedon hyödyntäminen kliinisessä päätöksenteossa on vielä selvästi kokemuspäistä tietoa vähäisempää. (Häggman - Lai-tila 2009a, 244.)

Tuottamissani potilasohjeissa on yhdistetty tutkittua tietoa, käytännön kokemusta ja taitoa eli ne ovat näyttöön perustuvia. Tietoa ruokatorvisyövästä, mahasyövästä, haavanhoidosta, kivunhoidosta, kuntoutuksesta ja muista ohjeiden aiheista on haettu Internetistä Googlen hakupalvelimella, Terveysportti –portaalista, Medline, Ebsco ja Medic –tietokannoista artikkelihakuina. Esimerkiksi ruokatorvisyövästä hain tietoa Ebscosta hakusanoilla nursing + ”esophageal neoplasms” + surgery, vaatimuksena koko tekstin saatavuus, vuosilta 2000–2010. Tuloksena 9 artikkelia, joihin kaikkiin tutustuin. Lisäksi olen tehnyt manuaalisia hakuja Internetistä ja aina kun mielenkiintoinen artikkeli on löytynyt, olen tutustunut siihen ja tallentanut tärkeän tiedon tiedostoihini. Aina artikkeli ei ole ollut varsinaisesti tieteellinen, mutta jos artikkeli on ollut tuore ja sen on kirjoittanut lääketieteen ammattilainen, olen ottanut asiat huomioon. Osaan aiheista on löytynyt hyvin suomenkielisiä, tuoretta tietoa, enkä ole katsonut aiheelliseksi referoida kansainvälisiä tutkimuksia.

Osan ohjeiden sisällöistä sain käytännön työntekijöiden kokemuksista eli osaston 9 henkilökunnalta. Haavanhoito-ohjeen arvioinnissa käytin hyväksi Oys:an yleisiä haavanhoito-ohjeita, koska tekemäni potilasohjeet eivät voi olla ristiriidassa yleisten käytössä olevien ohjeiden kanssa. Oys:an Internet-sivuilta sain ajantasaiset yhteystiedot osaston sairaalapastorille, taustatietoa sie-lunhoidosta sekä kivun hoidosta. Tukipalvelut päivitin ja tarkastin Internetistä löytyvän tiedon avulla.

Projektin päättäminen on yhtä olennainen osa kuin kaikki siihen johtaneet prosessit. Projektin päättämiseen kuuluu ainakin tuotteiden luovuttaminen asiakkaalle, asiakkaan hyväksynnän varmistaminen, dokumentoinnin saattaminen päätökseen, projektin arviointi sekä lopullisen projektiraportin laatiminen. (Heikkilä ym. 2008, 121.) Kun projektin tuote on valmis, vastuu lopputuloksesta siirtyy asiakkaalle ja projekti päättyy. (Ruuska 2006, 23.) Kun omat potilasohjeeni olivat valmiita ja lopullisesti hyväksytyjä, luovutin ne osaston 9 käyttöön ja tällöin myös niiden ajoittainen tarkistaminen ja päivittäminen siirtyivät sen vastuulle.

Projektin tulosten hyödyntäminen on suunniteltava osaksi projektia niin, että tulosten käyttöönotto suunnitellaan jo aloitusvaiheessa projektin toteutusvaiheeseen kuuluvaksi. Edellytyksenä on tietysti, että projekti on onnistunut tehtävässään ja tuottanut tuloksia, jotka ovat käyttökelpoisia ja hyödynnettävissä olevia. Toisena edellytyksenä on, että henkilöstö on sitoutunut ottamaan tuotokset tai muutokset vastaan ja osaksi jokapäiväistä työtä. Tulosten vaikutukset ovat sitä paremmat, mitä enemmän henkilöstö on mukana oman työnsä kehittämisessä ja sitoutunut siihen. Esimiehellä on tärkeä rooli henkilöstön sitouttamisessa ja kannustamisessa projektin tuotteen käyttämiseen. (Viirkorpi 2000, 44–45; Heikkilä ym. 2008, 133.) Osaston 9 henkilökunta suhtautui projektiin positiivisesti alusta lähtien ja odottivat ohjeiden valmistumista. Osastonhoitaja auttoi minua esimerkiksi kannustamalla ja muistuttamalla henkilökuntaa palautekyselystä.

Projektin aikana pidin projektipäiväkirjaa. Ohjausryhmän kanssa vaihdoin sähköpostia projektin etenemisestä ja tapaamisia oli projektin alkuvaiheessa sekä loppuvaiheessa. Koulussa minulla oli mahdollisuus kertoa tukiryhmälleni työni etenemisestä aina koulupäivinä kerran kuukaudessa sekä saada arvokasta palautetta esimerkiksi potilasohjeista. Ohjaavien opettajien kanssa tapasin pari kertaa keskenään ja muutoin sain palautetta sähköpostin välityksellä. Projektisuunnitelma oli luettavissa koulun verkkoalustalla. Kirjoitin projektiraportin projektin loppuvaiheessa. Teoriatietoa siihen oli kertynyt jo tiedonhakuvaiheessa. Projektiraportti tulee ammattikorkeakoulujen yhteiseen opinnäytetöiden tietokantaan.

3.5 Potilasohjeprojektin aikataulu

Tämä projekti alkoi ajatuksissa kehkeytyä syksyllä 2009. Syksyllä 2009 ideoin kehittämistyöni aiheita ja suunnittelin ja rajasin sitä sekä projektioorganisaatioon kuuluvien kanssa että yksin. Tapasimme Pia Liljamon kanssa lokakuussa 2009 sekä Juha Saarnion kanssa helmikuussa 2010 kehittämistyön aiheeseen liittyen. Kevään 2010 aikana tutustuin potilasohjeista sekä sähköisestä ohjauksesta kertovaan materiaaliin ja tein systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sähköisestä potilasohjauksesta koulutehtäviini liittyen.

Huhti-toukokuussa 2010 tein projektisuunnitelman. Sitä hiottiin vielä kesäkuussa ja samanaikaisesti tein jo tiedonhakuja ruokatorvisyövästä. Tiedonhakuja ja potilasohjeiden tekoa kesti pitkään kesästä 2010 kevääseen 2011. Kevään ja kesän 2011 aikana viimeistelin ohjeita ja tein niistä palautekyselyt. Lopullisten muutosten jälkeen ohjeet hyväksytetään ja ne laitetaan Internetiin syksyllä 2011. Prosessia hidastivat kesälomat. Kevään ja kesän 2011 aikana kirjoitin loppuraporttia. Projektin aikataulu on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. POTILASOHJeprojektin aikataulu

| Tehtävä | Ajankohta |
|---|---------------------------------|
| Aiheen suunnittelua ja ideointia | Syys- marraskuu 2009 |
| Potilasohjeisiin ja kirjallisuuteen tutustumista | Tammikuu 2010 |
| Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sähköisestä potilasohjauksesta | Helmikuu 2010 |
| Projektisuunnitelman tekeminen, projektityön kirjallisuuteen tutustuminen | Huhti- kesäkuu 2010 |
| Tiedonhakuja ruokatorvisyövästä | Huhti- marraskuu 2010 |
| Tiedonhakuja mahasyövästä | Joulu- helmikuu 2010–2011 |

| | |
|--|-----------------------------|
| Mahasyöpöpotilaiden ohjeen päivittäminen | Tammi- maaliskuu 2011 |
| Palautekyselylomakkeen tekeminen | Maaliskuu 2011 |
| Palautekysely mahasyöpöpotilaan ohjeesta osastolla 9 | Huhtikuu 2011 |
| Ruokatorvisyöpöpotilaan ohjeen tekeminen | Maalis- kesäkuu 2011 |
| Mahasyöpöpotilaan ohjeen palautekyselyn vastausten käsittely ja tarvittavien muutosten tekeminen | Touko- kesäkuu 2011 |
| Palautekysely ruokatorvisyöpöpotilaan ohjeesta osastolla 9 | Kesä- heinäkuu 2011 |
| Ruokatorvisyöpöpotilaan ohjeen palautekyselyn vastausten käsittely ja tarvittavien muutosten tekeminen | Heinäkuu 2011 |
| Projektiraportin kirjoittaminen | Huhti- heinäkuu 2011 |

3.6 Potilasohjeprojektin budjetti

Toteutin potilasohjeprojektin pääasiassa omalla ajalla, joten siitä ei tullut palkkakustannuksia. Tietokone ja Internet-liittymät olivat jo olemassa sekä kotona että töissä, joten niistä ei tullut lisäkustannuksia. Kirjallisuutta hain kirjastosta sekä Internetistä ilmaiseksi. Kevään 2010 sain käyttää 2 työpäivää projektin tekemiseen, jolloin Oys:lle tuli kustannuksia noin 250 euroa. Vaihdoin syksyllä työpaikkaa ja sen jälkeen tein projektia vain omalla ajallani. Ajan riittämiseksi tein opiskelun ohella vain osittaista työaika. Yksittäisiä tunteja projektissa avustamiseen kului projektiryhmän jäseniltä. Projektin markkinoinnista ei tullut kuluja.

4 POTILASOHJEPROJEKTIN ARVIOINTI

Projektityön laatua on arvioitava sekä lopputuloksen että tuotantoprosessin näkökulmasta. Jokaisella projektilla on sisällöllisiä, laadullisia, toteutuksellisia, taloudellisia sekä ajallisia tavoitteita. Tavoitteiden tärkeysjärjestys vaihtelee sen mukaan, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Aikataulujen ja kustannusarvioiden pitävyys ovat tärkeitä projektin tilaajalle. Käyttäjiä kiinnostavat työn tuloksena syntyvä tuote ja sen ominaisuudet. Projektiryhmällä saattaa puolestaan olla lopputuloksen toteutustapaan liittyviä päämääriä. (Ruuska 2006, 250–251.) Tämän projektin tilaajalle oli tärkeää, että Internetiin laitettavista ohjeista tulee laadukkaat ja näyttöön perustuvat. Koulun puolelta oli tarkat ohjeet opinnäytetyötä varten. Laadun varmistajina toimivat kehittämistehtäväni ohjaajat Eija Niemelä sekä Pirkko Sandelin.

4.1 Potilasohjeiden laadun arviointi

Potilasohjeista voidaan pyytää palautetta otantatutkimuksen piirteitä mukaillen. Otantatutkimus etenee vaiheittain ja sen jokaisessa vaiheessa kiinnitetään huomio johonkin tutkimuksen kannalta oleelliseen asiaan. Otantatutkimuksen vaiheita ovat tavoitteenmäärittely, joka sisältää perusjoukon määrittelyn, otantayksikön määrittelyn, otantamenetelmän valinta, otoskoon määrittely, otannan toteutuksen suunnittelu, otoksen poiminta, tilastoaineiston käsittely, tulosten tulkinta, tulosten kriittinen arviointi ja raportin kirjoittaminen (Holopainen & Pulkkinen 2003, 28).

Otantatutkimuksissa tarkastellaan osaa perusjoukosta. Tämä osajoukko, joka täyttää tietyt kriteerit, on nimeltään otos. Tärkeimpänä ominaisuutena on, että jokaisella perusjoukon otantayksiköllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi otokseen. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 27.) Potilasohjeita koskevissa palautekyselyissä perusjoukkoon kuuluivat kaikki hoitajat ja potilaat, jotka olivat potilasohjeisiin liittyvien aiheiden eli sairauksien kanssa tekemisissä Suomessa. Otos tutkimuksessa oli tietyllä aikavälillä osastolla yhdeksän työskentelevät hoitajat sekä hoidossa olleet mahasyöpä- tai ruokatorvisyöpäpotilaat.

Potilasohjeiden valmistuttua, niiden laatua arvioitiin palautelomakkeen avulla. Otantaan on tärkeä valita tiedonantajat, joilla on potilasohjeprojektin kannalta tärkeitä tietoja (Field & Morse 1985, 133). Tämän projektin kannalta oli tärkeää saada arviointitietoa potilasohjetta käyttäneiltä potilailta, sillä ohjeet on tarkoitettu heille avuksi toipua ja hoitaa itseään syöpäleikkauksen jälkeen par-

haalla mahdollisella tavalla. Arviointia oli tärkeää saada lisäksi osasto 9:n hoitajilta, sillä potilasohjeet on tarkoitettu heille tukimateriaaliksi heidän ohjatessaan potilaita osastolla. Potilaspalaute, joka perustuu osallistujien omaan kokemukseen, toimii usein parhaiten laadullista palautetta antavana seurantamenettelynä (Silfverberg 2007, 83–84).

Validiteetti on yleiskäsite, joka viittaa siihen, että kyselylomake mittaa juuri sitä asiaa, mitä sillä on tarkoitus arvioida. Tällöin haetaan vastauksia kysymyksiin, kuten miten oikeaa tietoa palautelomake antaa potilasohjeiden käytöstä sekä miten potilaiden ja hoitajien vastaukset vastaavat potilasohjeiden käyttöön liittyvää todellisuutta. Ideaalitulanteessa palautelomakkeen muuttujat mittaavat täsmälleen sitä, mitä pitikin mitata. Eli palautteen perusteella potilasohjeisiin tehdään korjauksia ja kehitetään niitä vieläkin paremmiksi. Reliabiliteetti on osa validiteettia. Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että palautekyselyjä pystytään toistamaan luotettavasti. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa tarkistetaan, ovatko satunnaiset tekijät vaikuttaneet tutkimuksen tuloksiin. Potilasohjeita arvioitaessa satunnaisia tekijöitä ovat esimerkiksi vastaajan taustatiedot, sillä potilaana olevalla lääkärillä on koulutuksensa puolesta enemmän tietoa sairauksista kuin maallikolla. Määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetti liittyy otokseen ja tutkimusmenetelmien valintaan. (Mittaaminen 2007.) Palautelomakkeen validiteettia paransin testaamalla lomakkeen ennen sen käyttöönottoa sekä käsittelemällä vastaukset huolellisesti. Palautelomakkeen reliabiliteettia paransi palautelomakkeeni (liite 1) yksinkertaisuus sekä se, että sama lomake suunniteltiin jo alun perin kaikille vastaajille huolimatta siitä, onko vastaaja henkilökuntaan kuuluva, potilas vai opiskelija.

Potilasohjeita oli kaksi, joista kummastakin pyysin erikseen palautetta eri ajankohtina. Kumpaakin ohjetta kohden vein osastolle yhdeksän 35 kappaletta palautelomakkeita. Otantaan kuuluivat siis kaikki maha- tai ruokatorvisyöpää sairastavat potilaat, jotka tuona aikana, kun palautelomake oli täytettävissä, olivat osastolla sekä koko osaston 9 henkilökunta.

Potilasohjeen tulee olla selkeä, asiallinen, ymmärrettävä ja toimiva (Torkkola ym. 2002, 11–14). Kyselylomakkeen käyttö nopeuttaa haastattelua, nopeuttaa saatujen vastausten käsittelyä ja tarkentaa tietojen tallentamista. Kun kyselylomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot, vastaukset tulevat yhdenmukaiseksi ja niiden käsittely nopeutuu. Lomakkeen tarkoituksena on myös minimoida vastaajan ponnistelut ja sen takia siihen valitaan valmiit vaihtoehdot. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä, sillä se huonontaa vastausten laatua. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 39.) Tavoitteenani oli mitata, ovatko potilasohjeeni selkeitä, asiallisia, ymmärrettäviä ja toimivia. Tiedot keräsin kyselylomakkeen avulla.

Palautelomakkeeni sisälsi neljää avointa kysymystä lukuun ottamatta valmiit vastausvaihtoehdot. Avointen kysymysten käsittely on hankalampaa kuin suljettujen. Monivalintakysymysten vaihtoehtojen on katettava kaikki mahdollisuudet ja vaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia. Kysymysten pitää olla yksiselitteisiä ja lyhyitä, eivätkä ne saa olla johdattelevia. Yhdessä kysymyksessä tulee selvittää vain yhtä asiaa kerrallaan. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 39–40.) Palautelomakkeen kysymysten vähyyttä perustelen mm. sillä, että hoitajat ovat usein kiireisiä, eivätkä työn ohessa ehtisi pitkiin kyselyihin vastata. Potilaat puolestaan ovat mahdollisesti toipumassa suuresta leikkauksesta, eivätkä voimavarat riitä monimutkaisten tai aikaa vievien palautelomakkeiden täyttämiseen.

Palautelomaketta varten selailin erilaisia kyselylomakkeita. Testasin palautelomaketta lähipiirissä ennen sen lopullista jakamista potilaille ja henkilökunnalle. Sekä mahasyöpöpotilaan että ruokatorvisyöpöpotilaan ohjeesta oli sama palautekyselylomake, lukuun ottamatta sairauden nimeä sekä päivämääriä.

Mahasyöpäleikkauksesta toipuvalle potilaalle tarkoitettu potilasohje oli osastolla 9 arvioitavana 8.-24.4.2011 välisen ajan eli kaksi viikkoa. Potilasohjeen arvioinnista tiedotettiin henkilökunnan kahvihuoneen seinällä ja osastotunnilla. Palautelomakkeen oli täyttänyt yhteensä seitsemän henkilöä, joista viisi hoitajaa ja kahdesta lomakkeesta puuttui vastaajan taustatieto. Monivalintakysymysten vastaukset ovat kuvattuna taulukossa 3. Jos rasti oli laitettu kahden laatua kuvaavan ominaisuuden väliin, laitoin puoli ääntä kumpaakin määrettä kohti.

TAULUKKO 3. PALAUTE MAHASYÖPÄLEIKKAUKSESTA TOIPUVALLE – POTILASOHJEESTA (N=7)

| Ohjeen osa-alue | Huono n | Tyydyttävä n | Hyvä n | Erinomainen n |
|--------------------|------------|-----------------|-----------|------------------|
| Selkeys | - | - | 4 | 3 |
| Ymmärrettävyys | - | 0,5 | 3,5 | 3 |
| Kuvat | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Fontti | - | - | 2 | 5 |
| Asettelu | - | - | 3 | 4 |
| Sisällön kattavuus | 0,5 | 1 | 3,5 | 2 |
| / osuvuus | | | | |
| Pituus | 1,5 | 0,5 | 5 | - |
| Tarpeellisuus | - | - | 1 | 6 |

Avoimiin kysymyksiin sain muutamia vastauksia. Palautteen perusteella ohjeessa oli tarpeetonta:

- liian pedantteja ruokaohjeita, (potilaat) alkavat sitten näpräämään turhaa, eivätkä uskalla syödä juuri mitään, pääosin normaali ruoka kuitenkin sopii
- mahalaukun syöpä sairautena, tarviiko enää tuota tietoa tullessaan sairaalaan / leikkaukseen
- ruoka-aineiden valinta ja ateria esimerkki

Ripuli/ummetus – osio, joka oli palautteen perusteella ollut sekava, poistui lopullisesta potilasohjeesta kokonaan.

Kysymykseen mitä asioita ohjeesta puuttui, en saanut yhtään vastausta. Kukaan ei ollut myöskään vastannut mitään kysymykseen: ”Mitä kohtaa ohjeesta et ymmärtänyt?”. Kohtaan: ”Muuta, mitä?” oli kommentoitu, että sanat `yksilöllisesti` ja `teidän` toistuvat useasti, sekä ehdotus laittaa kuvatekstit suomeksi. Lisäksi ripuli/ummetus- sekä tukipalvelu -osioiden oli koettu olevan hieman sekavia joltain osin. Monivalintakysymysten lomaan oli kommentoitu, että ohje on hyvä myös hoitohenkilökunnan perehdyttämisessä. Ohjeen sisältö arvioitiin myös liian yksityiskohtaiseksi ja pitkäksi. Palautteen antajat toivoivat myös lisää kuvia ohjeeseen. Palautteen perusteella kävin ohjeen vielä lävitse. Poistin kuvan mahasyöpäleikkauksesta kokonaan ja tein kuvia mahasyöpäleikkauksen periaatteista suomenkielisillä teksteillä. Luin potilasohjeen vielä tarkkaan läpi etsien siitä mahdollisia epäselviä kohtia. Mahasyöpäpotilaan ohjeesta saamiani palautteita käytin hyväksi laatiessani ohjeita ruokatorvisyöpäpotilaalle. Tämä saattoi osaltaan merkitä sitä, että sain ruokatorvisyöpää sairastaville tarkoitetusta potilasohjeesta parempaa palautetta kuin mahasyöpäpoti-

laalle tarkoitettusta ohjeesta.

Ruokatorvisyöpäleikatun potilaan ohje oli osastolla 9 arvioitavana 27.6.–10.7.2011 välisen ajan. Palautteita sain viideltä hoitajalta. Monivalintakysymysten vastaukset kuvaan taulukossa 4. Potilasohjeen sisällön kattavuus / osuvuus – kohtaan joku oli laittanut rastin sekä hyvä että erinomainen – kohtiin, joten laitoin puoli ääntä kumpaakin laadun kuvausta kohti.

TAULUKKO 4. PALAUTE RUOKATORVISYÖPÄLEIKKAUKSESTA TOIPUVALLE – POTILASOHJEESTA (N=5)

| Ohjeen osa-alue | Huono n | Tyydyttävä n | Hyvä n | Erinomainen n |
|---------------------------------|------------|-----------------|-----------|------------------|
| Selkeys | - | - | 2 | 3 |
| Ymmärrettävyys | - | - | 2 | 3 |
| Kuvat | - | - | 2 | 3 |
| Fontti | - | - | 3 | 2 |
| Asettelu | - | - | 2 | 3 |
| Sisällön kattavuus / osuvuus | - | - | 0,5 | 4,5 |
| Pituus | - | - | 5 | - |
| Tarpeellisuus | - | - | 1 | 4 |

Avointen kysymysten vastauksista ilmeni, että yksi vastaajista koki syöpäyhdistyksen esittelyn tarpeettomaksi ja epäili, että sellainen esite on jo olemassa. En kuitenkaan poistanut ohjeesta tätä kohtaa, sillä syöpäyhdistysten tuki on potilaille hyvin tärkeää. Yksi hoitaja toivoi ohjeeseen kuvaa paksusuolisiirteestä poistetun ruokatorven tilalla sekä kommenttia potilasohjeen kuvaan yksi, että kyse on ruokatorven osapoistosta. En koe tarpeelliseksi kuvaa paksusuolisiirteestä, koska asia on selitetty tekstissä, eikä kuva mielestäni selventäisi asiaa enempää. Potilasohjeen tekstistä selviää myös, että ruokatorvi voidaan poistaa joko osittain tai kokonaan, ja siksi kuva pätee sekä osa- että kokopoistoon. ”Mitä kohtaa ohjeesta et ymmärtänyt?” – kysymykseen yksi hoitaja oli vastannut, että sanaa sylkifisteli ei ehkä maallikko ymmärrä. Selvensin ohjeeseen asian yleiskielellä.

”Muuta, mitä?” – kohtaan yksi hoitaja oli kommentoinut ohjeen antaneen hänelle uutena hoitajana paljon lisätietoa ja näin myös varmasti hyödyttävän potilaita. Lisäksi joku vastaajista oli kirjoittanut, että ohje vaikutti aluksi todella pitkältä, mutta kun siihen oli tutustunut, kaikki asiat tuntuivat tarpeelliselta, eikä mitään voi jättää pois. Joku koki myös hyväksi, että ohjeessa on yhteystiedot esimerkiksi sosiaalihoitajalle ja sairaalapastorille. Hoitajat kokivat kuvien olevan erittäin selkeitä.

Potilasohjeiden asiasisällön hyväksyy lopullisesti Osastonylilääkäri Juha Saarnio ja kirjallisen muodon Pia Liljamo. Hän auttaa minua laittamaan ohjeet Oys:an ohjeiden mukaiseen muotoon, jotta niistä tuli yhdenmukaiset muiden Oys:an asiakirjojen kanssa. Tein projektiraportin kesällä, jolloin ihmiset lomailevat ja sen takia ohjeita ei ehditty laittaa Internetiin ennen raportin valmistumista. Syksyllä molemmat potilasohjeet löytyvät Oys:an eli Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin Internet-sivuilta. Ohjeet ovat raportissa liitteinä 2 ja 3. Ohjeita tullaan jatkossakin tarpeen mukaan päivittämään, joten ne eivät välttämättä ole enää juuri samassa muodossa kuin tässä projektiraportissa.

Projektin keston on oltava melko pitkä ennen kuin siitä kannattaa teettää ulkoinen arviointi. Alle kaksi vuotta kestävä projektin arviointi onnistuu parhaiten projektin seurantaan kuuluvana itsearviointina. (Silfverberg 2007, 43–44, 120–121.) Omasta projektista en tehnyt väliarviointia sen lyhyen keston takia. Suoritin itsearviointia koko projektin ajan ja sen tuotosten edetessä sekä pidin projektipäiväkirjaa. Itse tuotetta eli potilasohjeita arvioitiin palautelomakkeen avulla, osallistavana arviointina. Potilasohjeita arvioivat osaston 9 henkilökunta sekä potilaat, opiskelijatoverini Oulun seudun ammattikorkeakoulussa sekä muutkin projektiryhmän jäsenet. Potilailta toivoin enemmän palautetta, sillä ohje on suunnattu ensisijaisesti potilaille ja heiltä olisi saattanut tulla enemmän kritiikkiä kuin henkilökunnalta. Valitettavasti arviointini aikana potilaita ei osunut kovin montaa osastolle. Jatkossa potilasohjeiden ollessa käytössä, niistä voi pyytää palautetta ja päivittää ohjeita tarpeen mukaan.

Potilasohjeista selviää, mitä huomioitavaa potilaan terveydentilassa on leikkauksen jälkeen. En kuvannut ohjeessa ennen leikkausta tehtäviä valmisteluja, koska ohje oli tarkoitettu leikkauksen jälkeen potilaan terveydentilassa huomioitaviin asioihin. Aluksi kerron sairaudesta, mutta tarkoituksena on, että potilas ymmärtää, mistä leikkaus johtuu. Potilas voi myös lukea ohjetta Internetistä jo ennen osastolle tuloa, joten hän saa etukäteistietoa aiheesta. Potilasohjeissa on käsitelty sairautta, ravitsemusta leikkauksen jälkeen, kun anatomiset olosuhteet ovat muuttuneet, leikka-

uksesta johtuvaa kipua, leikkaushaavan hoitoa, leikkauksen jälkeistä kuntoutumista sekä syöpäpotilaan tukiasioita.

Kaikki potilaat eivät käytä Internetiä ja sen myötä siellä olevia potilasohjeita. Näille potilaille hoitajat tulostavat kirjallisia versioita osastolle. Jotta ohjeet tulevat aktiiviseen käyttöön, tiedotan niiden käyttöön otosta osastolla 9. Laitan tiedon potilasohjeiden sijainnista jakeluna kaikille osaston 9 hoitajille sähköpostitse ja pyydän kertomaan niistä myös osastotunnilla. Internetin käyttö ja tiedonhaku sieltä on lisääntynyt valtavasti ja todennäköisesti näitä potilasohjeita tulee lukemaan myös moni, josta emme tiedä ollenkaan. Pidän tärkeänä, että potilasohjeet tulevat aktiiviseen käyttöön.

4.2 Potilasohjeprojektin jatkokehitysaiehet

Jatkossa potilasohjeita on tehtävä kaikille Oys:n osastoilla hoidettaville potilasryhmille. Ohjeet on aiheellista laittaa myös Internetiin. Lisäksi tärkeää on tutkia Oys:an Internetissä olevien potilasohjeiden käyttöä. Osastonylilääkäri Juha Saarniolla on tavoitteena saada kotisivut gastroenterologisille sekä yleiskirurgisille potilasasioille. Niiden tarkoituksena on olla potilaan hoitoa tukeva työkalu. Kotisivuilta on tavoitteena löytyä tietoa eri osastoista, tietoa ja potilasohjeita eri leikkauksista, ohjeita terveyskeskuksille sekä yleislääkäreille, ravitsemukseen liittyviä ohjeita, syövän seuranta – käytännöt, linkkejä sekä palautteen anto mahdollisuus. Kotisivujen tekijän kannattaa haastatella muutamaa potilasta siitä, mitä toiveita heillä on kotisivujen suhteen. Samoin hän voi kysellä osastonhoitajien ja vastuulääkärien toiveita kotisivujen sisällöstä. Tekemäni potilasohjeet antavat toivottavasti sykäyksen, että tämä asia etenee.

Hoitotyön tutkimuksia on edelleen aika vähän. Hoitotyön tutkimuksia on tärkeää jatkossa tehdä esimerkiksi leikattujen syöpäpotilaiden ohjauksen tarpeesta. Hoitajien valmiuksia antaa laadukasta potilasohjausta voi myös tutkia. Suomessa on edelleen tehty vähän tutkimuksia sähköisestä potilasohjauksesta, joten siinä on hyvä vinkki opinnäytetyön aiheeksi.

5 POHDINTA

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tehdä näyttöön perustuvat potilasohjeet mahasyöpä- ja ruokatorvisyöpäleikatuille potilaille Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiriin (PPSHP) Internet-sivuille laitettavaksi. Tein opinnäytetyöni projektin muodossa. Olen erittäin tyytyväinen siihen, että klinisen asiantuntijan opinnoissa opinnäytetyö tehdään käytännön läheisesti. Opiskelijan tekemä työ säästää terveydenhuollon organisaation esimerkiksi sairaalaan resursseja. Opiskelijan tekemä työ ei jää turhaksi paperipinoksi, vaan se kehittää käytäntöjä työelämässä ja toivon mukaan jää elämään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Käytännönläheinen opinnäytetyö kehittää oppilaitoksen ja organisaatioiden välistä yhteistyötä.

Potilasohjeprojektini tuotteet ovat hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Kaikki potilaat, mutta erityisesti maha- ja ruokatorvisyöpäpotilaat tarvitsevat ohjausta leikkauksen jälkeen, koska leikkaus muuttaa ruoansulatuskanavan anatomiaa ja aiheuttaa muutoksia potilaan ruokailutottumuksiin. Leikkaus aiheuttaa lisäksi muutoksia potilaan terveyteen ja elämänlaatuun vaihtelevaksi ajaksi esimerkiksi kivun ja leikkaushaavan takia. Osastolla ollessaan potilaat saattavat olla vielä sopeutumisvaiheessa koko ajatukseen, että heillä on syöpä. Se aiheuttaa lisähaasteita potilaan ohjaukseen, sillä potilaan saattaa olla hankala keskittyä ohjaukseen ja muistaa kerrottuja asioita. On erittäin tärkeää, että on olemassa potilasohje, jossa kerrotaan, mitä mahdollisia seurauksia leikkaus aiheuttaa potilaan elämisen toimintoihin. On tärkeää, että potilas voi palata potilasohjeeseen vielä kotona tai tutustua siihen jo ennakoon. Mahasyöpäleikatun potilaan käytössä ollut potilasohje oli jo aika vanha, eikä sitä ollut kokonaisuudessaan päivitetty vuosiin. Potilaille jaettiin ohjetta, jossa oli vanhoja käytäntöjä, vanhoja hintoja ja päivittämätöntä tietoa. Lisäksi ohjeessa oli epäselvä kuva. Nyt ohje on ajan tasalla ja selkeämpi kuin vanha ohje. Lisäksi siinä on kuvia, jotka on itse piirretty, joten sen voi julkaista Internetissä. Potilasohjeprojektissa tuotin ohjeen myös leikatuille ruokatorvisyöpäpotilaille. Pidän tätä erittäin tärkeänä, koska aiemmin heille ei ollut potilasohjetta ollenkaan. Olen tyytyväinen potilasohjeisiin, mielestäni onnistuin niissä hyvin. Sain ohjeista hyvää palautetta myös käytännöstä hoitajilta.

Tein potilasprojektin ohjeet tilauksesta Oys:an Internet-sivuja varten. Ne hyödyttävät siis kaikkia, joita asia koskee ja jotka lukevat niitä Internetistä. Ohjeet palvelevat erittäin hyvin vuodeosaston 9 henkilökuntaa ja potilaita. Olen saanut palautetta, että näitä ohjeita on odotettu, jotta myös hoitajat saavat niistä tietoa itselleen ja pystyvät parempaan potilasohjaukseen. Ohjeiden käyttö poti-

lasohjauksessa parantaa potilasohjauksen laatua ja yhtenäistää sitä, mikä oli yhtenä tavoitteena projektia tehdessäni.

Näiden ohjeiden runkoa mukaillen voi jatkaa ohjeiden tekemistä muillekin leikkauspotilasryhmille. Monet tiedot ovat sellaisenaan sovellettavissa muillekin leikatuille potilaille esimerkiksi kivun hoidosta tai haavan hoidosta. Ohjeeseen voi lisätä yksityiskohtia eri potilaiden tarpeen mukaan. Syöpäpotilaalla korostuu tuen tarve, jota taas ihan eri tavalla tarvitsee esimerkiksi lonkkamurtuman takia leikattu potilas.

Opinnäytetyöni aihe on rajattu käsittelemään vain osastolla 9 hoidettavia mahasyöpä- ja ruokatorvisyöpäleikattuja potilaita. Rajaus oli onnistunut, sillä aikaa ei olisi riittänyt isompaan projektiin. Käytin potilasohjeprojektin toteuttamiseen paljon aikaa. Haastetta toi ajan riittävyys, koska opiskelin työn ohessa ja olen myös pienen lapsen äiti. Aikaa oli pääasiassa pieninä hetkinä kerrallaan, joten ajoittain minulla oli haasteellista saada tuona aikana jotain aikaiseksi. Usein kävi niin, että kun olin ajatellut tehdä projektityötäni ja keskityin työstettävään asiaan, työnteko piti lopettaa tai se keskeytyi jostain syystä. Potilasohje – projektin teossa meni enemmän aikaa, kuin olin suunnitellut.

Tämä projekti opetti minulle syvällisesti projektityön eri vaiheet ja niiden toteutuksen. Pystyn varmasti tulevaisuudessakin työskentelemään eri projekteissa osallisena. Projektin aikana opin etsimään ajantasaista tutkimustietoa, tarkastelemaan kriittisesti Internetistä löytyvää loputonta tietoutulvaa ja keskittymään oleelliseen. Eri hakusanoja ja hakusanojen yhdistelmiä on olemassa lukematon määrä. Tieteellisiä artikkeleita löytyy eri tietokannoista tietyillä yleisillä hakutermeillä. Oli haasteellista löytää oikeat hakusanat ja niiden yhdistelmät. Olin hieman yllättynyt siitä, että manuaalisella haulla löytyi erittäin ajantasaista tutkimustietoa. Edelleenkin ensimmäisenä, jos tarvitsen jostakin pikaisesti ”oikeaa” tietoa kuulopuheiden tueksi, katson ensimmäisenä hakupalvelin Googlesta. Potilasohjeprojekti opetti tekemään yhteistyötä kirjaston informaattikkojen kanssa sekä hyödyntämään muutenkin asiantuntijatietoa.

Potilasohjeita tehdessäni etsin aluksi tietoa ruokatorvisyöpäleikatun potilaan hoitotyöstä. Minulle selvisi kuitenkin pian, että leikatun potilaan hoitotyöstä on aika vähän tutkittua tietoa. Jouduin hieman muuttamaan suunnitelmiani ja hain tietoa esimerkiksi laittamalla artikkelitietokantaan hakusanaiksi pelkän ruokatorvisyöpä ja selaamalla kaikki otsikot, mitä hakutuloksista ilmeni. Tarkastelin tarkemmin sitten niiden tutkimusten tiivistelmät, joissa vaikutti olevan omaa työtäni koskevaa

tietoa. Aika monet tutkimuksista käsittelevät kirurgien eri leikkaustekniikoita tai syöpähoitoja. Kun tein hakua mahasyöpäpotilaan hoitotyöstä, aloin etsiä tietoa hakusanoilla gastric cancer / gastric neoplasms / neoplasms + surgery / operations + nursing. Näillä termeillä ei löytynyt yhtään tulosta, mutta kun laajensin hakua ja poistin nursing kokonaan, löytyi 73 viitettä.

Yllätyin siitä, että mahasyövästä on hyvin paljon tietoa ja tutkimuksia verrattuna ruokatorvisyöpään. Artikkelien ja kirjoitusten otsikoiden perusteella minulle selvisi hyvin nopeasti, oliko tutkimuksessa minun aiheeni kannalta hyödyllistä tietoa vai ei. Joskus unohduin lukemaan jotakin kiinnostavaa tekstiä, vaikka tiesin, ettei siitä ollut varsinaisesti omalle projektityölleni hyötyä. Mahalaukun- ja ruokatorvisyövän leikkauksiin liittyvä asiantuntijuuteni kasvoi paljon potilasohjeprojektia tehdessäni. Olen aina ollut hoitajana sellainen, että minulle ei riitä tieto, että joku asia tehdään tietyllä tavalla, vaan haluan tietää miksi asia tehdään tietyllä tavalla.

Potilasohjeiden anatomiaa koskevat kuvat piirsin itse, koska Internetistä ei löytynyt kuvia, joissa olisi ollut kopiointilupa. En ole koskaan ollut hyvä piirtämään ja sen takia kuvat eivät mielestäni ole kovin kauniita. Saamani palautteen perusteella ne ovat kuitenkin selkeitä ja ymmärrettäviä. Jos jatkossa teen potilasohjeita, pyydän apua ammattiopiirtäjältä. Potilasohjeista sain pettymykseni aika vähän palautetta potilailta ja henkilökunnalta. Hoitajilla on yleensä kiire työssä ja silloin ei välttämättä jää aikaa tutustua noin pitkään ohjeeseen työvuoron aikana. Hoitajat eivät luultavasti halua lukea ohjeita ruokatunnin aikana, koska se saattaa olla ainut hiljainen hetki päivän aikana. En osaa arvioida millä keinolla olisin saanut enemmän motivoitua hoitajia vastaamaan. Olisiko joku palkkio ollut liikaa?

Potilasohjeiden palautekyselyn lomakkeeseen olin tyytyväinen. Sain sillä juuri sellaista tietoa, mitä halusin, jotta pystyin parantamaan ohjeiden laatua entisestään. Lomake oli mielestäni lyhyt ja selkeä, enkä saanut esitestauksessa palautetta muuttaa sitä. Lomaketta voi helposti käyttää muidenkin potilasohjeiden palautekyselyissä ja kysely voitaisiin toistaa samaa kaavaketta käyttäen. Lomake oli myös eettisesti sovelias, sillä siinä ei kysytty muuta taustatietoa, kuin oliko vastaaja hoitaja, potilas, lääkäri vai opiskelija.

Hoitotyön kehittäminen näyttöön perustuvaksi edellyttää koko henkilöstön sitouttamista ja osallistamista (Häggman-Laitila 2009b, 12). Tässä potilasohjeprojektissa osaston 9 henkilökunta sai osallistua potilasohjeiden kehittämiseen antamalla palautetta ja korjausehdotuksia. Jatkossa kaikki hoitajat pystyvät käyttämään ohjeita työssään ja voivat kertoa niistä potilaille. Osasto 9 voi

jatkossa laittaa ajanvarauskirjeeseen potilaalle tiedon www-osoitteesta, josta potilasohje löytyy sekä suosituksen käydä tutustumassa siihen jo ennen leikkaukseen saapumista.

Projekti on työkokonaisuus. Sillä on selkeä alkamis- ja päättymisajankohta. Kun kaikki projekti-suunnitelmassa määritellyt tehtävät on suoritettu ja lopputulos on hyväksytysti otettu käyttöön käytännön hoitotyössä, projekti päättyy. (Ruuska 2006, 239, 249–250.) Laadin potilasohjeprojektin päättyessä tämän loppuraportin. Projekti onnistui mielestäni hyvin ja olen erittäin tyytyväinen tekemiini potilasohjeisiin sekä niistä saamaani palautteeseen.

LÄHTEET

Akuutin kivun hoito. Pohjois-pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Hakupäivä 17.7.2011.

http://www.ppshp.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime112.aspx

Ancona, E., Kaiser, A. & Lordick, F. 2011. Esophageal Cancer. Hakupäivä 5.6.2011.

http://www.startoncology.net/site/index.php?option=com_content&view=article&id=86%3Aesophageal-cancer&catid=44%3Aesophageal-cancer-cat&Itemid=53&lang=en

Arminen, S., Kallakorpi, S., Kotila, J., Martin, J., Nurminen, M., Rauta, S., Ritmala-Castrén, M. & Savolainen, T. 2008. Hakupäivä 21.11.2009.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/5_2008/ajankohtaiskirjoitus/kliininen_asiantuntijuus_organisaatio/

Castrén, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Tampere. Hakupäivä 18.2.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7519-1.pdf>

Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki. WSOY.

Erytysruokavaliot – opas ammattilaisille. 2009. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Vammala. Di-eettimedia Oy.

Field, P. & Morse, J. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki. Kirjayhtymä.

Gastrolab. 2010. Kysymyksiä ja vastauksia: Ruokatorvisyöpä. Hakupäivä 3.6.2011.

<http://www.gastrolab.net/welcomef.htm>

Halttunen, J., Kiviluoto, T., Kokkola, A., Puolakkainen, P. & Siren J. 2005. Mahasyövän kehittyvä kirurginen hoito. Suomen lääkärilehti 60 (23), 2583-2588.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki. WSOY

Hjerppe, A. & Seppänen, S. 2007. Infektoitunut haava – Antibiootti vai antimikrobinen paikallishoito. Haava 10 (3), 34-35.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2003. Tilastolliset menetelmät. WSOY. Vantaa.

Huhtinen, H. & Salminen, P. 2008. Maha-suolikanavan stentit. Duodecim 124 (12), 1411-1417.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 121 (16), 1769-1773. Hakupäivä 18.7.2011.
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=potilasohjaus

Häggman-Laitila, A. 2009a. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. Hoitotiede 21 (4), 243-258.

Häggman-Laitila, A. 2009b. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät - systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 2 (7), 4-12.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki. Kirjapaja Oy.

Jalonen, J. 2008. Tupakointi vs tupakoimattomuus ja postoperatiivinen haavan paraneminen. Hakupäivä 15.5.2011. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=haavanhoito

Jaromahum, J. & Fowler, S. 2010. Lived experiences of eating after esophagectomy: A phenomenological study. MEDSURG Nursing 19 (2), 96-100.

Juutilainen, V. 2007. Leikkaushaavan infektio – diagnostiikka ja riskitekijät. Haava 10 (3), 26-29.

Jylhä, V. 2007. Terveystieteiden verkkopalvelun tarjoamana tieto ja sen vaikutukset: asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Kuopio. Hakupäivä 12.2.2010.
<http://www.kampus.uku.fi/gradut/2007/3055.pdf>

Jääntti, M., ravitsemusterapeutti, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Vs: Potilasohjeet. Sähköpostiviesti xxxx.xxxx@xxxxxxx.xx 31.7.2011.

Kairaluoma, P. 2007. Fast track –kirurgian anestesiologiset periaatteet. Finnanest 40 (1), 34-39. Hakupäivä 17.7.2011. http://www.finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf

KASTE. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. 2010. Hakupäivä 10.5.2010. <http://www.vete.fi/index.html>

Kauppila, M. 2008. Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Haava 11 (3), 10-11.

Kiviluoto, T. & Kivilaakso, E. 2010. Mahalaukku ja pohjukaissuoli. Teoksessa PJ. Roberts & E. Alhava & K. Höckerstedt & A. Leppäniemi (toim.) Kirurgia. Porvoo. Duodecim, 392-416.

Kokkola, A., Ristämäki, R., Ristämäki, A. & Salminen, P. 2010. Mahasyövän muuttuva ennuste ja hoito. Duodecim 126(20), 2363-2371.

Krooninen alaraajahaava. Käypä Hoito. 2007. Hakupäivä 15.5.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00069>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Leikkaushaavan paraneminen. Haava 10 (3), 8.

Laato, M. & Kössi, J. 2010. Haavan paraneminen. Teoksessa Roberts, PJ., Alhava, E., Höckerstedt, K & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo. Duodecim, 48-56.

Laskimotukos ja keuhkoembolia. 2010. Käypä Hoito. Hakupäivä 15.5.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50022#s5>

Leskinen, S. 2008. Terveydenhuollon organisaatioiden verkkopalvelujen kehittäminen. Kuopio. Hakupäivä 17.2.2010. <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3656.pdf>

Lipponen, K. 2009. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO) –hanke. Hakupäivä 10.5.2010. http://www.vete.fi/Liitteet/VeTePO_liite.pdf

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Hakupäivä 17.7.2011. http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Luostarinen, M. 2010. Ruokatorvi. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K & Leppänen, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo. Duodecim, 366-391.

Mittaaminen. Hakupäivä 23.11.2010. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/mittaaminen.html>

Mustajoki, P. 2011. Refluksitauti (mahan sisällön nousu ruokatorveen). Hakupäivä 3.6.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00072

Nakamura, M., Kido, Y. & Egawa, T. 2008. Development of a 32-item scale to assess postoperative dysfunction after upper gastrointestinal cancer resection. Journal of Clinical Nursing 17, 1440-1449.

Nicklin, J., Kirby, D. & Blazeby, J. 2009. Gastrointestinal cancer: developing an information booklet for patients. Nursing Standard 23 (33), 35-40.

Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Hakupäivä 28.8.2011. <http://www.ppsph.fi>

Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri, Strategia vuosille 2010–2015. http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_strategia_2010-15.pdf hakupäivä 15.7.2011

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Gastroenterologinen ja endokrinologinen kirurginen osasto 9. 2010. Hakupäivä 16.7.2010.

http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime104/prime108.aspx

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry. 2011. Hakupäivä 6.8.2011. <http://www.pssy.org/>

Projectmanagement. Hakupäivä 16.9.2010.

http://managementhelp.org/plan_dec/project/project.htm

Pukki, T. 2007. Leikkaushaavan reunanekroosi. Haava 10 (3), 30-31.

Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektinhallinta: Mallit, työkalut, ihmiset. Vantaa. Talentum Media Oy.

Saarelma, O. 2010. Tietoa potilaalle: Leikkaushaavan tulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Hakupäivä 15.5.2011. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=haavanhoito

Saarnio, J., Dosentti, Osastonylilääkäri, PPSHP, OYS, Kirurgian klinikka. 2011. Keskustelu 4.5.2011.

Salo, P. terveystieteiden maisteri, Oulun yliopisto, luento 26.3.2007.

Schoonover, H. 2009. Barriers to Research Utilization Among Registered Nurses Practicing in a Community Hospital. Journal for nurses in staff development 25(4), 199-212. Hakupäivä 10.03.2010. <http://tinyurl.com/yjvzlub>

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki. Edita.

Suomen syöpärekisteri. 2011. Hakupäivä 22.5.2011.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Syöpätaudit. Novartis. Hakupäivä 12.12.2010.

http://www.novartis.fi/tietoa_terveydesta/fi_FI/syopataudit/

Tietoa syövästä. Syöpä yleistyy, hoitotulokset paranevat. Docrates. Hakupäivä 12.12.2010.

<http://www.docrates.com/tietoa-syovasta/>

Tilastokeskus. Internetin käytön yleistyminen pysähtyi. 2009. Hakupäivä 4.5.2010.

http://www.tilastokeskus.fi/til/sutivi/2009/sutivi_2009_2009-09-08_tie_001.html

Tolbert, V. & Johns, T. 2009. Factors influencing cancer survivors information seeking behaviors: A review of resource utilization among oncology patients. *Oncology Nursing Forum* 36 (3), 23.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi. Helsinki.

Tuuliranta, M. 2007. Milloin leikkaushaava on infektoitunut? *Haava* 10 (3), 24-25.

Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti. Suomi – Ruokatorvi. NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries. Hakupäivä 22.5.2011.

<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?cancer=60&country=246>

Verschuur, E., Steyerberg, E., Kuipers, E., Essink-bot, M., Tran, K., Van Der Gaast, A., Tilanus, H. & Sersema, P. 2006. Experiences and expectations of patients after oesophageal cancer surgery: an explorative study. *European Journal of Cancer Care* 15, 324-332.

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki. Suomen kuntaliitto. Hakupäivä 20.9.2010. <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p071005095633P.pdf>

Viklund, P. & Lagergren, J. 2007. A care pathway for patients with oesophageal cancer. *European Journal of Cancer Care* 16, 533-538.

Voutilainen, M. 2010. Barrettin ruokatorven täyhystyseuranta. *Duodecim* 126(5): 507–14

Vuorinen, E. 2008. Kivun mekanismit. *Haava* 11 (3), 8-9.

Wang D, Kong Y, Zhong B, Zhou X, Zhou Y. 2011. Fast-track surgery improves postoperative recovery in patients with gastric cancer: a randomized comparison with conventional postoperative care. Hakupäivä 17.7.2011. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/117/CN-00750117/frame.html>

Wantland, D. & Portillo, C. & Holzemer, W. & Slaughter, R. & McGhee, E. 2004. The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. San Francisco CA, USA. Hakupäivä 12.2.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1550624/?tool=pmcentrez>

LIITTEET

LIITE 1

Ohjeita mahasyöpäleikkauksesta toipuvalle -potilasohjeen arviointilomake

Vastaajan tausta (ympyröi oikea vaihtoehto)

hoitaja opiskelija potilas lääkäri muu: _____

Arvioi asteikolla 1-4 potilasohjeen eri osa-alueita. Rastita mielestäsi paras vaihtoehto.

1=huono 2=tyydyttävä 3=hyvä 4=erinomainen

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------|---|---|---|---|
| ohjeen selkeys | | | | |
| ohjeen ymmärrettävyys | | | | |
| ohjeen kuvat | | | | |
| ohjeen fontti | | | | |
| ohjeen asettelu | | | | |
| sisällön kattavuus / osuvuus | | | | |
| ohjeen pituus | | | | |
| ohjeen tarpeellisuus | | | | |

Vastaa omin sanoin, voit tarvittaessa jatkaa toiselle puolelle lomaketta.

Mitkä asiat ohjeessa olivat tarpeettomia?

Mitä asioita ohjeesta puuttui?

Mitä kohtaa ohjeesta et ymmärtänyt?

Muuta, mitä?

Kiitos palautteestasi!! Heli Anttila, YAMK-opiskelija, etunimi.sukunimi@ppshp.fi

OHJEITA MAHASYÖPÄLEIKKAUKSESTA
TOIPUVALLE

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| <u>LUKIJALLE</u> | 3 |
| <u>MAHALAUKUN SYÖPÄ SAIRAUTENA</u> | 3 |
| <u>RAVITSEMUS MAHASYÖPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN</u> | 6 |
| <u>LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN HOITO</u> | 7 |
| <u>LEIKKAUSHAAVAN HOITO</u> | 8 |
| <u>LIKKUMINEN</u> | 9 |
| <u>TUKIPALVELUT</u> | 11 |
| <u>LISÄTIETOA JA LINKKEJÄ</u> | 14 |

LUKIJALLE

Jokainen ihminen kokee sairastumisen syöpään yksilöllisesti. Sairaus saattaa herättää monenlaisia kysymyksiä, henkistä ja hengellistä hätää. Sairaus saattaa aiheuttaa muu-
toksia taloudelliseen tilanteeseen. On luonnollista, että mieliala vaihtelee. Erilaiset tun-
temukset omassa ruumiissa ja mielessä herättävät ajatuksia, joista on hyvä keskustella
jonkun kanssa. Teidän ei tarvitse jäädä yksin kysymysten ja ongelmien kanssa. Tämän
ohjeen tarkoituksena on auttaa teitä saamaan tarvitsemaanne tietoa ja tukea sairautenne
aikana.

MAHALAUKUN SYÖPÄ SAIRAUTENA

Esiintyvyys

Suomessa sairastuu mahalaukun syöpään noin 700 ihmistä vuosittain. Tautiin johtavat
syyt ovat moninaiset ja osin vielä tuntemattomat, mutta ympäristötekijöillä arvellaan
olevan keskeinen rooli mahasyövän synnyssä. Mahasyövän riski lisäävät tupakointi,
suolan runsas käyttö ja helicobakteerin aiheuttama tulehdus mahalaukun limakalvolla.
Pitkittyessään tämä tulehdus saattaa muokata mahalaukun limakalvoa niin, että se on
tervettä kudosta alttiimpi syöpään johtaville muutoksille.

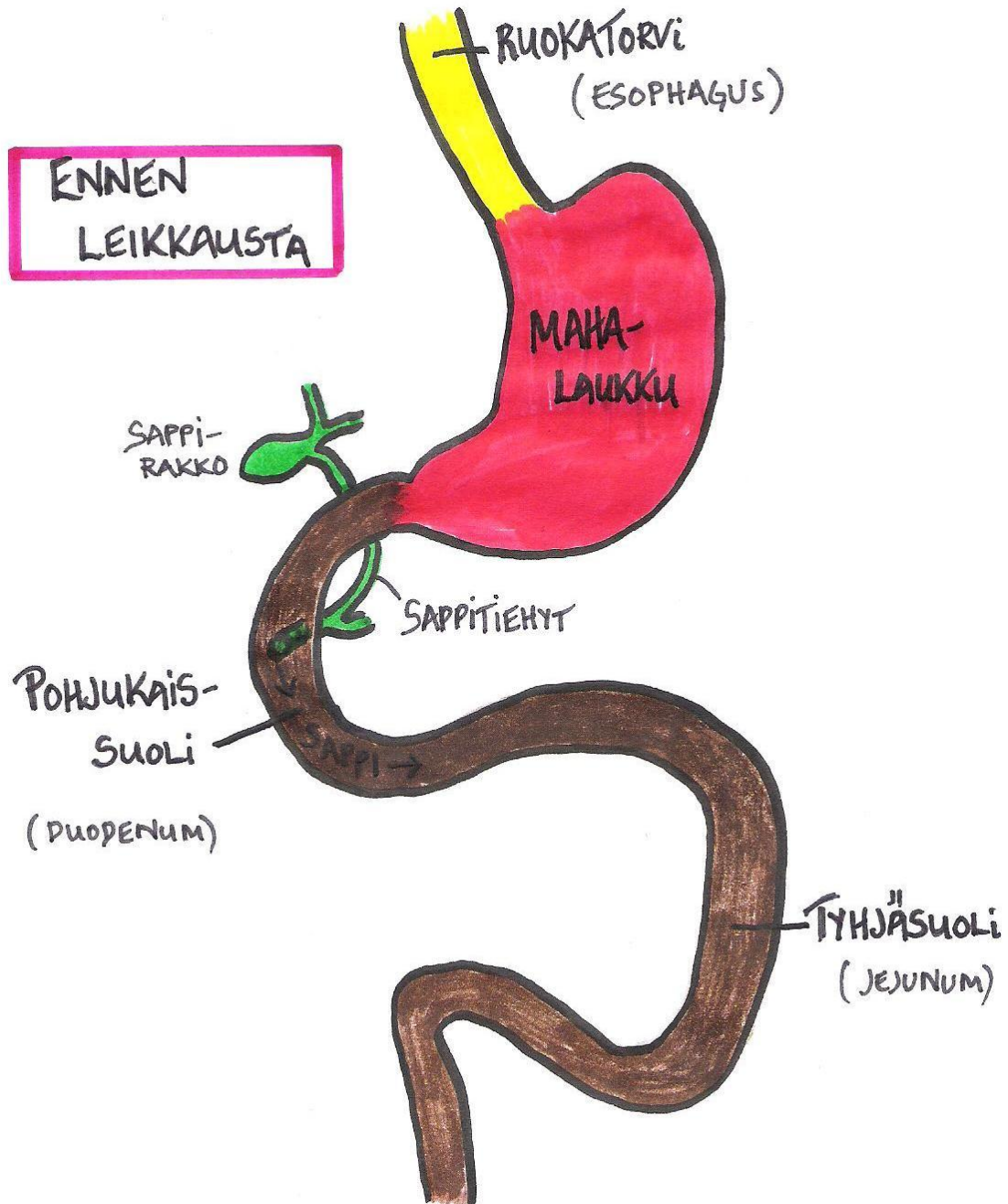
Oireet ja toteaminen

Mahasyövän tavallisia oireita ovat verenvuodot vatsan alueelta ja niiden aiheuttama
hemoglobiinin lasku, mahakivut, nopea täyttymisen tunne ja laihtuminen. Usein tauti on
pitkään oireeton. Diagnoosi varmistetaan mahalaukun täyhystyksessä otettavista koepa-
loista. Ennen leikkausta tehdään yleensä vatsan ja rintakehän tietokonekerroskuvaus
syövän levinneisyyden eli etäpesäkkeiden kartoittamiseksi.

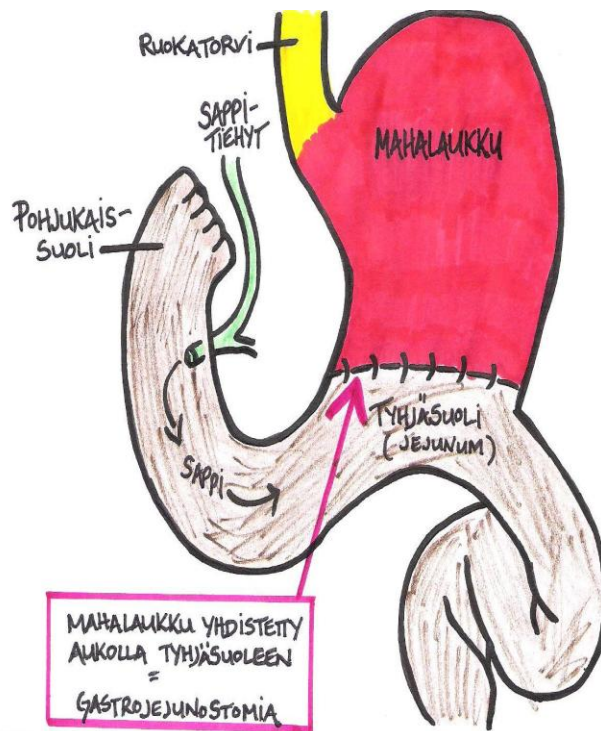
Hoito

Leikkaava kirurgi selittää teille operaation yksityiskohtaisesti ennen leikkausta. Ma-
hasyövän leikkauksessa poistetaan joko koko mahalaukku tai osa mahalaukusta sekä si-
tä ympäröivät imusolmukkeet. Koko mahalaukun poiston jälkeen teille tehdään maha-
laukun tilalle ohutsuoilesta säiliö. Kuvassa 1 kuvataan vatsan alueen normaali anatomia
ja kuvissa 2 ja 3 pelkistetyksi leikkauksen periaatteet.

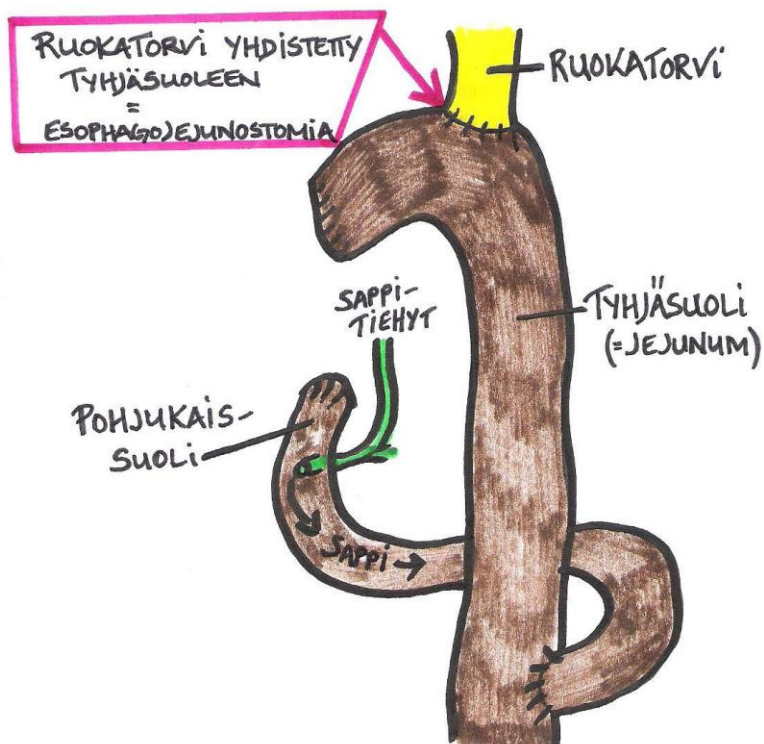
Mahasyöpää ei voi aina hoitaa leikkaushoidolla ja tällöin voidaan harkita syöpähoitoja solunsalpaajalääkitystä tai sädehoitoa käyttäen. Näitä käytetään myös lisähoitoina leikkausta täydentämässä. Suurimmalla osalla potilaista syöpälääkäreä konsultoidaan näiden lisähoitojen tarpeellisuudesta. Taudin ennuste on hyvin yksilöllinen. Mahasyövän hoidon suurin haaste on varhainen toteaminen.



Kuva 1. Anatomia ennen leikkausta.



Kuva 2. Osa mahalaukusta poistettu.



Kuva 3. Mahalaukku poistettu kokonaan.

Leikkauksesta toipuminen

Leikkauksesta toipuu kotikuntoiseksi yleensä 6-8 vuorokaudessa. Lääkäri määrää teille sairauslomaa noin kahdeksi kuukaudeksi ja tarvittaessa sitä jatketaan. Teidät kutsutaan kontrolliin kirurgian poliklinikalle 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Kontrollikäynnillä teiltä tutkitaan verikokeita ja käynte sekä kirurgin että ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Jatkokontrollit toteutetaan teidän sen hetkisestä voinnistanne riippuen joko terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Kudosnäytevastaus syövän laadusta valmistuu noin kolmen viikon sisällä leikkauksesta. Teidän terveydentilanne jatkoseuranta toteutetaan vointinne niin salliessa ensimmäisen kontrollin jälkeen terveyskeskuksessa 4 kuukauden välein kahteen vuoteen saakka ja sen jälkeen puolen vuoden välein viiteen vuoteen saakka leikkauksesta. Jos teillä ilmenee terveyskeskuseurannassa poikkeavia oireita, lääkärinne voi neuvotella hoidostanne mahakirurgin kanssa tai tehdä teille lähetteen erikoissairaanhoidon.

RAVITSEMUS MAHASYÖPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Mahalaukku huolehtii ravinnon vastaanotosta, varastoinnista, hienontamisesta ja sekoittamisesta. Tämän jälkeen ruoka siirtyy mahalaukusta pieninä annoksina ohutsuolen alkuosaan. Mahalaukun erittämä suolahappo edistää raudan, B12-vitamiinin ja kalsiumin imeytymistä. Mahalaukun poisto voi vaikeuttaa jonkin verran rasvan imeytymistä, etenkin ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä kuukausina. Jäljelle jäävä mahalaukun osa ja ohutsuoli sopeutuvat vähitellen leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen ja ravintoaineiden imeytyminen tehostuu. Jos mahalaukku poistetaan kokonaan tai lähes kokonaan, B12-vitamiini annetaan pistoksina lihakseen säännöllisin väliajoin. Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on turvata teille riittävä energian ja suojaravintoaineiden saanti sekä estää tai lieventää leikkauksen jälkeisiä ruoansulatuskanavan oireita.

Teidän ravitsemuksenne toteutetaan sairaalassa aluksi verisuoneen annettavalla neste-hoidolla. Saatte aloittaa syömisen varovasti pienillä annoksilla nestemäistä ravintoa yleensä ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksen jälkeen lääkärin ohjeen mukaan. Ruokavaliota monipuolistetaan vähitellen toipumisen edetessä. Leikkauksen jälkeinen toipuminen on aina yksilöllistä. Ravitsemusterapeutti käy tapaamassa teitä osastolla leikkauksen jälkeen ja antaa teille yksilölliset ohjeet ravitsemuksen toteuttamisesta. Lääkäri kirjoittaa teille B-todistuksen täydennysravintovalmisteita sekä B12-

vitamiinipistosta varten. Ruokailuun liittyvät ongelmat helpottavat yleensä muutaman kuukauden kuluttua leikkauksesta.

Ruokahaluttomuus / huono ruokahalu

Nälän tunne on usein heikentynyt leikkauksen jälkeen. Mikäli teillä on huono ruokahalu, on silti tarpeen syödä pieniä välipaloja muutaman tunnin välein, koska syömättömyys lisää huonoa oloa. Voitte myös lisätä ruokiin reilummin kermaa, rasvaa ja oman sietokykyenne mukaan sokeria sekä käyttää runsasrasvaisia elintarvikkeita. On tärkeää syödä mieluisia ja maistuvia ruokia, itselle sopivaan aikaan. Teidän kannattaa käyttää täydennysravintovalmisteita useammalla aterialla päivässä, pieninä annoksina kerrallaan. Apteekista saatavista ruokahalulääkkeistä ja ulkoilustakin on usein apua huonoon ruokahaluun.

Dumping-oireet

Ruoan nopea kulkeutumien ohutsuoleen voi aiheuttaa teille täyden olon tunnetta, hikoilua, heikotusta, huimausta, sydämentykytystä, pahoinvointia, röyhtäilyä tai ripulointia. Oireilu johtuu osittain verenkierrossa tapahtuvista muutoksista ja osittain verensokerin nopeista vaihteluista. Dumping ilmenee tavallisimmin aamuaterian jälkeen. Mikäli oireet tulevat 15 - 30 minuuttia aterian jälkeen, on kyseessä varhaisdumping. Myöhäisdumping ilmenee 2-3 tuntia syömisestä.

Oireiden vähentämiseksi teidän kannattaa pitää ruoka-annokset pieninä, käyttää aterialla nestettä säästeliäästi ja rajoittaa sokerin käyttöä. Kuitupitoinen ruoka hidastaa ruoan kulkua suolistossa ja tasoittaa sokereiden imeytymistä. Heti leikkauksen jälkeen on kuitenkin ruokavalion kuitumäärä pidettävä pienehkönä kuidun huonon sulavuuden takia. Dumping-oireiden lievennykseen voitte käyttää myös apteekista saatavia kuitulisiä lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeen mukaan.

LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN HOITO

Leikkaushaavalla on yleensä kipua leikkauksen jälkeen. Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä ja on tärkeää, että kerrotte aina kivusta hoitajalle. Tehokas kivun hoito auttaa teitä pääsemään ylös vuoteesta ja liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Anestesiaalääkäri suunnittelee leikkauksen jälkeisen kivun hoidon. Mahdollisuuksien

mukaan hän keskustelee teidän kanssanne eri kivunhoitovaihtoehdoista jo leikkausta edeltävänä päivänä. Kivun arvioinnissa mittarina käytetään niin sanottua VAS -asteikkoa. VAS- kipuasteikolla arvioidaan kipua luvuilla nolasta kymmeneen. Nolla tarkoittaa, ettei teillä ole kipua ollenkaan. Lukemat yhdestä kolmeen (1-3) tarkoittavat, että teillä on lievää kipua, neljästä kuuteen (4-6) kohtalaista kipua ja seitsemästä yhdeksään (7-9) voimakasta kipua. Lukema kymmenen (10) tarkoittaa, että teillä on kovin mahdollinen kipu. Kuvassa 4 on esimerkki kipumittarista. Jos teillä on haavakipua, pyytäkää lisää kipulääkettä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta se ei pääse pahenemaan liian kovaksi. Kivun hoitaminen on tärkeää, jotta toipumisenne voisi edistyä hyvin.

Ei kipua

Sietämätön kipu

| | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Kuva 4. Kipumittari

Tehokkaaseen kivunhoitoon saattaa joskus liittyä sivuvaikutuksia, jotka eivät ole vaarallisia ja joita voidaan lievittää. Tällaisia sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi väsymys, huihaus, pahoinvointi, ihon kutina, ja ummetus. Jos jokin lääke ei sovi teille sivuvaikutusten, yliherkkyyden tai jonkin muun syyn vuoksi, kertokaa siitä hoitohenkilökunnalle.

LEIKKAUSHAAVAN HOITO

Teidän leikkaushaavallenne asetetaan sidokset leikkaussalissa. Nämä sidokset saavat olla paikallaan 2 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä voitte suihkuttaa haavan kevyesti lämpimällä vedellä. Suihkun jälkeen kuivatkaa haava kevyesti painelemalla, jottei haavapinta rikkoudu. Mikäli haluatte, voitte peittää haavan puhtaalla siteellä, mutta se ei ole tarpeen, jos haava ei eritä. Jotta haava pysyisi puhtaanä, älkää käsitelkö sitä tarpeettomasti. Peskää kädet aina ennen ja jälkeen haavan koskettelun.

Teidän kannattaa seurata leikkaushaavan paranemista päivittäin. Mikäli haavan alueella esiintyy tulehduksen oireita kuten punoitusta, turvotusta, kuumotusta, kipua tai teille

nousee kuume, ottakaa yhteyttä ensisijaisesti omaan terveystieteeseen. Ompeleiden poistosta saatte ajan kotiutuessanne. Ompeleet poistetaan kotipaikkakuntanne terveystieteessä, jonne voitte itse varata ajan sairaanhoitajalle. Saunaan voitte mennä ompeleiden poiston jälkeen seuraavana päivänä.

Monipuolinen ruokavalio, riittävä lepo ja uni sekä ulkoilu edistävät haavan paranemista sekä leikkauksesta toipumista. Tupakoinnin on todettu hidastavan haavan paranemista. Jo lyhytaikaisella tupakoimattomuudella on todettu olevan etua haavan paranemisessa.

LIKKUMINEN

Hengitystekniikka

Nukutuksen, haavakivun ja vuodelevon takia hengitys on usein pinnallista leikkauksen jälkeen, joten hengitystänne on syytä tehostaa. Se tapahtuu parhaiten **palleahengityksen** avulla: Vetäkää ilmaa rauhallisesti sisään, jolloin vatsanne kohoaa ja puhaltakaa huuli-raon kautta ulos, jolloin vatsanne laskeutuu. Aloittakaa harjoittelu heti nukutuksesta herättyänne. Vetäkää 5-6 tehokasta sisäänhengitystä peräkkäin, useita kertoja päivässä.

Yskiminen

Leikkauksen jälkeen keuhkoihinne saattaa kertyä limaa tavallista runsaammin. Hengitysharjoitusten avulla saatte liman irtoamaan paremmin. Käyttäkää oikeaa yskimistekniikkaa: Hengittäkää sisään, jonka jälkeen yskäiskää kaksi peräkkäistä yskäisyä. Yskiminen onnistuu kivuttomammin, kun tuette haavaa joko tyynyllä tai käsin molemmilta puolilta.



Verenkiertoa vilkastuttavat liikkeet

Vuodelevossa verenkierto hidastuu. Verenkierron vilkastuttaminen on tarpeen heti leikkauksen jälkeen. Koukistakaa ja ojentakaa varpaita sekä nilkkoja 20 kertaa useasti päivässä. Samoin koukistakaa ja ojentakaa polvia. Näin ehkäisette ala-raajojen laskimotukoksia (veritulppia). Myös käsiä on syytä liikutella.

Vuoteesta nouseminen ja vuoteeseen meno

Oikealla tekniikalla, kyljen kautta vuoteesta nousu aiheuttaa vähiten kipua sekä rasitusta haavalle. Vetäkää polvet kou-



kuun ja kääntykää kyljellenne. Laskekaa jalat alas reunan yli ja työntäkää itsenne istumaan molemmin käsin. **Hengittäkää ulos** nousun aikana, jolloin vatsalihaksenne rentoutuvat ja kipu vähenee. Laskeutukaa takaisin vuoteeseen kyljelle käsien varassa uloshengityksen aikana. Nostakaa jalat sänkyyn ja kääntykää selin makuulle.

Kuntoutumisvaiheessa huomioitavia asioita

Lähtekää liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Vuodelepo kestää yleensä korkeintaan leikkauspäivän. Vuoteessa ollessa vaihtakaa asentoa useita kertoja päivässä ja liikuttakaa ylä- ja alaraajoja. Varhainen ylösnousu ja liikkeelle lähtö vähentää riskiänne saada leikkauksen jälkeisiä lisäongelmia kuten keuhkoveritulppa, hengitysteiden tulehdus, alaraajojen laskimotukos tai suolitukos. Varhainen ylösnousu leikkauksen jälkeen parantaa verenkiertoa, auttaa tehokkaaseen hengitykseen ja yskimiseen sekä edistää suolentoimintaa. Teille aloitetaan sairaalassa myös pienimolekyylinen hepariini – lääkitys laskimotukosten eli veritulppien ennaltaehkäisyyn. Se annetaan ihonalaisina pistoksina vatsan alueelle vähentämään veren hyytymiskykyä. Tämä lääkitys jatkuu yleensä jonkin aikaa myös kotiin pääsyn jälkeen. Saatte siitä henkilökohtaisen ohjauksen ja pistosopetuksen osastolla ennen kotiutumista. Pistämisen voi tarvittaessa toteuttaa myös omainen tai kotisairaanhoidaja.

Aluksi istumaan noustessa ja kävellessä saatatte tarvita hoitajan avustusta ja mahdollisesti apuvälineen liikkumiseen. Varokaa ainakin ensimmäisen kuukauden aikana leikkauksen jälkeen voimakkaita kierto- ja äkinäisiä liikkeitä sekä nostoja ja kantamisia. Aluksi ei kannata nostaa yli 2,5 kg:n painoisia tavaroita. Vuoteesta ylösnousu ja takaisin meno on syytä toteuttaa kylkimakuun kautta kuukauden ajan. Välttäkää seksiä 2-3 ensimmäisen viikon aikana. Varottavia työtehtäviä ovat esimerkiksi mattojen puistelu ja talvisin lumityöt. Liikuntalajeista on vältettävä raskaimpia lajeja kuten joukkuepelejä ja kuntosaliharjoittelua. Näiden asioiden huomioiminen on tärkeää, jotta haavan paraneminen tapahtuu suunnitellusti ja vältytte haavan arpityrältä, jossa mahasuolikanava pullistuu vatsanpeitteiden läpi huonosti paranneesta haavasta. Liikunta on syytä aloittaa heti, kun vointinne sen sallii. Kävely, sauvakävely sekä kuntopyöräily ovat suositeltuja liikuntamuotoja ensimmäisen kuukauden ajan. Pyrkikää liikkumaan päivittäin 1-2 kertaa, rauhalliseen tahtiin, kuntonne salliman ajan. Ulkona pyöräilemisen voitte aloittaa kuukauden kuluttua leikkauksesta. Uinti on sallittu sairauslomanne loputtua.

Välttää autolla ajoa 2-3 viikon ajan, koska vaaratilanteessa saattaa joutua tekemään äkkiliikkeitä tai epätoivottuja ponnisteluja.

TUKIPALVELUT

Osassa terveystieteiden keskuksista toimii nykyään erikseen nimetty syöpäsairaanhoitaja, jonka puoleen voi kääntyä monissa eri asioissa.

Henkinen tuki

Halutessanne keskustella tilanteestanne, voitte aina kääntyä osaston henkilökunnan puoleen. Osastolla järjestetään teille ja omaisillenne mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun lääkärin kanssa, jos niin haluatte. Lisäksi teillä on mahdollisuus keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrin kanssa. Ajanvaraus tapahtuu osaston hoitajien välityksellä. Sairaalasta pääsyn jälkeen voitte tarvittaessa ottaa yhteyttä terveystieteiden tai mielenterveystoimistoon.

Hengellinen tuki

Sairaalassa tapahtuva sielunhoitotyö on hengellistä ja henkistä auttamista, jota tehdään potilaiden, omaisten ja henkilökunnan keskuudessa. Työssä kunnioitetaan kunkin uskonnollista vakaumusta ja elämäntavomusta. Sairaalapastori on potilaita ja omaisia varten esimerkiksi, kun tarvitsette kuuntelijaa ja haluatte puhua jonkun kanssa, olette peloissanne tai masentunut, toivotte, että puolestanne rukoillaan tai kun haluatte viettää ehtoollista.

Sairaalapastori toimii evankelisluterilaisen kirkon lähettämänä työntekijänä sairaalassa. Sairaalapastorilla on ehdoton vaitiolovelvollisuus. Sairaalapastoreihin saatte yhteyden henkilökunnan välityksellä tai ottamalla itse yhteyttä. Osastomme sairaalapastorina toimii Juha Kyllönen, jonka puhelinnumero on (08) xxx xxxx tai xxx-xxx xxxx sekä sähköpostiosoite etunimi.sukunimi(at)evl.fi. Päivystävän sairaalapastorin tavoittaa ympäri vuorokauden numerosta xxx-xxx xxxx.

Pohjois-Suomen syöpäyhdistyksen antama tieto ja tuki

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys Ry:n yhtenä toiminta-ajatuksena on tukea ja neuvoa syöpään sairastuneita ja heidän läheisiään. Syöpäyhdistyksellä on toimistoja eri puolilla Pohjois-Suomea. Toimistoista saa tietoa, ohjausta ja henkistä tukea henkilökohtaisesti

varaamalla ajan neuvontahoitajan vastaanotolle tai puhelimitse. Toimistoista saa potilasoppaita ja muuta kirjallista materiaalia sekä tietoa myös syövän periytyvyydestä.

Syöpäyhdistys järjestää sopeutumisvalmennuskursseja, vertaisryhmiä ja yleisötilaisuuksia. Syöpäyhdistys kouluttaa ja välittää tukihenkilöitä syöpään sairastuneille sekä heidän läheisilleen. Tukihenkilöt ovat usein saman sairauden läpikäyneitä henkilöitä, koulutettuja tukihenkilötoimintaan ja he ovat vaitiolovelvollisia. Halutessanne teillä on mahdollisuus tukihenkilön tapaamiseen hoitajaksonne aikana tai myöhemmin asiaa harkittuunne. Syöpäyhdistys edistää terveyttä antamalla tietoa syövän ennaltaehkäisystä ja varhaisesta hoitamisesta ja syöpätaudeista, tutkimuksista ja – hoidosta.

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys Ry:n jäsenelle, joka on syöpätaudin vuoksi hoidettavana sairaalassa tai terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, maksetaan hoitopäiväkorkvausta 2 € hoitovuorokaudelta ja sitä on haettava 6 kk:n sisällä hoidon alkamisesta. Jäseneksi voi liittyä kuka tahansa.

Sosiaalinen tuki

Leikkauksen jälkeen osaston henkilökunta järjestää teille tapaamisen sosiaalityöntekijän kanssa. Lakisääteinen sosiaaliturva on suurelta osin sama kaikille potilasryhmille. Seuraavassa on lueteltuna pääkohtia tukipalveluista.

- **Sairausajan tuet:** Kela korvaa teille sairaanhoidosta aiheutuvia kustannuksia sekä maksaa sairauspäivärahaa ansiomenetyksen ajalta. Julkisen terveydenhoidon kustannuksia Kela ei korvaa.
- **Sairaanhoitokorvaukset** korvaavat osan yksityisen lääkärin tai hammaslääkärin kuluista näille määritellyn korvaustaksan mukaan sekä raskaudesta tai synnytyksestä aiheutuneita kustannuksia.
- **Lääkekorvauksia** Kela maksaa lääkärin määräämistä lääkkeistä, mutta Kelakorttia näyttämällä korvaus vähennetään lääkkeen hinnasta yleensä jo apteekissa.
- **Matkakorvaukset** korvaavat kuluja matkoista sairaanhoitoon ja kuntoutukseen.
- **Sairauspäiväraha** korvaa ansiomenetyksiä työkyvyttömyytenne ajalta. Sitä maksetaan omavastuuajan jälkeen, joka on yleensä sairastumispäivä ja seuraavat 9 arkipäivää. Jos saatte sairausajalta palkkaa, päiväraha maksetaan työnantajallenne. Osasairauspäivärahan tarkoitus on tukea pysymistäne työelämässä ja helpottaa paluutanne työhön työkyvyttömyydestänne huolimatta. Osasairauspäivärahan edellytyksenä on mm., että olette sopineet työn tekemisestä osa-aikaisesti työnantajanne kanssa. Voitte hakea työkyvyttömyyseläkettä Kelasta, kun olette saaneet sairauspäivärahaa enimmäisajan eli 300 arkipäivää ettekä pysty sairautenne takia palaamaan töihin.
- **Kuntoutus** voi olla avuksi, kun sairaus tai vamma uhkaa työkykyänne tai vaikeuttaa työskentelyänne ja toimintaanne. Syöpään sairastuneille on olemassa

lääkinnällistä ja tarpeen mukaan ammatillista kuntoutusta sekä erilaisia sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja.

- **Työterveyshuoltoon** on oikeus kaikilla työntekijöillä. Työnantaja voi halutessaan järjestää työterveyshuollon lisäksi sairaanhoitoa. Myös yrittäjä voi järjestää itselleen työterveyshuollon sekä yleislääkäritasoisen sairaanhoidon, jonka kustannuksista Kela maksaa yrittäjälle korvauksen.
- **Muut etuudet:** Sosiaalityöntekijä järjestää tarvittaessa kotihoitoa kunnastanne, jos teillä ei siihen aikaisemmin ole ollut tarvetta. Jos kuulutte jo kotihoidon piiriin, mutta tarvitsette sitä nyt useammin, voitte ottaa yhteyttä omaan kuntaanne. Maksu määräytyy palvelujen määrän ja tulojen mukaan.

Lisätietoja sosiaaliturvaan liittyvistä asioista saat osaston sosiaalityöntekijältä. Hän auttaa myös hakemusten tekemisessä. Osaston sosiaalityöntekijän puhelinnumero on (08) xxx xxxx.

LISÄTIETOA JA LINKKEJÄ

Mahasyövästä

<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/mahasyopa/>

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00862

Ravitsemuksesta

http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palvelut_aiheittain/terveys_ja_ravinto/ravitsemus_ja_elintarvikkeet/ravitsemus/index.html

<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/ravitsemusopas.pdf>

Ravitsemusterapeutti Merja Jäntti puh: 08 – xxx xxxx, sähköposti etunimi.sukunimi@ppshp.fi

Sielunhoidosta

Sairaalapastori Juha Kyllönen (puh. (08) xxx xxxx tai xxx-xxx xxxx, sähköposti: [etunimi.sukunimi\(at\)evl.fi](mailto:etunimi.sukunimi(at)evl.fi)). Päivystävä sairaalapastori ympäri vuorokauden numerosta xxx-xxx xxxx www.ppsHP.fi/sairaalasielunhoito

Pohjois-Suomen syöpäyhdistys: OULUN TOIMISTO, Rautatienkatu 22 B 13, 90100 Oulu, puh. 010 249 1100 (ma - pe 9.00 - 15.00): <http://www.pssy.org/>

Sosiaalisesta tuesta:

Kela: www.kela.fi

Osaston 9 sosiaalityöntekijän puhelinnumero on (08) xxx xxxx

Jos jää epäselvyyttä tai herää lisäkysymyksiä, voit ottaa yhteyttä:

Osasto 9

-puhelinnumero (08) xxx xxxx

-etunimi.sukunimi@ppshp.fi

OHJEITA

RUOKATORVISYÖPÄLEIKKAUKSESTA

TOIPUVALLE

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| <u>LUKIJALLE</u> | 3 |
| <u>RUOKATORVISYÖPÄ SAIRAUTENA</u> | 3 |
| <u>RAVITSEMUS RUOKATORVISYÖPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN</u> | 6 |
| <u>LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN HOITO</u> | 7 |
| <u>LEIKKAUSHAAVAN HOITO</u> | 8 |
| <u>LIKKUMINEN</u> | 9 |
| <u>TUKIPALVELUT</u> | 11 |
| <u>LISÄTIETOA JA LINKKEJÄ</u> | 14 |

LUKIJALLE

Tämä ohje on tarkoitettu teille, jolla on todettu ruokatorven syöpä ja olette tulossa tai jo tulleet osastolle leikkaushoitoa varten. Tämän ohjeen tarkoituksena on antaa teille tietoa lyhyesti ruokatorven syövästä, sen hoidosta ja leikkaushoidon jälkeen huomioitavista asioista. Jos joku asia jää teille epäselväksi tai herättää lisäkysymyksiä, voitte ottaa yhteyttä Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosaston 9 henkilökuntaan. Ohje on tehty yhteistyössä fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin kanssa, mutta he antavat teille lisäksi yksilölliset ohjeet osastolla olonne aikana. Osaston ylilääkäri on tarkastanut ohjeen asiasisällön. Tämä ohje perustuu osaston 9 käytäntöihin. Ohje toimii tietopakettina myös muille asiasta kiinnostuneelle.

RUOKATORVISYÖPÄ SAIRAUTENA

Esiintyvyys

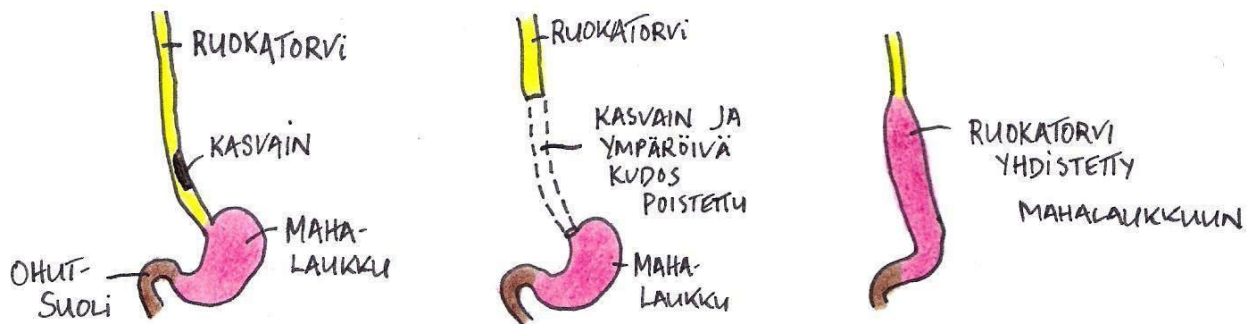
Ruokatorvisyöpä on aika harvinainen ja yleensä iäkkäämpien ihmisten sairaus. Suomessa todetaan nykyisin noin 200 ruokatorvisyöpää vuodessa, miehillä useammin kuin naisilla. Maailmassa ruokatorvisyövän esiintyvyys vaihtelee runsaasti. Ruokatorvessa esiintyy monia tyyppiltään erilaisia pahanlaatuisia kasvaimia, joista yleisimmät ovat levyepiteeli- ja adenokarsinooma. Kaikkia ruokatorven syöpään johtavia syitä ei tunneta, mutta riskiä sairastua lisää tupakointi, runsas alkoholin käyttö, ylipaino, refluksitauti ja ruokatorven alueen vammat. Refluksitaudissa mahan sisältöä nousee toistuvasti takaisin ruokatorveen ja yleensä se aiheuttaa närästyksiä. Joskus ihmiselle saattaa syntyä ruokatorveen alueita, joita peittää mahakalvon tyyppinen limakalvo. Tällaista limakalvoa kutsutaan Barretin ruokatorveksi ja pahanlaatuinen kasvain saattaa saada siitä alkunsa.

Oireet ja toteaminen

Tavallisin ruokatorvisyövän aiheuttama oire potilaalle on nielemisvaikeus. Erityisesti kiinteän ruoan kulku vaikeutuu. Muita oireita ovat äänenkäheys, rinta- ja ylävatsakipu, nielemiskipu, verenvuoto, laihtuminen ja yleiskunnon huononeminen. Ruokatorvisyövän paikannus ja syöpäkasvaimen solutyypin saadaan tähyttämällä. Yleisesti ennen leikkausta tehdään vartalon tietokonekerroskuvaus (CT) levinneisyyden eli etäpesäkkeiden kartoittamiseksi.

Hoito

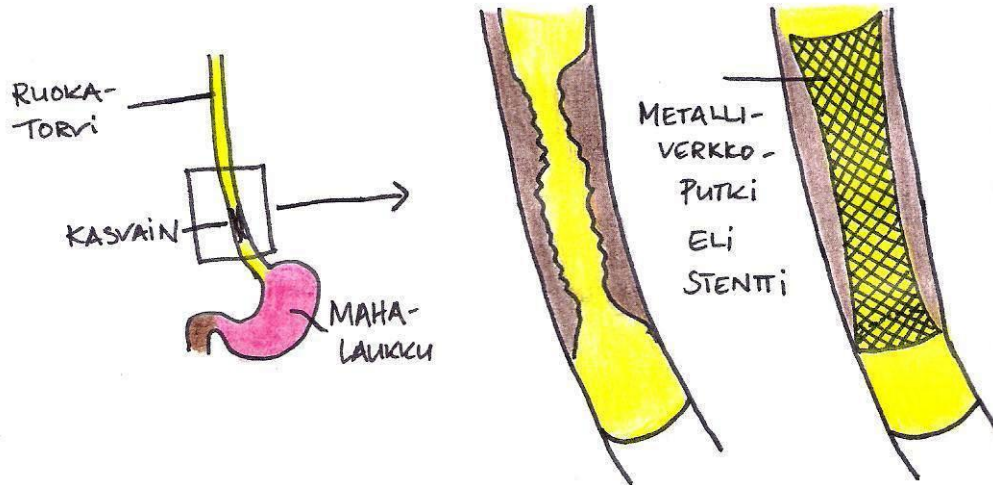
Leikkaava kirurgi selittää teille operaation yksityiskohtaisesti ennen leikkausta. Ruokatorvisyöpään on olemassa erilaisia leikkausvaihtoehtoja. Ruokatorvisyövän perusteellinen poistoleikkaus eli radikaalileikkaus käsittää ruokatorven osa- tai kokopoiston kasvaimen sijainnista riippuen. Lisäksi poistetaan imusolmukkeita rintakehän ja ylävatsan alueelta. Jäljelle jäänyt ruokatorven pää yhdistetään tavallisesti rintaonteloon tai kaulalle vedettyyn mahalaukkuun. Liitos voidaan tehdä rintakehän sisällä tai erillisestä kaula-avauksesta. Jos mahalaukku ei voida liittää suoraan, on mahdollista siirtää paksusuolta korvaamaan ruokatorvi. Teille jää tällöin kaulalle aukko, jonka kautta ohjataan suussa erittyvä sylki erilliseen pussiin muutaman päivän ajan. Aukko suljetaan, kunhan on todettu, että paksusuolesta rakennetussa ruokatorvessa on toimiva verenkierto. Ruokatorvisyövän leikkaus suunnitellaan ja tehdään aina yksilöllisesti ja lääkäri kertoo juuri teidän leikkaukseenne vaikuttavat asiat. Kuvassa 1 näytetään karkeasti leikkauksen periaatteet.



Kuva 1. Ruokatorven kasvain sekä ympäröivä kudos poistettu ja jäljelle jäänyt osa yhdistetty mahalaukkuun.

Ruokatorvisyöpää ei voi aina hoitaa leikkaushoidolla ja tällöin voidaan harkita jatkohoitoa solunsalpaajalääkitystä tai sädehoitoa käyttäen. Näitä käytetään myös lisähoitoina leikkausta täydentämässä. Suurimmalla osalla potilaista syöpälääkäreitä konsultoidaan näiden lisähoitojen tarpeellisuudesta. Taudin ennuste on hyvin yksilöllinen. Jos ruokatorvi on ahtautunut kasvaimen vuoksi niin, että se hankaloittaa

syömistä ja juomista, mutta kasvainta ei voida poistaa leikkaamalla, voidaan ahtaumakohtaa laajentaa tai laittaa siihen laajentava stentti eli metalliverkkoputki (kuva 2) ravitsemuksen turvaamiseksi.



Kuva 2. Stentti eli metalliverkkoputki paikalleen asennettuna.

Toipuminen

Leikkauksesta toipuu kotikuntoiseksi yleensä 6-8 vuorokaudessa. Lääkäri määrää teille sairauslomaa noin kahdeksi kuukaudeksi ja tarvittaessa sitä jatketaan. Teidät kutsutaan kontrolliin kirurgian poliklinikalle 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Kontrollikäynnillä teiltä tutkitaan verikokeita ja käynte sekä kirurgin että ravitsemusterapeutin vastaanotoilla. Jatkokontrollit toteutetaan teidän sen hetkisestä voinnistanne riippuen joko terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Kudoksenäytevastaus syövän laadusta valmistuu noin kolmen viikon kuluessa leikkauksesta. Teidän terveydentilanne jatkoseuranta toteutetaan vointinne niin salliessa ensimmäisen kontrollin jälkeen terveyskeskuksessa 4 kuukauden välein kahteen vuoteen saakka ja sen jälkeen puolen vuoden välein viiteen vuoteen saakka leikkauksesta. Jos teillä ilmenee terveyskeskuseurannassa poikkeavia oireita, lääkärinne voi neuvotella hoidostanne mahakirurgin kanssa tai tehdä teille lähetteen erikoissairaanhoidon.

RAVITSEMUS RUOKATORVISYÖPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Ruokatorven tärkein tehtävä on kuljettaa ruoka ja juoma suusta mahalaukkuun. Toisena tehtävänä on estää mahanesteen takaisinvirtaus, mutta samalla sallia riittävä röyhtäily paineen tasaamiseksi. Leikkauksen jälkeen teidän ravitsemukseenne toteutetaan sairaalassa aluksi verisuoneen annettavalla nestehoidolla. Lisäksi teille on saatettu asentaa leikkauksen yhteydessä jejunostooma eli iholta vatsanpeitteiden läpi ohutsuoleen menevä avanne. Avanteeseen asennetaan letku, jonka kautta teille annetaan nestemäistä ravintoliuosta. Letku poistetaan kotiinlähtöpäivänä tai jatkohoitopaikassa, kun ruokailunne onnistuu jo hyvin. Avanne umpeutuu letkun poiston jälkeen itsestään. Saatte aloittaa syömisen varovasti pienillä annoksilla nestemäistä ravintoa yleensä toisena tai kolmantena päivänä leikkauksen jälkeen lääkärin ohjeen mukaan. Leikkaussaumojen pitävyys voidaan testata röntgenkuvauksella. Saatte osastolla nestemäistä ruokaa noin viikon ajan, jonka jälkeen voitte vähitellen siirtyä pehmeään ruokavalioon. Yleensä noin 2 viikon kuluttua leikkauksesta voitte aloittaa normaalin kiinteän ruoan syömisen. Lääkkeet on otettava jauhattuna tai nestemäisessä muodossa kahden viikon ajan leikkauksen jälkeen.

Leikkauksen jälkeinen toipuminen on aina yksilöllistä ja voitte itse edistää sitä ravitsemuksen keinoin. On tärkeää syödä hyvin, jotta saatte tarpeeksi voimaa toipumiseen ja ehkäisette laihtumista. Ravitsemusterapeutti käy tapaamassa teitä osastolla leikkauksen jälkeen ja antaa teille yksilölliset ohjeet ravitsemuksen toteuttamisesta. Lääkäri kirjoittaa teille tarvittaessa B-todistuksen täydennysravintovalmisteiden korvausta varten.

Nielemisvaikeudet

Helposti nieltävät ruoat ovat hyytelömäisiä, sosemaisista tai sakearakenteisista nesteistä kuten esimerkiksi sosekeitto, jogurtti, piimä, pirtelö, kiisseli, rahka ja vanukas. Kokkareet, kuiva, tahmea tai sitkeä ruoka hankaloittavat nielemistä. Pureskelkaa kiinteät ruokapalat huolellisesti, sillä se lisää syljeneritystä ja nieleminen helpottuu. Nielemisen kannalta helpointa on kylmä tai huoneenlämpöinen ruoka. Kokeilemalla selviää, minkälainen ruoka on teille helpointa nieltävää. Syökää pieniä aterioita useita kertoja päivässä ja pitäkää ravitsevia välipaloja helposti saatavilla. Varatkaa ruokailuun riittävästi aikaa.

Ruokahaluttomuus / huono ruokahalu

Nälän tunne on usein heikentynyt leikkauksen jälkeen. Mikäli teillä on huono ruokahalu, on silti tarpeen syödä pieniä välipaloja muutaman tunnin välein, koska syömättömyys lisää huonoa oloa. Voitte myös lisätä ruokiin reilummin kermaa, rasvaa ja sokeria sekä käyttää runsasrasvaisia elintarvikkeita. On tärkeää syödä mieluisia ja maistuvia ruokia teille itselle sopivaan aikaan. Teidän kannattaa käyttää täydennysravintovalmisteita useammalla aterialla päivässä, pieninä annoksina kerrallaan. Apteekista saatavista ruokahalulääkkeistä ja ulkoilustakin on usein apua huonoon ruokahaluun.

Stentti

Jos teille on laitettu stentti eli metalliverkkoputki ruokatorveen, voitte syödä pehmeärakenteista, kiinteää ruokaa, mutta karkeita ja sitkeärakenteisia ruoka-aineita kannattaa välttää. Teidän tulee pureskella ruoka hyvin ja huuhdella suupalat pienellä nestemäärällä, sillä ruokatorven aaltomainen liike, joka ohjaa ruokaa eteenpäin, on huonontunut stentistä johtuen. Ruoan takaisinvirtauksen ehkäisemiseksi teidän on hyvä levätä aterian jälkeen noin 15 minuuttia kohoasennossa.

LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUN HOITO

Leikkaushaavalla on yleensä kipua leikkauksen jälkeen. Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä ja on tärkeää, että kerrotte aina kivusta hoitajalle. Tehokas kivun hoito auttaa teitä pääsemään ylös vuoteesta ja liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Anestesiaalääkäri suunnittelee leikkauksen jälkeisen kivun hoidon. Mahdollisuuksien mukaan hän keskustelee teidän kanssanne eri kivunhoitovaihtoehdoista jo leikkausta edeltävänä päivänä. Kivun arvioinnissa mittarina käytetään niin sanottua VAS - asteikkoa. VAS- kipuasteikolla arvioidaan kipua luvuilla nollasta kymmeneen. Nolla tarkoittaa, ettei teillä ole kipua ollenkaan. Lukemat yhdestä kolmeen (1-3) tarkoittavat, että teillä on lievää kipua, neljästä kuuteen (4-6) kohtalaista kipua ja seitsemästä yhdeksään (7-9) voimakasta kipua. Lukema kymmenen (10) tarkoittaa, että teillä on kovin mahdollinen kipu. Kuvassa 3 on esimerkki kipumittarista. Jos teillä on haavakipua, pyytäkää lisää kipulääkettä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta se ei pääse pahenemaan liian kovaksi. Kivun hoitaminen on tärkeää, jotta toipumisenne voisi edistyä hyvin.

Ei kipua

Sietämätön kipu

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Kuva 3. Kipumittari.

Tehokkaaseen kivunhoitoon saattaa joskus liittyä sivuvaikutuksia, jotka eivät ole vaarallisia ja joita voidaan lievittää. Tällaisia sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi väsymys, huimaus, pahoinvointi, ihon kutina, ja ummetus. Jos jokin lääke ei sovi teille sivuvaikutusten, yliherkkyyden tai jonkin muun syyn vuoksi, kertokaa siitä hoitohenkilökunnalle.

LEIKKAUSHAAVAN HOITO

Teidän leikkaushaavallenne asetetaan sidokset leikkaussalissa. Nämä sidokset saavat olla paikallaan 2 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä voitte suihkuttaa haavan kevyesti lämpimällä vedellä. Suihkun jälkeen kuivatkaa haava kevyesti painelemalla, jottei haavapinta rikkoudu. Mikäli haluatte, voitte peittää haavan puhtaalla siteellä, mutta se ei ole tarpeen, jos haava ei eritä. Jotta haava pysyisi puhtaana, älkää käsitelkö sitä tarpeettomasti. Peskää kädet aina ennen ja jälkeen haavan koskettelun.

Teidän kannattaa seurata leikkaushaavanne paranemista päivittäin. Mikäli haavan alueella esiintyy tulehduksen oireita kuten punoitusta, turvotusta, kuumotusta, kipua tai teille nousee kuume, ottakaa yhteyttä ensisijaisesti omaan terveyskeskukseenne. Ompeleiden poistosta saatte ajan kotiutuessanne. Ompeleet poistetaan kotipaikkakuntanne terveyskeskuksessa, jonne voitte itse varata ajan sairaanhoitajalle. Saunaan voitte mennä ompeleiden poiston jälkeen seuraavana päivänä.

Monipuolinen ruokavalio, riittävä lepo ja uni sekä ulkoilu edistävät haavan paranemista sekä leikkauksesta toipumista. Tupakoinnin on todettu hidastavan haavan paranemista. Jo lyhytaikaisella tupakoimattomuudella on todettu olevan etua haavan paranemisessa.

LIKKUMINEN

Hengitystekniikka

Nukutuksen, haavakivun ja vuodelevon takia hengitys on usein pinnallista leikkauksen jälkeen, joten hengitystänne on syytä tehostaa. Se tapahtuu parhaiten **palleahengityksen** avulla: Vetäkää ilmaa rauhallisesti sisään, jolloin vatsanne kohoaa ja puhaltakaa huuliraon kautta ulos, jolloin vatsanne laskeutuu. Aloittakaa harjoittelu heti nukutuksesta herättyänne. Vetäkää 5-6 tehokasta sisäänhengitystä peräkkäin, useita kertoja päivässä.

Yskiminen

Leikkauksen jälkeen keuhkoihinne saattaa kertyä limaa tavallista runsaammin. Hengitysharjoitusten avulla saatte liman irtoamaan paremmin. Käyttäkää oikeaa yskimistekniikkaa: Hengittäkää sisään, jonka jälkeen yskäiskää kaksi peräkkäistä yskäisyä. Yskiminen onnistuu kivuttomammin, kun tuette haavaa joko tyynyllä tai käsin molemmilta puolilta.



Verenkiertoa vilkastuttavat liikkeet

Vuodelevossa verenkierto hidastuu. Verenkierron vilkastuttaminen on tarpeen heti leikkauksen jälkeen. Koukistakaa ja ojentakaa varpaita sekä nilkkoja 20 kertaa useasti päivässä. Samoin koukistakaa ja ojentakaa polvia. Näin ehkäisette ala-raajojen laskimotukoksia (veritulppia). Myös käsiä on syytä liikutella.

Vuoteesta nouseminen ja vuoteeseen meno

Oikealla tekniikalla, kyljen kautta vuoteesta nousu aiheuttaa vähiten kipua sekä rasitusta haavalle. Vetäkää polvet koukkuun ja kääntykää kyljellenne. Laskekaa jalat alas reunan yli ja työntäkää itsenne istumaan molemmin käsin. **Hengittäkää ulos** nousun aikana, jolloin



vatsalihaksenne rentoutuvat ja kipu vähenee. Laskeutukaa takaisin vuoteeseen kyljelle käsien varassa uloshengityksen aikana. Nostakaa jalat sänkyyn ja kääntykää selin makuulle.

Kuntoutumisvaiheessa huomioitavia asioita

Lähtekää liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Vuodelepo kestää yleensä korkeintaan leikkauspäivän. Vuoteessa ollessa vaihtakaa asentoa useita kertoja päivässä ja liikuttakaa ylä- ja alaraajoja. Varhainen ylösnousu ja liikkeelle lähtö vähentää riskiänne saada leikkauksen jälkeisiä lisäongelmia kuten keuhkoveritulppa, hengitysteiden tulehdus, alaraajojen laskimotukos tai suolitukos. Varhainen ylösnousu leikkauksen jälkeen parantaa verenkiertoa, auttaa tehokkaaseen hengitykseen ja yskimiseen sekä edistää suolentoimintaa. Teille aloitetaan sairaalassa myös pienimolekyylinen hepariini – lääkitys laskimotukosten eli veritulppien ennaltaehkäisyyn. Se annetaan ihonalaisina pistoksina vatsan alueelle vähentämään veren hyytymiskykyä. Tämä lääkitys jatkuu yleensä jonkin aikaa myös kotiin pääsyn jälkeen. Saatte siitä henkilökohtaisen ohjauksen ja pistosopetuksen osastolla ennen kotiutumista. Pistämisen voi tarvittaessa toteuttaa myös omainen tai kotisairaanhoidaja.

Aluksi istumaan noustessa ja kävellessä saatatte tarvita hoitajan avustusta ja mahdollisesti apuvälineen liikkumiseen. Varokaa ainakin ensimmäisen kuukauden aikana leikkauksen jälkeen voimakkaita kiertoliikkeitä, äkkinäisiä liikkeitä sekä nostoja ja kantamisia. Aluksi ei kannata nostaa yli 2,5 kg:n painoisia tavaroita. Vuoteesta ylösnousu ja takaisin meno on syytä toteuttaa kylkimakuun kautta kuukauden ajan. Välttäkää seksiä 2-3 ensimmäisen viikon aikana. Varottavia työtehtäviä ovat esimerkiksi mattojen puistelu ja talvisin lumityöt. Liikuntalajeista on vältettävä raskaimpia lajeja kuten joukkuepelejä ja kuntosaliharjoittelua. Näiden asioiden huomioiminen on tärkeää, jotta haavan paraneminen tapahtuu suunnitellusti ja välttytte haavan arpityrältä, jossa mahasuolikanava pullistuu vatsanpeitteiden läpi huonosti paranneesta haavasta. Liikunta on syytä aloittaa heti, kun vointinne sen sallii. Kävely, sauvakävely sekä kuntopyöräily ovat suositeltuja liikuntamuotoja ensimmäisen kuukauden ajan. Pyrkikää liikkumaan päivittäin 1-2 kertaa, rauhalliseen tahtiin, kuntonne salliman ajan. Ulkona pyöräilemisen voitte aloittaa kuukauden kuluttua leikkauksesta. Uinti on sallittu sairauslomanne loputtua. Välttäkää autolla ajoa 2-3 viikon ajan, koska vaaratilanteessa saattaa joutua tekemään äkkiliikkeitä tai epätoivottuja ponnisteluja.

TUKIPALVELUT

Osassa terveyskeskuksista toimii nykyään erikseen nimetty syöpäsairaanhoitaja, jonka puoleen voi kääntyä monissa eri asioissa.

Henkinen tuki

Halutessanne keskustella tilanteestanne, voitte aina kääntyä osaston henkilökunnan puoleen. Osastolla järjestetään teille ja omaisillenne mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun lääkärin kanssa, jos niin haluatte. Lisäksi teillä on mahdollisuus keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrin kanssa. Ajanvaraus tapahtuu osaston hoitajien välityksellä. Sairaalasta pääsyn jälkeen voitte tarvittaessa ottaa yhteyttä terveyskeskukseen tai mielenterveystoimistoon.

Hengellinen tuki

Sairaalassa tapahtuva sielunhoitotyö on hengellistä ja henkistä auttamista, jota tehdään potilaiden, omaisten ja henkilökunnan keskuudessa. Työssä kunnioitetaan jokaisen uskonnollista vakaumusta ja elämäntavomusta. Sairaalapastori on potilaita ja omaisia varten esimerkiksi, kun tarvitsette kuuntelijaa ja haluatte puhua jonkun kanssa, olette peloissanne tai masentunut, toivotte, että puolestanne rukoillaan tai kun haluatte viettää ehtoollista.

Sairaalapastori toimii evankelisluterilaisen kirkon lähettämänä työntekijänä sairaalassa. Sairaalapastorilla on ehdoton vaitiolovelvollisuus. Sairaalapastoreihin saatte yhteyden henkilökunnan välityksellä tai ottamalla itse yhteyttä. Osastomme sairaalapastorina toimii Juha Kyllönen, jonka puhelinnumero on (08) xxx xxxx tai xxx-xxx xxxx sekä sähköpostiosoite etunimi.sukunimi(at)evl.fi. Päivystävän sairaalapastorin tavoittaa ympäri vuorokauden numerosta xxx-xxx xxxx.

Pohjois-Suomen syöpäyhdistyksen antama tieto ja tuki

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys Ry:n yhtenä toiminta-ajatuksena on tukea ja neuvoa syöpään sairastuneita ja heidän läheisiään. Syöpäyhdistyksellä on toimistoja eri puolilla Pohjois-Suomea. Toimistoista saa tietoa, ohjausta ja henkistä tukea henkilökohtaisesti varaamalla ajan neuvontahoitajan vastaanotolle tai puhelimitse. Toimistoista saa potilasoppaita ja muuta kirjallista materiaalia sekä tietoa myös syövän periytyvyydestä. Syöpäyhdistys järjestää sopeutumisvalmennuskursseja, vertaisryhmiä ja

yleisötilaisuuksia. Syöpäyhdistys kouluttaa ja välittää tukihenkilöitä syöpään sairastuneille sekä heidän läheisilleen. Tukihenkilöt ovat usein saman sairauden läpikäyneitä henkilöitä, koulutettuja tukihenkilötoimintaan ja he ovat vaitiolovelvollisia. Halutessanne teillä on mahdollisuus tukihenkilön tapaamiseen hoitajaksonne aikana tai myöhemmin asiaa harkittuanne. Syöpäyhdistys edistää terveyttä antamalla tietoa syövän ennaltaehkäisystä ja varhaistoteamisesta ja syöpätaudeista, tutkimuksista ja – hoidosta. Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys Ry:n jäsenelle, joka on syöpätaudin vuoksi hoidettavana sairaalassa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla, maksetaan hoitopäiväkorvausta 2 € hoitovuorokaudelta ja sitä on haettava 6 kk:n sisällä hoidon alkamisesta. Jäseneksi voi liittyä kuka tahansa.

Sosiaalinen tuki

Leikkauksen jälkeen osaston henkilökunta järjestää teille tapaamisen sosiaalityöntekijän kanssa. Lakisääteinen sosiaaliturva on suurelta osin sama kaikille potilasryhmille. Seuraavassa on lueteltuna pääkohtia tukipalveluista.

- **Sairausajan tuet:** Kela korvaa teille sairaanhoidosta aiheutuvia kustannuksia sekä maksaa sairauspäivärahaa ansiomenetyksen ajalta. Julkisen terveydenhoidon kustannuksia Kela ei korvaa.
- **Sairaanhoitokorvaukset** korvaavat osan yksityisen lääkärin tai hammaslääkärin kuluista näille määritellyn korvaustaksan mukaan sekä raskaudesta tai synnytyksestä aiheutuneita kustannuksia.
- **Lääkekorvauksia** Kela maksaa lääkärin määräämistä lääkkeistä, mutta Kela-korttia näyttämällä korvaus vähennetään lääkkeen hinnasta yleensä jo apteekissa.
- **Matkakorvaukset** korvaavat kuluja matkoista sairaanhoitoon ja kuntoutukseen.
- **Sairauspäiväraha** korvaa ansiomenetyksiä työkyvyttömyytenne ajalta. Sitä maksetaan omavastuuajan jälkeen, joka on yleensä sairastumispäivä ja seuraavat 9 arkipäivää. Jos saatte sairausajalta palkkaa, päiväraha maksetaan työnantajallenne. Osasairauspäivärahan tarkoitus on tukea pysymistänne työelämässä ja helpottaa paluutanne työhön työkyvyttömyydestänne huolimatta. Osasairauspäivärahan edellytyksenä on mm., että olette sopineet työn tekemisestä osa-aikaisesti työnantajanne kanssa. Voitte hakea työkyvyttömyyseläkettä Kelasta, kun olette saaneet sairauspäivärahaa enimmäisajan eli 300 arkipäivää ettekä pysty sairautenne takia palaamaan töihin.
- **Kuntoutus** voi olla avuksi, kun sairaus tai vamma uhkaa työkykyänne tai vaikeuttaa työskentelyänne ja toimintaanne. Syöpään sairastuneille on olemassa lääkinnällistä ja tarpeen mukaan ammatillista kuntoutusta sekä erilaisia sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja.
- **Työterveyshuoltoon** on oikeus kaikilla työntekijöillä. Työnantaja voi halutessaan järjestää työterveyshuollon lisäksi sairaanhoitoa. Myös yrittäjä voi järjestää itselleen työterveyshuollon sekä yleislääkäritasoisen sairaanhoidon, jonka kustannuksista Kela maksaa yrittäjälle korvauksen.

- **Muut etuudet:** Sosiaalityöntekijä järjestää tarvittaessa kotihoitoa kunnastanne, jos teillä ei siihen aikaisemmin ole ollut tarvetta. Jos kuulutte jo kotihoidon piiriin, mutta tarvitsette sitä nyt useammin, voitte ottaa yhteyttä omaan kuntaanne. Maksu määräytyy palvelujen määrän ja tulojen mukaan.

Lisätietoja sosiaaliturvaan liittyvistä asioista saat osaston sosiaalityöntekijältä. Hän auttaa myös hakemusten tekemisessä. Osaston sosiaalityöntekijän puhelinnumero on (08) xxx xxxx.

LISÄTIETOA JA LINKKEJÄ

Syövästä

<http://www.cancer.fi/>

<http://www.gastrolab.net/welcomef.htm> (sisältää mainoksia)

Ravitsemuksesta

http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palvelut_aiheittain/terveys_ ja_ravinto/ravitsemus_j a_elintarvikkeet/ravitsemus/index.html

<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/ravitsemusopas.pdf>

Ravitsemusterapeutti Merja Jäntti puh: 08– xxx xxxx, sähköposti: etunimi.sukunimi@ppshp.fi

Sielunhoidosta

Sairaalapastori Juha Kyllönen (puh. (08) xxx xxxx tai xxx-xxx xxxx, sähköposti: etunimi.sukunimi(at)evl.fi). Päivystävä sairaalapastori ympäri vuorokauden numerosta xxx-xxx xxxx www.ppsHP.fi/sairaalasielunhoito

Pohjois-Suomen syöpäyhdistys: OULUN TOIMISTO, Rautatienkatu 22 B 13, 90100 Oulu, puh. 010 249 1100 (ma - pe 9.00 - 15.00): <http://www.pssy.org/>

Sosiaalisesta tuesta:

Kela: www.kela.fi

Osaston 9 sosiaalityöntekijän puhelinnumero on (08) xxxxxxxx

Jos jää epäselvyyttä tai herää lisäkysymyksiä, voitte ottaa yhteyttä:

Osasto 9

-puhelinnumero (08) xxx xxxx

-etunimi.sukunimi@ppshp.fi